

## **SUVREMENA REHABILITACIJA ODRASLIH OSOBA SA STEČENIM OŠTEĆENJEM SLUHA**

### **CONTEMPORARY REHABILITATION OF ADULTS WITH ACQUIRED HEARING LOSS**

LUKA BONETTI, IVA RATKOVSKI, BORIS ŠIMUNJAK\*

**Deskriptori:** Osobe s oštećenjem sluha – psihologija, rehabilitacija; Starenje – fiziologija, psihologija; Slušna pomagala – korištenje; Kvaliteta života; Komunikacija; Govorna percepcija; Samoprocjena; Savjetovanje; Edukacija pacijenta; Zadovoljstvo pacijenta

**Sažetak.** Oštećenje sluha stekne svaka četvrta osoba u dobi iznad 60. godine. Ono otežava komunikaciju i time narušava društveni život, emocionalnu dobrobit, funkcionalni status i mentalno zdravlje. Smanjenje njegova utjecaja na kvalitetu života suvremena intervencija nastoji ostvariti psihosocijalnim pristupom. To podrazumijeva nadogradnju dodjele slušnog pomagala instruktivnim aktivnostima, komunikacijskim treningom i savjetovanjem koje provode različiti stručnjaci radi osnaživanja novih korisnika slušnih pomagala u prihvaćanju gubitka sluha, maksimalnom iskorištavanju preostalog sluha za uspješnu komunikaciju te sprječavanju socijalne izolacije. Ovaj rad opisuje pretpostavke i sastavnice holističkog, interdisciplinarnog procesa intervencije u području stečenog oštećenja sluha kod starijih osoba. U radu je izneseno do sada spoznato o: složenim posljedicama oštećenja sluha i njihovoj vrlo individualnoj prirodi; ovisnosti uspjeha intervencije o utvrđivanju i zadovoljavanju različitih specifičnih pojedinačnih potreba proizašlih iz gubitka sluha; načinima strukturiranja i evaluacije psihosocijalne intervencije; doprinosu holističkog modela intervencije prevenciji i/ili ublažavanju ukupnog utjecaja gubitka sluha na kvalitetu života.

**Descriptors:** Persons with hearing impairments – psychology, rehabilitation; Aging – physiology, psychology; Hearing aids – utilization; Quality of life; Communication; Speech perception; Self-assessment; Counseling; Patient education as topic; Patient satisfaction

**Summary.** Every fourth person aged over 60 years acquires hearing loss. Due to its interference with interpersonal communication, hearing loss undermines social life, emotional well-being, functional status and mental health. Modern intervention seeks to reduce the impact of hearing loss on the quality of life through a psycho-social approach. This implies upgrading the hearing aid fitting process with instructional activities, communication training and counseling carried out by an interdisciplinary team. The team's task is to empower a new hearing aid user to accept hearing loss, to use the residual hearing capabilities for functional communication and to prevent social isolation. This paper describes the assumptions and components of a holistic, interdisciplinary process of intervention in the area of acquired hearing loss in the elderly. The paper presents the complex consequences of hearing loss and their highly individual nature; the way on which intervention outcomes depend on determining and satisfying various specific individual needs resulting from hearing loss; the structure and evaluation process of psychosocial intervention for elderly with hearing loss; contribution of the holistic model of intervention to the prevention and/or mitigation of the overall impact of hearing loss on quality of life.

Liječ Vjesn 2017;139:292–298

Stečeno oštećenje sluha (SOS) prisutno je kod 30% osoba u dobi od 65. godine.<sup>1</sup> Njegova pojavnost i posljedice čine ga kroničnim stanjem odraslih čiji se ekonomski utjecaj stabilno kroz vrijeme mjeri u milijardama,<sup>2-7</sup> a s obzirom na povezanost starenja i SOS-a,<sup>8</sup> na starenje populacije te na porast prosječnoga životnog i radnog vijeka, procjenjuje se da će potražnja za rehabilitacijskim uslugama biti sve veća.<sup>9</sup> Međutim, SOS većinom ostaje neotkriven i netretiran,<sup>10</sup> dodjela slušnog pomagala (SP) realizira se samo za 10% ukupne potrebe,<sup>11</sup> a potencijal za smanjenje najskupljih – psihosocijalnih troškova SOS-a – nije iskorišten.<sup>7</sup> Psihosocijalne posljedice SOS-a proizlaze iz otežane komunikacije i negativnih komunikacijskih iskustava, koja pridonose gubitku samopouzdanja i samopoštovanja<sup>12</sup> i smanjenju interakcija,<sup>13</sup> što ugrožava emocionalnu dobrobit. Spomenuto može voditi do depresije i smanjenja kognitivnog funkcioniranja<sup>14</sup> te nerijetko socijalne izolacije.<sup>15</sup> Hendikepirajući

činak SOS-a pomaže stigma ili skup neutemeljenih pretpostavaka<sup>16</sup> zbog kojih se osobe sa SOS-om doživljavaju kao naporni i nezanimljivi sugovornici smanjenih mentalnih sposobnosti,<sup>5</sup> dok samo stigma usporava traženje pomoći, što čini zapreku uspješnoj rehabilitaciji.<sup>17</sup> Tako SOS nadilazi osobnu razinu i prerasta u društveni problem s ozbiljnim ekonomskim učincima.

\* Odsjek za oštećenja sluha, Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet (doc. dr. sc. Luka Bonetti), Odjel za audiologiju, Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb (Iva Ratkovski, mag. log.), Zavod za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata, Klinička bolnica Sveti Duh (doc. dr. sc. Boris Šimunjak, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Doc. dr. sc. L. Bonetti, Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Borongajska cesta 83f, 10000 Zagreb, e-mail: luka.bonetti@erf.hr

Primljeno 29. ožujka 2017., prihvaćeno 25. rujna 2017.

### Potreba za holističkim interdisciplinarnim pristupom intervenciji

Intervencija kod SOS-a treba biti usmjerena na tri dimenzije:<sup>18</sup> *oštećenje* (promjenu u strukturi/funkciji uha), *teškoću* (funkcionalne posljedice oštećenja) i *ograničenje* (socijalne i emocionalne posljedice teškoće). Danas je općeprihvaćeno da intervencija usmjerena na oštećenje i teškoće ne može riješiti posljedice SOS-a na svakodnevni život.<sup>19</sup>

Gubitak sluha često se dijagnosticira godinama nakon primjećivanja prvih simptoma<sup>20</sup> jer se razvija postupno, bez boli i vidljivosti.<sup>21</sup> Zato je u povoljnim komunikacijskim situacijama još i sada moguće sudjelovati pa se prve komunikacijske teškoće objašnjavaju nesuradljivim, neprilagodljivim ili nepristojnim sugovornicima.<sup>22</sup> Traženje pomoći dugo se izbjegava zbog dojma da nas SOS čini nesposobnima i starijima,<sup>23</sup> slabima i ranjivima.<sup>24</sup> Stoga je česta reakcija na rane simptome SOS-a zataškavanje teškoća, njihovo opravdavanje raznim izgovorima i samouvjeravanje da je kvalitetan život moguć i sa slušanjem kakvo trenutačno jest.<sup>23</sup>

Čak i nakon audiološke potvrde veći dio dijagnosticiranih odgađa nabavu SP-a ili ga ne rabe. Većina potencijalnih korisnika osjeća da SP čine SOS vidljivim, a budući da se on smatra znakom slabosti, nesposobnosti i sramote,<sup>5</sup> nošenje SP-a nastoji se minimizirati. Predrasuda da SP ne pruža korist vrijednu „pokazivanja”<sup>27</sup> slušnih teškoća podupire želja za njihovom nevidljivošću, koja je potencijalnim korisnicima važna barem koliko i tehnička sofisticiranost, udobnost nošenja, lakoća upravljanja te cijena kupnje i održavanja SP-a.<sup>5</sup> Nažalost, inzistiranje na manjoj vidljivosti povećava rizik od nabave neodgovarajućeg SP-a te podupire neispravno stajalište da SOS treba skrivati.

Netretiranjem SOS-a njegove posljedice postaju sve izraženije, a negativna komunikacijska iskustva sve se više odražavaju na kvalitetu života; osoba sluša sve teže, kognitivni je napor za obradu slušnih podražaja sve veći, a spontanost komuniciranja sve manja.<sup>25</sup> Komunikacijske teškoće sve više negativno ističu osobu u društvu jer je udaljavaju od prihvaćenih norma i ponašanja pa ona postaje marginalizirana.<sup>26</sup> Stres povezan s takvim socijalnim iskustvima ima *fizičke posljedice* poput umora, napetosti mišića, glavobolja, probavnih problema i problema sa spavanjem<sup>27</sup> te *psihičke posljedice* poput nepovjerenja, kronične tuge ili depresije, ljutnje ili razdražljivosti, tjeskobe, usamljenosti, loše slike o sebi te osjećaja nesposobnosti.<sup>28</sup> Komunikacijski neuspjesi razvijaju anksioznost i uporan strah od neugodnih situacija, odnosno *socijalne fobije*,<sup>29</sup> koje vode u izolaciju,<sup>30</sup> čime je ugroženo i mentalno zdravlje.

Otežanom komunikacijom pogođen je i obiteljski život jer čujuća obitelj komunikacijske lomove često tumači kao nezainteresiranost, nevoljkost ili ravnodušnost, što izaziva uvrede, ljutnju i zamjeranje, a to dodatno opterećuje svakodnevni život.<sup>31,26,13</sup> Čujući supružnici, kao najčešći komunikacijski partneri, također postaju izloženi ograničenjima u svakodnevnom aktivnostima i odnosima, odnosno smanjenju kvalitete života.<sup>32</sup> Uloge u bračnom odnosu zbog SOS-a se mijenjaju, a njihove su posljedice: ljutnja, frustracija, ogorčenost, gubitak intimnosti. Također, čujući su partneri često iscrpljeni stalnim prilagodbama na komunikacijske teškoće i lomove, podnošenjem negiranja SOS-a od pogođenog partnera i neugodnostima u društvenim situacijama.<sup>33</sup>

Navedeno upućuje da socioemocionalne posljedice SOS-a mogu znatno utjecati na kvalitetu života osobe i njezine obitelji. S obzirom na to da uporaba SP-a potiče poboljšanja

kvalitete života,<sup>34</sup> njegova dodjela ostaje vrlo važna komponenta intervencije.<sup>35</sup> Međutim, doprinos SP-a smanjenju ukupnog utjecaja SOS-a na kvalitetu života u dijelu slučajeva može biti nedovoljan za rješavanje komunikacijskih i psihosocijalnih teškoća jer SP „ne vraća sluh”.<sup>36</sup> Stoga radi minimiziranja ukupnog utjecaja SOS-a na kvalitetu života stručna intervencija mora obuhvatiti i druge usluge.

### Obilježja holističkog pristupa intervenciji

Cilj suvremene rehabilitacije slušanja jest poboljšanje kvalitete života uklonjenjem, smanjenjem ili zaobilazanjem svih ograničenja koja proizlaze iz SOS-a.<sup>37</sup> Rehabilitaciju čine svi postupci, uređaji, informacije, interakcije ili terapije, usmjereni na smanjenje komunikacijskih, psihosocijalnih i ekonomskih posljedica gubitka sluha,<sup>38</sup> što podrazumijeva podjednaku stručnu posvećenost dodjeli SP-a i dobrobiti pojedinca.<sup>39,40,41</sup>

U žarištu je dobrobit pojedinca jer se u strahu od stigme SOS negira, a komunikacijske posljedice smanjuju i skrivaju, što vodi do izbjegavanja socijalnih situacija,<sup>42</sup> traženja i primanja stručne pomoći,<sup>43</sup> ugrožava društveni identitet<sup>42</sup> te čini podlogu razvoju emocionalnih teškoća. Zato konačan uspjeh intervencije ovisi o *prihvatanju* SOS-a.<sup>44</sup>

Prihvatanje SOS-a povezano je s njegovim *otkrivanjem*. „Prikrađajuća” priroda SOS-a i stigma često odgađaju traženje stručne pomoći i audiološku potvrdu zbog čega SOS ostaje netretiran godinama.<sup>45</sup> Rano otkrivanje i upravljanje SOS-om ključni su za minimiziranje njegovih dugoročnih učinaka<sup>46</sup> jer što je on dulje neprepoznat, to se više odgađa dodjela SP-a, što pogoduje daljnjem slabljenju slušanja, jačanju komunikacijskih teškoća i nakupljanju socioemocionalnih posljedica, a posredno socijalnoj izolaciji i kognitivnom propadanju jer su onda ugroženi i pozitivni učinci dodjele SP-a.<sup>20</sup>

Za rano otkrivanje SOS-a predloženi su programi probira. Međutim, oni se rijetko provode sustavno i ne daju jamstvo da će pojedinac tražiti i/ili primiti stručnu pomoć.<sup>46</sup> Zlatni standard otkrivanja SOS-a – tonska audiometrija<sup>47</sup> – nije ekonomična pretraga za probir. Audiometrijske pretrage ne pružaju informacije o utjecaju SOS-a na svakodnevno funkcioniranje pojedinca,<sup>48</sup> što je izuzetno važno jer je veći hendikep (veća ograničenja u aktivnostima i sudjelovanju) povezan s većim gubitkom sluha, većim socioemocionalnim posljedicama i lošijom kvalitetom života. Stoga je (samo)procjenjivanje slušnog hendikepa ekonomičnija strategija probira SOS-a i usmjeravanja prema rehabilitaciji onih kandidata koji bi od nje mogli i najviše profitirati<sup>46</sup> budući da doživljaj hendikepa više motivira na traženje i primanje pomoći.<sup>49</sup> Probir samoprocjenom pruža uvid u svakodnevno funkcioniranje povezano sa slušanjem, a ne samo u stupanj oštećenja, brz je i jednostavan u primjeni te ima potencijal potaknuti uspješnu rehabilitaciju.<sup>20</sup> Najširu primjenu među mjerama samoprocjene<sup>50</sup> ima upitnik *The Hearing Handicap Inventory for the Elderly – Screening Version* – HHIEs.<sup>51</sup> Njegova osjetljivost i specifičnost (25 – 100%, odnosno 66 – 97%, ovisno o načinu definiranja oštećenja sluha i rezultata koji upućuje na pozitivan nalaz),<sup>10</sup> čine ga pogodnim za probir na SOS > 40 dB na boljem uhu,<sup>52</sup> dok se vrijednosti tih obilježja obrnuto proporcionalno mijenjaju za oštećenja > 25 < 40 dB na boljem uhu.<sup>53,54,47</sup>

Edukacije o SOS-u i rehabilitacijskim opcijama također pokazuju potencijal za probir<sup>55,46</sup> i za povećanje aktivnosti u traženju stručne pomoći<sup>56</sup> iako donekle ovisi o obilježjima starije populacije i kontekstu učenja.<sup>57</sup> Za otkrivanje SOS-a kod starijih osoba korisne su i druge probirne metode poput

akumetrije, primjene ručnih audiometrijskih uređaja i otoskopije.<sup>58,10,50</sup> Međutim, ostaje pitanje opravdanosti troškova probira, s obzirom na to da ne postoje čvrsti dokazi da će probir otkriti kandidate koji će zaista nositi SP.<sup>59</sup> Zato sve važnije postaju studije praćenja, kao i stručna rješenja za maksimalno iskorištavanje SP-a, u čemu će presudnu ulogu imati povezanost socioemocionalnih posljedica SOS-a i propadanja kognitivnih funkcija. Predstojeći izazov jest dokazati pozitivan utjecaj probira na nošenje SP-a i posljedično smanjenje socijalne izolacije, odnosno propadanje mentalnih funkcija.<sup>60</sup>

### Dodjela slušnog pomagala

Komponenta intervencije koja slijedi otkrivanje SOS-a jest upravljanje tehničkim rješenjima radi maksimalnog iskorištavanja preostale slušne osjetljivosti, što se postiže dodjelom SP-a.<sup>35</sup>

Slušna pomagala kao potpora komunikaciji mogu pozitivno utjecati na obiteljski život, emocionalnu stabilnost, osjećaj kontrole te percepciju mentalnog funkcioniranja i zdravlja,<sup>61,62</sup> što ih čini važnim dijelom rehabilitacije,<sup>63</sup> no njihova je iskorištenost na tržištu iznenađujuće malena: 14 – 16% osoba sa SOS-om ne koristi se dodijeljenim SP-om ili ga ne nosi redovito,<sup>45</sup> dok 16% korisnika njime nije zadovoljno.<sup>64</sup> Procjenjuje se da SP rabi tek svaka peta osoba sa SOS-om,<sup>11</sup> a prema nekim navodima, dugogodišnjih je korisnika (8 i više godina nakon dodjele) jedva 50%.<sup>65</sup> Razlozi neuporabe jesu:<sup>66</sup> neugoda prilikom uporabe, očekivanje (pre)male pomoći, nesprenost u održavanju i upravljanju njegovim funkcijama i estetski razlozi, dok nenošenju pridonose i negiranje slušnih teškoća zbog straha od stigme te nepoznavanje/podcjenjivanje socioemocionalnih posljedica oštećenja sluha,<sup>23</sup> ne samo od potencijalnih korisnika već i njihovih primarnih liječnika.<sup>46</sup> Očekivanja mogu utjecati na doživljaj koristi i na samo (ne)nošenje, odnosno na zadovoljstvo ili razočaranje uporabom SP-a.<sup>67</sup> Osobe koje očekuju veću slušnu/komunikacijsku korist prijavljuju bolje ishode dodjele, češće nose SP i pozitivnije ocjenjuju svoje zadovoljstvo njegovom nabavom.<sup>68–70</sup> Za bučne situacije bez vizualne potpore očekivanja su najveća, a percipirana korist najmanja.<sup>71</sup>

Na način nošenja SP-a utječe i karakter korisnika, koji je klinički važan za uspješniju dodjelu. Osobe koje žele nabaviti i rabiti SP naginju praktičnim rješenjima, više su orijentirane na životne rutine i manje orijentirane na kreativno rješavanje složenih teškoća poput onih uzrokovanih SOS-om, ali snažnije u nošenju s izazovima; to su osobe koje nisu sumnjičave i cinične, nego sklone povjerenju i osobe koje ne žele iskoristiti društvenu potporu za svoje psihosocijalne teškoće pa stoga traže druga rješenja.<sup>68</sup>

Opisano upućuje na potrebu savjetovanja potencijalnih korisnika prije dodjele SP-a da bi se stvorila realna očekivanja u odnosu prema preostalomu slušnom kapacitetu i tehničkim mogućnostima. Savjetovanju je važno pristupiti holistički kako bi se tehnologija prezentirala na najbolji način s obzirom na karakterne osobine potencijalnih korisnika. Pritom se zapravo nadilazi upravljanje senzoričkom<sup>73</sup> te se djeluje *instrukcijski* radi stvaranja educiranog i učinkovitog korisnika, upućenog u realni opseg pomoći tehnologije te u ispravno održavanje i načine njezine komunikacijski učinkovite uporabe.

Današnja praksa dodjele SP-a odraslima orijentirana je na slušne i neslušne potrebe pojedinca.<sup>74</sup> Suvremeni standardi dodjele, osim procjene i kontrole funkcije te ugađanja SP-a, u obzir uzimaju i socioemocionalni kontekst, prihva-

ćajući važnost instrukcija, orijentacije, savjetovanja i praćenja korisnika.<sup>74</sup> Zato današnja dodjela SP-a uključuje *samoprocjenu hendikepa, komunikacijskih potreba i komunikacije u svakodnevnom uvjetima* radi jasnijeg uvida u: prikladnost odabira vrste SP-a i njegovih performanca, motivaciju korisnika i uspješnost u primjeni SP-a, najproblematičnije komunikacijske situacije koje preostaje riješiti savjetovanjem.<sup>74</sup>

Samoprocjena je znanstveno utemeljena tehnika za izražavanje konačnih ishoda intervencije rehabilitacije<sup>75</sup> jer pokazuje korisnikov doživljaj koristi od SP-a, zadovoljstvo SP-om i primljenom intervencijom te preostali hendikep, odnosno svakodnevno funkcioniranje korisnika nakon dodjele i doživljaj poboljšanja u svakodnevnom životu – korisnika i drugih važnih osoba podjednako.<sup>76,77</sup> Samoprocjena intervenciju čini usmjerenom prema pojedincu jer potiče donošenje kliničkih odluka na temelju konkretnih podataka bitnih za konkretnu osobu<sup>78</sup> i čini podlogu za stvaranje povjerenja i pozitivnog odnosa između provoditelja intervencije i korisnika.<sup>79</sup>

Danas je na raspolaganju više instrumenata za samoprocjenu ishoda rehabilitacije slušanja koje zbog povoljnih psihometrijskih svojstava i prihvatljive dužine od oko 30 čestica<sup>80</sup> dobro prihvaćaju i istraživači i kliničari. Ovi instrumenti mogu mjeriti hendikep uzrokovan SOS-om, korist od dodjele SP-a u svakodnevnom situacijama, očekivanja od dodjele SP-a ili općenitu kvalitetu života povezanu sa SOS-om pa omogućuju praćenje/vrjednovanje intervencije kvantifikacijom promjena u aktivnosti i sudjelovanju pojedinca izazvanih intervencijom. Nažalost, za sada je na hrvatskom jeziku dostupna samo preliminarna adaptacija<sup>81</sup> instrumenta *The Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit* – APHAB,<sup>82</sup> no čini se da će ubrzo biti dostupan i prvi domaći instrument samoprocjene ishoda rehabilitacije slušanja – Profil ishoda rehabilitacije slušanja – PIRS.<sup>83</sup>

### Instrukcije novim korisnicima slušnih pomagala i komunikacijski i perceptivni trening

Dodjelu SP-a u holističkoj intervenciji prate *instrukcije* o postavljanju/skidanju pomagala, upravljanju njegovim funkcijama, ispravnom načinu primjene i održavanja te pravnim aspektima nabave. Osim tehničkog treninga, instrukcije uključuju: informiranje o anatomiji/fiziologiji slušanja, uzrocima SOS-a, opsegu posljedica i audiološkim pretragama; razvoj realnih očekivanja; privikavanje na SP informiranjem o najboljem rasporedu nošenja; postavljanje učinkovitih i dostižnih komunikacijskih ciljeva; učenje iskorištavanja očitavanja govora s lica i usana; učenje primjene dodatnih tehnoloških rješenja poput FM-sustava; učenje komunikacijskih strategija s pomoću kojih uporaba SP-a postaje maksimalno učinkovita.<sup>22</sup>

Instrukcije za nove korisnike SP-a proces su u kojem će se tek pokazati pravi ciljevi intervencije, a usmjeravaju ih rezultati samoprocjene koji daju informacije o osobnom iskustvu SOS-a i nošenja SP-a. Usredotočavanje stručnjaka na specifične teškoće novog korisnika presudno je za stvaranje partnerstva baziranog na pozitivnom odnosu, povjerenju i posvećenosti, bez kojeg pojedinac neće postati aktivan u provođenju savjeta i bez kojeg najbolji ishodi intervencije nisu vjerojatni.<sup>41</sup> Za njihovo su postizanje, osim bazičnih kompetencija, stručnjacima potrebne vještine za odabir ispravnog stila savjetovanja i rješavanja problema. Pri razvoju partnerstva s klijentom poznat je koncept „otkrivanja tko je zapravo osoba koja traži pomoć”,<sup>18</sup> koji u obzir uzima spol, dob, fazu života, trenutačne životne prilike i prijašnja

životna iskustva, akademski i ekonomski status, socijalno okruženje, psihička/emocionalna obilježja novog korisnika SP-a i ostalo. S pomoću te i drugih analitičko-sintetičko-pragmatičkih tehnika stručnjaci upravljaju komunikacijskim vještinama novog korisnika SP-a, psihosocijalnim aspektom SOS-a te bliskim osobama radi rješavanja specifičnih teškoća. Nakon dijagnoze SOS-a osoba se suočava s velikim brojem odluka<sup>8</sup> i osjećajima ljutnje, gubitka i krivnje<sup>18</sup> te s velikim životnim promjenama: od novog identiteta osobe koja ne čuje do smanjenja opcija u budućem životu, uključujući stalnu pomoć drugih i promjenu odnosa s okolinom. Stručnjaci za cjelokupnu situaciju trebaju imati osjećaja i razumijevanja ako žele maksimalno potaknuti poboljšanja kvalitete života novog korisnika SP-a.

Sastavni dijelovi instrukcija jesu učenje strategija za upravljanje komunikacijom, slušni (perceptivni) trening te savjetovanje usmjereno prema upravljanju stresom i strategijama suočavanja/prihvatanja SOS-a i njegovih posljedica. Sve aktivnosti poduzimaju se radi najboljega mogućeg iskorištavanja slušne funkcije nakon dodjele SP-a.

*Strategije za upravljanje komunikacijom* jesu kompenzacijske aktivnosti koje služe kontroli komunikacijske situacije radi maksimalne iskoristivosti SP-a. Savjetovanje o komunikacijskim strategijama (ili komunikacijski trening) obuhvaća učenje načina na koji pojedini čimbenici pozitivno ili negativno djeluju na komunikaciju u zadanoj situaciji radi primjene strategija za izbjegavanje ili popravak komunikacijskih lomova.

Na komunikaciju djeluju četiri glavna čimbenika:<sup>18</sup> osoba sa SOS-om, sugovornik, obilježja poruka i komunikacijska okolina. Nakon dodjele SP-a mogućnost pojave komunikacijskog loma može se minimizirati djelovanjem na te čimbenike primjenom ovih strategija:<sup>18</sup> *strategija prilagodbe* koja može smanjiti stres povezan s upuštanjem u komunikaciju; *strategija pozornosti* koja olakšava uočavanje jezičnih, sugovornikovih i situacijskih pojedinosti što utječu na komunikaciju; *strategija očekivanja* koja priprema za neku specifičnu komunikacijsku situaciju; *konstruktivna strategija* koja pomaže kontroli okoline; *instrukcijska strategija* koja omogućava kontrolu sugovornika.

Novi korisnik SP-a treba naučiti brzo uočavati komunikacijske lomove te birati razne *receptivne taktike* za njihovo popravljanje: ponavljanje cijele ili dijela poruke, preoblikovanje, pojednostavnjenje, razradu poruke, upozorenje o temi razgovora, potvrdu poruke i slične.<sup>18</sup> Budući da će komunikacijskih lomova sigurno biti, važno je da se treninjom stekne redovito primjenjivanje *specifičnih* receptivnih taktika umjesto manje korisnih *nespecifičnih* taktika poput pitanja: „Što?“, „Hm?“, „Oprostite?“, „Nisam dobro čuo...“ i sličnih. Također, novi korisnik SP-a treba razviti *poželjne komunikacijske stilove* i *komunikacijska ponašanja* – asertivni umjesto pasivnog i agresivnog stila te interaktivno umjesto nesuradljivog ili dominantnog ponašanja.<sup>18</sup> Asertivne osobe jasno komuniciraju svoje potrebe i ciljeve, preuzimajući odgovornost za kontrolu ostvarenja komunikacijskih ciljeva, dok se pritom pasivno ne prepuštaju sugovorniku niti mu se agresivno nameću<sup>84</sup> pa je asertivnost izuzetno važna za osobe sa SOS-om.

Prihvatanje (n)ovih komunikacijskih strategija nije brzo ni lako<sup>85</sup> jer znači promjenu cjeloživotnih navika, razmišljanje o jeziku i okolini te stalno traženje uvjeta koji omogućuju najbolju komunikaciju, uz istodobno razmišljanje o tehničkim svojstvima SP-a koja u zadanoj situaciji mogu najbolje pomoći primanju poruka. Stoga, iako SP općenito smanjuje mentalni zamor,<sup>86</sup> ipak treba računati na „po-

trošnju” osobe sa SOS-om zbog traženja najboljeg načina nadziranja komunikacije i na jaku motivacijsku ulogu stručnjaka.

Proces učenja preuzimanja kontrole nad komunikacijom obuhvaća i aktivnosti usmjerene na poboljšanje percipiranja govora sugovornika, odnosno *slušni (perceptivni) trening*. Takav trening treba maksimalno smanjiti nedostatke u slušanju poboljšanjem slušnih ili slušno-vizualnih perceptivnih vještina.<sup>73</sup> Slušnim treningom korisnici SP-a uče interpretirati slušna iskustva koja su drugačija i osiromašena u usporedbi s onima prije oštećenja<sup>22</sup> te vježbaju uočavanje razlika između slušnih podražaja poput tona, glasa, sloga, riječi i rečenice<sup>87</sup> analitičkim i sintetičkim pristupom.<sup>85</sup> Slušni trening često prati trening očitavanja govora s lica i usana da bi se vizualnim reprezentacijama govora dopunili propusti u slušanju,<sup>22</sup> što od novog korisnika SP-a iziskuje učenje pravilnog pozicioniranja radi praćenja izraza lica i neverbalne komunikacije sugovornika, zatim učenje iskorištavanja jezičnog i situacijskog konteksta za razumijevanje poruka (pri čemu ulogu imaju sintetičke sposobnosti, inteligencija, obrazovanje te stupanj i trajanje SOS-a), ali i učenje pouzdanja u intuiciju.<sup>88</sup>

U konačnici, instrukcijski dio intervencije s komunikacijskim i slušnim treningom treba osposobiti osobu za asertivno ponašanje i nadziranje komunikacije radi povećanja tečnosti svakodnevnih razgovora, smanjenja stresa koji izazivaju komunikacijski lomovi te olakšanja osobne prilagodbe na nove uvjete komunikacije.<sup>40</sup> Instrukcije mogu imati različit sadržaj i način realizacije, uključujući dinamiku susreta, što proizlazi iz individualnog pristupa, odnosno „krojenja” intervencije prema potrebama pojedinca ili grupe. Posebno bitan dio tog procesa jest razvoj asertivnosti, koja omogućava da se osoba sa SOS-om slobodno koristi naučenim.<sup>89</sup> Razvoj asertivnosti znači modifikaciju kognitivnih, bihevioralnih i/ili emocionalnih procesa pojedinca,<sup>40</sup> što se postiže interdisciplinarnim radom psihologa, logopeda, specijalista otorinolaringologije i stručnjaka za tehnologiju SP-a. Zadatak je stručnog tima da ponudi program usmjeren prilagodbi SOS-u te smanjivanju komunikacijskih teškoća i njihovih psihosocijalnih posljedica. Takvi programi u grupama potpore uspješno smanjuju osjećaj stigme i gubitka društvenog identiteta<sup>90</sup> jer pružaju okruženje potrebno za proživljavanje osjećaja povezanih sa SOS-om<sup>91</sup> te za provedbu instrukcijskog dijela intervencije.<sup>92</sup> Grupe potpore mogu pomoći u smanjenju doživljaja hendikepa, povećanju kvalitete života i primjeni ispravnih komunikacijskih strategija<sup>93</sup> te pozitivno djelovati na kvalitetu života čujućih supružnika i međusobno razumijevanje bračnih partnera.<sup>94</sup> Međutim, za takve je rezultate nužno prihvaćanje SOS-a jer ono prethodi konstruktivnom suočavanju s komunikacijskim teškoćama iz kojih proizlaze ostale posljedice SOS-a.<sup>95</sup> Stoga kvalitetan rehabilitacijski program mora sadržavati i savjetovanje usmjereno prema uspješnom prihvaćanju SOS-a.

### Savjetovanje novih korisnika slušnih pomagala i njihovih obitelji

Savjetovanje je usmjereno na razumijevanje SOS-a i njegova utjecaja na kvalitetu života, što pozitivno djeluje na prihvaćanje SOS-a i nošenje s posljedicama.<sup>96</sup> Savjetovanje može biti provedeno modifikacijom misaonih procesa, ponašanja i emocija novog korisnika SP-a, s naglaskom na edukaciju ili na potporu.<sup>97,96</sup> Za oboje je ključno objasniti prirodu SOS-a te dati realnu sliku rehabilitacijskih opcija,<sup>89</sup> na način primjeren pojedincu.<sup>98</sup>

Savjetnici klijenta trebaju uputiti u:<sup>18</sup> komunikacijske procese (uključujući slušanje, jezik i govor), dijagnostičke aspekte intervencije, posljedice SOS-a na percepciju, misaone procese i funkcionalni status te upravljanje SP-om. Da bi prosječnoj osobi na shvatljiv način prenijeli tako složene teme, savjetnici interdisciplinarno trebaju steći uvid u funkcioniranje pojedinca, uključujući njegove specifične psihosocijalne teškoće. To se postiže dostupnošću, empatijom i osjetljivošću za teškoće pojedinca te odgovarajućim stilom komunikacije prema klijentu.<sup>73</sup> Presudna je potpora u prihvaćanju SOS-a te pri učenju uporabe SP-a i komunikacijskih strategija bez doživljavanja stresa ili neuspjeha, s naglaskom na postupno podizanje rehabilitacijskih ciljeva,<sup>99</sup> uspostavljanje međusobnog povjerenja,<sup>100</sup> suradnju s obitelji te na izbore i želje klijenta, što pozitivno djeluje na prihvaćanje i nošenje SP-a.<sup>101</sup>

Domaća praksa ima pozitivno iskustvo s timskim savjetovanjem novih korisnika SP-a. Naime, projektom „Ostanite uključeni!” i njegovim nastavcima, koje su prepoznali i podupirali današnje Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku i Grad Zagreb, a provodio Savez gluhih i nagluhih grada Zagreba, primijenjen je model *holističke intervencije* u području SOS-a kakav se opisuje u ovom radu. Provedena holistička intervencija bila je logičan nastavak audiološke intervencije, s naglaskom na logopedsko-psihološko savjetovanje usmjerenom prema stjecanju vještina potrebnih za funkcionalnu komunikaciju i razvoj proaktivnih stajališta novih korisnika SP-a.<sup>83</sup> Stoga je težište tih projekata bilo usmjereno ponajprije prema novim korisnicima SP-a: ispitivanjem njihovih specifičnih rehabilitacijskih potreba, čije je ispunjenje istraživano timskim savjetovanjem, nastojao se ostvariti njihov preostali komunikacijski i psihosocijalni potencijal. Korisnici projekata prošli su intervju, samoprocjenu kvalitete slušanja, povezanih teškoća i zadovoljstva SP-om te edukativne radionice usmjerene na informiranje o problemu SOS-a i njegovim posljedicama te na osvješćivanje ciljanih komunikacijskih i psihosocijalnih vještina. Rješenja za specifične probleme korisnika predlagana su na grupama potpore, koje su vodili logopedi i psiholozi. Edukacija (koju je pratio radi toga napisan priručnik) i individualna savjetovanja pokazali su se dobrim načinima vođenja polaznika prema uspješnoj rehabilitaciji, a iskustvo grupa potpore pokazalo se posebno pozitivnim.<sup>83</sup> Grupne diskusije dale su emocionalnu potporu, snagu za nastavak i ideje za rješavanje teškoća korisnika te su služile za upoznavanje sa sličnim ljudima, što je otvorilo priliku za nastavak potpore druženjem izvan i nakon stručne intervencije.

Positivno iskustvo domaće prakse sigurno ohrabruje jer može služiti kao primjer da je holistička intervencija kakva se opisuje u ovom radu u domaćim uvjetima i s postojećim resursima itekako moguća. Međutim, sustavna primjena ovog prototipa holističke intervencije treba se očekivati tek u budućnosti.

### Zaključak

Stečeno oštećenje sluha znatno utječe na kvalitetu života pojedinca i njemu bliskih osoba. Da bi se taj utjecaj maksimalno ublažio, pojedinac i njegova obitelj trebaju timsku, multidisciplinarnu i interdisciplinarnu pomoć, koja će osigurati sve alate potrebne za učinkovitu komunikaciju i nakon gubitka sluha te time svesti psihosocijalne posljedice oštećenja sluha na najmanje moguće. Radi utjecaja na gotovo sve aspekte života, stručna pomoć mora biti *holistička*, ali njezine se prednosti neće moći iskoristiti bez snažne volje samog pojedinca da se uhvati u koštac s posljedicama

stečenog oštećenja sluha i postane proaktivan, snažan pokretač pozitivnih promjena u kvaliteti vlastitog života. Put od socijalne izolacije, koja postaje stvarnost za mnoge osobe s oštećenjem sluha zbog stigme i neznanja o rehabilitacijskim mogućnostima, do uloge „krojača vlastite sudbine” nije kratak ni jednostavan. Međutim, suvremena tehnologija i napredak u znanostima koje se bave rehabilitacijom slušanja danas dopuštaju da taj put pojedinac ne prelazi sam, već uz potporu stručnjaka i obitelji, planiranu radi rješavanja ili ublažavanja teškoća specifičnih baš za tog pojedinca. Dakle, suvremena rehabilitacija slušanja jest proces u kojem se stvaraju partnerstva i zajednički traže rješenja i koji, prema metodološki ozbiljnim istraživanjima, uvelike pozitivno djeluje na kvalitetu života. Osoba koja osjeća teškoće slušanja treba potražiti pomoć i biti ustrajna u provođenju savjeta. Za to će sigurno, u konačnici, biti nagrađena.

*Dijelovi priloga bili su postavljeni na mrežnu stranicu Saveza gluhih i nagluhih Grada Zagreba kao edukativni materijal uređen za potrebe projekta „Podrška odraslim osobama sa stečenim oštećenjem sluha”, provedenog u 2016. godini u partnerstvu Saveza gluhih i nagluhih grada Zagreba i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta, uz potporu Grada Zagreba.*

### LITERATURA

1. *National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD)*. Quick Statistics About Hearing. NIDCD 2016.
2. *World Health Organization*. Millions of people in the world have hearing loss that can be treated or prevented. Geneva: WHO Press 2013; 13–7.
3. *Mathers C; World Health Organization*. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: WHO; 2008, str. 51.
4. *Access Economics*. CRC for Cochlear Implant and Hearing Aid Innovation. Victorian Deaf Society. Listen Hear!: the Economic Impact And Cost Of Hearing Loss in Australia: a report. Canberra: Access Economics Pty Ltd 2006;1–91.
5. *Kochkin S, MarkeTrak VII*: Obstacles to adult non-user adoption of hearing aids. *Hear J* 2007;60(4):24–51.
6. *Shield B*. Evaluation of the social and economic costs of hearing impairment: a report for Hear-it. London, England: London South Bank University; 2006, str. 1–202.
7. *Archbold S, Lamb B, O'Neill C, Atkins J*. The Real Cost of Adult Hearing Loss: reducing its impact by increasing access to the latest hearing technologies. Nottingham, England: The Ear Foundation; 2014, str. 1–23.
8. *Kricos PB*. Facilitation of Group Support Programs for New Hearing Aid Users. *Audiology Online* 2000, Oct 10.
9. *Öberg M*. Approaches to Audiological Rehabilitation with Hearing Aids (disertacija). Linköping, Sweden: Linköping University; 2008, str. 5.
10. *Chou R, Dana T, Bougatsos C, Fleming C, Beil T*. Screening adults aged 50 years or older for hearing loss: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2011;154(5):347–55.
11. *World Health Organization*. Deafness and hearing loss (Fact sheet). WHO 2017; February update.
12. *Monzani D, Galeazzi GM, Genovese E, Marrara A, Martini A*. Psychological profile and social behavior of working adults with mild or moderate hearing loss. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2008;28(2):61–6.
13. *Donaldson N, Worrall L, Hickson L*. Older People with Hearing Impairment: A Literature Review of the Spouse's Perspective. *Austr N Z J Audiol* 2004;26(1):30–9.
14. *Naramura H, Nakanishi N, Tatara K, Ishiyama M, Shiraiishi H, Yamamoto A*. Physical and mental correlates of hearing impairment in the elderly in Japan. *Audiology* 1999;38(1):24–9.
15. *Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Shema SJ, Kaplan GA*. Negative consequences of hearing impairment in old age: a longitudinal analysis. *Gerontologist* 2000;40(3):320–6.
16. *Goffman E*. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. New York: Rockefeller Center; 2009, str. 2.
17. *Gagné JP, Southall K, Jennings MB*. Stigma and self-stigma associated with acquired hearing loss in adults. *Hear Rev* 2011;18(8):16–22.
18. *Tye-Murray N*. Foundations of Aural Rehabilitation: Children, Adults, and Their Family Members. 4. izd. New York: Delmar Thomas Learning Publishing Co; 2015.

19. Falkenberg ES. Holistic Aural Rehabilitation: a Challenge. *Scand J Disabil Res* 2007;9(2):78–90.
20. Davis A, Smith P, Ferguson M, Stephens D, Gianopoulos I. Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models. *Health Technol Assess* 2007; 11(42):1–294.
21. Ji F, Lei L, Zhao SP, Liu KF, Yang SM. An investigation into hearing loss among patients of 50 years or older. *J Otol* 2011;6(1):44–9.
22. Dalebout S. The Praeger guide to hearing and hearing loss: Assessment, Treatment, and Prevention. Westport, Connecticut: Praeger; 2009.
23. Wallhagen MI. The Stigma of Hearing Loss. *Gerontologist* 2010;50 (1):66–75.
24. Southall K, Gagné JP, Jennings MB. Stigma: a negative and a positive influence on help-seeking for adults with acquired hearing loss. *Int J Audiol* 2010;49(11):804–14.
25. Mick P, Kawachi I, Lin FR. The Association between Hearing Loss and Social Isolation in Older Adults. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2014; 150(3):378–384.
26. Hogan A. Hearing Rehabilitation for Deafened Adults: A psychosocial Approach. London: Whurr Publishers; 2001, str. 28.
27. Trychin S. Guidelines for Providing Mental Health Services to People who are Hard of Hearing (Rep. No. ED466082). San Diego: California University; 2002, str. 12–15.
28. Dewane C. Hearing Loss in Older Adults – Its Effect on Mental Health. *Soc W Tod* 2010;10(4):18
29. Carmen R (ur.). The Consumer Handbook on Hearing Loss and Hearing Aids: A Bridge to Healing. 4. izd. Sedona, Arizona: Auricle Ink Publishers; 2004, str. 12.
30. Dos Santos Baraldi G, Castro de Almeida L, De Carvalho Borges AC. Hearing loss in aging. *Braz J Otorhinolaryngol* 2007;73(1):58–62.
31. Scarinci N, Worrall L, Hickson L. The effect of hearing impairment in older people on the spouse. *Int J Audiol* 2008;47:141–51.
32. Scarinci N, Worrall L, Hickson L. Factors associated with third-party disability in spouses of older people with hearing impairment. *Ear Hear* 2012;33(6):698–708.
33. Manchaiah VKC. Health behavior change in hearing healthcare: a discussion paper. *Audiol Res* 2012;2(1):e4.
34. Kochkin S. MarkeTrak VIII: The key influencing factors in hearing aid purchase intent. *Hear Rev* 2012;19(3):12–25.
35. Pronk M, Kramer SE, Davis AC, Stephend D, Smith PA, Thodi C i sur. Interventions following hearing screening in adults: A systematic descriptive review. *Int J Audiol* 2011;20:594–609.
36. Ross M. When a Hearing Aid is Not Enough. *Hear Rev* 2000;7:26–30.
37. Wickware A. The Impact of Speechreading Programs on Adults with Hearing Loss. Ottawa, Ontario: The Canadian Hard of Hearing Association; 2014, str. 1–20.
38. Ross M. State of the Science on Aural Rehabilitation. *Hearing Loss Magazine* 2007 Jan/Feb:31–37.
39. Dillon H; Deafness Forum Limited. Hearing Loss: The Silent Epidemic. Who, Why, Impact and What Can we Do about it. Deafness Forum Limited: The 2006 Libby Harricks Memorial Oration. Braddon: Deafness Forum Limited 2006;8:1–52.
40. Lapalante-Lévesque A, Hickson L, Worrall L. Rehabilitation of Older Adults With Hearing Impairment: A Critical Review. *J Aging Health* 2010;22(2):143–53.
41. Lapalante-Lévesque A, Hickson L, Worrall L. Promoting the participation of adults with acquired hearing impairment in their rehabilitation. *J Acad Rehabil Audiol* 2010;43:11–26.
42. Gagné JP, Jennings MB, Southall K. Stigma associated with hearing loss in older adults with hearing loss. U: Hickson L (ur.). *Hearing Care for Adults 2009: The Challenge of Aging – Proceedings of the Second International Adult Conference*. Chicago: Phonak AG; 2009, str. 203–12.
43. Preminger JE. Issues Associated With the Measurement of Psychosocial Benefits of Group Audiologic Rehabilitation Programs. *Trends Amplif* 2007;11(2):113–23.
44. Wanstrom G, Öberg M, Rydberg E, Lunner T, Lapalante-Lévesque A, Andersson G. The psychological process from avoidance to acceptance in adults with acquired hearing impairment. *Hearing Balance Commun* 2014;12:27–35.
45. O'brien V. Deafness. *InnovAiT* 2013;6(5):283–90.
46. McMahon CM, Gopinath B, Schneider J, Reath J, Hickson L, Leeder SR i sur. The Need for Improved Detection and Management of Adult-Onset Hearing Loss in Australia. *Int J Otolaryngol* 2013;2013:1–7.
47. Calviti KC, Pereira LD. Sensitivity, specificity and predictive values of hearing loss to different audiometric mean values. *Braz J Otorhinolaryngol* 2009;75(6):794–800.
48. Goff AE. The Use of Hearing Aid Outcome Measures in the Audiologic Treatment of Older Adults (disertacija). Columbus: Ohio State University; 2013, str. 11.
49. Knudsen LV, Öberg M, Nielsen C, Naylor G, Kramer SE. Factors influencing help seeking, hearing aid uptake, hearing aid use, and satisfaction with hearing aids: A review of the literature. *Trends Amplif* 2010; 14(3):127–54.
50. Yueh B, Collins MP, Souza PE, Heagerty PJ, Liu CF, Boyko EJ i sur. Long-term effectiveness of screening for hearing loss: the screening for auditory impairment – which hearing assessment test (SAI-WHAT) randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:427–34.
51. Ventry IM, Weinstein BE. Identification of elderly people with hearing problems. *ASHA* 1983;25(7):37–42.
52. Diao M, Sun J, Jiang T, Tian F, Jia Z, Liu Y i sur. Comparison between self-reported hearing and measured hearing thresholds of the elderly in China. *Ear Hear* 2014;35(5):e228–32.
53. Deepthi R, Kasthuri A. Validation of the use of self-reported hearing loss and the Hearing Handicap Inventory for elderly among rural Indian elderly population. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;55(3):762–7.
54. Salonen J, Johansson R, Karjalainen S, Vahlberg T, Isoaho R. Relationship between self-reported hearing and measured hearing impairment in an elderly population in Finland. *Int J Audiol* 2011;50:297–302.
55. Wu HY, Chin JJ, Tong HMH. Screening for Hearing Impairment in a Cohort of Elderly Patients Attending a Hospital Geriatric Medicine Service. *Singapore Med J* 2004;45(2):79–84.
56. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL i sur. Effectiveness of continuing medical education. *Evid Rep Technol Assess* 2007;149:1–69.
57. Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *JAMA* 2008;300(10):1181–96.
58. Liu CF, Collins MP, Souza PE, Yueh B. Long-term cost-effectiveness of screening strategies for hearing loss. *JRRD* 2011;48(3):235–44.
59. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Hearing Loss in Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2012;157(9):655–61.
60. Gurgel RK, Ward PD, Schwartz S, Norton MC, Foster NL, Tschanz JAT. Relationship of Hearing loss and Dementia: a Prospective, Population-based Study. *Otol Neurotol* 2014;35(5):775–81.
61. Acar B, Yurekli MF, Babademez MA, Karabulut H, Karasen RM. Effects of hearing aids on cognitive functions and depressive signs in elderly people. *Arch Gerontol Geriatr* 2011;52(3):250–2.
62. Chisolm TH, Johnson CE, Danhauer JL, Portz LJ, Abrams HB. A Systematic Review of Health-Related Quality of Life and Hearing Aids: Final Report of the American Academy of Audiology Task Force on the Health-Related Quality of Life Benefits of Amplification in Adults. *J Am Acad Audiol* 2007;18(2):151–183.
63. Chao TK, Chen THH. Cost-Effectiveness of Hearing Aids in the Hearing-Impaired Elderly: A Probabilistic Approach. *Otol Neurotol* 2008; 29(6):776–83.
64. Kochkin S. MarkeTrak V: Consumer satisfaction revisited. *Hearing J* 2000;53(1):38–55.
65. Guanopoulos I, Stephens D, Davis A. Follow up of people fitted with hearing aids after adult hearing screening: the need for support after fitting. *BMJ* 2002;2002:325–471.
66. McCormack A, Fortnum H. Why do people fitted with hearing aids not wear them? *Int J Audiol* 2013;52(5):360–8.
67. Saunders GH, Lewis MS, Forsline A. Expectations, prefitting counseling, and hearing aid outcome. *J Am Acad Audiol* 2009;20(5):320–34.
68. Cox RM, Alexander G, Gray G. Personality, hearing problems, and amplification characteristics: contributions to self-report hearing aid outcomes. *Ear Hear* 2007;28(2):141–62.
69. Jerram J, Purdy S. Technology, expectations, and adjustment to hearing loss: predictors of hearing aid outcome. *J Am Acad Audiol* 2001; 12:64–79.
70. Cox R, Alexander G. Expectations about hearing aids and their relationship to fitting outcome. *J Am Acad Audiol* 2000;11:368–82.
71. Schum D. Responses of elderly hearing aid users on the hearing aid performance inventory. *J Am Acad Audiol* 1992;3:308–14.
72. Cox RM, Alexander GC, Gray GA. Who Wants a Hearing Aid? Personality Profiles of Hearing Aid Seekers. *Ear Hear* 2005;26:12–26.
73. Boothroyd A. Adult Aural Rehabilitation: What Is It and Does It Work. *Trends Amplif* 2007;11(2):63–71.
74. Valente M, Abrams H, Benson D, Chisolm T, Citron D, Hampton D i sur. Guideline for Audiologic Management of the Adult Patient. *Audiol Tod* 2006;18(5):1–44.
75. Cox RM. Assessment of subjective outcome of hearing aid fitting: Getting the client's point of view. *Int J Audiol* 2003;42:90–6.
76. Gatehouse S. Self-Report Outcome Measures for Adult Hearing Aid Services: Some Uses, Users, and Options. *Trends Amplif* 2001;5(3): 91–110.
77. Abrams H, Chisolm TH, McArdle R. Health-related quality of life and hearing aids: a tutorial. *Trends Amplif* 2005;9:99–109.
78. Uriarte M, Denzin L, Dunstan A, Sellars J, Hickson L. Measuring Hearing Aid Outcomes Using the Satisfaction with Amplification in Daily Life (SADL) Questionnaire: Australian Data. *J Am Acad Audiol* 2005;16:383–402.
79. Grenness C, Hickson L, Lapalante-Lévesque A, Davidson B. Patient-centred audiologic rehabilitation: Perspectives of older adults who own hearing aid. *Int J Audiol* 2014;53:68–75.

80. Cox RM. Update on self-report measures in hearing aid provision. Invited lecture at The Annual Convention of the American Speech-Language-Hearing Association Convention. Chicago, USA. 2008. Dostupno na: <http://www.harlmemphis.org/files/3113/8876/8279/ASHAself-report.pdf>.
81. Šimić I. Ispitivanje koristi dodjele slušnog pomagala u odraslih osoba s oštećenjem sluha (magistarski rad). Zagreb, Hrvatska: Sveučilište u Zagrebu; 2010.
82. Cox RM, Alexander GC. The Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit. *Ear Hear* 1995;16(2):176–86.
83. Bonetti L, Kuhn N, Franić J. Ostanite uključeni: tribina o podršci osobama sa stečenim oštećenjem sluha. Zagreb: Savez gluhih i nagluhih Grada Zagreba. 25. svibnja 2012.
84. Bouchard RE, Anas AP, Friedman DB. Evaluations of Older Adult Assertiveness in Problematic Clinical Encounters. *J Pers Soc Psychol* 2006;25(2):129–45.
85. Ross M. Is Auditory Training Effective in Improving Listening Skills? *Hearing Loss Magazine* 2011 Jan/Feb: 25–7.
86. Hornsby BWY. The Effects of Hearing Aid Use on Listening Effort and Mental Fatigue Associated with Sustained Speech Processing Demands. *Ear Hear* 2013;34(5):523–34.
87. Ferguson MA, Henshaw H. Auditory training can improve working memory, attention, and communication in adverse conditions for adults with hearing loss. *Front Psychol* 2015;6:556.
88. Kaplan H. Principles of Speechreading I. U: Kaplan H, Bally SJ, Garretson C (ur.). *Speechreading: A Way to Improve Understanding*. Washington: Gallaudet University Press; 1985, str. 6–7.
89. Kenworthy OT. A Conversational Approach to Aural Rehabilitation. *Audiol Online* 2002, July 8.
90. Hetu R. The stigma attached to hearing impairment. *Scand Audiol* 1996;25:12–24.
91. Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A, Weld-Viscount P. Group support for couples coping with a cardiac condition. *J Adv Nurs* 2001; 33:190–9.
92. Hickson L, Worrall L, Scarinci N. A randomized controlled trial evaluating the active communication education program for older people with hearing impairment. *Ear Hear* 2007;28:212–30.
93. Hawkins DB. Effectiveness of counseling-based adult group aural rehabilitation programs: a systematic review of the evidence. *J Am Acad Audiol* 2005;16:485–93.
94. Preminger JE. Should significant others be encouraged to join adult group audiologic rehabilitation classes? *J Am Acad Audiol* 2003;14: 545–55.
95. Preminger JE. Audiologic Rehabilitation with Adults & Significant Others: Is it Really Worth It? *Audiol Online* 2009, July 27.
96. Erdman SA. Counseling hearing impaired adults. U: Alpiner J, McCarthy P (ur.) *Rehabilitative audiology: Children and adults*. 3. izd. Baltimore: Williams and Wilkins; 2000, str. 435–70.
97. Monjot M. Counseling: A vital component to aural rehabilitation across the lifespan for the hearing impaired and their families (disertacija). Columbus, SAD: Ohio State University; 2012, str. 33–34.
98. Cienkowski KM, Saunders GH. An Examination of Hearing Aid Counseling Implemented by Audiologists. *Perspectives on Aural Rehabilitation and Its Instrumentation* 2013;20(2):67–76.
99. Kricos PB. Audiologic Management of Older Adults With Hearing Loss and Compromised Cognitive/Psychoacoustic Auditory Processing Capabilities. *Trends Amplif* 2006;10(1):1–28.
100. Servellen GV. *Communication Skills for the Health Care Professional: Concept, practice and Evidence*. 2. izd. Boston: Jones and Bartlett Learning Publishers; 2009, str. 21.
101. Poost-Foroosh L, Jennings MB, Shaw L, Meston CN, Cheesman MF. Factors in Client-Clinician Interaction That Influence Hearing Aid Adoption. *Trends Amplif* 2011;15(3):127–39.