



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	276
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7996
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	99
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei

BACHELOROPPGAVE

Kommunikasjonsbarrierer mellom
sykepleiere og døve pasienter på sykehus

Communication Barriers Between Nurses
and Deaf Patients in Hospitals

Kandidatnummer: 276

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 12. mai 2023

Abstract

Background: Deaf hospitalized patients have unique communication needs compared to hearing patients. While nurses play a vital role in accommodating these, studies have shown that some may lack the necessary knowledge and skills to do so sufficiently. This thesis aims to raise awareness about the communication barriers that can occur when nurses and deaf patients interact in a hospital setting. By focusing on the patient's perspective, the goal is further to give voice to a group of patients who receive little, or no, attention throughout nursing education.

Question: Which communication barriers do deaf patients experience when communicating with a nurse in a hospital setting?

Method: This thesis is a literature study. The results, generated through systematic searches in CINAHL and MEDLINE, have been critically evaluated, summarized, analyzed, and discussed with reference to other relevant academic literature.

Results: Six qualitative articles were reviewed. The results revealed that deaf patients experience a variety of communication barriers, particularly related to sign language interpreting, lipreading, written information, and the behavior of nurses. In summary, nurses fail to provide adequate sign language interpreting services, nor do they sufficiently adapt written or oral information to align with deaf patients' reading and writing skills, or level of knowledge about health-related topics. Consequently, their right to information access is far too often violated.

Conclusion: A recurrent theme was that deaf patients perceived nurses as unaware of the factors that could negatively impact communication between them. This indicates a need for enhanced competency among nurses, particularly in understanding and accommodating deaf patients' communication needs.

Key words: Nurses, deafness, communication barriers, hospitalization

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5 -
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	- 5 -
1.1 Problemstilling.....	- 6 -
1.2 Avgrensing og presisering.....	- 6 -
2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv	6 -
2.1 Kommunikasjon	- 7 -
2.2 Joyce Travelbee	- 7 -
2.3 Hørsel og ørets anatomi	- 8 -
2.4 Døvhets	- 9 -
2.4.1 Definisjon og etiologi.....	- 9 -
2.4.2 Prevalens, forebygging og behandling.....	- 10 -
2.4.3 Tegnspråk og døv identitet.....	- 10 -
2.4.4 Munnnavlesning og tolketjenester	- 11 -
2.5 Lovverk	- 12 -
2.6 Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer	- 13 -
3.0 Metode	13 -
3.1 Design	- 13 -
3.2 Søkeprosess	- 13 -
3.2.1 PICO.....	- 14 -
3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	- 15 -
3.2.3 Litteratursøk	- 16 -
3.3 Kritisk vurdering av artikler	- 17 -
3.4 Analyse og syntese	- 17 -
3.5 Etske vurderinger.....	- 18 -
4.0 Resultat	19 -
4.1 Presentasjon av artikler	- 19 -
4.2 Tematisk analyse	- 22 -
4.2.1 Kommunikasjonsbarrierer knyttet til tegnspråktolking.....	- 22 -
4.2.2 Kommunikasjonsbarrierer knyttet til munnnavlesning	- 22 -
4.2.3 Kommunikasjonsbarrierer knyttet til skriftlig informasjon.....	- 23 -
4.2.4 Kommunikasjonsbarrierer knyttet til sykepleiers atferd	- 23 -
5.0 Diskusjon	24 -
5.1. Diskusjon av resultat.....	- 24 -
5.1.1 Kommunikasjonsbarrierer knyttet til tegnspråktolking.....	- 24 -
5.1.2 Kommunikasjonsbarrierer knyttet til munnnavlesning	- 26 -
5.1.3 Kommunikasjonsbarrierer knyttet til skriftlig informasjon.....	- 27 -
5.1.4 Kommunikasjonsbarrierer knyttet til sykepleiers atferd	- 28 -
5.2 Diskusjon av metode	- 29 -
6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis	30 -
Referanseliste	32 -

Vedlegg	- 39 -
Vedlegg 1: Søkehistorikk i CINAHL 03.04.2023	- 39 -
Vedlegg 2: Søkehistorikk i MEDLINE EBSCO 04.04.2023	- 40 -
Vedlegg 3: Flytskjema	- 41 -
Vedlegg 4: Visual Analoge Scale (VAS).....	- 41 -

Oversikt over figurer og tabeller

Figur 1: Ørets anatomi.....	- 8 -
Tabell 1: PICO-skjema	- 15 -
Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	- 16 -
Tabell 3: Litteratormatrise.....	- 21 -

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I en verden der befolkningen hovedsakelig består av hørende, kan det være lett å ta for gitt at en stor del av kommunikasjon mellom mennesker innebærer lyd. Verdens helseorganisasjon har imidlertid rapportert at utfordringer med hørselssansen er et økende globalt helseproblem (World Health Organization, 2021, s. 139). Dessuten anslås det at 70 millioner mennesker er døve, noe som bidrar til viktig refleksjon omkring de ulike forutsetningene mennesker har for kommunikasjon (World Federation of the Deaf, u.å.). Blant døve er det mange som primært bruker et tegnspråk for å kommunisere (World Health Organization, 2023). Siden tegnspråk skiller seg vesentlig fra talespråk, kan det oppstå kommunikasjonsutfordringer i møte med mennesker som ikke forstår dem (Simonsen & Halvorsen, 2021).

I en oversiktsartikkel fra 2016 fremkom det at slike utfordringer gjorde seg særlig gjeldende når døve skulle oppsøke hjelp i helsevesenet (Kuenburg et al., 2016). Dårlig tilrettelegging og informasjonstilgang ble presentert som noen av hovedproblemene. Kombinert med redusert leseforståelse og manglende kunnskap om egen helse og helserelaterte temaer, førte dette til misforståelser, feildiagnostisering og mangel på tillit til helsepersonell (Kuenburg et al., 2016, s. 2-5).

I Norge er lovverket tydelig på at helsepersonell, herunder sykepleiere, skal imøtekomme døve pasienters behov for tilrettelagt informasjon (Helsedirektoratet, 2018; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5 første ledd). Min personlige erfaring fra sykepleierstudiet var imidlertid at undervisningen om kommunikasjon primært hadde konsentrert seg om hørende pasienter, noe som resulterte i et betydelig kunnskapshull. Dette samstemte med resultater fra internasjonal forskning, som avdekket at mangel på kunnskap om døvhet var et gjennomgående problem for både utdannede sykepleiere og sykepleierstudenter på bachelor- og masternivå (Diaz & Goyal, 2020; Kuenburg et al., 2016, s. 2; Velonaki et al., 2015).

Forskningen underbygget min oppfatning av at dette var et viktig tema. Jeg ble nysgjerrig på hvilke konkrete kommunikasjonsbarrierer døve pasienter opplever i møte med sykepleier på sykehus, og om kunnskap om dette kunne styrke min egen kompetanse før jeg gikk ut i arbeidslivet. Hensikten var med andre ord å få en innsikt i hvilke problemer som var knyttet

til nåværende praksis. Gjennom dette ønsket jeg å bli bevisst på hvordan jeg kunne bidra til å forebygge eller overkomme eventuelle barrierer i kommunikasjonen.

1.1 Problemstilling

På bakgrunn av ønsket om å utforske pasientperspektivet nærmere, utformet jeg følgende problemstilling: *Hvilke kommunikasjonsbarrierer opplever døve pasienter i møte med sykepleier på sykehus?*

1.2 Avgrensing og presisering

Problemstillingens kontekst, sykehus, ble tydelig avgrenset. Dette ble delvis begrunnet med at det var denne konteksten jeg ville forberede meg på, og delvis fordi en presis problemstilling er i tråd med prinsippene for kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2017a). Det medførte imidlertid at hele bredden til problematikken ikke kunne bli dekket, siden kunnskap om forhold i primærhelsetjenesten ikke ble inkludert.

Problemstillingen ble ytterligere avgrenset til å fokusere på pasientperspektivet. Det åpnet naturlig nok opp for en potensiell bias, fordi problemstillingen kun etterspurte erfaringene til én av to parter involvert i kommunikasjonen. Beslutningen ble hovedsakelig tatt av hensyn til litteraturstudiets omfang og krav til presisjon. Dernest tilsa personlig erfaring fra refleksjon i simulering og praksis at det iblant kunne være fornuftig å se seg selv og egen yrkesutøvelse fra pasientens perspektiv. Derfor ble førstehåndsberetninger fra døves møter med sykepleiere vurdert som et tilstrekkelig grunnlag for å besvare problemstillingen.

Ordet «kommunikasjonsbarrierer» vil bli brukt for å beskrive ethvert forhold som hindrer effektiv kommunikasjon mellom døve pasienter og sykepleier. Det er slik jeg ønsker at leseren skal forstå det.

2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv

I dette kapitlet vil det bli presentert et teoretisk rammeverk for litteraturstudiets tematikk. Det er viktig å understreke at redegjørelsen av de ulike elementene ikke er uttømmende, men at de vil bli forklart på en måte som gjør at relevansen for problemstillingen kommer frem.

2.1 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon vil i denne litteraturstudien bli brukt for å beskrive den gjensidige prosessen der sykepleier og døve pasienter utveksler budskap enten verbalt eller nonverbalt (Heyn, 2018, s. 14). Med nonverbal kommunikasjon menes all kommunikasjon uten ord. Både kroppsspråk, mimikk, blikk, fysisk avstand, intonasjon, og talevolum- og rytme inngår i dette (Svartdal, 2020). Dersom det som blir sagt ikke samsvarer med det som blir formidlet nonverbalt, kan det oppstå misforståelser. Denne inkongruensen også tolkes som et tegn på at den ene parten er ukomfortabel, eller ikke ønsker å snakke om noe (Heyn, 2018, s. 169).

Selv om det å kommunisere er en medfødt evne, kan ferdigheter utvikles og profesjonaliseres (Eide & Eide, 2017, s. 16; Heyn, 2018, s. 14). Betydningen av gode kommunikasjonsferdigheter kommer blant annet til uttrykk gjennom at sykepleieren evner å forstå pasienten som en hel person (Eide & Eide, 2017, s. 16, 39). Denne personorienterte tilnærmingen handler om at sykepleier lytter til pasienten som et unikt individ, og forstår hva som er viktig for vedkommende – både når det kommer til egen helse og livssituasjon for øvrig (Eide & Eide, 2017, s. 16).

2.2 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee anså sykepleie som en mellommenneskelig prosess, og la vekt på at pasienten måtte anerkjennes som et unikt individ (Travelbee, 1999, s. 30-31). Dette perspektivet gjorde henne til en sentral teoretiker innen den sykepleiefaglige tradisjonen for personorientering (Eide & Eide, 2017, s. 365). I *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* kritiserte hun betegnelsene «pasient» og «sykepleier», fordi hun anså rolleinnndelingen som barriere for et likeverdig forhold (Travelbee, 1999, s. 136).

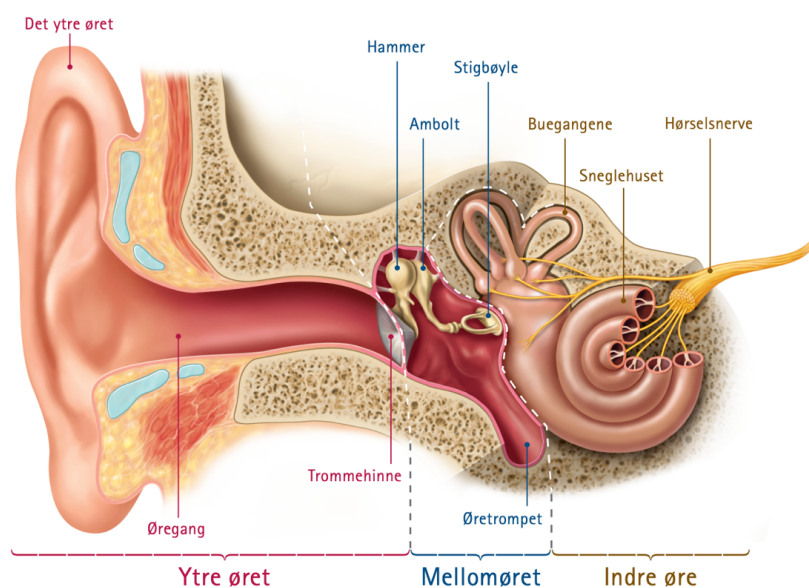
Travelbee omtalte kommunikasjon mellom sykepleier og den syke som en gjensidig prosess som bidro til at sykepleieren kunne å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Hun var opptatt av at denne mellommenneskelige nærheten gjorde sykepleieren i stand til å oppnå sykepleiens mål og hensikt, som først og fremst handlet om å hjelpe individet (Travelbee, 1999, s. 135-136). Kommunikasjon ble dermed ikke definert som et mål, men heller som et middel til å nå interaksjonsprosessens mål (Travelbee, 1999, s. 140). Videre mente hun at sykepleiers intensjoner og oppfatninger av den andre parten alltid ble kommunisert, og at disse kunne bli tolket som enten hjelpende eller sårende (Travelbee, 1999, s. 137).

Travelbee skrev også om ulike årsaker til svikt i kommunikasjonen. Blant annet kunne det dreie seg om at sykepleieren grunnet sine stereotyper og forutinntatte holdninger ikke evnet å oppfatte den syke som et unikt individ. Slik generalisering kunne være til hinder for å etableringen av et forhold til den syke (Travelbee, 1999, s. 158-159). Mangel på vilje til å investere den nødvendige energien til å lytte til den syke ble også trukket frem som et hinder for kommunikasjon. Travelbee understrekte at et ubevisst kroppsspråk og et fravær av full oppmerksomhet kunne føre til at den syke oppfattet at sykepleieren ikke var interessert i vedkommende som person (Travelbee, 1999, s. 160-161).

2.3 Hørsel og ørets anatomi

Hørselssansen innebærer å fange opp lydbølger i omgivelsene via ørene og oppfatte dem som lyder. Ørene deles inn i det ytre øret, mellomøret og det indre øret (Winther, 2023).

Lydbølgene fanges opp i det ytre øret og ledes inn i den ytre øregangen. I enden av denne ligger trommehinnen, som fungerer som et skille til mellomøret. Vibrasjonene i trommehinnen gjør at de tre små knoklene i mellomøret (hammeren, ambolten og stigbøylen) beveger på seg. Vibrasjonene forplanter seg via det ovale vinduet og videre inn i sneglehuset, hvor sansehårene blir bøyd av væskens bevegelser. Denne energien blir omdannet til nervesignaler, som blir sendt til hjernen via hørselsnerven. Her blir de fortolket til en forståelig hørselsopplevelse (Winther, 2023).



Figur 1: Ørets anatomi

Fra «Hvordan fungerer øret?», av Phonak, u.å.

(https://www.godlydibarnhagen.no/om_horsel/hvordan-fungerer-oret/)

Mennesker kan i varierende grad høre lyder som ligger i et frekvensområde på 20 til 20.000 Hertz (Hz), som vil si antall lydsvingninger per sekund (Winther, 2023). Desibel (dB) er enheten som brukes for å måle lydtrykket, eller lydets intensitet. I en hørselstest vil man ved hjelp av audiometer kunne registrere en persons høreterskel, altså det laveste trykket en person kan høre (Winther, 2023). Hørselssansen kan betegnes som normal når personen kan høre lyder på 20 dB eller lavere (World Health Organization, 2023).

2.4 Døvhets

2.4.1 Definisjon og etiologi

Når en person er døv, vil det si at hørselssansen er påvirket i den grad at vedkommende totalt eller nesten totalt mangler evnen til å høre (Winther & Mork, 2019). De fleste døve har en liten rest av hørsel, noe som kan ha betydning for hvordan hver enkelt person identifiserer seg med begrepet (Norges Døveforbund, u.å.-a). Dessuten er det viktig å presisere at begrepene hørselshemming og hørselstap brukes om hverandre i litteraturen, og at også disse omfatter døvhets (Winther, 2022a; World Health Organization, 2023). Begrepene beskriver ulike grader av forbigående eller kronisk nedsettelse av hørselen, som kan være i ett eller begge ører.

For å differensiere noe; mens døve ofte bruker et tegnspråk for å kommunisere, vil personer med en hørselshemming som varierer fra mild til alvorlig gjerne kommunisere via talespråk og hjelpemidler, som høreapparat eller cochlea-implantat (World Health Organization, 2023). I nyere tid har riktignok også mange døve blitt i stand til å forstå tale ved hjelp av cochlea-implantat, enten med eller uten munnnavlesning (Weber, 2022; Winther, 2019a). I denne bacheloroppgaven vil det imidlertid ikke bli gjort et skille mellom døve personer som har mottatt cochleaimplantat-behandling og de som ikke har det.

Det finnes en rekke ulike årsaker til at mennesker blir døve. Noen blir født døve på grunn av genetiske årsaker, mens andre blir døve grunnet aldring, fødselskomplikasjoner, infeksjonssykdommer, eller enkelte medikamenter. Irreversibelt hørselstap kan også skyldes eksponering for høye lyder over tid, for eksempel fra maskiner og eksplosjoner (World Health Organization, 2022). Døvhets kan også oppstå som følge av svulster på høre-/balansenerven, eller brudd på kraniet (Winther & Mork, 2019). Kroniske betennelsestilstander i mellomøret utgjør en annen viktig årsak (World Health Organization, 2022).

2.4.2 Prevalens, forebygging og behandling

Når det gjelder prevalens i Norge, er det viktig å merke seg at det opereres med ulike tall. Ifølge Norges Døveforbund (u.å.-a) kan omtrent 5.000 nordmenn regnes som døve. I Store medisinske leksikon oppgir Winther og Mork (2019) tall på mellom 3.000 og 4.000 personer. Forsøk på å innhente tall fra Statistisk Sentralbyrå har ikke lyktes.

Så mye som halvparten av det totale antall tilfeller av hørselstap kunne vært forebygget ved hjelp av forebyggende folkehelseiltak (World Health Organization, u.å.). Dette inkluderer hørselsvern, økt bevissthet om konsekvensene av høye lyder, tidlig oppdagelse og behandling via screening, samt bevissthet om skadelige medikamenter. I tillegg er vaksiner mot meslinger, kuma, røde hunder, hjernehinnebetennelse og ørebetennelse viktige tiltak (World Health Organization, 2022). Mange av infeksjonene kunne enkelt latt seg behandle med medisinske og kirurgiske tiltak. Dessverre lever flertallet av døve mennesker i lav- og mellominntektsland, hvor tilgangen på adekvat helsehjelp er begrenset (World Health Organization, 2022).

2.4.3 Tegnspråk og døv identitet

De fleste døve kan snakke dersom stemmebåndene er uberørte. Selv om sjansen for å utvikle talespråk er høyere desto senere evnen til å høre faller bort, sikrer tidlig nok opplæring dette hos de fleste (Winther, 2019b). Mange døve benytter seg imidlertid heller av tegnspråk i kommunikasjonen, noe som gir dem muligheten til å kommunisere uten å bruke stemmen (World Health Organization, 2023). Tegnspråk er en fellesbetegnelse for språk som formidles via håndbevegelser, mimikk og kroppsholdninger. Til forskjell fra talespråk som forstås gjennom hørsel, oppfattes disse gjennom syn. De skiller seg også grammatisk fra talespråk ved at de er simultane; mens flere tegn kan formidles samtidig, må ord på talespråk formidles lineært, altså etter hverandre, for at budskapet skal gi mening (Simonsen & Halvorsen, 2021).

I likhet med talespråk, er tegnspråk forskjellige fra land til land. De har dialekter og sosiolekter, og de moderniseres kontinuerlig i takt med samfunnets endringer. Tegnspråk endrer seg også på grunn av påvirkning fra talespråk og andre lands tegnspråk (Norges Døveforbund, u.å.-a; Simonsen & Halvorsen, 2021). Det er gjennom kommunikasjon mellom døve, hørselshemmede og deres nærmeste relasjoner at tegnspråkene har utviklet seg (Simonsen & Halvorsen, 2021). Tall fra Norges Døveforbund (u.å.-b) beskriver denne

bredden i brukere; det finnes 16.500 brukere av norsk tegnspråk, og av disse er om lag 5.000 døve.

I «Døve – funksjonshemmede eller kulturell minoritet» skriver Breivik (2000, s. 85) at døve «(...) gjennom en identitetspolitikk kamp har utfordret 'vår' forståelse av dem. Døve ser ikke lenger på seg selv primært som funksjonshemmede, men mer som en språklig og kulturell minoritet». Anerkjennelsen av tegnspråk som et fullverdig språk, samt tilgangen til å delta i høyere utdanning, belyses som viktige resultater (Breivik, 2000, s. 84). I *Døv identitet i endring* forklarer Breivik (2007, s. 15) hvordan døve fra et sosialantropologisk perspektiv har en «sterk transnasjonal, global orientering». Dette globale aspektet har sammenheng med at mindre enn 10 % av døve har døve foreldre, noe som betyr at de fleste har et annet primærspråk enn sine foreldre (Breivik, 2007, s. 16; Mitchell & Karchmer, 2004 s. 24). Søken etter andre tegnspråklige å kommunisere med, tilhørighet og delte erfaringer, knytter tegnspråklige døve sammen på tvers av landegrenser (Breivik, 2007, s. 15-16). Breivik (2007, s. 14-16) poengterer også det store mangfoldet i måter å være døv på, og at den konkrete utformingen av identiteten varierer hos hver enkelt person.

2.4.4 Munnavlesning og tolketjenester

Med tanke på at flertallet av befolkningen ikke snakker tegnspråk, blir døve ofte nødt til å bruke munnavlesning for å forstå andre (Winther, 2022b). Munnavlesning er ikke optimalt, siden sjansen for misforståelser er stor. Gode ferdigheter i språket er en forutsetning, og munnavlesningen kombineres gjerne med å tolke ansiktsuttrykk, kroppsspråk og situasjonen i sin helhet (Winther, 2022b). Kun en tredel av det som blir sagt kan faktisk forstås gjennom munnavlesning. Det skyldes blant annet at det ikke er mulig å observere alle delene av kroppen som bidrar til uttale, slik som den bakre delen av tungen, ganen eller stemmebåndene (Winther, 2022b).

En tverrsnittstudie fra UK viste at halvparten av deltagerne som var døve og hadde tegnspråk som sitt hovedspråk foretrakk å ha med tegnspråktolk til en konsultasjon på sykehus. Kun 7 % av den samme gruppen indikerte at de ville klart å gjennomføre konsultasjonen med talespråk, og bare dersom helsepersonellet hadde god kunnskap om døvhet og munnavlesning (Middleton et al., 2010, s. 813-814).

I Norge er det slik at tolketjenester ved innleggelse på offentlige sykehus dekkes økonomisk av midler som helseforetakene mottar via statsbudsjettet (Helsedirektoratet, 2011, s. 15).

Tolkning via skjerm er et alternativ dersom tolken ikke kan møte fysisk (Helsedirektoratet, 2011, s. 12). På engelsk kalles skjermtolking Video Remote Interpreting (VRI) (Klammer & Pöchhacker, 2021, s. 2867).

2.5 Lovverk

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2 første ledd) har alle pasienter i Norge lovfestet rett til «(...) den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen». Dette er helt nødvendig for en pasient sin mulighet til å gi informert samtykke, og til å bruke sin rett til medvirkning (Helsedirektoratet, 2018). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5 første ledd) forplikter helsepersonell til å tilpasse informasjonen etter mottakerens individuelle forutsetninger. Dette skal blant annet sikre at pasienter som identifiserer seg som døve er sikret tilgang på informasjon og kommunikasjon på lik linje med andre pasienter (Helsedirektoratet, 2018). Det følger både av paragrafen og av Helsedirektoratets «Veileder om kommunikasjon via tolk» (2011, s. 6) at det skal foretas en vurdering av behovet for tegnspråktolk, og at denne skal bestilles der det er nødvendig (Helsedirektoratet, 2018).

I 2022 trådte to viktige lover i kraft i Norge. For det første anerkjente språklova (2021, § 7) norsk tegnspråk som likeverdig med norsk talespråk. Dette har betydning for døve pasienters rett til tegnspråk i offentlige sykehus. Språklova (2021, § 1 andre ledd bokstav c) skal sikre at offentlige organer tar ansvar for å verne tegnspråk. Det vil si at de skal iverksette tiltak «(...) for at tegnspråkbrukere ikke skal bli hindret eller motarbeidet når de vil bruke sitt eget språk» (Språkrådet, u.å.). Offentlige sykehus er heleid av staten og organisert i regionale helseforetak (Regjeringen, u.å.). Det følger av forvaltningsloven (1970, § 1) at de dermed er offentlige organer, fordi de er forvaltningsorgan for stat.

I 2022 ble også offentlige organers plikt til å bruke kvalifisert tolk regulert gjennom ikrafttreddelsen av tolkeloven (2021, § 6-7). Loven er også tydelig på at det som hovedregel er forbudt å bruke barn som tolk, såfremt det ikke er nødvendig i nødssituasjoner eller «(...) ut fra hensynet til barnet og omstendighetene for øvrig må anses forsvarlig» (Tolkeloven, 2021, § 4).

2.6 Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer

Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer skal sikre faglig forsvarlighet ved at de konkretiserer de etiske verdiene som er veiledende for hvordan sykepleiere bør møte pasienter (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Grunnleggende sett skal sykepleiere jamfør punkt 2 ivareta «(...) den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

I punkt 2.5 blir retten til å være medbestemmende sett i sammenheng med sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter og pasientens rett til tilpasset informasjon; sykepleiere skal fremme en pasient sin «(...) mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

3.0 Metode

3.1 Design

Denne bacheloroppgaven har litteraturstudie som metode. Det vil si at jeg har samlet inn sekundærdata fra allerede eksisterende skriftlig litteratur (Thidemann, 2019, s. 78).

Kunnskapen har blitt innhentet på en systematisk og etterprøvbar måte, og den har blitt kritisk vurdert og sammenfattet. Valg av metode kan begrunnes med at leseren av denne bacheloren skal kunne tilegne seg en oppdatert og validert forståelse av det som problemstillingen min har etterspurt (Thidemann, 2019, s. 78).

3.2 Søkeprosess

Søkeprosessen startet med usystematiske søk etter oppsummert og kvalitetssikret i den øvre delen av Kunnskapspyramiden (Helsebiblioteket, 2017b). Begrunnelsen for dette var tredelt. For det første er det i denne delen helsepersonell bør begynne å lete dersom de søker kunnskap basert på vitenskapelig dokumentasjon, som kan bidra til å styrke beslutningsgrunnlaget deres (Helsebiblioteket, 2021a). Dersom problemstillingen min allerede hadde vært besvart her, ville det blitt utfordrende å tilføye temaet ny og kritisk vurdert kunnskap. For det andre ville jeg undersøke hvorvidt det fantes relevant forskning på området, eller om temaet var for smalt. For det tredje ville jeg undersøke om jeg kunne finne noen relevante søkeord.

De usystematiske søkene i Pyramidesøket genererte ingen treff på oppsummert kunnskap som kunne besvare problemstillingen, men bidro til et overblikk over hva som hadde blitt skrevet om temaet tidligere (Helsebiblioteket, u.å.; McMaster University, 2023). Videre gjorde jeg noen usystematiske søk på Google Scholar, hvor jeg fant jeg noen relevante emneord som gikk igjen i forskningsartiklene, samt en oversiktsartikkel som bidro til kunnskap om døves tilgang til helsehjelp (Kuenburg et al., 2016). Deretter fortsatte prosessen med å planlegge søket etter primærstudier, som er kilder nederst på Kunnskapspyramiden (Helsebiblioteket, 2017b).

For at søket kunne bli både planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart, valgte jeg å samarbeide med en bibliotekar på HVL campus Bergen. Vedkommende anbefalte meg å begynne med å definere hva slags kjernespørsmål problemstillingen hørte innunder. Dette bidro til at jeg kunne identifisere hvilken forskningsmetode som var best egnet til å besvare problemstillingen, og i hvilke databaser jeg kunne finne denne forskningen (Nortvedt et al., 2021, s. 64). Siden problemstillingen var et erfaringsbasert spørsmål, ville det være mest hensiktsmessig å velge forskning med kvalitative metoder, i form av fokusgruppeintervju, dybdeintervju, eller deltagende observasjon (Nortvedt et al., 2021, s. 80). Etter anbefaling av bibliotekaren, ville databasene CINAHL og MEDLINE være best egnet (Nortvedt et al., 2021, s. 56).

3.2.1 PICO

Jeg benyttet meg av rammeverket PICO for å kontrollere at problemstillingen var presis og søkbar (Thidemann, 2019, s. 82). I og med at problemstillingen tok sikte på å utforske erfaringer, og ikke etterspurte en klinisk intervensjon som kunne sammenlignes med en annen, benyttet jeg meg av PICO med liten o. I denne versjonen står P for **Populasjon/problem**, I for (Fenomen av) **Interesse** og Co for **Kontekst** (Helsebiblioteket, 2021c). Arbeidet med å sortere de norske søkeordene tydeliggjorde de ulike tematiske elementene i problemstillingen, samt hvordan disse skulle kobles sammen i søket (Thidemann, 2019, s. 82).

For å oppnå en hensiktsmessig bredde i søket, ønsket jeg også å få treff på engelske artikler. Derfor benyttet jeg meg av terminologibasen Medical Subject Headings (MeSH) for å finne aktuelle søkeord og synonymer på engelsk (Helsebiblioteket, 2016). Mens jeg brukte emneordsystemet MeSH i MEDLINE, brukte jeg CINAHL subject headings i CINAHL

(Thidemann, 2019, s. 86). Ved å bruke kontrollerte emneord, kunne jeg sørge for at flere artikler ble inkludert, og dermed forebygge at viktig kunnskap gikk tapt. Jeg la til tekstord for å unngå å gå glipp av artikler som ikke hadde blitt tildelt emneord ennå, eller som hadde blitt indeksert upresist (Helsebiblioteket, 2020). For å være sikret et korrekt utgangspunkt for søket, samarbeidet jeg med bibliotekaren om å sortere søkeordene i skjemaet (tabell 1).

Problemstilling: Hvilke kommunikasjonsbarrierer opplever døve pasienter i møte med sykepleier på sykehus?		Kjernespørsmål: Erfaringsbasert spørsmål	
	P Populasjon	I (Fenomen av) Interesse	Co Kontekst
Norske søkeord	Sykepleier Døve pasienter	Kommunikasjonsbarrierer	Sykehus
MeSH-termer (MEDLINE)	Deafness	Communication Barriers, Communication	Hospital, Hospitalization
Subject headings (CINAHL)	Deafness	Communication Barriers, Communication	Hospitals, Hospitalization
Tekstord	Deaf*, Nurs*	Communicat* Barrier*	Hospital*

Tabell 1: PICO-skjema

3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Hensikten med å utforme inklusjons- og eksklusjonskriterier var å avgrense mengden forskningsartikler, og effektivt utelukke irrelevante artikler (Thidemann, 2019, s. 83-84). I denne sammenhengen ble kriteriene om kontekst, tema og perspektiv spesielt viktige. Søket ble ytterligere avgrenset til å omhandle voksne pasienter, siden det var denne aldersgruppen jeg var interessert i lære om. Videre søkte jeg etter fagfellevurderte og etisk godkjente artikler for å sikre høy kvalitet. I de ustrukturerte søkene hadde jeg observert at en del av artiklene omhandlet pasienter i vidt forskjellige steder i verden. For å øke overføringsverdien til norske forhold, valgte jeg derfor å ekskludere forskning fra andre områder enn Europa, USA, Canada eller Australia. For å sikre forståelsen av forskningen, inkluderte jeg studier på mine to morsmål, norsk og tysk, samt engelsk, dansk og svensk. Til slutt ekskluderte jeg artikler som var publisert før 2010, og som ikke var bygget opp etter IMRaD-struktur (tabell 2).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Språk: skandinaviske, engelsk eller tysk	Andre språk enn skandinaviske, engelsk eller tysk
Forskning publisert i 2010 eller senere	Forskning publisert før 2010
Pasienter som er 18 år eller eldre	Pasienter som er 17 år eller yngre
Må omhandle kommunikasjonsbarrierer mellom sykepleier og døv pasient	Artikler som ikke nevner kommunikasjonsbarrierer mellom sykepleier og døv pasient
Sykehus som kontekst	Forskning som ikke nevner sykehus som kontekst
Fagfellevurdert og etisk godkjent	Ikke fagfellevurdert eller etisk godkjent
Forskning fra Europa, USA, Canada eller Australia	Forskning fra andre områder enn Europa, USA, Canada eller Australia
Pasienter som identifiserer seg som døve, eller som primært bruker tegnspråk i kommunikasjonen	Forskning som utelukkende omhandler nedsatt hørsel
IMRaD-struktur	Ikke IMRaD-struktur
Hovedfokus på pasient sitt perspektiv	Fra tolk eller pårørende sitt perspektiv

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

3.2.3 Litteratursøk

Det systematiske søket ble gjennomført i CINAHL og MEDLINE EBSCO i april 2023.

Søkehistorikken ble dokumentert i en tabell for hver database, og er henholdsvis presentert i vedlegg 1 og 2. For å kombinere emne- og tekstordene på en hensiktsmessig måte, benyttet jeg meg av de boolske operatørene «AND» og «OR». Dette var både for å utvide og begrense søket. Ved å trunkere tekstord, kunne jeg søke på stammen av ordene og øke antall treff (Thidemann, 2019, s. 87).

Jeg utførte noen søk uten søkeord for «sykepleier». Etter flere gjennomganger vurderte jeg at dette genererte for mange irrelevante treff, fordi hovedfokuset lå på kommunikasjon med leger. Derfor ble emneord og tekstord for «sykepleiere» og «døve pasienter» kombinert med «AND» i Populasjon i PICO. Videre erfarte jeg at inklusjonen av søkeord relatert til «sykehus» førte til et svært begrenset antall treff, og vurderte at jeg heller kunne identifisere konteksten ved å lese abstractet til aktuelle artikler.

I tillegg til det strukturerte søket på engelsk, ønsket jeg å undersøke om det fantes relevant forskning på norsk. Begrunnelsen for å gjøre dette baserte seg på ønsket om å tilføye litteraturstudien kunnskap om norske forhold. Jeg foretok et søk i *Sykepleien Forskning*, som er et norsk fagfellelvurdert vitenskapelig tidsskrift (Sykepleien, u.å.). Jeg brukte følgende kombinasjon av de norske søkeordene: döv AND sykepleie AND kommunikasjonsbarrierer. Deretter begrenset jeg søket til å vise treff for fagfellelvurdert forskning, og for samme publiseringsår som i databasene.

Deretter ble abstract og fulltekst lest for å vurdere om innholdet var relevant for problemstillingen. Tabellen over inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble brukt aktivt for å vurdere om artikler måtte legges til side. Siden IMRaD-struktur var et kriterium for inklusjon, ble det vesentlig lettere å navigere seg i dem (Thidemann, 2019, s. 90). Etter flere runder med skumlesing og nøyere lesing, ble fem artikler fra det systematiske søket, samt én fra *Sykepleien Forskning* inkludert. Utvelgelsesprosessen ble fremstilt i et flytskjema (vedlegg 3).

3.3 Kritisk vurdering av artikler

Selv fagfellelvurderte artikler i velrenommerte tidsskrifter bør gjennomgå en kvalitetsvurdering før forskningsresultatene blir anvendt for å svare på en problemstilling (Helsebiblioteket, 2018). En kvalitetsvurdering bidrar til å avdekke eventuelle svakheter ved artiklenes gyldighet, metodiske kvalitet, resultater og overførbarhet. Svakheter ved noen av momentene bør føre til en nøye vurdering av hvorvidt artiklene egentlig er egnet til å bruke i litteraturstudien (Helsebiblioteket, 2018). Siden litteratursøket genererte et utvalg på seks artikler med kvalitativt design, ble Helsebibliotekets sjekklister for kvalitative studier brukt (Helsebiblioteket, 2021b). Etter en nøye, individuell gjennomgang av artiklenes metode, etikk, resultat og anvendbarhet, fant jeg ingen holdepunkter for å betvile noen av momentene.

3.4 Analyse og syntese

Før datamaterialet fra litteratursøket skulle anvendes, ble innholdet i artiklene analysert og syntetisert. Det vil si at tekstene ble lest på en kritisk og reflektert måte, nettopp for å sikre at de ble forstått riktig og anvendt på en hensiktsmessig måte (Thidemann, 2019, s. 92).

Analysen innebar å identifisere felles temaer, likheter og forskjeller. Siden materialet i denne

litteraturstudien bestod av en overkommelig mengde tekst, analyserte jeg dem ved manuell gjennomlesning.

Innholdet ble lest flere ganger, både i helhet og i deler. Problemstillingen ble brukt som en påminnelse om hva som var hensikten med lesingen (Thidemann, 2019, s. 93). Samtidig var jeg nøye med å ikke låse meg unødig mye til den heller. Med tanke på at problemstillingen min var såpass avgrenset, ønsket jeg å unngå at viktige momenter som kunne bidratt til nyansering gikk tapt. For å lettere kunne bla frem og tilbake, samt undersøke flere artikler samtidig, valgte jeg å skrive ut alle artiklene på papir. Jeg gullet ut sentrale ord og setninger, og notere tanker i marginen. Denne visualiseringen gjorde det lett å legge merke til hvilke ord og temaer som gikk igjen. For å systematisere dette, ble artiklene komprimert og fremstilt i en litteratormatrise (tabell 3). I kolonnen for resultat ble hovedfunnene presentert på en oversiktlig måte, noe som gjorde det mulig å trekke linjer mellom felles funn. Hensikten med dette var å identifisere klare temaer. Disse ble presentert tematisk i resultatkapitlet (Thidemann, 2019, s. 95).

3.5 Etske vurderinger

De etske vurderingene knyttet til denne litteraturstudien handlet blant annet om å respektere de akademiske normene for kildehenvisning, og i dette tilfellet nærmere bestemt referansestilen APA7th (HVL, 2022). Korrekte kildehenvisninger var viktige både for å unngå plagiering, og av hensyn til etterrettelighet. Leseren skulle kunne finne tilbake til kilden og stole på at den allerede eksisterende kunnskapen hadde blitt fremstilt på en objektiv måte. Søkestrategien ble beskrevet i detalj, slik at leseren kunne etterprøve den og kritisk vurdere min metode.

Etske hensyn var også viktige i forbindelse med hver enkelt primærstudie som ble inkludert. I sjekklisten fra Helsebiblioteket ble momenter som informert samtykke, taushetsplikt, håndtering av data, og godkjenning av etisk komité kontrollert (Helsebiblioteket, 2021b). Relevante etske hensyn ble presentert i litteratormatrisen (tabell 3).

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av artikler

Litteratursøket resulterte i 149 treff, hvorav seks kvalitative studier ble kategorisert som relevante for problemstillingen (vedlegg 3). Tre av studiene er gjennomført i USA (James et al., 2022; Sheppard, 2014; Sirch et al., 2017), én i Spania (Rodríguez-Martín et al., 2018), én i Italia (Palese et al., 2011), og én i Norge (Mittet & Debesay, 2022). Fire av artiklene fremkom både i CINAHL og i MEDLINE EBSCO. En oversikt over den viktigste informasjonen om artiklene er presentert i litteraturmatrisen nedenfor (tabell 3).

Forfatter, år, tidsskrift og land	Hensikt	Design / Metode	Utvalg	Resultat	Styrker og svakheter
James et al., 2022 Qualitative Health Research USA	Å utforske døve pasienters erfaringer med kommunikasjonen med helsepersonell i akuttmottak i North Central Florida	Kvalitativt, deskriptivt design. Data fra individuelle semistrukturerte intervju ble kodet til temaer, og nye member-checking-intervju ble utført for analyse og syntese. Medianlengde: 42 min.	11 deltagere. 18 år og eldre. Brukte tegnspråk som hovedspråk. To-ti besøk hver på akuttmottaket de to siste årene.	<ol style="list-style-type: none"> 1. For lite og feil bruk av tolk 2. Pårørende som tolk 3. VRI i stedet for tilstedeværende tolk; tekniske problemer 4. Utilstrekkelig skriftlig og muntlig informasjon 5. Munnnavlesning, munnbind, uheldig kroppsspråk 6. Negative holdninger, og mangel på kunnskap og kultursensitivitet blant helsepersonell 	<p>Styrker: Etisk godkjent og fagfellevurdert. Åpne spørsmål i tillegg til oppsummerende og bekreftende spørsmål.</p> <p>Svakheter: Lite utvalg. Intervjueren hadde enten en personlig eller profesjonell relasjon med 9 av 11 deltagere gjennom sitt arbeid med det lokale døvesamfunnet.</p>
Mittet & Debesay, 2022 Sykepleien Forskning Norge	Å utforske hvordan personer med sterkt redusert hørsel eller døvhet opplever møtet, og spesielt kommunikasjonen, med helsetjenesten i Norge	Kvalitativt, utforskende design. Individuelle semistrukturerte dybdeintervju. 30-90 min.	Ti deltagere. Seks kvinner og fire menn. 25-30 år. Sterkt redusert hørsel til døvhet, men alle brukte tegnspråk og ble derfor omtalt som døve.	<ol style="list-style-type: none"> 1. For lite bruk av tolk 2. Munnnavlesning, munnbind, uheldig kroppsspråk 3. Utilstrekkelig skriftlig og muntlig informasjon 4. Negative holdninger, og mangel på kunnskap og kultursensitivitet blant helsepersonell 5. Mangel på rutiner i møte med døves behov 	<p>Styrker: Etisk godkjent og fagfellevurdert. Åpne spørsmål i tillegg til oppsummerende og bekreftende spørsmål. Oversettelser rettet av deltagerne.</p> <p>Svakheter: Lite utvalg, som ble rettfærdiggjort fordi det var vanskelig å rekruttere døve til forskning.</p>
Palese et al., 2011 Journal of Nursing Measurement Italia	Å utforske hvilke endimensjonale smertekartleggingsverktøy døve pasienter på sykehus foretrekker, og hvordan sykepleiere kan bruke disse effektivt slik at døve kan kommunisere smerte	Kvalitativt, deskriptivt design. Første fase: To fokusgrupper med sykepleiere. Fire timer hver. Andre fase: To fokusgrupper med døve pasienter. 16 timer totalt.	16 deltagere. Ni menn og syv kvinner. 18 og eldre. Forstod tegnspråk. Døv før språktilegnelse. Minst ett sykehusbesøk det siste året. En fokusgruppe med sykepleiere.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Smertekartleggingsverktøyene var ikke validert eller egnet for døve pasienter 2. Smerte kunne ikke kommuniseres kvantitativt på tegnspråk 3. Uheldig bruk av lys 4. Munnnavlesning, uheldig kroppsspråk 5. Mangel på kunnskap og kultursensitivitet blant sykepleierne 6. Utilstrekkelig skriftlig informasjon 7. Bruk av pårørende som tolk 8. PVK til hinder for tegnspråk 	<p>Styrker: Etisk godkjent og fagfellevurdert. Opptakene fra fokusgruppene ble analysert individuelt av to forskere.</p> <p>Svakheter: Resultatet kan ha noe begrenset overføringsverdi fordi italiensk tegnspråk kan skille seg fra andre tegnspråk. Uklart antall sykepleiere i fokusgruppene. 12 år gammel.</p>

Rodríguez-Martín et al., 2018 Contemporary Nurse Spania	Å kartlegge døve personers utfordringer med å oppnå kommunikasjonstilgang i møte med helsevesenet, og hvordan disse krenker rettighetene deres	Kvalitativt design med en etnografisk, narrativ tilnærming. Feltarbeid med både deltagende og ikke-deltagende observasjon, samt dybdeintervju.	25 deltagere. Syv menn og 18 kvinner. 18 år og eldre.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilstrekkelig skriftlig og muntlig informasjon 2. Vanskelig medisinsk språk 3. For lite bilder, for mye tekst 4. For lite bruk av tolk 5. For mye munnavlesning, munnbind 6. Sykepleier skjønte ikke det de døve skrev 7. Uheldig kroppsspråk og lysbruk 8. Mangel på kunnskap og kultursensitivitet blant helsepersonell 	<p>Styrker: Etisk godkjent og fagfelleverdert. Studien delte deltagerne inn i tre generasjoner ut ifra alder, og illustrerte hvilke juridiske og sosiokulturelle endringer som fant sted innad i disse. Den tok også hensyn til hvorvidt deltagerne hadde hørende eller døve foreldre.</p> <p>Svakheter: Omtaler erfaringer med både sykepleiere, leger og tannleger.</p>
Sheppard, 2014 Journal of the American Association of Nurse Practitioners USA	Å utforske døve voksnes erfaringer med helsevesenet gjennom livet, med fokus på kommunikasjonsbarrierer	Kvalitativt design. Hermeneutisk tilnærming. Deltagere ble intervjuet tre ganger hver. 30-60 min.	Ni deltagere. To menn og syv kvinner. 21-62 år. Født døv eller mistet hørselen i tidlig barndom.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uheldig kroppsspråk 2. For mye munnavlesning 3. Mangel på kunnskap og kultursensitivitet blant helsepersonell 4. Negative holdninger, utålmodighet 5. PVK til hinder for tegnspråk 6. Uheldig bruk av lys 7. Kartleggings skjema ikke tilpasset døve 	<p>Styrker: Etisk godkjent og fagfelleverdert. Både åpne spørsmål og oppsummerende analyser for å bekrefte gjensidig forståelse.</p> <p>Svakheter: Lite utvalg. Del av en større hermeneutisk studie som utforsket depressive symptomer blant døve voksne.</p>
Sirch et al., 2017 Scandinavian Journal of Caring Sciences USA	Å utforske døve pasienters kommunikasjonserfaringer på sykehus	Kvalitativt design. To fokusgrupper med en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål. Fire timer hver.	Ni deltagere. Kun menn. 30-60 år. Døve før språktilegnelse. Minst ett sykehusbesøk det siste året.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utålmodige sykepleiere 2. Uheldig kroppsspråk, lite mimikk 3. Vanskelig medisinsk språk 4. For mye munnavlesning 5. Utilstrekkelig skriftlig informasjon 6. Munnbind 	<p>Styrker: Etisk godkjent og fagfelleverdert.</p> <p>Svakheter: Kjønnsbias. Lite utvalg. Deltagerne omtalte både sykepleiere og leger, så forskerne valgte fellesbegrepet «helsepersonell» der det ikke var nødvendig med spesifisering.</p>

Tabell 3: Litteraturmatrise

4.2 Tematisk analyse

Den tematiske analysen viste at det var fire temaer som var gjennomgående i resultatene: kommunikasjonsbarrierer knyttet til tegnspråktolking, til munnavlesning, til skriftlig informasjon, og til sykepleiers atferd.

4.2.1 Kommunikasjonsbarrierer knyttet til tegnspråktolking

Til tross for et tydelig behov for tilrettelagt kommunikasjon på tegnspråk, opplevde flere døve pasienter at de ofte eller alltid fikk avslag på ønsket om tolk (James et al., 2022, s. 51-52; Mittet & Debesay, 2022, s. 6; Sheppard, 2014, s. 508). Å måtte forhandle med sykepleier om å få kommunikasjonstilgang via tilstedeværende tegnspråktolk, ble i James et al. (2022 s. 51-52) fremhevet som en tidkrevende kommunikasjonsbarriere som førte til stress og frustrasjon. I Rodríguez-Martín et al. (2018, s. 133) påpekte pasienter en tendens til at sykepleier bare benyttet seg av tolketjenester i situasjoner som kunne betegnes som viktige eller alvorlige.

I James et al. (2022, s. 51-52) oppga pasienter at de følte seg presset til å bruke pårørende som stedfortredende tolk, selv når disse var mindreårige. Dette åpnet for rollekonflikter og utrygghet, siden informasjonen ikke ble formidlet i sin helhet. Mens enkelte pasienter i Palese et al. (2011, s. 97) fortalte at de foretrakk å ha med familiemedlemmer som emosjonell støtte og hjelp til oversetting, opplevde andre i samme studie dette som umyndiggjørende.

I to av studiene påpekte pasientene at det fremsto som at sykepleier manglet kunnskap og rutiner i forbindelse med bestilling og bruk av tolk (James et al., 2022, s. 51-52; Mittet & Debesay, 2022, s. 6). I to andre artikler fremkom det at enkelte pasienter opplevde at sykepleier hindret dem i å snakke tegnspråk effektivt ved at perifert venekateter (PVK) ble plassert på armene deres (Palese et al., 2011, s. 98; Sirch et al., 2017, s. 372). I James et al. (2022, s. 51-52) var majoriteten av pasientene tydelige på at de altfor ofte fikk tilbud om skjermtolk (VRI) fremfor tilstedeværende tolk på akuttmottaket. Noen av dem hadde negative erfaringer med at sykepleier sto foran skjermen og dermed hindret kommunikasjonen med tolken.

4.2.2 Kommunikasjonsbarrierer knyttet til munnavlesning

Flere pasienter uttrykte at munnavlesning var en ineffektiv og altfor hyppig brukt kommunikasjonsform i møte med sykepleier (James et al., 2022 s. 56; Mittet & Debesay,

2022, s. 5; Rodríguez-Martín et al., 2018, s. 132). Videre ble sykepleiers uheldige kroppsspråk, mimikk og bruk av blikkontakt beskrevet som kommunikasjonsbarrierer i de situasjonene der døve pasienter måtte lene seg på munnnavlesning for å forstå informasjonen som ble formidlet (James et al., 2022 s. 56; Mittet & Debesay, 2022, s. 6; Palese et al., 2011, s. 97; Rodríguez-Martín et al., 2018, s. 132; Sheppard, 2014, s. 508). Et lite tilpasset språk med komplisert medisinsk terminologi var også en faktor som gjorde munnnavlesning vanskelig (James et al., 2022 s. 56; Palese et al., 2011, s. 97; Sheppard, 2014, s. 508).

Sykepleiers bruk av munnbind ble trukket frem som en fysisk kommunikasjonsbarriere for munnnavlesning i samtlige artikler (James et al., 2022 s. 56; Mittet & Debesay, 2022, s. 6; Palese et al., 2011, s. 98; Rodríguez-Martín et al., 2018, s. 132; Sheppard, 2014, s. 508; Sirch et al., 2017, s. 373). I Palese et al. (2011, s. 98) og Sirch et al. (2017, s. 373) ble også sykepleiers bruk av enten for mye eller for lite lys ansett som en situasjonsbestemt barriere for muligheten til munnnavlesning.

4.2.3 Kommunikasjonsbarrierer knyttet til skriftlig informasjon

Enkelte døve pasienter foretrakk skriftlig kommunikasjon (Mittet & Debesay, 2022, s. 9; Rodríguez-Martín et al., 2018, s. 132-133; Sheppard, 2014, s. 508). Likevel var utfordringer med å forstå skriftlig informasjon et gjennomgående tema i alle seks artikler (James et al., 2022, s. 56; Mittet & Debesay, 2022, s. 9; Palese et al., 2022, s. 96; Rodríguez-Martín et al., 2018, s. 132-133; Sheppard, 2014, s. 508; Sirch et al., 2017, s. 373).

I to av artiklene ble sykepleiers bruk av standardiserte kartleggingsskjema omtalt som et hinder for døve pasienters mulighet til å kommunisere symptomer og behov på en tilfredsstillende måte (Sirch et al., 2017, s. 373). I Palese et al. (2011, s. 96-97) fremkom det blant annet at smerte kartleggingsskjemaet Visual Analogue Scale (VAS) var forvirrende (vedlegg 4).

4.2.4 Kommunikasjonsbarrierer knyttet til sykepleiers atferd

Sykepleiers utålmodige atferd ble identifisert som et hinder for effektiv kommunikasjon i fire artikler (James et al., 2022, s. 52; Palese et al., 2011, s. 97; Sheppard, 2014, s. 507; Sirch et al., 2017, s. 373). I Mittet og Debesay (2022, s. 57) ble atferden beskrevet som tidvis nervøs, unnnvikende og stresset. Ignorerende atferd ble trukket frem i tre artikler (James et al., 2022, s.

53; Mittet et al., 2022, s. 9; Sirch et al., 2017, s. 373). Diskriminerende atferd ble fremhevet i tre artikler (Palese et al., 2011, s. 99; Rodríguez-Martín et al., 2018, s. 133, 135; Sirch et al., 2017, s. 371-372). I fem av artiklene ble mangel på relevant kunnskap om døvhet omtalt som mulige årsak til at sykepleier utviste atferd som kunne være til hinder for effektiv kommunikasjon (James et al., 2022, s. 57; Mittet & Debesay, 2022, s. 6-7; Rodríguez-Martín et al., 2018, s. 135; Sheppard, 2014, s. 508; Sirch et al., 2017, s. 371-373).

5.0 Diskusjon

5.1. Diskusjon av resultat

I det følgende vil resultatene bli diskutert opp mot teori og tidligere forskning.

5.1.1 Kommunikasjonsbarrierer knyttet til tegnspråktolkning

Resultatene i denne litteraturstudien viste at døde pasienter opplevde at de ofte eller alltid fikk avslag på ønsket om tegnspråktolk (James et al., 2022, s. 51-52; Mittet & Debesay, 2022, s. 6; Sheppard, 2014, s. 508). Jeg mener at dette funnet er alvorlig, først og fremst fordi det er et uttrykk for at sykepleiere ikke arbeider i tråd med det lovverket som skal sikre døde pasienters rett til tilrettelagt informasjon i løpet av sykehusinnleggelsen (Helsedirektoratet, 2018). I Norge ville et slikt avslag antagelig vært i strid med både eldre og nyere lover som sykepleier på sykehus er forpliktet til å følge (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5 første ledd; Språklova, 2021, § 1 andre ledd bokstav c; Tolkeloven, 2021, § 6-7). Det kan tenkes at konsekvensene av manglende bestilling av tolk kan føre til at døde pasienter ikke forstår det som sykepleier vil formidle, og vice versa, og at dette kan utgjøre en risiko for at viktig sykdomsrelatert informasjon går tapt.

Tendensen til at tolk bare ble kontaktet i viktige eller alvorlige situasjoner ble beskrevet i Rodríguez-Martín et al. (2018, s. 133). Jeg stiller meg kritisk til denne praksisen, fordi god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient handler om mer enn å bare formidle vanskelige beskjeder. I lys av den personorienterte tilnærmingen, kan god kommunikasjon også gjøre sykepleier i stand til å forstå pasienten som en hel person (Eide & Eide, 2017, s. 16, 39). Med tanke på kunnskapen om at tegnspråk skiller seg vesentlig fra talespråk, vil fraværet en av tegnspråktolk kunne sies å være en kommunikasjonsbarriere som hindrer muligheten til å utvikle et menneske-til-menneske-forhold (Simonsen & Halvorsen, 2021; Travelbee, 1999, s. 135-136). Derimot kan bestilling av tolk potensielt utgjøre en viktig forskjell i de situasjonene

der sykepleier ønsker å lytte til pasienten som unikt individ, og faktisk forstå hva som er viktig for vedkommende (Eide & Eide, 2017, s. 16).

På én side kan fraværet av tolk forklares ved hjelp av resultatene som viste at døve pasienter oppfattet at sykepleier manglet rutiner og kunnskap om bruk av tolk (James et al., 2022, s. 51-52; Mittet & Debesay, 2022, s. 6; Palese et al., 2011, s. 98; Sirch et al., 2017, s. 372).

Samtidig er det interessant å se på dette funnet i lys av forskningen som viste at både ferdigutdannede sykepleiere, og sykepleierstudenter på bachelor- og masternivå manglet kunnskap om døvhet (Diaz & Goyal, 2020; Kuenburg et al., 2016, s. 2; Velonaki et al., 2015). Det kan tenkes at sykepleiere mangler forståelse for hvor stor betydning tegnspråk har for døves mulighet til å kommunisere med omverdenen, og at dette utgjør en medvirkende årsak for hvorfor de unnlater å bestille tolk (Norges Døveforbund, u.å.-a).

Det kan også tenkes at betydningen av tegnspråktolk undervurderes i de tilfellene der sykepleier mangler bevissthet rundt det faktum at de fleste døve kan snakke selv om de ikke hører (Winther, 2019b). På én måte er det forståelig at snakking kan bli tolket som at pasienten er i stand til å kommunisere med talespråk. Samtidig kan slik uvitenhet føre til frustrasjon, noe som ble tydelig skildret av en deltager i den norske studien:

Hvorfor hadde de ikke med tolk? Det hadde fungert bedre. Da kunne jeg brukt tegn og sett på tolken i stedet for å slite med å oppfatte like etter at jeg hadde våknet. Og sånn er det jo når jeg prater med folk [med stemme], så tenker jo folk at jeg hører godt. Men det er feil, for det gjør jeg faen ikke. Jeg hører ingenting. (Mittet & Debesay, 2022, s. 5)

Resultatene viste at flere pasienter følte seg presset av sykepleier til å bruke pårørende som tolk. Dette kunne oppleves som en kommunikasjonsbarriere, siden informasjonen ikke ble formidlet i sin helhet (James et al., 2022, s. 51-52). Dessuten åpnet dette for uheldige rollekonflikter, som ble beskrevet av en pasient i James et al. (2022, s. 53): “I really don’t like [my family] to know my personal business. Um, I prefer having interpreters who have to be confidential instead of using my [family]”. Ny norsk lovgivning har anerkjent dette som et problem, og vil forhåpentligvis forhindre slike erfaringer i fremtiden (Tolkeloven, 2021, § 6-7).

Likevel er det verdt å merke seg at sykepleier bør respektere individuelle preferanser; der enkelte deltagere i Palese et al. (2011, s. 97) foretrakk å ha med familiemedlemmer som emosjonell støtte og hjelp til oversetting, opplevde andre i samme studie dette som umyndiggjørende. Sykepleier skal ifølge Helsedirektoratets «Veileder om kommunikasjon via tolk» (2011, s. 6) foreta en vurdering av behovet for tegnspråktolk, og bestille den der det er nødvendig. Samtidig kan det være nyttig å avklare individuelle ønsker, slik at pasientens rett til å være medbestemmende blir ivaretatt (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

5.1.2 Kommunikasjonsbarrierer knyttet til munnavlesning

Resultatene i denne litteraturstudien viste at døve pasienter opplevde at munnavlesning var en ineffektiv og altfor hyppig brukt kommunikasjonsform i møte med sykepleier (James et al., 2022 s. 56; Mittet & Debesay, 2022, s. 5; Rodríguez-Martín et al., 2018, s. 132). Dette er problematisk fordi munnavlesning, som kjent, er en utfordrende kommunikasjonsform, hvor kun en tredel av det som blir sagt faktisk kan forstås (Winther, 2022b). I resultatene fremkom det at kommunikasjonsbarrierene kunne oppstå fordi sykepleier hadde et «pokerfjes» som var vanskelig å tolke, ikke holdt øyekontakt eller vendte seg bort fra pasienten (James et al., 2022 s. 56; Mittet & Debesay, 2022, s. 6; Palese et al., 2011, s. 97; Rodríguez-Martín et al., 2018, s. 132; Sheppard, 2014, s. 508). Dette stemmer overens med kunnskapen om at munnavlesning gjerne må kombineres med tolking av ansiktsuttrykk, kroppsspråk og situasjonen i sin helhet (Winther, 2022b). Sykepleier bør være bevisst på at den nonverbale kommunikasjonen er minst like viktig som den verbale, og at faren for misforståelser ved munnavlesning som oftest er til stede (Svartdal, 2020; Winther, 2022b).

Resultatene viste også at døve pasienter hadde utfordringer med å munnavlese dersom sykepleier snakket for fort, for sakte, eller brukte komplisert medisinsk terminologi (James et al., 2022 s. 56; Palese et al., 2011, s. 97; Sheppard, 2014, s. 508). Tidligere forskning har vist at døve har manglende kunnskap om egen helse og helserelaterte temaer, og at det har bidratt til misforståelser og mangel på tillit til helsepersonell (Kuenburg et al., 2016, s. 2-5). Dette taler for at sykepleier bør bruke munnavlesning med omhu, og tilpasse språket etter døves forutsetninger og situasjonen ellers.

Sykepleiers bruk av munnbind ble også identifisert som en fysisk kommunikasjonsbarriere ved munnavlesning (James et al., 2022 s. 56; Mittet & Debesay, 2022, s. 6; Palese et al., 2011, s. 97; Rodríguez-Martín et al., 2018, s. 132; Sheppard, 2014, s. 508; Sirch et al., 2017, s. 373).

På én side er munnbind et viktig smitteverntiltak, som skal beskytte både sykepleier og pasient når de er i nærheten av hverandre. Det kan argumenteres for at munnbind i visse situasjoner vil være en uunngåelig del av sykepleiers bekledning. På en annen side kan det tenkes at sykepleier bør være mer bevisst på bruken av dette, og ved hjelp av tolk, kroppsspråk, skriving eller andre kommunikasjonsformer sørge for at informasjonen likevel når frem til pasienten.

Resultatene som viste at sykepleiers uheldige lysbruk kunne være til hinder for munnavlesning, taler dessuten for en generell mangel på bevissthet rundt denne kommunikasjonsformen (Palese et al., 2011, s. 98; Sirch et al., 2017, s. 373). Dette ble beskrevet av en deltaker i Palese et al. (2011, s. 98): “The nurses asked me if I had pain at night in very dim light. I understood nothing, there was not enough light for lipreading”.

5.1.3 Kommunikasjonsbarrierer knyttet til skriftlig informasjon

Resultatene i denne litteraturstudien viste at døve opplevde at skriftlig informasjon alene sjeldent ga dem tilstrekkelig informasjon (James et al., 2022, s. 56; Mittet & Debesay, 2022, s. 9; Palese et al., 2022, s. 96; Rodríguez-Martín et al., 2018, s. 132-133; Sheppard, 2014, s. 508; Sirch et al., 2017, s. 373). Frustrasjonen som kunne oppstå når sykepleier ikke tilpasset den skriftlige informasjonen ble beskrevet av en deltaker i James et al. (2022, s. 65):

We have to write back and forth to try to communicate. And [ED providers are] using all these big English words that I just don't understand. I have to ask the meaning over and over again, and it's just such a waste of energy and effort, and it's just always so emotional, stressful, and frustrating just trying to communicate with them. Just so they can get an understanding of what I want.

For en sykepleier som ikke behersker tegnspråk, er det ikke utenkelig at skriving kan fremstå som et gunstig alternativ. I enkelte av artiklene fremkom det tross alt at noen pasienter foretrakk skriftlig informasjon (Mittet & Debesay, 2022, s. 9; Rodríguez-Martín et al., 2018, s. 132-133; Sheppard, 2014, s. 508). Samtidig bør sykepleier være bevisst på de strukturelle og kulturelle forskjellene mellom tegnspråk og talespråk, og at døve som har tegnspråk som sitt primærspråk ikke nødvendigvis kan lese like godt (Rodríguez-Martín et al., 2018, s. 132; Simonsen & Halvorsen, 2021).

I Palese et al. (2011, s. 101) fremkom det en klar anbefaling om at tegnspråktolk burde involveres ved første kartlegging av smerter hos døve pasienter. Dette skyldtes at standardiserte smertekartleggingskjemaer ofte var uforståelige for tegnspråkbrukere dersom de ikke ble forklart på et språk som de forstod. Spesielt bruken av VAS var forvirrende, ettersom den horisontale fremstillingen ikke korresponderte med måten smerteintensitet ble formidlet på italiensk tegnspråk (Palese et al., 2011, s. 96). En vertikal fremstilling med forklaringer ville vært mer passende, ifølge deltagerne.

Dette aspektet var spesielt skjerpene for meg. Ut ifra egen erfaring fra praksis og jobb på sykehus, er VAS en hyppig brukt skala – nettopp fordi den er så enkel å forklare. Kunnskapen om døves erfaringer med VAS bidro til en forståelse av at tilsynelatende enkel skriftlig informasjon ikke nødvendigvis er like lett å forstå for alle pasienter. Ved et spørsmål om noe så individuelt som vurdering av smerteintensitet, fungerer punkt 2.5 i Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (2019) som en god påminner om at sykepleier skal «(...) forsikre seg om at informasjonen er forstått». Sykepleier bør forebygge svikt i kommunikasjon om smerter, da dette kan innebære risiko for døve pasienter ikke mottar tilstrekkelig smertelindring.

5.1.4 Kommunikasjonsbarrierer knyttet til sykepleiers atferd

Resultatene i denne litteraturstudien viste at spesifikke mønstre ved sykepleiers atferd, herunder utålmodighet, var til hinder for effektiv kommunikasjon med døve pasienter (James et al., 2022, s. 52; Palese et al., 2011, s. 97; Sheppard, 2014, s. 507; Sirch et al., 2017, s. 373). I James et al. (2022, s. 52) skildret en deltager denne utålmodigheten ved å beskrive hvordan en sykepleier brukte mengden pasienter som et argument for hvorfor det ikke var tid til å bestille en tilstedeværende tolk.

På én side kan det argumenteres for at kommunikasjonen kan hindres av manglende vilje til å investere den nødvendige energien til å lytte til den syke (Travelbee, 1999, s. 158-159). På den andre siden kan jeg på bakgrunn av egen erfaring kjenne på sympati for at det travle sykehustempoet kan innskrenke sykepleiers spillerom når det kommer til individuell tilrettelegging av kommunikasjon. Jeg har observert hvordan stresset og utålmodig atferd gjerne oppstår når sykepleier har en stor arbeidsmengde, og i tillegg mangler kunnskap om hvordan en ny utfordring skal løses. Slik nervøs, unnvikende og stresset atferd ble også fremhevet i Mittet og Debesay (2022, s. 57).

Ignorerende atferd ble trukket frem i tre artikler (James et al., 2022, s. 53; Mittet et al., 2022, s. 9; Sirch et al., 2017, s. 373). Ifølge Travelbee (1999, s. 160-161) kunne et ubevisst kroppsspråk og et fravær av full oppmerksomhet føre til at den syke oppfattet at sykepleieren ikke var interessert i vedkommende som person. Med tanke på at tegnspråk formidles via håndbevegelser, mimikk og kroppsholdninger, er det ikke usannsynlig at døve pasienter er spesielt oppmerksomme på endringer i kroppsspråk hos sykepleiere (Simonsen & Halvorsen, 2021). Dette viser hvor viktig det er at sykepleiere setter av nødvendig tid og er bevisst på at den nonverbale kommunikasjonen kan misforstås.

Diskriminerende atferd ble fremhevet i tre artikler (Palese et al., 2011, s. 99; Rodríguez-Martín et al., 2018, s. 133, 135; Sirch et al., 2017, s. 371-372). Jeg mener at dette potensielt kan knyttes opp mot funnene om at relevant kunnskap om døvhet ble omtalt som en mulig årsak til at sykepleiere utviste atferd som kunne være til hinder for effektiv kommunikasjon (James et al., 2022, s. 57; Mittet & Debesay, 2022, s. 6-7; Rodríguez-Martín et al., 2018, s. 135; Sheppard, 2014, s. 508; Sirch et al., 2017, s. 371-373). Et sitat fra en deltager i den italienske studien illustrerer sammenhengen, og peker på et klart behov for kompetanseheving og økt kultursensitivitet blant sykepleiere: "Very often, they mistake us as being mentally retarded. I feel they don't believe me ... Sometimes I understand that they yell to try to make me understand something, but we are totally deaf, yelling doesn't help!" (Palese et al., 2011, s. 99).

5.2 Diskusjon av metode

Valg av litteraturstudie som metode åpnet for muligheten til å oppnå kunnskap på et spesifikt område som jeg interesserte meg for. Potensielle svakheter knyttet til metoden kan ha sammenheng med at jeg analyserte og sammenlignet resultater fra et relativt lite utvalg studier. Jeg kan også ha gått glipp av relevant kunnskap ettersom jeg kun gjennomførte søk i to databaser. Denne begrensingen kan ha påvirket bredden og ført til at studier som kunne bidratt til en mer nyansert analyse ble oversett. Videre opplevde jeg det som utfordrende å finne relevant og oppdatert litteratur til teoridelen om døvhet. Det kan anses som en svakhet at jeg i stor grad måtte lene meg på nettsider. Derfor stilte jeg strenge krav til kildekritikk, og utelot for eksempel kilder der informasjonen fremsto som utdatert i henhold til samfunnets utvikling.

6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis

I denne litteraturstudien ønsket jeg å finne ut hvilke kommunikasjonsbarrierer døve pasienter opplever i møte med sykepleier på sykehus. Hensikten var å få en innsikt i hvilke problemer denne pasientgruppen opplevde i forbindelse med nåværende praksis. Gjennom dette ønsket jeg å få en forståelse av hvordan jeg som kommende sykepleier kunne legge til rette for bedre kommunikasjon med døve. Jeg undersøkte pasientperspektivet i seks kvalitative artikler, og fant at følgende temaer var gjennomgående: kommunikasjonsbarrierer knyttet til tegnspråktolkning, til munnnavlesning, til skriftlig informasjon, og til sykepleiers atferd. Resultatene ble diskutert opp mot relevant teori og tidligere forskning.

Ett av hovedfunnene var at døve pasienter beskrev munnnavlesning som en ineffektiv og altfor hyppig brukt kommunikasjonsform i møte med sykepleier. Dette var grunnet kommunikasjonsbarrierer som manglende øyekontakt, lite mimikk og ubevisst kroppsspråk. Munnnavlesning ble ytterligere utfordrende ved at sykepleier fysisk dekket til munnen med munnbind, eller ikke sørget for hensiktsmessig lysnivå i rommet. Mangel på kunnskap om helserelevante tema blant døve var en faktor som forverret forståelsen, spesielt når sykepleier brukte vanskelig medisinsk terminologi. For rask eller for sakte tale var også en kommunikasjonsbarriere som hindret døve pasienter i å forstå informasjon.

Et annet viktig funn indikerte at døve pasienter opplevde at sykepleier manglet kunnskap og rutiner i møte med døves behov, og at dette i kombinasjon med utålmodig, ignorerende og diskriminerende atferd førte til svikt i kommunikasjonen. Tidligere forskning har vist at døve har opplevd misforståelser, feildiagnostisering og mangel på tillit til helsepersonell. Resultatene i denne litteraturstudien peker på et behov for kompetanseheving blant sykepleiere, noe som også samstemmer med resultatene fra tidligere forskning.

Sykepleiere har et etisk og juridisk ansvar for å sørge for at døve pasienter får tilrettelagt kommunikasjonen etter sine forutsetninger, og at de får informasjon og mulighet til medbestemmelse på lik linje med hørende pasienter. Oppsummert viste resultatene i denne litteraturstudien at døve opplevde en rekke kommunikasjonsbarrierer som hindret dem i få likeverdig informasjonstilgang. Jeg mener at sykepleier med fordel kan bruke en mer personorientert tilnærming i møte med døve pasienter, og respektere individuelle ønsker. Det kan tenkes at tidlig avklaring om foretrukket kommunikasjonsform, bestilling av

tegnspråktolk, samt kartleggingskjema tilpasset etter døves forståelse kan være tiltak som kan bidra til å overkomme noen barrierer.

Referanseliste

- Breivik, J.-K. (2000). Døve – funksjonshemmede eller kulturell minoritet? I T. I. Romøren (Red.), *Usynlighetskappen: levekår for funksjonshemmede* (s. 83-103). Akribe Forlag.
- Breivik, J.-K. (2007). *Døv identitet i endring: Lokale liv – globale bevegelser*. Universitetsforlaget.
- Diaz, S., & Goyal, D. (2021). Caring for the Deaf: Nursing Students' Knowledge and Awareness. *Nursing education perspectives*, 42(4), 241–242.
<https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000685>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.) Gyldendal Akademisk.
- Forvaltningsloven. (1970). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* (LOV-1967-02-10). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1967-02-10>
- Gundersen, D. (2020, 28. juni). Kommunisere. *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/kommunisere>
- Helsebiblioteket. (u.å.). *Pyramidesøket*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/pyramidesoket>
- Helsebiblioteket. (2016, 24. oktober). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>
- Helsebiblioteket. (2017a, 9. juni). 2. *Spørsmålsformulering*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering>

Helsebiblioteket. (2017b, 28. august). 3.2 *Kildevalg*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok-32-kildevalg>

Helsebiblioteket. (2018, 11. desember). 4. *Kritisk vurdering*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok-32-kildevalg>

Helsebiblioteket. (2020, 31. august). 3.4 *Søkeord*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok-34-sokeord>

Helsebiblioteket. (2021a, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>

Helsebiblioteket. (2021b, 17. september). 4.1 *Sjekklister*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklister>

Helsebiblioteket. (2021c, 30. september). 2.1 *PICO*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>

Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene* (IS-1924).

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-og-omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:295d3d83c0e4403f2e3de5afb133dc1f1f66a961/God%20kommunikasjo](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-og-omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:295d3d83c0e4403f2e3de5afb133dc1f1f66a961/God%20kommunikasjo)

[n%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20persone
ll%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf](#)

Helsedirektoratet. (2018, 1. januar). 3. Rett til medvirkning og informasjon.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon#informasjonens-form>

Heyn, L. G. (Red.). (2018). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.

HVL. (2022, 11. september). *Tekniske retningslinjer for oppgaveskriving*. Høgskulen på Vestlandet. <https://www.hvl.no/om/sentrale-dokument/reglar/tekniske-retningslinjer-for-oppgaveskriving/>

James, T. G., Coady, K. A., Stacciarini, J.-M. R., McKee, M. M., Phillips, D. G., Maruca, D., & Cheong, J. (2022). “They’re Not Willing To Accommodate Deaf patients”: Communication Experiences of Deaf American Sign Language Users in the Emergency Department. *Qualitative Health Research*, 32(1), 48–63.
<https://doi.org/10.1177/10497323211046238>

Klammer, M., & Pöchhacker, F. (2021). Video remote interpreting in clinical communication: A multimodal analysis. *Patient Education and Counseling*, 104(12), 2867–2876.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.024>

Kuenburg, A., Fellingner, P., & Fellingner, J. (2016). Health Care Access Among Deaf People. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1093/deafed/env042>

McMaster University. (2023). *Pyramidesøket for helsebiblioteket.no*.
<https://plus.mcmaster.ca/helsebiblioteket/>

Middleton, A., Turner, G. H., Bitner-Glindzicz, M., Lewis, P., Richards, M., Clarke, A., & Stephens, D. (2010). Preferences for communication in clinic from deaf people: A cross-sectional study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(4), 811–817.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01207.x>

- Mitchell, R. E., & Karchmer, Michaela. (2004). Chasing the Mythical Ten Percent: Parental Hearing Status of Deaf and Hard of Hearing Students in the United States. *Sign Language Studies*, 4(2), 138–163. <https://www.jstor.org/stable/26190985>
- Mittet, T., & Debesay, J. (2022). Med høreapparatet på stilk: Døve personers opplevelser i møte med helsetjenesten. *Sykepleien Forskning* 17(89649):e-89649. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2022.89649](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89649)
- Norges Døveforbund. (u.å.-a). KODA. <https://www.doveforbundet.no/tegnsprak/koda>
- Norges Døveforbund. (u.å.-b). Tegnspråk. <https://www.doveforbundet.no/tegnsprak/hva>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikkk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Graverholt, B., Jamtvedt, G., & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Palese, A., Salvador, L., & Cozzi, D. (2011). One-Dimensional Scales for Pain Evaluation Adopted in Italian Nursing Practice: Giving Preference to Deaf Patients. *Journal of Nursing Measurement*, 19(2), 91–104. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.19.2.91>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Phonak. (u.å.). *Hvordan fungerer øret?*. Hentet fra https://www.godlydibarnehagen.no/om_horsel/hvordan-fungerer-oret/
- Regjeringen. (u.å.). *Sykehus*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/id10935/>

- Rodríguez-Martín, D., Rodríguez-García, C., & Falcó-Pegueroles, A. (2018). Ethnographic analysis of communication and the deaf community's rights in the clinical context. *Contemporary Nurse*, 54(2), 126–138.
<https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1441731>
- Sheppard, K. (2014). Deaf adults and health care: Giving voice to their stories. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(9), 504–510.
<https://doi.org/10.1002/2327-6924.12087>
- Simonsen, H. G. & Halvorsen, R. P. (2021, 24. mai). Tegnspråk. *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/tegnspr%C3%A5k>
- 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), 368–377.
<https://doi.org/10.1111/scs.12356>
- Språklova. (2021). *Lov om språk* (LOV-2021-05-21-42). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/2021-05-21-42>
- Språkrådet. (u.å.). *Norsk tegnspråk*. <https://www.sprakradet.no/spraklov/spraka-i-lova/norsk-tegnsprak/>
- Svartdal, F. (2020, 27. mai). Nonverbal kommunikasjon. *Store norske leksikon*.
https://snl.no/nonverbal_kommunikasjon
- Sykepleien. (u.å.). *Sykepleien Forskning*. <https://sykepleien.no/forskning/arkiv>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.) [Allvit]. Universitetsforlaget.
- Tolkeloven. (2021). *Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv.* (LOV-2021-06-11-79). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2021-06-11-79>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.

UpToDate. (2023). *Visual analog scale (VAS) for pain*. <https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ONC%2F82442>

Velonaki, V.-S., Kampouroglou, G., Velonaki, M., Dimakopoulou, K., Sourtzi, P., & Kalokerinou, A. (2015). Nurses' knowledge, attitudes and behavior toward Deaf patients. *Disability and Health Journal*, 8(1), 109–117.
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.08.005>

Weber, P. C. (2022). Hearing amplification in adults. *UpToDate*. Hentet 9. mai 2023, fra https://www.uptodate.com/contents/hearing-amplification-in-adults?search=cochlear%20implant&source=search_result&selectedTitle=2~98&usage_type=default&display_rank=2

Winther, Ø. (2019a, 13. august). Cochlea-implantat. *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/cochlea-implantat>

Winther, F. Ø. (2019b, 13. august). Døvstumhet. *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/d%C3%B8vstum>

Winther, F. Ø. (2022a, 23. juni). Hørselshemming. *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/h%C3%B8rselshemming>

Winther, F. Ø. (2022b, 22. september). Munnavløsning. *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/munnavløsning>

Winther, F. Ø. (2023, 26. januar). Hørsel. *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/h%C3%B8rsel>

Winther, F. Ø. & Mork, J. (2019, 14. august). Døvhhet. *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/d%C3%B8vhet>

World Federation of the Deaf. (u.å.). *Our Work*. <https://wfdeaf.org/our-work/>

World Health Organization. (2021). *World Report on Hearing* (978-92-4-002048-1).
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240020481>

World Health Organization. (2022, 22. mars). *Deafness*. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/deafness>

World Health Organization. (2023, 27. februar). *Deafness and hearing loss*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

World Health Organization. (u.å.). *Deafness and hearing loss*. https://www.who.int/health-topics/hearing-loss#tab=tab_1

Vedlegg

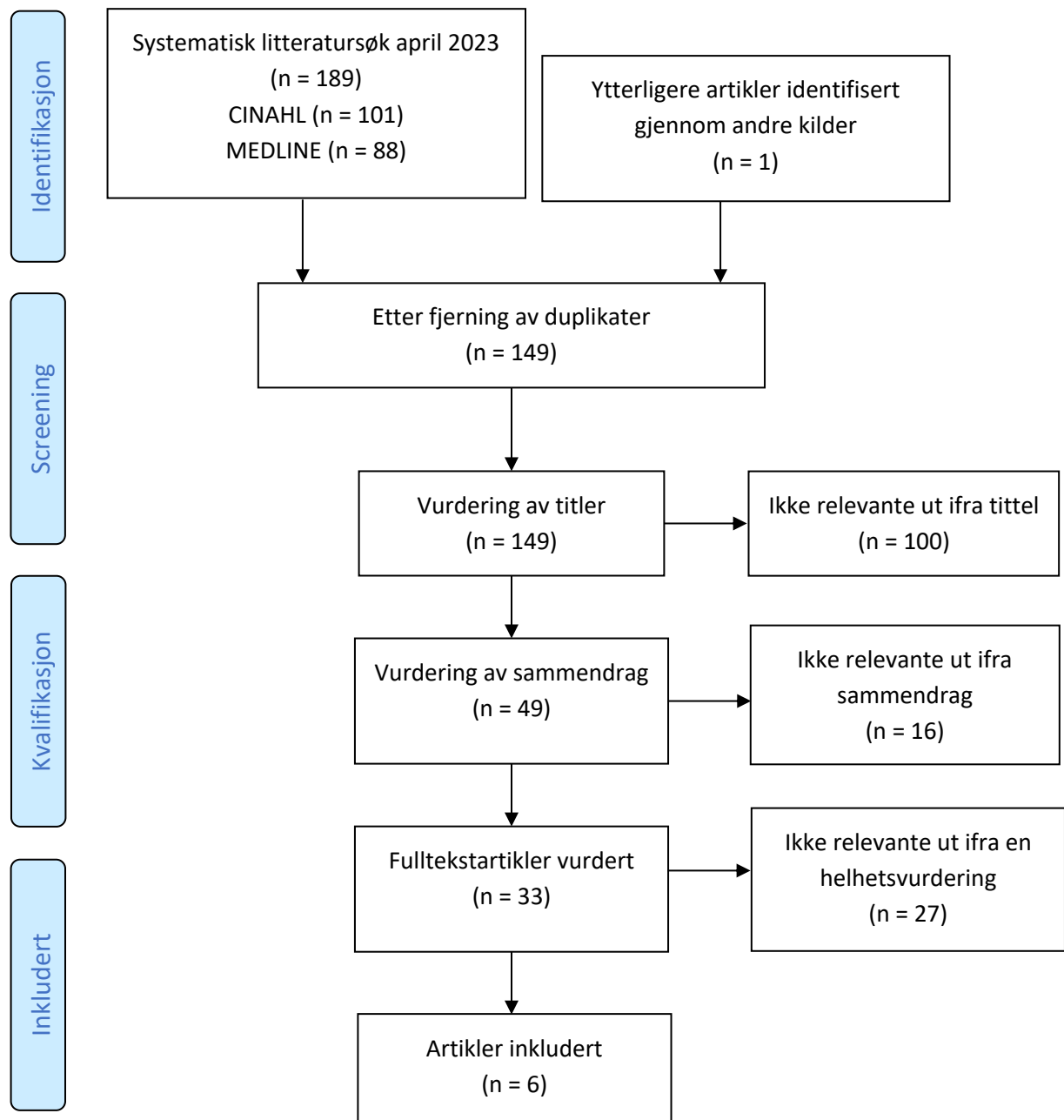
Vedlegg 1: Søkehistorikk i CINAHL 03.04.2023

Nr.	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
S1	MH Deafness		7,800			
S2	TX Deaf*		20,677			
S3	S1 OR S2		20,677			
S4	MH Nurses		69,935			
S5	TX Nurs*		1,911,363			
S6	S4 OR S5		1,911,363			
S7	MH Communication Barriers		6,075			
S8	MH Communication		93,132			
S9	Communicat* Barrier*		6,626			
S10	S7 OR S8 OR S9		98,778			
S11	S3 AND S6 AND S10		259			
S12	S3 AND S6 AND S10	Fagfelleurdert, 2010-2023, norsk, dansk, svensk, engelsk, tysk	101	35	22	4

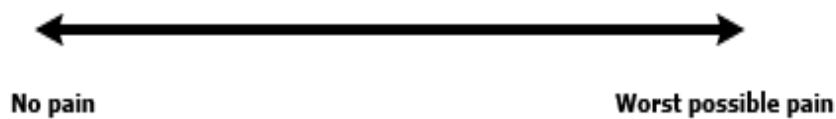
Vedlegg 2: Søkehistorikk i MEDLINE EBSCO 04.04.2023

Nr.	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
S1	MH Deafness		28,552			
S2	Deaf*		101,860			
S3	S1 OR S2		101,860			
S4	Nurses		45,259			
S5	Nurs*		1,127,465			
S6	S4 OR S5		1,127,465			
S7	MH Communication Barriers		7,216			
S8	MH Communication		98,857			
S9	Communicat* Barrier*		8,199			
S10	S7 OR S8 OR S9		106,064			
S11	S3 AND S6 AND S10		245			
S12	S3 AND S6 AND S10	Fagfelleurdert, 2010-2023, norsk, dansk, svensk, engelsk, tysk	88	37	25	5 (hvorav 4 også fremkom i CINAHL)

Vedlegg 3: Flytskjema



Vedlegg 4: Visual Analoge Scale (VAS)



(UpToDate, 2023)