

BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon skape relasjon til pasienter som har nedsatt hørsel og innlagt på sykehus?

Kandidatnummer 12

Birgit Færøy

Bachelor i sykepleie/institutt for helse- og omsorgsvitenskap/Campus Førde

Veileder: Berit Tefre

Innleveringsdato: 14.12.18

Sammendrag

Tittel: Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon skape relasjon til pasienter som har nedsatt hørsel og innlagt på sykehus.

Bakgrunn for valg av tema: I praksis har jeg opplevd at det å skape relasjon gjennom samhandling med pasienter som har nedsatt hørsel kan være utfordrende. Det er ikke lett å formidle informasjonen, noe som generelt kan være utfordrende i en travel hverdag. Det å kommunisere er viktig for å skape en relasjon til pasienten.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon skape relasjon til pasienter som har nedsatt hørsel og innlagt på sykehus.

Metode: Oppgaven er skrevet med litteraturstudie som metode og er basert på faglitteratur, pensumlitteratur og forskningsetikker.

Oppsummering av funn og konklusjon: I denne litteraturstudien har jeg sett på hvordan jeg som sykepleier kan skape relasjon til pasienter med nedsatt hørsel. Personer som er syke- og pleietrengende har spesielt behov for at det blir tilrettelagt for kommunikasjonen og at sykepleiere har kunnskap om hva nedsatt hørsel innebærer. Når sykepleier er åpen for pasientens tilstand ved å sanse, se og tone seg inn i pasienten sin situasjon, har en utgangspunkt for å ta pasientens perspektiv.

Innhold

1. Innledning	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Problemstilling med avgrensning	3
1.3 Hvordan oppgaven skal løses	3
2. Metode.....	3
2.1 Litteraturstudie.....	4
2.2 Søkeprosessen etter forskning	4
2.3 Søkeprosessen etter annen litteratur	5
2.4 Kildekritikk.....	5
3. Teoridel	6
3.1.1 Øret og lyd	6
3.1.2 Hvem er pasienten med nedsatt hørsel?.....	6
3.2 Kommunikasjon og relasjon	7
3.2.1 Kommunikasjon.....	7
3.2.2 Relasjon	8
3.2.3 Pasientsikkerhet	8
3.3 Ikke teknisk tilrettelegging.	9
3.4 Etske og juridiske rammer	10
3.5 Presentasjon av primærartikler.	10
4. Drøfting	11
4.1.1 Hørsel og kommunikasjon	11
4.1.2 Pasientsikkerhet til pasienter med nedsatt hørsel.....	13
4.1.3 Ikke teknisk tilrettelegging.....	14
5. Konklusjon.....	15
Bibliografi	17
Vedlegg 1.....	19
Vedlegg 2.....	20

1. Innledning

Ifølge Hørselshemmedes landsforbund er det rundt 14,5% av Norges befolkning som har nedsatt hørsel i dag. Det er antatt at det vil være rundt en million personer med nedsatt hørsel i 2020 (HLF - Hørselshemmedes landsforbund, u.d.).

Å ha nedsatt hørsel er noe som kan påvirke hverdagen i stor grad, enten som sosial isolasjon, frafall fra utdanning eller arbeidsliv. Nedsatt hørsel påvirker muligheten til kommunikasjon. Å kommunisere i seg selv er utfordrende, det kan fort oppstå misforståelser. Ekstra utfordrende vil det være om hørselen er nedsatt.

For helsepersonell er det viktig at en har oppmerksomheten rettet mot hørsel og mulig hørselstap i møtet med pasienter slik at en kan sikre god kommunikasjon. Videre er det viktig å sørge for at pasienten blir møtt med forståelse. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere forteller om grunnlaget for sykepleie. Som sykepleier skal en møte pasienten med respekt og ivareta pasientens verdighet og integritet (Norsk sykepleierforbund, 2016). Pasienter med nedsatt hørsel ønsker også at møte med helsepersonell skal være et likeverdig mellommenneskelig forhold selv om det er sykepleieren som innehar definert autoritet i kraft av sin stilling. Som sykepleier er det viktig å sørge for at pasienten i dialogen blir møtt med forståelse og respekt, som fagperson skal en gi informasjon, veiledning og støtte (Williams, 2018, ss. 22-23).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I praksis har jeg opplevd at det å skape relasjon gjennom samhandling med pasienter som har nedsatt hørsel kan være utfordrende. Det er ikke lett å formidle informasjonen, noe som generelt kan være utfordrende i en travel hverdag. Det å kommunisere er viktig for å skape en relasjon til pasienten. Å ha nedsatt hørsel er en funksjonshemming som påvirker hvor tilgjengelig informasjonen er. Ved innleggelse på sykehus er det mye informasjon som blir formidlet og gjerne fra flere aktører, avhengig av sykdomsbildet til pasienten. Det er for alle en utfordring å motta og å tolke informasjon som blir gitt på for eksempel sykehus knyttet til sitt eget sykdomsbilde og enda vanskeligere kan det være for en pasient med nedsatt hørsel (Helsedepartementet Sosialdepartementet, 2002, s. 9).

Jeg ønsker å se nærmere på hvordan jeg som sykepleier lettere kan skape relasjon til pasienter som har nedsatt hørsel. Jeg tenker at møte med pasienter som hører dårlig kan være en barriere for relasjonen og kommunikasjonen, det krever også mer energi og tid både fra meg som sykepleier, og for pasienten med nedsatt hørsel.

1.2 Problemstilling med avgrensning

Problemstilling «Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon skape relasjon til pasienter som har nedsatt hørsel og innlagt på sykehus»

Jeg har valgt pasientgruppen voksne i yrkesaktiv alder, at de har norsk som førstespråk, og at de bruker norsk som sitt språk.

Denne presiseringen er viktig fordi mange med nedsatt hørsel som har norsk som førstespråk velger å bruke tegnspråk som sitt språk, eller at mange i denne gruppen også har tegnspråk som sitt førstespråk. Årsaken til at jeg ønsker pasientgruppen med norsk som førstespråk er fordi at jeg tenker at pasienter som har tegnspråk som første språk vil ha en annen tilnærming enn de med norsk som førstespråk.

1.3 Hvordan oppgaven skal løses

Metoden som er valgt i oppgaven beskrives under metodekapittelet. I teorikapitlet velger jeg å trekke frem teorier som jeg opplever er relevant for problemstillingen. Der vil jeg også beskrive forskningsgrunnlaget med resultater og funn knyttet til disse. Videre velger jeg å drøfte teorien, forskningen og erfaringene knyttet til problemstillingen under en drøftingsdel. Og til slutt i oppgaven kommer konklusjon.

2. Metode

Metode er et redskap som en kan bruke for å innhente data som en kan bruke for å løse et problem, eller for å tilegne seg ny kunnskap. Alle midler som en kan bruke for et slik formål blir sett som en del av verktøyet av metoder (Dalland, 2017, ss. 51-53).

Tematikken som jeg har valgt er det lite forskning på, spesielt knyttet til voksne med nedsatt hørsel som er innlagt på sykehus. Jeg fant en studie som konkluderer med at det er gjort lite eller ingen forskning på hvordan pasienter opplever kommunikasjonsproblemene på sykehus (Sirch, Salvador, & Palese, 2017). Det er derimot gjort noen flere studier som ser på sykepleieperspektivet knyttet til kommunikasjon med pasienter med nedsatt hørsel samt døve pasienter der tegnspråk er en viktig del av tilnærmingen.

Jeg har også tatt i betraktning at studiene jeg har valgt ut er gjort i andre land, som kan ha en annen kulturnærming enn i Norge. Resultatene i oppgaven drøftes i lys av oppgavens valgte fokus,

teoretiske perspektiver og funn fra vitenskapelige artikler, derfor blir metoden som er brukt i oppgaven en litteraturstudie.

2.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven bruker jeg litteraturstudie som metode. Jeg har valgt denne metoden fordi det er en god metodikk til å tilegne og å samle inn aktuelle data som er relevant for min problemstilling som også er faglig forankret. Det er viktig at en i en litterær studie gjør rede for valg av litteratur i og med at denne metoden baserer seg på allerede eksisterende kunnskap (Dalland, 2017, ss. 52-53).

2.2 Søkeprosessen etter forskning

For å finne relevant forskning til problemstillingen min, startet jeg å lete frem relevante ord fra problemstillingen som; nedsatt hørsel, sykepleie, kommunikasjon, relasjon. Videre brukte jeg SveMed+ for å lete opp andre ord som er relevante synonym ord og for å finne engelske ord. Ord som jeg videre fant da er ord som; deaf, hearing loss, hearing disorders, nursing, nursing care, communication, relation og trust. Søkeperioden varte fra 8.10.18 – 30.11.18.

Dermed gikk jeg videre til og søke i databasen Academic Search Elite. Academic Search Elite består av flere databaser der du kan velge ut de mest relevante databasene ut i fra hva en ønsker å finne. På bakgrunn av at det er lite forskning på temaet rundt kommunikasjon til personer med nedsatt hørsel, har jeg valgt og bruke alle databasene for å finne flere søk knyttet til problemstillingen. Når jeg da søkte på ordene som jeg har funnet gav søkene; «deaf, OR hearing loss OR hearing disorders» – 40,820 treff «Nursing OR Nursing care» - 357,465 treff, «communication» - 1,281,272 treff, «trust» – 240,253 treff, «relations» – 1,133,982 treff og «health insitution OR Hospital» som gav 9,206 treff.

Videre kombinerte jeg søkeordene; Deaf OR hearing loss OR hearing disorders AND Nursing OR nursing care AND Communication AND relations AND Hospital som gav 55 treff, under dette søket fant jeg studien «Communication difficulties experienced by deaf male patients during their in-hospital stay: findings from a qualitative descriptive study».

Ved kombinasjon av søkeordene «Deaf OR hearing loss OR hearing disorders AND Nursing OR nursing care AND Communication» og avgrensa søket fra 2013 – 2018 som gav 85 treff, under dette

søket fant jeg studien «Nursing students' knowledge of and performance in communicating with patients with hearing impairment» (Adib-Hajbaghery & Rezaei-Shahsavari, 2015).

Jeg har så brukt google scholar med søkeordene deaf, nurses, communication, health institutions. Ved det søket fant jeg studien «COMMUNICATION BETWEEN NURSES AND DEAF PEOPLE IN HEALTH INSTITUTION» (Ljubcic, Zubcic, & Sare, 2017).

2.3 Søkeprosessen etter annen litteratur

For å finne annen relevant litteratur startet jeg med å se over pensumlitteratur jeg har brukt gjennom studiet som kunne passe til temaet jeg har valgt. Bøker som jeg erfarte som relevant var «Menneskekroppen (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2014) der jeg kan finne teori knyttet til hvordan øret fungerer, og «Bære eller bryte» (Røkenes & Hanssen, 2012), som tar for seg kommunikasjon. Når det gjelder sykepleieteori bruker jeg Joyce Travelbee (Travelbee, 1999).

For å finne mere litteratur har jeg vært i dialog med «Regionalt senter for hørsel og psykisk helse». De anbefalte boka «Uten hørsel?» (Grønlie, 2015).

Jeg har også vært i kontakt med HLF Briskeby FoU som kunne anbefale boken «Hørselstap stress og mestring» (Williams, 2018).

Jeg har vært konsekvent med kildebruken og brukt kildekompasset.no/referansestiler/apa-6th.aspx (APA 6th, 2018) som veiledning til APA 6th.

2.4 Kildekritikk

For å vurdere om studier og kilder er relevant for et tema eller problemstilling nytter en kildekritikk, en prosess for å kvalitetssikre litteraturen en nytter (Dalland, 2017, ss. 152-153). Jeg har nyttet forskning og pensumlitteratur som ikke er eldre enn 10 år, som gjør at datasamlingen deres fremdeles relevant. Selv om studiene jeg har valgt ikke er gjort i Norge er de gjort i Europa, noe som gjør at vi kan sammenligne deres studier med hvordan helsevesenet er i Norge. I og med at det ikke er gjort så mye forskning på tematikken jeg har valgt, har det vært utfordrende å finne studier som kan styrke problemstillingen og oppgaven. Studiene er skrevet på engelsk noe som fremstiller den mer internasjonal, dette er en styrke for oppgaven. I og med at studiene er på et annet språk enn norsk, kan det oppstå misforståelser og feiltolkninger i oversettingen fra engelsk til norsk.

3. Teoridel

3.1.1 Øret og lyd

Hørsel er når lydbølger treffer det ytre øret og inn i øregangen til trommehinnen som bli satt i bevegelse slik at den vibrerer og sender videre signal til sneglehuset. Sneglehuset har små hårceller som blir satt i bevegelse. Når de blir satt i bevegelse vil det bli sendt signal til hørselsnerven og så videre til hjernen som tolker lyd (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2014).

For å finne ut om en person har nedsatt hørsel brukes det et audiogram. Audiogram er et verktøy som blir brukt for å måle hvor høy lyden må være for at en person kan høre den. Lyd måles i Hertz (Hz) som er antall lydsvingninger per sekund. Jo tettere lydsvingninger per sekund, jo lysere er lyden. For å finne ut hvor høy lyden er, så måler en desibel (dB). Desibel er hvor høyt trykket må være for at en person kan høre lyden. Det måles fra -10 – 140 dB (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2014)

En person som har normal hørsel kan høre lyder som har et lydtrykk mellom -10 – 25 dB på et audiogram. Skårer en person lavere en 25 dB vil det si at personen har en hørselsnedsettelse, se vedlegg 1 for å se grader av hørselstap i audiogram/desibel og hertz (Williams, 2018).

Det er ulike former for hørselsnedsettelse. Jeg har i denne oppgaven tatt utgangspunkt i pasienter med et nevrologisk hørselsnedsettelse, det vil si at det er det indre øret eller hørselsnerven som er skadet (audiografen.no, u.d.). Videre har jeg fokusert på pasienter med disse hørselsnedsettingene:

«Diskanttap», som vil si at personen har vanskelig for å høre de lyse lydene og vanskelig for å skille de ustemte konsonantene fra hverandre. «Bassengtap», som vil si at personen har vanskelig for å høre mellomtonene og kan få utfordringer med å oppfatte tale. Så har en «basstap» som vil si at de dype tonene er redusert og det blir vanskelig å oppfatte omgivelseslyder. Til slutt har en det en kaller «flatt tap» som vil si at hørselen er like mye nedsatt i alle frekvensområder. Hva denne personen oppfatter av lyd er avhengig av hvor stort hørselstapet er, se vedlegg 2 som viser hvordan et diskanttap kan se ut og hvor «lydbokstavene» ligger i et audiogram (Hørselshemmedes landsfobund, u.d.).

3.1.2 Hvem er pasienten med nedsatt hørsel?

De personene som har nedsatt hørsel kan i mange sammenhenger betegnes som sosialt døve. Sosialt døve vil i praksis si at de kan høre i de sammenhenger der det er tilrettelagt med gode lytteforhold som gjør det mulig at en kan ha en til en-kontakt og at personen kan støtte seg på å munnavlese i tillegg. Er samtalen i et rom hvor det ikke er gode lytteforhold som for eksempel i en pasient kantine eller et firmansrom der det er flere pasienter på rommet, kan den som har nedsatt hørsel få

vanskelig for å skille lydene fra hverandre, å oppfatte hvem som snakker, lyd fra tv eller radio og «klirrelyder» (Grønlie, 2015, ss. 25-27).

Personer som er syke- og pleietrengende har spesielt behov for at det blir tilrettelagt for kommunikasjonen og at sykepleiere har kunnskap om hva nedsatt hørsel innebærer. Når sykepleier er åpen for pasientens tilstand ved å sanse, se og tone seg inn i pasienten sin situasjon, har en utgangspunkt for å ta pasientens perspektiv (Travelbee, 1999). Det kan være ubehagelig for en pasient med nedsatt hørsel når kommunikasjonen ikke strekker til. Det kan oppleves som utrygt at pasienten ikke oppfatter hva som skjer og heller ikke oppfatter forklaringene underveis. Samtidig kan det være naturlig at pasienten opplever mistillit og avstand mellom sykepleier og pasient dersom pasienten ikke blir sett eller hørt. I den situasjonen vil det kunne være vanskelig å skape en god relasjon, basert ut i fra at en viktig del av relasjonen er kommunikasjon (Grønlie, 2015, s. 28).

«Hørselstap er en funksjonshemming som skader menneskets tilgang til de hørendes språklige miljø, deres kommunikative rom. Dette betyr at den hørselshemmedes betingelser for deltakelse er annerledes og mer besværlige enn de hørendes» (Grønlie, 2015).

3.2 Kommunikasjon og relasjon

3.2.1 Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare* som betyr å gjøre felles, være delaktiv og har forbindelse med (Eide & Eide, 2017, s. 17).

Kommunikasjon er noe som oppstår umiddelbart i kontakt med andre mennesker. Kommunikasjon er en prosess der en ønsker og formidle et budskap, der en skaper menneske til menneske forhold. Kommunikasjon oppstår når en har samtale med en annen person, men også når en er taus. Verbal og non – verbal kommunikasjon, der non – verbal kommunikasjon kan være utseende, atferd, holdning, ansiktuttrykk, manerer og gester (Travelbee, 1999, ss. 135-139).

Det er viktig i et yrke som sykepleier at kommunikasjonen er personorientert. Det vil si at en kan se pasienten som en hel person, som har egne verdier, resurser, muligheter og har egne tanker rundt sin livssituasjon, egne prioriteringer og individuelle ønsker rundt egen helse og livssituasjon (Eide & Eide, 2017, s. 17).

Personorientert kommunikasjon består av fire grunnelement som er;

- Å anerkjenne pasientens perspektiv

- Å forstå pasientens psykososiale kontekst
- Å nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier
- Å dele makt, der vil si å stimulere pasienten til å utøve selvbestemmelse og ta kontroll over egen situasjon der er mulig (Eide & Eide, 2017, s. 17)

Når en kommuniserer med hverandre utveksles informasjon om hverandre og situasjonen personene befinner seg i. Personer som har nedsatt hørsel mister ofte informasjon som blir gitt i omgivelser der lyd er sentralt for informasjonen. Mange personer med nedsatt hørsel opplever at de «stopper opp» i utvikling faglig og lønnsmessig. Mindreverdighetsfølelse kommer ofte sammen med nedsatt hørsel på grunn av at en ikke får tilstrekkelig informasjon slik at en opplever at en kan fungere i hverdagen med «hverdagslige krav» (Grønlie, 2015, s. 145).

3.2.2 Relasjon

Relasjon stammer fra det latinske ordet *relatio* og betyr at «én gjenstand står i forbindelse med en annen» (Eide & Eide, 2017, s. 17). Relasjon betyr ofte mer for pasientene enn hva handlinger og ord. For å skape en god relasjon er det noen komponenter som må være tilstede. Komponentene er at en som sykepleier har en situasjonsforståelse, er observant på kulturell sensitivitet, har selvinnsett og har en empatisk holdning. Pasienter som er innlagt på sykehus er sårbare. Som sykepleier kan en påvirke pasientens selvfølelse. En kan få pasienten til å føle seg mindreverdige, redd, dum, lidende eller avvist. Det er viktig at det er tid og rom for å unngå at dette skjer samt at det er viktig at pasienten får tillit og blir vist respekt for slik at relasjonen mellom pasient og sykepleier blir god. Det er grunnleggende at sykepleieren tenker over sine holdninger og hvordan en fremstår ovenfor pasienten. Å kunne sette seg i en annens situasjon og ha empati er en viktig faktor i sin egen relasjonskompetanse. Empati betyr at en har medfølelse og at en setter seg inn i pasientens subjektive opplevelse (Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 178-185). Jeg ønsker også i denne sammenhengen å trekke frem aktiv lytting som en metode for å skape relasjon. Aktiv lytting der en også er bevisst på at en kommuniserer gjennom kroppsspråk, stiller spørsmål, kommenterer og svarer personen en kommuniserer med. En setter seg inn i og reflekterer over pasientens livssituasjon og er aktive i tilbakemeldingene til pasienten (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 268).

3.2.3 Pasientsikkerhet

I stortingsmeldingen Kvalitet og pasientsikkerhet (Helse og omsorgsdepartement, 2016) kommer det frem at Norge skårer lavere enn gjennomsnittet sammenliknet med andre land på disse områdene;

kommunikasjon, brukermedvirkning og konsultasjonstid. Det er viktig at en har god tid til pasientene og gir god informasjon, slik at de opplever at de er involverte i beslutningene som blir gjort knyttet til deres egen helse. Helsetjenesten skal møte pasientene med likeverd og som en samarbeidspartner der en ser pasientens helhetlige behov (Helse og omsorgsdepartement, 2016, ss. 13, 45).

Det er grunnleggende at en har god kunnskap om kommunikasjon når en er i kontakt med pasienter. Det å utvikle og å ha gode kommunikasjonsferdigheter kan styrke relasjonen til pasienten. Det kan være med på å styrke forståelsen for pasienten som person. Ved utilstrekkelig kommunikasjon kan en overse element som er viktig for pasienten og kan øke risikoen for profesjonelle feilvurderinger (Eide & Eide, 2017).

Det er viktig at en lytter aktivt til pasienten, er tilstede og kommuniserer klart og tydelig når en er i kontakt med pasienten. På denne måten kan en avdekke eventuelle risikoer knyttet til behandlingen og å ha en mulighet til å forebygge disse. Dette er også nødvendig med tanke på å ivareta pasientsikkerheten. Har en gode kommunikasjonsferdigheter og utvikler disse så er det med på å styrke pasientsikkerheten (Eide & Eide, 2017, ss. 118-119).

Som sykepleier har en et ansvar for å forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen som blir gitt til pasienten. Det kan være utfordrende når en møter pasienter med en annen språklig bakgrunn og kultur. I en slik situasjon er det viktig at en også ser på muligheten for å bruke kvalifisert tolk der kommunikasjon er en utfordring. Med tanke på personer med nedsatt hørsel kan det dreie seg om å benytte skrivevolk (Helse og omsorgsdepartement, 2016, s. 45).

3.3 Ikke teknisk tilrettelegging.

Tiltak for god kommunikasjon for å bygge relasjon handler ofte om tilrettelegging. Her har jeg valgt å se på tilrettelegging som ikke er av teknisk art. Det vil si at jeg ikke går inn på tilrettelegging som handler om hørselsforsterkende hjelpemidler.

Tegn som støtte til tale kan være en god måte å gjøre talen lettere oppfattelig for personer med nedsatt hørsel. Det er tegn som en legger til i talespråket eller tegn som støtte til munnnavlesning (TSS). Det gjelder gjerne personer som har norsk som førstespråk siden det å munnavlese et språk fordrer at vedkommende kan språket i utgangspunktet. Samtidig fordrer det at vedkommende med nedsatt hørsel har lært tegn som støtte til tale (Grønlie, 2015, ss. 58,144) (Berge & Raanes, 2008).

Tunghørte og døve er ofte avhengig av og se ansiktet til den de prater med når de kommuniserer. Det er dermed viktig at en ikke dekker til munnen når en snakker med pasienten. Årsaken til dette er at de sammen med muntlig kommunikasjon med lyd kan lettere høre det som blir sagt og kan

munnavlese det som blir sagt. Munnavlesning som hjelpemiddel er at pasienten med nedsatt hørsel observerer munnbevegelsene, med lepper, underkjeve og delvis fremste del av tungen til den de prater med. Det er kun ca. 1/3 del av språklydene som kan bli oppfattet ved munnavlesning, der konsonantene er de vanskeligste lydene å oppfatte og en ser ikke forskjell på for eksempel p, b og m lydene. Selv om det ikke er mulig å oppfatte alle lyder ved munnavlesning så observerer en også den nonverbale kommunikasjonen med ansiktuttrykk og gester (Winther, 2018).

Lyd og lysforhold påvirker kommunikasjonen, dårlig lys på virker slik at personen med hørselstap må anstrenge seg for å oppfatte det som vert sagt, siden han ikke ser munnen eller kan tolke kroppsspråket. Er det høye lyder eller mye lyd i rommet vil pasienten med nedsatt hørsel måtte anstrenge seg for å skille lydene fra hverandre eller tolke det som bli fortalt til han. Det er viktig å være oppmerksom på bakgrunnsstøy (eksempelvis om det er flere pasienter på rommet, om det blir brukt ulike «maskiner» (ekg, traller/senger), lysstyrke og blanding, og hvor pasienten er i rommet. Visuelt støy er også noe en må passe på. Visuelt støy vil si at det er bevegelse eller gjenstander som tar oppmerksomheten, det kan eksempelvis være gardiner som blafrer eller en lysestake på bordet ovenfor pasienten (Statlig spesialpedagogisk tjeneste, 2018).

I noen tilfeller kan det være aktuelt at det blir bestilt skrivefolk til pasienten. Skrivefolk er en folk som oversetter tale til tekst. Skrivefolk er et hjelpemiddel som kan bli bestilt via NAV hjelpemiddelsentral og er et godt hjelpemiddel om det er mye informasjon som skal bli gitt til pasienten (nav, 2018).

3.4 Ethiske og juridiske rammer

Pasienten har rett på informasjon om sin helse og livssituasjon. Han skal vite om risikoer og bivirkninger (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). For en pasient som hører dårlig kan det være risiko for at han ikke får med seg informasjon, dette fører videre til en risiko for at han ikke får brukt sin selvbestemmelsesrett slik det står i loven (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Som helsepersonell skal en utføre faglig og forsvarlig pleie (helsepersonelloven, 1999, §4)

3.5 Presentasjon av primærartikler.

Forskningsartikkelen «Communication difficulties experienced by deaf male patients during their in-hospital stay: findings from a qualitative descriptive study» (Sirch, Salvador, & Palese, 2017), er en kvalitativ studie der 9 mannlige døve pasienter i alderen 30 – 60 år som ble intervjuet. Hensikten var å utforske kommunikasjonsopplevelsen hos døve pasienter som hadde vert innlagt på sykehus. Studien fant at sykepleierne opplevde frustrasjon når de kommuniserte med pasienter som hadde

nedsatt hørsel. Studien fant også at pasientene som var med i forskningsgruppen også savnet effektivitet i kommunikasjonen. Det kom også frem at pasientene opplevde at helsepersonell hadde lite kunnskap om nedsatt hørsel og døvhet, noe som kunne føre til feiltolking av pasienten og til mistillit i forholdet mellom pasient og sykepleier. Det kom også frem at helsepersonell ofte var under tidspress som gjorde at tiden sykepleier hadde med pasienten var kort og dermed ikke hadde tid til å gjenta setninger eller forsikre seg at pasienten hadde oppfattet informasjonen og situasjonen.

Forskningsartikkelen «Nursing students' knowledge of and performance in communicating with patients with hearing impairment», er en tverrsnittstudie. Hensikten med studien var å undersøke sykepleierstudenter sin kunnskap om hvordan en kommuniserer med personer med nedsatt hørsel. Funnene viste at studentene evaluerte sin kunnskap om å kommunisere med pasienter med nedsatt hørsel til moderat nivå. Og det var en betydelig forskjell mellom gjennomsnittlig kunnskapsnivå for menn og kvinner. 61,5% av studentene hadde lav til svært lavt kunnskapsnivå og 87,3 % av dem hadde svak til svært svak av gjennomføring av kommunikasjon med pasienter med nedsatt hørsel (Adib-Hajbaghery & Rezaei-Shahsavarloo, 2015).

Forskningsartikkelen «COMMUNICATION BETWEEN NURSES AND DEAF PEOPLE IN HEALTH INSTITUTION» (Ljubicic, Zubcic, & Sare, 2017) er en kvantitativ studie. Hensikten med studien var å undersøke kommunikasjonsbarrierene mellom helsepersonell og pasient på institusjon. Funnene i studien viste at det ofte oppsto problemer i kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Kommunikasjonsproblemer oppsto allerede når pasienten ankom sykehuset. Det kom også frem at begge parter har problemer med å oppfatte hverandre, både skriftlig og muntlig.

4. Drøfting

I denne delen ønsker jeg å drøfte hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon kan skape relasjon til pasienter som har nedsatt hørsel og er innlagt på sykehus.

4.1.1 Hørsel og kommunikasjon

Siden det er antatt at det i 2020 vil være en million personer med nedsatt hørsel i Norge tenker jeg at jeg som sykepleier vil komme til å treffe flere pasienter med nedsatt hørsel i alle helseområder og ikke bare på sykehjem (HLF - Hørselshemmedes landsforbund, u.d.).

Det å ha et hørselstap er en funksjonshemming som er skjult og som en ikke ser med første øyekast. En må gjerne komme i kontakt med personen før en skjønner at vedkommende har nedsatt hørsel.

Alle pasienter som er innlagt på sykehus er i en sårbar situasjon som gjerne fører til at de har behov for å bli sett og hørt. Dette gjelder generelt, og for å oppnå dette tenker jeg at aktiv lytting er god metode (Eide & Eide, 2017, s. 118). Siden pasienter med hørselstap ofte mister informasjon som kan være viktig i livssituasjonen, er god kommunikasjon en grunnleggende faktor. Jeg tenker det er viktig at en setter av god tid for å forsikre seg om at pasienten forstår og blir forstått, noe som Eide og Eide viser til i personorientert kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, ss. 16-17). For at en kan sikre at informasjonen er forstått, kan en stille pasienten spørsmål om vedkommende har fått det med seg. Det kan også være hensiktsmessig at en spør om pasienten om vedkommende kan gjenfortelle informasjon. Skriftlig informasjon kan også være av avgjørende betydning slik at pasienten kan lese til seg informasjonen i tillegg. En annen ting som er viktig er at en kontrollerer at informasjonen ikke blir mistolket. Mistolkinger fører ofte til at pasienten blir usikker og redd (Eide & Eide, 2017, s. 218). I den forbindelse vil jeg nevne at om man møter en pasient som har nedsatt hørsel og har tegnspråk som språk, kan det være et alternativ at informasjonen blir gitt på tegnspråk, via tegnspråktolk. Har vedkommende norsk som språk er skrivefolk et godt alternativ. Retten til tolk er nedfelt i folketrygdloven og dekkes via folketrygden (Folketrygdloven, 1997, §10 1-8).

Uavhengig av hvor pasienten er innlagt på sykehus er det viktig at sykepleier og annet helsepersonell ikke dekker til munnen når en snakker med en person med nedsatt hørsel. Mange er avhengig av at en ser munnen og ansiktet til den en snakker med. I noen tilfeller kan pårørende være et nyttig i kommunikasjon. Pårørende kjenner pasienten og pasientens behov. De kan også gi viktig informasjon knyttet til hvordan de kommuniserer med hverandre. Det er likevel avgjørende at pårørende ikke får ansvar for kommunikasjonen fordi dette ikke ivaretar pasientens autonomi, retten til selvbestemmelse. Det kan også være sensitiv informasjon som pasienten ikke ønsker at pårørende skal vite noe om. Av den grunn er det nødvendig at en drøfter hvorvidt pårørende skal bidra med kommunikasjon eller ikke. En annen mulig konsekvens er at intensjonen om god kommunikasjon kan gi åpning for at det er pårørende sine behov som kommer frem og ikke pasientens behov.

En konsekvens av at kommunikasjonen ikke fungerer optimalt med en person som har nedsatt hørsel, er at pasient og personell kan ha forskjellige oppfatninger av situasjonen. Et eksempel kan være i møter der pårørende ser at pasienten ikke har forstått informasjonen, mens sykepleieren oppfatter at vedkommende har forstått (Sirch, Salvador, & Palese, 2017, s. 5).

Jeg har erfart i praksis at pasienter med nedsatt hørsel ofte foretrekk at sykepleier står mot vinduet slik at lyset lyser mot sykepleieren. Årsaken til dette er at om pasienten med nedsatt hørsel ser mot vinduet eller lyset blir pasienten blendet og det blir vanskeligere å tyde munnbevegelser og

kroppsspråk. Når jeg som sykepleier setter meg inn i pasientens behov kan en nå frem til en felles forståelse (Eide & Eide, 2017).

Det å ha nedsatt hørsel kan føre til økt stressnivå, spesielt ved situasjoner der de må legges inn på sykehus. Årsaken til at det kan være ekstra utfordrende kan være at når en er innlagt på sykehus får en mye informasjon knyttet til helse og livssituasjon. Personer med nedsatt hørsel er sårbare for å få utilstrekkelig informasjon på grunn av utfordrende kommunikasjonssituasjon mellom pasient og sykepleier (Ljubivic, Zubcic, & Sare, 2017, s. 1).

I studien (Adib-Hajbaghery & Rezaei-Shahsavarloo, 2015) har Ralston, Zazove og Gorenflo rapportert at mange leger og helsepersonell undervurder intelligensen til pasienter med nedsatt hørsel. Dette kan påvirke deres holdning til disse pasientene og videre påvirke hvordan de kommer i kontakt med denne pasientgruppen samt relasjonen mellom pasient og sykepleier (Adib-Hajbaghery & Rezaei-Shahsavarloo, 2015, s. 136)

I den samme studien kommer det frem at det er manglende kunnskap og erfaringer knyttet til kommunikasjon med pasienter som har nedsatt hørsel. Mange av deltakerne opplevde det ekstra vanskelig å kommunisere og samhandle med pasienter som hadde nedsatt hørsel. De opplevde det mere krevende sett i forhold til normalhørende pasienter. Det kommer også fram at de ikke hilste på pasienten på grunn av usikkerheten ved kommunikasjonen. De forhørte seg heller ikke om hvilken måte denne pasienten ønsket å kommunisere på (Adib-Hajbaghery & Rezaei-Shahsavarloo, 2015, s. 141).

4.1.2 Pasientsikkerhet til pasienter med nedsatt hørsel

Kommunikasjon kan være utfordrende, kommunikasjon oppstår med det samme en møter en person. På sykehus er det ingen unntak. Jeg har erfart i min praksis at kommunikasjon og relasjon er noe som en må jobbe med og lære. Travelbee forteller om menneske til menneske forhold, der sykepleier skal ivareta pasientens sykepleiebehov (Travelbee, 1999, s. 136).

Når en kommuniserer med en pasient som har nedsatt hørsel kan det oppstå misforståelser, og kommunikasjonssvikt er noe som ofte kan føre til uønskede hendelser. Når en pasient har nedsatt hørsel og ikke oppfatter hva som blir sagt øker det faren for slike hendelser. Det er mange beskjeder og pasienten trenger gjerne tverrfaglig behandling når han er innlagt på sykehus. Når pasienten er innlagt på «flere» avdelinger på sykehuset og får behandling flere steder blir det mer beskjeder og større risiko for svikt i kommunikasjonen både i forhold til om pasienten oppfatter og forstår hva som

skjer og om han forstår behandlingen han får. Det er også større risiko for kommunikasjonssvikt mellom helsepersonell og avdelingene (Eide & Eide, 2017, s. 39).

På mange av praksisplassene jeg har vært, har begrepet tid vært et tema i mange sammenhenger. Tiden er verdifull og ofte blir den for knapp. Pasientene trenger at en tar seg tid. Dette handler mye om at en skal se helse mennesket, vise at en har tid, sanse, se og tone inn det som pasienten forteller. Jeg har erfart at uansett hvor dårlig tid jeg har, må jeg lytte aktivt og ta hensyn til samtalens struktur. Det kan være til hjelp for å se om en har observert riktig (Eide & Eide, 2017, s. 118).

Jeg tenker at når en pasient som har nedsatt hørsel kommer inn på sykehus, så skal ikke tiden stå i veien for kommunikasjonen. En person som har et hørselstap kan være utfordrende å kommunisere med, men jeg tenker at det skal ikke påvirke relasjonen en bør skape med pasienten (Eide & Eide, 2017).

Min erfaring fra praksis er også at noen ganger kan det være pasienter som ikke oppfatter det som blir sagt på grunn av nedsatt hørsel og likevel svarer bekreftende til behandling. Dette utgjør en risiko for at pasienten ikke får oppfylt sin rett til autonomi. For å belyse dette vil jeg trekke fram en erfaring jeg har opplevd i praksis på sykehus. Vedkommende pasient var eldre og hadde vært gjennom en utfordrende kreftbehandling som ikke hadde gitt ønskede resultater. Pasienten hadde fått koldbrann i foten. Den var også livstruende. Behandlende lege ga informasjon om at kreftbehandlingen var en livsforlengende behandling. Samtidig var behandlingen av koldbrann en amputasjon av foten, noe som også var livsforlengende. Pasienten fikk spørsmål om han ønsket å amputere, noe han svarte ja til. Påførende som var tilstede opplevde at pasienten ikke oppfattet hva som ble sagt og ønsket at det ble bestilt tolk for å sikre kommunikasjonen. Dette ble gjort. Ved møtet som ble holdt med tolk uttrykte pasienten at han ikke ønsket videre behandling overhode. Denne episoden belyser viktigheten av god kommunikasjon for å oppfylle retten til og muligheten til autonomi. Loven om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1) belyser også det at pasienten har selvbestemmelsesrett i behandlingen (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

4.1.3 Ikke teknisk tilrettelegging

Det er mange måter å tilrettelegge for at kommunikasjonen skal bli god. Jeg tenker at pasienter med nedsatt hørsel ikke har noen flere tilretteleggingsformer enn hva andre med normal hørsel har. Jeg tenker at slik en tilrettelegger for de med nedsatt hørsel kan en dra med seg videre til pasienten med normal hørsel. I mine praksiser har jeg erfart at å skape relasjon til pasienter som trenger omsorg kan være utfordrende for meg som sykepleier men også for pasienten. Å ha empati for pasienten viser at

jeg som sykepleier kan sette meg inni hvordan pasienten har det, når jeg tilrettelegger for kommunikasjon kan det gjøre at pasienten slapper mer av og føler seg trygg, sett og hørt (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 181). Med de erfaringene jeg har i kommunikasjonen sammen med pasienter med nedsatt hørsel prøver jeg å ta med meg til alle pasientene jeg møter. Tiden har vært viktig i den prosessen, det og ta seg tid til pasienter og vise at vi har tid til å prate sammen og sette meg ned med de har vist stor betydning for relasjonen. Jeg får med en gang kontakt, og om ikke praten er der med det samme så er kommunikasjonen der og relasjonen bli bedre for «hvert minutt». Det å være aktivt lyttende, stille oppfølgingsspørsmål og vise at jeg er interessert i det pasienten forteller er også viktig. Jeg tenker også ofte på hvor jeg er sammen med pasienten, hvor i rommet jeg er og hvordan det blir for pasienten å oppfatte det jeg sier når prater. Har jeg pratet med en pasient som er på et firmansrom tenker jeg over hvor «lyden» kommer fra og hvor høyt jeg snakker, med tanke på at det kan være sensitiv informasjon. Jeg tenker også på hvordan jeg snakker, om pasienten forstår hva jeg sier, hvilket språk jeg bruker. Dette viser Eide og Eide i sin teori om personorientert kommunikasjon, å nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier (Eide & Eide, 2017, s. 17).

Informasjon som en gir pasienten skal være forståelig. Det er viktig for at pasienten ikke skal bli usikker og redd. Det kan være ubehagelig og måtte bli stelt uten at en får forklaringer underveis, eller kunne bekrefte eller avkrefte ubehag. Grønlie forteller at det er mange personer med nedsatt hørsel som opplever og bli undervurdert på grunn av det blir krevende i samhandlingen mellom pasient og sykepleier (Grønlie, 2015, s. 29).

Jeg tenker at tegn til tale i mange situasjoner kan lette kommunikasjonen. Tegn til tale vil si at en snakker norsk talespråk med noen ord der det er tegn til noen av ordene. Mange tegn kan assosieres med kroppsspråket, men at en da lærer noen ekstra tegn for og lette kommunikasjonen. Jeg tenker sentrale tegn på sykehus vil være, smerte, medisin, mat/sulten, kaffe, drikke/tørst, slike tegn kan gjøre det lettere i «hverdagen» til pasienten på sykehus (Berge & Raanes, 2008).

5. Konklusjon

I denne litteraturstudien har jeg sett på hvordan sykepleier gjennom kommunikasjon kan skape relasjon til pasienter med nedsatt hørsel. Litteraturstudien synliggjør også hvilke problemer pasienter med nedsatt hørsel opplever i kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier.

Det er gjort lite forskning på temaet noe som har gjort det vanskelig å finne tiltak som kan gjøre det lettere i møtet med denne pasientgruppen, men jeg tenker at om en øker den generelle kunnskapen

om relasjon og kommunikasjon så kommer en langt. Møtet med en pasient som har nedsatt hørsel skal være lik som med møtet med en normalt hørende pasient. Denne litteraturstudien har gjort meg mer bevisst på at forskjellene ikke er så store, selv om mange muligens tenker at det er mye som må tilrettelegges når vi møter denne pasientgruppen. Det viktigste tenker jeg at man møter pasienten med respekt og forståelse for at pasienten trenger ulik tilnærming og tilrettelegging i kommunikasjon.

Bibliografi

- Adib-Hajbaghery, M., & Rezaei-Shahsavarloo, Z. (2015). Nursing students' knowledge of and performance in communicating with patients with hearing impairment. *Japan Journal of Nursing Science*, 12, ss. 135-144. doi:10.1111/jjns.12057
- APA 6th. (2018). Hentet fra kildekompasset.no/referansestiler/apa-6th.aspx
- audiografen.no. (uå). *audiografen*. Hentet juni 13, 2018 fra audiografen.no: www.audiografen.no/index.php/horsel-og-horappatater/horseltap
- Berge, S. S., & Raanes, E. (2008). *TSS: Talking med tegn som støtte*. Trondheim: Høgskolen i Sør - trøndelag (HiST). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/148855/TSS-Rapport%20HIST%202008.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Folketrygdloven. (1997). Lov om folketrygd (LOV-1997-02-28-19).
Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1997-02-28-19>
- Grønlie, S. M. (2015). *Uten Hørse!* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Helse og omsorgsdepartement. (2016). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016 (Meld. St. 6 2017–2018)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/49a6fabd659744dda11b5f2afb00c3a3/no/pdfs/stm201720180006000dddpdfs.pdf>
- Helsedepartementet Sosialdepartementet. (2002). *Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede*. Helsedepartementet Sosialdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/pla/2002/0003/ddd/pdfv/167949-handlingsplan_ilv.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64).
Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- HLF - Hørselshemmedes landsforbund. (uå). *HLF*. Hentet 10 20, 2018 fra om HLF: <https://www.hlf.no/kontakt-oss/om-hlf/>
- Hørselshemmedes landsforbund. (u.d.). <https://www.hlf.no>. Hentet fra Hører du dårlig?, ulike hørselstap: <https://www.hlf.no/horsel/du-som-bruker-horeapparat/>
- Ljubicic, M., Zubcic, S., & Sare, S. (2017). COMMUNICATION BETWEEN NURSES AND DEAF PEOPLE IN HEALTH INSTITUTION. *CBU INTERNATIONAL CONFERENCE ON INNOVATIONS IN SCIENCE AND EDUCATION*, s. 958. doi:http://dx.doi.org/10.12955/cbup.v5.10
- nav. (2018). *Nav*. Hentet fra Rettigheter: <https://www.nav.no/no/Person/Hjelpemidler/Tjenester+og+produkter/Tolketjenesten/Rettigheter>

- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiskereitningslinjer*. Hentet fra www.nsf.no:
https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. (2014). *Omtanke* (1utg). Oslo: Gyldendal.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63).
Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller breste*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2014). *Menneskekroppen, Fysiologi og anatomi* (2 Utgave 6 opplag. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Sirch, L., Salvador, L., & Palese, A. (2017). Communication difficulties experienced by deaf male patients during their in-hospital stay: findings from a qualitative descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), ss. 368-377. doi:10.1111/scs.12356
- Statlig spesialpedagogisk tjeneste. (2018). www.statped.no. Hentet fra Nedsatt hørsel og fysisk tilrettelegging: www.statped.no/fagomrader-og-laringsressurser/horsel/tilrettelegging/horselsnedsettelse-og-fysisk-tilrettelegging/
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.
- Williams, K. C. (2018). *Hørselstap stress og mestring*. Oslo: Gyldendal.
- Winther, F. Ø. (2018). *Store medisinske leksikon*. Hentet fra munnavlesning: <https://sml.snl.no/munnavlesning>

Vedlegg 1

Grader av hørselstap ifølge WHO (verdens helseorganisasjon)

Grader av hørselstap	Korresponderende audiometriske ISO – verdi
----------------------	--

0	Normal/god hørsel	25 dB eller bedre (det beste øret)
1	Mild hørselsnedsettelse	26-40 dB (det beste øret)
2	Moderat hørselsnedsettelse	41-60 dB (det beste øret)
3	Stor hørselsnedsettelse	61 – 80 dB (det beste øret)
4	Alvorlig hørselsnedsettelse	81dB eller over (det beste øret)

(Williams, 2018, s. 28)

Vedlegg 2

Jeg har valgt og ta med et bilde som viser et audiogram måling. Denne skissen viser hvor talespråk lydene ligger. Det er også tegnet opp eksempel på hvordan et diskanttap ser ut. På denne tegningen kan en se at personen har et moderat til alvorlig hørseltap. Lydene som er over streken hører ikke denne personen. Det vil si at lydene k, t, f, h, p blir vanskelig for personen og oppfatte eller skille fra hverandre (audiografen.no, u.d.).

