

# Mentalno zdravlje odraslih osoba sa stečenim oštećenjima sluha

---

**Rudak, Bruno**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2021**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:193213>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-04-02**



*Repository / Repozitorij:*

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad  
Mentalno zdravlje odraslih osoba sa stečenim  
oštećenjima sluha

Bruno Rudak

Zagreb, lipanj, 2021. godine

Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad  
Mentalno zdravlje odraslih osoba sa stečenim  
oštećenjima sluha

Bruno Rudak

Izv. prof. dr. sc. Luka Bonetti  
dr. sc. Marina Olujić Tomazin

Zagreb, lipanj, 2021. godine

## Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisao rad *Mentalno zdravlje odraslih osoba sa stečenim oštećenjima sluha* i da sam njegov autor.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Bruno Rudak

Zagreb, 18. lipnja 2021. godine

## Zahvala

Zahvaljujem se svojim mentorima, Izv. prof. dr. sc. Luki Bonettiju i dr. sc. Marini Olujić Tomazin, koji su svojim stručnim savjetima doprinijeli kvaliteti ovog rada.

Hvala prijateljima na podršci i pomoći koju su mi pružili tijekom studija.

Naposljetku, hvala i mojim roditeljima na beskrajnoj ljubavi.

# Mentalno zdravlje odraslih osoba sa stečenim oštećenjima sluha

**Student:** Bruno Rudak

**Mentor:** Izv. prof. dr. sc. Luka Bonetti

**Komentorica:** dr. sc. Marina Olujčić Tomazin

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Logopedija

**Sažetak:** Zbog negativnog utjecaja na komunikaciju i time na gotovo sve svakodnevne aktivnosti (bračne, obiteljske, društvene, profesionalne) koje uključuju međuljudske odnose, oštećenje sluha jedan je od najučestalijih uzroka promjena kvalitete života u odrasloj dobi. Posljedice komunikacijskih teškoća koje prate oštećenje sluha su socijalne i emocionalne, a uz negativne stavove javnosti o oštećenju sluha često rezultiraju mentalnim poremećajima, poput anksioznosti i depresije. Procjenjuje se da će broj osoba s oštećenjem sluha do 2050. godine prijeći 900 milijuna, zbog čega je od iznimne važnosti dostupnost suvremenih stručnih i znanstvenih informacija, koje bi stručnjacima pomogle u organizaciji sveobuhvatnih rehabilitacijskih programa. Ciljevi ovog rada su: (1) dati pregled suvremenih spoznaja o potencijalu oštećenja sluha da dovede do narušenog mentalnog zdravlja i prisutnosti mentalnih teškoća, poput anksioznosti i depresije, te (2) dati pregled argumenata koji oštećenje sluha stečeno u odrasloj dobi mogu označiti rizičnim čimbenikom za narušeno mentalno zdravlje. Oštećenje sluha stečeno u odrasloj dobi samo se po sebi ne može smatrati rizičnim čimbenikom. Složena interakcija teškoća i izazova s kojima se osoba susreće uslijed oštećenja sluha ima potencijal narušiti njezino mentalno zdravlje. Taj se nalaz treba uzeti u obzir tijekom organiziranja rehabilitacije slušanja i govora, kako bi se očuvalo pozitivno mentalno stanje njezinih korisnika te veći konačan uspjeh rehabilitacijskih ishoda.

**Ključne riječi:** *mentalno zdravlje, stečeno oštećenje sluha, odrasla dob*

# Mental health of adults with acquired hearing loss

**Student:** Bruno Rudak

**Mentor:** Assoc. Prof. Luka Bonetti, PhD

**Co-Mentor:** Marina Olujić Tomazin, PhD

Faculty of Education and Rehabilitation Sciences, Department of Hearing Impairments

**Summary:** Due to the negative impact of hearing loss on communication and thus on almost all daily activities (marital, family, social, professional) that involve interpersonal communication, it is one of the leading causes of diminished quality of life in adulthood. The consequences of communication difficulties that accompany hearing loss are social and emotional, and along with negative public attitudes toward hearing loss, they often result in mental disorders, such as anxiety and depression. It is estimated that the number of people with hearing loss will exceed 900 million by the year 2050. Due to this precise reason, it is crucial that professionals have access to up-to-date information to aid them in creating appropriate rehabilitation programs. The objectives of this review paper are: (1) to provide an overview of current knowledge about the potential of hearing loss to negatively affect person's mental health and cause symptoms of common mental disorders (anxiety and depression), and (2) to provide an overview of arguments that can label hearing loss acquired in adulthood as a risk factor for mental health. A literature review concluded that acquired hearing loss cannot, by itself, be considered as a risk factor. Complex interaction of challenges that person faces, due to their hearing impairment, has the potential to negatively affect their mental health. This finding should be considered during the planning stages of aural rehabilitation to preserve persons positive mental state.

**Key words:** *mental health, acquired hearing loss, adulthood*

# Sadržaj:

<b>1. Uvod</b> .....	<b>8</b>
1.1. Prevalencija i incidencija oštećenja sluha .....	8
1.2. Osnovna obilježja oštećenja sluha.....	9
1.2.1. Izraženost i konfiguracija oštećenja sluha .....	9
1.2.2. Vrijeme nastanka oštećenja sluha.....	10
1.2.3. Vrsta oštećenja sluha .....	10
1.2.4. Stabilnost oštećenja sluha.....	11
1.2.5. Simetričnost i lateralnost oštećenja sluha.....	11
1.3. Mentalno zdravlje.....	12
1.3.1. Vanjski čimbenici povezani s mentalnim zdravljem.....	14
1.3.2. Mentalno zdravlje i oštećenje sluha .....	16
1.4. Svrha rada i problemska pitanja .....	17
<b>2. Društveni aspekt mentalnog zdravlja</b> .....	<b>18</b>
2.1. Oštećenje sluha i širi društveni kontekst .....	18
2.2. Uredni proces govorne komunikacije.....	19
2.3. Komunikacijske teškoće .....	20
2.3.1. Komunikacijske teškoće u obitelji.....	23
2.3.2. Komunikacijske teškoće na radnom mjestu .....	24
2.3.3. Konverzacijski stil i komunikacijsko ponašanje .....	25
2.4. Društvena stigma oštećenja sluha.....	28
<b>3. Emocionalni aspekt mentalnog zdravlja</b> .....	<b>33</b>
3.1. Proces suočavanja s oštećenjem sluha u odrasloj dobi.....	33
3.2. Emocionalne teškoće uslijed oštećenja sluha .....	37
3.3. Učestale mentalne teškoće.....	41
3.3.1. Prisutnost simptoma učestalih mentalnih teškoća kod odraslih osoba sa stečenim oštećenjima sluha.....	43
<b>4. Savjetovanje</b> .....	<b>45</b>
<b>5. Zaključak</b> .....	<b>50</b>
<b>6. Literatura</b> .....	<b>52</b>



# 1. Uvod

## 1.1. Prevalencija i incidencija oštećenja sluha

Svjetska zdravstvena organizacija (World Health Organization – WHO, 2018) gubitak sluha prepoznaje kao četvrti najučestaliji uzročnik teškoća u svijetu. Te teškoće kod osoba s oštećenjem sluha prvotno se očituju u otežanom zamjećivanju zvučnih podražaja (Laplante-Lévesque, Hickson i Worrall, 2010), koje mogu dovesti do promjena u svakodnevnim međuljudskim interakcijama (Trychin, 2012), što se odražava na percipirano zadovoljstvo životom pojedinca s oštećenjem i može uzrokovati emocionalne (Scinicariello i sur., 2019), pa čak i mentalne teškoće (Leigh-Hunt i sur., 2017).

Procjenjuje se da je u 2018. godini 466 milijuna osoba imalo određenu razinu oštećenja sluha, koja značajno utječe na njihovo svakodnevno funkcioniranje i sposobnost rada (WHO, 2018). S obzirom na opće starenje globalne populacije WHO (2018) procjenjuje da će broj osoba s gubitkom sluha do 2030. godine porasti do 630 milijuna, a do 2050. godine preko 900 milijuna. Porast broja osoba koje zahtijevaju zdravstvenu skrb neminovno će dovesti i do porasta troškova javnog zdravstva, prethodno procijenjenog na 750 milijardi američkih dolara godišnje (WHO, 2018). Prema podacima Hrvatskog registra za osobe s invaliditetom u Republici Hrvatskoj 2016. godine je živjelo 13 609 osoba s nekom razinom oštećenja sluha (Draušnik, Štefančić i Benjak, 2016). Uzimajući u obzir podatke koje iznosi WHO, današnje brojke su zasigurno veće.

Goman, Reed i Lin (2017) upotrijebili su podatke o učestalosti oštećenja sluha iz prethodnih istraživanja i procijenili da do 2060. godine u dobnoj skupini od 20 do 59 godina u SAD-u očekuju 9,07 milijuna osoba s blagim oštećenjem sluha (više od 25 dB do 40 dB) i u istoj dobnoj skupini 2,02 milijuna osoba s umjerenim do teškim oštećenjem sluha (iznad 40 dB).

U literaturi je primijećeno određeno neslaganje o učestalosti oštećenja sluha s obzirom na spol. Dok neki autori navode da je učestalije kod muškaraca (Lin, Niparko i Ferrucci, 2011), drugi ističu da je češće prisutno kod žena (Agrawal, Platz i Niparko, 2008). Prisutnost oštećenja sluha kod muškaraca pokazala se u korelaciji s razinom obrazovanja, odnosno učestalija su kod muškaraca niže razine obrazovanja. Ta činjenica možda može biti rezultat većoj izloženosti glasnim zvukovima na radnom mjestu. Prema podacima iz Australije stečeno oštećenje sluha je četvrti najučestaliji uzročnik promjena u životu kod muškaraca, a šesti kod žena (Begg i sur., 2007). Begg i suradnici (2007) zaključuju da je stečeno oštećenje

sluha jedno od značajnijih opterećenja zdravstvenog sustava prije treće životne dobi podjednako za muškarce i žene.

Učestalost oštećenja sluha povećava se sa svakim desetljećem života (Lin, Niparko i Ferrucci, 2011; Blazer i Tucci, 2019). Trend porasta oštećenja sluha s porastom dobi nije jedina zabrinjavajuća informacija. Naime, postoje indikacije da će se broj osoba s umjerenim ili težim oštećenjem sluha također povećati tijekom narednih 39 godina (Goman, Reed i Lin, 2017). S obzirom na navedene podatke od iznimne je važnosti djelovanje stručnjaka koji se bave ovom populacijom, što se posebno odnosi na pružanje podrške pojedincima sa stečenim oštećenjem sluha kako bi se suočili s novonastalom situacijom.

## **1.2. Osnovna obilježja oštećenja sluha**

### **1.2.1. Izraženost i konfiguracija oštećenja sluha**

Oštećenje sluha je promjena u osjetljivosti osjetila sluha na intenzitet i frekvenciju zvučnog signala te u njegovoj postojanosti (nelinearnoj transmisiji zvuka perifernim i/ili centralnim dijelovima slušnog puta) (Katz i Steele, 2019).

(1) *Izraženost oštećenja sluha* iskazuje se takozvanim *stupnjem oštećenja sluha*, čija definicija i kategorizacija međunarodno varira. U Hrvatskoj, prema članku 29. Pravilnika o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima (NN 79/2014, 1477), stupanj oštećenja sluha definiran je prosjekom čujnosti (intenziteta potrebnog za zamjećivanje tonkog podražaja) na četiri govorne frekvencije (500, 1000, 2000, 4000 Hz) i kategoriziran na sljedeći način:

1. *Laka (blaga) naglušost* – stupanj oštećenja sluha od 26 do 25 dB na boljem uhu,
2. *Umjereni naglušost* – stupanj oštećenja sluha od 36 do 60 dB na boljem uhu,
3. *Teška naglušost* – stupanj oštećenja sluha od 61 do 93 dB na boljem uhu,
4. *Gluhoća* – stupanj oštećenja sluha veći od 93 dB na boljem uhu.

(2) *Konfiguracija oštećenja sluha* određuje se ispitivanjem sposobnosti zamjećivanje tonkog podražaja na frekvencijama od 250, 500, 1000, 2000, 4000 i 8000 Hz (Cook i Hawkins, 2006). Ovisno o frekvencijama koje su zahvaćene oštećenjem, razlikovat će se sposobnosti usvajanja jezika, sudjelovanja u uspješnoj govornoj komunikaciji, te također ima određene implikacije na odabir slušnog pomagala (Tye-Murray, 2020).

Akustička energija govora većim dijelom je zadržana u nižim frekvencijama (od 250 do 500 Hz), iako je zvuk na toj razini važan, on u tom frekvencijskom rasponu nosi malo informacija o sadržaju poruke (Katz i Steele, 2019). Ako osoba ima oštećenje na višim frekvencijama to može značajno utjecati na njezinu sposobnost razumijevanja govora.

Rezultate tonske audiometrije je potrebno integrirati s rezultatima govorne audiometrije kako bi se, osim osjetljivosti na intenzitet i frekvenciju zvučnog signala, prikupile informacije o sposobnostima razumijevanja govora. Razina razumijevanja govora se ispituje ponavljanjem liste od 25 do 50 riječi i izračunavanjem prosjeka ispravno ponovljenih. U prošlosti je korišten termin slušna diskriminacija, no odbačen je s obzirom na to da implicira isključivu sposobnost razlikovanja dva podražaja, te ne pruža dovoljno informacija o obilježjima oštećenja sluha (Schow, Nerbonne i Sanford, 2017).

### **1.2.2. Vrijeme nastanka oštećenja sluha**

Jedan od čimbenika koji određuje posljedice oštećenja sluha jest vrijeme nastanka. Dvije osnovne kategorije su kongenitalno ili prirođeno i stečeno oštećenje sluha (Katz i Steele, 2019). Prirođeno oštećenje sluha također se naziva i (1) *prelingvalnim* jer je prisutno po rođenju, odnosno prije nego je dijete usvojilo jezik i govor. (2) *Perilingvalno* oštećenje sluha nastalo je tijekom perioda usvajanja jezika, a (3) *postlingvalno* nakon kritičnog perioda za usvajanje jezika, nakon dobi od oko pet godina (Schow, Nerbonne i Sanford, 2017). Oštećenje sluha u prvim godinama djetetova života ima značajan utjecaj na usvajanje govora i kasniju jezičnu kompetenciju (Wake i sur., 2004), dok kasnije nastalo oštećenje sluha ne utječe u istoj mjeri na jezična znanja i sposobnosti (Hull, 2019). Tijekom vremena pokreti artikulatora su manje precizni i govor postaje nerazumljiviji, što je uzrokovano nedostatkom auditivne povratne sprege (Katz i Steele, 2019).

### **1.2.3. Vrsta oštećenja sluha**

Poznavanje vrste oštećenja sluha od iznimne je važnosti jer može pomoći u prepoznavanju teškoća s kojima će se osoba suočiti. Četiri osnovne vrste oštećenja sluha su: provodno, zamjedbeno, mješovito oštećenje sluha (Manchaiah i Stephens, 2013), te oštećenje sluha uzrokovano disfunkcijom središnjeg živčanog sustava (Tye-Murray, 2020). Do (1) *provodnog oštećenja sluha* dolazi uslijed opstrukcije u vanjskom ili srednjem uhu (Zahnert, 2011), što sprječava prijenos zvučnog signala do unutarnjeg uha. Ono može biti povezano s

relativno dobrim sposobnostima slušanja uz jednostavno linearno pojačanje okolnih zvukova dodjelom slušnog pomagala (Katz i Steele, 2019). U nekim slučajevima, takvu vrstu oštećenja sluha, moguće je anulirati medicinskom intervencijom (Isaacson i Vora, 2003). Do (2) *zamjedbenog oštećenja sluha* dolazi uslijed oštećenja ili disfunkcije pužnice smještene u unutarnjem uhu i/ili drugih dijelova živčanog sustava koji dovode informacije do auditivnog korteksa (Zahnert, 2011). Glavno obilježje te vrste oštećenja sluha je smanjena sposobnost razumijevanja govora (Schow, Nerbonne i Sanford, 2017). Veoma je učestalo kod odraslih osoba koje su na radnom mjestu ili u slobodno vrijeme kontinuirano izložene glasnoj buci (Pittman i Stelmachowicz, 2003; Nelson i sur., 2005). Kod zamjedbenog oštećenja sluha može biti prisutna izražena osjetljivost na glasne zvukove, što predstavlja određeni problem prilikom dodjele slušnog pomagala (Katz i Steele, 2019). Dodatan problem prilikom dodjele slušnog pomagala osobama s ovakvom vrstom oštećenja sluha jest smanjena mogućnost prenošenja zvučnog signala do mozga (Tye-Murray, 2020). (3) *Mješovito oštećenje sluha* rezultat je istovremene prisutnosti obilježja dva navedena oblika oštećenja sluha (Isaacson i Vora, 2003).

#### **1.2.4. Stabilnost oštećenja sluha**

Razlikuje se *stabilno oštećenje sluha* od *promjenjivog oštećenja sluha*, a ona se odnose na varijacije u pragovima čujnosti s obzirom na frekvenciju i intenzitet signala. Kod stečenog oštećenja sluha potrebno je razlikovati *akutno* od *progresivnog* (American Speech-Language-Hearing Association – ASHA, 2015). Dok akutno nastaje trenutno, progresivno oštećenje sluha je povezano s postupnim opadanjem pragova čujnosti (Zahnert, 2011). Može proći i nekoliko godina prije nego osobe zamijete prisutnost progresivnog oštećenja sluha (Davis i sur., 2007). Iznenadno oštećenje može značajno promijeniti život pojedinca i povezano je s psihološkim posljedicama s kojima stručnjak mora biti upoznat kako bi primjereno organizirao rehabilitaciju (Tseng i sur., 2016).

#### **1.2.5. Simetričnost i lateralnost oštećenja sluha**

Uvriježeno mišljenje opće populacije je da (1) *jednostrano oštećenje sluha* nema značajan utjecaj na sposobnost slušanja pojedinca, jer se on ipak može osloniti na drugo, *zdravo* uho. Posljedice jednostranog oštećenja sluha ne ovise samo o stupnju oštećenja, već imaju značajan utjecaj na važne centralne procese, kao što je sposobnost lokalizacije izvora zvuka i

slušanje u nepovoljnim uvjetima (Johansson, Asp i Berninger, 2020). (2) *Obostrano ili bilateralno oštećenje sluha* je oštećenje koje zahvaća lijevo i desno uho, te može biti (1) *simetrično* ili (2) *asimetrično* (ASHA, 2015). Simetrično oštećenje sluha odnosi se na jednaku konfiguraciju oštećenja sluha na oba uha, dok kod asimetričnog konfiguracije se razlikuju (Tye-Murray, 2020). Obostrano oštećenje sluha, čak i uz obostrano korištenje primjerenih slušnih pomagala, djelomično je povezano s teškoćama lokalizacije izvora zvuka, no glavna teškoća koje se javlja jest nemogućnost odvajanja signala od pozadinskog šuma (Katz i Steele, 2019).

Naposljetku je potrebno naglasiti da je skupina osoba s oštećenjem sluha veoma heterogena i to ne samo zbog razlika u opisanim obilježjima. Naime, uvjeti života i zahtjevi na radnom mjestu doprinose razlikama između pojedinaca u ovoj populaciji. Osoba koja ima nižu razinu oštećenja sluha može imati više teškoća u njezinom okruženju, u odnosu na osobu s višom razinom oštećenja sluha čije svakodnevne aktivnosti ne zahtijevaju izraženu sposobnost slušanja (Katz i Steele, 2019). Na primjer, blago oštećenje sluha kod prodavača, odvjetnika i nastavnika značajno će utjecati na sposobnost obavljanja posla, za razliku od softverskog inženjera ili proizvodnog radnika čiji su svakodnevni komunikacijski zahtjevi vjerojatno niži. Podaci dobiveni audiološkim ispitivanjem su osnovne informacije, ali njih je neophodno integrirati sa što većim brojem osobnih podataka, kako bi se dobila potpuna slika utjecaja oštećenja sluha na pojedinca i njegov život.

### **1.3. Mentalno zdravlje**

Tijekom posljednjih nekoliko godina, mentalno je zdravlje opisivano na različite načine, što pokazuje da nije jednostavno odrediti koncept.

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2005; str. 18) mentalno zdravlje definira kao „stanje dobrobiti u kojem osoba može ostvariti njezine ili njegove potencijale, može se nositi s uobičajenim stresom života, može raditi produktivno i plodno i sposobna je doprinijeti svojoj zajednici“.

Ova definicija naglašava dva osnovna koncepta mentalnog zdravlja, odnosno pozitivno emocionalno stanje i doprinos društvu (Palumbo i Galderisi, 2020). (1) *Pozitivno emocionalno stanje ili dobrostanje* (engl. *well-being*) se odnosi na prihvaćanje sebe i svoje osobnosti, ulaganje u vlastiti boljitak, osjećaj da vlastiti život ima smisao i putanju, sposobnost nošenja s vlastitim odgovornostima, slobodu izražavanja vlastitih ideja, stavova i

vrijednosti i posjedovanje resursa za razvoj bliskih i toplih međuljudskih odnosa (Keyes, 2014). (2) *Društveni doprinos* dijelom se referira na radnu produktivnost, pa se postavlja pitanje može li se mentalno zdravlje smatrati narušenim kod osoba koje možda neće moći ostvariti isto (npr. osobe treće životne dobi, osobe s invaliditetom ili osobe čije političke okolnosti ograničavaju njihovo djelovanje) (Galderisi i sur., 2017). Pojedinaac, neovisno o njegovoj radnoj sposobnosti, može doprinosti društvu. Jedan od načina na koji to može ostvariti je sudjelovanjem u donošenju odluka koje za cilj imaju unaprjeđivanje uvjeta života u zajednici. Postizanje više razine povezanosti članova unutar zajednice od iznimne je važnosti, jer omogućava uzajamno pružanje podrške među osobama koje čine tu zajednicu. Preduvjet za ostvarivanje više razine povezanosti u zajednici je sposobnost svakog od njezinih članova da održava bliske međuljudske odnose i stječe nova poznanstva, što nije moguće ostvariti bez učinkovitog načina razmjene informacija, odnosno učinkovite komunikacije.

Obrazloženje mentalnog zdravlja prema Zavodu za javno zdravstvo Kanade izostavlja važnost radne produktivnosti i doprinosa zajednici i definira mentalno zdravlje kao „kapacitet svakog pojedinca da osjeća, misli i djeluje na način koji poboljšava zadovoljstvo vlastitim životom i omogućava nošenje s izazovima s kojim se susreće. To je pozitivno stanje emocionalnog i duhovnog dobrostanja koje poštuje važnost kulture, jednakosti, socijalne pravde, međusobne povezanosti i dostojanstva svake osobe“ (Public Health Agency of Canada – PHAC, 2006; str. 2).

Unatoč razlikama, i WHO (2005) i PHAC (2006) jasno naglašavaju da mentalno zdravlje nije isključivo opisano kao odsutnost mentalnih poremećaja, s čime se slažu i drugi autori (npr. Galderisi i sur., 2015).

Manwell i suradnici (2015) su proveli istraživanje kako bi uvidjeli slaganje stručnjaka i osoba koje su imale iskustvo narušenog mentalnog zdravlja s trenutno dostupnim definicijama. Nešto manje od polovice sudionika (46%, N=56) preferiralo je definiciju PHAC-a, no možda je zanimljiviji podatak da se 30% (N=56) sudionika ne slaže s niti jednom od četiri ponuđene definicije. Upravo podatak o izraženom neslaganju ide u prilog zahtjevnosti definiranja mentalnog zdravlja i važnosti njegovog opisivanja u kontekstu društvenih vrijednosti pojedinih zajednica.

Pojmovi kao što su „sniženo mentalno zdravlje“, „mentalni poremećaji“ i drugi, u društvu se često poistovjećuju i upotrebljavaju kao istoznačnice (PHAC, 2006). Sniženo ili narušeno

mentalno zdravlje može se smatrati odstupanjem od unutarnje ravnoteže (Galderisi i sur., 2015), dok su mentalni poremećaji okarakterizirani promjenama u raspoloženju, razmišljanju i/ili ponašanju u različitoj razini. Mentalni poremećaji također se povezuju sa stanjima koja se mogu prepoznati i dijagnosticirati u kliničkom okruženju i kao takva imaju značajne posljedice za svakodnevno funkcioniranje pojedinaca (PHAC, 2006).

Dobro mentalno zdravlje predstavlja temelj za nošenje sa zahtjevima i izazovima svakodnevnog života. Problemi s kojima se susrećemo u životu uobičajeno su nepredvidljivi i način na koji se osoba ophodi u takvim situacijama je dobar pokazatelj mentalnog zdravlja. Osobe dobrog mentalnog zdravlja mogu razumno sagledati izazov, znaju da se mogu obratiti prijateljima i poznanicima za pomoć i sposobne su donijeti odluku u razumnom vremenskom okviru (PHAC, 2006). Potrebno je naglasiti da su promjene u raspoloženju ili emocionalnom stanju pojedinca učestale i da one nisu osobina narušenog mentalnog zdravlja (Manwell i sur., 2015). Ljudska bića posjeduju kapacitete za osjećanje širokog spektra emocija, od kojih neke nisu pozitivne. Suočavanje s ljutnjom, tugom, nezadovoljstvom ili drugim negativnim emocijama nije nužno povezano s narušenim mentalnim zdravljem. Sposobnost prepoznavanja, izražavanja i modulacije vlastitih emocija smatra se važnom komponentom mentalnog zdravlja i doprinosi kapacitetu pojedinca za prilagodbu na stresne situacije (Galderisi i sur., 2017).

### **1.3.1. Vanjski čimbenici povezani s mentalnim zdravljem**

Veliki broj čimbenika uvjetuje razinu mentalnog zdravlja, no ti čimbenici ne djeluju izolirano. Složena interakcija rizičnih i zaštitnih čimbenika određuje kako će se određeno iskustvo odraziti na mentalno zdravlje pojedinca. Zavod za javno zdravstvo Kanade (2006) prepoznaje skupinu čimbenika koji mogu negativno utjecati na pojedinca.

(1) *Razinu stresa* koju osoba osjeća u svakodnevnom životu prepoznaju kao značajan rizični čimbenik. U dobnoj skupini od 25 do 65 godina osnovni izvor stresa je radno mjesto. Stres na radnom mjestu je povezan sa sposobnostima pojedinca da zadovolji vremenske rokove, potrebom da su njihov rad i trud prepoznati, te potrebom da se cijeni njihov doprinos.

(2) *Razina prihoda* indirektno utječe na mentalno zdravlje pojedinca, jer omogućava zadovoljavanje osnovnih potreba života, kao što su hrana i smještaj, ali istovremeno pruža osobama resurse za nošenje s neočekivanim životnim događajima. Siromaštvo i povezani uvjeti života, poput nezaposlenosti, niže razine obrazovanja i društvene deprivacije, učestalo

su povezani ne samo s nižim mentalnim zdravljem, nego i s većom prisutnošću mentalnih i biheviornalnih poremećaja (WHO, 2001b).

(3) *Niža razina obrazovanja* je rizični čimbenik sniženom mentalnom zdravlju, a viša razina obrazovanja predstavlja zaštitni čimbenik. Viša razina obrazovanja povećava mogućnost zapošljavanja, osigurava sigurnost radnog mjesta, učestalo je povezana s većim prihodima i pruža osobama osjećaj kontrole nad vlastitim životom, što je ključno za općenito zdravlje (PHAC, 2006).

Mentalno zdravlje i zdravlje općenito intrinzično su povezani, a (4) *prisutnost kroničnih zdravstvenih stanja* može negativno djelovati na emocionalnu stabilnost pojedinca. Kronična zdravstvena stanja, kao što su srčane bolesti (Ai, Rollman i Berger, 2010), kronične plućne bolesti (Hynninen i sur., 2005), povišen krvni tlak (Kretchy, Owusu-Daaku i Danquah, 2014), prekomjerna tjelesna težina (Avila i sur., 2015) i dijabetes (Ducat i sur. 2015) mogu značajno utjecati na mentalno zdravlje osoba. Novonastala zdravstvena stanja, odnosno stanja s kojima se osobe prvi put susreću tijekom života, predstavljaju veći rizik za posljedične probleme mentalnog zdravlja u odnosu na bolesti ili poremećaje s kojima se osoba duže vremena nosi.

(5) *Povezanost sa članovima obitelji i prijateljima*, te njihova podrška neizmerno je važna za pozitivno mentalno zdravlje. Visoka razina sudjelovanja u društvu stvara socijalne uvjete koji promoviraju i podržavaju razvoj povjerenja među ljudima i povećavaju osjećaje povezanosti, kontrole i pozitivno utječu na sliku pojedinca o sebi. Zbog životnih okolnosti, stavova u društvu i drugih razloga, osoba možda neće imati podršku bližnjih i vjerojatno će se suočiti s narušenim mentalnim zdravljem. Socijalna izolacija i deprivacija, te osjećaji usamljenosti, izraženo utječu na mentalno zdravlje.

Identifikacija s određenom rasom, etnicitetom ili kulturološkom manjinom važan je čimbenik kojeg se ne smije zanemariti. Mehanizmi suočavanja s teškim životnim događajima i obilježja sustava podrške uvelike su određeni (6) *kulturološkim razlikama*. Niža razina mentalnog zdravlja kulturoloških manjina može biti povezana s opsežnijim problemima u društvu, kao što su diskriminacija, rasizam i siromaštvo.

Kulturološke norme i stavovi zajednice također utječu na (7) *spolne razlike*. Muškarci i žene učestalo se promatraju drugačije s obzirom na njihove društvene uloge. Žene koje su ovisne o opojnim sredstvima promatraju se drugačije od muškaraca koji su ovisni o njima. Muškarce koji su nasilni društvo sagledava drugačije od nasilnih žena, a muškarce koji pokazuju obilježja narušenog mentalnog zdravlja društvo promatra drugačije nego žene



(PHAC, 2006). Dvostruki standard koji se održava u zajednici, odražava se na različite socijalne posljedice za osobe različita spola. Upravo to objašnjava zašto osobe nerijetko prikrivaju stanje sniženog mentalnog zdravlja u strahu od posljedica koje izjašnjavanje o njihovoj prisutnosti može imati za njihov socijalni identitet i status.

Galderisi i suradnici (2015) opisali su mentalno zdravlje kao dinamično stanje unutarnje ravnoteže. Upravo se naglašava dinamičnost, odnosno promjenjivost stanja jer različita životna iskustva zahtijevaju promjene unutar pojedinca i iskorištavanje resursa za suočavanje sa stresom kako bi se ponovno ostvarila unutarnja ravnoteža. Promoviranje pozitivnog mentalnog zdravlja može se činiti poticanjem samopoštovanja i samopouzdanja pojedinca, omogućavanjem usvajanja novih strategija za nošenje s izazovnim i stresnim životnim događajima, te promicanjem socijalne podrške i dobrostanja ne samo pojedinca nego i zajednice u cijelosti (PHAC, 2006). Pojedinci, obitelji, zajednice, različite organizacije i zdravstveni djelatnici dužni su promovirati mentalno zdravlje, jer time omogućavaju bolju kvalitetu života osobama koje se nose s tim problemima (WHO, 2005). Promocija mentalnog zdravlja potrebna je i iz razloga da se stav javnosti u bliskoj budućnosti promijeni na bolje.

### **1.3.2. Mentalno zdravlje i oštećenje sluha**

Osnovna posljedica oštećenja sluha očituje se u slabijim sposobnostima zamjećivanja zvučnih signala. Učestalo su prisutne teškoće lokalizacije izvora zvuka, otežano prepoznavanje zvukova upozorenja i slabije sposobnosti razumijevanja direktne govorne komunikacije (Laplante-Lévesque, Hickson i Worrall, 2010). Navedene teškoće izražene su u socijalnim situacijama koje uključuju pozadinsku buku, a mogu ih povećati i ponašanja sugovornika koja onemogućavaju očitavanje govora s lica i usana (Blazer i Tucci, 2019).

Uslijed komunikacijskih teškoća u obitelji, na radnom mjestu i u širem društvenom kontekstu, osobe počinju izbjegavati svakodnevne aktivnosti koje zahtijevaju govornu razmjenu informacija. Svakodnevna izloženost negativnim komunikacijskim iskustvima odraziti će se na kvalitetu života osobe s oštećenjem sluha (Scinicariello i sur., 2019), te može dovesti do socio-emocionalnih teškoća, poput frustracije, stresa i općeg zamora (Hollman i sur., 2019). Prisutnost tih teškoća djelomično se odražava na bližnje i prijatelje, što uzrokuje napetost u odnosima i dovodi do dodatnog izbjegavanja interakcija s drugima (Hallam i sur., 2008; Trychin, 2012).

Zanemarivanje prisutnosti novonastalog stanja i smanjeno sudjelovanje u socijalnim interakcijama osobu s oštećenjem sluha dovodi u rizik od socijalne izolacije (Manchaiah i Stephens, 2012; Lash i Helme, 2020). Takvo je stanje usko povezano s narušenim mentalnim zdravljem i prisutnošću mentalnih teškoća, kao što su anksioznost i depresija (Leigh-Hunt i sur., 2017). U konačnici osobe mogu početi izbjegavati izvršavanja svakodnevnih obaveza (npr. odlazak u kupovinu ili pripremanje obroka), te u nekim slučajevima može biti prisutna pasivizacija i zanemarivanje osobne higijene (Dalton i sur., 2003).

Vodeći se definicijom WHO-a (2005) mentalno zdravlje je potrebno sagledati kroz emocionalni aspekt, kao i kroz aspekt društvenog doprinosa. Dodatna potreba da se uvrsti društveni aspekt mentalnog zdravlja očituje se u općeprihvaćenoj ideji da se mentalno zdravlje ne može odrediti jednostavnom odsutnošću emocionalnih poremećaja, odnosno da je ono puno širi koncept (WHO, 2005; PHAC, 2006; Galderisi i sur., 2015).

## **1.4. Svrha rada i problemska pitanja**

S obzirom na kontinuiran rast broja osoba s oštećenjem sluha na svjetskoj razini (Goman, Reed i Lin, 2017; WHO, 2018), od važnosti je dostupnost suvremenih stručnih i znanstvenih informacija o uspješnoj organizaciji sveobuhvatne rehabilitacije za odrasle osobe, koje su oštećenje sluha stekle nakon adolescencije, a prije treće životne dobi.

Takvi rehabilitacijski planovi i programi moraju uzeti u obzir emocionalni teret kojeg stečeno oštećenje sluha, kao novonastalo stanje, postavlja na pojedinca i kako će se ono odraziti na njihovo mentalno zdravlje. S obzirom na izneseno, ciljevi ovog rada su: (1) dati pregled suvremenih spoznaja o potencijalu oštećenja sluha da dovede do narušenog mentalnog zdravlja i prisutnosti mentalnih teškoća, poput anksioznosti i depresije, te (2) dati pregled argumenata koji oštećenje sluha stečeno u odrasloj dobi mogu označiti rizičnim čimbenikom za narušeno mentalno zdravlje.

S obzirom na sveobuhvatnu prirodu posljedica oštećenja sluha, rehabilitacija obuhvaća djelovanje više stručnjaka, koji zajednički rade na postizanju maksimalnog dobrostanja, odnosno maksimalne kvalitete života nakon rehabilitacije. Veliki dio postizanja tog zajedničkog cilja čini emocionalna potpora, koja se pruža savjetovanjem. Stoga se smatra da je u radu potrebno definirati i osnovne postavke savjetodavnog postupka za odrasle osobe sa stečenim oštećenjem sluha, s određenim granicama koje stručnjaci uključeni u rehabilitaciju ne smiju prekoračiti.

## 2. Društveni aspekt mentalnog zdravlja

### 2.1. Oštećenje sluha i širi društveni kontekst

Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, invaliditeta i zdravlja (*International Classification of Functioning, Disability and Health*; ICF) pruža teorijski okvir za tumačenje teškoća s kojima se osobe susreću, uzimajući u obzir ne samo pojedinca nego i širi društveni kontekst (WHO, 2001).

Prema ICF (WHO, 2001a) *aktivnost* je razina na kojoj pojedinac može uspješno obavljati određene zadatke, dok se *sudjelovanje* odnosi na razinu uključenosti pojedinca u kontekstu svakodnevnih životnih događaja. Zdravstveno stanje osobe ili teškoće s kojima se ona susreće, određuju njezinu aktivnost, odnosno sposobnost obavljanja zadataka i učinkovitost sudjelovanja u društvu. Ovisno o izraženosti teškoća, osoba može imati specifična ograničenja koja se prepoznaju u obje kategorije. (1) *Ograničenja aktivnosti* su teškoće koje osoba susreće prilikom obavljanja zadatka. U kontekstu oštećenja sluha ta ograničenja mogu se odnositi na teškoće razumijevanja govora u nepovoljnim uvjetima slušanja ili na otežanu telefonsku komunikaciju (Tye-Murray, 2020). (2) *Ograničenja sudjelovanja* su problemi s kojima se osoba s određenom teškoćom može, ali i ne mora suočiti.

*Okolinski čimbenici* se odnose na širu zajednicu u kojoj osoba živi i djeluje, te oni značajno mogu utjecati na ostvarenu razinu sudjelovanja (WHO, 2001a). Svijest i stavovi članova zajednice o oštećenju sluha jedan je od okolinskih čimbenika koji može utjecati na sudjelovanje pojedinca. Ako članovi zajednice smatraju da je oštećenje sluha negativna osobina, osobe s oštećenjima sluha izbjegavat će socijalne interakcije i grupna okupljanja (Laplante-Lévesque, Hickson i Worrall, 2010).

*Unutarnji čimbenici* su: spol, dob, radna sposobnost, stil života, životne navike, način suočavanja s teškoćama, prijašnja i sadašnja iskustva, osobnost, osobne vrijednosti, znanje i bilo koje drugo zdravstveno stanje. Oni u različitoj mjeri mogu doprinijeti prisutnosti ograničenja aktivnosti i sudjelovanja (WHO, 2001a).

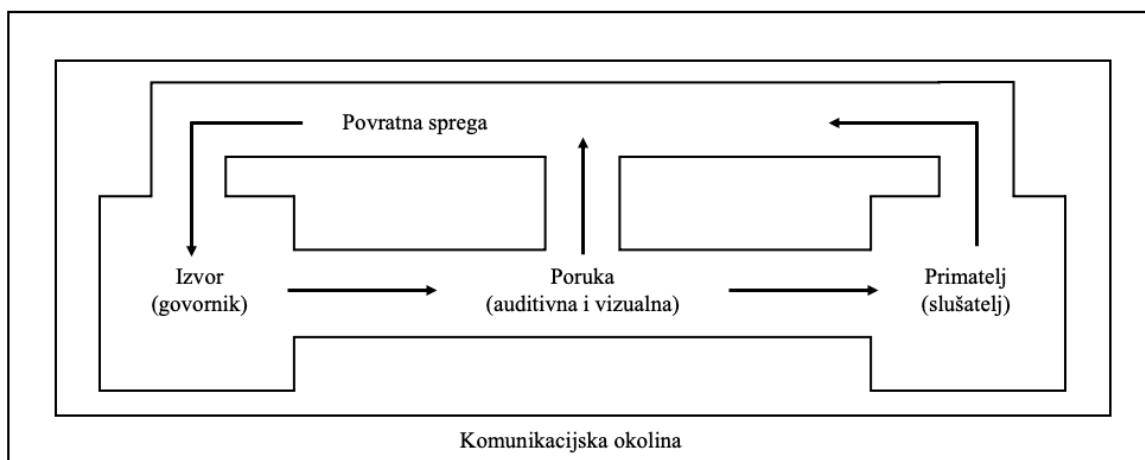
Upravo na osnovi složene interakcije između unutarnjih i okolinskih čimbenika, mogu se postaviti određene pretpostavke o razini teškoća s kojima će se pojedinac sa stečenim oštećenjem sluha suočiti (Tye-Murray, 2020), jer dvije osobe koje imaju potpuno jednaku konfiguraciju oštećenja sluha vjerojatno imaju različite kombinacije unutarnjih i okolinskih čimbenika, zbog čega se suočavaju s različitim utjecajima oštećenja sluha na kvalitetu života.

## 2.2. Uredni proces govorne komunikacije

Komunikacija, odnosno razmjena informacija, može imati različite oblike ovisno o modalitetu u kojem se ostvaruje. Ona može podrazumijevati i istovremenu integraciju informacija iz dvaju ili više osjetilnih kanala (Nerbonne, Schow i Blaiser, 2017).

Osjetilo sluha jedno je od pet osjetila, te je sa svojim karakteristikama iznimno pogodno i učinkovito za ostvarivanje komunikacije. Stoga se interakcija s drugim osobama uvelike oslanja na prenošenje lingvistički kodiranih informacija akustičkim signalima. Posljednjih nekoliko godina velika se pažnja pridaje elektroničkim oblicima komunikacije, no i dalje nije moguće prenijeti jednaku količinu informacija e-mailom ili SMS porukom kao što je to moguće u direktnom kontaktu. S obzirom da je govorna komunikacija najučestaliji oblik komunikacije, valja opisati komunikacijski ciklus, kako bi komunikacijske teškoće kod osoba sa stečenim oštećenjem sluha bile jasnije.

*Slika 1* prikazuje pojednostavljeni proces govorne komunikacije koji se sastoji od nekoliko dijelova, a oni su: (1) izvor ili govornik, (2) poruka, (3) primatelj ili slušatelj, (4) povratna sprega i (5) komunikacijska okolina (Nerbonne, Schow i Blaiser, 2017).



*Slika 1* Pojednostavljeni proces govorne komunikacije (Nerbonne, Schow i Blaiser, 2017; str. 94)

(1) *Izvor ili govornik* je osoba koja ima motivaciju za sudjelovanje u konverzaciji. Ona treba posjedovati lingvistička znanja zajedničkog jezika kako bi ispravno oblikovala poruku, te mora biti sposobna ideju, koju želi prenijeti, pretočiti u odgovarajući artikulacijski plan.

(2) *Poruka* je prvotno misao ili ideja, koju je moguće razmijeniti sa slušateljem tek onda kada se oblikuje u akustičke podražaje organizirane u punoznačne lingvističke cjeline.

Drugim riječima, govorna komunikacija ne započinje odašiljanjem akustičkog signala, već stvaranjem ideje o onome što se želi prenijeti.

(3) *Primatelj ili slušatelj* je krajnja točka komunikacijskog događaja, a zadatak mu je primiti akustički signal, ispravno ga dekodirati i prikladno interpretirati govornikovu poruku. Njegov dodatni doprinos očituje se u kontekstu ukazivanja na prisutnost nesporazuma, što se može ostvariti neverbalnim signalima (npr. položaj tijela, geste, facijalna ekspresija i drugo). To je jedan od razloga zašto je važna (4) *povratna sprega*. Ona omogućava govorniku naknadno ispravljanje ili prilagođavanje poruke, ako nije prenesena ili interpretirana na odgovarajući način (*Slika 1*).

Na *Slici 1* se može primijetiti da se razmjena poruke odvija u (5) *komunikacijskoj okolini*. Vanjski čimbenici mogu značajno utjecati na uspješnost prenošenja poruke i kvalitetu komunikacije. Buka u komunikacijskom kanalu može kvalitativno i kvantitativno utjecati na uspješnost komunikacije. Kvalitativne promjene se odnose na mogućnost prijenosa akustičkog signala, a kvantitativne na količinu informacija koje se prenose (Nerbonne, Schow i Blaiser, 2017).

Ako su uvjeti optimalni, konverzacija teče glatko i s lakoćom napreduje, te komunikacijski partneri mogu učinkovito razmjenjivati informacije bez ograničavanja teme razgovora (Tye-Murray, 2020). Ukoliko je prisutan problem na bilo kojem dijelu komunikacijskog ciklusa, ona će biti otežana (Nerbonne, Schow i Blaiser, 2017).

### **2.3. Komunikacijske teškoće**

Primarna posljedica oštećenja sluha je otežana govorna komunikacija, neovisno radi li se o prirođenom ili stečenom oštećenju sluha (Nerbonne, Schow i Blaiser, 2017). Stečeno oštećenje sluha ograničava komunikacijske situacije u kojima osoba može sudjelovati, što se može odraziti na mogućnost održavanja međuljudskih odnosa. Osim otežane komunikacije u direktnom kontaktu, telefonska komunikacija može biti izraženo otežana ili onemogućena (Fook i Morgan, 2000). Uslijed nemogućnosti razgovora telefonom, zbog slabijih sposobnosti razumijevanja poruke, osoba se može usmjeriti na pisane oblike komunikacije, koji unatoč svojoj učinkovitosti ne mogu prenijeti jednaku količinu informacija (Hull, 2019). No, danas se može zamijetiti sve veća usmjerenost na takve oblike komunikacije i odrasle osobe uglavnom posjeduju znanja i resurse za iskorištavanje njihovih potencijala.

U interakcijama osoba s oštećenjem sluha s drugim osobama, učestalo mogu biti prisutni komunikacijski lomovi zbog: (1) propuštanja suptilnih komentara sugovornika, (2) nenamjernog ili neprimjerenog načina promjene teme razgovora, (3) nerazumijevanja dijela ili čitave poruke i (4) posljedičnih neprimjerenih komunikacijskih ponašanja, te zbog (5) nerazumijevanja početne teme razgovora, što značajno otežava daljnje sudjelovanje (Tye-Murray, 2020). Njihov govor može biti povećanog intenziteta koji ne odgovara socijalnom kontekstu i intrinzičnim socijalnim pravilima ponašanja. Posljedica može biti negativna reakcija sugovornika i stigmatizacija pojedinca (Hricová, 2018). Kako bi osigurali razumijevanje poruke, osobe se mogu usmjeriti na sugovornikova usta, facijalnu ekspresiju i pokrete tijela, te zbog toga smanjiti kontakt očima. Takve oblike ponašanja sugovornici mogu smatrati neobičnima i neprimjerenima, što dodatno doprinosi njihovim nerijetko negativnim stavovima prema oštećenju sluha (Tye-Murray, 2020).

*Nepovoljni uvjeti slušanja.* Sposobnosti razumijevanja nadolazeće poruke značajno su smanjene, ako uvjeti slušanja nisu optimalni. Iako osobe sa stečenim oštećenjem sluha, uz odgovarajuća slušna pomagala, mogu zamijetiti zvukove, razumijevanje govora u nepovoljnim uvjetima može biti otežano. Komunikacija u okolini koja podrazumijeva (1) pozadinsku buku, (2) preklapanje u komunikacijskim izmjenama između govornika ili (3) vizualne podražaje koji ometaju pojedinca, iznimno je nepogodna za sudjelovanje. U takvim uvjetima osobe čuju samo dijelove razgovora, koji nisu dostatni za razumijevanje cijele poruke (Blazer i Tucci, 2019). Kako bi poboljšale razumijevanje sadržaja razgovora, osobe se mogu osloniti na vlastito poznavanje jezika i njime nadopuniti promakle informacije (Nerbonne, Schow i Blaiser, 2017). No, oslanjanje na lingvistička znanja je ograničeno učinkovito, jer jezične strukture u spontanoj interakciji mogu značajno odstupati od standarda. Drugi način poboljšavanja razumijevanja poruke podrazumijeva posjedovanje znanja o aktualnim događanjima u javnosti. Osobe koje su prije gubitka sluha takve informacije prikupljale gledanjem televizije, slušanjem vijesti na radiju ili putem spontanih interakcija s partnerom ili bližnjima, nakon oštećenja sluha to više ne mogu činiti u jednakoj mjeri (Hull, 2019).

Nepovoljni komunikacijski uvjeti ne odnose se samo na prisutnost pozadinske buke. Nisko osvjetljenje prostora i loš kut promatranja sugovornika također su otegotne okolnosti. Osobe s oštećenjem sluha teže će pratiti sugovornika, ako on stoji predaleko, kontinuirano odmiče glavu ili prekriva usne rukama (Blazer i Tucci, 2019). Takvim djelovanjem sugovornik onemogućava *očitanje*, što je proces prepoznavanja govora koji se oslanja na

vizualna obilježja artikulacije i facijalne ekspresije. Nešto je širi koncept *očitavanje govora* (*engl. speechreading*) koji se odnosi na usmjeravanje i integraciju auditivnih i vizualnih informacija koje govornik odašilje (Tye-Murray, 2015).

Tye-Murray i suradnici (2011) proveli su istraživanje u kojem su sudjelovale mlađe (od 19 do 25 godina) i starije (67 do 85 godina) osobe uredna sluha i vida. Rezultati ukazuju na bolje sposobnosti prepoznavanja govora u nepovoljnim uvjetima slušanja uz pomoć informacija koje pruža vizualni kanal. Nadalje, primijećeno je da su mlađe osobe bile nešto bolje od starijih. S rezultatom da su mlađe osobe bolje u očitavanju slažu se i drugi autori (npr. Feld i Sommers, 2009), dok neki navode da je porast kronološke dobi u korelaciji s boljim sposobnostima očitavanja (npr. Andersson i sur., 2001). U potonjem istraživanju sudjelovale su osobe s izraženom razinom oštećenja sluha (u prosjeku 75 dB na boljem uhu), što djelomično može objasniti navedene rezultate.

U istraživanjima su prepoznate kognitivne funkcije koje doprinose uspješnosti očitavanja. Andersson i suradnici (2001) navode da je sposobnost očitavanja rečenica povezana sa (1) sposobnostima vizualnog dekodiranja riječi, (2) brzinom donošenja leksičkih odluka, (3) brzinom fonološke obrade i (4) kvalitetom fonološke reprezentacije. Feld i Sommers (2009) prepoznali su (1) verbalno radno pamćenje, (2) specijalno radno pamćenje i (3) brzinu obrade informacija kao važne preduvjete očitavanja. Navedena istraživanja idu u prilog da odrasle osobe sa stečenim oštećenjem sluha mogu dio ispuštenih informacija nadomjestiti promatranjem pokreta usana sugovornika, unatoč tome što prethodno nisu bile usmjerene na njih. Potrebno je naglasiti da su informacije koje osoba može dobiti očitavanjem oskudne, jer uspješno očitavanje ovisi o brojnim čimbenicima, neki od kojih su: (1) poznavanje obrasca artikulacije govornika, (2) brzina govora sugovornika, (3) sličnost izgovora glasova (npr. /p/, /b/ i /m/), (4) utjecaj koartikulacije na razini riječi i (5) stapanje pokreta artikulatora na granicama riječi unutar rečenice (Bradarić-Jončić, 1997; Tye-Murray, 2015).

*Kvaliteta glasa i razumljivost govora.* Rehabilitacija osoba sa stečenim oštećenjem sluha usmjerena je na uvježbavanje maksimalnog iskorištavanja preostale sposobnosti slušanja za učinkovitu komunikaciju. U tom se kontekstu malo pažnje pridaje kvaliteti glasa i razumljivosti govora osobe (Coelho, Medved i Brasolotto, 2015). Poznato je da oštećenje sluha nastalo u ranom djetinjstvu otežava usvajanje govornog jezika, što također utječe na razinu razumljivosti njihove govorne ekspresije (Lieu i sur., 2010; Tomblin i sur., 2014). Oštećenje sluha nastalo u odrasloj dobi, nema izražen utjecaj na razumljivost govora pojedinca (Schow, Nerbonne i Sanford, 2017). No, ukoliko je stečeno oštećenje sluha

prisutno duži vremenski period i osoba ne koristi slušno pomagalo, izostanak povratne slušne sprege može negativno utjecati na razumljivost njezina govora (Hull, 2019).

Istraživanja su pokazala da uslijed izostanka povratne slušne sprege dolazi do promjene određenih akustičkih parametara glasa. Mora i suradnici (2012) navode da su promjene u akustičkim parametrima izraženo prisutne kod sudionika s višom razinom oštećenja sluha. Akil i suradnici (2017) nadopunjuju prethodno istraživanje time što su primijetili da se neki parametri (ponajviše fundamentalna frekvencija) mogu promijeniti i kod blagog do umjerenog oštećenja sluha. Naposljetku, Hassan i suradnici (2011) proveli su istraživanje u kojem je sudjelovalo 35 odraslih osoba sa stečenim oštećenjem sluha, koje su istraživači podijelili u dvije skupine. Prvu su skupinu činile osobe sa stečenim oštećenjem sluha koje je nastalo prije više od šest godina, dok su drugu skupinu činile osobe koje su oštećenje sluha imale manje od šest godina. Rezultati njihovog istraživanja ukazuju, ne samo na promijene u akustičkim parametrima ovisno o razini oštećenja, nego i o vremenu nastanka oštećenja sluha. Osim toga, intonacija na razini rečenice može biti narušena, a naglašavanje na razini riječi može djelomično odstupati od standarda (Hull, 2019). Navedena obilježja govorne produkcije ukazuju da komunikacijske teškoće nisu samo rezultat smanjene sposobnosti osoba s oštećenjem sluha u razumijevanju poruke. Izvor dijela tih teškoća može biti i smanjena razumljivost njihova govora.

### **2.3.1. Komunikacijske teškoće u obitelji**

Za osobe s oštećenjem sluha, dom može biti izvor dodatnih komunikacijskih teškoća. U kućanstvu je učestalo prisutna pozadinska buka, poput šuma nape, buke mašine za pranje posuđa ili odjeće, zvuka televizora ili radija, razgovora ukućana i sličnog. Ta pozadinska buka ima potencijal narušiti komunikaciju među ukućanima. Slabija sposobnost zamjećivanja zvukova u kućanstvu može utjecati na neprepoznavanje zvona telefona ili kucanja na vratima. Također, osobe možda neće čuti zvukove upozorenja i na taj se način dovesti u opasnost (Scarinci, Worrall i Hickson, 2008).

Članovi obitelji i bližnje osobe prepoznaju prisutnost oštećenja sluha i prije nego sama osoba, te mogu izostavljati informacije koje smatraju suvišnim (Manchaiah, Stephens, i Meredith, 2011). Na taj način komunikacija postaje štura, formalna i osoba s oštećenjem sluha se može osjećati odvojeno od članova obitelji. Komunikacija nadalje može biti osiromašena, zbog toga što osobe izbjegavaju razgovor o temama koje zahtijevaju korištenje



manje učestalih riječi ili složenijih sintaktičkih struktura (Tye-Murray, 2015). Glasno govorenje od strane djece osoba s oštećenjem sluha, kao strategija za unaprjeđivanje komunikacije u obitelji, se pokazala kontraproduktivnom. Sugovornik takav način komunikacije može percipirati kao agresivno ponašanje, a ne kao pokušaj premošćivanja prisutnih teškoća (Preminger, Montano i Tjørnhøj-Thomsen, 2015). Primijećeno je da bližnje osobe ulažu dodatan trud da održe odgovarajuću razinu komunikacije kada stupaju u kontakt s članom obitelji koji ima oštećenje sluha. (1) Učestalo ponavljanje, (2) manja udaljenost od sugovornika, (3) vođenje računa o vidljivosti lica, (4) inzistiranje na gestama ili verbalnoj potvrdi razumijevanja su neke od metoda koje komunikacijski partneri koriste za osiguravanje uspješne komunikacije (Scarinci, Worrall i Hickson, 2008; Preminger, Montano i Tjørnhøj-Thomsen, 2015).

Potrebno je uzeti u obzir i kognitivni napor koji treba uložiti u aktivnost slušanja. Kognitivni napor slušanja se može definirati kao „svjesno i namjerno odvajanje mentalnih resursa za premošćivanje teškoće prilikom izvođenja zadatka slušanja“ (Pichora-Fuller i sur., 2016; str. 10). Odrasle osobe sa stečenim oštećenjem sluha obično dolaze doma nakon dana provedenog na radnom mjestu, pa tako dio komunikacijskih teškoća u interakciji s obitelji i bližnjima može biti objašnjen zamorom osobe (Hollman i sur., 2019).

### **2.3.2. Komunikacijske teškoće na radnom mjestu**

Problemi na radnom mjestu koji nastaju uslijed oštećenja sluha mogu se smatrati multidimenzionalnim fenomenom, jer podrazumijevaju interakciju unutarnjih čimbenika i konteksta u kojem se osoba nalazi (Granberg i Gustafsson, 2021).

Oštećenje sluha koje je nastalo prije zapošljavanja će izravno utjecati na odabir zanimanja i radnog mjesta. Te su osobe namjerno i ciljano odabirale poslove koji neće zahtijevati visoku razinu govorne komunikacije (Hogan i sur., 2009). No, stečeno oštećenje sluha je novonastalo stanje i pojedinci koji se suoče s njim nisu svoje zanimanje odabrali imajući na umu potencijalne teškoće (Katz i Steele, 2019). Rezultati istraživanja Hogana i suradnika (2009) ukazuju na otežano zadržavanje posla osobama, koje imaju oštećenje sluha povezano s učestalim komunikacijskim lomovima. Ti rezultati mogu navesti na zaključak da će kod osoba sa stečenim oštećenjem sluha biti prisutne i dodatne teškoće prilikom pronalaženja novog radnog mjesta.

Jedan od načina suočavanja s komunikacijskim teškoćama na radnom mjestu je uporaba slušnog pomagala i drugih uređaja koji olakšavaju slušanje, poput sustava za ozvučenje prostora. Iako takva pomagala ne vraćaju potpunu sposobnost slušanja, njihova uporaba može olakšati funkcioniranje na radnom mjestu, pa tako i u svakodnevnom životu (Svinndal i sur., 2018). No, i dalje je prisutna određena zadržka pri uporabi takve tehnologije.

Svinndal i suradnici (2018) proveli su istraživanje u kojem su sudjelovale radno sposobne osobe u dobi od 18 do 67 godina. Sudionici su većinom (77,9%, N=3216) imali blago do umjereno obostrano oštećenje sluha, skoro svi sudionici (92,4%, N=3216) su koristili slušna pomagala, a nešto manje od petine sudionika (18,9%, N=3216) se izjasnilo da uz slušna pomagala koristi i dodatnu elektroakustičku tehnologiju. Rezultati pokazuju da (1) puno radno vrijeme predstavlja izazov za osobe s oštećenjem sluha zbog nepovoljnih uvjeta slušanja, (2) da je razina oštećenja sluha povezana s učinkovitim funkcioniranjem na radnom mjestu i (3) da je s povećanom razinom oštećenja sluha izraženo potrebna prilagodba uvjeta rada. Autori navode da je zahtijevanje prilagodbe na radnom mjestu često uvjetovano dvama čimbenicima. Prvotno je (1) prisutna zabrinutost kako će ih percipirati kolege, a zatim (2) svjesnost da određene prilagodbe na radnom mjestu zahtijevaju reorganizaciju prostora, što se nadležnima može činiti kao prevelik financijski trošak i zbog toga ih se osobe osjećaju nelagodno zatražiti.

U Republici Hrvatskoj, Članak 12. (NN 39/18) Zakona o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom (NN 157/13, 152/14, 39/18) navodi da je poslodavac „ovisno o radnim sposobnostima, karakteristikama i individualnim potrebama osobe s invaliditetom koja se zapošljava, dužan osigurati odgovarajuće oblike razumne prilagodbe u vezi s prilagodbom organizacijskih, psihofizičkih i socijalnih aspekata radnog mjesta i radnog okoliša, kao i potrebne prilagodbe vezane uz učinkovitost i trajanje rada.“ No, u istom se Zakonu ne definiraju koji bi to bili „odgovarajući oblici razumne prilagodbe“, što osobe sa stečenim oštećenjem sluha postavlja u nepovoljnu situaciju, jer može kompromitirati mogućnost ostvarenja prilagodbi koje bi doprinjele njihovoj radnoj produktivnosti i općenitom zadovoljstvu životom.

### **2.3.3. Konverzacijski stil i komunikacijsko ponašanje**

*Razgovorni stil* govora može se okarakterizirati veoma redundantnim, odnosno sadržava informacije koje sugovorniku mogu biti dostupne iz različitih izvora (Nerbonne, Schow i

Blaiser, 2017). Uz redundantnost govora, odrasle osobe se mogu osloniti na vlastito lingvističko znanje i kontekstualne informacije za bolje razumijevanje poruke (Katz i Steele, 2019).

Pojedinci mogu reagirati na veoma različite načine na novonastalo stanje stečenog oštećenja sluha. Ovisno o reakciji na oštećenje sluha osoba može zauzeti drugačiji način komunikacije i ponašanja, u odnosu na vrijeme prije oštećenja sluha. Ako je novi pristup u interakciji s drugima negativan, to može dodatno otežati već zahtjevnu komunikaciju. *Konverzacijski stil* se odnosi na skupinu ponašanja koja osobe primjenjuju za vrijeme primanja i odašiljanja poruke, a literatura prepoznaje četiri konverzacijska stila: (1) pasivni, (2) agresivni, (3) pasivno-agresivni i (4) asertivni (Tye-Murray, 2015).

(1) *Pasivni konverzacijski stil* je okarakteriziran povlačenjem iz komunikacije i izbjegavanjem socijalnih situacija koje zahtijevaju veću razinu komunikacijskog sudjelovanja. Osobe koje zauzmu ovakav stav malo doprinose razgovoru, izbjegavaju komunikacijske izmjene i učestalo koriste strategiju blefiranja (Nerbonne, Schow i Blaiser, 2017). Blefiranje se odnosi na pretvaranje da je osoba razumjela odaslanu poruku tako što kima glavom i smiješi se. Primjena takve strategije može imati negativne posljedice za pojedinca koji ju koristi, te može uzrokovati neugodnu situaciju za sugovornika (Trychin, 2012). Pasivni konverzacijski stil može biti povezan s učestalim ispričavanjem osobe s oštećenjem sluha, unatoč tome što ona nije uvijek razlog nastanka komunikacijskog loma (Hull, 2019). Neinteraktivno komunikacijsko ponašanje prisutno je kod osoba koje pokazuju pasivan konverzacijski stil. One smanjeno doprinose komunikaciji tako što ne uvode nove teme ili ne uočavaju da je njihov red za doprinos (Tye-Murray, 2015).

Suprotnost prvom stilu je (2) *agresivni stil konverzacije* i dominantno komunikacijsko ponašanje. Osobe s ovakvim oblikom ponašanja često okrivljuju komunikacijske partnere za prisutnost komunikacijskih teškoća, navodeći da osobe govore nedovoljno razgovjetno ili glasno (Nerbonne, Schow i Blaiser, 2017). Neprijateljski stav prema sugovornicima može sezati do te razine da smatraju stručnjake, koji im žele pomoći, glavnim izvorom njihovih teškoća (Hull, 2019). Osobe koje zauzimaju ovakav položaj dominiraju komunikacijom i ne dozvoljavaju drugima da ostvare jednak doprinos. Može biti prisutno i (1) vikanje, (2) zanemarivanje poruke sugovornika, (3) dominantan govor tijela, (4) upadanje drugima u riječ, (5) izbjegavanje odgovaranja i postavljanja pitanja i (6) naglo mijenjanje teme, sve u svrhu kontroliranja komunikacije kako ne bi došlo do teškoća (Tye-Murray, 2015). Takvo

ponašanje može dovesti do izbjegavanja osobe i nevoljko stupanje u interakciju s istom (Trychin, 2012).

Konverzacijski stil koji uključuje elemente pasivnog i agresivnog stila naziva se (3) *pasivno-agresivni konverzacijski stil*. Osobe koje pokazuju ovakav oblik ponašanja, u interakcijama su izraženo pasivne, ali se kasnije mogu agresivno žaliti bližnjima o prisutnim teškoćama. One učestalo koriste sarkazam za suočavanje s komunikacijskim teškoćama, te mogu namjerno izbjegavati ukazivanje na prisutnost nesporazuma kako bi kasnije potakle osjećaj krivnje kod sugovornika (Tye-Murray, 2015).

(4) *Asertivni konverzacijski stil* podrazumijeva preuzimanje dijela odgovornosti za gladak tijek komunikacije, odnosno svjesno i namjerno djelovanje na uvjete u okolini. Osobe s ovim konverzacijskim stilom priznaju komunikacijskim partnerima da imaju oštećenje sluha i to čine na pozitivan i primjeren način (Nerbonne, Schow i Blaiser, 2017). Isto tako, one se ujedno trude ispuniti komunikacijske izmjene i ponuditi prikladan odgovor na sugovornikovu poruku (Tye-Murray, 2015). Ovakav oblik ponašanja prepoznat je kao najučinkovitiji način premošćivanja komunikacijskih teškoća, čemu u prilog ide i činjenica da su razvijeni terapijski programi koji za cilj imaju uvježbavanje takvog načina komunikacije (Smith i sur., 2011).

Iako nije moguće odrediti ili definirati ispravan i pogrešan način ponašanja kada je osoba suočena s komunikacijskim teškoćama, određena obilježja djelovanja mogu značajno olakšati zahtjevne situacije.

Komunikacijske teškoće u svakodnevnom životu, bilo na radnom mjestu ili u okruženju obitelji i bližnjih, mogu značajno utjecati na pojedinca s oštećenjem sluha. Osobe koje su oštećenje stekle u odrasloj dobi prethodno se nisu susretale s preprekama u komunikaciji i ne posjeduju resurse i znanja koja bi im mogla pomoći u nošenju s novonastalim stanjem. Emocionalne teškoće s kojima se susreću osobe sa stečenim oštećenjem sluha usko su vezane uz uspješnost komunikacije. Zanimljivo je primijetiti da istraživanja provedena s drugim skupinama, koje su pod povećanim rizikom za otežanu komunikaciju (npr. osobe s afazijom, osobe koje mucaju ili osobe s poremećajem glasa), ukazuju na negativne posljedice takvih teškoća na emocionalno stanje pojedinca.

Cruice i suradnici (2003) su kod osoba s afazijom zamijetili da je razina komunikacijskih teškoća obrnuto proporcionalno povezana sa (1) sudjelovanjem u socijalnim aktivnostima, (2) kvalitetom života i (3) prisutnošću emocionalnih teškoća. Craig, Blumgart i Tran (2009) u

svom radu zaključuju da mucanje negativno utječe na emocionalnu stabilnost i mentalno zdravlje pojedinca, a rezultati istraživanja upućuju na moguću vezu između učestalosti mucajućih netečnosti i snižene emocionalne stabilnosti. Misono i suradnici (2016) su pronašli blagu, ali statistički značajnu, korelaciju između percipiranih teškoća s glasom i razinom emocionalne nestabilnosti. Rezultati tih istraživanja navode na zaključak da i drugi poremećaji koji negativno utječu na jezično-govornu komunikaciju mogu dovesti do prisutnosti emocionalnih teškoća.

Trenutno, tretman oštećenja sluha nerijetko ne seže dalje od dodjele slušnog pomagala, te se zanemaruju emocionalne teškoće s kojima se osobe mogu suočiti, a koje proizlaze iz otežane komunikacije i posljedičnih otežanih međuljudskih odnosa koji čine podlogu za narušeno mentalno zdravlje (Blazer i Tucci, 2019). Osim što stručnjaci trebaju biti upoznati s djelotvornim metodama koje učinkovito umanjuju teškoće u komunikaciji, oni bi isto tako trebali poznavati učinak oštećenja sluha na mentalno zdravlje pojedinca i znati kako pomoći u tom kontekstu.

## **2.4. Društvena stigma oštećenja sluha**

Pojam „stigma“ potječe iz stare Grčke. Termin se izvorno upotrebljavao za tjelesne oznake koje su implicirale sniženi moralni status pojedinca, odnosno osobe koje je bilo potrebno izbjegavati u javnosti. Interpretacija pojma stigme se u povijesti značajno mijenjala. Danas se djelomično zadržava ideja stigme koju su postavili stari Grci, ali pojam se ne referira na osobinu pojedinca nego na društvene konotacije koje se povezuju s tom osobinom (Goffman, 1963).

Goffman (1963) navodi da se „stigma“ odnosi na obilježje koje ima potencijal značajno diskreditirati osobu u društvu. Autor nadalje objašnjava da to obilježje samo po sebi nije stigmatizirajuće, već takvo postaje kada se poveže s ustaljenim stereotipima u široj javnosti. U ovom kontekstu, društvo se može definirati kao skupina ljudi koja čini zajednicu ili bilo koja organizacija osoba koja ima zajednički cilj (Southall, Gagné i Jennings, 2021). Jones i suradnici (1984; prema Southall, Gagné i Jennings, 2021) prepoznali su šest dimenzija stigme, a one su:

1. *Prikrivenost (engl. Concealability)* se odnosi na razinu uočljivosti stigmatizirajućeg obilježja,

2. *Napredovanje* (engl. *Course of the mark*) se odnosi na mogućnost da će ta osobina postati uočljivija s prolaskom vremena,
3. *Ometanje* (engl. *Disruptiveness*) se odnosi na razinu koliko stigmatizirajuće obilježje može narušiti svakodnevne socijalne interakcije,
4. *Estetika* (engl. *Aesthetics*) je djelomično povezana s *prikrivenošću*, ali obuhvaća i uočljivost, te percipiranu odbojnost osobine u širem društvenom kontekstu,
5. *Uzrok* (engl. *Origin*) se odnosi na percepciju okoline koliko je pojedinac, vlastitim djelovanjem, doprinio i/ili uzrokovao prisutnosti stigmatizirajuće osobine,
6. *Opasnost* (engl. *Peril*) se odnosi na pretpostavljenu razinu opasnosti, koju članovi društva povezuju s pojedinom osobinom.

Iako ne možemo oštećenje sluha povezati sa svim dimenzijama, određene implikacije postoje za dimenzije *prikrivenosti*, *napredovanje*, *ometanja* i *estetike*.

Pojava stigmatizacije i diskriminacije je veoma učestala u mnogim društvima. Zamijećeno je da svijest javnosti o oštećenju sluha nije dostatno razvijena i stavovi prema osobama s oštećenjem sluha, nisu uvijek pozitivni (Southall, Gagné i Jennings, 2021). Zbog te činjenice, populacija osoba s oštećenjem sluha pod povećanim je rizikom da bude izložena društvenoj stigmi (Davis, 2005).

Oštećenje sluha u društvu prepoznaje se kao osnovno obilježje procesa starenja (Wallhagen, 2010; Manchaiah i sur., 2015), a zajednica ga vidi kao prepreku sudjelovanja u društvu, te podcjenjuje sposobnosti osoba s oštećenjem sluha i smatra ih inferiornim članovima društva (Wallhagen, 2010; Manchaiah i sur., 2015; Lash i Helme, 2020). Manchaiah i suradnici (2015) proveli su istraživanje s ciljem utvrđivanja stavova opće populacije prema oštećenju sluha i slušnim pomagalicama. Rezultati su pokazali da je više od polovine sudionika posjedovalo negativan stav prema oštećenju sluha. Kako bi uvidjeli razlikuju li se stavovi ovisno o kulturološkim razlikama, autori su istraživanje proveli u četiri države Indiji, Iranu, Portugalu i Ujedinjenom Kraljevstvu. Primijećeno je da su Indijci imali nešto pozitivnije stavove u usporedbi sa sudionicima iz drugih država, što autori objašnjavaju usmjerenošću Indijaca na učinkovitost tehnoloških rješenja.

Foss (2014) je zamijetio da se oštećenje sluha u televizijskim emisijama učestalo prikazuje kao prolazno stanje – s trenutnim početkom i nevjerojatno brzim oporavkom. Osobe s oštećenjem sluha prikazuju se usamljenima, a komunikacijske teškoće su izvor humora. Stoga se može zaključiti da dio predrasuda potječe iz medija, koji nas u današnje

vrijeme okružuju. Zanimljivo je primijetiti da unatoč istraživanjima, koja potvrđuju da se u javnosti oštećenje sluha smatra obilježjem starije dobi (npr. Wallhagen, 2010; Manchaiah i sur., 2015), u televizijskim emisijama je ono većinom prisutno kod mlađih osoba (Foss, 2014) i zbog toga se naglašava djelomičan utjecaj medija na stavove.

*Socijalizacija* je proces u kojem se osoba po prvi put susreće s idejom da obilježje koje posjeduje nije društveno prihvaćeno. Putem tih prvih interakcija osoba spoznaje što zajednica misli o jednom dijelu njezine ličnosti, te koje su društvene posljedice te osobine. Kod osoba sa stečenim oštećenjem sluha ne mogu se razmatrati početci socijalizacije, jer one koje su stekle oštećenje sluha u odrasloj dobi vrlo vjerojatno poznaju mišljenje društva o njihovom novonastalom stanju. Problem može biti prisutan u interakcijama s drugima, jer pojedinac ne zna kako će nepoznata osoba reagirati i hoće li se njezini stavovi podudarati s ustaljenim stereotipima ili ne (Goffman, 1963). Osobe, u tom kontekstu, ulažu veći kognitivni napor da sačuvaju svoj socijalni identitet (*engl. save face*), što može biti veoma zamorno, frustrirajuće i općenito negativno iskustvo. Stigmatizacija i diskriminacija mogu se pojaviti u različitim oblicima i može biti prisutna u različitim kontekstima. Osobe s oštećenjem sluha mogu biti stigmatizirane na radnom mjestu, od strane zdravstvenih radnika, pa čak i od strane obitelji i prijatelja (Ruusuvaori i sur., 2021).

S obzirom na to da je stigma socijalni konstrukt, kao takav je neodvojiv od međuljudske komunikacije. To postavlja osobu s oštećenjem sluha u nepovoljan položaj, jer su teškoće s kojima se susreće primarno prisutne u komunikacijskom kontekstu. U interakcijama s drugima fokus razgovora, ako se osoba izjasni, može postati oštećenje sluha čime se zanemaruju zajednički interesi ili zajedničke aktivnosti (Lash i Helme, 2020). Okolina, ili barem pojedinci, učestalo iskazuju žaljenje prema osobama s oštećenjem sluha, što pokazuje da se ono u društvu smatra značajnom preprekom za sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima (Lash i Helme, 2020). Sugovornici mogu pružati savjete na osnovi njihovog, vrlo vjerojatno, veoma ograničenog znanja i iskustva što osobama može biti zamorno i jedan od razloga snižene volje za sudjelovanje u komunikaciji s nepoznatima (Goffman, 1963).

Goffman (1963) *uočljivost* (*engl. visibility*) definira lakoćom uočavanja stigmatizirajućeg obilježja u svakodnevnim interakcijama. Autor nadalje navodi da uočljivost nije najbolji termin jer implicira zamjećivanje osjetilom vida. Na primjer, osoba s poremećajem tečnosti govora neće biti stigmatizirana odmah jer njezine teškoće nisu doslovno vidljive, već će biti prepoznate na osnovi slušanja. Isto tako, uočljivost se mora razlikovati od (1) *posjedovanja znanja o teškoći* i od (2) *trenutne prisutnosti teškoće*. Dok se ne stupa u interakciju s drugom

osobom, ne može se znati razina njezina znanja o teškoćama s kojima se osoba susreće. Trenutna prisutnost teškoće uvelike ovisi o kontekstu, pa tako komunikacijske teškoće ne moraju biti prisutne, ako se ona odvija u povoljnim uvjetima slušanja (Goffman, 1963).

Oštećenja sluha, kao i drugi poremećaji u kontekstu jezika, govora i komunikacije, smatraju se prikrivenim teškoćama. Disleksija ima potencijal biti stigmatizirajuće obilježje, ali isto tako nije odmah uočljiva (Lisle i Wade, 2014). Oštećenje sluha je posebno u tome što u nekim kontekstima može biti skriveno, dok u drugim ne. Prednost neprimjetnosti stigmatizirajućeg obilježja je u tome što osoba može odlučiti kada i kome će se povjeriti (Southall, Gagné i Jennings, 2021). U tom kontekstu može biti prisutan dodatni teret, ako netko drugi otkrije osobu bez njezina pristanka. Otkrivanje ili izjašnjavanje o oštećenju sluha mora biti provedeno u optimalnim uvjetima jer se mogu očekivati veoma različite reakcije od bilo kojeg dionika. Primjerice, osoba se tek nakon dužeg vremena suradnje s kolegom na poslu može osjećati dovoljno sigurno za povjeravanje. Southall, Gagné i Jennings (2021) navode da suradnik odgođeno izjašnjavanje može smatrati pokazateljem smanjenog povjerenja. Suradnik kojem se osoba izjasnila, može početi razmatrati prisutnost drugih problema na radnom mjestu, s čim može biti povezano i preispitivanje njezine sposobnosti obavljanja zadataka. Suprotno navodu, ne može se zanemariti pozitivan odnos kojeg su te dvije osobe ostvarile. S obzirom da se osoba osjećala dovoljno sigurno podijeliti informaciju o oštećenju sluha, taj je odnos prijateljske prirode i upravo na osnovi njihova zajednička prijateljstva, oštećenje sluha možda neće biti promatrano kroz perspektivu predrasuda u društvu.

U kontekstu prikrivanja oštećenja sluha, mišljenje društva nije jedino bitno. Drugim riječima, pod utjecajem stava da je oštećenje sluha potrebno sakriti, proizvođači slušnih pomagala i druge tehnologije za pomoć slušanju svoje proizvode reklamiraju naglašavajući njihovu neprimjetnost (Wallhagen, 2010). Važno je spomenuti da neka manja slušna pomagala vjerojatno nemaju jednake performanse kao ona koja su više primjetna. Također, konfiguracija oštećenja sluha i/ili socio-ekonomski status pojedinca može onemogućiti pristup naprednijim tehnološkim rješenjima.

Stereotipe prisutne u široj javnosti, osobe mogu internalizirati što dovodi do većeg nastojanja da se stigmatizirajuće obilježje prikrije (Southall, Gagné i Jennings, 2021). *Internalizirana stigma (engl. sefl-stigma)* je pojava u kojoj osobe sebi pripisuju, svjesno ili nesvjesno, predrasude prisutne u društvu. Ona može dodatno utjecati na mentalno zdravlje pojedinca, a povezana je s povećanim stresom, osjećajem srama, niskim samopoštovanjem i



narušenom slikom o sebi (Tye-Murray, 2015). Takvim mišljenjem osobe si dodatno ograničavaju sudjelovanje u aktivnostima koje su im izvor užitka ili koje smatraju važnim. Stigma, pogotovo internalizirana, značajno utječe na prihvaćanje oštećenja sluha, a povezana je s odbijanjem odlaska na procjenu slušnog statusa i odgođenim uključivanjem u programe rehabilitacije slušanja i govora (Wallhagen, 2010).

Basheer i suradnici (2020) su proveli istraživanje s ciljem određivanja obilježja interakcije između društvene stigme i korištenja slušnih pomagala. Većina sudionika (73%, N=52) izjasnila se da slušno pomagalo ne koriste zbog percipirane stigme u društvu. Prema tome se može zaključiti da stigma, bila ona internalizirana ili ne, ima značajan utjecaj na odluku o nabavi, učestalosti nošenja i u kojim situacijama će slušno pomagalo biti korišteno.

Mak i suradnici (2007) proveli su meta-analizu o utjecaju društvene stigme na mentalno zdravlje pojedinca. Primijećeno je da neka istraživanja potvrđuju negativan utjecaj iskustva stigmatizacije na mentalno zdravlje pojedinca, dok druga ne. Autori tu razliku u istraživanjima objašnjavaju time što utjecaj stigme na mentalno zdravlje uvelike ovisi o specifičnoj dijagnozi koju pojedinac ima ili teškoći s kojom se susreće i socio-kulturološkim okolnostima u kojima se nalazi. Od ukupno 49 članaka koje su autori uvrstili u meta-analizu, čak 19 je ispitalo utjecaj stigme emocionalnih poremećaja na mentalno zdravlje. Ta činjenica dovodi do zaključka da osobe mogu prikrivati ne samo oštećenje sluha nego i narušeno mentalno zdravlje, u strahu od utjecaja na njihov socijalni identitet.

Ako je osoba s oštećenjem sluha izložena predrasudama zajednice, njezino mentalno zdravlje može biti narušeno, što se može odraziti na učestalost i način stupanja u interakcije s drugima (Lash i Helme, 2020). Sram je jedna od emocija koju osobe osjećaju u kontekstu obilježja koje ih čini drugačijim. Način kako se osobe ophode u društvenim situacijama i govore o svojim teškoćama, može potvrditi stereotipe koje zajednica smatra važnim (Goffman, 1963). Osjećaji nelagode i srama mogu biti prisutni jer osobe percipiraju oštećenje sluha kao promjenu sposobnosti razmišljanja, učenja, pamćenja i donošenja odluka (Hull, 2019). Da zaobiđu potencijalno stigmatizirajuće situacije, osobe mogu koristiti strategije (1) *izbjegavanja* i (2) *zanemarivanja*. To čine na način da zanemare neprimjerene komentare drugih ili jednostavno izbjegavaju sudjelovanje u onim aktivnostima, u kojim njihove teškoće dolaze do izražaja. Dodatnim ograničavanjem situacija u kojima mogu sudjelovati, osobe s oštećenjem sluha dolaze u rizik od socijalne izolacije (Lash i Helme, 2020). Osobe koje nemaju oštećenje sluha i koje ne posjeduju znanja o pogodnim načinima komunikacije,

izbjegavaju stupanje u interakciju s osobama s oštećenjem sluha i time dodatno ograničavaju njihove socijalne interakcije i otežavaju svakodnevne aktivnosti (Trychin, 2012).

Autoritet na radnom mjestu je od velike važnosti, pogotovo ako je osoba na višoj poziciji. Oštećenje sluha može utjecati na autoritet osobe, te dovesti u pitanje njezinu sposobnost koordinacije rada i učinkovitost u obavljanju zadataka (Wallhagen, 2010). Na radnom mjestu osobe s oštećenjem sluha mogu se suočiti s jednim paradoksom. Populacija osoba s oštećenjem sluha je veoma heterogena i kao takva ne podliježe stereotipima koje društvo postavlja (Manchaiah i Stephens, 2012). No, upravo iz razloga što se teškoće s kojima se osoba susreće ne podudaraju s društvenom idejom oštećenja sluha, one mogu biti diskriminirane tako što im se onemogućava korištenje prikladne prilagodbe koja bi doprinijela njihovoj radnoj produktivnosti (Lash i Helme, 2020).

Od iznimne je važnosti naglasiti da ne podliježu sve osobe s oštećenjem sluha, ili drugim teškoćama, mišljenju društva (Wallhagen, 2010; Lash i Helme, 2020). U istraživanju kojeg je provela Wallhagen (2010) sudionici su naveli da im je uvelike pomogla procjena „gubitka i dobitka“. Dobitak kojeg mogu ostvariti korištenjem slušnog pomagala sudionici su smatrali puno važnijim od potencijalnog rizika od stigmatizacije. Lash i Helme (2020) prepoznali su dvije strategije koje su osobe s oštećenjem sluha koristile kada su bile izložene negativnim stavovima sugovornika. Jedna od strategija je bila (1) *zauzimanje za sebe* i objašnjavanje zašto stav sugovornika nije prihvatljiv. Druga se strategija odnosila na (2) *preoblikovanje situacije*, odnosno prihvaćanje sugovornikovih stavova ne kao problem osobe s oštećenjem sluha, nego osobe koja posjeduje taj stav.

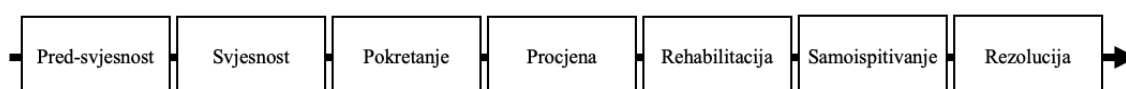
### **3. Emocionalni aspekt mentalnog zdravlja**

#### **3.1. Proces suočavanja s oštećenjem sluha u odrasloj dobi**

Nije neobično da promjene u životu koje su specifične za oštećenje sluha, osobe ne povezuju s njegovom prisutnošću (Manchaiah, Stephens, i Meredith, 2011). Ta pojava je pogotovo izražena, ako se radi o progresivnom oštećenju sluha, koje postupno napreduje. U prosjeku prođe 10 godina od trenutka kada osoba zamijeti prve znakove oštećenja sluha do trenutka kada odluči potražiti pomoć (Davis i sur., 2007). No, oštećenje sluha nastaje puno ranije od trenutka kada se osoba suoči s prvim teškoćama. Ona je tada već neko vrijeme izložena komunikacijskim teškoćama kojima vjerojatno nije poznavala uzrok.

Hricová (2018) je provela istraživanje u kojem su sudjelovale 64 osobe s oštećenjem sluha, u dobi od 20 do 68 godina. Cilj njezina istraživanja je bio utvrditi strategije koje te osobe koriste za suočavanje s teškoćama. Rezultati su pokazali da su najčešće primjenjivane strategije aktivnog suočavanja s problemom, te je zamijećeno da se manje koriste neprimjerene i neprikladne strategije. Dvije najučestalije korištene aktivne strategije za suočavanje s teškoćama su bile (1) obraćanje religiji, te (2) emocionalna podrška od strane obitelji i bližnjih. Sudionici su općenito preferirali strategije koje nisu uključivale interakciju sa širom javnošću i više su se savjetovala s članovima obitelji. Osobe također navode da su manje stupale u kontakt s prijateljima, a u situacijama kada bi ih srele, prikrivale su oštećenje sluha i pretvarale se da se ništa nije značajno promijenilo. Zanimljiv je rezultat bio učestalo korištenje humora od strane osoba sa stečenim oštećenjem sluha. Sudionici su tu strategiju obrazložili mišljenjem da na taj način umanjuju ozbiljnost situacije. Humorom na račun oštećenja sluha nastojali su ukazati svojim prijateljima i članovima obitelji da se ne moraju brinuti za njih.

*Slika 2* prikazuje sedam osnovnih stadija procesa suočavanja s oštećenjem sluha u odrasloj dobi, a oni su: (1) pred-svjesnost, (2) svjesnost, (3) pokretanje, (4) procjena, (5) rehabilitacija, (6) samoispitivanje i (7) rezolucija (Manchaiah, Stephens, i Meredith, 2011; Manchaiah i Stephens, 2012).



*Slika 2 Osnovni stadiji procesa suočavanja s oštećenjem sluha u odrasloj dobi*

U odrasloj dobi oštećenje sluha najčešće nastaje postupno i uobičajeno prve znakove prisutnosti oštećenja sluha ne prepoznaje sama osoba, već njezina obitelj i prijatelji. Tijekom (1) *razdoblja pred-svjesnosti* bližnji počinju primjećivati učestalije nesporazume ili sustavno nezamjećivanje dijelova konverzacije. Oni prepoznaju da osoba s oštećenjem sluha počinje govoriti glasnije. Osoba s oštećenjem sluha počinje se osjećati zbunjeno i frustrirano, ako se komunikacija odvija u nepovoljnim uvjetima za slušanje (npr. okolina koja uključuje pozadinsku buku). No, važno je znati da u tom razdoblju osoba ne povezuje komunikacijske

teškoće s njihovim uzorkom, odnosno oštećenjem sluha (Manchaiah, Stephens, i Meredith, 2011).

(2) *Svjesnost* se odnosi na razdoblje u kojem osobe uočavaju prve simptome i povezuju teškoće s problemom slušanja, makar nisu sasvim sigurne da je ono uzrok teškoća (Manchaiah i Stephens, 2012). Prepoznavanje da su teškoće prisutne nastupa postupno, do te razine da osobe nisu niti svjesne kada je oštećenje sluha nastalo. U tom periodu mogu tražiti od sugovornika da ponove iskaz, ne čuju zvono na vratima ili zvono telefona, ne obraćaju se kada ih netko doziva i ne razumiju dijelove poruke u nepovoljnim uvjetima slušanja (Tye-Murray, 2015). Osobe znaju samoinicijativno provoditi svojevrsno ispitivanje sluha. To čine pomoću pojačavanja ili stišavanja televizora, procjenom koliko dobro mogu čuti vanjske zvukove ili postavljanjem telefona na različitu udaljenost od sebe (Manchaiah, Stephens, i Meredith, 2011).

(3) *Pokretanje*, prema opisu audiologa, se odnosi na traženje pomoći u vidu savjetovanja s liječnikom opće prakse, članovima obitelji, te pronalaženjem informacija putem medija ili na internetu. Kod osoba s oštećenjem sluha u tom razdoblju istovremeno je prisutna potreba za informacijama o oštećenju sluha i nada da će se stanje samostalno poboljšati (Manchaiah i Stephens, 2012). Tijekom razdoblja pokretanja dolazi do trenutka *prelijevanja*, kada se osoba ipak odluči savjetovati sa stručnjakom (Manchaiah, Stephens, i Meredith, 2011). Kod osobe može biti prisutna anksioznost i strah uzrokovan mišljenjem da ništa neće pomoći u smanjivanju učestalosti komunikacijskih lomova (Tye-Murray, 2015). Treba se uzeti u obzir da u trenutku kada osoba prepozna problem, vjerojatno ne posjeduje adekvatan rječnik za opisivanje teškoća s kojima se susreće. Bit će joj potrebno dodatno vrijeme za usvajanje nove terminologije i vještina da počne prepoznavati one uvjete u okolini koji otežavaju komunikaciju.

(4) *Procjena* podrazumijeva razgovor i savjetovanje sa stručnjacima, pregled povijesti bolesti, ispitivanje slušanja i iznošenje rezultata testiranja. Neke će osobe pozitivno reagirati na dijagnozu, dok će druge odbijati i navoditi da su stručnjaci pogriješili (Manchaiah i Stephens, 2012). Nakon procjene i saopćavanja dijagnoze, osobe očekuju od audiologa ili otorinolaringologa da im ponude brzo i potpuno rješenje za njihove probleme. Kada osoba spozna da je oštećenje sluha trajno stanje, može se javiti zabrinutost oko smanjenog broja mogućnosti zapošljavanja, osjećaj gubitka samostalnosti, te strah od odbijanja od strane prijatelja i članova obitelji. Nekim osobama saopćavanje dijagnoze predstavlja svojevrsno olakšanje jer su dugo vremena sumnjale na prisutnost oštećenja sluha (Tye-Murray, 2015).

(5) *Rehabilitacija* se odnosi na savjetovanje sa stručnjacima koji osobi mogu pomoći u nošenju s novonastalim stanjem. Ovo razdoblje ujedno uključuje početak pohađanja programa rehabilitacije slušanja i govora, dodjelu slušnog pomagala i drugih uređaja za olakšavanje slušanja, te opće popravke i dodatno podešavanje postavki slušnog pomagala (Manchaiah, Stephens, i Meredith, 2011). Snažno se u tom razdoblju predlaže uključivanje pojedinca u grupu podrške, kako bi spoznao da nije jedina osoba koja se suočava s takvim oblikom teškoća (Manchaiah i Stephens, 2012).

U (6) *razdoblju samoispitivanja* osoba preispituje prednosti i mane oštećenja sluha općenito, slušnih pomagala i druge tehnologije za pomoć slušanju. Osobe također mogu preispitivati prijašnje i buduće rehabilitacijske programe, odnosno njihovu učinkovitost i kako su oni utjecali na prisutnost komunikacijskih teškoća (Manchaiah i Stephens, 2012).

(7) *Rezolucija* je posljednji stadij u procesu suočavanja s oštećenjem sluha. Ona može podrazumijevati prihvaćanje novonastalog stanja i organiziranje života u skladu s njim, ali isto se tako može odnositi na odustajanje od suočavanja, što ima značajne psihičke posljedice za pojedinca (Manchaiah i Stephens, 2012). Pokazatelj da je osoba prihvatila oštećenje sluha je preuzimanje dijela odgovornosti u komunikaciji, što može biti vidljivo iz načina kako sudjeluje u njoj. Osoba koja na primjeren način upozori komunikacijskog partnera da govori prebrzo ili nejasno, vjerojatno je prihvatila vlastito oštećenje sluha (English, 2017). Osobe koje se odluče prestati suočavati s teškoćama žive u nadi da će se one s vremenom smanjiti. Kada se to ne dogodi, depresija i socijalna izolacija uslijed komunikacijskih teškoća mogu biti izraženo prisutne (Manchaiah i Stephens, 2012).

Do trenutka prihvaćanja, osoba će se susresti sa širokim rasponom osjećaja. S obzirom na to da je prilagodba dugoročan i zahtjevan proces, dio osjećaja koji se javlja potpuno je očekivan i normalan. Prvotno se mogu javiti osjećaji izgubljenosti i zabrinutosti, nakon čega se javlja žaljenje za izgubljenim i osjećaj nemoći. U tom kontekstu može se javiti depresija ili izražena tuga. Kada osobe spoznaju da je njihov život drastično promijenjen, one se mogu suočiti s osjećajima ljutnje i krivnje. Tada se mogu pitati zašto je oštećenje sluha pogodilo baš njih i počinju povezivati oštećenje sluha s procesom starenja. Jednom kad osoba spozna da njezin život ne može stati, nego mora nastaviti dalje makar bio značajno drugačiji nego prije, nastupit će prihvaćanje (Tye-Murray, 2015).

Prilagodba na oštećenje sluha u odrasloj dobi je zahtjevan i dugoročan proces, pogotovo zato što osoba nije očekivala, niti razmišljala o takvom ishodu vlastitog života. No,

prihvatanje oštećenja sluha jednako je izazovno i zahtjevno bližnjim osobama (Manchiaiah, Stephens i Lunner, 2013). Tijekom procesa prihvatanja od neizmjerne je važnosti posjedovanje odgovarajućeg vida podrške. Na taj način osobe imaju vjerodostojan izvor informacija koje su im potrebne da bolje razumiju samo oštećenje sluha, kao i teškoće koje ga prate. Izbjegavanje suočavanja s posljedicama oštećenja sluha može značajno umanjiti zadovoljstvo životom, a uz to se mogu nadovezati i mentalne teškoće (npr. anksioznost, depresija i socijalna izolacija) (McMahon i sur., 2013). Potrebno je naglasiti da *Slika 2* prikazuje samo osnovne stadije procesa suočavanja s oštećenjem sluha, koje treba smatrati polaznom točkom i svojevrsnim teorijskim okvirom. Od iznimne je važnosti poznavati osobu, njezine želje, potrebe, životne okolnosti i druge čimbenike koji značajno određuju način na koji će ona reagirati na spoznaju o prisutnosti oštećenja sluha.

### **3.2. Emocionalne teškoće uslijed oštećenja sluha**

Osnovna posljedica oštećenja sluha je djelomična ili potpuna nemogućnost zamjećivanja nadolazećih akustičkih signala. Na toj su razini prisutni određeni čimbenici koji mogu utjecati na mentalno zdravlje pojedinca. Ramsdell (1978; prema Hull, 2019) definira tri razine slušanja, a one su: (1) primitivna, (2) upozoravajuća i (3) simbolička.

(1) *Primitivna razina slušanja* uključuje zvukove koji usko prate svakodnevni život i događanja u njemu. To su zvukovi koji ispunjavaju tišinu, poput kapanja vode, zvukovi kretanja osoba u drugoj prostoriji, šum prijevoznih sredstava koja prolaze ulicom i drugi. Čujuće osobe ne obraćaju pozornost na okolinske zvukove, oni su prisutni tek kada osoba usmjeri pažnju na njih. Ti nas zvukovi povezuju sa stvarnošću i potvrđuju nam da smo živi. Uslijed oštećenja sluha dio pozadinskih šumova se gubi, što za posljedicu može imati pojavu akutne depresije. Takvo mentalno stanje je veoma rijetko, jer je prisutno samo kod osoba koje su prethodno bile svjesne zvukova na primitivnoj razini, te naknadno stekle značajnu razinu oštećenja sluha. Korištenjem slušnog pomagala osoba ponovno može čuti dio tih zvukova, pa čak i ako tehnološka rješenja ne omogućavaju potpuno razumijevanje govora.

(2) *Upozoravajuća razina slušanja* pruža dodatne informacije o događajima u okruženju. Ova razina uključuje zvuk zvona na vratima, zvukove koraka po stepenicama, zvuk sirene hitne pomoći ili policije i brojne druge. Osobe s oštećenjem sluha uobičajeno nemaju problem s zamjećivanjem takvih zvukova, jer su oni izraženog intenziteta. Može se javiti

osjećaj frustracije ako osoba ne čuje zvono telefona, i time propusti važan poziv, ili zvono budilice, pa zakasni na radno mjesto.

Na (3) *simboličkoj razini slušanja* osobe se susreću s jezično kodiranim zvukovima, za koje je poznato da osobe s oštećenjem sluha imaju teškoća u razumijevanju (Hricová, 2018).

Oštećenje sluha značajno narušava važne životne domene, poput socijalnog funkcioniranja, što može imati neizmjerne negativne posljedice za mentalno zdravlje pojedinca (Garnefski i Kraaij, 2012). Osobe s oštećenjem sluha imaju teškoće u praćenju govorne komunikacije (Hricová, 2018), što može utjecati na razinu sudjelovanja pojedinca u svakodnevnim aktivnostima (Shoham i sur., 2019). Monzani i suradnici (2008) proveli su istraživanje u kojem su sudionici naveli da se njihovo sudjelovanje u socijalnim aktivnostima značajno smanjilo nakon nastanka oštećenja. Sudionici drugog istraživanja također navode da je oštećenje sluha negativno utjecalo na socijalnu domenu njihova života (Wänström i sur., 2014).

Kada je osoba isključena iz razgovora, u prirodi ljudske vrste je misliti da se razgovor vodi o njima. Osobe s oštećenjem sluha učestalo su isključene iz razgovora, što može biti povezano s ponašanjem koje je nalik paranoičnom (English, 2017). Nikako se ne smije takav oblik ponašanja povezati s paranojom kao jednim od simptoma shizofrenije ili drugih mentalnih poremećaja, jer je takva reakcija relativno prirodna. Isto tako, ona se nikako ne smije zanemariti ili smatrati nebitnom, jer može dovesti do značajnih mentalnih teškoća. Negativna emocionalna stanja mogu značajno utjecati na održavanje starih i stvaranje novih međuljudskih odnosa. Osjećaji frustracije i ljutnje, uslijed komunikacijskih teškoća, također su prisutni kod osoba s oštećenjem sluha. Ukoliko su ti osjećaji jasno vidljivi ili usmjereni prema komunikacijskim partnerima, oni mogu početi izbjegavati osobu s oštećenjem sluha (Trychin, 2012). Posljedica toga su dodatna ograničenja sudjelovanja u socijalnim aktivnostima, što vodi k dodatnim, moguće i ozbiljnijim, emocionalnim teškoćama. Trychin (2012) također navodi da narušeno emocionalno stanje nije isključivo povezano s negativnim komunikacijskim iskustvom, nego i iščekivanjem nesporazuma.

Kada se osoba odvaži sudjelovati u aktivnostima koje zahtijevaju izraženu razinu komunikacije, nesporazumi su učestali. Holman i suradnici (2019) navode da frustracija i stres mogu biti prisutni tijekom razgovora s drugima, što dovodi do osjećaja zamora. Sudionici njihovog istraživanja izvještavaju o drugim negativnim emocijama prisutnim uslijed neučinkovite komunikacije, a oni su: sram, tuga i ozlojeđenost. Aktivnosti u kojima je

osoba prethodno uživala, kao što su odlazak na koncert, u kino ili kazalište, mogu postati zahtjevna okolina za slušanje i dovesti do osjećaja nezadovoljstva. Hallam i suradnici (2008) su zamijetili takve promjene u društvenoj domeni života osobe s oštećenjem sluha, te zaključuju da one mogu negativno utjecati i na bračne partnere ili članove obitelji.

Helvik, Jacobsen i Hallberg (2006) su primijetili da je oštećenje sluha povezano s nižom razinom psihološkog dobrostanja. Rezultati istraživanja upućuju na korelaciju između subjektivno procijenjene razine dobrostanja i ograničenja sudjelovanja i aktivnosti. Takva povezanost nije bila pronađena između dobrostanja, razine oštećenja sluha i korištenja komunikacijskih strategija za premošćivanje teškoća. Ovaj nalaz može navesti na zaključak da objektivne procjene razine oštećenja sluha ne pružaju dovoljno informacija za postavljanje pretpostavki o teškoćama s kojima će se pojedinac suočiti, te da emocionalne teškoće nisu rezultat samog oštećenja sluha, već njegovih posljedica.

Oštećenje sluha se smatra rizičnim čimbenikom za sniženo psihosocijalno dobrostanje i samopoštovanje. Psihosocijalno dobrostanje podrazumijeva posjedovanje pozitivne slike o sebi i uviđanje da je osoba važan dio njezine zajednice (Tye-Murray, 2015). Kako bi osobe sačuvala prethodno ostvarenu razinu samopoštovanja, one mogu primjenjivati obrambene mehanizme. Odbijanje i zanemarivanje je često korišten obrambeni mehanizam i to ponajviše kod osoba s blagim do umjerenim oštećenjem sluha. Njima je lakše zanemariti prisutnost oštećenja, nego se suočiti s izvorom teškoća, zato što suočavanje direktno utječe na postavljenju sliku o sebi. U tom se kontekstu ponovno javlja stav da bi njihove teškoće bile lako riješene samo da njihovi komunikacijski partneri malo glasnije ili jasnije govore (Hull, 2019). Kod osoba, koje nisu upoznate sa slušnom tehnologijom i ne posjeduju znanje o načinu njezina funkcioniranja, prisutan je dodatan problem koji se može odraziti na njihovo mentalno zdravlje. Osim estetske odbojnosti slušnog pomagala prisutni su i drugi negativni osjećaji, poput ljutnje, nesigurnosti, anksioznosti i straha. Negativne emocije su posebno izražene u razdoblju prije razumijevanja utjecaja oštećenja sluha na njihovo svakodnevno funkcioniranje (English, 2017). Dodatan problem se može javiti ukoliko osobi nisu jasno objašnjena ograničenja tehnoloških rješenja, što pri početku korištenja može biti popraćeno osjećajem razočarenja.

Prisutnost oštećenja sluha može narušiti obiteljsku dinamiku, pogotovo ako član obitelji opovrgava njegovu prisutnost, te izbjegava suočavanje s izvorom problema. Učestali nesporazumi imaju za rezultat osjećaj frustracije, koja nije prisutna samo kod osobe s oštećenjem, nego i kod članova njezine obitelji (Holman i sur., 2019). Bračni partneri mogu



zauzeti ulogu komunikacijskog posrednika, odnosno svojevrsnog tumača ili prevoditelja. Na takav se način teškoće s kojima se susreće osoba s oštećenjem sluha djelomično prebacuju na bližnje, što može dovesti do napetih odnosa u obitelji (Manchiaiah i sur., 2012).

Hallam i suradnici (2008) proveli su kvalitativno istraživanje s ciljem pružanja uvida u obiteljsku dinamiku osoba sa stečenim oštećenjem sluha. Neki sudionici navode da ne preporučavaju cijelu komunikacijsku izmjenu bližnjoj osobi s oštećenjem sluha, već ukratko sažmu temu razgovora. Vjerojatno takvo iskustvo dovodi do osjećaja frustracije kod osobe s oštećenjem sluha. Drugi sudionici u istraživanju trude se prenijeti sve informacije ili barem ukazati govorniku da nisu svi razumjeli odaslanu poruku. Autori su također zamijetili da osobe s oštećenjem sluha mogu tražiti od članova obitelji da obave zadatke koji njima predstavljaju problem, poput obavljanja telefonskih poziva.

Isto tako, bližnji mogu okrivljavati osobu s oštećenjem sluha za prisutne komunikacijske teškoće, te ih smatrati glavnim uzrokom smanjenog sudjelovanja u socijalnim aktivnostima i društvenim okupljanjima. Bračni partneri, članovi obitelji i prijatelji takve stavove mogu verbalizirati, što može iznimno negativno utjecati na emocionalnu stabilnost pojedinca. Osobe s oštećenjem sluha mogu internalizirati osjećaje frustracije i razočarenja drugih članova obitelji, te ih interpretirati kao odbijanje od strane bližnjih (English, 2017). Čujući članovi obitelji, suočeni s učestalim komunikacijskim lomovima, mogu promijeniti obrasce komunikacije sa članom obitelji koji je stekao oštećenje sluha do te mjere da komuniciraju samo o najbitnijim stvarima, s jednostavnim rečeničnim strukturama, izostavljajući sve što smatraju suvišnim kako bi umanjili nesporazume. Član obitelji koji ima oštećenje sluha uočava da se komunikacija promijenila, te internalizira osjećaje koje uočava kod čujućih članova obitelji, što dodatno umanjuje njegovu volju, želju i motivaciju za komunikaciju s obitelji i pogoduje udaljavanju pa jača osjećaj usamljenosti (Tye-Murray, 2015).

Još jedan razlog narušenog mentalnog zdravlja kod osoba sa stečenim oštećenjem sluha pronalazimo u tome što članovi obitelji ne pokazuju razumijevanje za teškoće s kojima se one susreću. Osobu s oštećenjem sluha može značajno pogoditi kada niti najbliže osobe, do kojih joj je najviše stalo, ne prepoznaju teškoće s kojima se susreće i ne pružaju nikakvu podršku u premošćivanju tih teškoća (Holman i sur., 2019). Bližnji oštećenje sluha mogu upotrebljavati kao svojevrsno oružje za napad na osobu. Takav oblik ponašanja može dodatno povećati rizik za narušeno mentalno zdravlje, prisutnost mentalnih teškoća, te osjećaja nesposobnosti i smanjenog samopoštovanja. Kod osoba sa stečenim oštećenjem sluha mogu se javiti osjećaji zabrinutosti i izražene brige za budućnost. Zabrinutost i briga se javljaju zbog toga što osoba

nije sigurna kako će njezino oštećenje sluha napredovati i koje su mogućnosti za umanjivanje teškoća. Isto tako, osobe mogu biti u strahu i pod povećanom razinom stresa jer nisu sigurne kako će se brinuti za svoju djecu ili starije majke i očeve, te mogu biti u strahu da neće zamijetiti određene zvukove upozorenja i tim dovesti vlastiti život, ali i život najmilijih u opasnost (Hull, 2019).

Naposljetku je potrebno naglasiti da se kumulativna priroda teškoća s kojima se susreću osobe s oštećenjem sluha može odraziti i na zanemarivanje osnovnih životnih potreba. U rijetkim slučajevima, posljedice oštećenja sluha mogu dovesti do izbjegavanja obavljanja osobne higijene, te s izraženim naporom ili uopće ne obavljaju aktivnosti u kućanstvu (npr. kuhanje obroka ili čišćenje) (Dalton i sur., 2003; Chen i sur., 2014).

### **3.3. Učestale mentalne teškoće**

Svjetska zdravstvena organizacija (2017) upotrebljava termin „učestale mentalne teškoće“ za objedinjavanje širokog raspona anksioznih i depresivnih poremećaja. Korištenjem tog termina WHO ističe učestali komorbiditet tih mentalnih stanja, te ujedno i djelomično preklapanje simptoma depresije i anksioznosti.

Procjenjuje se da na svijetu živi preko 300 milijuna osoba (4,4% svjetske populacije) s nekim oblikom depresije, te oko 264 milijuna osoba (3,6% svjetske populacije) koje se nose sa simptomima anksioznog poremećaja (WHO, 2017). Prema navodima WHO-a (2017) iz 2016. godine, u Republici Hrvatskoj depresija je prisutna kod 205 541, a anksiozni poremećaj kod 155 404 stanovnika. Također se navodi da je broj osoba koje pokazuju simptome učestalih mentalnih teškoća u porastu tijekom posljednjih godina (WHO, 2017). Primijećeno je da su mentalne teškoće nešto učestalije kod žena, te da su češće prisutne kod odraslih (Somers i sur., 2006; WHO, 2017). No, prisutnost teškoća vjerojatno ovisi o velikom broju čimbenika i jednostavno nije moguće postaviti jasne zaključke o spolnim ili dobnim razlikama.

(1) *Anksiozni poremećaji* predstavljaju skupinu mentalnih poremećaja čije je glavno obilježje prisutnost osjećaja straha i anksioznosti (WHO, 2017). Američko udruženje psihologa (2013; str. 189) navodi da je strah „emocionalni odgovor na stvarnu ili percipiranu predstojeću opasnost“, te nadopunjuje da je „češće povezan s izrazitom autonomnom podraženošću, neophodnom za borbu ili bijeg, mislima o neposrednoj opasnosti i nemogućnostima bijega“. Anksioznost se može smatrati „anticipacijom buduće opasnosti“, a

osjećaj anksioznosti „češće je povezan s mišićnom napetošću i spremnošću u pripremi za buduću opasnost te opreznim ili izbjegavajućim ponašanjem“ (Američko udruženje psihologa, 2013; str. 189).

Deseto izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema; MKB-10 (WHO, 2012) anksiozni poremećaj svrstava u skupinu neurotičnih poremećaja, poremećaja vezanih uz stres i somatoformnih poremećaja. U toj dijagnostičkoj kategoriji uvrštene su dvije osnovne skupine poremećaja, odnosno fobični anksiozni poremećaji (F40) i ostali anksiozni poremećaji (F41). *Fobični anksiozni poremećaji* su skupina u kojoj se anksioznost javlja u jasno određenim kontekstima, koji kao takvi ne predstavljaju opasnost za osobu. Tu skupinu čini: agorafobija (skupina fobija koja podrazumijeva strah od napuštanja doma, odlaska u dućan, gužve, javnih mjesta ili putovanja različitim prijevoznim sredstvima), socijalna fobija (strah osobe da će ju drugi ljudi pomno promatrati, što dovodi do izbjegavanja socijalnih situacija) i specifične ili izolirane fobije (fobije koje su strogo ograničene na određene situacije). Kategoriju *ostalih anksioznih poremećaja* čine: panični poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, mješoviti anksiozni i depresivni poremećaj, ostali miješani anksiozni poremećaji, ostali označeni anksiozni poremećaji i nespecificiran anksiozni poremećaj. Zajednički simptomi ovoj skupini su: iznadprosječna brzina otkucaja srca, bol u prsima, osjećaj gušenja, vrtoglavica ili osjećaj nestvarnosti, ustrajna nervoza, drhtanje, mišićna napetost i pretjerano znojenje.

(2) *Depresivni poremećaji* opisani su osjećajem tuge, gubitka interesa i zadovoljstva u životu. Osjećaji mogu biti kratkoročno ili dugoročno prisutni, ali neovisno o trajanju simptoma značajno utječu na sposobnost nošenja sa svakodnevnim izazovima (WHO, 2017). Prepoznaju se dvije osnovne kategorije, odnosno depresivna epizoda (F32) i distimija (F34.1). *Depresivna epizoda* je stanje u kojem pojedinac, zbog manjka energije i lakog zamora svakodnevnim aktivnostima koje ne iziskuju pretjeran napor, smanjeno sudjeluje u životnim događanjima. Stanje je popraćeno osjećajima krivnje i bezvrijednosti, a samopoštovanje i samopouzdanje je gotovo uvijek narušeno. Mogu se javiti simptomi poput gubitka apetita, narušenog ciklusa spavanja, otežane sposobnosti koncentracije i drugi. Ovisno o broju prisutnih simptoma i njihovoj težini, depresivna epizoda se može kategorizirati na blagu, srednju ili tešku. *Distimija* je kronično zdravstveno stanje, kojeg obilježava sniženo stanje raspoloženja. Trajanje i težina simptoma nije ujednačena, stoga nije opravdano dodjeljivanje dijagnoze drugog oblika depresivnog poremećaja (MKB-10; WHO, 2012). Neki od rizičnih čimbenika za prisutnost depresije su: sniženi prihodi, nezaposlenost,

iskustvo s teškim životnim događajima, narušeno zdravstveno stanje, te može biti i posljedica konzumacije opijata (WHO, 2017).

### **3.3.1. Prisutnost simptoma učestalih mentalnih teškoća kod odraslih osoba sa stečenim oštećenjima sluha**

Istraživanja koja za cilj imaju utvrditi razinu prisutnosti simptoma mentalnih poremećaja u populaciji pojedinaca s oštećenjem sluha, većinom se usmjeravaju na cijelu populaciju. Druga su istraživanja usmjerena na manje segmente populacije, te uvrštavaju ili skupinu osoba mlađih od 18 godina (npr. Theunissen i sur., 2011) ili stariju dobnu skupinu (npr. Contrera i sur., 2017). Dodatan problem predstavljaju nedovoljno jasne granice dobnih skupina, zbog čega istraživanja o učestalosti mentalnih teškoća kod osoba sa stečenim oštećenjima sluha uključuju i osobe čije je oštećenje sluha povezano s procesom starenja. Ta su istraživanja isključena iz pregleda, jer se može smatrati da su u starijoj dobi prisutna druga kronična zdravstvena stanja koja dovode do veće vjerojatnosti pojave mentalnih teškoća.

Tambs (2004) je proveo istraživanje u kojem je sudjelovalo 50 395 osoba u dobi od 20 do 101 godine. Općenito je primijećeno da oštećenje sluha može negativno utjecati na mentalno zdravlje i dovesti do povećane prisutnosti simptoma mentalnih teškoća. Autor je nadalje uzorak sudionika stratificirao na manje skupine i uočio da blago oštećenje sluha (do 20 dB) ima statistički značajan utjecaj na mentalno zdravlje kod osoba u dobi od 20 do 44 godine, u odnosu na veću razinu oštećenja (iznad 80 dB). Jedno objašnjenje takvih rezultata može biti da mlađe odrasle osobe oštećenje sluha doživljavaju većim problemom nego što to čine starije osobe. Tambs (2004) navodi da su mentalne teškoće nešto učestalije kod muškaraca, nego kod žena s oštećenjem sluha. No, razlike prema spolu nisu bile statistički značajne, te kao takve ostavljaju samo prostor za daljnja razmatranja budućih istraživanja. Tseng i suradnici (2016) također nisu primijetili značajne razlike između muškaraca i žena s oštećenjem sluha u prisutnosti mentalnih teškoća. No, rezultati njihova istraživanja ukazuju na veću prisutnost simptoma depresije kod sudionika s oštećenjem sluha u usporedbi s čujućim sudionicima. Autori su te rezultate objasnili povećanom razinom straha i brige o mogućnostima zadržavanja i pronalaženja posla uslijed oštećenja sluha.

Monzani i suradnici (2008) su proveli istraživanje, u kojem su sudjelovale 73 osobe s oštećenjem sluha (35 muškaraca i 28 žena) i 96 čujućih sudionika, s ciljem utvrđivanja psihološkog i socijalnog profila osoba s oštećenjem sluha u dobi od 35 do 55 godina. Autori

su sudionike dodatno podijelili s obzirom na razinu oštećenja sluha, odnosno na sudionike s blagim (do 40 dB) i one s umjerenim (od 41 dB do 55 dB) oštećenjem sluha. Rezultati potvrđuju negativan utjecaj oštećenja sluha na emocionalnu i socijalnu domenu života. Kod sudionika s oštećenjem sluha uočena je povećana prisutnost simptoma anksioznosti, fobične anksioznosti i depresije. Fobična anksioznost vjerojatno je povezana sa specifičnim situacijama u kojima su se osobe prethodno nalazile i koje su im predstavljale izražen komunikacijski napor. Osim toga, sudionici su imali izraženo neprijateljski stav prema komunikacijskim partnerima, te povišenu razinu razdražljivosti u međuljudskim odnosima.

Rezultati istraživanja, kojeg su proveli Cetin i suradnici (2010), u skladu su s navodima prethodnih istraživanja. Oni su također uočili prisutnost većeg broja simptoma anksioznosti i depresije kod osoba sa stečenim oštećenjem sluha. U istraživanju Cetina i suradnika (2010) je sudjelovalo 90 muškaraca u dobi od 21 do 30 godina, pa spolne razlike nisu mogle biti ispitane. No, autori su primijetili da je trajanje oštećenja sluha bilo povezano s razinom simptoma depresije i anksioznosti, ali nije zamijećena veza između učestalosti i/ili težine simptoma i razine oštećenja sluha. Potonjem nalazu idu u prilog i rezultati drugih istraživanja (npr. Arslan i sur., 2018). Unatoč tome neki radovi su ipak uočili djelomičnu povezanost razine oštećenja i prisutnosti mentalnih teškoća. Scinicariello i suradnici (2019) navode da je umjereno do teško oštećenje sluha (41 dB ili iznad) koje zahvaća viši frekvencijski raspon statistički značajno povezano s povećanom prisutnošću simptoma depresije, što nije moglo biti rečeno za blago oštećenje u istom frekvencijskom rasponu. Autori istraživanja pružaju dodatan uvid u spolne razlike. Oni navode da su mentalne teškoće zastupljenije kod žena, a rezultat povezuju s prirodom međuljudskih interakcija u kojima žene sudjeluju. U interakcijama s drugima žene više stupaju u kontakt sa sugovornicima i sklonije su razgovoru o zajedničkim temama, dok muškarci društvene interakcije baziraju na zajedničkim aktivnostima koje ne zahtijevaju visoku razinu komunikacije (Scinicariello i sur., 2019). Ta pretpostavka je suviše općenita i predstavlja generalizaciju koja teško može objasniti izraženo malen broj muških sudionika s mentalnim teškoćama u njihovom istraživanju.

Sebastian, Varghese i Gowri (2015) su proveli istraživanje s ciljem utvrđivanja veze između oštećenja sluha i psihosocijalnog dobrostanja. Rezultati pokazuju da stečeno oštećenje sluha u odrasloj dobi izrazito utječe na psihosocijalno dobrostanje pojedinca. Autori zaključuju da je ono narušeno jer se osobe susreću s novonastalim stanjem s kojim se još nisu suočile, te pretpostavljaju da prirođeno oštećenje sluha neće jednako utjecati na pojedinca. Arslan i suradnici (2018) ispitali su razinu akutne anksioznosti i depresije kod

osoba s jednostranim stečenim oštećenjem sluha. U istraživanju je sudjelovalo 56 osoba u dobi od 20 do 58 godina. Povećana razina simptoma anksioznosti i depresije bila je prisutna neposredno nakon saopćavanja dijagnoze, ali broj i težina simptoma varirala je od sudionika do sudionika što navodi na zaključak da na prisutnost simptoma mentalnih teškoća utječe niz drugih čimbenika koje istraživanje nije prepoznalo. Kao i Tambs (2004), Arslan i suradnici (2018) prepoznali su blage razlike između muškaraca i žena u pojavi simptoma mentalnih teškoća, koje nisu bile statistički značajne.

Osobe koje su prihvatile oštećenje sluha vjerojatno redovito koriste slušna pomagala i drugu tehnologiju za pomoć u slušanju, te zauzimaju aktivnu ulogu u komunikaciji, potrebnu za premošćivanje nesporazuma. Pozitivno mentalno stanje, koje je povezano s prihvaćanjem vlastitih teškoća, zasigurno će smanjiti vjerojatnost nastanka mentalnih teškoća. Bigelow i suradnici (2020) potvrđuju to mišljenje, te navode da su osobe s umjerenim ili teškim oštećenjem sluha koje ne koriste slušna pomagala pod većim rizikom za prisutnost mentalnih teškoća. Autori su isto tako prepoznali nešto učestaliju konzumaciju lijekova za anksioznost i depresiju kod osoba s oštećenjem sluha, no ona je manje bila prisutna kod osoba mlađih od 65 godina.

## 4. Savjetovanje

Tradicionalni model pružanja zdravstvene zaštite je usmjeren na informiranje, no u tom kontekstu pojedinac ima pasivnu ulogu. Prelaskom na model koji uzima u obzir biološke, psihološke i sociološke čimbenike dolazi do značajne promjene u načinu interakcije između stručnjaka i osoba s kojima su oni u interakciji. Takav pristup naglašava važnost dvosmjerne komunikacije i zajedničkog donošenja terapijskih odluka, zbog čega savjetodavni postupci prelaze u prvi plan (Cienkowski i Saunders, 2013).

Američko udruženje logopeda (ASHA, 2016) definira osam domena djelovanja stručnjaka za komunikaciju, jezik, govor, te teškoće hranjenja i gutanja. Jedna od tih domena je savjetovanje, koje prema ASHA-i (2016) podrazumijeva aktivnosti vođenja, edukacije i pružanja podrške. Takvo djelovanje nije namijenjeno samo osobama s teškoćama, već uključuje pružanje podrške članovima obitelji, poput roditelja, bračnih partnera, braće i sestara, te njihove djece (Flasher i Fogle, 2012; ASHA, 2016). Osnovna svrha savjetodavnog procesa jest razvoj boljih sposobnosti donošenja odluka kod pojedinca i njegove obitelji, te

podržavanje onih promjena u ponašanju i djelovanju, koje se mogu pozitivno odraziti na kvalitetu života (Holland, 2007).

Unatoč tome što savjetovanje nije proces kojeg je opravdano dijeliti, literatura prepoznaje dva oblika – informacijsko i emocionalno, te ih razlikuje na osnovi ciljeva koji se žele ostvariti. (1) *Informacijsko savjetovanje* provodi se s ciljem pružanja relevantnih informacija. To su informacije koje omogućavaju razumijevanje uzroka i prirode teškoća s kojima se osobe susreću (Margolis, 2004). Kako bi logoped provodio takav oblik savjetovanja, on mora posjedovati stručna znanja koja je stekao tijekom obrazovanja. Uz ta znanja, treba poznavati strategije za učinkovito ophođenje u različitim situacijama (Monjot, 2012). Strategije koje stručnjak primjenjuje moraju biti prikladne dobi pojedinca, ali isto tako one tijekom vremena trebaju napredovati i razvijati se, kao logična posljedica boljeg poznavanja osobe (Flasher i Fogle, 2012).

Za osobe s oštećenjem sluha, informacijsko savjetovanje može uključivati (1) objašnjenje vrste oštećenja sluha, (2) opis rezultata audiometrije, te (3) mogućnosti korištenja tehnoloških rješenja (Monjot, 2012). U tom procesu najteži dio se može činiti pružanje ispravnih i pouzdanih informacija, što nije potpuno ispravno. Značajno je teže odabrati i oblikovati informacije koje su pojedincu potrebne, na način koji osigurava da će ih osoba razumjeti, a potom i zapamtiti (Flasher i Fogle, 2012). Stručnjak može prezentirati sve što poznaje o određenoj teškoći ili zaključiti, na osnovi vlastitog iskustva, koje su informacije osobama potrebne (English, 2008). Problem s prvom metodom je taj što osobe vjerojatno neće upamtiti sve što im je rečeno, te se mogu osjećati izgubljeno u *šumi* ponuđenih informacija. Druga metoda je bolja, ali stručnjak treba imati na umu što je osobi potrebno i u tom trenutku donijeti odluku o količini informacija koju treba iznijeti (Margolis, 2004). Isto tako, educiranje klijenta nema nikakvu vrijednost, ako osoba ne razumije pojmove koje stručnjak koristi (Cienkowski i Saunders, 2013).

Informiranje osobe o uzroku i prirodi njezinih teškoća treba biti provedeno uzimajući u obzir njezine potrebe i na način koji osigurava razumijevanje uputa. Poželjno je da se koriste jednostavne, jasne i nedvosmislene rečenice, da se bitne informacije prezentiraju prve (i po potrebi naglase ili ponove), te da se osobama ponudi dodatan pisani materijal, koji će im pomoći u podsjećanju na važne sadržaje. Snažno se sugerira da su informacije organizirane u svojevrzne kategorije i da stručnjak prvotno navede sve teme kojih će se dotaknuti, te ostavi dovoljno vremena nakon svake obrađene cjeline za pitanja i rješavanje nejasnoća (Margolis, 2004). Unatoč tome što stručnjak igra glavnu ulogu u educiranju osobe, jer je on taj koji

posjeduje i prenosi važne informacije, ta interakcija se ni pod koju cijenu ne smije pretvoriti u dobro uvježban monolog. Uključivanjem osobe u razgovor dobivaju se važne informacije o njezinim željama, očekivanjima i potrebama, te se održava aktivna razina slušanja koja pomaže u zadržavanju informacija (English, 2008).

Savjetovanje koje je isključivo usmjereno na iznošenje stručnih informacija nije dostatno (Monjot, 2012). Kako bi logoped potaknuo proces suočavanja i prihvaćanja teškoća, vrlo je važno pružiti (2) *emocionalnu podršku* (Margolis, 2004). U tom kontekstu, naglasak se stavlja na ostvarivanje prisnog i bliskog kontakta između stručnjaka i klijenta. Važno je da logoped ponudi osobi specifične savjete koji se zasnivaju na životnim navikama pojedinca, da je u tom procesu autentičan i da se trudi kontrolirati vlastitu neverbalnu komunikaciju kako ne bi došlo do odašiljanja neusklađenih poruka. On klijentu treba dokazati da je profesionalan, pouzdan, te stručan i to učiniti na topao, otvoren, empatičan i brižan način. Tek nakon što se ostvari određena razina međusobnog poštivanja, klijenti će se osjećati sigurno i opušteno izjasniti o teškoćama koje ih brinu, te emocijama koje su prisutne (English, 2008; Flasher i Fogle, 2012). Osobe s oštećenjem sluha se mogu suočiti sa širokim rasponom osjećaja kada im se saopći dijagnoza i važno je da im logoped, u tom prvom kontaktu, pruži podršku, pokaže suosjećanje, te ponudi razumne rehabilitacijske ciljeve i na taj način potakne proces prihvaćanja situacije (Monjot, 2012).

Osim načina kako će se informacije prezentirati i koliko će one biti opsežne, potrebno je imati na umu kada će se one ponuditi (Flasher i Fogle, 2012; Cienkowski i Saunders, 2013). Određene preporuke ili savjete osoba može odbiti ovisno o razini prihvaćanja oštećenja sluha. Jedna od takvih preporuka koju osobe učestalo odbijaju je početak korištenja slušnog pomagala i/ili druge tehnologije za pomoć slušanju. English (2008) u tom kontekstu predlaže korištenje tehnike u kojoj se direktno pita osobu na ljestvici od 1 do 10 (1 – nije spremna, 10 – spremna je) koliko je spremna za korištenje takve tehnologije. Osobe koje se izjasne da su na donjem dijelu ljestvice nisu još spremne za takvu promjenu i možda im je potrebno dodatno vrijeme da se suoče s teškoćama. Oni koji se postave na gornji dio ljestvice, vjerojatno su prihvatili oštećenje sluha ili su teškoće česte, te značajno utječu na njihovo svakodnevno funkcioniranje. S tom skupinom logoped neće imati značajnijih teškoća u ostvarivanju suradnje, a savjete koje ponudi osobe će vjerojatno prihvatiti. Trećoj skupini, odnosno skupini koja nije sigurna u svoju odluku logoped može pomoći savjetovanjem. Naravno da treća skupina nije jedina koja ima koristi od podrške i vođenja, već se želi naglasiti da je određena razina prihvaćanja i aktivnog suočavanja s problemom važna za



buduće napredovanje klijenata (English, 2008). Osim što savjetovanje i podrška pomažu osobama u procesu suočavanja s teškoćama, zamijećeno je da kvalitetno savjetovanje može doprinijeti percipiranoj učinkovitosti dodjele i korištenja slušnih pomagala (Monjot, 2012).

U interesu je svakog logopeda napredovanje njegovih klijenata (Monjot, 2012). Stručnjaci moraju dobro poznavati koje su njihove stručne kompetencije i voditi računa da ne provode djelatnosti koje nisu u skladu s njihovim obrazovanjem. Unatoč tome što stručnjak – logoped posjeduje znanja iz anatomije, neurologije, otorinolaringologije, psihologije i drugih područja, on nema za pravo pružiti podršku i savjetovanje koje je izvan njegovih profesionalnih kompetencija (Flasher i Fogle, 2012).

Atkins (2007) je u svom istraživanju zamijetila da su studenti logopedije dobro upoznati s područjem njihova rada. No, uočila je i da studenti nisu dovoljno upoznati s ograničenjima njihova djelovanja. Znanja koja logopedi posjeduju o drugim područjima vrlo su važna, jer na osnovi tih oni moraju biti sposobni prepoznati osnovne pokazatelje moguće prisutnosti psiholoških poremećaja, problema u ponašanju i drugih, te svoje korisnike uputiti stručnjacima koji bi im mogli pružiti adekvatnu podršku. Da bi se to moglo ostvariti sugerira se da stručnjak razvije svojevrsnu mrežu kontakata, odnosno da ostvari blizak odnos sa stručnjacima drugih profila, jer na taj način može svoje korisnike uputiti osobama za koje je siguran da će svojom stručnosti doprinijeti napredovanju pojedinaca (Bennett i sur., 2020).

Pružanje emocionalne podrške i educiranje osoba s kojima se logoped susreće objedinjeni su u proces savjetovanja (Monjot, 2012). Dinamična interakcija između dva aspekta tog procesa otežava jasno definiranje što se smatra dijelom jednog, a što drugog. Istina je da će savjetovanje na samom početku biti više usmjereno na iznošenje informacija, no s vremenom i kada se ostvari blizak odnos između klijenta i stručnjaka, javit će se i izražena potreba za emocionalnom podrškom. Daljnjim razvojem njihova odnosa ta dva dijela će se povezati u jednu cjelinu, pa tako uslijed komunikacijskih teškoća logoped može ponuditi metodu ili strategiju za njihovo premošćivanje, te istovremeno saslušati osobu i ponuditi joj emocionalnu podršku (Monjot, 2012). Važnost procesa savjetovanja prepoznata je u tolikoj razini da su izrađeni i određeni mjerni instrumenti za procjenu učinkovitosti procesa savjetovanja (npr. *Audiologic Counseling Evaluation* (ACE); English i sur., 2007), a i studenti završnih godina logopedije navode da smatraju savjetovanje jednim od njihovih profesionalnih dužnosti (Whicker, Muñoz i Schultz, 2018). U istraživanju kojeg su proveli Whicker, Muñoz i Schultz (2018), studenti su smatrali da tijekom studija nisu imali dovoljno prilika za superviziran rad koji bi doprinio napredovanju njihovih sposobnosti savjetovanja.

Stručne informacije koje logoped stekne tijekom obrazovanja igraju važnu ulogu u poznavanju što je potrebno prenijeti korisnicima, ali na koji način, kada i koliko je informacija potrebno ponuditi, uvelike ovisi o specifičnoj osobi s kojom se stručnjak susreće i snalaženje u takvim situacijama djelomično se oslanja na prijašnja logopedova iskustva.

## 5. Zaključak

Određeni izvori procjenjuju da će se broj osoba s oštećenjem sluha značajno povećati u slijedećim desetljećima (Goman, Reed i Lin, 2017; WHO, 2018), što će se direktno odraziti na povećanu potrebu za stručnjacima koji posjeduju znanja o primjerenim načinima pomoći i pružanja podrške osobama koje se suoče s oštećenjem sluha.

Pregledom recentnih znanstvenih i stručnih radova prepoznato je da komunikacijske teškoće s kojima se osobe susreću u obitelji, na radnom mjestu te općenito u socijalnim interakcijama imaju potencijal značajno ograničiti sudjelovanje pojedinca u socijalnim aktivnostima, te narušiti njegovo mentalno zdravlje. Također je uočena niska razina svijesti javnosti o teškoćama koje se vežu uz oštećenje sluha i zastupljenost stereotipa o osobama s oštećenjem sluha (Wallhagen, 2010; Manchaiah i sur., 2015; Lash i Helme, 2020). Negativni stavovi društva o osobama s oštećenjem sluha i tehnološkim rješenjima produljuju proces suočavanja i prihvaćanja novonastalog stanja (Wänström i sur., 2014). Ukoliko su ti stereotipi internalizirani od strane pojedinca dolazi do povećane potrebe da se novonastalo stanje prikrije, što rezultira dodatnim povlačenjem iz društvenih događanja i socijalne izolacije.

Prisutnost simptoma anksioznih i depresivnih poremećaja kod odraslih osoba sa stečenim oštećenjem sluha izraženo je varijabilna. Dok su neka istraživanja pokazala vezu između razine oštećenja i simptoma učestalih mentalnih teškoća (Monzani i sur., 2008; Scinicariello i sur., 2019), druga nisu zamijetila povezanost dviju varijabli (Arslan i sur., 2018; Cetin i sur., 2019). Primijećene su blage razlike između žena i muškaraca s oštećenjem sluha, ali one nisu bile statistički značajne (Tambs, 2004; Arslan i sur., 2018; Tseng i sur., 2016). Neslaganja između istraživanja moguće je uzrokovano činjenicom da uvjeti života uvelike određuju u kojoj mjeri i s kakvim će se teškoćama osoba suočiti, a težina i učestalost komunikacijskih teškoća mogu dovesti do prisutnosti simptoma anksioznosti i depresije.

Oštećenje sluha samo se po sebi ne može smatrati rizičnim čimbenikom za narušeno mentalno zdravlje. Složena interakcija teškoća i izazova s kojima se osoba s oštećenjem sluha susreće u svakodnevnom životu ima potencijal narušiti njezino mentalno zdravlje. Zbog tog razloga vrlo je važno podići svijest javnosti o primarnim posljedicama oštećenja sluha i pružiti osobama koje se s njima susreću informacije kojim se stručnjacima mogu obratiti. Na takav način osobe sa stečenim oštećenjem sluha mogu dobiti odgovarajući vid podrške od strane logopeda, psihologa i drugih stručnjaka, koji mogu prevenirati dio socijalnih i

emocionalnih posljedica oštećenja sluha, a time i njegov utjecaj na mentalno zdravlje pojedinca.

Buduća istraživanja su potrebna kako bi se dobio bolji uvid u vezi između komunikacijskih teškoća i mentalnog zdravlja. Osim što bi se ona trebala usmjeriti na različite populacije osoba s oštećenjem sluha, poput djece, adolescenata, odraslih i starijih osoba s prirođenim ili stečenim oštećenjem sluha, ona bi trebala ispitati utjecaj otežane komunikacije na mentalno zdravlje osoba s jezično-govornim poremećajima, kao što su: poremećaji tečnosti govora, motorički govorni poremećaji, afazija, traumatska oštećenja mozga, poremećaji glasa i drugi. Takva nova saznanja zasigurno bi doprinijela boljem razumijevanju problematike i posljedično boljom organizacijom sveobuhvatnih terapijskih programa.

## 6. Literatura

- Agrawal, Y., Platz, E. A. i Niparko, J. K. (2008). Prevalence of hearing loss and differences by demographic characteristics among US adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2004. *Archives of internal medicine*, 168(14), 1522-1530.
- Ai, A. L., Rollman, B. L. i Berger, C. S. (2010). Comorbid mental health symptoms and heart diseases: can health care and mental health care professionals collaboratively improve the assessment and management?. *Health & Social Work*, 35(1), 27-38.
- Akil, F., Yollu, U., Ozturk, O. i Yener, M. (2017). Differences of the voice parameters between the population of different hearing thresholds: Findings by using the multi-dimensional voice program. *Clinical and experimental otorhinolaryngology*, 10(3), 278-282.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. izdanje).
- American Speech-Language-Hearing Association. (2015). *Type, Degree, and Configuration of Hearing Loss*. <https://www.asha.org/aud/pei/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2016). *Scope of Practice in Speech-Language Pathology*. <https://www.asha.org/policy/sp2016-00343/>
- Andersson, U., Lyxell, B., Rönnerberg, J. i Spens, K. E. (2001). Effects of tactile training on visual speechreading: Performance changes related to individual differences in cognitive skills. *Journal of deaf studies and deaf education*, 6(2), 116-129.
- Arslan, F., Aydemir, E., Kaya, Y. S., Arslan, H. i Durmaz, A. (2018). Anxiety and depression in patients with sudden one-sided hearing loss. *Ear, Nose & Throat Journal*, 97(10-11), E7-E9.
- Atkins, C. P. (2007). Graduate SLP/Aud clinicians on counseling: Self-perceptions and awareness of boundaries. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 34(Spring), 4-11.
- Avila, C., Holloway, A. C., Hahn, M. K., Morrison, K. M., Restivo, M., Anglin, R. i Taylor, V. H. (2015). An overview of links between obesity and mental health. *Current obesity reports*, 4(3), 303-310.

- Basheer, H. M. U., Rehman, A. U., Waseem, H., Asmat, A., Zulfiqar, A. i Razzaq, S. (2020). Effect of social and self stigma on hearing aid rejection. *Asian Journal of Allied Health Sciences*, 3(3), 3-6.
- Begg, S., Vos, T., Barker, B., Stevenson, C., Stanley, L. i Lopez, A. D. (2007). *The burden of disease and injury in Australia 2003*. <https://www.aihw.gov.au/reports/burden-of-disease/burden-of-disease-injury-australia-2003/summary>
- Bennett, R. J., Meyer, C. J., Ryan, B. J. i Eikelboom, R. H. (2020). How do audiologists respond to emotional and psychological concerns raised in the audiology setting? Three case vignettes. *Ear and hearing*, 41(6), 1675-1683.
- Bigelow, R. T., Reed, N. S., Brewster, K. K., Huang, A., Rebok, G., Rutherford, B. R. i Lin, F. R. (2020). Association of Hearing Loss With Psychological Distress and Utilization of Mental Health Services Among Adults in the United States. *JAMA Network Open*, 3(7), Članak e2010986.
- Blazer, D. G. i Tucci, D. L. (2019). Hearing loss and psychiatric disorders: a review. *Psychological medicine*, 49(6), 891-897.
- Bradarić-Jončić, S. (1997). Vizualna percepcija govora i gluhoća. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 33 (2), 119-132.
- Cetin, B., Uguz, F., Erdem, M. i Yildirim, A. (2010). Relationship between Quality of Life, Anxiety and Depression in Unilateral Hearing Loss. *Journal of International Advanced Otology*, 6(2), 252-257.
- Chen, D. S., Genther, D. J., Betz, J. i Lin, F. R. (2014). Association between hearing impairment and self-reported difficulty in physical functioning. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(5), 850-856.
- Cienkowski, K. M. i Saunders, G. H. (2013). An examination of hearing aid counseling implemented by audiologists. *Perspectives on Aural Rehabilitation and Its Instrumentation*, 20(2), 67-76.
- Coelho, A. C., Medved, D. M. i Brasolotto, A. G. (2015). Hearing loss and the voice. U F. Bahmad (Ur.), *An update on hearing loss* (str. 103-128). IntechOpen.
- Contrera, K. J., Betz, J., Deal, J., Choi, J. S., Ayonayon, H. N., Harris, T., Helzner, E., Martin, K. R., Mehta, K., Pratt, S., Rubin, S. M., Satterfield, S., Yaffe, K., Simonsick, E. M. i Lin, F. R. (2017). Association of Hearing Impairment and Anxiety in Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 29(1), 172–184.
- Cook, J. A. i Hawkins, D. B. (2006). Hearing loss and hearing aid treatment options. *Mayo Clinic Proceedings*, 81(2), 234-237

- Craig, A., Blumgart, E. i Tran, Y. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal of fluency disorders*, 34(2), 61-71.
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L. i Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*, 17(4), 333-353.
- Dalton, D. S., Cruickshanks, K. J., Klein, B. E., Klein, R., Wiley, T. L. i Nondahl, D. M. (2003). The impact of hearing loss on quality of life in older adults. *The gerontologist*, 43(5), 661-668.
- Davis, A., Smith, P., Ferguson, M., Stephens, S. i Gianopoulos, I. (2007) Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models. *Health Technology Assessment*, 11(42), 1-294.
- Davis, N. A. (2005). Invisible disability. *Ethics*, 116(1), 153-213.
- Draušnik, Ž., Štefančić, V. i Benjak, T. (2016). Prevalencija invaliditeta uzrokovanog oštećenjem sluha u Republici Hrvatskoj. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 52(1), 140-149.
- Ducat, L., Rubenstein, A., Philipson, L. H. i Anderson, B. J. (2015). A review of the mental health issues of diabetes conference. *Diabetes care*, 38(2), 333-338.
- English, K. (2017). Psychosocial Aspects of Hearing Loss and Counseling Basics. U R. L. Schow i M. A. Nerbonne (Ur.), *Introduction to Audiologic Rehabilitation* (7. izdanje, str. 195-216). Pearson Education.
- English, K. M. (2008). Counseling issues in audiologic rehabilitation. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 35(Fall), 93-101.
- English, K., Naeve-Velguth, S., Rall, E., Uyehara-Isono, J. i Pittman, A. (2007). Development of an instrument to evaluate audiologic counseling skills. *Journal of the American Academy of Audiology*, 18(8), 675-687.
- Feld, J. E. i Sommers, M. S. (2009). Lipreading, Processing Speed, and Working Memory in Younger and Older Adults. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 52(6), 1555-1565.
- Flasher, L. V. i Fogle, P. (2012). *Counseling skills for speech-language pathologists and audiologists*. Cengage Learning.
- Fook, L. i Morgan, R. (2000). Hearing impairment in older people: a review. *Postgraduate medical journal*, 76(899), 537-541.
- Foss, K. A. (2014). (De) stigmatizing the silent epidemic: representations of hearing loss in entertainment television. *Health communication*, 29(9), 888-900.

- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J. i Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry, 14*(2), 231.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J. i Sartorius, N. (2017). A proposed new definition of mental health. *Psychiatria Hungarica, 51*(3), 407-411.
- Garnefski, N. i Kraaij, V. (2012). Cognitive coping and goal adjustment are associated with symptoms of depression and anxiety in people with acquired hearing loss. *International journal of audiology, 51*(7), 545-550.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Patrice-Hall.
- Goman, A. M., Reed, N. S. i Lin, F. R. (2017). Addressing estimated hearing loss in adults in 2060. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery, 143*(7), 733-734.
- Granberg, S. i Gustafsson, J. (2021). Key findings about hearing loss in the working-life: a scoping review from a well-being perspective. *International Journal of Audiology*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14992027.2021.1881628>
- Hallam, R., Ashton, P., Sherbourne, K. i Gailey, L. (2008). Persons with acquired profound hearing loss (APHL): how do they and their families adapt to the challenge?. *Health, 12*(3), 369-388.
- Hassan, S. M., Malki, K. H., Mesallam, T. A., Farahat, M., Bukhari, M. i Tye-Murray, N. (2011). The effect of cochlear implantation and post-operative rehabilitation on acoustic voice analysis in post-lingual hearing impaired adults. *European archives of oto-rhino-laryngology, 268*(10), 1437-1442.
- Helvik, A. S., Jacobsen, G. i Hallberg, L. R. (2006). Psychological well-being of adults with acquired hearing impairment. *Disability and rehabilitation, 28*(9), 535-545.
- Hogan, A., O'Loughlin, K., Davis, A. i Kendig, H. (2009). Hearing loss and paid employment: Australian population survey findings. *International Journal of Audiology, 48*(3), 117-122.
- Holland, A. L. (2007). *Counseling in communication disorders: A wellness perspective*. Plural Publishing.
- Holman, J. A., Drummond, A., Hughes, S. E. i Naylor, G. (2019). Hearing impairment and daily-life fatigue: A qualitative study. *International Journal of Audiology, 58*(7), 408-416.
- Hricová, M. (2018). Coping strategies and social environment of patients with sudden hearing loss. *Health Psychology Report, 6*(3), 216-221.



- Hull, R. H. (2019). Counseling Adults with Hearing Loss. U R. H. Hull (Ur.), *Introduction to Aural Rehabilitation: Serving Children and Adults with Hearing Loss* (3. izdanje, str. 23-43). Plural Publishing.
- Hynninen, K. M. J., Breitve, M. H., Wiborg, A. B., Pallesen, S. i Nordhus, I. H. (2005). Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a review. *Journal of psychosomatic research*, 59(6), 429-443.
- Isaacson, J. i Vora, N. M. (2003). Differential diagnosis and treatment of hearing loss. *American family physician*, 68(6), 1125-1132.
- Johansson, M., Asp, F. i Berninger, E. (2020). Children With Congenital Unilateral Sensorineural Hearing Loss: Effects of Late Hearing Aid Amplification—A Pilot Study. *Ear and hearing*, 41(1), 55-66.
- Katz, J. i Steele, T. C. (2019). Introduction to hearing Impairment and hearing disability. U R. H. Hull (Ur.), *Introduction to Aural Rehabilitation: Serving Children and Adults with Hearing Loss* (3. izdanje, str. 23-43). Plural Publishing.
- Keyes, C. M. L. (2014). Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. U G. F. Bauer i O. Hämmig (Ur.), *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach* (1. izdanje, str. 179-192). Springer.
- Kretchy, I. A., Owusu-Daaku, F. T. i Danquah, S. A. (2014). Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *International journal of mental health systems*, 8(25). <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-8-25>
- Laplante-Lévesque, A., Hickson, L. i Worrall, L. (2010). Rehabilitation of older adults with hearing impairment: A critical review. *Journal of Aging and Health*, 22(2), 143-153.
- Lash, B. N. i Helme, D. W. (2020). Managing Hearing Loss Stigma: Experiences of and Responses to Stigmatizing Attitudes & Behaviors. *Southern Communication Journal*, 85(5), 302-315.
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N. i Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public health*, 152(2017), 157-171.
- Lieu, J. E., Tye-Murray, N., Karzon, R. K. i Piccirillo, J. F. (2010). Unilateral hearing loss is associated with worse speech-language scores in children. *Pediatrics*, 125(6), 1348-1355.

- Lin, F. R., Niparko, J. K. i Ferrucci, L. (2011). Hearing loss prevalence in the United States. *Archives of internal medicine*, 171(20), 1851-1853.
- Lisle, K. i Wade, T. J. (2014). Does the presence of a Learning Disability elicit a stigmatization?. *Journal of Education, Society and Behavioural Science*, 4(2), 211-225.
- Mak, W. W., Poon, C. Y., Pun, L. Y. i Cheung, S. F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social science & medicine*, 65(2), 245-261.
- Manchaiah, V. K. i Stephens, D. (2012). The patient journey of adults with sudden-onset acquired hearing impairment: a pilot study. *Journal of laryngology and otology*, 126(5), 475-481.
- Manchaiah, V. K. i Stephens, D. (2013). Perspectives on defining 'hearing loss' and its consequences. *Hearing, Balance and Communication*, 11(1), 6-16.
- Manchaiah, V. K., Stephens, D. i Lunner, T. (2013). Communication partners' journey through their partner's hearing impairment. *International journal of otolaryngology*. <https://www.hindawi.com/journals/ijoto/2013/707910/>
- Manchaiah, V. K., Stephens, D. i Meredith, R. (2011). The patient journey of adults with hearing impairment: the patients' views. *Clinical Otolaryngology*, 36(3), 227-234.
- Manchaiah, V. K., Stephens, D., Zhao, F. i Kramer, S. E. (2012). The role of communication partners in the audiological enablement/rehabilitation of a person with hearing impairment: an overview. *Audiological Medicine*, 10(1), 21-30.
- Manchaiah, V., Berth Danermark, V., Ahmadi, T., Tomé, D., Krishna, R. i Germundsson, P. (2015). Social representation of hearing aids: cross-cultural study in India, Iran, Portugal, and the United Kingdom. *Clinical interventions in aging*, 2015(10), 1601-1615.
- Manwell, L. A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E. i McKenzie, K. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ open*, 5(6), Članak e007079.
- Margolis, R. H. (2004). Boosting memory with informational counseling: Helping patients understand the nature of disorders and how to manage them. *The ASHA Leader*, 9(14), 10-28.
- McMahon, C. M., Gopinath, B., Schneider, J., Reath, J., Hickson, L., Leeder, S. R., Mitchell, P. i Cowan, R. (2013). The need for improved detection and management of adult-onset hearing loss in Australia. *International journal of otolaryngology*. <https://www.hindawi.com/journals/ijoto/2013/308509/>

- Misono, S., Meredith, L., Peterson, C. B. i Frazier, P. A. (2016). New perspective on psychosocial distress in patients with dysphonia: the moderating role of perceived control. *Journal of Voice*, 30(2), 172-176.
- Monjot, M. (2012). *Counseling: A vital component to aural rehabilitation across the lifespan for the hearing impaired and their families* [Doktorska disertacija, Ohio State University]. Ohio State University, Department of Speech and Hearing Science.
- Monzani, D., Galeazzi, G. M., Genovese, E., Marrara, A. i Martini, A. (2008). Psychological profile and social behaviour of working adults with mild or moderate hearing loss. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 28(2), 61-66.
- Mora, R., Crippa, B., Cervoni, E., Santomauro, V. i Guastini, L. (2012). Acoustic features of voice in patients with severe hearing loss. *J Otolaryngol Head Neck Surg*, 41(1), 8-13.
- Nelson, D. I., Nelson, R. Y., Concha-Barrientos, M. i Fingerhut, M. (2005). The global burden of occupational noise-induced hearing loss. *American journal of industrial medicine*, 48(6), 446-458.
- Nerbonne, M. A., Schow, R. L. i Blaiser, K. M. (2017). Auditory Stimuli in Communication. U R. L. Schow i M. A. Nerbonne (Ur.), *Introduction to Audiologic Rehabilitation* (7. izdanje, str. 93-126). Pearson Education.
- Palumbo, D. i Galderisi, S. (2020). Controversial issues in current definitions of mental health. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 22(1), 7-11.
- Pichora-Fuller, M. K., Kramer, S. E., Eckert, M. A., Edwards, B., Hornsby, B. W., Humes, L. E., Lemke, U., Lunner, T., Matthen, M., Mackersie, C. L., Naylor, G., Phillips, N. A., Richter, M., Rudner, M., Sommers, M. S., Tremblay, K. L. i Wingfield, A. (2016). Hearing impairment and cognitive energy: The framework for understanding effortful listening (FUEL). *Ear and hearing*, 37(1), 5S-27S.
- Pittman, A. L. i Stelmachowicz, P. G. (2003). Hearing loss in children and adults: audiometric configuration, asymmetry, and progression. *Ear and hearing*, 24(3), 198-205.
- Pravilnik o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima. (2014). (NN 79/2014, 1477). [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014\\_06\\_79\\_1477.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_06_79_1477.html)
- Preminger, J. E., Montano, J. J. i Tjørnhøj-Thomsen, T. (2015). Adult-children's perspectives on a parent's hearing impairment and its impact on their relationship and communication. *International journal of audiology*, 54(10), 720-726.

- Public Health Agency of Canada. (2006). *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada* 2006. <http://publications.gc.ca/site/eng/9.650258/publication.html?wbdisable=true>
- Ruusuvuori, J. E., Aaltonen, T., Koskela, I., Ranta, J., Lonka, E., Salmenlinna, I. i Laakso, M. (2021). Studies on stigma regarding hearing impairment and hearing aid use among adults of working age: a scoping review. *Disability and rehabilitation*, 43(3), 436-446.
- Scarinci, N., Worrall, L. i Hickson, L. (2008). The effect of hearing impairment in older people on the spouse. *International journal of audiology*, 47(3), 141-151.
- Schow, R. L., Nerbonne, M. A. i Sanford, C. A. (2017). Overview of Audiologic Rehabilitation. U R. L. Schow i M. A. Nerbonne (Ur.), *Introduction to Audiologic Rehabilitation* (7. izdanje, str. 3-31). Pearson Education.
- Scinicariello, F., Przybyla, J., Carroll, Y., Eichwald, J., Decker, J. i Breyse, P. N. (2019). Age and sex differences in hearing loss association with depressive symptoms: analyses of NHANES 2011 – 2012. *Psychological medicine*, 49(6), 962-968.
- Sebastian, S., Varghese, A. i Gowri, M. (2015). The impact of hearing loss in the life of adults: A comparison between congenital versus late onset hearing loss. *Indian Journal of Otolaryngology*, 21(1), 29.
- Shoham, N., Lewis, G., Favarato, G. i Cooper, C. (2019). Prevalence of anxiety disorders and symptoms in people with hearing impairment: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(6), 649-660.
- Smith, P. A., Davis, A. C., Pronk, M., Stephens, D., Kramer, S. E., Thodi, C., Anteunis, L. J. C., Parazzini, M. i Grandori, F. (2011). Adult Hearing Screening: What comes next? *International Journal of Audiology*, 50(9), 610–612.
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P. i Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-113.
- Southall, K., Gagné, J. P. i Jennings, M. B. (2021). The Sociological Effects of Stigma: Applications to People With an Acquired Hearing Loss. U J. J. Montano i J. B. Spitzer (Ur.), *Adult audiologic rehabilitation* (3. izdanje, str. 59-76). Plural Publishing.
- Svinndal, E. V., Solheim, J., Rise, M. B. i Jensen, C. (2018). Hearing loss and work participation: a cross-sectional study in Norway. *International journal of audiology*, 57(9), 646-656.

- Tambs, K. (2004). Moderate effects of hearing loss on mental health and subjective well-being: results from the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study. *Psychosomatic medicine*, 66(5), 776-782.
- Theunissen, S. C., Rieffe, C., Kouwenberg, M., Soede, W., Briaire, J. J. i Frijns, J. H. (2011). Depression in hearing-impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 75(10), 1313-1317.
- Tomblin, J. B., Oleson, J. J., Ambrose, S. E., Walker, E. i Moeller, M. P. (2014). The influence of hearing aids on the speech and language development of children with hearing loss. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 140(5), 403-409.
- Trychin, S. (2012). Factors to consider when providing audiological services to people who have hearing loss and their communication partners. *Seminars in Hearing*, 33(01), 87-89.
- Tseng, C. C., Hu, L. Y., Liu, M. E., Yang, A. C., Shen, C. C. i Tsai, S. J. (2016). Risk of depressive disorders following sudden sensorineural hearing loss: a nationwide population-based retrospective cohort study. *Journal of affective disorders*, 197(2016), 94-99.
- Tye-Murray, N. (2015). *Foundations of Aural Rehabilitation: Children, Adults, and Their Family Members* (4. izdanje). Cengage Learning.
- Tye-Murray, N. (2020). *Foundations of aural rehabilitation: Children, adults, and their family members* (5. izdanje). Plural Publishing.
- Tye-Murray, N., Spehar, B., Myerson, J., Sommers, M. S. i Hale, S. (2011). Crossmodal enhancement of speech detection in young and older adults: Does signal content matter?. *Ear and hearing*, 32(5), 650-655.
- Wake, M., Hughes, E. K., Poulakis, Z., Collins, C. i Rickards, F. W. (2004). Outcomes of children with mild-profound congenital hearing loss at 7 to 8 years: A population study. *Ear and hearing*, 25(1), 1-8.
- Wallhagen, M. I. (2010). The stigma of hearing loss. *The Gerontologist*, 50(1), 66-75.
- Wänström, G., Öberg, M., Rydberg, E., Lunner, T., Laplante-Lévesque, A. i Andersson, G. (2014). The psychological process from avoidance to acceptance in adults with acquired hearing impairment. *Hearing, Balance and Communication*, 12(1), 27-35.
- Whicker, J., Muñoz, K. i Schultz, J. C. (2018). Teaching and Improving Clinical Counseling Skills: Counseling in Audiology: Au. D. Students' Perspectives and Experiences. *Seminars in Hearing*, 39(01), 67-73.

- World Health Organization (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice.*  
[https://www.who.int/mental\\_health/publications/promoting\\_mh\\_2005/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/promoting_mh_2005/en/)
- World Health Organization. (2001a). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: ICF.*
- World Health Organization. (2001b). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope.* <https://www.who.int/whr/2001/en/>
- World Health Organization. (2012). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10. izdanje.).
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates.*  
[https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/prevalence\\_global\\_health\\_estimates/en/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/)
- World Health Organization. (2018). *Addressing the rising prevalence of hearing loss.*  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260336>
- Zahnert, T. (2011). The differential diagnosis of hearing loss. *Deutsches ärzteblatt international*, 108(25), 433-444.
- Zakona o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom. (2020). (NN 157/13, 152/14, 39/18). <https://www.zakon.hr/z/493/Zakon-o-profesionalnoj-rehabilitaciji-i-zapo%C5%A1ljavanju-osoba-s-invaliditetom>