



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «Διερεύνηση των αντιλήψεων των γονέων και εκπαιδευτικών για το ρόλο της Λογοθεραπείας στην ανάπτυξη παιδιού με απώλεια ακοής».

TITLE: «Investigation of the perceptions of parents and teachers about the role of Speech and Language Therapy in the development of a child with hearing loss».

Σπουδάστριες: Λύτρα Ιωάννα

Ντελή Ελέσα

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Γερονίκου Ελευθερία

ΠΑΤΡΑ,2021

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση και στην ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας. Αρχικά, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την υπεύθυνη καθηγήτριά μας, κα Ελευθερία Γερονίκου, για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε και που χωρίς την βοήθειά και την καθοδήγηση της, δεδομένων των επιδημιολογικών συνθηκών η παρούσα πτυχιακή δεν θα υπήρχε.

Ακόμα, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στο Κέντρο Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας (Κ.ΕΛ.ΝΟ), όπου διεξήχθη μέρος των συνεντεύξεων και ιδιαίτερα στη διερμηνέα Κα Λαμπρινή Παπαπροκοπίου, που υπήρξε πολύτιμη βοήθεια για την επικοινωνία μας με τους κωφούς.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς και τους εκπαιδευτικούς που έλαβαν μέρος στις συνεντεύξεις και που συνεργαστήκαμε άψογα, παρά τις δυσκολίες της εποχής.

Σας ευχαριστούμε όλους θερμά.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	2
Εισαγωγή.....	5
Περίληψη.....	7
Abstract.....	8
1. Βαρηκοΐα – Κώφωση.....	10
1.1 Προσδιορισμός όρων βαρηκοΐα και κώφωση.....	10
1.2 Αίτια Βαρηκοΐας-Κώφωσης.....	11
1.3 Νομοθετικό πλαίσιο.....	11
2 Αντιμετώπιση βαρηκοΐας – κώφωσης.....	12
2.1 Ακουστικά Βαρηκοΐας.....	12
2.2 Κοχλιακά Εμφυτεύματα.....	13
2.3 Ακουστική λεκτική προσέγγιση.....	14
2.4 Συγκριτικές μελέτες ως προς την ανάπτυξη της ομιλίας παιδιών με ακουστικό βαρηκοΐας και παιδιών με κοχλιακό εμφύτευμα.....	15
2.5 Πως τοποθετούνται οι κωφοί σε σχέση με την κοχλιακή εμφύτευση;.....	18
3. Οικογένεια ατόμου με κώφωση.....	18
3.1 Ακούοντες γονείς κωφών παιδιών.....	18
3.2 Κωφοί γονείς κωφών παιδιών.....	19
3.3 Κωφοί γονείς ακουόντων παιδιών.....	20
3.4 Ελληνική Νοηματική Γλώσσα.....	20
4. Δεδομένα για τον κλάδο της Λογοθεραπείας.....	20
4.1 Ρόλος Λογοθεραπευτή.....	20
4.2 Χαρακτηριστικά ομιλίας βαρήκων-κωφών.....	21
5. Μεθοδολογία.....	21
5.1 Ερευνητικός σχεδιασμός.....	22
5.1.1 Άξονες της συνέντευξης.....	23
5.2 Δείγμα.....	23
5.3 Όργανα μέτρησης.....	24
5.4 Διαδικασία μέτρησης.....	24
5.5 Ποσοτική ή Ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων.....	24
6. Αποτελέσματα.....	25
6.1 Δημογραφικά Στοιχεία.....	25
6.2 Αποτελέσματα που αφορούν τους γονείς που συμμετείχαν.....	27

6.3 Αποτελέσματα που αφορούν τους Εκπαιδευτικούς και την Λογοθεραπέυτρια	29
6.3.1 Απόψεις των ακουόντων εκπαιδευτικών	29
6.3.2 Απόψεις κωφής δασκάλας	32
7.Συζήτηση Αποτελεσμάτων	33
8.Συστάσεις	37
9.Βιβλιογραφικές Αναφορές	38

Εισαγωγή

Από τους αρχαίους χρόνους ένα θέμα που απασχολούσε την κοινωνία ήταν οι άνθρωποι με ειδικές ανάγκες. Υπάρχουν γραπτές μαρτυρίες για την ύπαρξη Κωφών στην Ελλάδα καθώς και την κοινωνικοπολιτισμική θέση που κατείχαν στα έργα του Πλάτωνα και του Αριστοτέλη. Γνωρίζοντας ότι η αλληλεπίδραση ενός ατόμου με το οικείο περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει, διαμορφώνει την ανάπτυξη και την εξέλιξη του, αντιλαμβανόμαστε τον καθοριστικό ρόλο που έχει η οικογένεια. Όταν γεννιέται ένα παιδί με ειδικές ανάγκες υπάρχουν προβλήματα αποδοχής ανεξαρτήτως του μορφωτικού και κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου στο οποίο ανήκουν οι γονείς(*Kirk, Gallagher και Anastasiow,1993*). Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένα παιδί με ειδικές ανάγκες έχουν αντίκτυπο τόσο στο άτομο όσο και στην οικογένεια. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με κώφωση, προκύπτει από οικογένειες που και οι δύο γονείς έχουν φυσιολογική ακοή (*Moores, 1996*). Πολλοί λοιπόν, από αυτούς τους γονείς, συνήθως, μη περιμένοντας να κάνουν ένα παιδί με έλλειμμα ακοής, δεν έχουν καμία προετοιμασία ή γνώση γύρω από την κώφωση, δεν έχουν ενημερωθεί για την κοινότητα των κωφών αλλά ούτε και για την γλώσσα επικοινωνίας τους, δηλαδή την Νοηματική Γλώσσα. Προκειμένου να καταφέρει η οικογένεια να ενταχθεί σε μια καινούρια πραγματικότητα με όσο το δυνατό μικρότερο κόστος, θα πρέπει να εξασφαλιστεί για κάθε ένα μέλος της ειδική στήριξη (*Λαμπροπούλου,1999*). Έχει πλέον τεκμηριωθεί επιστημονικά ότι η οικογένεια έχει ενεργό ρόλο στην πρώιμη παρέμβαση που σχετίζεται άμεσα με την εξέλιξη και ανάπτυξη του παιδιού (*C.Yoshinaga-Itano,2014*). Η πρώιμη παρέμβαση στοχεύει στην μείωση της δυσκολίας στην ακοή (κώφωση), στην πρόληψη των δευτερογενών προβλημάτων και στην στήριξη των μελών της οικογένειας του κωφού παιδιού (*Λαμπροπούλου,1999*). Για την αντιμετώπιση της κώφωσης/βαρηκοΐας βιβλιογραφικά προτείνονται τα ακουστικά (τα οπισθοωτιαία, ενδοωτιαία ανάλογα με το επίπεδο βλάβης) και τα κοχλιακά εμφυτεύματα. Από τις τελευταίες εξελίξεις του χώρου προκύπτει μια ιδιαίτερα θετική στάση απέναντι στην κοχλιακή εμφύτευση και μάλιστα προκύπτει ότι όσο νωρίτερα γίνει η κοχλιακή εμφύτευση τόσο καλύτερη θα είναι η γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού(*Leigh, Dettman, Dowell, & Briggs,2013*). Το 80% των παιδιών που γεννιούνται κωφά μπορούν να είναι επιτυχημένα στη γενική εκπαίδευση και στην κοινωνία αν υπάρξει έγκυρη ανίχνευση, έγκαιρη ενίσχυση και εξατομικευμένη Ακουστική – Λεκτική Θεραπεία (*SYC Lim και J Simser ,2005*). Σημαντικά αποτελέσματα για την γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών που συμμετείχαν σε πρόγραμμα Ακουστικής- Λεκτικής Θεραπείας σημειώθηκαν σε έρευνες (*Rhoades & McCafferey,2006*) , που έδειξαν πως τα παιδιά που είχαν λάβει προσχολικά Ακουστική-Λεκτική Θεραπεία συμμετείχαν λειτουργικά (*Durieux-Smith et al ,2006*). Επιπλέον, σύμφωνα με τους τελευταίους τα αποτελέσματα των μετρήσεων ήταν εντός του μέσου όρου στην επικοινωνία, την αυτοαντίληψη και τις ακαδημαϊκές δεξιότητες.

Επειδή η επιλογή θεραπείας βρίσκεται στα χέρια των γονέων , υποθέτουμε ότι όσο πιο ενημερωμένοι είναι οι γονείς για το εκάστοτε πρόγραμμα παρέμβασης , τόσο περισσότερα θα είναι τα οφέλη για τα παιδιά τους. Για να αποδώσει ένα πρόγραμμα

παρέμβασης τα μέγιστα , η κάθε περίπτωση πρέπει να αξιολογείται από τον ειδικό λογοθεραπευτή και να προτείνεται το αντίστοιχο εκπαιδευτικό πρόγραμμα και η αντίστοιχη εκπαιδευτική προσέγγιση (Moore, 2006). Στην παρούσα πτυχιακή θα επιδιώξουμε να ερευνήσουμε τις αντιλήψεις των κωφών ή όχι γονέων κωφών ή βαρήκων παιδιών για τις παρεμβάσεις που διατίθενται , τον λόγο επιλογής της εκάστοτε παρέμβασης, την ποιότητα ζωής αυτών και των παιδιών τους και τον ρόλο της Λογοθεραπείας στις οικογένειές τους, καθώς και τον ρόλο των εκπαιδευτικών στην διαδικασία.

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη εξετάζει την άποψη των εκπαιδευτικών, των λογοθεραπευτών, αλλά και των γονέων βαρήκων/κωφών παιδιών, για τα ακουστικά βοηθήματα, τους πιθανούς τρόπους επικοινωνίας και τον ρόλο της λογοθεραπείας στην ανάπτυξη ομιλίας και λόγου από το παιδί. Προκειμένου να συλλεχθούν τα δεδομένα, δημιουργήθηκε μια ημιδομημένη συνέντευξη και οι απαντήσεις των συμμετεχόντων καταγράφηκαν από ένα μαγνητόφωνο και στη συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκαν. Στη συνέντευξη πήραν μέρος 4 εκπαιδευτικοί, 1 λογοθεραπεύτρια, 1 μητέρα ακούουσα βαρήκοου παιδιού και 4 γονείς κωφοί, βαρήκων/κωφών παιδιών. Για την επικοινωνία μας με τους κωφούς γονείς, υπήρξε η συμμετοχή διερμηνέα της Νοηματικής Γλώσσας. Τα αποτελέσματα όσον αφορά τους γονείς, έχουν πολλά κοινά σημεία, με την κώφωση να μην επηρεάζει την επικοινωνία τους με την κοινότητα των Κωφών αλλά ούτε και με την κοινότητα των ακουόντων, με τα παιδιά τους να φοιτούν σε σχολεία ακουόντων, κατά κύριο λόγο, κάποια με παράλληλη στήριξη και να παρακολουθούν εξατομικευμένα προγράμματα λογοθεραπείας, αναφέροντας ότι έχει βοηθήσει στην ανάπτυξη της επικοινωνίας των παιδιών τους.

Λέξεις κλειδιά: βαρηκοΐα, κώφωση, μέθοδοι παρέμβασης, απόψεις γονέων και εκπαιδευτικών ,Λογοθεραπεία.

Abstract

This study examines the views of teachers, speech and language therapists and parents of hearing impaired/deaf children on hearing aids, alternative ways of communication and the role of speech therapy in the development of child's speech . In order to collect the necessary data, a semi-structured interview was created and the participants' responses were recorded on a tape recorder and then translated into written, electronic form. The interview was attended by 4 teachers, 1 speech therapist, a mother of a hearing impaired/deaf child and 4 deaf parents of hearing impaired/deaf children. For our communication with the deaf parents, a sign language interpreter was participated. The parent's results have a lot in common. Deafness is not affecting their communication with the Deaf community or with people who have typical hearing skills. Their children are attending typical schools, mainly with parallel support and attend personalized speech and language therapy programs, stating that it has helped develop their children's communication.

Keywords: hearing loss, deafness, intervention methods, parents' and teachers' opinion, Speech and Language therapy.

1.Βαρηκοΐα – Κώφωση

1.1 Προσδιορισμός όρων βαρηκοΐα και κώφωση

Ξεκινώντας την παρούσα έρευνα θεωρούμε χρήσιμο να δώσουμε τους ορισμούς των όρων για την βαρηκοΐα και την κώφωση , ώστε να διασφαλίσουμε την αποσαφήνιση των όρων. Τα στοιχεία των ορισμών της βαρηκοΐας-κώφωσης συχνά συγχέονται μεταξύ τους και τόσο οι γονείς όσο και οι εκπαιδευτικοί δυσκολεύονται να ξεχωρίσουν τα χαρακτηριστικά αυτών. Πιο συγκεκριμένα όμως:

Βαρηκοΐα είναι ο όρος της ιατρικής που υποδηλώνει την μερική ή την ολική απώλεια της ακοής. Η βαρηκοΐα κατηγοριοποιείται σε τέσσερις διαστάσεις :βαθμός, χρόνος έναρξης, αιτιολογία και πορεία στο χρόνο. Αναφορικά με τον βαθμό, η βαρηκοΐα χαρακτηρίζεται ως ήπια, μέτρια, μέτρια-προς σοβαρή, σοβαρή ή πολύ σοβαρή(*Τρίμμης , 2012*).

Η βαρηκοΐα κατηγοριοποιείται ανάλογα :

- τον βαθμό της
- και τον τύπο της

Έχοντας πάντα υπόψη το βαθμό απώλειας της ακοής, όπως προκύπτει από το μέσο όρο του κατώτατου ορίου της ακοής στις βασικές συχνότητες 500, 1000 και 2000 HZ (PTA) διακρίνουμε τις παρακάτω κατηγορίες βαρηκοΐας για τους ενήλικες:

- Ως φυσιολογική χαρακτηρίζεται από τα 10 dB HL έως 26 dB HL
- Ως ελαφριά χαρακτηρίζεται από τα 27 dB HL έως τα 40 dB HL
- Ως μέτρια χαρακτηρίζεται από τα 41 dB HL έως τα 55 dB HL
- Ως μέτρια προς σοβαρή χαρακτηρίζεται από τα 56 dB HL έως τα 70 dB HL
- Ως σοβαρή χαρακτηρίζεται από τα 71 dB HL έως τα 90 dB HL
- Ως πολύ σοβαρή χαρακτηρίζεται από τα 91+ dB HL(*Roeser&Downs, 1988*).

Ενώ ανάλογα με τον τύπο της χωρίζεται σε :

- νευροαισθητηριακή
- αγωγιμότητας
- και μικτή(*Ζιάθρα & Τρίμμης, 2015*).

Επιπλέον, η βαρηκοΐα, πολύ συχνά αποκαλείται ως η “αόρατη κατάσταση”, αλλά παρόλα αυτά η επιπτώσεις της στη ζωή του ατόμου είναι κάθε άλλο παρά αόρατες. Το άτομο με βαρηκοΐα αντιμετωπίζει καθημερινές δυσκολίες που σχετίζονται με την επικοινωνία του με τους άλλους στο εργασιακό του περιβάλλον όσο και στο κοινωνικό και οικογενειακό του περιβάλλον αντίστοιχα(*Τρίμμης, 2012*).

«Δεν έχουμε ολική κώφωση στο διάστημα 101-105 ,όμως παρατηρούμε, πολύ μειωμένα ακουστικά υπολείμματα» (Boothroyd,1982).

Κώφωση είναι η απουσία της λειτουργίας του αισθητηρίου της ακοής εξ' αιτίας κληρονομικών ή επίκτητων παραγόντων. Ένα άτομο, το οποίο έχει μια πολύ σοβαρή βαρηκοΐα, μπορεί ορισμένες φορές να αποκαλείται κωφός(Τρίμμης, 2012).

1.2 Αίτια Βαρηκοΐας-Κώφωσης

Χρήσιμο θα ήταν να αναφέρουμε τις αιτίες εμφάνισης των δύο παθήσεων, ώστε να δούμε στην πορεία της έρευνας αν επαληθεύεται η βιβλιογραφία. Η βαρηκοΐα και η κώφωση οφείλονται διαταραχές του ακουστικού οργάνου , οργανικές ή λειτουργικές και σε διαταραχές στο ακουστικό νεύρο ή στο ακουστικό κέντρο. Τα αίτια των διαταραχών χωρίζονται σε κληρονομικά και επίκτητα(Κυπριωτάκης,2000).

Σε περίπτωση όπου η διαταραχή οφείλεται στην κληρονομικότητα συχνά τα προβλήματα εντοπίζονται στον κοχλία ή πριν από αυτόν (Boothroyd,1982).Το 50% των κληρονομικών περιπτώσεων παιδιών με σοβαρά προβλήματα ακοής, οφείλεται σε ελαττωματικά γονίδια τα οποία κληρονομήθηκαν από τον ένα γονέα ή και από τους δύο. (Moores,1996).

Η κατηγοριοποίηση των επίκτητων αιτιών είναι :

- Τα προγεννητικά αίτια,όπου κατατάσσονται η ερυθρά , η ιλαρά , η μόλυνση από κυτταρομεγαλοϊό (CMV, έρπης που μολύνει το 1% των νεογέννητων), η σύφιλη, η τοξοπλάσμωση, η χρήση φαρμάκων, μεταβολικά νοσήματα της μητέρας (διαβήτης, υποθυροειδής, νεφρίτιδα), η τοξιναιμία της κύησης, το κάπνισμα, τα ναρκωτικά και η κατάχρηση αλκοόλ από την μητέρα(Moores, 2007), (Κρουσταλάκης, 2005).
- Τα περιγεννητικά αίτια, όπου εντάσσονται η υποξία ή ανοξία , η υπερβολική νάρκωση , η ασυμβατότητα μεταξύ μητέρας και βρέφους (ασυμβατότητα Rhesus – αιμολυτική νόσος του νεογνού) (Κρουσταλάκης, 2005) και το γονίδιο της κονεξίνης 26 (connexin 26 ή GJB2)(<http://www.peakgenomics.com/siqqenis-varikoia>).
- Και τα μεταγεννητικά αίτια, όπου αντίστοιχα έχουμε , τις λοιμώξεις (οστρακιά, πνευμονία, μέση ωτίτιδα, γρίπη), η χρήση φαρμάκων (στρεπτομυκίνη), διάφοροι συναισθηματικοί και ψυχολογικοί παράγοντες (μπορεί να οδηγήσουν στην υστερική κώφωση), οι φλεγμονές του μεσαίου αυτιού (ωτίτιδα) και οι διάφορες τραυματικές βλάβες (έντονοι θόρυβοι από υψηλής συχνότητας ήχους, χειρουργικά λάθη , διασεισεις) (Moores, 2007), (Κρουσταλάκης, 2005).

Η κώφωση από μηνιγγίτιδα αποτελεί το πιο συχνό αίτιο μεταγεννητικής κώφωσης στην παιδική ηλικία (Moores, 2007).

1.3 Νομοθετικό πλαίσιο

Αναφορικά με τον νόμο N 3699/2008 για την φοίτηση των κωφών βαρήκων μαθητών ορίζονται συνοπτικά τα εξής παρακάτω:

Η φοίτηση των μαθητών/τριων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και αναπηρία μπορεί να λάβει χώρα:

- Σε γενικό σχολείο, και αυτό αφορά κυρίως παιδιά με ήπιες μαθησιακές δυσκολίες, τα οποία θα βοηθούνται από τον εκπαιδευτικό της εκάστοτε σχολικής τάξης, ο οποίος συνεργάζεται κατά περίπτωση με τα ΚΕΔΔΥ, με τους σχολικούς συμβούλους γενικής και ειδικής εκπαίδευσης και τους συμβούλους ΕΕΠ.
- Σε γενικό σχολείο, με τη βοήθεια δασκάλου παράλληλης στήριξης, μέσω συνεκπαίδευσης, από εκπαιδευτικούς ΕΑΕ, όταν κρίνεται αναγκαίο σύμφωνα με το είδος και τις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες του παιδιού. Η παροχή της παράλληλης στήριξης δίνεται σε μαθητές/τριες που είναι σε θέση με την σωστή ατομική στήριξη να ακολουθήσουν το αναλυτικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα της τάξης, σε μαθητές με πιο σοβαρές εκπαιδευτικές ανάγκες όταν δεν είναι διαθέσιμο στην περιοχή που διαμένουν κάποιο ειδικό σχολείο ή τμήμα ένταξης ή όταν κρίνεται απαραίτητη η παράλληλη βάση της γνωμάτευσης του ΚΕΔΔΥ εξαιτίας των ειδικών εκπαιδευτικών τους αναγκών.
- Σε Τμήματα Ένταξης (ΤΕ) που έχουν οργανωθεί και στελεχωθεί καταλλήλως και έχουν λειτουργία σε σχολεία γενικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης με Κοινό και εξειδικευμένο πρόγραμμα, που καθορίζεται με πρόταση του οικείου ΚΕΔΔΥ για μαθητές/τριες με ηπιότερης μορφής ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, το οποίο για κάθε μαθητή δεν θα υπερβαίνει τις δεκαπέντε (15) διδακτικές ώρες εβδομαδιαίως.
- Επιπλέον, για την γλώσσα επικοινωνίας των κωφών/βαρήκων μαθητών ορίζεται το εξής: Πρώτη και βασική γλώσσα των βαρήκων και κωφών μαθητών και μαθητριών αναγνωρίζεται η Ελληνική Νοηματική γλώσσα και ως δεύτερη γλώσσα τους η Νέα Ελληνική, η οποία προσλαμβάνεται και εκφέρεται σε γραπτή μορφή, ενώ όσον αφορά την έκφραση και την αντίληψη αυτής σε προφορικό επίπεδο, αυτό, θεωρείται πρόσθετη κοινωνική επιλογή των κωφών μαθητών/τριων. Η γλωσσική παιδαγωγική προσέγγιση που ενδείκνυται είναι η δίγλωσση εκπαίδευση, καθώς η Ελληνική Νοηματική και η Νέα Ελληνική γλώσσα αναγνωρίζονται ως ισότιμες μεταξύ τους. Για την τοποθέτηση εκπαιδευτικών και ΕΕΠ στα ειδικά σχολεία κωφών, κρίνεται ως απαραίτητο προσόν η άριστη γνώση της Ελληνικής Νοηματικής γλώσσας.

2 Αντιμετώπιση βαρηκοΐας – κώφωσης

2.1 Ακουστικά Βαρηκοΐας

Η αρχικές μέθοδοι ενίσχυσης της ακοής ήταν η τοποθέτηση του χεριού πίσω από το αυτί, η μείωση της απόστασης ακροατή-ομιλητή, η μετακίνηση σε πιο ήσυχο περιβάλλον και η χρήση κεράτων ζώων σαν ενισχυτών. Ευτυχώς, η τεχνολογία έχει προχωρήσει και έχουμε

πιο εξελιγμένες μεθόδους για την αντιμετώπιση της βαρηκοΐας και της κώφωσης. Ένας τρόπος ενίσχυσης της ακοής είναι τα ακουστικά βαρηκοΐας που διακρίνονται σε :

- Αναλογικά
- Ψηφιακά προγραμματισμένα
- και ψηφιακά (Hall,2014).

Η επιλογή του ακουστικού βαρηκοΐας εξαρτάται από :

- τον βαθμό και την διαμόρφωση της βαρηκοΐας
- τις προτιμήσεις του ασθενή
- τις απαιτήσεις της ακρόασης
- την ανοχή σε δυνατούς ήχους
- το στυλ και το μέγεθος του ακουστικού βαρηκοΐας
- το πλήθος των ακουστικών βαρηκοΐας (ένα ή δύο) (Hall,2014).

Τα ακουστικά χρησιμοποιούνται στην νευρική κώφωση για την αντιστάθμιση της ακουστικής απώλειας (Kalat, 1999). Άτομα με μέτριο ή μεγάλο έλλειμμα ακοής παρουσιάζουν καλή εξέλιξη , σε αντίθεση με τα άτομα με πολύ μεγάλο έλλειμμα ακοής που παρουσιάζουν λιγότερη εξέλιξη, καθώς συνήθως δυσκολεύονται σε δοκιμασίες διάκρισης λέξεων (Αδαμόπουλος, 2001).

2.2 Κοχλιακά Εμφυτεύματα

Μία άλλη τεχνολογική εξέλιξη για την αντιμετώπιση της βαρηκοΐας είναι τα Κοχλιακά Εμφυτεύματα (ΚΕ). Τα οποία είναι κατάλληλα για άτομα με σοβαρή- έως πολύ σοβαρή βαρηκοΐα, τα οποία δεν λαμβάνουν επαρκές όφελος από τα ακουστικά βαρηκοΐας(Wackyn & Runge- Samuelson, 2009).

Τα κριτήρια υποψηφιότητας για την κοχλιακή εμφύτευση διαμορφώνονται ως εξής:

Για τα παιδιά

- Αμφίπλευρη σοβαρή-έως-πολύ σοβαρή αισθητηριακή βαρηκοΐα
- Η ηλικία να είναι από 12 μηνών και πάνω(υπάρχουν και εξαιρέσεις)
- Να μην υπάρχει αντένδειξη για χειρουργική επέμβαση
- Να υπάρχει πολύ μικρό όφελος από ακουστικά βαρηκοΐας σε μία περίοδο 3 μηνών το λιγότερο και αποτυχία ανάπτυξης ομιλίας και λόγου
- Εκπαίδευση της ακουστικής αποκατάστασης
- Η υποστηρικτική, δεσμευμένη οικογένεια με κατάλληλες προσδοκίες
- Ακτινογραφική επιβεβαίωση της ανατομίας του κοχλία και της ανατομίας του ακουστικού νεύρου (Hall, 2014).

Από τα παραπάνω οδηγούμαστε στο ερώτημα: Ποια είναι τελικά η καταλληλότερη μέθοδος παρέμβασης;

2.3 Ακουστική λεκτική προσέγγιση

Μία πολλά υποσχόμενη ερευνητικά μέθοδος είναι η ακουστική λεκτική προσέγγιση (AVT), η οποία εστιάζει στην υπολειπόμενη ακοή του παιδιού, μέσω της χρήσης ενίσχυσης, με σκοπό την ανάπτυξη δεξιοτήτων ακρόασης, με φυσική επικοινωνία (Hall, 2014). Ο πρωταρχικός στόχος του AVT είναι η ανάπτυξη των ίδιων δεκτικών και εκφραστικών γλωσσικών δεξιοτήτων σε παιδιά με έλλειμμα ακοής με συνομηλίκους, με φυσιολογική ακοή (Dornan et al, 2010).

Σε έρευνα με τίτλο “ Auditory-Verbal-Therapy” αναφέρεται ότι, τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί ταχεία τεχνολογική πρόοδος στην εκπαίδευση των ατόμων με προβλήματα ακοής (Eastabrooks, W. ,et al, 2000,. Η παρέμβαση είναι πλέον δυνατή με την εμφάνιση διαγνωστικού εξοπλισμού ο οποίος είναι ικανός να προσφέρει αντικειμενική και ακριβή εξέταση καθώς και επιβεβαίωση απώλειας ακοής ακόμη και σε νεογνά. Κανένα μωρό δεν είναι πολύ μικρό για να εξεταστεί. Η χρήση της μοντέρνας ακουστικής τεχνολογίας, όπως ακουστικά βαρηκοΐας και κοχλιακά εμφυτεύματα έχει επιτρέψει σε κωφά παιδιά ή παιδιά με μεγάλο έλλειμμα ακοής να λάβουν τα μέγιστα νευρολογικά οφέλη. Ποτέ πριν στην ιστορία της εκπαίδευσης των κωφών αυτά τα παιδιά είχαν τέτοιες ευκαιρίες για να μπορέσουν να ακούσουν. Μέσω της ακοής μπορούν να αξιολογηθούν όλα τα χαρακτηριστικά του λόγου και αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα παιδιά που είναι κωφά ή έχουν προβλήματα ακοής να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν την ομιλούμενη γλώσσα μέσω της ακρόασης. Μάλιστα, με έγκαιρη ανίχνευση, έγκαιρη ενίσχυση και αποτελεσματική εξατομικευμένη Ακουστική-λεκτική θεραπεία με γονική συμμετοχή έως και το 80% των παιδιών που γεννιούνται κωφά γνωρίζουν επιτυχία τόσο στη γενική εκπαίδευση όσο και στην κοινωνία (Estabrooks, MacIver-Lux, & Rhoades, 2016; Kaiser & Hancock, 2003). Επομένως, το AVT είναι ξεχωριστά προσαρμοσμένο στις ειδικές ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας.

Σε μια τετραετή μελέτη με 40 παιδιά που έμαθαν μέσω μιας προσέγγισης A-V, υπήρξε σημαντική γλωσσική ανάπτυξη ως αποτέλεσμα της A-V (Rhoades και McCafferey, 2002). Επίσης σημειώθηκε μεγάλη πρόοδος στην κοινωνικοποίηση των παιδιών στο σχολικό περιβάλλον, υπήρξε βελτίωση όσον αφορά τον μέσο όρο στους βαθμούς του σχολείου και απέκτησαν μεγαλύτερη σιγουριά για τον εαυτό τους.

Σε μια άλλη μελέτη αποδείχθηκε ότι τα παιδιά που είχαν συμμετάσχει σε παρέμβαση ακουστικής προσέγγισης, όπως η AVT, πέτυχαν καλύτερες επιδόσεις στην αναγνώριση ομιλίας τα πρώτα τρία χρόνια μετά την ενεργοποίηση των κοχλιακών εμφυτευμάτων και παρατηρήθηκε ακόμα, ένα στατιστικά σημαντικό πλεονέκτημα σε προφορική γλώσσα και ανάγνωση στις τελευταίες τάξεις του Δημοτικού σχολείου, σε σύγκριση με τα παιδιά που χρησιμοποιούσαν κυρίως οπτικούς τρόπους επικοινωνίας όπως Αμερικανική νοηματική γλώσσα (Geers, Mitchell, Warner-Czyz, Wang & Eisenberg, 2017).

Τελειώνοντας, από όσα αναφέρθηκαν και σύμφωνα με τις παραπάνω έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί ανά τα χρόνια και από διαφορετικούς ερευνητές, σε διαφορετικές χώρες ανά τον κόσμο, φαίνεται ότι η AVT προσέγγιση είναι μια αποτελεσματική επιλογή παρέμβασης για παιδιά με έλλειμμα ακοής. Σύμφωνα με τις έρευνες αυτές, λόγω της προσέγγισης αυτής, η αντίληψη της ομιλίας του παιδιού, η γλώσσα και ο λόγος

βελτιώνονται σημαντικά και το βοηθούν να επικοινωνεί σε καλύτερο βαθμό με συνομήλικούς ή μη, να κοινωνικοποιείται, να είναι ικανό να φέρει εις πέρας αυτά που προστάζει το εκπαιδευτικό σύστημα, σε βαθμό, ισάξιο με τους συνομήλικούς του, που δεν αντιμετωπίζουν αισθητηριακά ελλείμματα. Προκειμένου όμως να φτάσει το παιδί, στο επιθυμητό αυτό επίπεδο, απαιτείται άριστη συνεργασία γονέα/φροντιστή- παιδιού και των επαγγελματιών υγείας που στηρίζουν την οικογένεια σε κάθε βήμα της προσέγγισης αυτής.

2.4 Συγκριτικές μελέτες ως προς την ανάπτυξη της ομιλίας παιδιών με ακουστικό βαρηκοΐας και παιδιών με κοχλιακό εμφύτευμα

Για να πάρουμε την απάντησή μας για το ποια είναι ,βιβλιογραφικά τουλάχιστον, η καταλληλότερη μέθοδος παρέμβασης, λάβαμε υπ' όψιν τα αποτελέσματα διαφόρων ερευνών. Μια από τις μελέτες οι οποίες συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα του κοχλιακού εμφυτεύματος έναντι ακουστικών βαρηκοΐας, από κοινού με την λογοθεραπευτική παρέμβαση, έρχεται να προσθέσει ότι η συνεχής ακουστική ανατροφοδότηση κυρίως με την βοήθεια του κοχλιακού εμφυτεύματος, είναι υψίστης σημασίας για την βελτίωση της καταληπτότητας του λόγου (*Osberger, Maso και Sam ,1993*). Εντύπωση κάνει το γεγονός ότι από την έρευνα αυτή προέκυψε ότι η διαφορά ως προς την πρόοδο της εκφοράς και της κατανόησης του λόγου, ανάμεσα σε παιδιά που έφεραν κοχλιακό εμφύτευμα και σε εκείνα με ακουστικά βαρηκοΐας, ήταν πολύ μικρή. Από την άλλη, η παράμετρος ηλικία φαίνεται να αποτελεί καταλυτικό παράγοντα. Στα 5 και στα 7 έτη παρουσιάστηκε επιδείνωση της βαρηκοΐας, πράγμα που βοήθησε τους ερευνητές να φτάσουν στο παραπάνω συμπέρασμα.

Σε μια μακροχρόνια έρευνα ,που αφορούσε 61 προγλωσσικά κωφά παιδιά, μελετώντας τις εξελίξεις πριν και μετά την κοχλιακή εμφύτευση. Το δείγμα αυτό συγκρίθηκε με μια άλλη ομάδα παιδιών τα οποία έκαναν χρήση συμβατικού ακουστικού βαρηκοΐας και η μέση ακουστική τους απώλεια ήταν στα 93 db. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι χρήστες κοχλιακού εμφυτεύματος σημείωναν σταδιακά αυξανόμενη πρόοδο. Μετά τα 4 έτη από την κοχλιακή εμφύτευση και με την λογοθεραπευτική άσκηση, οι χρήστες των κοχλιακών εμφυτευμάτων παρουσίαζαν καταληπτότητα λόγου σε ποσοστό 40% ενώ αντίστοιχα οι χρήστες ακουστικών βοηθημάτων σημείωναν καταληπτότητα σε ποσοστό 70%. Το συμπέρασμα είναι ότι απλά, άτομα με μέση ακουστική απώλεια τα 90 db, δεν συνιστούν κατάλληλους υποψηφίους προς κοχλιακή εμφύτευση (*McConkey Robbins, Kirk, Osberger & Ertmer (1995)*).

Στην υπεροχή των κοχλιακών εμφυτευμάτων, συγκλίνουν και μεταγενέστερες έρευνες, μία εκ των οποίων αφορούσε την συγκριτική μελέτη δυο ομάδων προγλωσσικών κωφών παιδιών. Και οι δυο ομάδες δοκιμάστηκαν στην σωστή εκφορά του λόγου και στην κατανόηση του, με την διαφορά ότι η μια ομάδα έκανε χρήση κοχλιακού εμφυτεύματος ενώ η άλλη στηρίχθηκε σε ακουστικά βαρηκοΐας. Οι δοκιμασίες έγιναν με την χορήγηση τεστ, το οποίο εστίαζε στην κατανόηση των προτάσεων και συμπεριλήφθηκε και ένα πρωτόκολλο επανάληψης της αφήγησης. Σκοπός ήταν να διαπιστωθεί η ταχύτητα εκφοράς

του λόγου, η σωστή άρθρωση αλλά και ο χρόνος και ο βαθμός της γλωσσικής κατανόησης. Τα ευρήματα δίνουν σαφή υπεροχή των παιδιών τα οποία φέρουν κοχλιακό εμφύτευμα έναντι αυτών με ακουστικό βαρηκοΐας (*Tomblin, Spencer, Flock, Tyler & Gantz, 1999*).

Επιπλέον, οι τελευταίοι ερευνητές συμπέραναν, ότι ο παράγοντας που επηρεάζει θετικά την γλωσσική εξέλιξη των παιδιών που φέρουν κοχλιακό εμφύτευμα, δεν είναι η ηλικία εμφύτευσης, αλλά ο χρόνος που χρησιμοποιείται το κοχλιακό εμφύτευμα καθώς και η διάρκεια της λογοθεραπείας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αποδίδουν πολύ μεγαλύτερη βελτίωση στην καταληπτότητα του λόγου σε παιδιά που φέρουν κοχλιακό εμφύτευμα έναντι αυτών με ακουστικά βαρηκοΐας. Ως προς τον βαθμό ακουστικής απώλειας, αυτό δεν φαίνεται να επηρέασε τους χρήστες κοχλιακού εμφυτεύματος μιας που και στις τρεις διαβαθμίσεις ακουστικής απώλειας τα λάθη στην παραγωγή συμφώνων ήταν πολύ λιγότερα, συγκριτικά με τα παιδιά που φέρουν ακουστικά βαρηκοΐας. Επίσης, η ηλικία εμφύτευσης δεν επηρέασε ανασταλτικά την εξέλιξή τους, αλλά και εδώ μεγαλύτερη σημασία αποδίδεται στον χρόνο χρήσης του κοχλιακού εμφυτεύματος και στην διάρκεια της λογοθεραπείας.

Σημαντική επίσης είναι η έρευνα που μελετήθηκε ο βαθμός ακουστικής απώλειας, κατά τον οποίο ένας υποψήφιος μπορεί να θεωρηθεί αντικειμενικά κατάλληλος για κοχλιακή εμφύτευση, καθώς επίσης και τον ρόλο της ηλικίας εμφύτευσης ως προς την βέλτιστη γλωσσική εξέλιξη τόσο κατά την παραγωγή του λόγου όσο και ως προς την ικανότητα αναγνώρισής του. Το δείγμα αφορούσε δύο ομάδες παιδιών, η μια αφορούσε 83 παιδιά με ακουστικά βαρηκοΐας και βαριά ακουστική απώλεια και η άλλη ομάδα αφορούσε 33 παιδιά τα οποία είχαν προβεί σε κοχλιακή εμφύτευση, η οποία διαφοροποιείται σε τρεις κλίμακες, εμφύτευση 2 -4 ετών, εμφύτευση 5 - 8 ετών, εμφύτευση 9 - 14 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέληξαν καταρχήν στο ότι άτομα με ακουστική απώλεια μέχρι 100 db, δεν αποτελούν τους πλέον κατάλληλους υποψηφίους προς κοχλιακή εμφύτευση (ιδανικοί υποψήφιοι σε σχέση με τον βαθμό ακουστικής απώλειας κρίνονται όσοι σημειώνουν βαθμό άνω των 100 db). Περαιτέρω, η συγκεκριμένη έρευνα αποδίδει σημασία στην ηλικία εμφύτευσης, με βάση στις μικρότερες ηλικίες. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία εμφύτευσης σύμφωνα με την συγκεκριμένη έρευνα, τόσο μεγαλύτερη είναι η γλωσσική εξέλιξη. Τα παιδιά με κοχλιακό εμφύτευμα σε γενικές γραμμές υπερτερούν σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, έναντι παιδιών με ακουστικά βαρηκοΐας, αλλά τα συμπεράσματα της μελέτης δείχνουν ότι η ανάπτυξη της ομιλίας, η ικανότητα κατανόησης του λόγου και η σωστή εκφορά του, συσχετίζονται με την ηλικία εμφύτευσης αλλά και με τον χρόνο χρήσης του κοχλιακού εμφυτεύματος (*Lohle et al, 1999*).

Τέλος, αναφέρουμε την μελέτη, που προσανατολίστηκε στην σύγκριση τριών ομάδων - η μια αποτελούνταν από 24 προγλωσσικά κωφά παιδιά τα οποία έφεραν κοχλιακό εμφύτευμα, η άλλη από 24 βαρήκοα παιδιά τα οποία χρησιμοποιούσαν ακουστικά βαρηκοΐας και η τρίτη ομάδα από 25 παιδιά τα οποία παρουσίαζαν φυσιολογική ακοή. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν ηχογραφημένα δείγματα ομιλίας της κάθε ομάδας, τα οποία καλούνταν να κρίνουν δυο λογοθεραπευτές και η μητέρα του κάθε παιδιού. Το κριτήριό τους στηριζόταν σε μια συγκεκριμένη κλίμακα πέντε σημείων. Οι γονείς άκουσαν το ηχογραφημένο δείγμα και οι ερευνητές απέδωσαν ευρήματα σχετικά με το ποσοστό των

προτάσεων και των λέξεων που έγιναν κατανοητές από τους γονείς των παιδιών. Η έρευνα έδειξε, ότι σύμφωνα με τα στοιχεία των λογοθεραπευτών και των γονέων, δεν σημειώθηκε μεγάλη διαφορά ως προς την καταληπτότητα του λόγου, σε παιδιά που φέρουν κοχλιακό εμφύτευμα και σ' αυτά με φυσιολογική ακοή. Διαφορά σημειώθηκε στην ομάδα των παιδιών με ακουστικά βαρηκοΐας, στα οποία ο μέσος όρος καταληπτότητας του λόγου ήταν αρκετά κατώτερος έναντι των άλλων δυο ομάδων. Η έρευνα στηρίχθηκε στην αντικειμενικότητα της κρίσης των λογοθεραπευτών και τα πορίσματα στα ποσοστά των λέξεων και των προτάσεων που κατάφεραν να αναγνωρίσουν οι γονείς, από το ηχογραφημένο δείγμα (*Baudonck, Dhooge & Van Lierde, 2010*).

Από τις παραπάνω έρευνες, οι οποίες έχουν ως κεντρικό άξονα την σύγκριση της αποτελεσματικότητας των ακουστικών βαρηκοΐας και των κοχλιακών εμφυτευμάτων, συμπεραίνουμε ότι τα πλεονεκτήματα πλέον από την χρήση του κοχλιακού εμφυτεύματος είναι συγκριτικά πολύ περισσότερα από ότι τα ακουστικά βαρηκοΐας ή άλλα βοηθήματα σε άτομα που έχουν διαγνωσθεί με σοβαρή απώλεια ακοής. Το συμπέρασμα αυτό στηρίζεται στο γεγονός, ότι οι πιο πρόσφατες έρευνες λαμβάνουν ως δείγμα παιδιά με κοχλιακό εμφύτευμα και παιδιά με ακουστικά βαρηκοΐας, αλλά και στις δυο περιπτώσεις το δείγμα αφορά όχι μόνο την κώφωση αλλά και την βαρηκοΐα. Αυτό ως ερευνητικό δεδομένο, επηρεάζει τα κριτήρια των υποψηφίων προς κοχλιακή εμφύτευση.

Περαιτέρω, οι μελέτες αυτές επιχείρησαν να διαπιστώσουν τις διαφορές και τον βαθμό αυτών, σε σχέση με τις μεταβλητές, ηλικία εμφύτευσης και ακουστική ικανότητα – καταληπτότητα του λόγου, ταχύτητα άρθρωσης και σωστή εκφορά του λόγου. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι χρήστες κοχλιακών εμφυτευμάτων, δείχνουν να καταφέρνουν μεγαλύτερη ανάπτυξη στην κατανόηση και παραγωγή του λόγου, με σταδιακή εξέλιξη στις επικοινωνιακές δεξιότητες σε σχέση με τα παιδιά που φέρουν ακουστικά βαρηκοΐας, γεγονός που επίσης επηρεάζει την λήψη απόφασης για κοχλιακή εμφύτευση σε παιδιά τα οποία παρουσιάζουν μικρότερη ακουστική απώλεια από ότι έχει καταγραφεί σε υποψηφίους τα προηγούμενα χρόνια. Σε πρόσφατη έρευνα, περιγράφονται τα μακροπρόθεσμα οφέλη της πρόωρης κοχλιακής εμφύτευσης (*Leigh, Dettman, Dowell & Briggs, 2013*). Παρέχεται μια περιεκτική περιγραφή των αποτελεσμάτων, όπως: γλώσσα, παραγωγή ομιλίας και αντίληψη ομιλίας. Συγκρίνονται τα αποτελέσματα επικοινωνίας σε παιδιά στα οποία εμφυτεύθηκε κοχλιακό, με τυπικά παιδιά σε σχέση με τα παιδιά που έλαβαν κοχλιακό εμφύτευμα σε μια συγκριτικά μεγαλύτερη ηλικία. Τα άτομα που επιλέχθηκαν ανήκαν σε 2 κατηγορίες. Στην πρώτη ήταν 35 παιδιά που εμφυτεύτηκε το κοχλιακό σε ηλικία 6-12 μηνών και 85 παιδιά που εμφυτεύτηκε σε ηλικία 12-24 μηνών. Οι αξιολογήσεις ακοής περιλάμβαναν μη βοηθητικά και βοηθητικά ακουογράμματα, ακουστική απόκριση του εγκεφάλου (ABR), ακουστική απόκριση σταθερής κατάστασης (ASSR) και οι ωτοακουστικές εκπομπές. Η επίσημη γλώσσα, η παραγωγή ομιλίας και τα μέτρα αντίληψης ομιλίας χορηγήθηκαν πριν από την εμφύτευση και στα 1, 2, 3 και 5 έτη μετά την εμφύτευση. Τα παιδιά, στα οποία έχει πραγματοποιηθεί η εμφύτευση κατά την ηλικία των 12 μηνών καταδεικνύουν καλύτερη γλωσσική ανάπτυξη σε σύγκριση με τα παιδιά λαμβάνουν το κοχλιακό τους εμφύτευμα μεταξύ 13 και 24 μηνών. Αυτό υποστηρίζει την παροχή ενός κοχλιακού εμφυτεύματος εντός του πρώτου έτους ζωής για να ενισχύσει την πιθανότητα ότι ένα παιδί με σοβαρή έως βαριά απώλεια θα αρχίσει το δημοτικό σχολείο, με κατάλληλες γλωσσικές δεξιότητες.

Από τα παραπάνω αντιλαμβανόμαστε ότι η επιστημονική κοινότητα τίθεται υπέρ των ΚΕ.

2.5 Πως τοποθετούνται οι κωφοί σε σχέση με την κοχλιακή εμφύτευση;

Οι ίδιοι οι κωφοί αντιτίθονταν στην κοχλιακή εμφύτευση για δεκαετίες, γιατί υποστήριζαν ότι θιγόταν η πολιτιστική τους ταυτότητα (Νικολοπούλου, 2015). Καθοριστικό ρόλο φάνηκε να έχουν τα αποτελέσματα ερευνών, όπου κωφά παιδιά και κωφοί ενήλικες υποβάλλονταν σε κοχλιακή εμφύτευση, και παρέμεναν στην κοινότητα των κωφών (Λαμπροπούλου, 2008). Έπειτα, ακολούθησε η δημιουργία σωματίων κωφών με ΚΕ, καθώς και η Εθνική Οργάνωση Κωφών των ΗΠΑ παίρνει θέση, δηλώνοντας ότι το κωφό παιδί πρέπει, το ίδιο, να επιλέγει το ΚΕ (Λαμπροπούλου, 2008).

3. Οικογένεια ατόμου με κώφωση

Από τα παραπάνω δεδομένα αντλούμε πληροφορίες για τους τρόπους παρέμβασης που μπορεί κανείς να διαλέξει και τις απόψεις των κωφών που κυριαρχούν για τις παρεμβάσεις αυτές. Επειδή η οικογένεια του ατόμου παίζει καθοριστικό ρόλο για την εξέλιξη του ίδιου του παιδιού, αξίζει να την μελετήσουμε. Αφού, οι γονείς είναι τα πρόσωπα που θα επιλέξουν την παρέμβαση που θα ακολουθήσουν τα παιδιά τους. Με ποια κριτήρια κάνουν οι γονείς την επιλογή αυτή; Επηρεάζει η δική τους ακουστική κατάσταση την επιλογή;

3.1 Ακούοντες γονείς κωφών παιδιών

Η πλειοψηφία των κωφών παιδιών προέρχονται από γονείς που είναι ακούοντες. Στοιχεία που αντλούνται από έρευνες, δείχνουν ότι πάνω από το 90% των κωφών προέρχεται από οικογένειες όπου και οι δύο γονείς ακούν φυσιολογικά (Moore, 1996). Συγκεκριμένα, παρακάτω γίνεται η κατανομή των κωφών παιδιών αναφορικά με την οικογενειακή τους προέλευση:

- Από γονείς με φυσιολογική ακοή προέρχεται το 92% Το 92% προέρχεται από ακούοντες γονείς.
- Από γονείς που είναι κωφοί το 4,5% προέρχεται από γονείς Κωφούς.
- Από ζευγάρι όπου ο πατέρας έχει φυσιολογική ακοή και η μητέρα είναι κωφή το 2%.
- Ενώ, μόλις στο 1,5% η μητέρα έχει φυσιολογική ακοή και ο πατέρας κωφός (Shein, 1989).

Έχει παρατηρηθεί ότι οι Κωφοί παντρεύονται συνήθως άλλους Κωφούς και τα παιδιά τους είναι ακούοντα. Από δεδομένα ερευνών, ισχύουν τα παρακάτω:

- Το 90% των κωφών παιδιών έχουν γονείς με φυσιολογική ακοή.
- Το 90% των ενήλικων ατόμων που έχουν διαγνωστεί με κώφωση παντρεύονται άλλους κωφούς.
- Το 90% των κωφών γονέων αποκτάει παιδιά με φυσιολογική ακοή (Shein ,1989)

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι περισσότεροι ακούοντες γονείς δεν αναμένουν να έχουν ένα κωφό παιδί, επομένως, δεν έχουν προετοιμαστεί καταλλήλως για την παροχή των απαραίτητων για την κοινωνικοποίηση των παιδιών τους εμπειριών (Λαμπροπούλου, 1999b). Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ότι οι γονείς δεν είναι γνώστες και εξοικειωμένοι με την νοηματική γλώσσα , την κουλτούρα ή την κοινότητα των κωφών.

Μιας και το μεγαλύτερο ποσοστό κωφών παιδιών προέρχεται από ακούοντες γονείς , αναμένουμε η προσαρμογή στα νέα δεδομένα να μην άμεση. Πιο χαρακτηριστικά , υπάρχει παραλληλισμός των σταδίων αποδοχής της κώφωσης, με τα στάδια αποδοχής της απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου (Moses,1985). Για να φτάσουν οι γονείς στην αποδοχή περνούν από διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις, δεν περνούν όλοι οι γονείς από όλες, δεν τις περνούν ταυτόχρονα και μπορεί να έχουν πισωγυρίσματα (Featherstone, 1981). Τα στάδια αυτά σύμφωνα με την Λαμπροπούλου(1999b) είναι:

- Σοκ: είναι συνήθως η πρώτη αντίδραση των γονέων στο άκουσμα της κώφωσης. Οι γονείς μπορεί να είναι σε σοκ χωρίς να το αντιλαμβάνεται κάποιος τρίτος , αφού συνεχίζουν κανονικά την καθημερινότητά τους. Οι ειδικοί θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση για τη παροχή κατάλληλης στήριξης εάν αυτή κριθεί απαραίτητη.
- Άρνηση: ο γονιός συμπεριφέρεται είτε σαν να αντιλαμβάνεται τα πάντα είτε με αποφυγή αναφορών στην κώφωση είτε με δυσπιστία στην διάγνωση.
- Ενοχή: οι γονείς ψάχνουν να βρουν έναν άνθρωπο(συνήθως τον εαυτό τους) ή κάποια αιτία που να ευθύνεται για την κατάσταση του παιδιού τους.
- Κατάθλιψη: οι γονείς νιώθουν ότι έχουν αποτύχει και θυμώνουν με τους εαυτό τους.
- Θυμός : το συναίσθημα αυτό δημιουργείται γιατί οι γονείς νιώθουν χωρίς υποστήριξη.
- Άγχος: σχετίζεται με την κατάσταση αμφιβολίας που μπορεί να αισθάνονται οι γονείς για το μέλλον.
- Αποδοχή: οι γονείς συνειδητοποιούν ότι η κώφωση υπάρχει.

Αν κάποιος γονιός δεν καταφέρει να περάσει τα στάδια αυτά , χρειάζεται βοήθεια από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας .

3.2 Κωφοί γονείς κωφών παιδιών

Η αμέσως επόμενη σε ποσοστό ομάδα γονέων είναι οι κωφοί (4,5%). Οι κωφοί γονείς έχουν μία παραπάνω προετοιμασία συγκριτικά με τους ακούοντες . Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν θα στεναχωρηθούν, απλώς η προσαρμογή στην κατάσταση είναι πιο ομαλή (Shein, 1989). Τα κωφά παιδιά κωφών γονέων έχουν ερεθίσματα ακουόντων από το συγγενικό περιβάλλον και βρίσκονται σε προνομιακή θέση σε σχέση με τα κωφά παιδιά ακουόντων, αφού μεγαλώνουν σε ένα φυσικό κοινωνικό περιβάλλον μαθαίνοντας ήθη, έθιμα και παραδόσεις. Επιπλέον, κοινωνικά και ακαδημαϊκά υπερέχουν σε όλες τις

έρευνες, σε σύγκριση με τα κωφά παιδιά από ακούοντες γονείς (*Shein, 1989, Moores, 1996*). Σύμφωνα με την *Λαμπροπούλου(1999)* οι κωφοί ανατρέφουν σωστά τα παιδιά τους , εφόσον εκείνα, δεν υπολείπονται σε κάποιο τομέα και κατέχουν την ομιλούμενη και την νοηματική γλώσσα. Επίσης , με την κατάλληλη βοήθεια των ειδικών της παρέμβασης (αν και όσο χρειαστεί) , οι κωφοί γονείς αναλαμβάνουν πρωταρχικό ρόλο στην έγκαιρη παρέμβαση βοηθώντας άλλους γονείς (ακούοντες κυρίως) να φτάσουν στην αποδοχή, να έρθουν σε επικοινωνία με την κοινότητα των κωφών και να έχουν μία καλή ποιότητα ζωής.

3.3 Κωφοί γονείς ακουόντων παιδιών

Τέλος, οι κωφοί, αποκτούν, σε ένα μεγάλο ποσοστό, ακούοντα παιδιά (*Walter, 1990*). Ένα μεγάλο, θα λέγαμε πρόβλημα, που υπάρχει στη ζωή των παιδιών αυτών είναι, ότι από πολύ μικρή ηλικία, αναλαμβάνουν να παίξουν το ρόλο του διερμηνέα για την οικογένειά τους (*Buchino, 1993*). Πιο απλά, θεωρούνται ο συνδετικός κρίκος μεταξύ Κωφών και ακουόντων. Επειδή γεννιούνται από κωφούς γονείς , είναι αρκετά σύνηθες να έρθουν πρώτα σε επαφή με την νοηματική γλώσσα και μετά με την ομιλούμενη. Αναπτύσσονται σε δύο περιβάλλοντα , αυτό των κωφών και αυτό των ακουόντων και αυτό μπορεί να τους επηρεάσει επαγγελματικά(ορισμένα ακολουθούν την διερμηνεία ή εργάζονται σε υπηρεσίες εξυπηρέτησης κωφών), αφού είναι με το ένα πόδι στον έναν κόσμο και με το άλλο στον άλλον (*Λαμπροπούλου,1999α*) .

3.4 Ελληνική Νοηματική Γλώσσα

Στο σημείο αυτό να πούμε δύο λόγια για την Ελληνική Νοηματική Γλώσσα (ΕΝΓ). Η ΕΝΓ έχει αναγνωριστεί νομικά, θεωρείται η φυσική γλώσσα της ελληνικής κοινότητας των κωφών ατόμων και αναγνωρίζεται ως ισότιμη γλώσσα με την ελληνική σύμφωνα με το Νόμο που ψηφίστηκε το 2000 . Έκτοτε χρησιμοποιείται και για εκπαιδευτικούς σκοπούς. Στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα, οι νοηματιστές χρησιμοποιούν τα είδη γραμματισμού που συναντώνται και κατά την προφορική γλώσσα.

Η Ελληνική Νοηματική Γλώσσα, δεν είναι διεθνής, έχει βέβαια κοινά χαρακτηριστικά με άλλες γλώσσες ανά τον κόσμο. Η κάθε νοηματική γλώσσα ανά τον κόσμο έχει τη δική της δομή που βασίζεται σε μορφολογικά κριτήρια και στο αλφάβητο της κάθε διαλέκτου. Παρόλα αυτά, υπάρχουν τα Διεθνή Νοήματα, μέσω των οποίων τα κωφά άτομα διαφορετικών κρατών μπορούν να επικοινωνήσουν επιτυχώς (*Λαμπροπούλου, 1999*).

4. Δεδομένα για τον κλάδο της Λογοθεραπείας

4.1 Ρόλος Λογοθεραπευτή

Οι γονείς των κωφών-βαρήκων παιδιών καλούνται να πάρουν σημαντικές αποφάσεις για την επιλογή παρέμβασης. Όμως, όπως είδαμε η διαχείριση της κατάστασης έχει άμεση σχέση με την ακουστική κατάσταση των ίδιων των γονέων. Για αυτό, φρόνιμο θα ήταν να επιλέγουν να συμβουλευτούν τους ειδικούς που σχετίζονται με την απόφαση. Ένα από αυτούς είναι και ο Λογοθεραπευτής. Ένας από τους ρόλους που έχει ο Λογοθεραπευτής είναι ο υποστηρικτικός (Πρακτικά 4^{ου} Συνεδρίου του Πανελληνίου Συλλόγου Ειδικών στις Διαταραχές Λόγου, 1999). Σε αυτό το κομμάτι ο Λογοθεραπευτής καλείται να ενθαρρύνει με την συμβουλή του την καλύτερη επικοινωνία στο σπίτι, μέσω παιχνιδιού, ασκήσεων και εξατομικευμένου προγράμματος του παιδιού. Ωστόσο, δεν δρα μόνος του, αλλά σαν μέλος μιας διεπιστημονικής ομάδας, μαζί με την οποία θα ενημερώσουν και θα καθοδηγήσουν τους γονείς.

Επιπλέον, ένας λογοθεραπευτής πρέπει να είναι ικανός να προτείνει λύσεις (όπως για παράδειγμα, τη χορήγηση ενός ακουστικού βαρηκοΐας) αλλά συνάμα να παρέχει τις πληροφορίες που απαιτούνται για το κόστος, τη φροντίδα, τη συντήρηση και την τοποθέτηση αυτού, πάντα σεβόμενος τις ανάγκες του παιδιού και των γονιών του.

Τέλος, ο ρόλος του είναι και θεραπευτικός, δηλαδή θα πρέπει να μπορεί να προσφέρει βοήθεια στο παιδί με ποικίλλες και σύγχρονες μεθόδους, να εκμεταλλευτεί τα υπολείμματα ακοής, εάν αυτά υπάρχουν, συνδυάζοντας επικοινωνία μέσω χειλοανάγνωσης, προφορικού λόγου και φυσικά, της Νοηματικής Γλώσσας. Έχοντας στο νου μας τις υπηρεσίες που παρέχει ο Λογοθεραπευτής, είναι χρήσιμο να μάθουμε ποιες είναι οι προσδοκίες των γονέων από το εκάστοτε πρόγραμμα Λογοθεραπείας.

4.2 Χαρακτηριστικά ομιλίας βαρήκων-κωφών

Για να έχουμε πιο ολοκληρωμένη άποψη και να μπορούμε να κρίνουμε τις απαιτήσεις των γονέων θα πρέπει να γνωρίζουμε τι ελλείμματα θα αναμένουμε στα κωφά-βαρήκοα παιδιά. Ερευνητικά έχουμε ότι, οι ιδιωτισμοί και λέξεις πολλαπλής σημασίας τα δυσκολεύουν αρκετά αλλά αντιμετωπίζουν δυσκολίες και σε μορφολογία και σύνταξη (Οκαλίδου, 2002). Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και προκύπτει ότι τα βαρήκοα παιδιά εμφανίζουν διαταραχή στο λόγο και στην ομιλία και πιο συγκεκριμένα παρουσιάζουν:

- Στην φωνολογία : φωνολογικά λάθη (στην πλειοψηφία τους λάθη αντικατάστασης (33.06%) και παράλειψης γράμματος (34.42%)).
- Στην μορφολογία : λάθη στο θεματικό μόρφημα (64.5%) και στα παραγωγικά μόρφημα (27.5%) (Λογοθέτη, 2013).

Μερικά επιπλέον στοιχεία, για τα αναμενόμενα ελλείμματα, αναφέρουν ότι τα παιδιά με κώφωση ουδετεροποιούν τα φωνήεντα και τα αντικαθιστούν με γειτονικά από το φωνηεντικό τραπέζιο (Σιώμος, 2014). Επίσης, η παραγωγή των ήχων του οπίσθιου τμήματος της στοματικής κοιλότητας είναι πιο εύκολη από αυτήν των μεσαίων ήχων (Smith, 1975 ; Gold, 1980). Τέλος, σπάνια θα συναντήσει κανείς οι σύνθετες ή πολύπλοκες προτάσεις (Οκαλίδου, 2002).

5. Μεθοδολογία

5.1 Ερευνητικός σχεδιασμός

Η παρούσα πτυχιακή έχει ως στόχο τη διερεύνηση των αντιλήψεων των κωφών ή όχι γονέων, για τις παρεμβάσεις που διατίθενται για τα κωφά ή βαρήκοα παιδιά τους, καθώς και την άποψη των εκπαιδευτικών, των λογοθεραπευτών και των γονέων (ακούοντων και κωφών) για τα ακουστικά βοηθήματα και το πόσο σημαντικό ρόλο έχει η Λογοθεραπεία στην ανάπτυξη λόγου των παιδιών τους. Η έρευνα αυτή, πραγματοποιήθηκε μέσω ημιδομημένης συνέντευξης, που έχει ως στόχο να βοηθήσει τον κλάδο της Λογοθεραπείας, γνωστοποιώντας τις προσδοκίες των γονέων από το πρόγραμμα Λογοθεραπείας.

Ο σχεδιασμός των ποιοτικών συνεντεύξεων και η διεξαγωγή αυτών, θεωρείται απαιτητικό έργο που έχει ως προϋπόθεση την συστηματική προετοιμασία από την πλευρά των ερευνητών. Ιδιαίτερα σημαντικό, όσον αφορά την έρευνα που κάνει χρήση της ποιοτικής συνέντευξης, είναι η σωστή σχεδίαση αυτής και η διατύπωση των ερωτήσεων με τον καταλληλότερο δυνατό τρόπο, προτού διεξαχθεί. Το άτομο που παίρνει την συνέντευξη λοιπόν, χρειάζεται να είναι σε θέση να παίρνει, ορισμένες φορές και επιτόπου αποφάσεις κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

Η ημιδομημένη συνέντευξη χρησιμοποιήθηκε στην εν λόγω έρευνα ως οδηγός ώστε να καλυφθούν θέματα που κρίνονται σημαντικά, ενώ γνωρίζουμε ότι αποτελείται κατά κύριο λόγο, από προκαθορισμένες ερωτήσεις. Εδώ, να σημειωθεί πως χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου τύπου συνέντευξης, είναι η ευελιξία: α) όσον αφορά την τροποποίηση του περιεχομένου των ερωτήσεων με βάση τον ερωτώμενο, β) ως προς την εμβάθυνση σε κάποια θέματα με συμμετέχοντες που κρίνονται κατάλληλοι, γ) ως προς τη σειρά με την οποία τίθενται οι ερωτήσεις και δ) ως προς την πρόσθεση ή αφαίρεση ερωτήσεων ή θεμάτων για συζήτηση.

Η ημιδομημένη συνέντευξη παρουσιάζει επιπλέον κάποια πλεονεκτήματα και κάποια μειονεκτήματα που ο ερευνητής θα πρέπει να σκεφτεί πριν οργανώσει και πραγματοποιήσει την έρευνά του. Ως πλεονέκτημα, θεωρείται η δυνατότητα που δίνεται στους ερευνητές να ερευνήσουν σε μεγάλο βαθμό τις αντιλήψεις, τις αξίες και τις απόψεις και επομένως να αφουγκραστούν και τελικά να καταλάβουν την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης εμπειρίας και συμπεριφοράς. Επιπλέον, είναι σε θέση να διερευνήσουν μη προκαθορισμένα θέματα και να προβούν εάν κρίνουν απαραίτητο σε αλλαγές όσον αφορά τον αρχικό σχεδιασμό της έρευνάς τους. Ωστόσο, εκτός από πλεονεκτήματα, μπορούμε να διακρίνουμε ως μειονέκτημα, ότι είναι μια μέθοδος που απαιτεί χρόνο και συγκέντρωση όχι μόνο για την πραγμάτωσή της αλλά και στο σχεδιασμό αυτής και απαιτεί σημαντικές ικανότητες, επικοινωνιακές δεξιότητες, εμπειρία, ευελιξία ιδιαίτερη ευαισθησία σε ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας όπως και γνήσιο ενδιαφέρον από τους ερευνητές.

Οι ερωτήσεις της συνέντευξης προσαρμόζονταν κάθε φορά στην ιδιότητα του ατόμου που συμμετείχε στη συνέντευξη(εκπαιδευτικός, λογοθεραπευτής, ακούοντας γονέας κωφού παιδιού, κωφός γονέας κωφού παιδιού) και ήταν πάντα βασισμένες στους άξονες που αναφέρονται παρακάτω.

5.1.1 Άξονες της συνέντευξης

Ο πρώτος άξονας αφορούσε προσωπικές πληροφορίες , πιο συγκεκριμένα, με τις ερωτήσεις αυτές αποσκοπούσαμε στην λήψη απαντήσεων για την εκπαίδευση των κωφών, την εργασία , την οικογενειακή τους κατάσταση και τον αριθμό των κωφών παιδιών σε συνάρτηση με τον συνολικό αριθμό των παιδιών. Στην συνέχεια , ακολουθούσαν ερωτήσεις που αφορούσαν το ιατρικό τους ιστορικό. Με τις ερωτήσεις αυτές αντλούμε πληροφορίες σχετικά με το επίπεδο της ακουστικής απώλειας (που αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την εξέλιξη της σχολικής και της ακαδημαϊκής τους πορείας), τον ειδικό που καθοδήγησε τους γονείς και την συνοσηρότητα της βαρηκοΐας ή κώφωσης με άλλα νοσήματα. Ο επόμενος άξονας που εξετάσαμε σχετιζόταν με την επιλογή σχολικού πλαισίου και οι απαντήσεις που αναζητούσαμε είχαν να κάνουν με το «ποια είναι τα κριτήρια» από τα οποία οδηγούνται στη λήψη αυτής της απόφασης οι γονείς, «έχουν την κατάλληλη καθοδήγηση;», «επηρεάζονται οι γονείς από την δική τους ακουστική κατάσταση και τα προσωπικά βιώματα;», «τι διαφορές εντοπίζουν στα σχολικά πλαίσια;» καθώς , και το πως είναι η φοίτηση των παιδιών αυτών στο σχολείο και τι εμπειρίες αποκομίζουν τα ίδια από το εκάστοτε σχολικό πλαίσιο. Ο τέταρτος άξονας, αφορούσε την Λογοθεραπεία και η αναζήτησή μας ήταν να δούμε αν την θεωρούσαν σημαντική, βοηθητική ή το αντίθετο για την δυσκολία, καθώς και τις προσδοκίες των γονέων από τα πρόγραμμα Λογοθεραπείας και τις πιθανές συμβουλές που θα έδιναν σε έναν νέο Λογοθεραπευτή. Τέλος, υπήρξαν ερωτήσεις, για τον τρόπο επικοινωνίας των μελών μέσα στην οικογένεια, για την κοινωνικής ένταξης και αποδοχή καθώς και για την ενημέρωση των ακουόντων για την κοινότητα των κωφών. Οι ερωτήσεις που έγιναν σε εκπαιδευτικούς και λογοθεραπευτές, είναι βασισμένες στους ίδιους άξονες που προαναφέραμε με ελάχιστες διαφορές που αφορούν τη λειτουργία ενός ειδικού σχολείου, το πως ένα παιδί παραπέμπεται στο εν λόγω σχολικό πλαίσιο, τι θα αντιμετωπίσει πιθανά ένας μαθητής με βαρηκοΐα/ κώφωση σε ένα ειδικό σχολείο αλλά και τους τρόπους επικοινωνίας του, με μαθητές και δασκάλους. Αποσκοπώντας με αυτό τον τρόπο, να ενημερωθούμε για την οπτική τους πάνω στο θέμα, ώστε να ελέγξουμε αν είναι κοινή με εκείνη των γονέων.

5.2 Δείγμα

Πραγματοποιήθηκαν 10 συνεντεύξεις με μέσο όρο διάρκειας 45 λεπτών, σε μορφή ερωτήσεων, οι οποίες είχαν σχεδιαστεί εκ των προτέρων και στηρίζονταν σε βιβλιογραφία που αφορά την Κοινότητα των κωφών, την εκπαίδευση των κωφών και βαρήκων παιδιών, τα ακουστικά βαρηκοΐας και τα κοχλιακά εμφυτεύματα καθώς και τον ρόλο της λογοθεραπείας στην αξιολόγηση και παρέμβαση βαρήκων παιδιών.

Στις συνεντεύξεις συμμετείχαν ενήλικες γονείς, άντρες και γυναίκες, εκ των οποίων ορισμένοι είναι κωφοί και άλλοι είναι ακούοντες. Οι κωφοί γονείς, οι οποίοι είναι απόφοιτοι γενικής εκπαίδευσης, επιλέχθηκαν για τη συνέντευξη, καθώς έχουν παιδιά που είναι και τα ίδια βαρήκοα ή κωφά και οι ακούοντες γονείς επιλέχθηκαν για τον ίδιο λόγο. Συμμετείχαν επίσης, εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής και λογοθεραπευτές. Οι άξονες, πάνω στους οποίους δομήθηκε η συνέντευξη αναφέρθηκαν παραπάνω.

Η συλλογή του δείγματος έγινε μέσω συνεντεύξεων, ορισμένες από τις οποίες πραγματοποιήθηκαν δια ζώσης και άλλες μέσω της εφαρμογής skype λόγω του ότι η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε εν μέσω της πανδημίας του νέου κορωνοϊού COVID-19 και δεν ήταν εύκολο να πραγματοποιηθούν όλες οι συνεντεύξεις (όπως ήταν και ο αρχικός μας σκοπός) δια ζώσης, για λόγους υγείας.

5.3 Όργανα μέτρησης

Μέτρηση είναι η διαδικασία κατά την οποία προσδίδουμε αριθμητικές τιμές ή ετικέτες σε άτομα, αντικείμενα, καταστάσεις ή γεγονότα που αποτελούν στις μεταβλητές, σύμφωνα πάντα με κάποιους κανόνες (Γεωργοπούλου, 2013).

Κατά την διαδικασία των συνεντεύξεων χρησιμοποιήθηκε ως όργανο μέτρησης το μαγνητόφωνο, προκειμένου να καταγραφούν τα δεδομένα των συνεντεύξεων.

5.4 Διαδικασία μέτρησης

Η διαδικασία που ακολουθήσαμε για την εν λόγω έρευνα ήταν η δημιουργία μιας συνέντευξης, οι ερωτήσεις της οποίας, είναι βασισμένες σε σχετική βιβλιογραφία, που είχαμε συλλέξει και μελετήσει και στη συνέχεια έγινε η αντιστοιχία των ερωτήσεων με την βιβλιογραφία. Οι ερωτήσεις των συνεντεύξεων, δομήθηκαν εξ αρχής με σκοπό να υπάρχει μια ευελιξία στη δομή της, προκειμένου εάν χρειαστεί να μην ερωτηθούν κάποιες από αυτές, ή να προστεθούν ορισμένες ανάλογα με τη ροή της συνέντευξης και το άτομο που παίρνει μέρος σε αυτήν κάθε φορά.

Στην αρχή κάθε συνέντευξης, τοποθετούσαμε το μαγνητόφωνο, προκειμένου να ηχογραφήσουμε όλα όσα είχε να μας πει το άτομο που συμμετείχε στη συνέντευξη. Όσον αφορά, την συλλογή των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε με δύο τρόπους. Για τη συνέντευξη, με τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς που είναι ακούοντες, επιλέχθηκε ένα ήσυχο μέρος, για την καταγραφή των απαντήσεων των ερωτηθέντων ώστε να υπάρχει μετέπειτα η δυνατότητα απομαγνητοφώνησης και καταγραφής των δεδομένων σε ηλεκτρονική μορφή, με στόχο την σύγκριση αυτών και την διεξαγωγή ενός τελικού αποτελέσματος. Στην περίπτωση των Κωφών ατόμων, ακολουθήθηκε η ίδια διαδικασία με την διαφορά ότι ο τρόπος διεξαγωγής ήταν το Κέντρο Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας (Κ.ΕΛ.ΝΟ), όπου οι ερωτήσεις γινόντουσαν από εμάς στη διερμηνέα Κα Λαμπρινή Παπαπροκοπίου, η οποία μετέφερε την ερώτηση στην νοηματική γλώσσα μέσω της εφαρμογής skype και στην συνέχεια μας μετέφερε την απάντηση που της δίνονταν.

5.5 Ποσοτική ή Ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων

Ένας ανασταλτικός παράγοντας που μας οδήγησε στην επιλογή της ποιοτικής έρευνας ήταν η πανδημία λόγω του COVID-19, αφού δεν θα μπορούσαμε να έχουμε μεγάλο δείγμα συμμετεχόντων για να κάνουμε ποσοτική έρευνα. Έτσι επιλέξαμε να εξετάσουμε περισσότερα στοιχεία σε μικρότερη μονάδα πληθυσμού, όπως ορίζει η ποιοτική έρευνα (Γεωργοπούλου, 2013). Κατ'επέκταση, ο τρόπος κωδικοποίησης και ανάλυσης των αποτελεσμάτων, πραγματοποιήθηκε μέσω ποιοτικής ανάλυσης.

Η ποιοτική έρευνα και ανάλυση έχει σαν στόχο να διερευνήσει και να αντιληφθεί σε βάθος τα κοινωνικά φαινόμενα, καθώς και την συμπεριφορά των ατόμων (ποιοτική έρευνα παρατήρηση). Ο ερευνητής με τη διερευνητική αυτή μέθοδο απαντά στα ερωτήματα «γιατί;» και «πώς;». Η ποιοτική προσέγγιση χαρακτηρίζεται από τον αριθμό των συμμετεχόντων(μικρός) και την ανάλυση λόγου ή/και κειμένων.

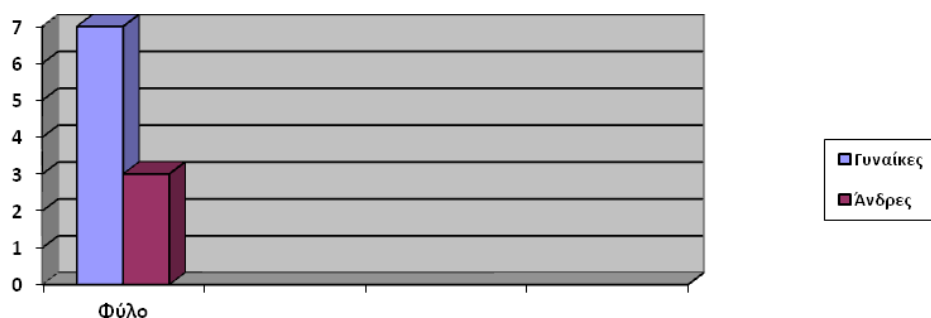
Ακόμα, για την ποιοτική έρευνα και την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρειάστηκε αρχικά, η βιβλιογραφική αναζήτηση για σχετικές έρευνες ή ευρήματα, επεξεργασία των θεωρητικών προσεγγίσεων και διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων. Επιπλέον, για την πραγμάτωση της έρευνας, έπρεπε να γίνει κατάλληλη προετοιμασία για την πρόσβαση στην ερευνητική περιοχή και επιλογή στρατηγικής δειγματοληψίας ποιοτικής έρευνας (συλλογή δεδομένων στην ποιοτική έρευνα) καθώς και τέλος, εκτίμηση ενδεχόμενων προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν.

Στην συγκεκριμένη έρευνα, αφού συλλέχθηκαν όλες οι απαντήσεις στις ερωτήσεις, έγινε η απομαγνητοφώνηση κάθε συνέντευξης ξεχωριστά και στη συνέχεια βρέθηκαν κοινά σημεία και διαφορές στα βιώματα και τις απόψεις των ατόμων, αναφορικά με τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία είχαν τεθεί εξ αρχής.

6. Αποτελέσματα

6.1 Δημογραφικά Στοιχεία

Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων θα παραθέσουμε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά με την μορφή πίνακα, ξεκινώντας με το φύλο των ερωτηθέντων που φαίνεται στο παρακάτω γράφημα. Όπως φαίνεται παρακάτω η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (7/10), εκ των οποίων οι 2 είναι μητέρες και οι 5 εκπαιδευτικό προσωπικό, ενώ οι 3 άντρες είναι πατέρες παιδιών με βαρνηκία ή κώφωση.



Γράφημα 6.1.1: Αποτελέσματα των δημογραφικών στοιχείων του συμμετεχόντων, όσον αφορά το φύλο.

Συνεχίζοντας θα παρουσιάσουμε την ιδιότητα των συμμετεχόντων, την ηλικία για τους γονείς και το μορφωτικό επίπεδο, ενώ για τους εκπαιδευτικούς τα χρόνια ενασχόλησης με το επάγγελμα, με πίνακα . Οι συμμετέχοντες (X1,X2,X3 και X4) ήταν από σχολείο κωφών επαρχιακής πόλης.

Ερωτηθέντες	Ιδιότητα	Χρόνια Ενασχόλησης
X1	Ειδική Νηπιαγωγός σε σχολείο κωφών(ακούουσα)	11
X2	Λογοθεραπεύτρια σε σχολείο κωφών(ακούουσα)	27
X3	Ειδική Παιδαγωγός σε σχολείο κωφών(ακούουσα)	36
X4	Δασκάλα σε σχολείο κωφών(βαρήκοη)	13
X5	Δασκάλα σε τμήμα ένταξης και τα 2 τελευταία χρόνια εργαζόμενη σαν παράλληλη στήριξη σε κωφό κορίτσι	4

Πίνακας 6.1.2: Αποτελέσματα της ιδιότητας των εκπαιδευτικών και των χρόνων ενασχόλησης με το επάγγελμά τους.

Να αναφέρουμε ότι στο δείγμα μας υπάρχει και ένα ζευγάρι γονέων η Κ. Τ. και ο Θ.Ν..

Ερωτηθέντες	Ιδιότητα	Ηλικία	Μορφωτικό Επίπεδο
Κ.Τ.	Κωφή μητέρα (1/2 παιδιά της με βαρηκοΐα)		Τριτοβάθμια Εκπαίδευση
Ρ.	Κωφός πατέρας (3/3 παιδιά του με κώφωση)	53	Μέχρι την 2 ^α Λυκείου
Κ.Θ.	Κωφός πατέρας (1/2 παιδιά του με κώφωση)	49	Μέχρι και το Γυμνάσιο
Θ.Ν.	Κωφός πατέρας (1/2 παιδιά του με βαρηκοΐα)	49	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
Α.Γ.	Ακούουσα μητέρα(1/2 παιδιά με βαρηκοΐα)	42	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

Πίνακας 6.1.3: Χαρακτηριστικά γονέων ως προς την ακουστική κατάστασή των ίδιων και των παιδιών τους, καθώς και το μορφωτικό τους επίπεδο.

6.2 Αποτελέσματα που αφορούν τους γονείς που συμμετείχαν

Αναφορικά με το δείγμα των γονέων αξίζει να επισημάνουμε ότι πέραν μίας μητέρας όλοι οι υπόλοιποι γονείς(4) που συμμετείχαν είναι κωφοί και έχουν παντρευτεί κωφό σύντροφο. Η δυσκολία ακοής στα παιδιά των γονέων που συμμετείχαν στο δείγμα- καθώς για τους ίδιους τους γονείς ,λόγω ηλικίας δεν έχουν και οι ίδιοι σαφή εικόνα- ποικίλλει αιτιολογίας, μερικοί αναφέρουν ότι είναι κληρονομικό(2), άλλοι (1) λόγω φαρμακευτικής αγωγής κατά την εγκυμοσύνη(για το ζάχαρο) και τέλος λόγω του γονιδίου της κονεξίνης 26, όπου η ακούουσα μητέρα αναφέρει ότι οι δύο γονείς ήταν φορείς του μεταλλαγμένου γονιδίου. Να αναφέρουμε ότι στο τελευταίο παιδί μετά την γέννηση σε ηλικία περίπου 11 μηνών, παρουσίασε το παιδί βαριές ωτίτιδες. Η πλειοψηφία των γονέων(4) έχει ένα παιδί με δυσκολία ακοής και ένα με φυσιολογική ακοή, ενώ υπήρξε και κωφός συμμετέχων όπου και τα τρία του παιδιά παρουσιάζουν βαρηκοΐα .

Μερικοί από τους γονείς (3)δήλωσαν ότι γεννήθηκαν κωφοί, ενώ υπήρχαν και εκείνοι(1) που γεννήθηκαν βαρήκοι και στην πορεία έχασαν την ακοή τους. Τα παιδιά των περισσότερων(3 γονέων) που γεννήθηκαν βαρήκοα παραμένουν βαρήκοα. Οι κωφοί γονείς(2) παρείχαν στα παιδιά τους την επιλογή των ακουστικών και η αποδοχή ή απόρριψη ήταν στα χέρια των ίδιων των παιδιών που από ότι παρατηρήθηκε τα απέρριψαν. Οι ακούοντες γονείς(1) έδωσαν την επιλογή του ΚΕ.

Όσον αφορά την επιρροή που έχει η κώφωση/βαρηκοΐα στην καθημερινή επικοινωνία των ίδιων και των παιδιών τους με τους γύρω τους, φαίνεται να συμφωνούν όλοι ότι δεν υπάρχει ιδιαίτερη δυσκολία και στην περίπτωση του παιδιού με το ΚΕ ισχύει το ίδιο, όπου φαίνεται βελτιωμένη μετά την εμφύτευση. Ο τρόπος επικοινωνίας που κυριαρχεί στις οικογένειες (3) είναι η Νοηματική Γλώσσα, ενώ στην οικογένεια με το κοχλιακό ο προφορικός λόγος. Όλοι οι κωφοί έχουν έρθει σε επαφή με την κοινότητα των κωφών, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν έχουν διαπροσωπικές σχέσεις με ακούοντες, σε αντίθεση με την μαμά που έχει το παιδάκι με το κοχλιακό, όπου δεν έχει έρθει σε επαφή με την κοινότητα από επιλογή της.

Για το κομμάτι της εκπαίδευσης η επιλογή σχολικού πλαισίου πραγματοποιήθηκε από τους ίδιους τους γονείς, όπου η μία οικογένεια με τα 3 κωφά παιδιά ξεκίνησε τα παιδιά από σχολείο ακουόντων με παράλληλη στήριξη γιατί ήθελαν να σιγουρευτούν ότι δεν είναι βαρήκοα. Έπειτα τα παιδιά παρακολουθούν το Γυμνάσιο σε σχολείο κωφών. Σε άλλη οικογένεια συνέβη το ανάποδο , το παιδί φοίτησε σε σχολείο κωφών για 2 χρόνια και μετά άλλαξε ,γιατί οι γονείς θεώρησαν ότι σε σχολείο ακουόντων σε τμήμα ένταξης το παιδί τους θα προόδευε περισσότερο. Το παιδί με το ΚΕ πηγαίνει σε σχολείο ακουόντων και το παιδί της τέταρτης οικογένειας με τη κώφωση πήγαινε και πηγαίνει σε σχολείο κωφών, έχοντας πάει 4 χρόνια στην Αθήνα σχολείο. Τα παιδιά αποκομίζουν θετικές εμπειρίες από το σχολείο σύμφωνα με τους γονείς τους . Επίσης, όλα τα παιδιά παρουσιάζονται αρκετά κοινωνικοποιημένα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη των κωφών γονέων για την διαφορά στο μορφωτικό επίπεδο του σχολείου κωφών και του σχολείου ακουόντων που δεν βρίσκει σύμφωνους τους γονείς ότι οι κωφοί είναι πιο «πίσω» στην φοίτησή τους. Πιο συγκεκριμένα ,ο κ. Ρ. αναφέρει « Είναι αλήθεια, η ακουόντων φοίτηση είναι πιο μπροστά,

και οι κωφοί είναι πιο πίσω στην εκπαίδευσή τους. Έχει διαφορά εγώ αυτό βλέπω», σε αντίθεση με τον κ. Κ.Θ. όπου αναφέρει ότι «Ναι έχει μεγάλη διαφορά. Το σχολείο ακουόντων για εμάς είναι κάτι άγνωστο, ενώ το σχολείο κωφών , εκεί είναι που ένας κωφός μπορεί να αντιληφθεί». Την άποψη του κ. Κ.Θ. φαίνεται να συμμερίζεται και οκ. Ν.Θ. που θεωρεί ότι η φοίτηση σε σχολείο κωφών βοήθησε το παιδί του, αφού δηλώνει ότι ,«Ναι, όταν φοιτούσε στο σχολείο ακουόντων ήταν πίσω στην εκπαίδευση το καταλάβαινα ότι δεν μπορούσε να συμβαδίσει με όλους τους υπόλοιπους. Τα παιδιά έκανα παρέες εκεί χανόταν λίγο σε αυτό, δεν ήταν προσηλωμένος στην εκπαίδευσή του. Στο 18^ο που ήταν των κωφών είναι καλύτερα γιατί είναι πιο συγκεντρωμένος έχει και λίγα παιδιά οπότε βοήθαγε».

Για το κομμάτι της Λογοθεραπείας, όλα τα παιδιά έχουν παρακολουθήσει πρόγραμμα Λογοθεραπείας και όλοι οι γονείς θεωρούν ότι έχει βοηθήσει τα παιδιά τους. Γεγονός που δεν αναιρεί τις δυσκολίες που ενδεχομένως υπήρξαν. Σε μία οικογένεια το παιδί, ενώ ξεκίνησε δεν ήθελε και ακόμα δεν θέλει να πάει. Σε μία άλλη οικογένεια, άλλαξαν μερικούς Λογοθεραπευτές μέχρι να καταλήξουν τι αρέσει στο παιδί. Όλα τα παιδιά παρακολουθούν εξατομικευμένα προγράμματα παρέμβασης. Συμφωνία προσδοκιών των κωφών γονέων είχαμε, αφού όλοι αυτό που περιμένουν από το πρόγραμμα Λογοθεραπείας είναι να μιλούν τα παιδιά τους καθαρά και να έχει καλύτερη επικοινωνία με τους ακούοντες. Μερικές από τις δηλώσεις των γονέων είναι οι παρακάτω: «Να μιλήσει καθαρά, να λέει τις λέξεις καθαρά, για παράδειγμα (ευ) όπως στο γεύση δεν μπορούμε να το πούμε , πεύκο και αυτό. Θέλω βασικά να λέει τις λέξεις σωστά. Μιλάει καθαρά ο Ι. αλλά θέλει διορθώσεις σε αυτά που λέει δεν είναι απόλυτα σωστός . Δεν θέλω επειδή είμαστε και οι 2 κωφοί και επειδή μιλάω εγώ περίεργα να μιλάει και αυτός περίεργα. Εγώ θέλω να τον σπρώξω στο να μιλάει σωστά όχι να μιλάει όπως μιλάω εγώ, να μιλάει όσο καλύτερα μπορεί. Εγώ είμαι μεγάλης ηλικίας αυτός πρέπει να μάθει σωστά». Άλλος γονέας υποστηρίζει ότι στόχος είναι :«Να μιλήσει πιο καθαρά και να μπορέσει να επικοινωνήσει καλύτερα με τους ακούοντες», ενώ ένας άλλος θα ήθελε ο Λογοθεραπεία : «Να διορθώσει την άρθρωση του παιδιού, να είναι καθαρή όταν μιλάει να είναι πεντακάθαρη, να είναι οι λέξεις του σωστές».

Η μητέρα του παιδιού με το ΚΕ αναμένει την δόμηση του λόγου ώστε να φτάσει τα τυπικά και αυτό που θα άλλαζε στο πρόγραμμα Λογοθεραπείας είναι το πλήθος των φωνών , θα ήθελε να είναι περισσότερο, να σημειωθεί ότι το παιδάκι ξεκίνησε Λογοθεραπεία πριν το χειρουργείο σε ηλικία 18 μηνών για να κάνει προετοιμασία.

Τέλος, η κυρίαρχη άποψη των γονέων για την ενημέρωση των ακουόντων σχετικά με την κοινότητα των κωφών είναι ότι οι περισσότεροι γνωρίζουν , ίσως όχι οι μεγάλες ηλικίες αλλά γενικότερα γνωρίζουν. Στο σημείο αυτό αξίζει να αντιπαραβάλλουμε την άποψη της κ.Σ.Μ. η οποία δηλώνει ότι «Όχι, δεν είναι πολύ ενημερωμένοι οι ακούοντες, δεν γνωρίζω άτομα που ασχολούνται με τα προβλήματα ακοής , με τους κωφούς, το θεωρούν πάρα πολύ δύσκολο, τους θεωρούν ιδιότροπους, άλλοι τους κοροϊδεύουν». Συμπληρώνει επίσης, ότι η ενημέρωση για την κοινότητα των κωφών θα βοηθούσε : «Ναι, και μάλιστα θα ήταν πολύ καλή ιδέα από το σχολείο, από το Λύκειο να μαθαίνουν κάποια πράγματα τα παιδιά για να κατανοούν ότι είναι φυσιολογικοί άνθρωποι απλά επειδή δεν ακούνε καλά, έχουν άλλο κώδικα επικοινωνίας».

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη της μητέρας του παιδιού για την κοινότητα των κωφών, όπου δεν θέλει να έρθει σε επαφή γιατί το φυσιολογικό στα μάτια της είναι να ακούει το παιδί και αφού του δίνεται η επιλογή να ακούει θέλει να τον φέρει στην κοινότητα των ακουόντων. « Αν αποφασίσει στην πορεία να πετάξει τις συσκευές είναι δικαίωμα του. Αλλά δεν θέλω να φτάσει κάποια στιγμή ενήλικας και να μου πει γιατί μαμά δεν έκανες αυτό που πρέσβευε τότε η τεχνολογία; Έκανα αυτό που πρεσβεύει η επιστήμη τώρα, φυσικά εάν δεν μπορούσα να το κάνω, έπρεπε να μπει μια ολόκληρη οικογένεια σε μια διαφορετική διαδικασία. Όπως θα μου ήταν και εμένα πάρα πολύ δύσκολο θα έπρεπε δηλαδή να ξεκινήσω και εγώ να βάλω τη ζωή μου σε άλλα πλαίσια, άλλα θεμέλια, άλλη εκπαίδευση ώστε... να μπω και εγώ αλλού. Και σε αυτό ας πούμε που μπορούσα να επιλέξω, επέλεξα αυτό».

6.3 Αποτελέσματα που αφορούν τους Εκπαιδευτικούς και την Λογοθεραπεία

6.3.1 Απόψεις των ακουόντων εκπαιδευτικών

Η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών(4) που συμμετείχαν στην έρευνά μας είναι από το ίδιο σχολείο κωφών , όπως έχουμε ήδη αναφέρει, ενώ μία (1) δουλεύει σε δημοτικό σχολείο σαν παράλληλη στήριξη σε κωφό κοριτσάκι. Ο στόχος του σχολείου κωφών σύμφωνα με τους εκπαιδευτικούς του σχολείου κωφών είναι να γίνει γνωστό το έργο τους στο δημοτικό, γιατί όσοι γνωρίζουν το έργο τους, τους προτείνουν και σε άλλους.

Η άποψη τους για την ανίχνευση της βαρηκοΐας είναι ότι γίνεται νωρίτερα από ότι τα παλαιότερα χρόνια αλλά έχει ακόμα περιθώρια βελτίωσης και ότι θα έπρεπε να γίνεται σε όλα τα βρέφη. Έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά ακουόντων γονέων κάνουν περισσότερο ΚΕ από ότι στο παρελθόν και μάλιστα αμφοτερόπλευρα. Από την εμπειρία τους οι εκπαιδευτικοί υποστηρίζουν ότι αν το παιδί είναι κωφό και πληροί τα κριτήρια , σε σύγκριση με ένα κωφό που δεν έβαλε ΚΕ και ο προφορικός είναι πολύ καλύτερος και η αντίληψη ήχων και επικοινωνίας είναι καλύτερη. Αν συγκρίνουμε ένα βαρήκοο μέσα σε άκρες είναι το ίδιο με έναν βαρήκοο ενήλικα που φοράει τα ακουστικά του. Το ΚΕ δεν είναι μόνο η εγχείρηση. Πιο επιφυλακτικοί παρουσιάζονται οι γονείς που είναι κωφοί και έχουν κωφό παιδί. Η εξέλιξη του ΚΕ εξαρτάται από τους γονείς τονίζουν, πιο συγκεκριμένα η νηπιαγωγός αναφέρει «Ο πιο κρίσιμος παράγοντας είναι ο γονιός , το πόσο γρήγορα θα περάσει τα στάδια να πάει στην αποδοχή να το αντιμετωπίσει. Οι πιο πειστωμένοι ακόμα και στον θυμό αν μείνει ένας γονιός παραπάνω δεν πειράζει έχουν καλό αποτέλεσμα. Η άρνηση φέρνει το χειρότερο».

Οι παράγοντες που κρίνεται ότι προκαλούν εμπόδιο στην καθημερινή επικοινωνία των ατόμων με κώφωση/βαρηκοΐα είναι:

- Ο βαθμός της βαρηκοΐας
- Η επιμόρφωση των γονέων
- Η έλλειψη προσαρμογής των γονέων

Η επικοινωνία των παιδιών με τις οικογένειές τους γίνεται όπως αποφασίσουν οι γονείς, κάποιοι επικοινωνούν με φυσικά νοήματα και κάποιες οικογένειες πηγαίνουν και μαθαίνουν νοηματική. Το σχολείο φέρνει σε επαφή τα παιδιά με την κοινότητα, αν δεν έχουν έρθει από τους γονείς τους.

Οι διαφορές που εντοπίζουν στο σχολείο κωφών και στο γενικό σχολείο είναι ότι : «τονώνουμε λίγο παραπάνω την αυτοπεποίθηση, δηλ το «Μπράβο» θα έρθει λίγο πιο νωρίς, για να σε ενισχύσω γιατί έξω όντως νιώθεις αδύναμος και πίσω λεκτικά», σύμφωνα με την Νηπιαγωγό. Η κα.Χ5 πάνω σε αυτό δηλώνει ότι: «Διαφέρει πάρα πολύ, πρώτον μαθησιακά, γιατί μαθησιακά είναι σε καλύτερο επίπεδο στο Γενικό σχολείο, εκεί βέβαια μπορεί να είναι λίγο πιο «χαμηλά» αλλά τη βοηθάει γιατί ενισχύεται. Ο δεύτερος λόγος είναι ψυχολογικό γιατί εφόσον είναι με παιδιά που μιλάνε, «φυσιολογικά», μπορεί και αυτή να βελτιωθεί και να μην αισθάνεται τόσο μειονεκτικά. Ενώ στο Ειδικό, στην πλειοψηφία τα παιδιά είναι κωφά οπότε θεωρώ ότι θα το έχανε, να το πω απλά. Υπάρχουν και οι μαθητές που όταν είναι σε Γενικό σχολείο δραστηριοποιούνται».

Κατά την Λογοθεραπεύτρια «αισθάνονται ασφάλεια δεν νοιώθουν μειονεκτικά σε σχέση με τα άλλα παιδιά, ούτε στο μαθησιακό γιατί εδώ γίνονται εξατομικευμένα τα προγράμματα, οπότε το κάθε παιδί πηγαίνει ανάλογα με τις δυνατότητές του. Δεν είναι σε μία τάξη που θα χαθεί και θα νιώσει ότι εγώ τώρα δεν μπορώ να ανταπεξέλθω όσο και να διαβάζω στο σπίτι. Και πιστεύω ότι νιώθουν πολύ καλά συναισθηματικά και μαθησιακά. Το μόνο «αρνητικό» που υπάρχει εδώ είναι ότι δεν υπάρχουν πολλά παιδιά. Αν συστεγαζόμαστε με ένα σχολείο γενικής αγωγής θα ήταν το ιδανικό. Δηλαδή στο μαθησιακό θα δουλεύαμε τα παιδιά ανάλογα με το επίπεδό τους και παράλληλα θα είχαν επαφή με παιδιά της γενικής εκπαίδευσης και θα ήταν όλα μια χαρά να παίζουν να μπορούν να επικοινωνούν, γιατί και το παιχνίδι είναι βασικό ». Ενώ σύμφωνα με την διευθύντρια του σχολείου «Θα έλεγα ότι αυτό που έχω εισπράξει από τους κωφούς είναι ότι το σχολείο είναι η οικογένειά τους το σπίτι τους. Όταν έχουμε μαθήτρια η οποία θέλει να πάει στην Αθήνα και προσπαθεί να πείσει την μαμά της και μας στέλνει μηνύματα πείτε κάτι στην μαμά μου και μας στέλνει μηνύματα. Σημαίνει ότι μας αισθάνεται δικούς της ανθρώπους. Μας αναφέρουν τα προβλήματά τους. Αυτό δεν γίνεται στα γενικά δημοτικά».

Στο κομμάτι της Λογοθεραπείας όλα τα παιδιά του σχολείου παρακολουθούν εξατομικευμένο πρόγραμμα Λογοθεραπείας, όπου οι ειδικότητες είναι πάντα σε συνεργασία για την μέθοδο που ακολουθούν. Υπάρχει βελτίωση στα παιδιά που κάνουν Λογοθεραπεία και εκτός σχολικού πλαισίου. Οι απαιτήσεις των γονέων κατά την Λογοθεραπεύτρια είναι να μιλήσει το παιδί τους, είναι σημαντικό για τους γονείς να επικοινωνεί γιατί είναι αυτό που φαίνεται στον κόσμο, όποτε επικεντρώνονται σε αυτό και είναι ανυπόμονοι. Για αυτό και οι γονείς αποτελούν και την κυριότερη δυσκολία με την οποία έρχεται αντιμέτωπος ο Λογοθεραπευτής. Υπάρχουν βέβαια και οι περιπτώσεις που ένα παιδί έχει συνωδά προβλήματα και αυτό αποτελεί δυσκολία. Συγκεκριμένα αναφέρει «όταν το παιδί έχει συνωδά προβλήματα και έχουμε πάρα πολύ μεγάλο πρόβλημα όταν έχουμε αυτισμό. Πλέον δεν δουλεύεται ως βαρήκοο παιδί ή ως παιδί με κοχλιακό δουλεύεται ως αυτισμός ή ως νοητική στέρση. Δεν μπορείς να δουλέψεις εκεί το πρόγραμμα ενός κωφού παιδιού. Οι γονείς έχουν μία προκατάληψη με την νοηματική, δεν καταλαβαίνουν πόσο βοηθάει η νοηματική στα πρώτα χρόνια και στην ανάπτυξη του λόγου

και μετά να περάσουμε στον προφορικό. Και πολλοί γονείς δεν επιλέγουν για αυτό τον λόγο το σχολείο γιατί πιστεύουν ότι αν μάθουν νοηματική δεν θα μάθουν προφορικό».

Οι εκπαιδευτικοί του σχολείου κωφών φαίνεται να θεωρούν απαραίτητη την Λογοθεραπεία, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από την δασκάλα παράλληλης στήριξης : «Πιστεύω ότι μπορούν να ενισχυθούν απίστευτα, ακόμη πιο πολύ οι δυνατότητές τους μέσω της λογοθεραπείας, κατά κύριο λόγο μέσω της χειλοανάνγνωσης αλλά και με την ενίσχυση της φωνολογικής επίγνωσης, δηλαδή φορώντας το ακουστικό, να ακούει καλύτερα τα γράμματα για να γράφει και πιο σωστά. Με πολλούς τρόπους δηλαδή η Λογοθεραπεία μπορεί να ενισχύσει τα βαρήκοα παιδάκια».

Στο κομμάτι της προκατάληψης για την νοηματική συμπληρώνει η νηπιαγωγός «Προκατάληψη για την νοηματική υπάρχει , αλλά επειδή είναι ακόμα σε εύπλαστες ηλικίες και έχει μαλλιάσει η γλώσσα μας να λέμε ότι η πρώτη μας γλώσσα των ακουόντων είναι όχι η νοηματική , τα νοήματα , δείχνω «α», πριν μιλήσω το δέχονται. Βέβαια το συναντώ συχνά να μου λένε ότι κάνει κινήσεις». Μία διαφορά που έχει το νηπιαγωγείο με το δημοτικό όσον αφορά τους γονείς είναι ότι οι γονείς είναι πιο πολύ συνεργάτες και βοηθοί.

Είδαμε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένας Λογοθεραπευτής , οι εκπαιδευτικοί παραθέτουν και άλλα προβλήματα όπως η προσαρμογή τον πρώτο καιρό συνοδεύεται με συμπεριφορικά προβλήματα, αν σε κάποια παιδιά πρέπει να δοθεί 100% νοηματική και στο ίδιο τμήμα υπάρχει και ένα κοχλιακό είναι λίγο περίπλοκο για τον διδάσκοντα. Σαν δυσκολία τονίστηκε αρκετά η διαφορά επιπέδου των μαθητών που βρίσκονται στην τάξη .

Η διαφοροποίηση φοίτησης του σχολείου κωφών, από την σκοπιά των εκπαιδευτικών είναι ότι τα/στα παιδιά του σχολείου κωφών:

- Έχουν πολύ πιο δομημένο πρόγραμμα
- Τα παιδιά ψάχνουν τον ενήλικα σαν σημείο αναφοράς (το «μαμά κοίτα» έχει γίνει «κυρία κοίτα»
- Αλλάζει ο τρόπος . Χρησιμοποιούνται πολλά οπτικά μέσα.
- Δεν βοηθούνται από τα βιβλία και οι δάσκαλοι φτιάχνουν δικά τους που συμβαδίζουν με το μάθημα
- Έχουν φτωχότερο λεξιλόγιο
- Χρειάζονται πολλές επαναλήψεις
- Ο δάσκαλος έχει μεγάλο ρόλο σε συνεργασία με τους γονείς

Η κα.Χ5 πάνω στο συγκεκριμένο ερώτημα συμφωνεί ότι διαφέρει και αναφέρει δύο λόγους, πιο συγκεκριμένα θεωρεί ότι : «Διαφέρει πάρα πολύ, πρώτον μαθησιακά, γιατί μαθησιακά είναι σε καλύτερο επίπεδο στο Γενικό σχολείο, εκεί βέβαια μπορεί να είναι λίγο πιο «χαμηλά» αλλά τη βοηθάει γιατί ενισχύεται. Ο δεύτερος λόγος είναι ψυχολογικό γιατί εφόσον είναι με παιδιά που μιλάνε, «φυσιολογικά», μπορεί και αυτή να βελτιωθεί και να μην αισθάνεται τόσο μειονεκτικά. Ενώ στο Ειδικό, στην πλειοψηφία τα παιδιά είναι κωφά

οπότε θεωρώ ότι θα το έχανε, να το πω απλά. Υπάρχουν και οι μαθητές που όταν είναι σε Γενικό σχολείο δραστηριοποιούνται».

Αξιοσημείωτη είναι και η εικόνα που μας παρέχει η κα.Χ5 για το πώς νιώθει το παιδί για το ΚΕ, « Και δεν το φοράει συνέχεια, γιατί θεωρεί ότι θα την κοροϊδέψουν τα άλλα παιδιά, ενώ δεν την κοροϊδεύουν. Φοβάται δηλαδή ότι θα στιγματιστεί με το να φοράει το ακουστικό και την ενοχλεί λίγο στο αυτί της. Είναι και το ψυχολογικό κομμάτι, επίσης θέλει και συνέχεια φόρτιση η μπαταρία».

6.3.2 Απόψεις κωφής δασκάλας

Κατά την, κα.Χ4, δασκάλα του δημοτικού οι ακούοντες δεν είναι αρκετά ενήμεροι για την κοινότητα των κωφών έχουν μία ιδέα επειδή βλέπουν την νοηματική στις ειδήσεις, αλλά «όποιος ενδιαφέρεται θα ασχοληθεί». Η ίδια δεν δυσκολεύτηκε στο σχολείο γιατί είχε δασκάλα στο σπίτι από 2,5 ετών και από εκεί έπαιρνε την σημαντική βοήθεια. Την δυσκολία την συνάντησε στο Γυμνάσιο όπου άρχισε να αναρωτιέται γιατί να μην ακούει, μιλάει σαν τα άλλα κορίτσια, γιατί να μην της μιλάνε τα αγόρια. Στο Λύκειο κλείστηκε περισσότερο στον εαυτό της. Με την προτροπή της κ.Λαμπροπούλου να μάθει νοηματική όταν πέρασε στο πανεπιστήμιο αποδέχτηκε το ποια ήταν. Η νοηματική την βοήθησε πολύ γιατί ήρθε σε επαφή και με άλλους κωφούς και όπως σημειώνει η ίδια «είδα πως διασκεδάζανε , είχαν την ζωή τους , ταξίδια , οικογένειες , δουλειές».

Η σχέση της με την Λογοθεραπεία ήταν καλή , θυμάται να διδάσκεται την τοποθέτηση συμφώνων όπως /δ/, /ν/, /φ/,/θ/. Συμφωνεί ότι υπάρχει προκατάληψη με την νοηματική, αλλά προθέτει ότι «για μένα προσωπικά παρόλο που δουλεύω σε σχολείο κωφών που είναι με την νοηματική , είμαι με την νοηματική αλλά πρέπει να βρούμε το κουμπί του κάθε μαθητή πρέπει τα πράγματα να τα προσαρμόζουμε στις ανάγκες του παιδιού. Τι χρειάζεται νοηματική; Νοηματική, Μιλάει; Όχι πολύ νοηματική». Για τους γονείς των κωφών παιδιών που έχει συναναστραφεί αναφέρει ότι έχει συναντήσει τα 2 άκρα, εκείνοι που έχουν αναπτύξει την νοηματική στο σπίτι και έχουν πάρει δάσκαλο στο σπίτι για να κάνει μάθημα και εκείνους που είχαν πολύ χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και το παιδί δεν είχε την εξέλιξη που μπορούσε. Καταλήγει στο συμπέρασμα ότι «σχετίζεται με την πληροφορία που θα δώσεις στο παιδί». Κάποιοι ακούοντες γονείς είναι κάθετη στο θέμα της Νοηματικής, θέλουν μόνο ομιλία και σε αυτό απαντά «Όμως στο μάθημα πως θα εξηγήσεις κάτι άμα δεν κάνεις τον Καραγκιόζη; Να κάνω τα θεατρικά μου. Η νοηματική τους δείχνει καταλαβαίνουν και με την νοηματική. Με τις κινήσεις και τις εκφράσεις καταλαβαίνανε το μάθημα καλύτερα και μετά μπορούσαν να απαντήσουν προφορικά».

Η δυσκολία που αντιμετωπίζει στην τάξη της είναι ο χρόνος όπως δηλώνει : «Στην τάξη μου επειδή έχω 3 παιδιά και είναι σε διαφορετικό επίπεδο δεν ξέρω σε ποιο παιδί να πάω πρώτα. Έχω και την βοηθό (ειδικό βοηθητικό προσωπικό)αλλά και πάλι δεν φτάνει, το ένα παιδί που θα μείνει μόνο του ποιος θα ασχοληθεί με αυτό. Και πρέπει να βρίσκω τρόπους πώς να απασχοληθεί αυτό το παιδί, που θα αφήνω κάθε φορά μόνο του. Θέλει μία άλφα προετοιμασία για να μπορέσω να αφήσω το παιδί να καθίσει μόνο του. Κάνω μάθημα έρχεται το παιδί με ρωτάει κάτι μου διακόπτει το μάθημα του εξηγώ , η βοηθός μου λέει εδώ δυσκολεύεται. Θα μου πείτε με 3 παιδιά στην τάξη και δεν μπορείτε; Και όμως είναι

διαφορετικά επίπεδα, το ένα δεν ξέρει να διαβάζει , δεν ξέρει να μιλάει νοηματική, άλλο επίπεδο άλλο τρόπο διδασκαλίας και είναι και ο χρόνος. Δεν έχω χρόνο για τίποτα. Μεγάλο πρόβλημα για μένα. Θέλω να φτιάξω υλικό δεν προλαβαίνω το κάνω σπίτι. Τι να πρωτοπώ τα τετράδια επικοινωνίας που πρέπει να γράψω κάθε μέρα είναι και πολλά , να εξηγήσω τι μάθημα έκανα , πως το έκανα παράδειγμα για να το καταλάβουν οι γονείς πως το είπα κτλ Ο χρόνος είναι για μένα το πρόβλημα και σίγουρα το ιδανικότερο θα ήταν να έχω 1 μαθητή να είμαι πάνω καταπάνω να μάθει αυτά που πρέπει να μάθει. Τώρα έχω 3 παιδιά πως θα διαχειριστώ τον χρόνο μου».

Ενδιαφέρουσα είναι και η απάντησή της στο τι θα άλλαζε στην πορεία των πραγμάτων μέχρι τώρα. «Να μάθαινα νοηματική νωρίτερα και να δεχτώ αυτό που έχω νωρίτερα, και να μην χάσω τόσα χρόνια που έκατσα μόνο μου δεν είχα φίλιες και να ζήσω αυτά που ζουν οι έφηβοι».

Η κα.Χ4 κλείνοντας έδωσε την παρακάτω συμβουλή για τους νέους Λογοθεραπευτές, «Πολύ οπτικό υλικό . Πάρα πολύ οπτικό υλικό, για να καταλαβαίνουνε τι είναι αυτό που τους λέμε. Να το δούνε , να το βιώσουν , να το ζήσουν. Και πολλή υπομονή. Μπορεί να μην δείτε τώρα αποτέλεσμα αλλά αργότερα θα δείτε και αυτό πρέπει να το ξέρουν και οι γονείς γιατί περιμένουν άμεσα αποτελέσματα. Και με τους γονείς πρέπει να τους λέμε την αλήθεια κατάμουτρα και όχι αυτό που θέλουν να ακούσουν, γιατί άμα τους πεις αυτό που θέλουν να ακούσουν είναι ένας φαύλος κύκλος».

7.Συζήτηση Αποτελεσμάτων

Αναφορικά με την ακοή των γονέων όλοι ήταν κωφοί εκτός της μητέρας του παιδιού με το κοχλιακό που είναι ακούουσα. Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των γονέων παρατηρούμε ότι μόνο η ακούουσα μητέρα έχει ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, και οι υπόλοιποι γονείς είτε έχουν ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση είτε το Λύκειο. Γεγονός που δεν αντικρούει τα ποσοστά της κα Λαμπροπούλου , όπου από το Γυμνάσιο και το Λύκειο είχε αποφοιτήσει μόλις το (8,7%), τα άτομα που ήταν απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και Τριτοβάθμιας ή φοιτούσαν ακόμη στο πανεπιστήμιο είναι μόλις ένα 3,7% . Από το δείγμα μας φαίνεται να επιβεβαιώνεται ότι η πλειοψηφία των κωφών παντρεύεται με κωφό (Shein,1989).

Γνωρίζοντας όπως αναφέραμε νωρίτερα ότι το 90% των κωφών προέρχεται από ακούοντες γονείς (Shein, 1989), στο συγκεκριμένο δείγμα δεν υπάρχει αυτή η αντιστοιχία . Αυτό συμβαίνει γιατί το δείγμα δεν συνάδει με τον πληθυσμό, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν ισχύει «ο 90% κανόνας»(Shein, 1989).

Όπως αναφέρεται στην βιβλιογραφία, τα αίτια των διαταραχών βαρηκοΐας/ κώφωσης χωρίζονται σε κληρονομικά και επίκτητα(Κυπριωτάκης , 2000).Οι αιτίες κώφωσης του δείγματος ήταν σε μεγαλύτερο βαθμό ο κληρονομικός παράγοντας, που ευθύνεται για το 50% των περιστατικών κώφωσης. Ενώ συναντήσαμε την εμπλοκή του γονιδίου κονεξίνη 26 , στο παιδί που φοράει το ΚΕ. Το συγκεκριμένο παιδί έκανε και πολλές ωτίτιδες.

Επιπρόσθετα, λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή για ζάχαρο φαίνεται να εμπλέκεται σε συνδυασμό με την κληρονομικότητα στην κώφωση ενός παιδιού από το δείγμα.

Παρατηρήθηκε ότι οι από τους γονείς οι μισοί είχαν λάθος διάγνωση , αφού στη μητέρα του παιδιού με το ΚΕ είχαν πει ότι ακούει και στο παιδί του ζευγαριού του δείγματος είχαν πει ότι το παιδί ήταν κωφό και τελικά ήταν βαρήκοο. Εδώ έρχονται να συμφωνήσουν οι εκπαιδευτικοί που υποστηρίζουν ότι πρέπει να γίνεται έλεγχος ακοής σε όλα τα βρέφη. Είναι σημαντικό όπως είδαμε οι γονείς να γνωρίζουν όσο το δυνατόν νωρίτερα την επικείμενη δυσκολία. Για να φτάσουν οι γονείς στην αποδοχή, περνάνε από διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις, αν και δεν περνούν όλοι οι γονείς από όλες και δεν τις περνούν ταυτόχρονα μπορεί να έχουν πιασμένα (Featherstone, 1981). Αυτά τα στάδια είναι αυτά που επισημάναμε : σοκ, άρνηση, ενοχή, κατάθλιψη, θυμός και αποδοχή. Το ίδιο συμβαίνει και στην οικογένεια κωφών γονέων, παρόλο που οι ακούοντες γονείς είναι περισσότερο προετοιμασμένοι,, στενοχωριούνται όταν το παιδί τους διαγνωσθεί με κώφωση, αλλά προσαρμόζονται εύκολα στην κατάσταση αυτή (Shein, 1989). Αυτό το είδαμε στη συνέντευξη του κ.Ν.Θ. όπου μας αφηγήθηκε ότι η γυναίκα του μετά την ανακοίνωση του γιατρού για την απώλεια ακοής του παιδιού τους άρχισε να κλαίει, από την άλλη μεριά ο ίδιος όταν το έμαθε είπε «Μπράβο». Η κα. Χ1 φαίνεται να επιβεβαιώνει το «πέραςμα» από τα στάδια, και μάλιστα μας εκφράζει την άποψη της ότι η άρνηση φέρνει τα χειρότερα αποτελέσματα.

Ο τρόπος αντιμετώπισης της δυσκολίας διαφέρει ανάλογα τον γονέα. Οι κωφοί γονείς που το παιδί τους ήταν βαρήκοο έδωσαν την επιλογή των ακουστικών(κ.Ν.Θ.) στο παιδί. Οι περισσότεροι κωφοί γονείς επέλεξαν την ΕΝΓ για τρόπο επικοινωνίας. Ομοίως, η ακούουσα μητέρα έδωσε την επιλογή του ΚΕ και μάλιστα σε ηλικία περίπου 2 ετών είχε γίνει εγχείρηση και στα δύο αυτιά, όπως υποστηρίζει η βιβλιογραφία(Leigh, Dettman, Dowell & Brigg,2013), παρέχοντας έτσι τα μακροπρόθεσμα οφέλη της πρόωρης κοχλιακής εμφύτευσης. Σύμφωνα με το σκεπτικό της θέλει να παρέχει ότι πρεσβεύει η τεχνολογία της εποχής. Όπως προαναφέραμε , πολλοί κωφοί γονείς προτιμούν να μεγαλώσουν τα κωφά παιδιά τους με βάση την κουλτούρα των κωφών, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης νοηματικής γλώσσας και της χειλοανάγνωσης και για τον λόγο αυτό είναι κατά των κοχλιακών εμφυτευμάτων. Οι ακούοντες γονείς, οι οποίοι δεν έχουν κάποια εξοικείωση με την κοινότητα των κωφών μπορούν να επιλέγουν την επέμβαση για την τοποθέτηση κοχλιακού εμφυτεύματος προκειμένου να διορθώσουν το μειονέκτημα της ακοής του παιδιού τους. Η άποψη των εκπαιδευτικών σε αυτό ήταν ομόφωνη και υποστήριζε ότι αν το παιδί είναι κωφό και πληροί τα κριτήρια , σε σύγκριση με ένα κωφό που δεν έβαλε ΚΕ και ο προφορικός είναι πολύ καλύτερος και η αντίληψη ήχων και επικοινωνίας είναι καλύτερη. Γεγονός που υποστηρίζεται από τις έρευνες , όπου συγκρίνονται ομάδες προγλωσσικά κωφών με ακουστικά βαρηκοΐας και ΚΕ και τα άτομα με ΚΕ φαίνεται να υπερτερούν στο κομμάτι της γλωσσικής εξέλιξης των (Baudonck, Dhooge& Van Lierde ,2010;Tomblin, Spencer, Flock, Tyler & Gantz ,1999). Αν οι γονείς εκμεταλλεύονταν τα οφέλη της ακουστικής τεχνολογίας, θα βοηθούσαν το έργο των Λογοθεραπευτών.

Κάτι που δεν μπορούμε να αγνοήσουμε είναι ότι κανένας γονιός δεν άφησε το παιδί του χωρίς την βοήθεια που θεωρούσε πιο ωφέλιμη, είτε αυτό ήταν κάποιο ακουστικό βοήθημα είτε όχι, είτε αυτό έγινε στην κατάλληλη χρονική στιγμή είτε όχι. Η γνώμη της επιστημονικής κοινότητας, που τίθεται υπέρ των ΚΕ, φαίνεται να βρίσκει σύμφωνους και τους εκπαιδευτικούς που συμμετείχαν στην έρευνά μας (Baudonck, Dhooge & Van Lierde, 2010). Σύμφωνα με παραπάνω έρευνα ο παράγοντας που επηρεάζει θετικά την γλωσσική εξέλιξη των παιδιών που φέρουν κοχλιακό εμφύτευμα, δεν είναι η ηλικία εμφύτευσης, αλλά ο χρόνος που χρησιμοποιείται το κοχλιακό εμφύτευμα καθώς και η διάρκεια της λογοθεραπείας (Tomblin, Spencer, Flock, Tyler & Gantz, 1999). Το έργο των Λογοθεραπευτών διευκολύνεται κατά αυτόν τον τρόπο, αφού έχει επιτευχθεί το πρώτο βήμα που είναι η διάγνωση και παρέμβαση μέχρι το σημείο του βοηθήματος. Στόχος της λογοθεραπείας είναι, να μπορέσει ο εκάστοτε ασθενής να εντάξει και να εκμεταλλευτεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα πλεονεκτήματα που του προσφέρει η εκάστοτε παρέμβαση και αυτό μπορεί να συμβεί όταν έχει ήδη τοποθετηθεί η συσκευή ενίσχυσης. Όσον αφορά την Λογοθεραπεία στο κομμάτι της έρευνά μας, το κοινό αίτημα των γονέων είναι να μιλήσουν τα παιδιά τους καθαρά, να διορθώσουν την άρθρωση κατά τους ίδιους δηλαδή και να επικοινωνούν καλύτερα με τους ακούντες. Να αναφέρουμε εδώ ότι οι γονείς με το όρο ομιλία, συμπεριλαμβάνουν και το κομμάτι του λόγου. Επαληθεύεται, λοιπόν, η βιβλιογραφία όπου, έχουμε ότι η ομιλία των παιδιών αυτών συχνά χαρακτηρίζεται από αντικαταστάσεις, λάθη και παραλείψεις (Λογοθέτη, 2013). Ωστόσο, το πόσο καλά χειρίζεται την ομιλία του ένα παιδί είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, ένας από αυτούς είναι το αν έχει παρακολουθήσει το παιδί Λογοθεραπεία. Όλοι οι γονείς συμφώνησαν ότι η Λογοθεραπεία προσδίδει θετικά στην επικοινωνία του παιδιού, ακόμα και αν έχουν αντιμετωπίσει δυσκολίες. Για παράδειγμα, ο κ.Ν.Θ. μας μετέφερε ότι το παιδί του έχει αλλάξει αρκετούς Λογοθεραπευτές και δεν θέλει να παρακολουθήσει πρόγραμμα Λογοθεραπείας. Από την σκοπιά των εκπαιδευτικών, οι γονείς είναι που κατευθύνουν και έχουν την ικανότητα να βοηθήσουν ή όχι το παιδί τους.

Στον τομέα της επικοινωνίας με την κοινωνία και την οικογένεια, οι κωφοί γονείς του δείγματος επικοινωνούν με ΕΝΓ, που έχει αναγνωριστεί ως επίσημη γλώσσα των κωφών, με την οικογένεια και τους γύρω τους και από ότι περιέγραψαν δεν φαίνεται να νιώθουν αποκομμένοι ή απομονωμένοι από την κοινωνία των ακούντων ή των κωφών. Στην αντίπερα όχθη, η ακούουσα μητέρα του δείγματος προτιμάει την προφορική μέθοδο για να επικοινωνήσει με το παιδί της, υποστηρίζοντας ότι αυτό είναι για την ίδια το φυσιολογικό. Συνεπώς, φαίνεται ότι οι εκπαιδευτικοί του σχολείου κωφών βγαίνουν αληθείς στις δηλώσεις τους περί προκατάληψης της ΕΝΓ.

Σύμφωνα με τους εκπαιδευτικούς οι γονείς είναι πολύ σημαντικά πρόσωπα στην εξέλιξη του παιδιού και τους αξιοποιούν στην παρέμβαση. Όπως αναφέρεται, οι κωφοί γονείς με σωστή καθοδήγηση εξοικείωση και γνώση της νοηματικής γλώσσας από τους ειδικούς της παρέμβασης, θα βοηθήσουν όχι μόνο τον εαυτό τους αλλά θα θεωρηθούν ως ένα πλεονέκτημα κατά την έγκαιρη παρέμβαση (Λαμπροπούλου, 1999). Αυτός φαίνεται να είναι και ο στόχος των εκπαιδευτικών της έρευνας, να χρησιμοποιήσουν τους γονείς σαν συνεργάτες και βοηθούς στο έργο τους. Ένα μεγάλο, θα λέγαμε πρόβλημα, που υπάρχει στη ζωή των ακούντων παιδιών με κωφούς γονείς είναι, ότι από

πολύ μικρή ηλικία, αναλαμβάνουν να παίξουν το ρόλο του διερμηνέα για την οικογένειά τους (Buchino, 1993). Πιο απλά, θεωρούνται ο συνδετικός κρίκος μεταξύ Κωφών και ακούοντων. Όπως μας μετέφερε και ο κ.Ν.Θ. για την κόρη του, την οποία χαρακτήρισε σαν «οικογενειακή» διερμηνέα.

Η επιλογή σχολικού πλαισίου, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, είναι κάτι για το οποίο αποφασίζουν οι γονείς. Οι λόγοι που τους οδηγούν στην επιλογή έχουν γνώμονα τα βιώματα των ίδιων (αν έχουν φοιτήσει σε σχολείο κωφών θα επιλέξουν το σχολείο κωφών(κ.Ν.Θ.),θα δοκιμάσουν το τυπικό σχολείο αν δεν είναι σίγουροι για την δυσκολία του παιδιού τους θέλοντας να του προσφέρουν τα μέγιστα(κ.Ρ.)), τις απαιτήσεις της κοινωνίας (οι γονείς επιδιώκουν την συναναστροφή των παιδιών τους με τους ακούοντες κ.Ν.Θ.) και εν τέλει το που αρέσει στα ίδια τα παιδιά(θα αλλάξουν σχολικό πλαίσιο αν θεωρήσουν ότι το παιδί δεν προσλαμβάνει αυτά που μπορεί(κ.Ν.Θ.) ή αν το παιδί επιθυμεί περισσότερο(κ.Θ.Κ. που η κόρη του πήγε 4 χρόνια σε σχολείο στην Αθήνα). Τα κωφά/βαρήκοα παιδιά του δείγματος περιγράφηκαν αρκετά κοινωνικά και κοινωνικοποιημένα από τους γονείς τους, όπως έδειξαν οι απαντήσεις για την σχέση μεταξύ των παιδιών και των δασκάλων/συμμαθητών τους.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη των γονέων για το πώς διαφοροποιείται το σχολείο κωφών από το τυπικό σχολείο, όπου 2 κωφοί γονείς υποστήριξαν τα σχολεία ακούοντων με το επιχείρημα ότι «είναι πιο μπροστά στην εκπαίδευσή τους», ενώ οι άλλοι 2 κωφοί γονείς υποστήριξαν ότι τα σχολεία ακούοντων είναι κάτι άγνωστο για αυτούς και ότι τα παιδιά τους, που φοιτούσαν εκεί, υπολείπονται μαθησιακά. Σε αντίθεση με τους εκπαιδευτικούς που δουλεύουν εκεί όπου τονίζουν άλλες διαφορές, όπως το πρόγραμμα που ακολουθούν, τον τρόπο διδασκαλίας(χρήση περισσότερων οπτικών μέσων) και την μη ύπαρξη αντίστοιχων βιβλίων.

Τέλος, οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων υποστηρίζει ότι, οι κυρίως μικρής ηλικίας ακούοντες είναι ενημερωμένοι για την κοινότητα των κωφών, ενώ η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι ακούοντες έχουν άγνοια και προκατάληψη(Λαμπροπούλου,1999). Αυτό ενδεχομένως συμβαίνει, είτε γιατί η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι κωφοί, είτε γιατί υπάρχει περισσότερη ενημέρωση σήμερα, είτε γιατί το δείγμα μας δεν είναι αντιπροσωπευτικό, για να καταλήξουμε σε κάποιο συμπέρασμα επ' αυτού.

8.Συστάσεις

Στην παρούσα πτυχιακή επιδιώξαμε να ερευνήσουμε πόσο ενημερωμένοι είναι οι γονείς για τις παρεμβάσεις που διατίθενται, τον λόγο επιλογής της εκάστοτε παρέμβασης, την άποψη γονέων και εκπαιδευτικών για την χρησιμότητα της Λογοθεραπείας και την αντίληψη των εκπαιδευτικών στο θέμα. Οι γονείς φάνηκαν να λαμβάνουν αποφάσεις ανάλογα με τα βιώματά τους και οι εκπαιδευτικοί να θεωρούν ότι έχουν γίνει βήματα προόδου αλλά είναι και άλλα που θα πρέπει να συμβούν. Θέλαμε επίσης να πάρουμε πληροφορίες για την ποιότητα ζωής τους και των παιδιών τους , καθώς και τον ρόλο της Λογοθεραπείας στις οικογένειές τους. Όπου προκύπτει από τα αποτελέσματα ότι έχουν μια καλή ποιότητα ζωής. Την Λογοθεραπεία σαν επιστήμη φαίνεται να την θεωρούν βοηθητική έως και απαραίτητη. Σημαντικό θεωρούμε να τονίσουμε ότι ένας Λογοθεραπευτής δεν δουλεύει μόνος του, αλλά ως μέρος μια διεπιστημονικής ομάδας που παρακολουθεί και αξιολογεί τις ανάγκες της οικογένειας.

Προκειμένου να υπάρξει μεγαλύτερη εγκυρότητα και αξιοπιστία των αποτελεσμάτων, προτείνεται η συνέχιση της ερευνητικής μελέτης με μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων, συμπεριλαμβανομένων και ακουόντων γονέων με κωφά παιδιά. Ένα άλλο ερευνητικό ερώτημα που μας γεννήθηκε κατά την έρευνα ήταν : «Γιατί οι γονείς δεν επιλέγουν την AVT σαν μέθοδο παρέμβασης, αφού υπάρχουν τόσα οφέλη αποδεδειγμένα ερευνητικά;».

9.Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Αδαμόπουλος, Γ. (2001). *Ωτορρινολαρυγγολογία και Χειρουργική Κεφαλής και Τραχήλου*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Baudonck, N., Dhooge, I., D'haeseleer, E., Van Lierde, K., (2010). A comparison of the consonant production, between Dutch Children using cochlear implants and children using Hearing Aids. *International journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. V. 74, p. 416 -421
- Boothroyd, A. (1982). *Hearing Impairments in Young Children*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Γεωργοπούλου, Χ. Σ.,(2013),*Μεθοδολογία Έρευνας και Ανάλυση Δεδομένων στη Λογοπαθολογία*, Πάτρα
- Eriks-Brophy, A., Durieux-Smith, A., Olds, J., & Fitzpatrick, E. (2006). Facilitators and barriers to the inclusion of orally educated children and youth with hearing loss in schools: Promoting partnerships to support inclusion. *The Volta Review*
- Estabrooks, W., MacIver-Lux, K., & Rhoades, E. A. (Eds.). (2016). *Auditory-verbal therapy: For young children with hearing loss and their families, and the practitioners who guide them*. Plural Publishing.
- Featherstone, H. (1981). *A Difference in the Family*. 2nd edition. New York: Penguin Books Ltd.
- Friedland, D. R., & Runge-Samuels, C. (2009). Soft cochlear implantation: rationale for the surgical approach. *Trends in amplification*, 13(2), 124-138.
- Hall, J., (2014), Τρίμμης, Ν. (Επιμ.), *Κλινική Ακουσολογία*. Κύπρος: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Hickson, L., Thy, B. S., Aud, M., Murdoch, B., Constantinescu, G., & Path, B. S. (2010). Is auditory-verbal therapy effective for children with hearing loss?. *The Volta Review*, 110(3), 361-387.
- Johnston, J. C., Durieux-Smith, A., Angus, D., O'Connor, A., & Fitzpatrick, E. (2009). Bilateral paediatric cochlear implants: A critical review. *International Journal of Audiology*, 48(9), 601-617.
- Jones, V. F., Eid, N. S., Franco, S. M., Badgett, J. T., & Buchino, J. J. (1993). Familial congenital bronchiectasis: Williams-Campbell syndrome. *Pediatric pulmonology*, 16(4), 263-267.
- Kalat, W.J., (1999). *Οι άλλες αισθήσεις στη Βιολογική Ψυχολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
- Kirk, S.A., Gallagher, J.J., & Anastasiow, N.J. (1993). *Educating Exceptional Children*. 7th edition. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Κρουσταλάκης, Γ., (2005), *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και στο σχολείο*. Αθήνα.
- Κυπριωτάκης, Α., (2000), *Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους*. Αθήνα: Γρηγόρη
- Leigh, J., Dettman, S., Dowell, R., & Briggs, R. (2013). Communication development in children who receive a cochlear implant by 12 months of age. *Otology & Neurotology*, 34(3), 443-450.
- Lim, S. Y. C., & Simser, J. (2005). Auditory-verbal therapy for children with hearing impairment. *Ann Acad Med Singapore*, 34(4), 307-12.

- Löhle, E., Frischmuth, S., Holm, M., Becker, L., & Flamm, K. (1999). Speech recognition, speech production and speech intelligibility in children with hearing aids versus implanted children. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 47(2), 165-169.
- Λαμπροπούλου Β. , Οκαλίδου Α. (2008) *Οδηγός για Γονείς Κωφών Παιδιών*, ΕΠΕΑΕΚ: Η ενίσχυση των δεξιοτήτων ακρόασης λόγου των κωφών παιδιών με κ. ε μέσα από μία παιδοκεντρική παρεμβατική δόμηση του εκπαιδευτικού προγράμματος, Παν/μιο Μακεδονίας, Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής.
- Λαμπροπούλου, Β (2006), *Γονείς με κωφά και βαρήκοα παιδιά*. Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Λαμπροπούλου, Β. (1999a). 2ο Εκπαιδευτικό πακέτο επιμόρφωσης: *Διάγνωση-αποκατάσταση βαρηκοΐας. συμβουλευτική γονέων και έγκαιρη παρέμβαση*. Πρόγραμμα Ε.ΠΕ.Α.Ε.Κ.-Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.
- Λαμπροπούλου, Β. (1999b). 3ο Εκπαιδευτικό πακέτο επιμόρφωσης: *Εκπαίδευση και Κωφό παιδί*. Πρόγραμμα Ε.ΠΕ.Α.Ε.Κ.-Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.
- Λαμπροπούλου, Β. (1999c). 1ο Εκπαιδευτικό πακέτο επιμόρφωσης: *Η Κοινωνία και οι Κωφοί. Κοινότητα και Κουλτούρα Κωφών*. Πρόγραμμα Ε.ΠΕ.Α.Ε.Κ.-Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.
- Λαμπροπούλου, Β. (1999d). 4ο Εκπαιδευτικό πακέτο επιμόρφωσης: *Γλωσσική Ανάπτυξη και Κωφό παιδί*. Πρόγραμμα Ε.ΠΕ.Α.Ε.Κ.-Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.
- Λογοθέτη, Φ. (2013). *Το ορθογραφικό προφίλ των Κωφών και Βαρήκων μαθητών της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης* (Διδακτορική Διατριβή). Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.
- Moores, D. (1996). *Educating the Deaf. Psychology, Principles and Practices*, 4th edition. Boston. MA: Houghton Mifflin Company.
- Moores, D. (2007). *Εκπαίδευση και κώφωση. Ψυχολογική προσέγγιση, αρχές και πρακτικές* (Α. Ζώνιου-Σιδέρη & Ε. Ντεροπούλου-Ντέρου,) 1η έκδ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- 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.
- Νικολοπούλου, Α. (2015), *Οι παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των κοχλιακών εμφυτευμάτων-Η αποτελεσματικότητα των κοχλιακών εμφυτευμάτων σύμφωνα με τη γνώμη των γονέων* (Μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.
- Osberger, M. J., Maso, M., & Sam, L. K. (1993). Speech intelligibility of children with cochlear implants, tactile aids, or hearing aids. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 36(1), 186-203.
- Οκαλίδου, Α., (2002), *Βαρηκοΐα – Κώφωση. Μελέτη της παραγωγής του λόγου και θεραπευτική παρέμβαση*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Παπαφράγκου, Κ., (1996), *Ακοολογία*. Αθήνα: Μ. Γ. Παρισιάνου

- Qi, C. H., & Kaiser, A. P. (2004). Problem behaviors of low-income children with language delays. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.
- Rhoades, E. A. (2006). Research outcomes of auditory-verbal intervention: Is the approach justified?. *Deafness & education international*, 8(3), 125-143.
- Robbins, A. M., Kirk, K. I., Osberger, M. J., & Ertmer, D. (1995). Speech intelligibility of implanted children. *The Annals of otology, rhinology & laryngology. Supplement*, 166, p.399-401.
- Σιώμος, Χ., (2014), *Λογοθεραπευτική παρέμβαση σε παιδιά με βαρηκοΐα-κώφωση*. (Πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ Ηπείρου, Ιωάννινα.
- Συγγενής Βαρηκοΐα (Connexin 26 Gene) from <https://www.peakgenomics.com/siggenis-varikoia>
- Shein, J.(1989). *At Home Among Strangers*. Washington D.C.: Gallaudet University Press.
- Tomblin, J. B., Spencer, L., Flock, S., Tyler, R., & Gantz, B. (1999). A comparison of language achievement in children with cochlear implants and children using hearing aids. *Journal of speech, language, and hearing research*, 42(2), 497-511.
- Τγε-Murray, N. (2012), Τρίμμης, Ν. (Επιμ.). *Θεμελιώδης αρχές της ακουστικής αποκατάστασης, παιδιά, ενήλικες και μέλη της οικογένειάς τους*. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Wackym, P. A., & Runge-Samuelson, C. L. (2009). *Cochlear and auditory brainstem implantation* (p. 379). Shelton (CT): BC Decker Inc.
- Yoshinaga-Itano, C. (2014). Principles and guidelines for early intervention after confirmation that a child is deaf or hard of hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 19(2), 143-175.