

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/331175886>

Διεπιστημονική συνεργασία στις ομάδες Κοχλιακής Εμφύτευσης

Conference Paper · April 2019

CITATIONS

0

READS

142

2 authors, including:



Skoulikari Eirini

1 PUBLICATION 0 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Non Linguistic Interventions for ADHDs [View project](#)



Prosodic features of cochlear implant recipients [View project](#)



I.A.K.E.

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
INSTITUTE OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES

5^ο

ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

5-7 Απριλίου 2019

GALAXY HOTEL ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

Η διεπιστημονικότητα ως γνωστική, εκπαιδευτική και κοινωνική πρόκληση

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΤΟΜΟΣ Β'

Επιμέλεια έκδοσης:

- Σπύρος Χ. Πανταζής • Ελένη Π. Μαράκη Γεώργιος Ε. Στριλιγκάς
• Εμμανουήλ Δ. Μπελαδάκης • Ιωάννης Α. Τζωρτζάκης • Χριστόφορος Ε. Αρβανίτης
• Ευγενία Ε. Ψαλτάκη • Χρήστος Σ. Ντρουμπογιάννης

ΧΟΡΗΓΟΙ



ΣΥΝΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
REGION OF CRETE

ΧΟΡΗΓΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ



ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΡΩΓΗ ΤΩΝ:





I.A.K.E.

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
INSTITUTE OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES

5ο Διεθνές Επιστημονικό Συνέδριο

**Η διεπιστημονικότητα ως γνωστική,
εκπαιδευτική και κοινωνική πρόκληση**

**ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
ΤΟΜΟΣ Β΄**

Επιμέλεια έκδοσης:

Σπύρος Χ. Πανταζής

Ελένη Π. Μαράκη

Γεώργιος Ε. Στριλιγκάς

Εμμανουήλ. Μπελαδάκης

Ιωάννης Α. Τζωρτζάκης

Χριστόφορος Ε. Αρβανίτης

Ευγενία Ε. Ψαλτάκη

Χρήστος Σ. Ντρουμπογιάννης

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2019



Ι.Α.Κ.Ε.

**ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
INSTITUTE OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES**

Έβανς 83-85 Γρ. Α11 Τ.Κ. 71 201 Ηράκλειο Κρήτης Τηλ./Fax. 2815 200045

Website: iake.weebly.com www.iake.gr



ΙΑΚΕ «Ινστιτούτο Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών»



iakekriti@gmail.com

Με τη στήριξη της Περιφέρειας Κρήτης

Οι αναφορές (citations) σε άλλες επιστημονικές-ερευνητικές εργασίες γίνονται με βιβλιογραφική παραπομπή στους συγγραφείς, τον τίτλο και την παρούσα δημοσίευση.

Επιτρέπεται η έντυπη ή ηλεκτρονική αναπαραγωγή της συγκεκριμένης επιστημονικής εργασίας μόνο για εκπαιδευτική ή ερευνητική χρήση και με την προϋπόθεση ότι τα τυχόν αντίγραφα περιλαμβάνουν την αρχική σελίδα και την παρούσα σημείωση πνευματικών δικαιωμάτων. Απαγορεύεται αυστηρά η αναδημοσίευση, μέρους ή όλου των πρακτικών για οικονομικό όφελος, χωρίς την έγγραφη άδεια του εκδότη. Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα.

Επιμέλεια έκδοσης:

Σπύρος Χ. Πανταζής, Ελένη Π. Μαράκη
Γεώργιος Ε. Στριλιγκάς, Εμμανουήλ Δ. Μπελαδάκης,
Ιωάννης Α. Τζωρτζάκης, Χριστόφορος Ε. Αρβανίτης,
Ευγενία Ε. Ψαλτάκη, Χρήστος Σ. Ντρουμπογιάννης

Τυποτεχνική επιμέλεια:

Ιωάννης Α. Τζωρτζάκης
Ειρήνη Γ. Μαρκάκη

Εκδόσεις Ινστιτούτο Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών
Copyright © 2019

Σχεδιασμός εξωφύλλου & εκτύπωση:

Γραφικές Τέχνες ΕΜΜ. ΠΑΤΕΡΑΚΗΣ & ΣΙΑ Ε.Ε
Κομνηνών 68 Πόρος, Ηράκλειο Κρήτης
Τ.: 2810 227933, Ε.: printpat@otenet.gr



ISBN: 978-618-84507-3-8

Γ' ΜΕΡΟΣ:

Οικογενειακό Περιβάλλον — Γονική Παρέμβαση

Ερώτηση: Βαθμολογήστε την επίδραση που έχουν οι παρακάτω παράγοντες στην εκπαιδευτική διαδικασία μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες:

	ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ
1.	Η αμφίπλευρη επικοινωνία (σχολείου - γονέα).	
2.	Η αμφίπλευρη συνεργασία (σχολείου - γονέα).	
3.	Η πλήρης εμπλοκή των γονέων.	
4.	Η συχνή ενημέρωση της προόδου του μαθητή από τον εκπαιδευτικό της τάξης.	
5.	Η ενεργός συμμετοχή των γονέων στην σχολική κοινότητα.	

ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΚΟΧΛΙΑΚΗΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ

Δρ Πάρης Μπίνος SLT

paris.binos@cut.ac.cy

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σκουλικάρη Ειρήνη SLT MSc

eskoulikari@gmail.com

City University, London

Περίληψη

Η ανάπτυξη της γλώσσας, μέσα από την πρώιμη εξειδικευμένη παρέμβαση που στηρίζεται σε τεκμηριωμένα κλινικά προγράμματα αποκατάστασης αποτελεί βασικό στόχο της διεπιστημονικής Ομάδας των ΚΕ (Κοχλιακών Εμφυτεύσεων) στις ΩΡΛ (Ωτορινολαρυγγολογικές) κλινικές. Το διεπιστημονικό μοντέλο παρέμβασης μπορεί να καλύψει τις ανάγκες συνεχούς παρακολούθησης, αξιολόγησης, καθοδήγησης και συμβουλευτικής που απαιτούν οι ασθενείς τόσο προεγχειρητικά, όσο και μετά την τοποθέτηση του ΚΕ, μιας και η τοποθέτηση χωρίς μετεγχειρητική παρέμβαση δεν αρκεί. Στόχος του παρόντος άρθρου είναι η παρουσίαση των ειδικοτήτων που συναποτελούν τη διεπιστημονική ομάδα, ο ρόλος τους και κυρίως η συμβολή της Λογοπαθολογίας. Ο πρώιμος ανιχνευτικός έλεγχος ακοής συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση και αποτελεί ένα ισχυρό διαγνωστικό εργαλείο της διεπιστημονικής ομάδας. Η έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση, βασιζόμενη σε τεκμηριωμένες πρακτικές της προφορικής εκπαίδευσης και ακουστικο-λεκτικής θεραπείας, θα συμβάλει στην ανάπτυξη ενός προγράμματος χαμηλού κόστους, υψηλής όμως αποτελεσματικότητας, με τελικό σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου.

Λέξεις κλειδιά: Λογοθεραπεία, Κοχλιακό Εμφύτευμα, Διεπιστημονικότητα, Τεκμηριωμένη Πρακτική

1. Εισαγωγή

Η ανεξάρτητη επιστήμη της Λογοπαθολογίας είναι εκ φύσεως διεπιστημονική, ο δε ρόλος του Λογοθεραπευτή ισότιμος των άλλων μελών της ομάδας. Εμπλουτίζεται μέσα από τα ερευνητικά πορίσματα συναφών επιστημονικών κλάδων όπως η ιατρική, η ψυχολογία, οι παιδαγωγικές επιστήμες, η γλωσσολογία, η κοινωνιολογία αλλά και άλλες ανθρωποκεντρικές επιστήμες. Ο Λογοθεραπευτής στην Ελλάδα κατέχει βασικό πτυχίο σπουδών Λογοθεραπείας και ασκεί το επάγγελμά του βάσει του υπ' αριθμ. 96/2002 ΠΔ (ΦΕΚ Α.82/18-4-2002) και σύμφωνα με αυτό μπορεί, μεταξύ άλλων, να:

α. Αξιολογεί την ανθρώπινη επικοινωνία-φωνή, ομιλία, λόγο (προφορικό, γραπτό) και να ασκεί πρόληψη, να κάνει διαγνωστική αξιολόγηση και να θεραπεύει τις διαταραχές που συνδέονται με αυτή καθώς και των διαταραχών που σχετίζονται με τις καταποτικές κινήσεις του στοματοφάρυγγα.

Γίνεται σαφές από τα ανωτέρω, πως η ίδια η φύση της ανθρώπινης επικοινωνίας είναι που καθιστά την Λογοθεραπεία μια επιστήμη που δεν σχετίζεται αποκλειστικά με καμία συναφή επιστήμη. Δεν υπάρχει άμεση συνάφεια πχ. με την ΩΡΛ ειδικότητα της Ιατρικής επιστήμης, ενώ έμμεση με την ειδικότητα της Νευρολογίας για παράδειγμα. Πρόκειται σαφώς για μια διεπιστημονική επιστήμη, με διεπιστημονική αξιολόγηση ασθενούς και παρέμβαση η οποία θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της όλες τις παραμέτρους που εισάγουν οι συναφείς επιστήμες. Ως επάγγελμα υγείας, στόχος της Λογοθεραπευτικής παρέμβασης είναι φυσικά η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η ολιστική αντιμετώπιση κάθε περιστατικού από τις διεπιστημονικά στελεχωμένες ομάδες παρέμβασης κρίνεται απαραίτητη για την πολύπλευρη αντιμετώπιση και την εξατομικευμένη προσέγγιση που είναι επιθυμητός στόχος κάθε ομάδας αποκατάστασης.

Στόχος της διεπιστημονικής ομάδας μέσα στα πλαίσια της αποκατάστασης είναι παιδιά από τη νηπιακή ακόμα ηλικία, αλλά και ενήλικες που χρίζουν της ειδικής θεραπείας που προσφέρει η Λογοθεραπεία. Ειδικά, η παρέμβαση στους ενήλικες αποκτά ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και σημασία για την ποιότητα ζωής του ατόμου, λόγω των εδραιωμένων συμπεριφορών και εμπειριών που προϋπάρχουν και επηρεάζουν πολλές φορές τις κλινικές αποφάσεις των ειδικών και συνεπώς κρίνεται δυσκολότερης μορφής σε σύγκριση με την αντίστοιχη παρέμβαση στα παιδιά. Σημαντικό είναι το γεγονός, πως ανεξάρτητα το που απευθύνεται κάθε φορά η παρέμβαση παραμένει στα στάδιά της ίδια. Έτσι, αρχικά διεξάγεται πάντα η προσωπική αξιολόγηση και έπειτα έρχεται διεπιστημονική ομάδα να συνθέσει τα επιμέρους κομμάτια αξιολόγησης και διάγνωσης προκειμένου να επικεντρωθεί στην αντιμετώπιση του περιστατικού. Η παρέμβαση αυτή, στηριζόμενη σε ένα διεπιστημονικό βέβαια μοντέλο δεν θα σταματήσει εκεί. Θα συνεχιστεί σε όλη την αναγκαία διάρκεια παρέμβασης πραγματοποιώντας τις αναγκαίες επαναξιολογήσεις, ώστε να «χαρτογραφείται» η αποτελεσματικότητα της εκάστοτε παρέμβασης.

Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφερθεί το γεγονός, πως ειδικά στην επιστήμη της Λογοθεραπείας, μεγάλο μέρος των περιστατικών της παρουσιάζει συννοσηρότητα. Γίνεται σαφές έτσι η ανάγκη της ύπαρξης διεπιστημονικής ομάδας μιας και η επιστήμη της Λογοθεραπείας δεν μπορεί να αντιμετωπίσει απομονωμένα και αποκλειστικά έναν ασθενή, στον οποίο μια ποικιλία συμπτωμάτων και αδυναμιών κάνουν την εμφάνισή τους. Στην ανωτέρω κλινική εικόνα, θα πρέπει να συνυπολογιστούν και οι παράπλευρες συνέπειες της συννοσηρότητας που διαχέουν την καθημερινότητα των επικοινωνιακών παρτενέρ και οικογενειών των ασθενών αυτών. Βασική κατεύθυνση που διέπει την κλινική πράξη της επιστήμης της Λογοθεραπείας είναι το αξίωμα του ΠΟΥ πως «*η υγεία είναι κατάσταση απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η έλλειψη αρρώστιας ή αναπηρίας*» (WHO, 1948).

2. Κυρίως μέρος

Βασικός στόχος της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της διεπιστημονικότητας που πρέπει να υπάρχει και εφαρμόζεται και στην Ελλάδα, στις ομάδες Κοχλιακής Εμφύτευσης. Θα πρέπει να τονιστεί ότι συνεργασία της επιστήμης της Λογοθεραπείας συναντούμε και σε άλλα

πλαίσια όπως οι ψυχιατρικές/παιδοψυχιατρικές μονάδες, ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, ΚΕΦΙΑΠ (Κέντρα Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης), ΚΕΣΥ (Κέντρα Έρευνας και Συμβουλευτικών Υπηρεσιών) και άλλες δομές του ΥΠΑΙΘ. Η ύπαρξη διεπιστημονικής συνεργασίας στις εν λόγω ομάδες αποκατάστασης έχει μεγάλη σημασία τόσο για την αξιολόγηση και αποκατάσταση του ίδιου του ασθενούς, όσο και για την οικογένεια του ατόμου με την απώλεια ακοής. Η σημασία, οι ρόλοι και οι κατευθύνσεις της διεπιστημονικής αυτής ομάδας θα τονιστούν παρακάτω, μιας και οι τεχνολογικές σήμερα εξελίξεις για την ακουστική αποκατάσταση είναι τόσο ραγδαίες που τα ψηφιακά ακουστικά βαρηκοΐας, αλλά και τα κοχλιακά εμφυτεύματα έχουν κυριολεκτικά μεταμορφώσει την εκπαίδευση των βαρήκοων και κωφών παιδιών, αλλά και τις ζωές ενήλικων.

Μεγάλο μέρος των σημερινών περιστατικών με διάγνωση βαρηκοΐας-κώφωσης είναι νήπια. Αυτό είναι το αποτέλεσμα που έχει επιτευχθεί μετά από μια μακρά πορεία ερευνών και προσπαθειών πλήθους διεπιστημονικών ομάδων που τόνισαν την σημασία έγκαιρης διάγνωσης, ώστε να μπορούμε σήμερα έγκαιρα να εκμεταλλευόμαστε το «παράθυρο» της γλωσσικής ανάπτυξης. Ο έλεγχος αυτός ονομάζεται Πρώιμος Ανιχνευτικός Έλεγχος Ακοής και αποτελεί την τυπική πλέον διαδικασία μετά την γέννηση για κάθε νήπιο, προκειμένου να αξιολογηθεί η ακοή του (Tye-Murray, 2012). Η γλωσσική ανάπτυξη δεν μπορεί να επιτευχθεί σε κάθε ηλικία και κυρίως δεν μπορεί να φθάσει στο επίπεδο επιδόσεων για κάθε άτομο που απέκτησε ακοή σε διαφορετική ηλικία.

Η παραγωγή ομιλίας είναι ο καλύτερος δείκτης της αντίληψης ενός παιδιού, διότι τα παιδιά παράγουν ό,τι ακούν και με τον τρόπο που το ακούν. Όταν ένα παιδάκι με φυσιολογική ακοή βρίσκεται σε ένα περιβάλλον όπου εκτίθεται στην ομιλία, τότε το παιδί ωφελείται ποικιλοτρόπως. Μαθαίνει να ακούει, να μιμείται, αρχίζει να κατανοεί τις λειτουργίες της γλώσσας και της ομιλίας και κυρίως αρχίζει και παράγει δομές του λόγου που είναι αναγκαίες για την περαιτέρω γλωσσική του ανάπτυξη, το βάβισμα. Πρόκειται για τις πρώτες παραγωγές που οι περισσότεροι γονείς παρατηρούν, «μπαμπά»-«μαμά» κτλ, αλλά ενώ πρόκειται για δομές χωρίς νόημα εμφανίζονται έγκαιρα λόγω αρθρωτικής ωριμότητας, αλλά και της ύπαρξης φυσιολογικής ακοής. Οι γονείς θα πρέπει να αναμένουν τις πρώτες αυτές παραγωγές ήδη από τους πρώτους 5-6 μήνες ζωής, ενώ οπωσδήποτε θα πρέπει να έχουν κάνει την εμφάνισή τους το αργότερο μέχρι και τους 10 πρώτους μήνες ζωής (Lynch et al., 1995· Oller, 2000).

Τα παιδιά τα οποία απέτυχαν στον λεγόμενο Πρώιμο Ανιχνευτικό Έλεγχο Ακοής και έλαβαν επίσημη διάγνωση απώλειας ακοής, αλλά δεν έχουν προχωρήσει στην τοποθέτηση κάποιου ακουστικού βοηθήματος (ακουστικό βαρηκοΐας ή κοχλιακό εμφύτευμα), δεν είναι σε θέση να κάνουν την μετάβαση από το πρώτο όχημα ανάπτυξης ομιλίας, δηλαδή το βάβισμα στον ώριμο ενήλικο λόγο. Παρόλα αυτά, με την κατάλληλη ακουστική αποκατάσταση αρχικά και δευτερευόντως με ειδική θεραπεία μετεγχειρητικά από ειδικευμένους Λογοπαθολόγους, θα μπορέσουν να αναπτύξουν ικανοποιητικά επίπεδα ομιλίας συγκρίσιμα μάλιστα με εκείνα των παιδιών φυσιολογικής ακοής.

Όπως προαναφέρθηκε, το τί λέει όμως το παιδί αποτελεί την καλύτερη ένδειξη για το τί ακούει. Περιορισμένη ακουστική πρόσβαση και απώλεια μεγάλου εύρους συχνοτήτων οδηγούν σε λάθη παραγωγής, ως αποτέλεσμα αυτής της ακουστικής αποστέρησης. Για παράδειγμα, μια πιθανή απώλεια υψηλών συχνοτήτων (2K-8K Hz) θα οδηγήσει τον Λογοπαθολόγο να αξιολογήσει πιθανές δυσκολίες παραγωγής σε τιβώδεις ήχους (ήχοι που παράγονται δημιουργώντας μια στένωση σε κάποιο σημείο του φωνητικού καναλιού πχ το σίγμα). Αντίστοιχα, μια απώλεια χαμηλών συχνοτήτων στο ακούγραμμα μπορεί να οδηγήσει σε φτωχές αντιληπτικές ικανότητες φωνηέντων αλλά και προσωδιακών στοιχείων, αναγκαίων για την αντίληψη της ανθρώπινης ομιλίας (σχετική αδυναμία οδηγεί σε αυτό που αποκαλούμε «ρομποτική» ομιλία, που χαρακτηρίζεται από ελάχιστες διακυμάνσεις της χροιάς της φωνής). Η ακουστική αυτή αποστέρηση θα οδηγήσει έτσι σε περιορισμένη έκθεση του παιδιού σε γλωσσικά ερεθίσματα, ενώ θα επηρεαστεί αρνητικά και η ακουστική ανάπτυξη εξειδικευμένων εγκεφαλικών κέντρων. Αυτός ο περιορισμός

γλωσσικών ερεθισμάτων θα επηρεάσει ακόμα τον Δείκτη Νοημοσύνης, αλλά και το λεξιλόγιο του παιδιού στην ηλικία των 3 ετών (Hart & Risley, 1995).

Ο ειδικός Λογοπαθολόγος καλείται κάθε φορά παρουσία ενός αρθρωτικού λάθους να αξιολογήσει εάν αυτό προέρχεται από μια φτωχή αντίληψη ή αντίστοιχα κακή παραγωγή, διότι κάθε τομέας απαιτεί άλλη θεραπευτική αντιμετώπιση. Σημαντικό ρόλο παίζει η διάρκεια που το παιδί είχε ακοή, καθώς και το χρονικό διάστημα που κάνει χρήση ενός ακουστικού βοηθήματος. Οι γονείς θα πρέπει να έχουν υπόψη ότι μια κατά μέσο όρο 4ωρη ημερήσια χρήση του βοηθήματος, θα αναγκάσει το παιδί να χρειαστεί 6 έτη για να ακούσει όσα ένα παιδί φυσιολογικής ακοής, ακούει σε 1 έτος. Μια μικρή ακουστική εμπειρία δεν θα πρέπει να συνδεθεί με εξαιρετικές αντιληπτικές ικανότητες ή μεγάλο πλήθος παραγωγών στην ομιλία του παιδιού.

Η τοποθέτηση ενός κοχλιακού εμφυτεύματος σήμερα αποτελεί μια τυπική διαδικασία για την αποκατάσταση παιδιών με αμφοτερόπλευρη βαρηκοΐα μεγάλου βαθμού ή αμφοτερόπλευρη κώφωση, σε περιπτώσεις όπου η πρότερη τοποθέτηση ενός απλού ακουστικού βαρηκοΐας δεν ήταν επωφελής. Τα κριτήρια σύμφωνα με το National Center for Hearing Assessment & Management των ΗΠΑ, με τα οποία κρίνεται η τοποθέτηση των ΚΕ απεικονίζονται στο Παράρτημα 1.

Σημαντικό ρόλο βέβαια στην αντιμετώπιση αντίστοιχων περιστατικών ακουστικής απώλειας έχει η διεπιστημονική ομάδα αποτελούμενη από έναν ΩΡΛ Ιατρό, το Λογοπαθολόγο και εάν υπάρχει έναν Ακοολόγο. Η συνεργασία συνεχίζεται και εκτός βέβαια του πλαισίου αποκατάστασης με τη συνεργασία Ειδικών Παιδαγωγών και Δασκάλων Κωφών, εφόσον υπάρχει ανάγκη. Η αξιολόγηση θα αναδείξει τελικά ποιες ειδικότητες θα πρέπει να συνεργαστούν και τι στόχους θεραπείας θα θέσουν, αλλά και σε ποια συχνότητα. Μέσα από τις ανάγκες διαχείρισης των περιστατικών στις ΩΡΛ Κλινικές προέκυψε έτσι η ανάγκη συνεργασίας μεταξύ του ΩΡΛ ιατρού της ομάδας, του εξειδικευμένου Λογοπαθολόγου, του Ψυχολόγου και του Κοινωνικού Λειτουργού. Συνεργασία της ομάδας μπορεί σε δεύτερη φάση να υπάρχει και με άλλες ειδικότητες εκτός του κλινικού πλαισίου. Κάθε ειδικότητα από τις ανωτέρω μπορεί και παρέχει μια μοναδική οπτική της παρούσας κατάστασης του παιδιού, αναγκαία για τη συνολική αξιολόγηση της υποψηφιότητας για ΚΕ.

Σκοπός αυτής της πρώιμης παρέμβασης και εκπαίδευσης από την διεπιστημονική ομάδα είναι:

1. Να εκμεταλλευθούμε το χρόνο κατά την περίοδο εξέλιξης του λόγου, ώστε οι μετέπειτα επιδόσεις του παιδιού με κάποιο ακουστικό βοήθημα, να μπορούν να συγκριθούν με τα παιδιά φυσιολογικής ακοής και αντίστοιχης χρονολογικής ηλικίας.
2. Να μπορέσουμε να αξιοποιήσουμε όσο γίνεται τις δυνατότητες και ακουστικά υπόλοιπα του παιδιού.
3. Να μπορέσει να εκπαιδευθεί το παιδί, να μάθει να ακούει και να αλληλοεπιδρά με το περιβάλλον του μέσω προφορικού λόγου.
4. Να συμβάλλουμε έγκαιρα στη θεμελίωση βάσεων της κοινωνικοποίησής του, συμβάλλοντας έτσι και στην ακαδημαϊκή επιτυχία.

Για την διεπιστημονική ομάδα των ΩΡΛ Κλινικών, σημαντικός είναι ο διαχωρισμός των περιστατικών ανάλογα με την σοβαρότητα της βαρηκοΐας. Η σχολική ένταξη είναι πιο εύκολη σε περιπτώσεις με μικρές απώλειες ακοής έως και με μια μέση βαρηκοΐα. Αντίστοιχα σε σοβαρά περιστατικά και εφόσον εκπληρώνουν τα κριτήρια της ΚΕ είναι μεγάλης σημασίας η μετεγχειρητική παρέμβαση, αλλά και η ενίσχυση του παιδιού σε κάθε επίπεδο (οικογενειακό, σχολικό, προσωπικό).

Κάθε διεπιστημονική ομάδα στις ΩΡΛ Κλινικές που ασχολείται με την κοχλιακή εμφύτευση θα αποτελείται κυρίως από:

1. Έναν/μια ΩΡΛ. Ρόλος: Αξιολογεί από ιατρικής-ακοολογικής πλευράς κάθε περιστατικό και αξιολογεί την ρύθμιση και λειτουργία ενός ΚΕ. Διεξάγει διάφορα ακοολογικά τεστ αλλά και ειδικά τεστ όπως CT, MRI ώστε να μπορέσει να αξιολογήσει την ανατομική

λειτουργικότητα του συστήματος ακοής, αλλά και να προσδιορίσει την αιτία και το είδος της βλάβης. Ο ΩΡΛ με χειρουργική ειδικότητα είναι σε θέση να ενημερώσει τους γονείς ενός νηπίου τι να περιμένουν κατά την διάρκεια μιας πιθανής χειρουργικής επέμβασης, αλλά και εξίσου σημαντικά ποιες προσδοκίες μπορούν να έχουν μετεγχειρητικά.

2. Έναν/μία εξειδικευμένο/η Λογοθεραπευτή/τρια. Ρόλος: Αξιολογεί τη γλωσσική ανάπτυξη και ομιλία του παιδιού. Στόχος είναι η αξιολόγηση της επικοινωνίας του παιδιού και η παροχή προφορικής εκπαίδευσης και/ή ακουστικο-λεκτικής θεραπείας, μετά την πιθανή τοποθέτηση του ΚΕ. Ο/η Λογοθεραπευτής/τρια μπορεί ακόμα να βοηθήσει με τη συμβουλευτική προς την οικογένεια, αφού η τοποθέτηση του ΚΕ δε λύνει από μόνη της το πρόβλημα της απώλειας ακοής. Εφόσον απαιτείται μπορεί να παρέχει ακόμα την τεκμηριωμένη πρακτική εκπαίδευση στο παιδί ακόμα και στο σπίτι του, εφόσον οι περιστάσεις το απαιτούν (Μπίνος, 2019).
3. Έναν/μία Ψυχολόγο. Ρόλος: Η επιστήμη της Ψυχολογίας μπορεί να παρέχει μια αξιόπιστη εικόνα των γνωστικών λειτουργιών του παιδιού και της γενικής του ανάπτυξης. Επίσης, μπορεί να αξιολογήσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας της οικογένειας προς το παιδί, αλλά και το εάν το παιδί λαμβάνει ένα κατάλληλο εκπαιδευτικό πρόγραμμα μετεγχειρητικά.

Πέρα από τις ανωτέρω ειδικότητες που απαρτίζουν αναγκαστικά την διεπιστημονική συγκεκριμένη διεπιστημονική ομάδα, οι συνεδριάσεις και συνεργασίες αυτής μπορούν να εμπλουτιστούν (εφόσον κρίνεται αναγκαίο) και με επιπλέον ειδικότητες (ακοολόγος, ειδικός εκπαιδευτικός κ.ά.). Έτσι, γίνεται σαφές πως κάθε οργανικός, βιολογικός, ανατομικός παράγοντας παίζει σημαντικό ρόλο για την ομάδα της ΚΕ, εφόσον κάθε ένας μπορεί να φέρει εμπόδια στην ομαλή πορεία γλωσσικής ανάπτυξης. Αντίστοιχα, μια ένρινη ομιλία ή φωνολογική διαταραχή, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη από τη συγκεκριμένη ομάδα μιας και μπορεί να συνδέεται με ένα ιστορικό επαναλαμβανόμενης ωτίτιδας. Παράλληλα, περιβαλλοντικοί και οικογενειακοί παράγοντες συχνά αποτελούν στοιχεία ανάσχεσης της θεραπείας μετεγχειρητικά, οπότε η αξιολόγηση του Ψυχολόγου έχει ιδιαίτερη σημασία. Μια μη αντιμετώπιση των αναγκών ψυχικής υγείας του παιδιού δύναται να επιδεινώσει τις ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες, ενώ έτσι υπονομεύεται και η μελλοντική ακαδημαϊκή πορεία.

Η επιτυχία της διεπιστημονικής παρέμβασης των Ομάδων ΚΕ κρίνεται και πάλι βάσει κάποιων κριτηρίων:

1. Φυσιολογική ανατομική του κοχλία
2. Έγκαιρη τοποθέτηση του ΚΕ σε μικρή χρονολογική ηλικία (10-12 μηνών)
3. Το γλωσσικό επίπεδο του παιδιού πριν την τοποθέτηση του ΚΕ
4. Ισχυρή ενεργοποίηση της οικογένειας προκειμένου να ανταποκρίνονται στα αναγκαία ραντεβού με τους ειδικούς, τη λήψη εκπαίδευσης στη λειτουργία του ΚΕ αλλά και τη συμμετοχή σε μετεγχειρητικά εκπαιδευτικά προγράμματα
5. Η παροχή κατάλληλου ειδικού θεραπευτικού προγράμματος που βασίζεται στην εκπαίδευση της ακοής και η συνεργασία με εξειδικευμένο Λογοθεραπευτή που θα παρέχει ένα πρόγραμμα ανάπτυξης των ομιλητικών ικανοτήτων του παιδιού, μέσα από τη χρήση του ΚΕ.

Πολλές φορές, παρά τις προσπάθειες της διεπιστημονικής ομάδες στις ανωτέρω κατευθύνσεις οι γονείς αναπτύσσουν συμπεριφορές υψηλών προσδοκιών ή και απάθειας, αφού έχουν συχνά την εντύπωση πως η τοποθέτηση του ΚΕ έλυσε όλα τα προβλήματα. Η αποστέρηση του παιδιού από τα αναγκαία ομιλητικά ερεθίσματα δε συμβάλει μετεγχειρητικά στην επιτυχία του ΚΕ, όπως και η παρουσία γλωσσικών διαταραχών ή μηνιγγίτιδας. Επιπρόσθετα, περιστατικά μεγάλης χρονολογικής ηλικίας που δεν ανέπτυξαν ποτέ προφορικό λόγο (προγλωσσικά) και κάνουν αποκλειστική χρήση της Νοηματικής Γλώσσας (ΝΓ), ενώ δεν έχουν ικανότητα χειλοανάγνωσης είναι περιστατικά όπου δεν ενδείκνυται η εμφύτευση.

3. Συμπεράσματα

Η ανάπτυξη της γλώσσας, μέσα από την πρώιμη εξειδικευμένη παρέμβαση που στηρίζεται σε τεκμηριωμένα κλινικά προγράμματα αποκατάστασης αποτελεί βασικό στόχο της διεπιστημονικής Ομάδας των ΚΕ στις ΩΡΛ κλινικές. Μέσα από την ακοή, το παιδί μαθαίνει και λαμβάνει όλα τα εισερχόμενα ερεθίσματα (Nevins & Chute, 1996). Η τοποθέτηση ενός ΚΕ δεν είναι απλή διαδικασία και σίγουρα η μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων που προσφέρει είναι και πρέπει να αποτελεί πρώτη προτεραιότητα για τα παιδιά αυτά. Η διεπιστημονική ομάδα, μόνο συνεργαζόμενη μπορεί να επιφέρει την βελτίωση των επιδόσεων των παιδιών με ΚΕ, ενώ θα πρέπει να κάνει σαφές στους γονείς πως κάθε παιδί με ΚΕ έχει διαφορετικές επιδόσεις στο σχολείο. Μια παράμετρος που εξαρτάται όπως προαναφέρθηκε από πολλούς παράγοντες. Η υποστήριξη της οικογένειας από την ομάδα αποτελεί «εκ των ων ουκ άνευ» και γι' αυτό υπάρχει η ανάγκη για ομάδες επιστημονικώς καταρτισμένες και ενήμερες ώστε να μπορούν να συμβάλλουν θετικά στην πορεία ανάπτυξης του παιδιού.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Μπίνος, Π. (2019). Λογοθεραπεία βασισμένη σε Τεκμηριωμένες Κλινικές Πρακτικές. *Πρακτικά* του Πανελληνίου Συνεδρίου «Νέος Παιδαγωγός». 11-12 Μαΐου, Αθήνα.
- Tye-Murray, N. (2012). Θεμελιώδεις αρχές ακουστικής αποκατάστασης: Παιδιά, ενήλικες και μέλη της οικογένειάς τους (1η Ελληνική Έκδοση. Τρίμης Ν, Επιμ.). Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης – Broken Hill Publishers LTD.

Ξενόγλωσση

- Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Company.
- Lynch, M.P., Oller, D.K., Steffens, M.L., Levine, S.L., Basinger, D.L., Umbel, V.M. (1995). Development of speech-like vocalizations in infants with Down syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 100(1), 68-86.
- Nevins, M.E., & Chute, P.M. (1996). *Children with cochlear implants in educational settings*. Singular Publishing Group Inc: San Diego.
- Oller, D.K. (2000). *The emergence of the speech capacity*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- WHO (1948). Adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

Παράρτημα 1: Κριτήρια Κοχλιακής Εμφύτευσης βάσει κατασκευαστών

General FDA Cochlear Implant Guidelines		
Company	Device Name	Pediatric Approval Guidelines
Advanced Bionics	Implant: HiRes90K Processors: • Naida CI Q90 • Neptune	12 months to 17 years • Profound, bilateral sensorineural hearing loss (>90dB). • Used appropriately fit hearing aids in children under 2 for at least 6 months and for children 2-7 years of age for at least 3 months with little to no benefit. <4 years • Failure to reach appropriate developmental milestones as measured by IT-MAIS or MAIS and/or <20% word recognition testing. >4 years • <12% on word recognition testing. • <30% on sentence recognition testing.
Cochlear™	Implant: Cochlear Nucleus® Profile Implant Processors: • The Kanso™ • Nucleus® 6	2 to 17 years • Severe-to-profound bilateral sensorineural hearing loss. • Limited benefits from binaural hearing aid trial with word recognition scores ≤30%. 12 to 24 months • Profound sensorineural hearing loss. • Limited benefits from binaural hearing aid trial. Older Children • ≥30% on MLNT or LNT. Young Children • Lack of progress for 3-9 months with amplification and intensive aural rehabilitation.
MED-EL	Implant: MED-EL Cochlear Implant System—Synchrony Processors: • Sonnet • Rondo	12 months to 17 years, 11 months • Bilateral, profound sensorineural hearing loss with at least a 90dB loss at 1000Hz. • 3-6 month hearing aid trial. • Little or no benefits from appropriately fit binaural hearing aids. • Lack of progress in developing auditory skills with amplification and intensive aural rehabilitation. • Scoring <20% on speech recognition tests MLNT or LNT.