

Grupe podrške u rehabilitaciji odraslih osoba sa stečenim oštećenjem sluha

Anđelić, Tea

Master's thesis / Diplomski rad

2019

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:158:714832>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-11**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Grupe podrške u rehabilitaciji odraslih osoba sa stečenim oštećenjem sluha

Tea Anđelić

Zagreb, rujan 2019.

Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

**Grupe podrške u rehabilitaciji odraslih osoba sa stečenim
oštećenjem sluha**

Tea Anđelić

doc.dr.sc. Luka Bonetti

Zagreb, rujan 2019.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad „Grupe podrške u rehabilitaciji odraslih osoba sa stečenim oštećenjem sluha“ i da sam njegova autorica.

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.

Ime i prezime: Tea Anđelić

Mjesto i datum: Zagreb, rujan 2019.

Zahvaljujem mentoru doc.dr.sc. Luki Bonettiju na volji, strpljenju, stručnom vodstvu i savjetovanju pri stvaranju ovog rada, koji je svojim divnim predavanjima u meni pobudio interes za područje oštećenja sluha.

Hvala mojim prijateljima, na čiju sam motivaciju i potporu mogla računati i u najtežim trenucima.

Posebno hvala mojoj obitelji, kojoj posvećujem ovaj rad, što je kroz cijelo obrazovanje uvijek vjerovala u mene te mi pružala bezuvjetnu ljubav i podršku.

Grupe podrške u rehabilitaciji odraslih osoba sa stečenim oštećenjem sluha

Tea Anđelić

Mentor: doc.dr.sc. Luka Bonetti

Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Logopedija

Sažetak

Stečeno oštećenje sluha najčešći je kronični problem osoba starije životne dobi. Njegove su posljedice značajne za kvalitetu života, budući da se negativnim utjecajem na komunikaciju protežu na socijalni, emocionalni, profesionalni i druge aspekte života pojedinca, potencijalno smanjujući funkcionalni status, pa čak i mentalno zdravlje. Navedene posljedice i učestalost stečenog oštećenja sluha tako predstavljaju i ekonomski, odnosno društveni problem. Dio se komunikacijskih posljedica stečenog oštećenja sluha može ublažiti dodjelom slušnog pomagala, no suočavanje sa situacijom gubitka sluha i potrebom promjene komunikacijskih i ostalih životnih navika kod većine novih korisnika slušnih pomagala zahtijeva stručno vodstvo. Nesklad između realne i idealne slike o sebi, odnosno između onoga kakva osoba jest i kakva bi željela biti, suočavanje s komunikacijskim teškoćama u društvenim odnosima, čije su posljedice često emocionalno negativne, suočavanje sa stigmom, mentalnim zamorom, svladavanje tehničkih aspekata korištenja slušnog pomagala te osobna aktivacija u smislu poduzimanja većine ili svih koraka za što ravnopravniju komunikaciju neki su od preduvjeta za socijalnu reaktivaciju i podizanje kvalitete života novih korisnika slušnih pomagala. Nažalost, stručna intervencija još uvijek često ostaje na razini tehničkih uputa za korištenje slušnog pomagala, dok rad na strategijama prilagodbe i nošenja sa svim potencijalnim posljedicama stečenog oštećenja sluha ostaje – zanemaren, iako je važan preduvjet optimalnih ishoda rehabilitacije. Jedan od načina kojim odrasle osobe sa stečenim oštećenjem sluha mogu ublažiti komunikacijske, psihosocijalne i druge posljedice na kvalitetu života jesu – grupe podrške. Ovaj se oblik rehabilitacije ostvaruje međusobnom potporom osoba s jednakim iskustvima kroz dijeljenje ideja i strategija nošenja sa psihosocijalnim učincima oštećenja sluha na funkcioniranje u svakodnevnom životu. S obzirom na sve jače zagovaranje grupa podrške u razvijenim zemljama kao sastavnice rehabilitacije za odrasle i starije osobe koje su novi korisnici slušnih pomagala, uputno je poznavati prednosti i moguće nedostatke ovakvog pristupa organizacije stručne pomoći. Cilj ovoga rada je dati sustavni i kritički pregled dosadašnjih spoznaja o oblicima, značajkama, primjeni i učincima grupnih rehabilitacijskih programa za odrasle i starije osobe sa stečenim oštećenjem sluha.

Ključne riječi: stečeno oštećenje sluha, odrasli, komunikacija, grupna rehabilitacija, strategije suočavanja

Support groups for rehabilitation of adults with acquired hearing loss

Tea Anđelić

Mentor: Luka Bonetti, PhD

University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences, Department of Speech and Language Pathology

Abstract

Acquired hearing loss is the most common chronic problem of the adulthood, and in the elderly. Its consequences are significant for the quality of life, since they have a negative impact on communication, which extends to the social, emotional, professional and other aspects of an individual's life, potentially reducing their functional status and even mental health. The aforementioned consequences and the frequency of the acquired hearing loss also represent an economic or social problem. Some of the communication consequences of acquired hearing loss can be mitigated by the allocation of hearing aids, but dealing with the situation of hearing loss and the need to change communication and other life habits requires from the most of the new hearing aid users to have expert guidance. The discrepancy between the real and the ideal self-image, coping with communication difficulties in social relations, whose consequences are often emotionally negative, coping with stigma, mental fatigue, mastering the technical aspects of hearing aid usage and personal activation in terms of taking most efficient steps to communicate as equitably as possible are some of the prerequisites for social reactivation and for improvement of the quality of life of new hearing aid users. Unfortunately, professional intervention still often remains at the level of technical guidance for the use of hearing aids, while working on adaptation and coping strategies for the aforementioned potential consequences of acquired hearing loss remains – neglected, in spite of the importance of such work for optimal rehabilitation outcomes. One way in which adults with acquired hearing loss can mitigate communication, psychosocial and other consequences is through support groups.

This form of rehabilitation is achieved through the mutual support of persons with equal psychosocial experience about hearing loss. The base of this support is sharing ideas for coping strategies with the overall effects of hearing loss on functioning in daily life. Given the growing advocacy in developed countries for this specific component of rehabilitation (as it presented itself as the vital component of the successful rehabilitation outcomes), it is advisable to be aware of the advantages and possible disadvantages of support groups as a form of professional assistance for new hearing aid users. The aim of this paper is to give a systematic and critical overview of the current knowledge about the forms, features, applications and effects of group rehabilitation programs for adults and the elderly with acquired hearing loss.

Keywords: acquired hearing loss, adults, communication, group rehabilitation, coping strategies

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Problemska pitanja i svrha rada.....	3
3. Racionala grupne rehabilitacije sluha.....	4
3.1. Oštećenje sluha kao stigmatizirajuće svojstvo	5
3.2. Smanjenje psihosocijalnih učinaka oštećenja sluha	7
4. Primjena grupne rehabilitacije sluha	10
4.1. Priprema i planiranje grupe podrške	10
4.1.1. Postavljanje temeljnih pravila.....	12
4.1.2. Nošenje s negativnim emocijama	16
4.1.3. Fokusiranje na pozitivne strane	20
4.1.4. Evaluacija programa	22
5. Sadržaj grupne rehabilitacije osoba s oštećenjem sluha.....	23
5.1. Identifikacija problema	23
5.2. Trening komunikacijskih strategija.....	25
5.3. Trening samozastupanja.....	28
5.4. Trening govorne percepcije.....	29
5.5. Vježbe smanjenja stresa	30
5.6. Informativne demonstracije.....	31
5.7. Strukturirana psihosocijalna rasprava	32
6. Uspješnost grupne rehabilitacije sluha	34
7. Zaključak	38
Literatura.....	40

1. Uvod

Oštećenje sluha uobičajeno je kronično stanje kod odraslih osoba srednje i starije životne dobi koje je rijetko prepoznato i osviješteno (Mathers, 2008). Do oštećenja sluha može doći zbog niza uzroka, uključujući genetske čimbenike, izloženost buci, bolesti uha i slično. Prezbiakuzija je izraz koji se odnosi na gubitak sluha povezan s kohlearnim degenerativnim procesom starenja. Gubitak sluha čest je problem vezan uz starenje i vjerojatno će nastajati sve više problema s promjenom demografije stanovništva u razvijenom svijetu: oštećenje sluha stekne 2% osoba životne dobi između 45. i 54. godine života, što se u dobi između 55. i 64. godine popne na 8.5%; u dobi između 65. i 74. godine već svaka četvrta osoba ima oštećenje sluha, a iznad 75 godina starosti svaka druga (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders – NIDCD, 2016). Ta prevalencija gubitak sluha čini jednim od najznačajnijih, ali popravljivih kroničnih zdravstvenih stanja među starijim osobama.

S jedne strane, naše nerazumijevanje procesa gubitka osjetljivosti sluha i naša nesposobnost da spriječimo njegovo napredovanje važni su dijelovi problema. Trenutno kliničari mogu koristiti samo obiteljsku anamnezu, vrijeme početka i napredovanja te rezultate audiometrijskog ispitivanja kako bi odredili je li oštećenje i klinički prisutno i koliki mu je stupanj, te da bi procijenili potencijal za progresiju gubitka sluha i dali preporuke za slušna pomagala. S druge strane, optimalno upravljanje stjecanjem gubitka sluha također bi trebalo uključivati procjenu utjecaja na kvalitetu života (Ciorba i sur., 2012) jer taj utjecaj proizlazi, prije svega, iz deficita u percepciji govora i komunikaciji te ograničenjima koja ti deficiti nameću u sudjelovanju u društvenim interakcijama, zapošljavanju, slobodnom vremenu i uživanju u zvukovima. Cilj rehabilitacije je vratiti kvalitetu života uklanjanjem, smanjenjem ili zaobilazanjem ovih deficita i ograničenja (Ross, 2000). Često pojedinci nisu svjesni posljedica s kojima bi se mogli suočiti tijekom dugog putovanja stečenog oštećenja sluha; međutim, imat će različita iskustva i prekretnice prije, za vrijeme i nakon rehabilitacije.

Slušna rehabilitacija je zlatna nit koja integrira profesionalne interakcije s pacijentima i podsjeća stručnjake da se, osim samog pružanja slušnih pomagala, osvrnu i na komunikacijske potrebe pacijenata (Gatehouse, 2001). Osobama s oštećenjem sluha, kao i njihovim komunikacijskim partnerima i užoj okolini, od velike je važnosti poznavanje tehničkih informacija o slušnom pomagalu, kao što su njegova prilagodba, kvaliteta zvuka, programi,

baterije i slično. Njihovo pružanje kliničaru također omogućuje da pacijentu predstavi i s njime primijeni druge metode za što uspješniju rehabilitaciju – one koje se odnose na taktike i strategije koje uključuju i vještine suočavanja s poteškoćom, a kojima je naglasak na rješavanju komunikacijskih teškoća ili suočavanju s emocionalnim aspektom oštećenja sluha (Bonetti i sur., 2017). Kako zbog uspješnosti, kako zbog svojih vremenskih i ekonomskih ograničenja, ove je metode poželjno poučavati u grupnom okruženju (Tye-Murray, 2015).

Američko udruženje za govor, jezik i sluh (The American Speech-Language-Hearing Association – ASHA, 2006) rehabilitaciju sluha definira kao „olakšavajući proces intervencije koja osvještava oštećenje, ograničenja aktivnosti i sudjelovanja te moguće osobne i okolne činitelje koji bi mogli utjecati na komunikaciju, funkcionalno zdravlje i dobrobit osoba s oštećenjem sluha ili ostalih koji sudjeluju s njima u tim aktivnostima“ (<https://www.asha.org/policy/PP2006-00274/#sec1.4.15>). Boothroyd (2007) dodaje da je holistički pristup rehabilitaciji onaj koji promovira „smanjenje deficita funkcije, aktivnosti, sudjelovanja i kvalitete života uzrokovanih oštećenjem sluha kombiniranjem senzornog upravljanja, davanja uputa, perceptivnog treninga i savjetovanja“ (str. 63). Navedeno je moguće postići u grupnom okruženju, koje dozvoljava pojedincima sa stečenim oštećenjem sluha dijeljenje informacija i rješenja navedenih deficita i njihovih posljedica na kvalitetu života kroz kreativni i involvirajući način. Grupna rehabilitacija sluha pokazala se učinkovitom u smanjenju broja slučajeva vraćanja slušnog pomagala i poboljšanju psihičkih, socijalnih i emocionalnih prilagodbi pojedinca na oštećenje sluha (Hawkins, 2005). Grupno okruženje ne samo da je kliničarima i pacijentima financijski ostvarivo, već i dozvoljava izravni osvrt na psihičke, socijalne i emocionalne prilagodbe stečenom oštećenju sluha, koje nadilaze tradicionalne tehnike isprobavanja slušnog pomagala. Ono također omogućuje iskrenu atmosferu za međusobnu potporu te dijeljenje ideja i strategija ublažavanja psihosocijalnih učinaka povezanih s oštećenjem sluha (Preminger i Yoo, 2010).

2. Problemska pitanja i svrha rada

Važnost kliničkog i ne isključivo tehnološkog rješavanja negativnih komunikacijskih i socio-emocionalnih posljedica oštećenja sluha stečenih u odrasloj i starijoj dobi, već je godinama stručno prepoznata. Međutim, komponente ne-tehničke stručne intervencije poput grupne podrške u suočavanju s, te u ublažavanju ili uklanjanju komunikacijskih i psihosocijalnih posljedica stečenog oštećenja sluha i dalje se u praksi premalo primjenjuju. Stoga su svim stručnjacima koji se bave rehabilitacijom slušanja kod odraslih i starijih osoba vrijedni pokušaji sumiranja dokumentiranih pozitivnih utjecaja grupne podrške na uspješnost rehabilitacije osoba sa stečenim oštećenjem sluha. Literatura upućuje da je takav oblik rehabilitacije – uvjetovan međusobnom podrškom, razmjenom ideja i iskustava iz svakodnevnog života osoba koje su stekle oštećenje sluha u odrasloj ili starijoj životnoj dobi – zbog blagotvornih učinaka na sudionike, uputno provoditi u svakodnevnom rehabilitacijskom radu. No, iskustva iz prakse govore da organizacija takvog rada redovito izostaje, iako grupe podrške dobivaju sve veću pažnju istraživača i kliničara u razvijenim zemljama, sukladno težnji za konkurentnošću i stručnom kompetentnošću, ali i stručnim, moralnim i etičkim načelima.

Opće je poznato da se stavovi mijenjaju stjecanjem znanja pa se može pretpostaviti da je jedan od najvažnijih preduvjeta mijenjanja stavova kliničara o načinima pružanja rehabilitacijskih usluga upravo – nuđenje sustavno uređenih informacija o prednostima i nedostacima pojedinih rehabilitacijskih rješenja. S tim je ciljem u ovom radu pružen sustavni pregled dosadašnjih spoznaja iz literature o grupama podrške za odrasle i starije osobe sa stečenim oštećenjem sluha, a svrha realizacije tog cilja bila je odgovoriti na najvažnije kliničko pitanje „Jesu li one korisne?“. Odgovor na postavljeno pitanje ujedno znači: a) osvještavanje stručnjaka koji u Hrvatskoj skrbe za dobrobit osoba sa stečenim oštećenjem sluha o raznim vidovima pružanja pomoći njihovim klijentima koji su tek počeli koristiti slušno pomagalo, b) zastupanje profesionalnog ponašanja sukladno visoko individualnoj prirodi raznih posljedica tog oštećenja, te c) pokušaj približavanja standardima koje nameću zapadne zemlje, čija je rehabilitacijska praksa napredovala do holističkih te čak i novih interdisciplinarnih sfera.

3. Racionala grupne rehabilitacije sluha

Grupe podrške postoje za mnoštvo kroničnih zdravstvenih stanja, što je razlog zbog kojeg se kliničari ne bi trebali osjećati nekvalificirano za vođenje jedne takve grupe, iako se mnogi kliničari osjećaju nekompetentno za vođenje psihoterapijskih grupa (Preminger i Nesbitt, 2014). Grupe podrške pružaju mjesto za razmjenu ideja i mišljenja, gdje sudionici uče o svom zdravstvenom stanju i upoznaju druge osobe koje se suočavaju sa sličnim okolnostima te razrađuju strategije suočavanja s teškoćom. Uspješna rehabilitacija osoba s oštećenjem sluha u grupnom okruženju može poboljšati kvalitetu života, podići raspoloženje i povećati znanje o zdravstvenom stanju kod osoba sa oštećenjem sluha (Hawkins, 2005; Mulrow i sur., 1990).

Abrahamson (2000) je razmotrio obrazloženje za pružanje slušne rehabilitacije u grupnom okruženju, istaknuvši da sudjelovanje u grupi može (str. 229):

- pružiti mrežu podrške tijekom razdoblja prilagodbe na slušno pomagalo,
- potaknuti pojedince da priznaju gubitak sluha,
- potaknuti pojedince na preuzimanje osobne odgovornosti za upravljanje gubitkom sluha i korištenje slušnog pomagala,
- omogućiti osobama oštećenog sluha da istraže realna očekivanja i ograničenja,
- umanjiti negativne učinke koje gubitak sluha može imati na komunikaciju, a samim time i na profesionalne i međuljudske odnose,
- poučiti članove obitelji o gubitku sluha i slušnim pomagalima,
- omogućiti članovima obitelji da budu aktivno uključeni u podržavanje i prilagođavanje osobe sa oštećenjem sluha poboljšanju i korištenju strategija suočavanja,
- podučavati članove obitelji vještinama kako bi smanjili broj prekida u komunikaciji koji se događaju,
- promovirati bolje zadovoljstvo slušnim pomagalima i audiološkim uslugama.

3.1. Oštećenje sluha kao stigmatizirajuće svojstvo

Grupna rehabilitacija sluha u mnogočemu je svrhovita tijekom procesa rehabilitacije jer se može pozitivno odraziti na osjećaj stigme povezane s oštećenjem sluha, odnosno usmjeriti na terapijsko tretiranje stereotipa odgovarajućim strategijama suočavanja. Goffmanova (1963) definicija stigme predstavlja ju kao „duboko diskreditirajuće svojstvo“ koje osobu svodi „od cjelovite i uobičajene do pokvarene i ponižene“, zbog čega je viđena kao osoba „iskvarenog identiteta“ (str. 3). On također smatra da stigma sačinjava nesuglasje između virtualnog i stvarnog socijalnog identiteta osobe. Dudley (2000), polazeći od Goffmanove konceptualizacije, stigmom definira kao stereotipe i negativna mišljenja dodijeljena osobi ili skupini ljudi kada su njihova obilježja ili ponašanja viđena drugačijima ili neravnopravnima društvenim normama. Utjecaj stigme je dvostruk, pri čemu javna stigma predstavlja reakciju opće populacije na osobu, dok je stigma o samome sebi predrasuda kojom se osobe okreću protiv sebe (Corrigan i Watson, 2002; Gagné i sur., 2011).

Stigmatizacija kod osoba oštećenog sluha javlja se kao posljedica komunikacijskih lomova, neuspjeha i neprikladnih reakcija na interakciju s čujućim osobama, koje za sobom povlače negativne društvene stereotipe (Preminger i Nesbitt, 2014). Oštećenje sluha nije vidljivo, zbog čega ga je lakše sakriti od drugih kako bi se izbjeglo stigmatiziranje. Neke od metoda kojima se ono može prikriti jesu blefiranje u komunikaciji ili općenito izbjegavanje društvenih interakcija (Tye-Murray, 2015). Mnoge komunikacijske situacije od pojedinca s oštećenjem sluha zahtijevaju pojačani kognitivni napor, pogotovo u složenim društvenim situacijama. Negativna društvena iskustva posljedično mogu dovesti do pojačanog stresa i izbjegavanja sličnih interakcija ubuduće, zbog čega nastaju očekivanja komunikacijskih neuspjeha. Upravo ta pojačana koncentracija proizlazi iz potrebe da se „popune praznine“ u primanju informacija uslijed smanjene čujnosti, posebice u buci (Preminger i Nesbitt, 2014). Ovi zahtjevi opstaju i kod uspješnih korisnika slušnih pomagala jer pomagala ne mogu popraviti oštećenje sluha, već samo povećati čujnost govora. Zbog povećane upotrebe kognitivnih resursa za slušanje i razumijevanje razgovora, osobe s oštećenjem sluha često su iscrpljene nakon sudjelovanja u grupnom ili bučnom razgovoru. Prirodno je da takvi naponi dovode do pojačanog stresa i pojačane želje za izbjegavanjem tako zahtjevnih društvenih situacija. Stoga, osobe s oštećenjem sluha treba osvijestiti da su njihove teškoće zajedničke i drugim osobama s

oštećenjem sluha, a ne rezultat stereotipa, što bi im moglo pomoći shvatiti potrebu primjene djelotvornih komunikacijskih strategija i iskoristiti tehnike smanjenja stresa.

Da bi se izravno oslovljeno stigmatizirajuće svojstvo oštećenja sluha, Hétu (1996; prema Preminger i Nesbitt, 2014) predlaže proces normalizacije u dva koraka. Prvi korak uključuje interakciju s pojedincima koji dijele to stigmatizirajuće svojstvo, kako bi istražili negativne stereotipe u podupirućoj okolini. Sudionici grupne rehabilitacije sluha mogu dijeliti teškoće s kojima su se suočili, kao i različite metode koje su koristili kako bi ih prevladali. Ovakva interakcija može biti od velike koristi za pojedince s oštećenjem sluha jer može dovesti do shvaćanja da nisu sami u onome što doživljavaju vezano za komunikaciju i kvalitetu života nakon postavljanja dijagnoze oštećenja sluha. Nadalje, mogu naučiti nove načine suočavanja s komunikacijskim neuspjesima ili ostalim teškoćama. Drugi korak procesa normalizacije je upotreba tih novih vještina i emocionalne svjesnosti u interakcijama s osobama urednog sluha, kako bi povratili prijašnji društveni identitet. Kako sudionici grupe dijele stigmatizaciju oštećenja sluha, ona blijedi (Preminger i Nesbitt, 2014). Sudionici grupa podrške često se osjećaju sve ugodnije uvježbavajući strategije uspješne komunikacije u sigurnom okruženju te uspijevaju bolje upravljati posljedicama oštećenja sluha, jednom kada iste strategije počnu primjenjivati u stvarnoj komunikaciji.

Stigma povezana s oštećenjem sluha i nošenjem slušnih pomagala prožima gotovo sve aspekte pogođenog pojedinca te je blisko povezana sa stigmom starenja (Wallhagen, 2009). Da bi se ona umanjila i tako omogućila aktivnost pojedinca u rehabilitaciji, potrebno je stručno nuđenje specifičnih strategija, a to – uz procjenu i konzerviranje preostalog sluha – uključuje stručno naglašavanje stalne društvene angažiranosti pojedinca, kako bi se odraslim osobama (pogotovo starijim) i njihovim obiteljima omogućilo najbolje moguće tjelesno i kognitivno funkcioniranje. Stoga, grupe podrške, pogotovo su dobrodošle starijim osobama s oštećenjem sluha, koje na taj način mogu pozitivno djelovati na dvostruku stigmatizaciju – starenja i oštećenja sluha.

3.2. Smanjenje psihosocijalnih učinaka oštećenja sluha

Grupna podrška u rehabilitaciji osoba s oštećenjem sluha nastoji umanjiti učinak čimbenika koji utječu na psihičko i socijalno funkcioniranje pojedinca. Prema tome, psihosocijalni rehabilitacijski pristup usmjeren je na ublažavanje čimbenika povezanih s oštećenjem sluha koji psihički utječu na pojedinca (slika o sebi, stigma, poricanje, stres), kao i onih koji na njega utječu u socijalnom smislu (izbjegavanje, obitelj, društveni život, posao) (Bonetti i sur., 2017). Oštećenje sluha obično utječe na oba područja, iako je važno napomenuti da su posljedice individualne i mogu se razlikovati na širokom spektru, neovisno o stupnju oštećenja sluha. Istraživanja su pokazala da bi osobe s oštećenjem sluha u svrhu izbjegavanja stresa povezanog s prikrivanjem stigmatizirajućeg svojstva mogla izbjegavati društvene interakcije, što može dovesti do simptoma depresije, osjećaja samoće i smanjenog društvenog kruga (Pronk i sur., 2011; Kramer i sur., 2002; Strawbridge i sur., 2000).

Psihosocijalni status važna je komponenta kada govorimo o kvaliteti života te je njegova procjena bitan aspekt mjere kvalitete života. Oštećenje sluha postaje sve važniji javnozdravstveni problem izravno povezan sa smanjenom kvalitetom života pojedinca zbog toga što može ometati razmjenu informacija, te tako značajno utjecati na svakodnevni život, posebice kod starijih osoba (Ciorba i sur., 2012). Neki od učinaka staračke naglušnosti (prezbiakuzije) na kvalitetu života obuhvaćaju emocionalne reakcije kao što su usamljenost, izolacija, ovisnost o drugima, frustracija, depresija, anksioznost, bijes, sram i krivnja, zatim bihevioralne reakcije poput blefiranja, povlačenja, okrivljavanja i zahtijevanja, te kognitivne reakcije poput zbunjenosti, teškoća fokusiranja, ometajućih misli, smanjenog samopouzdanja i poremećaja komunikacije (Dewane, 2010; Monzani i sur., 2008). Navedene učinke gubitka sluha očekuje se umanjiti ili prevenirati grupnom rehabilitacijom novih korisnika slušnih pomagala, kako bi maksimalno mogli poboljšati kvalitetu života jer je jedan od načina kojim se to može postići dijeljenje, raspravljanje i uvježbavanje djelotvornih strategija suočavanja u grupi: u teškoj i stresnoj komunikaciji, osoba s oštećenjem sluha morat će primijeniti neku strategiju suočavanja i akcije pa je poželjno ponuditi što više pozitivnih, poželjnih strategija ili barem svesti stresne situacije na kombinaciju pozitivnih i negativnih strategija. Prema tome, kroz grupne konzultacije važno je ponuditi pozitivne strategije suočavanja i tako maksimalno smanjiti šansu da negativne strategije dobiju utjecaj na kvalitetu života pojedinca s oštećenjem sluha (Hickson i sur., 2007; Stewart i sur., 2001).

U argumentaciji potencijala grupne podrške za suočavanje s oštećenjem sluha, Preminger i Yoo (2010) kao naročito korisnu ističu teoriju Lazarusove i Folkmanove (1984), koja počiva na tri stavke: percepciji stresa (odnos između osobe i njenog okruženja za koje se procjenjuje da premašuje dostupne izvore), procjeni (percepcija i procjena društvene podrške pojedinca u određenoj situaciji) i suočavanju (svrhovite misli i radnje za upravljanje ili prevladavanje stresnih situacija). Jedan od načina kategorizacije suočavanja je u smislu „suočavanja usmjerenog na problem“ i „suočavanja usmjerenog na osjećaje“ (Lazarus i Folkman, 1984; prema Preminger i Yoo, 2010). S jedne strane, „suočavanje usmjerenog na problem“ usredotočeno je na upravljanje problemom (definiranje problema, osmišljavanje alternativnih rješenja, odmjeravanje tih rješenja i njihov konačni odabir), dok se s druge strane „suočavanje usmjerenog na osjećaje“ postiže upravljanjem emotivnih reakcija pojedinca na problem (npr. izbjegavanje, minimiziranje i pozitivne usporedbe). Prema navedenim autorima, program grupne rehabilitacije sluha predstavlja idealno mjesto za raspravu i uvježbavanje učinkovitih strategija suočavanja, pri čemu se pokazalo da veću učinkovitost imaju programi u kojima je korištena kombinacija strategija od onih koji su koristili samo jednu od te dvije strategije (Preminger i Yoo, 2010). Upravo grupna dinamika omogućuje osobama s oštećenjem sluha učenje, dijeljenje i kombiniranje oba tipa strategija.

Programi grupne rehabilitacije sluha olakšavaju smanjenje psihosocijalnih učinaka oštećenja sluha u skladu s „teorijom socijalne komparacije“, prema kojoj osobe sa sličnim zdravstvenim problemima neizbježno međusobno uspoređuju fizičke i bihevioralne posljedice (Suls i sur., 2002). S jedne strane, silazna socijalna komparacija javlja se kada član grupe vjeruje da se s nečime nosi bolje od ostalih, dok s druge strane uzlazna socijalna komparacija nastupa kada član grupe vjeruje da se nosi s nečime jednako dobro kao i ostali za koje se čini da upravljaju svojim stanjem na zadovoljavajući način. Pojedinci u grupnom okruženju pronalaze utjehu u činjenici da postoje i drugi ljudi poput njih. Iz te usporedbe proizlazi razumijevanje među sudionicima da njihove stresne situacije i reakcije nisu uzrokovane nekim osobnim nedostatkom. Nakon uspoređivanja sebe s drugima, članovi grupe mogu osjetiti da njihov problem i nije tako strašan ili da se s njime nose bolje od ostalih. Ta usporedba može imati golem učinak na psihičke i emocionalne prilagodbe osobe na gubitak sluha i jedna je od ključnih čimbenika objašnjenja prednosti grupne rehabilitacije sluha.

Iz navedenog je moguće zaključiti da psihosocijalne prednosti programa grupne rehabilitacije sluha proizlaze iz ublaživanja stigme povezane s oštećenjem sluha, uvježbavanja

strategija usmjerenih i na problem i na emocije, te prilike za doživljavanje socijalne komparacije.

4. Primjena grupne rehabilitacije sluha

4.1. Priprema i planiranje grupe podrške

Postoji niz potencijalnih financijskih i ekstrinzičnih pogodnosti povezanih s provedbom grupnih programa rehabilitacije sluha, a one uključuju (Ross, 1997): smanjeni broj vraćenih slušnih pomagala, porast broja zadovoljnih klijenata, porast broja vjernih klijenata koji rezultira povećanjem broja preporuka, pretvorba monauralnih u binauralne korisnike slušnih pomagala i povećanje prodaje slušnih pomagala, pad broja pacijenata zbog porasta samopouzdanja, ovladavanje tehnikama rješavanja problema koje rezultira manjim brojem posjeta zbog cerumenom začepljenog slušnog pomagala i tako dalje. Što se tiče intrinzičnih vrijednosti, klijenti koji sudjeluju u programima grupe podrške vjerojatno će razviti povećano samozadovoljstvo, usvojiti samoučinkovitost, poboljšati sposobnost osvještavanja psihosocijalnih utjecaja na ponašanje, te poboljšati socijalizaciju i odnose s kliničarom (Gagné i sur., 2012).

Praksa utemeljena na dokazima i životna iskustva čine čvrstu osnovu za opravdanje grupne podrške (Ross, 1997). Pružanje usluga grupne podrške potiče razvoj odnosa između klijenata i djelatnika ustanove u kojoj se pružaju usluge, a uspostavljanje međusobnog povjerenja vrlo je bitno za sve aspekte rehabilitacije jer utječe na otvorenost prema i na prihvaćanje savjeta, što se pak pozitivno odražava na razvoj asertivnosti, samozastupanje i redovitost nošenja slušnih pomagala (Poost-Foroosh i sur., 2011; Servellen, 2009; Boothroyd, 2007; Kricos, 2006). Zbog grupne podrške klijenti često doživljavaju povećanu samoučinkovitost, neovisnost i samozadovoljstvo, što rezultira smanjenom potrebom za čestim posjetima audiologu i oslobađa dragocjeno kliničko vrijeme za dodatne posjete i tretmane klijenata (Gagné i sur., 2012).

Pri planiranju programa grupne rehabilitacije sluha važno je razmotriti ne samo sadržaj grupe, već i proces njezinog stvaranja i vođenja. Danski Ida institut za rehabilitaciju sluha izbacio je online alat koji pomaže stručnjacima za oštećenja sluha da razviju i provedu vlastiti program grupne rehabilitacije sluha – G.R.O.U.P. (Group Rehabilitation Online Utility Pack; Gagné i sur., 2012). Autori ovog alata smatraju da je prva stavka koju je potrebno razmotriti – uloga stručnjaka (na primjer audiologa, psihologa ili logopeda) kao voditelja grupe podrške za osobe sa stečenim oštećenjem sluha. On ne bi trebao biti instruktor, čija je uloga podučavanje nekog sadržaja, već bi trebao strukturirati grupu tako da sudionici mogu identificirati negativne

osjećaje i ponašanja koja su potencijalno razvili kao obrambeni mehanizam. Ova stavka zahtijeva poseban naglasak upravo zbog činjenice da je kliničarima (audiolozima, psiholozima, logopedima) prirodnije vođenje grupe instrukcijskim, nego moderatorskim stilom (Preminger i Nesbitt, 2014). Primjerice, ukoliko voditelj grupe objašnjava audiogram, onda sudionici grupnog programa podrške ne osjećaju potrebu za sudjelovanjem. Uloga voditelja grupe je potaknuti promjenu, kako u stavu, tako i u ponašanju, jer na taj način ohrabruje članove grupe da surađuju u aktivnom rješavanju problema u komunikaciji (Kricos i Lesner, 2000). Zapravo, Kricos i Lesner (2000) predlažu da voditelj ne zauzima više od 30% predviđenog vremena trajanja grupe podrške. Abrahamson (2000) ističe da se iskustveno pokazalo kako su sudionici grupe za podršku u rehabilitaciji stečenog oštećenja sluha učinkovitiji u podučavanju jedni drugih, nego sam voditelj grupe. Naposljetku, i logično je da su osobe spremnije učiti ili prihvatiti savjet od nekoga tko iz prve ruke zna kroz što prolaze.

Moderator grupe mora odlučiti koliko će se grupnih terapija provoditi tijekom programa grupne podrške osobama s oštećenjem sluha. Postoje značajne koristi od organizacije više (8-10) terapija ili susreta, međutim, sudionici mogu ostvariti neke koristi od programa i s manjim brojem (2-3) terapija ili susreta (Gagné i sur., 2012).

Gagné i sur. (2012) navode da održavanje većeg broja terapija pruža sudionicima vrijeme, praksu i povratne informacije potrebne za trajne promjene u ponašanju. Prakticiranje novih ponašanja i doživljavanje stavova i emocionalnih promjena u sigurnom, grupnom okruženju potrebno je mnogim ljudima prije nego što mogu primijeniti ono što uče u „stvarnom“ svijetu. Osobe s oštećenjem sluha i njihovi komunikacijski partneri trebaju naučiti i prakticirati različite komunikacijske taktike i strategije kako bi spriječili ili smanjili probleme u komunikaciji (Trychin, 2012). Ostvarivanje tih promjena zahtijeva vrijeme. Nitko ne može promijeniti komunikacijske navike lako i odjednom. Za mnoge ljude potrebno je mnogo sastanaka, prije negoli se mogu osjećati sigurno i dovoljno ugodno da se otvore i razgovaraju o osobnim pitanjima, osobito onima koja uključuju intimne odnose i/ili velike probleme vezane uz posao. Obično je potrebno više iskustva u grupi kako bi osoba mogla prijaviti probleme kao što je depresija uzrokovana samoćom zbog ograničenog društvenog angažmana, utjecaj oštećenja sluha na intimnost u vezi ili zabrinutost zbog socijalnog/osobnog propadanja partnera koji teško čuje (Trychin, 2012).

S druge strane, trošak vremena, novca i resursa smanjuje se s organizacijom manjeg broja grupnih terapija, kojim je onda i lakše upravljati, a veličina grupe od 8 do 10 osoba pruža svim

sudionicima mogućnost sudjelovanja u svakom pitanju o kojem se raspravlja; za razliku od toga, smatra se da manje grupe podrške, s 4 do 6 sudionika, ograničavaju broj korisnih prijedloga koji se mogu derivirati razgovorom (Trychin, 2012).

Važno je da članovi grupe razumiju većinu onoga što se govori tijekom svake grupne terapije. Komunikacija unutar grupe podrške treba biti strukturirana na način da sudionici mogu pratiti što drugi govore, kako bi im se olakšalo učenje te održala ili čak povećala motivacija za promjenom osobnog ponašanja (Gagné i sur., 2012). Ako osoba sudjeluje u grupi podrške kako bi dobila pomoć, a nakon nje se ponovno suočava sa situacijom u kojoj je razumijevanje teško ili gotovo nemoguće, vjerojatno se neće vratiti na drugi sastanak. Opseg i vrsta oštećenja sluha mogu se razlikovati za članove grupe, stoga je važno osmisliti skupinu tako da i oni s najtežim oštećenjem sluha mogu razumjeti većinu onoga što je rečeno. Ako osoba ima teško oštećenje sluha i ne može razumjeti što je rečeno ni kada koristi pomoćne slušne uređaje, grupna terapija joj vjerojatno neće biti od velike pomoći.

4.1.1. Postavljanje temeljnih pravila

Neke smjernice za uspješnu komunikaciju unutar grupe podrške dao je Trychin (2012). Prvo je pravilo komunikacije u grupi podrške da u svakom trenutku može biti samo jedan govornik. Time se smanjuje ometajuća pozadinska buka te omogućuje pojedinoj osobi s oštećenjem sluha da usmjeri pozornost na govornika. Ova aktivnost također služi za informiranje komunikacijskih partnera o potrebi da se smanji broj situacija u kojima govori više ljudi istovremeno. Sjedenje oko stola, osobito okruglog ili ovalnog, zbližava ljude s manje vizualnih prepreka. Osobe mogu jasno vidjeti lica jedna drugoj. Svi prisutni trebaju imati jednaku priliku da govore i jednako vrijeme za to, čime se osigurava da niti jedan član ne bude uvijek posljednja osoba koja će odgovoriti na pitanje ili dati komentar. Biti posljednji za osobe često znači da je, kad na njih dođe red, već netko rekao ono što su htjele reći. Ako se to dogodi tijekom niza razgovora, moglo bi smanjiti motivaciju sudionika za sudjelovanje. Korisno je postavljati pitanja ili izmamiti komentare različitim smjerom odabira svaki put, što omogućuje da se svakom sudioniku pruži jednaka mogućnost da bude prva, druga ili posljednja osoba koja će odgovoriti. Ukoliko osoba koja govori koristi mikrofonski uređaj, to osigurava da slušatelji znaju tko

govori. On pojačava zvukove koji dolaze iz zvučnika te također smanjuje učinke prisutne pozadinske buke, poput šuštanja papira, premještanja stopala ili klima uređaja.

Drugo je pravilo izbjegavanje prisiljavanja sudionika grupe podrške na razgovor. Ako se član grupe ne osjeća ugodno tijekom razgovora, ne mora ga se nužno tražiti da sudjeluje u razgovoru. Svačiji doprinos je cijenjen, ali jednako tako svatko ima pravo propustiti raspravu, odnosno ne odgovoriti na pitanje ukoliko to ne želi.

Treće pravilo odnosi se na tretiranje sudionika grupe podrške s poštovanjem i ljubaznošću. Time se čuva ili uvježbava i jedan bitan aspekt komunikacije – asertivnost, odnosno pristojnost u traženju promjena u komunikacijskom ponašanju, koja značajno učinkovitije postiže pozitivne i korisne komunikacijske promjene nego zahtijevanje ili pokazivanje negativnih emocija prema sugovornicima. Ako član grupe prenosi iritaciju ili ljutnju, može ga se upitati da li bi ona ili on to mogli reći na način koji bi drugima više odgovarao. Može biti korisno za osobu koja pokazuje ljutnju da napravi pauzu na nekoliko minuta, kako bi sredila svoje misli. Ljudi su često nesvjesni kakvu sliku sebe šalju drugima, na što im se tijekom terapije može skrenuti pozornost.

Četvrto pravilo također se oslanja na asertivnost, a podrazumijeva stvaranje navike slobodnog traženja ponavljanja rečenog i/ili zamolbe govorniku da govori glasnije. Provođenje ovog pravila tijekom grupne terapije daje sudionicima dopuštenje da zaustave postupak kada su svjesni da ne razumiju što se govori. To sudionicima omogućuje da primijene učinkovite komunikacijske vještine kada je to potrebno. Neki ljudi znaju što bi trebali činiti kako bi poboljšali komunikaciju kada se pojavi poteškoća, samo što oni to nerado čine iz straha da se poduzimanje akcije, pogotovo ako se ona pokaže neučinkovitom, može smatrati nepristojnim ili neprihvatljivim, ili pak iz straha da ne opterete previše sugovornika ili svoj komunikacijski red (Tye-Murray, 2015). Nadalje, informiranje drugih u trenutku kada se ne može razumjeti ono što je rečeno predstavlja učinkovitu komunikacijsku taktiku, a to je da se nekoga odmah zaustavi, umjesto čekanja i protezanja govora u sljedećih par minuta; jer ako se prilika za popravak komunikacijskog loma ispusti, osoba se u tijeku razgovora gubi (Tye-Murray, 2015). Naposljetku, mnoge osobe s oštećenjem sluha razvile su dugogodišnju naviku pretvaranja da razumiju – blefiranje (pretvaranje da se razumjelo govornika kimanjem glave, smiješkom ili drugačije, ali bez pravog razumijevanja govornih poruka). Ovakav pasivni stil i nesuradljivo ponašanje (Tye-Murray, 2015) ne omogućuje učinkovitu razmjenu poruka pa se na njegove znakove preporučuje zaustavljanje razgovora i traženje načina za uključivanje osobe u

razmjenu poruka, na primjer traženjem da komentira što je upravo rečeno. To je način osvještavanja dugotrajne, često nesvjesne navike blefiranja.

Kao sljedeću bitnu stavku u procesu planiranja grupe podrške Gagné i sur. (2012) navode usmjeravanje na teme koje su sudionicima važne i njima prilagođene, čiji bi odabir trebao biti aktivnost na početku grupnog programa. Orijehtiranjem na teme bitne za postizanje željenih ishoda sudionika postiže se veća šansa izvještavanja zadovoljstva sudjelovanjem i lakše postizanje suradnje među sudionicima s ciljem rješavanja problema koje je grupa prethodno identificirala. Iskustva su pokazala da su problemi koje sudionici odaberu na početku grupnog programa poprilično slični od grupe do grupe (Preminger i Nesbitt, 2014).

Poticanje suradničkog rješavanja problema predstavlja treću stavku procesa grupne podrške (Gagné i sur., 2012), a postiže se aktivnostima kao što su identifikacija problema, trening komunikacijskih strategija i taktika, te samozastupanja i percepcije govora, zatim vježbe smanjenja stresa, načina traženja i predstavljanja informacija te oblikovana psihosocijalna rasprava (Preminger i Nesbitt, 2014).

Uređivanje, odnosno kontrola okoline, kako bi svi unutar grupe razumjeli što se govori, također je bitno u planiranju grupa podrške, kao i općenito za pospješivanje komunikacije osoba s oštećenjem sluha (Carmen, 2004). Navedeno je moguće postići korištenjem sustava pomoćne slušne tehnologije, primjerice osobni FM sustavi ili zvučna polja FM sustava (Crandell i sur., 2004) te prijevod u stvarnom vremenu (Gagné i sur., 2012). Za svaku od ovih metoda postoje određene prepreke, kao što su vrijeme, trud i novac potrebni za njihovu primjenu, ali su njihove koristi vrijedne truda. Možemo razmotriti i ostale tehnike, npr. smjestiti sudionike u krug i održavati prikladno osvjetljenje da je očitavanje govora s usana uvijek moguće, umanjiti pozadinsku buku, ne zamračiti lice osobi koja prezentira tako da ono ostane vidljivo, te podijeliti brošure koje će sadržavati ključne riječi i pomoći u obradi govora za svaku aktivnost (Preminger i Nesbitt, 2014).

U planiranju i provođenju grupne podrške važno je sudionicima objasniti dobit sudjelovanja i njihovih najčešćih čujućih komunikacijskih partnera (Abrahamson, 2000). Zbog toga što je oštećenje sluha prvenstveno poremećaj u komunikaciji, ono utječe na sve sugovornike. Suradnja svih sugovornika nužna je za sprječavanje i smanjenje problema u komunikaciji. I govornik i slušatelj reagirat će na probleme u komunikaciji kada se pojave. Njihove reakcije na komunikacijske prekide utjecat će na to da li će se problem komunikacije

riješiti, ostati isti ili pogoršati se. Abrahamson (2000) tvrdi da osobe rjeđe raspravljaju o svom oštećenju sluha sa supružnicima ili djecom. Jasno je da promjene kvalitete života osobe koja je stekla oštećenje sluha moraju barem donekle utjecati na njihove najbliže. Iz tog razloga, čujuće osobe najbližije pogođenom pojedincu često mogu igrati važnu ulogu u smanjenju netretiranosti stečenog oštećenja sluha te time poboljšati ukupan konačni ishod stručne intervencije jer – što je ranije oštećenje otkriveno, to je manje negativnih socio-emocionalnih posljedica uzrokovalo i time je lakše ostvariti ciljeve intervencije (Bonetti i Vodanović, 2011).

Preminger (2003) je pokušala utvrditi jesu li ishodi rehabilitacije sluha bolji za osobe s oštećenjem sluha, ako su njihovi partneri sudjelovali u programu. Čini se da uključivanje čujućih komunikacijskih partnera u proces rehabilitacije osoba s oštećenjem sluha poboljšava ishod i za osobu sa oštećenjem sluha, i za njenog komunikacijskog partnera, odnosno da pojedinci koji su sudjelovali u grupnim programima zajedno s komunikacijskim partnerom pokazuju značajno poboljšanje kvalitete života od pojedinaca koji su sudjelovali sami (Preminger, 2003; Preminger i Meeks, 2010). U programu grupne rehabilitacije odraslih osoba sa stečenim oštećenjem sluha čujući komunikacijski partneri mogu upoznati razloge zbog kojih njihovi voljeni imaju teškoće uzrokovane oštećenjem sluha unatoč tome što nose slušna pomagala, te naučiti i primjenjivati učinkovite komunikacijske strategije.

Prilagodba osobe s oštećenjem sluha i njenog komunikacijskog partnera na mentalne, društvene i emocionalne posljedice po završetku grupne rehabilitacije ne mora se dogoditi u isto vrijeme (Preminger i Nesbitt, 2014). Neki voditelji radije imaju odvojenu grupu za osobe koje imaju oštećenje sluha i drugu grupu za njihove čujuće komunikacijske partnere (supružnike i prijatelje). Ostali voditelji radije uključuju oba u istu skupinu. Prednost uključivanja svih u istu skupinu je ta da je suradnja i govornika i slušatelja nužna za sprječavanje ili smanjenje problema u komunikaciji. Oba doprinose komunikacijskim poteškoćama i oboje trebaju promijeniti navike kako bi smanjili poteškoće. Kada su ljudi u stanju uočiti poteškoće kao njihov zajednički, a ne njegov ili njezin problem, u boljem su položaju za rad na rješavanju tih problema. Također može biti isplativije provesti jedan program koji uključuje komunikacijske partnere, umjesto podijeliti grupu u dvije podskupine. Sve u svemu, najbolje je raditi na način kojim se voditelj grupe osjeća najugodnije, osobito tijekom prvog programa grupne podrške osobama s oštećenjem sluha. Moguće je prvo provesti zasjedanje grupe bez čujućih komunikacijskih partnera, a zatim ih pozvati na kasniji sastanak. Komunikacijski partneri, kao što su prijatelji i članovi obitelji, mogu potaknuti ili spriječiti

osobu da počne djelovati i poboljša komunikaciju, dok grupa podrške može pomoći da komunikacijski partneri budu pozitivna sila i podrže komunikacijske ciljeve.

4.1.2. Nošenje s negativnim emocijama

Već je spomenut pozitivan utjecaj grupne podrške na prevladavanje stigme i nekih od mnogih negativnih fizičkih, emocionalnih, socijalnih, ponašajnih i psihičkih posljedica koji su s njime potencijalno povezani (Dewane, 2010; Carmen, 2004; Trychin, 2002; Hogan, 2001), odnosno njezin blagotvoran utjecaj na psihosocijalne ishode novih korisnika slušnih pomagala. Istraživanje izazova oštećenja sluha u grupnom okruženju može poručiti sudionicima da su određeni problemi često povezani sa samim poremećajem, a ne s osobnom neadekvatnošću ili nesposobnošću.

Osobe s oštećenjem sluha i njihovi čujućki komunikacijski partneri reagirat će na poteškoće u komunikaciji kada se pojave. Reakcije mogu biti (Gagné i sur., 2012): bihevioralne, kognitivne, emocionalne, fizičke ili interpersonalne i neke od njih mogu biti funkcionalne (rješavaju problem i možda spriječe njegovo ponavljanje), ali druge mogu biti disfunkcionalne (ne rješavaju problem, već često pogoršavaju situaciju). Da bi se smanjile disfunkcionalne reakcije, korisno je da članovi grupe razumiju šire učinke oštećenja sluha. Naime, problem stečenog oštećenja sluha je sveobuhvatan, što znači da značajno prelazi samu disfunkciju osjeta sluha. Vanjski čimbenici koji imaju utjecaj na posljedice stjecanja oštećenja sluha su društveni odnosi i fizički okolni čimbenici, dok unutarnji čimbenici podrazumijevaju svu ukupnost osobnih obilježja i životnih iskustava te obilježja i iskustva čujućeg komunikacijskog partnera. Vanjski i unutarnji čimbenici se isprepliću i to uvjetuje individualnost posljedica stečenog oštećenja sluha. Na primjer, gubitak sluha utječe na sposobnost pojedinca da prima i ispravno interpretira zvukove u okolini; neki zvukovi važni su za fizičku sigurnost (sirene, zviždaljke, požarni alarmi i radio upozorenja), a drugi su bitan dio svakodnevnog života (alarmi, telefoni, zvona na vratima, razgovori); neodgovarajuće reakcije na te zvukove mogu rezultirati povišenom i kroničnom nelagodnom, koja dovodi do emocionalnih reakcija kao što su tjeskoba, strah ili ljutnja (Nachtegaal i sur., 2009). Zabrinutost i daljnje negativne emocionalne reakcije pogotovo se mogu javiti kada se osvijeste poteškoće razumijevanja važnih informacija. Na primjer, nemogućnost osobe da čuje sugovornike na poslovnom sastanku dovodi do još veće

tjeskobe i straha; anksioznost otežava korištenje razumnog rasuđivanja i strategija rješavanja problema, što dodatno povećava nemogućnost osobe da shvati što drugi govore na sastanku i sprječava učinkovito rješavanje problema, a to pak zajedno rezultira daljnjim povećanjem tjeskobe, koja može dovesti do fizičkog oboljenja i propusta u obavljanju posla (Kramer i sur., 2002).

Unutarnji, emocionalno-psihološki faktori odnose se na osjećaje koji proizlaze iz komunikacijskih poteškoća, kao što su ljutnja, tjeskoba, strah, depresija, sramota, i/ili krivnja, a utječu na stavove i ponašanja, dok su u pozadini tih osjećaja fiziološki procesi, kao što su živčana, hormonska, kardiovaskularna i imunološka aktivnost (Knutson i Lansing, 1990). Pobuđivanje negativnih emocija i prateće fiziološke reakcije često uzrokuju neuspjeh u komunikaciji, ali i nerealna očekivanja sugovornika te pogrešni socio-emocionalni stavovi prema komunikacijskim lomovima, što ukupno doprinosi neučinkovitom ponašanju i često potiče negativne emocije. Na primjer, pojedinci koji unaprijed vjeruju u komunikacijski neuspjeh u nekoj situaciji za koju znaju da će se sigurno dogoditi (obiteljski ručak, poslovni sastanak, razgovor u društvu u kafiću,...) vjerojatno će svojim ponašanjem i negativnim stavom potaknuti negativne osjećaje o predstojećoj situaciji poput zabrinutosti, nelagode, očekivanja neodgovarajućih reakcija i slično; spomenuto može skrenuti mentalni napor u negativnom, umjesto pozitivnom i produktivnom smjeru, odnosno omesti kognitivno funkcioniranje poput razmišljanja o temi o kojoj se razgovara, odgovarajuće komentiranje i reakcije ili aktivno rješavanje komunikacijskih lomova, a tjeskoba čak može uvjeriti osobu da iste situacije izbjegne, što vodi prema stvaranju socijalne fobije (Carmen, 2004).

Emocionalne reakcije povezane s oštećenjem sluha često su u osnovi disfunkcionalnih stavova i ponašanja koja uzrokuju ili doprinose osobnim i društvenim problemima (Trychin, 2012). Potpora sudionicima grupe u identificiranju ovih reakcija može ih dovesti do prevencije ili smanjenja komunikacijskih i drugih poteškoća u budućnosti. Važno je voditelj grupe podrške dobro razumije različite emocionalne reakcije sudionika na razne posljedice oštećenja sluha. Njihovim razumijevanjem moguće je voditi raspravu o konstruktivnim načinima rješavanja takvih reakcija, ponuditi riječi ohrabrenja i eventualno savjetovati sudionike da potraže dodatno savjetovanje.

Emocionalne reakcije na prijeteće ili opasne situacije u osnovi su mehanizmi preživljavanja. Kako bi se osigurala brza reakcija, mehanizmi preživljavanja posredovani su područjima mozga koja funkcioniraju ispod razine svijesti. U modernim vremenima, većina

situacija koje izazivaju negativne emocionalne reakcije su u stvarnosti benigne ili ne ugrožavaju život, no kako disfunkcionalne, negativne emocionalne reakcije postaju uobičajene, tako postaju i otporne na promjene (Trychin, 2012). Neke od najčešćih emocionalnih reakcija osoba na oštećenje sluha, koje vremenom mogu postati problem za kvalitetu života, (Light i Looi, 2011) su: osjećaj gubitka, žalost, šok, poricanje, beznade, ljutnja, frustracija, anksioznost, rezigniranost, strah, sram i krivnja.

4.1.2.1. (Društvena) anksioznost i depresija

Senzorni sustavi služe nam za pravilno tumačenje okoline, no kada to ne možemo činiti jer neke senzorne informacije nedostaju, razvija se prirodna napetost uslijed povećanja razine fizioloških procesa koji nam služe kao obrana, što nazivamo anksioznošću. Ona održava organizam u pojačanom stanju svijesti, kako bi nadoknadio informacije koje nedostaju. Anksioznost je često promatrana emocionalna reakcija na poteškoće povezane s oštećenjem sluha (Carmen i Uram, 2002). Imati osjećaj utjecaja ili kontrole nad događajima u okolini zahtijeva, u najmanju ruku, informacije o događanjima u okolini. Osjećaj izvan dodira s okolinom često rezultira povećanom tjeskobom zbog nemogućnosti da se čuje ili locira izvor važnih informacija, kao što su alarmni signali, zvona na vratima ili telefoni.

Drugi izvor anksioznosti je svijest i vjerovanje u negativnu, kulturnu stigmatu koju uzrokuje oštećenje sluha (Hindhede, 2011; Trychin, 2012). Neki ljudi pokušavaju sakriti svoje oštećenje sluha, vjerujući da ih drugi smatraju inferiornima. U početku postoje strah ili tjeskoba vezani uz činjenicu da osoba ima podcijenjenu karakteristiku koja se može vidjeti i tretirati neprihvatljivom. Povrh toga, postoji strah da bi osoba mogla biti izdvojena ili označena, što uzrokuje povećanu tjeskobu. Kada osoba pokušava sakriti oštećenje sluha, vjerojatno neće raspravljati o pitanjima vezanim uz oštećenje sluha s drugima te će izbjegavati nositi slušna pomagala u strahu da ne bude otkrivena. Osoba si tada onemogućuje situacijsko učenje prilagodbi oštećenju sluha, zbog čega problemi koji proizlaze iz poteškoća slušanja nemaju načina biti riješeni, a budući da tjeskoba ometa skretanje pozornosti na informacije iz okoline, povećava se vjerojatnost nerazumijevanja složenijih rasprava (Trychin, 2012).

Carmen i Uram (2002) navode sljedeće vrste postojećih anksioznih poremećaja, koji se mogu pogoršati uslijed gubitka sluha, djelomično izvedenih iz Dijagnostičkog i statističkog

priručnika za duševne bolesti (DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 1994), koji je izdala Američka psihijatrijska udruga (American Psychiatric Association): panični poremećaj, društvena fobija, opsesivno-kompulzivni poremećaj i/ili osobnost, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), akutni stresni poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, anksiozni poremećaj zbog općeg medicinskog stanja, anksiozni poremećaj izazvan supstancama i opća anksioznost.

Gagné i suradnici (2012) objašnjavaju kako naše emocionalno pamćenje može biti potaknuto podražajima sličnim onima, koji su već ranije prouzročili osjećaj prijeteće, neugode ili boli: ako je netko osjetio da su ga sugovornici smatrali glupim ili nekompetentnim zbog neugodne komunikacijske pogreške, taj se događaj registrira u nečijem sustavu pamćenja. U budućim sličnim situacijama mogu se pojaviti i slične emocionalne reakcije, a ako se to dogodi, osoba može doživjeti anksioznost u novoj, ne-prijetećoj situaciji i nemati nikakvu ideju o tome što uzrokuje uznemirujući osjećaj: može se razviti preuranjena anksioznost prije ulaska u sličnu situaciju u budućnosti. Neki ljudi razvijaju osjećaje u rasponu od straha do strepnje odlaska na određene događaje, što ponekad rezultira nemogućnošću pojedinca da napusti svoj dom pa osobe s oštećenjem sluha često prijavljuju da su prestale sudjelovati u određenim aktivnostima kao što su odlazak u restorane, igranje karata s prijateljima ili pohađanje obiteljskih okupljanja (Heffernan i sur., 2016).

Ovi različiti izvori straha i anksioznosti mogu dovesti do oslabljenog stanja poznatog kao društvena anksioznost (Gagné i sur., 2012; Carmen, 2004), zbog koje osoba reagira umjerenom do ekstremnom nelagodnom u društvenim situacijama. U krajnjem slučaju, osoba može potpuno izbjeći društvene interakcije i izolirati se, a uzroci društvene anksioznosti i izolacije kreću se od malih neugodnih pogrešaka u komunikaciji, do velikih životnih promjena poput gubitka posla ili razvoda, dok sama društvena izolacija proizvodi niz drugih negativnih posljedica, kao što su usamljenost, depresija i kognitivno propadanje (Gurgel i sur., 2014; Pronk i sur., 2011; Arlinger, 2003). Depresija često oduzima pojedincu energiju potrebnu za poduzimanje koraka za poboljšanje kvalitete života, a usamljenost za učenje i prakticiranje učinkovitijih komunikacijskih strategija i ponašanja – kada su ljudi depresivni, skloni su viđenju događaja iz pesimističke perspektive, birajući i prisjećajući se negativnih aspekata situacije i zanemarujući pozitivne aspekte (Heffernan i sur., 2016).

4.1.2.2. Sram, krivnja i frustracija

Ljudima je potreban društveni kontakt i pomoć drugih za preživljavanje pa je opasnost od gubitka društvene privrženosti snažan motivator za poduzimanje koraka za popravljavanje eventualne prouzrokovane štete – na primjer reakcije zbunjenosti, srama ili krivnje koji se javljaju kada se učini društvena pogreška poput neodgovarajuće komunikacijske reakcije uslijed otkrivanja blefiranja osobe s oštećenjem sluha, a osnovna komponenta tih osjećaja je samopercepcija oštećenosti ili nedostojnosti, do razine nepopravljivosti (Hindhede, 2011). Goffman (1963) navodi da sram može biti posljedica manjih prekršaja društvenih pravila ili običaja, kao i rezultat percepcije velikog prijestupa, uzrokujući vidljive signale da je prijestupnik svjestan svoje greške i da se kaje poput crvenila u licu, pogleda prema dolje i zaobljenih ramena, koji služe društvenoj funkciji izazivanja oprosta i popravljavanja oštećenog odnosa. Krivnja pak nastaje kada pojedinac postane svjestan da je na neki način nanio štetu drugoj osobi, a neugodan osjećaj krivnje onda ga motivira da popravi situaciju do prijašnjeg stanja, dok ljudi koji ne pokazuju ranije spomenute vidljive znakove nevolje nakon prijestupa često budu doživljeni kao nepristojni, bezbrižni ili neprijateljski, što rezultira njihovim daljnjim otuđenjem (Heffernan i sur., 2016; Trychin, 2012).

Ukoliko je osoba spriječena u pokušajima postizanja cilja, kao što je razumijevanje onoga što drugi govore na televiziji, osobno ili putem telefona, može osjetiti frustraciju ili ljutnju kojima se ponekad prikriva strah. Ljutnjom se osoba može osjećati manje nelagodno nego kada je prestrašena ili tjeskobna zbog toga što ljutnja često može dati lažan osjećaj kontrole, dok strah ili tjeskoba mogu izazvati osjećaj bespomoćnosti (Hindhede, 2011). Bez obzira na razlog ljutnje, u većini je situacija ona neprikladna, potičući osobu da postane obrambena ili uzvrati udarac, što nikako ne pridonosi rješavanju problema.

4.1.3. Fokusiranje na pozitivne strane

Konačno, kao posljednja činjenica koju treba poštivati u organizaciji grupa podrške nameće se osvještavanje sporog i teškog mijenjanja dugogodišnjih negativnih misli, osjećaja i ponašanja povezanih s oštećenjem sluha. Promjena na bolje zahtjeva interakciju s drugima koji

dijele slične probleme, prilike za uvježbavanje novonaučenih ponašanja te pozitivne povratne informacije o tim ponašanjima (Gagné i sur., 2012). Usmjeravanje prema pozitivnim ponašanjima i razvoju proaktivnih stavova služi poboljšanju raspoloženja i motivacije, potrebnih za ustrajanje u naporima za podizanjem kvalitete života. U rehabilitacijskoj grupi važno je članove usmjeravati prema osvještavanju najčešćih problema i teških komunikacijskih i društvenih situacija te utvrditi iz kojih se sve uzroka javljaju, ali se program grupne podrške rehabilitacije oštećenja sluha također treba usredotočiti i na prijedloge rješenja tih problema, odnosno načine sprječavanja ili smanjenja komunikacijskih teškoća. Upravo je u tome snaga grupe – u razmjeni iskustava i zajedničkom predlaganju kreativnih rješenja za pojedinačne, ali opet slične probleme.

Fokusiranje na negativne događaje i životne probleme dovodi do negativnih emocionalnih iskustava kao što su anksioznost i/ili depresija, dok usredotočenje na pozitivne aspekte događaja izaziva nadu i optimizam (Heffernan i sur., 2016). Stoga grupna podrška svakako treba biti usmjerena na rješenja ustanovljenih problema, kako bi se podizao moral članova. Iako se može činiti da je spomenuto u suprotnosti s ranijim inzistiranjem na osvještavanju i prihvaćanju komunikacijskih i psihosocijalnih problema, bez ispitivanja alternativnih rješenja osvještavanje problema nije produktivno. Optimističniji pogled na kvalitetu života voditelj članovima grupe može omogućiti usmjeravanjem na načine kojima sprečavaju ili rješavaju komunikacijske izazove, i to one koje je grupa prethodno identificirala. Tako se dobivaju mnoge prilike za prikupljanje dodatnih klinički korisnih informacija. Primjerice, prepričavanje uspješno riješenih situacija, događaja u kojima su komunikacijski lomovi bili premošćeni, a interakcija sa sugovornicima zadovoljavajuća, omogućava grupi da istraži razloge uspješnosti i iskoristi ih kao resurs. Tako se pozitivna iskustva ujedno iskorištavaju za pomaganje članovima grupe da predvide moguće poteškoće u nadolazećim događajima i planiraju način sprječavanja ili rješavanja potencijalnih izazova.

Osobe sa stečenim oštećenjem sluha mogu postići komunikacijsku i drugu samoučinkovitost informiranjem sugovornika o oštećenju sluha ili o tome što trebaju učiniti drugačije, da bi lakše prenijeli svoju poruku (Tye-Murray, 2015). Osjećaj vlastite učinkovitosti u grupnom se radu može razviti na dva načina: pružanjem mogućnosti pojedincu da izvede željeno ponašanje (npr. igranje uloga) ili promatranjem drugih kako uspješno rade nešto (npr. promatranjem igre uloga) (Smith i West, 2006). Uspješnost podiže samopouzdanje i pogoduje napretku. Ukoliko se osobu zamoli da govori glasnije ili uspori pri razgovoru, to može

predstavljati određen rizik: osoba može odbiti, naljutiti se ili otići. Stoga, ako se osoba osjeća sigurnom i uspješnom, lakše će preuzeti rizik te vjerojatno dobiti i dobre rezultate. Ako pak osoba ima nisko samopouzdanje ili se osjeća neadekvatno, manje je vjerojatno da će preuzeti te rizike, zbog čega će i dalje imati iste poteškoće. Fokusiranje na pozitivne strane i pružanje prilike ljudima da prakticiraju učinkovito komunikacijsko ponašanje osobama će pomoći u stjecanju veće samoučinkovitosti i samopoštovanja (Smith i West, 2006).

4.1.4. Evaluacija programa

Prije završetka programa grupne rehabilitacije sluha potrebno je pripremiti i razviti jednostavnu metodu evaluacije programa (Gagné i sur., 2012). Traženje od sudionika da podijele svoje viđenje onoga što je dobro funkcioniralo, kao i onoga što nije dobro funkcioniralo tijekom programa može pružiti neprocjenjive informacije. Te povratne informacije mogu se uključiti u sljedeći program grupne podrške i na taj način kontinuirano raditi na poboljšanju moderatorskih vještina.

Nakon niza terapija ili na kraju cijelog programa, moguće je pružiti ljudima jednostavan upitnik koji sadrži osnovna pitanja, primjerice (Hickson i sur., 2007): što vam se svidjelo tijekom programa; kako bi se terapije mogle poboljšati; koje ste radnje poduzeli kao rezultat sudjelovanja u programu grupne podrške?

Nakon prikupljanja odgovora, trebalo bi ih grupirati u kategorije, a za vrijeme pregledavanja povratnih informacija, trebalo bi pokušati smisliti načine na koje se program može promijeniti kako bi ga sudionici mogli maksimalno iskoristiti (Hickson i sur., 2007). S druge strane, bitno je zapamtiti da nije uvijek moguće zadovoljiti svakoga. Najbolje što se može učiniti jest nastojati osigurati da program pozitivno utječe na što veći broj sudionika.

5. Sadržaj grupne rehabilitacije osoba s oštećenjem sluha

Postoji niz aktivnosti koje se mogu predvidjeti u programima grupne podrške odraslim osobama sa stečenim oštećenjem sluha. Dok su neke od njih izrazito strukturirane i zahtijevaju pripremu, druge ne iziskuju toliko planiranja unaprijed. Gagné i sur. (2012) daju sljedeće prijedloge organizacije aktivnosti kroz spomenuti G.R.O.U.P. program:

- Identifikacija problema
- Trening komunikacijskih strategija
- Trening samozastupanja
- Trening govorne percepcije
- Vježbe smanjenja stresa
- Informativne demonstracije
- Strukturirana psihosocijalna rasprava

5.1. Identifikacija problema

Dobar način za pokretanje programa grupne podrške odraslim osobama sa stečenim oštećenjem sluha je omogućiti sudionicima da prepoznaju izazove na koje će se grupa usredotočiti tijekom budućih sastanaka. Postoje dva pristupa kojima možemo identificirati izazove: pragmatični i psihosocijalni.

Pragmatični pristup uključuje traženje od svakog člana grupe da identificira jedan ili tri glavna komunikacijska problema na kojima bi željeli raditi tijekom trajanja programa. Ovaj koncept samoprocjene nije nov i već je predložen od strane Gatehousea (1999). Sudionici mogu razmotriti prioritete komunikacije prije sastanka grupe tako da razmisle i prepoznaju situaciju

u kojoj su imali problema s razumijevanjem ili sudjelovanjem, te tako prepoznati komunikacijske probleme na kojima žele raditi tijekom programa. Tehnika učenja aktivne komunikacije (Active Communication Education – ACE; Hickson i sur., 2007) opisuje dvodijelnu vježbu koja se sastoji od „analize komunikacijskih potreba“ i „nominalne grupne tehnike“, u kojoj članovi grupe surađuju kako bi prepoznali i odabrali važne probleme na kojima će raditi tijekom grupnih sastanaka.

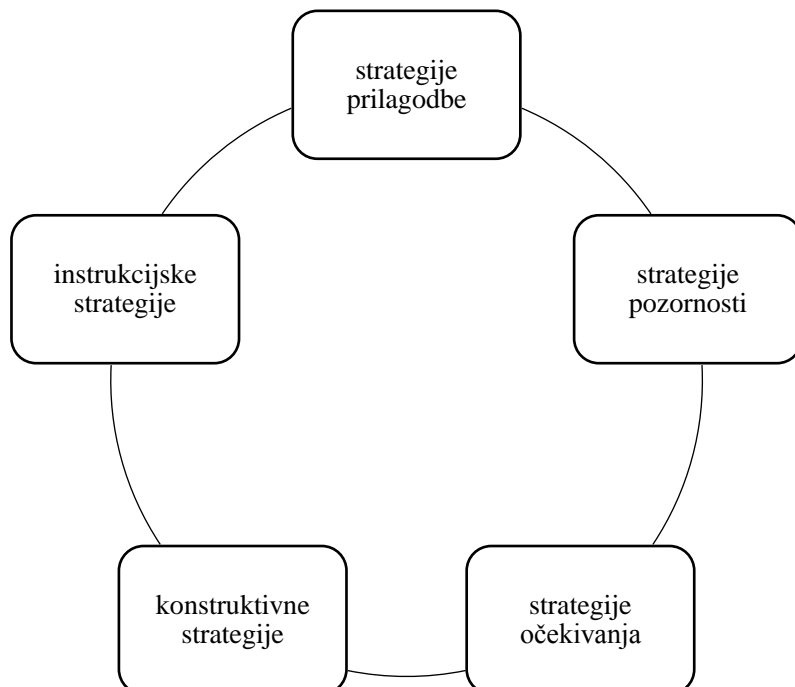
U daljnjem otkrivanju komunikacijskih problema sudionicima grupa podrške od koristi mogu biti skale samoprocjene poput Client Oriented Scale of Improvement (COSI; Dillon i sur., 1997). COSI je moguće prilagoditi tako da se od sudionika zatraži da napišu pet situacija u kojima osjećaju da im je potrebna pomoć pri slušanju, pri čemu se specifične, „teške“ komunikacijske situacije opisuju i razmatraju iz pozicije različitih rješenja, što dokazano podiže komunikacijsku kompetenciju pojedinaca s oštećenjem sluha u istim specifičnim situacijama (Dillon i sur., 1997). Na početnim grupnim sastancima može se voditi rasprava o „teškim“ komunikacijskim situacijama, a moguće je usmjeravati pojedine sudionike prema izmjeni njihovog početnog cilja (situacije) i osiguravanja prikladnosti svih diskutiranih situacija za specifičnu grupu. Na primjer, strogo emocionalni problem moguće je preoblikovati u komunikacijski problem poput modifikacije brige za zadržavanje posla prema brizi za što uspješniju komunikaciju na poslu. Na taj način članovi grupe osjećaju da su njihove zabrinutosti zadovoljene, a voditelj se može usredotočiti na program.

Psihosocijalni pristup uključuje traženje članova grupe da ponude probleme i opće izazove vezane uz njihovo oštećenje sluha. Ideja je da se ne usmjerava samo na komunikacijske izazove, već na sve vrste osjećaja i problema koji mogu biti povezani s oštećenjem sluha, što bi stvorilo slobodniji i otvoreniji razgovor, nego kod pragmatičnog pristupa. Hogan (2001) kao prvi primjer ove vježbe navodi pitanje „Što je najgora stvar kod oštećenja sluha?“ koje postavlja voditelj grupe, a zatim moderira raspravu. Kada član grupe prepozna problem ili emociju, ono se zapisuje na ploču. Rasprava se produbljuje pitanjima kao što su „Kako vam se čini kad se to dogodi?“ (usmjereno pojedincu) ili „Suočavaju li se drugi članovi grupe sa sličnim problemima?“ (usmjereno grupi). Obično je rasprava podupiruća, a sudionici spremni podijeliti svoje teškoće koje ostali članovi brzo prihvate i suosjećaju jer dijele slične probleme. Svrha vježbe je identificirati probleme u komunikaciji i omogućiti članovima grupe međusobno pružanje psihosocijalne podrške (Hogan, 2001). Kada sudionici vide da njihove probleme doživljavaju drugi s oštećenjem sluha, počinju gubiti stigmatu povezanu s gubitkom sluha te

shvaćati da su njihovi problemi tipični i da nisu povezani s osobnim neuspjehom. Ako sudionici počnu shvaćati da se njihove komunikacijske teškoće mogu očekivati, mogu se osjećati ugodnije kada priznaju da imaju oštećenje sluha u javnosti i zagovarati svoje komunikacijske potrebe u zajednici.

5.2. Trening komunikacijskih strategija

Komunikacijske strategije mogu motivirati članove grupe da stvore ideje o tome kako spriječiti pojavljivanje problema ili riješiti komunikacijski neuspjeh nakon što se on pojavi (Tye-Murray, 2015). Grupa podrške odraslim osobama sa stečenim oštećenjem sluha idealno je okruženje u kojem sudionici razvijaju i uvježbavaju ove strategije u podupirućem okruženju. Kako članovi stvaraju vlastita rješenja, povećava se vjerojatnost da će ih upotrijebiti u svakodnevnom životu.



Tye-Murray (2015) identificira pet osnovnih vrsta komunikacijskih strategija: strategije prilagodbe (koje mogu smanjiti stres i strah povezan s iniciranjem komunikacije), strategije pozornosti (koje olakšavaju prepoznavanje osobina sugovornika, poruka i komunikacijske situacije koje mogu ometati uspješnost komunikacije), strategije očekivanja (koje pripremaju osobu za specifične i „teške“ komunikacijske situacije), konstruktivne strategije (koje mogu biti iskorištene za bolju kontrolu okolnih izvora pozadinske buke) i instruktivne strategije (kojima se kontrolira komunikacijsko ponašanje sugovornika). Ove su strategije receptivne jer se događaju prilikom primanja poruka na strani same osobe sa stečenim oštećenjem sluha, a među njih se ubrajaju ponavljanje cijele ili dijela poruke, preoblikovanje, pojednostavljenje, razrada poruka, upoznavanje s temom razgovora i promjenom teme razgovora, potvrda primitka dijela ili čitave poruke i slično.

Osobe sa stečenim oštećenje sluha korištenjem ovih strategija moći će smanjiti komunikacijske lomove u svakodnevnom životu i, najvažnije, sugovornicima jasno dati do znanja u čemu je bio problem s primanjem poruke; naime, ove specifične receptivne strategije učinkovitije popravljaju ili preveniraju svakodnevne komunikacijske teškoće od nespecifičnih strategija (najčešće su to pitanja: „Što?“, „Nisam dobro čuo...“ „Hm?“, „Ha?“, „Oprostite?“...).

Stručnjaci često ističu da su jedne od važnijih strategije predviđanja, kojima se nastoji spriječiti da ubuduće dođe do komunikacijskih problema. One se mogu primijeniti prije pojave određenog događaja poput korištenja ozvučenja ili pronalaženja restorana s niskim razinama pozadinske buke. Gagné i sur. (2012) kao korisnu vježbu za razvoj razmišljanja kakav pretpostavlja strategija predviđanja navode Trychinovu vježbu osmišljanja, u kojoj se, na zadanu problematičnu situaciju, grupno nudi po 15 rješenja od strane svakog sudionika vježbe.

Strategije popravka odnose se na radnje i ideje koje mogu riješiti komunikacijski neuspjeh, nakon što se on već dogodio. To podrazumijeva (Gagné i sur., 2012): priznanje drugima da razgovaraju s osobom s oštećenjem sluha (ljubaznost), objašnjavanje svojih komunikacijskih poteškoća (objašnjenje) te nuđenje rješenja (usmjeravanje). Iako ova tri koraka djeluju jednostavno, njihova primjena u stvarnom životu zapravo je poprilično složena.

Zbog stigme, mnogim osobama s oštećenjem sluha nije ugodno priznati svoju teškoću (Tye-Murray, 2015; Preminger i Nesbitt, 2014), ali uz grupnu podršku sudionici mogu skupiti hrabrost i priznati da imaju oštećenje sluha. Članovi grupe moraju naučiti kako u tren oka smisliti rješenje komunikacijskog problema, a pritom se također trebaju osjećati ugodno

priznajući drugima da imaju oštećenja sluha. Važno je koristiti grupne aktivnosti kako bi se povećala sposobnost grupe da koristi ove strategije. Prilikom iziskivanja poboljšanja u komunikaciji, ljubazni zahtjev vjerojatno će rezultirati pozitivnim ishodom, za razliku od naglog ili ljutog zahtjeva. Ukoliko sugovornik razumije problem, vjerojatnije je da će odgovoriti na zahtjev. Poželjno je priznati oštećenje sluha i objasniti poteškoću situacije. Osobe s oštećenjem sluha često ne mogu očekivati da će njihovi sugovornici znati kako popraviti komunikacijski problem. Umjesto toga, članovi grupe trebaju dati jasne prijedloge svojim komunikacijskim partnerima (Kaplan i sur., 2002). Primjeri mogu uključivati opaske poput: „Možeš li se uvjeriti da me gledaš kad govoriš?; Mogu bolje razumjeti kad vidim tvoje lice.“. Sudionici grupne terapije oštećenja sluha trebaju dovoljno vremena i ponavljanja kako bi mogli razmotriti sastavne dijelove uspješne komunikacije te pronaći odgovarajuće i korisne strategije. Potrebno im je dati priliku za uvježbavanje i primjenu strategija, primjerice tijekom strukturiranih aktivnosti i neformalnih rasprava.

Vježbe za obje skupine strategija trebaju se provoditi zajedno. Dobrim se pristupom čini izmjenjivanje obje tehnike, tako da svi sudionici grupe imaju priliku biti saslušani. Članovi grupe moraju koristiti obje strategije za uspješnu komunikaciju pa nema potrebe ograničavati raspravu o strategijama popravka na unaprijed određenu temu. Ako članovi grupe počnu raspravljati o strategijama predviđanja, onda se treba nastaviti raspravljati o njima. Te su aktivnosti namijenjene rješavanju problema i problemi se često najbolje rješavaju kada se koriste različite tehnike.

Postoje brojni izvori koji nude pripremljene radne listove s propisanim aktivnostima za uvježbavanje strategija predviđanja i popravka. Neki su isključivo namijenjeni grupama, dok su drugi namijenjeni pojedincima, ali se lako mogu primijeniti i na grupi (Preminger i Nesbitt, 2014). Na primjer, prilikom vježbi smještanja sudionici grupe podrške zamoljeni su da razmotre najbolji mogući razmještaj u nekoj prostoriji za uspješnu komunikaciju. Nakon toga, sudionici dodatno mogu raspravljati o načinima kako doći do željenog mjesta u prostoriji (npr. raniji dolazak u restoran ili na predavanje, što je strategija predviđanja) i kako prirediti prostoriju za bolju komunikaciju (npr. smanjiti zvuk na televizoru, što je strategija popravka).

5.3. Trening samozastupanja

Tijekom programa grupne rehabilitacije, osobama s oštećenjem sluha od koristi može biti zagovaranje na razini pojedinca (kada osoba zahtijeva da netko promijeni svoje ponašanje tijekom razgovora ili ponovi što osoba nije razumjela), zajednice (zahtijevanje izmjena načina vođenja sastanka, traženje tehnologije za pomoć pri slušanju na javnim mjestima ili na radnom mjestu) ili na nacionalnoj razini (zagovaranje vladinih politika za poboljšanje pristupa slušnim porukama u javnim prostorima) (Gagné i sur., 2012).

Tijekom aktivnosti zastupanja na pojedinačnoj razini, sudionici uče kako se izboriti za sebe i svoje komunikacijske potrebe u različitim situacijama, što može varirati od osobnih razgovora s više ili manje poznatim komunikacijskim partnerima do javnih mjesta kao što su radno mjesto ili velike dvorane. Iako je prethodno spomenuta aktivnost u tri koraka (ljubaznost, objašnjenje i usmjeravanje) opisana kao strategija popravka, može se koristiti i kao primjer osobnog zastupanja (Preminger i Nesbitt, 2014).

Sudionici grupe podrške tijekom procesa rehabilitacije mogu razviti i ponuditi različite načine na koje se može popraviti komunikacijski slom. Nakon što identificiraju neke strategije, mogu iskoristiti igru uloga za različite ideje. Uz podršku grupe, sudionici koji se suočavaju sa sličnim problemima mogu skupiti hrabrost da priznaju svoju poteškoću u javnosti. Može proći dosta vremena prije nego što sudionici postanu spremni provesti te strategije u stvarnom životu. Kako bi to što prije ostvarili, mora im se osigurati dovoljno vremena i strpljenja za uvježbavanje ovih aktivnosti i strategija u grupnom okruženju. Jedna od aktivnosti može uključivati radni list koji sadrži situacije u kojima se obično javljaju prekidi u komunikaciji, s kojima će se članovi grupe pokušati suočiti.

Zagovaranje je također važno na lokalnoj, regionalnoj i nacionalnoj razini (Gagné i sur., 2012). Primjerice, sustavi obavještanja u hitnim slučajevima koje provode lokalne zajednice trebaju biti dostupni onima koji imaju oštećenje sluha. Konkretno, članovi grupe podrške mogu se upoznati s lokalnim i nacionalnim udrugama koje zagovaraju te sustave i usluge.

Kao dio programa grupne podrške odraslim osobama sa stečenim oštećenjem sluha, najvjerojatnije će članovima biti pružene informacije o tehnologiji za pomoć slušanju, koja može poboljšati komunikaciju putem telefona, u velikim prostorijama i na javnim mjestima.

Međutim, ti sustavi za ozvučenje nisu uvijek dostupni pa članovi grupa podrške mogu raspravljati i razvijati strategije za zagovaranje smještaja pomoćnih uređaja u svojoj zajednici ili na radnom mjestu.

5.4. Trening govorne percepcije

Trening percepcije govora može se opisati na više načina. On može biti analitički (slogovni ili fonemski) ili sintetički (temeljen na rečenici ili razgovoru) (Preminger i Nesbitt, 2014). Dok se analitički trening usredotočuje na razumijevanje gradivnih elemenata govora, sintetička obuka naglašava uporabu konteksta kako bi se „popunile praznine“ i shvatio djelomično nečujan govorni signal. Trening može biti slušni, vizualni ili slušno-vizualni, a trenirati se može u tišini ili buci. Slušni i slušno-vizualni trening percepcije govora mogu biti individualno obučavani pomoću računalnih programa koji se mogu prilagoditi razini sposobnosti pojedinca, te za njih postoje dokazi poboljšanih ishoda (Sweetow i Palmer, 2005). Međutim, postoje ograničeni dokazi da se percepcija govora može obučiti u grupnom okruženju.

Preminger i Ziegler (2008) naveli su da očitavanje govora i trening percepcije govora nisu pokazali poboljšanu razumljivost govora, kada su korišteni u grupnom okruženju. Unatoč ograničenim dokazima, članovi grupe podrške izvijestili su o dobiti treninga za percepciju govora u programima grupne rehabilitacije. Stoga je poželjno usredotočiti se na dvije vrste aktivnosti percepcije govora u grupnom okruženju: sintetički trening (korištenje konteksta, popunjavanje praznina, razmatranje ključnih riječi) i očitavanje govora. Mnogi pojedinci s oštećenjem sluha se ne trude čak ni pogledati lice sugovornika dok komuniciraju.

Za razumijevanje sugovornika vrlo je važno poznavati temu razgovora. Uzimajući u obzir kontekst razgovora, osobe s oštećenjem sluha mogu upotrijebiti ovu informaciju za popunjavanje praznina, kada se neke informacije propuštaju. Vježba koncentracije (Preminger, 2011) dobar je primjer aktivnosti koja naglašava takve tehnike poboljšanja percepcije. U ovoj vježbi voditelj čita grupi dvije priče u prisutnosti pozadinske buke. Od sudionika se traži da ispune stranicu s matematičkim problemima, dok se čita prva priča, prisiljavajući ih da spuste pogled i podijele svoju pažnju na dva zadatka. Za vrijeme čitanja druge priče sudionici mogu

gledati voditelja, usmjeravajući svoju pažnju i koristeći očitavanje govora. Nakon svake priče voditelj postavlja pet pitanja o sadržaju. Vježba dopušta sudionicima da vide koliki su dio priče propustili, te da li je dioba njihove pozornosti utjecala na njihovo razumijevanje priče, također prikazujući prednosti očitavanja govora.

5.5. Vježbe smanjenja stresa

Važno je razgovarati o stresu sa sudionicima grupe zbog toga što oštećenje sluha često može povećati stres i anksioznost. Povrh toga, stres može osobama s oštećenjem sluha otežati poduzimanje potrebnih koraka za poboljšanje situacije i korištenje komunikacijskih strategija. Kroz grupne vježbe moguće je članovima grupe pomoći da oslobode stres i poboljšaju svoj svakodnevni život.

Odrasle osobe sa stečenim oštećenjem sluha moraju uložiti više truda da bi razumjele govor, nego čujuće osobe (Zekveld i sur., 2011), posebice u otežanim uvjetima slušanja, i to zato što moraju koristiti dodatne kognitivne resurse kako bi dopunili nepotpuni slušni signal. Istraživanja potvrđuju tvrdnju da su stres i oštećenje sluha povezani, odnosno da postoji jasna i uglavnom linearna veza između veće učestalosti oštećenja sluha (zujanja u ušima–tinitusa, gubitka sluha ili oboje) i profesionalnih stresora, kao što su slabija kvaliteta spavanja, veći postotak sagorijevanja, dugotrajna bolest i slabija samoprocjena zdravlja (Hasson i sur., 2011). Istraživanja također pokazuju da sudionici grupne rehabilitacije sluha koji su podučavani strategijama opuštanja imaju više pozitivnih ishoda i mogu se bolje nositi s oštećenjem sluha (Preminger i Yoo, 2010).

Osobe s oštećenjem sluha mogu doživjeti stres u međusobnim odnosima te komunikaciji kod kuće, na poslu i unutar zajednice. Pritom je važno osvijestiti ga jer se on može očitovati kako fizički, tako i u ponašanju, dok u krajnjem slučaju neke osobe s oštećenjem sluha mogu razviti i post-traumatski stresni poremećaj uslijed nastupanja teškoće (Trychin, 2012). Prema tome, u grupne rasprave bi svakako bilo poželjno integrirati vježbe za oslobodenje stresa. Članove bi trebalo poticati da ih koriste kod kuće ili na poslu, a one mogu uključivati vježbe disanja, vođene slike (Scott, 2018) ili strukturiranu raspravu.

Prva aktivnost za otpuštanje stresa je vježba kontroliranog disanja. Članovi grupe mogu biti obučavani pomoću CD-a s navedenim tehnikama (Preminger i Nesbitt, 2014) koje se, iako prvobitno namijenjene osobama s tinitusom, mogu prilagoditi osobama koje ga nemaju. S obzirom da se kod velikog broja sudionika grupne rehabilitacije sluha ustvari javlja tinitus, dobra je ideja raspravljati o tome i razmotriti kako on doprinosi stresu.

Još jedna metoda nošenja sa stresom je uvježbavanje komunikacijskih strategija, koja može biti korisna i za vođenje strukturirane grupne rasprave o nošenju sa stresom (Gagné i sur., 2012), poput rasprave o negativnim (npr. konzumiranje prekomjernih količina alkohola ili uzimanje droga) i pozitivnim radnjama (npr. vježbanje ili sudjelovanje u ugodnom hobiju) koje je moguće poduzeti, te promišljanje o tome kako provesti što više vremena poduzimajući pozitivne radnje.

Postoje brojne web-stranice s digitalnim zapisima ili pisanim transkriptima koje mogu voditeljima pomoći da grupi demonstriraju aktivnosti smanjenja stresa. Također se može potaknuti članove grupe da koriste internetske resurse kada su kod kuće.

5.6. Informativne demonstracije

Informativna predavanja predstavljaju idealnu priliku za pregled materijala za koje je vrijeme na audiološkom pregledu obično ograničeno. Korisno je imati nekoliko tema spremnih za raspravu i demonstraciju tijekom određenog grupnog sastanka na temelju onoga što su članovi grupe identificirali tijekom vježbe grupnog prepoznavanja problema.

Tijekom informativnog predavanja sudionicima se može pružiti praktično iskustvo s različitim pomoćnim uređajima za slušanje. Važno je saznati kojim su tehnologijama sudionici grupe podrške skloni i objasniti kako se aspekti njihovog svakodnevnog života mogu poboljšati korištenjem različitih vrsta tehnologija kao što su titlovi ili FM sustav. Dakle, vrijeme treba potrošiti prikazujući i raspravljajući o određenim tehnologijama ili konceptima, međutim, nije poželjno trošiti previše vremena na nastavu jer to nije svrha grupne rehabilitacije. Treba

nastojati učiniti sadržaj grupe što interaktivnijim, uzimajući u obzir novonastala pitanja tijekom grupne rasprave.

Tehnologija za pomoć pri slušanju za televiziju, filmove, kazališta, velike prostore i bučne restorane često se raspravlja na grupnim sastancima. Poželjno je sudionicima spomenuti ili čak omogućiti isprobavanje FM sustava, infracrvenih sustava i žičanih sustava. Podteme za raspravu mogle bi uključivati gdje se mogu nabaviti ovi uređaji, kako ih zatražiti na javnim mjestima, kako zagovarati njihovu provedbu i kako koristiti određene uređaje. Informativna predavanja mogu biti dobro mjesto za raspravu o funkcijama i značajkama slušnog pomagala. To može omogućiti novim korisnicima slušnih pomagala da u potpunosti iskoriste uređaje koje posjeduju. Iskusnim korisnicima slušnih pomagala ova predavanja mogu pomoći u donošenju odluke o mogućem zamjenskom uređaju. Ovisno o potrebama grupe, dodatne teme za raspravu mogu biti: kohlearni implantati, suočavanje s tinitusom ili suočavanje s vrtoglavicom (Preminger i Nesbitt, 2014). Druge popularne teme za raspravu su telefoni (i mobilni telefoni) te spremnost na izvanredne situacije koja može uključivati vremenske radio uređaje i nacionalne programe za kontaktiranje osoba s oštećenjem sluha tijekom hitnih slučajeva.

Istraživanja su pokazala da grupe podrške osobama s kroničnim bolestima imaju najbolje ishode kada se sudionicima pruži i informativna i psihosocijalna podrška (Preminger i Yoo, 2010). Stoga je važno potaknuti sudionike da koriste ove informacije u svakodnevnom životu, ali također organizirati i druge aktivnosti u grupi podrške, usmjerene psihosocijalnoj podršci sudionicima.

5.7. Strukturirana psihosocijalna rasprava

Nema potrebe da strukturirane psihosocijalne rasprave budu pretjerano detaljne. Dovoljno je provesti jednostavnu vježbu „Ruže i trnovi“, inače korištenu u programima grupne podrške osobama s kohlearnim implantatima (Tucker i sur., 2011). Od sudionika se traži da svakodnevno vode dnevnik bilježeći svoje komunikacijske uspjehe (ruže) i izazove (trnove). Tijekom grupnog sastanka mogu podijeliti svoje misli i osjećaje o svojim svijetlim (i ne tako svijetlim) trenutcima prethodnog tjedna. Tucker i sur. (2011) izvještavaju o dobiti ove

aktivnosti zbog njene pomoći pri osmišljavanju praktičnih rješenja čestih komunikacijskih poteškoća, ali još važnije, zbog toga što gradi povjerenje među članovima grupe.

Stephens i Kerr (2003) istražili su pozitivne aspekte života s oštećenjem sluha te naveli da sudionici često raspravljaju o komičnim situacijama s kojima se susreću, ukoliko pogrešno interpretiraju ono što je rečeno, što često rezultira korisnom raspravom o suočavanju s komunikacijskim neuspjesima i obiteljskim odnosima vezanim uz oštećenje sluha.

Za promjenu ponašanja potrebno je mnogo vježbe i povratnih informacija, a kako bi se nova ponašanja primijenila u svakodnevnom životu mogu pritom pomoći zadatci za domaću zadaću (Preminger i Nesbitt, 2014). Od sudionika se može zatražiti da koriste određenu komunikacijsku strategiju barem tri puta tijekom nadolazećeg tjedna, kako bi sljedeći grupni sastanak mogao započeti raspravom o toj zadaći. Iz nje mogu proizaći pitanja o tome je li strategija rezultirala uspješnom komunikacijom, osjeća li se osoba neugodno kada prizna svoje oštećenje sluha, itd. To može dovesti do osmišljanja novih strategija, rasprave o potrebi samozastupanja ili odabirom aktivnosti za sljedeći grupni sastanak.

Malim brojem grupnih aktivnosti moguće je postići višestruke ciljeve (Preminger i Nesbitt, 2014). Jedna aktivnost može obuhvatiti više područja, kao već navedena vježba „15 stvari“, koja može biti vježba komunikacijskih strategija, treninga samozastupanja i psihosocijalne rasprave. Međutim, voditelj grupe i problemi koje je identificirala grupa određuju smjer kretanja prema rehabilitaciji oštećenja sluha.

6. Uspješnost grupne rehabilitacije sluha

Da bismo odredili ima li tretman željenog učinka na psihološke, socijalne i emocionalne prilagodbe osobe na oštećenje sluha, važno je ispitati učinkovitost grupne rehabilitacije sluha. Kao pružatelji grupne rehabilitacije sluha moramo marljivo dokumentirati njene dobrobiti kako bismo utjecali na politiku javnog zdravstva, osigurali najvišu kvalitetu usluga svojim klijentima i potaknuli stručnjake na uključivanje svojih pacijenata u orijentacijske programe oštećenja sluha. Tim putem će i javno zdravstvo moći odrediti financijski fond usmjeren na istraživanja ili osiguravajuće naknade. Program grupne podrške odraslim osobama sa stečenim oštećenjem sluha može biti financijski isplativ. Isključivo dodjeljivanje slušnog pomagala bez rehabilitacije sluha pokazalo se dvostruko skupljom opcijom od dodjele slušnog pomagala uz rehabilitaciju sluha (Abrams i sur., 2002).

Kricos i Lesner (2000) predstavili su metode dokumentacije učinkovitosti programa te preporučuju neke od sljedećih kombinacija: testovi znanja iz određenih područja, evidencija prisutnosti, opažanja verbalnih i neverbalnih poruka sudionika, davanje upitnika samoprocjene hendikepa prije i poslije programa, mjerenje dobrobiti, korištenja i zadovoljstva slušnim pomagalom, traženje komentara od sudionika nakon završetka programa koristeći otvorene upitnike, evaluacija promjena u komunikacijskoj izvedbi svih sudionika. Dok se ne razvije „idealni“ protokol, moramo iskoristiti ono što danas imamo na raspolaganju za određivanje učinkovitosti programa grupne rehabilitacije sluha.

Korištenje slušnih pomagala i programi za poboljšanje komunikacije, kao grupne intervencije za osobe s oštećenjem sluha pokazale su se pozitivnima u postizanju boljih komunikacijskih rezultata osoba koje su se uključile u takve programe (Cardemil i sur., 2014). Cardemil i sur. (2014) tvrde da programi individualne rehabilitacije uglavnom poboljšavaju slušanje i govornu percepciju, dok grupna rehabilitacija sluha pokazuje potencijal za smanjenje ograničenja aktivnosti i ograničeno sudjelovanje te poboljšanje kvalitete života.

Ciorba i sur. (2012) smatraju da je složeno kronično stanje kakvo je stečeno oštećenje sluha, koje može dovesti do smanjene kvalitete života, izolacije, ovisnosti i frustracije, potrebno poboljšati ranijom identifikacijom osoba sa stečenim oštećenjem sluha, pružanjem

odgovarajućih slušnih pomagala i grupnim poučavanjem strategija suočavanja (Bonetti i sur., 2017).

Već spomenuta usporedba pojedinačnih i grupnih terapija oštećenja sluha ispitana je još jednim istraživanjem (Collins i sur., 2007), koje je prevagnulo u korist grupne podrške pokazavši da grupna terapija pomaže poboljšati kratkoročne ishode slušnog pomagala u odnosu na pojedinačnu terapiju. Povezanim istraživanjem nastojalo se utvrditi jesu li grupni sastanci prilagodbe slušnih pomagala i popratni posjeti u najmanju ruku jednako učinkoviti kao i pojedinačni sastanci te dovode li grupe podrške do uštede troškova kroz šest mjeseci, nakon dobivanja i namještanja slušnog pomagala; zaključeno je da provođenje grupne terapije košta manje, a sudionici smanjuju broj neplaniranih posjeta audiologu/logopedu i izvještavaju o boljoj izvedbi (Collins i sur., 2009).

Starije osobe sa stečenim oštećenjem sluha pokazuju smanjenje mjenog hendikepa kao rezultat sudjelovanja u grupnom programu rehabilitacije sluha (Taylor, 2003). Taylor (2003) također ističe kako sudjelovanje treće strane (supružnika ili vršnjaka) dodatno smanjuje samopoimanje hendikepa. Grupnim programima podrške treća strana (supružnici ili komunikacijski partneri) mogu osigurati jaču i učinkovitiju podršku komentirajući njihov napredak ili predlažući načine poboljšanja, što može pozitivno utjecati na samopoimanje hendikepa i percepciju učinkovitosti audiologa ili logopeda u domeni slušne rehabilitacije (Taylor, 2003).

Slične je rezultate potvrdilo još jedno istraživanje o ishodima grupnog audiološkog rehabilitacijskog programa namijenjenog odraslim osobama s oštećenjem sluha i njihovim bližnjima urednog sluha (Lucía Habanec i Kelly-Campbell, 2015), iz kojega se može zaključiti da za odrasle osobe s oštećenjem sluha i njihove supružnike ili komunikacijske partnere sudjelovanje u programu grupne slušne rehabilitacije može rezultirati značajnim učincima liječenja tijekom rehabilitacijskog procesa. Uz to, ovo je istraživanje još više proširilo znanje o invaliditetu treće strane i prikazalo ga u mjerljivom kliničkom kontekstu. Rezultati ovog istraživanja također mogu uputiti kliničare prema cjelovitom pristupu za procjenu i saniranje sekundarnih posljedica oštećenja sluha, što u konačnici može umanjiti vjerojatnost nastavka i dugotrajnih negativnih posljedica oštećenja sluha, kako kod odraslih osoba s oštećenjem sluha, tako i kod njihovih komunikacijskih partnera.

S obzirom na veliki broj objavljenih radova u području rehabilitacije sluha odraslih osoba tijekom posljednjih 50 godina, Hawkins (2005) je sustavnim pregledom otkrio vrlo malo dobro kontroliranih studija s većim brojem ispitanika. Kao rezultat toga, čvrsti zaključci o djelotvornosti grupa podrške u rehabilitaciji odraslih osoba sa stečenim oštećenjem sluha s naglaskom na strategije savjetovanja i komunikacije su – ograničeni. Na temelju dostupnih dokaza, može se sa sigurnošću zaključiti da barem u kratkoročnom razdoblju postoje koristi od grupne rehabilitacije sluha (Hawkins, 2005). Čini se da postoje koristi u pogledu smanjenja percepcije hendikepa sluha, poboljšanja kvalitete života i boljem korištenju slušnih pomagala i komunikacijskih strategija, a može doći i do poboljšanja u osobnom prilagođavanju. Neke od tih pogodnosti mogu se pojaviti kod osoba s oštećenjem sluha koje koriste slušna pomagala, iako ne sudjeluju u programu grupne rehabilitacije sluha, ali doduše, nešto kasnije.

Druga istraživanja također pokazuju značajne ishode prilagodbi oštećenju sluha te povećanu upotrebu komunikacijskih strategija (Chisolm i sur., 2004; Hickson i sur., 2007). Chisolm i sur. (2004) svojim istraživanjem dokazali su da je skupina novih korisnika slušnih pomagala, koja je primila osnovnu rutinsku orijentaciju o slušnim pomagalima uz sudjelovanje u programu grupne podrške rehabilitaciji sluha (uključujući informativna predavanja, trening komunikacijskih strategija te korištenje pomoćnih tehnoloških uređaja), po završetku tretmana imala bolje ishode, nego grupa koja je samo pristupila rutinskoj orijentaciji. Hickson i sur. (2007) pronašli su značajno poboljšanje kod grupe odraslih sa stečenim oštećenjem sluha, izmjereno kroz samoizvještavanje o ograničenjima aktivnosti i sudjelovanja te kvalitete života. Ovo je istraživanje ujedno stavilo učinkovitost grupne terapije oštećenja sluha na drugo mjesto, prvenstveno naglašavajući osvještavanje i međusobnu potporu koju grupno okruženje pruža svojim članovima.

Neka su istraživanja nastojala odrediti utječe li odabir sadržaja grupne rehabilitacije sluha na sam ishod. Preminger i Yoo (2010) procjenjivale su učinkovitost u nekoliko prethodno spomenutih aktivnosti: treningu komunikacijskih strategija, psihosocijalnim aktivnostima, aktivnostima za smanjenje stresa te informativnim predavanjima. Koristeći upitnik od kvalitete života kao mjeru ishoda, došle su do zaključka da sadržaj grupne terapije ima samo mali učinak na ishod rehabilitacije. Međutim, pronašle su dokaze da su grupne terapije u koje su bile uključene psihosocijalne vježbe (npr. aktivnosti za smanjenje stresa) rezultirale najboljim ishodima. Kombiniranjem sadržaja grupnih terapija, primjerice informativnih predavanja i psihosocijalnih vježbi, postignuti su još bolji ishodi (Preminger i Yoo, 2010). Prema tome,

poželjno je u grupnu rehabilitaciju sluha uključivati pomiješane sadržaje, uglavnom aktivnosti koje se fokusiraju na upravljanje problemom (trening komunikacijskih strategija, informativna predavanja i/ili identifikacija i rješavanje problema) kombinirane s aktivnostima koje upravljaju emocionalnim reakcijama pojedinca na teškoće povezane s oštećenjem sluha (psihosocijalne vježbe i/ili vježbe za smanjenje stresa).

Dodatne informacije o praktičnim rješenjima problema koji bi trebali biti razmotreni pri primjeni programa grupne podrške odraslim osobama sa stečenim oštećenjem sluha, uključujući financijsku isplativost i prikupljanje sudionika, moguće je pronaći na već spomenutoj mrežnoj stranici danskog Ida Instituta, gdje su stručnjaci razvili online alat (G.R.O.U.P.). Program je razvijen s namjerom pružanja resursa kliničarima, akademikima, istraživačima, a i studentima, kako bi se olakšao razvoj i primjena grupne rehabilitacije sluha diljem svijeta (Montano i sur., 2013). Na mrežnoj stranici nalaze se primjerci aktivnosti i videozapisi nekih od aktivnosti u primjeni.

Doduše, računalna pismenost je niža kod odraslih osoba starije dobi, nego kod onih koji su nekoliko godina mlađi (Moore i sur., 2015), ali su odnosi između dobi i računalne učinkovitosti te između dobi i računalne anksioznosti rješivi u vidu sustavnog informatičkog opismenjavanja starijih osoba, kako bi se povećala vjerojatnost prihvaćanja internetske zdravstvene skrbi. Preminger i Rothpletz (2016) preporučuju se da se budući internetski utemeljeni programi za samoupravljanje fokusiraju na mehanizme socijalne podrške i obrazovanja za promicanje vještina učenja i samoupravljanja. Buduća će istraživanja odrediti mogu li se ove aktivnosti rehabilitacije sluha učinkovito provesti putem interneta.

7. Zaključak

Suvremena rehabilitacija oštećenja sluha podrazumijeva proces koji njeguje suradnju pogođenog pojedinca, njemu bliskih osoba te stručne osobe, odnosno multidisciplinarnog ili interdisciplinarnog tima, čiji je zadatak ponuditi program usmjeren prilagodbama stečenom oštećenju sluha te smanjivanju komunikacijskih teškoća i njihovih psihosocijalnih posljedica (Bonetti i sur., 2017). Takvi programi u grupama podrške uspješno smanjuju sekundarne, psihosocijalne posljedice oštećenja sluha ublažavanjem stigme te gubitka osobnog i društvenog identiteta pružajući sigurno okruženje za dijeljenje iskustava i osjećaja nastalih stjecanjem oštećenja sluha. Grupe podrške osobama mogu pomoći poboljšati kvalitetu života i olakšati primjenu komunikacijskih strategija za optimizaciju komunikacije. Također su pokazale pozitivno djelovanje na kvalitetu života i međusobno razumijevanje pojedincu bliskih (čujućih) osoba kao što su bračni partneri, članovi obitelji i prijatelji.

Mnogobrojne koristi grupa podrške prepoznali su stručnjaci razvijenih zemalja, u kojima se one i aktivno provode. Međutim, njihova praksa u Republici Hrvatskoj još uvijek je nedovoljno zastupljena. Pozitivan primjer je projekt „Ostanite uključeni!“ (Bonetti i sur., 2012) proveden na području Zagreba, s naglaskom na logopedsko-psihološkom savjetovanju o vještinama za funkcionalnu komunikaciju i razvoju pozitivnih stavova.

Međutim, spomenuti je projekt jednokratn i usamljen primjer, što zbog nedostatka stručnog kadra, pogotovo u tom području stručnih logopeda i psihologa, čiji je zajednički rad ključan za provođenje grupa podrške za osobe sa stečenim oštećenjem sluha. U tom relativno malom kolektivu, teško je pronaći stručnjake specijalizirane za područje oštećenja sluha, a da pritom budu dovoljno kompetentni i motivirani da poduzmu korake u promicanju grupne slušne rehabilitacije. Poželjno bi bilo pružiti stručnjacima daljnje i detaljnije informacije o koristi organizacije grupa podrške za veliku populaciju osoba sa stečenim oštećenjem sluha i sukladnu veliku potrebu za stručnom pomoći, te poticaje za promicanje takvih rehabilitacijskih programa i osvještavanje šire javnosti o važnosti pravovremenog prepoznavanja, tretiranja i podrške stečenog oštećenja sluha. Tek bi jasno iskazivanje potrebe za organizacijom ove vrste stručne intervencije – kroz istraživački rad logopedске, psihološke i audiološke struke – pokazao najprije tim istim strukama, a potom i donositeljima politika, veliku potrebu za

ažuriranjem domaćeg repertoara rehabilitacijskih usluga te njegovim unapređenjem kroz sustavno bilježenje iskustava provođenja takvih oblika podrške.

Literatura

1. Abrahamson, J. (2000): Group audiologic rehabilitation. *Seminars in Hearing*, 21, 3, 227–234.
2. Abrams, H., Chisolm, T. H., McArdle, R. (2002): A cost-utility analysis of adult group audiologic rehabilitation: are the benefits worth the cost? *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 39, 5, 549-558.
3. Arlinger, S. (2003): Negative consequences of uncorrected hearing loss – a review. *International Journal of Audiology*, 42, 2, 17–20.
4. ASHA (2006): Preferred practice patterns for the profession of audiology (15.0 Audiologicrehabilitation for adults). Posjećeno 27.05.2019. na mrežnoj stranici American Speech-Language-Hearing Association (ASHA): <https://www.asha.org/policy/PP2006-00274/#sec1.4.15>
5. Bonetti, L., Kuhn, N., Franić, J. (2012): Ostanite uključeni: tribina o podršci osobama sa stečenim oštećenjem sluha. Zagreb: Savez gluhih i nagluhih Grada Zagreba, 25. svibnja 2012.
6. Bonetti, L., Ratkovski, I., Šimunjak, B. (2017): Suvremena rehabilitacija odraslih osoba sa stečenim oštećenjem sluha. *Liječnički Vjesnik* 2017; godište 139, 9-10, 292-298.
7. Bonetti, L., Vodanović, D. (2011): Upitnik za samoprocjenu slušanja kao sredstvo probira oštećenja sluha u starijih osoba. *Govor: časopis za fonetiku*, 28, 2, 117-138.
8. Boothroyd, A. (2007): Adult aural rehabilitation: what is it and does it work? *Trends in Amplification*, 11, 2, 63–71.
9. Cardemil, F., Aguayo, L., Fuente, A. (2014): Auditory rehabilitation programmes for adults: what do we know about their effectiveness? *Acta Otorrinolaringológica Española*, 65, 4, 249-257.
10. Carmen, R. E. (2004): *The consumer handbook on hearing loss and hearing aids: a bridge to healing*. 4. izdanje, Sedona, SAD: Auricle Ink Publishers.
11. Carmen, R. E., Uram, S. (2002): Hearing loss and anxiety in adults. *The Hearing Journal*, 55, 4, 48-54.
12. Chisolm, T. H., Abrams, H. B., McArdle, R. (2004): Short- and long-term outcomes of adult audiological rehabilitation. *Ear and Hearing*, 25, 5, 464–477.

13. Ciorba, A., Bianchini, C., Pelucchi, S., Pastore, A. (2012): The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. *Clinical Interventions in Aging*, 159-163.
14. Collins, M. P., Souza, P. E., Liu, C.-F., Heagerty, P. J., Amtmann, D., Yueh, B. (2009): Hearing aid effectiveness after aural rehabilitation – individual versus group (HEARING) trial: RCT design and baseline characteristics. *BMC Health Services Research*, 9, 1.
15. Collins, M. P., Souza, P. E., O’Neill, S., Yueh, B. (2007): Effectiveness of group versus individual hearing aid visits. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44, 5, 739–750.
16. Corrigan, P. W., Watson, A. C. (2002): Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1, 1, 16-20.
17. Crandell, C. C., Smaldino, J. J., Flexer, C. (2004): Sound field amplification: applications to speech perception and classroom acoustics. 2. izdanje, SAD: Cengage Learning.
18. Dewane, C. (2010): Hearing loss in older adults – its effect on mental health. *Social Work Today*, 10, 4, 18.
19. Dillon, H., James, A., Ginis, J. (1997): Client Oriented Scale of Improvement (COSI) and its relationship to several other measures of benefit and satisfaction provided by hearing aids. *Journal of the American Academy of Audiology*, 8, 1, 27-43.
20. Dudley, J. R. (2000): Confronting stigma within the services system. *Social Work*, 45, 5, 449–455.
21. Gagné, J. P., Hickson, L., Kricos, P., Madell, J., Montano, J., Preminger, J. E., Trychin, S. (2012): a Group Rehabilitation Online Utility Pack (G.R.O.U.P): An Ida Institute Tool. Posjećeno 01.06.2019. na mrežnoj stranici: <http://www.idainstitute.com/group>
22. Gagné, J. P., Southall, K., Jennings, M. B. (2011): Stigma and self-stigma associated with acquired hearing loss in adults. Posjećeno 30.06.2019. na mrežnoj stranici: <http://www.hearingreview.com/2011/08/stigma-and-self-stigma-associated-with-acquired-hearing-loss-in-adults/>
23. Gatehouse, S. (1999): Glasgow Hearing Aid Benefit Profile: derivation and validation of a client-centered outcome measure for hearing aid services. *Journal of the American Academy of Audiology*, 10, 80-103.
24. Gatehouse, S. (2001): Self-report outcome measures for adult hearing aid services: some uses, users, and options. *Trends in Amplification*, 5, 3, 91–110.

25. Goffman, E. (1963): *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. London, Ujedinjeno Kraljevstvo: Penguin Books.
26. Gurgel, R. K., Ward, P. D., Schwartz, S., Norton, M. C., Foster, N. L., Tschanz, J. T. (2014): Relationship of hearing loss and dementia. *Otology & Neurotology*, 35, 5, 775–781.
27. Hasson, D., Theorell, T., Wallén, M. B., Leineweber, C., Canlon, B. (2011): Stress and prevalence of hearing problems in the Swedish working population. *BMC Public Health*, 11, 130.
28. Hawkins, D. B. (2005): Effectiveness of counseling-based adult group aural rehabilitation programs: a systematic review of the evidence. *Journal of the American Academy of Audiology*, 16, 7, 485-493.
29. Heffernan, E., Coulson, N. S., Henshaw, H., Barry, J. G., Ferguson, M. A. (2016): Understanding the psychosocial experiences of adults with mild-moderate hearing loss: an application of Leventhal's self-regulatory model. *International Journal of Audiology*, 55, 3, 3–12.
30. Hickson, L., Worrall, L., Scarinci, N. (2007): A randomized controlled trial evaluating the active communication education program for older people with hearing impairment. *Ear and Hearing*, 28, 2, 212–230.
31. Hindhede, A. L. (2011): Negotiating hearing disability and hearing disabled identities. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 16, 2, 169–185.
32. Hogan, A. (2001): *Hearing rehabilitation for deafened adults: a psychosocial approach*. London, Engleska: Whurr.
33. Kaplan, H., Bally, S. J., Garretson, C. (2002): *Speechreading: a way to improve understanding*. Washington D.C., SAD: Clerc Books, Gallaudet University Press.
34. Knutson, J. F., Lansing, C. R. (1990): The relationship between communication problems and psychological difficulties in persons with profound acquired hearing loss. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 656-664.
35. Kramer, S. E., Kapteyn, T. S., Kuik, D. J., Deeg, D. J. H. (2002): The association of hearing impairment and chronic diseases with psychosocial health status in older age. *Journal of Aging and Health*, 14, 1, 122–137.
36. Kricos, P.B. (2006): Audiologic management of older adults with hearing loss and compromised cognitive/psychoacoustic auditory processing capabilities. *Trends In Amplification*. 10, 1, 1–28.

37. Kricos, P. B., Lesner, S. A. (2000): Evaluating the success of adult audiologic rehabilitation support programs. *Seminars in Hearing*, 21, 3, 267–280.
38. Light, K. J., Looi, V. (2011): Reactions to the diagnosis of a progressive hearing loss in adults. *Journal of the Academy of Rehabilitative Audiology*, 44, 53-84.
39. Lucía Habanec, O., Kelly-Campbell, R. J. (2015): Outcomes of group audiological rehabilitation for unaided adults with hearing impairment and their significant others. *American Journal of Audiology*, 24, 1, 40-52.
40. Mathers, C. (2008): World Health Organization: The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Švicarska: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
41. Montano, J. J., Preminger, J. E., Hickson, L., Gregory, M. (2013): A new web-based tool for group audiologic rehabilitation. *American Journal of Audiology*, 22, 332–334.
42. Monzani, D., Galeazzi, G. M., Genovese, E., Marrara, A., Martini, A. (2008): Psychological profile and social behaviour of working adults with mild or moderate hearing loss. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 28, 61-66.
43. Moore, A. N., Rothpletz, A. M., Preminger, J. E. (2015): The effect of chronological age on the acceptance of internet-based hearing health care. *American Journal of Audiology*, 24, 3, 280-283.
44. Mulrow, C. D., Aguilar, C., Endicott, J. E., Velez, R., Tuley, M. R., Charlip, W. S., Hill, J. A. (1990): Association between hearing impairment and the quality of life of elderly individuals. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 1, 45-50.
45. Nachtegaal, J., Smit, J. H., Smits, C., Bezemer, P. D., Van Beek, J. H. M., Festen, J. M., Kramer, S. E. (2009): The association between hearing status and psychosocial health before the age of 70 years: results from an internet-based national survey on hearing. *Ear and Hearing*, 30, 3, 302-312.
46. NIDCD (2016): National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Quick statistic about hearing. Posjećeno 27.06.2019. na mrežnoj stranici National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD): <https://www.nidcd.nih.gov/health/statistics/quick-statistics-hearing>
47. Poost-Foroosh, L., Jennings, M. B., Shaw, L., Meston, C. N., Cheesman, M. F. (2011): Factors in client–clinician interaction that influence hearing aid adoption. *Trends in Amplification*, 15, 3, 127–139.
48. Preminger, J. E. (2003): Should significant others be encouraged to join adult group audiologic rehabilitation classes? *Journal of the American Academy of Audiology*, 14, 10, 547-58.

49. Preminger, J. E. (2011): Group audiologic rehabilitation for adults and their communication partners. Posjećeno 05.06.2019. na mrežnoj stranici Ida instituta: https://idainstitute.com/tools/university_course/videos_and_handouts/module_3/section_6/filedownload/Q29tbXVuaWNhdGlvb19TdHJhdGVneV9FeGVyY2lzZV9QcmVtaW5nZXJfXzFfLnBkZg==/
50. Preminger, J. E., Meeks, S. (2010): Evaluation of an audiological rehabilitation program for spouses of people with hearing loss. *Journal of the American Academy of Audiology*, 21, 5, 315–328.
51. Preminger, J. E., Nesbitt, L. (2014): Group audiologic rehabilitation for adults: justification and implementation. U: Montano, J. J., Spitzer, J. B.: *Adult audiologic rehabilitation* (str. 307-328). San Diego, SAD: Plural Publishing Inc.
52. Preminger, J. E., Rothpletz, A. M. (2016): Design considerations for internet-delivered self-management programs for adults with hearing impairment. *American Journal of Audiology*, 25, 272-277.
53. Preminger, J. E., Yoo, J. K. (2010): Do group audiologic rehabilitation activities influence psychosocial outcomes? *American Journal of Audiology*, 19, 2, 109-125.
54. Preminger, J. E., Ziegler, C. H. (2008): Can auditory and visual speech perception be trained within a group setting? *American Journal of Audiology*, 17, 1, 80-97.
55. Pronk, M., Deeg, D. J. H., Smits, C., van Tilburg, T. G., Kuik, D. J., Festen, J. M., Kramer, S. E. (2011): Prospective effects of hearing status on loneliness and depression in older persons: identification of subgroups. *International Journal of Audiology*, 50, 12, 887–896.
56. Ross, M. (1997): A retrospective look at the future of aural rehabilitation. *Journal of the Academy of Rehabilitative Audiology*, 30, 11-28.
57. Ross, M. (2000): When a hearing aid is not enough. *Hearing Review*, 7, 26-30.
58. Scott, E. (2018): Use guided imagery for relaxation. Posjećeno 05.06.2019. na mrežnoj stranici: <https://www.verywellmind.com/use-guided-imagery-for-relaxation-3144606>
59. Servellen, G.V. (2009): *Communication skills for the health care professional: concept, practice and evidence*. 2. izdanje, Boston, SAD: Jones and Bartlett Learning Publishers.
60. Smith, S. L., West, R. L. (2006): The application of self-efficacy principles to audiologic rehabilitation: a tutorial. *American Journal of Audiology*, 15, 1, 46-56.
61. Stephens, D., Kerr, P. (2003): The role of positive experiences in living with acquired hearing loss. *International Journal of Audiology*, 42, 1, 118–127.

62. Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A., Weld-Viscount, P. (2001): Group support for couples coping with a cardiac condition. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 2, 190–199.
63. Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., Shema, S. J., Kaplan, G. A. (2000): Negative consequences of hearing impairment in old age. *The Gerontologist*, 40, 3, 320–326.
64. Suls, J., Martin, R. i Wheeler, L. (2002): Social comparison: why, with whom, and with what effect? *Current Directions in Psychological Science*, 11, 5, 159–163.
65. Sweetow, R., Palmer, C. V. (2005): Efficacy of individual auditory training in adults: a systematic review of the evidence. *Journal of the American Academy of Audiology*, 16, 7, 494-504.
66. Taylor, K. S. (2003): Effects of group composition in audiologic rehabilitation programs for hearing impaired elderly. Posjećeno 06.06.2019. na mrežnoj stranici: <https://www.audiologyonline.com/articles/effects-group-composition-in-audiologic-1111>
67. Trychin, S. (2002): Guidelines for providing mental health services to people who are hard of hearing. San Diego, SAD: California University.
68. Trychin, S. (2012): Factors to consider when providing audiological services to people who have hearing loss and their communication partners. *Seminars in Hearing*, 33, 1, 87-96.
69. Tucker, D., Compton, M. V., Mankoff, L., Rulison, K. (2011): Cochlear implant connections: a biopsychosocial audiologic rehabilitation program for late-deafened adults with cochlear implants. *Perspectives on Aural Rehabilitation and Its Instrumentation*, 18, 1, 23-34.
70. Tye-Murray, N. (2015): Foundations of aural rehabilitation: children, adults, and their family members. 4. izdanje, New York, SAD: Delmar Thomas Learning Publishing Co.
71. Wallhagen, M. I. (2009): The stigma of hearing loss. *The Gerontologist*, 50, 1, 66–75.
72. Zekveld, A. A., Kramer, S. E., Festen, J. M. (2011): Cognitive load during speech perception in noise: the influence of age, hearing loss, and cognition on the pupil response. *Ear and Hearing*, 32, 4, 498–510.