



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

ATT KUNNA SE VAD SOM SÄGS

En intervjustudie om hur personer med hörselnedsättning kan uppleva möten med vårdpersonal.

ANN ASP
CARINA OLOFSSON

Examensarbete
Kurs VT 03
Sjuksköterskeprogrammet
Juni 2005

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: info@hs.mah.se

ATT KUNNA SE VAD SOM SÄGS

En intervjustudie om hur personer med hörselnedsättning kan uppleva möten med vårdpersonal.

Ann Asp
Carina Olofsson

Asp, A & Olofsson, C. Att kunna se vad som sägs - En intervjustudie om hur personer med hörselnedsättning kan uppleva möten med vårdpersonal. *Examensarbete i omvårdnad 10* poäng. Malmö Högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2005.

Syftet med föreliggande studie var att undersöka hur personer med lätt eller måttlig hörselnedsättning uppfattar möten med personal inom den öppna och slutna hälso- och sjukvården med fokus på kommunikation. En intervjustudie med kvalitativ grund, som bestod av fyra deltagare med nedsatt hörsel genomfördes. De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant varefter texten kom att analyseras med inspiration av den fenomenografiska ansatsen. Fyra beskrivningskategorier framträdde; *Att leva med hörselnedsättning*, *Att påverkas av miljön*, *Att känna förståelse ger bekräftelse* och *Att känna sig osynliggjord*. Studiens resultat visade att med en ökad kunskap och en större förståelse för denna patientgrupp, skulle möjlighet till ögonkontakt, läppavläsning, samt tillgång till en adekvat miljö kunna åstadkommas. Detta skulle således kunna vara en rimlig åtgärd för att etablera ett optimalt möte mellan vårdpersonal och personer med hörselnedsättning.

Nyckelord: Fenomenografi, hörselskadad, kommunikation, möte, sjukvårdpersonal

TO BE ABLE TO SEE WHAT IS BEING SAID

An interview study about how people with hearing impairment can experience meetings with health care professionals.

Ann Asp
Carina Olofsson

Asp, A. & Olofsson, C. To be able to see what is being said – An interview study about how people with hearing impairment can experience meetings with health care professionals. *Degree project 10 Credit points*. Nursing programme, Malmö University: Health and society, Department of nursing. 2005.

The aim of this study was to describe how people with light or moderate hearing impairment can experience meetings with health care professionals with focus on communication. The main research postulation can be viewed as qualitative. The study consists of four participants with hearing impairment. The interviews were tape recorded and typewritten verbatim, to form the basis for analysis inspired by the phenomenographic approach. The main result consists of four different categories: *To live with hearing impairment*, *The impact of the environment*, *Understanding gives confirmation* and *To be invisible*. To be able to create optimal meetings between health care professionals and patients with hearing impairment some requirements need to be fulfilled. This study indicates that with greater knowledge and understanding for this group of patients, eye-contact, lip-reading and access to adequate environment, it is possible to create meetings with focus on communication.

Keywords: communication, health care professionals, hearing impairment, meetings, phenomenography,

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Hörselnedsättning	5
Begynnelse och konsekvens av hörselnedsättning	6
Allmän kommunikation	7
Kommunikation vid hörselnedsättning	7
Mötet inom hälso- och sjukvården	8
Carnevali's omvårdnadsmodell	9
Målen med vård och omvårdnad	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	10
Operationella definitioner	11
METOD	11
Urval	11
Datainsamling	12
Analys	13
Etiska överväganden	14
RESULTAT	14
Beskrivningskategori- Att leva med hörselnedsättning	14
Beskrivningskategori- Att påverkas av miljön	16
Beskrivningskategori- Att känna förståelse ger bekräftelse	18
Beskrivningskategori- Att känna sig osynliggjord	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Urval	21
Datainsamling	21
Analys	22
Etiska överväganden	23
Resultatets tillförlitlighet	23
Resultatdiskussion	23
Beskrivningskategori- Att leva med hörselnedsättning	24
Beskrivningskategori- Att påverkas av miljön	25
Beskrivningskategori- Att känna förståelse ger bekräftelse	25
Beskrivningskategori- Att känna sig osynliggjord	26

RESULTATSAMMANFATTNING	27
SLUTSATS	28
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	28
REFERENSER	29
BILAGOR	31

INLEDNING

Idag har drygt 1,9 miljoner människor i Sverige någon form av hörselnedsättning. Det visar sig enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2003) vara ett växande problem med tanke på att patientgruppen ökar och finns representerad i alla åldersgrupper. En försämrad hörsel kan upplevas som problematiskt för många människor. Det kan ta tid innan personen inser och erkänner problemet och vill framträda med sin funktionsnedsättning (a a). Inom vården kan patienter med hörselnedsättning vara särskilt sårbara och utsatta för hur kommunikationen sker. Därför känns det som viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal har kunskap om hur kommunikation med personer med hörselnedsättning bör ske för att fungera optimalt. Sådan kunskap skulle troligen kunna eliminera risken för missförstånd som i sin tur kan leda till felaktig behandling och onödigt lidande för just denna patientgrupp. Eftersom sjuksköterskor möter många patienter med hörselnedsättning är det viktigt att bemöta dessa patienter ur ett helhetsperspektiv i varje unik situation. Omvårdnaden bör således utformas utifrån patientens individuella möjligheter. På så vis kan vars och ens behov tillgodoses på bästa sätt i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd för omvårdnad (SOSFS 1993: 17). Hur personer med hörselnedsättning själva uppfattar kommunikationen i mötet med hälso- och sjukvårdspersonalen ter sig därför särdeles viktigt att undersöka.

BAKGRUND

Under denna rubrik kommer de bärande begreppen i föreliggande arbetes syfte att beskrivas närmare: hörselnedsättning, begynnelse och konsekvens av hörselnedsättning, allmän kommunikation, kommunikation vid hörselnedsättning, mötet med hälso- och sjukvården, hantering av krav och resurser i dagligt liv enligt Carnevali's omvårdnadsmodell samt målen för vård och omvårdnad. En kort översikt kring tidigare forskning inom området kommer också att presenteras i några av de olika avsnitten.

Hörselnedsättning

Etiologin vid hörselnedsättning kan vara komplex och för att kunna förstå den problematik som kan uppstå i mötet och kommunikationen är det viktigt för hälso- och sjukvårdspersonal att ha en grundläggande kunskap om olika bakomliggande orsaker till hörselnedsättning. Förekomst och grad av hörselnedsättning kan mätas med flera olika metoder. Vanligaste metoden som används i kliniskt arbete är enligt SBU (2003) audiogram, som mäter personens förmåga att uppfatta höga och låga toner, i decibel hearing level (dB HL).

En hörselskada kan enligt Vaksdal Espås (2002) vara ensidig eller dubbelsidig, medfödd eller förvärvad. En person med nedsatt hörsel betecknas oavsett grad på skada som hörselskadad. Den vanligaste formen av hörselskada kallas *sensorineural hörselnedsättning (a a)*. Den beror på skador i innerörat, *kokleär*, eller skador i

hörselnerven, *retrokokleär* (Vaksdal Espås, 2002). Denna typ av skada leder till att det inkommande ljudet inte uppfattas. Sensorineurala hörselskador kan inte botas genom medicinsk behandling eller kirurgi. Orsaker till denna typ av hörselnedsättning kan förutom att hörselorganen åldrats vara, skador efter akut eller kronisk ljudpåverkan (buller), slag mot öronregionen, läkemedelsbiverkningar samt komplikationer efter infektionssjukdomar och tumörer. Medfödda skador i örats nervsystem som orsakar hörselnedsättning kan antingen bero på genetiska faktorer, missbildningar eller infektioner såsom bland annat herpes och mononucleos (SBU, 2003). Hörselnedsättning kan också bero på skador i örats ljudöverförande del, så kallat ledningshinder eller *konduktiv hörselnedsättning*, som gör att ljuden dämpas på väg till innerörat. Vaxproppar eller främmande kropp i hörselgången, ärrvävnad på trumhinnan, fraktur i mellanörats ben, medfödda missbildningar samt otoscleros (förbening av hörselorganen) är exempel på orsaker till denna typ av hörselnedsättning. Ledningshinder kan oftast behandlas eller avhjälpas (a a).

Begynnelse och konsekvens av hörselnedsättning

Enligt Vaksdal Espås (2002) är många människor inte medvetna om att deras hörsel har försämrats eftersom symtomen ofta kommer diffust smygande. Hörseln blir sämre på två sätt vid en hörselnedsättning. Ljudet blir svagare, visst konsonantljud faller bort så att ljudet förvrängs och blir otydligare. Oftast uppmärksammar omgivningen problemet först. Typiska tecken på begynnande hörselnedsättning är att personen vänder det "bästa" örat till och återkommande ber att få upprepat det som sagts. Många som får sin hörsel försämrad på äldre dagar har svårt att acceptera det. De låtsas att de hänger med och uppfattar vad som sägs, missuppfattningar uppstår, personen svarar fel och känner sig bortgjord. Personen kan utveckla en dålig självkänsla och oron för att missförstå och misstolka situationer kan öka. Detta kan så småningom leda till att den hörselskadade utvecklar en attityd av misstänksamhet och upplever sig utestängd i situationer med andra människor. Detta medför isolering och passivitet som i sin tur kan leda till sjukdomstillstånd av psykisk och social natur, till exempel falsk demenssjukdom (a a). Ovanstående bekräftas även i en SBU-rapport (2003) med syftet att undersöka hur vanlig hörselnedsättning är i den vuxna befolkningen, fördelningen i olika åldersgrupper och mellan kvinnor och män. I rapporten beskrivs även dessa personers utsatthet och eventuell nytta med hörapparat. Således för att undvika att personer med hörselnedsättning drabbas av isolering och passivitet är det av största vikt att personer med nedsatt hörsel få rätt avpassad service och den hjälp de är berättigade till för att kunna kommunicera tillfredsställande.

Med stöd av socialtjänstlagen (SOL 2001: 453) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982: 763) ökar patientens möjlighet att få denna service tillgodosedd. Denna hjälp kan förutom anpassning av bostad till exempel bestå av en assistent enligt Lagen om särskilt stöd (LSS 1993: 387), eller en hörapparat som förstärker de ljud som når örat. Hörapparaten kan däremot inte sortera bort ovidkommande ljud och urskilja viktig information som till exempel, skilja störande trafikbuller från mänskligt ta (Vaksdal Espås, 2002). Flera olika röster samtidigt, flyter ihop i ett hörselskadat öra. Även för en person med lätt nedsatt hörsel kan hörapparaten underlätta tillvaron genom att människor i omgivningen uppmärksammar problemet, talar tydligare och direkt till personen. De som annars är mest hjälpta av hörapparat är personer som har måttlig till grav hörselnedsättning orsakad av ledningshinder (a a).

Allmän kommunikation

Vårt liv baserar sig på relationer till andra människor och kommunikation är en faktor som ligger till grund för att skapa relationerna. Det är genom att kommunicera som individen får sin identitet och samhörighet med andra bekräftad. Hur personer betar sig i ett möte är också en form av kommunikation. All kommunikation har två sidor, *vad* som sägs (innehåll, ord och meningar) och *hur* det sägs (kroppsspråk). Vi tror ofta att innehållet i det vi säger är viktigast, men det finns, enligt Josephson (2001) andra som hävdar att kroppsspråket utgör mycket mer än hälften av vår kommunikation. Vårt sätt att kommunicera med kroppen sker delvis omedvetet och delvis medvetet. Den medvetna kontrollen av kroppsspråket sker till största del i ansiktet. Genom miner - som att le, rynka pannan, höja på ögonbrynen och dra ner mungiporna ges signaler om olika känslotillstånd. Ögonkontakt under kommunikation har också stor betydelse och ger nödvändig bekräftelse. Händerna är ett av våra viktigaste kommunikationsverktyg, och genom en liten handrörelse kan det som sägs förtydligas ytterligare (a a). Kommunikation är, enligt Ehnfors m fl (2000), även av stor betydelse för att underlätta interaktionen mellan sjuksköterska och patient. Vid såväl hälsa som vid sjukdom kan omständigheterna och situationerna som individen hamnar i, försvåra förmågan att kommunicera. Det kan även ske en förändring av det sätt, som kommunikationen sker på (a a).

Kommunikation vid hörselnedsättning

Hörseln är ett av de viktigaste sinnesorganen för kommunikation. För att kunna tillägna sig det talade språket är det nödvändigt att höra. Personer med hörselnedsättning kan som regel meddela sig via tal till andra människor tämligen bra. Däremot uppstår lätt mindre eller större svårigheter när det gäller att ta emot vad andra säger vilket kan medföra att kommunikationen blir störd och missförstånd uppstår enligt Hörselskadades riksförbund (HRF 1992). I sådana situationer är patienten oftare helt eller delvis utlämnad till personalen (Ehnfors m fl 2000). Förutom att inte ha en fullgod hörsel talar personen kanske inte samma språk eller vokabulär som sjuksköterskan. Detta kan antas försvåra ytterligare för patienten. Det är inte en självklarhet för alla att upplysa om sina svårigheter att kommunicera och ställa krav på extra hänsyn i ovana situationer (a a). Det är därför av stor vikt att personer med hörselnedsättning får tillgång till resurser för att kunna kommunicera

Att kommunikationen är viktig framkom i en engelsk enkätstudie (Hines, 1999) där (n=359, 78 % av deltagarna var över 60 år) personer med olika grad av hörselnedsättning tillfrågades om, hur de som patienter, upplevde kommunikation med vårdpersonalen. Resultatet visade på att de upplevde sig otillfredsställda i samband med kommunikation. Vidare ansågs det primära problemet vara brist på utbildning av hur det är att vara hörselskadad. Studien visade också att patienten bidrog till problemet genom att inte alltid upplysa personalen om sitt handikapp. Resultaten tydde också på att det var ett utbrett problem samt att personer med hörselnedsättning hade svårigheter att förstå personal med utländsk härkomst eller en uttalad dialekt. Hines (a a) slutsats blev att det fanns allvarliga brister i förmågan hos många sjuksköterskor att i möten inom vården klara av svårigheter kring personer med hörselnedsättning. Sådana situationer ansågs framkalla ömsesidig stress, vilket enligt studien visade sig försämra samspelet mellan patienter och personal. En ökad kunskap om hörselnedsättning skulle sannolikt minska den ömsesidiga stressen i samspelet.

Enligt Carnevali's omvårdnadsmodell (1999) kan kommunikation och sinnesförmågor (förmåga att tolka och ta in information) ses som kategorier tillhörande en persons funktionella förmåga och dessa kan således ses som inre resurser. Kategorierna i modellen (a a) är valda för att underlätta för sjuksköterskan att identifiera de olika förmågor som individer och grupper behöver för att hantera de vanliga och ovanliga krav de kan ställas inför i sitt dagliga liv. Nedsatt funktionsförmåga bör nogt dokumenteras för att uppnå en god och säker vård (SOSFS 1985: 562). Funktionsnedsättning av hörseln kan till exempelvis därför dokumenteras med hjälp av VIPS (*Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet*) under sökordet *kommunikation*. En korrekt bedömning av patientens förmåga till att kommunicera, är enligt Ehnfors (2000) av avgörande betydelse för att som sjuksköterska kunna erbjuda en relevant och säker omvårdnad

Mötet med hälso- och sjukvården

Det är speciellt samspelet i mötet med patienten som kan bli lidande när personer har hörselnedsättning. Information kan förloras och det är lättare att missa de "små" nyanserna i vad den andre verkligen menar med det som sägs. Att söka hjälp i tid, berätta om sina problem med hörseln, är viktigt så att personer med hörselnedsättning får det stöd från omgivningen som de så väl behöver (SBU, 2003). Oavsett vad, så handlar ett "bra" möte om visad empati, etik och tydlighet så att varje individ i ett möte kan känna sig bekräftad. Sådana möten har större möjligheter att resultera i en ömsesidig respekt och ter sig som en förutsättning för att möte inom till exempel hälso- och sjukvården ska ge önskvärt resultat. Personer med hörselnedsättning skall i grunden mötas på samma sätt, men det finns dock situationer där viss hänsyn med tanke på funktionshindret kan behövas. För personer med nedsatt hörsel kan sådan hänsyn i möte vara; att ge extra tid, tala tydligt, undvika bakgrundsljud och att komplettera med skriftlig information (Vaksdal Espås, 2002).

Ett flertal artiklar och studier (McConell, 2002; Lucas & Matthews-Flint, 2003; Izzoni, 2004; Slaven, 2003) från USA och England påvisar bristerna i mötet mellan vårdpersonal och hörselskadade. Detta trots att det finns klara riktlinjer för hur hälso- och sjukvårdspersonal skall kommunicera och möta personer med hörselnedsättning på ett adekvat sätt. Riktlinjerna är enligt McConell (2002) att det är viktigt att sitta på samma nivå, vara framför personen, ha ögonkontakt och att hela tiden tala tydligt utan att höja rösten för mycket. I en artikel av Lucas och Matthews-Flint (2003) förmedlas vad personalen bör tänka på i möte med hörselskadade. Att fråga patienten hur de föredrar att kommunicera, samt att avsätta extra tid för dem, var exempel på vad som ansågs viktigt. De påtalar även att det i England finns möjlighet för patienter att få en skylt på sitt sängbord som informerar om att personen hör dåligt samt ger råd om hur mötet kan förbättras.

I en kvalitativ studie (Izzoni, 2004) från USA var syftet att undersöka hur hörselskadade och döva personer (n=26, i åldersgruppen 30-74 år) uppfattade personalens kunskap och erfarenhet i möte med dem. Studien skulle leda till förslag på förbättringar av omvårdnad för patientgruppen, för att ha möjlighet att kommunicera effektivt (Izzoni, 2004). Detta ansågs viktigt för att kunna bedriva en säker, lämplig, effektiv och patientcentrerad vård (a a). I en litteraturstudie från England (Slaven, 2003) i vilken 22 artiklar granskades, framkom det att sjuksköterskor i mötet med personer med hörselnedsättning inte når upp till en

acceptabel standard gällande förmågan att bedriva god omvårdnad (Slaven, 2003). Således indikerar dessa studier och artiklar på vikten av att sjuksköterskan tar hänsyn till den hörselskadades behov genom att förvissa sig om hur personen vill bli mött och kommunicerad så att nödvändig information uppfattas korrekt och personen känner sig bekräftad.

Carnevali's omvårdnadsmodell

Det ter sig rimligt att anta att personer med hörselnedsättning som har tillgång till olika resurser fortfarande kan leva ett aktivt och tillfredsställande liv i enlighet med Carnevali's omvårdnadsmodell, (1999). Den som har bäst kunskap om vilka resurser som är aktuella är individen själv. Inte förrän personen saknar resurser anses funktionshinder upplevas som ett handikapp (SOU 2001: 56). En förutsättning för en god vård kan anses vara en väl genomförd omvårdnads- och behandlingsplanering i samarbete med personen. En sådan planering, vilken är giltig inom alla professioner som personen har kontakt med skulle kunna underlätta i vårdsituationen för båda parter (Carnevali, 1999).

Carnevali (1999) beskriver i sin omvårdnadsmodell hur dagligt liv och funktionellt hälsotillstånd existerar i samspel och inverkar på varandra. Det ömsesidiga beroendet mellan krav i dagligt liv, funktionell förmåga och yttre resurser beskrivs som en balansvåg. Hälsorelaterade krav i dagligt liv representerar den ena sidan, medan funktionell förmåga och resurser representerar den andra sidan. När vågskålarna är i balans kan personen uppleva fysiskt, psykosocialt och andligt välbefinnande samt livskvalitet. Modellen kan tolkas att underlätta förståelsen för hur personer med hörselnedsättning, deras behov, krav och resurser kan upplevas och ställas i relation till varandra (a a).

Omgivningen är betydelsefull för hur personens fysiska, sensoriska och interpersonella behov av omvårdnad tillgodoses. Behoven å andra sidan beror enligt Carnevali (1999) på vilken funktionell förmåga som är nedsatt. I modellen ses funktionell förmåga som viktig för att känna igen de olika förmågor personen behöver behärska för att kunna hantera olika krav i dagligt liv. Enligt Carnevali's modell (a a) skulle till exempel följande förmågor kunna vara aktuella för personer med hörselnedsättning:

- Kommunikation som beskriver förmågan att göra sig förstådd på ett så effektivt och bekvämt sätt som möjligt och att förstå andra.
- Sinnesförmågor definieras som förmåga att ta in och tolka den information som förmedlas via sinnesorganen och eventuella hjälpmedel personen behöver för att kompensera begränsningar.
- Sinnesstämningen omfattar det normala och det nuvarande tillståndet. En del människor är oftast glada och optimistiska, andra lite nedstämda och pessimistiska. Somliga är handlingskraftiga och oberoende, andra passiva och beroende. Förändringar av sinnesstämningen visar individens reaktion på bemötandet.
- Styrka och uthållighet anger individens förmåga att sörja över sitt funktionsbortfall och fullfölja detta känslomässiga arbete (a a).

- Motivation, kunskap och färdigheter behövs för att kunna förklara sin funktionsnedsättning för någon annan eller diskutera vilken hjälp som behövs eller kan avstås (Carnevali, 1999).

Yttre resurser (Carnevali, 1999) under funktionell förmåga är sådana som finns utanför individen och hjälper individen att nå balans i det dagliga livet. Sådana resurser skulle för en person med hörselnedsättning kunna vara till exempel anpassad bostad och tekniska hjälpmedel (läs hörapparat, texttelefon, teleslinga och datorer). Helt enkelt resurser som kan möjliggöra för personen att kommunicera med sin omgivning. Slutligen torde tillgången av socialt stöd i vardagen kunna vara en stor resurs för personer med hörselnedsättning (a a).

Målen med vård och omvårdnad

I Hälso- och sjukvårdslagens (HSL 1982: 763) mål står det att en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen ska erbjudas. Vidare förmedlas det att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Hälso- och sjukvården skall vidare bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård, vilket innebär att den ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, så att kvalitet och trygghet tillgodoses. På så vis befrämjas en god kontakt med sjukvårdspersonalen. Handikappombudsmannen (HO 1994: 749) har till uppgift att bevaka frågor som rör funktionshindrade personers rättigheter och intresse, så att dessa personer ges inflytande samt delaktighet i samhällslivet och når jämlikhet i levnadsvillkor. HO skall särskilt verka för att personer med funktionshinder tillförsäkras självbestämmande och att åtgärder så att deras villkor förbättras, präglas av kontinuitet och helhetssyn (a a). Personer med funktionsnedsättning av hörseln har rätt att tillhandahålla tolk om sådant behov föreligger. Detta är landstingen skyldiga att organisera, finansiera och tillhandahålla (HO 1994: 749).

Sammanfattningsvis så förefaller det som att personer med lätt till måttlig hörselnedsättning kan vara en särskilt sårbar grupp. På grund av sin funktionsnedsättning kan de hamna i särskilt utsatta situationer när de söker hjälp och vård. Funktionsnedsättning syns inte och omgivningen kan således vara omedveten om problemet. Den extra hänsyn som sannolikt behövs kan då utebli. Det ter sig därför angeläget att sjuksköterskan har kännedom om hur personer med hörselnedsättning kan upplever möten inom vården. Sådan kunskap borde kunna öka kvalitén i möten och i kommunikationen för denna grupp. Ökad kunskap om hur personer med hörselnedsättning kan uppleva sin situation skulle kunna underlätta hälso- och sjukvårdspersonalens förståelse för denna patientgrupps livsvärld.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med föreliggande studie är att beskriva hur personer med lätt eller måttlig hörselnedsättning uppfattar möten med personalen inom den öppna och slutna hälso- och sjukvården med fokus på kommunikation.

Följande frågeställningar besvaras:

- Hur uppfattar personer med lätt till måttlig hörselnedsättning kommunikationen inom den öppna och slutna hälso- och sjukvården?
- Hur skulle det optimala mötet kunna utformas?

Operationella definitioner

Med *hörselnedsättning* avses i denna studie förekomst och grad av hörselnedsättning uppmätt med tonaudiogram till lätt grad (>21 dB HL) och det är då märkbart att man hör dåligt, till måttlig grad < 64 dB HL då vederbörande har svårt att uppfatta *vanligt tal* och därför är beroende av hörapparat (SBU, 2003). Grad av hörselnedsättning kommer att utgå från personens utsaga och kontrolleras inte genom annan datainsamling, till exempel journal.

METOD

Metoden i denna studie är semistrukturerad intervju. I forskningsprocessen ingår tre faser; planering, insamling, och analysfasen (Hartman, 2004). I föreliggande studie har dessa tre faser följts. Den genomförda intervjustudien kommer att beskrivas i följande ordning: urval, metod för datainsamling, samt vald analysmetod som var inspirerad av den fenomenografiska ansatsen (Alexandersson, 1994; Wenestam, 2000).

Enligt vad Dahlbergs avser angåendeavseende resultatets tillförlitlighet redogörs här för hur författarnas förförståelse ser ut. Då båda författarna har lång arbetslivserfarenhet inom hälso- och sjukvården, har svårigheter gällande personer med nedsatt hörsel uppmärksamats. Genom sitt arbete har författarna stött på problemet att inte kunna förbereda människor som har en hörselnedsättning för vad som skulle hända vid exempelvis undersökningar och behandlingar. Förutom ovanstående klinisk erfarenhet har en av författarna inhämtat kunskap i teckenspråk för att kunna tillgodose denna patientgrupps behov bättre, medan den andra författaren har upplevd erfarenhet från sin sociala sfär. Således har båda författarna en förförståelse men på olika grunder.

Urval

Med hänsyn till begränsad tid och tillgång på informanter, beslöts att sex personer med följande kriterier skulle ingå, nämligen informanterna skulle;

- ha upplevelse av en hörselnedsättning av lätt eller måttlig grad
- kunna tala och förstå svenska
- ha erfarenhet av hälso- och sjukvård.

I studien uteslöts personer med mycket grav hörselnedsättning och döva eftersom författarna (A. A. & C. O.) inte hade möjlighet att använda sig av teckenspråkstolk under intervjuerna. Med tanke på att informanterna intervjuades och samtalen

spelades in på band var det således inte genomförbart. Eftersom studien har fokus på en viss kunskap, valdes personer som torde kunna ge den informationen, ett så kallat strategiskt urval i enlighet med Hartman (2004). Kontakt togs därför med Hörselskadades Riksförbund (HRF) i en stad i södra Sverige, vilket sågs som en lämplig källa för att få informanter till föreliggande intervjustudie. Vid kontakten med HRF kom det även till vår kännedom, att majoriteten av dem som besökte föreningen för olika aktiviteter vanligtvis var pensionärer.

Efter att ansökan om tillstånd att genomföra intervjuerna beviljats (2005 03 25) av det lokala rådet för etikprövning vid Hälsa och Samhälle, Malmö högskola erhöll kanslisten på HRF informationsbrevet med intresseanmälan (30 st), för att dela ut dessa bland medlemmarna. Genom detta förfaringsätt anmälde tre personer sitt intresse att delta i föreliggande studie. Efter kontakt med handledaren beslöt författarna att åter kontakta HRF, för att höra om det fanns möjlighet att komma dit personligen och informera om studien med avsikt att få fler informanter. Efter klartecken från HRF genomfördes informationen av studiens författare, vilket resulterade i en fjärde informant. Ytterligare ett informationstillfälle genomfördes, utan att det medförde fler intresseanmälningar till studien. Sett ur etisk synvinkel, att informanterna skulle känna att deltagandet var frivilligt, beslöt författarna att fullfölja studien med ett mindre antal informanter.

Slutligen blev således antalet deltagare i studien fyra personer, varav två var kvinnor och två män. Informanterna hade måttlig till grav hörselnedsättning och använde oftast hörapparat för att kunna kommunicera. Samtliga var pensionärer i åldern 65 år och däröver. De hade förvärvat hörselnedsättning i vuxen ålder.

Datainsamling

Datainsamlingen för kvalitativa studier är vanligtvis intervjuer. Genom personens utsaga vill forskarna nå en förståelse för en annan människas livsvärld. I denna studie användes semistrukturerade intervjuer, som är den vanligaste datainsamlingsmetoden inom fenomenografi (Alexandersson, 1994).

Informanterna kontaktades av författarna via telefonsamtal. De tillfrågades om de fortfarande var intresserade, vilket de var. Därefter bestämdes mötesplats och tid för intervjun. Tre av intervjuerna genomfördes i informanternas hem. En person intervjuades utanför hemmet. Mötesplatserna valdes med tanke på informanternas önskemål. Då författarna inte hade träffat informanterna tidigare var det angeläget med lite småprat före intervjun. Avsikten var att de skulle känna sig trygga, tillåta sig att tala fritt och vilja delge sina erfarenheter och känslor för en okänd person i enlighet med Polit m fl (2001). De första minuterna av intervjun anses vara avgörande för att skapa en god relation mellan informanten och intervjuaren vilket beskrivs i Kvale (1997). Först gavs en muntlig information om studien, genom att den skriftliga informationen i förfrågan om deltagande förtydligades. Vidare informerades informanterna om att det var frivilligt att delta och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan förklaring. Informanterna fick också veta att intervjun skulle spelas in på band med hjälp av bandspelare. Det klargjordes att den transkriberade texten skulle avidentifieras och behandlas konfidentiellt. Samtliga informanterna fyllde i samtyckesblanketten (Bilaga 2).

Då intervjuerna genomfördes var båda författarna med, varav en av författarna var huvudansvarig och således mer aktiv. Den andra satt tyst bredvid (bisittaren), med möjlighet att mot slutet ställa följdfrågor utifrån svaren som kom fram under intervjun. Vid nästa intervju skiftades funktionerna. Intervjuerna spelades in på band, med hjälp av en bandspelare och intervjuerna varade mellan 35 och 40 minuter. En skriftlig intervjuguide (Bilaga 3) användes för att underlätta den semistrukturerade intervjun. Frågorna ska enligt Polit m fl (2001) ställas i turordning, informanten ska uppmuntras att svara fritt kring ämnena utifrån guiden, för att garantera att samtliga frågor kan besvaras.

När två intervjuer genomförts lyssnade författarna igenom bandinspelningarna för att se om något kunde förbättras, som exempelvis sättet att ställa frågor. Förfaringssättet rekommenderas av Kvale (1997). Då författarna ansåg att frågorna besvarades togs beslutet att fortsätta intervjuerna i enlighet med den befintliga intervjuguiden. Ytterligare en intervju genomfördes och därefter påbörjades transkriberingen av dessa tre intervjuer i avvaktan på fler informanter. Intervjuerna överfördes ordagrant till text av den som var huvudansvarig vid intervjun. Då transkriberingen var genomförd lyssnades bandet igenom och jämfördes mot utskriften av bisittaren i enlighet med Kvale (1997). När den fjärde informanten erhållits upprepades tillvägagångssättet för processen gällande för de tre tidigare informanterna.

Analys

De fyra transkriberade intervjuerna analyserades med inspiration av den fenomenografiska ansatsen enligt Alexandersson (1994). Att försöka nå förståelse för livsvärlden hos en person eller en grupp av personer motsvarar syftet för kvalitativa undersökningar. För den fenomenografiska ansatsen, är huvudsyftet att beskriva hur människor uppfattar fenomen - "företeelser" eller "objekt" i sin omvärld (Alexandersson, 1994; Wenestam, 2000). Fenomenografi intresserar sig för variationen i uppfattningar av en företeelse och utgår från att människor är olika och således uppfattar företeelser olika eftersom de har olika erfarenheter. Ansatsen har sin utgångspunkt i hur någon annan människa uppfattar en företeelse eller en aspekt i världen. Första ordningens perspektiv anger hur verkligheten ser ut och varför den ser ut som den gör. Andra ordningens perspektiv anger hur människor uppfattar eller tänker kring denna verklighet i sin omvärld, det vill säga hur olika aspekter av verkligheten uppfattas av människor. Det som eftersöks är likheter och skillnader i människors sätt att uppfatta och förstå aspekterna av eller företeelser i omvärlden. Det finns således inget rätt eller lämpligt svar. Det som uppmärksammas i den fenomenografiska analysen är dels vilken innebörd personen ger en viss företeelse eller ett objekt, det vill säga hur något erfars, dels belyses hur olika aspekter av erfarenheterna i fråga relateras till varandra. Fenomenografins forskningsintresse är att beskriva dessa likheter eller variationer i uppfattningar som resultat (Alexandersson, 1994).

Enligt den fenomenografiska ansats delas själva analysen in i fyra faser:

- 1 Att bekanta sig med insamlad data för att ska skapa en helhetsbild.
- 2 Att uppmärksamma skillnader och likheter i utsagorna.
- 3 Att kategorisera uppfattningar i beskrivningskategorier.
- 4 Att studera den underliggande strukturen i kategorisystemet. (a a, 1994)

Analysen genomfördes enligt de ovan beskrivna faserna. Den transkriberade texten lästes upprepade gånger av båda författarna, växelvis med avlyssning av de inspelade intervjuerna. De fyra utsagorna numrerades från ett till fyra och färgsattes olika. Därefter följde diskussioner mellan författarna kring innehållet i utsagorna. Likheter och skillnader söktes och lyftes ur sitt sammanhang, så kallad dekontextualisering (Alexandersson, 1994). Efter det klipptes citat ut som tolkades som användbara för resultatet och som relaterade till informanternas uppfattningar av företeelsen ”hörselnedsättning och kommunikation i möten inom vården”. Att sedan ordna dessa uppfattningar i kategorier kan vara problematiskt då de inte kan urskiljas klart utan de tenderade att gå in i varandra (a a). Citaten färgades om till enhetlig färg för att undvika att författarna hela tiden skulle härleda citaten tillbaka till sitt sammanhang. En ny diskussion tog sin början, omväxlande med fika och långa promenader. Kontakt togs med handledaren för att utbyta tankar kring analysen och ny inspiration infann sig efter att analysarbetet lagts åt sidan några dagar. Detta resulterade i att utsagorna återigen lästes och lyssnades igenom. Denna gång på ett djupare plan, på så vis att vi försökte tolka på vilket sätt de uttryckte sig, för att komma åt hur informanterna verkligen uppfattade sin omvärld i enlighet vad som beskrivs i Alexandersson (1994). Slutligen resulterade analysen i fyra beskrivningskategorier – som benämndes; *att leva med hörselnedsättning, att påverkas av miljön, att känna förståelse ger bekräftelse och att känna sig osynliggjord.*

Etiska överväganden

Ansökan om tillstånd att genomföra intervjuerna beviljades (2005 03 25) av det lokala rådet för etikprövning vid Hälsa och Samhälle, Malmö högskola. Informanterna fick information om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att ange något skäl såväl muntligt som skriftligt. Informanterna gavs även information om att deras utsagor skulle aidentifieras i samband med analysen. Genom att utsagorna numrerades från ett till fyra eliminerades risken att uppgifter som redovisas i studien skulle kunna knytas till den enskilda personens uttalande.

Insamlade data har behandlats konfidentiellt. Under studiens gång förvaras banden och handlingarna i författarnas hem.

RESULTAT

Resultatet kommer att presenteras genom löpande text och förtydligas med citat. Vid analysen tolkades följande fyra beskrivningskategorier framträda; *att leva med hörselnedsättning, att påverkas av miljön, att känna förståelse ger bekräftelse och att känna sig osynliggjord.* Dessa beskrivningskategorier besvarar frågeställningarna och presenteras utan rangordning i nämnd ordning.

Beskrivningskategori – Att leva med hörselnedsättning

I beskrivningskategorin; *att leva med hörselnedsättning* förmedlas det via informanternas utsagor att de har accepterat sitt funktionshinder och ser det som en del av sin person. Utifrån acceptansen ges de möjlighet att vilja synliggöra och på så

vis kunna påverka sin situation. Genom att använda sig av vissa strategier, klargör informanterna genom utsagorna att de försöker underlätta för sig och personalen att uppnå en optimal kommunikation i mötet inom hälso- och sjukvården. Sådana strategier kan enligt utsagorna vara, att de alltid upplyser personalen om sin hörselnedsättning samt att de har tillgång till sina hjälpmedel. I situationer då de är i behov av hjälp för att utnyttja sitt hjälpmedel är de enligt utsagorna, beroende av personalens kunskap i hur dessa fungerar.

Enligt informanternas uppfattning är det en nödvändighet att börja med att upplysa personalen om sin hörselnedsättning för att kunna möta förståelse för sin situation;

”Ja, alltid, ja, alltid (paus) det är det första jag börjar med att säga att nu är jag är hörselskadad, ja det måste man göra, /.../och jag skäms inte för det.” (1)

Vidare påtalas det i utsagorna med en viss uppgivenhet hos informanterna att det krävs av dem att de upplyser om sitt behov av hänsyn till sin hörselnedsättning upprepade gånger. Det delges på följande vis i nedanstående citat;

”Jag är ju sån, jag påminner dom och säger: Jag hör inte! Det är mycket tråkigt, när man behöver upprepa det! Ta den och den hänsynen.” (4)

Det medges också i utsagorna att det finns tillfällen då informanterna inte nödvändigtvis upplyser om sin situation för personalen. Med tanke på att det inte alltid uppfattar det som att det är deras hörselnedsättning som är det primära i sammanhanget;

”/.../ Jag vet inte, men om jag kommer in och har råkat ut för något så är det väl inte det första jag säger, att jag är hörselskadad. Nej, det tror jag inte (paus) så småningom får man ju tala om det.” (3)

Samtidigt som informanterna upplyser personalen om sin hörselnedsättning, berättar de via sina utsagor att kommunikationen måste vara tydlig. Detta menar de underlättas genom att personalen vänder sig till personen som tilltalas, att de talar tydligt och långsamt samt att de framförallt inte skriker. Ovanstående illustreras i följande citat;

”Tala tydligt! Skrik inte! Se på mig! Jag vill titta på munnen när ni talar.” (4)

”Skulle ni vilja vara vänliga och prata med mig, för det är mig det gäller!” (1)

Implicit ger citaten uttryck för att informanterna genom erfarenhet vet att det krävs av dem att de klargör för sina behov när de vill kommunicera. Förutom personalens tydlighet är de, enligt utsagorna även beroende av tillgången till sina hjälpmedel.

Enligt informanternas utsagor beskrivs hörapparaten som en del av dem, när de väl accepterat sitt behov av den. Vilken betydelse hjälpmedlet har är beroende av informanternas hörselnedsättning. Vikten av hörapparaten som hjälpmedel kunde uttryckas på följande vis:

”Jag kan höra så (paus) men jag trivs ju bäst när jag har hörapparaten, för då behöver jag liksom inte anstränga mig (paus) för de enstaka gånger jag inte har hörapparaten, så klarar jag mig ändå alltså, men det är inte så tillfredsställande (paus) nej, jag tycker det är jobbigt för man får vara snabb och lägga det friska örat till så att man hör.” (3)

”Jag hade inte kunnat leva utan mina hörapparater, inte ett dugg alltså.” (1)

En situation där informanterna oftast förlorar tillgången till hjälpmedlet är i samband med operation. Förlusten av hörapparaten återges i nedanstående citat som en känsla av hjälplöshet eftersom de mister förmågan att kunna kommunicera. Detta illustreras i nedanstående citat;

”/.../ där liksom, jag som hörselskadad kommer i den situationen att man blir sövd, då kan man inte ha hörapparaten i och då dyker problemen upp för man kan inte uppfatta något./.../Sedan har man ingen kommunikation.” (2)

En viss frustration kan dock skönjas i utsagorna med anledning av den långa handläggningstiden vid införskaffandet av till exempel hörapparat. Informanterna ger uttryck för sin besvikelse över att de som hörselskadade med sitt, så kallade ”dolda handikapp” inte upplevs som en prioriterad grupp i samhället. I följande citat beskrivs deras uppfattning av hur hälso- och sjukvården ser på deras människovärde.

”/.../fyra år för att få en hörapparat. Hur tycker ni det är att gå fyra år utan ljud i huvudet? Där menar jag att, där börjar man med misstron /.../ dom nekar ju aldrig en hörapparat, men hur länge de ska vänta på den, det är något som heter prioritering. /.../ Naturligtvis är det så att vi inte får bli en andrahands medborgare.” (2)

Enligt informanternas uppfattning, finns det ytterligare hjälpmedel som skulle kunna bidra till att deras situation förbättras inom hälso- och sjukvården. Exempel som ges i utsagorna är kompetens i teckenspråk bland personal och tillgång till hörselslingor på sjukhus. Intressant att notera är att de, enligt utsagorna, inte känner av sitt funktionshinder när hjälpmedlet fungerar bra.

”På avdelningarna där man har en liten slinga /.../ Och den gör att jag inte är hörselskadad, när jag hör på TV.” (2)

Genom integrering av sin funktionsnedsättning ger informanterna uttryck för att de försöker medverka till att underlätta kommunikationen. De är även beroende av miljöns betydelse och påverkan för att kunna tillgodogöra sig nyttan av integrationen.

Beskrivningskategorin – Att påverkas av miljön

Beskrivningskategorin; *att påverkas av miljön* baseras på informanternas uppfattning av vilken betydelse den fysiska, psykiska och sociala miljön har för dem under deras vistelse inom sjukvården. Med en viss modfärdighet förmedlar de via utsagorna, att det egentligen är något de inte kan råda över, utan att de helt enkelt får rätta sig efter situationen. Ett sådant exempel är att den avsatta tiden för patienten inte är anpassad med hänsyn till funktionshindret. En annan företeelse som skulle kunna underlätta för

dem är att sitta i ett enskilt rum vid samtal;

”Jag tycker där skulle vara lite mer tid till för var och en på tu man hand.” (3)

Det framkommer också att de hörselskadade inte direkt har funderat över om placeringen i rummet är av betydelse för att underlätta deras situation. Vid eftertanke har de dock en klar uppfattning kring vad som skulle kunna underlätta för dem. Om de fick påverka så önskade de placeras med det ”bästa örat” mot dörren och att antalet patienter i salen var begränsat;

”För min personliga del det är ju det, om man gjorde en förfrågan så hade man gärna velat, eftersom jag hör dåligt på ena örat att man får en säng plats som är emot där dom i regel kommer och pratar.” (3)

”Man ska nog inte lägga hörselskadade i för stora salar.” (1)

En annan av informanternas uppfattning är att det inte finns någon möjlighet att påverka val av sängplats, med anledning av eventuella funktionshinder. Den plats som för tillfället är tillgänglig anvisas, vilket följande citat förmedlar;

”Det tas ingen hänsyn, utan där finns en plats mitt i mellan och där skjuter de in en.” (2)

Ett ytterligare exempel på fysisk miljö som framträder i utsagorna är väntrummens konstruktion och dess inverkan på informantens möjlighet att höra. Betydelsefullt för dem anses vara att personalen går ut i väntrummet och ropar upp patienten på ett tydligt sätt, samt avvaktar lite så att även de med hörselnedsättning har möjlighet att tillgodogöra sig kallelsen. Enligt utsagorna skulle en sådan tydlighet få dem att känna sig trygga och säkra på att inte missa något.

” Så står de där borta i dörren och mumlar, och då hör jag inte vad de säger, då går jag bort och frågar: - Förlåt, vad sade ni? Nej förresten, jag ser ju först om det finns någon som reser sig, för då var det ju inte jag /.../ man får ju ta till sina små knep.” (1)

Det framkom även i utsagorna att informanterna är uppmärksamma på personalens stress. Detta framkallar en känsla av osäkerhet hos dem, så att de vid en knapp tids marginal undviker att ställa krav. Detta leder enligt informanternas uppfattning till att de upplever sig otillfredsställda i mötet. Samtidigt som de uppfattar sjuksköterskans arbetssituation som stressig så påpekar de att visad hänsyn till funktionshindret skulle med all säkerhet både spara tid och resultera i en nöjdare patient.

”/.../ ögonkontakt tar så lite tid och ger så mycket igen, så vänd er om den lilla stund det tar, att svara patienten /.../ jag tror patienten blir jättenöjd om de får detta.” (1)

Informanterna påtalar i utsagorna att de upplever att risken att missförstå elimineras genom att de har någon med sig som är hörande. På så vis undviker de även sin rädsla att de har hört fel eller missat något, vilket förmedlas i följande citat;

”/.../ när frun är med då känner man sig tryggare för att man har henne. Hon vet precis när jag inte hör.” (3)

”Men jag kan ju aldrig säkert påstå att hon har sagt det. För det kan ju vara jag som har hört fel. Det är väl det man är mest rädd för att man ska höra fel.”(4)

Känslan av utanförskap kan skönjas i utsagorna. Att inte uppfatta vad som sägs eller att personer i omgivningen inte är tydliga, leder i viss mån till att informanterna drar sig undan trots att de beskriver den sociala gemenskapen som viktig. Känslan av isolering infinner sig trots att det är ett flertal personer i rummet;

”Man blir helt socialt isolerad så social gemenskap för hörselskadade är A och O.”(2)

”Då tänkte man att nu var det nog tid att skratta och då fick man skratta med.” (3)

Beskrivningskategorin – Att känna förståelse ger bekräftelse

Beskrivningskategorin *att känna förståelse ger bekräftelse* baseras på utsagor som betonar vikten av att personalen visar sin omtanke i möte med informanterna.

Utsagorna ger uttryck för att de uppskattar när personalen använder kroppsspråk och/eller fysisk kontakt samt på olika sätt visar sin förståelse. De ger också uttryck för att informanterna vid tillfällena då de nås av sådan förståelse, upplever trygghet och känner sig bekräftade som person. Hur betydelsefullt detta är för dem uttrycks i nedanstående citat;

”Gärna kroppsspråk, för det betyder mycket.” (2)

”Dom var också mycket vänliga, på morgonen kom dom in och tog mig så här på armen (visar klapp på armen) och väckte mig.” (1)

Flera utsagor handlar om hur personalens förståelse för deras behov påverkar dem. Genom denna förståelse förmedlar informanterna i utsagorna att de känner sig sedda och lyssnade på samt att de upplever en känsla av tillfredsställelse. I följande citat illustreras hur informanten bekräftas;

”Andra gången när jag blev opererad gjorde dom det, jag sa ifrån, att nu hör jag ju inte, så då fick jag behålla en hörapparat. De var jättevänliga när jag åkte ner,/... /så tog dom väck den under operationen och sen när jag vaknade hade dom satt i den i örat på mig.” (1)

”Jag har även varit hos en underbar läkare (paus) hon sa också, att jag förstår att det är svårt för dig.” (4)

Några utsagor ger uttryck för att informanterna uppskattar när personalen är vänd mot dem så att ögonkontakt kan etableras och läppavläsning blir möjlig. Det poängteras särskilt i utsagorna att personalen bör kunna känna av om informanterna är med på vad som sker. Även kroppsspråket har stor betydelse för personer med hörselnedsättning och underlättar för dem att känna sig delaktiga. Detta uttrycktes genom följande citat;

” Det är ögonkontakt absolut, det är ögonkontakt absolut, för många kan läsa på munnen, så ögonkontakt är viktigast. /.../ Titta på oss även om ni ska plocka fram saker, /.../ så vänd er om den lilla stund det tar att svara patienten.” (1)

”Då, måste dom övertyga sig om att, ta sig och liksom visa att nu sker det någonting, va. Det tycker jag är väldigt viktigt/.../ gärna kroppsspråk, för det betyder mycket. ” (2)

När förståelsen för informanternas behov inte tillgodoses, uttrycker de via utsagorna, att detta beror på kunskapsbrist hos personalen. Enligt informanternas uppfattning saknar personalen utbildning om hur det är att vara hörselskadad och hur man kommunicerar med dessa patienter. Via utsagorna betonas det att personalen inte kan lastas, utan de gör trots allt sitt bästa av den utbildning de får om funktionshindret.

”Det verkar precis som att personalen (paus) men jag kan ju inte säga det generellt, det har jag för lite erfarenhet av, men jag tror att personalen får för lite information om hörselskadade i sin utbildning. /.../ Sköterskor de kan ju egentligen bara göra det bästa av situationen.” (2)

Implicit visar citaten att när informanterna upplever förståelse från personalen så känner de sig bekräftade och tillfredsställda. Flera utsagor handlar om känslor som blir synliga och tydliga när bekräftelse inte uppnås.

Beskrivningskategori - Att känna sig osynliggjord

Beskrivningskategori *att känna sig osynliggjord* innehåller uppfattningar som betonar brister i möten inom hälso- och sjukvården med fokus på kommunikation. Utsagorna ger uttryck för att informanterna kan känna sig överkörda, osynliggjorda, kränkta, som mindre begåvade och ej trodda på. De ger också uttryck för att det ju faktiskt är den som är hörselskadad, som sitter inne med den verkliga informationen och som bör tilltalas. Många gånger vänder sig personalen till deras medföljande och tilltalar denna istället, som i sin tur sedan förväntas förmedla det som sagts. Att inte bli tilltalad som person kan kännas kränkande och uttrycks på följande sätt:

” Det värsta man kan göra med hörselskadade är att man pratar över huvudet på dem. Har man tagit någon med sig eller så, då pratar de ju inte med mig utan de pratar med den jag har med mig. Sen ska den prata med mig. Och det är jobbigt. Dom vet för lite om hörselskadade, det är ett genomgående problem. De ska uppfatta mig som en vanlig människa och ha kontakt med mig.” (2)

Implicit handlar ovanstående citat om önskan att bli sedd som en person som kan svara för sig själv.

Följande citat handlar om att informanterna inte uppfattar sig som trodda när de ber vårdpersonalen om särskild hänsyn för att underlätta kommunikationen;

”De är liksom vända bort ifrån mig, då är det jobbigt, (paus) så upplever man det lite sådär, så att om säger; att man hör dåligt, så du får vända dig om, är ju inte så roligt, så har man en känsla av att dom inte tror på en, utan dom tror att det är något annat.” (3)

Situationer som uppfattas som väldigt kränkande av informanterna är när personalen vänder sig till varandra och pratar utan att kontrollera att denne känner sig delaktig i samtalet. Ett exempel som ges i utsagorna är när "ronden" står runt deras säng och talar om dem, istället för med dem. I utsagorna förmedlas att informanterna upplever att personalen i vissa situationer behandlar dem som mindre begåvade. Följande citat ger uttryck för att vilja bli behandlad på ett respektfullt sätt:

"Jag frågade om jag fick åka hem och då förklarade jag för läkaren och bad om enskilt samtal med honom. För jag kan inte finna mig i att bli behandlad på det här viset, som en nolla. När jag då inte hörde på rondens som stod där runt sängen, sa jag till dom. Ibland var dom många när dom stod där runt sängen, /.../ och mummel, mummel." (1)

"Men en hörselskadad, han bedöms nästan som att han är lite sådär " tjing " så pekar de på huvudet." (2)

Enligt informanterna leder den bristande förståelsen för deras funktionshinder många gånger till att de kan känna sig nedstämda eller till och med kan drabbas av en depression. Vilket följande citat beskriver;

"Det är ganska (paus) enerverande och går gärna på nerverna, alltså depressionerna och (paus) ja." (4)

Några utsagor ger uttryck för att patienterna kan känna sig osynliggjorda i samband med att undersökningar eller behandlingar ska utföras och då tillräckligt med tid för förberedelse inte ges;

" Men om man säger att, (paus) personalen som är väldigt stressad många gånger. De ska komma och göra ett prov och så vidare, då är det klart att man sticker gärna fram handen, men man vet ju inte varför proven tas, varför de tar ett prov över huvudtaget. Det är kanske en belastning." (2)

Kategorin ger uttryck för känslan av att personalen inte behandlar dem som en unik individ, utan som en icke person därför att personen ändå inte hör.

DISKUSSION

Diskussionen i denna studie delas in i två områden med tillhörande underrubriker för att underlätta för läsaren att hitta just det område som anses intressant. Den första delen beskriver hur studien genomförts, *metoddiskussion*, den andra delen behandlar vad studien resulterat i, *resultatdiskussion*.

Metoddiskussion

Metoddiskussionen i denna studie indelas i avsnitten motsvarande för metodavsnittet och beskrivs i samma ordning som i denna för att underlätta för läsaren.

Urval

Funderingar fanns på vilket tillvägagångssätt som var bäst för att få informanter till studien, då denna patientgrupp troligtvis fanns utspridd på alla avdelningar och mottagningar. Direkt kontakt behövdes med en grupp hörselskadade personer som hade accepterat sitt funktionshinder och således etablerades ett möte med HRF. Att studien bara skulle bestå av vuxna personer förbisågs vid beskrivning av urval. Det visade sig att det mest var pensionärer som besökte HRF, vilket var okänt för oss. Enligt författarnas mening skulle studien inte bli mindre betydelsefull, med tanke på att denna åldersgrupp sannolikt är överrepresenterad inom vården och att någon begränsning gällande ålder ej har beskrivits i urvalet. Kriteriet att personernas hörselnedsättning skulle vara av en lätt eller måttlig grad, breddades när författarna fått vetskap om, att de flesta medlemmarna som besökte HRF ansåg sig ha svårare hörselnedsättning än så, och reagerat på detta. Det faktum att informanterna hade svårare grad av hörselnedsättning än vad som var tänkt från början har troligtvis påverkat resultatet. Då de hade erfarenhet av hur det är att leva med måttlig eller grav hörselnedsättning och hade tänkt igenom sin situation, blev möjligtvis deras uppfattningar mera kraftfulla och bestämda. Författarnas kunskap om hur en trolig medlem och vanlig besökare på HRF ser ut, har förändrats genom studien.

Det blev en jämn fördelning mellan könen, vilket sågs som positivt av författarna. Möjligheten att välja deltagare slumpmässigt fick uteslutas eftersom så få anmälde sitt intresse. De informanter som intervjuades i studien var aktiva pensionärer som var engagerade och hade klara åsikter om hur situationen ser ut för hörselskadade. Hur detta faktum kan ha inverkat på resultatet kan vi inte profetera om. I den analysmetoden som vi valt att analysera efter, görs inga anspråk på att resultatet ska generaliseras till den population som undersökningspersonerna kommer ifrån enligt Alexandersson (1994). Med den begränsade tiden som fanns till förfogande, ansågs möjligheten att gå andra vägar för att samla in informanter ogenomförbart. Antalet informanter kan skifta beroende på syfte, den tid och de resurser som finns tillgängliga menar Kvale (1997). Behovet av antalet intervjuer ska bestämmas utifrån hur många som behövs för att få svar på frågorna (a a). Utifrån kunskapen som har inhämtats under arbetets gång, ansågs studien ändå kunna genomföras med de informanter som anmält sig. Wenestam (2000) beskriver risken med för få intervjuer kan vara att fullständig mättnad inte uppnås. Förmodligen skulle ett större antal informanter kunnat bidra till att resultatet fick en större variation.

Datainsamling

Genom att samla in data via intervjuer var tanken att få ta del av informanternas erfarenhet av kommunikation med vårdpersonal i möten inom hälso- och sjukvården i enlighet med Alexandersson (1994) och Dahlberg (1993). Som intervjuare bör man vara kunnig inom det valda ämnet inför intervjun och ha en känsla för samspel med andra människor menar Kvale (1997). Vana att samtala med äldre personer har författarna införskaffat genom att ha arbetat med denna patientgrupp inom hälso- och sjukvården. Då ingen av författarna gjort någon intervjuundersökning tidigare var de så att säga noviser på området. Enligt Kvale (1997) är bästa sättet att bli en bra intervjuare, att skaffa sig erfarenhet genom att utföra intervjuer. Då endast fyra informanter anmält sitt intresse ansågs det som ogenomförbart att utöva en pilotstudie. För att få lite träning intervjuade författarna varandra upprepade gånger och delgav varandra kritik. Genom att intervjuerna skulle leda till att syftet

besvarades, samt för att underlätta för intervjuaren att få informanten att hålla sig till ämnet, användes en intervjuguide. Att intervjuerna genomfördes på olika ställen skulle kunna innebära skillnader, vilket författarna försökte att undvika genom att vara noga med tillvägagångssättet. Då informanternas önskemål angående plats att intervju tillvaratogs var det författarna som skiftade intervjuställe. Det vänliga mottagandet från informanterna, var viktigt med tanke på författarnas oerfarenhet att intervju. Innan intervjun småpratades det lite med informanterna för att lyssna in dem och på så vis skapa tillit mellan intervjuare och informanter i enlighet med vad Kvale (1997) beskriver. Det faktum att intervjuerna utfördes av båda författarna var för sig vid hälften av intervjuerna skulle kunna leda till att intervjuerna utformades olika. För att undvika detta öppnades intervjuerna med en fråga som ställdes lika till alla informanterna och att de sedan fick klargöra sina uppfattningar kring frågan, vilket föreslås i Dahlberg (1993). Med tanke på att båda författarna satt med vid alla intervjuerna och att den som var passiv fick ställa följdfrågor mot slutet undveks, enligt vår mening att variationerna blev för stora. Att bisittaren samtidigt observerade informanten blev oundvikligt trots att detta inte var avsikten. Genom att vi diskuterade detta sinsemellan har det under analysen lett till att informanternas uttryck för känslor har förstärkts vilket också framhålls i Kvale (1997). Det kändes som ett bra sätt att intervju på, enligt författarnas mening, eftersom intervjuerna flöt bra, intervjuguiden följdes och den planerade tiden för intervjuerna bibehölls.

Intervjuerna spelades in på band vilket är det vanligaste förfaringssättet vid forskningsintervjuer. Nackdelen med att spela in på band skulle kunna vara att man missar den visuella delen vid transkriberingen. Som ett led för att undvika detta transkriberades intervjuerna till text ordagrant av den som utförde intervjun. Därefter jämfördes bandinspelningarna mot den transkriberade texten av den så kallade bisittaren enligt Kvale, (1997). Semistrukturerad forskningsintervju var enligt vår mening en passande metod för att genomföra vår datainsamling. Det är också den insamlingsmetod som bäst motsvarar den analysmetod som användes i studien.

Analys

En möjlig risk under analysen med fenomenografisk ansats, skulle kunna vara författarnas brist på erfarenhet av att analysera samt att analysen färgades av den förförståelse som författarna besitter. Ganska snart framstod svårigheterna vid det aktuella funktionshindret men att urskilja dessa från varandra och omsätta dem i beskrivningskategorier var svårt. Vad är likheter och vad är skillnader? På något sätt gick de in i varandra såsom Alexandersson (1994) beskriver. Då informanterna inte var så många kunde det inte undvikas att deras svaromål ganska snart kändes så bekanta att författarna kunde dem utantill. Det blev på så sätt svårare att lyfta likheter och skillnader ur sitt sammanhang när citaten och situationen var igenkänd. Trots att citaten "färgades om" kunde författarna fortfarande härleda dem till sitt sammanhang. Att situationer som informanterna beskrev kändes igen av författarna gjorde att en undran om förförståelsen aktualiserades. Att sätta sig in i situationen kändes inte som helt överkligt. Är det möjligt att bortse ifrån förförståelsen under analysen? Efter att ha diskuterat igenom det, framkom det att författarnas förförståelse var sedd ur två olika perspektiv och kunde således ses som varandras motsvarighet. Med anledning av detta har resultatet diskuterats ur två synvinklar, dels via praktik och dels via levd erfarenhet. Författarnas olika förförståelse skulle således kunna leda till att jämvikt uppnåddes i diskussionen.

Etiska överväganden

Då antalet deltagare till studien inte uppfylldes, bestämdes i samråd med handledaren, att personlig information skulle genomföras på HRF. Under denna information tillkännagav några av informanterna, utan någon anmodan från författarna, att de deltog i studien samt uppmuntrade andra medlemmar att delta. Författarnas bedömning var att detta gjordes frivilligt och spontant samt att det varken kunde förutses eller förhindras. Då inga fler deltagare anmälde sig efter denna uppmuntran, ansågs detta inte påverka studien. Med tanke på att den personliga informationen inte hade givit fler deltagare samt att medlemmarna skulle känna att deltagandet skulle vara frivilligt, kändes det inte angeläget att fortsätta med fler informationstillfällen.

Författarna var medvetna om att kanslisten på HRF som förmedlade studiens informationsbrev med intresseanmälan, hade vetskap om vilka som visade sitt intresse. Målet var dock att vi skulle få in så pass många deltagare till studien, att ett urval kunde göras och därmed åstadkomma angiven anonymitet. Detta mål kunde dessvärre inte uppnås. Författarna till studien har förutom tillgång till informanternas namn och telefonnummer, även deras hemadress, eftersom intervjuerna enligt deras önskemål till största delen genomfördes i deras hem. Dessa uppgifter kommer att sparas tills studien är godkänd, med tanke på att vi utlovat att studien kommer att skickas till informanterna innan den publiceras.

Innan intervjuerna utfördes en muntlig information angående samtyckesblanketten och möjligheten att ångra sitt deltagande. Bedömningen gjordes att det fanns möjlighet för informanterna att känna igen sina citat vid genomläsning av studien och detta informerades de om innan intervjun. Möjliga risker och komplikationer för informanterna kan vara att de ångrar sitt deltagande, men tycker det känns besvärligt att kontakta författarna för att begära utträde ur studien. Tänkbart är också att informanterna i efterhand funderar på om de har kritiserat vårdpersonalen, vilket skulle kunna få som följd att de, trots anonymiteten, kan få en förnimmelse av att de skulle kunna kännas igen av vårdpersonalen vid sitt nästa besök inom hälso- och sjukvården.

Resultatets tillförlitlighet

Med tanke på resultatets tillförlitlighet redogjordes för hur författarnas förförståelse ser ut under rubriken *metod* (sidan 11). Således har båda författarna en förförståelse men på olika grunder. Med anledning av detta har resultatet diskuterats ur två synvinklar, dels via praktik och dels ur levd erfarenhet. En gemensam nämnare för den fenomenografiska forskningen är framförallt att den utgår från att människor har olika uppfattningar av företeelser och objekt i världen enligt Alexandersson (1994). Olikheter i uppfattning förklaras av att olika människor gör olika erfarenheter genom att de har olika relationer till världen (a a). Eftersom studien är utförd av två personer innebär det att analysen och den erhållna kunskapen om denna företeelse är olika.

Resultatdiskussionen

Under denna rubrik diskuteras resultatet och jämförs med tidigare studier samt den kunskap vi anammat genom den facklitteratur som använts i bakgrunden för vår studie. Syftet med denna studie var att beskriva hur personer med lätt eller måttlig hörselnedsättning uppfattar möten med personalen inom öppen och slutna hälso- och sjukvård. Syftet har uppnåtts och frågeställningarna är besvarade. Resultatet kommer

att diskuteras utifrån Carnevali`s omvårdnadsmodell (s.8). Författarna har medvetet försökt att applicera funktionshindret hörselnedsättning i Carnevali`s omvårdnadsmodell för att på så vis tydliggöra behoven vid specifik omvårdnad för denna patientgrupp. Med anledning av detta står Carnevali (1999) som referens. Det kan inte uteslutas att resultatet och resultatdiskussionen har påverkats av författarnas förförståelse, vilken belystes i metodavsnittet. Resultatdiskussionen är uppdelad efter de beskrivningskategorier så som de kom att beskrivas i resultatet; *Att leva med hörselnedsättning, Att påverkas av miljön, Att känna förståelse ger bekräftelse samt Att känna sig osynliggjord*

Beskrivningskategorin - Att leva med hörselnedsättning

En trolig tolkning av beskrivningskategorin; Ett väl *att leva med hörselnedsättning* innehåller uppfattningar av att personerna i vår studie känner sig väl integrerade med sitt funktionshinder av hörseln. De vet av erfarenhet, att en förutsättning för ett ömsesidigt möte mellan dem och vårdpersonalen, är att de i varje situation inom hälso- och sjukvården måste upplysa om att de är hörselskadade. En enkätstudie från England, utförd av Hines (1999) visar att patienter som delger personalen att de har en funktionsnedsättning får vanligtvis en betydande fördel i möte med personalen jämfört med dem som försöker dölja det.

En hörselnedsättning påverkar personens inre resurser genom att möjligheten att kommunicera tillfredsställande påverkas (Carnevali, 1999). Att en person med hörselnedsättning rent känslomässigt har sört över sitt funktionsbortfall och accepterat det, är en förutsättning för att vilja delge sin funktionsnedsättning för någon annan (a a). Medvetenhet om vilka yttre resurser som behöver förstärkas för att ersätta funktionsbortfallet är nödvändigt för såväl personer med hörselnedsättning som för dess omgivning (Carnevali, 1999). Att personen känner vilja att införskaffa kunskap, färdigheter och hjälpmedel för att kunna diskutera vilken hjälp som personen anser sig behöva eller kan avstå, ger styrka att klara av sina krav i dagligt liv. Tillgången till hörapparat ses som en yttre resurs för att personer med hörselnedsättning ska ges möjligheten att kunna kommunicera. Då personens funktionsnedsättning är kompenserad med hjälp av hörapparat skulle hörapparaten istället kunna ses som en inre resurs för dem, eftersom förmågan att kommunicera återfås. Vid tillfällen då personalen är uppmärksam på signaler från personen med funktionshinder och de genom handling ger respons för dessa, ökar individens möjligheter att nå tillfredsställelse och livskvalitet i sin vardag och därmed uppnås balans i sitt dagliga liv (a a).

Om situationer inom hälso- och sjukvården uppstår, då personen inte själv kan tillämpa sitt hjälpmedel krävs det av personalen att de har kunskap om hur dessa hjälpmedel fungerar så att kraven kan tillgodoses (Vaksdal Espås, 2002). En litteraturstudie från England ger exempel på sjuksköterskans kunskapsbrist angående hjälpmedel. Om ett hjälpmedel var tillgängligt, visste sjuksköterskan antingen inte hur det fungerade eller valde bort att använda hjälpmedlet (Slaven, 2003).

Det sjuksköterskor kan bidra med för att stödja de resurser personer med hörselnedsättning behöver få tillgodosett vid kommunikation, är förutom att vara lyhörda, att de noggrant dokumenterar funktionshindret och tydligt beskriver hur eventuellt hjälpmedel används (Ehnfors m fl 2002). Det är också sjuksköterskans

ansvar att vidarebefordra information och kunskap till övrig personal om vilka eventuella insatser som personen anser sig behöva (Carnevali, 1999; Ehnfors, mfl 2000).

Kunskap som inhämtades genom undersökningen och som författarna inte förutsett, var den långa handläggningstiden vid införskaffandet av hörapparat. Detta kan tyckas skrämmande med tanke på hur hjälpta informanterna upplevde sig vara av hörapparaten. Det framkom att de inte längre kände sig lika handikappade när de hade fått sitt hjälpmedel. Utan hörapparaten behövde de yttre stöd för att klara kraven i dagligt liv. När de väl fått sitt hjälpmedel såg de hjälpmedlet som en del av dem. Något annat som författarna inte heller hade kunskap om, var hörselslingornas funktion och betydelse för personerna under besök inom hälso- och sjukvården.

Beskrivningskategorin - Att påverkas av miljön

En trolig tolkning av beskrivningskategorin; *Att påverkas av miljön* innehåller uppfattningar av att miljön spelar en viktig roll för personer med hörselnedsättning. Vid brister eller ett överflöd av sinnesintryck i miljön och att dessutom inte kunna påverka detta, kan resultera i att personer med hörselnedsättning sätts i en situation som innebär en känsla av isolering och stress. När både personal och patienter är under stress ökar svårigheterna att kommunicera väsentligt (Hines, 1999).

Enligt Vaksdal Espås (2002) är placeringen i rummet av betydelse för personer med hörselnedsättning vid till exempel inläggning på sjukhus. I Lucas & Matthews - Flint (2003) artikel bekräftas vikten av att avsätta extra tid till personer med hörselnedsättning. Detta med tanke på att det tar extra tid att skapa en god miljö runt patienten (a a). Det anses speciellt värdefullt i situationer när sjuksköterskan ska ge viktig information till dem. En person med nedsatt hörsel behöver i regel särskild hänsyn för att kunna ta in och tolka information som förmedlas via sinnesorganen (Carnevali, 1999). En sådan hänsyn kan vara att ges möjlighet till enskilt samtal samt tillgång till hjälpmedel som hörselslinga inom hälso- och sjukvården.

För personer med hörselnedsättning kan stöd från andra människor vara en förutsättning för att skapa balans i det dagliga livet relaterat till hälsa. Ett sådant stöd kan vara att de har en anhörig med sig vid besök inom hälso- och sjukvården för att undvika att de missar till exempel en inkallelse från väntrummet. Ett annat stöd för personer med hörselnedsättning kan vara att mötas av kunnig personal som har förståelse för dem och som känner till vilka behov de har för att tillgodogöra sig kommunikation. Det kan även vara att det finns yttre resurser som t.ex. hörselslinga tillgängligt att använda för att underlätta för dem. Att känna sig beroende av andra kan dock upplevas negativt och påverka sinnesstämningen. En förändrad sinnesstämning är en indikation på hur individen reagerar på speciella händelser. Med tanke på en förändrad sinnesstämning är dokumentation av nuvarande sinnesstämning viktigt och ska utföras av sjuksköterskan i omvårdnadsjournalen (a a). Att till exempel inte känna sig delaktig i samtal kan leda till att personen känner sig utanför och drar sig undan gemenskapen (SBU, 2003; Carnevali, 1999).

Beskrivnings kategorin - Att känna förståelse ger bekräftelse.

En trolig tolkning av beskrivningskategorin; *att känna förståelse ger bekräftelse* innehåller uppfattningar som visar att då personer med hörselnedsättning får

förståelse för sin situation känner de sig sedda och lyssnade på. Genom att personalen är tydliga i sin kommunikation upplever personer med hörselnedsättning sig bekräftade vilket leder till att de känner sig säkra och trygga i mötet inom hälso- och sjukvården. Undersökningen visar att brist på förståelse uppfattas av informanterna som en kunskapsbrist hos personalen.

Oavsett vad, så handlar ett bra möte om visad empati, etik och tydlighet så att varje individ i ett möte kan känna sig bekräftad (Vaksdal Espås, 2002). En enkätstudie från England, utförd av Hines (1999) förmedlar att patienterna upplever avsaknad av förståelse och kunskap hos personalen. I Izzoni (2004) behandlar studien, vilka förbättringar hörselskadade personer anser vara nödvändiga för att garantera dem en säker och effektiv kommunikation i hälso- och sjukvården. De menar enligt studien, att personalens basutbildning bör förbättras i hur man kommunicerar med personer med hörselnedsättning. Således är svårigheterna inte unika för den svenska hälso- och sjukvården.

Enligt Carnevali's omvårdnadsmodell (1999) varierar en persons behov utifrån vilken funktionell förmåga som är nedsatt. Personer med hörselnedsättning behöver förutom att de möter förståelse känna att personalen kan kommunicera med dem på ett tillfredsställande sätt. Att sjuksköterskan har kunskap om den specifika omvårdnaden för det aktuella funktionshindret ökar möjligheten att personer med hörselnedsättning kan känna sig tillfredsställda i mötet. Viktigt är också att de får behålla förmågan att kunna kommunicera (Carnevali, 1999).

Ett exempel på hur detta skulle kunna tillgodoses är enligt informanterna att de får behålla sina hjälpmedel före operation så långt det är möjligt. Genom att funktionshindret och hjälpmedlet, i det här fallet hörapparaten, finns dokumenterad i omvårdnadsjournalen ökar möjligheten att personalen har vetskap om detta. Personens tillgång till hjälpmedel tillgodoses och på så vis bevaras deras kommunikationsförmåga tills personen är sövd. Vid uppvaknandet sitter hörapparaten i örat igen så att personen kan förmedla sig och känna sig delaktig i samtal. Enligt Carnevali, (1999) uppstår obalans mellan det dagliga livet och funktionell förmåga först då personen inte får gehör för sina behov.

Beskrivnings kategorin - Att känna sig osynliggjord

En trolig tolkning av beskrivningskategorin; *att känna sig osynliggjord* innehåller uppfattningar av att personer med hörselnedsättning upplever att personalen inte behandlar dem som en unik individ utan som en ickeperson därför att personen ändå inte hör. Genom att fråga patienten hur de vill kommunicera undviks att de känner sig förbisedda i mötet.

Enligt Izzoni (2004) erhålls ett väl fungerande samspel mellan personal och personer med hörselnedsättning, genom att personalen tittar och talar direkt till personerna samt att de tillfrågar dem om vilka särskilda behov de har. En vanlig incident är enligt Hines (1999) att personalen missförstår patientens kommunikationsförmåga som en mental oförmåga och därför ignorerar dem som personer. I Vaksdal Espås (2002) bekräftas att en person som missförstås utvecklar en dålig självkänsla. Det kan så småningom leda till att personer med nedsatt hörsel utvecklar en misstänksam attityd och upplever sig utestängda i situationer med andra människor.

Carnevali`s omvårdnadsmodell (1999) beskriver hur dagligt liv och funktionell förmåga inverkar på varandra. Tidigare händelser kan påverka personens färdigheter, känslomässiga eller andra reaktioner på upplevelser av att besöka hälso- och sjukvården. Sådana händelser kan vara att inte bli mött som en egen individ. Aktuella aktiviteter måste utföras med hänsyn till den funktionella förmåga personen har och till vilka framtida aktiviteter i dagligt liv som är aktuella för personen, så att balans uppnås. Att inte förberedas inför undersökningar leder till osäkerhet om vad som ska hända med personen. De är även beroende av att de får känna sig som delaktiga i beslut som gäller för dem.

En personal med kunskap om specifik omvårdnad för personer med hörselnedsättning, skulle kunna medverka till att denna patientgrupp upplever sig behandlad som en *individ* i möte inom hälso- och sjukvården. När behoven inte tillgodoses uppstår obalans och personerna kan känna sig missförstådda och nedstämde. Det är lätt att förstå att personerna känner sig frustrerade i situationer som lyfts fram i resultatet. Carnevali`s omvårdnadsmodell skulle kunna underlätta förståelsen för hur personer med hörselnedsättning, deras behov, krav, resurser och upplevelser kan ställas i relation till varandra (Carnevali 1999).

RESULTATSAMMANFATTNING

Föreliggande studie har strävat efter att ge svar på, vad personer med hörselnedsättning har för upplevelser av möte med vårdpersonal inom den öppna och slutna hälso- och sjukvården. Personerna i vår studie känner sig väl integrerade med sitt funktionshinder och har som de uttrycker i utsagorna, ”lärt sig att leva med det”. Det framgår i studien att trots personernas förmedlande av sitt funktionshinder, att de använder hörapparat samt är beroende av en adekvat miljö så uppstår situationer då de inte känner sig sedda och lyssnade på. Sådana situationer kunde få dem att känna sig osäkra och mindre värda

. För att skapa balans i det dagliga livet har studiens informanter utvecklat olika strategier för att orka leva med funktionshindret. Strategier som underlättar för dem verkar vara att; ”ta till sina små knep”, ta hjälp av humorn, och ett visst mått av envishet. Att inte bara se brister i de inre resurserna utan också patientens starka sidor är viktigt, då det i många fall finns en styrka som inte märks eller används i tillräcklig utsträckning i enlighet med vad Carnevali (1990) anger. Samtidigt som det under intervjuerna fokuserades mycket på vad som upplevdes som mindre bra, gavs det förslag på vilka förbättringar som ansågs värdefulla för dem. Krav och önskemål som framfördes av informanterna, var att vårdpersonalen i hälso- och sjukvården, skulle ha en större förståelse och en bättre kunskap om hur det är att leva med nedsatt hörsel. Studien visar att uppmärksam personal som tillfrågar patienterna vad de anser vara betydelsefullt för dem i mötet samt en tydlig kommunikation, skulle värderas högt av informanterna.

Det optimala mötet för denna patientgrupp uppstår *således* enligt studiens informanter när personer med hörselnedsättning;

- upplever förståelse för sin situation
- har möjlighet att etablera ögonkontakt
- har möjlighet att avläsa på läpparna
- har tillgång att utnyttja sina hjälpmedel
- har tillträde till en adekvat miljö

SLUTSATS

Vid databassökningen för denna studie återfanns inte några studier som skildrade hur personer med hörselnedsättning *upplever* kommunikation och möte med vårdpersonal inom den svenska hälso- och sjukvården. Tidigare studier från England och USA samt facklitteratur inom sjuksköterskeutbildningen påvisar att kunskap finns om hur personer med hörselnedsättning bör kommuniceras. Författarnas tolkning av resultatet är dock att kunskapen inte används på ett tillfredsställande sätt vilket bekräftas av denna studie. Författarnas uppfattning är, att en bidragande orsak kan vara otillräcklig träning i utbildningen till sjuksköterska om hur man kommunicerar med patientgrupper med funktionshinder. Att kommunicera tydligt kan även anses vara betydelsefullt för andra patientgrupper inom hälso- och sjukvården. Kunskap om specifika omvårdnadsbehov vid olika funktionshinder skulle, enligt författarnas mening belysas tydligare i utbildningen.

Nyttan med studien är således, enligt författarna, att öka vårdpersonalens förståelse och kunskap om hur man kommunicerar med personer med hörselnedsättning och på så vis öka välbefinnandet hos denna patientgrupp. Tanken är att denna kunskap skulle kunna bidra till att eliminera risken för missförstånd som kan leda till att exempelvis medicinbehandlingen blir felaktig och andra svårigheter för den beskrivna patientgruppen. I åtanke finns även att denna kunskap är användbar för andra patientkategorier än de som ingår i den studien.

FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING

Fortsatt forskning skulle kunna belysa sjuksköterskans uppfattning av vilka kunskaper som behövs för att möta och kommunicera med personer med olika funktionshinder.

REFERENSER

- Alexandersson, M i Starrin, B & Svensson, P-G (1994), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*, Lund: Studentlitteratur.
- Barnett, S (2002) Communication with deaf and hard-of-hearing people: A Guide for Medical Education. *Academic Medicine*, 77:694-699.
- Carnevali, D (1990) *Omvårdnadsdiagnostik*, Arlöv: Almqvist & Wiksell Läromedel AB.
- Carnevali, D (1999) *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*, Stockholm: Liber AB.
- Dahlberg, K (1993) *Kvalitativa metoder för vårdvetare*, Lund: Studentlitteratur.
- Ehnfors, M Ehrenberg, A & Thorell-Ekstrand, I (2000) *VIPS-boken*, Stockholm: Vårdförbundet.
- Hartman, J (2004) *Vetenskapligt tänkande* Lund: Studentlitteratur.
- Hines, J (1999) Communication problems of hearing-impaired patients, *Nursing Standard* 14: 33-37.
- HRF, Hörselskadades riksförbund, (1992) Stockholm: Grafisk Form & Bild.
- Izzoni, L & O`Day, B (2004) Communicating about health care, observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Annals of Internal Medicine*, 140:356-363.
- Josephsson, U i Klang Söderkvist, B (2001) *Patientundervisning*, Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund: Studentlitteratur.
- Lucas, L J & Matthews-Flint, L (2003) Heed the word about hearing impairment. *Nursing*, 33:10.
- McConnell, E (2002) How to converse with a hearing impaired patient. *Nursing*, 32: 20.
- Polit, D Beck, C & Hungler, B (2001), *Essential of Nursing research*, Philadelphia: Lippincott.
- Slaven, A (2003) Communication and the hearing impaired patient. *Nursing Standard*, 18: 39-41.
- SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet.

- SFS 1993:387 Lagen om särskilt stöd. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1994:749 Lag om Handikappsombudsmannen. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1994:949 Förordning med instruktion för. Stockholm: Socialdepartementet.
- Handikappsombudsmannen. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2001:453 Socialtjänstlagen. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOSFS 1985:562 Patientjournalagen. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOSFS 1993:17 Allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården.
Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2001: 56 Funktionshinder och välfärd. Stockholm: Socialdepartementet.
- SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering, rapport 164, (2003) *Hörapparat för vuxna -nytta och kostnader*. Kap 2, 10.
- Vaksdal Espås, S i Almås, H (2002) *Klinisk omvårdnad 2*, Stockholm: Liber AB.
- Wenestam, G i Fridlundh m fl (2000) *Qualitative Research Methods in the Service of Health*, Lund: Studentlitteratur.

BILAGOR

Bilaga 1: Informationsbrev

Bilaga 2: Samtyckesblankett

Bilaga 3: Intervjuguide

INFORMATIONSBREV

Hej!

Vi vänder oss till dig som har en lätt eller måttlig hörselnedsättning och som under en kortare eller längre period har varit i kontakt med den öppna eller slutna sjukvården. Om du brukar använda hörapparat eller inte har mindre betydelse.

Vi är två sjuksköterskestuderande som under vårterminen 2005 ska skriva vår C-uppsats som är vårt examensarbete. I uppsatsen vill vi göra en studie och beskriva hur personer med lätt eller måttlig hörselnedsättning upplever kommunikation med vårdpersonalen. Frågor som vi vill ha svar på är följande: vad du som patient har för erfarenhet av samtal med vårdpersonalen, vad det är som gör att samtalet fungerar bra respektive mindre bra samt hur skulle du vilja bli bemött. Genom denna studie hoppas vi få mer kunskap och förståelse för hur personer med lätt eller måttlig hörselnedsättning upplever kommunikation i olika situationer inom öppen eller sluten sjukvård.

Vi kommer att intervjua dig och spela in samtalet på band, vilket kommer att förstöras när studien är godkänd. Vi beräknar att intervjun kommer att ta ca 30- 40 min. När och var intervjun kommer att ske bestämmer vi tillsammans med dig. Du kommer att vara anonym. Du kan även när som helst, utan närmare förklaring, avbryta din medverkan eftersom deltagandet är frivilligt. När vår studie är slutförd kommer du att få möjlighet att läsa den.

Om du är intresserad av att delta i studien, skriv namn och telefonnummer på intresseanmälan här nedan och lämna den till kanslisten på HRF, som förmedlar uppgifterna vidare till oss.

Härmed tillfrågas du om deltagande i studien. Välkommen att kontakta oss om du önskar mer information.

Carina Olofsson
XXXX-XXXXXX

Ann Asp
XXXX-XXXXXX

Intresseanmälan

Namn; _____ Telefonnummer; _____

SAMTYCKESBLANKETT

Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av skriftlig information.
Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag när som helst
och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Deltagare;

.....

Studieansvarig

.....

Carina Olofsson

Ann Asp

INTERVJUGUIDE

Öppningsfråga

Hur länge har du varit hörselskadad? Vill du berätta om det?

Följdfrågor

Använder du något hjälpmedel dagligen?

Hur pass dåligt hör du?(utan hörapparat) *Vet du hur svår din hörselskada är enligt mätning med audiogram? Har doktorn sagt att du hör si eller så många dB?*

När du är i kontakt med sjukvården berättar du då att din hörsel är nedsatt för vårdpersonalen?

JA Upplever du att personalen tar hänsyn till din hörselskada?

Ja, På vilket sätt tar dom hänsyn? /

Nej, Vad är det som du upplever som mindre bra?

NEJ Vill du berätta varför du inte nämner det.

Hur upplever du att samtal med personalen fungerar?

Vad är det som gör att ett samtal fungerar bra? /

att samtalet fungerar mindre bra?

Har du någon gång upplevt att du och personalen missförstått varandra på grund av din hörselnedsättning?

Är du beroende av miljön när du är besöker hälso- och sjukvården eller rent av är inlagd? *Placering i rummet*

Vad skulle du vilja att vi som sjuksköterskor tänker på när vi möter och samtalar med dig? *Inom sjukvården med tanke på din hörselnedsättning?*

Får man lov att fråga om din ålder?