

Örebro universitet

Hälsoakademin

Examensarbete i Hörselvetenskap

VT 2011

Kulturella skillnader ur ett audionomperspektiv

- en intervjustudie om kommunikation i patientmöten

Författare: Maya Alberthson
Matilda Toftgård

Handledare: Julia Peralta

Örebro universitet
Hälsoakademin
Audionomprogrammet

- Arbetets art:** Examensarbete omfattande 15 högskolepoäng, C-nivå, inom ramen för Audionomprogrammet, 180 högskolepoäng
- Svensk titel:** Kulturella skillnader ur ett audionomperspektiv – en intervjustudie om kommunikation i patientmöten
- Engelsk titel:** Cultural differences from an audiologist's outlook - an interview study about communicative perspectives in care encounters
- Författare:** Maya Alberthson & Matilda Toftgård
- Handledare:** Julia Peralta
- Datum:** 2011-06-14
- Antal sidor:** 33
- Sökord:** Kulturella skillnader, kommunikationssvårigheter, hörsel, patientmöte, audionom.

Sammanfattning:

Inom vården är kommunikation mellan vårdgivare och patient en stor del. Kommunikationsprocessen kan försvåras då man tillhör olika kulturer genom t.ex. nationalitet, kön eller socioekonomisk bakgrund. Fenomenet har studerats inom vården tidigare, men studier med hörselvårdsperspektiv har inte påträffats. Denna studie vill därför undersöka hur audionomer ser på kommunikation och de svårigheter som kan uppstå i ett patientmöte.

Syftet med intervjustudien är att undersöka vilka kommunikationssvårigheter som kan uppstå i audionomens möte med en patient. Studien inriktas även på hur detta påverkar audionomens arbete och vilka strategier som används för att hantera de svårigheter som uppstår.

Intervjustudien är av kvalitativ karaktär och har transkriberats, tolkats och analyserats med hermeneutisk ansats. Analysmetod har varit meningskategorisering där viktiga och relevanta delar ur det transkriberade materialet plockats fram och sammanställts till diagram.

Audionomerna tar upp flera målgrupper där kommunikationen är svår och även vilka strategier de använder för att underlätta patientmötet. Flera audionomer verkar se hörselproblematik som den främsta anledningen till bristande kommunikation. Fortsatt forskning krävs dock för att ta reda på om detta beror på att de inte har några problem att handskas med olika kulturer eller om det beror på avsaknad av kunskap inom detta område.

Förord

Först och främst ett stort tack till de audionomer som medverkat i intervjuerna och bidragit med sina erfarenheter och kunskaper. Utan ert engagemang hade denna studie inte varit genomförbar.

Vi vill också tacka vår handledare Julia Peralta för en djupare insikt i ämnet, värdefullt stöd och givande diskussioner.

Vi riktar även ett tack till våra korrekturläsare för ert kritiska öga.

Till sist vill vi tacka varandra för ett gott samarbete och ett väl genomfört arbete.

Innehåll

1 Inledning	1
1.1 Syfte och frågeställningar	1
1.2 Disposition	2
2 Betydelsefulla begrepp	2
2.1 Kultur	2
2.2 Kommunikation	3
2.3 Socioekonomisk status	4
3 Kommunikation inom vården	4
3.1 Språkskillnader	5
3.2 Könsskillnader	6
3.3 Klasskillnader	7
3.4 Audionomens yrkesutövning	7
4 Metod	8
4.1 Försökspersoner	8
4.2 Teknisk apparatur	9
4.3 Procedur	9
4.4 Analys	11
4.4.1 Hermeneutik	11
4.4.2 Tillvägagångssätt	12
4.4.3 Analysens olika faser	13
4.5 Metoddiskussion	14
4.6 Etik	16
5 Resultat och diskussion	17
5.1 Kommunikation	18
5.1.1 Delar i kommunikation	18
5.1.2 Påverkan på kommunikation	19
5.1.3 Faktorer som försvårar kommunikation	20
5.2 Strategier	22
5.3 Förmedling av budskap	24
5.3.1 Målgrupper	24
5.3.2 Förändring av uttryckssätt	27
5.3.3 Förändring av arbetssätt	28
5.3.4 Nå fram med budskapet	29
6 Generell diskussion	31
Referenser	34
Bilaga I - Intervjuguide	I
Bilaga II - Informerat samtycke	II
Bilaga III - Information innan intervjuer	III

1 Inledning

Människan är en social varelse som behöver träffa andra människor och utbyta erfarenheter för att må bra. Syftet med att samtala och kommunicera kan vara att skapa mening mellan flera personer, att dela idéer och bygga en förståelse mellan varandra, att instruera eller att uttrycka sina behov. Hur man kommunicerar kan skilja sig från kultur till kultur och saknar man kunskap för de oskrivna kommunikationsreglerna så finns en risk att missförstånd uppstår (Tye-Murray, 2009).

Inom vården är kommunikation mellan vårdgivare och patient en stor del. Här uppmärksammas oftast språksvårigheter mellan två parter men mycket mer kan påverka hur en människa kommunicerar. Hur man kommunicerar grundar sig bland annat i ens bakgrund, så som religion, var man är uppväxt och socioekonomisk situation. Även kön och hur mycket man utsätts för media kan påverka hur man tänker och handlar i olika situationer (Johnson, 1999). Många faktorer kan försvåra förståelsen mellan människor vare sig man har samma modersmål eller inte. Johnson (1999) menar att kommunikation inom vården inte bara är språkligt svårt utan att även informationen som ska förmedlas kan vara komplex och svår att förstå i sig. Ett budskap kan också uppfattas väldigt olika beroende på exempelvis den geografiska eller professionella kultur man tillhör. De föreställningar man har om verkligheten och livet påverkar den tolkning man gör av kommunicerade budskap.

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med intervjustudien är att undersöka vilka kommunikationssvårigheter som kan uppstå i audionomens möte med en patient. Studien inriktas även på hur detta påverkar audionomens arbete och vilka strategier som används för att hantera de svårigheter som uppstår. Utifrån syftet har följande tre frågeställningar formulerats:

- Hur ser audionomen på kommunikation och vilka faktorer kan påverka kommunikationen?
- Vilka strategier använder audionomen i patientmötet för att nå fram med sitt budskap?

- Upplever audionomen att han/hon förändrar sitt sätt att uttrycka sig och arbeta på då det gäller en patient med annan kulturell bakgrund? I så fall för vilka kulturer och på vilket sätt försäkras sig audionomen om att budskapet nått fram?

1.2 Disposition

I kapitel 2 definieras begrepp som är av betydelse i uppsatsen. Kapitel 3 ger en inblick i tidigare forskning om kommunikation i vården. Under metoddelen (kapitel 4) redovisas studiens förlopp. Resultat och diskussion i kapitel 5 ger en bild av det material som framkommit i studien samt de tolkningar som gjorts kring dessa. En generell diskussion angående studiens resultat förs i kapitel 6.

2 Betydelsefulla begrepp

Detta kapitel definierar begrepp som är av relevans för studien. Kultur och kommunikation utgör grunden i studiens analys och det är viktigt att få en uppfattning om dessa begrepp för att förstå resultaten. Även innebörden av socioekonomisk status tas upp i detta kapitel eftersom det är något som tagits hänsyn till i intervjuerna då det kan påverka deltagarnas svar.

2.1 Kultur

Kultur är något man lär sig genom de människor man träffar och det samhälle man lever i. Därför kan kultur sägas vara något lokalt som delas av en begränsad grupp människor och där man kan skilja mellan de som tillhör gruppen och de som står utanför (Bonder, Martin & Miracle, 2001). Människor som tillhör samma kultur har ett likartat sätt att se på världen, men det behöver för den skull inte betyda att de tycker precis likadant och agerar på samma sätt. Det är lätt att sätta en etikett på människor och säga att de beter sig på ett visst sätt för att de är t.ex. invandrare, pensionärer eller funktionshindrade. Personer inom dessa kategorier av människor kan ha många personliga egenskaper som inte har att göra med den kultur vi vill placera dem i (Herlitz, 2007). Bodin och Fant (1995) varnar också för att låta begreppet kultur stå för enbart nationalitet då det inte är så enkelt att förklara varför en människa beter sig på ett visst sätt. Det finns många kulturer i ett land och de kan variera exempelvis mellan städer och landsbygd, kvinnor och män eller yngre och äldre. Vi får alltså inte vara för snabba att sätta en stämpel på människor då det är många faktorer som spelar in i hur man agerar i olika situationer.

I denna studie används kulturbegreppet på det sätt som beskrivits i föregående stycke. För att få ett så brett underlag som möjligt kring kommunikationssvårigheter som audionomen upplever i patientmötet vill vi inte begränsa våra tankar om kultur till en enskild faktor, som t.ex. nationalitet. Utöver problem som uppstår på grund av skilda modersmål och födelseland är vi intresserade av hur kön, ålder, socioekonomisk bakgrund eller andra faktorer kan påverka kommunikationen. Målet med vår intervjustudie är inte att ta reda på varför missförstånd i kommunikationen uppstår utan att undersöka vilka svårigheter som finns. Vi vill också uppmärksamma att förståelse för varandras bakgrund och kultur spelar en stor roll för att kommunikationen ska fungera. Vi har medvetet valt att inte inkludera dövulturen då vi i denna studie inte vill undersöka kommunikationssvårigheter på grund av att ena parten har en hörselproblematik.

2.2 Kommunikation

Kommunikation är mer än bara språk. Den verbala delen är den mest uppenbara, men de icke-verbala budskapen är minst lika viktiga i kommunikationsprocessen. Det som förmedlas icke-verbalt är ofta omedvetet och därför svårare att förklara, men det är av betydelse för förståelsen att reflektera kring denna del av kommunikationen (Dahlkwist, 1994). Den icke-verbala kommunikationen kan exempelvis vara kroppsspråk, tonfall, tystnad och beröring. Det är viktigt att vara medveten om att även detta påverkar förståelsen mellan människor (Stier, 2009).

Kommunikation sker alltid med ett bakomliggande syfte och på ett särskilt sätt som man lärt sig genom att observera andra för att sedan själv försöka göra sig förstådd. Processen innefattar olika delar som sändare, budskap, medium, mottagare och resultat. Hur kommunikationen utformas och om man lyckas förmedla det man önskar beror på flera olika faktorer. Det fysiska, sociala och kulturella sammanhang man befinner sig i spelar roll både för hur budskapet gestaltas och hur det tas emot. Den plats man befinner sig på benämns som det fysiska sammanhanget. Det sociala sammanhanget beskriver vilken typ av tillställning som ligger till grund för kommunikationen eller vilka personer budskapet riktas till, exempelvis familjemåltid eller begravning. Det kulturella sammanhanget innefattar ett större perspektiv kring omständigheterna för kommunikationen, t.ex. om begravningen är hinduistisk eller protestantisk (Dimpleby & Burton, 1999).

I denna studie använder vi kommunikationsbegreppet enligt föregående styckes definition. Ur detta perspektiv kan man tänka sig att det lätt uppstår missförstånd då man inte är överens om hur man ska bete sig i fysiska, sociala och kulturella sammanhang. Något man säger eller gör kan uppfattas på fel sätt av mottagaren vilket i sin tur kan sätta stopp för fortsatt kommunikation (Dahlkwist, 1994). Det som är godtagbart och normalt i en kultur kan anses som stötande eller olämpligt i en annan kultur (Stier, 2009).

2.3 Socioekonomisk status

Socioekonomisk status kan sägas vara en del i att definiera vilken kultur en person tillhör. Statistiska centralbyrån (1984) har gjort en socioekonomisk indelning (SEI) som belyser en hierarkisk struktur i samhället. Detta gör att klassbildningar uppstår. Indelningen baseras på yrkesmarknadens positioner som sannolikt har betydelse för välfärdsfördelning och livschanser. Här skiljer man på arbetsgivare och arbetstagare, arbetare och tjänstemän osv. Utbildningsår är också relevant i indelningen. Det finns även indelningar efter hur hushållet ser ut och äldre klassifikationer där t.ex. överklass och medelklass förekommer.

Eftersom Statistiska centralbyråns SEI publicerades 1984 är delar i utbildningskriterierna inte längre tillämpbara och indelningen täcker inte heller hela begreppet socioekonomisk status. Bourdieu (1979/1986) förklarar klassbegreppet, som kan likställas med socioekonomisk status, utifrån människans egenskaper och framhåller att dessa kan delas in i två olika grupper; objektiverade och förkroppsligade egenskaper. Den första gruppen består av exempelvis ekonomiska tillgångar och makt medan den senare gruppen kan sägas vara inre, personliga egenskaper som hur man tänker och agerar. De förkroppsligade egenskaperna är också till skillnad från de objektiverade något som man lär sig genom de yttre omständigheter man ställs inför och genom hur samhället fungerar. En persons klasstillhörighet kan alltså inte bestämmas bara genom att se till utbildning och arbete, utan det är många andra faktorer som också spelar in. Exempel på sådana faktorer kan vara kön, ålder, social härkomst, etniskt ursprung, inkomst, utbildningsnivå och bostadsortens storlek.

3 Kommunikation inom vården

I detta kapitel ges en insyn i tidigare forskning som ligger till grund för den här studien. Avsnitten om språk-, köns- och klasskillnader behandlar kommunikation inom vården i stort.

Under rubriken audionomens yrkesutövning finns information om vad som specifikt kännetecknar kommunikation inom hörselvården med utgångspunkt i kulturella skillnader.

För att jobba inom sjukvården med patienter som har olika kulturella bakgrunder krävs hög kompetens inom både yrkesområdet, olika kulturer och kommunikationen i vårdmötet (Wiking, Saleh-Stattin, Johansson & Sundquist, 2009). Eftersom kommunikation är en avgörande del för ett lyckat vårdmöte så utgör kommunikationssvårigheter ett stort problem då vårdpersonalens och patientens kulturella bakgrund skiljer sig åt.

Den tidigare forskning som gjorts i detta ämne har till största delen varit kvalitativ. Man har genom att intervjua vårdpersonal, patienter och tolkar tagit fram material i frågan om vilka svårigheter som uppstår i möten mellan personer med olika kulturell bakgrund (Fatahi, 2010; Jirwe, Gerrish & Emami, 2010). Vissa studier har använt sig av enkäter för att samla in information. Frågorna i dessa har då varit av både kvalitativ och kvantitativ karaktär genom att en del frågor varit öppna utan några givna svarsalternativ medan andra frågor varit slutna (Wiking et al., 2009). Man har i dessa undersökningar använt ett hermeneutiskt angreppssätt för att tolka innebörden i de svarandes uttalanden och på så sätt få förståelse för var kommunikationssvårigheterna har sitt ursprung.

3.1 Språkskillnader

Flera studier med olika inriktning har gjorts inom området för kommunikation mellan icke-svensktalande patienter och hälso- och sjukvårdspersonal. En studie utförd av Fatahi (2010) visar att vårdmötet upplevdes mer positivt då man använde sig av en tolk med samma bakgrund som patienten eftersom tolken då blev både språk- och kulturöversättare. Denna studie framhåller att sjukvårdspersonalen måste få bättre kunskaper om hur förekomsten av olika kulturer påverkar deras arbete. Cheng (1998) menar att en vårdgivare måste vara uppfinningsrik och kunna se saker från patienternas perspektiv. Man behöver förstå olikheterna och de problem som uppstår när man jobbar med patienter som har en annan kulturell bakgrund. Hälso- och sjukvårdspersonal måste anpassa sig och använda strategier för att uppfylla patientens behov av kommunikation.

Jirwe et al. (2010) visar att vårdmötet blir mer positivt mellan vårdgivare och patienter med olika kulturell bakgrund om kommunikationen fungerar bra. Så fort kommunikation mellan vårdgivare och patient blir sämre blir även vårdbehovet otillfredsställt. Denna studie visar även att vårdgivare som inte kommer ifrån Sverige och har en annan kultur och ett annat

modersmål klarar sig bättre när de träffar patienter med ett annat språk än deras eget. De kan då använda sig av tidigare erfarenheter av överkomna språkbarriärer där de själva funnit strategier för att kunna kommunicera.

I flera av de studier vi tagit del av (Fatahi, 2010; Wiking et al., 2009) antar man, även om det inte är uttryckligen nedskrivet, att personer som pratar samma språk kan kommunicera utan svårigheter. Att göra sådana antaganden är dock enligt Johnson (1999) alldeles för enkelspårigt då samhället består av många olika kulturer och dessa grupper kan vara av varierande storlek. Att anta att personer som kommer från samma land och har samma språk betar sig likadant kan i sig hindra kommunikationen eftersom de erfarenheter man bär med sig också präglar hur man uttrycker sig både verbalt och icke-verbalt.

3.2 Könsskillnader

Det går inte att bortse från att det finns skillnader mellan män och kvinnor, och det inkluderar även hur man kommunicerar. I en studie som undersökte hur manliga och kvinnliga avdelningssköterskor såg på könsskillnader inom kommunikation kunde man identifiera flera påtagliga skillnader (Nilsson & Sätterlund Larsson, 2005). Män ansågs till exempel ha ett mer direkt och praktiskt kommunikationssätt medan kvinnor pratade mer runt omkring ämnet. Kvinnor tycktes också ha lättare för att känna in olika personer och ansågs vara mer empatiska än män. Sandhu, Adams, Singleton, Clark-Carter och Kidd (2009) ställde i en intervjustudie med sjuksköterskor frågan om hur man ser på manlig och kvinnlig kommunikation. De svar som kom fram indikerade att mäns kommunikation upplevdes som mer högljudd, dominant och tävlingsinriktad medan kvinnors kommunikation kännetecknades av att den var känslsam, visade respekt för andras känslor och använde sig mer av icke-verbala delar.

Kommunikationen inom vården påverkas av vilket kön både vårdgivaren och vårdtagaren har. Sandhu et al. (2009) beskriver att kvinnliga vårdgivare låter patienten involveras mer i beslut än vad manliga vårdgivare gör. Kvinnliga vårdgivare talar mer om psykosocial status med patienten medan manliga vårdgivare tenderar att fokusera på medicinsk status. Man kan också se att mötet blir mer avslappnat då vårdgivare och vårdtagare har samma kön och att både män och kvinnor som träffar kvinnliga vårdgivare blir mer nöjda med besöket. Könsskillnader inom vården påverkar alltså hur man pratar och vad man pratar om men också om kommunikationen och mötet i sin helhet upplevs som tillfredsställande (Sandhu et al., 2009).

3.3 Klasskillnader

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) § 2 ska vården ske på lika villkor för alla människor. Under § 2 b anges att den information som ges till patienten ska vara individuellt anpassad. Ändå pekar en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen (2010) på att det finns skillnader i exempelvis behandling av stroke och diabetes för hög- respektive lågutbildade, där den senare gruppen löper större risk för dödlighet. Samma mönster återfinns även i andra länder där lågutbildade, äldre, minoriteter (exempelvis olika folkgrupper) och personer med kroniska sjukdomar har svårare att ta till sig information från hälso- och sjukvård. Detta visar sig också genom sämre hälsa och högre dödlighet inom dessa grupper. Mycket information som ges inom vården förutsätter att man har goda kunskaper både inom ordkunskap och läsförståelse men också kunskaper om hur vårdssystemet fungerar behövs för att kunna få vård av hög kvalitet (Vollandes & Paasche-Orlow, 2007). En svårighet som kan uppstå då det gäller kommunikation inom vården är alltså att man inte befinner sig på samma utbildningsnivå eller har samma förutsättningar för att förstå informationen som förmedlas. Vilken socioekonomisk status en person har spelar alltså roll för hur kommunikationen kommer fungera mellan vårdgivare och vårdtagare, och eventuellt kan det även påverka kvaliteten på vården.

3.4 Audionomens yrkesutövning

I en audionoms yrkesutövning kan problem uppstå då för lite information förmedlas till en patient med en annan kulturell bakgrund angående dennes hörselstatus. I de fall audionomen känner osäkerhet och rädsla för att misslyckas i kommunikationen med sin patient blir vårdmötet inte tillfredsställt. Detta kan enligt Johnson (1999) bero på att det inte finns tillräcklig forskning inom området som skulle kunna leda fram till ökad kunskap och i sin tur bättre vård. Ett ytterligare problem som uppstår för en audionom är de kommunikationsproblem som grundar sig i patientens hörselnedsättning. När en patient har en annan kulturell bakgrund försvåras mötet och man får ett vidare problemområde att ta hänsyn till. För att lyckas med detta krävs kunskap och erfarenhet av andra kulturer.

För att som audionom på bästa sätt bemöta kulturella skillnader behöver man enligt Tye-Murray (2009) behandla alla som individer och identifiera personligheten för varje individ. Man behöver lära sig grunden för olika kulturer genom kurser samt erfarenheter vilket leder till respekt för både verbala och icke-verbala kulturella skillnader. Det är viktigt att berätta för patienten om deras hörselstatus på ett enkelt sätt utan att använda fackord. När inte budskapet

fram kan man använda tolkar, både för språk och för kultur. Bonder et al. (2001) framhåller att det är viktigt att aldrig anta att personer som tillhör samma kultur tänker och tycker precis likadant. Alla är vi individer och hur vi ser på saker beror både på den kultur vi ursprungligen kommer från men också på de erfarenheter vi bär med oss. Man kan tänka sig att personer med samma kulturella bakgrund har en gemensam utgångspunkt, men hur man förhåller sig till denna beror på personlighet och erfarenheter. För att kunna arbeta med patienter med olika kulturell bakgrund måste man då ta reda på just denna individs tankar och känslor. Bonder et al. (2001) föreslår att man skapar en öppen och respekterande atmosfär genom att fråga och informera patienten samt förklara orsaken till sitt agerande. För att förbättra vården för alla människor gäller det alltså att inte bara se svårigheter i de olikheter man har. Man måste också kunna se möjligheter och inte göra några generaliseringar på grund av exempelvis nationalitet eller modersmål (Johnson, 1999).

4 Metod

Här redovisas studiens tillvägagångssätt från planering till genomförande och analys. Kapitlet innehåller även en diskussion kring vald metod och genomförandet av den.

4.1 Försökspersoner

Vi har valt att intervjua sex audionomer till vår studie. Deltagare eftersöktes i två större svenska städer då den kulturella mångfalden oftast är rikare och dessa städer har ett större antal arbetande audionomer. För att representera både manliga och kvinnliga audionomer hade vi för studien ett kriterie att minst två deltagare skulle vara av manligt respektive kvinnligt kön. Vi ville ha deltagare med varierande kulturell bakgrund, enligt vår definition. I förfrågan angavs därför att någon eller några deltagare med ett annat modersmål än svenska vore önskvärt, samt att en stor spridning i ålder hos deltagarna var att föredra.

Kontakt togs till en början via e-post med enhetscheferna på två olika hörselmottagningar i samma stad med inriktning på rehabilitering. Brevet innehöll förfrågan om deltagande i studien och generell information om studiens syfte och tillvägagångssätt. Enhetscheferna vidarebefordrade i sin tur brevet till sina anställda med en uppmaning om att de själva fick ta kontakt om intresse för deltagande fanns. Fyra audionomer ifrån de olika hörselmottagningarna var positiva till deltagande. Dessa fyra deltagare fick ytterligare

information om studien skickad till sig via e-post. För att få ihop de sex audionomer som var målet för studien behövdes ytterligare två deltagare. Därför kontaktades ännu en hörselmottagning, denna gång på en annan ort. Kontakten togs via telefon och hörselmottagningen var positiv till deltagande. Information inför intervjutillfället skickades per e-post till ytterligare två deltagare.

Intervjuer genomfördes med sex personer varav två stycken män. Studien har inget bortfall. Audionomerna hade alla gått en treårig audionomutbildning, förutom en deltagare som hade en utbildningstid på två år. Alla deltagare talade svenska men tre av deltagarna hade ett annat modersmål i grunden. Vi har valt att ta reda på våra intervjudeltagares utbildningsnivå, kunskaper i andra språk samt om de vuxit upp i en större stad eller på landsbygden för att kunna skaffa oss en bild av deras socioekonomiska status, även om den inte blir heltäckande. Fem av sex deltagare hade kunskaper inom minst ett ytterligare språk förutom sitt modersmål. Deltagarnas erfarenheter inom audionomyrket varierade från ca 2 månader upp till 32 år. En av deltagarna hade tidigare akademisk utbildning. Bland deltagarna fanns både de som växt upp på landet, i mindre orter och i större städer.

4.2 Teknisk apparatur

Intervjuerna spelades in i sin helhet via ljudupptagning med hjälp av en bärbar dator med ljudredigeringsprogrammet Adobe Audition 3.0 och en Logitech Pro 9000 webbkamera som mikrofon. Två olika datorer användes vid de olika inspelningstillfällena.

Vid transkriberingen av ljudupptagningarna användes programmet Express Scribe 5.13 och transkriberingen utfördes i Microsoft Word 2007/2010. För att minska felkällan för hopblandning av materialet fick varje intervju ett eget dokument vilket även underlättade vid analysen. Vid analyseringen användes den webbaserade ordbehandlaren Google Docs för att vi skulle kunna utföra arbetet i samma dokument samtidigt från olika platser i Sverige. Under arbetets gång har vi samtalat via IP-telefoniprogrammet Skype. Resultaten av analysen redovisas i form av diagram utformade i Microsoft Excel 2007.

4.3 Procedur

Innan intervjuarbetet påbörjades studerades tidigare undersökningar inom det valda ämnet. Detta gav förutsättningar för att på ett bra sätt kunna utarbeta en funktionell och ändamålsenlig intervjuguide (se bilaga I). Den utformade intervjuguiden ska spegla våra

frågeställningar och användes för att alla deltagare skulle få samma frågor ställda till sig i samma ordning och på samma sätt. På grund av bristande erfarenhet i intervjuproceduren och för att testa hur intervjufrågorna fungerade genomfördes en provintervju med en kvinna som arbetat som audionom utanför Sverige. Provintervjun utfördes via Skype då tidsbegränsning förekom och vi befann oss på olika orter i Sverige.

Inför intervjuerna utformades ett informerat samtycke (se bilaga II) som deltagarna skrev på för att medverka i studien. Alla intervjudeltagare erhöll en kopia av dokumentet. Detta samtycke var utformat i syfte att få deltagarnas medgivande till en frivillig medverkan i studien. I dokumentet gavs information om att deltagarna kan avbryta medverkandet när de så önskar och att de bidrar med material som ska användas för att uppfylla studiens syfte. I och med deltagarnas underskrift så intygades de anonymitet gentemot alla utom forskningsgruppen under studiens gång. På samtycket efterfrågades även e-postadress för att kunna skicka den färdiga uppsatsen till deltagarna. Deltagarna har inte arvoderats för sin medverkan.

Ett dokument med information (se bilaga III) upprättades för att alla deltagare skulle få samma muntliga information innan intervjun och för att undvika felkällor då alla deltagare ska ha samma förutsättningar. Deltagarna gavs information runt studien, hur lång tid den beräknades ta och hur materialet skulle hanteras. Vikten lades på att informera om att denna intervjustudie inte handlar om kommunikationsproblem som är relaterade till en hörselnedsättning eftersom vi antar att det är förutsättningen för att patienterna kommer till just en audionom. Intervjuerna inriktades på andra delar som kan medföra kommunikationsproblem ur audionomens perspektiv i ett möte med en patient. Vid informationen har begreppet "kulturella skillnader" inte nämnts till deltagarna, då det skulle kunnat ge felaktiga associationer och på så vis begränsat mångfalden bland svaren.

Vid genomförandet av intervjuerna var vi båda på plats. En person var huvudansvarig för att ge information till deltagaren och hålla i intervjun. Den andra har funnits med vid intervjun för att kunna hjälpa till med följdfrågor och omformuleringar av frågor samt även skött det tekniska runt ljudupptagningen. Intervjun var semistrukturerad och frågorna hade en speciell ordning och ställdes på samma sätt till alla deltagare, däremot varierade följdfrågorna beroende på svar ifrån deltagaren. För att inte påverka deltagarna med vårt synsätt gavs inte några exempel förutom de som nämdes av deltagaren själv. Intervjuerna genomfördes under

tre spridda dagar och varade mellan 30-50 minuter. Alla intervjuer ägde rum på audionomernas egna mottagningar.

4.4 Analys

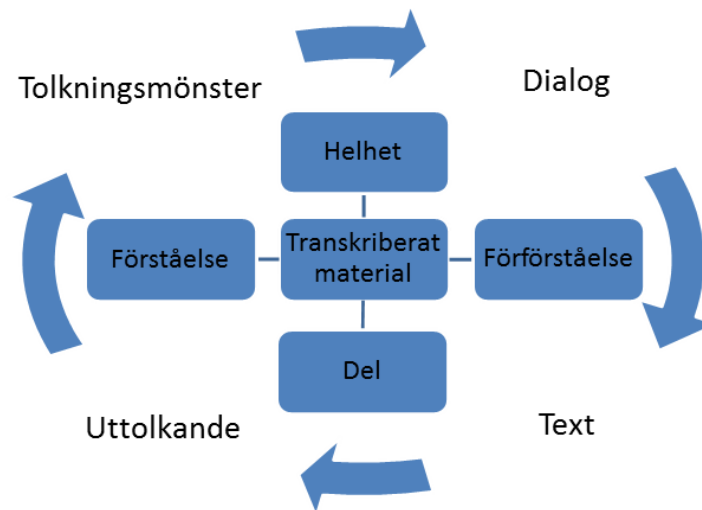
Hermeneutik som metodologisk ansats ligger till grund för vår analys.

4.4.1 Hermeneutik

Hermeneutiken härstammar från det antika Grekland med betydelsen att tolka och förstå. Begreppet kan också betyda att man översätter något. Inom hermeneutiken börjar man i små dimensioner för att så småningom få fram en helhetsbild. Allteftersom helheten blir tydlig så kan man också se hur delarna passar in i sammanhanget. Då hermeneutiken tillämpas brukar man använda sig av den så kallade hermeneutiska cirkeln för att beskriva hur man regelbundet växlar mellan att se delarna och helheten i tolkningen eftersom dessa beror av varandra. Inom denna metodologiska ansats poängterar man att helheten är större än summan av de olika delarna. Den tolkning som görs har sitt ursprung i tidigare erfarenheter och kunskaper hos den som tolkar och detta faktum kan man aldrig bortse från inom hermeneutiken (Ödman, 2007).

Den hermeneutiska cirkeln (se figur 1) innefattar många delar som man går fram och tillbaka mellan under hela tolkningsprocessen. *Dialogen* sker i form av att vi för en dialog mellan varandra under analysförfarandet. Under hela analysen pågår det också en dialog mellan oss och den text vi arbetar med då vi hela tiden upptäcker nya uttalanden av relevans. Från intervjuerna har *text* i form av det transkriberade materialet utarbetats. Text kan även i detta sammanhang innebära tidigare forskning och studier. *Uttolkande* av intervjuerna görs med det material vi fått fram genom transkriberingen och meningskategorisering används som ett *tolkningsmönster* som pendlar mellan del och helhet.

Vi utgår från vår egen *förförståelse*, som består av tidigare erfarenheter och kunskaper, och söker en *förståelse* för det *transkriberade materialet* som står i centrum för analysen. Under hela processen går vi mellan *helheten* och *delarna* i materialet för att relatera dessa till varandra och få en djupare förståelse för verkligheten.



Figur 1: Hermeneutisk cirkel.

4.4.2 Tillvägagångssätt

I vår semistrukturerade intervjustudie har ett hermeneutiskt synsätt använts som utgångspunkt. Den hermeneutiska cirkeln har tillämpats vilket betyder att vi under hela analysprocessen gått tillbaka till det ursprungliga transkriberade materialet mellan de tolkningar som gjorts. Genom tolkningen har vi då fått en djupare förståelse för hur verkligheten fungerar samtidigt som vi i verkligheten kunnat se grundstenarna för den tolkning som gjorts av materialet. En meningskategorisering utfördes vid tolkningen av materialet och diagram utformades för ett mer lättöverskådligt resultat. Uttalanden har plockats ut efter det som bedömts varit relevant för studien och dessa är redovisade, även de som har enstaka svarsfrekvens.

Materialet tolkades och diskuterades oss emellan vilket gjorde att analysen hela tiden sågs utifrån två perspektiv. Vid genomgången av det transkriberade materialet har en hermeneutisk ansats varit i centrum för tolkningsproceduren. Ljudet från intervjuerna har spelats in för att allt som sagts skulle komma med vid analysen av innehållet. Vid fyra av inspelningarna har det förekommit problem i form av hack och hopp vilket medfört att vi inte kunnat höra allt som sagts. Transkriberingen skedde tätt inpå intervjutillfällena så att det som sagts fanns friskt i minnet. På grund av detta kunde minnesanteckningar göras för att fylla i där ljudet fattades. Vi anser inte att något relevant har försvunnit eller att detta har påverkat studiens pålitlighet i ett helhetsperspektiv. Citat kommer inte att användas där hack i inspelningen förekommer.

4.4.3 Analysens olika faser

Analysen har skett i olika faser för att hela tiden ha kontroll på helhet och delar i materialet.

- Ljudupptagningarna lyssnades igenom och transkriberades ordagrant i sin helhet. Vissa riktlinjer för hur transkriberingen skulle genomföras sattes upp. Uppföljningsfrågor så som ”ja precis”, ”mmm” etc. togs inte med. Inte heller harklingar, hostningar och pauser antecknades då detta inte ansågs relevant. Det transkriberade materialet resulterade i 4-8 utskrivna sidor per intervju.
- Intervjuerna gick igenom för att försöka tyda det som var oklart i ljudupptagningarna. Därefter har alla intervjuer lyssnats igenom igen för ytterligare kontroll av transkriberingsmaterialet för att minska felkällor.
- Huvudkategorier som speglar frågeställningarna skapades. Dessa är *kommunikation*, *förmedling av budskap*, *strategier* och *egen kunskap inom kommunikation/förändring i arbetet*. Förutom dessa gjordes även en kategori med *citat* samt en kategori med *övrigt* där uttalanden som inte passade in någon annanstans placerades.
- Varje kategori tilldelades en färg. Intervjuerna gick sedan igenom en i taget och meningar av relevans inom respektive kategori markerades med den valda färgen. Detta medförde en struktur och enkelhet att se intervjuens kategorifördelning.
- Relevanta uttalanden från respektive deltagares transkriberade material samlades i separata dokument. Här syntes de olika kategorierna genom de olika färgerna för respektive huvudkategori.
- Varje intervjudeltagare tilldelades nu en färg för att hela tiden kunna gå tillbaka till grundmaterialet och hålla reda på vilken deltagare som sagt vad.
- Separata dokument för varje huvudkategori skapades där uttalandena från alla deltagare lades in under respektive kategori för en bättre översikt.

- Innebörden i uttalandena tolkades och underkategorier skapades för att samla alla uttalanden som rörde samma fråga på ett ställe.
- I första hand analyserades varje kategori för sig men för att ha kvar en hermeneutisk utgångspunkt och se helhetsperspektivet jämfördes vid upprepade tillfällen det analyserade materialet med den ursprungliga transkriberingen.
- Underkategorierna sammanställdes i tabeller för att få ett mer lättöverskådligt material där sammanhanget kunde urskiljas. Alla underkategorier kopplades samman med respektive huvudkategori.
- Tabellerna utformades till diagram för att överskådligt kunna presenteras i resultaten (se kapitel 5).
- Som en del i analysen har kategorier lagts till och tagits bort under hela tolkningsprocessen. De tre slutgiltiga huvudkategorierna som framkom ur analysen var *kommunikation, strategier och förmedling av budskap*.

4.5 Metoddiskussion

Det fanns för studien kriterier om försökspersoner med divergerande egenskaper gällande kön, ålder och modersmål. Då det varit svårt att få tag på deltagare som hade möjlighet att ställa upp med kort varsel så har vi inte haft möjlighet att välja ut personer som passar in på kriterierna utan blivit tvungna att ta med alla som visat intresse. På så sätt har vi inte kunnat styra urvalet, men utgången blev ändå till belåtenhet då vi fått med både män och kvinnor, haft en stor spridning i ålder bland deltagarna samt flera deltagare med ett annat modersmål än svenska i grunden.

Vi har undvikit att använda begreppet kulturella skillnader för att inte sätta orden i munnen på deltagarna och på så sätt få ett bredare material att arbeta med. Med bredare material menas att vi har öppnat upp ämnet för att få en mångfald bland svaren. Svårigheterna med detta är att det faktum att vi inte nämnt begreppet kan ha inverkat på svaren, så att vi gått miste om information istället. Vi bedömde dock risken för påverkan på deltagarna som större om vi skulle ha nämnt begreppet kulturella skillnader eftersom vi tror att det för många är starkt sammankopplat med nationalitetsskillnader.

Intervjuerna har utformats med öppna frågor vilket innebär att vi inte kan dra några kvantitativa slutsatser. Eftersom vi använder en hermeneutisk ansats så färgar vår förförståelse de tolkningar vi gör och genom att använda öppna frågor vill vi minska risken för ett missvisande resultat. De resultat vi fått anger endast hur många som tagit upp en viss faktor under intervjun och utesluter inte att övriga deltagare har samma åsikter. Med slutna frågor skulle vi ha fått mer konkreta svar, men å andra sidan så hade vi då bara fått svar på det som vi själva tyckte var värt att ta upp. Nu har vi fått en mer realistisk bild där deltagarnas egna åsikter och erfarenheter kommit fram utan att, enligt vårt synsätt, blivit påverkade i någon riktning. Vi har därmed ökat möjligheten att få tillförlitliga svar och har även fått fler perspektiv på kommunikation.

Vi har lagt stor vikt vid att deltagarna ska ha samma förutsättningar för att vår påverkan ska vara så liten som möjligt och för att vi inte ska styra dem i en viss riktning. Vi har tagit hänsyn till detta och ökat reliabiliteten i intervjustudet genom att alla deltagarna fått samma information inför intervjuerna. De frågor vi ställt har också varit formulerade på samma sätt och ställda i samma ordning för alla deltagare, följdfrågorna har dock varierat från intervju till intervju. Vi har jobbat mycket med frågeställningarna för att de inte ska kunna misstolkas eller att det ska bli en felaktig start i intervjun som kan påverka fortsättningen. Detta tillförsäkrades genom den provintervju som utfördes. Frågorna inom kategorierna gick från att vara övergripande till att allteftersom bli mer specificerade och leda fram till svar på studiens frågeställningar.

I analysen har vi vid meningskategoriseringen försökt att vara så objektiva som möjligt genom att inte benämna deltagarna vid namn eller koder. Deras uttalanden har istället behandlats genom att markeras med olika färger som har bytts ut i olika skeden av analysen. Detta har gjort att vi inte haft vetskap om vem av de sex deltagare som har gjort de uttalanden vi jobbar med och vi har på så sätt minskat risken för att påverka tolkningen.

Eftersom vi inte funnit några tidigare studier om kommunikation inom hörselvården anser vi att en intervjustudie var rätt metod då vi vet att det förekommer problem med kommunikationen inom denna profession på grund av bland annat hörselproblematik och kulturella skillnader (Tye-Murray, 2009). En enkät med slutna frågor där vi skulle ha varit tvungna att hitta på påståenden var inget alternativ då sådana resultat inte uppfyller studiens syfte. På grund av avsaknad av tidigare studier i ämnet så var en litteraturstudie omöjlig att genomföra. En observationsstudie där vi skulle ha suttit med audionomerna på deras

patientmöten hade varit ett intressant komplement till de intervjuer vi genomfört, men ett sådant arbete hade blivit alldeles för stort för denna studie som är förlagd under tio veckor.

Eftersom det ämne vi valt är väldigt brett och alla audionomer har egna upplevelser och erfarenheter så kan några slutsatser för audionomer arbetandes i Sverige inte dras förrän man har intervjuat en mycket större andel. Vi ser denna kvalitativa intervjustudie som en grund för vidare forskning inom området. Då vi ställt helt öppna frågor till deltagarna så kan vi vara säkra på att de svar vi fått är något som de själva upplever. Utifrån denna undersökning finns möjlighet att ta reda på hur en större grupp audionomer ser på kommunikation då det föreligger kulturella skillnader för att dra slutsatser som gäller för en större del av yrkesgruppen.

4.6 Etik

I studien har det tagits hänsyn till de etiska problem som kan uppstå enligt Vetenskapsrådets (2002) fyra grundläggande etiska krav. Alla deltagare har också enligt rådets rekommendationer erbjudits att få den färdiga uppsatsen skickad till sig per e-post.

Informationskrav: Intervjupersonerna har blivit informerade om vad studien handlar om och att deras deltagande är frivilligt samt att de när som helst under studiens gång kan avbryta. För att inte påverka intervjupersonernas svar har den information som getts innan intervjuerna noga valts ut. Vi anser att deltagarna inte har blivit utsatta för några större risker eller negativa konsekvenser då de befunnit sig i sin professionella roll. Deras integritet har respekterats genom att inga personliga eller känslomässiga delar har berörts under intervjuerna.

Samtyckeskrav: Detta uppfylldes då det för deltagande i studien fanns ett skriftligt informerat samtycke som intervjupersonerna skrev på. Genom underskriften verifierades att de själva önskade delta i studien samt att innehållet i intervjuerna fick användas för analys.

Konfidentialitetskrav: För att uppfylla detta krav har inga uppgifter angetts angående intervjupersonerna i studiens resultat och deltagarnas anonymitet har upprätthållits genom hela studien. Intervjuer med audionomer från minst två hörselmottagningar var vårt krav för studien då konfidentialiteten mellan intervjupersonerna måste upprätthållas. På detta sätt minskades risken för att intervjupersonerna själva ska kunna räkna ut vem som har sagt vad. Endast forskningsgruppen har tagit del av materialet från intervjuerna och detta underlag kommer att förstöras efter 10 år. Fram tills dess möjliggörs granskning av studien genom att

allt material sparas i säkert förvar. I och med att materialet sedan förstörs skyddas intervjupersonernas konfidentialitet för framtiden. Vid förstörandet av intervjumaterialet uppstår ett forskningsetiskt problem då det i efterhand inte går att kontrollera resultaten. Vi anser dock 10 år vara en tillräcklig tid för möjlighet till granskning av studien. Resultatets betydelse är troligen också mindre aktuell efter denna tid då t.ex. kulturer och samhällen ständigt förändras.

Nyttjandekrav: Studien är avsedd att användas som underlag för förbättringsarbete och utveckling inom audionombildningen samt för vidare forskning. Inga personuppgifter lämnas vidare utan intervjupersonernas godkännande.

5 Resultat och diskussion

I detta kapitel redovisas studiens resultat tillsammans med tankar kring resultaten och de tolkningar som gjorts.

Intervjusvaren har delats upp i tre huvudkategorier baserat på våra frågeställningar: kommunikation, strategier och förmedling av budskap. Då intervjuerna varit kvalitativa och semistrukturerade har det gett möjlighet till många följdfrågor och resultaten bygger på de exempel som intervjudeltagarna spontant tagit upp. I enlighet med studiens syfte har hörselstatusen hos patienterna inte varit i fokus och därför redovisas inte svar som uppkommit utifrån det perspektivet.

Resultaten presenteras i stapeldiagram där det antal intervjudeltagare som tagit upp en viss faktor kring de frågor vi ställt redovisas. En svarsfrekvens på exempelvis fyra betyder alltså inte att övriga två deltagare inte upplever att denna faktor är väsentlig, utan enbart att de inte tagit upp det under intervjun. Svarsfrekvensen varierar mellan 1 och 6. Anledningen till att vi väljer att redovisa svarsfrekvensen för varje kategori trots att studien är kvalitativ är att det enligt oss tillför ett perspektiv till resultaten. Även om vi inte kan dra några slutsatser utifrån professionen som helhet så kan man ändå få en bild av att det är flera av deltagarna i studien som ser samma sak som väsentlig. Varje huvudkategori börjar med den frågeställning som är kopplad till kategorin samt en motivering till denna. Därpå följer en beskrivning av resultaten samt en diskussion med utgångspunkt från intervjuerna.

5.1 Kommunikation

Hur ser audionomen på kommunikation och vilka faktorer kan påverka kommunikationen?

Då kommunikation är en väsentlig del av studien är det viktigt att ta reda på vad audionomerna själva definierar som kommunikation. Utan denna fråga kan inga tolkningar i de övriga frågeställningarna göras då dessa bygger på begreppet kommunikation. Inom denna huvudkategori har frågor ställts kring vad audionomen anser vara kommunikation samt vilka faktorer som kan påverka och försvåra.

5.1.1 Delar i kommunikation

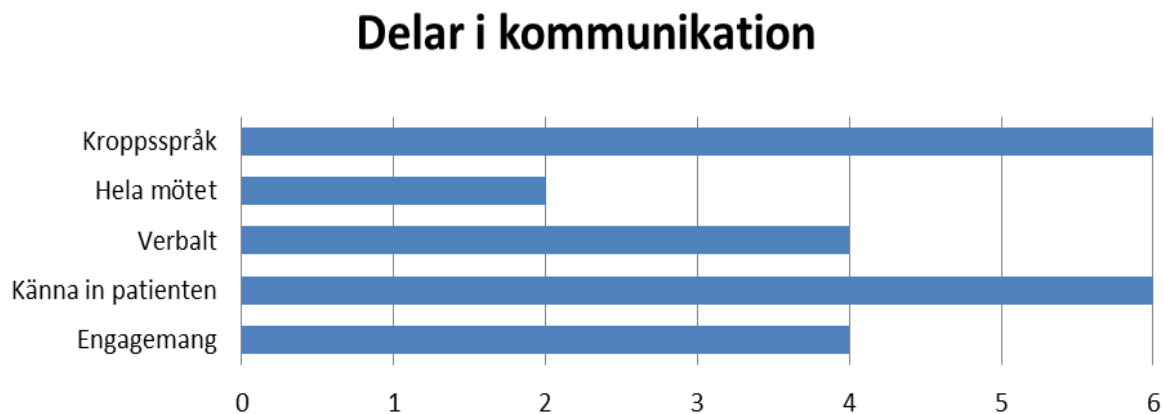
Frågeställningen om hur audionomen ser på kommunikation har vi fått svar på i form av att deltagarna har tagit upp de delar som de anser ingå i kommunikationsprocessen (se figur 2). Intervjudeltagarna upplever att kroppsspråk är en stor del av kommunikation, alltså hur man förmedlar ett icke-verbalt budskap. De pekar även på att det är viktigt att kunna känna in patienten. Men detta menas att audionomerna har en erfarenhet kring hur olika patienter agerar och varför. Audionomerna i studien uttrycker att man behöver kunna förstå patienten utan att de uttryckligen beskriver vad de vill och hur de känner. En deltagare i studien beskriver att denne genom erfarenhet har lärt sig läsa av och förstå patientens behov och sinnesstämning:

När man har jobbat ett tag så tycker jag man, jag vill inte säga att man blir duktig för det låter väl, men man får en erfarenhet att kunna se och läsa patienten.

En stor del av deltagarna tar upp att den verbala delen ingår i kommunikation, men det kan även förutsättas att övriga deltagare ser denna faktor som en del i kommunikation med hänsyn till vad de nämnt i intervjuerna. Engagemang från patientens sida anser deltagarna vara ett krav för en lyckad kommunikation. Hela mötet i sig kan också räknas som kommunikation enligt några deltagare, men de preciserar inte vad de menar.

Den bakgrund vi har utifrån vår utbildning och den litteratur vi läst gör att vi har en förförståelse för vad som ingår i denna kategori. Kommunikation är själva kommunikationsprocessen samt det fysiska, sociala och kulturella sammanhang man befinner sig i (Dimbleby & Burton, 1999). Om deltagarna räknar in detta i begreppet hela mötet är oklart men vi tror inte att det är den underliggande meningen i deras uttalanden. Vi har tolkat

det som att de syftar på personliga egenskaper och inte i så stor grad på de yttre faktorer och de sammanhang som vi menar också kan spela en stor roll. Deltagarna anser att det är viktigt att känna in patienten, och det är enligt Tye-Murray (2009) en viktig del av kommunikationen. Enligt vår tolkning behöver dock deltagarna se mer till de yttre faktorer som kan påverka. För deltagarna verkar fokus läggas på de personliga delarna hos patienten för att få en fungerande kommunikation.



Figur 2: Delar som ingår i kommunikation enligt intervjudeltagarna.

5.1.2 Påverkan på kommunikation

Flera faktorer påverkar kommunikationen enligt deltagarna, utan någon värdering om det är en positiv eller negativ påverkan (se figur 3). Hälften av deltagarna pekar på att bakgrunden spelar en roll och lika många ser personligheten som en påverkande faktor. Audionomerna ser att personliga egenskaper spelar en stor roll för hur kommunikationen fungerar, men ser kanske mindre till det sammanhang de befinner sig i. Det fysiska sammanhanget i form av sjukhus och mottagningar kan inverka på kommunikationen liksom det sociala sammanhanget genom det faktum att audionomen besitter information och kunskap som patienten saknar och i det avseendet står i en maktposition gentemot denne. Vi har även tänkt på att delar ur det kulturella sammanhanget kan påverka mer än vad audionomerna lägger märke till. Tidigare forskning inom området visar att kulturella skillnader förekommer i vårdmöten (Wiking et al., 2009), men få av audionomerna i vår intervjustudie tar upp sådana faktorer beträffande vad som påverkar kommunikationen.

Kläder och yrke är saker som tas upp som påverkande delar eftersom skillnader mellan audionom och patient då blir synbart framträdande. Empati och förtroende nämns vara delar som måste finnas med i patientmötet för att kommunikationen ska fungera bra. En audionom

uttrycker att denne anser förtroende vara en viktig del och att första intrycket spelar en stor roll för hur den fortsatta kommunikationen kommer fungera:

...man ska bygga upp ett förtroende från början.



Figur 3: Faktorer som påverkar kommunikation enligt intervjudeltagarna.

5.1.3 Faktorer som försvårar kommunikation

Audionomerna i studien upplever att det finns vissa delar som skapar svårigheter när man kommunicerar (se figur 4). Fördomar och förutfattade meningar, både från audionomens och patientens sida kan påverka och försvåra kommunikationen i mötet enligt deltagarna. En audiomom beskriver sina förutfattade meningar om en patients kognitiva förmågor grundade på dennes fysiologiska begränsningar. Vid mötet insåg dock audionomen att funktionsnedsättningen inte medförde någon begränsning i patientens förmåga att förstå och fick då ändra sin uppfattning.

En stor del av deltagarna uttrycker att tidigare erfarenheter kan ha negativ inverkan på kommunikationen. Patienters fördomar på grund av audionomens modersmål uppmärksammas. I följande citat beskriver en deltagare hur en del patienter har fördomar om att audionomens kunskap är mindre då denne kommer från ett annat land.

...om man bryter de kan tro att man inte kan lika mycket...

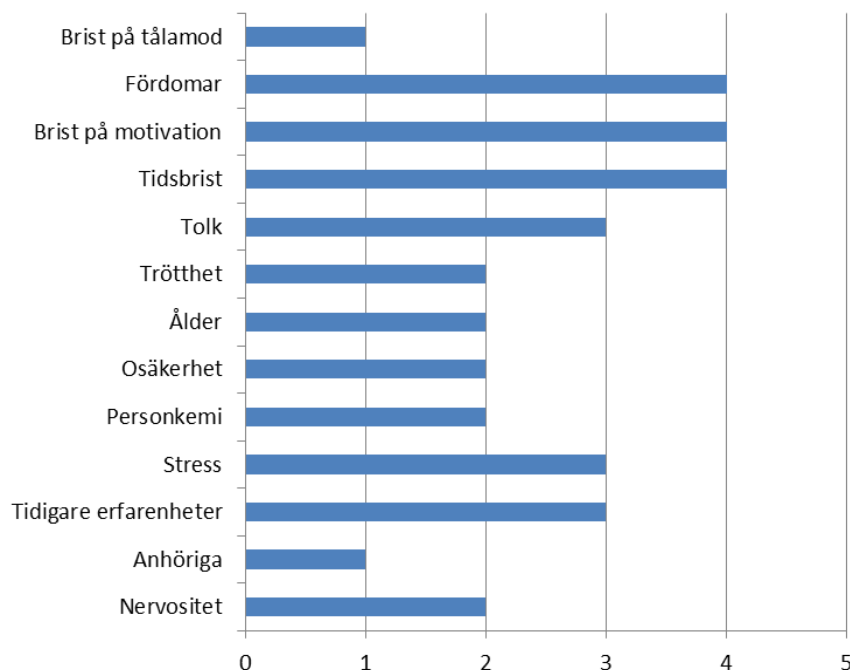
Audionomerna i studien anser att brist på motivation från patienten kan försvåra kommunikationen. Deltagarna nämner att tidsbrist i mötet gör att det kan uppstå svårigheter i kommunikationen. De upplever att man inte har den tid som behövs för att kunna få en fördelaktig kommunikation i mötet som innefattar allt patienten behöver veta och förstå.

Deltagarna i studien tar också upp stress som en enskild faktor som påverkar hur de kommunicerar med patienten.

Deltagarna tar, ur olika perspektiv, upp en tolkproblematik som kan uppstå i patientmötet. En del tar upp problem med språket och att kommunikationen då behöver hjälp i form av en tolk för att kunna fungera medan andra upplever svårigheter på grund av tolkens avsaknad av professionalitet. Andra faktorer som kan försvåra kommunikationen och nämns av deltagarna är nervositet och osäkerhet hos patienten, anhöriga med andra åsikter än patienten, personkemi mellan audionomen och patienten, ålder samt trötthet och brist på tålamod hos patienten.

Deltagarna i studien pratar om värderingar som kan ha inverkan på kommunikationen, men som varken är positiva eller negativa. Här nämns bland annat patientens bakgrund och personlighet vilka kan kopplas till varandra. Genom ett helhetsperspektiv har vi tolkat detta som att fokus fortfarande ligger på personligheten och inte så mycket på de underliggande skillnader som förekommer, t.ex. religion, värderingar och livssyn. Detta är delar som påverkar hur resultatet i kommunikationen mellan audionom och patient blir (Stier, 2009). Här pekar deltagarna istället på brist på motivation ifrån patientens sida och begränsningar i tid som försvårar kommunikationen. Fördomar från patienten tas även upp som en del som kan stoppa upp processen men brist på motivation och fördomar kan även finnas hos audionomen, vilket en av deltagarna också nämner. Det är skillnaderna mellan de två individerna som gör att kommunikationen blir svår (Bodin & Fant, 1995).

Faktorer som försvårar kommunikation



Figur 4: Faktorer som försvårar kommunikation enligt intervjudeltagarna.

5.2 Strategier

Vilka strategier använder audionomen i patientmötet för att nå fram med sitt budskap?

Eftersom svårigheter kan uppstå i kommunikationsprocessen finns strategier som används i varierande grad av de deltagande audionomerna för att underlätta de hinder som kan uppkomma (se figur 5). Dessa strategier används för alla patienter oberoende om det föreligger kulturella skillnader eller inte.

Audionomerna i studien menar att om man har en bra kontakt med patienten så öppnas möjligheter för att förenkla kommunikationen. En bra kontakt tolkar vi som att man har förståelse för andras liv. Att ha någon slags förförståelse för det kulturella, sociala och fysiska sammanhang som den personen befinner sig i är en förutsättning för att kunna kommunicera i alla olika situationer man ställs inför (Dimpleby & Burton, 1999). En ytterligare strategi som deltagarna pratar om är att inte köra på med all information på en gång. Därför anser de det vara viktigt att planera sitt arbete för att kunna ge patienten fokus i mötet istället för att bara se det som en arbetsbörda. Vår tolkning är att dessa egenskaper har förvärvats genom

erfarenhet inom yrket. En konsekvens av detta kan vara att nyexaminerade audionomer och de som inte har många års erfarenhet upplever kommunikationen i vårdmötet som svår.

Enligt deltagarna behöver man dels ha kontakt på ett verbalt plan så att man förstår varandra, men även fysisk kontakt underlättar kommunikationen. Med detta menas inte i första hand beröring utan att man sitter nära varandra och att man har ögonkontakt så man ser den som man kommunicerar med. Även om audionomen är medveten om detta så finns tillfällen då strategierna inte utnyttjas vilket framkommer i följande citat som beskriver hur deltagaren omedvetet vänder sig bort från patienten samtidigt som samtalet fortsätter.

...titta mot patienten, eller det gör man hela tiden. Sen händer det att man kan inte ha kontroll över sitt agerande hela tiden men det kan hända, och det händer faktiskt att jag säger någonting när jag vänder mig...

Journal skrivning och flera återbesök nämns som strategier av deltagarna. Om några problem uppstår så kan de skriva i journalen för att förhindra dessa vid nästa besök. De kan även rätta till efter vägen om de inte lyckas förmedla allt de önskar.

Audionomerna i studien anser att det viktigt att se patientens förmåga. En audionom uttrycker det som att man aldrig får överskatta eller underskatta en patient. De deltagande beskriver att man måste vara flexibel för möjligheter i mötet och anpassa sig därefter. Att försöka avdramatisera mötet och göra det mer familjärt för att patienten ska bli mer bekväm nämns också som en strategi. Placeringen i rummet uppmärksammas då man vill undvika att patienterna får solen i ögonen och därmed svårare att se den de kommunicerar med. Deltagarna tänker också på att begränsa den information som ges till patienten för att de ska ha möjlighet att ta in allt som sägs.



Figur 5: Strategier som används av intervjudeltagarna i den vardagliga kommunikationen.

5.3 Förmedling av budskap

Upplever audionomen att han/hon förändrar sitt sätt att uttrycka sig och arbeta på då det gäller en patient med annan kulturell bakgrund? I så fall för vilka kulturella skillnader och på vilket sätt försäkras sig audionomen om att budskapet nått fram?

I de fall det uppstår kommunikationssvårigheter utöver det som rör hörselproblematik så är det intressant att ta reda på om audionomerna upplever att det finns någon speciell målgrupp som man kan relatera till kommunikationssvårigheter och vad det beror på. Om detta förekommer är det av relevans att ta reda på om audionomen gör något särskilt för att försöka underlätta kommunikationen. I denna huvudkategori redovisas först de målgrupper som audionomerna upplever att svårigheter i kommunikationen kan uppstå med på grund av kulturella skillnader. Därefter beskrivs om och hur de förändrar sitt arbets- och uttryckssätt med dessa patienter. Slutligen redogörs det för hur audionomerna tycker att de lyckas förmedla sitt budskap till patienter med en annan kulturell bakgrund och vad de gör för att vara säkra på att budskapet nått fram.

5.3.1 Målgrupper

Audionomerna i studien tar upp ett flertal målgrupper där kommunikationen är problematisk (se figur 6). Deltagarna uttrycker att det lätt kan bli problem i kommunikationen på grund av språksvårigheter. Om man inte talar samma språk kan det lätt uppstå missförstånd. I vissa situationer måste både patienten och audionomen byta ut kommunikationen på sitt modersmål

och hitta ett ytterligare språk för att kunna kommunicera med varandra. En av audionomerna tar upp situationen då en patient har teckenspråk som förstaspråk och att detta blir en svårighet i kommunikationen eftersom audionomen inte själv behärskar detta språk.

Kommunikationssvårigheter kan uppkomma då det blir en kulturkrock mellan patient och audionom, att man inte förstår varandra på grund av kulturella skillnader. En audionom uttrycker att detta problem kan uppstå med utländska patienter:

Men annars så kan det ju vara det att jag kan ju ha en manlig patient till exempel och då ... kan det ju bli en kulturkrock för de har ju kanske ibland svårt att ta till sig det en kvinna säger.

Deltagarna talar om att de förändrar sin kommunikation beroende på vilken patient de har framför sig. De anger också vilka målgrupper de upplever är framträdande när de är tvungna att ändra sin kommunikation. Då vi studerat ämnet har språk-, klass- och könsskillnader uppkommit som vanliga problemområden inom kommunikation (Johnson, 1999; Volandes & Paasche-Orlow, 2007; Nilsson & Sätterlund Larsson, 2005). Även kultur, enligt denna studies definition, är en stor bidragande faktor till att kommunikationssvårigheter uppstår (Bodin & Fant, 1995). Så som vi ser på ämnet, och som även tidigare nämnd forskning tar upp, finns det skillnader mellan alla människor som kan leda till kommunikativa problem. Deltagarna har tagit upp olika skillnader men inte i samma utsträckning som vi förväntat oss. De flesta deltagare nämner att det är svårt att kommunicera med patienter som talar ett annat språk. Vi tolkar deltagarnas uttalanden så att de möjligtvis inte uppmärksammar de underliggande faktorerna som hindrar kommunikationen utan ser mer enkelspårigt på svårigheterna. De verkar ha uppfattningen att orsaken till problemen ligger i språkskillnaderna och ser inte i så stor grad de andra kulturella skillnaderna som förekommer. Oavsett om man har ett annat modersmål än den man kommunicerar med, så har man med all säkerhet även en annan bakgrund, andra värderingar, åsikter etc. (Herlitz, 2007). Därför kan man inte se språket som en ensam faktor till kommunikativa svårigheter då det är många delar som påverkar hur man lyckas framföra sitt budskap.

Äldre och patienter med demens är också målgrupper som nämns av deltagarna. Problemet med kommunikationen i dessa två målgrupper är inte i första hand att de inte förstår, utan att de inte kommer ihåg informationen. Gruppen äldre kopplas av några audionomer ihop med

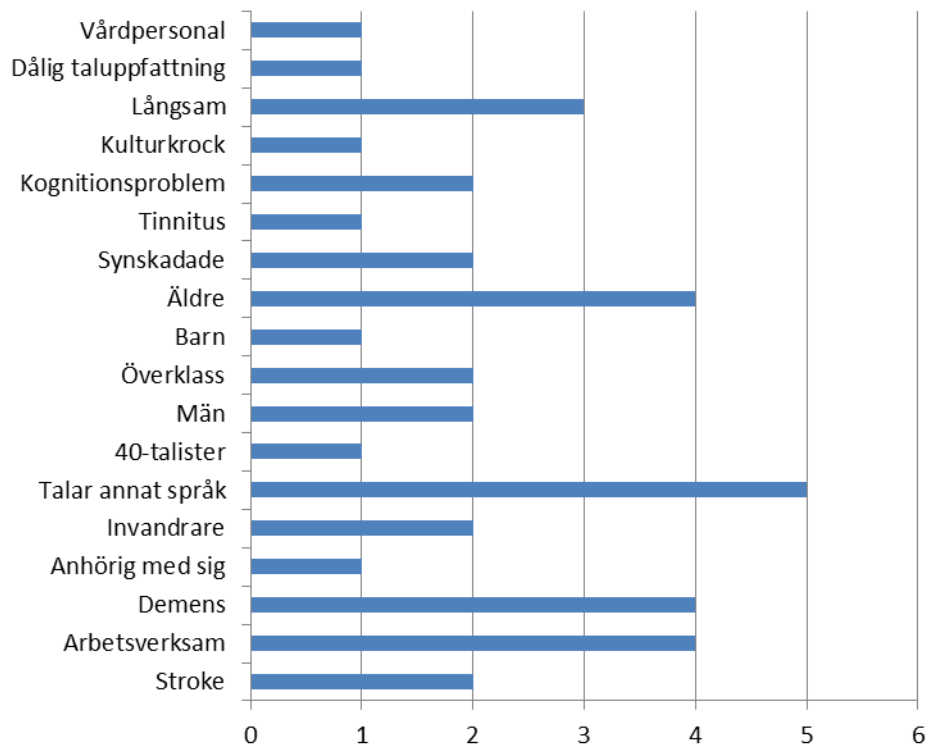
kognitiva problem och i samband med detta nämns även att kommunikationssvårigheter kan uppstå med långsamma patienter då de behöver mer tid än vad som finns disponerat.

Det är skillnaderna mellan personerna som resulterar i problematiska kommunikativa situationer (Bodin & Fant, 1995). I samband med äldre patienter och de som är långsamma och behöver mer tid för att förstå nämns vikten av att vara flexibel och kunna anpassa sig och att se till patientens förmåga. För dessa målgrupper tolkar vi det som att deltagarna ser djupare i kulturella skillnader och är medvetna om att detta är något som existerar i kommunikationen. De som tycker sig inneha kunskap för att anpassa sig till detta kan då se mer till helheten i kommunikationen än bara små delar av det som kan orsaka problem mellan audionom och patient.

Deltagarna i studien anger yrkesverksamma som en målgrupp då de upplever att kommunikationen ändras och blir lite mer avancerad. En audionom uttrycker att det är svårt att förklara t.ex. tekniska delar i hörselrehabiliteringen som en yrkesverksam kan vara mer intresserad av än vad andra målgrupper är.

Patientmötet kan medföra svåra situationer i kommunikationen då antingen audionom eller patient är invandrare. Två olika sidor av problematiken tas upp av deltagarna. Man behöver dels tänka mer på vad man ska förmedla och hur man ska uttrycka sig. Man kan även möta någon med en annan bakgrund som känns främmande från ens egen vilket kan hindra kommunikationen då man inte är säker på hur man ska bete sig. Strokepatienter, 40-talister, män, överklass, barn, synskadade, tinnituspatienter, patienter med dålig taluppfattning, vårdpersonal och de som har anhöriga med sig anges också som målgrupper med annan kulturell bakgrund där kommunikationen kan försvåras.

Målgrupper

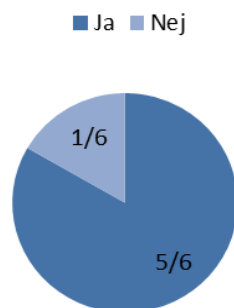


Figur 6: Målgrupper där kommunikationen är problematisk enligt intervjudeltagarna.

5.3.2 Förändring av uttrycksätt

Många av deltagarna anser att de ändrar sitt sätt att uttrycka sig med patienter som har en kulturell bakgrund olik sin egen, medan ett fåtal upplever att det inte sker någon ändring i uttrycksättet (se figur 7). Vi tycker det är positivt att audionomerna i studien kan anpassa sig och att också vi som blivande audionomer med tiden förhoppningsvis kommer få kunskaper att göra det.

Förändrat uttrycksätt



Figur 7: Intervjudeltagarnas svar på om de förändrar sitt uttrycksätt då kommunikationen är problematisk.

De som upplever att de förändrar sitt uttryckssätt tar till olika medel för att få en bättre kommunikation med sin patient (se figur 8). Att ändra sitt uttryckssätt när de talar, för att göra budskapet lättare att förstå, är en vanlig strategi bland audionomerna i studien. Också att tala tydligare både vad gäller artikulation och hur man uttrycker sig är något som används som strategi av deltagarna. Det är viktigt att låta språket vara förståeligt för patienten samtidigt som man inte får lägga det på en för låg nivå heller anser en deltagare.

Väl använda strategier för audionomerna i studien är att repetera det de sagt flera gånger för att budskapet ska nå fram till patienten. Ytterligare strategier så som att tala långsammare och höja rösten är användbara kommunikationsredskap.

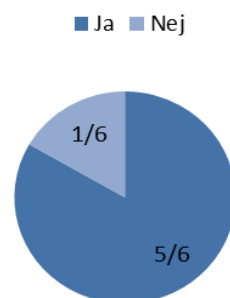


Figur 8: Verbala strategier som används av intervjudeltagarna då kommunikationen är problematisk.

5.3.3 Förändring av arbetssätt

Flertalet deltagare upplever att de förändrar sitt arbetssätt när de har patienter med en kulturell bakgrund olik sin egen (se figur 9).

Förändra arbetssätt

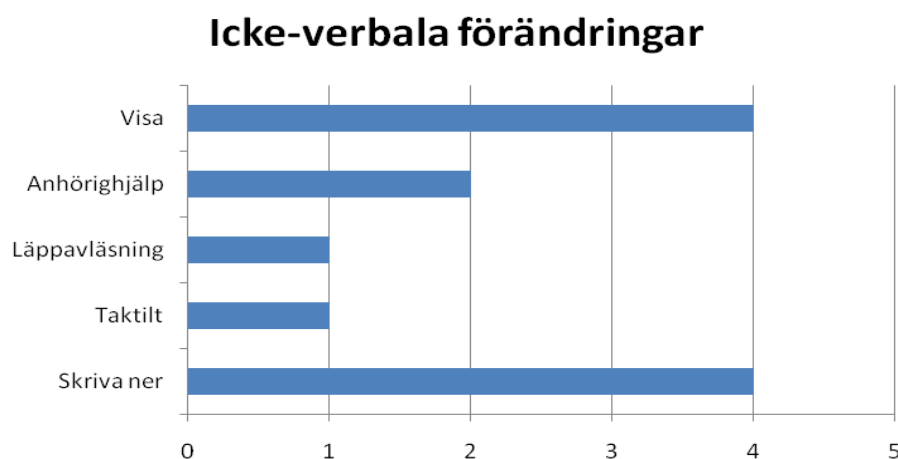


Figur 9: Intervjudeltagarnas svar på om de förändrar sitt arbetssätt då kommunikationen är problematisk.

När det uppstår kommunikationssvårigheter till följd av kulturella skillnader kan man ändra på hur man går till väga för att förmedla ett budskap (se figur 10). Audionomerna i studien förstärker och förbättrar sin kommunikation genom att samtidigt som de talar använda visuella hjälpmedel. Genom att inkludera synen kan patienten lättare förstå vad som förmedlas.

Att skriva ner budskapet man vill förmedla så patienten kan läsa det och även ta med det hem kan hjälpa patienten att ta till sig informationen enligt deltagarna. Att ta hjälp av anhöriga som känner patienten bättre kan hjälpa i situationer när det är svårt att förmedla ett budskap. De vet oftast hur patienten fungerar och hur de lättast kommunicerar.

Även icke-verbala strategier så som läppavläsning och taktill kommunikation tas under intervjuerna upp som användbara hjälpmedel vid kommunikation.



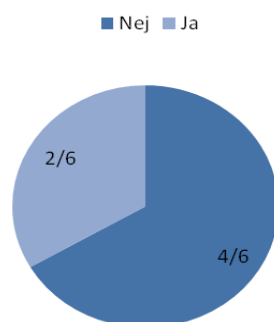
Figur 10: Icke-verbala strategier som används av intervjudeltagarna då kommunikationen är problematisk.

5.3.4 Nå fram med budskapet

Även om det uppstår svårigheter i kommunikation där det föreligger kulturella skillnader så anser en del av deltagarna att de oftast lyckas förmedla det budskap de vill till sina patienter. Övriga deltagare ser en begränsning i att de inte alltid kan förmedla precis allt som de önskar (se figur 11). En deltagare uttrycker i följande citat att det inte är några större problem att få kommunikationen att fungera, då erfarenhet i yrket gör att man vet hur man ska formulera sig så att patienten förstår budskapet.

...efter några år då ja har man hittat hur man ska säga saker [...] När man träffar så många patienter så ja, så vet man hur man ska säga sakerna till dem så att de förstår.

Kan förmedla allt man vill

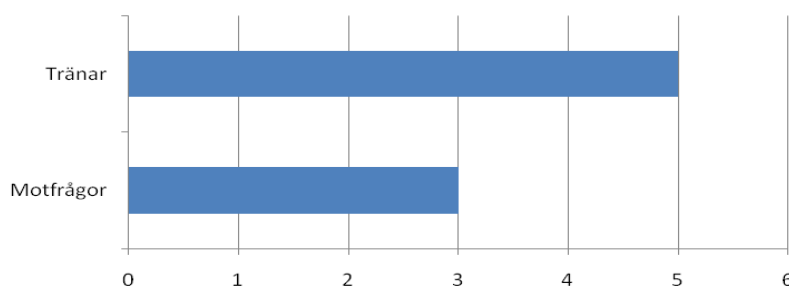


Figur 11: Intervjudeltagarnas svar på om de alltid kan förmedla allt de vill till patienten.

För att försöka åtgärda att man inte kan förmedla allt så tränar deltagarna med sina patienter på de praktiska delarna i informationen, som t.ex. att byta batteri i hörapparaten. De deltagande i studien uppger att de använder sig av motfrågor för att på så sätt kontrollera att kommunikationssvårigheterna inte är för stora för att budskapet ska nå fram (se figur 12).

Även om de flesta av deltagarna ändrar både uttryckssätt och arbetssätt lyckas de inte alltid med att förmedla allt de önskar på grund av kommunikativa hinder. Det finns alltså stora problem i kommunikationen men vår uppfattning är att deltagarna inte verkar påverkas i så stor grad av detta. Deltagarna berättar att över lag så går kommunikationen i patientmötet väldigt bra.

Vad man gör man för att lyckas förmedla allt

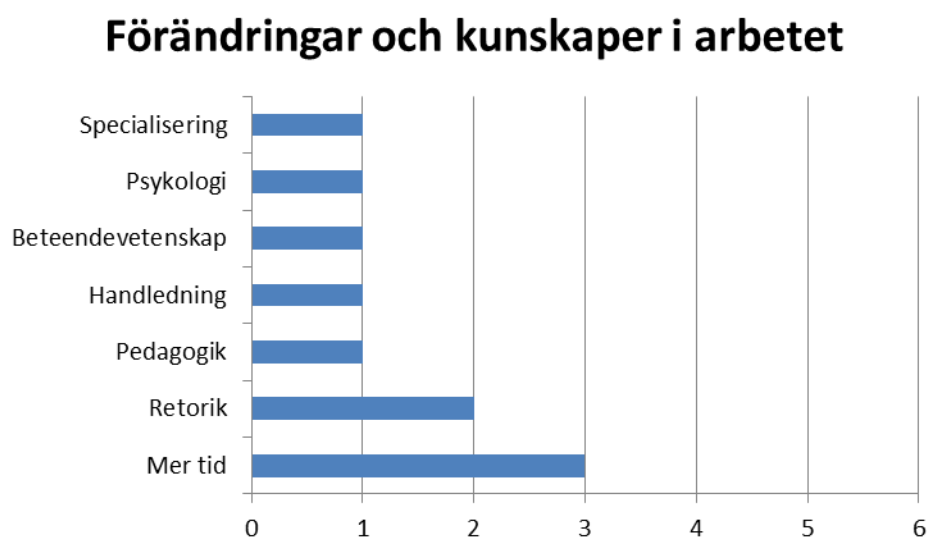


Figur 12: Strategier som används av intervjudeltagarna för att lyckas förmedla allt de vill.

Intervjudeltagarna tar också upp vilka förändringar de skulle vilja utföra och vilka kunskaper de önskar sig för att kunna öka möjligheterna till en bra kommunikation i alla vårdmöten (se figur 13). Deltagarna skulle vilja få mer tid för sina patienter för att hela mötet ska bli bra. De uttrycker dock en förståelse för att det är en kostnadsfråga och att man måste välja mellan korta köer för patienterna till rehabiliteringen eller längre enstaka möten.

Andra faktorer som kommer upp under intervjuerna är möjlighet till handledning, främst i form av samtal med kurator, samt specialisering inom en viss grupp av människor t.ex. barn, äldre eller patienter med kognitiva funktionshinder. När det gäller vidareutbildning nämns av deltagarna att mer kunskaper inom psykologi, beteendevetenskap, pedagogik och retorik troligen skulle förenkla kommunikationen i många patientmöten.

Vi tolkar deltagarnas uttalanden om önskade kunskaper i psykologi och beteendevetenskap som en del av att lära sig mer om kulturella skillnader och hur det kan påverka kommunikationen. Att som audionom få möjlighet till samtal med kurator skulle också kunna bidra till ett vidare perspektiv och en förståelse för att människor agerar på olika sätt.



Figur 13: Förändringar och kunskaper som efterfrågas av intervjudeltagarna för att förenkla kommunikationen i arbetet.

6 Generell diskussion

Här följer en övergripande diskussion kring studiens resultat. Vissa paralleller till audionomutbildningens upplägg och innehåll presenteras också.

De deltagande audionomernas socioekonomiska status har klassificerats genom att ta reda på om de har ytterligare utbildningar, kunskaper i flera språk samt om de har vuxit upp i större stad eller på landsbygden. En av deltagarna hade en högre akademisk utbildning inom språk och denna audionom upplevde i mindre utsträckning att kommunikationen var ett problem i patientmötet jämfört med övriga deltagare. I övrigt har inga slutsatser kunnat dras i förhållandet mellan audionomens socioekonomiska status, ålder eller kön och hur de hanterar kommunikationen då det föreligger kulturella skillnader. Vi tror att det beror på studiens begränsning i antalet deltagare.

Studiens frågeställningar har blivit besvarade av alla deltagande audionomer. Med våra förkunskaper inom området blev vi dock något förvånade över vissa svar, eller snarare avsaknaden av faktorer i svaren som för oss kändes självklara. Efter att ha analyserat resultaten upplever vi att det finns bristande kunskaper om kulturella skillnader inom audionomyrket då många av deltagarna har svårt att förklara vad kommunikationssvårigheterna beror på.

Under intervjuerna har vi i stor utsträckning påpekat för deltagarna att vi i denna studie inte är intresserade av kommunikationsproblem som uppstår på grund av patientens hörselstatus. Vi vill bortse ifrån detta för att koncentrera oss på eventuella andra problem som finns. Ändå talar alla deltagare om kommunikationsproblem som är hörselrelaterade. Våra tankar kring detta är att det är hörseln som audionomerna arbetar med och att de är så specialiserade i sin kunskap att de möjligen inte uppmärksammar andra relevanta delar som kan påverka kommunikationen. Det kan även vara så att audionomerna anser att alla de olika problem som förekommer inom kommunikation grundas i en hörselnedsättning och att det är främsta skälet till att kommunikationen inte fungerar. Det går dock inte att dra några generella slutsatser utifrån denna studie, då antalet intervjudeltagare är begränsat, men vi tycker oss ändå urskilja ett mönster i hur man ser på kommunikation och de svårigheter som finns i patientmötet i den grupp som intervjuats.

En grundpelare för att språklig kommunikation ska fungera utan problem är en god hörsel så att budskapet når fram (Elberling & Worsøe, 2005/2006). En tanke som uppkommit under arbetet med denna studie är att audionomutbildningen möjligen saknar perspektivet att andra faktorer än hörseln kan påverka kommunikationsprocessen. Vi tror att det är för lite fokus på kulturella skillnader vilket gör att man gärna associerar de problem som finns i

kommunikationen till patientens hörselstatus. Vi kan tänka oss att det är lättare att relatera till något man har kunskaper inom och som man vet kan orsaka problem i kommunikationen istället för att se djupare i problemet. Enligt Tye-Murray (2009) skulle många audionomer ha nytta av att lära sig om olika kulturer för att få en större förståelse för hur patienter med andra kulturella bakgrunder kan se på hörselrehabilitering. Med ökade kunskaper inom kulturella skillnader skulle förståelsen för varandras olikheter bli större vilket också skulle påverka kommunikationen i en positiv riktning. Om man förstår varför patienter agerar på ett visst sätt kan man anpassa sitt arbete efter detta och på så sätt underlätta patientmötet.

I början av planeringen av denna studie var vi själva inriktade på att kultur står för språk och utländsk härkomst. Ju mer vi läste in oss på ämnet så insåg vi att vi måste öppna upp för att kultur är så mycket mer än detta. Vi har efter genomförandet av denna studie fått uppfattningen om att audionomerna också har ett begränsat perspektiv för vad som kan påverka kommunikationen. Kanske beror detta på de kunskaper man har med sig från utbildningen, att den endast fokuseras på hur man hanterar kommunikationssvårigheter då hörselproblematik förekommer. I enlighet med Johnson (1999) tror vi att osäkerheten i möten med patienter från andra kulturer kan minskas om man får ökade kunskaper om olikheterna. Vi anser att det är viktigt med mer insikt i de kulturella skillnader som finns mellan människor. Deltagarna å sin sida anger att de vill ha mer kunskaper i bland annat retorik, pedagogik, beteendevetenskap och psykologi för att lättare komma över svårigheter i kommunikationen. Audionomerna i studien talar även om den tidspress de utsätts för och att det gör att de känner att kommunikationen i ett patientmöte inte blir helt lyckad. Flera deltagare påpekar även att man aldrig blir fullärd och att den erfarenhet man får med åren är något som spelar en stor roll för hur man lyckas i kommunikativt svåra situationer. Vi håller med deltagarna i detta fullt ut men tror också att det vore positivt att ge nyexaminerade audionomer bättre förutsättningar att förstå olika kommunikationsproblem utifrån kulturella skillnader för att kunna hantera dem bättre. Vi tror att audionomyrket skulle stärkas av att få in ett bredare perspektiv om vad som påverkar kommunikation mellan människor och att denna kunskap skulle medföra en större säkerhet i audionomernas yrkesutövande.

Referenser

- Bodin, B., & Fant, L. (1995). *Från kultur till kultur*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.
- Bonder, B., Martin, L., & Miracle, A. (2001). Achieving cultural competence: the challenge for clients and healthcare workers in a multicultural society. *Generations*, 25, 35-42.
- Bourdieu, P. (1986). Distinktionen. En social kritik av omdömet. I D. Broady & M. Palme (Red.), *Kultursociologiska texter* (s.237-304), (B. Berg, D. Broady & M. Palme övers.). Lidingö: Salamander (Originalarbete publicerat 1979).
- Cheng, L.L.-R. (1998). Learning from Multiple Perspectives: Global Implications for Speech-Language and Hearing Professionals. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 50, 283-290.
- Dahlkwist, M. (1994). *Kommunikationsprocesser*. Stockholm: Liber Utbildning AB.
- Dimbleby, R., & Burton, G. (1999). *Kommunikation är mer än ord* (2 uppl.), (G. Sandin övers.). Lund: Studentlitteratur.
- Elberling, C., & Worsøe, K. (2006). *När ljuden blir svagare – om hörsel och hörapparater* (S. Arlinger övers.). Herlev: Bording A/S (Originalarbete publicerat 2005).
- Fatahi, N. (2010). *Cross-cultural encounters through interpreters – experiences of patients, interpreters and healthcare professionals* (Avhandling). Göteborg: Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien, Institutionen för kliniska vetenskaper.
- Herlitz, G. (2007). *Kulturgrammatik – hur du ökar din förmåga att umgås över gränserna*. Uppsala: Uppsala Publishing House AB.
- Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763.
- Jirwe, M., Gerrish, K., & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 436-444.
- Johnson, M. (1999). Communication in healthcare: A review of some key issues. *Journal of Research in Nursing*, 4, 18-30.
- Nilsson, K., & Sätterlund Larsson, U. (2005). Conceptions of gender - a study of female and male head nurses' statements. *Journal of Nursing Management*, 13, 179-186.
- Sandhu, H., Adams, A., Singleton, L., Clark-Carter, D., & Kidd, J. (2009). The impact of gender dyads on doctor-patient communication: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 76, 348-355.

- Statistiska centralbyrån. (1984). *Socioekonomisk indelning (SEI)* (2 uppl.). Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Stier, J. (2009). *Kulturmöten. En introduktion till interkulturella studier* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. (2010). *Öppna jämförelser av hälso-och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2010*. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting och Socialstyrelsen.
- Tye-Murray, N. (2009). *Foundations of Aural Rehabilitation. Children, Adults, and Their Family Members* (3rd ed.). New York: Delmar, Cengage Learning.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad: 2011-05-09, från http://cm.e-line.nu/servlet/us_pyra?wts.PAGE=h_ix3.htm&wts.ACTION=loginguest&p=H
- Volandes, A.E., & Paasche-Orlow, M.K. (2007). Health Literacy, Health Inequality and a Just Healthcare System. *The American Journal of Bioethics*, 7, 5-10.
- Wiking, E., Saleh-Stattin, N., Johansson, S.-E., & Sundquist, J. (2009). Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 290-297.
- Ödman, P.-J. (2007). *Tolkning, förståelse, vetande. Hermeneutik i teori och praktik* (2 uppl.). Stockholm: Norstedts.

Intervjuguide

Bakgrund

- Kön
- Uppväxt på landet eller i stad
- Modersmål? Kan du ytterligare språk (förstå och göra sig förstådd)?
- Vilken audionomutbildning har du? Hur länge sedan gick du den? Har du någon ytterligare utbildning?

1. KOMMUNIKATION

- Vad är kommunikation för dig i ditt arbete?
 - *Finns det fler delar som ingår i kommunikationen enligt dig som du inte nämnt nu?*
- Hur gör du när du ska förmedla ett budskap till en patient. (t.ex. när du gör mätning, förklarar diagnos eller visar tekniska hjälpmedel)
 - *Tänker du på hur du förmedlar budskapet?*

2. FÖRMEDLING AV BUDSKAP

- Upplever du att du i samtal med dina patienter alltid kan förmedla det du vill och att de kan ta till sig informationen?
- I vilka situationer upplever du att det är svårt?
 - *Är det i samtal med någon särskild målgrupp som kommunikationssvårigheter uppstår?*
 - *Kan det finnas skillnader mellan dig och patienten som försvårar kommunikationen*
 - *Varför tror du det uppstår i just det patientmötet*

3. STRATEGIER

- Är det något speciellt du gör för att förstärka budskapen du vill förmedla
- Vad gör du för att vara säker på att budskapet når fram?
 - *Gör du något som förändrar ditt arbets sätt?*
 - *Gör du något som förändrar ditt uttryckssätt?*
- Får du med all information som du önskar?
 - *Varför inte*
 - *Skulle du kunna förändra något*

4. EGEN KUNSKAP / FÖRÄNDRING I ARBETET

- Upplever du att du besitter tillräcklig kunskap för att kunna kommunicera med alla dina patienter på ett bra sätt?

Bilaga II

Informerat samtycke för intervjustudie om kommunikation i patientmötet

Härmed tillfrågas du om deltagande i en intervjustudie om kommunikation i patientmötet. Studien utförs av audionomstudenter vid Örebro universitet. Syftet med studien är att undersöka vilka kommunikationssvårigheter som kan uppstå i en audionoms patientmöte samt studera vilka strategier audionomen använder för att underlätta kommunikationsprocessen.

Intervjun dokumenteras via ljudupptagning och allt material kommer enbart behandlas av forskningsgruppen och vara skyddad för allmänheten. Vi kommer upprätthålla din anonymitet i uppsatsen och kontrollera konfidentialiteten under hela studiens gång. Efter studiens avslut förstörs materialet. Inga intervjuer publiceras i sin helhet utan endast bearbetade delar och ev. korta citat.

Ditt deltagande i denna studie är helt frivillig och du kan avbryta deltagandet eller dra tillbaka ditt samtycke när som helst.

Jag är införstådd med ovanstående information

.....
Datum

.....
Deltagandens namnteckning

.....
Namnförtydligande

Deltagandens e-post:

Intervju nummer:

Kontaktuppgifter

Maya Alberthson
sylv_sweet@hotmail.com
0707-354993

Matilda Toftgård
matilda.toftgard@gmail.com
0739-378184

Handledare: Julia Peralta – Biträdande lektor vid Hälsoakademin, Örebro universitet.
julia.peralta@oru.se

Information innan intervjuer

- Syftet:
 - Syftet med studien är att undersöka vilka kommunikationssvårigheter som kan uppstå i en audionoms patientmöte samt studera vilka strategier audionomen använder för att underlätta kommunikationsprocessen.
 - Studien ska vara en möjlighet att ta reda på vilka kunskaper som dagens audionomutbildning saknar inom kommunikation i patientmötet och att detta på sikt kan leda till en utveckling av audionomyrket.
- Bakgrund till studien:
 - Ämnet kommunikation i vården har studerat utifrån många olika perspektiv men inte med inriktning på audionomens arbete.
 - Det kan i ett patientmöte uppstå fler kommunikationsproblem än de som beror på patienten hörsel.
 - Vi vill genom denna studie uppmärksamma att kommunikation kan påverkas av fler faktorer än en hörselnedsättning.
 - Audionomer är vana att hantera hörselnedsättning men vi vill lyfta fram andra faktorer som kan ställa till problem i ett patientmöte.
- Studien pågår i 10 veckor varav 1 vecka består av intervjuer;
 - Spelas in.
 - 1 timme.
 - 1 tillfälle.
 - Ev. mailkontakt vid oklarheter.
- Material:
 - Allt material som kommer fram ur intervjuerna kommer behandlas av forskningsgruppen och vara skyddad för allmänheten.
 - Vi kommer upprätthålla din anonymitet i uppsatsen och kontrollera konfidentialiteten under hela studiens gång.
 - Efter studiens avslut förstörs materialet.
- Inga intervjuer publiceras i sin helhet utan endast bearbetade delar och ev. korta citat.
- Ditt deltagande i denna studie är helt frivillig och du kan avbryta deltagandet eller dra tillbaka ditt samtycke när som helst.
- Det informerade samtycket:
 - Kopia av dokumentet.
 - Handledare Julia Peralta.
 - Våra kontaktuppgifter finns på dokumentet.
- Vi skickar gärna uppsatsen när den är färdig till e-post.