

Anu Heikkinen, Perttu Heikkinen, Iris Makkonen

HUONOKUULOISEN POTILAAN  
KOHTAAMINEN  
Opas hoitohenkilökunnalle

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma


Helmikuu 2011




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences	<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  16.2.2011				
<b>Tekijä(t)</b>  Anu Heikkinen, Perttu Heikkinen, Iris Makkonen	<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b>  Hoitotyö, sairaanhoitaja AMK				
<b>Nimeke</b> HUONOKUULOISEN POTILAAN KOHTAAMINEN Opas hoitohenkilökunnalle					
<b>Tiivistelmä</b> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tuotekehityksenä opas Itä-Savon sairaanhoitopiirille kommunikoinnista huonokuuloisen potilaan kanssa. Oppaan tarkoituksena on helpottaa kommunikointia hoitajan ja huonokuuloisen potilaan välillä. Opas tuotettiin teorian ja aikaisempien tutkimusten pohjalta. Oppaan tarkoituksena on vähentää virhearvioita hoitotilanteessa ja turvata tasavertainen hoito normaali-kuuloisiin nähden.</p> <p>Kaikista tutkimustuloksista nousi esille puheen laadun ja ympäristön merkitys kommunikoinnissa huonokuuloisen potilaan kanssa. Selvä artikulointi- ja puheääni, riittävä valaistus, katsekontakti, häiriötekijöiden poissulku sekä kuullun ymmärtämisen varmistaminen nousivat pääkohdiksi kaikista tutkimuksista.</p> <p>Oppaassa käsitellään yleisimpiä huonokuuloisuuden aiheuttajia, kuten ikäkuuloa, traumoja, kroonista korvatulehdusta, otoskleroosia sekä Ménièreen tautia. Oppaassa tuodaan esille myös tärkeimpiä kommunikointiin vaikuttavia asioita kuten kosketus, katse, puhe, valoisuus, häiriötekijät, apuvälineet sekä kuullun ymmärtäminen. Lisäksi oppaasta löytyy kuulokojekuntoutuksen hoitopolku ja yhteystiedot Itä-Savon sairaanhoitopiirin korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle sekä kuuloasemalle.</p> <p>Uskomme, että opas tuo suurimman avun hoitohenkilökunnalle, joka ei ole saanut lisäkoulutusta kuulon apuvälineistä tai kommunikoinnista huonokuuloisen potilaan kanssa. Toivomme myös oppaasta olevan hyötyä niille, joiden päivittäiseen työkuvaan ei kuulu kommunikointi huonokuuloisen potilaan kanssa. Hoitotilanteessa oppaasta löytyy nopeasti kommunikointia helpottavat pääseikat.</p>					
<b>Asiasanat (avainsanat)</b> huonokuuloisuus, kuuloaisti, kuulon sairaudet, kuulon kuntoutus, kuulon apuvälineet, vuorovaikutus, kommunikointi, tuotekehitys					
<b>Sivumäärä</b>  44	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><b>Kieli</b></td> <td style="width: 50%; border: none;"><b>URN</b></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Suomi</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	<b>Kieli</b>	<b>URN</b>	Suomi	
<b>Kieli</b>	<b>URN</b>				
Suomi					
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b> Liite 1					
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b> Aino Laakkonen	<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b> Itä-Savon sairaanhoitopiiri, korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka, kuuloasema				

## DESCRIPTION

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  16.2.2011
<b>Author(s)</b> Anu Heikkinen, Perttu Heikkinen, Iris Makkonen	<b>Degree programme and option</b> Nursing, Mikkeli University of Applied Sciences	
<b>Name of the bachelor's thesis</b> MEETING OF HEARING-IMPAIRED PATIENT Guide for nursing staff		
<b>Abstract</b> <p>The thesis was to produce thru product development, a guide for the Itä-Savon sairaanhoitopiiri how to communicate with patients who have loss of hearing. The guide is meant to ease the communication between a nurse and a patient with hearing disability. It was done on theory based facts and previous researches.</p> <p>The Guide is meant to decrease miscalculations in nursing situations and secure equal treatment for the hearing patients compared to patients with normal level of hearing.</p> <p>The research results supported the theory facts. From all the results and theory based knowledge it was clear that voice quality and surroundings were of great importance. Clear articulation, voice level, decent lighting , eye contact, removal of disturbances and listening comprehension were the key factors.</p> <p>In our guide, we converse on the most common diseases which cause hearing loss, such as age-related problems, ear injury, chronic ear infection, Otosclerosis and Ménière's disease. It also talks about the most important means of influence: touch, eye contact, speech, lighting, disturbances, utilities and listening comprehension. There is also the correct way of nursing a patient with hearing loss and a brief explanation on a hearing device. The guide also includes the contact information for the Itä-Savon sairaanhoitopiiri's Kuuloasema.</p> <p>We believe that the guide will bring the biggest help for the nursing staff, which hasn't got additional training on hearing equipment or on communication with hearing patients. We also believe the guide will help those, whose daily job description does not include communicating with a hearing patient. In a new and strange situation the guide will be of instant help with communications main points.</p>		
<b>Subject headings, (keywords)</b> hearing loss, sense of hearing, hearing diseases, hearing rehabilitation, hearing instrument, interaction, communication, product development		
<b>Pages</b> 44	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b>
<b>Remarks, notes on appendices</b> Appendix 1		
<b>Tutor</b> Aino Laakkonen	<b>Bachelor's thesis assigned by</b> Itä-Savon sairaanhoitopiiri, ear-, nose- and throat-diseases polyclinic, kuuloasema	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	2
2	AISTIEN MERKITYS.....	4
3	KUULOAIISTI.....	5
4	HUONOKUULOISUUS .....	8
4.1	Huonokuuloisuuden aiheuttajia .....	8
4.2	Huonokuuloisuuden tutkiminen.....	12
4.3	Kuulon kuntoutus.....	14
5	HUONOKUULOISUUS HOITOTYÖSSÄ.....	18
5.1	Huonokuuloisuus hoitotyön haasteena .....	18
5.2	Huonokuuloisuus potilaan kokemana.....	20
5.3	Huonokuuloisen potilaan ohjaus.....	22
6	OPPAAN SYNTY TUOTEKEHITYSPROSESSINA .....	28
7	POHDINTA .....	32
	LÄHTEET .....	34

## LIITE

## 1 JOHDANTO

Potilaan ja hoitohenkilökunnan välisessä hoitosuhteessa on kyse tietoisesta ammatillisesta suhteesta, koska hoitosuhteessa pyritään hoidollisiin päämääriin. Potilas saa hoitajalta tukea selviytyäkseen sairauden aiheuttamista elämäntilanteen muutoksista ja rajoituksista. Hoitosuhteen avulla potilas pystyy sopeutumaan sairauteensa, ja sillä pyritään maksimoimaan hänen kokonaisuhoitoaan ja vähentämään sairauden tuomaa stressiä. (Mäkelä ym. 2001, 20 – 21.)

Ymmärrettävän ja selkeän kommunikoinnin merkitys hoitotilanteessa on ensiarvoisen tärkeää, ettei väärinkäsityksiä ja virhearvioita pääse syntymään. Virheellisten tulkintojen mahdollisuus kasvaa etenkin, jos potilaan kuulo on huono ja hoitosuhteessa tämä jää huomioimatta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on helpottaa hoitajan ja huonokuuloisen potilaan välistä kommunikointia teorian pohjalta tuotetun oppaan avulla. ”Huonokuuloisen potilaan kohtaaminen. Opas hoitohenkilökunnalle” on suunnattu hoitajille, jotta he voivat mahdollistaa huonokuuloiselle potilaalle mahdollisimman hyvän kommunikointitilanteen, jossa myös muut aistit on otettu huomioon. Opas tuo myös apua huonokuuloiselle potilaalle. Hänellä on jotain odotettavaa siitä, kuinka hoitohenkilökunta tulee toimimaan hänen kanssaan.

Huonokuuloisella potilaalla hiljaisten äänten kuuleminen vaatii erityistä keskittymistä, jotta niistä saa selvää. Liian voimakkaiden äänten oikeellisuus taas saattaa muuttua, koska kova ääni voi vääristää puhetta. Huonokuuloisella potilaalla onkin ongelmana puheäänten tunnistaminen, ja näiden kuuntelu vaatii huomattavia ponnisteluja. Ympäristövä häly vaikeuttaa huomattavasti huonokuuloisen potilaan kykyä seurata puhetta vaivattomasti. (Jauhiainen 2007, 13.)

Huonokuuloisuus koskee jokaista ikäryhmää, mutta hoitotyössä se on useimmiten iäkkäiden ongelma. Lupsakon mukaan (2004) yli 75-vuotiaista yli 50 %:lla oli kuulo-ongelmia ja Ikäkuulon mukaan (2011) vuonna 2010 yli 75-vuotiaista jopa noin 75 %:lla oli havaittavissa kuulo-ongelmia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan (2011) Savonlinnan väkiluku vuonna 2009 on ollut 27 742; yli 70-vuotiaita on tuolloin väestöstä ollut 16,3 % eli 4522 henkilöä, ja määrä on koko ajan kasvussa. Lupsakon

mukaan (2004) huonokuuloisuudella on vaikutuksia yleistilaan ja kykyyn selviytyä arjesta; tämän vuoksi on tärkeää löytää keinoja helpottamaan huonokuuloisuutta ja kommunikointia, koska sillä voi vaikuttaa myös laajemmin potilaan ennusteeseen.

Aiheen opinnäytetyöhömmme saimme sisätautiharjoittelujakson aikana. Osastolla suurin osa potilaista oli iäkkäitä henkilöitä, ja monilla heistä oli kuulo-ongelmia. Koimme, että potilaiden kanssa kommunikointi tuotti vaikeuksia, koska emme aina olleet varmoja siitä, tuliko asia oikein ymmärretyksi. Monesti myös huonokuuloinen potilas on arka kysymään uudelleen epäselväksi jäänyttä asiaa. Näin saimme ajatuksen tarkastella huonokuuloisuutta lähemmin opinnäytetyössämme.

Aihe muovautui prosessin aikana monesti, laajasta huonokuuloisuuden katselmuksesta lopulta kommunikointiin huonokuuloisen potilaan kanssa ja oppaan tekemiseen kommunikoinnin tueksi. Aluksi opas oli tarkoitus tuottaa paperiversiona Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuuloasemalle, mutta uskoimme sen saavuttavan enemmän hoitohenkilökuntaa sähköisenä versiona intranetin kautta, josta se on helposti tulostettavissa paperiversioksi niissä työpisteissä, joissa sitä tarvitaan. Tähän ratkaisuun päädyimme työelämäohjaajamme kuulontutkija Kati Pesonen-Simosen kanssa. Työstimme oppaan tuotekehityksen keinoin käyden läpi vaiheet idean synnystä valmiiseen tuotteeseen.

Oppaassa tarkastellaan yleisimpiä huonokuuloisuuden aiheuttajia, huonokuuloisen potilaan kanssa kommunikoidessa huomioon otettavia asioita sekä kuulokojekuntoutuksen hoitopolkua. Koska hoitohenkilökunnan työ on yleisesti ottaen hyvinkin kiireistä eikä aikaa liiemmin ole muuhun kuin hoitotyöhön, on oppaan tarkoitus olla keskeiset asiat sisältävä lyhyt ja ytimekäs apuväline hoitotyöhön. Toivomme, että oppaamme auttaa käytännön hoitotyössä hoitajia ratkaisemaan ongelmia huonokuuloisen potilaan ja hoitajan välisessä kommunikoinnissa ja näin helpottaa asioiden oikein ymmärtämistä.

## 2 AISTIEN MERKITYS

*”Kun silmä näkee, korva kuulee, iho tuntee, nenä haistaa ja suu maistaa, saamme tietoa, näkemyksiä, kokemuksia ja tuntemuksia. Aistien kautta aivot saavat ajateltavaa. Ilman aistitoimintaa ei olisi ajattelua.”*  
(Nurminen & Saar 2000, 5.)

Aistien toiminnan avulla luomme käsityksiä ympäröivästä maailmasta. Aistitoiminnan avulla mahdollistetaan vuorovaikutus ympäristön kanssa. (Nurminen & Saar 2000, 5.) Silvennoisen mukaan (2004, 14) vuorovaikutus on mielikuvien ja merkitysten jakamista ja niiden yhteiseksi tekemistä yhdessä vuorovaikutuskumppanin kanssa. Ilman vuorovaikutusta muiden kanssa olisi mahdotonta rakentaa minäkuvaa, tavoitteita, arvoja ja pyrkimyksiä.

Yleisen käsityksen mukaan ajatellaan, että ihmisellä on viisi aistia: näkö-, kuulo-, haju-, tunto- ja makuaisti. Lisäksi kehossa on vastaanottimia ihon aisteille, jotka reagoivat kipuun, paineeseen ja lämpöön. Näistä vastaanottimista tieto kulkee eteenpäin hermoratoja pitkin. (Nurminen & Saar 2000, 5 - 6.) Näkö-, kuulo- ja hajuaisti ovat kaukoasteja, joiden avulla vastaanotetaan tietoa ympärillä tapahtuvista asioista. Tunto- ja makuaistit ovat lähiaasteja, joilla tiedostetaan lähellä tapahtuvia asioita. Liike-, asento- ja tasapainoaistit ovat kehoasteja ja kertovat kehossa tapahtuvista asioista. Vuorovaikutuksessa kaikki aistit ovat käytössä ja tukevat toistensa välittämää tietoa. (Burakoff 2010.)

Kuuloaisti kuuluu tärkeimpiin aisteihimme, sillä kuulon avulla ymmärrämme puhujan mielialan, ja äänneiden ja puhetyylin avulla pystymme tunnistamaan ihmisen (Väättäinen 2005, 93). Kuuloaistin avulla saamme tietoa ympärillä tapahtuvista asioista ja hahmotamme tulevia tapahtumia. Kuuloaisti myös rekisteröi ja erittelee ääniä sekä paikallistaa äänilähteen. (Papunet, 2007a.)

Tuntoaistin avulla saamme tietoa omasta kehosta, esineistä ja niiden välisistä suhteista (Papunet 2007a). Väättäisen mukaan (2005, 94) kosketuksella voimme ilmoittaa huonokuuloiselle potilaalla milloin aloitamme keskustelun. Kosketus, suunnattu katse tai hiljaa oleminen viestivät muun muassa siitä, että vuoro siirtyy toiselle.

Näköaistin avulla luotu katsekontakti on vuorovaikutuksen yksi peruspilareista. Katseen avulla voimme viestiä nonverbaalisesti eli ilmein ja elein. Ilmeet välittävät tunneviestejä, ja katseesta näkee, onko vastapuoli tilanteessa läsnä vai onko huomio kiinnittynyt johonkin muuhun. (Burakoff 2010.) Eleiden ja liikkeiden tuottamiseen tarvitsemme liike- ja tasapainoaistia. Nämä aistit kertovat siitä, olemmeko liikkeessä, mihin suuntaan ja millä nopeudella. (Papunet 2007b.) Vuorovaikutustilanteessa potilas ja hoitaja peilaavat sanattomasti toistensa eleitä, ilmeitä ja liikkeitä. Näin yhteys säilyy, vaikka tilanteessa tapahtuisi muutoksia. (Burakoff 2010.) Huonokuuloisen potilaan kanssa kommunikoidessa on muistettava pitää näköyhteys ja etäisyys riittävän pieninä, kasvot potilaaseen päin huulioluvun mahdollistamiseksi. (Väättäinen 2005, 96.)

Mikäli joku aisteista on vajavainen tai puuttuu kokonaan, muut aistit kompensoivat tilannetta, ja viesti voi löytää tiensä perille. Kuitenkaan puuttuvan aistin vastaavaa kokemusta ja tietoa muut aistit eivät pysty korvaamaan. (Nurminen & Saar 2000, 6.) Hoitohenkilöstön on hyvä tietää, millaisesta aistivajauksesta on kyse, sillä ihmisen toiminta on riippuvainen aistivajauksen tyypistä ja laadusta. Aistien tuottaman tiedon vastaanottaminen vaikeutuu tai puuttuu kokonaan, kun aistinelin vaurioituu. Kun kyseisen aistin aistitietoa ei voida käyttää hyväksi, on hoitohenkilöstön pyrittävä hyödyntämään potilaan muita aisteja. (Burakoff 2010.)

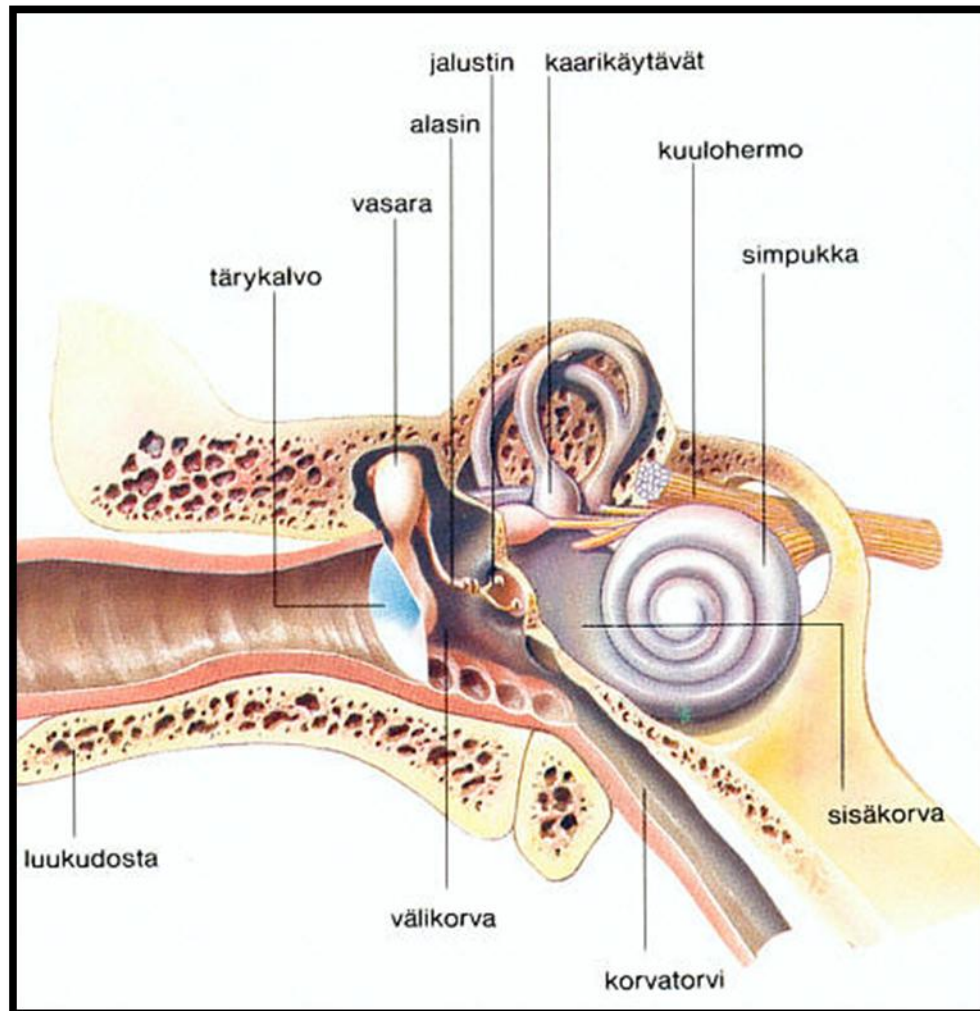
### **3 KUULOASTI**

Bjäljen ym. mukaan (2007, 111) kuuloaisti on ihmisen tärkein aisti sosiaalisen ja kulttuurisen kehityksen mahdollistamisen kannalta. Jauhiainen (2007, 9) sanoo kuuloaistilla olevan erityinen merkitys ihmiselle; sen avulla sisäistämme ääniä ja niihin liittyviä merkityksiä voimakkaammin kuin näöllä havaittua ulkoista maailmaa.

Kuulon menettäminen aiheuttaa useimmiten suuremman eristyneisyyden tunteen kuin esimerkiksi näön menetys. Ihmisen kokema äänimaailma on ainutlaatuinen, jokaisen yksilöllinen kokemus, joka mielletään vähemmän yhteisenä kokemuksena kuin näköaistimuksen avulla havaitut kohteet. (Jauhiainen 2007, 9.)



Korva (kuva 1) koostuu ulkokorvasta, välikorvasta ja sisäkorvasta (Bjälle, ym. 2007, 112).



**KUVA 1. Korvan rakenne (Suomen virtuaaliyliopisto 2009)**

Ulkokorva käsittää korvanlehden sekä korvakäytävän. Korvakäytävä on aikuisella ihmisellä noin 3,5 cm pitkä ja horisontaalisesti yleensä s-kirjaimen muotoinen. Korvanlehti on elastista rustoa, joka jatkuu käytävässä uloimpaan kolmannekseen. Lopuosa on luista korvakäytävää. Korvakäytävässä erittyvä korvavaha sekä ohuet karvat estävät pölyn ja hiukkasten kulkeutumisen korvan sisälle. Ulko- ja välikorvan tehtävänä on kerätä ääniaaltoja ilmasta ja kuljettaa ne eteenpäin sisäkorvan äänireseptorei-

hin. (Niensted, ym. 1999, 492.) Korvakäytävä kuljettaa ilmassa olevat äänet paineaaltoina tärykalvolle, jossa ääni muuttuu mekaaniseksi tärykalvon värähdellessä (Bjälle ym. 2007, 112).

Korvakäytävän päässä sijaitseva tärykalvo erottaa ulkokorvan ja välikorvan toisistaan. Tärykalvon takana on ilman täyttämä täryontelo eli välikorvanontelo, joka sijaitsee ohimoluun sisällä. Välikorvassa sijaitsevat kolme kuuloluuta; vasara, alasin ja jalustin. Tärykalvoon on kiinnittynyt välikorvassa sijaitseva vasara. (Bjälle ym. 2007, 112 - 113.) Vasaraan on niveltynyt alasin ja siihen jalustin. Tärykalvon värähdellessä värähdykset siirtyvät kuuloluuketjua pitkin sisäkorvaan. Vasaraan ja jalustimeen on kiinnittyneinä pienet lihakset, jotka vaimentavat supistuessaan refleksinomaisesti liian kovia ääniä. Täryontelon alaosasta lähtee kohti nielua korvatorvi. Korvatorvi on hyvin kapea kanava, joka avautuu nieltäessä tai haukoteltaessa. (Niensted ym. 1999, 493.)

Ohimoluussa sijaitsevaan sisäkorvaan kuuluvat simpukka, eteinen sekä kolme kaarikäytävää. Simpukka muodostuu kolmesta rinnakkain olevasta käytävästä, jotka kiertävät luisen keskiakselin ympäri. Eteiskäytävä on simpukan ylin käytävä, joka alkaa eteisikkunasta ja päättyy simpukan kärkeen. Simpukan kärjestä on yhteys alempaan käytävään, joka päättyy simpukan ikkunaan. Keskimmäisen käytävän, simpukkatiehyen, erottaa alemmasta käytävästä tyvilevy, sidekudoslevy, jonka päällä sijaitsevat ääniin reagoivat aistinsolut neljässä rivissä sekä tukisolut aina eteisikkunasta simpukan kärkeen saakka. (Bjälle ym. 2007, 114.) Simpukan tehtävänä on aktivoitua äänen vaikutuksesta, muut osat keskittyvät tasapainoistimukseen (Niensted ym. 1999, 494). Simpukan tehtävänä on myös muokata tuleva ääni biosähköiseen muotoon, jotta se pääsee etenemään kuulohermoa pitkin aivojen kuulojärjestelmään (Jauhiainen 2007, 25). Ulko- ja välikorvassa on ilmaa, mutta puolestaan sisäkorva on täysin nesteellä täytetty. Välikorvan tehtävänä onkin äänen vahvistaminen, sillä äänen on vaikea siirtyä ilmasta nesteeseen. (Niensted ym. 1999, 494.)

Sisäkorvassa sijaitsevat soikea ja pyöreä rakkula ovat tasapainoelimiä. Rakkulat ovat nesteen täyttämiä kalvopusseja, joiden sivuseinämässä (soikea rakkula) tai pohjassa (pyöreä rakkula) on karvasoluista muodostunutta aistinepiteeliä. Pyöreän ja soikean rakkulan tehtävänä on antaa aivoille käsitys pään asennosta pystytasoon nähden. (Bjälle ym. 2007, 118 - 119.)

## 4 HUONOKUULOISUUS

Huonokuuloiseksi luetaan henkilö, jonka paremmassa korvassa kuulon alenema on enemmän kuin 30 dB (Hartikainen & Lönnroos 2008, 146). Jauhiaisen mukaan (2007, 10) huonokuuloisuus on kuitenkin subjektiivinen käsite. Potilas ei välttämättä koe itseään huonokuuloiseksi, vaikka kuulon alenema olisikin terveessä korvassa enemmän kuin 30 dB.

Kuulovauriot jaetaan neljään eri luokkaan: konduktiiviseen kuulonalenemaan, sensorineuraaliseen kuulonalenemaan, sekatyypiseen kuulovikaan sekä sentraaliseen kuulovikaan (Kuulohansa 2007).

Konduktiivisessa kuulon alenemassa äänen johtuminen sisäkorvaan heikentyy. Aiheuttajina ovat esimerkiksi vahatulppa korvakäytävässä, reikä tärykalvossa tai kuuloluiden luutumisen eli otoskleroosi. Hoitona voidaan käyttää kuulon apuvälineitä, lääkettä tai leikkausta. (Kuulohansa 2007.)

Sensorineuraalisessa kuulon alenemassa simpukka tai kuulohermo on vaurioitunut esimerkiksi meluvamman tai ikääntymisen johdosta. Vaurio voi johtaa lopulta kuuroutumiseen, mutta alkuvaiheessa tyyppioireina ovat hiljaisten äänten kuulemisen vaikeus ja herkistyminen voimakkaille äänille. Kuulokojeesta voidaan saada apua lievistä aina vaikeaan kuulonalenemaan. Sekatyypisessä kuulon alenemassa on kyseessä kuulovaurio, joka johtuu konduktiivisen ja sensorineuraalisen kuulovaurion yhdistelmästä. (Kuulohansa 2007.)

Sentraalinen kuulon alenema johtuu keskushermostossa, aivorungossa tai aivokuores-  
sa tapahtuneesta häiriöstä. Syitä voi olla esimerkiksi ikääntymisestä johtuva rappeutuminen, tapaturma tai kasvaimet. (Kuulohansa 2007.)

### 4.1 Huonokuuloisuuden aiheuttajia

Eräkannon ym. mukaan (2003, 79) yleisimmät oireet kuulon heikkenemisestä ovat puheen erotuskyvyn vaikeus, hälytyslaitteiden äänten heikentyminen, asioiden hoita-

misen vaikeus heikentyneen kuulon vuoksi, keskittymiskyvyn herpaantuminen pitkissä keskusteluissa sekä korvan soiminen tai tukkoisuus.

Tarvitsemme kuulemiseen aivojen ja korvan toimivaa yhteistyötä. Kuulovaurio voi aiheutua joko korvan, kuulohermon tai keskushermoston vaurioista tai sairauksista. Kuitenkin melko usein kuuloon liittyvät ongelmat löytyvät korvasta. Yleensä ongelman aiheuttajana on joko korvaan kohdistunut trauma tai korvan muu sairaus. (Jauhiainen 2007, 39.) Terveyskirjasto (2009) on taulukoinut huonokuuloisuuden yleisimmät aiheuttajat ja määrät Suomen väestöstä (taulukko 1).

**TAULUKKO 1. Kuulovammojen yleisyys (Terveyskirjasto 2009)**

Kuulovamma	Yleisyys väestöstä (%)
<b>Ikäkuuloisuus</b>	6-10
<b>Meluvamma</b>	2
<b>Korvatulehdukset/jälkitilat</b>	1
<b>Otoskleroosi</b>	0,3
<b>Ménièrein tauti</b>	0,1

**Ikäkuulo** on ikääntymiseen liittyvää symmetristä sisäkorvan kuulon alenemaa. Kuulon aleneman aiheuttaa simpukan aistinsolujen rappeutuminen. (Väättäinen 2005, 22.) Rappeutumista voi nopeuttaa perinnöllinen alttius sekä korvan verenkierron häiriöt (Hartikainen & Lönnroos 2008, 148).

Kuulokynnys keskitaajuuksilla heikkenee keskimäärin noin puoli desibeliä vuodessa 50 ikävuoden jälkeen. Kuitenkaan näin pieneen kuulomuutokseen ei välttämättä pysty reagoimaan, näin ollen ikäkuuloisuus kehittyy usein asianomaisen tietämättä. Usein ympäristö huomaa kuulo-ongelman aikaisemmin kuin ongelmasta kärsivä itse. (Jauhiainen 2007, 39 - 42.)

Ikähuonokuuloisuuden vaikutukset alkavat näkyä selvästi 70 vuoden iässä, jolloin korkeiden äänten kuuleminen heikkenee (Lonka & Korpijaakko-Huuhka 2000, 297).

Tavallisena oireena esiintyy myös kuulon erotuskyvyn vaikeutta meluisassa ympäristössä. Tällöin henkilö kuulee mutta ei erota sanojen merkitystä. Usein oireena ovat ajoittain esiintyvä tinnitus eli korvien soiminen. Kuulon alenemaan ei ole parantavaa hoitoa, mutta sitä voidaan helpottaa kuulon apuvälineillä. (Väätäinen 2005, 22.)

**Meluvamma** on sisäkorvaperäinen kuulovika. Melu voi olla vahingollista kuulolle silloin, kun sen voimakkuus ylittää yli 80 dB. (Väätäinen 2005, 23 - 24.) Meluvamma voi syntyä joko impulssimelusta, äkillisestä räjähdyksestä, joka vaurioittaa kuuloa välittömästi tai hitaasti vuosien aikana. Korvan aistinsolut eivät uusiudu, joten jokaisen aistinsolun häviäminen on pysyvää. Yksikin altistuminen voimakkaalle melulle saattaa tuhota kerralla satoja aistinsoluja. Kuulovaurio on pysyvä, eikä siihen ole tois- taiseksi parannuskeinoa. (Kuuloliitto ry 2010.)

Melualtistuksen aiheuttama kuulovaurion eteneminen lakkaa, kun melualtistus loppuu. Melusta aiheutuva vaurio kehittyy yleensä kumpaankin korvaan samanasteisena. Muutokset kuulokynnyksessä voivat alkaa vasta muutaman vuoden kuluttua altistuk- sesta ja tasaantuvat yleensä noin 20 - 25 vuoden jälkeen. Melualtistus harvoin kuu- rouuttaa korvan kokonaan. Vaurion aiheuttamiin kuulomuutoksiin liittyy usein tinnitus, puheen erotuskyvyn vaikeus sekä joskus myös ääniyliherkkyys. Meluvaurion aiheut- tamaan kuulon alenemaan voidaan saada vain rajallista apua kuulokojeesta. (Jauhiain- nen 2007, 42 - 44.) Kuulovaurioiden lisäksi melulla on myös fysiologisia vaikutuksia kuten sydämen lyöntitiheyden, verenpaineen ja hengitystiheyden muutoksia. Melu vaikuttaa myös unenlaatuun ja keskittymiskykyyn. (Väätäinen 2005, 23.)

**Krooninen välikorvatulehdus** on seuraus parantumattomasta akuutista välikorvantu- lehduksesta (Väätäinen 2005, 24). Korvatulehduksen aikana korvatorven ilmastointi toimii huonosti, mikä johtuu välikorvaan kehittyneestä alipaineesta. Tämä välikorvan muutos vaimentaa äänen johtumista sairaan välikorvan kautta sisäkorvaan. Kroonisek- si muuttunut tulehdus voi aiheuttaa muutoksia tärykalvossa ja kuuloluuketjussa. Kroonisen korvatulehduksen aiheuttamat vauriot voidaan korjata leikkauksella, täry- kalvon reikä voidaan korjata ja kuuloluuketju voidaan rakentaa uudestaan. Onnistues- saan leikkaus voi palauttaa kuulokynnyksen lähes normaalille tasolle. Koska krooni- nen välikorvatulehdus ei ole sisäkorvan sairaus, kuulokojeella saadaan selvä hyöty. (Jauhiainen 2007, 45 - 47.)

**Otoskleroosi** on välikorvan sairaus, jossa jalustin luutuu kiinni väli- ja sisäkorvan välissä olevaan eteisikkunaan eli soikeaan ikkunaan. Kun ikkuna on luutunut täysin, värähtely jalustimessa heikkenee, mistä seuraa äänen johtumisen heikkous sisäkorvan nesteisiin. (Jauhiainen 2007, 47.) Otoskleroosi puhkeaa usein 15 - 30 vuoden iässä ja sitä esiintyy usein kummassakin korvassa. Taudin etenemisvauhti on melko hidas. (Väätäinen 2005, 25.) Naisilla taudin etenemiseen voi vaikuttaa hormonaaliset muutokset, kuten raskaus (Jauhiainen 2007, 47).

Otoskleroosia voidaan hoitaa leikkauksella, jossa välikorvaan asetetaan proteesi alasimesta soikeaan ikkunaan. Proteesi toimii männän tavoin, jolloin äänten siirtyminen sisäkorvaan helpottuu. Jos leikkaushoito ei ole mahdollista, myös kuulokojeella voidaan helpottaa kuulon alenemaa. (Terveyskirjasto 2006.)

**Ménièreen tauti** on oireyhtymä, joka koostuu kuulon alenemasta, huimauksesta ja tinnituksesta. Oireena voi olla myös paineen tunne korvassa. Oireet esiintyvät kohtauksellisesti. Alussa taudinkuvaa hallitsevat huimauskohtaukset, ja huonokuuloisuus ilmenee kuuloherkkyyden huonontumisena matalilla äänillä. Kohtausten välillä kuulo voi palautua normaaliksi ja tinnitus lakata. Puolestaan vaikeammassa tapauksessa kuulo ei palaudu ja kuulon alenema voi kohtausten uusiessa pahentua. (Väätäinen 2000, 25.) Longan ja Korpijaakko-Huuhkan mukaan (2000, 308) Ménièreen taudin perimmäistä syytä ei tunneta, mutta on olemassa teoria, jonka mukaan taudin oireita aiheuttaisi sisäkorvan nesteen paineen vaihtelu. Ménièreen tauti voi myös olla perinnöllistä.

Ménièreen tautiin ei ole olemassa parantavaa hoitoa. Vaihtoehtoina olevat nesteenpoistolääkkeet tai sisäkorvan verenkiertoa parantavat lääkkeet voivat helpottaa oireita. (Jauhiainen 2007, 48 - 49.) Nesteenpoistolääkkeet vähentävät huimauskohtauksia mutta eivät vaikuta itse taudin etenemiseen tai kuulon huononemiseen. Nesteenpoistolääkkeet salpaavat sisäkorvan liiallista nesteen tuotantoa, mikä aiheuttaa huimauskohtauksia. (Pyykkö 2004, 5.) Taudin kulkuun on myös yritetty vaikuttaa suolattomalla dieetillä sekä vähentämällä stressiä. Joskus kuulon jäädessä pysyvästi huonoksi ja vaivan ollessa molemminpuolinen voidaan kuulokojeella saada helpotusta oireisiin. (Jauhiainen 2007, 48.)

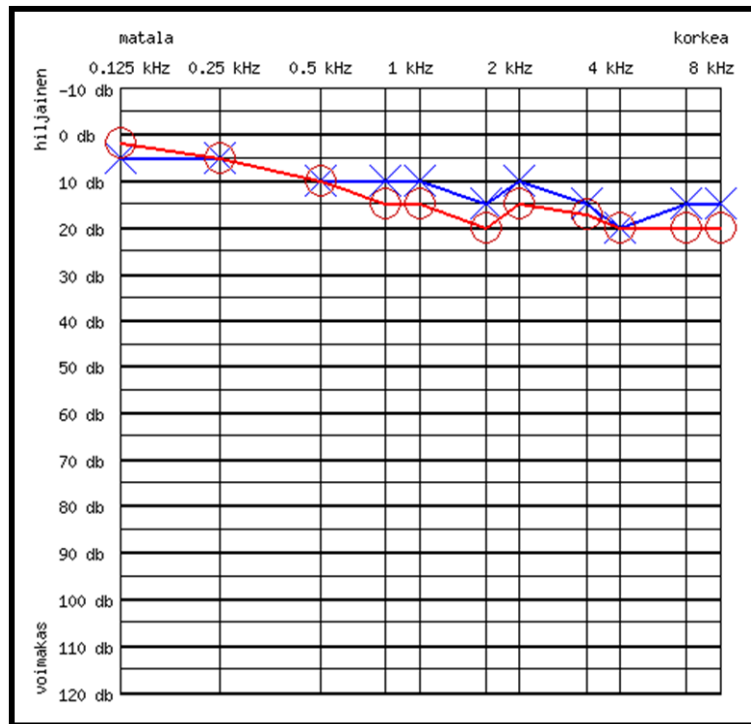
Kuulon alenemaa aiheuttaviin **muihin sairauksiin** lukeutuu kasvaimien, kuulohermovaurion lisäksi muun muassa Usherin oireyhtymä. Usherin oireyhtymälle on tyypillistä sisäkorvaperäinen kuulon alenema tai kuurous ja silmän verkkokalvon aistinsolujen vaurioitumisesta johtuva näkövamma (Terveyskirjasto 2011a.)

## 4.2 Huonokuuloisuuden tutkiminen

Huonokuuloinen henkilö pystyy havaitsemaan ääniä vasta, kun äänet ovat riittävän voimakkaita. Mitä voimakkaampi äänen on oltava, sitä voimakkaammasta kuulovauriosta on kyse. Kuuloherkkyyttä mitataan kuulokynnysarvona, joka on pienin mahdollinen äänenvoimakkuus, jonka tutkittava kykenee eri taajuuksilla kuulemaan. (Jauhiainen 2007, 29 - 30.)

Audiogrammiin (kuva 2) eli kuulontutkimuskaavioon merkataan kummankin korvan kuulokynnysarvot eritaajuisilla ääneksillä. Kaavion 0 dB lähtötaso vastaa normaalia kuulokynnystä, ääntä, jonka normaalikuuloinen juuri ja juuri kuulee. (Kuuloliitto ry 2010.) Kuulontutkimuskaaviossa ääni voimistuu siirryttäessä ylhäältä alaspäin, kun taas fysikaalisissa mittauksissa ääni kovenee noustessa alhaalta ylöspäin. Tätä logiikkaa noudattaen poikkeava kuulokynnys on se, joka asettuu 0 dB kuulokynnysviivan alapuolelle. Tätä poikkeamaa kutsutaan kuulon alenemaksi. On kuitenkin muistettava, että kuulo on jokaisen omakohtainen kokemus, joku voi kokea olevansa täysin normaalikuuloinen, vaikka sijoittuisikin asteikoilla 0 dB:n alapuolelle (Jauhiainen 2007, 32.)

Vaikka kuulo onkin henkilökohtainen ominaisuus, on kuitenkin luotu säännöt niin sanotuista normaaleista kuulokynnysarvoista. Kyseisten arvojen mukaan säädetään kuulontutkimuslaitteisto, audiometri. Normaalit kuulon viitearvot on saatu testien avulla, joissa on ollut nuoria, tervekorvaisia ja itseään normaalikuuloisina pitäviä koehenkilöitä. On kuitenkin korostettava, että normaaliarvoksi sovittua keskiarvoa ei voida liioin painottaa, sillä jokaisen henkilön yksilölliset erot ja kokemukset on otettava huomioon. Keskiarvoon voi vaikuttaa esimerkiksi ikä, iän aiheuttama kuulon alenema ei kuitenkaan ole sairaus, vaan on kyse vain normaaleista elimistön fysikaalisista muutoksista. Yksinkertaisimpinakin vaikuttavina tekijöinä voi olla myös henkilön keskittyminen ja tarkkaavaisuus koetilanteessa. (Jauhiainen 2007, 32 - 34.)



*Audiogrammin merkkien selitykset: O = oikea korva, X = vasen korva, dB = äänen voimakkuus, kHz = äänen taajuus/sävelkorkeus.*

## **KUVA 2. Audiogrammi, esimerkki normaalikuuloisen kuulokäyrästä (Ikäkuulo 2010)**

Kuuloliiton mukaan (2010) voidaan puhua kuulon alenemasta silloin, kun kuulo on alentunut 30 dB. Tällöin voidaan puhua sosiaalisesta kuulemisen rajasta, eli kuulon alenema häiritsee kommunikointia tavallisessa tilanteessa. Merkittävästä kuulon alenemasta voidaan puhua silloin, kun alenema on 60 - 65 dB, ja kuuroudesta silloin, kun kyky kuulla on alentunut 85 - 90 dB.

Kuulokynnys mitataan kummastakin korvasta sekä tavallisella korvan päällä olevalla kuulokkeella eli ilmajohtokuulokkeella sekä korvan taakse pään luuta vasten asetetulla kuulokkeella eli luujohtokuulokkeella (Jauhiainen 2007, 32). Kuulokynnys tarkoittaa potilaan heikointa kuulemaa ääntä (Terveyskirjasto 2011a).



Luujohtokuuloke välittää äänet suoraan sisäkorvaan. Luujohtokuulokkeella annetun äänen äänivärähtelyn voimakkuus on säädetty siten, että tervekorvaisella mittauksessa saatu luujohtokynnys sekä ilmajohtokynnys osuvat samoihin arvokohtiin. Kuulon erotuskyvyn mittaamiseksi tehtävä kuulontutkimus puheäänellä on puheaudiometria. Sen avulla tutkitaan, kuinka monta prosenttia sanalistan sanoista tutkittava kuulee ja pysyy toistamaan oikein kullakin tietyllä puheäänien voimakkuustasolla, kummallakin korvalla erikseen. (Jauhiainen 2007, 32 - 35.)

### **4.3 Kuulon kuntoutus**

Longan ja Launosen mukaan (2010, 5) Jauhiainen (2010) on todennut, että kuulon kuntoutus on asiantuntijoiden yhteistyötä. Kuulonkuntoutukseen kuuluvat kuntoutushoito, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus. Tässä työssä käsittelemme apuvälinekuntoutuksen piiristä kuulokojetta. Kuulokojeen käytössä ja ohjauksessa ilmenee yhä ongelmia hoitohenkilökunnalla, minkä vuoksi haluamme tuoda esille keskeisimpiä ongelmia.

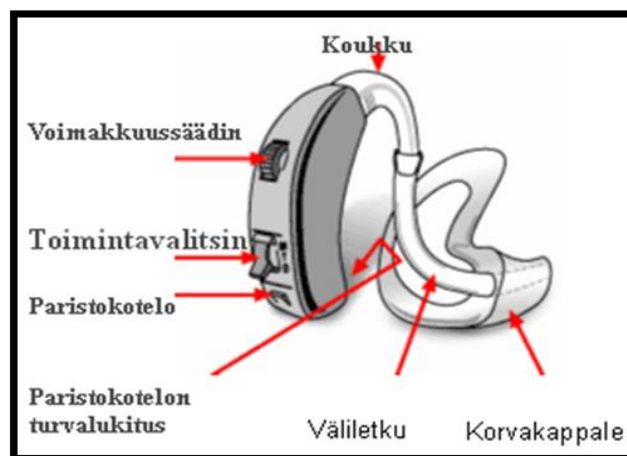
Nykyisen lainsäädännön mukaan lääkinnällinen kuulovammaisten kuntoutus on julkisen terveydenhuollon vastuulla. Sairaaloiden kuulokeskuksissa tehdään kuulovaurioiden diagnostisia tutkimuksia sekä annetaan kuntoutushoitoa. (Jauhiainen 2007, 90.) Kuulon kuntoutuksen hoitoketju alkaa yleensä terveystakeskuksesta, jossa lääkäri tekee alustavan kuulomäärityksen korvan tähytyksen ja ääniraudan avulla tai vaihtoehtoisesti terveydenhoitaja tutkii kuulon seulonta-audiometrialla. (Väätäinen 2005, 27.)

Kuulokynnysmäärityksen tuloksen perusteella terveystakeskuslääkäri voi ohjata potilaan tarvittaessa tarkempiin kuulon tutkimuksiin sekä kuntoutusarviota varten erikoislääkärille, joko korvatautien poliklinikalle tai suoraan kuulonhuoltoyksikköön. (Jauhiainen 2007, 90 - 91.) Tulosten perusteella keskustellaan potilaan kanssa, aloitetaanko kuulon kuntoutus. Mikäli potilas on halukas aloittamaan kuulon kuntoutuksen, valitaan yhdessä potilaan kanssa kuulokojeen tyyppi sekä otetaan jäljennös korvasta yksilöllistä korvakappaletta tai kuulokojetta varten. Korvakappaleen tai kojeen valmistuttua potilaalle varataan aika kuulontutkijalle, joka opastaa potilasta kuulokojeen käytössä. Tämän jälkeen potilas saa kuulokojeen kuukauden ajaksi koekäyttöön. Koekäytön jälkeen kuulontutkija selvittää, kuinka potilas on sopeutunut käyttämään kuuloko-

jetta ja mahdollisesti tarkastaa kuulokojeen säätöjä. Samalla kerrataan potilaan kanssa kojeen käyttöön ja huoltoon liittyviä asioita. Kuulokoje luovutetaan potilaalle pitkäaikaislainaksi. (Väätäinen 2005, 27 - 28.)

Julkisen terveydenhuollon lisäksi kuntoutuspalveluita on saatavilla myös yksityisellä sektorilla; palveluiden saatavuus on kuitenkin huomattavasti vähäisempi kuin julkisen terveydenhuollon sektorilla (Jauhiainen 2007, 90 - 91). Kuulon apuvälineet on tehty helpottamaan huonokuuloisen arkipäivää ja elämää. Kuulon apuvälineet ovat kehittyneet viime vuosina huomattavasti, ja huonokuuloisille on saatavilla entistä enemmän apuvälineitä. (Kuuloliitto ry 2010.)

Kuulokoje (kuva 3) on yleisin huonokuuloisten käyttämä apuväline. Kuulokojeen saannin edellytyksenä on, että kuulon alenema on paremmassa korvassa vähintään 30 dB puhekuuloalueella. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 146.) Kuulokoje ei koskaan palauta kuuloa normaalille tasolle mutta auttaa hyödyntämään jäljellä olevaa kuuloa (Eräkanto & Salminen 2003, 79).



**KUVA 3. Kuulokoje (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009)**

Salmelan ym. määritelmän mukaan (2006, 27) kuulokoje on vahvistin, johon kuuluu mikrofoni, säädettävä vahvistin, toimintakytkin, kuuloke sekä virtalähde. Kuulokoje on jokaisen henkilökohtainen apuväline (Väätäinen 2005, 39).

Kuulokoje vahvistaa puheen ja ympäristön äänet. Kuulokojeen käyttäjän on opittava valitsemaan ne äänet, jotka halutaan kuulla ympäristöstä. Uuteen ääniympäristöön tottuminen vie paljon aikaa, sillä aivojen kuulojärjestelmä ei ole tottunut kuulemaan tiettyjä ääniä kuulovamman vuoksi. Kuulokojeen avulla huonokuuloinen potilas kykenee kuulemaan äänet uudelleen. (Väätäinen 2005, 40.)

Kuulokoje sovitetaan sairaaloiden kuulokeskuksissa tai kuuloasemilla. Sovitus tapahtuu aina yksilöllisesti, ja sovituksessa on otettava huomioon vamman laatu ja vaikeus. (Eräkanto & Salminen 2003, 80.) Se, kuinka potilas kokee ja kuulee äänet, on riippuvainen jäljellä olevasta kuulosta sekä kuulovamman laadusta. Kuulemiseen vaikuttaa myös ympäristö sekä puheen erotuskyky. (Väätäinen 2005, 40.)

Eräkannon ym. mukaan (2003, 79) kykyyn oppia kuulla vaikuttaa myös potilaan ikä. Mitä nuorempana kuulokojeen saa, sitä helpommin kojetta oppii käyttämään. Salmelan ym. mukaan (2006, 32) vaikuttavia tekijöitä iän lisäksi ovat myös motoriikan hallinta, näkö- ja muistiongelmät sekä kuulokojeen käyttöön liittyvät ongelmat ja motivaatio.

Kuulokojeita on sekä korvantauskojeita että korvakäytäväkojeita. Korvantauskuulokoje sijoitetaan nimensä mukaisesti korvan taakse ja kojeesta vahvistettu ääni johdetaan ohuen letkun ja korvaan asetetun korvakappaleen kautta korvaan. Korvakäytäväkoje asetetaan korvalehdenkuoppaan tai korvakäytävään. Korvakappale valmistetaan korvasta otettavan muotin avulla. (Ikäkuulo 2010.) Kojetyypin valintaan vaikuttavat kuulovamman laatu ja vaikeusaste, käyttäjän ikä, vammat ja sairaudet sekä käsien motorikka (Salmela ym. 2006, 27).

Kuulokoje toimii paristolla. Yleensä kuulokojeissa käytetään sinkki-ilmaparistoja, jotka käyttävät ilmaa sähköän muodostamiseen. Pariston pinnalla on pieniä ilmareikiä, jotka on peitetty tarralla varastoinnin ajaksi. Kun tarra otetaan pois, paristo alkaa purkautua, vaikka sitä ei käytettäisi. Tämän vuoksi on tärkeä muistaa, että poistaa tarran paristosta vasta juuri ennen kojeeseen laittoa. Paristojen käyttöaika on riippuvainen pariston ja kojeen mallista sekä päivittäisestä käytöstä. (Eräkanto & Salminen 2003, 84.) Useimmiten sinkki-ilmaparistojen käyttöaika on noin kahdesta neljään viikkoa (Väätäinen 2005, 63).

Ääni johdetaan korvantauskojeesta korvaan kojeen koukun, väliletkun ja korvakappaleen yhdistelmän avulla. Väliletku toimii korvakappaleen ja korvantauskojeen yhdistäjänä. Väliletkun tulee olla pehmeä ja myötäävä. Letku kellastuu ja kovettuu normaalissa käytössä, ja vaihto on tehtävä kahden – neljän kuukauden välein. Kun letku on kovettunut, ääni pääsee vuotamaan letkun tai kuulokojeen koukun välistä, jolloin kuulokoje vinkuu. Letkut, jotka eivät ole käytössä on säilytettävä suljetussa muovipussissa ilmalta suojassa, jolloin voidaan välttää kovettuminen ja kellastuminen. (Väätäinen 2005, 45 - 46.)

Korvakäytävässä muodostuu korvavahaa, joka voi tukkia korvakäytäväkojeen äänen ulostuloaukon. Ulostuloaukossa on vahasuoja, joka on puhdistettava aina, kun kuulokoje asetetaan korvaan. Vahasuojia on erilaisia, ja puhdistus voidaan tehdä joko kevyesti harjaamalla, pyyhkimällä tai puhdistusliinaan vetämällä. (Väätäinen 2005, 43.)

Kuulokojeen käsittelyssä on käytettävä erityistä varovaisuutta. Kuulokojetta voi vaurioittaa kosteus, kuumuus, kemialliset aineet sekä infektiot. Kuulokojetta ei tule käyttää vesisateessa ilman sateenvarjoa eikä myöskään suihkussa, uudessa tai saunoessa. Jos kuulokojeeseen on kertynyt kosteutta, paristokotelo on avattava ja paristo poistettava. Tällöin kosteus pääsee poistumaan. Kun koje on kuivunut, koje otetaan käyttöön uudella paristolla. Kuulokojetta ei saa kuivata hiustenkuivaajalla tai auringonvalossa, sillä se vahingoittaa kojetta. Kemikaaleja, kuten hiuslakkaa tai partavettä, käytettäessä on kuulokoje ensin poistettava korvasta ja odotettava, että kemikaalit ovat kuivuneet, ennen kuin kuulokoje asetetaan takaisin korvaan. Jos korvassa on infektio, on varmistettava lääkäriltä, voiko kuulokojetta käyttää infektion aikana. Kaikki kojeet ovat kuitenkin yksilöllisiä, ja käyttöohjeet on aina otettava huomioon. (Väätäinen 2005, 41.) Kojeen keskimääräinen käyttöikä normaalissa käytössä on noin kolmesta kymmeneen vuotta, mutta uusimista suositellaan viiden vuoden välein (Salmela ym. 2006, 32).

Jos kuulokojeen käyttäjä ei osaa itse huoltaa kuulokojetta, hän voi kääntyä terveyskeskuksen puoleen (Salmela ym. 2006, 29). Kuuloasema huoltaa aina kuulokojeen laitetuimittajien antamien suositusten mukaan. Huolloista ja korjauksista aiheutuvat kulut maksetaan lääkinnällisenä kuntoutuksena. Tarpeettomat kuulokojeet palautetaan kuuloasemalle. (Väätäinen 2005, 39.)

## 5 HUONOKUULOISUUS HOITOTYÖSSÄ

### 5.1 Huonokuuloisuus hoitotyön haasteena

Huonokuuloisuus aiheuttaa usein potilaalle epävarmuutta ja pelkotiloja tulevasta kommunikointitilanteesta. Monesti pelkotilat syntyvät asioista, joissa pelkäämme epäonnistuvamme. (Väätäinen 2005, 94 - 97.) Väärinymmärrysten riski kasvaa usein huonokuuloisuuden yhteydessä. Hoitohenkilökunnalla on kuitenkin velvollisuus selvittää asia siten, että vuorovaikutus on sujuvaa hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä. (Kynäs & Hentinen 2008, 99.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sanoo (2. luku, 5. pykälä):

*”Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitys tulee antaa siten, että potilas ymmärtää riittävästi sen sisällön”* (Finlex, 1992).

Huonokuuloisen potilaan kohdalla väärinymmärryksen riski kasvaa, jos vuorovaikutuskumppanit eivät omalla toiminnallaan tue potilaan aistimusta ja ymmärrystä. Huonokuuloisen potilaan kanssa kommunikoidessa on luotava ympäristö, joka tukee henkilön jäljellä olevaa kuuloa ja mahdollisuutta kuulla. Keskusteluun osallistujilla on suuri merkitys huonokuuloisen potilaan kykyyn kuulla tai ymmärtää sanoma vuorovaikutustilanteessa. (Väätäinen 2005, 94 - 97.)

Potilaan taustasta riippumatta hänen tulee saada tasavertaista kohtelua hoitotilanteessa ottaen huomioon hänen tarpeensa ja tilanteensa. Kukin potilas on oma yksilönsä ja terveydenhuoltohenkilöstöltä se edellyttää kunkin potilaan tilanteen, tarpeiden, kykyjen ja mahdollisuuksien selvittämistä. (Kynäs & Hentinen 2008, 49.) Hoitajan tulee kohdata potilas yksilönä ja sitoutua edistämään hänen terveyttään (Sundman 2000, 135). Vuorovaikutus potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välillä on mo-

lemminpuolista, vastavuoroista ja jossain määrin siihen sisältyy keskinäinen riippuvuus (Kuisma ym. 2008, 609).

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet tukevat näkemystä seuraavasti:

*”Sairaanhoitaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä. Hän kuuntelee potilasta ja eläytyy tämän tilanteeseen. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Sairaanhoitaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta.”* (Sairaanhoitajaliitto 2010.)

Hyypä (2004, 41 - 42) on tutkinut sairaanhoitajien ajatuksia siitä, mitä heidän mielestä on tärkeää ottaa huomioon vuorovaikutuksessa huonokuuloisen potilaan kanssa. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat nostaneet esille kärsivällisyyden, empaattisuuden, palvelualttiuden, luovuuden ja vuorovaikutustaidot. Lisäksi he olivat listanneet keinoja, joilla parantaa vuorovaikutusta huonokuuloisen potilaan kanssa, kuten kuulovamman laadun selvitys, katsekontakti, puhuminen paremman korvan puolelle, rauhallisuus, vieraiden termien välttäminen, visuaalinen ohjaus, kuullun ymmärtämisen tarkistaminen ja mahdollinen asian toisto.

Tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista lähes kaikki olivat kommunikoineet työssään huonokuuloisen potilaan kanssa (Hyypä 2004, 39). Kuitenkin neljäsosa vastanneista (n = 101 - 104) koki olonsa epävarmaksi, ja kolmasosa vastanneista koki, että huonokuuloisen potilaan kanssa on vaikea kommunikoida. Vastaajista puolet koki kommunikoinnin helpoksi. (Hyypä 2004, 43.) Lähes kaikki sairaanhoitajat olivat käsitelleet kuulon apuvälineitä työssään, mutta suurin osa hoitajista koki (n = 103), että tarvitsisi lisäkoulutusta apuvälineiden käytössä. Hoitajista kolme neljäsosa olisi kiinnostunut saamaan lisäkoulutusta huonokuuloisen potilaan kanssa toimimisesta, ja yksi viidesosa vastanneista ei ollut kiinnostunut lainkaan huonokuuloisuudesta. (Hyypä 2004, 44.)

## 5.2 Huonokuuloisuus potilaan kokemana

Kuulemisen vaikeudet vaikuttavat tapaan, jolla koemme itsemme. Huonokuuloisuus usein johtaakin muutoksiin, kuinka koemme itsemme, miellämme ympäristömme, kommunikoidemme tai käyttäydymme. Kuuloaistimuksella onkin suurempi merkitys ihmisen elämässä, kuin yleensä ajattelemme. Se ei ainoastaan vain sulje pois yhtä elämystä vaan vaikeuttaa elämistä hyvin monella elämänsaralla. (Jauhiainen 2007, 9.)

Kalelan mukaan (2006, 74 - 75) huonokuuloisten identiteetti muovautuu sen mukaan, millaisessa ympäristössä he ovat. He voivat tuntea paremmuutta, huonommuutta tai samanvertaisuutta riippuen ympäristöstä. Tämä vaikuttaa suoranaisesti henkilön sosiaalisuuteen sekä persoonaan. Sorkinin (1996) mukaan on yleistä, että huonokuuloinen ei pidä itseään samanvertaisena kuin muut. On täysin tavallista, että huonokuuloinen kieltää puutteensa tai puolestaan haluaa sulkeutua ja luoda oman maailmansa, jossa ei tarvitse kommunikoida normaalikuuloisten kanssa.

Kalela (2006, 74 - 75) on tutkinut eroja, kuinka huonokuuloiset kokevat itsensä kuulevien, toisten huonokuuloisten tai viittomakielisten kuurojen parissa. Tuloksena syntyi monia huonokuuloisten sosiaalisia identiteettejä; huomattiin, kuinka huonokuuloisella ei ole vain yhtä identiteettiä, vaan identiteetti voi muuttua useastikin. Kuitenkin se ryhmä, johon itse samaistuu, koettiin tärkeimmäksi identiteettiin vaikuttavaksi seikaksi. Se, miten huonokuuloiset soveltuivat edellä mainittuihin ryhmiin, vaikutti heidän käsityksiinsä omasta itsestä, jolloin esille nousi ajoittain huonommuuden tai paremmuuden tunteita.

Kajander ja Kauhanen (2001, 36 - 40) ovat tutkineet huonokuuloisten kokemuksia sairaalassa vuorovaikutuksen näkökulmasta. Huonokuuloiset kokivat ongelmaksi epäselvyyden kommunikoinnissa, kuten maskin suun edessä, jolloin huulioluku ei onnistu. Kuulokynnyksen mukaan (2011) huulioluku tarkoittaa huulten, kielen, hampaiden ja leuan liikkeiden tarkastelua, jonka avulla huonokuuloinen potilas saa tukea kuulemalleen tiedolle. Kajanderin ja Kauhasen tutkimuksessa (2001, 36 - 40) selvisi potilaiden kokevan myös, että hoitohenkilökunnan puheessa ei ole riittävän selvää artikulointia ja voimakkuutta. Huonokuuloisille oli jäänyt myös tunne, että heidän toiveitaan

ei kuunnella tai oteta huomioon sitä, että hän on huonokuuloinen. Myös Kääriäisen ym. tekemässä tutkimuksessa (2005) potilaat kokivat ohjaustilanteessa, että ohjaus etenee liian rutiininomaisesti eivätkä potilaat pysty vaikuttamaan riittävästä omaan ohjaukseen. Kajanderin ja Kauhasen mukaan (2001, 36 - 40) huonokuuloiset toivoivat, että hoitohenkilökunta olisi tietoinen huonokuuloisuudesta, tulkin hankinnan mahdollisuudesta ja hoitohenkilökunnan luovuuden ja apukeinojen, kuten kynäpaperi-järjestelmän, käytöstä kommunikointitilanteessa. Ajan puute koettiin myös negatiivisena asiana.

Myös Kivelä (2002, 12 - 17) on tutkinut huonokuuloisten kokemuksia kommunikoinnista normaalisti kuulevien kanssa. Kivelän mukaan huonokuuloiset kokivat hyvinä kokemuksina sellaiset, joissa he olivat saaneet yksilöllistä ja ystävällistä kohtelua, kärsivällisyyttä sekä potilaan ehdoilla etenemistä. Huonoiksi kokemuksiksi huonokuuloiset kokivat tilanteet, joissa heitä pidetään tyhmänä, joissa potilas tuntee olonsa epävarmaksi ja joissa ei tule kuulluksi, hoitajien tietämättömyyttä huonokuuloisuudesta, kiirettä sekä lääkärikäynnin sujumattomuutta. Sonnisen ”Potilasohjaus elämänhallinnan tukena” -tutkimuksessa (2006, 29) myös kiire, hoitajien vähyys ja hoitorutiinien viemä pitkä aika koettiin negatiivisina asioina. Näin ollen potilaille syntyi kokemus, etteivät he enää halunneet ohjausta tuntemusten vuoksi. Kivelän mukaan (2002, 12 - 17) sanallisessa viestinnässä potilaat kiinnittivät negatiivista huomiota siihen, että hoitaja puhuessaan korottaa ääntä, huutaa tai puhuu epäselvästi. Potilaat pitivät positiivisena sitä, että taustamelun poissulkuun ja tilojen tarkoituksenmukaisuuteen oli kiinnitetty huomiota ja että hoitajat käyttivät tarvittaessa kirjoitusta puheen tukena.

Huonokuuloisten esille tuomina kehittämistoiveina hoitohenkilökunnalle oli vuorovaikutustilanteet huonokuuloisen ja henkilökunnan välillä. Potilaat toivoivat, että heille osoitettaisiin välittämistä, hoitohenkilökunnalla olisi tietoutta kuulovammasta ja siitä, kuinka puhua huonokuuloiselle ja kuinka heihin saa kontaktin ja miten pitää se yllä, sekä viestinnän helpottamista, kuten viittomien käyttämistä tai toimivaa tekniikkaa, kuten kynä-paperi-järjestelmää. Huonokuuloisilla oli toiveena myös kiireettömyys hoitotyössä, hoitajien oma-aloitteisuus, kuten kirjallisten ohjeiden antaminen ja kuullun ymmärtämisen varmistaminen. Myös tilojen ja akustiikan laatuun oli kiinnitetty huomiota. (Kivelä 2001, 17 - 20.)



### 5.3 Huonokuuloisen potilaan ohjaus

Potilasohjauksen pääkriteerit muodostuvat asiakkaan taustatekijöistä ja tavoitteista, ohjaajan tietomäärästä, asianmukaisista tiloista, toiminnan vaikutuksen arvioinnista, asiakkaan aktiivisuudesta, vastuullisuudesta, motivaatiosta, tavoitteellisuudesta ja ongelmanratkaisukyvyistä. (Kääriäinen ym. 2005, 27.)

Potilasohjauksessa tulee ottaa huomioon ohjauksen suunnittelu, toteutus ja arviointi. Ohjauksen suunnitteluun kuuluu fyysiset ja sosiaaliset ominaisuudet, tavoitteiden laatiminen asiakkaan elämäntilannetta vastaavaksi sekä ympäristötekijöiden vaikutus ohjaukseen. Potilasohjauksen suunnittelussa selvitetään, mitä asiakas tietää, mitä hänen täytyy tietää, mitä hän haluaa tietää ja millä keinoin hän ne otaksuu parhaiten. Vuorovaikutustilanteessa huonokuuloisen potilaan kanssa on luotava ympäristö, joka tukee huonokuuloisen henkilön jäljellä olevaa kuuloa ja mahdollisuutta kuulla. Käytössä ei ole aina asianmukaisia tiloja, jolloin potilaan ohjaaminen keskeytyy ja laatu kärsii. (Kääriäinen ym. 2005, 28.) Keskusteluun osallistujat määrittävät osaltaan sen, kuinka hyvin huonokuuloinen potilas kykenee kuulemaan tai ymmärtämään sanoman vuorovaikutustilanteessa (Väättäinen 2005, 94 - 97). Vastuu yhdessä sovittujen tavoitteiden saavuttamisesta kuuluu sekä potilaalle että hoitajalle (Kyngäs & Hentinen 2008, 47). Yhteisesti sovittujen tavoitteiden tulee olla realistisia, tilanteeseen nähden muuttuvia sekä konkreettisia (Kääriäinen ym. 2005, 28).

Potilasohjauksessa onnistuneen toteutuksen lähtökohta on ohjaajan tietomäärä ja taidot (Kääriäinen ym. 2005, 28). Tiedonsaanti hoitohenkilökunnalta on oltava ymmärrettävää ja vuorovaikutus sujuvaa (Kyngäs & Hentinen 2008, 47). Ohjaajan tiedot tulee olla ajan tasalla ja tiedon täytyy olla näyttöön perustuvaa. Hoitotilanne on osa laajaa monimuotoista kokonaisuutta, jossa hoitajan täytyy saada potilas tuntemaan olonsa turvalliseksi. Potilaan luottamus hoitotilannetta kohtaan herää ja vuorovaikutussuhteen onnistumiselle luodaan hyvät edellytykset. (Mäkelä ym. 2001, 20 - 21.) Opitut mallit eivät aina takaa parasta mahdollista hoitoa, koska jokainen hoitotilanne on oma tapahtumansa, yksilöllinen ja ainutkertainen, ja sisältää monta eri tekijää. Silvennoisen mukaan (2004, 37) hoitajan on hallittava vuorovaikutustilanteiden tyyli ja osattava sopeutua erilaisiin tilanteisiin. Täten hoitaja osoittaa kykynsä asettua toisen asemaan. Jauhaisen mukaan (2007, 9) huonokuuloisuus vaikuttaa tapaan kommuni-

koida ja siihen, kuinka potilas kokee itsensä ja ympäristönsä. Kääriäisen (2005, 28 - 29) mukaan hoitajan on havainnoitava potilaan keinoja oppia, jolloin hän voi edesauttaa asioiden ymmärtämistä. Usein keskustelussa käytävä ensimmäinen ja viimeinen asia jäävät päällimmäiseksi mieleen, minkä vuoksi myös kertaaminen on suositeltavaa. Tutkimusten mukaan asiakas muistaa näkemästään 75 %, kuulemastaan 10 % ja yhdessä kuulo- ja näköaistin avulla saadusta tiedosta 90 %.

Potilaan ohjauksessa toimitaan tukemalla potilasta tiedollisesti, emotionaalisesti ja konkreettisesti. Tiedollisella tuella varmistetaan potilaan hoidon kannalta välttämättömät tiedot, hänelle kerrotaan sekä sairaudesta ja sen hoidosta sekä varmistetaan, miten hyvin hän on sisäistänyt nämä tiedot. Nämä asiat tulee kertoa hyvin ja ymmärrettävällä tavalla. Emotionaalinen eli tunteisiin liittyvä tukeminen sisältää potilaan arkipäivän elämää helpottavan käsittelyn niin, ettei hoito häiritsisi elämää. Kaikki välineellinen tuki taas sisältyy konkreettisen tuen antamiseen, jonka avulla potilas voi edistää hoitoon sitoutumistaan. (Kynäs & Hentinen 2008, 76.) Huonokuuloisen potilaan kanssa kommunikoidessa esimerkiksi kirjoittamisella voidaan selventää epäselvien asioiden ymmärtämistä (Kajander & Kauhanen 2001, 40). Potilasohjauksen toteutusta tulee aina arvioida, arviointi voidaan tehdä sekä lyhyellä tai pitkällä aikavälillä. Arvioinnissa verrataan asiakkaan ja hoitajan toiminnan edellytyksiä ja vaikutuksia. (Kääriäinen ym. 2005, 29).

Kääriäisen ym. tekemässä tutkimuksessa (2005) selvisi (n = 844), että ohjaus hoitotyössä on pääsääntöisesti asiakaslähtöistä ja ilmapiiri on ohjauksessa hyvä. Ennen sairaalaan tuloa yli puolet vastanneista koki, että ohjaus on ollut riittävää, neljännes vastanneista koki ohjauksen riittämättömäksi varsinkin sosiaalisen tuen puolelta. Kymmenesosa vastanneista koki, ettei tarvinnut ohjausta lainkaan. Tutkimuksiin ja toimenpiteisiin tulleet potilaat kokivat, että ohjaus on ollut riittävää, mutta sairauden ennusteen, jatkohoidon ja hoidon riskien arvioinnin ohjaus oli huonoa. Sairaalassa olleista potilaista kolme neljäsosaa koki, että ohjaus on pääsääntöisesti hyvää. Reilu kymmenes koki ohjauksen huonona, ja lähes viidesosa koki, ettei tarvinnut ohjausta lainkaan. Pääsääntöisesti sekä ennen sairaalaan tuloa että sairaalassa olleista potilaista miehet, yli 50 - 65 -vuotiaat, peruskoulun käyneet sekä potilaat, joilla sairaus oli kestänyt alle 3 vuotta, kokivat saaneensa parempaa ohjausta kuin muut. Ohjaus arvioitiin paremmaksi poliklinikoilla kuin sairaalan osastoilla, mutta negatiivisina puolina poli-

kliniikkatyössä koettiin välineistön heikkous ja ohjausajan lyhyys. Kuitenkin osaston henkilökunnan asenteet ja tietämys arvioitiin paremmaksi kuin poliklinikalla työskentelevien hoitajien. Suurin osa potilaista koki, että potilasohjauksella on suuri merkitys, neljäsosa arvioi hyödyn vähäiseksi ja kymmenesosa koki, ettei tarvitse ohjausta lainkaan. (Kääriäinen ym. 2005, 10 - 11.)

Huonokuuloisen potilaan ohjauksessa on asioita, joihin erityisesti tulee kiinnittää huomiota, kuten kosketus, katse, puhe, valoisuus, häiriötekijät ja mahdolliset apuvälineet. Kosketuksella voimme ilmoittaa huonokuuloiselle potilaalle, milloin aloitamme keskustelun, sekä viestiä, milloin vuoro siirtyy seuraavalle. (Väätäinen 2005, 94.) Hoitajalla on lupa koskettaa potilasta vain välttämättömissä tilanteissa, jotka ovat liitoksissa potilaan hoitamiseen (Enäkoski & Routasalo 1998). Rosqvistin tutkimuksen (2003, 62) yhtenä osa-alueena olivat luvan kanssa tapahtuvan ja ilman lupaa tapahtuvan kosketuksen sekä turhan ja ylimääräiseltä tuntuvan kosketuksen kokeminen. Kohderyhmä oli potilaat sisätautien vuodeosastoilla. Tutkituista (n = 250) noin kolmannekselle luvan kysyminen kosketukseen hoitotilanteessa oli merkityksellistä ja vajaa puolet (47 %) piti sitä täysin merkityksettömänä. Valtaosa (72 %) potilaista piti turhaa ja ylimääräistä kosketusta kuulumattomana hoitotyöhön. Viidennes potilaista oli asiasta täysin eri mieltä. Hoitotyöntekijän odottamattoman kosketuksen koki epämiellyttävänä noin puolet (47 %) potilaista, ja noin kolmannes (37 %) potilaista ei kokenut sitä lainkaan epämiellyttävänä. (Rosqvist 2003, 74 - 75, 77.) Kun kuuloaisti ei toimi normaalisti, kosketus- ja näköaisti herkistyvät. Kosketus hoitotyössä voi olla hyvinkin tärkeässä asemassa, sillä kosketus tekee huonokuuloisesta potilaasta tasa-arvoisen kuuleviin nähden. (Enäkoski & Routasalo 1998, 41 - 43).

Ennen keskusteluyhteyden luomista huonokuuloisen potilaan kanssa on myös muistettava luoda katsekontakti ja huomioitava keskusteluetäisyys, valaistus sekä ympäristön häiriöänten poissulkeminen. Katsekontaktin luominen ja sen pitäminen on erityisen tärkeää. Katseen tulisi kestää koko kommunikoinnin ajan. Tällöin huonokuuloinen potilas pystyy havainnoimaan, milloin keskustelu alkaa, ja näin ollen hän voi käyttää huuliolukua jäljellä olevan kuulon tukena. (Väätäinen 2005, 94.) On tärkeää muistaa huomioda, että valo on kohdistettu puhujan kasvoille, sillä takaa tuleva valo voi häikäistä keskustelukumppania (Ikäkuulo, kuulo ja ikääntyminen 2011). Kuullun ymmär-

tämisen varmistaminen ei ole epäkohteliaista, vaan enemmänkin kohteliaisuus, jonka avulla epäselvyydet saadaan korjattua. (Väätäinen 2005, 94 - 97.)

Suurin osa vuorovaikutuksesta välittyy nonverbaalisesti eli sanattomasti, elein tai ilmein. Olemus kertoo siitä, kuinka suhtaudumme vuorovaikutuskumppaniimme ja valitsevaan tilanteeseen. (Toivonen & Kiviaho, 1998, 135.) ”*Yksi ilme tai ele voi kertoa enemmän kuin kymmenen sanaa*” (Ikäkuulo, kuulo ja ikääntyminen, 2011). Vuorovaikutussuhteessa hoitaja ja potilas pyrkivät löytämään yhteisymmärryksen. Sanattomassa viestinnässä hymyily, itkeminen ja osoittaminen ovat keinoja, jotka ymmärretään ympäri maailmaa. Myös perusemootiot kuten mielihyvä, hämmästyminen, inho, viha, pelko, suru ja kiinnostus, ilmaistaan lähes aina samalla tavalla kulttuurista riippumatta. (Toivonen & Kiviaho 1998, 137.)

Puhekielen merkitys on suuri, koska puhekielen avulla kommunikoimme ja toimimme yhteiskunnassa, sen avulla tuomme esiin merkitykset ja käsitteet. Persoonallisuutemme yksi osa on oma puhetyylimme. Muut liittävät puhetyylimme persoonallisuuteemme. Ulkopuolinen tiedostaa sen paremmin kuin puhuja itse, ja hän liittää sen puhujan persoonaan. Persoonallinen puhekielemme koostuu äänen voimakkuudesta ja siitä, kuinka nopeaa tai hidasta puhe on ja millainen on äänen sävy, terävää vai karheaa. Elämässämme kokemiimme ääniin liittyy tunne- ja arvostusperäisiä seikkoja. Nämä äänet ohjaavat toimintaamme ja suhtautumistamme kulloiseenkin tilanteeseen ja keskustelukumppaniin. (Jauhiainen 2007, 9.) Väätäisen mukaan (2005, 94) hoitajan on kiinnitettävä huomiota riittävän selkeään puherytmiin, äänen voimakkuuteen ja hälyäänten poissulkuun. Hoitajan tulee kohdistaa katseensa huonokuuloiseen potilaaseen päin ja varmistaa täten, että potilas havaitsee kommunikointiyrityksen.

Vuorovaikutuksessa huonokuuloisen potilaan kanssa on muistettava sulkea pois mahdolliset epäselvyydet. Epäselvyydet voivat luoda epävarmuutta ja pelkotiloja sosiaalisista kanssakäymisistä huonokuuloiselle potilaalle. (Väätäinen 2005, 94 - 97.) Silvennoisen mukaan (2004, 134) pelko liittyy aina niihin asioihin tai tilanteisiin, joita emme omasta mielestämme hallitse. Tiedostettavissa olevat omat puutteet tai odotettavissa olevat vaikeudet luovat pelkotiloja, kuten huonokuuloisella vuorovaikutuksen ongelmat.

Ympäröivä häly vaikeuttaa huomattavasti huonokuuloisen potilaan kykyä seurata puhetta vaivattomasti (Jauhiainen 2007, 13). Väärinymmärrysten riski kasvaa, jos potilas on passiivinen ja kommunikoi vähän vuorovaikutustilanteessa. Tällöin ohjaajan on tehtävä tulkintoja omavaraisen tuntemuksen pohjalta. Sanallisessa viestinnässä väärinymmärryksiä voivat aiheuttaa erilaiset merkitykset asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välillä, kuten ammattisanasto. Terveystieteiden ammattilaisista käyttäjäherkäksi ammattisanastoa, joka on usein täysin vierasta asiakkaalle. Onnistuneessa vuorovaikutuksessa varmistetaan ohjaajan ja asiakkaan välinen yhteisymmärrys. (Kyngäs & Hentinen 2008, 99.)

Kiire on suurin ohjauksen suunnittelua ja toteutusta hankaloittava tekijä terveydenhuollossa. Tämä vaikuttaa ohjausprosessin kokonaisuuteen negatiivisesti. Potilas aistii kiireen ohjaustilanteesta, eikä koe ilmapiiriä riittävän turvalliseksi, että uskaltaisi kysyä mieltä painavia asioita. Selvittämättä jääneet asiat vaikeuttavat hoitoon sitoutumista. Kiireettömyys viestii sitä, että hoitaja on kyseistä tilannetta varten ja hänellä on aikaa ohjaukseen. (Kyngäs & Hentinen 2008, 95 - 98.)

Huonokuuloisen potilas voi myös itse edesauttaa kommunikointia. Huonokuuloisen potilaan tulisi hakeutua rauhalliseen paikkaan, jossa valo kohdistuu puhujaa kohden eikä häikäise puhujan takaa. Puhujan katsominen kommunikoinnin ajan sekä ilmeiden, eleiden ja suunliikkeiden tarkkailu tukee myös kuullun ymmärtämistä. Ennen keskustelun alkua tulisi myös mainita hoitajalle mahdollisesta kuulon alenemasta ja käyttää mahdollista apuvälinettä kommunikoinnin apuna. Jos potilas ei kuullut, olisi erityisen tärkeää, että tilanne olisi sellainen, jossa hän rohkenisi pyytää hoitajan toistamaan sanomansa. Potilas voi myös ohjata keskustelukumppaniaan kertomalla muille, kuinka huomioida hänen kuulon alenemansa keskustelutilanteessa; näin välttyään väärinymmärryksiltä. (Ikäkuulo, kuulo ja ikääntyminen 2011.)

Huonokuuloisten ja kuuroutuneiden potilaiden kommunikaation apuna voidaan käyttää myös kommunikaatiomenetelmiä, jotka perustuvat täysin näköaistimukseen. Huulioluvun lisäksi käytössä on myös sormiaakkosviestintä, viitottu puhe ja kirjoittaminen. Sormiaakkosviestintää käytetään huulioluvun tukena kommunikoinnissa. Sormiaakkosviestinnässä sanan ensimmäinen kirjain tai koko sana viitotaan. Jokaista aakkosta kohden on oma sormiaakkonen. (Ikäkuulo, kuulo ja ikääntyminen 2011.) Koska

viestintä perustuu huuliolukuun, viestintä on melko raskasta ja se sopii tilanteisiin, joissa puherytmi on rauhallinen (Kuulokynnys 2011b). Viitottu puhe on myös huulioluvun tukimenetelmä, joka perustuu viittomakielen viittomiin. Viitottua puhetta käytetään puhutun kielen mukaisessa sanajärjestyksessä. Viittomat antavat varmuuden huulioluvulle. (Ikäkuulo, kuulo ja ikääntyminen 2011.) Viitotussa puheessa korostuu suomen kielen mukaisuus, selvä suun ja huulien liike sekä viittoma (Kuulokynnys 2011b). Näiden keinojen lisäksi voidaan käyttää apuna myös kirjoittamista paperille tai tietokoneelle. Kirjoittamisella voidaan varmistaa esimerkiksi tärkeät päivämäärät. (Ikäkuulo, kuulo ja ikääntyminen 2011.) Jauhaisen mukaan (2001, 109) keskustelutilanteessa huonokuuloisen potilaan kanssa on myös otettava huomioon mahdolliset käytettävissä olevat apuvälineet, jotta saadaan paras mahdollinen hyöty tilanteesta.

Näiden edellä mainittujen ominaisuuksien avulla voimme hoitajina helpottaa huonokuuloisen potilaan aistikokemusta ja välttää väärinymmärrysten syntyä ja taata laadukkaan ja turvallisen hoidon.

## 6 OPPAAN SYNTY TUOTEKEHITYSPROSESSINA

Tuotekehitys tarkoittaa tuotteen luomista toiminnan tai prosessin avulla. Tuotekehityksen tarkoituksena on parantaa toimintaa tutkimuksen tulosten pohjalta. (Jämsä & Manninen 2000, 13.) Tuotekehityksen idea saa yleensä alkunsa palautteesta tai havaittujen puutteitten pohjalta. Kun kehitystarve varmentuu alkaa ideavaihe, jossa pyritään löytämään ratkaisu ongelmaan. Tällöin määritetään asiakkaan tai kohderyhmän tarpeet. (Jämsä & Manninen, 2000 43 - 44.) Tuotekehityksen lähtökohtana toimii aina asiakkaan tarpeen mukaan tuotettu valmistuote (Jämsä & Manninen 2000, 15 - 16). Tuotekehityksessä on neljä vaihetta, tehtävän rajausta ja tarkennusta, ideointivaihe, tuotekonseptin laatiminen ja luonnostelu sekä viimeistelyvaihe (Jämsä & Manninen 2000, 15 - 16).

Idean opinnäytetyöhömmme saimme sisätautiosastolla harjoittelun aikana, jolloin havaitsimme, että kommunikointi huonokuuloisen potilaan ja hoitajan välillä ei aina ole täysin mutkatonta. Pyysimme hoitotyön koulutusohjelman yliopettajaa kartoittamaan aiheen tarpeellisuutta Itä-Savon sairaanhoitopiiriin kuuloasemalta. Työelämäohjaaja, Kuuloaseman kuulontutkija toikin esille toiveen oppaan työstämisestä huonokuuloisen potilaan kanssa kommunikoimisesta. Kun aloitimme opinnäytetyön teon, tarkoituksemme oli tehdä kysely hoitohenkilökunnalle kvalitatiivisena tutkimuksena. Tarkoituksena oli tuottaa kyselyn tuloksena opas, joka tehtävänä olisi ollut meille liian laaja vaadittaviin opintopisteisiin nähden. Pohdimme ryhmän ja ohjaajamme kesken, että ajan puutteen vuoksi emme ehdi tekemään kuin toisen näistä, ja tämän vuoksi annoimme työelämäohjaajan päättää, teemmekö kvalitatiivisen tutkimuksen hoitajien kokemuksista vai teorian pohjalta oppaan huonokuuloisen potilaan kanssa kommunikoinnista. Ohjaajamme mielestä oli järkevämpää päätyä oppaan tuottamiseen.

Kun päätös tuotekehityksestä on tehty, siirtyy työ luonnosteluvaiheeseen. Luonnosteluvaiheessa arvioidaan eri tekijöiden vaikutuksia, tarpeita ja näkökulmia, jotka ohjaavat suunnittelua ja valmistamista. Ottamalla huomioon kaikki tuotekehitysprosessiin kuuluvat näkökohdat ja tekemällä niistä synteesin eli yhteenvedon, tuotteen laatu paranee. Tässä vaiheessa tulee selvittää, ketkä ovat suunniteltavan tuotteen ensisijaiset hyödyn saajat, mitkä ovat heidän tarpeensa ja millaisia he ovat tuotteen käyttäjinä, eli

kuinka he saavat lopullisesta tuotteesta parhaan mahdollisen hyödyn. (Jämsä & Manninen 2000, 43 - 44.)

Aluksi tarkoituksenamme oli tuottaa opas paperiversiona ja toimittaa niitä eri osastoille. Alkuperäisessä versiossa oppaaseen sisältyi korvan anatomia, kuulokojeen käyttö sekä kommunikointiohjeita huonokuuloisen potilaan kanssa. Emme kuitenkaan löytäneet oppaan teossa kultaista keskietä, vaan oppaassa oli paljon tietoa ilman selvää linjausta. Työelämäohjaajan ja opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa pohdimme, mikä olisi hoitotyön kannalta olennaisinta. Päätimme keskittyä niin työssämme kuin oppaassakin huonokuuloisen potilaan kohtaamiseen. Halusimme tuoda esille asioita, jotka helpottavat huonokuuloisen potilaan kanssa kommunikoidusta, mitkä seikat aiheuttavat huonokuuloisuutta sekä millainen on kuulokojekuntoutuksen hoitopolku. Tässä vaiheessa prosessia päätimme myös liittää oppaan sähköisenä versiona Itä-Savon sairaanhoitopiirin intranettiin, josta se on tulostettavissa osastoille, joissa sitä tarvitaan. Etenimme tällä kaavalla ja opas valmistuikin melko nopeasti. Meille oli itsestäänselvyys, että oppaan sivuilla esiin tulevat asiat ovat taulukkomuodossa. Halusimme oppaasta ns. ”pika-avun” hoitotyössä, josta tärkeimmät asiat ovat helposti ja nopeasti löydettävissä.

Tuote on aina testattava kohderyhmällä ja tilaajalla, jotta tuotekehityksestä syntyvä tuote olisi toimiva. Tällöin vielä tuotekehitykseen on mahdollista tehdä muutoksia ja saada siitä toimivampi tilaajalle sekä kohderyhmälle. (Jämsä & Manninen 2000, 18 - 21.) Testasimme opasta hoitajilla (n = 5), jotka eivät työskentele Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuuloasemalla, jotta saimme mahdollisimman objektiivisen näkökulman siihen, oliko opas ymmärrettävissä ja mitä muutoksia siihen tulisi tehdä. Tässä vaiheessa oppaassamme oli vielä kuulokojeen käytön pintapuoleinen ohje, josta saimme kiihtosta hoitajilta. Päätimme kuitenkin yhdessä työelämäohjaajan kanssa jättää ohjeistuksen pois, sillä vastikään kuuloasemalle oli tuotettu opas kuulokojeen käytöstä. Kehitysideoina hoitajilta saimme taulukoiden selkiyttämishjeita.

Muokkasimme taulukoitamme selkeämmiksi ja testasimme opasta uudestaan hoitajilla (n = 5), jotta asioiden tarkoitus ja ymmärrettävyys eivät muuttuisi muokkauksen yhteydessä. Saimme työelämäohjaajalta ja ohjaavalta opettajalta vielä viime metreillä



kehittämissideoita. Tilaajamme toivoi, että voisimme oppaassa tuoda esille myös kommunikointimenetelmiä, jotka helpottavat kommunikointitilannetta.

Kuopion yliopistollisen sairaalan kuulokeskuksen lääkäri tutustui myös oppaaseen, ja hänen kommenteissaan nousi esille kosketus suomalaisessa sairaalakulttuurissa. Suomessa se ei hänen mielestään ole tärkeä asia kommunikoidessa huonokuuloisen potilaan kanssa, ja näin ollen siirsimme kosketusta käsittelevän osion taulukossa viimeiseksi. Mielestämme kuitenkin kosketus yleensä varsinkin vanhustyössä on hyvin tärkeää. Mennessämme potilaan luo kosketamme vanhuksen olkapäätä huomaamattakin, jotta hän havaitsee jonkun tulleen huoneeseen. Halusimme kuitenkin tehdä oppaasta tilaajan toivomusten mukaisen ja näin ollen siirsimme kosketusta käsittelevän kohdan taulukossa viimeiseksi. Kuopion yliopistollisen sairaalan kuulokeskuksen lääkärin toiveena oli myös maininta geneettisestä kuulonäkövammaa aiheuttavasta Usherin oireyhtymästä muiden kuulon alenemaa aiheuttavien syiden osioon. Hänen toivomuksesta myös valaistusta käsittelevään kohtaan lisäsimme vastavalon ja häikäistymisen huomioimisen, sillä nämä haittaavat eritoten kuulonäkövammaisen kommunikointitilannetta.

Tuotteen ollessa lähes valmis tuotteen viimeistely on erityisen tärkeää. On tärkeää testata tuotetta sellaisella kohderyhmällä, joka ei ole osallistunut tuotekehityksen tekkoon. Tällöin palaute on mahdollisimman objektiivista. Viimeistelyvaiheeseen tulee sisällyttää yksityiskohtien hiomista, mahdollisten käyttöohjeiden laadintaa sekä päivittämis- ja jatkosuunnitelmien tekoa ja lisäksi myös määritetään materiaalille käyttöoikeudet. (Jämsä & Manninen 2000, 80 - 81.)

Testasimme tuotetta vielä muutosten jälkeen hoitohenkilökunnalla (n = 6), joka ei ollut tutustunut oppaaseen prosessin aikana, jotta mielipiteet olisivat mahdollisimman objektiivisia. Halusimme tietää testauksella, olivatko tietomme ymmärrettäviä ja kokivatko hoitajat oppaasta olevan hyötyä työelämässä. Hoitajien mielestä opas antoi heille paljon tietoa ja auttoi heitä muuttamaan mahdollisia väärin opittuja työskentelytapoja huonokuuloisen potilaan kanssa.

*”Minä olen aina huutanut Aarnelle kun hän ei kuule!”*

Pyysimme hoitajilta myös anonyymina kirjallista palautetta. Heillä ei ollut muokausehdotuksia vaan he kokivat oppaan kaikin puolin hyväksi apuvälineeksi hoitotyöhön.

*”Jos olisin hoitajana huonokuuloiselle potilaalle, niin tästä oppaasta saisin kaikki avut ja opasteet jutellessani hänen kanssaan. Tästä oppaasta saa myös todella paljon tietoa huonokuuloiset, heidän läheiset ja terveysalan työntekijät.”*

Viimeistelyvaiheen ja ohjaajien hyväksynnän jälkeen valmis opas (liite 1) liitetään sähköiseen muotoon Itä-Savon sairaanhoitopiirin Intranetiin, josta se on hoitohenkilökunnan saatavilla ja tulostettavissa osastoille, jossa sitä koetaan tarvittavan.

## 7 POHDINTA

Jauhiaisen mukaan (2007, 10) huonokuuloisuus on subjektiivinen käsite. Vaikka kuulo on alentunut, kaikki eivät välttämättä koe olevansa huonokuuloisia. Mielestämme vähäinenkin kuulon alenema voi tuottaa ongelmia kommunikoinnissa ja siten väärinkäsityksiä pääsee syntymään hoitotilanteessa. Siksi on tärkeää, että huonokuuloisuus havaitaan mahdollisimman ajoissa, jotta voidaan taata laadukas hoitoprosessi ja välttyään virhearvioinnilta. Tässä työssä otimme pääasiallisiksi kohteiksi yleisimmät huonokuuloisuuden aiheuttajat, kommunikoinnin huonokuuloisen potilaan kanssa sekä kuulokojekuntoutuksen hoitopolun.

Koimme, että huonokuuloisuus on asia, josta hoitajilla on hyvin vähän tietoa. Tämän vuoksi halusimme tuoda jokapäiväiseen hoitotyöhön oppaan, joka antaa apua kommunikointiin huonokuuloisen potilaan kanssa. Huonokuuloisuus on hyvin arkinen asia hoitotyössä, joka luo turhia ongelmatilanteita.

*”Tässä kuulokojeessa on varmasti jotain vikaa kun se ei vingu.”*

Opinnäytetyömme sisältö muuttui prosessin aikana. Alkuperäisen suunnitelman mukaan tarkoituksena oli tehdä kvalitatiivinen tutkimus hoitajien kokemuksista huonokuuloisen potilaan kanssa ja tuottaa tutkimuksen tuloksena opaslehtinen aiheesta. Työstämme olisi kuitenkin tullut liian laaja ja aikaa vievä, joten päädyimme tekemään tuotekehityksenä oppaan teoretiedon pohjalta ja keskittymään hyvään kommunikointiin huonokuuloisen potilaan kanssa. Vaikka alkuperäinen versio työstämme sisälsi paljon sellaista materiaalia, jota ei lopullisessa työssä ole, olemme oppineet siitä paljon. Koemme, että saimme syvällisempää tietoa huonokuuloisuudesta kokonaisuutena. Tässä työn vaiheessa kuitenkin tuntui, että olemme hakoteillä, emmekä löydä selvää säveltä kuinka työtä jatkaa.

Kun teoretieto oli koossa, oppaan tekeminen sen pohjalta luonnistui melko sujuvasti. Olemme tyytyväisiä oppaan sisältämään tietomäärään, sen visuaaliseen ulkomuotoon ja selkeyteen. Hoitajien antaman palautteen pohjalta koemme, että hoitohenkilökunta saa valmiudet parempaan kommunikointiin huonokuuloisen potilaan kanssa. Opimme myös itse paljon uutta.

Työn tekeminen ryhmässä sujui ongelmitta. Työnjako oli tasapuolista ja toinen toistamme tukien ja innostaen saimme osa osalta opinnäytetyömme prosessia vietyä eteenpäin. Matkan varrella selkiytyi myös työn muokkaamisen tärkeys, kuinka laajasta tiedollisesta alkuasetelmasta saatiin tiivistettyä pääasiat sisältävä huonokuuloisuutta käsittelevä tietopaketti. Tässä opinnäytetyön ohjaajillamme oli suuri merkitys. Työelämäohjaaja vastasi oppaaseen tulevista asioista ja opinnäytetyötä ohjaava opettaja piti kokonaisuuden hallinnassa. Työtä kehitettiin ja muokattiin ohjaajien ehdotelmien mukaan. Työ ohjaajien kanssa oli sujuvaa.

Opas on luotettava, sillä se on toteutettu täysin teoria- ja tutkimustietoon pohjautuen. Teoria- ja tutkimustiedon lisäksi, keräsimme epävirallista tietoa hoitajilta, joka antoi meille todellisen kuvan siitä, kuinka opas edesauttaa kommunikoinnissa huonokuuloisen potilaan kanssa.

Toivomme, että Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuuloasema tiedottaisi oppaasta alueensa henkilökuntaa sen ilmestyttyä, jotta sitä voidaan hyödyntää mahdollisimman hyvin hoitotyössä. Oppaan ollessa intranetissä sitä voi olla vaikea sieltä löytää, jos sen olemassaolosta ei tiedoteta sisäisesti. Pohdimmekin ryhmässä, että aluksi voisi olla hyödyllistä tulostaa opas jokaiseen toimipisteeseen, jotta todellinen hyöty saadaan esille.

Toivomme, että opas antaa hoitohenkilökunnalle riittävät valmiudet hyvään ja joustavaan kommunikaatioon huonokuuloisen potilaan kanssa. Vaikka ensisijaisena hyödyn saajana onkin hoitohenkilökunta, suurimman hyödyn oppaasta saavat huonokuuloiset potilaat, jotka näin tulevat kohdelluiksi tasavertaisina normaalikuuloisiin verrattuna.

Jatkotutkimusehdotuksena voisi olla tutkimus opasta käyttäneiden hoitajien kokemuksista oppaan antamasta hyödystä. Tutkimuksella voisi kartoittaa kuinka hyvin opas on palvellut hoitajia kommunikoitaessa huonokuuloisen potilaan kanssa. Tulosten perusteella opas voitaisiin päivittää tuloksia vastaavaksi. Uskomme, että tutkimuksesta saisi parhaimman hyödyn, jos se toteutettaisiin esimerkiksi parin vuoden kuluttua. Tällöin opasta on käyttänyt useampi hoitaja ja mahdollinen selvä hyöty on tullut hoitotyössä esille.

## LÄHTEET

Apulanta 2000. Tyhjä ikkunassa lyrics. WWW-dokumentti.

<http://artists.letssingit.com/apulanta-lyrics-tyhjaa-ikkunassa-hl7x5wj>. Ei päivitystietoja. Luettu 2.2.2011.

Asento-, liike- ja tasapainoasti. 2007. Papunet. WWW-dokumentti.

<http://www.papunet.net/yleis/vuorovaikutus/aistit-ja-vuorovaikutus/asento-liike-tasapaino.html>. Ei päivitystietoja. Luettu 18.1.2011.

Bjälle Jan G., Haug Egil, Sand Olav, Sjaastad Oystein V., Toverud Kari C. 2007.

Ihminen, Fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.

Burakoff, Katja 2010. Aistien merkitys vuorovaikutuksessa. Papunet 2010. WWW-dokumentti. <http://papunet.net/tietoa/vuorovaikutus/aistit-ja-vuorovaikutus.html>.

Ei päivitystietoja. Luettu 16.8.2010.

Enäkoski, Ritva, Routsalo, Pirkko 1998. Kosketuksen voima. Helsinki: Kirjayhtymä

Oy.

Eräkanto, Seppo (toim.) & Salminen, Anna-Liisa 2003. Apuvälinekirja. Porvoo:

Tammer-Paino Oy.

Hartikainen, Sirpa & Lönnroos, Eija (toim.) 2008. Geriatria, arvioinnista kuntoutuk-

seen. Helsinki: Edita.

Hyypä, Heidi 2004. Kyselytutkimus sairaanhoitajien valmiudesta vastata kuulovammaisten potilaiden tuomiin haasteisiin ”Kuka auttaisi minua kuulemaan?”.

Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Ikäkuulo, kuulo ja ikääntyminen 2010. Kuulokoje. WWW-dokumentti.

[http://www.ikakuulo.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=10](http://www.ikakuulo.fi/sivu.php?artikkeli_id=10). Ei päivitystietoja. Luettu 7.3.2010.

Ikäkuulo, kuulo ja ikääntyminen 2010. Näin tulkitset kuulokäyrän. WWW-dokumentti. [http://www.ikakuulo.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=27](http://www.ikakuulo.fi/sivu.php?artikkeli_id=27). Ei päivitystietoja. Luettu 12.9.2010.

Ikäkuulo, kuulo ja ikääntyminen 2011a. Kommunikaatiomenetelmät. WWW-dokumentti. [http://www.ikakuulo.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=18](http://www.ikakuulo.fi/sivu.php?artikkeli_id=18). Ei päivitystietoja. Luettu 20.1.2011.

Ikäkuulo, kuulo ja ikääntyminen 2011b. Mitä se tarkoittaa? WWW-dokumentti. [http://www.ikakuulo.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=3](http://www.ikakuulo.fi/sivu.php?artikkeli_id=3). Ei päivitystietoja. Luettu 1.2.2011.

Ikäkuulo, kuulo ja ikääntyminen 2011c. Vinkkejä keskustelutilanteisiin. WWW-dokumentti. [http://www.ikakuulo.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=58](http://www.ikakuulo.fi/sivu.php?artikkeli_id=58). Ei päivitystietoja. Luettu 20.1.2011.

Jauhiainen, Tapani 2007. Huonokuuloisuus. Helsinki: Tapani Jauhiainen ja WSOY.

Jämsä, Kaisa & Manninen, Elisa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tammi.

Kajander, Inna & Kauhanen, Sanna 2001. Kuulovammaisten kokemuksia sairaalassa vuorovaikutuksen näkökulmasta. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Kotka. Terveysala. Sairaanhoidaja. Opinnäytetyö.

Kalela, Esa 2006. Keitä huonokuuloiset oikein ovat? – Lähtökohtia huonokuuloisten sosiaalisten identiteettien tutkimukselle. Helsingin yliopisto. Opettajankoulutuslaitos. Pro gradu -tutkielma.

Kivelä, Sirpa 2002. ”Näin pitäisi tällaisen huonokuuloisen kanssa kommunikoida” Kuulovammaisten henkilöiden kokemuksia hoitajien kohtaamisesta. Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan laitos. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Kuisma, Markku, Holmström, Peter & Porthan, Kari (toim.) 2008. Ensihoito.  
Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuulohansa 2007. Kuulovauriot. WWW-dokumentti.

<http://www.kuulohansa.fi/Kuulovauriot.htm>. Päivitetty 15.9.2010. Luettu 20.11.2010.

Kuulokynnys 2011a. Huulioluku WWW-dokumentti.

<http://www.kuulokynnys.fi/kuulokynnys/kommunikaatio/kommunikaatiomenetelmat/huulioluku/>. Ei päivitystietoja. Luettu 20.1.2011.

Kuulokynnys 2011b. Tulkkaus sormiaakkosviestinnällä. WWW-dokumentti.

<http://www.kuulokynnys.fi/kuulokynnys/tulkkipalvelut/tulkkausmenetelmat/sormiaakkosviestinta/>. Ei päivitystietoja. Luettu 20.1.2011.

Kuulokynnys 2011c. Viitotun puheen tulkkaus. WWW-dokumentti.

<http://www.kuulokynnys.fi/kuulokynnys/tulkkipalvelut/tulkkausmenetelmat/sormiaakkosviestinta/>. Ei päivitystietoja. Luettu 20.1.2011

Kuuloliitto ry 2010a. Meluvamman synty. WWW-dokumentti.

[http://www.kuuloliitto.fi/fin/kuulo/kuulonsuojelu/meluvamman\\_synty/](http://www.kuuloliitto.fi/fin/kuulo/kuulonsuojelu/meluvamman_synty/). Ei päivitystietoja. Luettu 20.11.2010.

Kuuloliitto ry. 2010b. Kuulon apuvälineet. WWW-dokumentti.

<http://www.kuuloliitto.fi/fin/kuulo/apuvalineet/>. Ei päivitystietoja. Luettu 24.4.2010.

Kuuloliitto ry. 2010c. Kuulontutkimus ja audiogrammi. WWW-dokumentti.

<http://www.kuuloliitto.fi/fin/kuulo/kuuleminen/kuulontutkimus/>. Ei päivitystietoja. Luettu 18.1.2011

Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö.

Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, Maria, Kyngäs, Helvi & Lahdenperä, Tiina. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitohoitotyö 3/2005, 27 - 31. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto ry.

Kääriäinen, Maria, Kyngäs, Helvi, Torppa, Kaarina & Ukkola, Liisa. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 1/2005, 10 – 15. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. WWW-dokumentti.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Ei päivitystietoja. Luettu 31.8.2010.

Lonka, Eila & Korpijaakko-Huuhka, Anna-Maija (toim) 2000. Kuulon ja kielen kuntoutus. Vuorovaikutuksesta kommunikointiin. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Lonka, Eila & Launonen, Kaisa (toim.) 2010. Kuulonkuntoutuksen käytännöt muutoksessa. Helsinki: Hakapaino.

Lupsakko, Taina, 2004. 75-vuotiaiden tai sitä vanhempien kuopiolaisten toiminnallinen näkö- ja/tai kuulohaitta sekä niiden vaikutus mielialaan ja päivittäiseen selviytymiseen. WWW-dokumentti. <http://www.uku.fi/vaitokset/2004/ISBN951-781-482-8tlupsakko.htm>. Päivitetty 22.10.2004. Luettu 18.1.2011.

Mäkelä, Anja, Ruokonen, Taina & Tuomikoski, Marjatta 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Vantaa: Tammi.

Niensted, Walter, Hänninen, Osmo, Arstila, Antti & Björkqvist, Stig-Erik 1999. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Porvoo: WSOY.

Nurminen, Sanna & Saar, Virpi (toim.) 2000. Aistit väylänä vuorovaikutukseen ja kommunikaatioon. Helsinki: Kuulonhuoltoliitto ry.

Papunet 2007a. Kuulokoje. WWW-dokumentti.  
<http://papunet.net/yleis/vuorovaikutus/aistit-ja-vuorovaikutus/kuulo/html>. Ei päivitystietoja. Luettu 18.1.2011



Papunet 2007b. Tuntoaisti. WWW-dokumentti.

<http://papunet.net/yleis/vuorovaikutus/aistit-ja-vuorovaikutus/tunto.html>. Ei päivitystietoja. Luettu 18.1.2011

Pyykkö, Ilmari 2004. Ménièreen tauti ja sen hoito. Suomen Ménière liitto ry.

Tampereen yliopistollinen keskussairaala: Korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka.

Rosqvist Eerika 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto. Oulun yliopistollinen sairaala, Oulu.

Sairaanhoitajaliitto 2010. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. WWW-dokumentti.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_ty\\_ ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_ty\\_o/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/). Ei päivitystietoja. Luettu 20.11.2010.

Salmela, Marjo, Heikka, Hanna & Ernvall, Sirpa 2006. Perusterveydenhuollossa toimivan henkilökunnan rooli, valmiudet ja koulutustarve ikähuonokkuuloisten kuulokuntoutuksessa. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelukeskus.

Silvennoinen, Markku 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sonninen, Eija 2006. Potilasohjaus elämänhallinnan tukena. Tulehduksellista suolistosairautta sairastavien potilaiden kokemuksia ohjauksesta. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Preventiivinen hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

Sorkin, Donna L. 1996. Developing an Identity for People with Hearing Loss. Soveltavan kasvatustieteen pro gradu -tutkielma. WWW-dokumentti.

<http://www.ifhoh.org/papers/sorkin.htm>. Päivitetty: 18.01.2005. Luettu: 3.10.2010.

Sundman, Eila (toim.) 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Suomen kuurosokeat ry. 2011. Usherin oireyhtymä. WWW-dokumentti.

[http://www.kuurosokeat.fi/tietoa\\_kuurosokeudesta/aiheuttajat/usherin\\_oireyhtyma/](http://www.kuurosokeat.fi/tietoa_kuurosokeudesta/aiheuttajat/usherin_oireyhtyma/).

Ei päivitystietoja. Luettu 18.1.2011

Suomen virtuaaliyliopisto 2009. Korva eli Auris. WWW-dokumentti.

<http://www.solunetti.fi/fi/histologia/korva/>. Ei päivitystietoja. Luettu 12.12.2009.

Terveyskirjasto 2006. Otoskleroosi. WWW-dokumentti.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00848](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00848). Päivitetty

8.11.2010. Luettu 10.1.2011

Terveyskirjasto 2009. Kuulovammat. WWW-dokumentti.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00037](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00037). Päivitetty:

Ei päivitystietoja. Luettu: 29.1.2011.

Terveyskirjasto 2011a. Kuulokynnys. WWW-dokumentti.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ltt01814&p\\_haku=ku](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01814&p_haku=ku)

ulokynnys. Ei päivitystietoja. Luettu 29.1.2011.

Terveyskirjasto 2011b. Usherin oireyhtymä. WWW-dokumentti.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ltt03635](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03635).

Ei päivitystietoja. Luettu 19.1.2011.

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANET. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.

Väkiluku 31.12. WWW-dokumentti.

<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=1&c>

[=getData&sexCount=1&setId=p85c1a784c430d830abb34d433d4dc28f57d504a26f02](http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=1&c)

[bf&indCount=1&yearCount=4](http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=1&c). Ei päivitystietoja. Luettu 18.1.2011.

Toivonen, Veli-Matti & Kiviaho, Matti 1998. Tässä suhteessa. Jyväskylä: Gummerus

Kirjapaino Oy. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009. Kuulokoje. WWW-

dokumentti. [intra.vssh.fi/documents/2006/07/kuva6A.gif](http://intra.vssh.fi/documents/2006/07/kuva6A.gif). Päivitetty 2/2009. Luettu

30.9.2010

Väätäinen, Sirkku-Marja 2005. Kuulolla! Opas kuulonkuntoutuksesta sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. Helsinki: Edita.



Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka

ma – pe klo 9 - 14

Osastonsihteeri

Puh. 044 417 3275, 015 527 7150

Kuuloasema

ma – to klo 8 – 9

Puh. 044 417 3295, 044 417 3033

Keskussairaalantie 6

57120 Savonlinna

*”Katso minuun, koske minuun,  
kuuntele minua, ajattele mi-  
nua, ethän pakene, ethän pel-  
kää, astu sisään, älä käännä  
selkää”*

Apulanta 2000

## Huonokuuloisen potilaan kohtaaminen

Opas henkilökunnalle

Anu Heikkinen  
Perttu Heikkinen  
Iris Makkonen

2011

## Huonokuuloisuus

	Aiheuttaja	Oireet	Hoito
<b>Ikäkuulo</b>	Ikääntymisen aiheuttama aistinsolujen rappeutuminen	Molemminpuolinen kuulon alenema. Erotuskyvyn vaikeus meluisassa ympäristössä, voimakkaiden äänten alentunut sietokyky. Korvien soiminen eli tinnitus	Kuulokojekuntoutus
<b>Meluvamma</b>	Pitkäkestoinen meluallistutus tai äkillinen räjähdysääni	Kuulon alenema. Tinnitus, puheen erotuskyvyn vaikeus, ääniyliherkkyys	Kuulokojekuntoutus
<b>Krooninen välikorvatulehdus</b>	Parantumaton akuutti välikorvatulehdus	Kuulon alenema	Kuulokojekuntoutus
<b>Otoskleroosi</b>	Välikorvan kuuloluuketjun jäykistyminen luutumisen seurauksena	Kuulon alenema	Välikorvan proteesileikkaus tai kuulokojekuntoutus
<b>Ménièren tauti</b>	Sisäkorvan nesteen paineen vaihtelu	Kohtauksina esiintyvä tinnitus, huimaus ja kuulon alenema erityisesti matalilla taajuuksilla	Nesteenpoistoläkkeet, suolaton dieetti, stressin poisto, kuulokojekuntoutus
<b>Muita sairauksia</b>	Vammat, korvan ja kuulohermion kasvaimet, keskushermoston sairaudet ja vammat, Usherin oireyhtymä	Oireet vaihtelevia aiheuttajasta riippuen. Toispuoleinen tai molemminpuolinen kuulon alenema. Tinnitus, tukkoisuuden tunne.	Aiheuttajasta riippuen kuulokojekuntoutus ja/tai leikkaushoito.

## Huonokuuloisen potilaan kanssa kommunikoidessa huomioon otettavia asioita

<b>Apuvälineet</b>	Varmista, että huonokuuloisella potilaalla on käytössä hänen mahdolliset apuvälineensä ja tarkista, että apuväline on päällä ja toimii.
<b>Katse</b>	Muista ystävällinen katse! Eleet ja ilmeet merkitsevät paljon huonokuuloiselle potilaalle. Pidä katsekontakti koko keskustelun ajan. Huonokuuloisen potilas hyödyntää huuliolukua ja seuraa, milloin puheenvuoro vaihtuu. Huulioluku tarkoittaa huulten, kielen, hampaiden ja leuan liikkeiden tarkastelua, jonka avulla huonokuuloisen potilas saa tukea kuulemalleen tiedolle.
<b>Puhe</b>	Puhu riittävän selvällä ja kuuluvalla äänellä, älä kuitenkaan huuda! Katso puhuessasi huonokuuloiseen päin. Käytä kirjakieltä ja vältä käyttämästä liikaa ammattisanastoa. Puhu paremman korvan puolelle.
<b>Valoisuus</b>	Riittävä valaistus auttaa huonokuuloista huulioluvussa. Huomio, että valo tulee kasvojesi vasten, ei kasvojen takaa, jolloin kasvojen ilmeet ja eleet jäävät varjoon eikä huulioluku onnistu.
<b>Häiriötekijät</b>	Sulje pois mahdolliset häiriötekijät kuten radio ja pyydä muilta henkilöiltä rauha keskusteluun.
<b>Asian ymmärtäminen</b>	On kohteliasta selvittää huonokuuloiselta ymmärsikö hän asian vai jäikö se epäselväksi. Varmistaminen on tärkeää hoidon kannalta. On suositeltavaa käyttää kirjallisia ohjeita lisänä.
<b>Kosketus</b>	Kosketuksella voit ilmaista huonokuuloiselle potilaalle, milloin esimerkiksi aloitat keskustelun.



Kommunikaatiomenetelmiä	
Huulioluku	Auttaa ymmärtämään puheen puhujan suun, huulten, kielen ja leuan liikkeistä.
Sormiaakkosviestintä	Huulioluvun tukimenetelmä. Jokaisen sanan alkukirjan tai koko sana sormitetaan.
Viitottu puhe	Huulioluvun tukimenetelmä. Perustuu viittomakielen viittomiin. Selkeän puheen kanssa näkyvät viittomat varmentavat huulioluvusta nähtävää puhetta.
Kirjoitus	Esimerkiksi tärkeät tapaamiset ja päivämäärät .

## HUONOKUULOISUUS HOITOTYÖN HAASTEENA

### Opas hoitohenkilökunnalle

Tämän oppaan tarkoituksena on antaa hoitohenkilökunnalle keinoja kommunikointiin huonokuuloisen potilaan kanssa. Pyrkimyksenä on välttää väärinymmärryksiä ja parantaa hoidon laatua. Huonokuuloisuus on usein sivuutettu asia hoitotyössä. Huonokuuloinen potilas ei välttämättä rohkene kysyä uudestaan ja saattaa näin olla tulla väärin ymmärretyksi. Selvä puheääni ja artikulointi, katsekontakti sekä asian ymmärtämisen varmistaminen ovat avainasemassa kommunikoitaessa huonokuuloisen potilaan kanssa.

Oppaassa on tuotu esille yleisimpiä huonokuuloisuuden aiheuttajia, ohjeita kommunikointiin, kuulokojekuntoutuksen hoitopolku sekä kuuloaseman yhteystiedot.

Tässä oppaassa ei käsitellä kuulokojeen käyttöä, koska korvantauskuulokojeen käytöstä on erillinen käyttöohje, joka on saatavissa kuuloasemalta. Jokaisella kuulokojeen käyttäjällä on myös koekohtainen käyttöohje.