

Implant ślimakowy z perspektywy jakości życia kobiety z głuchotą postlingwalną w okresie późnej dorosłości – studium przypadku

Cochlear implant from the quality of life perspective of a postlingually deaf woman in late adulthood – a case study

Wkład autorów:
A Projekt badania
B Gromadzenie danych
C Analiza danych
D Interpretacja danych
E Przygotowanie pracy
F Przegląd literatury
G Gromadzenie funduszy

Beata Porembka^{1,2A-E}, **Joanna Kobosko**^{3AC-F}, **Edyta Zielińska**^{1ACDE},
Magdalena Wojewódzka^{4ACDE}

¹ Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Klinika Rehabilitacji, Warszawa/Kajetany

² Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa

³ Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Zakład Audiologii Eksperymentalnej, Warszawa/Kajetany

⁴ Szpital Bielański, Warszawa

Streszczenie

Wprowadzenie: Implantacja ślimakowa należy do metod leczenia osób z głuchotą postlingwalną o dużej skuteczności, o czym świadczą także wyniki badań nad jakością życia zależną od zdrowia (HRQoL), w tym HRQoL specyficzną ze względu na głuchotę.

Cel: Celem artykułu jest prezentacja przypadku osoby w wieku 88 lat z głuchotą postlingwalną, korzystającej z implantu ślimakowego (CI), z perspektywy jego wpływu na doświadczaną jakość życia z wykorzystaniem metod jakościowych i ilościowych.

Opis przypadku: Kobieta A.K. (inicjał na potrzeby artykułu został zmieniony) w wieku lat 63–64 doświadczyła postępującej postlingwalnej utraty słuchu wskutek wcześniejszego leczenia z gentamycyną. W wieku 78 lat A.K. poddała się operacji wszczepienia implantu ślimakowego, następnie została objęta rehabilitacją słuchu i mowy, która przyniosła oczekiwane rezultaty. A.K. korzysta zarówno z implantu ślimakowego, jak i klasycznego aparatu słuchowego, a rozumienie mowy w obu urządzeniach w ciszy i w szumie wynosi odpowiednio 90% oraz 70%. Implant ślimakowy odegrał ważną rolę w jej życiu w takich sferach, jak: niezależność, radzenie sobie w codziennym życiu, komunikowanie się z otoczeniem i relacje społeczne. W kwestionariuszu *Nijmegen Cochlear Implant Questionnaire* (NCIQ) – największe korzyści w swojej ocenie uzyskała w obszarze mowy i porozumiewania się (78%) oraz podstawowej percepcji słuchowej (76%), najmniejsze – w obszarze interakcji społecznych (66%) i samooceny (68%). Ogólna HRQoL, oceniona kwestionariuszem *Assessment of Quality of Life* (AQoL-8d), jest na poziomie średniej dla osób z głuchotą postlingwalną – użytkowników implantu ślimakowego. A.K. uzyskała *Indeks Użyteczności Zdrowia* (IUZ) równy 0,66. Można uznać, że osiągnęła wysoki poziom przystosowania do życia z utratą sprawności słuchowej mierzony za pomocą *Kwestionariusza Reakcji Przystosowawczych* (KRP), który stanowi polską adaptację *Reactions to Impairment and Disability Inventory* (RIDI). Poziom ten był znacząco wyższy niż uzyskiwany w grupie normalizacyjnej osób z różnymi niepełnosprawnościami i poważnymi chorobami.

Podsumowanie: Prezentowany opis jakości życia osoby z głuchotą postlingwalną w podeszłym wieku pokazuje dużą efektywność implantacji ślimakowej jako metody leczenia w aspekcie korzyści z: percepcji słuchowej mowy, komunikowania się, przystosowania do życia z utratą słuchu, a także ogólnej HRQoL. Wyniki uzyskane z zastosowaniem technik jakościowych i ilościowych są zbieżne, a także wzajemnie dopełniają się i w rezultacie prezentują obraz słuchowego i psychospołecznego funkcjonowania osoby badanej.

Słowa kluczowe: głuchota postlingwalna postępująca • implant ślimakowy • jakość życia zależna od zdrowia • HRQoL • kwestionariusz NCIQ • kwestionariusz AQoL-8d • *Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych* • KRP • *Reactions to Impairment and Disability Inventory* • RIDI

Adres autora: Beata Porembka, Klinika Rehabilitacji, Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, ul. Mokra 17, Kajetany, 05-830 Nadarzyn; email: b.porembka@ifps.org.pl

Abstract

Introduction: Cochlear implantation is a highly effective treatment for persons with postlingual deafness, as confirmed by the results of studies in the health-related quality of life (HRQoL), including the deafness-specific HRQoL. This paper aims to present a case study of an older, postlingually deaf cochlear implant (CI) user from the point of view of its role in her quality of life. The study was conducted using qualitative and quantitative methods.

Case description: A woman A.K. (the initial for the purposes of the article has been changed), aged 88 at the time of the study, experienced postlingual hearing loss at the age of 63–64. According to her interview, hearing loss was caused by earlier gentamicin treatment. She had cochlear implantation at the age of 78, followed by hearing and speech rehabilitation with the expected results. A.K. uses both CI and a classic hearing aid. Speech understanding in both devices, measured by speech audiometry, is 90% in silence and 70% in noise. CI plays a vital role in her life regarding independence, coping in daily life, communication, and social relationships. According to the *Nijmegen Cochlear Implant Questionnaire* (NCIQ), in her assessment, she obtained the most significant benefit in the sphere of speech and communicating (78%) and basic sound perception (76%), and the smallest in the sphere of social interactions (66%) and self-esteem (68%). Global HRQoL evaluated using the questionnaire *Assessment of Quality of Life* (AQoL-8d) was on the average level for CI users with postlingual deafness. A.K.'s *Health Utility Index* (HUI) was 0.66. We may state that she has achieved a high level of adaptation to life with the hearing loss measured using the *Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych* (KRP) – Polish adaptation of the *Reactions to Impairment and Disability Inventory*. Her KRP score was significantly higher than one obtained in the normalization group comprising persons with different impairments and severe diseases.

Conclusions: Presented description of the quality of life of a postlingually deaf woman in late adulthood presents and proves the high effectiveness of CI as a treatment method in terms of auditory perception of speech and communication, adaptation to life with hearing loss, and overall HRQoL. The results obtained with qualitative and quantitative techniques are consistent and complete one another, forming a picture of the auditory and psychosocial functioning of the studied person.

Key words: postlingual progressive deafness • cochlear implant • health-related quality of life • HRQoL • NCIQ • AQoL-8d • *Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych* • KRP • *Reactions to Impairment and Disability Inventory* • RIDI

Wykaz skrótów

Skrót	Rozwinięcie skrótu	Znaczenie skrótu w języku polskim
AL	activity limitation	ograniczenie aktywności
ASP	advanced speech perception	zaawansowana percepcja słuchowa
AQoL-8d	<i>Assessment of Quality of Life – 8 dimentions</i>	kwestionariusz AQoL-8d
BIAP	Bureau International d'Audiophonologie	Międzynarodowe Biuro Audiofonologii
BSP	basic sound perception	podstawowa percepcja słuchowa
CI	cochlear implant	implant ślimakowy
Db	decybel	–
HL	hearing loss	ubytek słuchu
HRQoL	health-related quality of life	jakość życia zależna od zdrowia
HUI	<i>Health Utility Index</i>	<i>Indeks Użyteczności Zdrowia</i>
Hz	Herz	–
IUZ	<i>Indeks Użyteczności Zdrowia</i>	–
KRP	<i>Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych</i>	–
NCIQ	<i>Nijmegen Cochlear Implant Questionnaire</i>	kwestionariusz NCIQ
QoL	quality of life	jakość życia
RIDI	<i>Reactions to Impairment and Disability Inventory</i>	<i>Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych</i>
SE	self-esteem	samoocena
SF-36	<i>36-Item Short Form Survey</i>	kwestionariusz SF-36
SI	social interaction	interakcje społeczne
SP	speech production	mowa
SRT	speech reception treshold	próg rozumienia mowy
WHOQOL-BRIEF	<i>World Health Organization Quality of Life-BRIEF</i>	kwestionariusz <i>Oceny Jakości Życia wg Światowej Organizacji Zdrowia</i> – wersja skrócona
VAS	<i>Visual Analogue Scale</i>	<i>Wizualna Skala Analogowa</i>

Wprowadzenie

Jakość życia to stan subiektywny, określanej w psychologii jako: „relacja między wyznawanymi wartościami a ich realizacją”, „realizacja celów życiowych”, „realizacja posiadanego potencjału” czy „autorstwo własnego życia” [1]. Z kolei w myśl definicji zaproponowanej przez Światową Organizację Zdrowia jakość życia jest „postrzeganiem przez jednostkę swojej pozycji w życiu w kontekście systemów wartości i kultury, w których żyje, oraz w odniesieniu do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań” [2, s. 35]. Dla osób z ubytkiem słuchu o różnym początku i stopniu, zaopatrzonych w implant ślimakowy jakość życia wiąże się z korzyściami płynącymi z użytkowania tego elektronicznego urządzenia w wielu sferach: percepcji słuchowej dźwięków mowy i otoczenia, komunikowania się (werbalnego) z innymi ludźmi i nawiązywania relacji społecznych, jak i psychologicznego funkcjonowania [3–7]. Osoby, które postlingwalnie, a więc w okresie po opanowaniu systemu językowego [8], utraciły słuch w stopniu głębokim lub ogłuchły, otrzymały jako pierwsze szanse na „życie w świecie dźwięków”, tj. na słyszenie za pomocą tej elektronicznej protezy słuchu. W Polsce pierwsza operacja wszczepienia implantu ślimakowego odbyła się w 1992 r. za sprawą profesora Henryka Skarżyńskiego, a pacjentem z głuchotą postlingwalną był 52-letni mężczyzna [9].

Dla wielu osób z nagłą lub postępującą postlingwalną utratą słuchu w stopniu głębokim otrzymanie implantu ślimakowego staje się tożsame z poprawą jakości życia. Niejednokrotnie implant ten jest przez te osoby postrzegany jako nadzieja i szansa na „powrót do normalnego życia”, czasem także jako „jedyna droga wyjścia” – już w momencie podejmowania decyzji o poddaniu się operacji wszczepienia CI [10]. Jego znaczenie oddają słowa użytkowników: „nie wyobrażam sobie życia bez implantu” czy „życie z implantem jest cudowne, to tak jakby człowiek zobaczył świat na nowo” [7]. Jakość życia osób z głuchotą postlingwalną pozostaje w zależności z adaptacją do utraty słuchu i efektywnością rehabilitacji słuchu i mowy [4,11].

Głuchota postlingwalna a proces adaptacji do utraty słuchu

Głuchota nabyta postlingwalnie wiąże się z utratą słuchu, a tym samym utratą zdrowia. Z perspektywy psychologicznej należy do zdarzeń silnie stresujących, negatywnych, bywa że traumatycznych [12], a także przełomowych w życiu. Osoba, która traci słuch, a wcześniej słyszała, uruchamia proces radzenia sobie ze stratą, w trakcie którego następują kolejne stadia: od szoku i zaprzeczenia, poprzez gniew i targowanie się, depresję, po akceptację [13–15]. Od tego, jak dana osoba radzi sobie z utratą słuchu, zależy nie tylko efektywność rehabilitacji słuchu i mowy po wszczepieniu implantu ślimakowego, lecz także percepcja korzyści z tego urządzenia [11].

W badaniach obejmujących osoby z głuchotą postlingwalną, będące w wieku od 23 do 60 (średnio 45) lat, korzystające z CI od 5 do 13 lat (średnio 8) [16], zastosowano polski *Kwestionariusz Radzenia sobie ze Stratą Sprawności* (KRSS) [14], pozwalający na ocenę procesu adaptacji do utraty sprawności (słuchu) w wymiarach stanowiących poszczególne jego etapy: szok i zaprzeczenie,

gniew, targowanie się, depresja, akceptacja. Najwyżej znalazła się w tej grupie akceptacja utraty słuchu, przyjmująca nasilenie średnio ok. 70%, a najniższej – depresja oraz szok i zaprzeczenie – na poziomie średnio ok. 40%. Co istotne, okazało się, że z niższym poziomem „szoku i zaprzeczenia” pozostaje w zależności percepcja większych korzyści z CI subiektywnie ocenianych z zastosowaniem kwestionariusza *Nijmegen Cochlear Implant Questionnaire* (NCIQ) (wynik ogólny) [16], lecz tylko u kobiet, a nie u mężczyzn, u których to nasilenie wymiaru adaptacji do głuchoty, jakim jest „szok i zaprzeczenie”, okazało się znacząco wyższe niż u kobiet.

Rehabilitacja słuchu i mowy po implantacji ślimakowej u osób z głuchotą postlingwalną

Wysoka efektywność implantacji ślimakowej jako metody leczenia osób z głuchotą postlingwalną została już dowiedziona także w Polsce [3,18–20]. Jak pokazują obserwacje i badania, pacjenci korzystający z CI odczuwają stopniową poprawę słyszenia już od momentu podłączenia procesora mowy – następuje przyrost umiejętności słuchowych w zakresie identyfikacji: samogłosek, spółgłosek, liczb, słów i zdań. Ponadto korzyści ze stosowania CI widoczne są już po miesiącu użytkowania procesora mowy, w tym najtrudniejsze w percepcji słuchowej słowa jednosylabowe identyfikowane są w 53,3% [3]. Rozpoznawanie zdań i samogłosek kształtuje się na poziomie 78%. Wyraźny przyrost korzyści słuchowych w zakresie 10–20% dla głosek, słów i zdań, obserwuje się między pierwszym a trzecim miesiącem użytkowania procesora mowy. W 6. miesiącu od podłączenia urządzenia przyrost umiejętności słuchowych w stosunku do 3. miesiąca spada. W 12. miesiącu obserwuje się korzyści słuchowe osiągające dla: samogłosek – 95,08%, spółgłosek – 83,73%, słów – 87,05% oraz zdań – 97,44%.

Jakość życia osób z postlingwalną utratą słuchu korzystających z implantu ślimakowego

Jakość życia, w tym jakość życia zależna od zdrowia (HRQoL), w tym przypadku – słyszenia, ulega istotnej poprawie po otrzymaniu przez osoby postlingwalnie ogłuchłe implantu ślimakowego, jak wynika z badań nad ogólną HRQoL z wykorzystaniem takich narzędzi, jak np. WHOQOL-BRIEF [21] czy AQoL-8d [22]. Jednakże niewiele badań w odniesieniu do osób z postlingwalnym głębokim ubytkiem słuchu przeprowadzono z wykorzystaniem kwestionariusza SF-36 [23–25]. Wynika z nich m.in., że po wszczepieniu CI poprawie uległa HRQoL w 5 obszarach, tj. witalność, ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego, jak i ze względu na problemy emocjonalne, funkcjonowanie społeczne i zdrowie psychiczne [23].

Do stosunkowo nielicznych należą badania nad ogólną HRQoL zrealizowane z użyciem kwestionariusza AQoL u osób z głuchotą postlingwalną, np. przeprowadzone w Australii, którymi objęto w okresie po 3 i 6 miesiącach od podłączenia procesora mowy osoby z głębokim ubytkiem słuchu korzystające z CI [26]. Okazało się, że w tej grupie otrzymano *Indeks Użyteczności Zdrowia* (IUZ) – mierzony po 6 miesiącach korzystania z CI – równy 0,64, a więc znacząco wyższy niż przed operacją wszczepienia implantu (IUZ = 0,36). Jednakże w badaniach tych IUZ był poniżej wartości dla populacji ogólnej Australii (IUZ = 0,79).

W Polsce przeprowadzono badania nad HRQoL u osób z postlingwalną utratą słuchu w stopniu głębokim, korzystających z CI za pomocą kwestionariusza AQoL-8d [22]. Otrzymany w nich IUZ równy 0,66 okazał się istotnie wyższy niż oceniany przed operacją wszczęcia CI, wynoszący wówczas IUZ = 0,53, lecz nie można tych wyników odnieść do populacji ogólnej w naszym kraju ze względu na brak, jak dotąd, opracowanych norm.

Liczne badania nad jakością życia zależną od zdrowia specyficzną, czyli ocenianą ze względu na obecność danej choroby lub niepełnosprawności, tj. głuchoty/ niedosłuchu, przeprowadzono za pomocą kwestionariuszy odwołujących się do percepcji korzyści z CI, jak np. NCIQ [17]. HRQoL po wszczęciu implantu ślimakowego, oceniona z zastosowaniem tego kwestionariusza, uległa istotnej poprawie we wszystkich wyodrębnionych sferach: percepcji słuchowej i komunikowania się, a także sferach związanych z psychospołecznym funkcjonowaniem użytkowników CI [16,17,27–29]. Przykładowo w przywoływanych już powyżej polskich badaniach, w których uczestniczyli doświadczeni użytkownicy CI, wykorzystując kwestionariusz NCIQ otrzymano największe korzyści w sferze ograniczeń w aktywności (71%) oraz interakcji społecznych (64%), najniższe natomiast w sferze zaawansowanej percepcji słuchowej i samooceny (59%) [16]. Satysfakcja z CI u użytkowników z głuchotą postlingwalną okazała się również wysoka i wyniosła średnio ponad 80% [11,30], a w badaniach polskich – 82% [30].

Cel

Celem artykułu jest zaprezentowanie przypadku osoby w podeszłym wieku z głuchotą postępującą o początku postlingwalnym, która korzysta z implantu ślimakowego, w aspekcie doświadczanej przez nią jakości życia, także z uwzględnieniem stopnia psychospołecznej adaptacji do nabytej niepełnosprawności słuchowej. Autorzy chcieli również pokazać wielowymiarowość zagadnienia jakości życia, jak też psychospołeczne i rehabilitacyjne uwarunkowania powodzenia w odnoszeniu korzyści z implantu ślimakowego w grupie użytkowników, jaką reprezentuje A.K., która wyraziła zgodę na badanie i publikację wywiadu.

Materiał i metody

W celu pozyskania danych zastosowano podejście jakościowo-ilościowe, tj. posłużono się wywiadem swobodnym, częściowo ustrukturalizowanym oraz kwestionariuszami: ogólnej jakości życia zależnej od zdrowia (AQoL-8d), specyficznej jakości życia zależnej od zdrowia (NCIQ), reakcji przystosowawczych (KRP), uwzględniono także informacje medyczne z karty pacjenta na temat możliwości słuchowych (wyniki audiometrii tonalnej i słownej) oraz ankiety informacyjną.

Wywiad swobodny częściowo ustrukturalizowany

Zastosowano tę formę wywiadu [31] zaplanowanego na temat roli implantu ślimakowego z perspektywy jakości życia osoby z głuchotą postlingwalną postępującą, dotyczącego korzyści i trudności z nim związanych, włączając okoliczności, w jakich osoba badana doświadczyła utraty słuchu. Wywiad został przeprowadzony przez pierwszą

z autorek (B.P.) w maju 2022 r., nagrany, a następnie dokonano jego transkrypcji oraz poddano analizie tematycznej. Treść wywiadu z niewielkimi skrótami zamieszczono w aneksie.

Nijmegen Cochlear Implant Questionnaire (NCIQ)

Przeznaczony jest do oceny korzyści z implantu ślimakowego w 3 obszarach: 1) sferze fizycznej, obejmującej skale: podstawowej percepcji słuchowej (BSP), zaawansowanej percepcji słuchowej (ASP), a także mowy (SP); 2) sferze psychologicznej, w skład której wchodzi samoocena (SE) dotycząca funkcjonowania z CI, oraz 3) sferze społecznej, na którą składają się skale: ograniczenie aktywności (AL) oraz interakcji społecznych (SI) [17,32]. Kwestionariusz NCIQ posiada ogółem 60 stwierdzeń, z czego każdej z sześciu skal przypisano po 10, a wyniki oblicza się według podanego przez autorów algorytmu, który umożliwia wyrażenie ich w skali 100-stopniowej. W wielu pracach badacze wykorzystujący NCIQ posługują się wynikiem ogólnym, będącym średnią wyników otrzymanych ze wszystkich skal. W 2017 r. autorzy NCIQ skorygowali klucz do tego kwestionariusza [32], w którym pierwotnie błędnie zamieniono nazwy skal ASP i SP. NCIQ należy do narzędzi służących do oceny HRQoL specyficznej, tj. zależnej od głuchoty/ słyszenia.

Assessment of Quality of Life (AQoL-8d)

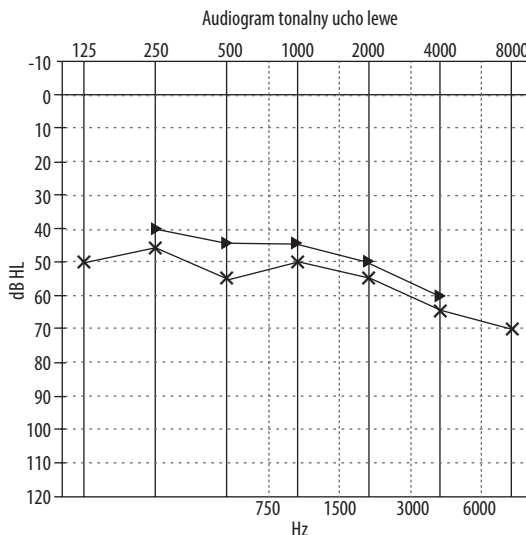
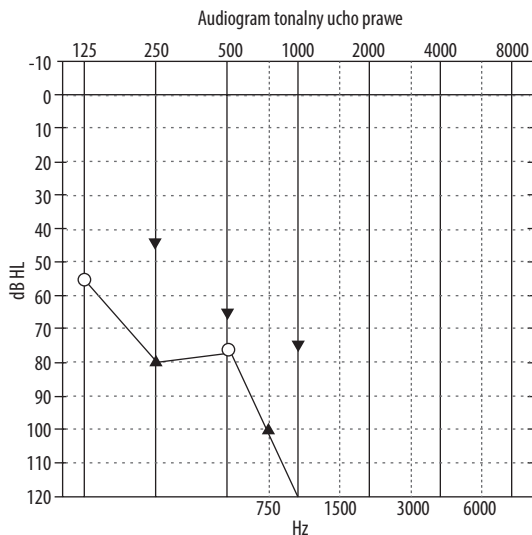
Kwestionariusz opracowany w Australii przez Hawthorne i wsp. [33] służący do pomiaru ogólnej jakości życia zależnej od zdrowia. Pozwala na ocenę ogólnej HRQoL, włączając jakość życia w obszarach: niezależność, zmysły, ból, zdrowie psychiczne, szczęście, poczucie własnej wartości, radzenie sobie, relacje (społeczne). Narzędzie umożliwia obliczenie indeksu użyteczności zdrowia (IUZ), który może przyjmować wartości w przedziale od 0 do 1.

Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych (KRP)

Stanowi polską adaptację kwestionariusza *Reactions to Impairment and Disability Inventory* (RIDDI) H. Livneha i R.F. Antonaka [34]. Służy do oceny nasilenia reakcji ujawnianych przez osoby, będących wynikiem nabytych niepełnosprawności i ograniczeń związanych z poważnymi chorobami. KRP składa się z 60 stwierdzeń, które tworzą 8 skal wyrażających rodzaje przejawianych reakcji przystosowawczych, takich jak: szok, niepokój, zaprzeczenie, depresja, uwewnętrzniony gniew, uzewnętrzniona wrogość, akceptacja (pogodzenie się/ uznanie), przystosowanie.

Audiometryczna ocena słuchu

Uwzględniono wyniki audiometrycznych badań słuchu: audiometrii tonalnej oraz audiometrii słownej w polu swobodnym (z wykorzystaniem jednosylabowego testu słownego wg Pruszewicza) przeprowadzonej w protezie słuchowej w warunkach ciszy i zakłócającego szumu. Dokładne opisy metod badań słuchu, których wyniki pobrano z karty pacjenta, zostały przedstawione w innym miejscu [35].



Rycina 1. Audiometria tonalna – audiogram A.K. przed wszczepieniem implantu ślimakowego
Figure 1. Pure-tone audiometry – A.K. audiogram before cochlear implantation

Ankieta informacyjna

Ankieta własnej konstrukcji, zawiera dane na temat właściwości socjodemograficznych osoby badanej, a także informacje związane z głuchotą i korzystaniem z implantu ślimakowego.

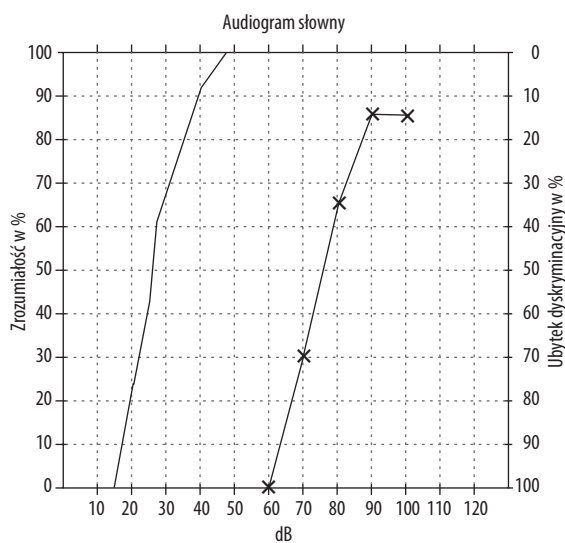
Opis przypadku

A.K. – kobieta, lat 88, wdowa od wielu lat, wykształcenie wyższe, emerytowana nauczycielka, ma dwoje dorosłych dzieci, mieszka samodzielnie.

Informacje dotyczące postlingwalnie nabytej głuchoty i implantu ślimakowego wraz z oceną audiometryczną

Problemy ze słuchem zaczęły się w wielu 63, 64 lat – po leczeniu gentamycyną następowała stopniowa utrata słuchu. Możliwości słuchowe osoby badanej bezpośrednio przed wszczepieniem CI nieco ponad 10 lat temu zaprezentowano na audiogramach (ryciny 1 i 2). Wykres audiometrii tonalnej dla ucha prawego wskazuje na resztki słuchowe. W przedziale od 125–750 Hz próg słyszenia w dB HL rozpoczyna się od 55 dB i opada ostro do 100 dB. W częstotliwościach powyżej 750 Hz nie zanotowano odpowiedzi do wydolności audiometru, czyli do 120 dB HL. Krzywej kostnej nie zarejestrowano. Wyniki audiometrii tonalnej dla ucha lewego wskazują na umiarkowany ubytek słuchu wg klasyfikacji BIAP. Krzywa powietrzna zawiera się w przedziale 45–70 dB i łagodnie opada w kierunku wyższych częstotliwości. Krzywa kostna przebiega 5–10 dB powyżej krzywej powietrznej.

Wykonana audiometria słowna przed wszczepieniem CI (rycina 2) dla ucha prawego pokazuje zerową dyskryminację mowy, natomiast dla ucha lewego wykazuje spodziewane przesunięcie względem krzywej normatywnej, wskazujące na niedosłuch ślimakowy. Próg rozumienia mowy (SRT) wynosi 75 dB SPL. Badanie audiometrii

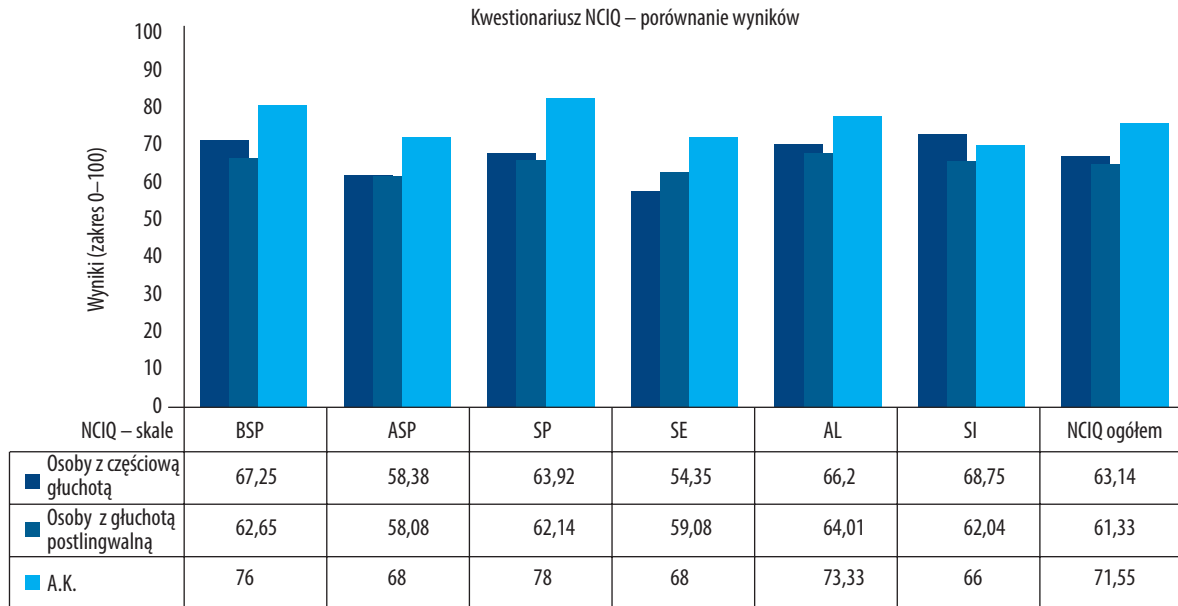


Rycina 2. Audiometria słowna – audiogram A.K. przed wszczepieniem implantu ślimakowego
Figure 2. Speech audiometry – A.K. audiogram before cochlear implantation

słownej wykonane w samym CI (przy zamknięciu lepszego ucha bez CI) wskazuje na rozumienie mowy w ciszy na poziomie 50%, natomiast gdy pacjentka ma zarówno CI, jak i aparat słuchowy w lepszym uchu, wówczas rozumienie mowy w ciszy pozostaje na poziomie 90%, a w szumie – 70%.

Jakość życia zależna od zdrowia specyficzna – subiektywna ocena korzyści i satysfakcji z implantu ślimakowego

Wyniki kwestionariusza NCIQ przedstawione na wykresie (rycina 3) pokazują, że w ocenie A.K. największe korzyści z CI – w połączeniu z aparatem słuchowym



Opis: BSP – podstawowa percepcja słuchowa; ASP – zaawansowana percepcja słuchowa; SP – mowa; SE – samoocena; AL – ograniczenie aktywności; SI – interakcje społeczne; NCIQ ogółem – wynik ogólny (średnia wyników wszystkich skal NCIQ)

Note: BSP – basic sound perception; ASP – advanced sound perception; SP – speech production; SE – self-esteem; AL – activity limitations; SI – social interactions; NCIQ total – overall result (the mean result from all NCIQ scales)

Rycina 3. Percepcja korzyści z implantu ślimakowego i konwencjonalnego aparatu słuchowego – wyniki uzyskane przez A.K. w kwestionariuszu NCIQ na tle wyników osób z głuchotą postlingwalną [16] oraz osób z częściową głuchotą korzystających z CI [36] (średnie)

Figure 3. Perception of benefits from a cochlear implant and a classic hearing aid – A.K. NCIQ questionnaire results compared to persons with postlingual deafness [16] and CI users with partial deafness [36] (mean values)

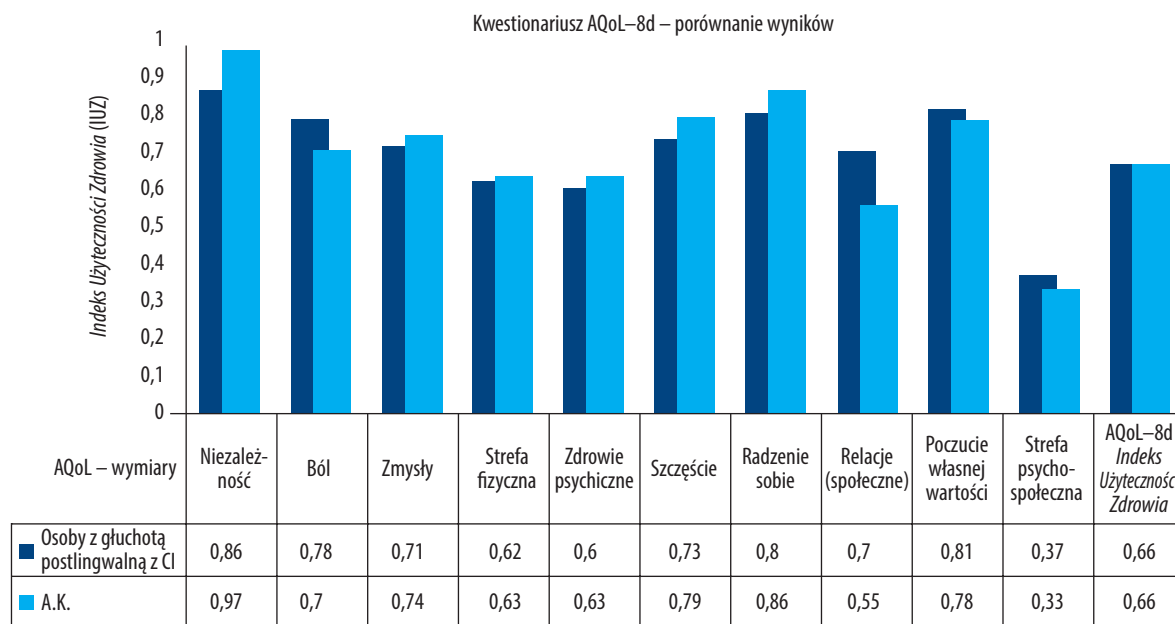
konwencjonalnym na drugie ucho – odnosi ona w sferze fizycznej, a więc w obszarze rozumienia mowy i komunikowania się (78%) oraz podstawowej percepcji słuchowej (76%). Najniższych korzyści doświadcza natomiast w obszarze interakcji społecznych (66%) i samooceny (68%). Należy wskazać – co zostało uwidocznione na **rycynie 3** – że za wyjątkiem sfery interakcji społecznych są to wyniki wyższe niż średnio osiągnięte zarówno przez osoby zaimplantowane z głuchotą postlingwalną obustronną [16], jak i osoby z częściową głuchotą korzystające z CI [36] w niemal każdym ocenianym obszarze korzyści z urządzeń wspomagających słyszenie, także w wyniku ogólnym zastosowanego kwestionariusza NCIQ. Podsumowując, w percepcji A.K. odnosi ona duże korzyści z zastosowanych protez słuchowych, znacząco przekraczające uzyskiwane średnio przez użytkowników CI z grup odniesienia. Jednakże zadowolenie z CI oszacowane na skali typu VAS wynosi w momencie badania w przeliczeniu na procenty 60%. A.K. na pytanie zawarte w ankiecie informacyjnej: „Czy rozmawiasz przez telefon?”, zaznaczyła odpowiedź twierdzącą. Na inne z kolei pytanie z ankiety: „Jak teraz słyszysz?”, odpowiedziała: „Dobrze słyszę rozmowę z drugą osobą w bliskiej odległości, patrząc na usta”. Za pozytywne strony korzystania z CI A.K. uważa: „Lepszy kontakt ze światem, z rodziną, z przyjaciółmi; łatwiej jest w różnych urzędach itp.”. Natomiast odnosząc się do poruszonych w ankiecie negatywnych stron związanych z użytkowaniem CI, napisała: „Czasem ból głowy, pewne ograniczenia w swobodzie ruchów, w ćwiczeniach gimnastycznych”.

Jakość życia ogólna zależna od zdrowia

W ocenie jakości życia zależnej od zdrowia za pomocą kwestionariusza AQoL-8d A.K. uzyskała IUZ = 0,66, a więc dokładnie taki sam, jak otrzymano w grupie osób z głuchotą postlingwalną – użytkowników CI [22]. Na wykresie (**rycina 4**) pokazującym wyniki A.K. na tle grupy odniesienia zostało uwidocznione, że w większości skal kwestionariusza AQoL-8d oceniła ona wyżej doświadczaną jakość życia – począwszy od obszaru niezależności i zmysłów, wchodzących w skład sfery fizycznej, poprzez radzenie sobie w codziennym życiu, zdrowie psychiczne i szczęście. Nieco niżej niż ma to miejsce w grupie osób z głuchotą postlingwalną z CI w ocenie A.K. wypadły takie oceniane obszary życia jak: ogółem sfera psychospołeczna wraz z niższą jakością życia w obszarze relacji społecznych i poczuciem własnej wartości, a w sferze fizycznej – w obszarze doznawanego bólu.

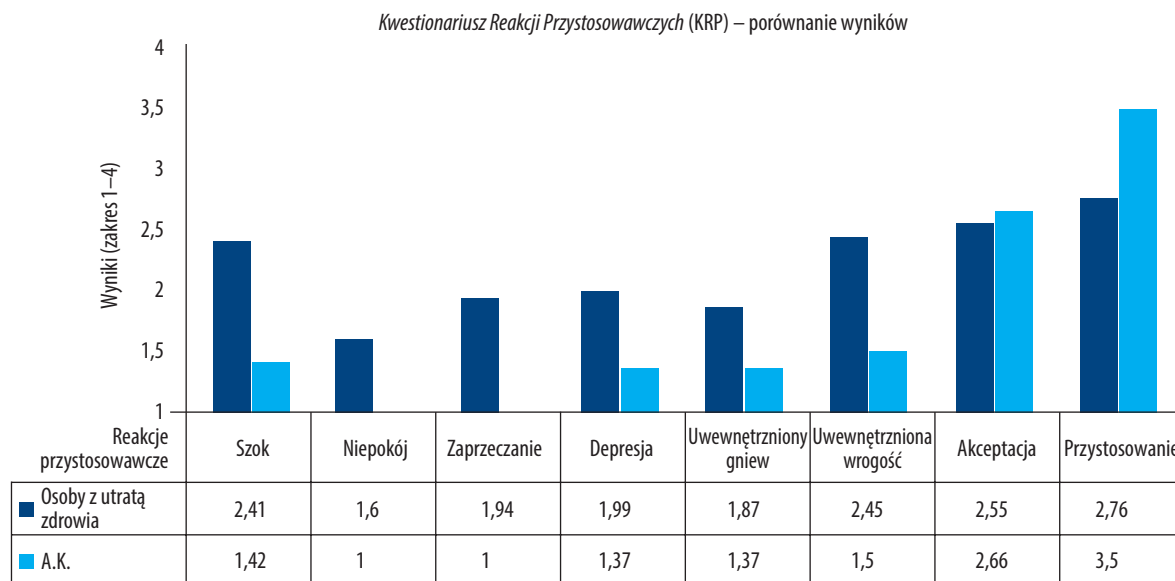
Psychospołeczna adaptacja do utraty słuchu

Na podstawie wypełnionego przez A.K. kwestionariusza KRP utworzony został profil (**rycina 5**) pokazujący nasilenie przejawianych przez nią reakcji przystosowawczych w momencie badania. W porównaniu do grupy odniesienia – osób z różnymi niepełnosprawnościami i poważnymi chorobami [34] – można uznać, że A.K. osiągnęła wysoki poziom przystosowania do życia z niepełnosprawnością nabytą (głuchotą postlingwalną). Przede wszystkim uzyskała wysoki poziom akceptacji przy jednocześnie niskim



Rycina 4. Jakość życia zależna od zdrowia – wyniki uzyskane przez A.K. w kwestionariuszu AQoL-8d na tle wyników osób z głuchotą postlingwalną korzystających z CI [22] (średnie)

Figure 4. Health-related quality of life – A.K. AQoL-8d questionnaire results compared to CI users with postlingual deafness [22] (mean values)



Rycina 5. Reakcje przystosowawcze – wyniki uzyskane przez A.K. w kwestionariuszu KRP na tle wyników osób z niepełnosprawnościami i poważnymi chorobami [34] (średnie)

Figure 5. Adaptive reactions – A.K. results in the KRP questionnaire compared to persons with disabilities and severe diseases [34] (mean values)

nasileniu obecności innych reakcji występujących w odpowiedzi na utratę sprawności, takich jak: niepokój i zaprzeczenie, a w dalszej kolejności – szok, depresja, uwewnętrzniony gniew i wrogość.

Dyskusja

W artykule wieloaspektowo omówiono rolę implantu ślimakowego w kontekście jakości życia 88-letniej kobiety z głuchotą postlingwalną postępującą, nabytą po 60 roku życia. Zebrane informacje z zastosowaniem metod jakościowych (wywiad swobodny o częściowej strukturze)

i ilościowych (kwestionariusze oraz dane dotyczące percepcji słuchowej) stanowią uwiarygodnienie efektywności implantacji ślimakowej pacjentów z tej grupy wiekowej, a także pokazują znaczenie wsparcia społecznego, zwłaszcza pochodzącego od najbliższej rodziny.

A.K. otrzymała implant ślimakowy w wieku 78 lat, następnie przeszła rehabilitację słuchu i mowy, w której nadal aktywnie bierze udział. Jak pokazują wyniki audiometrii słownej, w czasie korzystania z aparatu słuchowego i implantu ślimakowego osiąga rozumienie mowy w ciszy na poziomie 90%, natomiast w szumie – 70%. Wyniki te znajdują odzwierciedlenie w jej subiektywnej wysokiej ocenie korzyści z obu protez zarówno w zakresie percepcji słuchowej, jak i sferze psychologicznej i społecznej, dokonanej w kwestionariuszu NCIQ. Wysoka efektywność implantacji ślimakowej, także u osób powyżej 70. roku życia, znajduje potwierdzenie w piśmiennictwie [27–29]. Rezultaty A.K. okazały się znacząco lepsze niż osób z grupy odniesienia – użytkowników CI z postlingwalną obustronną głuchotą [22], a także z częściową głuchotą [36]. Można sądzić, iż ma to związek z jej psychospołecznym funkcjonowaniem, w tym wysokim poziomem akceptacji utraty słuchu i przystosowania, a także, co wynika z danych z wywiadu, z dużą aktywnością życiową i wsparciem społecznym ze strony najbliższej rodziny i przyjaciół. A.K. docenia też możliwość bycia w relacji z innymi osobami znajdującymi się w podobnej sytuacji – po utracie słuchu w różnym stopniu i korzystających z CI („Bo to jest takie same środowisko jak ja, to jest nam wszystkim bardzo fajnie! [podczas spotkań grupowych rehabilitacyjnych – przyp. aut.]”). Należy także podkreślić, że na pozytywne rezultaty, zwłaszcza w zakresie percepcji słuchowej dźwięków otoczenia i mowy, niewątpliwie ma wpływ fakt, że w lepszym uchu poziom słyszenia – jak pokazują wyniki audiometrii tonalnej – odpowiada umiarkowanemu stopniowi ubytku słuchu. Zastanawia więc, dlaczego przy wysokiej ocenie korzyści odnoszonych z CI i aparatu słuchowego stosunkowo nisko A.K. oceniła satysfakcję z CI – zaledwie na około 60%. Przypuszczalnie jest to efekt niespełnionych oczekiwań, może także wiązać się z faktem, że użytkowany implant ma już wiele lat i pojawiają się różne niedogodności, o których A.K. mówi w wywiadzie.

Jakość życia ogólna zależna od zdrowia u A.K. pozostaje na poziomie przeciętnym i odpowiada średniej z grupy odniesienia – użytkowników CI z głuchotą postlingwalną. Otrzymany *Indeks Użyteczności Zdrowia* wynosi 0,66 [22]. Jak wynika z piśmiennictwa, dowiedziono, że istnieje związek między HRQoL a społecznym funkcjonowaniem ludzi oraz że utrata słuchu stanowi czynnik ryzyka obniżonej jakości życia, której przejawem jest też doświadczanie emocjonalnej

i społecznej samotności, zwłaszcza u osób w podeszłym wieku [37–39]. W porównaniu do grupy odniesienia A.K. niżej oceniła jakość życia w obszarze relacji społecznych i poczucia własnej wartości [22]. Można postawić hipotezę, że pomimo pozytywnych relacji z najbliższą rodziną i znajomymi, co prezentuje w materiale z wywiadu, odczuwa ona niedosyt w sferze społecznej, jednak aby to potwierdzić, należałoby przeprowadzić pogłębiony wywiad. Niewykluczone, że obecnie A.K. nie zaspokaja w stopniu oczekiwanym potrzeb, których realizacja wiąże się z kontaktami społecznymi, takimi jak np. bycie w związku z partnerem/ współmałżonkiem, ponieważ od wielu lat jest wdową, co może skutkować doświadczaniem emocjonalnej samotności. Należy również dodać, że zgodnie z doniesieniami z badań satysfakcja z relacji społecznych w populacji ogólnej spada po 50. roku życia [39]. Z kolei, obniżone nieco poczucie własnej wartości A.K. można powiązać nie tylko z doświadczaną utratą słuchu i jej konsekwencjami, lecz także z wiekiem – dowiedziono, że samoocena ulega obniżeniu od około 60. roku życia [40].

Z perspektywy psychologicznej jakość życia doświadczana przez osobę z nabytą niepełnosprawnością lub poważną chorobą wiąże się z procesem adaptacji do utraty sprawności, co dotyczy także utraty słuchu [14,15]. A.K., jak wynika z danych kwestionariuszowych i wywiadu, uzyskała wysoki poziom przystosowania do nabytej postlingwalnie głuchoty i jej konsekwencji. Podobnie – jak można sądzić – w znaczącym stopniu zaakceptowała sytuację utraty słuchu, o czym pośrednio świadczą wyniki kwestionariusza HRQoL oraz efektywność rehabilitacji po wszczepieniu implantu ślimakowego. Wymienione aspekty funkcjonowania osoby z głuchotą nabytą postlingwalnie i zaopatrzoną w CI są ze sobą wzajemnie powiązane, dlatego trudno jest wskazać, czy wysoki poziom osiągniętej przez A.K. jakości życia i przystosowania do życia z głuchotą jest rezultatem efektywnej rehabilitacji po zaopatrzeniu w CI, czy też wynika z osobistych zasobów A.K., takich jak m.in. aktywne radzenie sobie z sytuacją utraty słuchu, w tym także poszukiwanie pomocy, oraz wsparcie społeczne, szczególnie ze strony najbliższej rodziny.

Podsumowanie

Wnioski z danych jakościowych i ilościowych na temat znaczenia implantu ślimakowego dla doświadczanej jakości życia A.K. są w dużym stopniu zbieżne. Dokonana analiza wybranych aspektów jakości życia wskazuje, że implantacja ślimakowa jest wysoko efektywną metodą leczenia pacjentów w okresie późnej dorosłości ze stwierdzonym niedosłuchem. Potwierdza także ogromny wpływ uwarunkowań psychospołecznych, w tym wsparcia społecznego, na jakość życia z niepełnosprawnością słuchową.

Aneks

Wywiad z A.K., maj 2022 r.

Beata Poremska: Proszę powiedzieć parę słów o sobie: Czy pani jest na emeryturze czy na rencie? Gdzie pani mieszka? Jak się pani żyje?

A.K.: Jestem na emeryturze już od dosyć, dosyć dawna. Mieszkam w Warszawie, mam swoje własne mieszkanko (...)

i mieszkam prawie że w parku. A na tym piętrze mam piękny balkon. Wyjdę na balkon – to mieszkam w koronie drzew. I tak mam pięknie, bo zejść ze schodów, wyjdę z podwórka i już jestem w parku. I jak se kijki wezmę i tam pochodzę, no to jestem taka odnowiona i odświeżona. Wracam do domu trochę zmęczona, wypiję kawkę i jest fajnie.

B.P.: Czy pani mieszka sama, czy z dziećmi?

A.K.: Mieszkam sama, ale trzy ulice dalej mieszka syn z synową. Wspaniała żona, wspaniała synowa i jest nam wszystkim bardzo fajnie. Oni tam mają pewne problemy z dzieckiem. To ja tam się udzielałam, ile tylko mogę. Ale na początku, lat temu 15–16, to ja tam byłam niezwykle potrzebna. Musiałam tam dużo czasu spędzać i mieć dużo siły. Ale to już wszystko minęło i jest wszystko dobrze.

B.P.: Bo na tym polegają te relacje, przecież w rodzinie powinniśmy się wspierać.

A.K.: Trzeba pomagać rodzinie, że tak powiem. Nie żałuję tego, że ja dużo siły, dużo czasu i dużo energii oddałam swoim dzieciom i jest im... dobrze się im żyje. Ja jestem z tego powodu bardzo zadowolona.

B.P.: Od kiedy ma pani problem ze słuchem? Proszę opowiedzieć jak to było od początku.

A.K.: Zachorowałam na zatoki, poważnie, głowa boli, szumy. Najpierw laryngolog leczył mi te zatoki. Dostawałam zastrzyki w nos.

B.P.: To bardzo nieprzyjemne.

A.K.: Ach! To były takie duże igły z taką gentamycyną. Ja do każdego tego, to ja brałam około 17 zastrzyków z gentamycyny. To było i bolesne, i bardzo nieprzyjemne. No niby te zatoki zostały wyleczone. Ale po pewnym czasie zaczęłam tracić słuch w prawym uchu.

B.P.: W jakim pani była wieku?

A.K.: Jakies 63, 64 lata, tak to wtedy było. To było ponad 20 lat temu. To jeszcze medycyna nie była tak jak teraz.

B.P.: Gentamycyna zawsze była ototoksyczna.

A.K.: Ja zaczęłam szukać pomocy. Ale jeszcze w międzyczasie to ja mieszkałam w (nazwa). A syn się ożenił i mieszkał tutaj (...). I mówił: „Mamo, przecież ty chorujesz, ja do ciebie nie będę przyjeżdżał, bo ja pracuję i w ogóle. Mieszkanko w (nazwa) zostało sprzedane, a kupione w Warszawie.

B.P.: Czy do swojego mieszkania przeprowadziła się pani już na emeryturze?

A.K.: Tak. Ale ja już tu mieszkam 24 lata i czuję się już warszawianką.

B.P.: To jest bardzo przyzwoity staż.

A.K.: No i jak zaczęłam głuchnąć, to zaczęłam szukać pomocy. To po tych różnych, wszystkich szpitalach, po wydziałach laryngologicznych – wszędzie szukałam pomocy. No wreszcie trafiłam tam, do laryngologa w szpitalu (nazwa). I on ze mną przeprowadzał taki szeroki wywiad. On taki dokładny wywiad ze mną przeprowadził. I on mówił tak: „Proszę pani, pani traci słuch i będzie tracić, bo pani brała gentamycynę”. To powiedział, a gentamycyna... i już nie powiem, co on powiedział. To już było po wielu

latach. „I to jest właśnie ten problem, że ona nawet po 10 latach będzie pani szkodziła na uszy, na początku nie, ale przyjdzie czas, że się głuchnie”. No i to tak się stało. I ja zaczęłam szukać pomocy, najpierw aparat, później implant, no i jakoś to leci.

B.P.: Jak pani zareagowała na postępującą utratę słuchu?

A.K.: Było mi z tym bardzo źle, bardzo źle! Ja się podłamywałam. Ale dzieci mówiły: „Mamo, tyle ludzi chodzi głuchych, szukaj pomocy, szukaj, gdzie ci się uda”. No to aparat. To ja pamiętam aparat słuchowy – pierwszy to ja kupiłam sobie na Krakowskim Przedmieściu. To tylko była jedna instytucja, która miała aparaty słuchowe. I ja miałam ten aparat słuchowy sprowadzony z bardzo daleka. No i ten aparat słuchowy bardzo mi pomógł. Ja jakoś odzyskałam pewność siebie. No, ale to prawie [ucho] ciągle głuchło.

B.P.: Jak reagowali pani bliscy na pani utratę słuchu? Mieszkała pani sama, mąż już wtedy nie żył?

A.K.: Tak, już sama mieszkałam. Syn mnie zachęcał: „Jak masz trochę czasu i masz możliwości gdzieś się coś tam dowiedzieć, śledź, szukaj, szukaj pomocy! Nie bądź bierna! Próbuj gdzieś coś sobie ulepszyć, pomóc. Spróbuj!”. No i tak przypadkiem, ja lubię bardzo radio, od małego dziecka radio było moim ulubionym medium, ja posłuchałam w radio profesora Skarżyńskiego, jak on zachęcał najpierw, bo to jeszcze nie było popularne wtedy. Raz tak po ósmej prof. Skarżyński opowiadał o tym, co tam się dzieje i za parę dni znowu usłyszałam, za parę dni znowu. No to ja mówię do dzieci: „Jest taka sprawa”. Ale ja się dowiadywałam, jeszcze tak: było takie czasopismo „Zdrowie” w aptece. Ciągle je brałam, a pani aptekarka wiedziała, że taka pani, paniusia przychodzi, to mi tam zostawiała. I w jednym z tych czasopism było opisane wszystko o tych Kajetanach i o tym, co się tam dzieje. Ale tam było głównie pod kątem przyjmowania małych dzieci i młodych ludzi. Ja to przeczytałam i się trochę zasmuciłam. Bo myślę sobie: „Mój ty Boże, jestem emerytką, nie pracuję, kto mi tam będzie takie koszta szalone robił? Nie wezmą mnie!!!”. A syn mówił tak: „A co ci to szkodzi spróbować?”.

B.P.: Czyli motywował panią syn (śmiej A.K.). Kto był dla pani źródłem wsparcia w związku z głuchotą w tym czasie? Czy pani miała je w sobie?

A.K.: Ja miałam w sobie. Mnie nie musiał nikt wspierać. Ja szukałam czegoś, żeby mi to wszystko ułatwiało życie. Ja sama to robiłam.

B.P.: Jak radziła sobie pani w różnych sytuacjach, w których potrzebny jest słuch? Proszę podać przykłady.

A.K.: Jak ja sobie radziłam? Tak za bardzo to ja się nie przyznawałam, że jestem „taka głucha” (śmiej). Trochę mnie to krępowało, czasem poprosiłam: „Proszę trochę głośniej, proszę wolniej i wyraźniej mówić”, a później, jak się z tym oswoiłam, to mówiłam: „Proszę pani, ja mam mały problem ze słuchem, proszę do mnie głośniej mówić”.

B.P.: W dużej mierze odczytywała pani mowę z ust. Czy jednak nie?

A.K.: Na początku to nie, bo ja miałam na początku to ucho – ono było dużo lepsze – to nie musiałam. No, ale z czasem, to niestety!

B.P.: Trochę się pani tym wspierała.

A.K.: Teraz to już bardzo dużo muszę patrzeć muszę.

B.P.: A jak to było z operacją? Kiedy się odbyła? Jak to się stało, że pani trafiła do Kajetan?

A.K.: Jak ja o tym wszystkim usłyszałam, przeczytałam i mówię do moich dzieci: „Słuchajcie! Jest taka sytuacja, są takie Kajetany, jest taki profesor Skarżyński, tam się różne rzeczy dzieją i tam naprawiają głuchych!” (śmiech). „O, to ty idź, czym prędzej!”. Syn mnie zawiózł samochodem tam. I tak: idziemy tą ścieżką i są te ślimaki. Syn mówi: „Zobacz, ty będziesz miała to wszystko naprawione!” (śmiech B.P. i A.K.). No i tam wywiady ze mną były. Najpierw to...

B.P.: Diagnostyka, tak?

A.K.: Tak, tak. Ale ja (nie) byłam ciągle pewna, bo jak ja tam weszłam i zobaczyłam: młody człowiek, małe dziecko, większe dzieci, młodzi ludzie! A ja jedna stara baba, taka tam. Mówię: „E, tam. Ja nie mam tu szans”. „No to cię odrzuca. Co się będziesz, no... , ale próbuj!”

B.P.: Motywował...

A.K.: I okazało się, że ja tam została. Ale ja nic nie wiedziałam. Tylko po tych wszystkich, różnych wywiadach i po tych badaniach. No to jedziemy do domu. Nic nie wiem, czy będę, czy nie będę?! Po pewnym czasie, po jakiś 2 czy 3 tygodniach syn dzwoni: „Mama, przychodź do mnie czym prędzej, mam dla ciebie coś ważnego ci powiedzieć”. No to ja pędem poleciałam. „Słuchaj, ty jesteś przyjęta do Kajetan na wszczęcie implantu”. Ja stanęłam i w płacz.

B.P.: Ze szczęścia? Z przejęcia?

A.K.: Z przejęcia (śmiech). Ja się rozplakałam, synowa patrzy: „Co mamuśka płacze?!” (śmiech B.P. i A.K.). To było dla mnie wielką niespodzianką. Ja naprawdę się nie spodziewałam, że ja w takim wieku dostanę!!! A oni tak nie patrzyli na wiek. No więc, właśnie. Naprawdę to było dla mnie ogromne zaskoczenie. A ja z tego zaskoczenia rozplakałam się!

B.P.: Bo to są emocje...

A.K.: Poza tym jak się tak czeka, czeka bardzo, to człowiek jeszcze nie myśli o tych różnych konsultacjach.

B.P.: Czy pamięta pani swoje pierwsze dni z implantem ślimakowym. Już jak został wszczępiony i był podłączony procesor mowy?

A.K.: To troszkę jest dłuższa historia.

B.P.: Proszę opowiedzieć.

A.K.: Moje pierwsze wszczępienie implantu ślimakowego – to się nie udało.

B.P.: Nie wiedziałam o tym!

A.K.: (...) Przeczekałam ten czas, który trzeba było, do Kajetan na kontrolę. Kontrola – ja nic nie słyszę! Nie chcę uwierzyć (...). I ja miałam po raz drugi operację. A po tej drugiej operacji to zaraz wszystko dobrze szło już. I to tak było. A później chodziłam na rehabilitację, a później trafiłam do pani Beaty. A jak ja trafiłam do pani Beaty, to mi się zdawało, że ja do nieba weszłam! (śmiech).

B.P.: A jakie było pani pierwsze wrażenie słuchowe, kiedy zadziałał procesor mowy?

A.K.: W pierwszym takim odczuciu – to pewne zdziwienie. O, słyszę! Nie bardzo wyraźnie, ale jednak słyszę! Takie niskie dźwięki – słabo słyszę. Do tej pory słabiej słyszę niskie dźwięki. Ale muzykę! O, Jezu! Słyszę muzykę dobrze i to było piękne!!! (śmiech).

B.P.: To właśnie wielka radość i frajda, że to urządzenie działa.

A.K.: Ja nie wiem! To w ogóle człowiek jak jest w pełni zawsze sprawny, to nie docenia tych różnych wspaniałych teraz wynalazków, które ułatwiają, poprawiają samoobsługę i poprawiają człowiekowi nastrój i w ogóle. To teraz ta medycyna jest cudowną sprawą.

B.P.: To prawda.

A.K.: Mój ojciec miał taki zawód, że on też prawie stracił słuch. I pierwszy... myśmy kupili mojemu tacie aparat. Były jakieś takie aparaty słuchowe i to się nosiło w kieszeni.

B.P.: To były aparaty pudełkowe.

A.K.: Ale mój tata nie mógł się do tego przyzwyczaić.

B.P.: Bo to już zupełnie inny komfort odbioru.

A.K.: E tam. On był ruchliwy, to mu wypadło, zginęło, nie ma.

B.P.: Pierwsze implanty ślimakowe też miały procesory pudełkowe, dopiero potem się pojawiły te zauszne, które przypominają aparat słuchowy. A jakie teraz napotyka pani problemy w codziennym życiu, które mają związek z pani głuchotą? Proszę przypomnieć to, co mi pani opowiadała, np. o czasie pandemii i komunikowaniu się w maseczkach.

A.K.: Powiem tak. Wiek jednak ma takie swoje rozmaite przywary. W pewnym momencie, procencie traci się i słuch, i wzrok. No, niestety, jak się ma tyle lat co ja. Choćbym nie miała tego, to i tak bym gorzej..., bo ja widzę po moich koleżankach – one nic nie mają – „wszystko dobrze”, ale i tak nadstawiają ucha.

B.P.: No tak, bo słuch się z wiekiem pogarsza.

A.K.: O co tam głównie chodziło?

B.P.: Jakie problemy obecnie pani napotyka w życiu codziennym?

A.K.: Te maseczki dla mnie i te izolacje za tym grubym szkłem – to dla mnie bardzo trudne, bardzo trudne to. Ja tam czasem korzystam czy z różnych... Czy w aptece, czy na poczcie, czy w banku, czy chodzę na rehabilitację, to nieraz proszę: „Proszę zdjąć maseczkę, ja muszę patrzeć na pani usta, żebym wiedziała, co pani do mnie mówi”. Niektórzy, owszem, zsunie [maseczkę] i się komunikujemy, i ja wtedy wszystko wiem. A niektórzy: „O nie, nie, nie” i to jest wtedy kłopot, ja odchodzę „niezałatwiona”.

B.P.: Co chciałaby pani poradzić innym osobom, które są teraz w podobnej sytuacji, czyli doświadczają stopniowej utraty słuchu?

A.K.: Niech się nie załamują, niech szukają pomocy wszędzie, gdzie tylko się uda. Szukać – tu nie ma, to idę pytam dalej, tu nie ma, to idę, jeszcze się dowiem, tu zapytam, tam się dowiem. Temu lekarzowi powiem, a może on coś wie i powie. Szukać pomocy – nie być biernym, nie czekać, samo się nie stanie. Trzeba to wszystko wypracować i znaleźć. Postarać się. A teraz medycyna poszła tak do przodu, że w wielu rzeczach można sobie coś ułatwić.

B.P.: Nie zapytałam jeszcze o pani zawód, o pani wykształcenie?

A.K.: Byłam nauczycielką, mam wyższe wykształcenie pedagogiczne, ale to było już tak dawno. Moja córka po mnie wzięła swój fach. Mówi: „Mamuśka, ty jakbyś teraz przyszła do szkoły, tobyś w życiu, w życiu byś nie poznała, jaka jest teraz szkoła, a jaka była dawniej”. Proszę pani, dawniej to autorytet nauczyciela coś znaczył i ten nauczyciel starał się pracować dobrze, to i rodzice to doceniali i rodzice to wiedzieli. Miałam to szczęście – wiecznie się doksztalałam i doksztalałam. Ja jakieś te sukcesy w pracy [miałam]. Chociaż zawód nauczycielski to jest taki trochę... nie ma awansów! No, ale ja jakieś te awanse miałam: nagrodę ministra dostałam, jakieś te pół etatu w szkole.

B.P.: Doceniali pani pracę.

A.K.: Bo ja ciągle lubiłam się uczyć i to moje władze oświatowe wiedziały: „Ona to się ciągle uczy, ciągle czegoś się nowego dowiaduje”.

B.P.: Myślę, że pani powodzenie w rehabilitacji słuchowej jest także związane z tym, że pani jest ciągle ciekawa nowych wrażeń słuchowych, nowych ćwiczeń – pani je wszystkie chętnie podejmuje. Jak pytałam, co by pani poradziła innym osobom, to przypomniła mi się sytuacja, która miała miejsce u nas na zajęciach rehabilitacji słuchowej, z E.M., któremu pani wierciła dziurę w brzuchu, żeby zaczął korzystać też z aparatu słuchowego, a nie tylko z procesora mowy. Miała pani świadomość, że obustronne słyszenie, nawet jeśli nie jest wystarczające, żeby mieć dużą korzyść, to jednak daje orientację.

A.K.: Mój procesor już jest taki jak staruszek – taki jak i ja. Mój syn mówi: „Nie martw się – jesteś w systemie (śmiech) na 2026 rok”. Jak doczekam, to pojadę. [Procesor mowy] jest już staruszek, ale powiem szczerze, mnie on wystarcza.

Jest jak jest, a nie pracuję zawodowo. Już takie latka mam, że trochę dzieci mówią: „Daj se spokój!”.

B.P.: Tak, ale pani z aparatu słuchowego też korzysta.

A.K.: Mimo pewnych trudności, ale obustronnie jest korzyść.

B.P.: No właśnie.

A.K.: Na przykład dzieci się nie boją, że wpadnę pod samochód.

B.P.: Bo pani usłyszysz z obu stron.

A.K.: Tu słyszę, tu słyszę, lepiej, gorzej, ale ja tu słyszę, kroki za sobą ja słyszę. Także to jest...

B.P.: Taki poziom socjalny, jeśli chodzi o słyszenie stereo, prawda?

A.K.: Tak. Muzyczki posłucham. Ja to radio mam na dwa programy ustawione: TOK FM... O, to ja tam wszystko wiem. Stara osoba jestem, ale ja lubię, co się na świecie dzieje.

B.P.: Ależ to właśnie cała pani! Pani jest zawsze ciekawa świata.

A.K.: A obok TOK FM to jest piękna muzyka filmowa, klasyczna muzyka filmowa. Znudzi mi się to, to troszeczkę przesunę tam i mam taką ładną muzykę, i ja ją słyszę, i to mnie bardzo cieszy!

B.P.: Tak...

A.K.: I jakoś mnie to zadowala.

B.P.: Czy jest jeszcze coś, co chciałaby pani dodać od siebie, a o co nie zapytałam?

A.K.: Co ja bym mogła jeszcze powiedzieć? Dobrze jest, jak dzieci podpierają trochę tych rodziców, którzy mają pewne problemy ze sprawnością, żeby zachęcały, żeby broń Boże, nie dołowały. Absolutnie! To jest dla mnie bardzo ważne. Bo jak dzieci moje są wykształcone, ja se myślę, przecież oni są mądrzejsi ode mnie. Bo przecież kiedy ja jakieś szkoły skończyłam, a kiedy oni. Oni dużo wiedzą, trzeba ich słuchać. To w dawnych czasach było: „Słuchaj ojca i matki!”. Nie! Słuchaj młodych, bo mają wykształcenie. I wydaje mi się, tacy rodzice, którzy mają różne niepełnosprawności, jak mają duże wsparcie od swoich dzieci czy wnuków nawet, to im się dużo łatwiej żyje, łatwiej im jest z tym wszystkim. A poza tym, to trzeba się starać samemu!

B.P.: I słusznie. Myślę, że zakończenie naszej rozmowy jest optymistyczne – że korzyść słuchowa jest, że pani ma grono przyjaciół, w którym funkcjonuje cały czas.

A.K.: Ale jak ja na tego Mochnackiego jadę, to żeby nie wiem co się działo, ja mam na Mochnackiego jechać! Dzieci mówią: „O, jedź, jedź!”. I jak wracam i przyjadę [mówią]: „Widzę, że byłaś, bo się śmiejesz!”. Bo tam jest takie same środowisko jak ja, to jest nam wszystkim bardzo fajnie!

B.P.: Miło jest się spotkać z ludźmi. Raz, że wszyscy jesteście sympatyczni, a dwa, że to są osoby w podobnej sytuacji, rozumiecie się doskonale.

A.K.: Otóż to.

Piśmiennictwo

- Heszen-Niejodek I. Jakość życia w badaniach psychologicznych. *Śląskie Studia Teologiczno-Historyczne*, 1996; t. 29: 251–5.
- Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Difin; 2010.
- Rostkowska J, Wojewódzka B, Kobosko J, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H. Możliwości słuchowe dorosłych osób ogłuchłych zaopatrzonych w implant ślimakowy. *Now Audiofonol*, 2012; 1(1): 46–9.
- Kobosko J, Pankowska A, Olszewski Ł, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H. Subiektywna i obiektywna ocena korzyści z implantu ślimakowego u osób dorosłych z częściową głuchotą o początku prelingwalnym. *Now Audiofonol*, 2017; 6(4): 31–42.
- Kobosko J, Pankowska A, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H. Implant ślimakowy z perspektywy osób dorosłych z głuchotą prelingwalną – badanie jakościowe. *Now Audiofonol*, 2018; 7(3): 27–41.
- Magierska-Krzysztoń M. Wszczep ślimakowy dla pacjentów z głuchotą postlingwalną – szansa na poprawę jakości życia. *Studia Edukacyjne*, 2018; 48: 249–58.
- Zielińska E, Kobosko J, Pankowska A, Skarżyński H. Implant ślimakowy z perspektywy osób dorosłych z głuchotą postlingwalną – badanie jakościowe. *Now Audiofonol*, 2022; 11(1): 31–42.
- Szczepankowski B. *Wspomaganie rozwoju dziecka niesłyszącego. Audiofonologia pedagogiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego; 2009.
- Skarżyński H, Janczewski G, Niemczyk K, Geremek A, Kochanek K, Klasek O. Pierwszy wszczep ślimakowy w Polsce. *Otolaryngol Pol*, 1993; 47: 427–34.
- Dillon B, Pryce H. What makes someone choose cochlear implantation? An exploration of factors that inform patient decision making. *Int J Audiol*, 2020; 59(1): 24–32.
- Kobosko J. Psychologiczne aspekty rehabilitacji słuchu i mowy osób z częściową głuchotą korzystających z implantu ślimakowego od okresu dorosłości. W: *Warsztaty otocirurgiczne Window Approach Workshop*. Skarżyński H (red.). Warszawa: IFPS; 2020, s. 147–63.
- Du Feu M. *Deafened people*. Du Feu M, Chovaz C. Mental health and deafness. Oxford: Oxford University Press; 2014, s. 209–15.
- Kübler-Ross E. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina; 2007.
- Livneh H, Antonak RF. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a primer for counselors. *J Couns Dev*, 2005; 83(1): 2–20.
- Wolski P. *Utrata sprawności. Radzenie sobie z niepełnosprawnością nabytą a aktywizacja zawodowa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2010.
- Kobosko J, Piłka E, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H. Percepcja korzyści z implantu ślimakowego a radzenie sobie z utratą słuchu u osób dorosłych z głuchotą postlingwalną [referat konferencyjny]. XI Konferencja Sekcji Audiologicznej i Sekcji Foniatrycznej Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurków Głowy i Szyi, II Symposium „Wyzwania współczesnej protetyki słuchu”, 28–29 kwietnia 2016, Poznań.
- Hinderink JB, Krabbe PF, Van Den Broek P. Development and application of a health-related quality-of-life instrument for adults with cochlear implants: the Nijmegen Cochlear Implant Questionnaire. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2000; 123(6): 756–65.
- Szuchnik J, Skarżyński H, Świącicka A, Wojewódzka B, Michałowska E. Individual auditory skill profile as an original method of demonstrating auditory skill development. *Updates in Cochlear Implantation*, t. 57. Bazylea: Karger Publishers; 2000, s. 298–299.
- Skarżyński H. Wszczepy ślimakowe i pniowe. W: *Audiologia kliniczna – zarys*. Pruszewicz A, Obrębowski A (red.). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego; 2010, s. 567–78.
- Rostkowska J, Kobosko J, Wojewódzka B, Skarżyński H. Percepcja słuchowa mowy pacjentów ogłuchłych postlingwalnie zaopatrzonych w implant ślimakowy po 60. roku życia. *Otorynolaryngologia – przegląd kliniczny*, 2014; 13(2): 91–9.
- Sousa AFD, Couto MIV, Martinho-Carvalho AC. Quality of life and cochlear implant: results in adults with postlingual hearing loss. *Braz J Otorhinolaryngol*, 2018; 84(4): 494–9.
- Rostkowska J, Skarzynski PH, Kobosko J, Gos E, Skarzynski H. Health-related quality of life in adults with profound postlingual hearing loss before and after cochlear implantation. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2021; 278(9): 3393–9.
- Chung J, Chueng K, Shipp D, Friesen L, Chen JM, Nedzelski JM i wsp. Unilateral multichannel cochlear implantation results in significant improvement in quality of life. *Otol Neurotol*, 2012; 33: 566–71.
- Arnoldner C, Lin VY, Honeder C, Shipp D, Nedzelski J, Chen J. Ten-year health-related quality of life in cochlear implant recipients: prospective SF-36 data with SF-6D conversion. *Laryngoscope*, 2014; 124(1): 278–82.
- Contrera KJ, Betz J, Li L, Blake CR, Sung Y K, i wsp. Quality of life after intervention with a cochlear implant or hearing aid. *Laryngoscope*, 2016; 126(9): 2110–5.
- Hawthorne G, Hogan A, Giles E, Stewart M, Kethel L, White K i wsp. Evaluating the health-related quality of life effects of cochlear implants: a prospective study of an adult cochlear implant program. *Int J Audiol*, 2004; 43(4): 183–92.
- Knopke S, Gräbel S, Förster-Ruhrmann U, Mazurek B, Szczepek AJ, Olze H. Impact of cochlear implantation on quality of life and mental comorbidity in patients aged 80 years. *Laryngoscope*, 2016; 126(12): 2811–6.
- Völter C, Götze L, Haubitz I, Dazert S, Thomas JP. Benefits of cochlear implantation in middle-aged and older adults. *Clin Interv Aging*, 2020; 15: 1555–68.
- Andries E, Gilles A, Topsakal V, Vanderveken OM, Van de Heyning P, Van Rompaey V i wsp. Systematic review of quality of life assessments after cochlear implantation in older adults. *Audiol Neurotol*, 2021; 26(2): 61–75.

30. Kobosko J, Jedrzejczak WW, Pilka E, Pankowska A, Skarzynski H. Satisfaction with cochlear implants in postlingually deaf adults and its nonaudiological predictors: psychological distress, coping strategies, and self-esteem. *Ear Hear*, 2015; 36(5): 605–18.
31. Szutrowa T. Swobodne techniki diagnostyczne. Wywiad i obserwacja. W: Wywiad psychologiczny. 1. Wywiad jako postępowanie badawcze. Stemplewska-Żakowicz K, Krejtz K (red.). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1991/2005.
32. Hinderink JB, Krabbe PF, Van Den Broek P. Corrigendum. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2017; 156: 391.
33. Obrycka A, Padilla JL, Lorens A, Skarzynski PH, Skarzynski H. Validation of AQoL-8D: a health-related quality of life questionnaire for adult patients referred for otolaryngology. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol*, 2021; 279(2): 653–62.
34. Byra S, Kirenko J. Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych (KRP) – polska adaptacja Reactions to Impairment and Disability Inventory – RIDI H. Livneha i RF Antonaka. *Studia Edukacyjne*, 2016; 40: 229–60.
35. Kuczkowski J, Kochanek K. Metody badania słuchu. W: *Surdologopedia. Teoria i praktyka*. Muzyka-Furtak E (red.). Gdańsk: Harmonia Universalis; 2015, s. 32–43.
36. Kobosko J, Jedrzejczak WW, Barej A, Pankowska A, Geremek-Samsonowicz A, Skarzynski H. Cochlear implants in adults with partial deafness: subjective benefits but associated psychological distress. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2021; 278(5): 1387–94.
37. Weinstein B E, Sirow LW, Moser S. Relating hearing aid use to social and emotional loneliness in older adults. *Am J Audiol*, 2016; 25(1): 54–61.
38. Tan SS, Fierloos IN, Zhang X, Koppelaar E, Alhambra-Borras T, Rentoumis T i wsp. The association between loneliness and health related quality of life (HRQoL) among community-dwelling older citizens. *Int J Environ Res Public Health*, 2020; 17(2): 600.
39. Jedlińska A, Bienkowska KI. Utrata słuchu w wieku senioralnym – implikacje. *Praca Socjalna*, 2020; 34(6): 15–31.
40. Orth U. The lifespan development of self-esteem. W: *Personality development across the lifespan*. Specht J (red.). London: Elsevier; 2017, s. 181–95.