

Keskustelu huonokuuloisen kanssa

LÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSKIRJA DUODECIM

2011;127(8):843-7

Kati Pajo ja Erna Kentala

TEEMA: AUDIOLOGIA

14

- [English summary: Conversation with a hearing-impaired person](#)
- [Tilanteen rakentaminen](#)
- [Puhetapa tutuksi](#)
- [Puhumisen tiivistäminen ja tutut sanat](#)
- [Aiheen vaihto](#)
- [Puhe ja muu samanaikainen toiminta](#)
- [Katseen vahvuus](#)
- [Keskustelun keinot työvälineenä](#)
- [Lopuksi](#)
- [Kirjallisuutta](#)

Huonokuuloisuus lisääntyy väestön vanhetessa, ja lääkäreiden vastaanotoillakin on tulevaisuudessa yhä enemmän huonokuuloisia. Huonokuuloisuus aiheuttaa keskusteluongelmia, joiden ehkäisemiseen tai ratkomiseen lääkäri voi omalla toiminnallaan vaikuttaa. Huonokuuloisen potilaan kanssa keskustellessa pyritään viestinnän selkeyteen. Tämän kirjoituksen ohjeet soveltuvat muihinkin keskustelutilanteisiin, joissa potilaan havainnointikyvyssä on puutteita. Ympäristön rauhallisuus, kasvojen näkyvyys ja selkeä puhe ovat keskeisiä asioita. Muita hyödyllisiä keskustelun keinoja ovat puheen jaottelu, eleiden korostaminen ja puhekommunikaation estyessä kirjoittaminen. Keskustelua voi aina parantaa kiinnittämällä huomiota omaan kommunikaatiotyylisiin ja tilanteen rakentamiseen.

Tilanteen rakentaminen

Huonokuuloisuus ei ole muuttumaton tila, ja huonokuuloinen kuulee eri tavoin mm. keskusteluympäristön mukaan. Lääkärin kannattaa siksi kiinnittää erityistä huomiota siihen, missä keskustelu huonokuuloisen kanssa käydään. Kaikuvan akustiikan ja hälyn takia keskustelu käytävällä tai aulaassa on huonokuuloiselle hankalaa. Jo oman nimen kuuleminen lääkärin kutsuessa voi vaatia pinnistelyä varsinkin jos etäisyys kutsujaan on huomattava. Jo kahden metrin väli lääkärin ja huonokuuloisen potilaan välillä saattaa haitata kuulemistä. Varsinainen vastaanottotilanne kannattaa rakentaa niin, että keskustelu käydään vasta, kun molemmat istuvat ja ovat kasvokkain. Lähekkäisyys ei siis aina riitä, vaan nimenomaan se, että keskustelijat ovat samalla fyysisellä tasolla ja näkevät toistensa kasvot.

Puhetapa tutuksi

Kun kuulokojetta käyttävä potilas siirtyy odotustilasta lähikeskusteluun, voi kojeen äänenvoimakkuuden säätö tai ohjelman vaihtaminen olla tarpeen (ellei koje tee sitä automaattisesti). Vastaanottotilanteen tavanomainen avaus voi toimia puhenäytteen tapaan, ja sen jälkeen kannattaa kysyä, saako potilas hyvin selvää. Näin lääkärin puhetyyli tulee huonokuuloiselle potilaalle

pikkuhiljaa tutummaksi. Kuulokojeen käyttö voi olla potilaalle arka asia tai koko laite vielä uutuuttaan outo, jolloin kuulemisen ja kojeen käytön ottaminen puheeksi rohkaisee potilasta. Kuulemisasian ottaminen esille heti tapaamisen alussa auttaa potilasta myös vastaanottotilanteen edetessä huomauttamaan, jos puheen ymmärtäminen heikkenee.

Puhumisen tiivistäminen ja tutut sanat

Kuulokyvyn heikkeneminen ja kuullun vääristyminen eivät haittaa ympäristöäänien kuulemista niin paljon kuin puheen vastaanottoa. On ensisijaisen tärkeää saada lääkärin puheesta selvää. Tilanteen tärkeys saattaa saada huonokuuloisen jännittämään kuulokykyään, ja ahdistusta lisää virallinen asetelma, joka ei ole otollinen jatkuville tarkistuskysymyksille. Lääkäri voi ennen potilaan tapaamista helpottaa tulevaa keskusteluhetkeä. Eräs ratkaisu on miettiä, millä keinoin keskustelua voisi vähentää. Tämä onnistuu tutustumalla potilastietoihin huolella. Mitä paremmin tietää potilaan taustan, sitä tiiviimmin voi kysymyksensä ja kommenttinsa esittää. Näin säästyy "keskustelutyötä" niin lääkärin kuin potilaan osalta.

Lääkärit, kuten muutkin ammatti-ihmiset käyttävät omia termejään, jotka eivät kuulu yleiskielen sanastoon. Lääkärit eivät kuitenkaan käytä niin vaikeaselkoista sanastoa kuin stereotyyppisesti kuvataan. Lääketieteellisiä termejä käytetään, mutta ns. tuplakuvauksin (Haakana ym. 2001). Sanottuaan vierasperäisen sanan lääkärit usein selittävät heti sen merkityksen. On kuitenkin huomattu, että yleiskieleen kuulumattomia sanoja liukuu keskusteluihin enemmän, jos lääkäri esimerkiksi vilkaisee potilaskertomusta tai muuta kirjallista aineistoa vastaanottotilanteen aikana. Ammattitermejä käytetään myös silloin, kun lääkäri ja potilas eivät pääse yhteisymmärrykseen. Tällöin lääketieteellinen sanasto on tietynlainen tuki oman tulkinnan puolesta.

Potilaat eivät yleensä pyydä tarkentamaan ja selittämään, jos lääkäri käyttää lääketieteellisiä termejä (Haakana ym. 2001). Tämä ei tarkoita sitä, että potilas ymmärtäisi, mitä lääkäri on tarkoittanut. Oman tietämättömyyden ilmaiseminen tai ymmärtämiskyvyn kyseenalaistaminen ei ole helppoa. Jos tilanteeseen lisätään huonokuuloisuus, voi keskeyttäminen ja ongelmien osoittaminen olla potilaalle ylivoimaista. On syytä välttää lääketieteellisiä sanoja, jotka ovat erisnimiä, muista kielistä suomeen lainattuja tai muutoin kaukana yleiskielen sanastosta (esim. mieluummin pahanlaatuinen kuin maligni).

Aiheen vaihto

Huonokuuloinen hakee epätarkasti kuulemalleen puheelle kielellisestä tukea. Keskustelun aihepiiri on yksi tärkeä kielellisen päättelyn ja ennakoinnin apu. Aiheen kantaessa potilaan huonokuuloisuus saattaa "kadota", koska keskustelu etenee odotuksenmukaisesti. Aiheen vaihtaminen on riski. Jos lääkäri vaihtaa aiheen äkisti esimerkiksi kuulemisen ongelmista tulehdukseen nielussa, saattaa potilaan huonokuuloisuus samalla tulla vahvasti esiin. Tällöin voidaan tarvita pitempi korjausjakso ennen kuin päästään takaisin siihen keskustelun kohtaan, jossa oltiin ennen kuulo-ongelmaa. Käännekohtiin on siis syytä kiinnittää erityistä huomiota. Pienet sanat, kuten muuten tai seuraavaksi, ohjaavat painotettuina ja katseyhteydessä sanottuna huonokuuloisen potilaan uuteen aiheeseen.

Puhe ja muu samanaikainen toiminta

Puheenaiheen äkillinen vaihtuminen voi aiheuttaa "Mitä?"-reaktion riippumatta siitä, onko potilaalla diagnosoituja kuulo-ongelmia vai ei. Myös puheen ja vaikka naurun samanaikaisuus voi tehdä kuulemisen hankalaksi kenelle tahansa. Nämä ovat keskustelun hetkiä, jolloin huonokuuloisen potilaan kanssa on oltava erityisen varovainen. Kokenut huonokuuloisen kanssa keskusteleva lopettaa oman puheensa toisen puhuessa (Skelt 2006). Tällä keinolla vältetään turhilta korjausjaksoilta. Päällekkäinen puhe voi johtua mm. siitä, ettei huonokuuloinen huomaa lääkärin puhuvan (katseyhteys puuttuu) ja siksi alkaa itse puhua. Joskus oman puheen ylläpito voi olla merkki jännityksestä. Huonokuuloinen pyrkii tällöin saamaan tilanteen hallinnan tunteen puhumalla paljon itse (Caissie ym. 1998).

Vastaanottotilanteeseen liittyy muutakin toimintaa kuin potilaan kanssa keskustelu. Lääkäri katsoo tietokoneen ruutua, kirjaa tietoja, selailee potilaskansiota ja tekee tutkimustoimenpiteitä. Jo tuolin siirtämisen tai papereiden kahinan aiheuttama ääni saattaa heikentää huonokuuloisen kykyä poimia jokin tietty sana puheenvuorosta. Huonokuuloisen potilaan kanssa pitää olla varovainen myös samanaikaisen puheen ja kirjallisen materiaalin tai kuvien näyttämisesä, sillä hän usein tarvitsee aikaa ensin katsoa kuvaa ja sitten kuulla huuliota seuraten selitys. Muuten on vaarana, ettei kumpaakaan tietoa täysin rekisteröidä.

Huonokuuloisen potilaan kanssa keskusteltaessa on siis syytä rytmittää puhe ja muu toiminta peräkkäisiksi.

Katseen vahvuus

Kuuloaistin toiminnan huonontumista kompensoidaan ennakoinnin ja päättelyn lisäksi näköaistin avulla. Meistä jokainen haluaa nähdä puhujan kasvot, jos hän puhuu hyvin hiljaa tai jos tilanteessa on taustahälyä. Huonokuuloisen potilaan kanssa katseyhteydestä muodostuu selkeä keskustelun apu. Katseyhteyteen kehoitetaan yleensä huulioluvun tärkeyden takia, mutta katseyhteyden ylläpitäminen luo myös perustan yhdessä tekemiselle (Skelt 2006). Kyse ei siis ole pelkästään siitä, että potilas saisi paremmin selvää, vaan siitä, että lääkäri voi nähdä potilaan vaikeuden seurata puhetta. Huonokuuloisen saattaa tuoda kuulemattomuuttaan esiin hyvin hienovaraisesti esimerkiksi vain ilmeellä tai vartalon liikkeellä kohti puhujaa. Katseyhteyden ansiosta lääkäri voi yhtä hienovaraisesti huomata ongelman ja korjata tilanteen toistamalla sanomansa tärkeät kohdat.

Katse siis toimii keskusteluhetkessä monin tavoin. Lääkäri voi katseensa suuntaamisella osoittaa kohdistavansa huomionsa täysin keskusteluun tai huomauttaa huonokuuloiselle potilaalle siirtyvänsä vastaanottotilanteessa eteenpäin. Esimerkiksi katse tutkimusvälineisiin tai avustavaan sairaanhoitajaan antaa potilaalle tiedon haastattelun päättymisestä ja muiden tutkimusten aloittamisesta. Katseen suuntaamiseen voi liittää muita näköaistin kautta välittyviä tilannevihjeitä, mm. käsieleet. Käsiensä käyttö osoittamalla tai kuvaamalla puheen kohdetta tukee erinomaisesti kuuloa. Vain harva aikuisena kuuloaan menettänyt potilas käyttää opeteltuja käsimerkkejä: sormitusta, viitottua puhetta tai viittomakieltä.

Huonokuuloinenkaan ei aina katso keskustelukumppaniaan. Lähikontaktissa kuulokyky on ehkä riittävä, tai huonokuuloinen yrittää välttää tuijottamista. Jo tuijottaminen-sanan käyttö voi paljastaa, miten kielteisesti huonokuuloinen asiaan suhtautuu. Samoin jos kuulokyky on heikentynyt äkillisesti ja vastikään, on näköaistin käyttö vasta kehitymässä. Pitkään huonokuuloisena elänyt potilas voi käyttää katseensa suuntaamista merkittävällä tavalla. Varsinkin tuttujen kesken tämä toimii hyvin. Tuttu korvalääkäri, joka tietää potilaan kuulo-ongelmien vakavuuden ei edes yritä puhua ilman katseyhteyttä, koska tietää, ettei tilanteesta selvittäisi ilman sen korjaamista.

Keskustelun keinot työvälineenä

Puheen jaottelu tauoin tekee viestistä selkeämpää, kuten myös sanojen ääntäminen loppuun asti. Tärkein neuvo selkeän puheen harjoitteluun on puhenopeuden hidastaminen. Kokenut huonokuuloisen kanssa keskustelija käyttää selkeän puheen lisäksi ilmeitä sekä puheen rytmitystä pään ja käsien liikkeillä. Katseyhteyden ansiosta ongelmat voidaan hoitaa heti mm. toistoilla. Kirjoittamisen välitön apu esimerkiksi vierasperäisten sanojen tai nimien yhteydessä kannattaa ottaa käyttöön.

Ihmisten välinen puhe ja asian eteneminen toivottuun suuntaan ei ole automaattista osaamista. Puhe huonokuuloiselle henkilölle terveydenhuollon ympäristössä sisältää kaksi poikkeamaa tavallisesta arkijuttelusta. Ensinnäkin keskustelutaitomme kehittyvät lapsuudessa kotona, joten kukaan ei ole luontaisesti institutionaalisen keskustelun osaaja, ja toisaalta heikentyneen kuulon huomioiminen kehittyy pikku hiljaa jokaisen huonokuuloisen potilaan tapaamisen myötä. Huonokuuloisten määrä lisääntyy ja väestön ikääntyessä potilaiden kuulo-ongelmien todennäköisyys kasvaa. Huonokuuloisten potilaiden kohtaamista voi parantaa tarkkailemalla omaa työtapaa. Näin tilannetekijöistä ja hienojakoisista keskustelun piirteistä tulee tietoisemmaksi (Raevaara ym. 2001). Hyöty, joka harjoittelusta ja asiaan paneutumisesta on, näkyy jokaisessa keskusteluhetkessä huonokuuloisen potilaan kanssa. Keskustelu ei katkeile kuulemattomuuden takia enää niin usein, ja potilas haluaa saman lääkärin vastaanotolle uudelleen.

Lopuksi

Huonokuuloisten määrä lisääntyy väestön ikääntyessä, ja siksi lääkäreiden vastaanotoille tulee entistä enemmän potilaita, joilla on kuulemisvaikeuksia. Keskustelu vastaanotolla poikkeaa tavallisesta arkijuttelusta. Virallinen asetelma voi saada potilaan jännittämään omaa kuuloaan, jolloin keskustelukyky heikkenee entisestään. Tilannetta on mahdollista helpottaa rytmittämällä puhe ja muut vastaanottotilanteeseen liittyvät toiminnot peräkkäisiksi. Huonokuuloinen käyttää puheen vastaanotossaan apuna odotuksenmukaisuutta ja näköaistin antamaa tukea. Tästä syystä tilanteiden kokonaisuuden etenemiseen ja aihepiirien vaihtumiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota ja keskustelut olisi käytävä katseyhteydessä. Jos potilas kokee pärjänneensä kuulonsa kanssa lääkärin vastaanotolla, se rohkaisee häntä muihinkin sosiaaliin kontakteihin. Lääkäri voi omalla toiminnallaan olla myös esimerkkinä potilaan läheisille selkeästi puhuvasta keskustelukumppanista.

1. Caissie R, Dawe AL, Donovan C, Brooks H, MacDonald SM. Conversational performance of adults with hearing loss. J Acad Rehab Audiol 1998;31:45 - 67.

2. Haakana M, Raevaara L, Ruusu vuori J. Lääketieteen termit lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa. Kirjassa: Ruusu vuori J, Haakana M, Raevaara L, toim. Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura 2001, s. 196 - 222.
3. Hakulinen A. Johdanto. Kirjassa: Tainio L, toim. Keskusteluanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino 1998, s. 13 - 7.
4. Heritage J, Maynard DW. Introduction: analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. Kirjassa: Heritage J, Maynard D W, toim. Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press 2006, s. 1 - 21.
5. Kurhila S. Ymmärtäminen, vuorovaikutus ja toinen kieli. Kirjassa: Onikki-Rantajääskö T, Siirainen M, toim. Kieltä kohti. Helsinki: Otava 2008, s. 105 - 27.
6. Peräkylä A, Eskola K, Sorjonen ML. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Kirjassa: Sorjonen ML, Peräkylä A, Eskola K, toim. Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Tampere: Vastapaino 2001 s. 7 - 26.
7. Raevaara L, Ruusu vuori J, Haakana M. Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Kirjassa: Ruusu vuori J, Haakana M, Raevaara L, toim. Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura 2001, s. 11 - 38.
8. Skelt L. See what I mean: hearing loss, gaze and repair in conversation. Väitöskirja. The Australian National University 2006.

KATI PAJO, FM, puheterapeutti, tohtoriksi koulutettava

Helsingin yliopisto, puhetieteet

Siltavuorenpenger 3A

00014 Helsinki

ERNA KENTALA, dosentti, erikoislääkäri, vs. ylilääkäri

HYKS:n silmäklinikka

PL 220, 00029 HUS

SIDONNAISUUDET

Artikkelin tunnus: duo99493 (099.493)

© 2016 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

English Summary

Hearing impairment is on the rise with the aging population. It causes conversational problems, whose prevention or solving can be influenced by the physician's own action. The aim in talking with a hearing-impaired patient is clarity of communication. Tranquility of the surroundings, visibility of the face and lucid speech are essential aspects. Other useful means of conversation include division of speech, emphasized gestures and, in the case of inhibited spoken communication, writing. It is always possible to improve conversation by paying attention to one's own style of communication and constructing of the situation.

Kirjallisuutta