




## ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΑΚΕΤΟ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ:

Διάγνωση – Αποκατάσταση Βαρηκοΐας. Συμβουλευτική Γονέων και  
Έγκαιρη Παρέμβαση



## Περιεχόμενα

Περιεχόμενα	2
I. Εισαγωγή στο 2 <sup>ο</sup> Πακέτο	3
II. Τρόπος Μελέτης	3
III. Σκοπός και Στόχοι	4
ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ	6
1. Στοιχεία Ακουολογίας: Ταξινόμηση, Διάγνωση, Μέτρηση προβλημάτων ακοής.	7
1.1. Προσδιορισμός διαφόρων όρων: βαρηκοΐα και κώφωση	7
1.2. Ταξινόμηση των προβλημάτων ακοής	10
1.2.1. Βαθμός απώλειας της ακοής	10
1.2.2. Φύση της παθολογίας του αυτιού	12
1.2.3. Χρόνος έναρξης της απώλειας ακοής	14
1.2.4. Κληρονομικότητα	15
1.2.5. Εξελικτική πορεία της απώλειας ακοής	16
1.2.6. Γλωσσική ανάπτυξη	16
1.3. Μέθοδοι διάγνωσης της απώλειας της ακοής	16
1.3.1. Υποκειμενική ακουομετρία	17
1.3.2. Αντικειμενική ακουομετρία	23
2. Το ακουόγραμμα και η ερμηνεία του	29
2.1. Περιγραφή του ακουογράμματος	29
2.2. Ερμηνεία ακουογράμματος	31
2.2.1. Περιγραφή των μεταβολών στο κατώφλι ακουστότητας	31
2.2.2. Διάγνωση του τύπου βαρηκοΐας	32
2.2.3. Το ακουόγραμμα ως προγνωστικός δείκτης για την πρόσληψη του λόγου	34
2.2.4. Περιορισμοί στην προγνωστική και ερμηνευτική αξία του ακουογράμματος	35
3. Συστήματα ενίσχυσης του ήχου	37
3.1. Ακουστικά	37
3.1.1. Γενικά στοιχεία	37
3.1.2. Έλεγχος και αντιμετώπιση προβλημάτων λειτουργίας ακουστικών	39
3.2. Συστήματα ενίσχυσης ήχου στην τάξη	41
3.2.1. Γενικά	41
3.2.2. Συστήματα FM ελεύθερου πεδίου (Free-field FM)	41
3.3. Κοχλιακά Εμφυτεύματα	43
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	47
Συμβουλευτική Γονέων και Έγκαιρη Παρέμβαση	48
1. Εισαγωγή	48
2. Οικογένεια και Κωφό Παιδί	52
Η Αναγκαιότητα της Έγκαιρης Παρέμβασης	53
3. Το Κωφό Παιδί στην Οικογένεια των Ακουόντων	56
3.1. Η Διάγνωση της Κώφωσης – Βαρηκοΐας	57
3.2. Οι «Φάσεις» του θρήνου στη Διάγνωση της Βαρηκοΐας/Κώφωσης	58
3.3. Η Βρεφική Ηλικία και η Είσοδος του Παιδιού στο Σχολείο	64
3.4. Η Εφηβεία και η Ενηλικίωση	66
3.5. Τα άλλα μέλη της οικογένειας	67
3.6. Ανάγκες του Κωφού Βρέφους - Νηπίου	68
4. Κωφά Παιδιά Κωφών Γονέων	71
5. Προγράμματα Έγκαιρης Παρέμβασης	74
6. Μοντέλα Έγκαιρης Παρέμβασης	76
7. Οικογενιοκεντρική Προσέγγιση - Εξατομικευμένο Οικογενειακό Πρόγραμμα	79
8. Σχέσεις Ειδικών και Οικογένειας	82
9. Οι ανάγκες των γονέων	85
10. Η Συνεργασία Ειδικών στη Διεπιστημονική Ομάδα	87
 Βιβλιογραφία	90



## Ι. Εισαγωγή στο 2<sup>ο</sup> Πακέτο

Στο δεύτερο αυτό πακέτο περιλαμβάνονται δύο μεγάλες θεματικές ενότητες, που καλύπτουν δύο πολύ σημαντικές περιοχές για όλους όσους εργάζονται με βαρήκοα/κωφά παιδιά.

Η **διάγνωση της βαρηκοΐας** και ειδικά η ερμηνεία και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων των ακουομετρήσεων για τη διδασκαλία του βαρήκοου/κωφού παιδιού είναι μια γνώση *απαραίτητη* σε κάθε εκπαιδευτικό και ειδικό του χώρου. Στην πρώτη ενότητα του πακέτου αυτού θα βρείτε μια σύντομη αναφορά στην ορολογία, στις διάφορες μεθόδους διάγνωσης της βαρηκοΐας, στην ακουομετρία, στην ερμηνεία του ακουογράμματος και στα ομαδικά ή ατομικά συστήματα ενίσχυσης του ήχου που χρησιμοποιούνται σήμερα. Οι γνώσεις που θα αποκτήσετε από τη μελέτη αυτού του πακέτου είναι απαραίτητες και προαπαιτούμενες για τη μελέτη του τρίτου πακέτου, που ακολουθεί και που έχει σαν αντικείμενο την εκπαίδευση του κωφού παιδιού.

Αφού ολοκληρώσετε τη μελέτη της πρώτης ενότητας και μας στείλετε την εργασία που σας ζητάμε στο τέλος της ενότητας, θα συνεχίσετε τη μελέτη της δεύτερης ενότητας. Σ' αυτή παρουσιάζονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζει **η οικογένεια** και ειδικά η οικογένεια της οποίας τα μέλη είναι ακούοντες, όταν έχει ένα κωφό παιδί. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα προγράμματα της έγκαιρης παρέμβασης, οι τρόποι παρέμβασης και ειδικά οι τρόποι που δουλεύουμε σήμερα με τους γονείς. Η ενότητα αυτή ολοκληρώνεται με την εργασία που σας ζητάμε να εκπονήσετε και να μας στείλετε στις καθορισμένες ημερομηνίες. Η τήρηση των ημερομηνιών είναι απαραίτητη για τη ροή του προγράμματος.

Είμαστε πάντα στη διάθεσή σας, για οποιαδήποτε απορία ή πρόβλημα συναντήσετε στην πορεία της μελέτης σας και του όλου προγράμματος.

## ΙΙ. Τρόπος Μελέτης

Η μελέτη που θα κάνετε και το όλο πρόγραμμα επιμόρφωσης στηρίζεται στη δική σας συμμετοχή και διάθεση. Πάντως καλό θα είναι να αρχίσετε από το πρώτο μέρος του πακέτου και να ακολουθείτε τις οδηγίες μας, καθώς προχωράτε στη μελέτη σας. Σε



διάφορα σημεία καθώς θα μελετάτε, θα συναντήσετε τρία είδη εργασιών, τις οποίες σας συμβουλεύουμε να διεκπεραιώνετε με τη σειρά που σας υποδεικνύουμε. Οι εργασίες αυτές είναι: α) δραστηριότητες, β) μελέτη άρθρων ή παρουσιάσεων άρθρων και γ) γραπτές εργασίες. Οι δραστηριότητες και η μελέτη άρθρων σκοπό έχουν να διευκολύνουν τη μάθησή σας, το ίδιο και οι γραπτές εργασίες. Τις γραπτές εργασίες (και όχι τις δραστηριότητες) θα πρέπει να τις στέλνετε για αξιολόγηση μέχρι **την ημερομηνία που σας υποδεικνύουμε** (συνήθως προς το τέλος της μελέτης του πακέτου). Αφού μας παραδώσετε τις εργασίες, εμείς θα σας στείλουμε το επόμενο πακέτο για μελέτη. Ο χρόνος για κάθε πακέτο θα είναι περίπου δύο μήνες.

### **III . Σκοπός και Στόχοι**

#### **A. Σκοπός:**

Ο σκοπός του δεύτερου εκπαιδευτικού πακέτου είναι η παροχή βασικών γνώσεων ακουολογίας, έγκαιρης παρέμβασης και συμβουλευτικής γονέων που θα πρέπει να έχει ένας ειδικός ή εκπαιδευτικός, που δουλεύει με βαρήκοα/κωφά παιδιά.

#### **B. Στόχοι – Προσδοκώμενες Γνώσεις:**

Συγκεκριμένα με τη μελέτη αυτού του πακέτου κάθε επιμορφούμενος/η θα πρέπει να μπορεί να:

- ✎ Να διακρίνει τις διάφορες αποκλίσεις στη χρήση της ορολογίας μεταξύ των ειδικών διαφορετικών ειδικοτήτων και να χρησιμοποιεί την κατάλληλη ορολογία στην εργασία του και στη συνεργασία του με άλλους ειδικούς και γονείς.
- ✎ Να περιγράφει τις βασικές ταξινομήσεις της ακουστικής απώλειας.
- ✎ Να αναγνωρίζει τις βασικές μεθόδους διάγνωσης της ακουστικής απώλειας και την αναγκαιότητά τους.
- ✎ Να «διαβάζει» και να ερμηνεύει με άνεση ένα ακουόγραμμα, τυμπανόγραμμα, καθώς και τα αποτελέσματα από άλλα βασικά ακουολογικά τεστ (π.χ. προκλητά



δυναμικά, ομιλητική ακουομετρία κτλ) και να χρησιμοποιεί τις πληροφορίες αυτές στη δουλειά του.

✎ Να αναγνωρίζει τη βασική λειτουργία των ακουστικών των μαθητών του, να τα ελέγχει και να τα χρησιμοποιεί με άνεση στη δουλειά του με τους μαθητές του.

✎ Να αναγνωρίζει τους λόγους που καθιστούν την έγκαιρη παρέμβαση αναγκαία αμέσως μετά τη διάγνωση της κώφωσης.

✎ Να περιγράφει τους στόχους της παρέμβασης.

✎ Να ορίζει την κατάσταση που δημιουργείται στην οικογένεια μετά τη διάγνωση της κώφωσης ενός παιδιού και τους τρόπους που αυτή επηρεάζει τη ζωή όλης της οικογένειας, αλλά και κάθε μέλους χωριστά.

✎ Να περιγράφει τις δομικές αλλαγές που συμβαίνουν στην οικογένεια από κοινωνιολογική άποψη.

✎ Να περιγράφει τα στοιχεία που καθορίζουν το σωστό τρόπο συνεργασίας των ειδικών με τις οικογένειες.

✎ Να περιγράφει το ρόλο του εκπαιδευτικού – υπεύθυνου της παρέμβασης και να μπορεί να αντιπαραθέσει τον παραδοσιακό ρόλο του αποστασιοποιημένου «ειδικού» με τον σύγχρονο, που θέλει τον ειδικό να συνεργάζεται σε ισότιμη βάση με τον γονέα.

✎ Να αντιπαραθέτει την παιδοκεντρική προσέγγιση στην έγκαιρη παρέμβαση με την οικογενειοκεντρική και να συγκρίνει τη συμβολή των δύο προσεγγίσεων στην επιτυχία της παρέμβασης.



# Πρώτη Ενότητα

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ

**Β. Λαμπροπούλου**  
**Α. Οκαλίδου**



## **1. Στοιχεία Ακουολογίας: Ταξινόμηση, Διάγνωση, Μέτρηση προβλημάτων ακοής.**

### ***1.1. Προσδιορισμός διαφόρων όρων: βαρηκοΐα και κώφωση***

Οι όροι, «βαρήκοος» και «κωφός» χρησιμοποιούνται συχνά για να περιγράψουν την απώλεια ακοής σε ανθρώπους. Η διάκριση μεταξύ αυτών των δύο όρων δεν γίνεται με τα ίδια κριτήρια από όλους τους χώρους. Η ποικιλομορφία στην χρήση των όρων αυτών σχετίζεται πολλές φορές με την ιδεολογική τοποθέτηση του ενδιαφερόμενου σε θέματα εκπαίδευσης, κοινωνικής ένταξης και αποκατάστασης των ατόμων με προβλήματα ακοής. Έτσι ένας βαρήκοος μπορεί να χαρακτηρίζεται από το περιβάλλον και τον εαυτό του ως «Κωφός» ακόμη και όταν έχει βαρηκοΐα μέτριας μορφής, επειδή είναι απόλυτα ενταγμένος κοινωνικά και πολιτισμικά στην κοινότητα των Κωφών και θεωρεί την νοηματική γλώσσα ως πρωταρχικό μέσο επικοινωνίας των Κωφών, την οποία και χρησιμοποιεί συνήθως. Αντίθετα, ένας κωφός μπορεί να χαρακτηρίζεται βαρήκοος από τον εαυτό του και τον κοινωνικό του περίγυρο, όταν θεωρεί και χρησιμοποιεί την ομιλούμενη γλώσσα ως το μόνο μέσο επικοινωνίας και είναι αποκλειστικά ενταγμένος στην κοινωνία των ακουόντων.

Οι διάφοροι ειδικοί στον χώρο της διάγνωσης και παρέμβασης των ατόμων με προβλήματα ακοής, είναι σκόπιμο να υιοθετήσουν συγκεκριμένη ορολογία για την ανάπτυξη εξειδικευμένων προγραμμάτων παρέμβασης και την επιλογή του κατάλληλου εκπαιδευτικού συστήματος κάθε παιδιού. Οι εκπαιδευτικοί για παράδειγμα, γνωρίζοντας ότι το ακουομετρικό αποτέλεσμα από μόνο του δεν βοηθά πάντα στον προσδιορισμό κάποιου ως κωφού ή βαρήκοου, γιατί υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες εκτός από την υπολειμματική ακοή που συμβάλλουν στο να λειτουργήσει κάποιος σαν κωφός ή βαρήκοος όπως θα εξηγήσουμε παρακάτω, έχουν υιοθετήσει ορισμούς πιο λειτουργικούς και εκπαιδευτικούς, που συνδέουν την βαρηκοΐα/κώφωση με την αντίληψη και χρήση της ομιλίας. Για παράδειγμα, οι ορισμοί που έχει δώσει το συμβούλιο διευθυντών των σχολείων κωφών των Η.Π.Α. το 1973 (Frisina,1974) χρησιμοποιούνται ευρέως στην εκπαίδευση. Σύμφωνα με τους ορισμούς αυτούς:



**Κωφός** είναι αυτός που είτε φοράει ακουστικά είτε όχι, *δεν αντιλαμβάνεται την ομιλία με την ακοή του μόνο*. Χρησιμοποιεί κύρια το οπτικό κανάλι για να αντιληφθεί τους συνομιλητές του (χειλεανάγνωση, νοηματική γλώσσα, γραπτή γλώσσα). Η ακουστική απώλεια στις περιπτώσεις αυτές είναι από 70dB και πάνω.

**Βαρήκοος** είναι αυτός που είτε φοράει ακουστικά είτε όχι, *δυσκολεύεται να αντιληφθεί την ομιλία με την ακοή του μόνο*. Πάντως το μεγαλύτερο ποσοστό των πληροφοριών της ομιλίας το αντιλαμβάνεται από την ακοή του. Η ακουστική βλάβη στις περιπτώσεις αυτές είναι από 35dB έως 69dB.

Η διαφοροποίηση σε βαρήκοα και κωφά άτομα ανάλογα με τον βαθμό απώλειας της ακοής όμως είναι αρχικά απαραίτητη στην διαγνωστική διαδικασία, μια και όλες οι έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει μεγάλη αντιστοιχία μεταξύ της απώλειας της ακοής και της ανάπτυξης της ομιλούμενης γλώσσας (Smith, 1975). Από την άλλη, πρέπει να αποφευχθεί η αντιμετώπιση των ατομικών περιπτώσεων σε προγράμματα εκπαίδευσης και παρέμβασης με μόνο κριτήριο το βαθμό της ακουστικής απώλειας. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη της ομιλούμενης γλώσσας είναι πολλοί (έναρξη απώλειας ακοής, χρόνος διάγνωσης και ενίσχυσης της ακοής, χρόνος έναρξης της παρεμβατικής αγωγής, οικογενειακό περιβάλλον, βαθμός ενασχόλησης με το παιδί, ευφυΐα, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, τρόπος εκπαίδευσης, προσωπικότητα, κίνητρα, κτλ). Η απόλυτη προσκόλληση στις παραπάνω κατηγορίες μπορεί να οδηγήσει σε προκαταλήψεις με αποτέλεσμα την λανθασμένη πρόγνωση και αγωγή στο ατομικό επίπεδο, δηλαδή στον τομέα της επικοινωνίας, αλλά και την λανθασμένη επιλογή εκπαιδευτικού προγράμματος.

Με κύριο γνώμονα λοιπόν τον βαθμό απώλειας της ακοής, έχουν δοθεί οι παρακάτω ορισμοί: Ο όρος **παιδική βαρηκοΐα** δηλώνει την απώλεια ακοής σε παιδιά, η οποία είναι εκ γενετής ή επίκτητη, μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη και ο βαθμός της κυμαίνεται από 25-95dB HL<sup>1</sup>. Όταν η πρωτογενής διάγνωση είναι παιδική βαρηκοΐα και δεν υπάρχουν άλλα προβλήματα, όπως νοητική καθυστέρηση ή νευρολογικές εξελικτικές παθήσεις, τότε έχουμε διαταραχές ή αναστολή στην ανάπτυξη της ομιλίας και της επικοινωνίας με την ομιλούμενη γλώσσα, ανάλογα με τον βαθμό απώλειας της ακοής. Η πρόσληψη και

---

<sup>1</sup> dB = decibel.

HL = hearing level (επίπεδο ακοής)





ανάπτυξη της ομιλίας γίνεται με την ενίσχυση των ακουστικών υπολειμμάτων και την ειδική παρεμβατική αγωγή.

Ο όρος κώφωση υποδηλώνει σχεδόν καθολική απώλεια ακοής, εκ γενετής ή επίκτητη, μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη. Ο όρος **παιδική κώφωση** χρησιμοποιείται ειδικά για τις περιπτώσεις της αμφοτερόπλευρης απώλειας της ακοής, στις οποίες η εκμάθηση της ομιλούμενης γλώσσας είναι σημαντικά δυσχερής, διότι ελάχιστα στοιχεία της ομιλίας (προσωδιακά και μερικά φωνητικά) μπορεί να γίνουν αντιληπτά ακουστικά<sup>2</sup>. Η πρόσληψη και ανάπτυξη της γλώσσας και της ομιλίας σε παιδιά με παιδική κώφωση γίνεται όχι μόνο με την ενίσχυση των ακουστικών υπολειμμάτων αλλά και με την βοήθεια συμπληρωματικών οδών (οπτική, απτική) που αποτελούν μέρος του προγράμματος της παρεμβατικής αγωγής. Ο μέσος όρος της απώλειας ακοής στην παιδική κώφωση είναι πάνω από **95dB HL**<sup>3</sup> στις βασικές ηχητικές συχνότητες 500, 1000 και 2000 Hz.

### 1<sup>η</sup> Δραστηριότητα



Να εκτιμήσετε και να εντοπίσετε τις διαφορές αποκλίσεις στην χρήση της ορολογίας «βαρήκοος» ή «κωφός» για δύο παιδιά της τάξης σας (επιλέξτε τυχαία) ή για παιδιά που ξέρετε.

#### **Απαντήστε στις επιμέρους ερωτήσεις:**

- α. Παρατηρήστε πώς αναφέρονται οι ακούοντες γονείς και πώς οι Κωφοί γονείς (αν έχετε Κωφούς γονείς) στο πρόβλημα του παιδιού τους. Ποια ορολογία χρησιμοποιούν;
  - β. Ποια είναι η προσωπική σας εκτίμηση για την απώλεια της ακοής του παιδιού, σύμφωνα με την συμπεριφορά του στην τάξη; Θα το χαρακτηρίζατε βαρήκοο ή κωφό και γιατί;
  - γ. Σε ποια από τις δύο κατηγορίες ανήκει σύμφωνα με α) το ακουόγραμμά του και β) με τον εκπαιδευτικό ορισμό;
- Να αναλύσετε τυχόν ασυμφωνίες στην ορολογία, όπως προέκυψαν από τις απαντήσεις στα α, β, και γ και να εξηγήσετε πού οφείλονται αυτές, αναφερόμενοι σε παράγοντες όπως κοινότητα Κωφών, τοποθέτηση γονέων στο πρόβλημα του παιδιού τους, ηλικία έναρξης της απώλειας της ακοής, ηλικία διάγνωσης της απώλειας της ακοής, οικογενειακό περιβάλλον και ενασχόληση, ευφυΐα και προσωπικότητα του παιδιού. Να επισημάνετε άλλους παράγοντες, αν υπάρχουν, που κατά την γνώμη σας συνεπιδρούν.

---

<sup>2</sup>Έρευνες (Boothroyd, 1984) έχουν δείξει ότι τα άτομα με μέσο όρο στο κατώφλι ακουστότητας μέχρι και 103 dB HL έχουν ακουστικά υπολείμματα χρήσιμα για την ανάπτυξη της ομιλίας.

<sup>3</sup> Το όριο αυτό παρουσιάζει ποσοτική διακύμανση  $\pm 5$  dB HL στη διεθνή βιβλιογραφία.



## ***1.2. Ταξινόμηση των προβλημάτων ακοής***

Εκτός από την βασική ορολογία που αναφέρθηκε παραπάνω χρησιμοποιούνται και άλλοι επιπλέον όροι για να περιγράψουν με μεγαλύτερη ακρίβεια τα χαρακτηριστικά της απώλειας της ακοής. Έτσι, η ταξινόμηση των προβλημάτων ακοής γίνεται με βάση τα εξής κριτήρια:

1. βαθμό απώλειας της ακοής
2. φύση της παθολογίας του αυτιού
3. χρόνο έναρξης του προβλήματος
4. κληρονομικότητα
5. εξελικτική πορεία της απώλειας της ακοής
6. γλωσσική ανάπτυξη

### ***1.2.1.Βαθμός απώλειας της ακοής***

Η ταξινόμηση με βάση το βαθμό της απώλειας της ακοής γίνεται σύμφωνα με τον μέσο όρο των κατωτέρων ορίων ή των κατωφλίων ακουστότητας<sup>4</sup>, στις βασικές συχνότητες 500, 1000 και 2000 Hz ή 500, 1000 και 4000 Hz. Στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν διαφορετικά συστήματα ταξινόμησης σε σχέση με τον βαθμό απώλειας της ακοής. Θα αναφερθούμε σε δύο διαφορετικά συστήματα ταξινόμησης, ένα για παιδιά και ένα για ενήλικες.

---

<sup>4</sup> Ο ουδός ακουστότητας ή το κατώφλι ακουστότητας, όπως αναφέρεται από τους Ηλιάδη-Κεκέ, ορίζεται ως το κατώτατο όριο της κλίμακας της ακουστότητας στο οποίο μπορεί ένας ήχος να γίνει αντιληπτός με ποσοστό επιτυχίας 50%.



Διακρίνουμε τις εξής επιμέρους κατηγορίες απώλειας της ακοής σε παιδιά (Northern & Downs, 1978):

- ❖ 15 - 30dB HL = ελαφριά
- ❖ 31 - 50dB HL = μέτρια
- ❖ 51 - 80dB HL = σοβαρή
- ❖ 81 - 100dB HL = πολύ σοβαρή
- ❖ 100dB HL + = ολική κώφωση

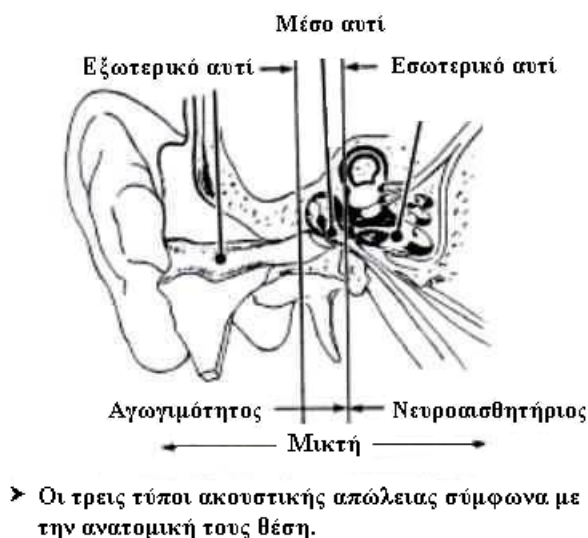
και σε *ενήλικες* (Roeser & Downs, 1988):

- ❖ -10 - 26 dB HL = φυσιολογική
- ❖ 27 - 40 dB HL = ελαφριά
- ❖ 41 - 55 dB HL = μέτρια
- ❖ 56 - 70 dB HL = μέτρια προς σοβαρή
- ❖ 71 - 90 dB HL = σοβαρή
- ❖ 91dB HL + = πολύ σοβαρή

Στις παραπάνω κατηγοριοποιήσεις γίνεται αντιληπτό ότι τα ακουστικά κριτήρια για παιδιά είναι γενικώς πιο αυστηρά από των ενηλίκων. Αυτό συμβαίνει διότι τα παιδιά βρίσκονται στην περίοδο ανάπτυξης της ομιλούμενης γλώσσας, όπου ο διαχωρισμός, η αναγνώριση και η επεξεργασία των ακουστικο-γλωσσικών ερεθισμάτων αποτελούν μέρος της διαδικασίας της κατανόησης και εκμάθησής της. Οι ακουστικές ανάγκες των παιδιών είναι ιδιαίτερα αυξημένες σε σχέση με τους ενήλικες. Τούτο γιατί οι ενήλικες έχουν αναπτύξει τη γλώσσα και μπορούν ακόμη και με ελλειμματική ακοή ή κάτω από συνθήκες εξωτερικού θορύβου να κατανοήσουν γλωσσικά μηνύματα πολύπλοκης μορφής, συμπληρώνοντας τα κενά τους στην πρόσληψη της ομιλίας των άλλων με την ολοκληρωμένη γνώση τους στην γλώσσα, δηλαδή των φωνοτακτικών, μορφολογικών και συντακτικών κανόνων της και του λεξιλογίου.



Εικόνα 1.



### 1.2.2. Φύση της παθολογίας του αυτιού

Ανάλογα με το μέρος του αυτιού στο οποίο εντοπίζεται η οργανική βλάβη που προκαλεί την απώλεια της ακοής διακρίνουμε τέσσερις κατηγορίες:

#### I. Νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα/κώφωση

Η απώλεια ακοής έχει προκληθεί είτε από αισθητηριακή βλάβη του οργάνου της ακοής, δηλαδή του οργάνου Corti που βρίσκεται στον κοχλία είτε από νευρολογική βλάβη, δηλαδή δυσλειτουργία του ακουστικού νεύρου στην περιοχή που βρίσκεται ανατομικά αμέσως μετά τον κοχλία (βλ. εικόνα 1). Μέχρι σήμερα, η νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα/κώφωση δεν είναι ιάσιμη.

Ενδεικτικά αναφέρουμε μερικές συνήθεις παθήσεις που προκαλούν νευροαισθητηριακή απώλεια ακοής<sup>5</sup>

- ♦ Κληρονομικά σύνδρομα, π.χ. Waardenburg, Treacher-Collins, Pendred's.

<sup>5</sup> Πολλές φορές η αιτία παραμένει άγνωστη



- ♦ Εμβρυοπάθειες, π.χ. πυρηνικός ίκτερος, ερυθρά, σύφιλη, τοξοπλάσμωση, μηνιγγίτιδα, νόσος των μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων.
- ♦ Μεταβολικά νοσήματα της μητέρας, π.χ. διαβήτη, νεφρίτιδα, υποθυρεοειδισμός.
- ♦ Χρήση ωτοτοξικών φαρμάκων
- ♦ Περιγεννητικές παθήσεις, π.χ. ανοξία, υπερχολερυθριναιμία, προωρότητα/ χαμηλό βάρος, παράταση τοκετού, τραυματισμοί νεογνού.
- ♦ Εκ γενετής παθήσεις που προκαλούν βαρηκοΐα ή κώφωση δευτερογενώς, π.χ. λυκόστομα, σύνδρομο Down

## II. Βαρηκοΐα αγωγιμότητας

Η απώλεια ακοής οφείλεται σε διακοπή της μεταφοράς του ήχου από τον έξω ακουστικό πόρο στο έσω αυτί (βλ. εικόνα 1). Η βλάβη είναι μηχανικής φύσης και εντοπίζεται σε όργανα του έξω και κυρίως του μέσου αυτιού, που δρουν ως αγωγοί για την μετάδοση του ήχου στο έσω αυτί. Το έσω αυτί δεν έχει υποστεί οργανική βλάβη, δηλαδή η λειτουργία του είναι ανέπαφη και συνεπώς η ένταση του ήχου που φτάνει τελικά στο έσω αυτί είναι απλώς μειωμένη σε σχέση με την αρχική. Επίσης, η πρόσβαση του ακουστικού σήματος στον κοχλία μέσω άλλων διόδων, δηλαδή της οστέινης αγωγής, είναι απολύτως εφικτή. Η βαρηκοΐα αγωγιμότητας είναι συνήθως ιατρικά αναστρέψιμη (εγχείρηση, φάρμακα, καθαρισμός αυτιού) και προκαλεί απώλεια ακοής μέχρι και 60dB HL, δηλαδή ελαφρού έως μέτριου προς σοβαρού βαθμού. Μερικές φορές, σε περιπτώσεις χρόνιας ωτίτιδας με ωτόρροια, μπορεί να υπάρξει μόνιμη επιδείνωση στην λειτουργία του αυτιού και να προκληθεί επιπλέον και νευροαισθητηριακή απώλεια της ακοής έως και πολύ σοβαρού βαθμού (μικτή βαρηκοΐα/κώφωση).

Μερικές παθήσεις που προκαλούν βαρηκοΐα αγωγιμότητας είναι η ατρησία, η περιχοντρίτιδα, η εξωτερική ωτίτιδα, η διάτρηση τυμπανικής μεμβράνης, το εξωτερικό τραύμα (ανωμαλίες του έξω αυτιού), η οξεία μέση ωτίτιδα, η χρόνια μέση πυώδης ωτίτιδα, η εκκριτική ωτίτιδα, η ωτίτιδα χωρίς ωτόρροια, η ωτοσκλήρυνση, το χολοστεάτωμα, κάποιο τραύμα (παθήσεις μέσου αυτιού).



### III. Μικτή βαρηκοΐα/κώφωση

Η απώλεια ακοής μπορεί να οφείλεται σε συνδυασμό νευροαισθητηριακής βλάβης και σε προβλήματα αγωγιμότητας του ήχου. Η συνύπαρξη νευροαισθητηριακής βαρηκοΐας και βαρηκοΐας αγωγιμότητας ονομάζεται μικτή βαρηκοΐα. Η περίπτωση της μικτής βαρηκοΐας/κώφωσης είναι ιατρικά βελτιώσιμη, λόγω της θεραπείας των προβλημάτων αγωγιμότητας, αλλά δεν είναι ανατρέψιμη. Πολλές φορές, παιδιά με νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα/ κώφωση έχουν συχνές ωτίτιδες, ή έχουν ανατομικές ανωμαλίες ή ευαισθησία σε παθήσεις του έξω και μέσου αυτιού. Γι αυτό τον λόγο οι εκπαιδευτικοί και οι άλλοι ειδικοί πρέπει να ζητούν περιοδικούς ελέγχους της οργανικής και ακουσολογικής κατάστασης των παιδιών.

### IV. Κεντρική ακουστική δυσλειτουργία-(Ακουστική Αγνωσία κτλ.)

Η διαταραχή δεν προέρχεται από βλάβη στα περιφερειακά όργανα της ακοής και γι αυτό δεν μειώνει την ακουστική ικανότητα αλλά δημιουργεί προβλήματα στην ακουστική κατανόηση της ομιλίας. Σε τέτοιες περιπτώσεις το τονικό ακουόγραμμα του παιδιού είναι φυσιολογικό, αλλά οι δυσκολίες εμφανίζονται στην αναγνώριση των στοιχείων της ομιλίας και στην ερμηνεία του μηνύματος. Αυτή η κατηγορία είναι εντελώς ξεχωριστή και δεν θα εξεταστεί περαιτέρω. Τα παιδιά που αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους πρόβλημα δεν εντάσσονται σε ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα βαρήκοων/ κωφών παιδιών επειδή δεν υπάρχει εντοπισμένη οργανική βλάβη και απαιτούν διαφορετική εκπαιδευτική παρέμβαση. Η διάγνωση της κεντρικής ακουστικής δυσλειτουργίας είναι πολύ δύσκολη και απαιτεί ιδιαίτερα εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό. Οι δυσκολίες στη διάγνωση έχουν ως αποτέλεσμα τα παιδιά αυτά να παραμένουν πολλές φορές χωρίς συγκεκριμένη διάγνωση και να εντάσσονται στην γενική κατηγορία των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες.

#### ***1.2.3.Χρόνος έναρξης της απώλειας ακοής***

##### **Βαρηκοΐα/κώφωση εκ γενετής**

Η βαρηκοΐα/κώφωση υπάρχει εκ γενετής και προκλήθηκε από βλάβες των οργάνων ακοής κατά την ενδομήτρια ζωή του νεογνού (προγεννητική αιτία) ή κατά τον τοκετό (περιγεννητική αιτία).



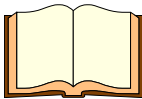
Επίκτητη βαρηκοΐα/κώφωση:

Η βαρηκοΐα/κώφωση δεν οφείλεται σε γενετικούς (κληρονομικότητα) αλλά σε περιβαλλοντολογικούς παράγοντες και εμφανίστηκε κατά την ενδομήτριο ζωή του νεογνού ή κατά τον τοκετό ή σε οποιοδήποτε διάστημα μετά την γέννηση του παιδιού.

Ο διαχωρισμός στις κατηγορίες αυτές είναι πολλές φορές αδύνατος, μια και είναι δύσκολο να διαπιστωθούν τα αίτια που μπορεί να προκάλεσαν την απώλεια ακοής στην προγεννητική και περιγεννητική περίοδο ή ο χρόνος κατά τον οποίον δημιουργήθηκε η απώλεια ακοής.

#### **1.2.4.Κληρονομικότητα**

Αν η βαρηκοΐα/κώφωση προκλήθηκε από κληρονομικούς, γενετικούς παράγοντες ονομάζεται κληρονομική. Η κληρονομική κώφωση είναι αμφοτερόπλευρη, πολύ σοβαρή νευροαισθητηριακή απώλεια ακοής, μη αναστρέψιμη και εμφανίζεται στα πρώτα στάδια της ζωής. Η κληρονομική κώφωση μπορεί να προκληθεί από αυτοσωμικές παθήσεις επικρατούμενου γονιδίου (π.χ. Σύνδρομο Treacher Collins, Σύνδρομο Goldenhar, Σύνδρομο Waardenburg, Βρογχο-ωτο-ρινικό Σύνδρομο), από αυτοσωμικές παθήσεις υπολειπόμενου γονιδίου (π.χ. Σύνδρομο Usher, Σύνδρομο Pendred, Σύνδρομο Jervell και Lange-Nielsen, Σύνδρομο Alport), καθώς και από φυλογεννητικές παθήσεις υπολειπόμενου γονιδίου.



Στο σημείο αυτό, μπορείτε να διαβάσετε από τη συλλογή των άρθρων στο παράρτημα τη σύντομη παρουσίαση του κεφαλαίου που αναφέρεται στα «Αίτια βαρηκοΐας» από το βιβλίο του Lysons με τίτλο: *Hearing Impairment*.

#### **1.2.5.Εξελικτική πορεία της απώλειας ακοής**

Ανάλογα με την πορεία της βαρηκοΐας, χωρίζουμε την βαρηκοΐα σε σταθερή, όταν ο βαθμός της δεν μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου και προοδευτική ή πρωιούσα, όταν ο βαθμός της αυξάνει σταδιακά με την πάροδο του χρόνου.



### **1.2.6. Γλωσσική ανάπτυξη**

Αν η βαρηκοΐα/κώφωση εμφανίστηκε πριν από την κρίσιμη περίοδο ανάπτυξης της γλώσσας την ονομάζουμε προγλωσσική (prelingual), ενώ αν εμφανίστηκε μετά από την περίοδο ανάπτυξης της γλώσσας την ονομάζουμε μεταγλωσσική (postlingual or adventitious). Η προγλωσσική βαρηκοΐα έχει οριστεί ως απώλεια ακοής εμφανιζόμενη πριν από το *τρίτο έτος της ηλικίας*.



#### **2η Δραστηριότητα**

Από τις πληροφορίες του ιστορικού του κάθε βαρήκοου/κωφού παιδιού της τάξης σας, περιγράψτε: τι είδους απώλεια ακοής έχει ανάλογα με τις προαναφερόμενες παραμέτρους ταξινόμησης (φύση της παθολογίας του αυτιού, βαθμός σοβαρότητας, έναρξη απώλειας, κτλ.). Αν σε μερικές περιπτώσεις δεν αναφέρονται σχετικές περιγραφές αλλά υπάρχει ακουόγραμμα, μελετήστε τις επόμενες ενότητες και μετά συμπληρώστε αυτή την δραστηριότητα

### **1.3. Μέθοδοι διάγνωσης της απώλειας της ακοής**

Η ακουομέτρηση είναι μια πολύπλοκη εξέταση που περιλαμβάνει διάφορα τεστ. Τα τεστ αυτά μπορεί να γίνουν με ή χωρίς τη συνεργασία του εξεταζόμενου και διαχωρίζονται σε υποκειμενικά και αντικειμενικά τεστ. Στην κατηγορία των υποκειμενικών τεστ, τα οποία στηρίζονται στη συνεργασία με τον εξεταζόμενο, ανήκει το τονικό ακουόγραμμα, η φωνητική ακουομετρία ή παιχνιδοακουομετρία, η ανιχνευτική ακουομετρία κ.α.

Τα αντικειμενικά τεστ περιλαμβάνουν την ακουομετρία αντίστασης (τυμπανομετρία), την ηλεκτροκοχλιομετρία και τα προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους. Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που η συνεργασία με τον εξεταζόμενο δεν μπορεί να επιτευχθεί.





### **1.3.1. Υποκειμενική ακουομετρία**

#### **Τονική ακουομετρία**

Η τονική ακουομετρία ασχολείται με την μέτρηση της ακουστότητας των ημιτονικών ήχων που εκπέμπονται στο αυτί. Οι ήχοι εκπέμπονται σε διάφορες ηχητικές συχνότητες που μετριοούνται σε Hertz (Hz), και έχουν διάφορες εντάσεις ανάλογα με το επίπεδο της ηχητικής ενέργειας στο περιβάλλον. Κατά την τονική ακουομετρία, το επίπεδο της έντασης του ήχου μετριοείται σε μονάδες ακουστότητας, που αντιπροσωπεύουν την ένταση με την οποία το αυτί μας προσλαμβάνει τον ήχο. Το decibel (dB) είναι η μονάδα της ακουστότητας και αποτελεί την ψυχολογική μονάδα της πρόσληψης των ήχων από το αυτί. Η αναλογία μεταξύ της αυξήσεως της ακουστότητας και της αυξήσεως της ηχητικής ενέργειας στο φυσικό περιβάλλον δεν είναι γραμμική αλλά λογαριθμική (νόμος Weber-Fechner) και δίνεται από την σχέση  $N_{dB} = 10 \log_{10}(I_1/I_0)$ , όπου  $N_{dB}$  είναι ο αριθμός των decibels και  $I_1/I_0$  είναι η αναλογία της έντασης του παραγόμενου ήχου προς την ελάχιστη ένταση. Για παράδειγμα, για να αυξηθεί η ακουστότητα κατά 20dB HL θα πρέπει η ηχητική ενέργεια (αντικειμενική ένταση) να γίνει κατά 10 φορές μεγαλύτερη από την αρχική. Επίσης, για να διπλασιαστεί η ένταση του ήχου θα πρέπει η αύξηση της ακουστότητας να είναι ίση με 6dB HL.

Η εξέταση της ακοής κάποιου μέσω της τονικής ακουομετρίας στοχεύει στην εξεύρεση του «κατώτερου ορίου ακουστότητάς» του (κατώφλι ακουστότητας) για καθεμία συχνότητα ήχων, δηλαδή στην εξεύρεση της ελάχιστης ακοής που έχει το άτομο στις διάφορες ηχητικές συχνότητες. Το κατώφλι ακουστότητας ορίζεται ως το ελάχιστο όριο ακοής στο οποίο μπορεί ένας ήχος να γίνει αντιληπτός με ποσοστό επιτυχίας 50%. Οι εξεταζόμενες συχνότητες είναι από 125 έως 8000 Hz και η αύξηση γίνεται σε οκτάβες. Οι συχνότητες αυτές, όπως θα δούμε παρακάτω, ανταποκρίνονται στις συχνότητες πρόσληψης της ομιλίας. Οι 125, 250, και 500 Hz είναι χαμηλές συχνότητες, 1000 Hz είναι μεσαία συχνότητα και 2000, 4000 και 8000 Hz είναι υψηλές συχνότητες.

Η συσκευή που χρησιμοποιείται για την τονική ακουομετρία είναι ένα ηλεκτροακουστικό όργανο και ονομάζεται ακουομετρητής (βλέπε εικόνα 2). Ο ακουομετρητής στέλνει ηχητικά σήματα στο αυτί, σε μορφή ημιτονικών ήχων τα οποία αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες συχνότητες και τιμές ακουστότητας.



Εικόνα 2.



Έτσι, κατά αυτόν τον τρόπο μπορεί να γίνει επιλογή της συχνότητας εκπομπής ενός ήχου κάθε φορά από έναν επιλογέα συχνοτήτων και του επιπέδου ακουστότητάς του μέσω ενός ρυθμιστή έντασης. Στον ακουομετρητή υπάρχει επίσης ένας δέκτης που διοχετεύει τον παραγόμενο ήχο στο δεξί ή στο αριστερό αυτί μέσω της αέρινης οδού και επίσης μεταδίδει τον ήχο μέσω των οστών (οστέϊνη αγωγή). Η έναρξη και παύση του παραγόμενου ήχου ελέγχεται με ακρίβεια από έναν διακόπτη. Τέλος, ο ακουομετρητής παρέχει την δυνατότητα να προκαλέσει ηχητική επικάλυψη του μη εξεταζόμενου αυτιού σε συνθήκες που αυτό κριθεί απαραίτητο (η τεχνική της εκκωφάνσεως του ωτός, σύμφωνα με τους Ηλιάδη και Κεκέ)<sup>6</sup>.

Ο ακουολόγος μπορεί να μετρήσει την ακοή είτε για το κάθε αυτί ξεχωριστά, με προσαρμογή στερεοφωνικών ακουστικών στην κεφαλή του εξεταζόμενου, είτε μέσω *ελευθέρου πεδίου*, όπου ο ήχος μεταδίδεται από μεγάφωνα και μπορεί να προσληφθεί από οποιοδήποτε αυτί. Η μέτρηση της ακοής γίνεται μέσω δύο οδών, της *αέρινης* και της *οστέϊνης*. Η διαφορά μεταξύ των δύο τρόπων μετάδοσης του ήχου στα ακουστικά κέντρα του εγκεφάλου είναι σημαντικός διαγνωστικός δείκτης του τύπου βαρηκοΐας (νευροαισθητηριακή έναντι αγωγιμότητας). Στην μέτρηση της οστέϊνης αγωγής, ο ακουολόγος προσαρμόζει ένα ζευγάρι οστέϊνων δονητών στην κεφαλή του ατόμου αντί για τα στερεοφωνικά ακουστικά, που εφάπτονται στην περιοχή του μαστοειδούς οστού, που

---

<sup>6</sup>Βλέπε ενότητα "Η ερμηνεία του ακουογράμματος".



βρίσκεται πίσω από το κάθε αυτί. Ο τρόπος μέτρησης είναι ίδιος με αυτόν που χρησιμοποιείται για την μέτρηση της αέρινης αγωγής.

Επειδή ο ήχος μεταδίδεται μέσω των οστών από την μια πλευρά στην άλλη είναι πολλές φορές απαραίτητο να απομονωθεί η λειτουργία του μη εξεταζόμενου αυτιού με μια τεχνική εκκώφανση του αυτιού από άλλη πηγή ήχων (π.χ. διάφορα είδη θορύβου). Η τεχνική αυτή ονομάζεται τεχνική εκκώφανσης του ωτός και χρησιμοποιείται επιλεκτικά όταν υπάρχουν μεγάλες διαφορές στα αποτελέσματα των δύο αυτιών ή όταν υπάρχουν υπόνοιες για επικάλυψη της ακουστικής απώλειας ενός αυτιού από την καλή λειτουργία του άλλου αυτιού. Ο κίνδυνος για μετάδοση του ήχου στο διαμετρικά αντίθετο αυτί είναι πολύ μικρότερος κατά την μέτρηση της αέρινης αγωγής από ότι της οστέινης αγωγής.

Για να γίνει αξιόπιστη μέτρηση και να βρεθεί το κατώφλι ακουστότητας με ακρίβεια, θα πρέπει ο χώρος της ακουολογικής εξέτασης να είναι απομονωμένος από εξωτερικούς θορύβους. Η μέτρηση της ακοής δεν μπορεί λοιπόν να γίνει σε ένα κανονικό δωμάτιο (ειδικά σε μια αίθουσα σχολείου!) με την βοήθεια ενός ακουομετρητή, διότι υπάρχει αυξημένος εξωτερικός θόρυβος και τα αποτελέσματα της ακοής θα είναι χειρότερα από τα πραγματικά. Η μέτρηση της ακοής γίνεται μέσα σε *ανηχωικά δωμάτια* δηλαδή ειδικούς χώρους, με εσωτερικά τοιχώματα κατασκευασμένα ειδικά για να απορροφούν την αντανάκλαση των παραγόμενων ήχων.

Οι τεχνικές της τονικής ακουομετρίας διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία του εξεταζόμενου. Ο ακουολόγος εφαρμόζει ειδικές διαδικασίες εξέτασης στην εντόπιση των ηχητικών ερεθισμάτων για βρέφη ηλικίας 0-2 ετών και για νήπια 2-5 ετών (π.χ. παιχνιδοακουομετρία, αντανakλαστική ακουομετρία κτλ.).

#### Ομιλητική ακουομετρία

Η ικανότητα πρόσληψης των ημιτονικών ήχων δεν συνεπάγεται ανάλογη ικανότητα πρόσληψης των ήχων της ομιλίας. Όπως για παράδειγμα, αναφέρθηκε πριν, υπάρχουν διαταραχές κεντρικής ακουστικής λειτουργίας όπου το πρόβλημα εντοπίζεται στην ακουστική επεξεργασία των ήχων της ομιλίας.

Επιπλέον, το σήμα των ήχων της ομιλίας είναι πολύ πιο περίπλοκο ακουστικά από ότι οι ημιτονικοί ήχοι.



α) Ο ημιτονικός ήχος αποτελείται από μία μόνο συχνότητα ενώ ο ήχος της ομιλίας αποτελείται από πολλές συχνότητες συντονισμού, που προκύπτουν καθώς οι συχνότητες στο επίπεδο της φώνησης (αρμονικές) εντείνονται ή μειώνονται σε ένταση επιλεκτικά από το σύστημα άρθρωσης της στοματικής κοιλότητας που λειτουργεί ως ένα είδος φίλτρου.

β) Οι ημιτονικοί ήχοι μπορεί να ρυθμιστούν να έχουν την ίδια ένταση και διάρκεια κατά την εκπομπή τους. Στο επίπεδο των λέξεων και του ρέοντα λόγου, οι επιμέρους ήχοι της ομιλίας, τα φωνήματα, δεν έχουν παρόμοια ένταση και διάρκεια μεταξύ τους. Οι φυσικές αυτές διαστάσεις μπορούν να διαφέρουν ακόμη περισσότερο ανάλογα με χαρακτηριστικά του ομιλητή (χροιά, ένταση, ύψος φωνής, ταχύτητα ομιλίας κτλ.) ή και με χαρακτηριστικά του ρέοντα λόγου, δηλαδή την προσωδία.

Για τους παραπάνω λόγους δίδεται ξεχωριστή σημασία στην μέτρηση της ικανότητας πρόσληψης των ήχων της ομιλίας. Το σήμα της ομιλίας που εκπέμπεται προς εξέταση αποτελείται από λέξεις και προτάσεις που είναι ειδικά κατασκευασμένες για τον σκοπό αυτό. Οι μετρήσεις περιλαμβάνουν :

- ❖ Το *κατώφλι αναγνώρισης της ομιλίας*, δηλαδή την ελάχιστη ένταση στην οποία μπορεί ο εξεταζόμενος να εντοπίσει την παρουσία ή μη του σήματος της ομιλίας, χωρίς απαραίτητα να μπορεί να κατανοήσει το περιεχόμενό της.
- ❖ Το *κατώφλι πρόσληψης της ομιλίας*, δηλαδή την ελάχιστη ένταση στην οποία ο εξεταζόμενος μπορεί να αναγνωρίσει και να επαναλάβει μεμονωμένες λέξεις και να κατανοήσει τη ροή του λόγου. Το κατώφλι πρόσληψης της ομιλίας μπορεί να υπολογιστεί εάν προσθέσουμε ηχητική πίεση ίση με 20dB SPL στο κατώφλι ακουστότητας.
- ❖ Το *επίπεδο της Πιο Άνετης Ακουστότητας*, δηλαδή της τιμής που αντιστοιχεί στο επίπεδο εκείνο της ενίσχυσης του ήχου που είναι πιο κατάλληλο για την πρόσληψη της ομιλίας από τον εξεταζόμενο. Το είδος των ομιλητικών ερεθισμάτων που χρησιμοποιούνται είναι ένα κομμάτι της ροής του λόγου (π.χ. μία παράγραφος).
- ❖ *Επίπεδο Δυσάρεστης Ακουστότητας ή Όριο Πόνου*, δηλαδή το ανώτατο όριο πέραν του οποίου η ακουστότητα του λόγου είναι αφόρητα δυνατή. Οι λόγοι για τους οποίους βρίσκουμε αυτό το επίπεδο της δυσάρεστης ακουστότητας είναι:



α) να βρεθεί το ανώτατο όριο βάση του οποίου θα καθοριστούν οι εντάσεις στις οποίες θα δοθούν τα τεστ της ομιλητικής ακουομετρίας

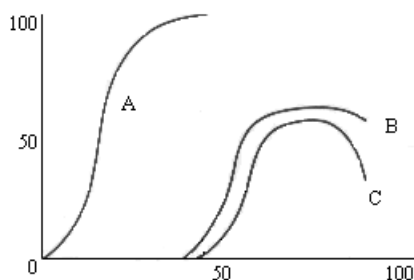
β) να ρυθμιστεί η μέγιστη δυνατή ενίσχυση του ήχου για την κατάλληλη προσαρμογή των ακουστικών στις διαδικασίες εκμάθησης του λόγου. Το φυσιολογικό αυτί ανέχεται ηχητικά επίπεδα μέχρι και 90-100dB (120dB SPL).

❖ *Δυναμικό Εύρος Ομιλίας* Το δυναμικό εύρος της ομιλίας υπολογίζεται αν αφαιρέσουμε το κατώφλι πρόσληψης της ομιλίας από το επίπεδο της δυσάρεστης ακουστότητας. Αυτή η τιμή μας δείχνει το μέγεθος των ακουστικών υπολειμμάτων (χρήσιμη ακοή) που έχει ο εξεταζόμενος και χρησιμεύει στην ρύθμιση της έντασης του ακουστικού του παιδιού από τον ακουολόγο.

❖ *Κατώφλι Διακριτικής Ικανότητας*, δηλαδή η ικανότητα διάκρισης ακουστικά παρόμοιων ήχων ή λέξεων με παρόμοια φωνολογική σύνθεση. Ο σκοπός της μέτρησης είναι να διαπιστωθεί εάν παρά την ικανότητα του εξεταζόμενου να αντιλαμβάνεται τους ήχους της ομιλίας υπάρχει δυσκολία στην διάκριση λεκτικών σχημάτων. Κατά την εξέταση αυτή, η ένταση ρυθμίζεται σε υψηλότερα επίπεδα από το κατώφλι πρόσληψης της ομιλίας και καταγράφεται το ποσοστό των λέξεων που αναγνωρίζονται σε συνάρτηση με την ένταση (σε dB) εκπομπής τους. Οι συναρτήσεις ονομάζονται καμπύλες διακριτικής λειτουργίας και από το σχήμα τους μπορεί να διακρίνουμε την φύση της παθολογίας του αυτιού, αν δηλαδή η απώλεια είναι νευροαισθητηριακής φύσης ή αγωγιμότητας. Μετατόπιση της καμπύλης προς τα δεξιά χωρίς αλλαγή σχήματος από την φυσιολογική καμπύλη (καμπύλη Α) συνεπάγεται βαρηκοΐα αγωγιμότητας, ενώ η αλλοίωση του σχήματος της καμπύλης συνεπάγεται νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα (καμπύλες Β και C).



Εικόνα 3.



- ☞ Καμπύλες Διακριτικής Ικανότητας.  
Καμπύλη Α: Φυσιολογική ακοή.  
Καμπύλη Β: Νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα - ενδοκοχλιακή παθολογία.  
Καμπύλη C: Νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα - παθολογία ακουστικού νεύρου (οπισθοκοχλιακή βαρηκοΐα).

### Παιχνιδοακουομετρία και Ανιχνευτική Ακουομετρία

Αυτές οι μέθοδοι ακουομέτρησης εφαρμόζονται σε μικρά παιδιά όπου η συνεργασία επιτυγχάνεται με έμμεσο τρόπο.

Η ανιχνευτική ακουομετρία εφαρμόζεται σε νεογέννητα και βρέφη. Στηρίζεται στα αυτόματα κινητικά αντανακλαστικά (κλείσιμο βλεφάρων, μορφασμοί στο πρόσωπο, ξύπνημα, κούνημα ποδιού κ.α) που δημιουργούνται μετά από ένα ηχητικό ερέθισμα. Ήχοι εντάσεως από 75dB και πάνω προκαλούν στα νεογέννητα αντανακλαστικές κινήσεις, ενώ σε μεγαλύτερα παιδιά ήχοι χαμηλότερης έντασης δημιουργούν τις ίδιες αντιδράσεις.

Η παιχνιδοακουομετρία εφαρμόζεται σε νήπια 2 χρόνων και μεγαλύτερα. Το παιδί ανταποκρίνεται στο ηχητικό ερέθισμα μέσα από το παιχνίδι. Εδώ ο εξεταστής μαθαίνει το παιδί ηχητικά παιχνίδια (παράδειγμα : κάθε φορά που ακούμε ήχο ρίχνουμε έναν κύβο στο κουτί). Υπάρχει ποικιλία παιχνιδιών στην παιχνιδοακουομετρία, τα οποία δημιουργούν ευχάριστη και ενδιαφέρουσα εξεταστική ατμόσφαιρα για το παιδί και επιτυγχάνεται έτσι η λήψη τονικού ακουογράμματος.



### 3η Δραστηριότητα

Αν ένα βαρήκοο παιδί έχει τονικό ακουογράμμα με απώλεια ακοής 90dB HL κατά μέσο όρο σε ποιες περίπου τιμές μπορεί να κυμαίνεται το δυναμικό εύρος της ομιλίας του και σε ποια επίπεδα έντασης (σε dB) πρέπει να ρυθμιστούν τα ακουστικά του παιδιού έτσι, ώστε να μπορεί να κατανοήσει την ομιλία;



### **1.3.2. Αντικειμενική ακουομετρία**

#### **Τυμπανομετρία**

Η τυμπανομετρία, ή ακουομετρία σύνθετης αντίστασης, είναι μία από τις μεθόδους της αντικειμενικής ακουομετρίας και βασίζεται στην μέτρηση της ηλεκτροακουστικής αντίστασης του αυτιού που δημιουργείται μετά από εκπομπή ήχου μέσα στο αυτί. Αντίθετα από την τονική ακουομετρία αυτή η μέθοδος δεν δίνει ποσοτική ένδειξη της απώλειας της ακοής αλλά εντοπίζει την φύση της ακουστικής βλάβης με μεγαλύτερη ακρίβεια από ότι η μέθοδος της τονικής ακουομετρίας. Έτσι λοιπόν, μπορεί να εξακριβωθεί αν η απώλεια της ακοής είναι νευροαισθητηριακής φύσης ή είναι βαρηκοΐα αγωγιμότητας, αν υπάρχει βλάβη στο μέσο αυτί και πού οφείλεται αυτή. Η μέθοδος επιτρέπει μια σειρά από μετρήσεις που γίνονται με διαφορετικά διαγνωστικά τεστ της μεθόδου και δίνουν ενδείξεις για:

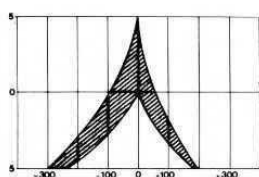
1. την πίεση του μέσου αυτιού
2. την κινητικότητα της τυμπανικής μεμβράνης
3. την λειτουργία της ευσταχιανής σάλπιγγας
4. την λειτουργία και κινητικότητα των οσταρίων του μέσου αυτιού
5. το κατώφλι του ακουστικού αντανακλαστικού (acoustic reflex)
6. την ύπαρξη μη οργανικής βαρηκοΐας

Η ύπαρξη ή μη της νευροαισθητηριακής απώλειας της ακοής μπορεί να διαπιστωθεί με το τεστ του ακουστικού αντανακλαστικού αλλά ο βαθμός απώλειας δεν καθορίζεται με ακρίβεια. Επειδή απαιτούνται πολλές τεχνικές λεπτομέρειες για την περιγραφή όλων των τεστ της μεθόδου αυτής, θα αναφερθούμε μόνο στο κυριότερο διαγνωστικό τεστ της μεθόδου που φέρει το όνομά της και είναι η *τυμπανομετρία*. Η τυμπανομετρική εξέταση μας δίνει μια εικόνα της κατάστασης του μέσου αυτιού. Χρησιμοποιείται ιδιαίτερα κατά την ακουολογική αξιολόγηση των παιδιών, διότι τα παιδιά υποφέρουν συχνά από παθήσεις του μέσου αυτιού όπως οι ωτίτιδες που, όταν συμβαίνουν συχνά, επιβαρύνουν την πρόσληψη και την ανάπτυξη του λόγου. Επίσης χρησιμοποιείται για την ακουολογική εξέταση παιδιών και ενηλίκων με ειδικές ανάγκες (π.χ. νοητική υστέρηση), μια και ο χρόνος μέτρησης είναι ελάχιστος (60-90 sec ανά αυτί) και τα αποτελέσματα είναι αντικειμενικά, δηλαδή δεν εξαρτώνται από την συγκέντρωση, την ικανότητα ή την διάθεση του εξεταζόμενου.

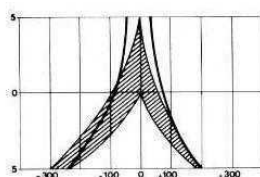


Κατά την τυμπανομετρική εξέταση μετριέται η κινητικότητα της τυμπανικής μεμβράνης κατά την διάρκεια μεταβολών πίεσης του αέρα που δημιουργούνται στον έξω ακουστικό πόρο με την εκπομπή ηχητικού σήματος συχνότητας 220 Hz. Η είσοδος του ήχου στην κοιλότητα του ακουστικού πόρου δημιουργεί πίεση αέρος. Στο φυσιολογικό μοντέλο, όσο αυξάνεται η πίεση στο έξω αυτί τόσο ευρύνεται η κοιλότητα του έξω ακουστικού πόρου με την ευκαμψία της τυμπανικής μεμβράνης, έτσι ώστε η πίεση του αέρα στο έξω και μέσο αυτί να είναι ίση με την ατμοσφαιρική πίεση. Τότε η τυμπανική μεμβράνη έχει την μέγιστη κινητικότητα. Αν η κινητικότητα της τυμπανικής μεμβράνης είναι μικρότερη του φυσιολογικού τότε η πίεση που δημιουργείται στο έξω αυτί με την εκπομπή του ήχου είναι μεγαλύτερη από του μέσου αυτιού. Η τιμή πίεσης στο μέσο αυτί είναι αρνητική και αποτελεί διαγνωστική ένδειξη για την κατάσταση της τυμπανικής μεμβράνης. Οι διάφορες αποκλίσεις στην κινητικότητα της μεμβράνης από το φυσιολογικό μπορούν να ερμηνευτούν διαγνωστικά και αναπαριστούνται με γραφικές παραστάσεις, τα τυμπανογραφήματα (βλ. εικόνα 4). Παραδείγματος χάριν, αν υπάρχει δυσλειτουργία της ευσταχιανής σάλπιγγας, τότε δημιουργείται αρνητική πίεση στο μέσο αυτί. Αυτό μπορεί να συμβεί διότι δεν γίνεται καλή εξαέρωση στο μέσο αυτί με αποτέλεσμα να απορροφηθεί ο στατικός αέρας που υπάρχει μέσα. Επίσης, το κλείσιμο της ευσταχιανής σάλπιγγας μπορεί να δημιουργήσει υγρό στο μέσο αυτί με αποτέλεσμα την μείωση της κινητικότητας της τυμπανικής μεμβράνης και την δημιουργία αρνητικής πίεσης στο μέσο αυτί.

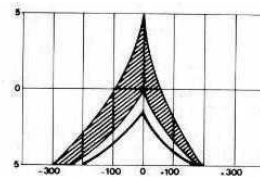




Τύπος Α

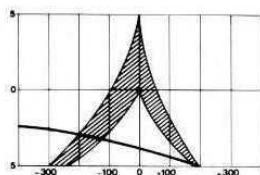


Τύπος Ad

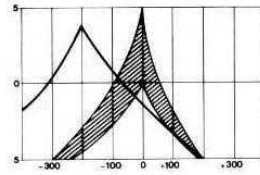


Τύπος As

Εικόνα 4.



Τύπος Β



Τύπος C

Τα είδη των τυμπανογραφημάτων σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση του Jerger (1970). Ο κάθετος άξονας μετρά το εύρος της κινητικότητας της μεμβράνης και ο οριζόντιος άξονας μετρά την ηχητική πίεση (σε mm H<sub>2</sub>O). Η σκιασμένη περιοχή δείχνει τη διακύμανση των φυσιολογικών τιμών.

Η παραπάνω εικόνα δείχνει τα είδη των τυμπανογραφημάτων ανάλογα με την κατηγοριοποίηση του Jerger (1970). Σύμφωνα με αυτή την κατηγοριοποίηση ερμηνεύουμε το αποτέλεσμα του τυμπανογραφήματος κάθε φορά που γίνεται εξέταση για το κάθε αυτί. Ο τύπος Α δείχνει την φυσιολογική λειτουργία της τυμπανικής μεμβράνης, όπου το μέγιστο σημείο της κινητικότητάς της αντιστοιχεί στην τιμή της ατμοσφαιρικής πίεσης, 0 mm H<sub>2</sub>O. Ο τύπος Β δείχνει μικρή έως ελάχιστη κινητικότητα της τυμπανικής μεμβράνης ως αποτέλεσμα των μεταβολών της ηχητικής πίεσης, δηλαδή δεν υπάρχει σημείο μέγιστης κινητικότητας. Η μη ύπαρξη ενός σημείου μέγιστης κινητικότητας υποδηλώνει την ύπαρξη υγρού στο μέσο αυτί, όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις οξείας ωτίτιδας ή ωτίτιδας με ωτόρροια, ή εναλλακτικά, την ύπαρξη αλλοιώσεων των οσταρίων του μέσου αυτιού. Ο τύπος C δείχνει την ύπαρξη ενός σημείου μέγιστης κινητικότητας της μεμβράνης, που όμως είναι κατώτερη του φυσιολογικού σε εύρος και με αρνητική πίεση αέρα (π.χ. στα -200 mm H<sub>2</sub>O). Η διάγνωση είναι ότι υπάρχει δυσλειτουργία της ευσταχιακής σάλπιγγας με πιθανότητα για την ύπαρξη υγρού. Ο τύπος A<sub>s</sub> δείχνει ότι υπάρχει κανονική πίεση στο μέσο αυτί αλλά η κινητικότητα της τυμπανικής μεμβράνης είναι πολύ περιορισμένη λόγω ωτοσκλήρυνσης. Τέλος, ο τύπος A<sub>d</sub> δείχνει ότι η μέγιστη κινητικότητα της τυμπανικής μεμβράνης, αν και λαμβάνει χώρα όταν η πίεση είναι ίση με την ατμοσφαιρική, είναι πολύ μεγαλύτερη του φυσιολογικού. Αυτό το τυμπανογραφικό αποτέλεσμα υποδηλώνει διάτρηση τυμπανικής μεμβράνης, ή εναλλακτικά διακοπή της αλυσίδας των οσταρίων του μέσου αυτιού.



#### 4η Δραστηριότητα

Ένα βαρήκοο παιδί, που έχει διαγνωστεί με νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα, αρχίζει ξαφνικά να παρουσιάζει διακυμάνσεις στο τονικό του ακουόγραμμα. Τι υποθέσεις μπορείτε να κάνετε για την αλλαγή αυτή στην ακοή του; Πώς θα ενεργήσετε και για τι είδους εξετάσεις θα παραπέμψετε το παιδί;

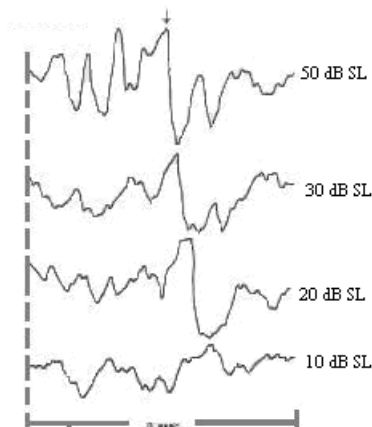
### Προκλητά δυναμικά

Η ηλεκτροακουομετρία είναι μια άλλη μέθοδος εκτίμησης των προβλημάτων ακοής, η οποία χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου δεν μπορεί να εφαρμοστεί η τονική ακουομετρία, λόγω έλλειψης συνεργασίας του εξεταζόμενου ή λόγω του νεαρού της ηλικίας του. Η εκτίμηση της ακοής γίνεται με την εξέταση των ηλεκτρικών δυναμικών του περιφερειακού και του κεντρικού οργάνου της ακοής που δημιουργούνται σε απόκριση ηχητικών ερεθισμάτων. Τα είδη της ηλεκτροακουομετρίας είναι τρία, η *ηλεκτροκοχλιογραφία*, τα *ακουστικά προκλητά δυναμικά του στελέχους* και τα *φλοιικά ακουστικά ηλεκτρικά δυναμικά*. Η πιο εφαρμοσμένη μέθοδος είναι τα ακουστικά προκλητά δυναμικά του στελέχους.

Ο ασθενής υποβάλλεται σε νάρκωση για μία περίπου ώρα και τοποθετούνται ηλεκτρόδια στο τριχωτό της κεφαλής του και στην περιοχή του μαστοειδούς οστού, τα οποία καταγράφουν τα ηλεκτρικά σήματα που δημιουργούνται στον εγκέφαλο μετά από την λήψη ηχητικών ερεθισμάτων. Τα ηχητικά σήματα που εκπέμπονται είναι μια σειρά από διακοπτόμενους ήχους (clicks) που δημιουργούν ηλεκτρικά δυναμικά για 12,5 msec μετά από την εκπομπή τους. Η λήψη των ηλεκτρικών δυναμικών καταγράφεται με την μορφή γραφικής παράστασης από ένα κομπιούτερ και αξιολογούνται οι πρώτες πέντε κυματομορφές που εμφανίζονται στην οθόνη μετά την εκπομπή του ήχου, ως προς την διακριτότητά τους, το μέγεθός τους αλλά κυρίως ως προς την χρονική υστέρηση κατά την εμφάνισή τους.



Εικόνα 5.



➤ Τέσσερις γραφικές παραστάσεις των προκλητών δυναμικών του εγκεφαλικού στελέχους ανάλογα με την ένταση του εμπλεκόμενου ήχου (10, 20, 30 και 50dB SL). Το βέλος δείχνει την πέμπτη κυματομορφή στην πρώτη γραφική παράσταση.

Τα ηχητικά ερεθίσματα αυξάνονται και μειώνονται σε ένταση και μεταβάλλονται σε συχνότητα από 1000 έως 4000 Hz για να αξιολογηθούν σωστά τα αποκριτικά ηλεκτρικά σήματα του εγκεφάλου. Το κατώφλι ακουστότητας δεν μπορεί να γίνει με απόλυτη ακρίβεια αλλά συνήθως μπορεί να γίνει κάποια εκτίμηση του μεγέθους της απώλειας της ακοής. Η ένταση του ήχου που έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση της πέμπτης κυματομορφής ως την μόνη ευδιάκριτη στην οθόνη αντιστοιχεί περίπου στο κατώφλι ακουστότητας του ατόμου.

Η μέθοδος είναι ιδιαίτερα κατάλληλη για μετρήσεις περιφερειακής απώλειας της ακοής, νευροαισθητηριακής στις υψηλές συχνότητες, αλλά και για την εντόπιση κεντρικής ακουστικής δυσλειτουργίας. Η μέθοδος μπορεί να εφαρμοστεί για παιδιά με σοβαρές ειδικές ανάγκες, για ακουσολογικό έλεγχο σε βρέφη από 6 μηνών και στην διαφορική διάγνωση κοχλιακής και οπισθοκοχλιακής βαρηκοΐας. Για την εκτίμηση βρεφών χρειάζονται κατάλληλες νόρμες ηλεκτρικών δυναμικών αλλά τα αποτελέσματα της φυσιολογικής ακοής παραμένουν ίδια ανάμεσα στις ηλικίες 18 μηνών με 25 χρονών. Η υποβολή σε νάρκωση αποτελεί μειονέκτημα για τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας, γι αυτό και η εξέταση αυτή γίνεται σε δύο περιπτώσεις: α) όταν δεν μπορεί να γίνει αξιολόγηση της ακοής μέσω της τονικής ακουομετρίας και β) όταν υπάρχουν υπόνοιες για κεντρική ακουστική δυσλειτουργία.



#### 5η Δραστηριότητα





Ένα οχτάχρονο παιδί είναι υπερκινητικό και δεν συνεργάζεται σε διαδικασίες της τονικής ακουομετρίας και παιχνιδοακουομετρίας. Ποιές μέθοδοι είναι κατάλληλες για να διαπιστωθεί αν το παιδί έχει ή όχι απώλεια ακοής;



## 2. Το ακουόγραμμα και η ερμηνεία του

Στην ενότητα αυτή θα δοθούν λεπτομερή στοιχεία για την ερμηνεία των ακουολογικών αποτελεσμάτων της τονικής ακουομετρίας από τον ειδικό παιδαγωγό.

### 2.1. Περιγραφή του ακουογράμματος

Στο ακουόγραμμα καταγράφεται το κατώφλι ακουστότητας για καθεμιά από τις εξεταζόμενες συχνότητες, έτσι παίρνουμε μια πλήρη εικόνα της ελάχιστης έντασης στην οποία οι διάφορες συχνότητες γίνονται αντιληπτές από τον εξεταζόμενο. Το ακουόγραμμα χρησιμοποιείται για :

- ↳ την αρχική μέτρηση της απώλειας της ακοής
- ↳ την προσαρμογή και ρύθμιση των ακουστικών του εξεταζόμενου
- ↳ τον εντοπισμό του τύπου βαρηκοΐας (νευροαισθητηριακή, αγωγιμότητας, κτλ)
- ↳ την εκτίμηση της ακουστικής ικανότητας της ενισχυμένης ακοής (με ακουστικά)
- ↳ την συνεχή παρακολούθηση και τον έλεγχο τυχών μεταβολών στην ακουστική ικανότητα του ατόμου.

Το ακουογράφημα είναι η γραφική παράσταση συχνότητας και έντασης που παίρνουμε όταν εφαρμόσουμε την μέθοδο της τονικής ακουομετρίας. Η συχνότητα (σε Hz) αναγράφεται στον οριζόντιο άξονα και η ένταση (σε dB HL) αναγράφεται στον κάθετο άξονα. Οι συχνότητες είναι από 125-8000 Hz. Οι εντάσεις, δηλαδή οι τιμές ακουστότητας, κυμαίνονται από **-10 έως 110dB**.



Εικόνα 6.

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΣΕ Hz						
		125	250	500	1000	2000	4000	8000
Ε	-10							
Π	0							
Ι	10							
Π	20							
Ε	30							
Δ	40							
Α	50							
Α	60							
Κ	70							
Ο	80							
Η	90							
Σ	100							
Σ	110							
Ε	120							
d								
B								

Στο ακουόγραμμα διακρίνουμε δύο κατηγορίες συμβόλων, για το δεξί και το αριστερό αυτί. Ξεχωριστά σύμβολα χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της αέρινης αγωγής, της οστέινης αγωγής και για την μέτρηση ακοής με ή χωρίς την τεχνική εκκωφάνσεως του ωτός. Τα σύμβολα που χρησιμοποιούνται λοιπόν είναι:



	Δεξί αυτί	Αριστερό αυτί
Αέρινη αγωγή	O	x
Αέρινη + τεχνική εκκώφανση	Δ	□
Οστέινη αγωγή	<	>
Οστέινη + Τεχνική εκκώφανση του μαστοειδούς οστού	[	]
Οστέινη αγωγή + μετωπιαία τεχνική εκκώφανση	┘	┐
Οστέινη + μετωπική εστία, Δεξί και αριστερό αυτί	v	
Ελεύθερο πεδίο	S	
Έλλειψη απόκρισης	↙	↘
Εξέταση με τα ακουστικά (ελεύθερο πεδίο)	A	

Στα αποτελέσματα της αέρινης αγωγής, τα σύμβολα ενώνονται μεταξύ τους δίνοντας ακουομετρικές καμπύλες. Για την καλύτερη απεικόνιση των αποτελεσμάτων πολλές φορές χρησιμοποιούνται δύο χρώματα, το κόκκινο και το μπλε. Κατά συνθήκη, το κόκκινο χρώμα χρησιμοποιείται για να καταγράψει το κατώφλι ακουστότητας του δεξιού αυτιού και το μπλε του αριστερού αυτιού.

## 2.2. Ερμηνεία ακουογράμματος

### 2.2.1. Περιγραφή των μεταβολών στο κατώφλι ακουστότητας

Ο τρόπος που εξετάζουμε το ακουόγραμμα είναι αντίθετος από άλλων γραφικών παραστάσεων. Στο ακουόγραμμα, οι τιμές ακουστότητας που αναγράφονται στον κάθετο άξονα έχουν κατιούσα κλίση, δηλαδή οι χαμηλές τιμές βρίσκονται στα υψηλότερα σημεία του άξονα ενώ οι υψηλές τιμές ακουστότητας βρίσκονται στα χαμηλότερα σημεία του άξονα. Όσο πιο ψηλά στο ακουόγραμμα βρίσκεται το κατώφλι ακουστότητας του ατόμου



τόσο καλύτερη είναι η ακοή του. Παραδείγματος χάριν, κατά την περιγραφή των αποτελεσμάτων, όταν λέμε ότι το κατώφλι ακουστότητας ενός ανέβηκε<sup>7</sup> για μια συγκεκριμένη συχνότητα εννοούμε ότι η ακοή του χειροτέρευσε στην συχνότητα αυτή και περιμένουμε η καινούρια ένδειξη στο ακουόγραμμα να βρίσκεται χαμηλότερα (πιο κάτω) από την παλιά.

### **2.2.2. Διάγνωση του τύπου βαρηκοΐας**

Το ακουόγραμμα μας δίνει σαφείς ενδείξεις για τον τύπο της βαρηκοΐας διότι επιτρέπει την σύγκριση των αποτελεσμάτων της αέρινης και της οστέινης αγωγής.

Στην νευροαισθητηριακή απώλεια της ακοής

- δεν υπάρχει διάστημα μεταξύ των κατωφλίων ακουστότητας της αέρινης και οστέινης αγωγής
- οι ακουομετρικές καμπύλες έχουν συνήθως μια κατιούσα κλίση, με καλύτερη ακοή στις χαμηλές συχνότητες και χειρότερη ακοή στις υψηλές συχνότητες

Όταν η απώλεια της ακοής είναι βαρηκοΐα αγωγιμότητας:

- το κατώφλι ακουστότητας της οστέινης αγωγής βρίσκεται στα πλαίσια των φυσιολογικών ορίων (-10 έως 25 dB), ενώ της αέρινης είναι κάτω των πλαισίων αυτών (κάτω των 27 dB).
- η ακουομετρική καμπύλη είναι συνήθως επίπεδη, ή ελαφρά ανιούσα, με περισσότερη απώλεια ακοής στις χαμηλές συχνότητες και καλύτερη ακοή στις υψηλές συχνότητες

Η μικτή βαρηκοΐα έχει

- κατιούσα κλίση προς τις υψηλές συχνότητες

---

<sup>7</sup> Ένας καλός τρόπος για να μην μπερδεύμαστε είναι να θυμόμαστε πάντα ότι το ανέβασμα ή το κατέβασμα των κατωφλίων ακουστότητας αναφέρεται σε ποσοτικές τιμές.





- μεγάλο διάστημα μεταξύ της αέρινης και οστέινης αγωγής (οι οποίες είναι κάτω των φυσιολογικών ορίων), με τα αποτελέσματα της οστέινης να είναι καλύτερα από της αέρινης.



### 6η Δραστηριότητα

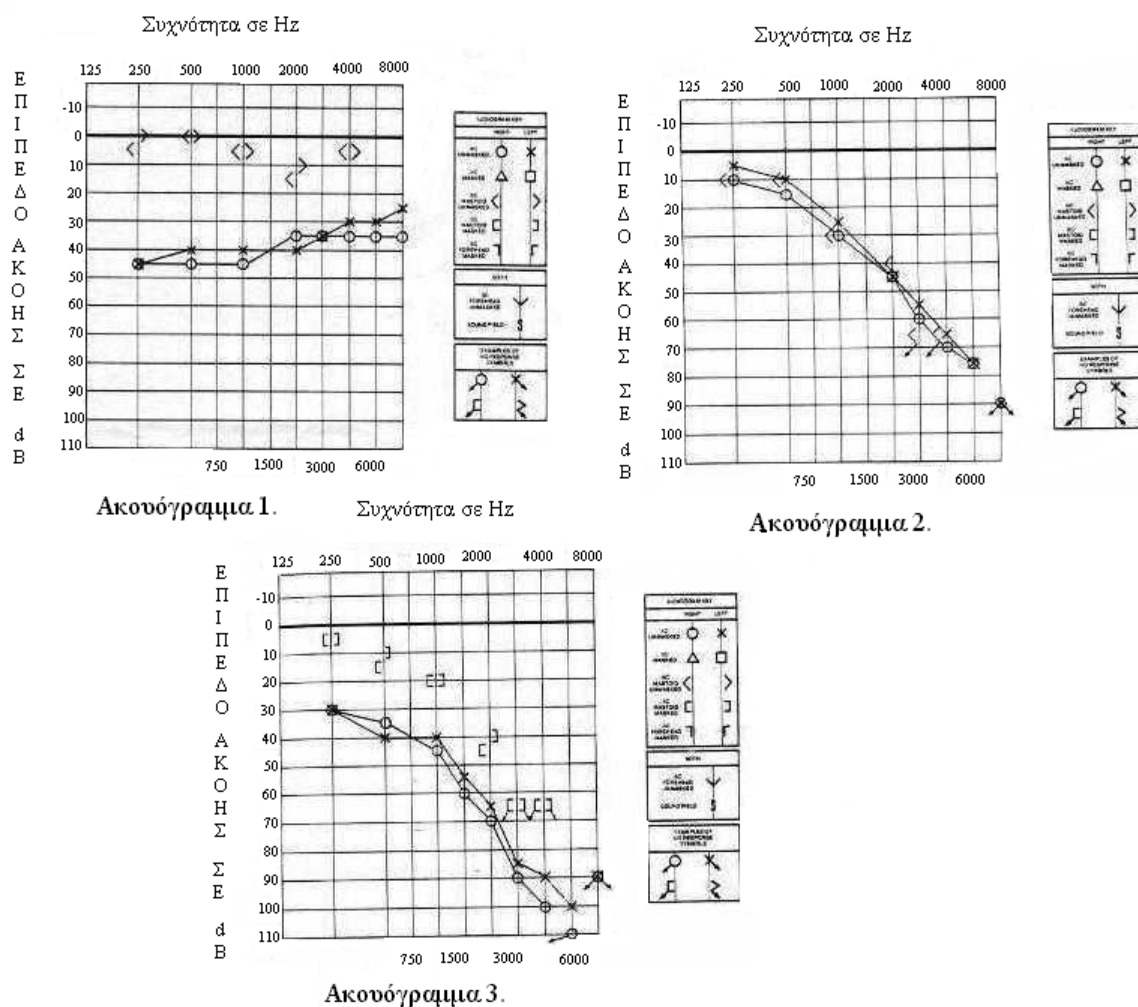
Μελετήστε τα παρακάτω ακουογράμματα και εξηγήστε γιατί αντιπροσωπεύουν τους παρακάτω τύπους βαρηκοΐας.

Ακουόγραμμα 1 = βαρηκοΐα αγωγιμότητας

Ακουόγραμμα 2 = νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα

Ακουόγραμμα 3 = μικτή βαρηκοΐα

Εικόνα 7.





### **2.2.3. Το ακουόγραμμα ως προγνωστικός δείκτης για την πρόσληψη του λόγου**

Ο βαθμός απώλειας της ακοής βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τον βαθμό διαταραχής της ομιλίας. Έτσι, τα άτομα με μικρότερη απώλεια ακοής έχουν κατά μέσο όρο λιγότερες διαταραχές στην ομιλία τους από ό,τι τα άτομα με μεγαλύτερη απώλεια ακοής. Στο ατομικό όμως επίπεδο συναντούμε μεγάλες αποκλίσεις από τα αναμενόμενα βάση των ακουομετρικών ενδείξεων. Αυτό συμβαίνει ιδιαίτερα στην κατηγορία της πολύ σοβαρής βαρηκοΐας, όπου αποφασιστικό ρόλο για την ανάπτυξη της ομιλίας και της γλώσσας γενικότερα παίζουν η ηλικία έναρξης της βαρηκοΐας, η ηλικία ενίσχυσης της ακοής, η ευφυΐα, η ενασχόληση του οικογενειακού περιβάλλοντος με το παιδί, η προσωπικότητα του παιδιού και η πρόωμη παρέμβαση.

Παρόλα αυτά το ακουόγραμμα είναι δυνατόν να μας δώσει κάποιες ενδείξεις για τα είδη των παραμέτρων της ομιλίας που μπορεί να προσλάβει το παιδί με απώλεια ακοής. Αν υπάρχουν χρήσιμα ακουστικά υπολείμματα στις συχνότητες 125 και 250 Hz, προσλαμβάνονται η αντρική και γυναικεία φωνή, διαφορές στην ηχηρότητα των συμφώνων (μπ-π, ντ-τ, γκ-κ), φωνητικά στοιχεία των ρινικών συμφώνων και των πρόσθιων (/i/, /ε/) και οπίσθιων φωνηέντων (/α/, /Ο/, /u/). Αν υπάρχουν ακουστικά υπολείμματα στα 500 Hz, είναι μερικές φορές δυνατή η πρόσληψη των διαφορετικών τρόπων άρθρωσης των συμφώνων (π.χ. έκκροτα αντί τριβόμενα), φωνητικών στοιχείων του /r/, /l/ και των περισσότερων φωνηέντων. Στα 1000 Hz γίνονται αντιληπτές οι διαφορές στον τρόπο άρθρωσης των συμφώνων, όλα τα φωνητικά στοιχεία των ρινικών συμφώνων, όλα τα φωνητικά στοιχεία των οπίσθιων φωνηέντων και πολλά έκκροτα σύμφωνα. Στα 2000 Hz προσλαμβάνονται επιπλέον ο τρόπος άρθρωσης πολλών συμφώνων, δηλαδή σε ποιο σημείο της στοματικής κοιλότητας αρθρώνονται όλα τα φωνητικά στοιχεία των πρόσθιων φωνηέντων και ο στροβιλώδης θόρυβος των συμφώνων /j/, /f/, και /θ/. Τέλος, στα 4000-8000 Hz μπορούν να γίνουν αντιληπτά τα συριστικά σύμφωνα, η θέση άρθρωσης των συμφώνων και ο στροβιλώδης θόρυβος των άηχων τριβόμενων συμφώνων.



#### **2.2.4.Περιορισμοί στην προγνωστική και ερμηνευτική αξία του ακουογράμματος**

Η ερμηνεία του ακουογράμματος για την πρόγνωση των δυνατοτήτων πρόσληψης της ομιλίας απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή επειδή, όπως τονίστηκε προηγουμένως, πολλοί παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο. Σύμφωνα με τον Ling (1989), οι προγνωστικές δυνατότητες του ακουογράμματος για την ανάπτυξη της ομιλίας είναι περιορισμένες. Μερικοί λόγοι είναι ότι:

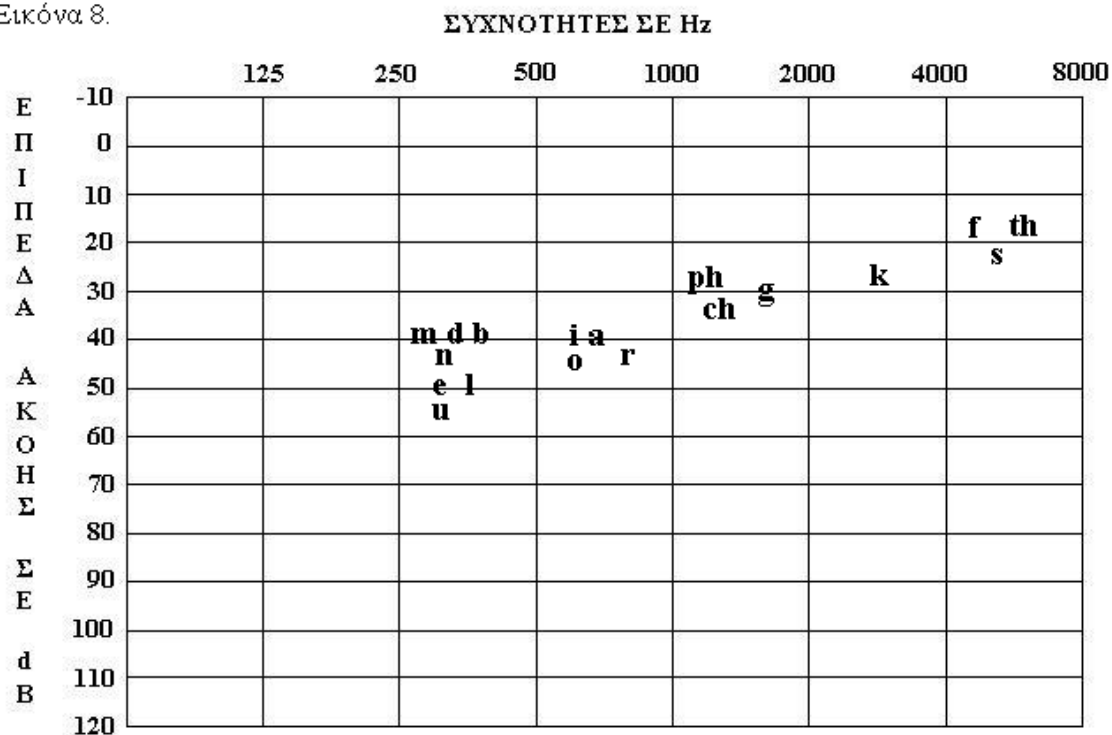
- Η ροή του λόγου δεν είναι καταληπτή στο κατώφλι ακουστότητας του ατόμου γιατί είναι πολύ δύσκολο να κατανοήσει κανείς τη ροή του λόγου στην πιο χαμηλόφωνη έντασή του.
- Το επίπεδο της γνώσης της γλώσσας παίζει σπουδαίο ρόλο στην πρόσληψη της ομιλίας.
- Το ακουόγραμμα δεν παρέχει πληροφορίες για την δυνατότητα διάκρισης χρονικών διαφορών, δηλαδή της διάρκειας των ήχων της ομιλίας.
- Το ακουόγραμμα μετράει την ικανότητα πρόσληψης σταθερών ημιτονικών ήχων που δεν μεταβάλλονται σε συχνότητα και ένταση. Η ροή του λόγου είναι ιδιαίτερα περίπλοκο σήμα με διαρκώς μεταβαλλόμενη ένταση, διάρκεια και συχνότητα.
- Το ακουόγραμμα δεν μπορεί να δείξει τον βαθμό της ακουστικής εκμάθησης ενός βαρήκοου/ κωφού παιδιού ή το δυναμικό ενός παιδιού για ακουστική εκπαίδευση.
- Η μέτρηση της ακοής μέσω ακουογραφήματος είναι συμπεριφορική στην φύση της και γι' αυτό είναι υποκειμενική και δεν αντικατοπτρίζει πάντα τις πραγματικές ακουστικές ικανότητες του ατόμου.



### 7η Δραστηριότητα

Από το παρακάτω ακουόγραμμα διαλέξτε μερικούς ήχους της ομιλίας<sup>8</sup> (μεμονωμένα φωνήματα) και καταγράψτε αν γίνονται αντιληπτοί μέσω της ακουστικής οδού από έναν βαρήκοο ή κωφό μαθητή σας. Να συγκρίνετε τα αποτελέσματά σας με τον παρακάτω πίνακα και με το ακουόγραμμα του παιδιού. Τι παρατηρήσεις έχετε να κάνετε;

Εικόνα 8.



<sup>8</sup> Οι ήχοι στο ακουόγραμμα αυτό είναι στα αγγλικά, γιατί αντιπροσωπεύουν ήχους της ομιλίας της αγγλικής. Υπολογίζεται ότι οι αντίστοιχοι ήχοι της ομιλίας της ελληνικής προσεγγίζουν ακουστικά τους αγγλικούς ήχους.



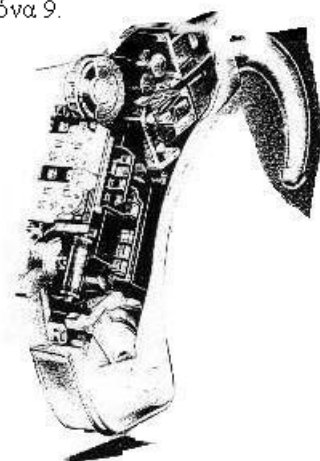
### 3. Συστήματα ενίσχυσης του ήχου

#### 3.1. Ακουστικά

##### 3.1.1. Γενικά στοιχεία

Η τεχνολογία των ακουστικών είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένη στις μέρες μας. Υπάρχουν πολλών ειδών ακουστικά, όπως τα ακουστικά σώματος (body aids), τα οπισθοωτιαία, εκείνα που προσαρμόζονται σε γυαλιά, μέσα στον ακουστικό πόρο (ενδοωτιαία), κτλ. Τα οπισθοωτιαία ακουστικά θεωρούνται σήμερα πιο κατάλληλα για τα παιδιά καθώς και για άτομα με μεγάλη απώλεια ακοής.

Εικόνα 9.





Τα ακουστικά βαρηκοΐας αποτελούνται από τα εξής εξαρτήματα:

- ✓ μικρόφωνο
- ✓ ενισχυτή
- ✓ μετασχηματιστή
- ✓ πηγή τροφοδοσίας (μπαταρίες)

Οι ρυθμίσεις του ακουστικού περιλαμβάνουν:

⊞ Ρυθμιστή Έντασης (volume control)

⊞ Διακόπτη επιλογής εισόδου (input selector switch), με τρεις τουλάχιστον ή περισσότερες θέσεις; off [O], μικρόφωνο [M], telecoil [T], μικρόφωνο + telecoil [M+T], ακουστική είσοδο [A], μικρόφωνο και ακουστική είσοδο [M+A], και απευθείας είσοδο συνεχούς ροής (ρεύματος). Το ακουστικό λειτουργεί ως επί το πλείστον στη θέση "M". Για καλύτερη ακρόαση σε τηλεφωνικές συνδιαλέξεις και επίσης για την χρήση ορισμένων συστημάτων FM, στα οποία θα αναφερθούμε παρακάτω, το ακουστικό πρέπει να ρυθμίζεται στη θέση "T". Η θέση "M+T" παρέχει την δυνατότητα στο παιδί να ακούει όσα διαδραματίζονται στο άμεσο περιβάλλον του, ομιλίες και περιβαλλοντολογικούς θορύβους, και ταυτόχρονα να έχει καλύτερη πρόσληψη μέσω συσκευών, όπως το τηλέφωνο και τα συστήματα FM. Τέλος, οι θέσεις "A" και ιδιαίτερα η απευθείας είσοδος του συνεχούς (ρεύματος) παρέχουν την δυνατότητα ακρόασης των διαφόρων μέσων μαζικής επικοινωνίας. Η απευθείας είσοδος του συνεχούς ρεύματος ενώνεται καλωδιακά με την συσκευή, έτσι ώστε να μην υπάρχουν παρεμβολές από εξωτερικούς θορύβους.

Η πιο σύγχρονη τεχνολογία σήμερα στα ακουστικά βαρηκοΐας είναι ψηφιακή και επιτρέπει καλύτερη πρόσληψη του σήματος της ομιλίας από ότι τα αναλογικά ακουστικά που εξετάστηκαν παραπάνω, παρέχοντας δυνατότητες για επιλεκτική ενίσχυση των συχνοτήτων και για καλύτερη απόδοση σε συνθήκες θορύβου.



### **3.1.2. Έλεγχος και αντιμετώπιση προβλημάτων λειτουργίας ακουστικών**

Ο έλεγχος των ακουστικών πρέπει να αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινής ρουτίνας του δασκάλου και των παιδιών στην τάξη. Πολλά παιδιά με προβλήματα ακοής κλείνουν ή χαμηλώνουν τα ακουστικά τους την ώρα του μαθήματος, ξεχνούν τα ακουστικά τους στο σπίτι ή ξεχνούν να αλλάξουν τις μπαταρίες όταν τελειώνουν.

Ένα γρήγορο και εύκολο τεστ για να διαπιστωθεί αν το ακουστικό του κάθε παιδιού βρίσκεται σε καλή λειτουργία είναι το τεστ Ling. Σύμφωνα με το τεστ Ling, ο δάσκαλος προφέρει πίσω από το μαθητή έναν έναν τους ήχους "μ", "α", "ο", "ι", "σ", "sh" και του ζητά να τους επαναλάβει καθώς τους ακούει. Οι ήχοι αυτοί καλύπτουν όλο το φάσμα των συχνοτήτων της ομιλίας και άρα αν ένα παιδί τους ακούει μπορεί να ακούσει και τους υπόλοιπους ήχους της ομιλίας, εφόσον αυτοί εκπέμπονται σε παρόμοια ένταση στον τρέχοντα λόγο. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να γνωρίζει ο δάσκαλος εκ των προτέρων τις συνήθειες ακουστικές επιδόσεις του κάθε παιδιού σε αυτό το τεστ έτσι ώστε να μπορεί να εντοπίσει αμέσως τυχόν αποκλίσεις από τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Ένα πρόβλημα που συχνά συναντάται με την συχνή χρήση των ακουστικών είναι η επανατροφοδότηση (feedback), ένας υψηλής συχνότητας ήχος. Στην περίπτωση αυτή ο ειδικός παιδαγωγός μπορεί να προβεί στον παρακάτω έλεγχο για να αποκαταστήσει την σωστή λειτουργία του ακουστικού ή να εντοπίσει την βλάβη. Τα στάδια ελέγχου είναι:

1. Αφαιρούμε το ακουστικό από το αυτί του παιδιού και φράζουμε με τον δείκτη μας την είσοδο του εκμαγείου. Αν σταματήσει το "σφύριγμα" τότε υπάρχει πρόβλημα στην προσαρμογή του εκμαγείου στο αυτί. Επανατοποθετούμε το εκμαγείο καλά στο αυτί.

2. Αν ο θόρυβος συνεχίζεται, βγάζουμε το εκμαγείο από τον "γάντζο" (tone hook) του ακουστικού και φράζουμε με το δείκτη μας την είσοδο του γάντζου. Αν σταματήσει τότε το πρόβλημα είναι πάλι στο εκμαγείο (σχισμή στο σωληνάκι, σπασμένο σωληνάκι, κτλ). Αν όχι, τότε οφείλεται ή στον γάντζο ή στο ίδιο το ακουστικό. Βγάζουμε τον γάντζο και φράζουμε με τον δείκτη μας την είσοδο του ήχου του ακουστικού. Αν ο υψηλόφωνος θόρυβος δεν σταματήσει συμπεραίνουμε ότι η βλάβη βρίσκεται μέσα στο ακουστικό και το στέλνουμε για επιδιόρθωση.



Μέρος της καθημερινής ρουτίνας του ειδικού παιδαγωγού μέσα στην τάξη πρέπει να είναι ο έλεγχος της λειτουργίας των ακουστικών για κάθε παιδί. Ο έλεγχος είναι οπτικός και ακουστικός. Κατά τον οπτικό έλεγχο, κοιτούμε για σπασμένα ή αποσυνδεδεμένα μέρη του ακουστικού παρατηρώντας προσεκτικά και τα σωληνάκια. Κάνουμε έλεγχο της καθαριότητας του ακουστικού, των σωλήνων και του εκμαγείου. Ελέγχουμε τις ρυθμίσεις που πρέπει να έχει ο συγκεκριμένος μαθητής στο ακουστικό του. Κατά τον ακουστικό έλεγχο ακολουθούμε τα εξής στάδια:

1. Βγάζοντας το ακουστικό του παιδιού, γυρίζουμε την ένταση στο μέγιστο. Αν ακουστεί ένας υψηλότονος θόρυβος (είναι θόρυβος επανατροφοδότησης και αυτός), το ακουστικό λειτουργεί καλά.

2. Ελέγχουμε την ποιότητα του ήχου με το ακουστικό στηθοσκόπιο, κάνοντας το τεστ Ling. Βγάζουμε το ακουστικό του παιδιού, το κλείνουμε ("off") και τοποθετούμε την άκρη του στηθοσκοπίου στον γάντζο του ακουστικού. Μετά ανοίγουμε σιγανά την ένταση και την προσαρμόζουμε στο δικό μας αυτί. Προφέρουμε τους ήχους "μ", "α", "ο", "ι", "σ", "sh", που αντιστοιχούν σε όλο το φάσμα των συχνοτήτων της ομιλίας. Αν οι ήχοι γίνονται αντιληπτοί με ευκρίνεια συμπεραίνουμε ότι το ακουστικό λειτουργεί καλά.

3. Παίζουμε με τον ρυθμιστή έντασης κουνώντας λίγο το ακουστικό και ακούμε προσεκτικά για τυχόν αλλοιώσεις των ήχων, αδυναμία, διακοπές ή θόρυβο.

4. Αλλάζουμε το ακουστικό στην θέση "T" και βλέπουμε αν αναπτύσσεται θόρυβος χαμηλής συχνότητας με την αύξηση της έντασης.

### **8η Δραστηριότητα**



Εφαρμόσετε το τεστ Ling σε τρία παιδιά της τάξης σας για μία βδομάδα. Ζητήστε δηλαδή από τα παιδιά να προφέρουν τι ακούν (χωρίς οπτική βοήθεια) και προφέρετε έναν έναν τους ήχους της ομιλίας του τεστ Ling, σημειώνοντας τα αποτελέσματα.

α) Παρατηρείτε διακυμάνσεις στην απόδοση του κάθε παιδιού; Πού οφείλονται κατά την γνώμη σας αυτές οι διακυμάνσεις;

β) Σε ποιες ενέργειες θα προβείτε αν διαπιστωθεί ότι υπάρχει διακύμανση της πρόσληψης των ήχων της ομιλίας του τεστ Ling;

γ) Καταγράψτε για το κάθε παιδί σε ποιες συχνότητες η ακοή τους είναι καλύτερη, στις χαμηλές, στις μεσαίες ή στις υψηλές; Στην απάντησή σας αυτή, λάβετε υπόψη σας την παράγραφο 2.2.3.





### **3.2. Συστήματα ενίσχυσης ήχου στην τάξη**

#### **3.2.1.Γενικά**

Η χρήση ειδικών ομαδικών συστημάτων για την ενίσχυση της ακοής μέσα στην τάξη είναι τελείως απαραίτητη για δύο λόγους. Πρώτον, διότι οι συνθήκες περιβαλλοντολογικού θορύβου στις τάξεις είναι ιδιαίτερα αυξημένες με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται περισσότερο η πρόσληψη της ομιλίας. Δεύτερον, διότι η διδασκαλία από τον δάσκαλο στην σχολική τάξη καταλαμβάνει ένα μεγάλο κομμάτι της εκπαιδευτικής διαδικασίας και η καλή πρόσληψη της ομιλίας είναι *απαραίτητη* προϋπόθεση σε πολλά εκπαιδευτικά συστήματα βαρήκοων/κωφών παιδιών.

Ο στόχος των συστημάτων ενίσχυσης του ήχου στην τάξη δεν είναι να αυξήσουν ακόμη περισσότερο την ένταση των προσλαμβανόμενων ήχων, αυτός ο στόχος επιτυγχάνεται από ένα ζευγάρι καλά ακουστικά. Οποιαδήποτε περαιτέρω ενίσχυση της έντασης του ήχου θα είχε ως αποτέλεσμα την αλλοίωση των ήχων της ομιλίας και σε μερικές περιπτώσεις θα προκαλούσε οργανική βλάβη ή φυσικό πόνο. Τα συστήματα ενίσχυσης ήχου στην τάξη αποσκοπούν να βελτιώσουν την ποιότητα του ήχου έτσι ώστε η αναλογία ομιλίας/θορύβου να είναι η μέγιστη δυνατή, με την ομιλία να υπερσχύει. Ο θόρυβος στις τάξεις είναι μεγαλύτερος από τον θόρυβο στο σπίτι και μερικές φορές γίνεται μεγαλύτερος από τον θόρυβο στον δρόμο ή στην παιδική χαρά. Μετρήσεις έδειξαν ότι το επίπεδο του θορύβου στις τάξεις φτάνει μέχρι και 69dB HL. Όταν η αναλογία ομιλίας/θορύβου είναι μικρή και υπερσχύει ο θόρυβος, υπάρχουν μεγάλα προβλήματα στην πρόσληψη της ομιλίας.

#### **3.2.2.Συστήματα FM ελευθέρου πεδίου (Free-field FM)**

Τα συστήματα FM είναι μέχρι σήμερα το πιο διαδεδομένο παγκοσμίως σύστημα ενίσχυσης ήχου στην τάξη. Εξασφαλίζουν ήχο υψηλής ποιότητας, σταθερή απόδοση και πολύ χαμηλό κόστος εγκατάστασης σε σχέση με άλλα συστήματα. Αποτελούνται από δύο συσκευές, που λειτουργούν με μπαταρίες, έναν πομπό και έναν δέκτη κυμάτων FM. Ο πομπός μετατρέπει τα ακουστικά σήματα σε FM σήματα και τα στέλνει στον δέκτη μέσω ελευθέρου πεδίου (χωρίς καλώδια). Στο πιο απλό σύστημα FM, ο πομπός φοριέται από τον δάσκαλο και ο δέκτης από τον μαθητή. Για την σωστή λειτουργία των συστημάτων FM,



για να μην υπάρχουν δηλαδή παρεμβολές από εξωτερικούς πομπούς και άλλα ραδιοφωνικά σήματα σταθμών, κάθε χώρα επιλέγει μια σειρά από συχνότητες που χρησιμοποιούνται αποκλειστικά από τα συστήματα FM. Κάθε σύστημα FM έχει την δυνατότητα να ρυθμίζεται σε 32 διαφορετικές συχνότητες έτσι ώστε να εξυπηρετούνται όλες οι τάξεις ενός σχολείου και να μην υπάρχουν παρεμβολές ακόμη και ανάμεσα στις τάξεις.

Η επιτυχία των συστημάτων FM έγκειται στην αποτελεσματική μείωση του θορύβου που συνήθως προσλαμβάνεται μαζί με το σήμα της ομιλίας από το ακουστικό του παιδιού. Ο θόρυβος μειώνεται, διότι εκμηδενίζεται σχεδόν η απόσταση από το στόμα του δασκάλου στο αυτί του μαθητή. Η απόσταση από το στόμα του δασκάλου στην είσοδο του πομπού (περίπου 12 εκατοστά) αντιστοιχεί στην απόσταση από τον δάσκαλο στον μαθητή, όση και να είναι η πραγματική απόσταση μεταξύ τους μέσα στην τάξη. Ένα άλλο σημαντικό πλεονέκτημα είναι ότι εξασφαλίζεται η σταθερή παρουσία των ακουστικών ερεθισμάτων, διότι η ευκρίνεια της ομιλίας δεν μεταβάλλεται ανάλογα με την απόσταση του ομιλητή από τον ακροατή, όπως στα ακουστικά βαρηκοΐας.

Υπάρχουν πολλά είδη συστημάτων FM. Οι βασικές παραλλαγές είναι ότι μπορούν να προσαρμοστούν στο ακουστικό του μαθητή ή να αποτελούν αυτόνομο σύστημα με δικό τους ακουστικό. Το πιο σύγχρονο μοντέλο των συστημάτων FM αποτελείται από δύο συσκευές που η καθεμιά μπορεί να λειτουργήσει ως πομπός και ως δέκτης. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί επιπλέον ο μαθητής να προσλαμβάνει τις ομιλίες των συμμαθητών του μέσω σημάτων FM. Όλα τα συστήματα FM επιτρέπουν τριών ειδών ακροάσεις, την ακρόαση μέσω FM ("FM"), την ακρόαση μέσω του μικροφώνου του ακουστικού ("M") και τέλος την ακρόαση από δύο πηγές, το μικρόφωνο του ακουστικού και το σύστημα FM (FM+M). Η επιλογή ενός από τα τρία είδη ακρόασης εξαρτάται από το είδος της δραστηριότητας μέσα στην τάξη. Σε κάθε περίπτωση, το σύστημα FM χρειάζεται ειδική ρύθμιση για κάθε μαθητή ως προς την ενίσχυση ήχου, την τονικότητα, την μέγιστη ηχητική πίεση που μπορεί να έχει το σήμα της ομιλίας κλπ. (SPL, Tone, Gain and FM). Ο δάσκαλος θα πρέπει να είναι καταρτισμένος στην χρήση των συστημάτων αυτών και να γνωρίζει τις ρυθμίσεις που έχουν οριστεί για κάθε μαθητή.



### **9η Δραστηριότητα**

Το βαρήκοο/κωφό παιδί μπορεί να χρησιμοποιεί το σύστημα FM σε μία από τις τρεις θέσεις: FM, M και FM+M. Από την διδασκαλική σας πείρα, αναφέρετε παραδείγματα δραστηριοτήτων μέσα στην τάξη που να είναι απαραίτητη η ρύθμιση του συστήματος FM σε καθεμία από τις τρεις θέσεις.

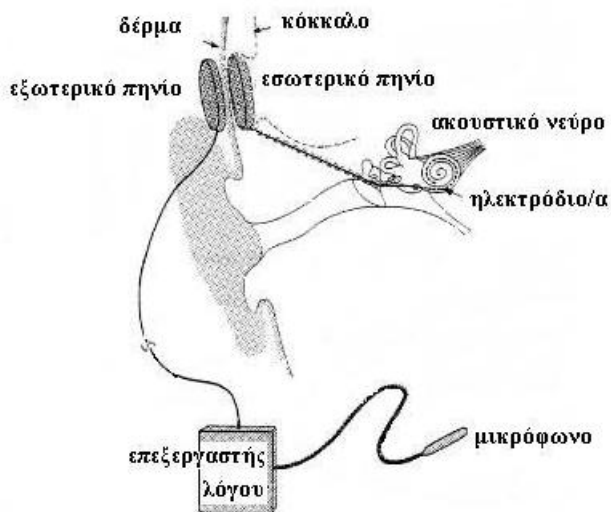
### ***3.3. Κοχλιακά Εμφυτεύματα***

Τα κοχλιακά εμφυτεύματα είναι το πιο πρόσφατο τεχνολογικό επίτευγμα της ενίσχυσης και αποκατάστασης της ακοής και στηρίζεται στην ενεργοποίηση των νευρικών ινών του ακουστικού νεύρου από ηλεκτροακουστικά ερεθίσματα. Η σύγχρονη αυτή τεχνολογία των κοχλιακών εμφυτευμάτων εφαρμόστηκε πρώτα σε ενήλικα άτομα που είχαν καθολική, μεταγλωσσική απώλεια ακοής και είχε μεγάλη επιτυχία. Τα τελευταία δέκα χρόνια άρχισε να εφαρμόζεται διεθνώς και σε κωφά παιδιά με προγλωσσική απώλεια ακοής, όχι όμως με την ανάλογη επιτυχία. Τα κριτήρια για κοχλιακή εμφύτευση σε παιδιά με προγλωσσική κώφωση είναι αυστηρά και προσαρμόζονται διαρκώς στα πορίσματα καινούριων ερευνών. Γενικά για να είναι ένα παιδί υποψήφιο για κοχλιακή μετεμφύτευση πρέπει να μην έχει χρήσιμα ακουστικά υπολείμματα και να μην έχει επιδείξει πρόοδο με τα παραδοσιακά ακουστικά για κάποιο μεγάλο χρονικό διάστημα (π.χ. ένα εξάμηνο).

Το σύστημα του κοχλιακού εμφυτεύματος αποτελείται από ένα μικρόφωνο, έναν επεξεργαστή λόγου, δύο πηνία (εξωτερικό και εσωτερικό) και από ηλεκτρόδια που εμφυτεύονται στην περιοχή της κυκλικής θυρίδας του έσω αυτιού. Ο ήχος προσλαμβάνεται από το μικρόφωνο και αναλύεται από τον επεξεργαστή λόγου ως προς τα χαρακτηριστικά του, π.χ. την διάρκειά του, τις συχνότητες συντονισμού του κλπ. Τα διάφορα χαρακτηριστικά των ήχων της ομιλίας μεταφέρονται σε κωδικοποιημένη μορφή στην είσοδο του ακουστικού νεύρου πάνω από τον κοχλία. Η μεταφορά γίνεται είτε εξ' επαγωγής, από το εξωτερικό στο εσωτερικό πηνίο.



Εικόνα 10.

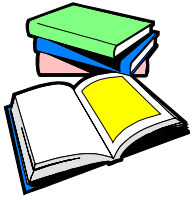


Έχουμε δύο ειδών συστήματα κοχλιακών εμφυτευμάτων. Το πιο απλό (και πιο παλιό) κοχλιακό εμφύτευμα, single channel - κοχλιακό εμφύτευμα, από το House Ear Institute στο Λος Άντζελες, μεταδίδει ακουστικές πληροφορίες για την I (ένταση), την βασική συχνότητα παλμού των φωνητικών χορδών F<sub>0</sub> και την διάρκεια των ήχων. Έτσι μπορεί να γίνει αντιληπτή η προσωδία του λόγου. Το πιο σύγχρονο είδος κοχλιακού εμφυτεύματος (multi-channel 22), πατέντα του University of Melbourne, Australia και της εταιρείας Cochlear Proprietary χρησιμοποιεί μια σειρά ηλεκτροδίων στον κοχλία και μεταφέρει επιπλέον ακουστικές πληροφορίες του φάσματος της ομιλίας, όπως η F<sub>1</sub> και η F<sub>2</sub>, οι δύο πρώτες συχνότητες συντονισμού που χαρακτηρίζουν το είδος του φωνήματος.

Οι δυσκολίες στην αποκωδικοποίηση του ακουστικού ερεθίσματος απαιτούν πολύμηνη αγωγή λόγου για την καλλιέργεια της πρόσληψης της ομιλίας. Η επιτυχία του κοχλιακού εμφυτεύματος εξαρτάται από πολλούς εγχειρητικούς και φυσιολογικούς παράγοντες, παράγοντες γνώσης της γλώσσας, την χειλεαναγνωστική ικανότητα του ατόμου, την ηλικία έναρξης της ενίσχυσης της ακοής ή την ηλικία της κοχλιακής εμφύτευσης. Η αποκατάσταση της ακοής δεν είναι πλήρης αλλά το παιδί μπορεί να αντιλαμβάνεται κάποια μικρά κομμάτια λόγου (προτάσεις) μόνο ακουστικά και να συμπληρώνει τα ακουστικά κενά μέσω της χειλιανάγνωσης.



### 1<sup>η</sup> Εργασία



**A)** Για τους επιμορφούμενους που δεν έχουν στην τάξη τους κωφά παιδιά την περίοδο της επιμόρφωσης.

Να αναπαραστήσετε την απώλεια της ακοής ενός παιδιού σε ένα υποθετικό ακουόγραμμα. Οι ουδοί ακουστότητας (κατώφλι ακουστότητας) της αέρινης αγωγής για το δεξί αυτί, χωρίς τεχνητή εκκώφανση, είναι 75, 80, 90, 100, 100 και 90dB HL για τις συχνότητες 250, 500, 1000, 2000, 4000 και 8000 Hz αντίστοιχα. Οι ουδοί (κατώφλια) ακουστότητας της αέρινης αγωγής για το αριστερό αυτί, χωρίς τεχνητή εκκώφανση, είναι 80, 85, 80, 90, 100 και 90dB HL για τις συχνότητες 250, 500, 1000, 2000, 4000 και 8000 Hz αντίστοιχα.

- α) Χαρακτηρίστε την απώλεια ακοής ως προς την σοβαρότητά της για το κάθε αυτί, παίρνοντας ως μέτρο σύγκρισης τον μέσο όρο των ουδών (κατωφλίων) ακουστότητας στις συχνότητες της ομιλίας 500, 1000 και 2000 Hz, για το κάθε αυτί. Ποιο αυτί έχει την μεγαλύτερη απώλεια ακοής;
- β) Τι προβλήματα θα είχε ένα προγλωσσικά κωφό παιδί με το παραπάνω ακουόγραμμα;
- γ) Χρειάζεται ακουστικά και τι είδους;

**B)** Για τους επιμορφούμενους που έχουν στην τάξη τους κωφά παιδιά την περίοδο της επιμόρφωσης.

Να εξετάσετε 3-4 ακουογράμματα των παιδιών της τάξης σας και να δώσετε έναν σύντομο, αλλά πλήρη χαρακτηρισμό της ακουστικής τους απώλειας.

- α) Να αναφέρετε το φύλο, την ηλικία και πληροφορίες γύρω από το ιστορικό του κάθε παιδιού (αν έχετε).
- β) Να αναφέρετε την έκταση της ακουστικής απώλειας κάθε παιδιού και τους τομείς που θα έχει δυσκολίες, σύμφωνα με το ακουόγραμμά του.
- γ) Τι είδους ακουστικά θα έπρεπε να φοράει ανάλογα με τη συγκεκριμένη απώλειά του και πόσο θα το βοηθούσαν;

Τέλος, να επισυνάψετε αντίγραφα των ακουογραμμάτων των μαθητών σας.

(Σε περίπτωση που δεν έχετε τα ακουογράμματα των μαθητών σας, να κάνετε την εργασία Α).

Την εργασία σας θα πρέπει να την παραλάβουμε ως τις **26 Φεβρουαρίου 1999**.



## Βιβλιογραφία

- Boothroyd, A. (1984). Auditory perception of speech contrasts by subjects with sensorineural hearing loss. *Journal of Speech and Hearing Research*, 27, 134-144.
- Frisina, R. (1974). Report of the Committee to Redefine Deaf and Hard of Hearing for Educational Purposes. Washington, D.C.
- Ηλιάδης, Θ., & Κεκές, Γ. (1986). *Κλινική Ακουσολογία*. Θεσσαλονίκη.
- Jerger, J. (1970). Clinical Experience with Impedance Audiometry. *Archives of Otolaryngology*, 92, 311-324.
- Ling, D. (1989). *Foundations of Spoken Language for Hearing – Impaired Children*. Washington, DC: Alexander Graham Bell Association for the Deaf.
- Northen, L. J., & Downs, M. P. (1984). *Hearing in Children*, Ed.3, Baltimore: Williams & Wilkins Co.
- Roeser, R. J., & Downs, M. P. (1988). *Auditory Disorders in School Children: Identification, Remedication*. Georg Thieme Verlag: Thieme Medical.
- Smith, C. R. (1975). Residual hearing and speech production of deaf children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 18, 795-811.



# Δεύτερη Ενότητα

## ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

**Β. Λαμπροπούλου**  
**Α. Λαλένη**



## Συμβουλευτική Γονέων και Έγκαιρη Παρέμβαση

### 1. Εισαγωγή

Ο τρόπος που αναπτύσσεται ο άνθρωπος και αποκτά την ιδιότητα του μέλους της κοινωνίας που ζει, είναι αρκετά πολύπλοκος. Η αλληλεπίδραση όμως του παιδιού με το περιβάλλον του και τους οικείους του, καθώς και οι εμπειρίες που αποκτά από αυτή την αλληλεπίδραση φαίνεται ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο στην όλη ανάπτυξη και εξέλιξή του. Η οικογένεια, παρόλο που τα τελευταία χρόνια αρχίζει να διαφοροποιείται ως προς τη δομή της, καθώς οι μονογονεϊκές οικογένειες έχουν αυξηθεί και η πυρηνική οικογένεια – πατέρας, μητέρα, παιδιά – έχει πάψει να θεωρείται το μοναδικό μοντέλο, συνεχίζει με την οποιαδήποτε μορφή της να αποτελεί τη βασική μονάδα κοινωνικοποίησης του παιδιού.

Τα βρέφη είναι άμεσα εξαρτημένα από το οικογενειακό περιβάλλον για την επιβίωσή τους. Η οικογένεια είναι αυτή που παρέχει τόσο την ικανοποίηση των βασικών βιολογικών αναγκών, όσο και το συναισθηματικό και πολιτισμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο συντελείται η ανάπτυξη του παιδιού σε όλους τους τομείς. Η μητρική γλώσσα, οι βασικές κοινωνικές δεξιότητες, οι πρώτες γνώσεις για τα γεγονότα της ζωής, τους ανθρώπους, το περιβάλλον και τους φυσικούς κανόνες, αποκτούνται μέσα στην οικογένεια.

Πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με τη ζωή, τη λειτουργία και τον κοινωνικό ρόλο της οικογένειας. Η πυρηνική οικογένεια έχει θεωρηθεί από διάφορους μελετητές ως ένας οργανισμός με διακριτούς κύκλους ζωής, που αποτελείται από περιόδους ανάπτυξης, αλλαγών και φθοράς. Η αρχική μορφή με τη δυαδική σχέση του ζευγαριού είναι ο πρώτος κύκλος της οικογένειας, ο οποίος όμως αλλάζει αμέσως με τη γέννηση του πρώτου παιδιού, οπότε η οικογένεια μπαίνει σε μια καινούρια φάση ή κύκλο, αυτόν της ανατροφής των παιδιών. Στη συνέχεια περνά στον κύκλο της εκπαίδευσής τους, της εφηβείας και της ενηλικίωσής τους, για να καταλήξει και πάλι στη δυαδική σχέση και στον κύκλο της γήρανσης του ζευγαριού (Duvall, 1970). Καθώς η οικογένεια περνάει από τον έναν κύκλο στον άλλο, οι ρόλοι και οι λειτουργίες των μελών αλλάζουν. Οι περίοδοι των αλλαγών δημιουργούν συνήθως αναστάτωση, καθώς τα μέλη της οικογένειας προσπαθούν να προσαρμοστούν στις νέες καταστάσεις και να ανταποκριθούν στις καινούριες ανάγκες. Οι πιθανότητες τότε για διαταραχή στις σχέσεις μεταξύ των μελών αυξάνονται, απειλώντας τη συνοχή όλης της οικογένειας.





Για τις περισσότερες οικογένειες η πιο δραματική αλλαγή και προσαρμογή φαίνεται να είναι η περίοδος της απόκτησης του πρώτου παιδιού. Συνήθως οι περισσότεροι γονείς θυμούνται την εποχή πριν την απόκτηση του παιδιού τους σαν την πιο ευτυχισμένη περίοδο του γάμου τους (Hill et al, 1970). Η είσοδος του πρώτου παιδιού διαταράσσει τις προηγούμενες συνήθειες του ζευγαριού και τροποποιεί τις αξίες τους, κάτι που τους δημιουργεί αρκετή αναστάτωση και άγχος. Καθώς ο τρόπος ζωής του ζευγαριού αλλάζει σημαντικά, αρχίζει και ένας νέος κύκλος ζωής. Η γέννηση των άλλων παιδιών συνήθως βρίσκει το ζευγάρι πιο προσαρμοσμένο και η είσοδος στην καινούρια φάση, αυτή της ανατροφής των παιδιών, είναι λιγότερο τραυματική. Γενικά όμως, όπως τονίστηκε παραπάνω σε κάθε κύκλο που μπαίνει η οικογένεια στη διάρκεια της ζωής της, οι απαιτήσεις των μελών της για νέες προσαρμογές στους ρόλους και στις λειτουργίες αποτελούν πηγή άγχους για τα μέλη και αυξάνουν τις εντάσεις, απειλώντας την ίδια τη συνοχή της οικογένειας.

Όταν ένα παιδί με **ειδικές ανάγκες** προστίθεται στην οικογένεια, το άγχος των γονέων και η αναστάτωση όλης της οικογένειας είναι πολύ μεγαλύτερη, καθώς αυξάνονται ακόμα περισσότερο οι ανάγκες και οι απαιτήσεις για αλλαγές και προσαρμογές. Οι γονείς συνήθως αντιδρούν έντονα στη γέννηση ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες. Οι Kirk, Gallagher και Anastasiow (1993) υποστηρίζουν ότι όλοι οι γονείς, ανεξάρτητα από το μορφωτικό και κοινωνικο-οικονομικό τους επίπεδο, αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα αποδοχής του παιδιού και προσαρμογής στη νέα αυτή πραγματικότητα, την ύπαρξη δηλαδή ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες στην οικογένεια.

Ειδικά οι γονείς των παιδιών που έχουν σοβαρές ειδικές ανάγκες, σύμφωνα με τους παραπάνω ερευνητές, αντιμετωπίζουν δύο μεγάλες κρίσεις. Η πρώτη κρίση είναι ο «συμβολικός θάνατος» του παιδιού που περίμεναν. Συνήθως, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι γονείς κάνουν όνειρα για το παιδί που θα γεννηθεί και συνήθως το φαντάζονται όμορφο, έξυπνο και υγιές. Βάζουν στόχους για το μέλλον του, το οποίο το ονειρεύονται επιτυχημένο σε όλους τους τομείς: οικονομικό, εκπαιδευτικό, κοινωνικό κλπ. Όταν μαθαίνουν ότι το νεογέννητό τους έχει σοβαρά προβλήματα, υποφέρουν και θρηνούν στην ουσία την απώλεια του παιδιού που είχαν ονειρευτεί. Ειδικά η διάγνωση της αναπηρίας στο παιδί είναι μια πολύ δύσκολη περίοδος για τους γονείς. Πολλοί από αυτούς αρνούνται να δεχθούν την καινούρια πραγματικότητα, νιώθουν ενοχές, θλίψη, οργή, θυμό,



έχουν κατάθλιψη και θρηνούν, όπως θα θρηνούσαν κάποιον δικό τους που πέθανε (Peterson, 1987, Farber, 1986).

Η δεύτερη κρίση που αντιμετωπίζουν οι γονείς, προέρχεται από τις αυξημένες και διαφορετικές απαιτήσεις για καθημερινή φροντίδα και ανατροφή ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες (ειδική εκπαίδευση και αντιμετώπιση, επαφή με υποστηρικτικές υπηρεσίες, χρήση τεχνολογικών βοηθημάτων, επισκέψεις σε γιατρούς, ειδικούς, ειδικά προγράμματα κλπ.). Η καθημερινή και συνεχής πολλές φορές ειδική φροντίδα και η εμπλοκή στους παραπάνω τομείς, δημιουργεί μεγάλο άγχος και κούραση στους γονείς. Χωρίς ειλικρινή στήριξη και πραγματική βοήθεια από ειδικούς είναι πολύ δύσκολο να αποδεχτούν τη νέα κατάσταση και να ανταποκριθούν στον καινούριο τους ρόλο. Για την ακρίβεια, ολόκληρη η οικογένεια διαταράσσεται και χρειάζεται στήριξη και βοήθεια από ειδικούς.

Τελευταία, αποτελέσματα ερευνών έχουν κάνει γνωστό αυτό που οι ειδικοί του χώρου ήξεραν από την εμπειρία τους, δηλαδή ότι η παρουσία ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες, επηρεάζει όλα τα μέλη της οικογένειας και δημιουργεί ρωγμές στους δεσμούς της, εμποδίζοντας την ομαλή μετάβασή της από τον ένα κύκλο στον άλλο (Mooges, 1996). Είναι λοιπόν προφανές ότι όλα τα μέλη της οικογένειας χρειάζονται παρέμβαση και ειδική στήριξη, ώστε η προσαρμογή τους στη νέα αυτή πραγματικότητα να γίνει ομαλά και με το λιγότερο κόστος για τη συνοχή της οικογένειας. Παρόλ' αυτά, πολλά παραδοσιακά προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης είχαν -και μερικά συνεχίζουν να έχουν- σαν κύριο στόχο τη βοήθεια μόνο στο παιδί, στη μητέρα ή στην καλύτερη περίπτωση στους γονείς, αγνοώντας τη δυναμική και τις ανάγκες ολόκληρης της οικογένειας. Τα τελευταία χρόνια όμως παρατηρείται μια μεγάλη στροφή προς τη συμβουλευτική στήριξη ολόκληρης της οικογένειας.

Πολλά προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης παιδιών με ειδικές ανάγκες, και στην περίπτωση μας κωφών παιδιών, έχουν πλέον υιοθετήσει την οικογενειοκεντρική, όπως ονομάζεται, προσέγγιση. Η προσέγγιση αυτή στηρίζεται στη γενική θεωρία των συστημάτων (Bertalanffy, 1968) όπως αυτή έχει υιοθετηθεί για την έρευνα και τη συμβουλευτική της οικογένειας (Family Systems Theory, Minuchin, 1974). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή η οικογένεια αποτελεί ένα δυναμικό σύνολο, του οποίου τα μέλη βρίσκονται σε μία διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση. Ό,τι συμβαίνει σε ένα από τα μέλη, δηλαδή, επηρεάζει με διάφορους τρόπους όλα τα άλλα μέλη και έτσι δημιουργείται μία νέα



πραγματικότητα και ανάγκη προσαρμογής για την οικογένεια και για κάθε μέλος ξεχωριστά.

Τα προβλήματα ενός μέλους με ειδικές ανάγκες στην οικογένεια επηρεάζουν ολόκληρη την οικογένεια και η επίδραση αυτή επηρεάζει άμεσα και το ίδιο το μέλος που έχει το πρόβλημα. Το μέγαλωμα, για παράδειγμα, ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες δημιουργεί στους γονείς και κατ' επέκταση στην οικογένεια απαιτήσεις σε σχέση με τη διάθεση του χρόνου τους, την κατανομή των οικονομικών τους, την ελευθερία της κίνησής τους, τις οικογενειακές σχέσεις, την ψυχική τους υγεία, την κοινωνική τους υπόσταση κλπ. Όλες αυτές οι απαιτήσεις επηρεάζουν όχι μόνο τους γονείς, αλλά και όλα τα μέλη της οικογένειας. Οι Turnbull και Turnbull (1986) υποστηρίζουν ότι οι ειδικοί που ασχολούνται με παιδιά με ειδικές ανάγκες θα πρέπει να γνωρίζουν ότι τα παιδιά αυτά δεν ζουν απομονωμένα. Είναι μέρος ενός συστήματος, της οικογένειας, και όταν κάτι συμβεί σε ένα μέλος, όλα τα μέλη επηρεάζονται. Επομένως, όταν οι εκπαιδευτικοί κάνουν παρέμβαση σε ένα μέλος της οικογένειας, π.χ. ζητούν από τη μητέρα να ασχολείται ειδικά με το παιδί, θα πρέπει να φροντίζουν ώστε να μη δημιουργούν προβλήματα σε άλλα μέλη της οικογένειας.

### 1<sup>η</sup> Δραστηριότητα



Διαλέξτε μία οικογένεια και πάρτε τους συνέντευξη για να τους γνωρίσετε καλύτερα. Ρωτήστε:

- Ποιοι αποτελούν την «οικογένεια» όπως την ορίζουν οι ίδιοι. Να περιγράψουν κάθε μέλος.
- Ποιες είναι οι σχέσεις τους με τους εκατέρωθεν γιαγιάδες - παππούδες.
- Ποιος παίρνει τις σημαντικές αποφάσεις. Τι είδους διαφωνίες δημιουργούνται συνήθως. Ποιος ο ρόλος των παιδιών.
- Θεωρούν ότι είναι «παραδοσιακή» οικογένεια; Τι σημαίνει κατά τη γνώμη τους αυτό;
- Με ποιο τρόπο αντιμετώπισαν μεγάλα προβλήματα κατά το παρελθόν; Ποια είναι τα στοιχεία εκείνα της δομής και του χαρακτήρα της οικογένειας που περισσότερο βοηθούν σε περιόδους κρίσεων;
- Υπάρχουν άτομα εκτός οικογένειας (φίλοι, μακρινοί συγγενείς, ιερείς, γιατροί κ. α. ) που αποτελούν πηγές στήριξης στις δύσκολες καταστάσεις και αν ναι, ποια είναι αυτά;

Συγκρίνετε την οικογένεια αυτή με τη δική σας οικογένεια. Ποιές είναι οι ομοιότητες και ποιές οι διαφορές τους; Πώς πιστεύετε ότι θα αντιδρούσαν σε περιόδους κρίσης οι δύο οικογένειες;



## 2. Οικογένεια και Κωφό Παιδί

Η ακουστική ικανότητα των γονέων δεν συνδέεται συνήθως με την αιτία της κώφωσης. Τα περισσότερα κωφά παιδιά έχουν ακούντες γονείς. Σύμφωνα με στοιχεία ερευνών πάνω από το 90% των κωφών προέρχεται από οικογένειες όπου και οι δύο γονείς είναι ακούντες (Mooges, 1996). Συγκεκριμένα, τα κωφά παιδιά έχουν την παρακάτω κατανομή ως προς την οικογενειακή τους προέλευση:

- 1) Το 92% προέρχεται από ακούντες γονείς.
- 2) Το 4,5% προέρχεται από γονείς Κωφούς.
- 3) Το 2% έχει μητέρα κωφή και πατέρα ακούντα.
- 4) Το 1,5% έχει πατέρα κωφό και μητέρα ακούουσα (Shein, 1989).

Ένα επίσης χαρακτηριστικό στοιχείο είναι ότι τα κωφά παιδιά όταν μεγαλώσουν παντρεύονται άλλους Κωφούς και συνήθως οι Κωφοί κάνουν ακούντα παιδιά. Ο Shein (1989) υποστηρίζει ότι σύμφωνα με τα δεδομένα των ερευνών, ισχύει «ο 90% κανόνας» όπως τον αποκαλεί. Δηλαδή:

- 90% των κωφών παιδιών έχουν ακούντες γονείς
- 90% των ενήλικων Κωφών παντρεύονται άλλους Κωφούς
- 90% από τα παιδιά των Κωφών γονέων είναι ακούντα.

Η κώφωση, όπως φαίνεται από αυτή την κατανομή, επηρεάζει τρεις γενεές στη διάρκεια μιας ζωής: τους γονείς (συνήθως ακούντες) κωφών παιδιών, τα κωφά παιδιά τους και τα παιδιά των κωφών παιδιών τους (συνήθως ακούντα). Τα στοιχεία αυτά είναι απαραίτητο να τα γνωρίζει όποιος εργάζεται με κωφά παιδιά, ώστε να τα λαμβάνει υπόψη του όταν σχεδιάζει και υλοποιεί προγράμματα, τα οποία θα πρέπει να είναι διαφοροποιημένα για να καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες των κωφών παιδιών, αλλά και των οικογενειών τους.

Η οικογένεια, όπως τονίσαμε παραπάνω, θεωρείται η βασική κοινωνική μονάδα στο δυτικό πολιτισμό. Εκτός από την εξασφάλιση της τροφής και των μέσων επιβίωσης, είναι



φορέας πολιτισμού για το παιδί, μεταφέροντας τις ηθικές αξίες, την κουλτούρα και τη γλώσσα της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει. Στην περίπτωση όμως της πλειοψηφίας των κωφών παιδιών αυτό δεν ισχύει. Οι ακούοντες γονείς τους (το 90%) δεν έχουν καμία προετοιμασία ή γνώση γύρω από την κώφωση, δεν περιμένουν να κάνουν κωφό παιδί, συνήθως δεν γνωρίζουν άλλους κωφούς πριν τη γέννηση του παιδιού τους και φυσικά δεν γνωρίζουν τη νοηματική γλώσσα, την κουλτούρα και την κοινότητα των κωφών. Επομένως, δεν παρέχουν στα παιδιά τους τις απαραίτητες εμπειρίες για την κοινωνικοποίησή τους. Αυτό δημιουργεί έντονα προβλήματα στους ίδιους και στα παιδιά τους, καθώς και την ανάγκη για έγκαιρη παρέμβαση και στήριξη. Παρακάτω θα αναφερθούμε στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γονείς και τα παιδιά τους, ανάλογα στο περιβάλλον που μεγαλώνουν.

### ***Η Αναγκαιότητα της Έγκαιρης Παρέμβασης***

Παρόλο που όσοι ασχολούνται με τα κωφά και βαρήκοα παιδιά, πολλές φορές διαφωνούν σε πάρα πολλά θέματα σχετικά με την εκπαίδευση και αποκατάστασή τους, όλοι συμφωνούν για την αναγκαιότητα της έγκαιρης παρέμβασης. Τούτο γιατί, όπως τονίστηκε παραπάνω, ένα κωφό παιδί ειδικά όταν προέρχεται από ακούοντες γονείς χρειάζεται ειδική στήριξη, όπως και οι γονείς του, για να μπορέσει να αναπτυχθεί σωστά και να αποτελέσει ισότιμο μέλος της οικογένειάς του και της κοινωνίας αργότερα.

Είναι γενικά παραδεκτό, ότι η **έλλειψη ακοής** είναι μια **δυσκολία**, η **έλλειψη επικοινωνίας** όμως με τους συνανθρώπους μας είναι πολύ **σοβαρή αναπηρία** για τον άνθρωπο με φοβερές προεκτάσεις. Το κωφό και βαρήκοο παιδί, ειδικά αυτό που προέρχεται από ακούοντες γονείς, χωρίς την ακοή και χωρίς ειδική βοήθεια δεν θα μπορέσει να αναπτύξει γλώσσα στη βρεφική ηλικία, που θεωρείται η κρίσιμη ηλικία απόκτησης γλώσσας για τον άνθρωπο. Χωρίς κώδικα επικοινωνίας θα έχει αρκετά προβλήματα στην όλη ανάπτυξή του.

Όπως υποστηρίζει ο Boothroyd (1982), το πρωτογενές πρόβλημα, η ακουστική απώλεια δηλαδή, χωρίς ειδική παρέμβαση μπορεί να αποτελέσει πηγή προβλημάτων σε πάρα πολλούς τομείς. Το αισθητηριακό δηλαδή πρόβλημα της ακοής μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στον **αντιληπτικό τομέα**, στην **ομιλία**, στην **επικοινωνία**, στην **κοινωνική συμπεριφορά**, στο **γνωστικό τομέα**, στο **συναισθηματικό τομέα**, στον



**εκπαιδευτικό, στο νοητικό και στον επαγγελματικό.** Χωρίς την ακοή το παιδί δεν μπορεί να *αντιληφθεί* τα αντικείμενα και τα γεγονότα γύρω του. Δεν μπορεί να αντιληφθεί και να αναπαράγει τους *ήχους της ομιλίας*. Επίσης, χωρίς ακοή δεν μπορεί να μάθει τη μητρική *γλώσσα*, έτσι δεν μπορεί να καταλάβει τους άλλους όταν του μιλάνε και δεν μπορεί να λάβει μέρος σε συζητήσεις με τους γύρω του. Χωρίς γλώσσα το κωφό παιδί δεν μπορεί να *καταλάβει* τον κόσμο, τις ιδέες των ανθρώπων, τις πληροφορίες για τον κόσμο, για πράγματα και γεγονότα μακρινά σε χρόνο και χώρο. Δεν μπορεί να *μάθει κοινωνικές συμπεριφορές*, αφού δεν θα μπορεί να καταλάβει τους κανόνες, που μαθαίνονται με παραδείγματα και λεκτικές εξηγήσεις. Χωρίς επικοινωνία με το περιβάλλον του και με ανεκπλήρωτες πολλές από τις βασικές ανάγκες του, το κωφό παιδί *χάνει την υπομονή του* και αναπτύσσει άμυνες και πολλές φορές *αντικοινωνικές συμπεριφορές*. Θυμώνει εύκολα και έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση. Με όλα αυτά τα προβλήματα και κύρια χωρίς αναπτυγμένο τον κώδικα επικοινωνίας αντιμετωπίζει μεγάλα εμπόδια *στην εκπαίδευσή του*. Έτσι, οι γνώσεις του είναι ελλιπείς, η εκπαίδευσή του περιορισμένη και οι προοπτικές του για *επαγγελματική εξέλιξη* μηδαμινές.

Τα προβλήματα αυτά -όπως τονίσαμε παραπάνω- είναι δευτερογενή, δεν οφείλονται δηλαδή στην κώφωση, αλλά στην έλλειψη σωστής παρέμβασης. Ακόμα, σαν να μη φτάνουν τα παραπάνω προβλήματα, στα κωφά παιδιά προστίθενται και επιπλέον δευτερογενή προβλήματα, που πηγάζουν από τις αντιδράσεις των ακουόντων γονέων τους (κύρια) ως προς την αποδοχή της κώφωσης των ίδιων των κωφών παιδιών τους και την κοινωνική αποδοχή γενικότερα.

Στόχος της έγκαιρης παρέμβασης είναι **να περιοριστεί η πρωτογενής δυσκολία** (η κώφωση), **να προληφθούν τα δευτερογενή προβλήματα**, όπως αυτά που αναφέρθηκαν παραπάνω και **να καλυφθούν οι ανάγκες του κωφού παιδιού και της οικογένειάς του**.

Η έγκαιρη παρέμβαση περιλαμβάνει τη διάγνωση της ακουστικής απώλειας, την αξιολόγηση των δυνατοτήτων του παιδιού και της οικογένειάς του σε όλους τους τομείς, τη δημιουργία ατομικού οικογενειακού προγράμματος παρέμβασης για το παιδί και την οικογένειά του και την όσο το δυνατόν έγκαιρη (αμέσως μετά τη διάγνωση) και σωστή υλοποίηση του προγράμματος αυτού από **επαγγελματίες ειδικούς**. Για να σχεδιαστεί όμως και να υλοποιηθεί ένα πρόγραμμα έγκαιρης παρέμβασης, θα πρέπει οι ειδικοί να γνωρίζουν τα προβλήματα που δημιουργούνται στο κωφό παιδί μέσα στο περιβάλλον του, δηλαδή



στην οικογένειά του και τους τρόπους προσέγγισης αυτών των προβλημάτων. Όπως τονίστηκε παραπάνω, η ακουστική κατάσταση των γονέων του κωφού παιδιού είναι χρήσιμο στοιχείο για τη μελέτη των οικογενειακών προβλημάτων και γενικότερα για το σχεδιασμό ενός εξατομικευμένου προγράμματος αντιμετώπισης.



### **3. Το Κωφό Παιδί στην Οικογένεια των Ακούοντων**

Η πιο συνηθισμένη οικογένεια ενός κωφού παιδιού, όπως τονίσαμε παραπάνω, αποτελείται από ακούντες γονείς και μέλη. Οι γονείς αυτοί δεν έχουν καμία προετοιμασία για τον ερχομό του κωφού παιδιού και εμπειρία για το πώς να το μεγαλώσουν. Έχουν μεγάλες δυσκολίες συνήθως να δεχτούν την κώφωση του παιδιού τους και να καταλάβουν τις ανάγκες του. Έχουν επίσης μεγάλη δυσκολία να επικοινωνήσουν με το παιδί τους, να κατανοήσουν τη συμπεριφορά του και να γίνουν κατανοητοί από αυτό. Οι συναισθηματικές τους αντιδράσεις συνήθως επηρεάζουν την κρίση τους και το χειρότερο από όλα, επηρεάζουν το ίδιο το κωφό παιδί τους.

Τα έντονα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτοί οι γονείς έχουν γίνει αντικείμενο πολλών ερευνών. Τα περισσότερα προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης και συμβουλευτικής έχουν σχεδιαστεί κύρια για τους γονείς αυτούς (δηλαδή τους ακούντες), παρόλο που όλοι οι γονείς, ανεξάρτητα από την ακουστική τους κατάσταση, χρειάζονται βοήθεια και στήριξη.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι ακούντες γονείς, όταν έρχονται αντιμέτωποι με τη διάγνωση της κώφωσης στο παιδί τους, περνούν μια σειρά από στάδια πριν να αποδεχτούν τη διάγνωση της κώφωσης, αλλά και το γεγονός ότι θα έχουν ένα κωφό παιδί. Πολλοί από αυτούς τους ερευνητές, όπως αναφέραμε παραπάνω, έχουν βρει ομοιότητες μεταξύ των σταδίων που περνούν οι γονείς των κωφών παιδιών και γενικά των παιδιών με ειδικές ανάγκες, με τα στάδια της αποδοχής του θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου (Kirk, 1993). Ο Moses (1985) αναφέρει ότι η διάγνωση της κώφωσης σε ένα βρέφος ή νήπιο επιφέρει τέτοια αναστάτωση στην οικογένειά του, που μοιάζει ακριβώς με την κατάσταση που επικρατεί με το θάνατο ενός μέλους της οικογένειας. Η ζωή όλων αλλάζει. Υπάρχει σοκ, έντονος πόνος και θρήνος για την απώλεια του «υγιούς» παιδιού. Η οικογένεια βρίσκεται σε κατάσταση πένθους για τα χαμένα της όνειρα και τις συναισθηματικές της επενδύσεις. Ο Moores (1996) αναφέρει ότι οι ακούντες γονείς και οι οικογένειές τους περνούν τις παρακάτω τέσσερις περιόδους μεγάλου άγχους κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του κωφού παιδιού:





1. Τη διαδικασία της αποδοχής της διάγνωσης της ακουστικής απώλειας.
2. Την είσοδο του παιδιού στο σχολείο.
3. Την αρχή της εφηβείας.
4. Την ενηλικίωση του παιδιού.

### **3.1. Η Διάγνωση της Κώφωσης – Βαρηκοΐας**

Όπως γνωρίζουμε, ένα πολύ μικρό ποσοστό παιδιών γεννιούνται κωφά. Συνήθως 1 στα 1000 νεογέννητα γεννιέται κωφό (Shein, 1989). Έτσι, εκτός και αν υπάρχει κάποια υποψία λόγω κληρονομικότητας στην οικογένεια ή κάποια ασθένεια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (π.χ. ερυθρά), η γέννηση ενός κωφού παιδιού δεν είναι αναμενόμενη και η τυχόν αποκάλυψή της προκαλεί μεγάλο σοκ σε γονείς και γιατρούς. Το γεγονός ότι η κώφωση δεν είναι αναμενόμενη κατά τη διάρκεια της γέννησης ενός βρέφους, σε συνδυασμό και με το γεγονός της έλλειψης ορατών στοιχείων που να υποδηλώνουν ότι το βρέφος είναι κωφό, παραπλανεί πολλούς γονείς, αλλά και γιατρούς και έτσι η διάγνωση συνήθως γίνεται αρκετά αργότερα από τη γέννηση του παιδιού. Πολλές φορές η άγνοια των γονέων γύρω από την κώφωση αλλά και το γεγονός της μη αναμονής κωφού βρέφους, κάνει τους γονείς, ακόμα και όταν υποψιάζονται ότι το παιδί τους δεν ακούει, να παρατείνουν την περίοδο της αναμονής και υποψίας. Αρνούνται δηλαδή να δεχτούν την υποψία τους και να προετοιμαστούν ψυχολογικά, ώστε να αντιμετωπίσουν μια πιθανή διάγνωση βαρηκοΐας ή κώφωσης.

Η άρνηση είναι μια πρώτη αντίδραση, ένα συναίσθημα, όπως θα δούμε και παρακάτω, που αναπτύσσει ο άνθρωπος σαν μηχανισμό άμυνας, για να αλλοιώσει σε κάποιο βαθμό την πραγματικότητα, ώστε να βοηθηθεί και να προσαρμοστεί στην καινούρια κατάσταση. Οι γονείς πριν από τη διάγνωση, συνήθως αρνούνται να δεχτούν την υποψία τους, ότι δηλαδή δεν ακούει το βρέφος τους. Αργότερα όμως, όταν αποφασίσουν να αναζητήσουν τη βοήθεια ενός ειδικού, τότε και ώσπου να αποδεχτούν τη διάγνωση και αργότερα ώσπου να αποδεχτούν το κωφό παιδί τους, περνούν από αρκετά ψυχολογικά στάδια, βιώνουν έντονα συναισθήματα και προβλήματα, τα οποία μόνο με τη βοήθεια ειδικών μπορούν να τα ξεπεράσουν. Διάφοροι ειδικοί, αλλά και γονείς, έχουν αναλυτικά περιγράψει τα



ψυχολογικά αυτά στάδια που περνούν οι γονείς στη διάρκεια της διάγνωσης της κώφωσης, αλλά και στην πορεία προς την αποδοχή του κωφού παιδιού. Παρακάτω γίνεται μια αναφορά στις κυριότερες περιγραφές:

### **3.2. Οι «Φάσεις» του θρήνου στη Διάγνωση της Βαρηκοΐας/Κώφωσης**

*ΣΟΚ - ΑΡΝΗΣΗ - ΕΝΟΧΗ - ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ - ΘΥΜΟΣ - ΑΠΟΔΟΧΗ*

Αυτές είναι οι πιο συχνές συναισθηματικές καταστάσεις που περιγράφουν οι γονείς. Η μετάβαση από την μία στην άλλη δεν είναι γραμμικά διαδοχική, ούτε περνούν απαραίτητα όλοι από όλες. Επίσης, μπορεί συχνά ένας γονιός να ξανανιώσει συναισθήματα που πίστευε ότι είχε ξεπεράσει. Σημαντικό είναι να θυμόμαστε ότι όλα τα μέλη μιας οικογένειας δεν περνούν από το ίδιο στάδιο κατά την ίδια χρονική περίοδο (Featherstone, 1981). Αυτό μπορεί να λειτουργήσει θετικά σαν παράγοντας εξισορρόπησης ή να εντείνει την αναταραχή και να δημιουργήσει προστριβές.

Κάθε «στάδιο» ή κατάσταση, όσο δύσκολο και δυσάρεστο και αν είναι, εξυπηρετεί συγκεκριμένη σκοπιμότητα στην πορεία για την αποδοχή.

**ΣΟΚ:** Είναι σχεδόν πάντα η πρώτη αντίδραση των γονέων στην διάγνωση της κώφωσης. Περιγράφεται σαν ζάλη, παραλυσία ή απώλεια συνείδησης. Συχνά δεν περιέχει αντιδράσεις ορατές από τρίτους και ο άνθρωπος που βρίσκεται σε σοκ συνεχίζει τις καθημερινές του δραστηριότητες κανονικά, «σαν αυτόματο», όπως διηγούνται κάποιοι γονείς. Μπορεί ο γονιός να φαίνεται ήρεμος εξωτερικά, αλλά οι ειδικοί πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι δεν είναι σε θέση να ακούσει και να επεξεργαστεί καμία πληροφορία. Θα πρέπει λοιπόν να επικοινωνήσουν μαζί του σε δεύτερη φάση για την απαραίτητη παροχή πληροφοριών.

Το σοκ είναι μια προστατευτική ασπίδα, που δίνει στους γονείς τον απαραίτητο χρόνο εσωτερικής προετοιμασίας για να συνειδητοποιήσουν τα δυσάρεστα νέα, χωρίς να διαλυθούν εσωτερικά. (Miller, 1994).

**ΑΡΝΗΣΗ:** Η άρνηση εμφανίζεται είτε σαν δυσπιστία προς την διάγνωση, είτε με την απαγόρευση του γονιού να γίνεται αναφορά επάνω στο θέμα της κώφωσης, ή ακόμη και



την υιοθέτηση στάσεων που εκφράζονται με δηλώσεις του είδους «καταλαβαίνει τα πάντα, του συμπεριφέρομαι φυσιολογικά σαν να ακούει και δεν υπάρχει πρόβλημα». Η άρνηση αποτελεί μια συνεχιζόμενη άμυνα απέναντι στον κίνδυνο που ενέχει η συνειδητοποίηση μιας πραγματικότητας πριν κανείς να είναι έτοιμος να την δεχθεί. Ο κυριότερος κίνδυνος από μια στάση άρνησης που διαρκεί υπερβολικά, είναι να μην δεχθεί ο γονιός να μάθει τρόπους για να επικοινωνήσει με το παιδί του (Greene, 1993).

Ο γονιός που βρίσκεται στο στάδιο της άρνησης, πρέπει να αντιμετωπισθεί με σεβασμό το ίδιο και οι απόψεις και το συναίσθημα που εκφράζει και να ενημερωθεί για το γεγονός ότι είναι πιθανό να περνάει από το συγκεκριμένο στάδιο, σαν μέρος μιας απόλυτα φυσιολογικής διαδικασίας. Ο καλύτερος τρόπος για να γίνει αυτό, είναι να ακούσει τις αντίστοιχες εμπειρίες άλλων γονέων, είτε μέσα από άμεση επαφή μαζί τους είτε με γραπτά κείμενα, βιντεοκασέτες κλπ.

**ΕΝΟΧΗ:** Οι περισσότεροι γονείς νιώθουν πιεστικά την ανάγκη να βρουν την «αληθινή αιτία» που προκάλεσε την βαρηκοΐα ή κώφωση στο παιδί τους και να μπορέσουν έτσι να θεωρήσουν κάποιο γεγονός - ή κάποιον άνθρωπο - υπεύθυνο γι αυτό. Ο γονιός που θα θεωρήσει ότι ο ίδιος «φταίει», δεν μπορεί να σκεφτεί καθαρά. Είναι πολύ δύσκολο να πειστεί ότι οι ενοχές και η αυτοκατηγορία δεν ωφελούν αλλά μάλλον βλάπτουν και εμποδίζουν την πρόοδο του παιδιού του. Μπορεί να πιστεύει ότι φταίει λόγω κληρονομικότητας, κάποιου φαρμάκου, ή έκθεσης σε κάποιον ιό. Μπορεί ακόμη να νοιώθει ότι «τιμωρείται» για κάτι κακό που έχει κάνει.

Ο μόνος τρόπος να βοηθηθεί είναι να ενθαρρυνθεί από τους ειδικούς να μιλάει ανοιχτά γι' αυτά τα συναισθήματα χωρίς ο ακροατής (ειδικός) να τα ακυρώνει ή να μειώνει τη σημασία που έχουν για τον ίδιο το γονιό. Αν δεχθεί ότι αυτά που νοιώθει είναι φυσιολογικά - αν και όχι απαραίτητα πραγματικά - και του δοθεί ο χρόνος που χρειάζεται για να τα μοιραστεί με έναν προσεκτικό ακροατή που διακατέχεται από συμπάθεια και κατανόηση, τα συναισθήματα ενοχής αφού εξυπηρετήσουν το σκοπό τους στην πορεία για την αποδοχή, μέσα σε μερικές εβδομάδες θα ατονήσουν. Η εμπλοκή όλης της οικογένειας σ' αυτή την διαδικασία βοηθάει ιδιαίτερα.

**ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ:** Οι ειδικοί που έχουν μελετήσει το θέμα της κατάθλιψης (Moses, 1985) θεωρούν ότι είναι θυμός που στρέφεται εναντίον του ίδιου του ατόμου. Ο γονιός που

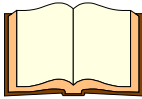


περνάει από αυτή τη φάση, νοιώθει μόνος, αβοήθητος, μπορεί να απέχει από τις καθημερινές του ευθύνες και δραστηριότητες, να νιώθει φόβο και απογοήτευση σκεπτόμενος το μέλλον. Η κατάθλιψη συνήθως ενέχει και ένα έντονο συναίσθημα προσωπικής αποτυχίας και ανικανότητας σε σχέση με το πόσο μπορεί κανείς να επηρεάσει θετικά το μέλλον του.

Η βοήθεια που μπορεί ένας ειδικός της παρέμβασης να προσφέρει, έγκειται στο να καθοδηγήσει το γονιό να εξετάσει διεξοδικά τα συναισθήματα προσωπικής αποτυχίας και τους λόγους για τους οποίους μπορεί να έχει υπερβολικές και ανέφικτες απαιτήσεις από τον εαυτό του. Θα πρέπει δηλαδή ο γονιός να βοηθηθεί, ώστε να επαναπροσδιορίσει μόνος του τι σημαίνει επιτυχία και αποτυχία στη ζωή. Για σοβαρές περιπτώσεις απαιτείται η βοήθεια ειδικού, αλλά η πλειοψηφία των γονιών μπορεί να βοηθηθεί από τον υπεύθυνο της παρέμβασης, του οποίου η στάση θα πρέπει να ενέχει αποδοχή και κατανόηση. Το ξεπέραςμα της κατάθλιψης από ένα γονιό, σημαίνει ωριμότητα και ενδυνάμωση στην πορεία του σαν γονιός αλλά και σαν άνθρωπος.

**ΘΥΜΟΣ:** Πολλοί γονείς νιώθουν έντονα συναισθήματα θυμού. Ο θυμός στην αρχή δεν έχει συγκεκριμένο αντικείμενο, και δημιουργείται από την δυσκολία που έχουν οι γονείς να αντιμετωπίσουν την βαρηκοΐα/κώφωση και να την εντάξουν σαν πραγματικότητα μέσα στη ζωή τους. Η αίσθηση ότι είναι αβοήθητοι στα προβλήματά τους προκαλεί θυμό. Επίσης, η σύγχυση που προέρχεται από τον απρόσμενο ερχομό ενός διαφορετικού παιδιού και η έλλειψη επικοινωνίας μαζί του αποτελούν πηγές θυμού για τους γονείς. Ο θυμός αργά ή γρήγορα βρίσκει έναν στόχο προς τον οποίον θα απευθυνθεί. Μπορεί ο στόχος αυτός να είναι ο γιατρός, ο δάσκαλος, μέλη της οικογένειας ή ακόμη το ίδιο το παιδί. Ο θυμός προς το παιδί μπορεί να εκφράζεται είτε με επιθετική συμπεριφορά ή με πιεστική υπερπροστασία και κτητικότητα. (Moses, 1985)

Ο γονιός που νιώθει θυμό, έχει άμεση ανάγκη βοήθειας ώστε να μη φθάσει σε ακραίες ενέργειες, πράγμα που ευτυχώς δεν συμβαίνει συχνά. Ο ειδικός της παρέμβασης, που θα τον βοηθήσει, πρέπει να γνωρίζει ότι είναι πιθανό ο θυμός να κατευθυνθεί προς τον ίδιο και να είναι προετοιμασμένος να χειριστεί μια τέτοια κατάσταση με ουδετερότητα και κατανόηση και όχι αμυντικά ή επιθετικά. Θα βοηθήσει τον θυμωμένο γονιό να κατανοήσει ότι αυτό που νοιώθει είναι μια φυσική αντίδραση και να συνειδητοποιήσει ότι η πραγματική αιτία του θυμού του είναι η βαρηκοΐα - κώφωση.



Σε αυτό το σημείο, μπορείτε να διαβάσετε τα αποσπάσματα από τη διήγηση μιας μητέρας, που περιλαμβάνονται στο βιβλίο της D. Gray με τίτλο: *Yes, You Can, Heather!* (Ναι, Χέδερ, Μπορείς!).

**ΑΓΧΟΣ:** Το άγχος έχει άμεση σχέση με την αβεβαιότητα που νοιώθει κανείς για το μέλλον. Όλοι έχουμε ελπίδες και στόχους και η γνώση μας για το περιβάλλον και τις δυνατότητές μας, μας επιτρέπει να οραματιστούμε το μέλλον το δικό μας και της οικογένειάς μας καθώς και να κάνουμε προσπάθειες για να πραγματοποιήσουμε αυτό το όραμα. Λίγα πράγματα στη ζωή μπορούν να προκαλέσουν τόση ανασφάλεια όση νιώθουν οι γονείς τις πρώτες εβδομάδες ή και μήνες που μπαίνουν στη διαδικασία του να μάθουν πώς να ζουν με ένα κωφό παιδί στην οικογένεια. Με μια τέτοια αναταραχή στη ζωή τους είναι αδύνατον να φανταστούν πώς θα είναι το μέλλον το δικό τους και του παιδιού τους τον επόμενο χρόνο, πόσο μάλλον σε δέκα χρόνια. Σημαντική βοήθεια εδώ μπορεί να προσφέρει η επαφή με γονείς μεγαλύτερων παιδιών και κυρίως με ενήλικες Κωφούς.

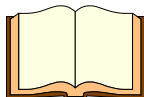
Ένας ιδιαίτερα αγχογόνος παράγοντας είναι οι απαιτήσεις που προβάλλονται εκ μέρους των ειδικών. Παρόλο που οι γονείς εξακολουθούν όπως και πριν να έχουν δικαίωμα για μια ανεξάρτητη οικογενειακή ζωή όπου μόνοι τους θα αποφασίζουν για τα θέματα που τους αφορούν, πολλοί γονείς έχουν έντονο το συναίσθημα ότι χάνουν αυτόν τον έλεγχο και έρχονται κάποιοι ξένοι και αναλαμβάνουν τις επιλογές που κανονικά ανήκουν στους ίδιους. Επιπλέον, αυτοί οι ξένοι φαίνεται να περιμένουν από τους γονείς να γίνουν αμέσως γνώστες για θέματα κώφωσης, επικοινωνίας, ανάπτυξης, ειδικής αγωγής κλπ. Μόνο κάποιος που βρίσκεται ακόμα σε σοκ δεν θα νοιώσει έντονο άγχος αντιμετωπίζοντας αυτήν την πραγματικότητα.

Και εδώ, όπως και προηγουμένως, η κυριότερη ανακούφιση θα προέλθει από την δυνατότητα που θα προσφερθεί στο γονιό να μοιραστεί τα συναισθήματα αυτά. Υπεραπλουστευτικές συμβουλές όπως «πρέπει να ηρεμήσεις», «Δεν σου κάνει καλό να νοιώθεις έτσι» κλπ, δεν βοηθάνε καθόλου, αντίθετα εμποδίζουν την ανάπτυξη κλίματος αποδοχής και κατανόησης (Greene, 1993).

Το άγχος, όπως και όλα τα συναισθήματα που ανήκουν στην διαδικασία του θρήνου, είναι μια σημαντική εμπειρία και η σωστή αντιμετώπισή του είναι απαραίτητη για την πορεία προς μια ώριμη αποδοχή. Το άγχος των γονιών μπορεί να καταλήξει να είναι



δημιουργικό, εφόσον τους ωθήσει να κατανοήσουν τις νέες τους ευθύνες και να θέσουν νέους στόχους. Για να γίνει αυτό, πρέπει να υπάρχει συναισθηματική στήριξη από τον ειδικό της παρέμβασης, παροχή αντικειμενικής και υπεύθυνης πληροφόρησης, σεβασμός και αποδοχή.



Στο σημείο αυτό, μπορείτε να διαβάσετε την παρουσίαση του άρθρου των Β. Λαμπροπούλου & Μ. Κωνστανταρέα με τίτλο: «Το Άγχος στις Ελληνίδες Μητέρες με Κωφά Παιδιά», όπως και του άρθρου «Το Άγχος και η Ενασχόληση των Μητέρων με τα Κωφά Παιδιά τους».

**ΑΠΟΔΟΧΗ:** Το πέρασμα από τα παραπάνω στάδια ή συναισθηματικές καταστάσεις είναι απαραίτητο για την κατάκτηση του τελικού στόχου, που είναι η αποδοχή της κώφωσης. Όλοι οι γονείς δεν περνάν οπωσδήποτε από τις ίδιες φάσεις ή καταστάσεις, ούτε τις βιώνουν με τον ίδιο τρόπο. Πολλοί γονείς φτάνουν στην αποδοχή όταν είναι πλέον πολύ αργά για το παιδί, αλλά και για ολόκληρη την οικογένεια, η οποία διαταράσσεται όπως θα δούμε και στη συνέχεια.

Όπως καταθέτουν οι ίδιοι οι γονείς, η αποδοχή δεν είναι μία κατάσταση ευτυχίας όπου όλα τα προβλήματα έχουν βρει την λύση τους. Αποδοχή είναι η συνειδητοποίηση ότι η κώφωση υπάρχει. Τώρα απαιτείται η απόκτηση πληροφόρησης για το τι σημαίνει για ένα παιδί να είναι κωφό ή βαρήκοο. Υπάρχει επίσης και η συνειδητή προσπάθεια να ενσωματωθεί η ύπαρξη αυτής της πραγματικότητας μέσα στη ζωή της οικογένειας (Miller, 1994).

Οι γονείς που είχαν σωστή στήριξη από ειδικούς ή/και το κοινωνικό τους περιβάλλον, είναι αυτοί που όπως λένε οι ειδικοί «πέρασαν με επιτυχία το στάδιο του θρήνου». Έχουν μάθει πολλά, έχουν ελάχιστες ή καθόλου ενοχές, απόκτησαν ρεαλιστική στάση απέναντι στις ανασφάλειές τους και είναι προετοιμασμένοι για τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσουν. Αυτοί οι γονείς είναι έτοιμοι να ενεργοποιηθούν σωστά για να βοηθήσουν το παιδί τους. Έχουν καταλάβει ότι η επικοινωνία είναι το κλειδί για τη λύση των περισσότερων προβλημάτων που συνδέονται με την βαρηκοΐα και την κώφωση.

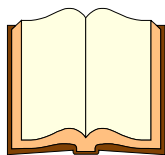


Υπάρχουν όμως και γονείς, που δεν είχαν την στήριξη ή την εσωτερική δύναμη να περάσουν με επιτυχία από την διαδικασία του θρήνου. Αυτοί εγκλωβίζονται σε κάποιο από τα στάδια που αναφέρθηκαν και δεν είναι σε θέση να πάρουν μέτρα για να βοηθηθούν οι ίδιοι και το παιδί τους. Σ' αυτή την περίπτωση χρειάζεται ειδική συστηματική βοήθεια από άλλες ειδικότητες, κύρια της ψυχικής υγείας.

Η αποδοχή δεν σημαίνει ότι ο γονιός δεν θα ξαναέρθει αντιμέτωπος με τα συναισθήματα του θρήνου. Συχνά μέσα στην πορεία της ζωής και ιδιαίτερα σε κρίσιμες φάσεις, όπως η είσοδος του παιδιού στην εκπαίδευση, η εφηβεία κλπ, κάποιο ή κάποια από αυτά κάνουν την εμφάνιση τους. Όπως περιγράφουν όμως οι ίδιοι, η ένταση όμως και η διάρκεια είναι μικρότερες και μπορούν να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματά τους καλύτερα έχοντας την προηγούμενη εμπειρία.

Οι βασικές αρχές και προϋποθέσεις, που θα πρέπει να εξασφαλίζονται από όσους εργάζονται με γονείς, ώστε να αντιμετωπίζονται τα προβλήματά τους σωστά αμέσως μετά την διάγνωση, είναι:

- ✚ Να έχουν οι γονείς απέναντί τους έναν προσεκτικό και φιλικό ακροατή.
- ✚ Να υπάρχει σεβασμός για τα συναισθήματα των γονέων και αυτά να γίνονται αποδεκτά σαν φυσιολογικά.
- ✚ Να ενθαρρύνονται οι γονείς να μιλούν γι αυτά που νιώθουν.
- ✚ Να τους δοθεί η ευκαιρία να συναντήσουν άλλους γονείς.
- ✚ Να γνωρίσουν ενήλικες Κωφούς για να σχηματίσουν μία μελλοντική εικόνα για το παιδί τους.
- ✚ Να λαμβάνεται υπόψη κατά την παρέμβαση η δυναμική ολόκληρης της οικογένειας, η οποία θα πρέπει να συμμετέχει στο πρόγραμμα.



Στο σημείο αυτό μπορείτε να διαβάσετε τα αποσπάσματα από διηγήσεις γονέων, που περιλαμβάνονται σε διάφορα βιβλία και τα επιλέξαμε για σας. Τα άρθρα αυτά θα τα βρείτε στο παράρτημα με τη συλλογή των άρθρων και έχουν τους παρακάτω τίτλους: 1) «Η Ιστορία της Τζάκι» των G. Pransky & T. Snyder από το βιβλίο *Choices in Deafness*. 2) Διάφορα αποσπάσματα από το βιβλίο *Deaf Like Me*, των T.S. Spradley & J.P. Spradley και 3) Αποσπάσματα διηγήσεων γονέων για τη Διάγνωση, Αποδοχή κτλ. που βρήκαμε στο Internet.



### ***3.3. Η Βρεφική Ηλικία και η Είσοδος του Παιδιού στο Σχολείο***

Όπως είδαμε παραπάνω, η διάγνωση της κώφωσης είναι η πιο τραυματική και αγχογόνος περίοδος για τους γονείς, ιδιαίτερα τους ακούοντες γονείς. Έτσι, παρόλο που η κώφωση είναι το πρόβλημα, μπορούμε να πούμε ότι σε γενικές γραμμές για την πλειοψηφία των κωφών παιδιών (90%) η άφιξή τους στην οικογένεια δεν είναι καλοδεχούμενη. Ο Shein (1989) υποστηρίζει, ότι πολλοί ειδικοί του χώρου με τη στάση τους, αντί να βοηθήσουν τους γονείς, επιτείνουν την τάση τους για την απόρριψη του παιδιού τους, με το να τους τονίζουν τις αδυναμίες του και να εστιάζουν τα προγράμματά τους κύρια στην απώλεια της ακοής τους. Σπάνια οι γονείς από μόνοι τους ή με τη βοήθεια ειδικών έχουν τη δύναμη να πουν αυτά που λένε για τα άλλα παιδιά τους, γενικά, ότι «τούτο το παιδί, το κωφό, είναι δικό μας και είμαστε χαρούμενοι και υπερήφανοι που το έχουμε».

Μια συνηθισμένη αντίδραση των γονέων στην ύπαρξη του κωφού παιδιού είναι η υπερπροστασία προς αυτό και η προσπάθειά τους να φαίνεται όσο το δυνατό πιο κοντά στο ακούον παιδί. Οι αντιδράσεις αυτές των γονέων, που πηγάζουν από την άρνησή τους να δεχτούν την κώφωση και το κωφό παιδί τους, εκδηλώνονται με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα, αντιδρούν στη συνεχή χρήση ή τη θέα των ακουστικών. Επίσης, αποφεύγουν τα ειδικά σχολεία και φυσικά τη νοηματική γλώσσα. Τα προβλήματα των γονέων και οι αρνητικές αντιδράσεις τους γίνονται αντιληπτές από το κωφό παιδί, το οποίο επηρεάζουν άμεσα, καθώς και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Όταν οι γονείς εντάσσονται σε βρεφοσυμβουλευτικά κέντρα, με την κατάλληλη βοήθεια οι αντιδράσεις τους και το άγχος τους μειώνονται και προσπαθούν σιγά-σιγά να προσαρμοστούν στην καινούρια κατάσταση.

Η περίοδος όμως που το παιδί πάει σχολείο (5-6 χρόνων) είναι πάλι περίοδος μεγάλου άγχους για τους περισσότερους γονείς. Παρόλο που η πλειοψηφία των κωφών παιδιών αρχίζει νωρίς «σχολείο» σε βρεφοσυμβουλευτικά κέντρα και νηπιαγωγεία, οι γονείς θεωρούν την είσοδό τους στην τυπική εκπαίδευση (δημοτικό) σαν μια κρίσιμη περίοδο για το παιδί (Moores, 1996). Η επιλογή του κατάλληλου εκπαιδευτικού προγράμματος δημιουργεί επιπρόσθετο άγχος στους γονείς. Οι ίδιοι αισθάνονται ακατάλληλοι για την επιλογή αυτή. Δεν έχουν οι ίδιοι τις απαιτούμενες εμπειρίες, ώστε να κρίνουν την καταλληλότητα των προγραμμάτων και να επιλέξουν το καλύτερο για το παιδί τους, όπως





κάνουν με τα ακούοντα παιδιά τους. Πολλές φορές μάλιστα οι γονείς μπερδεύονται περισσότερο με τις διχασμένες γνώμες των ειδικών για την καταλληλότητα των διαφόρων προγραμμάτων, με αποτέλεσμα να νιώθουν σύγχυση και θυμό.

Γονείς επηρεασμένοι από ειδικούς που υποστηρίζουν την προφορική μέθοδο, πιστεύουν ότι η κύρια αποστολή του σχολείου είναι να μάθει στα παιδιά «να μιλάνε» και να διαβάζουν την ομιλία (χειλεανάγνωση). Αντίθετα, γονείς επηρεασμένοι από ειδικούς που υποστηρίζουν την επικοινωνία με την ομιλούμενη και τη νοηματική γλώσσα, πιστεύουν ότι η κύρια αποστολή του σχολείου είναι να μάθει στα παιδιά σχολικές γνώσεις, με έμφαση τη γλώσσα, ανάγνωση και γραφή (Mooges, 1996, Lampropoulou, 1986). Αποτέλεσμα αυτής της σύγχυσης είναι ότι με περιορισμένες γνώσεις οι γονείς οδηγούνται σε επιλογές, που πολλές φορές μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την όλη εξέλιξη του κωφού παιδιού.

Εκτός από τους ελάχιστους από τους ακούντες γονείς, που επικοινωνούν με τα παιδιά τους πλήρως, συνήθως η πλειοψηφία των γονέων κωφών παιδιών έχει μεγάλη δυσκολία να μεταφέρει στα παιδιά τις γνώσεις, αξίες και τρόπους συμπεριφοράς, όπως κάνουν όλοι οι γονείς με τα ακούοντα παιδιά τους. Έχουν επίσης μεγάλες δυσκολίες να τα βοηθήσουν στην εκπαίδευσή τους. Μερικοί γονείς αισθάνονται ανακούφιση, όταν στέλνουν το παιδί τους σε σχολείο-οικοτροφείο, γιατί έτσι αποφεύγουν το καθημερινό άγχος που προέρχεται από την αποδοχή του και την ανατροφή του, αλλά και από την αρνητική πολλές φορές στάση της κοινωνίας (της γειτονιάς κτλ.) απέναντί του. Άλλοι γονείς αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα αποχωρισμού, ενώ άλλοι προτιμούν να στείλουν το παιδί τους σε σχολεία ακούντων μη αποδεχόμενοι την κώφωσή του.

Σε όλες τις περιπτώσεις οι γονείς χρειάζονται βοήθεια και αντικειμενική πληροφόρηση από τους ειδικούς, ώστε να επιλέξουν το πρόγραμμα που ταιριάζει στο παιδί τους και στη δική τους ιδιοσυγκρασία και οικογένεια και όχι αυτό που ταιριάζει στους ειδικούς. Οι γονείς θα πρέπει να βοηθηθούν αρκετά και με υπομονή από ειδικούς, που εμπνέουν εμπιστοσύνη, που έχουν γνώσεις και αντιμετωπίζουν με συμπάθεια και ευαισθησία τα προβλήματα των γονέων.



### **2η Δραστηριότητα**

Επισκεφθείτε μια οικογένεια που έχει κωφό παιδί και περάστε μαζί τους μία όσο γίνεται «συνηθισμένη» μέρα. Ποια κατά την γνώμη σας είναι η επίδραση της κώφωσης στην ζωή της οικογένειας; Την έχουν αποδεχθεί ή όχι και γιατί;

### **3.4. Η Εφηβεία και η Ενηλικίωση**

Η περίοδος της εφηβείας είναι αγχογόνος, όπως για όλους τους γονείς και για τους γονείς των κωφών παιδιών. Η επιθυμία για ταύτιση και αποδοχή από τους συνομήλικους είναι έντονη στους εφήβους. Ένα κωφό παιδί, ειδικά όταν είναι ενταγμένο σε σχολείο ακούοντων, αντιμετωπίζει έντονα προβλήματα απομόνωσης και αποδοχής, λόγω διαφορετικότητας με τους συνομήλικούς του.

Αυτά τα προβλήματα του κωφού παιδιού επιτείνονται και από το γεγονός ότι οι γονείς του είναι ακούοντες και επομένως δεν μπορεί να ταυτιστεί με αυτούς. Οι γονείς, αισθάνονται ανίκανοι να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα αυτά και να βοηθήσουν το παιδί τους να περάσει με επιτυχία την περίοδο της εφηβείας του. Το άγχος τους από τη νέα αυτή φάση που περνούν γίνεται μεγαλύτερο, όταν δεν έχουν αναπτύξει πλήρως τον κώδικα επικοινωνίας με το παιδί τους.

Η απομάκρυνση των γονέων από τα κωφά παιδιά τους, που αρχίζει συνήθως στην εφηβεία, μεγαλώνει οριστικά με την ενηλικίωσή τους και την επιλογή των συντρόφων τους, που είναι συνήθως κωφοί. Οι ακούοντες γονείς τότε αν δεν γνωρίζουν τη Νοηματική Γλώσσα έχουν πρόβλημα επικοινωνίας με το ζευγάρι των Κωφών. Η επιθυμία τους για ακούν εγγονάκι, όπως και πολλές φορές η μεγάλη ανάμιξή τους στην ανατροφή του, μπορεί να προκαλέσει νέα πηγή άγχους για αυτούς και καινούριες εστίες για τριβές στις σχέσεις τους με τα ενήλικα παιδιά τους.



### **3.5. Τα άλλα μέλη της οικογένειας**

**ΑΔΕΛΦΙΑ:** Τα ακούοντα αδέλφια ενός κωφού παιδιού, επηρεάζονται άμεσα από την παρουσία της κώφωσης μέσα στην οικογένεια. Στον τομέα αυτό δεν έχουν γίνει αρκετές έρευνες και έτσι οι γνώσεις που έχουμε είναι περιορισμένες και συχνά αλληλοσυγκρουόμενες. Μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα μεγαλύτερα ακούοντα αδέλφια περνούν από αντίστοιχες διαδικασίες θρήνου, όπως οι γονείς τους, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι τα παιδιά δέχονται κατ' αρχήν πιο φυσιολογικά και αφόρτιστα ένα κωφό αδελφάκι. Οποσδήποτε η αντίδρασή τους θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από την προετοιμασία που είχαν για τον ερχομό του μωρού, την προηγούμενη στάση της οικογένειας απέναντι στην κοινότητα των κωφών (αν υπήρχε) ή γενικότερα στα άτομα με ειδικές ανάγκες και το οικογενειακό κλίμα που βίωσαν μετά τη διάγνωση.

Τα παιδιά είναι εγωκεντρικά . Επηρεάζονται μόνο από παράγοντες που κατά τον ένα ή άλλο τρόπο αγγίζουν την προσωπική τους ζωή. Επίσης όμως, από τη φύση τους, μεγαλώνουν προσαρμοζόμενα στις αλλαγές του περιβάλλοντος. Η αντίδρασή τους λοιπόν στην ύπαρξη του κωφού αδελφού-ής, έχει άμεσα να κάνει με την αντίδραση των γονιών τους η οποία καθορίζει στο μεγαλύτερο μέρος πόσο και πώς θα επηρεαστεί η ως τότε ζωή τους. Η φυσιολογική ζήλια που όλα τα αδέλφια έχουν για το μωρό της οικογένειας που μοιραία αποσπά ένα μεγάλο μέρος της προσοχής και της φροντίδας των ενηλίκων, στην περίπτωση αυτή μπορεί να είναι μεγαλύτερη, μια και οι ιδιαίτερες ανάγκες που προκύπτουν από την κώφωση, απαιτούν περισσότερο χρόνο εκ μέρους των γονιών. Επίσης συχνά τα αδέλφια νιώθουν ενοχή, είτε γιατί αόριστα υποθέτουν ότι φταίνε γι αυτό που συνέβη, ή και φόβο και ανασφάλεια. Φοβούνται ότι είναι κάτι μεταδοτικό (Featherstone, 1981) και νιώθουν ανασφάλεια λόγω της ατμόσφαιρας σύγχυσης που υπάρχει στην οικογένεια.

Είναι σημαντικό τα ακούοντα αδελφάκια να πληροφορηθούν σωστά για το τι συμβαίνει. Οι ειδικοί της έγκαιρης παρέμβασης πρέπει να βοηθήσουν τους γονείς προς αυτή την κατεύθυνση και επίσης να έχουν άμεση επαφή με τα ακούοντα αδέλφια συμπεριλαμβάνοντάς τα στο πρόγραμμά τους, ώστε να μην νιώθουν αποξενωμένα από αυτόν τον τομέα της ζωής της οικογένειας.



Συμμετοχή των ακουόντων αδελφών στη δουλειά που γίνεται με τους γονείς και το κωφό παιδί, ομάδες παιχνιδιού που θα συμπεριλαμβάνουν τα κωφά παιδιά και τα ακούοντα αδέρφια τους, αποστολή ευχών και καρτών εκ μέρους του προγράμματος στην ονομαστική γιορτή και τα γενέθλιά τους, είναι μεταξύ άλλων πρακτικές που έχει αποδειχθεί ότι βοηθάνε.

ΓΙΑΓΙΑΔΕΣ - ΠΑΠΠΟΥΔΕΣ: Οι γιαγιάδες και οι παππούδες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ελληνική οικογένεια. Μπορεί να αποτελέσουν σημαντική πηγή στήριξης, αλλά και να εντείνουν την αναστάτωση αν δεν βοηθηθούν στο να αποδεχθούν οι ίδιοι την βαρηκοΐα - κώφωση του εγγονού-ής τους.

Οι γιαγιάδες και οι παππούδες περνούν από τη δική τους διαδικασία θρήνου, ο οποίος μάλιστα έχει σαν αιτία όχι μόνο το κωφό εγγόνι τους αλλά και το δικό τους παιδί (πατέρα ή μητέρα της οικογένειας), λόγω του τραγικού γεγονότος που συνέβη στη ζωή του (Featherstone, 1981). Όταν ένα πρόγραμμα έγκαιρης παρέμβασης δεν βοηθήσει προς αυτήν την κατεύθυνση, είναι πιθανό οι γιαγιάδες και οι παππούδες να επηρεάσουν αρνητικά σε σοβαρό βαθμό την πορεία της οικογένειας προς την αποδοχή. Θα πρέπει τα προγράμματα αυτά να αναγνωρίσουν το ρόλο της εκτεταμένης οικογένειας στην ελληνική κοινωνία και να ενθαρρυνθούν όλα τα μέλη που εμπλέκονται να παρακολουθούν συχνά τις συναντήσεις με τον υπεύθυνο της παρέμβασης. Επίσης, πολύ βοηθητικές μπορεί να αποβούν ιδιαίτερες συγκεντρώσεις με γιαγιάδες και παππούδες, όπου θα ενημερώνονται άμεσα από τους ειδικούς, θα τονίζεται η σπουδαιότητα του ρόλου τους σαν πλαίσιο στήριξης και θα βοηθούνται να υιοθετήσουν στάσεις και πρακτικές που θα βοηθήσουν το κωφό παιδί, την οικογένειά τους και τους ίδιους.

### ***3.6. Ανάγκες του Κωφού Βρέφους - Νηπίου***

Το κωφό παιδί που γεννιέται μέσα σε μια οικογένεια ακουόντων, βρίσκεται σε ένα περιβάλλον όπου ο βασικός τρόπος επικοινωνίας δεν του είναι προσβάσιμος. Δεν είναι σε θέση να αναπτύξει τη μητρική του γλώσσα με την διαδικασία που την αναπτύσσουν τα ακούοντα παιδιά και έτσι έχει μειωμένη πληροφόρηση αλλά και μειωμένη δυνατότητα να εκφραστεί και να γίνει αντιληπτό. Επίσης η αναταραχή που δημιουργείται στην οικογένεια,



επιφέρει προβλήματα στη συναισθηματική αλληλεπίδραση μέσα στη δυάδα μητέρας - βρέφους.

Το κωφό βρέφος - νήπιο έχει τις ίδιες ανάγκες που έχουν όλα τα βρέφη - νήπια. Χρειάζεται ένα ζεστό και στοργικό περιβάλλον και μια οικογένεια που θα το εκτιμά και θα το αγαπά γι' αυτό που είναι. Χρειάζεται ένα γλωσσικό περιβάλλον τέτοιο που θα του επιτρέψει να αναπτύξει φυσικά την μητρική του γλώσσα και θα του δώσει τις πρώτες πληροφορίες για την κοινωνία στην οποία ανήκει. Χρειάζεται να παίζει ελεύθερα και όχι να μετατρέπεται κάθε παιχνίδι και προσπάθεια επικοινωνίας σε «μάθημα» υπό μορφή καταναγκασμού. Χρειάζεται να αποκτήσει μια θετική αυτοεικόνα και να αναπτύξει την ταυτότητά του που θα στηρίζεται σ' αυτό που είναι - και όχι σ' αυτό που δεν είναι.

Οι εργαζόμενοι στα κέντρα έγκαιρης παρέμβασης πρέπει να γνωρίζουν ότι στόχος της δουλειάς τους δεν είναι η ένταξη του κωφού παιδιού σε μια οικογένεια ακουόντων, αλλά η συνειδητοποίηση της μετάβασης όλης της οικογένειας σε ένα νέο τύπο οικογένειας, που θα περιλαμβάνει ισότιμα κωφά και ακούοντα μέλη (Mooges, 1996).

Η παρέμβαση πρέπει να γίνεται σε πολλούς τομείς: Στήριξη, πληροφόρηση, βοήθεια, ώστε το κωφό βρέφος - νήπιο να περάσει φυσιολογικά από όλα τα στάδια ανάπτυξης σε όλους τους τομείς. Επικοινωνία με άλλα κέντρα - υπηρεσίες και βοήθεια στην επαφή της οικογένειας με αυτά. Γνωριμία με άλλους γονείς και Κωφούς ενήλικες. Παρέμβαση στο στενό κοινωνικό πλαίσιο της οικογένειας για ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και δημιουργία πλαισίου στήριξης.

Η Έγκαιρη Παρέμβαση δεν είναι «σειρά μαθημάτων», ούτε απευθύνεται στενά στην δυάδα μητέρας - βρέφους/νηπίου. Είναι μια δυναμική ευέλικτη διαδικασία, κατά την οποία ενισχύονται τα θετικά στοιχεία που κάθε οικογένεια έχει και που την βοήθησαν και στο παρελθόν να αντεπεξέλθει σε δύσκολες καταστάσεις. Οργανώνεται δηλαδή ένα δίκτυο στήριξης, που θα βοηθήσει όλη την οικογένεια, ώστε να περάσει με «επιτυχία» από την διαδικασία του θρήνου μέχρι την αποδοχή. Διευκολύνεται η επαφή όλης της οικογένειας με την κοινότητα των Κωφών, ενώ δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην διασφάλιση της φυσιολογικής ανάπτυξης του Κωφού - βαρήκοου βρέφους.

Ας μην ξεχνούν όσοι δουλεύουν στην έγκαιρη παρέμβαση ότι η αναγνώριση εκ μέρους της οικογένειας της πολιτισμικής συνιστώσας της κώφωσης, μπορεί στην αρχή να



ενοχλήσει κάποιους γονείς. Φυσικό είναι αυτοί οι γονείς να θέλουν και να θεωρούν το κωφό παιδί τους μέρος της δικής τους πολιτισμικής, εθνικής, θρησκευτικής και κοινωνικής ταυτότητας και όχι σαν μέρος μιας άλλης κουλτούρας που θα του μεταφερθεί από ανθρώπους που δεν ανήκουν στο οικογενειακό πλαίσιο. Οι γονείς πρέπει να βοηθούνται να καταλάβουν ότι αυτή η άλλη ταυτότητα δεν θα έρθει σε αντίθεση ούτε κατά κανένα τρόπο θα βλάψει την ταυτότητα της οικογένειάς τους, αλλά αντίθετα θα την εμπλουτίσει με νέα στοιχεία (Miller, 1992).



### **3η Δραστηριότητα**

Ρωτήστε έναν γονιό με παιδί κάτω από 7 ετών (ακούον) πώς φαντάζεται το παιδί του-της σε ηλικία 30 ετών. Κάντε το ίδιο με έναν γονέα κωφού παιδιού και συγκρίνετε τις απαντήσεις. Αν αυτό δεν είναι δυνατόν, γράψτε ποιες κατά την γνώμη σας θα ήταν οι διαφορές



### **4η Δραστηριότητα**

Παρατηρήστε για μια ώρα μία μητέρα που επικοινωνεί με το (ακούον) παιδί της ηλικίας 12μ. έως 3 ετών. Αν είναι δυνατόν, παρατηρήστε αντίστοιχα την δυνάδα μητέρας που ακούει με το κωφό παιδί της και κάνετε συγκρίσεις. Ή, γράψετε 5 στοιχεία από την επικοινωνία ακουόντων μητέρας-παιδιού που θα ήταν διαφορετικά αν το παιδί ήταν κωφό.



#### **4. Κωφά Παιδιά Κωφών Γονέων**

Ο πληθυσμός των κωφών παιδιών από κωφούς γονείς (έναν ή δύο) είναι πολύ μικρός, όπως είδαμε παραπάνω (περίπου 10% του συνολικού πληθυσμού). Τα κωφά παιδιά που έχουν ένα γονέα κωφό, τη μητέρα ή τον πατέρα, είναι πολύ λίγα και οι έρευνες σε αυτό το χώρο πολύ περιορισμένες. Έτσι, είναι δύσκολο να περιγράψει κανείς τις συνθήκες που επικρατούν και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένα κωφό παιδί ή ακόμα και ένα ακούον σε μια τέτοια οικογένεια. Από αυτοβιογραφικές αφηγήσεις και ατομικές μελέτες γνωρίζουμε ότι διάφοροι παράγοντες, όπως για παράδειγμα η σχέση των γονέων μεταξύ τους, η στάση τους απέναντι στην κώφωση γενικά, ο κώδικας επικοινωνίας που χρησιμοποιούν, η σχέση τους με την κοινότητα των Κωφών και το φύλο του κωφού γονέα καθώς και του ίδιου του παιδιού, παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της διάγνωσης και του κωφού παιδιού γενικότερα (Shein, 1989). Η ύπαρξη πάντως κωφού γονέα, ο οποίος λειτουργεί σαν μοντέλο ταύτισης για το κωφό παιδί ειδικά του ίδιου φύλου, καθώς και η εξοικείωση της οικογένειας με την κώφωση, μάλλον λειτουργούν θετικά στην αποδοχή και στην όλη ανάπτυξη του κωφού παιδιού.

Τα κωφά παιδιά, που γεννιούνται σε οικογένειες όπου και οι δύο γονείς είναι Κωφοί, έχουν διαφορετικές εμπειρίες από όλα τα άλλα κωφά παιδιά. Οι γονείς τους, όπως όλοι οι γονείς, περιμένουν τη γέννησή τους, μόνο που έχουν μια υποψία ότι ίσως να είναι κωφά. Είναι δηλαδή σε μεγαλύτερη ετοιμότητα από τους ακούοντες γονείς γι' αυτό που μπορεί να συμβεί. Στενοχωριούνται συνήθως όταν μαθαίνουν ότι το παιδί τους είναι κωφό, αλλά προσαρμόζονται εύκολα στην κατάσταση αυτή (Shein, 1989). Δεν αντιμετωπίζουν το σοκ της κώφωσης. Γνωρίζουν την κώφωση και έχουν άμεση εμπειρία, η οποία τους βοηθάει στο να μεγαλώσουν τα παιδιά τους και να σχεδιάσουν το μέλλον τους με επιτυχία και ρεαλιστικό τρόπο. Επιπλέον και το πιο σημαντικό ίσως είναι ότι το κωφό παιδί αμέσως μετά τη γέννησή του, όπως κάθε ακούον παιδί, βρίσκεται σε ένα περιβάλλον γεμάτο ερεθίσματα, αφού ο κώδικας επικοινωνίας που χρησιμοποιούν οι γονείς μεταξύ τους είναι εύκολα προσβάσιμος στο οπτικό κανάλι του. Έτσι μαθαίνει έγκαιρα και στην κρίσιμη ηλικία απόκτησης της γλώσσας (από 0-3 χρόνων) ένα γλωσσικό κώδικα, τη νοηματική γλώσσα, για να χειριστεί το περιβάλλον του, να καλύψει τις ανάγκες του και να αντλήσει πληροφορίες χρήσιμες για την κοινωνικοποίηση και την όλη ανάπτυξή του.



Επίσης, το κωφό παιδί μιας οικογένειας κωφών βρίσκεται σε ένα φυσικό κοινωνικό περιβάλλον, όπου υπάρχουν ενήλικες Κωφοί, οι γονείς του και οι φίλοι των γονέων του, οι οποίοι λειτουργούν σαν μοντέλα ταύτισης γι' αυτό. Μέσα σ' αυτό το περιβάλλον μαθαίνει τη γλώσσα, τα ήθη και τα έθιμα, τις αξίες και την κουλτούρα της κοινότητας των Κωφών. Επίσης, από τους ακούντες συγγενείς μαθαίνει τη γλώσσα και την κουλτούρα της ευρύτερης κοινωνίας που ζει. Έτσι, όταν πηγαίνει σχολείο είναι έτοιμο, όπως όλα τα άλλα παιδιά (τα ακούντα), να προσαρμοστεί στην εκπαιδευτική διαδικασία, αρκεί φυσικά το σχολείο να του παρέχει κατάλληλη εκπαίδευση, στηριγμένη στο δίγλωσσο διπολιτισμικό του υπόβαθρο.

Η πλεονεκτική θέση των κωφών παιδιών από Κωφούς γονείς φαίνεται και στα αποτελέσματα των ερευνών. Τα παιδιά αυτά σε όλες τις έρευνες υπερτερούν στον ακαδημαϊκό και τον κοινωνικό τομέα, σε σύγκριση με τα κωφά παιδιά από ακούντες γονείς (Shein, 1989, Moores, 1996). Επίσης, ωριμάζουν πιο γρήγορα από τα υπόλοιπα κωφά παιδιά και έχουν περισσότερες ικανότητες προσαρμογής και επικοινωνίας με τους ακούντες και την κοινωνία αργότερα.

Γενικότερα, μελέτες σε Κωφούς γονείς, από τους οποίους οι 9 στους 10 συνήθως έχουν ακούντα παιδιά, έχουν δείξει ότι οι κωφοί σαν γονείς είναι πολύ καλοί. Τα ακούντα παιδιά τους (όπως και τα κωφά) προσδεύουν συνήθως σε όλους τους τομείς. Δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα, όπως πολλοί πιστεύουν, στην εκμάθηση της ομιλούμενης γλώσσας και συνήθως είναι δίγλωσσα και διπολιτισμικά. Γνωρίζουν δηλαδή τη νοηματική γλώσσα και την κουλτούρα των Κωφών, αλλά και την ομιλούμενη γλώσσα και την κουλτούρα της ευρύτερης κοινωνίας. Λόγω αυτής της ικανότητάς τους πολλά από τα παιδιά αυτά γίνονται διερμηνείς νοηματικής γλώσσας και αποτελούν τη γέφυρα της κοινότητας των Κωφών με την ευρύτερη κοινότητα.

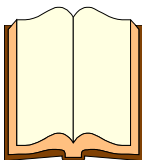
Τέλος, οι Κωφοί σαν γονείς, παρόλο που τα καταφέρνουν αρκετά καλά στο ρόλο τους είτε έχουν κωφά είτε έχουν ακούντα παιδιά, έχουν και αυτοί ανάγκη από στήριξη και βοήθεια. Το γεγονός ότι είναι εξοικειωμένοι με την κώφωση και έχουν καλύτερη προσαρμοστικότητα απ' ό,τι οι ακούντες γονείς δεν σημαίνει ότι δεν έχουν άγχος για το μέλλον του κωφού παιδιού τους. Ειδικά, επειδή οι ίδιοι γνωρίζουν από πρώτο χέρι την κοινωνική καταπίεση και τη στάση των ακούντων απέναντι στους κωφούς έχουν πολύ άγχος και ανάγκη από βοήθεια. Έχουν ανάγκη από στήριξη και ενθάρρυνση, ώστε να





βοηθήσουν το παιδί τους να έχει αυτοπεποίθηση, ταυτότητα και να αποκτήσει στρατηγικές άμυνας με τους ακούοντες. Έχουν ανάγκη από ενθάρρυνση για να χρησιμοποιούν με όλα τα παιδιά τους τη νοηματική γλώσσα, ώστε να υπάρχει η άνεση της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειάς τους και να δημιουργηθούν έτσι οι προϋποθέσεις για τη δημιουργία σταθερών και στενών σχέσεων μεταξύ όλων. Έχουν την ανάγκη να ενθαρρυνθούν, ώστε να αναλάβουν πιο ενεργό μέρος στην εκπαίδευση των παιδιών τους, με τη συναισθηματική στήριξη που θα τους παρέχουν ως γονείς και τη συχνή παρουσία τους στο σχολείο. Οι γνώσεις τους και οι δικές τους εμπειρίες, ακόμα και οι τραυματικές από την εκπαίδευσή τους, οι ελλείψεις, τα κενά και οι δυσκολίες δηλαδή που αυτοί αντιμετώπισαν, είναι χρήσιμες γνώσεις τις οποίες μπορούν να αξιοποιήσουν, ώστε να προστατεύσουν τα παιδιά τους από σίγουρες αποτυχίες και πειραματισμούς και να απαιτήσουν την παροχή καλύτερης εκπαίδευσης.

Οι Κωφοί γονείς, όταν υπάρχει σωστή καθοδήγηση, αποδοχή και γνώση της νοηματικής γλώσσας από τους ειδικούς της παρέμβασης, μπορούν όχι μόνο να βοηθηθούν οι ίδιοι, αλλά να γίνουν πολύτιμοι συνεργάτες της έγκαιρης παρέμβασης. Οι ίδιοι με την ενεργή συμμετοχή τους μπορούν να βοηθήσουν τους άλλους γονείς, κυρίως τους ακούοντες, να αποδεχθούν την κώφωση, να μάθουν τη νοηματική, να γνωρίσουν την κοινότητα των Κωφών και να δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις στην οικογένειά τους για μια δημιουργική και ευτυχισμένη ζωή. Αυτό σημαίνει ότι τα κέντρα παρέμβασης και τα σχολεία κωφών έχουν την ετοιμότητα, σε διάθεση και σε γνώσεις να δοκιμάσουν νέες προσεγγίσεις για πιο ποιοτική και επαγγελματική παροχή υπηρεσιών και εκπαίδευσης.



Σε αυτό το σημείο διαβάστε περίληψη του κεφαλαίου που αναφέρεται στις «Οικογένειες με Κωφά Παιδιά» του βιβλίου των H. Lane, R. Hoffmeister και B. Bahan με τίτλο: *A Journey into the Deaf World*. Επίσης, μπορείτε να διαβάσετε και το άρθρο «Η ζωή σε μια οικογένεια με δύο γλώσσες και δύο κουλτούρες» του L. Clayton από το βιβλίο με τίτλο: *Cultural and Language Diversity and the Deaf Experience*.



## 5. Προγράμματα Έγκαιρης Παρέμβασης

Η έννοια και η αναγκαιότητα της έγκαιρης παρέμβασης είχε αναγνωρισθεί από τους ειδικούς από την αρχή της εκπαίδευσης των κωφών παιδιών, δηλαδή από το 1680. Τότε άρχισαν να εφαρμόζονται και τα πρώτα προγράμματα σε περιορισμένο αριθμό παιδιών από πλούσιες οικογένειες κυρίως. Παρόλ' αυτά, μόνο από το 1940 στην Ευρώπη πρώτα και αργότερα στις Η.Π.Α. τα προγράμματα αυτά της έγκαιρης παρέμβασης είχαν τυπική αναγνώριση (Moogres, 1996). Ιδιαίτερα στη δεκαετία του 1960 με τη μεγάλη επιδημία της ερυθράς, αναπτύχθηκαν πολλά προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης και συμβουλευτικής γονέων σε πάρα πολλές χώρες. Οι πρόοδοι που σημειώθηκαν με τις μεθόδους διάγνωσης της βαρηκοΐας σε νεογνά και βρέφη, η δημιουργία δυνατών και εύχρηστων ακουστικών, τα θετικά αποτελέσματα των ερευνών στον τομέα της έγκαιρης παρέμβασης συντέλεσαν επίσης στη δημιουργία και εξάπλωση των προγραμμάτων αυτών. Ένα από τα πιο γνωστά κέντρα έγκαιρης παρέμβασης για πολλά χρόνια ήταν και είναι ακόμα η κλινική John Tracy στο Λος Άντζελες των Η.Π.Α., η οποία ιδρύθηκε το 1943 από τη μητέρα ενός κωφού παιδιού. Τα μαθήματα με αλληλογραφία, που πρόσφερε και προσφέρει ακόμη η κλινική αυτή σε γονείς σε όλο τον κόσμο, έχουν μεγάλη απήχηση. Τα περισσότερα όμως προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης ως τις αρχές της δεκαετίας του 1970 λειτουργούσαν μέσα σε νοσοκομεία, όπου δούλευαν κύρια γιατροί και λογοθεραπευτές και η όλη φιλοσοφία τους ήταν επηρεασμένη από το ιατροκοπαθολογικό μοντέλο για την κώφωση. Στα προγράμματα αυτά η έμφαση ήταν προσανατολισμένη στη βοήθεια προς το παιδί και όχι των γονέων του ή της οικογένειας. Επίσης, η έμφαση δινόταν στην ανάπτυξη της ομιλίας και όχι της γλώσσας ή της κοινωνικοποίησης και της γνωστικής ανάπτυξης του παιδιού. Μόνο αργότερα και με τη δημιουργία κέντρων έγκαιρης παρέμβασης σε σχολεία κωφών έγινε μια στροφή προς την ολιστική παροχή βοήθειας στο κωφό παιδί, στους γονείς του και τελευταία σε όλη του τη οικογένεια, όπως θα δούμε παρακάτω.

Στην Ελλάδα μέχρι το 1985 δεν υπήρχε κανένα πρόγραμμα έγκαιρης παρέμβασης. Τα περισσότερα κωφά παιδιά δεν είχαν καμία εκπαίδευση πριν από την σχολική ηλικία και οι οικογένειές τους δεν είχαν καμία βοήθεια. Το 1985, το Εθνικό Ίδρυμα Προστασίας Κωφών (Ε.Ι.Π.Κ.), ίδρυσε τρεις Βρεφοσυμβουλευτικούς Σταθμούς, στην Αθήνα, την Θεσσαλονίκη και την Πάτρα. Τα προγράμματα αυτά συνεχίζουν να είναι τα μόνα στη χώρα μας που



προσφέρουν βοήθεια σε κωφά - βαρήκοα παιδιά από 0-3,5 ετών και τις οικογένειές τους αμέσως μετά την διάγνωση.

Στόχος της δουλειάς των Βρεφοσυμβουλευτικών Σταθμών είναι η παροχή βοήθειας στους γονείς και τα βρέφη τους στον τομέα της κώφωσης. Ειδικότερα για τους γονείς στόχος είναι μέσα από την πληροφόρηση και την ενημέρωση να αποδεχτούν την κώφωση και να αναπτύξουν επικοινωνία και ουσιαστικές σχέσεις με το κωφό παιδί τους. Για τα βρέφη στόχος είναι να βοηθηθούν στην όλη ανάπτυξή τους (ψυχοκινητική, πνευματική, προσωπικότητα, κλπ.), όπως και στην ανάπτυξη της επικοινωνίας και της γλώσσας (Κανονισμός Λειτουργίας, Λαμπροπούλου, 1986).

Οι Βρεφοσυμβουλευτικοί Σταθμοί του Ιδρύματος Κωφών, χρησιμοποιούν ολικό σύστημα επικοινωνίας. Ειδικοί παιδαγωγοί βλέπουν την μητέρα (πατέρα, γιαγιά κλπ) μαζί με το παιδί για μία ώρα κάθε εβδομάδα. Επίσης δίνεται η δυνατότητα στους γονείς να παρακολουθούν μαθήματα Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας και να παίρνουν μέρος περιοδικά (μία φορά την εβδομάδα το δεκαπενθήμερο) σε ομάδες γονέων με ενημερωτικό και υποστηρικτικό χαρακτήρα.

Εκτός από τους ειδικούς παιδαγωγούς-συμβούλους (δάσκαλους ή νηπιαγωγούς κωφών), υποστηρικτική βοήθεια σε μόνιμη βάση προσφέρει ο κοινωνικός λειτουργός και κατά περίπτωση ψυχολόγος, λογοθεραπευτής και οποιαδήποτε άλλη ειδικότητα για υποστήριξη κριθεί αναγκαία για την πληρέστερη οργάνωση και λειτουργία του Βρεφοσυμβουλευτικού Σταθμού.

Δυστυχώς, στην Ελλάδα η Έγκαιρη Παρέμβαση δεν έχει γίνει θεσμός του εκπαιδευτικού συστήματος και η μεγάλη πλειοψηφία των κωφών παιδιών φθάνει σε σχολική ηλικία χωρίς οι οικογένειές τους να έχουν ως τότε καμία βοήθεια για την αντιμετώπισή τους. Οι αιτίες είναι πολλές, αλλά κυρίως αυτό οφείλεται σε κενό της σχετικής νομοθεσίας, στην μη παραπομπή στα κέντρα έγκαιρης παρέμβασης του Ε.Ι.Π.Κ. εκ μέρους του ιατρικού συστήματος και στην ελλιπή ενημέρωση, αλλά και στην απροθυμία της επίσημης πολιτείας να οργανώσει σωστά το χώρο της έγκαιρης παρέμβασης και της Ειδικής Αγωγής γενικότερα.



## 6. Μοντέλα Έγκαιρης Παρέμβασης

Τα προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης εντάσσονται στο εκπαιδευτικό πλαίσιο και είναι καλό να συσχετίζονται με σχολικές μονάδες Κωφών, ώστε να υπάρχει σύνδεση με τον εκπαιδευτικό χώρο, όπου θα ενταχθεί αργότερα το παιδί. Έτσι θα βοηθηθεί και η οικογένεια να αποκτήσει εικόνα για το εκπαιδευτικό μέλλον του παιδιού της.

Παραδοσιακά τα περισσότερα προγράμματα, όπως τονίσαμε παραπάνω, λειτουργούσαν μέσα από ατομικές συναντήσεις των ειδικών της παρέμβασης και τους γονείς (συνήθως μόνο την μητέρα) με το κωφό βρέφος, που γίνονταν στις εγκαταστάσεις του προγράμματος. Σε μερικές περιπτώσεις και περισσότερο για απομακρυσμένες περιοχές, λειτουργούσε ο θεσμός του περιπατητικού δασκάλου που επισκεπτόταν τις οικογένειες στα σπίτια τους.

Τα παραδοσιακά αυτά προγράμματα είχαν σχεδιαστεί με πρότυπο την έννοια της μητέρας - δασκάλας. Σε ένα περιβάλλον που έμοιαζε με δωμάτιο σπιτιού, η μητέρα «έπαιζε» με το παιδί της και ο υπεύθυνος της παρέμβασης επενέβαινε διορθωτικά. Επίσης, ο ειδικός της παρέμβασης ασχολιόταν και με το παιδί, ώστε να δείξει στην μητέρα «σωστούς» τρόπους συμπεριφοράς και επικοινωνίας. Ωστόσο, αυτή η προσέγγιση μπορεί να εξυπηρετήσει μόνο οικογένειες που η μητέρα δεν δουλεύει και η απόσταση της κατοικίας της οικογένειας από το κέντρο είναι τέτοια που να επιτρέπει στην μητέρα να πηγαίνει συχνά, όσο το πρόγραμμα απαιτεί. Σε ένα τέτοιο πρόγραμμα δεν μπορούν να συμμετέχουν οικογένειες στις οποίες και οι δύο γονείς εργάζονται ή μένουν σε απομακρυσμένες περιοχές. (Moores, 1996).

Οι κατ' οίκον επισκέψεις από τον υπεύθυνο της παρέμβασης, του δίνουν την ευκαιρία να παρακολουθήσει το παιδί στο φυσικό του περιβάλλον. Εκεί μπορούν να απαντηθούν πολλές σημαντικές για την παρέμβαση ερωτήσεις: Ποιος φροντίζει το παιδί, και πώς γίνεται αυτό; Πόση ελευθερία ή περιορισμός ασκείται στο παιδί; Σε ποιο επίπεδο κεντρίζεται το παιδί και κινητοποιείται το περιβάλλον του, ώστε να έχει συχνές ευκαιρίες να επικοινωνήσει και να αποκτήσει γλώσσα; Οι κατ' οίκον επισκέψεις επιτρέπουν επίσης στο παιδί να εκφραστεί ελεύθερα χωρίς ανασταλτικές καταστάσεις, που συχνά δημιουργούνται από το γεγονός ότι το κωφό νήπιο δεν αισθάνεται εξοικειωμένο με το περιβάλλον του κέντρου παρέμβασης. Όταν ο υπεύθυνος της παρέμβασης προτείνει στην



οικογένεια να τους επισκεφθεί στο σπίτι, είναι επίσης σαν να δείχνει πόσο πολύ καταλαβαίνει τις ανάγκες της οικογένειας, και ότι γνωρίζει πόσο δύσκολη είναι κάθε μετακίνηση για μία οικογένεια που περνάει μια δύσκολη κατάσταση και διακατέχεται από άγχος (Kalmanson, Seligman, 1992).

Από την άλλη πλευρά, η μετατροπή της μητέρας σε δασκάλα την απομακρύνει από το φυσικό της ρόλο, πολύ συχνά αυξάνει το άγχος της και την εμποδίζει να αναπτύξει μία φυσική και αβίαστη επικοινωνία με το παιδί της. Η συναισθηματική επαφή μητέρας - βρέφους είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη και θέτει τις βάσεις της κοινωνικότητας και της δημιουργίας μηχανισμών επικοινωνίας. Όταν η μητέρα πέρα από το φορτωμένο καθημερινό της ωράριο έχει να σκεφθεί και τους στόχους του υπεύθυνου της παρέμβασης στους οποίους συχνά νοιώθει ότι θα εξεταστεί στην επόμενη συνάντησή της μαζί του, είναι πολύ δύσκολο να χαλαρώσει και να απολαύσει τη σχέση της με το παιδί της. Αυτή η σχέση μπορεί να καταλήξει να είναι προϊόν καταναγκασμού με προφανείς συνέπειες και για τους δύο.

Οι γονείς των παιδιών με ειδικές ανάγκες γενικά παρουσιάζουν μεγάλη ανασφάλεια σε σύγκριση με τους γονείς των άλλων παιδιών, σχετικά με τις ικανότητές τους σαν γονείς και τον τρόπο τους να χειρίζονται καταστάσεις που σχετίζονται με την διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους. (Featherstone, 1981). Οι υπεύθυνοι της παρέμβασης από την άλλη, δάσκαλοι στην μεγάλη τους πλειοψηφία, πιστεύουν ότι βασικό καθήκον τους είναι να «διορθώνουν» λάθη. Έτσι η ανασφάλεια των γονιών αυξάνεται, η οικογένεια φορτίζεται με περισσότερο στρες και η αίσθηση ότι χάνουν τον έλεγχο της οικογενειακής τους ζωής μεγαλώνει.

Κάθε μητέρα έχει τη δική της ιδιοσυγκρασία, τις δικές της αξίες και καταβολές, τον δικό της τρόπο να είναι μητέρα. Η «σωστή» κατά την άποψη του ειδικού της παρέμβασης συμπεριφορά, δεν μπορεί να είναι συμβατή με την μοναδικότητα κάθε μητέρας. Οι σύγχρονες απόψεις θέλουν τους ειδικούς που ασχολούνται με την έγκαιρη παρέμβαση να είναι ενισχυτικοί μάλλον παρά διορθωτικοί (Seligman, Kalmanson, 1992). Να παρατηρούν προσεκτικά την δυάδα μητέρας - βρέφους/νηπίου, να εντοπίζουν τα θετικά της στοιχεία και τις δυνατότητες που αυτά προσφέρουν στην αύξηση (ποσοτική και ποιοτική) της επικοινωνίας και να ενισχύουν αυτούς τους ήδη υπάρχοντες μηχανισμούς.



Η παρέμβαση γίνεται σε πολλά επίπεδα: Στους γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας πρέπει να παρέχεται πληροφόρηση. Πρέπει να βοηθηθούν, ώστε να προσαρμοστούν στην νέα κατάσταση και να αποκτήσουν τεχνικές για σωστή αμφίδρομη επικοινωνία με το κωφό βρέφος - νήπιο και για την δημιουργία ενός προσβάσιμου από το παιδί γλωσσικού περιβάλλοντος (Mooges, 1996). Όλα αυτά αποτελούν στόχους που πρέπει να τεθούν όσο πιο γρήγορα γίνεται και κατά την ίδια χρονική στιγμή. Οι γονείς πρέπει να πληροφορηθούν γενικά για την κώφωση και τις άμεσες καθώς και πιο μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της στο παιδί τους και τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους. Συγχρόνως πρέπει να ενισχύονται οι προσπάθειές τους για προσαρμογή. Κατά τον ίδιο χρόνο πρέπει να αποκτήσουν και γνώσεις που σχετίζονται με την εφαρμογή των ακουστικών, και την παροχή περιβάλλοντος τέτοιου που να υποβοηθάει την γνωστική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Επίσης πρέπει να εμπλουτίσουν τον μέχρι τότε τρόπο επικοινωνίας τους με νοηματική γλώσσα και να έρθουν σε επαφή με την κοινότητα των Κωφών.

Στο ίδιο πρόγραμμα παρέμβασης πρέπει να καλυφθούν και οι ανάγκες του παιδιού. Φυσικά κατ' αρχήν οι ανάγκες αυτές αφορούν ένα σύστημα που θα διασφαλίζει πρώιμη διάγνωση και αυτόματη ένταξη σε πρόγραμμα έγκαιρης παρέμβασης. Εκεί θα καταρτιστεί εξατομικευμένο πρόγραμμα από ομάδα ειδικών στην οποία θα συμμετέχουν και οι γονείς. Κατόπιν αυτό το πρόγραμμα πρέπει να μπει σε εφαρμογή και να υπάρχει διαρκής παρακολούθηση της προόδου του παιδιού και της οικογένειας.



## **7. Οικογενειοκεντρική Προσέγγιση - Εξατομικευμένο Οικογενειακό Πρόγραμμα**

Τα παραδοσιακά προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης, όπως αναφέραμε παραπάνω, απευθύνονταν κυρίως στην δυάδα μητέρας - παιδιού. Συνήθως η μητέρα ήταν εκείνη που ερχόταν στο κέντρο της παρέμβασης μαζί με το κωφό βρέφος/νήπιο και συχνά οι ειδικοί της παρέμβασης γνώριζαν καθόλου ή ελάχιστα τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Σιγά - σιγά η μητέρα αποκτούσε πολλές πληροφορίες και γινόταν η ίδια «ειδική» σε θέματα που αφορούσαν το παιδί της και την κώφωσή του. Όταν πήγαινε στο σπίτι, έπρεπε να μεταφέρει όσα είχε μάθει στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και να τους πείσει για την αντικειμενικότητα ή/και την αποτελεσματικότητά τους. Επίσης η μητέρα για τους ίδιους λόγους ήταν η κύρια υπεύθυνη για τις δύσκολες επιλογές που έπρεπε να γίνουν σχετικά με το κωφό παιδί. Αυτό συχνά δημιουργούσε αντιπαλότητες μέσα στην οικογένεια. Πολλές φορές τα άλλα μέλη ένοιωθαν παραμερισμένα και αποξενωμένα από τις δραστηριότητες της έγκαιρης παρέμβασης, και γι αυτό όχι μόνο δεν συμμετείχαν, αλλά και κάποιες φορές η συμπεριφορά τους ήταν ανταγωνιστική προς τους στόχους της.

Ωστόσο η οικογένεια, όπως γνωρίζουμε, είναι ένα σύστημα από αλληλεπιδρούντα μέρη και κάθε φορά που ένα ερέθισμα θέτει ένα στοιχείο σε κίνηση, αμέσως διαταράσσεται η ισορροπία ολόκληρου του συστήματος. Η παρουσία της κώφωσης επηρεάζει όλους στην οικογένεια και δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί παρά με τη συμμετοχή και την συμφωνία όλων. Εξάλλου, κανένα πρόγραμμα έγκαιρης παρέμβασης δεν μπορεί να εφαρμοστεί με επιτυχία, αν ολόκληρη η οικογένεια στην οποία απευθύνεται δεν συμφωνεί με την φιλοσοφία και τους στόχους του. Στις χώρες του Δυτικού κόσμου έχει αρχίσει να υιοθετείται τα τελευταία χρόνια η οικογενειοκεντρική προσέγγιση, η οποία θέλει την οικογένεια να καταλαμβάνει θέση ισότιμη με των ειδικών στην ομάδα που καταρτίζει το πρόγραμμα της παρέμβασης.

Η οικογενειοκεντρική προσέγγιση καθορίζεται από την παραδοχή ότι η οικογένεια γνωρίζει το κωφό παιδί και τις ιδιαιτερότητες του περιβάλλοντός του όπως κανένας από τους ειδικούς, και ότι για να είναι εφαρμόσιμο και αποτελεσματικό ένα πρόγραμμα πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τα προβλήματα της οικογένειας, όπως η ίδια τα αντιλαμβάνεται και τα θέτει. Δίνεται, δηλαδή, μεγάλο βάρος στις ιδιαιτερότητες κάθε οικογένειας που την κάνουν μοναδική και γίνεται προσπάθεια να ενισχυθούν οι πηγές



ενδυνάμωσης και τα στοιχεία εκείνα που η ίδια η οικογένεια επιστρατεύει κάθε φορά για την αντιμετώπιση νέων προβλημάτων και καταστάσεων. Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι ειδικοί της παρέμβασης επεμβαίνουν μάλλον ενισχυτικά παρά διορθωτικά.

«Εργαλείο» για την εφαρμογή της οικογενειοκεντρικής προσέγγισης είναι το Εξατομικευμένο Οικογενειακό Πρόγραμμα (Ε.Ο.Π.), το οποίο εφαρμόζεται σε πολλά κέντρα και στις Η.Π.Α. επιβάλλεται με νόμο (Mooges, 1996). Για την κατάρτισή του οι ειδικοί συνεργάζονται με την οικογένεια. Περιέχει οπωσδήποτε: α) Έκθεση της αξιολόγησης του παιδιού σε όλους τους τομείς της ανάπτυξής του. β) Έκθεση όπου αναφέρονται τα θετικά στοιχεία της οικογένειας, τα θέματα που τους ανησυχούν και οι προτεραιότητες που θέτουν σε σχέση με το κωφό - βαρήκοο παιδί τους. γ) Έκθεση των αποτελεσμάτων που αναμένονται από την παρέμβαση σε διάφορους τομείς. δ) Έκθεση των επί μέρους υπηρεσιών - ενεργειών που θα χρειαστούν για να καλυφθούν οι ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας και χρονική διάρκεια για κάθε μία από αυτές.

Το Ε.Ο.Π. επαναξιολογείται συχνά, δεν είναι άκαμπτο και είναι περισσότερο μια δυναμική διαδικασία αλληλεπίδρασης οικογένειας-ειδικών παρά ένα αυστηρά καθορισμένο πλάνο υπηρεσιών και στόχων. Για την επιτυχία του σημαντικό ρόλο παίζουν τόσο οι εκθέσεις και τα χρονοδιαγράμματα επίτευξης στόχων, όσο και η σχέση οικογένειας-ειδικών και η ποιότητα της επικοινωνίας και της συνεργασίας τους. Η εφαρμογή του απαιτεί επαναπροσδιορισμό των ρόλων τόσο των οικογενειών όσο και των ειδικών. Οι γονείς πρέπει από παθητικοί αποδέκτες υπηρεσιών να πάρουν τη θέση τους στο τραπέζι των ειδικών και να εκφράσουν τις επιθυμίες και τις ανάγκες τους οι οποίες και θα καθορίζουν τους στόχους του ΕΟΠ. Από την άλλη πλευρά, οι ειδικοί της παρέμβασης θα πρέπει να κατεβούν από το βήθρο του «εξπέρ», να δεχθούν την αμφισβήτηση της αυθεντίας και του αλάθητου, να πλησιάσουν τις οικογένειες, να τις ακούσουν και να προσπαθήσουν να καθορίσουν και να θέσουν τα προβλήματα παρά να προσφέρουν συνταγές για λύσεις.

Η υιοθέτηση των νέων ρόλων είναι και η πιο σημαντική πρόκληση για την εφαρμογή της οικογενειοκεντρικής προσέγγισης. Οι υπεύθυνοι της παρέμβασης προέρχονται συνήθως από επαγγέλματα που σχετίζονται με την εκπαίδευση και έχουν εκπαιδευθεί να δουλεύουν με παιδιά σε διδακτικό πλαίσιο. Ο τρόπος δουλειάς που συνιστά η οικογενειοκεντρική προσέγγιση, προϋποθέτει την απόκτηση νέων γνώσεων και





δεξιοτήτων: Γνώσεις γύρω από τις οικογένειες και την λειτουργία τους, τον τρόπο που αυτή επηρεάζεται από την παρουσία ενός κωφού παιδιού, στοιχεία συμβουλευτικής, είναι ενδεικτικά λίγες από τις επιπλέον γνώσεις που απαιτούνται να έχουν σήμερα οι δάσκαλοι των Κωφών που δουλεύουν στην έγκαιρη παρέμβαση. Κυρίως όμως χρειάζεται η υιοθέτηση μιας διαφορετικής φιλοσοφίας που θα διέπει την σχέση του ειδικού με τους αποδέκτες των υπηρεσιών του προγράμματος. Στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών του πανεπιστημίου Gallaudet των Η.Π.Α. για εκπαιδευτικούς που εξειδικεύονται στην οικογενειοκεντρική έγκαιρη παρέμβαση, αναφέρονται τα εξής: «Οι απόφοιτοι θα μπορούν να υιοθετήσουν διάφορους ρόλους, μεταξύ των οποίων: Του ειδικού σε θέματα βρεφικής - νηπιακής ηλικίας, του εκπαιδευτή και συμβούλου των γονιών και όλης της οικογένειας, του μεσάζοντα που θα αποκαταστήσει τη σχέση οικογένειας - παιδιού, αυτού που καταρτίζει το Εξατομικευμένο Οικογενειακό Πρόγραμμα παρέμβασης και επιβλέπει την υλοποίησή του και του μέλους της διεπιστημονικής ομάδας».



## 8. ΣΧΕΣΕΙΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Είναι διαπιστωμένο ότι η σχέση των οικογενειών των παιδιών με ειδικές ανάγκες με τους ειδικούς που έρχονται σε επαφή για βοήθεια, συχνά είναι προβληματική και χαρακτηρίζεται από αντιπαλότητα. Όσο και αν είναι δεδομένο ότι κάθε διαταραχή σε μια σχέση αποδίδεται σε χαρακτηριστικά αμφοτέρων των μελών της και σ' αυτή καθαυτή τη δυναμική που την χαρακτηρίζει, στην περίπτωση που εξετάζουμε οι ειδικοί και όχι οι γονείς είναι εκείνοι που κατά κύριο λόγο θα πρέπει να ασχοληθούν με το θέμα αυτό. Οι ειδικοί που εργάζονται σε έναν τομέα, έχουν διαλέξει οι ίδιοι να κάνουν αυτή τη δουλειά. Σε αντίθεση με τους γονείς των κωφών - βαρήκοων παιδιών, ο ειδικός ασχολείται με την κώφωση από δική του επιλογή που μπορεί να οφείλεται σε ενδιαφέρον, αλτρουισμό, οικονομικές ή άλλες απολαβές, ή επειδή βολεύει περισσότερο από άλλες πιθανές επιλογές. (Darling and Seligman, 1997). Επίσης, ο ειδικός ασχολείται με τα προβλήματα του κωφού παιδιού μόνο κατά το ωράριο εργασίας του, ενώ οι γονείς σε 24ωρη βάση.

Ο Walker (1989) παρατηρεί, ότι συγκεκριμένα στοιχεία που χαρακτηρίζουν την επικοινωνία δασκάλων-γονιών, δημιουργούν αίσθηση ενόχλησης και δυσκολεύουν τους γονείς να αναφερθούν και να συζητήσουν λεπτά θέματα. Αυτό που προέκυψε από την έρευνά του είναι ότι οι κανόνες που καθόριζαν τον τρόπο επικοινωνίας δεν ήταν τέτοιοι που να ενθαρρύνουν σωστές και ειλικρινείς συζητήσεις. Δηλώσεις που δεν σηκώνουν αμφισβήτηση ή έλλειψη ερωτήσεων ή έλλειψη προσφοράς στήριξης είναι μερικά από τα στοιχεία του τρόπου αυτής της επικοινωνίας. Στις συζητήσεις αυτές γονέων και δασκάλων, καθένας μιλούσε για τον εαυτό του και τις δικές του προτεραιότητες και δεν υπήρχε διάθεση ενεργητικής ανταλλαγής.

Πρέπει οι ειδικοί να φροντίζουν, ώστε να μπορούν να εστιάζουν την προσοχή τους και τους στόχους τους στην οικογένεια. Ένας σωστός τρόπος συνεργασίας προϋποθέτει αμοιβαία θέληση για προσφορά - και αποδοχή - βοήθειας. Η αποτελεσματική προσφορά βοήθειας γίνεται μόνο στα πλαίσια μιας ισότιμης συνεργασίας γονιού-ειδικού, γιατί μόνο τότε απευθύνεται στις ανάγκες που ο ίδιος ο γονιός νοιώθει ότι έχει και επομένως τότε μόνον την δέχεται πρόθυμα και την αξιοποιεί. Κάτι τέτοιο απαιτεί μια επαναξιολόγηση και επανατοποθέτηση των θέσεων των ειδικών σχετικά με το πώς ορίζουν την βοήθεια που παρέχουν. Για να εφαρμοστούν συγκεκριμένες στρατηγικές συνεργασίας που είναι απαραίτητες για μια επιτυχημένη παρέμβαση, πρέπει πρώτα να υιοθετηθούν ουσιαστικές

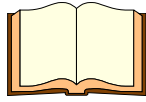


αξίες και στάσεις, όπως ισότητα, πραγματική συνεργασία, μοίρασμα πρωτοβουλιών και υπευθυνοτήτων, εστίαση και δέσμευση στις αρχές της οικογενειοκεντρικής προσέγγισης.

Όλες οι σχέσεις δεν μπορεί να είναι ίδιες. Άλλες αναπτύσσονται εύκολα και άλλες χρειάζονται περισσότερη δουλειά. Θα πρέπει να προσεχτούν ιδιαίτερα τα στοιχεία εκείνα που θέτουν σε κίνδυνο την δημιουργία και ανάπτυξη σχέσης αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Ένα από αυτά είναι το ότι οι δάσκαλοι θεωρούν ότι οι γονείς πρέπει να έχουν τις ίδιες προτεραιότητες με τους ίδιους, ενώ είναι πολύ φυσικό συχνά να μην συμβαίνει αυτό. Είναι δύσκολο για τους ειδικούς να παραδεχτούν ανοιχτά τα όρια τα δικά τους και του προγράμματός τους, γιατί αυτό έρχεται σε αντίθεση με παραδοσιακές απόψεις περί επαγγελματισμού οι οποίες ωστόσο αποδείχθηκε ότι δεν βοηθούν. Είναι σημαντικό για έναν ειδικό να μπορεί να δεχθεί και να σεβαστεί το γεγονός ότι ή οικογένεια δεν θέλει να δεχθεί τις απόψεις του. Κάτι τέτοιο απαιτεί από τον ειδικό να έχει την επαγγελματική ωριμότητα να μην αντιδράσει αρνητικά στο ότι μπορεί να τίθεται υπό αμφισβήτηση, και ακόμα περισσότερο να μην θεωρεί σαν δεδομένο ότι η γνώση και η κρίση του είναι πιο σημαντικές από την πείρα και τις επιλογές των γονιών.

Άλλα χαρακτηριστικά της καθημερινής δουλειάς της έγκαιρης παρέμβασης που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη σωστή συνεργασία με τους γονείς, είναι η κούραση και η αποθάρρυνση που συχνά νιώθουν οι ειδικοί της ειδικής αγωγής αλλά και οι γονείς. Επίσης, πολλές φορές νιώθουν αισθήματα ανταγωνισμού μεταξύ τους, απογοήτευση που προέρχεται από την έλλειψη κατάλληλων υπηρεσιών ή από τη μη επίτευξη της αναμενόμενης προόδου του παιδιού. Επίσης, η κριτική διάθεση εκ μέρους των γονέων και η τάση που συχνά έχουν οι ειδικοί να προσφέρουν συμβουλές, ακόμα και όταν δεν τους έχει ζητηθεί, μπορεί να βλάψουν την ποιότητα της συνεργασίας τους.

Όταν οι γονείς ή οι εκπαιδευτικοί προσλαμβάνουν προσωπικά τις προθέσεις της αρνητικής συμπεριφοράς και υπεργενικεύουν τις αιτίες που προκαλούν προβληματική αμφίδρομη σχέση, είναι πολύ πιθανό ότι θα δημιουργήσουν αρνητικά στερεότυπα που θα γίνουν στο μέλλον εμπόδια σε όλες τις μελλοντικές αντίστοιχες σχέσεις τους. (Walker και Singer, 1993).



Στο σημείο αυτό, μπορείτε να διαβάσετε την παρουσίαση του άρθρου της B.Mills με τίτλο: «Πέρα από την απλή ενημέρωση» από τη συλλογή άρθρων του John Tracy Clinic.

### 5η Δραστηριότητα



Πάρτε συνέντευξη από κάποιον/α ειδικό που ασχολείται με κωφά παιδιά (γιατρό, δάσκαλο-α κλπ.) που θα αφορά τη σχέση του-της με τους γονείς. Οι ερωτήσεις θα είναι περίπου οι παρακάτω:

- Θεωρείτε απαραίτητη την συνεργασία σας με τους γονείς και γιατί;
  - Αν ναι, τι κάνετε για να εξασφαλίσετε το είδος της συνεργασίας που θέλετε;
  - Ποιες είναι οι κυριότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζετε στην επαφή σας με τους γονείς;
  - Ποιες είναι κατά τη γνώμη σας οι κυριότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι γονείς;
  - Πώς νοιώθετε όταν πρόκειται να ανακοινώσετε «άσχημα νέα» στους γονείς και πώς το κάνετε αυτό;
  - Τι θα επιθυμούσατε να κάνετε καλύτερα, ώστε να βελτιώσετε την επικοινωνία σας με τους γονείς;
- Συνδέστε τα αποτελέσματα της συνέντευξης με όσα γράφονται στο εκπαιδευτικό πακέτο και διατυπώστε τις σκέψεις σας.



## 9. Οι ανάγκες των γονέων

Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουν οι ειδικοί τις ανάγκες των γονιών ώστε ανταποκρινόμενοι να θέσουν τα θεμέλια μιας σωστής και παραγωγικής σχέσης, απαραίτητης για την επιτυχία του προγράμματος παρέμβασης. Μία έρευνα που έγινε σε μεγάλο αριθμό γονέων παιδιών με ειδικές ανάγκες, έδειξε ότι οι γονείς κατά σειρά προτεραιότητας θέλουν τα εξής: (Darling & Baxter, 1996)

- ❑ Πληροφόρηση που θα είναι αντικειμενική, άσχετα με τις απόψεις ή την φιλοσοφία εκείνου που την παρέχει.
- ❑ Παρέμβαση για το παιδί - ιατρική, θεραπευτική, εκπαιδευτική.
- ❑ Κρατική στήριξη από κατάλληλες Υπηρεσίες.
- ❑ Στήριξη από συγγενείς, φίλους, γείτονες, συναδέλφους και άλλους γονείς.
- ❑ Χρηματική και υλική βοήθεια.
- ❑ Βοήθεια για την αντιμετώπιση των επιπλέον οικογενειακών αναγκών, δηλαδή των αναγκών των άλλων μελών της οικογένειας, (παππούδες, αδέρφια κλπ.), που μπορεί να επηρεάζουν την δυνατότητα της οικογένειας να ασχοληθεί όσο χρειάζεται με το παιδί με ειδικές ανάγκες.

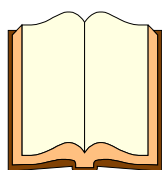
Οι ειδικοί που κερδίζουν τον θαυμασμό και την εμπιστοσύνη των γονιών, είναι αυτοί που παρέχουν χρόνο στους γονείς, τους ακούν προσεκτικά, σέβονται τις γνώσεις τους για το παιδί τους, βλέπουν τα θετικά στοιχεία των παιδιών, παραδέχονται όταν δεν ξέρουν κάτι και ψάχνουν να το βρουν ή παραπέμπουν τους γονείς σε κάποιον πιο ειδικό. (Miller, 1994)

Για να μάθει ο ειδικός τις ανάγκες και τα προβλήματα των γονιών, πρέπει να μάθει να είναι καλός ακροατής. Οι ίδιοι οι γονείς λένε ότι σπάνια οι ειδικοί με τους οποίους συνδιαλέγονται είναι καλοί ακροατές. Ιδιαίτερα οι δάσκαλοι που από την εκπαίδευσή τους έχουν μάθει να μιλάνε, να διδάσκουν και να αναλύουν, δυσκολεύονται πολύ στο να υιοθετήσουν το ρόλο του καλού ακροατή. (Kroth, 1980). Αντίθετα με την κοινή πεποίθηση, το να γίνει κανείς καλός ακροατής είναι μια διαδικασία που σπάνια συμβαίνει από μόνη της, αλλά απαιτεί προσπάθεια και πρακτική εξάσκηση. (Benjamin, 1969)



Είναι γεγονός ότι αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ οικογενειών και ειδικών δεν επιτυγχάνεται αν οι οικογένειες δεν πειστούν ότι έχουν μπροστά τους ακροατές πρόθυμους και με κατανόηση. Η αρετή του καλού ακροατή μαθαίνεται, και πρέπει να εξελίσσεται σταθερά. Για να γίνει ο ειδικός καλός ακροατής, πρέπει να επιθυμεί και να ενδιαφέρεται πραγματικά να μάθει τις απόψεις των γονιών. Ο ειδικός που προσπαθεί να απαντήσει στους γονείς πριν να τους ακούσει, ή ο δάσκαλος που βιαστικά αρχίζει να λέει στους γονείς τι να κάνουν ή απαντάει σε ερωτήσεις που νομίζει ότι του τίθενται ενώ εκείνοι το μόνο που θέλουν είναι να τους δοθεί η ευκαιρία να μιλήσουν, πολύ δύσκολα θα κατορθώσει να δημιουργήσει μια σχέση επικοινωνίας και εμπιστοσύνης. Οι γονείς έχουν δηλώσει επανειλημμένα ότι οι εκπαιδευτικοί συνήθως δεν ικανοποιούν την ανάγκη τους να ακουστούν, και μάλιστα περιγράφουν συγκεκριμένες συμπεριφορές που συχνά συναντούν εκ μέρους τους (Kupper, 1993):

- ☞ Μερικοί ειδικοί ακούν μόνο με το ένα αυτί, περιμένοντας να τελειώσει ο γονιός για να «βάλουν τα πράγματα στη θέση τους».
- ☞ Μερικοί ειδικοί απλά ανέχονται τους γονείς να μιλούν χωρίς στ' αλήθεια να τους ακούν.
- ☞ Μερικοί ειδικοί υποτιμούν ή/και αναλύουν το περιεχόμενο των μηνυμάτων που πιστεύουν ότι πήραν από τους γονείς χωρίς να τους ακούν πραγματικά.
- ☞ Μερικοί ειδικοί φαίνονται απορροφημένοι σε άλλες σκέψεις την ώρα που οι γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας τους μιλούν. Προφανώς έχουν στο μυαλό τους κάτι άλλο.
- ☞ Μερικοί ειδικοί, ενώ δείχνουν ότι ακούν πραγματικά τους γονείς, δεν τους καταλαβαίνουν, όπως δείχνουν οι απαντήσεις τους.
- ☞ Μερικοί ειδικοί ανταποκρίνονται με διάθεση κριτικής σ' αυτά που τους λένε οι γονείς και τα μέλη της οικογένειας ή παρέχουν υποδείξεις τη στιγμή που το μόνο που τους ζητείται είναι να δώσουν στους συνομιλητές τους μια ευκαιρία να μιλήσουν.



Στο σημείο αυτό διαβάστε παρουσίαση των εξής άρθρων: α) «Αποτελεσματικοί Σύμβουλοι-Χαρακτηριστικά και Δεξιότητες» του J. Stewart από το βιβλίο με τίτλο: *Counseling Parents of Exceptional Children* και β) Αρχές και προϋποθέσεις που έχει θεσπίσει για τα κωφά παιδιά η Οργάνωση Γονέων Κωφών Παιδιών Δανίας «Bonaventura» με τίτλο: «Τα Κωφά Παιδιά είναι Παιδιά».



## 10. Η Συνεργασία Ειδικών στη Διεπιστημονική Ομάδα

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η έγκαιρη παρέμβαση, ιδιαίτερα στα πλαίσια μιας οικογενειοκεντρικής προσέγγισης, απευθύνεται σε πολλούς τομείς. Ανάμεσα στους ειδικούς διαφόρων ειδικοτήτων που ασχολούνται με την κώφωση, υπήρχε και σε ένα μεγάλο βαθμό συνεχίζει να υπάρχει (αν και όχι εκφρασμένη ανοικτά) η αντίληψη ότι τα κωφά - βαρήκοα παιδιά και οι οικογένειές τους αποτελούν μία ομοιογενή ομάδα με παρόμοιες ανάγκες (Matkin, 1994). Μια τέτοια παραδοχή που ομαδοποιεί τα παιδιά με κύριο κριτήριο το βαθμό ακουστικής απώλειας, οδηγεί σε αντιμετώπιση που δεν μπορεί να αξιοποιήσει τις δυνατότητες και τα θετικά στοιχεία κάθε παιδιού και δεν καλύπτει τις ιδιαίτερες αδυναμίες που κάθε ξεχωριστό παιδί και η οικογένειά του μπορεί να έχουν σε διάφορους τομείς, επειδή αυτά τα στοιχεία δεν λαμβάνονται σοβαρά υπόψη κατά την αρχική εκτίμηση και το σχεδιασμό προγράμματος αντιμετώπισης.

Από το 1953 ο Myklebust είχε πει ότι για να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες των κωφών - βαρήκοων παιδιών χρειάζεται μία συνδυασμένη αντιμετώπιση από ομάδα ειδικών διαφόρων ειδικοτήτων. Ο υπεύθυνος της παρέμβασης πρέπει να συνεργάζεται και με άλλους ειδικούς, σε μόνιμη βάση ή κατά περίπτωση, για να καλύψει σωστά τους στόχους του προγράμματός του. Αυτό δεν αποτελεί μια απλή διαδικασία, γιατί η συγκέντρωση ενός αριθμού ειδικών δεν αποτελεί αυτόματα μία λειτουργική ομάδα. (Holm και McCartin, 1978).

Από την εμπειρία των προγραμμάτων που εφαρμόζουν μια τέτοια ομαδική αντιμετώπιση, γνωρίζουμε ότι χρειάζεται να αντιμετωπίζονται οι εξής δυσκολίες:

☞ Η εκπαίδευση που έχουν οι ειδικοί, παρέχει στον καθένα πολύ εξειδικευμένες γνώσεις στον συγκεκριμένο τομέα. Συχνά τους είναι δύσκολο να κατανοήσουν την αναγκαιότητα των άλλων ειδικοτήτων και να εκτιμήσουν σωστά την προσφορά τους για μια πλήρη αντιμετώπιση.

☞ Υπάρχει έλλειψη κοινά παραδεκτής ορολογίας ανάμεσα στις διαφορετικές ειδικότητες. Αποτέλεσμα αυτού είναι οι αξιολογήσεις και οι εκθέσεις κάθε ειδικού να γίνονται αντιληπτές μόνο από άτομα της ίδιας ειδικότητας. Πολλές φορές δεν μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν για την διεύρυνση του πεδίου τους οι ειδικοί των άλλων ειδικοτήτων, πολύ δε λιγότερο να γίνουν κατανοητές από τους γονείς.



✚ Τα περισσότερα εκπαιδευτικά προγράμματα από όπου αποφοίτησαν οι εν λόγω ειδικοί, δεν περιελάμβαναν ούτε θεωρητική κατάρτιση ούτε πρακτική εξάσκηση στο πώς να λειτουργούν σαν μέλη ομάδας. Συνέπεια αυτού είναι να συναντάται συχνά μέσα στην ομάδα μια έντονα αμυντική διάθεση για υπεράσπιση των ορίων και του αντικειμένου κάθε ειδικότητας, που μπορεί να φθάσει σε τέτοιο βαθμό που να αποκλείει κάθε πιθανότητα συνεργασίας, εφόσον η ύπαρξη κοινού τόπου θεωρείται απειλητική.

✚ Υπάρχει η τάση να τηρείται κάποιο είδος κοινωνικής ιεραρχίας ανάμεσα στις διάφορες ειδικότητες. Συχνά οι γιατροί επιθυμούν ή καλούνται να έχουν τον κύριο λόγο για μια σφαιρική διάγνωση και πρόταση παρέμβασης, ενώ είναι αυτοί που περνούν τον λιγότερο χρόνο με το παιδί. Αποκτά δηλαδή η ομάδα μία δομή ιεραρχική ενώ μόνο η ισοτιμία μπορεί να εξασφαλίσει αποδοτική συνεργασία.

Πάρα πολύ συχνά επίσης, οι διαφορετικές προσωπικότητες των μελών της ομάδας δημιουργούν εντάσεις που οδηγούν σε προβληματική επικοινωνία και μειώνουν την αποτελεσματικότητα της ομάδας. Ακόμη και ο προσωπικός τρόπος δουλειάς του κάθε ειδικού διαφέρει, όπως εξάλλου και το είδος της συνεισφοράς του στην ομάδα. Για παράδειγμα, ένας εξωστρεφής τύπος ανθρώπου που έχει την τάση να του αρέσουν οι αλλαγές και η δράση, συχνά δημιουργεί και αναπτύσσει τις ιδέες του μέσα από συζήτηση και επιχειρεί να τις υλοποιήσει αμέσως. Αντίθετα, ένας εσωστρεφής τύπος ανθρώπου που δημιουργεί και αναπτύσσει τις ιδέες του με σκέψη και αυτοσυγκέντρωση, προτιμάει να σκεφτεί αρκετά πριν περάσει στην πράξη. Αν και κανένας από τους δύο τρόπους δεν είναι σωστός ή λανθασμένος, η διαφορά αυτή μπορεί να προκαλέσει δυσαρμονία στην ομάδα αν απουσιάζουν η αναγνώριση και ο σεβασμός προς τις υπάρχουσες διαφορές.

Για να αντιμετωπιστούν και να ξεπεραστούν όλα αυτά, είναι απαραίτητο να υπάρχει σε όλα τα μέλη η συνείδηση της αναγκαιότητας της ομάδας. Θα πρέπει όλοι να αντιλαμβάνονται ότι είναι φυσικό να υπάρχουν διαφορές και γι' αυτό να σέβονται τις προσωπικότητες όλων των άλλων μελών. Να αναγνωρίζουν και να εμπιστεύονται τις γνώσεις και ικανότητες των υπολοίπων στον τομέα εξειδίκευσής τους και να έχει γίνει ξεκάθαρος ο ρόλος του καθένα.

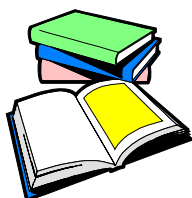




Ο υπεύθυνος της παρέμβασης που καλείται συχνά να συντονίζει την ομάδα αλλά και να υλοποιεί ο ίδιος είτε να έχει την ευθύνη της υλοποίησης του προγράμματος που θα καταρτιστεί, είναι απαραίτητο να έχει κατανοήσει την αναγκαιότητα της ομάδας, να γνωρίζει τα χαρακτηριστικά και την δυναμική της και να μπορεί να λειτουργήσει σαν μέλος της.

Ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας στην ανάπτυξη και εφαρμογή του Εξατομικευμένου Οικογενειακού Προγράμματος είναι πολύ σημαντικός, ώστε να υιοθετηθεί και στην πράξη η οικογενειοκεντρική προσέγγιση.

## 2<sup>η</sup> Εργασία



**Α)** Πάρτε συνέντευξη από ένα γονέα κωφού παιδιού ή παιδιού με ειδικές ανάγκες. Σκοπός της συνέντευξης σας αυτής είναι να εντοπίσετε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γονείς των παιδιών με ειδικές ανάγκες, τους τρόπους που αντιδρούν σε αυτά, τα στηρίγματα που έχουν και τη στάση των ειδικών απέναντί τους, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι γονείς.

Ενδεικτικά παραθέτουμε ορισμένες ερωτήσεις για τη συνέντευξη:

- Πώς νοιώσατε όταν μάθατε το πρόβλημα του παιδιού σας και τι έγινε μετά στην οικογένεια; (αλλαγές, συναισθήματα, συγκεκριμένα προβλήματα κλπ)
- Τι σας βοήθησε περισσότερο;
- Πώς αντιμετώπισαν το γεγονός οι γιαγιάδες - παππούδες; Σας επηρέασαν και πώς;
- Τι βοήθεια πήρατε από ειδικούς;
- Πώς επηρεάστηκαν τα άλλα σας παιδιά;
- Ποιος σας στήριξε περισσότερο;
- Ποιες ήταν οι μεγαλύτερες δυσκολίες;
- Τι είναι αυτό που αυτή τη στιγμή θα σας βοηθούσε περισσότερο;
- Ποιες ήταν οι σχέσεις σας με τους αντίστοιχους ειδικούς (γιατρούς, δημ. Υπηρεσίες, δασκάλους κλπ.) πριν αποκτήσετε παιδί με ειδικές ανάγκες;
- Τι περιμένατε από την επαφή σας μαζί τους; Επαληθεύτηκαν οι προσδοκίες σας ή όχι;
- Τι σας βοήθησε περισσότερο από την επαφή σας με τους διάφορους ειδικούς;
- Τι ήταν ιδιαίτερα δυσάρεστο;
- Τι θα θέλατε να έχουν υπόψη τους οι ειδικοί κατά την επαφή τους με τις οικογένειες των παιδιών με ειδικές ανάγκες; Περιγράψτε τον ιδανικό ειδικό.

**Β)** Ζητήστε, αν είναι δυνατόν, από το γονέα αυτό ή κάποιον άλλον να σας αφηγηθεί μόνος του γραπτώς «την ιστορία του» από την αρχή που υποψιάστηκε ότι το παιδί του είχε πρόβλημα (τα συναισθήματά του, τις δικές του αντιδράσεις και των άλλων μελών κτλ) ως τη διάγνωση και τη σημερινή κατάσταση.

**Γ)** Καταγράψτε τη συνέντευξη και στη συνέχεια, αφού τη μελετήσετε σε συνδυασμό και με τη γραπτή αφήγηση (αν υπάρχει) του γονέα και με βάση τα στοιχεία από τις πηγές αυτές και τη θεωρία που διαβάσατε ως τώρα, κάντε μια σύντομη παρουσίαση και ανάλυση των προβλημάτων που εντοπίζετε, αναφέροντας και πιθανές παρεμβάσεις που θα βοηθούσαν στην αντιμετώπισή τους.

Την εργασία σας, στην οποία θα επισυνάψετε αυτούσια τη συνέντευξη και το γραπτό κείμενο του γονέα, θα πρέπει να την παραλάβουμε ως τις **12 Μαρτίου 1999**.



## Βιβλιογραφία

- Ayres, J. (1849). Home Instruction for the Deaf and Dumb. *American Annals of the Deaf*, 2, no. 2: 177-187.
- Bartlett, D. (1852). Family Education for Young Deaf-Mute Children. *American Annals of the Deaf*, 5, no. 1: 32-35.
- Bertalanffy, L.V. (1968). *General System Theory*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- Boothroyd, A. (1982). *Hearing Impairments in Young Children*: Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, Inc.
- Crouter, A. (1885). Preliminary Home Training. *American Annals of the Deaf*, 30, no. 3: 225-228.
- Dalgarno, G. (1680). *Didaskopholus; or the Deaf and Dumb Man's Tutor*. Oxford: Timothy Halton (reprinted in *American Annals of the Deaf*, 1857, no. 9: 14-64).
- Darling, R. B., & Baxter, C. (1996). *Families in focus: Sociological methods in early intervention*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Duvall, E. (1970). *Family Development*. 4<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott.
- Farber, B. (1986). Historical Context of Research on Families with Mentally Retarded Members. In J. Gallagher & P. Vietze (Eds.), *Families of Handicapped Persons* (pp. 3.24). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Featherstone, H. (1981). *A Difference in the Family*. 2<sup>nd</sup> edition. New York: Penguin Books Ltd.
- Gallaudet, T. (1828). *Twelvth Annual Report of the American Asylum at Hartford for the Education of the Deaf and Dumb*. Hartford, Conn.
- Gordon, J. (1885a). Deaf Mutes and the Public Schools from 1815 to the Present day. *American Annals of the Deaf*, 30, no. 2: 121-143.
- Greene, J. G. (1993). *BEGINNINGS: For Parents of Deaf and Hard of Hearing Children*. Incorporated. (1993) By J. Craig Greene Ed. ED.
- Hill, R., Foote, N., Aldons, J., Carlson, R., & MacDonald, R. (1970). *Family Development in Three Generations*. Cambridge, Mass: Shenkman Publishing Company.
- Hirsch, D. (1887). Advice to Parents. *American Annals of the Deaf*, 22, no. 2: 93-103.
- Kirk, S.A., Gallagher, J.J., & Anastasiow, N.J. (1993). *Educating Exceptional Children*. 7<sup>th</sup> edition. Boston: Houghton Mifflin Company.



- Martin, M., & Grover, B. (1990). *Ears and Hearing*. London: Orbit House, Macdonald and Co Ltd.
- McCroskey, R. (1967). *Early Education of Infants with Severe Auditory Impairments*. Proceedings of the International Conference on Oral Education of the Deaf. Washington, D. C. : A. G. Bell Association, 1891-1905.  
(1968). *Final Report of a Four Year Home Training Program*. Paper presented at the A. G. Bell National Convention, San Francisco.
- Meier, M. (1961). *Role of Non-Verbal Signals in Education of the Deaf*. Proceedings of the 1961 Convention of American Instructors of the Deaf. Washington, D.C.: U. S. Government Printing Office, 148.
- Miller, M. (1992). *Effects of Early Intervention Programs Upon Sign Skills of Parents with Deaf Children*. Washington D. C.: Gallaudet University Family Life Program.
- Miller, N. B. (1995). *Nobody's Perfect. Living & Growing with Children Who Have Special Needs*. Maryland: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Moore, D. (1996). *Educating the Deaf. Psychology, Principles and Practices*, 4<sup>th</sup> edition. Boston. MA: Houghton Mifflin Company.
- Moses, K. L., & Van Hecke-Wulatin, M. (1985). The socio-emotional impact of infant deafness: A counselling model. In G. T. Mencher & S. E. Gerb (Eds.), *Early management of hearing loss* (pp. 243-278). New York NY: Grune and Stratton.
- Myklebust, H., & Brutton, M. (1953). *A Study of Visual Perception in Deaf Children*. Acta Oto-Laringologica, Supplementum, 105.
- Newby, H. A., & Popelka, G. R. (1985). *Audiology*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, Inc.
- Peet, H. (1886). Family Instruction. *American Annals of the Deaf*, 31, 31, no. 4: 260-271.
- Pettengill, B. (1874). Home Education for Deaf Mutes. *American Annals of the Deaf*, 19, no. 1: 1-19.
- Peterson, N. (1987). Parenting the young handicapped and at-risk child. In N. Peterson (Ed.), *Early Intervention for Handicapped and At-Risk Children: An Introduction to early childhood special education*. Elementary school Journal, 82(5), 481-491.
- Philips, W. (1963). *Influence of Preschool Training on Language Arts, Arithmetic Concepts, and Socialization of Young Deaf Children*. Ph. D. Diss., Columbia University.



- Ray, L. (1852). Family Education for Young Deaf Mute Children. *American Annals of the Deaf*, 5, no. 1: 32-35.
- Roush J., Matkin N. (1994) *Infants and Toddlers with Hearing Loss. Family Centered Assessment and Intervention*. Maryland: York Press.
- Schwartz, S. (1996). *Choices in Deafness. A Parent's Guide to Communication Options*. (2<sup>nd</sup> edition). USA: Woodland House, Inc.
- Seligman, M., & Darling, R. B. (1997). *Ordinary Families, Special Children*. New York: The Guilford Press.
- Shein, J.(1989). *At Home Among Strangers*. Washington D.C.: Gallaudet University Press.
- Turnbull, A. P., & Turnbull, H.R. (1986). *Families, Professionals and Exceptionality*. Columbus, OH: Merrill.
- Vernon, M., & Koh, S. (1970). Effects of Manual Communication on Deaf Children's Educational Achievement, Linguistic Competence, Oral Skills and Psychological Development. *American Annals of the Deaf*, 115, no. 5: 527-536.
- Waldo, M. (1859). Early Home Instruction. *American Annals of the Deaf*, 11, no. 2: 170-192.
- Walker, B. (1989b). Strategies for improving parent-professional cooperation. In G. H. S. Singer & L. K. Irvin (Eds), *Support for caregiving families: Enabling positive adaptation to disability* (pp. 103-119). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Woodruff, L. (1848). Primary Instruction of the Deaf. *American Annals of the Deaf*, 1, no. 2: 46-55.