

Summary

According to the Swiss Association of the organisations for the deaf and hearing impaired (SONOS), about 770'000 people with a hearing impairment live in Switzerland. This results in a prevalence of 10%.

Sooner or later, nurses will inevitably interact with the hearing-impaired patient and will subsequently be confronted with a number of considerable challenges. How do I communicate with a hearing-impaired person? Deaf people and people with hearing impairments face enormous difficulties due to communication problems when needing nursing services. An inadequate anamnesis or examination can result in inaccurate treatments and can therefore extend the hospital stay of a given patient.

In the current systematic literature overview, the following issue is addressed: Communication methods within the care of hearing impaired patients are described in the scientific literature.

The goal of this paper is therefore to identify feasible communication strategies and recommendations which should simplify and provide optimal communication between nurses and hearing-impaired patients.

Over the past 12 months, clinical care relevant databases such as Medline, Cinahl, Cochrane and PubMed were searched for eligible results. In order to collect data, the following search terms were entered: „Communication“, „Nursing Care“, „Deafness“, and „Hearing Disorders“. After consideration of the criteria to be in- and excluded, thirteen studies were finally implied to answer the research question. A multiplicity of communication strategies and recommendations including speaking slowly, clearly and articulately, imperatively using body language, avoiding covering the mouth and many more which cannot be mentioned here, were found. The results were divided into five categories: Interpreter/lip-reader, written, verbal and non-verbal communication, environment, technical aids as well as further training/various. The summary of literature shows that the topic “Communication with hearing impaired patients” is clearly not researched adequately. Therefore it is recommended to pursue further research! Nurses should increasingly lobby within the health politic sector and thus stand up for the rights and laws of hearing impaired patients.

Zusammenfassung

In der Schweiz leben gemäss dem Schweizerischen Verband für Gehörlosen- und Hörgeschädigten-Organisationen (Sonos) rund 770'000 Menschen mit einem Hörschaden. Dies ergibt eine Prävalenz von 10%.

Pflegende kommen zwangsläufig früher oder später in Kontakt mit hörgeschädigten Patienten und stehen vor einer grossen Herausforderung. Wie kommuniziere ich mit einem hörgeschädigten Menschen? Gehörlose und hörgeschädigte Menschen sind bei der Inanspruchnahme von Pflegediensten in Gesundheitszentren aufgrund der Kommunikationsprobleme erheblichen Schwierigkeiten ausgesetzt. Aus einer nicht adäquaten Anamneseerhebung oder einer Untersuchung kann es zu falschen Behandlungen und damit verlängerten Krankenhausaufenthalten kommen.

In der vorliegenden systematischen Literaturübersicht wurde folgender Fragestellung nachgegangen: Welche Kommunikationsmethoden in der Pflege von hörgeschädigten Patienten, sind in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben?

Ziel der Arbeit ist es, mögliche Kommunikationsstrategien und Tipps aufzuzeigen, die den Pflegenden eine adäquate Kommunikation mit hörgeschädigten Patienten vereinfachen sollen.

Während einem halben Jahr wurde in den pflegerelevanten Datenbanken Medline, Cinahl, Cochrane und PubMed nach passenden Ergebnissen gesucht. Für die Datensammlung wurden folgende Such-Begriffe eingegeben: „Communication“, „Nursing Care“, „Deafness“, „Hearing Disorders“. Nach Berücksichtigung von Ein- und Ausschlusskriterien wurden schliesslich dreizehn Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage einbezogen. Aus dieser Literatur ergab sich eine Vielzahl von Kommunikationsstrategien und Tipps, wie zum Beispiel: Langsam, klar und deutlich sprechen, Körpersprache unbedingt einsetzen, Mund nie verdecken und viele mehr, die an dieser Stelle nicht alle genannt werden können. Die Ergebnisse wurden in fünf Kategorien aufgeteilt: Interpretier/Lippenleser, schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation, Umgebung, Technische Hilfsmittel sowie Aus- und Weiterbildung/Diverses. Die Literaturübersicht zeigt auf, dass das Thema „Kommunikation mit hörgeschädigten Patienten“ viel zu wenig erforscht ist. Daraus empfiehlt sich, weitere Forschung zu betreiben! Pflegende sollen sich verstärkt im Gesundheitspolitischen Bereich und somit für die Rechte und Gesetze von hörgeschädigten Patienten einsetzen.

Standort Visp – Studiengang Pflege

Diplomarbeit

Kommunikationsstrategien für Pflegende im Umgang mit hörgeschädigten Patienten

Eine systematische Literatur-Review

Begleitperson:

Renata Jost,

Master in Nursing Science

Verfasst von:

Jens Blatter

Juli 2008

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	S. 1
1.1 Ausgangslage – Problembeschreibung	S. 1 – 2
1.2 Fragestellung	S. 3
1.3 Ziel	S. 3
2. Theoretischer Rahmen	S. 4
2.1 Begriffserklärungen - Differenzierungen	S. 4
2.2 Die Physiologie des Hörvorgangs	S. 5
2.3 Arten der Schwerhörigkeit	S. 5 – 6
2.4 Ursachen für mögliche Hörschäden	S. 6 – 8
2.5 Diagnostik eines Hörschadens	S. 8
2.6 Auswirkungen von Hörschäden	S. 9
2.7 Therapie von Hörschäden	S. 10
2.7.1 Hörgeräte als Kommunikationshilfsmittel	S. 11
2.7.2 Bedienung eines Hörgerätes	S. 11
2.7.3 Richtiges Anlegen	S. 11 – 12
2.7.4 Richtiges Herausnehmen	S. 12
2.8 Kommunikation bei Patienten mit Hörstörungen	S. 12 – 14
3. Methodenbeschreibung	S. 14
3.1 Datensuche	S. 15
3.2 Datenauswahl	S. 15
3.3 Datenanalyse	S. 16
4. Ergebnisse	S. 17 – 18
4.1 Interpreter/Lippenleser	S. 19 – 22
4.2 Schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation	S. 22 – 26
4.3 Technische Hilfsmittel	S. 26 – 28
4.4 Umgebung	S. 28 – 29
4.5 Aus- und Weiterbildung/Diverses	S. 29 – 32

5. Diskussion	S. 32
5.1 Qualität der analysierten Literatur	S. 32 – 34
5.2 Interpretier/Lippenleser	S. 35 – 38
5.3 Die schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation	S. 38 – 42
5.4 Technische Hilfsmittel	S. 42 – 44
5.5 Umgebungsfaktoren	S. 45 – 46
5.6 Aus- und Weiterbildung/Diverses	S. 46 – 48
5.7 Kritische Würdigung der Arbeit	S. 48 – 49
6. Schlussfolgerungen	S. 50 – 51
7. Bibliografie	S. 52 – 54
8. Anhang	
Anhang 1 – Suchstrategie	
Anhang 2 – Zusammenfassungen der Treffer	
Anhang 3 – Qualitäts-Beurteilungsbogen nach Jens Blatter (2008)	
Anhang 4 – Qualitäts-Beurteilungsbogen nach LoBiondo & Haber (2005)	
Anhang 5 – Evidenzbeurteilungsbogen nach Fischer & Bartens (1999)	
Anhang 6 – Evidenzbeurteilungsbogen nach Fineout-Overholt et al. (2005)	

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage – Problembeschreibung

Gemäss Sonos, dem Schweizerischen Verband für Gehörlosen- und Hörgeschädigten-Organisationen, leben in der Schweiz 10'000 vollständig gehörlose Menschen. Rund 160'000 weitere Menschen sind hochgradig schwerhörig und benötigen ein Hörgerät, während rund 600'000 eine leichte bis mittlere Hörbeeinträchtigung (Rauschen, Tinnitus, Morbus Meunier etc.) haben.

Fellinger, Holzinger, Schoberberger und Lenz (2004) weisen darauf hin, dass die steigenden Zahlen hörgeschädigter Menschen für Pflegende bedeutet, dass sie jederzeit mit einem Patienten dieser speziellen Patientengruppe konfrontiert werden könnten und somit vor einer grossen Herausforderung stehen. Wie kommuniziere ich mit hörgeschädigten Patienten? Die Kommunikation zwischen dem Pflorgeteam und hörgeschädigten Patienten ist enorm wichtig. Eine adäquate Kommunikation sichert die gezielte Diagnostik und Therapie, sie bietet den Betroffenen aber auch eine wichtige Informationsgrundlage und erhöht damit die Compliance für eine nötige Behandlung.

Gehörlose und hörgeschädigte Menschen sind bei der Inanspruchnahme von Pflegediensten in Gesundheitszentren aufgrund der beeinträchtigten Kommunikationsprobleme erheblichen Schwierigkeiten ausgesetzt. Aus einer nicht adäquaten Anamneseerhebung oder einer Untersuchung kann es zu falschen Behandlungen und damit verlängerten Krankenhausaufenthalten kommen. Weiter können psychische Erkrankungen laut Fellinger et al. (2004) oft übersehen werden, weil das abnormale Verhalten von Patienten mit einem Gehörschaden oft auf die Gehörlosigkeit oder die Hörschäden des Patienten zurückgeführt wird. Fellinger et al. (2004) erklären, dass bei gehörlosen Patienten ein sehr hohes Risiko für psychische Erkrankungen besteht. Umfragen ergaben, dass 42.4% Gehörlose einen hohen Bedarf an psychischer Hilfe äusserten.

Eine Erforschung dieser Patientengruppe ist oft mit verschiedenen Schwierigkeiten verbunden, da die gängigen Interviews oder Fragebögen selbst bei einem Einsatz von Dolmetschern bei hörgeschädigten Patienten nicht problemlos anwendbar sind. Auch ist eine Erhebung von Daten innerhalb der Gehörlosengemeinschaft sehr schwierig, weil den hörenden Untersuchern in der Regel oft mit Misstrauen begegnet wird.

In der Literatur wird immer wieder beschrieben, dass dem Pflegepersonal oft die nötige Ausbildung fehlt, um eine professionelle Kommunikation mit hörgeschädigten Patienten zu gewährleisten. Oft würden die Pflegenden den Wunsch äussern, dass sie gerne eine Spezialausbildung zum Thema „Kommunikation mit hörgeschädigten Patienten“ hätten, was bisher nur selten verwirklicht werden konnte (Fellinger et al., 2004).

Eine mögliche Form von Kommunikation mit hörgeschädigten Patienten bietet die Gebärdensprache. Für erwachsene Gehörlose ist diese jedoch viel mehr als ein geeignetes Kommunikationsinstrument. Es ist das zentrale Merkmal der Gehörlosenkultur. Die Gebärdensprache vereint Menschen, deren Hörverlust verschiedenste Ursachen hat und auch verschieden stark ausgeprägt ist. Nachdem die Gebärdensprache jahrelang nicht beachtet wurde, traten zuletzt immer mehr Gehörlose mit einem gestärkten Selbstvertrauen an die Öffentlichkeit und setzten sich für ihre eigene Kultur ein. Sie betonen dabei nicht ihre Schwäche, das Hören, sondern orientieren sich an ihren Ressourcen und betonen die Rolle des Sehens in ihrem Leben. Auch wenn sich das Interesse an der Gebärdensprache in den letzten Jahren ausgebreitet hat, sichert dies den hörgeschädigten Menschen noch keinesfalls den Zugang zu allgemeinen Informationen, so auch in der Pflege. Daraus resultiert oft ein Grundgefühl bei hörgeschädigten Menschen, Teil einer unterdrückten Minderheit zu sein. Aus diesem Grund ist es umso wichtiger, dass hörgeschädigten Personen mit speziellen Kommunikationsmethoden und viel Geduld begegnet wird (Fellinger et al., 2004).

Beobachtungen von schwersten Benachteiligungen und nicht adäquater Pflege von hörgeschädigten Patienten wie zum Beispiel: „Patient taubstumm, Anamnese nicht möglich“, waren ausschlaggebend, sich anlässlich der Diplomarbeit an der Walliser Hochschule für Gesundheit und Soziale Arbeit mit einer systematischen Literaturübersicht diesem noch wenig erforschten Thema zu widmen. Bisher existieren auf Deutsch, Englisch, Französisch oder Italienisch keine aktuellen systematischen Literaturübersichten zum Thema „Kommunikation in der Pflege von hörgeschädigten Patienten“.

1.2 Fragestellung

Aufgrund der vorliegenden Problembeschreibung und den bestehenden Kommunikationsbarrieren zwischen Pflegenden und hörgeschädigten Patienten ergibt sich folgende Fragestellung: Welche Kommunikationsmethoden in der Pflege von hörgeschädigten Patienten, sind in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben?

1.3 Ziel

Aus der Fragestellung ergeben sich folgende Ziele für diese Übersichtsarbeit:

- Erstellen einer aktuellen wissenschaftlichen Literaturübersicht, um Pflegenden Kommunikationsmethoden im Umgang mit hörgeschädigten Patienten aufzuzeigen und ihr Wissen damit zu erweitern. Dies umfasst:
 - Aufzeigen von Richtlinien beim Einsatz von Interpretern
 - Aufzeigen von Richtlinien bezüglich Lippenlesen
 - Aufzeigen von schriftlichen, verbalen und nonverbalen Kommunikationsstrategien
 - Aufzeigen von möglichen technischen Hilfsmitteln
 - Aufzeigen von wichtigen Umgebungsfaktoren in der Kommunikation mit hörgeschädigten Patienten
 - Aufzeigen ob eine Spezialausbildung oder Weiterbildung in der Kommunikation mit hörgeschädigten Patienten in der wissenschaftlichen Literatur gefordert wird oder nicht

Es kann davon ausgegangen werden, dass mit dem Erfüllen dieser Ziele die Kommunikation zwischen Pflegenden und hörgeschädigten Patienten verbessert und die Pflege damit professionalisiert wird.

2. Theoretischer Rahmen

2.1 Begriffserklärungen – Differenzierungen

Die Literaturübersicht umfasst sowohl taube, als auch hörgeschädigte und schwerhörige Patienten.

Unter **Gehör** versteht man das Hörvermögen, die Fähigkeit des Hörorgans zur Aufnahme, Wahrnehmung und Verarbeitung akustischer Reize. **Taubheit** wird als Sensibilitätsstörung im Sinne einer Hyp- oder Anästhesie beschrieben. Eine **Hörschädigung** erklärt sich als eine funktionale Störung in der Hörbahn vom Hirnstamm bis hin zur Hörrinde (Pschyrembel, 2004. S. 785 und 1788).

Schwerhörigkeit wird definiert als das ein- oder zweiseitige Nachlassen der Hörfähigkeit. Bei einer Schallempfindungsschwerhörigkeit sind die Hörschnecke, der Hörnerv oder auch die Zentralwege geschädigt (Arnold, 2000. S. 104).

Die Schwerhörigkeit wird nach ihrer Schwere gemäss folgenden Kriterien klassiert:

- leicht, wenn die mittlere Hörschwelle um 20 bis 40 dB herabgesetzt ist
- mittel, wenn die mittlere Hörschwelle um 40 bis 70 dB herabgesetzt ist
- stark, wenn die mittlere Hörschwelle um 70 bis 90 dB herabgesetzt ist
- sehr stark, wenn die mittlere Hörschwelle um mehr als 90 dB herabgesetzt ist

Bei einer totalen Taubheit, die auch Kophosis genannt wird, erhält man bei einem Schallpegel von 120 dB keine Antwort mehr (Arnold, 2000).

Folgende Beispiele sollen dem Leser helfen, sich unter den Dezibelangaben auch etwas Bildhaftes vorstellen zu können:

- 20 Dezibel:** Ticken einer Armbanduhr
- 30 Dezibel:** Flüstern
- 40 Dezibel:** Leise Musik
- 55 Dezibel:** Normales Gespräch
- 60 Dezibel:** Nähmaschine, Gruppengespräch
- 70 Dezibel:** Fernseher, Schreien, Rasenmäher
- 75 Dezibel:** Verkehrslärm
- 80 Dezibel:** Telefonläuten, Presslufthammer
- 90 Dezibel:** Lastwagen
- 100 Dezibel:** Ghettablaster
- 110 Dezibel:** Discomusik, Symfoniekonzert, Motorsäge, Autohupe
- 120 Dezibel:** Kettensäge, Presslufthammer, Gewitterdonner
- 130 Dezibel:** Autorennen, Düsenjäger (www.welt.de)

2.2 Die Physiologie des Hörvorgangs

Die auf das Ohr eintreffenden Schallwellen gelangen zunächst in die Ohrmuschel und anschliessend durch den äusseren Gehörgang zum Trommelfell. Dies wird auch als Informationstransport bezeichnet. Das Trommelfell wird dann durch die eintreffenden Schallwellen je nach Intensität und Frequenz in verschiedene Schwingungen versetzt. Die erzeugten Schwingungen des Trommelfells übertragen sich über den fest verwachsenen Hammergriff auf die Gehörknöchelkette. Danach erreichen die Schwingungen über den Amboss und den Steigbügel das ovale Fenster. Es ist auch möglich, dass die Schallwellen direkt über den Schädelknochen unter Umgehung des Mittelohrs auf das Innenohr übertragen werden. Die Steigbügelschwingungen am ovalen Fenster versetzen die Perilymphe der Scala vestibuli in Schwingungen. So durchlaufen sie, als Wanderwellen bezeichnet, die gesamte Scala vestibuli bis hin zum Helicotrema, wie die Spitze der Schneckenspirale beschrieben wird. Von hier aus gehen sie hinunter zum runden Fenster, wo sie schliesslich verebben. Die Wanderwellen in der Perilymphe setzen dann die Schnecke in Schwingung, sodass sich die Wanderwelle auf die Basilarmembran der Schnecke überträgt. Die Schwingungen der Basilarmembrane führen zu Scherbewegungen zwischen den Haarzellen im Corti-Organ und der gallertigen Membrana tectoria. Dadurch werden die Härchen der Sinneszellen verbogen. Dieser mechanische Biegeimpuls löst in den Haarzellen die Generatorpotenziale aus, was zum eigentlichen Hören führt (Huch und Bauer, 2003).

2.3 Arten der Schwerhörigkeit

Grundsätzlich werden drei Arten von Schwerhörigkeit unterschieden erklärt die Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Gehörlosen und Schwerhörigen (2000): Die Schallleitungsschwerhörigkeit, die Schallempfindungsschwerhörigkeit sowie die kombinierte Schwerhörigkeit.

Eine Störung im äusseren, meist jedoch im mittleren Ohr liegt bei einer **Schallleitungsschwerhörigkeit** vor. Dadurch werden Schallsignale nur gedämpfter und damit leiser gehört. Die eigentliche Qualität des Gehörten wird jedoch kaum beeinträchtigt. Bei der Schallleitungsschwerhörigkeit kann das Hörvermögen durch technische Hörgeräte oder medizinische Hilfe wie Operationen ganz oder teilweise wiederhergestellt werden. Diesen Hörschaden klassifiziert man als leichte bis mittlere

Form der Schwerhörigkeit. Dabei ist zu erwähnen, dass sich diese Form von Schwerhörigkeit weniger nachteilig auf Patienten auswirkt, da der Aufbau und damit die Verständlichkeit der Sprache weitgehend erhalten bleibt.

Im Gegenzug liegt bei der **Schallempfindungsschwerhörigkeit** die Störung im Bereich des Innenohres, des Hörnervs oder im Gehörzentrum des Gehirns vor. Diese Form der Schwerhörigkeit ist gekennzeichnet durch eine starke Herabsetzung des Hörvermögens. Meistens ist vor allem die Wahrnehmung der mittleren und hohen Frequenzen beeinträchtigt. Es ist möglich, dass hohe Frequenzen, die für die Sprachwahrnehmung unentbehrlich sind, vollkommen ausfallen. Die Lautstärke kann teilweise noch relativ gut gehört werden, es ist jedoch wahrscheinlich, dass sich die Sprache in ihrem Klangbild und in ihrer Qualität ändert. So wird die gesprochene Sprache in bestimmten Frequenzbereichen anders oder gar nicht gehört, einzelne Töne verzerrt oder ebenfalls nicht gehört, Wörter falsch oder bruchstückhaft wiedergegeben, sowie ganze Sätze nur andeutungsweise oder in Teilstücken verstanden.

Noch schwieriger und komplizierter wird es bei einer **Kombination von Schalleitungs- und Schallempfindungsschwerhörigkeit**. Dabei wird das Gehörte nicht mehr verstanden, erklärt die Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Gehörlosen und Schwerhörigen (2000).

2.4 Ursachen für mögliche Hörschäden

Hörstörungen können unterschiedliche Ursachen haben, die in verschiedenen Bereichen des Gehörs auftreten können. Schon während der Schwangerschaft oder aber erst nach der Geburt.

Schneider (2001) bezeichnet als mögliche Ursache eine **Krankheit der Mutter während der Schwangerschaft**. In der Zeit der Frühschwangerschaft, just im Augenblick, als das Ohr des Kindes ausreift, können Infektionen oder schwere Allgemeinerkrankungen der Mutter zu möglichen Hörschäden beim Kind führen. Ein bekannter Risikofaktor ist die Röteln–Infektion. Wird die Mutter von den Krankheiten Masern, Lues oder Toxoplasmose betroffen, so ist das Ohr des Kindes ebenfalls gefährdet. Mögliche Gründe für einen Hörschaden beim Kind sind auch eingenommene Medikamente der Mutter oder wenn das Ungeborene im Mutterbauch unter Sauerstoffnot leidet.

Eine weitere mögliche Ursache sind **Frühgeburten oder Geburtskomplikationen**. Kommt es während der Geburt zu Sauerstoffnot oder anderen Komplikationen, so können auch Schäden des Innenohrs drohen. Ebenfalls gefährlich ist ein Sauerstoffmangel bei Frühgeburten kurz nach deren Geburt. Babys sollten nach einer schweren Neugeborenen-Gelbsucht unbedingt auf eine mögliche Hörstörung getestet werden. Frühgeborene müssen oft Medikamente zu sich nehmen, da sie eigentlich noch gar nicht reif genug sind für das Leben auf der Welt. Auch diese Medikamente können sich schädlich auf das Gehör auswirken.

Ebenfalls können **familiäre Belastungen** mögliche Ursachen für einen Hörschaden sein. Es kann vorkommen, dass in einigen Familien Hörprobleme gehäuft auftreten. Die genetische Ausstattung ist dafür verantwortlich, dass oft mehrere Familienmitglieder am gleichen Hörschaden leiden. Beinahe bei 50% aller Schwerhörigen liegt eine erbliche Belastung vor. In seltenen Fällen ist die Schwerhörigkeit eine Begleiterscheinung von anderen Krankheiten, wie etwa dem Down-Syndrom. Es kann aber auch zu Kombinationen mit anderen Erkrankungen wie Schilddrüsen-Fehlfunktion kommen.

Es ist gut möglich, dass sich **Medikamente** negativ auf das Gehör auswirken können. Vor allem Antibiotika, Entwässerungs- und Krebsmedikamente haben im Kindesalter einen negativen Einfluss auf das Gehör. Bei Kindern, die starke Medikamente zu sich nehmen, wird eine Gehörprüfung empfohlen.

Des Weiteren können **Infektionen** zu Hörschäden führen. Infektionen wie Mittelohrentzündung und Hirnhautentzündung können das Gehör des Kindes vorübergehend oder gar dauerhaft gefährden. Infektionen können sich sogar so negativ auf das Gehör auswirken, sodass es auch noch eine Weile nach der Erkrankung zur vollständigen Ertaubung kommen kann. In diesem Fall ist ein rasches Handeln sehr wichtig und notwendig (Schneider, 2001).

Als eine der Hauptursachen für Hörschäden gilt in der heutigen Zeit der **Lärmeinfluss** auf das Gehör. Der Lärm ist ein aktuelles, häufiges Problem der modernen Gesellschaft und der Hauptgrund, warum Erwachsene immer mehr an Hörschäden leiden. So sind Musik, Radios, Fernseh- und Computergeräusche heutzutage allgegenwärtig. Dazu kommt in dicht besiedelten Gebieten der grosse Verkehrslärm und andere Lärmbelastungen. Auch einige Berufe sind mit starker Lärmentwicklung verbunden. Heutzutage haben oft schon Kinder den Discman oder MP3-Player mit Kopfhörer am Ohr und hören damit ihre Lieblingsmusik in einer

hörschädigenden Lautstärke. Hinzu kommt der grosse Lärmpegel in Discotheken. Infolge dieser beiden Gründe weisen Jugendliche heute in hohem Masse Hörschäden durch zu lautes Musikhören auf. So kann es sogar vorkommen, dass Jugendliche aus einer Disco kommen und anschliessend für einen Moment gar nichts mehr oder nur noch ein Pfeifen hören. Viele Dauerbesucher von Discotheken oder Menschen, die anderweitig grossen Lärmpegeln ausgesetzt sind, haben mit der Zeit oft einen bleibenden Hörschaden. Experten weisen allerdings darauf hin, dass bereits kleine Kinder, die einer ständigen Berieselung mit Geräuschen ausgesetzt sind, einer grossen Gefährdung eines Hörschadens unterliegen (Schneider, 2001).

2.5 Diagnostik eines Hörschadens

Der Diagnostik eines möglichen Hörschadens muss schon früh Aufmerksamkeit geschenkt werden, da der Erfolg einer Therapie vom Zeitpunkt der Diagnose abhängig ist (Schneider, 2001).

Zuerst wird bei einer ärztlichen Inspektion das äussere Ohr, also die Ohrmuschel, sowie der äussere Gehörgang untersucht. Durch einen Ohrtrichter wird die natürliche Krümmung des Gehörganges ausgeglichen, sodass mit einem Ohrspiegel Licht in den Gehörgang geworfen wird, um so das Trommelfell zu beurteilen. Das Trommelfell stellt einen Spiegel für den Zustand des Mittelohres dar, da es bei fast allen Mittelohrerkrankungen reagiert. Das Trommelfell wird, mittels Auflichtmikroskop vergrössert, betrachtet. Ab und zu kommen auch Endoskope zum Einsatz, die es erlauben, Trommelfellbefunde fotografisch zu dokumentieren. Die Befunde können damit dem Patienten über eine Videokamera erklärt werden. Die ärztliche Inspektion bildet die Grundlage für eine Untersuchung des Ohres. Sie wird meistens ergänzt durch verschiedene Hörprüfmethoden, in einigen Fällen auch durch bildgebende Verfahren wie Röntgen, Computertomografie und Kernspintomografie (Hamann, K.F. und Hamann, K., 2006).

2.6 Auswirkungen von Hörschäden

Das Hören ist für den Menschen die wichtigste aller Sinnesfunktionen. Dank dem Hörorgan kann Sprache aufgenommen werden, was eine Verständigung zwischen Menschen überhaupt ermöglicht. Ein Hörschaden beeinträchtigt ab einer gewissen Stärke das Verstehen von Sprache und anderen Signalen wie Türklingel, Telefon, Verkehrssignale etc. Dies kann zu unterschiedlichen Gefahren und Nachteilen führen. Ganz besonders schwierig wird es für den Gehörlosen, der über kein Hörvermögen verfügt. Normale Kommunikation mit anderen Menschen ist ohne besondere technische Hilfsmittel nicht mehr möglich. Moderne Hilfstechniken wie das Einpflanzen von Elektroden in die Hörschnecke ermöglichen auch den gehörlosen Menschen, mit anderen Personen zu kommunizieren (Hamann und Hamann, 2006).

Hörschäden im Kindesalter können gravierende Auswirkungen für die Zukunft haben, mal abgesehen vom eigentlichen Hörschaden selbst. Infolge eines Hörschadens wird automatisch auch die Sprachentwicklung des Kindes in Mitleidenschaft gezogen. Ein Kind, das überhaupt nichts hört, wird auch nicht sprechen lernen. Dadurch werden natürlich auch die geistige Entwicklung und die damit verbundene Persönlichkeitsreifung des Kindes negativ beeinflusst. Dies kann für Hörgeschädigte zu seelischen Folgen führen wie Identitäts-Probleme, Erschöpftheit, Verlust von Lebensfreude und Kompetenz, Vertrauensverlust sowie zum Rückzug und der daraus folgenden Isolation. Dazu kommen natürlich die vielen Komplikationen, die durch das „Nicht-Hören“ hervorgerufen werden. Hörgeschädigte Menschen sind im Alltag in täglichen Situationen wie Verkehr, Kommunikation, Notfallsituationen und vielen mehr eingeschränkt (Schneider, 2001).

Eine Früherkennung ist deshalb sehr wichtig, weil eine spätere Rehabilitation viel aufwendiger und der Erfolg oftmals viel geringer ist (Hamman und Hamman, 2006).

2.7 Therapie von Hörschäden

Ganz wichtig für die Therapie eines Hörschadens, laut Schneider (2001), ist der Einbezug eines Spezialisten. Zuerst muss der Spezialist feststellen, an welcher Stelle der Hörfehler ist, damit auch die Therapie zielgerichtet sein kann. Ist der Hörschaden einmal lokalisiert, kann mit der Therapie so rasch wie möglich begonnen werden. Dabei gibt es verschiedene Therapiemöglichkeiten.

Eine Möglichkeit ist die **medikamentöse Therapie**. Wurde der Hörschaden im Innenohr lokalisiert, handelt es sich in den meisten Fällen um einen Hörsturz. Dieser kann mit durchblutungsfördernden Medikamenten wirksam bekämpft werden. Ein Hörsturz kommt häufig bei Erwachsenen, aber nur selten bei Kindern vor.

Weiter sind **Operationen** eine mögliche Therapieform. Bei Missbildungen am äusseren Ohr oder Missbildungen des Innenohrs kann mithilfe von mikrochirurgischen Operationen versucht werden, den von aussen auf das Ohr eintreffenden Schwingungen bestmögliche Bedingungen zu bieten. Fehlbildungen am Aussenohr werden meistens aus kosmetischen Gründen operiert.

Auch bei Schäden im Mittelohr können Eingriffe helfen. So können die Gehörknöchelchen operiert werden, während das Trommelfell durch eine Timpanoplastik sogar ersetzt werden kann.

Einen wichtigen Stellenwert in der Therapie von Hörschäden nimmt der Einsatz von **Hörgeräten** ein. Auch fast gehörlosen oder tauben Menschen kann heute geholfen werden. Für diese besonders stark ausgeprägten Hörschäden reichen die gewöhnlichen Hörgeräte nicht mehr aus. Um aus den eingehenden Schwingungen etwas Verständliches herauszuhören, wird ihnen ein sogenanntes Cochlea-Implantat (CI) operativ eingepflanzt. Dieses ist ein Ersatz für das Innenohr, da es Schallwellen in elektrische Signale umwandelt, die dann anschliessend vom Hörnerv in das Gehirn weitergeleitet werden. In den meisten Fällen reichen aber die herkömmlichen Hörgeräte aus. Heute steht eine Vielzahl von Systemen zur Verfügung. Der ständige technische Fortschritt sorgt immer wieder für weitere Verbesserungen (Schneider, 2001).

2.7.1 Hörgeräte als Kommunikationshilfsmittel

Ein sehr wichtiges Hilfsmittel für hörgeschädigte Patienten bietet das erwähnte Hörgerät. Obwohl dieses vergleichbar mit einer Brille bei sehgestörten Patienten ist, schämen sich immer noch viele hörgeschädigte Menschen, ein Hörgerät zu benutzen. Daher tragen sie es nach wie vor nur selten oder gar nie. Ältere Menschen befürchten zudem, dass sie mit der modernen Technik der Geräte nicht zurechtkommen würden. Darum ist es für Pflegende sehr wichtig, dass sie den Patienten in einem Gespräch klarmachen, wie sehr ein Hörgerät ihre Lebensqualität steigert. Dank einem Hörgerät nimmt auch die Sicherheit im täglichen Alltag des Patienten zu. Hörgeräte können auch hinter Brillenbügeln versteckt oder als Ohrschmuck getarnt werden. Heutzutage gibt es bereits schon sehr kleine Hörgeräte, die im äusseren Gehörgang versteckt werden (Menche, 2004).

2.7.2 Bedienung eines Hörgerätes

Die einwandfreie Funktion eines Hörgerätes hängt natürlich von einer richtigen Bedienung ab. Um diese garantieren zu können, ist ein korrektes Einsetzen des Hörgerätes enorm wichtig, denn wenn es am Ohr nicht dicht abschliesst, kann das Gerät auch nicht richtig funktionieren (Menche, 2004).

2.7.3 Richtiges Anlegen

Am besten sitzt der Patient an einem Tisch vor einem Spiegel, um das Hörgerät korrekt anzulegen. Das Aufstützen des Ellbogens auf dem Tisch erleichtert es dem Patienten, da es für eine ruhige und sichere Führung der Hand sorgt. Es sollte dabei beachtet werden, dass das Hörgerät ausgeschaltet oder aber auf minimale Lautstärke gestellt ist, sodass ein Pfeifen verhindert wird. Der Patient braucht Geduld und sollte sich selbst nicht unter Druck setzen. Motivierende Worte seitens der Pflegenden sind an dieser Stelle angebracht. Der Patient fühlt, ob das Ohrpassstück richtig sitzt. Wenn ja, schaltet er das Hörgerät ein, indem er den Betriebsschalter ertastet und diesen je nach Gerätetyp auf ON stellt. Zum Schluss stellt er durch Drehen des Lautstärkereglers die Lautstärke so ein, dass ihm die eingehenden Informationen als angenehm erscheinen (Menche, 2004).

2.7.4 Richtiges Herausnehmen

Beim Herausnehmen reduziert der Patient zuerst die Lautstärke, damit das Gerät nicht anfängt zu pfeifen. Danach schaltet er es ganz aus und zieht es vorsichtig aus dem Ohr. Wird das Gerät über längere Zeit nicht gebraucht, werden die Batterien am Besten herausgenommen. Das Ohrspasstück wird von Zeit zu Zeit mit dafür speziell geeigneten Reinigungsmitteln gereinigt und das Hörgerät in einem dafür vorgesehenen Trockenbeutel entfeuchtet.

Folgendes sollte im Umgang mit Hörgeräten noch beachtet werden: Liegt der Patient auf einem Kissen, so pfeift das Hörgerät eher. Das Gerät muss in diesem Fall etwas leiser gestellt werden oder der Patient sich bei der Kommunikation etwas aufrichten. Weiter sollte beachtet werden, dass es vor allem bei älteren Menschen Monate dauern kann, bis sie sich an das Hörgerät gewöhnt haben. Darum ist es sinnvoll, mit dem Hörgeräte-Training sofort zu beginnen und nicht zu warten, bis der Patient hochgradig eingeschränkt ist (Menche, 2004).

2.8 Kommunikation bei Patienten mit Hörstörungen

Der Umgang mit Patienten mit Hörstörungen kann schwierig sein. Patienten mit Hörstörungen haben immer wieder ein Misstrauen gegenüber hörenden Mitmenschen, da sie das Gefühl haben, verschiedene Informationen zu verpassen. Dazu kommt, dass sich hörgeschädigte Patienten in einer fremden Umgebung wie einem Krankenhaus oder einem Pflegeheim unsicher fühlen. Die Patienten haben Angst, dass sie nicht alles verstehen und dadurch Fehler machen könnten (Menche, 2004). Deshalb hat die Kommunikation in der Pflege von hörgeschädigten Menschen eine grosse Bedeutung.

Kommunikation kommt vom Lateinischen „communicare“ und heisst auf Deutsch übersetzt: teilen, gemeinschaftlich tun, jemanden teilhaben lassen, mitteilen, sich besprechen, sich verständigen (Elzer und Sciborski, 2007. S. 34).

Das klinische Wörterbuch Pschyrembel (2004. S. 961) beschreibt Kommunikation als „Prozess der Informationsübertragung zwischen Individuen mittels verbaler und nonverbaler Ausdrucksmittel (Gestik und Mimik). Dabei werden neben der Sachinformation auch Beziehungen definiert und komplexe soziale Mitteilungen ausgetauscht (Metakommunikation). In der Arzt–Patienten–Kommunikation werden

oft Kommunikationsbarrieren beobachtet, die zum Teil durch soziale Distanz und Unterschiede des jeweiligen Herkunftsmilieus begründet sind“.

Der Mensch ist ein kommunikatives Wesen. Er hat das Bedürfnis, sich über Zeichen und Sprache zu verständigen. Kommunikation ist dabei für ihn ein elementares, subjektives Bedürfnis sowie eine objektive Notwendigkeit. Dies gilt sowohl für den Patienten, als auch für die Pflegefachkraft. Pflegerisches Handeln ist eine Interaktion zwischen der Pflegefachperson und dem Patienten. Ohne eine verbale oder nonverbale Kommunikation wäre diese Interaktion undenkbar und undurchführbar. Kommunikation ist somit ein enorm wichtiger Bestandteil der pflegerischen Tätigkeit (Elzer und Sciborski, 2007).

Eine der vielen wichtigen Kommunikationstheorien ist die Theorie nach dem österreichischen Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick. Dieser versteht Verhalten als jegliche Art von Kommunikation. Da Verhalten kein Gegenteil hat, kann man sich also nicht-nicht verhalten. Watzlawick (in Elzer und Sciborski, 2007) betont, dass es unmöglich ist, nicht zu kommunizieren. Sobald sich zwei oder mehrere Personen wahrnehmen, kommunizieren sie automatisch miteinander.

Demzufolge kommunizieren auch Pflegenden jederzeit in der Beziehung zu Patienten. Nicht nur das gesprochene Wort (digitale Kommunikation), sondern auch die nonverbalen Äusserungen, also Verhalten wie Lächeln, Weinen und andere, teilen dem Kommunikationspartner etwas mit. Kommunikation gelingt, wenn verbale und nonverbale Kommunikation übereinstimmt. Sie misslingt, wenn die beiden nicht übereinstimmen oder wenn sie vom Kommunikationspartner unterschiedlich interpretiert werden (Watzlawick, in Elzer und Sciborski, 2007).

Die Pflegetheoretikerin Dorothea Orem geht davon aus, dass sich Menschen aktiv selbst pflegen wollen, weil sie dazu die Fähigkeit haben. Um diese Selbstpflegekompetenz unter erschwerten Bedingungen einer Krankheit oder Behinderung wieder zu erlernen und Selbstpflege aktiv durchzuführen, ist sprachliche Kommunikation und zwischenmenschliche Beziehung zwischen dem Patienten und der Pflegefachperson notwendig. Demzufolge stehen Kommunikation und Interaktion auf gleicher Ebene neben den Handlungskompetenzen und handwerklichen Fähigkeiten der Pflege (Orem, in Elzer und Sciborski, 2007).

Aufgrund von Kommunikationsbarrieren zwischen Patienten und Pflegenden können gerade bei hörgeschädigten Patienten Selbstpflegeprobleme entstehen. Patienten können ihre Anliegen, Wünsche, auch ihre Ressourcen nicht genau ausdrücken,

wenn Sie die Pflegenden nicht richtig verstehen. So kann es zu einem Selbstpfledefizit kommen. Es ist wichtig, zuerst die Kommunikation sicherzustellen, um Selbstpfledeerfordernisse zu kommunizieren und anschliessend anzuwenden.

Kommunikation nimmt auch einen wichtigen ethischen Stellenwert ein. Worte sind wie Pfeile. Sind sie einmal abgeschossen, so kann man sie nicht mehr zurücknehmen. Dies ist in einer Kommunikationsbeziehung zwischen einem Patienten und einer Pflegefachperson umso wichtiger, weil der Patient als Suchender nach Hilfe in seiner körperlichen und seelischen Funktion eingeschränkt und abhängig ist. Es kommt automatisch zu einem Machtgefälle. Worte können für den Patienten wie heilende Medizin sein, sie können aber auch wie Waffengeschosse auf ihn einwirken. Dabei sollte eines nie vergessen werden: Kommunizieren Sie mit Ihrem Patienten so, wie Sie sich das als Patient auch wünschen würden, dass man mit Ihnen umgeht und spricht (Elzer und Sciborski, 2007).

3. Methodenbeschreibung

Die Forschungsfrage wird mit der vorliegenden qualitativen systematischen Literaturübersicht beantwortet. Dadurch kann davon ausgegangen werden, dass die in die Arbeit miteinbezogene Literatur zum weiteren Gebrauch verwendet werden kann. Durch eine fachgerechte Quellenangabe wurden Plagiate vermieden und der Datenschutz gewährleistet. Um die ethischen Aspekte zu erfüllen, wurde nur publizierte Literatur verwendet. Auch wurde darauf geachtet, dass in der für die Arbeit ausgewählten Literatur die Ethischen Grundlagen beachtet oder zumindest keine der Ethik widersprechenden Angaben gemacht wurden. Jedoch muss eine Diplomarbeit in Form einer systematischen Literaturübersicht nicht von der Ethikkommission bewilligt werden. Die Arbeit wurde von einer professionellen Korrektorin auf Rechtschreib-, Grammatik- und stilistische Fehler überprüft. Um die Vertrauenswürdigkeit der vorliegenden systematischen Literaturübersicht zu gewährleisten, wurden folgende Aspekte berücksichtigt: das Besprechen in Kleingruppen in der Schule sowie mit der Begleitperson, das Führen von Besprechungsprotokollen in der Klasse und in den Kleingruppen, die systematische Suche in verschiedenen Datenbanken über eine Zeitperiode von sechs Monaten (September 07 bis Februar 2008), das systematische Auswählen sowie die systematische Analyse der ausgewählten Literatur.

3.1 Datensuche

Für die Studiensuche wurde in den pflegespezifischen Datenbanken Medline (National Library of Medicine), Cinahl (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literatur Print Index), Cochrane Library und PubMed (Public Medline) gesucht. In den Datenbanken von Cinahl und Medline wurde mittels der Thesaurus/MeSH-Suche mit den folgenden Begriffen gesucht: **Communication AND Nursing care AND Hearing disorders OR Deafness**. Im PubMed wurde mit den gleichen Begriffen jedoch ohne MeSH-Suche gesucht. In der Datenbank von Cochrane wurde mit den MeSH-Begriffen **Communication AND Nursing AND Hearing disorders OR Deafness** gesucht, da es den MeSH-Begriff Nursing care nicht gab. Weiter wurde auch mittels Handsuche nach relevanter Literatur gesucht.

3.2 Datenauswahl

Für die Suche wurde nur Literatur berücksichtigt, die von 1998 bis 2007 veröffentlicht wurde. Ein weiteres Limit war die Sprache. Es wurde nur nach Studien in den Sprachen Deutsch, Englisch, Französisch und Italienisch gesucht. Die detaillierte Suchstrategie ist in Anhang 1 ersichtlich. Nach der systematischen Suche mit den in der Datensammlung erwähnten Begriffen stiess der Autor der vorliegenden Arbeit auf insgesamt 84 Treffer, allesamt in der Datenbank von PubMed. Eine erste Durchsicht von Literaturtiteln und Zusammenfassungen („abstract“) ergab, dass 45 Treffer für die Fragestellung nicht relevant waren und somit vom Autor ausgeschlossen wurden. Es blieben 40 Treffer übrig, welche sich der Autor im Volltext besorgte. Davon wurden sieben direkt vom Internet heruntergeladen, drei mittels E-Mail von den Autoren bestellt, acht aus Zeitschriften kopiert und 22 über den Bestellservice „subito“ erhalten. Nach mehrmaligem Lesen der Literatur wurden insgesamt elf Treffer der ursprünglich nach einem ersten Auswahlverfahren übrig gebliebenen 40 Treffer zur detaillierten Analyse ausgewählt und zusammengefasst. Dazu kamen zwei weitere Treffer, die über Handsuche gefunden wurden. Insgesamt ergaben sich also 13 relevante Treffer für diese vorliegende systematische Literaturübersicht. Als Ausschlusskriterien galten: Titel und Inhalt passen nicht zur Fragestellung, Protokolle und Interviews, Zusammenfassungen von Literaturübersichten, einseitige Treffer, Treffer rein spezifisch zu Hörgeräten, Treffer, die Hörgeschädigte und Blinde zusammen beinhalten und vergleichen sowie Treffer, in denen die Pflegenden und

nicht die Patienten hörgeschädigt sind, Treffer mit Kindern sowie Treffer bei welchen kein Abstract vorhanden war. Diese ausgewählte Literatur wurde zunächst nochmals zum Gegenlesen an fachkundige Experten weitergeleitet und anschliessend in die Arbeit integriert.

3.3 Datenanalyse

Die 13 Treffer wurden anhand von einem Raster in folgende Aspekte zusammengefasst: Design, Fragestellung, Ziel, Evidenzgrad, Setting, Stichprobe, Methode, Instrumente, Hauptergebnisse, Schlussfolgerungen, Stärken, Schwächen und Ethik.

Die Zusammenfassungen der Treffer sind in Anhang 2 ersichtlich. Die Einschätzung der Qualität der für die Arbeit ausgewählten Literatur erfolgte bei unsystematischen Reviews mittels Beurteilungsbogen nach LoBiondo-Wood und Haber (2005). Dieser Beurteilungsbogen ist in Anhang 4 ersichtlich. Die für die Arbeit ausgewählten Expertenmeinungen wurden in einem eigens vom Autor für die Arbeit erstellten Beurteilungsbogen bezüglich Qualität beurteilt. Dieser Bogen ist in Anhang 3 ersichtlich. Es ist zu erwähnen, dass dieser Beurteilungsbogen nicht valid und reliabel ist.

Die Evidenz der ausgewählten Literatur wurde nach dem Evidenzbogen von Fischer und Bartens (1999) beurteilt. Dieser Einteilungsbogen ist in Anhang 5 zu finden.

4. Ergebnisse

Bei sieben Treffern handelt es sich um unsystematische Reviews, bei fünf Treffern um Expertenmeinungen und bei einem Treffer um einen Newsletter. Damit hat die gesamte analysierte Literatur nach Fischer und Bartens (1999) eine Evidenz von 6.

Neun Treffer stammen aus den USA, zwei Treffer aus England und je ein Treffer aus der Schweiz und aus Deutschland. Demzufolge sind elf Treffer in Englisch und je ein Treffer in Deutsch und in Französisch verfasst. Bei den Treffern handelt es sich meist um aktuelle Literatur. So wurden acht Treffer in den letzten fünf Jahren veröffentlicht. Nur drei Treffer wurden vor mehr als acht Jahren veröffentlicht.

Die ethischen Aspekte wurden nicht in allen Treffern explizit erwähnt, jedoch kann davon ausgegangen werden, dass sie berücksichtigt wurden, da die Autoren nur veröffentlichte Literatur benutzten. Die Methodik fehlt in allen Treffern und ist deshalb nicht beschrieben.

Nachfolgend werden nun die Ergebnisse, welche für die Fragestellung relevant sind, systematisch dargestellt. Sie werden aufgeteilt in folgende Kategorien: Interpreter/Lippenleser; schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation; Technische Hilfsmittel; Umgebung; Ausbildung und Diverses.

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Literatur, welche zu den jeweiligen Kategorien etwas sagt. Die Literatur wurde chronologisch nach Jahrzahl aufgelistet.

Literatur	Interpreter/ Lippenleser	Geschriebene, verbale/nonverbal e Kommunikation	Technische Hilfsmittel	Aus-, Weiterbildung	Umgebung
Communication Strategies For Nurses Interacting with Deaf Patients. Lieu, C.C., Sadler, G.R., Fullerton, J.T., Stohlmann, P.D. (2007)	X	X	X	X	X
Sensory Impairment in older adults: Part 1: Hearing Loss. Wallhagen, M., Pettengill, E., Whiteside, M. (2006)		X	X		X
Communicating With The Deaf – During the Health Examination Visit. Berry, J.A., Stewart, A.J. (2006)	X	X	X	X	X
Communicating effectively with deaf patients. Mc Alear, M. (2006)	X	X	X		X
Deaf Awareness Newsletter Williams Communications (2006)	X	X	X	X	X
Caring for the Hearing Impaired Person. Lynch, M. (2004)	X	X		X	X
Ensuring deafened patients can participate in their health care. Traynor, N., Lucas, S., (2004)	X	X		X	X
Communication and the hearing-impaired patient. Slaven, A. (2003)	X	X	X		X
When Hearing Becomes Part of Healing. Mc Cullagh, M. (2002)		X	X		X
When your patient is hearing impaired. Sommer, S.K., Sommer, W. (2002)	X	X	X		X
Dealing with the hard-of-hearing: speak slowly, loudly and clearly. Schnabel, M. (2000)		X	X		X
Communicating in the hospital with the hearing impaired patient. Longerich, B. (2000)	X	X	X		X
Vision Hearing Problems In The Elderly. Brock, M. (1999)	X	X	X		X

4.1 Interpretier/Lippenleser

Die Kommunikationsstrategie der Interpretier unterscheidet sich von jenen der Lippenleser. Lippenleser entnehmen ihre Informationen ausschliesslich über die Lippen und übersetzen diese in eine gesprochene Sprache. Interpretier kommunizieren in verschiedenen Gebärdensprachen, die speziell auf hörbehinderte Menschen abgestimmt sind.

Interpretier

Elderkin-Thompson et al., 2001 (in Mc Aleer, 2006) weisen darauf hin, dass für Patienten, welche die Britische Gebärdensprachen als bevorzugte Sprache wählen, unbedingt ein Interpretier beigezogen werden soll. Vor allem wenn es darum geht, den Patienten über medizinische Informationen aufzuklären. Dabei sollen Interpretier als integrierte Fachpersonen des Gesundheitswesens angesehen werden. Bei physischen Untersuchungen soll der Patient vorgängig gefragt werden, ob er einen Interpretier zur Verfügung gestellt haben möchte. Es ist von grosser Bedeutung, dass unbedingt ein Interpretier dem Patienten bei Anästhesievisiten zur Verfügung steht, da es enorm wichtig ist, dass der Patient Anästhesie-Informationen korrekt versteht und damit einverstanden ist. Dies ist von den Pflegenden zu organisieren und zu koordinieren. Sollte es vorkommen, dass aus irgendwelchen Gründen kein Interpretier hinzugezogen werden kann, so muss für die Pflege zusätzliche Zeit eingerechnet werden, damit Pflegenden dem Patienten alles ausführlich erklären können, bis dieser verstanden hat. Auf eine Kommunikation mit stark hörgeschädigten Patienten soll, wenn möglich, verzichtet werden, wenn kein Interpretier zur Verfügung steht. Dies um Missverständnisse zu vermeiden.

Viele hörgeschädigte Patienten wünschen sich einen Interpretier (Slaven, 2003; Sommer und Sommer, 2002). Lynch (2004) relativiert, dass der Einsatz von Interpretieren in manchen Situationen sehr hilfreich sein kann.

Berry und Stewart (2006) fordern die Pflegenden dazu auf, vorgängig abzuklären, ob ein Interpretier verfügbar ist, bevor wichtige Untersuchungen für hörgeschädigte Patienten angesagt werden. Weiter sollen hörgeschädigte Patienten gefragt werden, ob sie einen weiblichen oder einen männlichen Interpretier haben möchten. Zudem soll der Patient entscheiden, welche Zeichensprache er sprechen möchte, da dies massgebend für die Interpretierauswahl ist. Viele Pflegenden denken, dass

Hörgeschädigte dank der Britischen Gebärdensprache alles verstehen. Dies ist aber bei Weitem nicht so. Viele Hörbehinderte denken nicht in Englisch oder verstehen gar kein Englisch, weil ihre Muttersprache eine andere Sprache ist. Auch Lieu, Sadler, Fullerton und Stohlmann (2007) appellieren an die Verantwortung der Pflegenden, dass Interpreter rechtzeitig organisiert werden.

Pflegende und Patienten sollen die Zeiten für Treffen mit Interpretern unbedingt einhalten (Williams Communications, 2006).

Gemäss amerikanischem Gesetz müssen Interpreter von der Institution und nicht vom Patienten bezahlt werden (Lieu et al., 2007; Sommer und Sommer, 2002).

Familienmitglieder und Personen aus dem Freundeskreis eignen sich nicht als Interpreter (Berry und Stewart, 2006; Mc Aleer, 2006). Lieu et al. (2007) erklären, dass Familienmitglieder und Freunde zu emotional sind. Sommer und Sommer (2002) behaupten, dass sich Familienangehörige, Freunde oder Mitarbeiter des Pflorgeteams nur sehr selten als Interpreter eignen. Im Gegensatz dazu steht die Aussage von Slaven (2003), der die Theorie vertritt, dass sich Freunde, Angehörige des Patienten, untrainierte Freiwillige sowie zweisprachige Pflegende oder aber Professionelle als Interpreter eignen. Auch Lynch (2004) behauptet, dass der Einsatz von Familienangehörigen als Interpreter in manchen Situationen sehr hilfreich sein kann. Die Situation soll von Fall zu Fall neu eingeschätzt werden.

Traynor und Lucas (2004) fordern im Umgang mit Interpretern, dass alle Teammitglieder wissen, wie man mit Interpretern zusammenarbeitet. Ein wichtiges Hauptaugenmerk gilt den Pausen für Patienten und Interpreter. Das Kommunizieren über einen Interpreter ist sowohl für den Patienten als auch für den Interpreter sehr anstrengend. Demzufolge sollen Pausen zur Erholung von den Strapazen eingeplant werden. Sie empfehlen dafür am besten fünf bis zehn Minuten Pause alle 20 Minuten. Den Interpretern soll auch genügend Zeit gelassen werden, richtig und ruhig übersetzen zu können.

Die Pflegenden sollen den Interpretern rechtzeitig alle notwendigen Unterlagen zur Verfügung stellen. Dem Interpreter sollen Kopien von schriftlichen Unterlagen und Dokumentationen zur Verfügung gestellt werden. Alle Unterlagen, die man dem Patienten aushändigt, sollen kopiert und ebenfalls dem Interpreter ausgehändigt werden (Williams Communications, 2006; Traynor und Lucas, 2004; Lynch, 2004).

Der Interpreter ist leicht versetzt hinter die Pflegenden zu positionieren. Dabei ist zu beachten, dass der Patient nicht gegenüber einem Fenster sitzen soll, da das

einfallende Licht den Patienten blendet (Lieu et al., 2007; Berry und Stewart, 2006; Slaven, 2003). Williams Communications (2006) fügt noch an, dass man den Interpreter bei der Raumauswahl und Sitzordnung auch mitentscheiden lässt.

Während der Kommunikation nicht den Interpreter anschauen, sondern seinen Blick auf den Patienten richten und diesen permanent anschauen (Lieu et al., 2007; Berry und Stewart, 2006; Williams Communications, 2006).

Pflegende sollen auch während des Einsatzes eines Interpreters normal sprechen. Interpreter sagen ihrerseits, wenn man etwas wiederholen oder langsamer sprechen soll, erläutern Berry und Stewart (2006). Williams Communications (2006) führt weiter aus, dass man nicht zu langsam spricht und während eines Satzes auch nicht anhalten soll. Weiter soll darauf geachtet werden, dass nur eine Person auf Mal spricht.

Auch ist zu beachten, dass Interpreter keine medizinischen Auskünfte geben können. Interpreter sind lediglich Übersetzer, aber keine Ärzte oder Pflegende (Berry und Stewart, 2006; McAleer, 2006). Williams Communications (2006) präzisiert, dass man nicht etwas sagen soll, was man nicht übersetzt haben möchte, da der Interpreter alles übersetzt, was man sagt. Weiter soll der Patient vom Interpreter nicht über persönliche Sachen ausgefragt werden, auch dies unterliegt einem amerikanischen Gesetzesentwurf.

Lynch (2004) erläutert, dass es im Umgang mit hörgeschädigten Patienten jederzeit zu beachten gilt, sich an die individuellen Spital-Weisungen zu halten.

Dem Interpreter soll am Ende des Gesprächs gedankt werden, bevor dieser von den Pflegenden direkt bezahlt wird (Lieu et al., 2007).

Slaven (2003) verdeutlicht, dass Pflegende beim Patienten immer wieder nachfragen sollen, ob er alles verstanden hat.

Lippenleser

Lieu et al., (2007) erklären, dass Pflegende oft der Meinung sind, dass Lippenlesen die beliebteste Kommunikationsart für hörgeschädigte Patienten ist. Dies muss aber nicht immer so sein. Der Patient soll selbst entscheiden können, welche Methode er bevorzugt. Während der Kommunikation sollen Pflegende auf keinen Fall gleichzeitig schreiben und sprechen. Auch sollen die Lippenbewegungen nicht übertrieben werden. Eine normale Aussprache ist für die Patienten am verständlichsten.

Traynor und Lucas (2004) fordern, dass hörgeschädigten Patienten, welche Lippenlesen als bevorzugte Kommunikationsmethode wählen, auf jeden Fall ein ausgebildeter Lippenleser zur Verfügung gestellt wird.

Longerich (2000) klärt auf, dass in Wirklichkeit nur eines von drei Wörtern durch Lippenlesen verstanden werden kann. Lieu et al., (2007) präzisieren, dass nur 30 – 45% vom Englischen durch Lippenlesen verstanden werden kann. Diese Aussage bestätigt auch Mc Aleer (2006), selbst wenn es sich um erfahrene und gut ausgebildete Lippenleser handeln würde, sei nicht mehr verständlich. Im Englischen werden Buchstaben wie F und V, T und D oder K und G sehr ähnlich ausgesprochen und können überhaupt nicht unterschieden werden. Auch sei es für den Lippenleser sehr schwierig zu unterscheiden, wann ein Wort fertig sei und wann das nächste beginne.

Während der Kommunikation, kurze, einfache Sätze anwenden und nicht zu schnell sprechen (Berry und Stewart, 2006; Longerich, 2000).

Slaven (2003) erklärt, dass es fürs Lippenlesen wichtig ist, dass die Lippen jederzeit gut sichtbar sind. Lippenlesen ist fast unmöglich, wenn die Lippen verdeckt sind wie zum Beispiel durch einen Bart oder einen Schnauz. Weiter soll daran gedacht werden, dass Lippenlesen für den Informationsempfänger ermüdend sein kann. Deshalb sollen genügend Pausen eingeplant werden.

Um ein effizientes Lippenlesen zu gewährleisten, muss man entsprechend trainiert sein und die wichtigsten Prinzipien kennen (Sommer und Sommer, 2002; Longerich, 2000). Sommer und Sommer (2002) betonen noch die Wichtigkeit einer angepassten Beleuchtung. Eine gute Beleuchtung im Zimmer ist fürs Lippenlesen immens wichtig, da die Lippen mit ausreichender Beleuchtung besser sichtbar sind.

4.2 Schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation

Ein weiteres Ergebnis bildet die eigentliche Kommunikation. Sie wird aufgeteilt in schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation und soll aufzeigen, wie mit hörgeschädigten Patienten kommuniziert werden soll.

Schriftliche Kommunikation

Das Aufschreiben von einzelnen Wörtern kann sehr hilfreich sein (Berry und Stewart, 2006; Slaven, 2003; Schnabel, 2000). Traynor und Lucas (2004) präzisieren, dass man am besten Sachen aufschreibt und dazu noch ein Beispiel gibt. Barnett, 2002

(in Lieu et al., 2007) betont, dass die geschriebene Sprache eine mögliche Hilfe sein kann, aber möglicherweise auch neue Schwierigkeiten mit sich bringt. Für viele Patienten ist Englisch eine Zweitsprache, nicht so gut verstehen können. Vor allem medizinische Fachwörter können die Patienten oft nicht verstehen. Weitere Schwierigkeiten können sein: Wortverständnisprobleme sowie eine unleserliche Handschrift.

Das Bereitstellen von Schreibstift und Papier wird empfohlen (Wallhagen, Pettengill und Whiteside, 2006; Williams Communications, 2006; Berry und Stewart, 2006).

Pflegende sollen einfach zu lesende Dokumente als Hilfsmittel vorgängig vorbereiten. Dies können Bilder, Diagramme und Grafiken sein. Auch ganze Bücher und Broschüren sollen bereitgestellt werden, wie auch eine Liste mit häufig gestellten Fragen (Mc Aleer, 2006; Williams Communications, 2006). Unterstützt wird diese Aussage auch von Lieu et al., (2007), die noch weiter ausführen, dass auch eine Liste mit einem grossen Fingeralphabet sowie eine Liste mit Ja- und Nein-Fragen vorbereitet werden soll.

Verbale Kommunikation

Es ist ganz wichtig, bevor mit der Kommunikation begonnen wird, die volle Aufmerksamkeit des Patienten zu haben (Wallhagen, Pettengill und Whiteside, 2006; Lynch, 2004; Slaven, 2003; Longerich, 2000). Dies beschreibt auch Mc Cullagh (2002), der noch erklärt, dass man die Aufmerksamkeit des Patienten mit einfachen Sätzen wie: „Hallo“ oder „Guten Tag“ sicherstellen kann. Mc Aleer (2006) präzisiert, dass auf eine Kommunikation während des Legens von intravenösen Zugängen verzichtet werden soll, da die Patienten von der technischen Verrichtung zu stark abgelenkt werden.

Während der Kommunikation sollen Pflegende den Patienten immer direkt anschauen (Lieu et al., 2007; Wallhagen et al., 2006; Williams Communications, 2006; Slaven, 2003; Sommer und Sommer, 2002; Mc Cullagh, 2002; Schnabel, 2000). Lynch (2004) erweitert diese These noch und erklärt, dass Pflegende oft die Tendenz haben, zu schreiben und gleichzeitig mit Patienten zu sprechen, was für eine adäquate Kommunikation alles andere als förderlich ist.

Pflegende sollen sich so hinstellen, dass der Patient jederzeit einen freien Blick auf das Gesicht der Pflegenden hat. In der Nacht soll der Mund des Pflegenden gezielt angeleuchtet werden, um besser sichtbar zu sein (Lieu et al., 2007; Berry und

Stewart, 2006; Sommer und Sommer, 2002; Schnabel, 2000; Brock, 1999). Der Mund soll weder von einer Hand noch von einer Schutzmaske verdeckt werden. Falls ein Mundschutz getragen werden soll, so ist der Patient vorgängig zu informieren, was zu tun ist und was passieren wird (Wallhagen et al., 2006; Sommer und Sommer, 2002). Falls sich Pflegende umdrehen müssen, sollen sie die Kommunikation kurz unterbrechen, sodass keine Wörter oder Sätze verloren gehen. Auch Wallhagen et al. (2006) wünschen sich, dass Pflegende den Kopf während der Kommunikation nicht wegdrehen. Pflegende sollen auf keinen Fall gleichzeitig am Computer schreiben und mit dem Patienten sprechen und der Mund soll nicht mit der Hand verdeckt werden. Longerich (2000) empfiehlt Pflegenden, dem Patienten während der Kommunikation gegenüber zu sitzen. Wenn möglich, auf gleicher Höhe. Lieu et al. (2007) erwähnen, dass auch mit hörgeschädigten Patienten immer in der Sie-Form gesprochen werden soll, während Traynor und Lucas (2004) betonen, dass nicht mehrere Personen gleichzeitig, sprechen sollen.

Pflegende sollen langsam, klar und deutlich in normaler, natürlicher Lautstärke sprechen (Lieu et al., 2007; Williams Communications, 2006; Wallhagen et al., 2006; Lynch, 2004; Sommer und Sommer, 2002; Mc Cullagh, 2002; Schnabel, 2000; Longerich, 2000; Brock, 1999). Brock (1999) fügt noch an, dass in tiefer Tonlage gesprochen werden soll. Er erklärt auch, dass Wörter durch zu schnelles Sprechen unverständlich werden und eine Kommunikation damit erschwert wird.

Auf Fremdwörter soll verzichtet werden (Schnabel, 2000; Longerich, 2000).

Auch auf Abkürzungen soll verzichtet werden (Traynor und Lucas, 2004; Slaven, 2003; Longerich, 2000). Lynch (2004) weist darauf hin, dass Konsonanten für den Patienten sehr verwirrend sein können, wenn diese nicht deutlich ausgesprochen werden. Demzufolge fordert er die Pflegenden auf, sicherzustellen, dass auch der letzte Konsonant richtig ausgesprochen wird. Dies macht den Unterschied zwischen klarer und verwirrender Kommunikation.

Patienten sollen auf keinen Fall angeschrien werden, da sie dies in die Defensive drängt und sie sich dadurch nicht mehr konzentrieren können (Wallhagen et al., 2006; Berry und Stewart, 2006; Lynch, 2004; Mc Cullagh, 2002; Schnabel, 2000; Longerich, 2000).

Sommer und Sommer (2002) empfehlen den Patienten, die Themenwechsel klar bekannt zu geben.

Pflegende sollen sich immer wieder vergewissern, ob der Patient alles verstanden hat. Dazu soll immer wieder rückgefragt werden, wie: „Wissen Sie, wir fragen die Patienten gewöhnlich, ob sie alles verstanden haben. Könnten Sie kurz wiederholen, was ich gesagt habe?“ Dies stärkt auch das Selbstvertrauen des Patienten (Lieu et al., 2007; Wallhagen et al., 2006; Lynch, 2004; Slaven, 2003; Sommer und Sommer, 2002; Longerich, 2000; Brock, 1999).

Schnabel (2000) erklärt dass Sätze wiederholt werden müssen, falls diese nicht verstanden wurden. Dazu soll seitens der Pflegenden die nötige Geduld aufgebracht werden. Eventuell soll mit anderen Sätzen wiederholt werden. Sommer und Sommer (2002) appellieren an die Pflegenden, Patienten zu informieren, dass sie die Kommunikation sofort unterbrechen, falls sie etwas nicht verstanden hätten. Pflegende sollen das nicht Verstandene anschliessend noch einmal wiederholen. Zuerst soll das genau Gleiche wiederholt werden. Wird dies immer noch nicht verstanden, soll mit anderen Wörtern und Sätzen wiederholt werden. Wallhagen et al. (2006) raten, die nicht verstandenen Sätze direkt umzuformulieren, anstatt nochmals zu wiederholen. Auch Longerich (2000) empfiehlt, direkt mit anderen Wörtern zu wiederholen, da es sinnlos sei, zehnmal das Gleiche zu sagen.

Brock (1999) betont, dass Bewohner in Alters- und Pflegeheimen genügend Zeit gegeben werden soll, um zuzuhören, zu begreifen und anschliessend zu verstehen. Weiter sollen ältere, hörgeschädigte Patienten nicht gehetzt werden und immer nur eine Frage nach der anderen gestellt werden. Dann auf die Antwort warten und erst danach die nächste Frage stellen. Auch soll darauf geachtet werden, dass Bewohner nie unterbrochen werden. Dies kann die Kommunikation negativ beeinflussen.

Slaven (2003) rät Pflegenden, dass sie dem Patienten gut zuhören und dessen Anliegen ernst nehmen.

Nonverbale Kommunikation

Der Einsatz der Körpersprache kann in der Kommunikation sehr hilfreich sein. Dabei soll aber nicht übertrieben werden (Lieu et al., 2007; Lynch, 2004; Slaven, 2003; Sommer und Sommer, 2002; Brock, 1999; Schnabel, 2000). Schnabel (2000) fordert die Pflegenden auf, Gestik und Mimik eindeutig unterstützend einzubauen. Longerich (2000) erklärt, dass der Hörgeschädigte viel über die Augen „hört“. Wenn dieser durch eine andere Aktivität abgelenkt ist, kann er nicht zuhören, weil sein Blick auf

die Ablenkung gerichtet ist. Das Gesicht und das körperliche Verhalten „spricht“ auch.

4.3 Technische Hilfsmittel

Technische Hilfsmittel werden aufgesplittet in zwei Gruppen: Hörgeräte und weitere technische Hilfsmittel. Dabei gilt zu beachten, dass Informationen über Hörgeräte nur aus Treffern wiedergegeben werden, die für diese systematische Übersichtsarbeit ausgewählt wurden.

Hörgeräte

Sommer und Sommer (2002) schreiben, dass Hörgeräte und Cochlea Implantate Hörgeschädigten helfen, ihre Fähigkeiten zu verbessern und besser zu verstehen. Slaven (2003) erläutert, dass Hörgeräte eine sehr gute Hilfe für die Kommunikation mit hörgeschädigten Patienten sind. Er betont aber auch, dass in Amerika 4 Millionen Menschen gerne ein Hörgerät hätten und nur deren 1.3 Millionen auch wirklich eines besitzen. Ein Hörgerät zu besitzen, heisst aber noch nicht, es auch zu tragen. Viele tragen die Geräte aus verschiedenen Gründen, wie Stigmatisation, Unzufriedenheit mit der Funktionstüchtigkeit oder aus rein optischen Gründen nicht.

Patienten sollen bei Spitaleintritt gefragt werden, ob sie ein Hörgerät tragen. Falls ja, sollen Pflegende den Patienten helfen, die Hörgeräte richtig zu benutzen (Mc Cullagh, 2002).

Wallhagen et al. (2006) raten Pflegenden, die Hörgeräte der Patienten regelmässig auf deren Funktionstüchtigkeit zu kontrollieren. Dazu gehört auch die regelmässige Kontrolle ob die Batterien richtig eingesetzt sind und einwandfrei funktionieren. Dies bestätigt Schnabel (2000), der zusammen mit Mc Cullagh (2002) noch anfügt, dass Pflegende unbedingt dafür besorgt sein sollen, dass Patienten ihre Hörgeräte tragen. Brock (1999) bittet die Pflegenden, Bewohner von Alters- und Pflegeheimen im Umgang sowie bei der Pflege von Hörgeräten zu helfen. Longerich (2000) fordert die Pflegenden auf, Hörgeräte beim Waschen aus dem Ohr zu entfernen. Dabei muss unbedingt daran gedacht werden, dass der Patient ohne sein Hörgerät noch weniger hört. Auch Mc Cullagh (2002) erwähnt, dass es zu berücksichtigen gilt, dass man die Hörgeräte immer weg vom Wasser hält. Dies gilt für die Grundpflege sowie für mögliche Hydrotherapien. In der Nacht oder während dem Nichttragen sollen Hörgeräte sorgfältig im Nachttisch versorgt werden. Damit werden mögliche Risiken

für einen Verlust verringert. Um Batterien zu sparen, soll während dem Nichttragen die Batterientür geöffnet und die Batterie entfernt werden.

Wallhagen et al. (2006) sprechen das Problem der Finanzierung an. Hörgeräte werden oft nicht von der Krankenkasse bezahlt. Dies bedeutet für Patienten Kosten von zwischen mehreren Hundert Dollar bis zu mehreren Tausend Dollar, je nach Technologie. Auch die Batteriewechsel, welche alle zwei Wochen vorgenommen werden müssen, sind mit hohen Kosten verbunden. Sie appellieren an die Angehörigen, die Anleitung für das Hörgerät des Patienten mitzubringen, da es mittlerweile sehr viele verschiedene Geräte mit verschiedenen Funktionsmöglichkeiten gibt. Cochlea-Implantate sind vor allem für ältere Menschen mit einem starken Hörschaden eine grosse Hilfe für die Kommunikation.

Weitere technische Hilfsmittel

Video- und Computersysteme können oft helfen. Dank diesen sind Interpreter während 24 Stunden an 365 Tagen erreichbar (Berry und Stewart, 2006; Williams Communications, 2006).

Demgegenüber erklären Lieu et al. (2007), sowie Mc Aleer (2006), dass Video-Interpreter keine Toplösung, jedoch eine gute Alternative sind, falls ein Interpreter nicht vor Ort kommen kann.

Weiter fordern viele Autoren den Einsatz verschiedener technischer Hilfsmittel. Berry und Stewart (2006) beschreiben, dass medizinische Institutionen oft keine technischen Hilfsmittel zur Verfügung haben, dass man aber mit dem Einsatz von einfachen Mitteln schon viel erreichen kann. Sie fordern, dass hörgeschädigten Patienten zum Beispiel die Möglichkeit von Fernsehen mit Untertiteln geboten wird. Williams Communications (2006) bekundet die Möglichkeit eines Mail- und Internetzugangs und eines Einsatzes von Telefonschreibmaschinen. Mc Aleer (2006) wünscht sich, dass ein Video gedreht wird, in welchem die ganze Station sowie das Pflegeteam erklärt und vorgestellt wird. Der Patient hat dadurch genügend Zeit, sich das Video entsprechend oft anzuschauen, bis er ausreichend informiert ist. Weiter fordert Mc Aleer (2006) den Einsatz von Texttelefonen, Teletext und einen Computerzugang, da diese Mittel helfen, Gefühle von Isolation zu vermeiden. Der Patient fühlt sich als Ganzes und akzeptiert.

Wallhagen et al. (2006) beschreiben, dass sich „Pocket-Talker“ sehr gut für eine Eins-zu-eins-Kommunikation eignen.

Sommer und Sommer (2002) hätten gerne, wenn Pflegende dafür besorgt sind, dass hörgeschädigte Patienten Zugriff auf Telefonverstärker, Lautsprecher oder ein Hörgeschädigten-Telefon haben.

Auch Longerich (2000) schreibt, dass der Einsatz von technischen Hilfsmitteln wie blinkende Warnanlagen, Gehörlosen-Telefone, Kopfhörer für TV-, HiFi-, und Radiogeräte, Fax und SMS sehr hilfreich sein kann.

Demgegenüber steht die Aussage von Schnabel (2000), wonach unbekannte Geräte den hörgeschädigten Patienten oft Angst machen, weil sie sich fürchten, Erklärungen falsch verstanden zu haben und dadurch falsch zu handeln und zu reagieren.

4.4 Umgebung

Umgebungsfaktoren werden in der Literatur als sehr wichtig beschrieben. Alle Autoren nehmen zu diesem Faktor Stellung.

Schnabel (2000) erklärt, dass bei hörgeschädigten Patienten der Einsatz einer Bezugspflege von Vorteil ist, da Pflegende so die Vorlieben des hörbehinderten Patienten gut kennen und auf dessen Bedürfnisse gezielter eingehen können.

Jeglicher Hintergrundlärm soll vermieden werden, da dieser den Patienten daran hindern könnte, zu verstehen, was Pflegende sagen. Auch kleinste Geräusche wie zum Beispiel Wind können den Kommunikationsfluss negativ beeinflussen, da dieser in den Ohren des Patienten ein Pfeifen verursacht (Williams Communications, 2006; Wallhagen et al., 2006; Lynch, 2004; Traynor und Lucas, 2004; Slaven, 2003; Mc Cullagh, 2002; Sommer und Sommer, 2002;). Longerich (2000) und Brock (1999) fügen beide noch hinzu, dass ein Gespräch vermieden werden soll, wenn sich der Hintergrundlärm nicht eliminieren lässt. Wenn nötig, soll das Radio/TV-Gerät leiser oder noch besser ganz ausgeschaltet werden. Brock (1999) beschreibt weiter, dass Zimmertüren geschlossen werden sollen, um für eine leise Umgebung zu sorgen. Mitpatienten sollen aufgefordert werden, während der Zeit, in welcher der Patient mit Pflegenden oder Ärzten kommuniziert, leiser zu sprechen. Dies rät auch Longerich (2000), der noch anfügt, dass die Kommunikation an einem ruhigen Ort stattfinden sollte.

Die Räume sollen genügend gross und ausreichend beleuchtet sein, jedoch soll auf jegliches blendendes Licht verzichtet werden (Lieu et al., 2007; Berry und Stewart, 2006; Williams Communications, 2006; Wallhagen et al., 2006; Traynor und Lucas,

2004; Sommer und Sommer, 2002; Brock, 1999). Slaven (2003) erweitert noch, dass die Pflegenden nicht vor der Beleuchtung positioniert sein sollen.

Traynor und Lucas (2004) beschreiben, dass eine kreisförmige Sitzordnung darum sehr wichtig ist, weil der Patient so alle Gesichter im Blickfeld hat und dadurch ein Lippenlesen ermöglicht wird. Slaven (2003) gibt zu bedenken, dass auf jegliche Ablenkung verzichtet werden soll. Auch soll auf eine sanfte Zimmereinrichtung geachtet werden.

Berry und Stewart (2006) weisen darauf hin, dass Glasfenster, zum Beispiel am Empfang, eine erste Hemmschwelle und Kommunikationsbarriere für den hörgeschädigten Patienten darstellen. Aus diesem Grund soll auf jegliche Fensterabgrenzungen verzichtet werden.

Einbettzimmer sind für hörgeschädigte Patienten vorzugsweise einzuplanen, da diese sonst meist nicht an Gesprächen im Zimmer mit anderen Patienten teilnehmen können. Falls dies nicht möglich ist, soll Mitpatienten, die den Hörbehinderten in Gespräche mit einbeziehen können, den Vorzug gegeben werden (Schnabel, 2000; Sommer und Sommer, 2002).

Williams Communications (2006) hätte gerne den Einsatz von symbolischen Alarmanlagen für Notfallsituationen wie Feualarme, da der Patient die heulenden Sirenen eventuell gar nicht hört. In Wartesälen soll darauf geachtet werden, dass auch Vibrationsanlagen zum Einsatz kommen, da hörgeschädigte Patienten zum Teil nicht hören, wenn sie aufgerufen werden. Dies beschreiben auch Wallhagen et al. (2006) als sehr wichtig.

Mc Aleer (2006) erklärt, dass es sinnvoll wäre, Stationsrundgänge zusammen mit Interpret, zu planen und durchzuführen, da der Interpret dem Patienten so seine Umgebung gezielt vorstellen und erklären kann.

4.5 Ausbildung & Diverses

Ausbildung

Was die Aus- und Weiterbildung betrifft, so steht in der Literatur nur sehr wenig geschrieben.

Berry und Stewart (2006) fordern, dass alle Mitarbeiter des Pflgeteams im Umgang mit hörgeschädigten Patienten ausgebildet werden. Sämtliche Mitarbeiter sollen über die Probleme und Bedürfnisse von hörgeschädigten Patienten informiert sein. Auch

Traynor und Lucas (2004) erklären, dass Pflegende Trainings brauchen, um die nötigen Kommunikationsmethoden zu finden und anzuwenden. Lieu et al. (2007) bezeichnen Pflegeausbildungsprogramme als sehr wichtig, da sie das Wissen der Pflegenden verbessern. Die Ausbildung sollte auch Basiswissen über die Zeichensprache beinhalten. Zudem fordern Lieu et al. (2007) Sprachkenntnisse in Spanisch und/oder anderen Sprachen, da nicht alle Patienten Englisch sprechen. Lynch (2004) appelliert an die Pflegenden, sich selbst zu erkundigen, was man alles machen kann, um die Kommunikationsbarrieren mit hörgeschädigten Patienten zu minimieren oder gar zu eliminieren. Es gibt verschiedene Quellen wie Internet und Bücher. Auch soll an die Ressourcen der eigenen Institution gedacht werden. Williams Communications (2006) schreibt, dass Pflegende sich über Taubheit ausbilden lassen sollten. Führungspersonen müssten dafür sorgen, dass alle Pflegenden eine Ausbildung über Taubheit und die Rechte von Tauben erhalten. Auch sollten Pflegende lernen, wie man Telefonschreibmaschinen richtig bedient und wie diese funktionieren. Zum Schluss fordert Williams Communications (2006), dass sich Pflegende ein Basiswissen über die Gebärdensprache aneignen.

Diverses

Zum Schluss noch ein Teil mit verschiedenen Resultaten, welche nicht zu den bisherigen Kategorien passen:

Der Patient soll nach seiner gewünschten und bevorzugten Kommunikationsmethode gefragt werden, und die Entscheidung darüber soll ihm überlassen werden (Williams Communications, 2006; Wallhagen et al., 2006; Sommer und Sommer, 2002). Lieu et al. (2007) fügen noch an, dass man die Patienten auch fragen soll, was sie sich wünschen und vorstellen von ihrem Spitalaufenthalt.

Lynch (2004) rät, dass zuerst versucht werden soll, mit einem Familienmitglied oder einem Freund zu sprechen, um dadurch zu erfahren, wie man am besten mit dem Patienten kommuniziert.

Mc Cullagh (2002) schreibt, dass spezielle Kommunikationsbedürfnisse bei hörgeschädigten Patienten dem ganzen Pflegeteam mitgeteilt werden sollen. Hörschädigungen können für den Patienten in Notfallsituationen sehr gefährliche und schwerwiegende Konsequenzen haben.

Sommer und Sommer (2002) erwähnen, wie wichtig es ist, dass hörbehinderte Patienten in Notfallsituationen persönlich informiert werden. Alle, vom Stationsteam

bis zum Technischen Dienst, müssen informiert sein, wenn sich ein tauber Patient auf der Abteilung befindet. Schnabel (2000) erklärt, dass Hörschäden bei Patienten in der Dokumentation klar ersichtlich festgehalten werden sollen. Beim Übergaberapport soll der Hörschaden vor versammeltem Team erwähnt werden und bei Untersuchungen soll ein Vermerk des Hörschadens weitergeleitet werden. Auch Wallhagen et al. (2006) beschreiben, dass es wichtig ist, hörgeschädigte Patienten speziell zu kennzeichnen. Dies kann zum Beispiel durch eine Flagge in der Dokumentation geschehen. Williams Communications (2006) weist ebenfalls darauf hin, dass Patienten speziell gekennzeichnet werden sollen. Diese spezielle Kennzeichnung soll am Bett, an der Zimmertür sowie in der Dokumentation erfolgen. Schnabel (2000) erwähnt, dass hörgeschädigten Patienten bei der Gestaltung des Pflegeprozesses spezielles Augenmerk geschenkt werden soll. Beim Anamnesegespräch müssen unbedingt Hördefizite eruiert werden. Oft ist der Einbezug von Angehörigen sehr sinnvoll und hilfreich. Dies muss je nach Situation eingeschätzt werden. Mögliches anfängliches Misstrauen seitens des Patienten soll nicht persönlich genommen werden. Weiter erklärt Schnabel (2000), dass Informationen für Mehrbettzimmer so an die Patienten zu richten sind, dass sie auch von Hörbehinderten verstanden werden können. Bei Aufklärungsgesprächen soll direkt zu Beginn des Gesprächs gesagt werden, worum es geht. Auch sollen hörgeschädigte Patienten in den Institutionen Informationen über Schwerhörigenvereine bekommen.

Sommer und Sommer (2002) appellieren an die Pflegenden, für hörgeschädigte Patienten mehr Zeit einzurechnen, da durch langsames Sprechen und Wiederholungen oft sehr viel Zeit verloren geht. Auch Longerich (2000) unterstützt diese Aussage und fügt an, dass vor allem bei Untersuchungen dem Patienten genau erklärt werden soll, was passiert.

Williams Communications (2006) fordert die Pflegenden auf, alle Besucher und Mitarbeiter, die in das Zimmer des hörgeschädigten Patienten gehen möchten, über den Hörschaden des Patienten aufzuklären, damit sich diese anpassen können. Sie rät auch, genügend gesetzliche Infobroschüren für Patienten bereitzuhalten, da diese ihre eigenen Gesetze oft gar nicht kennen.

Berry und Stewart (2006) äussern ihre Forderung, dass hörgeschädigten Patienten schriftliche Dokumentationen auf Stufe 4. Klasse oder tiefer zur Verfügung gestellt werden sollen.

Lynch (2004) und Brock (1999) fügen noch an, dass es für Pflegende wichtig sei, dass sie ein allenfalls gesundes Ohr entdecken würden und sich während der Kommunikation auf die entsprechende Seite stellen.

Longerich (2000) beschreibt, dass bei einem Gespräch mit mehreren Personen den hörgeschädigten Patienten die Teilnahme vereinfacht werden soll.

Lieu et al., (2007) schreiben, dass das Ende des Gesprächs dem Patienten klar gekennzeichnet werden soll. Anschliessend soll ihm erklärt werden, wie es nun weitergeht.

5. Diskussion

5.1 Qualität der analysierten Literatur

Evidenz

Der Evidenzgrad der analysierten Literatur ist bei der Einteilung nach Fischer und Bartens (1999) auf Stufe 6. An dieser Stelle sei aber erwähnt, dass die Evidenzbeurteilung äusserst kontrovers und je nach Autoren-Beurteilungsbogen verschieden einzustufen ist. Expertenmeinungen wären zum Beispiel bei der Einteilung nach Fineout-Overholt (2005, in *Hanna Mayer*, 2007) auf Stufe 3 mit einer bedeutend höheren Evidenz, als dies bei Fischer und Bartens (1999) der Fall ist. Daraus stellt sich die Frage, wie sinnvoll es ist, Expertenmeinungen und unsystematische Reviews nach deren Evidenz einzuteilen. Bisher galten immer randomisierte Studien als Goldstandard, aber auch anderes Forschungsguthaben wie Expertenmeinungen und unsystematische Reviews können ein gutes Wissen abgeben.

Unsystematische Reviews

Die analysierte Literatur deckt neue Lücken sowie zwei Widersprüche zum bisherigen Wissen auf. Es kann nicht beurteilt werden, ob die Literatur kritisches Denken widerspiegelt, weil in den vorliegenden unsystematischen Reviews, die Recherche nicht dargelegt ist. Relevante Konzepte und Variablen wurden von allen Autoren berücksichtigt. Alle sieben unsystematischen Reviews haben zwar eine Zusammenfassung, jedoch wird das Studiendesign in keiner Zusammenfassung gespiegelt. Dies ist für unsystematische Literatur-Recherchen auch nicht üblich und gehört eigentlich nicht dazu. Die gesamte Literatur enthält eine kritische Bewertung,

obwohl diese in den meisten Fällen nicht explizit erwähnt ist. Zu den Schwächen zählt, dass in allen sieben unsystematischen Reviews keine Methodik und kein Setting beschrieben sind. In unsystematischen Reviews werden die Methodik und das Setting, jedoch in den allermeisten Fällen nicht beschrieben und trotzdem können unsystematische Reviews zu wertvollem Forschungswissen zählen. Zu den Stärken zählt die Aktualität der Reviews. Vier Reviews wurden in den letzten zwei Jahren veröffentlicht und die anderen drei wurden in den Jahren 2004, 2003 sowie 2002 publiziert. Dies erhöht auch die Glaubwürdigkeit, da davon ausgegangen werden kann, dass die Resultate nach wie vor aktuell sind. Eine Altersdifferenzierung wurde von keinem Autor gemacht. Damit bleibt offen ob die Resultate auch auf Kinder übertragbar sind. In allen sieben Reviews wurde sowohl konzeptuelle als auch datenbasierte Literatur einbezogen und es wurden hauptsächlich Primärquellen benutzt. Wie in unsystematischen Reviews üblich, gibt es keine zusammenfassende Synthese der recherchierten wissenschaftlichen Literatur. Trotzdem entspricht die Literaturrecherche den Zielen des Forschungsprojektes. Die analysierte Literatur ist sich mit Ausnahme von zwei Punkten in allen Strategien und Tipps einig. Dies erhöht die Nachvollziehbarkeit. Die recherchierten Studien sind logisch angeordnet, so dass es für den Forscher klar ersichtlich wird, warum ein Forschungsprojekt notwendig ist. Die Literaturrecherche aller sieben unsystematischen Reviews entspricht den Zielen des Forschungsprojektes. Lieu et al. (2007); Wallhagen et al. (2006); Mc Aleer (2006); Berry und Stewart (2006); Traynor und Lucas (2004) sowie von Mc Cullagh (2002) erwähnen das Ziel ihrer Review was die Glaubwürdigkeit erhöht. Das Vorgehen wird dadurch für den Leser nachvollziehbarer. Einzig Slaven (2003) hat keine Ziele erwähnt.

Expertenmeinungen - Newsletter

Ein wesentlicher Punkt, der die Glaubwürdigkeit erhöht ist, dass es sich bei sämtlichen Autoren der Expertenmeinungen mit Ausnahme von Longerich (2000) um ausgewiesene Experten handelt. Experten mit zum Teil jahrelanger Berufserfahrung. Einzig Longerich (2000) schreibt nichts Näheres zu den Experten. Das Thema der Expertenmeinungen ist bei allen klar formuliert. Longerich (2000) erhöht die Glaubwürdigkeit durch das Beschreiben der Forschungsfrage, während alle anderen Autoren keine solche beschrieben haben. Die Glaubwürdigkeit der Expertenmeinungen und des Newsletters von Williams Communications (2006),

Lynch (2004), Sommer und Sommer (2002) sowie von Longrich (2000) wird durch die Beschreibung der Ziele erhöht. Schnabel (2000) und Brock (1999) haben keine Ziele beschrieben, was wiederum die Glaubwürdigkeit vermindert. Sämtliche Expertenmeinungen und der Newsletter von Williams Communications (2006) beinhalten keine Methodenbeschreibung. Dies ringert die Glaubwürdigkeit ebenfalls, jedoch ist es für Expertenmeinungen auch nicht üblich, dass Methodik und Setting beschrieben werden. Bei sämtlichen Expertenmeinungen wurde eine nicht näher beschriebene Literatur-Recherche durchgeführt. Bei Expertenmeinungen ist es gewöhnlich, dass diese nicht näher beschrieben werden. Trotzdem bieten auch Expertenmeinungen wichtiges Forschungswissen. Die Bibliografien der einbezogenen Literatur sind klar formuliert.

Sämtliche Ergebnisse der sechs Expertenmeinungen sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Die Nachvollziehbarkeit und Glaubwürdigkeit wird erhöht durch fast ausschliesslich übereinstimmende Ergebnisse. Es gibt lediglich zwei Widersprüche: Es bleibt ungeklärt ob sich Familienmitglieder und Personen aus dem Freundeskreis als Interpreten eignen oder nicht. Ebenso unklar bleibt, ob beim Repetieren nicht verstandener Wörter oder Sätze noch einmal das Gleiche wiederholt oder ob direkt umformuliert werden soll. Die Resultate der Expertenmeinungen und der Newsletter stimmen auch mit den Resultaten der unsystematischen Reviews überein. Die Ergebnisse helfen, die Patientengruppe in ihrer Umgebung besser zu verstehen. Die Aktualität der Expertenmeinungen ist ganz verschieden und umfasst die Zeit von 1999 bis 2006. Ab 2006 wurden keine relevanten Expertenmeinungen mehr gefunden.

Das Hauptziel der Expertenmeinungen ist mit dem Ziel des Forschungsprojektes identisch und die Resultate sind auf die Patienten des Forschungsprojektes anwendbar. Die logische Anordnung sowie einfache Erklärungen der Resultate, Quellenangaben und Bibliografien fördern die Verständlichkeit. Mit der korrekten Quellenangabe in allen Reviews wurden Plagiate vermieden und damit die Vertrauenswürdigkeit erhöht.

Nachfolgend werden nun die analysierte Literatur und deren Ergebnisse diskutiert. Die Resultate der verschiedenen Kategorien werden miteinander und mit anderen Theorien in Verbindung gebracht.

5.2 Interpretier/Lippenleser

Interpreter

Die Wichtigkeit von Interpretern ist unbestritten und wird von keinem Autor angezweifelt. Für hörgeschädigte Patienten, welche die Gebärdensprache als ihre bevorzugte Kommunikationsmethode wählen, ist es wichtig, dass ihnen Interpreter zur Verfügung gestellt werden (Mc Aleer, 2006; Lynch, 2004; Slaven, 2003; Sommer und Sommer, 2002). Cardose, A.H., Rodrigues, K.G. und Bachion, M.M. (2006) führten eine Umfrage unter elf erwachsenen gehörlosen Patienten durch, welche sich in der Alltagswelt der Gebärdensprache als Kommunikationsmethode bedienen. Alle Patienten berichteten, dass sie während ihres Spitalaufenthalts einen Interpreter vermisst hätten, da Pflegende die Gebärdensprache nicht verstanden haben und folglich eine adäquate Kommunikation nicht gewährleistet werden konnte. Daraus lässt sich schliessen, dass Interpreter nach Hausmöglichkeiten eingesetzt werden sollen.

Dass die Institutionen dem hörgeschädigten Patienten gemäss amerikanischem Gesetz kostenlos einen Interpreter zur Verfügung stellen müssten, erwähnen Lieu et al. (2007), Sommer und Sommer (2002). Persönliche Nachforschungen bei einer Schweizer Anwaltskanzlei haben gezeigt, dass es in der Schweiz ganz ähnliche Gesetze gibt. Mit dem Behindertengleichstellungsgesetz, welches am 1. Mai 2002 in Kraft getreten ist, wird das Verbot des Grundgesetzes „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ umgesetzt. Das heisst, dass Hörgeschädigte auch Anspruch auf eine gesicherte, verständliche Kommunikation in der Pflege haben. In anderen Bereichen wie im Verkehr oder in der Rechtsabteilung gibt es die erforderlichen spezifischen Branchengesetze, nicht aber für die Pflege. Auch haben zum Beispiel sehbehinderte Menschen das Recht, die Kosten für Blindenhunde von den Steuern abzuziehen, während nicht geschrieben steht, ob hörbehinderte Menschen die Kosten für Interpreter ebenfalls abziehen können. Dies sollte Pflegende motivieren, sich Gesundheitspolitisch in Zukunft stärker für die Interessen und Rechte hörgeschädigter Patienten einzusetzen.

Unbestritten ist, dass es in der Verantwortung der Pflegenden liegt, rechtzeitig einen geeigneten Interpreter der erforderlichen Gebärdensprache zu organisieren und Termine mit Interpretern unbedingt einzuhalten (Lieu et al., 2007; Berry und Stewart, 2006; Williams Communications, 2006). Dies scheint darum erklärbar zu sein, weil

Interpreter mit Kosten verbunden sind und sich diese bei Verspätungen oder beim Verpassen von Terminen unnötig erhöhen. Auch aus Sicht eines Interpreters ist es unangenehm, wenn dieser auf Patienten warten muss oder aber Termine ganz vergessen gehen und er umsonst anreist.

Bei der Frage, ob sich Familienmitglieder, Personen aus dem Freundeskreis und Pflegende als Interpreter eignen, gehen die Meinungen auseinander. Lieu et al. (2007), Berry und Stewart (2006) sowie Mc Aleer (2006) vertreten die Ansicht, dass sich weder Pflegende noch Mitglieder aus dem Familien- oder Freundeskreis als Interpreter eignen, weil sie zu emotional sind. Diese Meinung kann sehr gut vertreten werden, da es für Angehörige bestimmt nicht einfach ist, dem Patienten schwere Diagnosen und schlecht verlaufende Krankheitsentwicklungen zu übersetzen. Sommer und Sommer (2002) relativieren, dass sich Bekannte nur in seltenen Fällen als Interpreter eignen, während Lynch (2004) und Slaven (2003) ganz klar behaupten, dass sich sowohl Familienmitglieder, Freunde, Pflegende oder aber auch Laien für Interpretieraufgaben eignen. Wood (1999) betont auch wenn Familienmitglieder oder Freunde gut ausgebildete Interpreter sind, es ihnen das Gesetz nicht erlaubt, die Rolle eines Interpreters übernehmen zu dürfen. Dies aus emotionalen sowie aus persönlichen Datenschutzgründen. Nachvollziehbar erscheint eine Mischung aus beiden Meinungen. Daraus lässt sich schliessen, dass die Situation von Fall zu Fall neu beurteilt werden soll. Wichtig ist auch, dass die Entscheidung zusammen mit dem Patienten getroffen wird. Der Patient muss dabei genau über Vor- und Nachteile von Pflegenden informiert werden.

Übereinstimmend sind dagegen wieder die Meinungen betreffend die Bereitstellung der Unterlagen. Williams Communications (2006), Traynor und Lucas (2004) sowie Lynch (2004) appellieren an die Pflegenden, dass sie den Interpretern rechtzeitig alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung stellen. Tang, S.Y. (1999) gibt Empfehlungen zur Anwendung eines Interpreter-Systems, das auf der Kosten-Grundlage basiert. Dabei rät er Pflegenden, beim Einsatz von Interpretern auch immer an Kosten–Nutzen der Ressourcen zu denken. Wenn die Unterlagen rechtzeitig bereit sind kann die Kommunikation sofort gestartet und Zeit und Geld gespart werden.

Lieu et al. (2007), Berry und Stewart (2006), Williams Communications (2006) und Slaven (2003) fordern allesamt die Pflegenden auf, Interpreter leicht versetzt hinter den Pflegenden zu positionieren. Dies erklärt sich wohl damit, dass der Patient beide,

sowohl Pflegenden als auch Interpreter, im Blickwinkel hat und nicht immer den Kopf von Person zu Person drehen muss. Ein weiterer Grund könnte darin liegen, dass der Pflegende nicht in Versuchung kommt, den Interpreter anzuschauen, wenn dieser hinter ihm steht.

Nicht den Interpreter, sondern permanent den Patienten während der Kommunikation anzuschauen, empfehlen einstimmig Lieu et al. (2007), Berry und Stewart (2006) sowie Williams Communications (2006). Dies könnte damit zusammenhängen, dass der Patient ständigen Blickkontakt auf die Lippen des Pflegenden haben möchte, damit er neben der Gebärdensprache auch die Lippen des Interpreters lesen kann.

Zu beachten gilt, dass Interpreter keine persönlichen Auskünfte geben können. Sie sind lediglich Übersetzer (Berry und Stewart, 2006; Mc Aleer, 2006; Williams Communications, 2006). Dies erklärt sich wohl damit, dass Interpreter keine medizinische Ausbildung haben und die Krankheitsgeschichte des Patienten oft gar nicht kennen. Es liegt nicht im Kompetenzbereich von Interpretern, eigene Auskünfte und Meinungen abzugeben, ihr Aufgabe ist ausschliesslich das Übersetzen.

Lippenlesen

Nach Lieu et al. (2007) gehen immer noch viele Pflegende davon aus, dass Lippenlesen die beliebteste Kommunikationsmethode von hörgeschädigten Patienten ist. Dies ist aber nicht zwingend so. Der Patient sollte selbst auswählen können, welche Kommunikationsart er sich wünscht und ihm den grössten Nutzen bringt.

Lieu et al. (2007), Mc Aleer (2006) und Longerich (2000), erklären, dass Lippenlesen auch für trainierte Lippenleser enorm schwierig ist. Erschwerend kommt hinzu, dass Pflegende oft die Tendenz haben, mit Patienten zu sprechen und gleichzeitig andere Aufgaben zu erledigen. Pflegende sollen sich daher auf die Kommunikation mit Patienten konzentrieren und dabei alle anderen Aufgaben auf einen späteren Zeitpunkt verschieben (Elzer und Sciborski, 2007). Es ist auch keine adäquate Kommunikation zwischen Pflegenden und hörenden Patienten, wenn Pflegende gleichzeitig sprechen, schreiben oder andere Tätigkeiten ausüben. Dies könnte beim Patienten den Eindruck erwecken, dass Pflegende ihn nicht ernst nehmen, ihm nicht richtig zuhören oder es als unwichtig empfinden, sich Zeit zu nehmen für eine richtige 1:1-Kommunikation mit grosser Aufmerksamkeit.

Die Lippen des Pflegenden sollen für hörgeschädigte Patienten immer gut sichtbar sein. Verständlicherweise ist es fast unmöglich, Lippen zu lesen, wenn diese durch Hände, Bart, Schnauz oder Mundschutz verdeckt sind. Das Lippenlesen wird vereinfacht durch kurze, einfache Sätze und das Anpassen der Sprechgeschwindigkeit (Berry und Stewart, 2006; Slaven, 2003; Longerich, 2000). Eine gesicherte Kommunikation ermöglicht nicht nur einen besseren Zugang zu Diagnose und Therapie, sondern bietet dem Patienten auch adäquate Informationen und erhöht die Compliance für die Behandlung (Fellinger et al., 2004). Daraus kann geschlossen werden, dass bei hörgeschädigten Patienten besser Pflegende ohne Schnauz und Bart zum Einsatz kommen. Wird ein Mundschutz angewendet, so ist es für den Patienten wohl hilfreich, wenn er zuvor aufgeklärt wird was passiert und wie er sich zu verhalten hat.

5.3 Die schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation

Die schriftliche Kommunikation

Das Aufschreiben einzelner Wörter oder Sätze kann sehr hilfreich sein (Lieu et al., 2007; Berry und Stewart, 2006; Traynor und Lucas, 2004; Slaven, 2003 Schnabel, 2000). Wichtig ist, dass in der Muttersprache des Patienten kommuniziert wird (Elzer und Sciborski, 2007). Dabei gilt zu beachten, dass nicht alle Patienten Englisch sprechen. Zunächst sollte die Sprache des Patienten abgeklärt werden, sodass man die geschriebenen Sätze der Muttersprache des Patienten anpassen kann. Es bringt einem Deutsch sprechenden Patienten ohne Englischkenntnisse sehr wenig, wenn er Sätze in Englisch präsentiert bekommt und damit nichts anfangen kann. Auch wenn die gefundenen Ergebnisse immer die englische Sprache betreffen, sind sie sehr gut auf alle anderen Sprachen übertragbar.

Auf jeden Fall sollte allen hörgeschädigten Patienten Schreibstift und Papier bereitgestellt werden (Wallhagen et al., 2006; Williams Communications, 2006; Berry und Stewart, 2006). Cardose et al. (2006) erklären jedoch, dass Pflegende oft nicht verstehen können, was hörgeschädigte Patienten aufschreiben, da die Sätze grammatisch so falsch sind, dass sie keinen Sinn mehr machen. Das Aufschreiben von Wörtern und Sätzen ist aber auf jeden Fall eine Möglichkeit, die hörgeschädigten Patienten in fast allen Ländern geboten werden kann. Wenn der Patient Papier und Schreibstift zur Verfügung hat, kann er selbst entscheiden, wann er es für nötig

erachtet, einzelne Wörter oder Sätze aufzuschreiben. Diese Hilfsmöglichkeit kostet sehr wenig und sollte auf jeden Fall in leserlicher Schrift genutzt werden.

Ebenfalls in zahlreichen Ländern möglich sein sollte der Einsatz von Dokumenten als Hilfsmittel. Dazu gehören Grafiken, Bilder, Diagramme, Bücher und Broschüren (Lieu et al., 2007; Williams Communications, 2006; Mc Aleer, 2006). Vor allem Hörgeschädigte, die seit dem Kindesalter hörgeschädigt sind, haben oft gar nicht sprechen gelernt und sind kognitiv nicht auf demselben Stand wie hörende Patienten, so Schneider (2001). Dank dem Einsatz von Bildern und Grafiken können sich hörgeschädigte Patienten auf einfache Art und Weise vorstellen, was ihnen Pflegende oder Ärzte erzählen möchten.

Hilfreich zu sein scheint auch die Vorbereitung einer Liste mit oft gestellten Fragen und Sätzen, wie es Williams Communications (2006) rät. Steinberg, A.G., Barnett, St., Meador, H.E., Wiggins, E.A., Zazove, P. (2006) machten eine Umfrage unter 91 erwachsenen gehörlosen Patienten aus drei verschiedenen Städten in Amerika. Dabei gaben 64% der Befragten an, dass geschriebene Sätze als nicht adäquat empfunden wurden. Hindernisse dabei waren: unleserliche Schrift, Fremdwörter, Abkürzungen und eine andere Grammatik als in der Gebärdensprache, die ihre eigene Grammatik hat. Daraus lässt sich ableiten, dass Pflegende in ganz einfachen, kurzen Sätzen, ohne Fremdwörter und Abkürzungen, in gut zu lesender Schrift schreiben sollen.

Die verbale Kommunikation

Auch bei der verbalen Kommunikation gibt es zahlreiche übereinstimmende Meinungsäusserungen der verschiedenen Autoren.

Wallhagen et al. (2006), Mc Aleer (2006), Lynch (2004), Slaven (2003), Mc Cullagh (2002) und Longerich (2000) betonen, wie wichtig die Aufmerksamkeit eines hörgeschädigten Patienten für eine adäquate Kommunikation ist. Dazu passt sicher auch die Aussage von Traynor und Lucas (2004), dass immer nur eine Person sprechen soll. Wenn mehrere Personen gleichzeitig sprechen, verliert der Patient rasch den Überblick, wird abgelenkt und weiss nicht mehr, wem er zuhören soll. Weitere mögliche Faktoren die den Patienten ablenken, sollen eliminiert werden, damit sich der Patient auf die Kommunikation konzentrieren kann.

Grosse Einstimmigkeit herrscht auch bei der Aussage, dass Pflegende während der Kommunikation den Patienten immer direkt anschauen sollen (Lieu et al., 2007;

Williams Communications, 2006; Wallhagen et al., 2006; Sommer und Sommer, 2002; Lynch, 2004; Slaven, 2003; Mc Cullagh, 2002; und Schnabel, 2000). Dies erklärt sich damit, dass der Patient ständigen Sichtkontakt auf die Lippen des Pflegenden haben sollte, damit er gezielt Lippen lesen kann.

Die Kernaussage, dass der Mund der Pflegenden bei der verbalen Kommunikation für Patienten jederzeit sichtbar sein soll, ist ebenfalls breit gestützt (Lieu et al. 2007; Wallhagen et al. 2006; Berry und Stewart, 2006; Sommer und Sommer, 2002; Schnabel, 2000; Longerich, 2000; und Brock, 1999) und erklärt sich wohl wieder mit der Vereinfachung fürs Lippen lesen.

Um auch dem hörgeschädigten Patienten mit dem nötigen Respekt entgegenzutreten, empfehlen Lieu et al. (2007), auch hörbehinderte Patienten in der Sie-Form anzusprechen. Aus ethischer Sicht werden Pflegende aufgefordert, die Achtung der Würde des Patienten wahrzunehmen. Der Patient soll als Ganzes gesehen werden. Auch die Normen für die Autonomie fordern die Achtung, den Respekt und die Menschlichkeit gegenüber dem Patienten, wie aus den ethischen Grundsätzen des Schweizerischen Berufsverbandes für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), zu entnehmen ist. Patienten, die in der Sie-Form angesprochen werden, fühlen sich ernst genommen. Im Vergleich zu hörenden Patienten sollte hier also nicht differenziert werden. Beide Patientengruppen sind in der Sie-Form anzusprechen.

Bei der eigentlichen Kommunikation gibt es keine Widersprüche in den präsentierten Resultaten. Pflegende sollen darauf achten, dass sie langsam, klar und deutlich in normaler, natürlicher Lautstärke sprechen. Dies wird von neun der dreizehn Autoren erwähnt und gefordert (Lieu et al., 2007; Wallhagen et al., 2006; Williams Communications, 2006; Lynch, 2004; Sommer und Sommer, 2002; Mc Cullagh, 2002; Schnabel, 2000; Longerich, 2000; und Brock, 1999). Dazu kommen noch weitere Thesen von einzelnen Autoren, nämlich dass auf Fremdwörter verzichtet werden soll (Schnabel, 2000; Longerich, 2000) und auch von Abkürzungen soll abgesehen werden (Traynor und Lucas, 2004; Slaven, 2003; Longerich, 2000;). Diese Empfehlungen sind allesamt nachvollziehbar und vereinfachen auch eine Kommunikation mit normal hörenden Menschen.

Wichtig erscheint die Aussage, dass Patienten auf keinen Fall angeschrien werden sollen (Wallhagen et al., 2006; Berry und Stewart, 2006; Lynch, 2004; Mc Cullagh, 2002; Schnabel, 2000; Longerich, 2000). Patienten fühlen sich durch ein Anschreien

in die Defensive gedrängt und können sich nicht mehr konzentrieren. Die Kommunikationsbeziehung zwischen Pflegenden und Patienten wird gestört und das Vertrauen schwindet. Watzlawick (in Elzer und Sciborski, 2007) beschreibt, dass Kommunikation gelingt, wenn auf beiden Ebenen und bei beiden Kommunikationspartnern Einigkeit über den Inhalts- und Beziehungsaspekt herrscht. Der schreiende Pflegende meint es nur gut und schreit wohl deshalb, weil er denkt, dass er mit einer lauterer Kommunikation von einem hörbehinderten Patienten besser verstanden wird. Der Patient hingegen versteht diese Botschaft nicht und fühlt sich ängstlich. Der Patient zieht sich in der Folge zurück und eine adäquate Kommunikation ist nicht mehr gewährleistet.

In regelmässigem Abstand soll kontrolliert werden, ob der Patient alles verstanden hat. Dieser Aussage stimmen mit sieben Autoren ebenfalls sehr viele zu (Lieu et al., 2007; Wallhagen et al., 2006; Lynch, 2004; Sommer und Sommer, 2002; Slaven, 2003; Longerich, 2000; Brock, 1999). Cardose et al. (2006) schreiben, dass betroffene Hörgeschädigte oft wütend werden, weil sie Angst haben, aufgrund von Missverständnissen falsche Medikamente zunehmen oder aber weil sie denken, dass sie etwas falsch verstanden hätten und deshalb ihr Leiden sich nicht verbessern wird. Daraus erklärt sich, dass es nichts bringt, mit der Kommunikation fortzufahren, wenn der Patient zuvor etwas nicht verstanden hat und sich darüber immer noch den Kopf zerbricht oder wütend wird. So ist der Patient abgelenkt und kann sich nicht mehr auf die Kommunikation konzentrieren.

Ein Widerspruch unter den Autoren besteht bei der Wiederholung von Sätzen. Während Sommer und Sommer (2002) sowie Schnabel (2000) dazu raten, zunächst nochmals die genau gleichen Wörter und Sätze zu wiederholen, empfehlen Wallhagen et al. (2006) und Longerich (2000) die nicht verstandenen Sätze direkt umzuformulieren, da es nichts bringt, zehnmal das Gleiche zu wiederholen. Dieser Widerspruch kann nicht definitiv geklärt werden, da je zwei Autoren von ihren Ausführungen überzeugt sind und beide Seiten zu verstehen sind. Eine spezifische Suche in den Datenbanken zu dieser Problematik brachte ebenfalls keine definitive Klärung.

Viel klarer erscheint die Aussage von Brock (1999), dass hörgeschädigten Patienten genügend Zeit gelassen werden soll. Dies erscheint nachvollziehbar, da die Patienten mehr Zeit und Konzentration zum Zuhören, Begreifen und Verstehen und anschliessendem Antworten brauchen als normal hörende Patienten.

Auch hörgeschädigte Patienten sind ernst zu nehmen und auch ihnen soll man bis zum Schluss gut zuhören (Slaven, 2003). Dies könnte daran liegen, dass sich Patienten sonst als minderwertig fühlen und sich zurückziehen. Die ethischen Pflegegrundsätze des SBK verlangen von Pflegenden ganz klar, dass sie die Würde des Patienten ernst nehmen und den Patienten dementsprechend behandeln.

Die nonverbale Kommunikation

Die nonverbale Kommunikation kommt in den Ausführungen der Autoren zu kurz. Die meisten erwähnen lediglich in wenigen Sätzen, dass den Pflegenden zu raten sei, ihre Körpersprache und Mimik während der Kommunikation einzusetzen (Lieu et al., 2007; Lynch, 2004; Slaven, 2003; Sommer und Sommer, 2002; Schnabel, 2000; Longerich, 2000; Brock, 1999). Hörgeschädigte Menschen vertrauen mehr aufs Sehen als aufs Hören. Deshalb legen sie einen grossen Wert auf die visuelle Kommunikation. Auch Watzlawick erklärt, dass man nicht–nicht kommunizieren kann. Lachen, weinen, Achselzucken und alles andere ergibt ein Bild von der Person und spricht genauso wie die verbale Sprache. Pflegende sollen sich darüber jederzeit bewusst sein, dass sie in allen Situationen mit ihrer Gestik und Mimik sprechen, ob gewollt oder nicht (Watzlawick, in Elzer und Sciborski, 2007). Deshalb sollen Pflegende die nonverbale Kommunikationsstrategien einsetzen.

5.4 Technische Hilfsmittel

Hörgeräte

An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass es zahlreiche Literatur spezifisch zu Hörgeräten gibt. Für die vorliegende systematische Literaturübersicht wurde jedoch nicht spezifisch nach Literatur über Hörgeräte gesucht. Es wurden aber alle Ergebnisse zu Hörgeräten aus der analysierten Literatur mit einbezogen, um einen kleinen Überblick über das Thema Hörgeräte zu geben. Um die Thematik detaillierter kennenzulernen, müsste man gezielt nach Hörgeräten suchen.

Die Wichtigkeit und der Effekt von Hörgeräten wird von den Autoren mehrfach betont (Slaven, 2003; Sommer und Sommer, 2002; Schnabel 2000; Mc Cullagh, 2002). Gibt man zum Beispiel Alzheimer-Patienten ein Hörgerät, lässt sich eine signifikante Besserung in der Kommunikation feststellen. Bei Untersuchungen zeigten viele Demenzpatienten nach drei Monaten Tragen eines Hörgeräts eine viel höhere

kognitive Funktionsfähigkeit (Cohen-Mansfield und Taylor, 2004). Daraus lässt sich schliessen, dass die Hörschwäche von Demenz-Patienten nicht auf die Demenz, sondern auf einen Hörschaden zurückzuführen ist.

Wichtig für Pflegende scheint auch die Aussage von Slaven (2003), der erklärt, dass allein in Amerika 4 Millionen Menschen ein Hörgerät bräuchten, jedoch nur 1.3 Millionen auch wirklich eines haben und davon wiederum zahlreiche Menschen ihr Hörgerät nicht tragen. Elzer und Sciborski (2007) erklären, dass eine frühe Diagnose für eine fachgerechte Therapie entscheidend ist. Daraus kann abgeleitet werden, dass es in der Verantwortung des Pflegenden liegt, bei Anamnesegesprächen einen möglichen Hörschaden des Patienten zu eruieren und diesen darauf aufmerksam zu machen.

Auch liegt es in der Verantwortung der Pflegenden, dass sie Patienten immer wieder darauf aufmerksam machen ihr Hörgerät zu tragen (Mc Cullagh, 2002; Schnabel, 2000;) und dass sie darauf achten, dass dieses auch immer richtig funktioniert (Wallhagen et al., 2006; Brock, 1999). Cohen-Mansfield und Taylor (2004) machten schriftliche Interviews mit 279 hörgeschädigten Patienten und 51 Pflegenden. Die Umfragen ergaben, dass 85.5% der Patienten Hilfe von Pflegenden für den Batterienwechsel benötigten. 64% der Hörgeräte wurden von den Patienten als „nicht richtig funktionierend“ eingestuft. Daraus wird klar ersichtlich, dass Pflegende hörgeschädigten Patienten im Umgang und in der Pflege von Hörgeräten helfen sollen.

Während der Pflege oder bei einer Hydrotherapie, müssen die Hörgeräte entfernt werden (Mc Cullagh, 2002). Eine Begründung dazu ist nicht beschrieben, doch es könnte wahrscheinlich daran liegen, dass Wasser die empfindliche Hightech-Technologie zerstört.

Dabei ist die Aussage von Longerich (2000) wichtig, dass bei der Herausnahme des Gerätes der Patient noch weniger hört. Dies fordert von Pflegenden, dass während der Zeit des Nichttragens wohl am Besten auf eine Kommunikation verzichtet, oder aber die Lautstärke angepasst wird.

Weitere technische Hilfsmittel

Weitere technische Hilfsmittel sind von den Autoren ebenfalls nur kurz beschrieben. Deckende Aussagen gibt es eigentlich nur zur Wichtigkeit eines Einsatzes von Video- und Computersystemen (Lieu et al., 2007; Berry und Stewart, 2006; Williams Communications, 2006; Mc Aleer, 2006), falls ein Interpret nicht vor Ort kommen kann. Dies ermöglicht es dem Patienten, mit einem Interpret via Video zu kommunizieren. Das System wird von den Autoren lediglich gefordert, jedoch nicht näher erklärt, wie es funktioniert. Ob dies auch finanziert werden kann bleibt von Haus zu Haus offen.

Technische Hilfsmittel die von den Autoren auch gefordert werden, sind: Fernseher mit Untertitel, Mailprogramme und Computer mit Internetzugang, Telefonschreibmaschinen, Präsentations-Videos, Texttelefone, blinkende Warnanlagen für Notfallsituationen, Teletext und Computerzugang, sowie Pocket-Talker. Dies scheint für viele Institutionen finanziell nicht machbar zu sein und sie an ihre Grenzen zu bringen. Der Einsatz empfiehlt sich je nach Hausmöglichkeiten.

Longerich (2000) fordert einfache technische Hilfsmittel, die mit wenig finanziellem Aufwand verbunden sind, wie Kopfhörer für TV-, HiFi- und Radiogeräte oder Telefonverstärker für Telefonhörer. Abklärungen an einem regionalen Spital haben ergeben, dass genau diese Hilfsmittel dort zum Einsatz beim Technischen Dienst bereitstehen, jedoch selten bis nie benutzt werden. Persönliche, unsystematische Umfragen auf einer Station haben bei acht befragten Pflegefachfrauen ergeben, dass niemand darüber informiert war. Gut möglich scheint, dass Pflegende über diese Möglichkeiten allgemein viel zu wenig informiert sind. Demzufolge müssten die Stationen unbedingt über diese Hilfsmittel informiert werden. Dies kann mittels Infomail oder Infoschreiben an die zuständigen Stationsverantwortlichen erfolgen.

Schnabel (2000) erklärt, dass von unbekanntem Geräten abgesehen werden soll, da sie hörgeschädigten Patienten oft Angst machen, weil sie fürchten, Erklärungen falsch verstanden zu haben. Steinberg et al. (2006) erläutern, dass die Resultate ihrer Umfragen an 91 erwachsenen hörgeschädigten Patienten ergeben haben, dass die Telefonkommunikation als ungeeignet eingeschätzt wurde. Viele hatten nicht die nötige Geduld zu warten, bis der Kommunikationspartner die Sätze geschrieben hatte und auch die Technologie wurde als zu kompliziert empfunden

5.5 Umgebungsfaktoren

Umgebungsfaktoren werden in der analysierten Literatur als sehr wichtig beschrieben. Allein schon, dass sämtliche Autoren zu diesem Faktor Stellung nehmen, bezeugt deren Wichtigkeit.

Jeglicher Hintergrundlärm soll eliminiert werden, bevor mit der eigentlichen Kommunikation begonnen wird (Lieu et al., 2007; Wallhagen et al., 2006; Williams Communications, 2006; Lynch, 2004; Traynor und Lucas, 2004; Slaven, 2003; Mc Cullagh, 2002; Sommer und Sommer, 2002; Longerich, 2000; Brock, 1999). Dies ist sicher damit zu erklären, dass der Patient bereits in seinen Hörfähigkeiten eingeschränkt ist und dann vom Lärm zusätzlich noch unnötig abgelenkt und negativ beeinflusst wird.

Auch was die Beleuchtung der Räumlichkeiten betrifft, herrscht eine grosse Einigkeit. Die Räume sollen grosszügig und ausreichend beleuchtet werden, jedoch soll auf blendendes Licht verzichtet werden (Lieu et al., 2007; Wallhagen et al., 2006; Williams Communications, 2006; Berry und Stewart, 2006; Traynor und Lucas, 2004; Slaven, 2003; Sommer und Sommer, 2002; Brock, 1999).

Ein wichtiger Faktor scheint die Aufforderung von Schnabel (2000) zu sein, hörgeschädigten Patienten eine Bezugspflege zu ermöglichen. Hamann und Hamann (2006) erläutern die Vorteile eines Einsatzes der Bezugspflege. Abgeleitet auf die Kommunikation zwischen hörgeschädigten Patienten und Pflegenden erklärt sich dies wahrscheinlich damit, dass es ein Vorteil ist, wenn der Pflegende die Wünsche und Anliegen des Patienten kennt und darauf gezielt eingehen kann.

Weiter fordert Schnabel (2000), hörgeschädigte Patienten in einem Einbettzimmer unterzubringen. Dies ist wohl damit zu erklären, dass sie in Mehrbettzimmern oft nicht an gemeinsamen Gesprächen teilnehmen können. Dies wirkt sich negativ auf ihr Selbstbewusstsein aus und sie könnten sich zurückziehen und diskriminiert fühlen. Daraus ergibt sich für die Bettenorganisation, dass hörgeschädigten Patienten, falls die Möglichkeit besteht, ein Einbettzimmer zur Verfügung gestellt wird.

Nachvollziehbar scheint auch die Forderung von Williams Communications (2006) nach symbolischen oder vibrierenden Alarmanlagen für Notfallsituationen. Die Institutionen nachträglich mit solchen Anlagen auszurüsten, scheint allerdings finanziell nur sehr schwer machbar zu sein. Die Forderung soll sich wahrscheinlich

vielmehr an neu geplante Institutionen richten. Bei bereits bestehenden Einrichtungen scheint eine ausreichende Information des Pflegeteams sowie ein Vermerk in der Dokumentation.

5.6 Aus- und Weiterbildung/Diverses

Aus- und Weiterbildung

Bezüglich Aus- und Weiterbildung steht in der Literatur nur sehr wenig geschrieben. Eine Begründung dafür, warum nicht mehr Autoren auf dieses Thema eingehen, scheint nicht offenkundig zu sein. Die Ausbildung an der Walliser Pflegefachhochschule hat gezeigt, dass das Thema Hörschädigung nur ganz kurz gestreift wird. Es wurden keine mit dem Thema Hörschädigung zusammenhängenden Krankheitsbilder und auch keine spezifischen Kommunikationsstrategien erörtert. Dies widerspricht eigentlich der Forderung von Lieu et al. (2007), Berry und Stewart (2006), Williams Communications (2006), Traynor und Lucas (2004), nämlich alle Mitarbeiter des Pflegeteams im Umgang mit hörgeschädigten Patienten auszubilden. Cohen-Mansfield und Taylor (2004) berichten darüber, dass von 51 befragten Pflegenden 45.8% angaben, nie Weisungen oder Anleitungen im Umgang mit Hörgeräten bekommen zu haben. 31.3% der Pflegenden gaben Mängel im Fachwissen über Hörgeräten zu. Demzufolge liegt es auf der Hand, dass Pflegende in Zukunft gezielt ausgebildet werden sollen. Um die Pflegequalität im Umgang mit hörgeschädigten Patienten zu verbessern, ist es ratsam, die Problematik sowie Lösungsvorschläge in der Aus- und Weiterbildung zu besprechen.

Quasi als Ersatzmassnahme fordert Lynch (2004) die Pflegenden dazu auf, sich selbst nach Möglichkeiten für eine verbesserte Kommunikation mit hörgeschädigten Patienten zu erkundigen. Er verweist dabei auf verschiedene Quellen wie Internet und Bücher oder an die Ressourcen der Institution. Es stellt sich die Frage, inwieweit Pflegende dies in ihrer Freizeit auch wirklich machen? Es sollte im Aufgabenbereich der Pflegeexperten/-innen liegen, spezifische Weiterbildungen in der Kommunikation mit hörgeschädigten Patienten zu organisieren.

Diverses

Patienten sollen die gewünschte Kommunikationsmethode selber wählen (Lieu et al., 2007; Wallhaben et al., 2006; Williams Communications, 2006; Sommer und Sommer, 2002). Orem geht davon aus, dass sich Patienten selbst pflegen wollen, weil sie die Fähigkeit dazu haben (Orem, in Elzer und Sciborski, 2007). Demnach sollen Patienten die Kommunikationsmethoden auch selbst auswählen können, da sie ihre Fähigkeiten selbst am besten einschätzen können. Wird dem Patienten eine Kommunikationsmethode aufgedrängt, so kann bei diesem ein Selbstpflegedefizit entstehen. Der Patient ist in seiner bevorzugten Kommunikationsmethode wohl am besten trainiert.

Fragen wirft die Forderung von Berry und Stewart (2006) an Pflegende auf, hörgeschädigten Patienten schriftliche Dokumentationen auf Stufe 4. Klasse oder tiefer zur Verfügung zu stellen. Schneider (2001) erklärt unter den Auswirkungen von Hörschäden, dass diese im Kindesalter gravierende Auswirkungen für die Zukunft haben können. Durch den Hörschaden wird automatisch die Sprachentwicklung des Kindes in Mitleidenschaft gezogen. Ein Kind, das nichts hört, wird auch nie sprechen lernen. Dadurch wird auch die geistige Entwicklung und die damit verbundene Persönlichkeitsreife des Kindes negativ beeinflusst (Schneider, 2001). Es stellt sich die Frage, ob dies für den Patienten förderlich ist und dieser kognitiv wirklich so stark eingeschränkt ist oder aber, ob er sich dadurch nicht diskriminiert fühlt und zurückzieht? Es liess sich keine weitere Literatur finden, welche diese Forderung unterstützt hat. Es empfiehlt sich gezielte Forschung zu betreiben.

Bei persönlichen Nachforschungen beim Schweizerischen Verband für Gehörlosen- und Hörgeschädigten-Organisationen (Sonos) nach möglichen Kommunikationsstrategien und Tipps wurde lediglich auf das Tragen von Hörgeräten hingewiesen. Dabei zeigt die vorliegende systematische Literaturübersicht, dass es viele Kommunikationsstrategien gibt, welche eine professionelle Kommunikation auch mit hörgeschädigten Patienten fördern. Es wäre hilfreich, wenn Verbände und Institutionen nicht nur auf die Hörgeräte verweisen würden, sondern auch mögliche Standards mit alternativen Kommunikationsmethoden anbieten könnten. Es kann auf den Stationen oder in Heimen jederzeit vorkommen, dass Pflegende auf hörgeschädigte Patienten ohne Hörgeräte treffen. In dem Moment wäre es hilfreich,

mögliche Kommunikationsstrategien und Tipps zu kennen. Nur so kann zur Professionalisierung beigetragen und die Pflegequalität verbessert werden.

Steinberg et al. (2006) beschreiben, dass von 91 gehörlosen Patienten deren 64% starke negative Gefühle während ihres Aufenthalts in einer Gesundheitsdienstlichen Institution empfanden. Einige Teilnehmer hatten sogar das Gefühl, dass sie nicht willkommen seien. Um diese Gefühle zu beseitigen und die Patientenzufriedenheit zu erhöhen, muss die Pflegequalität verbessert werden und dazu braucht es weitere Forschung.

Die Umsetzung der Ergebnisse ist zum grossen Teil sehr gut möglich, jedoch ist die Wirksamkeit der Kommunikationsstrategien in der Praxis nicht getestet worden. Um beurteilen zu können wie effektiv sie sind, müsste man gezielter forschen.

5.7 Kritische Würdigung der Arbeit

An dieser Stelle wird die vorliegende Literaturübersicht kritisch gewürdigt. Diese persönliche Würdigung setzt sich sowohl aus positiver als auch aus negativer Kritik zusammen.

Die **Datensammlung** fand in pflegerelevanten Datenbanken statt. Die Systematik der Suche erhöhte die Vertrauenswürdigkeit und Nachvollziehbarkeit. Neben dieser systematischen Suche wurde auch mittels Handsuche nach Literatur gesucht. Themenspezifische Datenbanken wurden nicht verwendet, daher ist es möglich, dass relevante Literatur übersehen wurde. Die sechsmonatige Datensammlung ergab dass über die Thematik „Kommunikation mit hörgeschädigten Patienten“, empirische Studien bisher fehlen. Aus diesem Grunde musste Literatur in die Übersichtsarbeit integriert werden, die zum Teil keine Angaben zur Berücksichtigung von ethischen Aspekten enthält.

In einer ersten **Datenauswahl** wurden sämtliche gefundene Treffer durch das Lesen des Titels und des Abstracts einem ersten Ausschlusskriterium unterzogen. In vier Sprachen (Deutsch, Englisch, Französisch und Italienisch) wurde nach Treffern gesucht. Dies hat die Möglichkeit bestimmt erhöht, relevante Literatur zu finden. Berücksichtigt wurde Literatur der letzten zehn Jahre. Ältere Literatur wurde ausgeschlossen, um zu verhindern, dass veraltete Kommunikationsstrategien berücksichtigt wurden.

Die für die **Datenanalyse** ausgewählte Literatur setzte sich elf Treffern zusammen. Die Übersetzung dieser Literatur in die deutsche Sprache kann Fehler beinhalten. Um die Qualität zu erhöhen, wurden die Übersetzungen zur Begutachtung einem Sprachexperten ausgehändigt. Eine professionelle Korrektorin hat die vorliegende systematische Review auf Rechtschreibfehler, Grammatik und stilistische Feinheiten kontrolliert und korrigiert. Trotzdem kann nicht ausgeschlossen werden dass keine Fehler vorhanden sind. Damit konnte die Qualität der Arbeit gesteigert werden. Es hat sich gezeigt, dass sich die Beurteilung von unsystematischen Reviews als schwierig erwiesen hat. Eine weitere Schwierigkeit stellte die Beurteilung der Expertenmeinungen dar, da es bisher kein Raster zur Beurteilung dieser Designs gibt. Für die vorliegende Übersichtsarbeit wurde vom Autor eigens ein Qualitätsbeurteilungsbogen erstellt. Dieser ist aber weder reliabel noch valid. Es stellt sich die Frage, ob es überhaupt Sinn macht, unsystematische Reviews und Expertenmeinungen auf deren Qualität zu prüfen.

Eine andere Schwierigkeit stellte die Aufgabe dar, alle Kommunikationsstrategien und Tipps in verschiedenen Kategorien einzuteilen. Alle im theoretischen Rahmen gestellten Ziele konnten mit der vorliegenden systematischen Literarur-Review beantwortet werden. Der Autor denkt dass die gefundenen Strategien und Tipps aus Amerika, auch gut in der Schweiz anwendbar sind. Dies wurde bis heute nicht getestet und verlangt nach neuen spezifischen Forschungsfragen. Jedoch decken sich die Strategien der Schweizer-Studie mit denen der Amerikaner. Ebenfalls zu erforschen bleibt, ob die Strategien und Tipps nur bei Erwachsenen oder auch bei Kindern anwendbar sind.

6. Schlussfolgerungen

Die Forschungsfrage der vorliegenden systematischen Review zu Kommunikationsstrategien und Tipps in der Pflege von hörgeschädigten Patienten konnte dank den dreizehn bearbeiteten Studien beantwortet werden.

Da bis zum heutigen Zeitpunkt keine empirische Forschung zu Kommunikationsstrategien für Pflegende im Umgang mit hörgeschädigten Patienten betrieben wurde, ergibt sich die Empfehlung, **in Zukunft die Forschung** bezüglich dieses Themas zu **fördern**.

Für die Pflegepraxis ist zu empfehlen, dass bereits in der **Pflegeausbildung** das Thema Hörschädigungen aufgegriffen und behandelt wird.

Für die Zukunft empfiehlt es sich ebenfalls, dass sich Pflegende **gesundheitspolitisch für hörgeschädigte Patienten und deren Rechte einsetzen**. Weiter ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

Nach Möglichkeit sollen Interpreter bei hörgeschädigten Patienten eingesetzt werden. Verantwortlich für die Organisation und das rechtzeitige Bereitstellen der Dokumentationen sind die Pflegenden. Familienmitglieder, Personen aus dem Freundeskreis sowie Pflegende können je nach Situation als Interpreter eingesetzt werden. Dies aber nur nach Rücksprache mit dem Patienten und nachdem man ihm alle Vor- und Nachteile ausführlich erklärt hat.

Die Lippen der Pflegenden sollen für den Patienten jederzeit gut sichtbar sein. Während der Kommunikation ist es ratsam kurze, einfache Sätze in langsamer Geschwindigkeit zu sprechen. Auf Abkürzungen und Fremdwörter ist zu verzichten.

Das Aufschreiben einzelner Wörter und Sätze in der Muttersprache des Patienten soll zur Anwendung kommen. Dazu gehören auch häufig gestellte Fragen, Grafiken, Bilder und Diagramme auf kognitiv einfacher Basis (max. 4. Klasse). Hörgeschädigten soll Schreibstift und Papier zur Verfügung gestellt werden.

Vor der Kommunikation ist sicherzustellen, dass man die volle Aufmerksamkeit des Patienten hat und diese durch nichts abgelenkt wird. Während des Gesprächs soll der Pflegende den Patienten immer direkt anschauen. Auch ein hörgeschädigter Patient soll in der Sie-Form angesprochen werden. Gesprochen werden soll in normaler, natürlicher Lautstärke. Auf keinen Fall schreien. Wichtig ist die regelmässige Kontrolle, ob der hörgeschädigte Patient alles verstanden hat. Falls dieser etwas nicht verstanden hat, mit entsprechender Geduld wiederholen.

Patienten mit Hörschäden soll genügend Zeit gegeben werden, um alles korrekt zu verstehen und zu verarbeiten.

Die nonverbale Kommunikation soll gezielt aber nicht übertrieben eingesetzt werden.

Der Einsatz von modernen Hörgeräten wird empfohlen. Pflegende sollen Patienten im Umgang mit Hörgeräten helfen.

Weitere technische Hilfsmittel wie Internet, SMS, Pocket Talker, Video-Kommunikation, Texttelefone, Telefonschreibmaschinen, Fernseher mit Teletext und Untertitel sollen ebenfalls zum Einsatz gelangen. Dabei gilt zu beachten, dass den Patienten alle Geräte und deren Funktionen vor dem Gebrauch genau erklärt werden, damit sich diese vor der Technik nicht fürchten.

Hintergrundlärm soll verhindert werden, da dieser den Patienten unnötig ablenkt. In den Räumlichkeiten soll auf eine ausreichende Beleuchtung geachtet werden.

Patienten mit Hörschäden sollen, falls möglich, in Einbettzimmer eingeteilt werden.

Es empfiehlt sich Bezugspflege anzuwenden, um eine Vertrauensbasis aufzubauen.

Pflegende sollen im Umgang mit hörgeschädigten Patienten ausgebildet werden.

Weiterbildungen sollen von Pflegeexperten/-innen organisiert werden. Pflegende sollen sich selbstständig über verschiedene Quellen wie Internet und Bücher über mögliche Kommunikationsstrategien informieren.

Der Patient soll entscheiden, welche Kommunikationsmethode er bevorzugt.

Innerhalb des Pflegeteams ist ein ausreichender Informationsfluss über den hörgeschädigten Patienten und dessen Ressourcen respektive Schwächen zu gewährleisten. Der Hörschaden soll in der Patientendokumentation erwähnt werden.

Patienten, deren Betten und Zimmer sollen speziell markiert werden. Auch das interdisziplinäre Team ist zu informieren.

Hörgeschädigte Menschen haben eine eigene Sprache die es zu respektieren gilt, aus ethischer, moralischer und rechtlicher Sicht (Cardose et al. 2006).
--

7. Bibliografie

Arnold, P. (2000). *Die Macht des Ohrs*. Egg: Textaid.

Axel Springer AG. (ohne Datum). *Welt Online*. Gefunden am 18. März 2008 unter [http://www.welt.de/printwelt/article334313/Vom Ticken der Uhr bis zum Presslufthammer - Geraeusche in Dezibel.html](http://www.welt.de/printwelt/article334313/Vom_Ticken_der_Uhr_bis_zum_Presslufthammer_-_Geraeusche_in_Dezibel.html)

Berry, J.A., Stewart, A.J. (2006). Communicating With the Deaf – During the Health Examination Visit. *The Journal for Nurse Practitioners*, 2 (8), 509 – 518.

Brock, A. M. (1999). Vision, Hearing Problems In The Elderly. *Provider*, 25 (10), 101 – 105.

Cardose, A.H., Rodrigues, K.G., Bachion, M.M. (2006). Perception of persons with severe or profound deafness about the communication process during health care. *Revista latino-americana de enfermagem*, 14 (4), 553 – 560.

Cohen-Mansfield, J., Taylor, J.W. (2004). Hearing Aid Use in Nursing Homes, Part 2: Barriers to Effective Utilization of Hearing Aids. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5 (5), 289 – 296.

Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Gehörlosen und Schwerhörigen (2000). *Hörgeschädigte Kinder, Schwerhörige Erwachsene*. Hamburg: Signum.

Elzer, M. & Sciborski, C. (2007). *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege, Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion*. Bern: Hans Huber.

Fellinger, J., Holzinger, D., Schoberberger, R., Lenz, G. (2004). *Psychosoziale Merkmale bei Gehörlosen*, 43 – 51.

Fischer, M.R. und Bartens, W. (Hrsg.). (1999). *Zwischen Erfahrung und Beweis – medizinische Entscheidung und Evidence-Based Medicine*. Bern: Hans Huber.

Hamann, K.F. & Hamann, K. (2006). *Schwerhörigkeit und Hörgeräte. 111 Fragen und Antworten*. München: W. Zuckschwerdt.

- Huch, R. & Bauer, Chr. (Hrsg.). (2003). *Mensch, Körper, Krankheit*. München: Urban & Fischer.
- Lieu, C.C., Sadler, G.R., Fullerton, J.T., Stohmann, P.D. (2007). Communication Strategies For Nurses Interacting with Deaf Patients. *Medsurg Nursing*, 16 (4), 239 – 245.
- LoBiondo-Wood, G., Haber, J. (Hrsg.). (2005). Pflegeforschung. *Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban & Fischer.
- Longerich, B. (2000). Communicating in the hospital with the hearing impaired patient. "Madame B. doesn't understand". *Soins infirmière*, 91 (11), 58 – 61.
- Lynch, M. (2004). Caring for the Hearing Impaired Person. *The journal of practical nursing*, 54 (3), 18 – 20.
- Mayer, H. (Hrsg.). (2007). Pflegeforschung anwenden. *Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. Wien: Facultas.
- Mc Aleer, M. (2006). Communicating effectively with deaf patients. *Nursing Standard*, 20 (19), 51 – 54.
- Mc Cullagh, M. (2002). When Hearing Becomes Part of Healing. *Orthopedic Nursing*, 21 (4), 64 – 68.
- Menche, N. (Hrsg.). (2004). *Pflege Heute*. München: Urban & Fischer.
- Pschyrembel, W. (Hrsg.). (2004). *Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Schnabel, M. (2000). Dealing with the hard-of-hearing: speak slowly, loudly and clearly. *Pflegezeitschrift*, 53 (3), 174 – 176.
- Schneider, S. (2001). *Hörgeschädigte Kinder. Rat und Tat für Eltern und Kinder*. Ratingen: Oberstebrink.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK). *Die ethischen Pflegegrundsätze*. Bern.

Schweizerischer Verband für Gehörlosen- und Hörgeschädigten-Organisationen.
Zürich.

Slaven, A. (2003). Communication and the hearing-impaired patient. *Nursing Standard*, 18 (12), 39 – 41.

Sommer, S.K., Sommer, W. (2002). When your patient is hearing impaired. *RN Magazine*, 65 (12), 28 – 32.

Steinberg, A.G., Barnett, St., Meador, H.E., Wiggins, E.A., Zazove, P. (2006). Health Care System Accessibility. *Journal of general internal medicine*, 21 (3), 260 – 266.

Tang, S.Y. (1999). Interpreter services in healthcare. Policy recommendations for healthcare agencies. *The journal of nursing administration*. 29 (6), 23 – 29.

Traynor, N., Lucas, S. (2004). Ensuring deafened patients can participate in their health care. *Nursing Times*, 100 (42), 32 – 34.

Wallhagen, M., Pettengill, E., Whiteside, M. (2006). Sensory Impairment in older adults: Part 1: Hearing Loss. *The American journal of nursing*, 106 (10), 40 – 48.

Williams Communications (2006). Deaf Awareness. *Deaf Awareness Newsletter*, 1 –14.

Wood, B. (1999). Deaf Patients in the OR: A Mile in Someone Else's Shoes. *Today's Surgical Nurse*, 34 – 36.

Anhang 1 - Suchstrategie

Cinahl (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature Print Index)

Datenbank	Begriffe	Treffer
Cinahl	#1 Communication	14'873
	#2 Nursing care	8'915
	#3 Hearing Disorders	5'126
	#4 Deafness	2'850
	#3 OR #4 = #5	7'819
	#1 AND #2 AND #5	3
	Setzen von sprachlichen Limits (Deutsch, Englisch, Französisch und Italienisch)	3
Setzen von Zeitlimits (1998 - 2007)	0	

PubMed (Public Medline)

Datenbank	Begriffe	Treffer
PubMed	#1 Communication	335'571
	#2 Nursing care	425'459
	#3 Hearing Disorders	55'079
	#4 Deafness	26'322
	#3 OR #4 = #5	62'679
	#1 AND #2 AND #5	182
	Setzen von sprachlichen Limits (Deutsch, Englisch, Französisch und Italienisch)	142
Setzen von Zeitlimits (1998 - 2007)	84	

Medline (National Library of Medicine)

Datenbank	Begriffe	Treffer
Medline	#1 Communication	47'452
	#2 Nursing care	47'669
	#3 Hearing Disorders	12'732
	#4 Deafness	20'311
	#3 OR #4 = #5	32'341
	#1 AND #2 AND #5	6
	Setzen von sprachlichen Limits (Deutsch, Englisch, Französisch und Italienisch)	3
	Setzen von Zeitlimits (1998 - 2007)	0

Cochrane (Cochrane Library)

Datenbank	Begriffe	Treffer
Cochrane	#1 Communication	4'948
	#2 Nursing care	2'106
	#3 Hearing Disorders	944
	#4 Deafness	158
	#3 OR #4 = #5	944
	#1 AND #2 AND #5	0

Einschlusskriterien

- Zielt auf Fragestellung
- Nur Erwachsene Betroffene
- Veröffentlicht in den letzten 10 Jahren
- Veröffentlicht in Deutsch, Englisch, Französisch oder Italienisch

Ausgewählte Literatur

Titel	Autor	Jahr
Communication Strategies For Nurses Interacting with Deaf Patients	Lieu, C.C., Sadler, G.R., Fullerton, J.T., Stohlmann, P.D.	2007
Communication effectively with deaf patients	Mc Aleer, M.	2006
Deaf Awareness Newsletter	Williams Communications	2006
Sensory Impairment in older adults: Part 1: Hearing Loss	Wallhagen, M., Pettengill, E., Whiteside, M.	2006
Communicating With the Deaf – During the Health Examination Visit	Berry, J.A., Stewart, A.J.	2006
Caring for the Hearing Impaired Person	Lynch, M.	2004
Ensuring deafened patients can participate in their health care	Traynor, N., Lucas, S.	2004
Communication and the hearing-impaired Patient	Slaven, A.	2003
When Hearing Becomes Part of Healing	Mc Cullagh, M.	2002
When your patient is hearing impaired	Sommer, S.K., Sommer, W.	2002
Dealing with the hard-of-hearing: speak slowly, loudly and clearly	Schnabel, M.	2000
Communicating in the hospital with the hearing impaired patient. "Madame B. doesn't understand"	Longerich, B.	2000
Vision, Hearing Problems In The Elderly	Brock, A.M.	1999

Ausschlusskriterien

- Zielt nicht auf Fragestellung 1
- Kinder 2
- Spezifisch auf Hörgeräte 3
- Interviews 4
- Protokolle 5
- Zusammenfassungen von Reviews 6
- Literatur von Blinden 7
- Nur einseitige Treffer 8
- Kein Abstract vorhanden 9

Ausgeschlossene Literatur

Titel	Autor	Jahr	Ausschlusskriterium
Voice range profiles for tonal dialect of Min.	Chen, S.H.	2007	1
Care pathway initiative for people with intellectual disabilities: impact evaluation	Ahmad, F., Roy, A., Brady, S., Belgeonne, S., Dunn, L., Pitts, J.	2007	1
Communicating the safety essentials of oral anticoagulant therapy	Lamarche, K., Heale, R.	2007	1
Perspectives of women with disabilities on reaching those who are hard to reach	Smeltzer, S.C., Sharts-Hopko, N.C., Ott, B.B., Zimmermann, V., Duffin, J.	2007	1
The impact of hearing impairment, perceptions and attitudes about hearing loss, and noise exposure risk patterns on hearing handicap among farm family members	Carruth, A., Robert, A.E., Hurley, A., Currie, P.S.	2007	1
Patient-centered Communication survey of nursing homes and rehabilitation centers	Skinder-Meredith, A., Bye, L., Bulthuis, K., Schueller, A.	2007	1
Universal newborn hearing screening and early identification of deafness: parents' responses to knowing early and their expectations of child communication development	Young, A., Tattersall, H.	2007	1
Sex differences in frequency and intensity in reading and voice range profiles for Taiwanese adult speakers	Hwa-Chen, S.	2007	1
Comparison of universal newborn hearing screening programs in Illinois hospitals	Ferro, L.M., Tanner, G., Erler, S.F.	2007	2

Perception of persons with severe or profound deafness about the communication process during health care	Cardoso, A.H., Rodrigues, K.G., Bachion, M.M.	2006	1
Cochlear implantation in children: implications for the primary care provider	Goller, Y.	2006	2
Complying with a corporate global noise health surveillance procedure – do the benefits outweigh the costs?	Bertschke, P.K., Mensah, E., Stevens, T.	2006	1
Caring for pregnant deaf women	Ané A.M.	2006	1
A sign of understanding. Interview by Jaida Miah	Walsh, N.	2006	4
Challenges in language, culture, and modality: translating English measures into American sign language	Jones, E.G., Mallinson, R.K., Phillips, L., Kang, Y.	2006	1
Outcome of resonant voice therapy for female teachers with voice disorders: perceptual, physiological, acoustic, aerodynamic, and functional measurements	Chen, S.H., Hsiao, T.Y., Hsiao, L.C., Chung, Y.M., Chiang, S.C.	2006	1
Deaf children identified through newborn hearing screening: parents' experiences of the diagnostic process	Tattersall, H., Young, A.	2006	2
Audiometric testing and hearing protection training through multimedia technology	Hong, O., Csaszar, P.	2005	1
Adapting de-escalation techniques with deaf service users	Jeffrey, D., Austen, S.	2005	1
Violent offenders in a deaf prison population	Miller, K.R., Vernon, M., Capella, M.E.	2005	1
The effects of tones on speaking frequency and intensity ranges in Mandarin and Min dialects	Chen, S.H.	2005	1
Enabling frail older people with a communication difficulty to express their views: the use of Talking Mats as an interview tool	Murphy, J., Tester, S., Hubbard, G., Downs, M., MacDonald, C.	2005	1
Learning how to communicate better with deafened patients	Wills, T.	2005	6
Coming to terms with language. Mara Mogensen Flaherty Memorial Lecture	Ruccione, K.S.	2004	9
Hearing aid use in nursing homes. Part 2: Barriers to effective utilization of hearing AIDS	Cohen-Mansfield, J., Taylor, J.W.	2004	3
Perceptions of HIV/AIDS by deaf gay men	Mallinson, R.K.	2004	1
Hearing aids for young children: early detection assures the best outcome	Hartmann, H.	2004	3
Levels of ability and functioning: using the WHODAS II in an Irish context	Gallagher, P., Mulvany, F.	2004	1
Deaf culture: when “positive” is a good thing	Mallinson, R.K.	2004	1
Impact of self-assessed hearing loss on a spouse: a longitudinal analysis of couples	Wallhagen, M.I., Strawbridge, W.J., Shema, S.J., Kaplan, G.A.	2004	1
Ear and hearing status in a multilevel retirement facility	Culbertson, D.S., Griggs, M., Hudson, S.	2004	1
Hearing the needs of deaf mothers-to-be	Josiah, B.	2004	1
A placebo for the pain: a medico-legal case analysis	Rich, B.A.	2003	1
Independent, but sweet	Wenk, T.	2003	1

Overcoming the top 10 tracheotomy self-care learning barriers	Rudy, S.F., Mc Cullagh, L.	2003	1
Web-based membership survey: results, analysis and recommendations	Rudy, S.F., Krouse, H.J., Hickey, M.M., Luther, A.P., Waddington, C.P.	2003	1
From case to case: on the far side of silence	Kela, N., Kela, P.	2003	1
A communication protocol to help patients with sensory impairment	Soltysiak, B., O'Shea, P.	2003	5
Otorhinolaryngology: Regulations for managing hearing aids	Blankenhahn, R.	2002	3
Neuropsychological and neuropsychiatric perspectives on maternal cradling preferences	Sieratzki, J.S., Woll, B.	2002	1
How to converse with a hearing-impaired patient	Mc Connell, E.A.	2002	8
Hearing disability: a source of distress for older people and carers	Tolson, D., Swan, I., Knussen, C.	2002	1
Of specialty interest: publications of the National Institute on Deafness and Other Communication Disorders	Thomas, P.C.	2002	1
Hearing impairment	Wallhagen, M.I.	2002	1
Within the sound of silence	Holmström, R.	2002	1
Hearing aids	Keine Autoren genannt	2001	3
Universal newborn hearing screening coming soon: "hear's" why	Knott, C.	2001	1
Pregnancy anxieties and natural recognition in baby-switching	Di Pasquale-Davis, J., Moran, M.K., Horger, E.O., Dajani, A.N.	2001	1
Nursing strategy. Hearing deficiency in a communication society	Roques, P.	2001	1
"We do not hear with the same ear..."	Melchior, B., Messenger, E.	2001	1
Nursing strategy. What attention for the deaf child?	Dorey, J.L.	2001	1
Fighting to be heard. Interview by Helene Mulholland	Andrews, J.	2001	4
Hearing impairment and quality of life for the elderly in nursing homes	Tsuruoka, H. Masuda, S., Ukai, K., Sakakura, Y., Harada, T., Majima, Y.	2001	1
Hear today, gone tomorrow	Whiffen, C.	2001	9
Shifting meaning of asylum	Montgomery, P.	2001	1
Communicating with older people	Keine Autoren aufgelistet	2000	1
Communication problems of hearing-impaired patients	Hines, J.	2000	1
Caring for the deaf. Do you do enough?	Sheehan, J.P.	2000	1
Deaf patients in the OR: a mile in someone else's shoes	Wood, B.	1999	1
Face to Face. Interview by Eileen Fursland	Peacock, A., Westerman, J.	1999	4
Seen and not heard	Robins, J., Mangan, M.	1999	9
The culture of the deaf	Stebnicki, J.A., Coeling, H.V.	1999	1

Perioperative care of the older adult with auditory and visual changes	Kee, C.C., Miller, V.	1999	1
I'm listening, but I can't hear you	Widner-Kolberg, K.	1999	9
Telecommunication relay services: linking nurses to patients with communication disorders	Matthews-Flint, L.J., Lucas, L.J.	1999	1
Dementia. Part 3: Communication	Packer, T.	1999	1
Caring for Ann	Fraser, J.	1999	9
Initiating a clinical trials cooperative group in an increasingly managed care environment: successes and problems in establishing collaboration	Baum, H.M., Logemann, J.A., Stenzel, B.A.	1999	1
Severe disruptive vocalizers	Sloane, P.D., Davidson, S., Knight, N., Tangen, C., Mitchell, C.M.	1999	1
Special population: HIV/AIDS among the deaf and hard of hearing	Gaskins, S.	1999	1
Communicating with a deafblind person in an emergency	Scott, J.	1998	7
Helping clients with presbycusis	Thobaben, M.	1998	1
Getting in touch with Rita	Wood, E.M.	1998	4

Anhang 2 – Zusammenfassungen der Treffer

Studientitel: Communication Strategies For Nurses Interacting with Deaf Patients

Autor/Jahr: Lieu, C.C., Sadler, G.R., Fullerton, J.T., Stohlmann, P.D. (2007). *Medsurg Nursing*, 16 (4): 239 - 245

Design/Fragestellung/Ziel/ Evidenzgrad	Setting/Sample	Methode/Instrumente	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/Stärken/ Schwächen/Ethik
<p><u>Design:</u> Unsystematische Review.</p> <p><u>Fragestellung:</u> Keine vorhanden.</p> <p><u>Ziel:</u> Das Ziel des Artikels ist die Kultur der Gehörlosen zu erklären, Kommunikationsschwierigkeiten im Gesundheitsdienst aufzuzeigen und die transkulturelle Kompetenz der Pflegenden aufzuzeigen, um den Tauben eine optimale Pflege anzubieten.</p> <p><u>Evidenzgrad:</u> 6</p>	<p><u>Setting:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Sample:</u> Unsystematische Review von 30 wissenschaftlichen Treffern zum Thema: Kommunikationsstrategien für Pflegenden im Umgang mit tauben Patienten. Aus Amerika und in Englisch abgefasst.</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Nicht erwähnt.</p>	<p><u>Interpreter/Lippenleser</u> - Pflegende sind dafür verantwortlich, dass sie Interpreter organisieren und diese von der Institution aus bezahlen. - Familienmitglieder eignen sich nicht als Interpreter. Sie sind zu emotional. - Den Interpreter nur vor und nach dem Treffen mit Pat. anschauen. Während der Kommunikation nur Pat. anschauen. - Interpreter hinter Pflegenden positionieren. - Am Ende des Gesprächs Pat. danken und ihn bezahlen. - Nur 30-45% vom Englisch kann übers Lippen lesen verstanden werden. - Pflegende sollen nicht davon ausgehen, dass Lippenlesen die beliebteste Kommunikationsform für hörgeschädigte Pat. ist. - Während dem Lippen lesen nicht schreiben und Lippenbewegungen nicht übertreiben. Für Pat. ist eine normale Aussprache einfacher zu verstehen.</p> <p><u>Schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation</u> - Geschriebene Sprache kann eine mögliche Hilfe sein, aber auch neue Schwierigkeiten mit sich bringen. Für viele ist Englisch eine Zweitsprache, die sie zum Teil nicht so gut verstehen können. Vor allem medizinische Fachausdrücke können oft nicht verstanden werden. Weiter Schwierigkeiten sind: Wortverständnisprobleme und die schwer leserliche Handschrift. - Pflegende können eine Liste mit häufig gebrauchten Wörtern und Sätzen erstellen. Ebenfalls eine Liste mit Fingeralphabet und eine Liste mit Ja- und Nein-Fragen. - Immer Augenkontakt halten während der Kommunikation. Gesicht freihalten, Hände weg vom Gesicht, vor allem vom Mund. - Immer in der Sie-Form zum Pat sprechen. - Klare Sätze formulieren. Normale Lautstärke. - Lippenbewegungen nicht übertreiben, normal sprechen. - Pat. immer wieder fragen, ob er alles verstanden hat. - Körpersprache einsetzen, um Pat. zu zeigen, wo er sitzen soll und was zu tun ist. Auch Bilder, Grafiken und Handzeichen einsetzen.</p> <p><u>Umgebung</u> - Für gut beleuchtete Räume sorgen. Darauf achten, dass der Pat. nicht von blendendem Licht gestört wird.</p> <p><u>Technische Hilfsmittel</u> - Die Fortschritte des Computermediums helfen oft. Vor allem, wenn kein Interpreter vorhanden ist. Ebenfalls Video-Kommunikation.</p> <p><u>Ausbildung/Weiterbildung</u> - Pflegeausbildungsprogramme sollten das Wissen der Pflegenden verbessern. Dieses sollte auch Basiswissen über die Zeichensprache beinhalten, zudem sollte auch Spanisch und andere Sprachen angeboten werden.</p> <p><u>Diverses</u> - Pat. fragen, welche Bedürfnisse er hat und was er sich vorstellt/wünscht. - Pat. fragen, welche Kommunikationsmethode er bevorzugt. - Das Ende des Gesprächs klar ausdrücken und erklären, wie es weitergeht.</p>	<p><u>Schlussfolgerungen</u> - Spitäler und Institutionen sollten darauf achten, dass sie Pflegenden anstellen, die über ein gewisses Basiswissen über die Zeichensprache verfügen oder ihnen Möglichkeiten zum Erwerb dieser anbieten, um so die taube Kultur besser zu verstehen und die Pflegequalität zu verbessern.</p> <p><u>Stärken:</u> - Deckt neuen Wissensücken auf. - Relevante Konzepte und Variablen berücksichtigt. - Zusammenfassung vorhanden. - Enthält kritische Bewertung. - Konzeptuelle und datenbasierte Literatur berücksichtigt. - Hautsächlich Primärquellen. Wenige Sekundärquellen. - Studien sind logisch angeordnet. - Literaturrecherche entspricht den Zielen des Forschungsprojektes. - Sehr ausführliche und logische Ergebnisse. - Aktuelle Review 2007. - Guidelines vorhanden.</p> <p><u>Schwächen:</u> - Design nicht näher beschrieben. - Methodik und Synthese nicht beschrieben. - Deckt Widersprüche auf.</p> <p><u>Ethik:</u> Nicht explizit erwähnt.</p>

Studientitel: Communicating effectively with deaf patients
 Autor/Jahr: Mc Aleer, M. (2006). *Nursing Standard*, 20 (19): 51 – 54

Design/Fragestellung/Ziel/ Evidenzgrad	Setting/Sample	Methode/Instrumente	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/Stärken/ Schwächen/Ethik
<p><u>Design:</u> Unsystematische Review.</p> <p><u>Fragestellung:</u> Keine vorhanden.</p> <p><u>Ziel:</u> - Erkundung von Kommunikationsbedürfnissen von hörgeschädigten Patienten, welche die Britische Zeichensprache als ihre bevorzugte Sprache gebrauchen.</p> <p><u>Evidenzgrad:</u> 6</p>	<p><u>Setting:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Sample:</u> Unsystematische Review aus England und in Englisch verfasst. Darunter auch Guidelines die für die Arbeit übernommen wurden zum Thema: Effektive Kommunikation mit hörgeschädigten Pat.</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Nicht erwähnt.</p>	<p><u>Interpreter/Lippenleser</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Für Pat. welche die Britische Zeichensprache als bevorzugte Sprache haben, soll ein Interpreter hinzu gezogen werden, wenn medizinische Infos gegeben werden. - Interpreter haben einen Ethikcode zu beachten. - Auch gut trainierte Pflegende sollen nicht als Interpreter eingesetzt werden. - Interpreter können keine Ratschläge oder Meinungen abgeben, sie übersetzen alles, was gesagt wird. - Interpreter sollen als integrierte Fachpersonen des Gesundheitsdienstes angesehen werden. - Bei physischen Untersuchungen den Pat. fragen, ob er einen Interpreter haben möchte. - Falls kein Interpreter zur Verfügung steht -> Spezialpflege und zusätzliche Zeit einrechnen. - Auch gut ausgebildete Familienangehörige oder Personen aus dem Freundeskreis nicht als Interpreter einsetzen. - Vor Anästhesievisiten sind Interpreter unbedingt hinzuziehen. - Auf Kommunikation mit Pat. ohne Interpreter verzichten, um Missverständnisse zu vermeiden. - Im Englischen tönen einige Buchstaben wie f und v, t und d oder k und g sehr ähnlich und können nicht unterschieden werden. Auch für einen Lippenleser ist es sehr schwierig zu merken, wann ein Wort zu Ende ist und wann das nächste beginnt. <p>Auch ein gut trainierter Lippenleser kann nur 30-40% des Gesprochenen via Lippenlesen verstehen.</p> <p><u>Schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Datei führen mit oft gebrauchten schriftlichen Sätzen und geschlossenen Fragen. - Während iv-Zugängen nicht mit Pat. sprechen, dies kann ihn ablenken. <p><u>Umgebung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Stationsrundgänge zusammen mit Interpreter planen und durchführen. <p><u>Technische Hilfsmittel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Video-Interpreter sind nicht keine Toplösung, aber eine gute Möglichkeit, falls kein Interpreter vor Ort sein kann. - Ein Video drehen über die Station und das Pflegeteam, um dieses dem Pat. in aller Ruhe vorzustellen. - Texttelefon, Teletext und Computerzugang helfen, Gefühle von Isolation zu vermeiden. <p><u>Ausbildung/Weiterbildung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <p><u>Diverses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 	<p><u>Schlussfolgerungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Taubheit und Hörschädigungen verlangen ein breit gefächertes Wissen der Pflegenden, um verstanden und vor allem respektiert zu werden. <p><u>Stärken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Deckt neuen Wissensücken auf. - Deckt keine Widersprüche auf. - Relevante Konzepte und Variablen berücksichtigt. - Zusammenfassung vorhanden. - Enthält kritische Bewertung. - Konzeptuelle und datenbasierte Literatur berücksichtigt. - Hautsächlich Primärquellen. - Studien sind logisch angeordnet. - Literaturrecherche entspricht den Zielen des Forschungsprojektes. - Aktuelle Review 2006. <p><u>Schwächen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Design nicht näher beschrieben. - Methodik und Synthese nicht beschrieben. - Deckt Widersprüche auf. <p><u>Ethik:</u></p> <p>Interpreter haben einen Ethikcode, den sie zu beachten haben.</p>

Studientitel: Communicating With the Deaf – During the Health Examination Visit

Autor/Jahr: Berry, J.A, Stewart, A.J. (2006). *The Journal for Nurse Practitioners*, 2 (8); 509 – 518

Design/Fragestellung/Ziel/ Evidenzgrad	Setting/Sample	Methode/Instrumente	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/Stärken/ Schwächen/Ethik
<p><u>Design:</u> Unsystematische Review.</p> <p><u>Fragestellung:</u> Keine vorhanden.</p> <p><u>Ziel:</u> Ziel dieses Artikel ist es, ein besseres Verständnis für hörgeschädigte Pat. und ihre Kommunikationsbedürfnisse während medizinischen Visiten zu fördern. Darüber hinaus werden Empfehlungen zur Patientenkommunikation zwischen der hörenden Krankenschwester und den hörgeschädigten Pat. weitergegeben.</p> <p><u>Evidenzgrad:</u> 6</p>	<p><u>Setting:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Sample:</u> Unsystematische Literaturübersicht aus den USA in Englisch verfasst.</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Nicht erwähnt.</p>	<p><u>Interpreter/Lippenleser</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Viele Pflegende denken, dass Hörgeschädigte dank Zeichensprache alles verstehen. Viele Hörgeschädigte denken aber nicht in Englisch oder verstehen kein Englisch. - Auch wenn Interpreter vorhanden, Pat. anschauen beim Sprechen. - Keine Familienmitglieder oder Freunde als Interpreter einsetzen. - Pat. fragen ob er/sie einen männlichen oder weiblichen Interpreter/in will. - Pat. fragen, welche Zeichensprache er sprechen möchte. Entscheidend für Interpreterauswahl. - Interpreter hinter Pflegende positionieren, leicht versetzt. - Nicht direkt zum Interpreter sprechen, sondern zum Pat. - Normal sprechen. Interpreter sagen, wenn man wiederholen oder langsamer sprechen soll. - Pat. nicht gegen das Fenster setzen, da es blendet. - Interpreter können keine medizinischen Auskünfte geben, aber sie können übersetzen, ob der Pat. alles versteht. - Videokonferenz ist eine gute Möglichkeit, da Interpreter 24 Std. 365 Tg. erreichbar sind. - Zuerst abklären ob Interpreter kommen kann, bevor man wichtige Untersuchungen für Pat. ansetzt. - Den Pat. direkt anschauen und das langsam sprechen vereinfacht Lippenlesen. <p><u>Schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Einfache schriftliche Anweisungen geben. - Schreibstift und Papier bereitstellen. - Pat. schriftliche Dokumentation auf Stufe 4. Klasse oder tiefer zur Verfügung stellen. - Den Pat. nicht anschreien. - Mund nicht verdecken beim Sprechen. <p><u>Umgebung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine Glasfenster zwischen Pflegende und Pat. - Für gut beleuchtete Untersuchungsräume sorgen. Hintergrundbeleuchtung vermeiden. <p><u>Technische Hilfsmittel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Institutionen haben oft keine technischen Hilfsmittel. - Fernseher (Sendungen) mit Untertitel zur Verfügung stellen. - Video-, Computersysteme können oft helfen. <p><u>Ausbildung/Weiterbildung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle Mitarbeiter ausbilden. - Die Mitarbeiter sollten alle informiert sein über Probleme und Bedürfnisse des hörgeschädigten Pat. <p><u>Diverses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusätzliche Zeit einrechnen. Pat. soll frühzeitig erscheinen. 	<p><u>Schlussfolgerungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Der hörgeschädigte Pat. stellt die hörenden Pflegenden vor eine grosse Herausforderung. 70% der hörgeschädigten sagen, dass sie nicht alles verstehen, was ihnen gesagt wird. 59%, dass sie Pflegende nur teils oder gar nicht verstehen. <p><u>Stärken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Deckt neuen Wissensücken auf. - Relevante Konzepte und Variablen berücksichtigt. - Zusammenfassung vorhanden. - Enthält kritische Bewertung. - Konzeptuelle und datenbasierte Literatur berücksichtigt. - Hautsächlich Primärquellen. Wenige Sekundärquellen. - Studien sind logisch angeordnet. - Literaturrecherche entspricht den Zielen des Forschungsprojektes. - Aktuelle Review 2006. - Gute Begriffserklärung. - Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. <p><u>Schwächen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Design nicht näher beschrieben. - Methodik und Synthese nicht beschrieben. - Deckt Widersprüche auf. - Es wurde keine Altersdifferenzierung gemacht. - Nur teilweise offizielle Guidelines mit Quellenangabe. <p><u>Ethik:</u> Nicht explizit erwähnt!</p>

Studientitel: Sensory Impairment in older adults: Part 1: Hearing Loss

Autor/Jahr: Wallhagen, M., Pettengill, E., Whiteside, M. (2006). *The American journal of nursing*, 106 (10): 40 – 48

Design/Fragestellung/Ziel/ Evidenzgrad	Setting/Sample	Methode/Instrumente	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/Stärken/ Schwächen/Ethik
<p><u>Design:</u> Unsystematische Review.</p> <p><u>Fragestellung:</u> Keine vorhanden.</p> <p><u>Ziel:</u> Der Artikel beschreibt Kommunikationsstrategien und -interventionen, welche Pflegende im Umgang mit hörgeschädigten Pat. anwenden können.</p> <p><u>Evidenzgrad:</u> 6</p>	<p><u>Setting:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Sample:</u> Unsystematische Review von 27 wissenschaftlichen Treffern zum Thema: Hörschäden im Alter. Aus Amerika in Englisch verfasst.</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Nicht erwähnt.</p>	<p><u>Interpreter/Lippenleser</u></p> <p>-</p> <p><u>Schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Immer Schreibzeug zur Verfügung stellen. - Pat. direkt anschauen und sicher sein, dass man seine Aufmerksamkeit hat. - Klare Aussprache, normale Lautstärke. - Nicht schreien. - Kopf nicht wegrehen beim Sprechen. Nicht am Computer schreiben und gleichzeitig sprechen. - Mund nicht mit der Hand verdecken. - Sätze umformulieren anstatt wiederholen. - Genügend Pausen einplanen. - Kontrollieren, dass Pat. alles verstanden hat. - Bei Benützung von Mundschutz zuerst Pat. informieren, was passiert. <p><u>Umgebung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hintergrundlärm eliminieren. (Türe schliessen, TV/Radio aus). - Für genügend Beleuchtung sorgen. <p><u>Technische Hilfsmittel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellen, dass Hörgeräte im Ohr sind und Batterien funktionieren. - Hörgeräte werden oft nicht von der Krankenkasse bezahlt. Kosten von mehreren Hundert Dollar bis mehrere Tausend Dollar, je nach Technologie. Auch die Batterienwechsel alle 2 Wochen sind teuer. - Cochlea-Implantate sind eine grosse Hilfe für ältere Menschen mit einem starken Hörschaden. - Regelmässig kontrollieren, ob Batterien funktionieren und richtig sitzen. - Angehörige bitten, Anleitung für Hörgeräte mitzubringen. - Pocket Talker eignen sich sehr gut für eine 1:1-Kommunikation. <p><u>Ausbildung/Weiterbildung</u></p> <p>-</p> <p><u>Diverses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hörgeschädigte Pat. speziell kennzeichnen (z.B. Flagge in der Dokumentation). - Pat. fragen was er für eine Kommunikationsmethode wünscht. - Für visuelle oder vibrierende Alarmsysteme sorgen. z.B. bei Feueralarm 	<p><u>Schlussfolgerungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn ein Pat. hörgeschädigt ist, braucht es eine Kombination versch. Kommunikationstechniken, Umgebungsfaktoren und technischer Hilfsmittel, um eine adäquate Kommunikation gewährleisten zu können. <p><u>Stärken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Deckt neuen Wissensücken auf. - Relevante Konzepte und Variablen berücksichtigt. - Zusammenfassung vorhanden. - Enthält kritische Bewertung. - Konzeptuelle und datenbasierte Literatur berücksichtigt. - Hautsächlich Primärquellen. Wenige Sekundärquellen. - Studien sind logisch angeordnet. - Literaturrecherche entspricht den Zielen des Forschungsprojektes. - Aktuelle Review 2006. - Gute Begriffserklärung. - Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. - Aktuelle Review 2006. <p><u>Schwächen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Design nicht näher beschrieben. - Methodik und Synthese nicht beschrieben. - Deckt einen Widerspruch auf. - Kritik wird zu wenig reflektiert. <p><u>Ethik:</u> Nicht explizit erwähnt.</p>

Studientitel: Deaf Awareness Newsletter
 Autor/Jahr: Williams Communications, (2006). 1 - 14

Design/Fragestellung/Ziel/ Evidenzgrad	Setting/Sample	Methode/Instrumente	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/Stärken/ Schwächen/Ethik
<p><u>Design:</u> Spezialausgabe Newsletter.</p> <p><u>Fragestellung:</u> Keine vorhanden.</p> <p><u>Ziel:</u> Das Ziel dieser Spezialausgabe Newsletter ist es, die Pflegenden zu sensibilisieren und über Kommunikationsmethoden im Umgang mit tauben Patienten aufzuklären.</p> <p><u>Evidenzgrad:</u> 6</p>	<p><u>Setting:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Sample:</u> Spezialausgabe eines Newsletters von Williams Communications aus dem Jahre 2006 mit Guidelines. Aus den USA, in Englisch verfasst.</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Nicht erwähnt.</p>	<p><u>Interpreter/Lippenleser</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nicht langsam sprechen und nicht während den Sätzen anhalten. - Interpreter bei der Raumauswahl mitentscheiden lassen. - Augenkontakt zum Pat. nicht zum Interpreter. - Interpreter nichts Persönliches über Pat. ausfragen. Unterliegt einem Gesetzesentwurf. - Nicht etwas sagen, was man nicht übersetzt haben möchte. Der Interpreter muss alles übersetzen, was man sagt. - Dem Interpreter Kopien von schriftl. Dokumentationen geben, welche man dem Pat. gibt. - Nur eine Person aufs Mal sprechen. - Zeiten mit Pat. für Treffen mit Interpreter unbedingt einhalten. <p><u>Schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Einfach zu lesende Dokumente als Hilfsmittel bereithalten. - Bilder, Diagramme und Grafiken bereithalten. Auch Bücher mit relevanten Bildern. Liste mit häufig gestellten Fragen vorbereiten. - Stift und Papier bereithalten. - Augenkontakt immer aufrechterhalten. - Natürlich sprechen. <p><u>Umgebung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Für helle Räume sorgen. Blendendes Licht vermeiden. - Hintergrundlärm eliminieren oder zumindest minimieren. - Symbolische Alarmanlagen (Feueralarm). - Vibrationsanlagen bereithalten (Wartesaal). <p><u>Technische Hilfsmittel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mail- und Internetzugang, Telefonschreibmaschinen als Möglichkeit anbieten. - Video Möglichkeiten zu Interpreter anbieten. <p><u>Ausbildung/Weiterbildung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sich über Taubheit ausbilden lassen. - Dafür sorgen, dass alle Pflegende eine Ausbildung über Taubheit und die Rechte von Tauben erhalten. - Lernen wie Telefonschreibmaschinen funktionieren. - Basiswissen der Zeichensprache aneignen. <p><u>Diverses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sichtweise gegenüber Tauben/Taubheit ändern. - Pat. speziell kennzeichnen (Bett, Zimmer und Dokumentation). - Mehr Zeit für die Kommunikation einrechnen. - Immer wieder nachfragen, ob Pat. alles verstanden hat. - Gesetzliche Infobroschüren für Pat. bereithalten. Sie kennen diese oft nicht. - Pat. fragen, welche Kommunikationsmethode er bevorzugt. - Alle Leute die ins Zimmer wollen, über Hörschaden aufklären. - Pat. unbedingt aufklären, bevor physische Untersuchungen durchgeführt werden. 	<p><u>Schlussfolgerungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Es ist ganz wichtig, die Wahrnehmung und Einstellung gegenüber tauben Menschen und der Taubheit anzupassen. Pflegende müssen aufhören, Taube aus klinisch-pathologischer Sicht zu sehen, sondern damit beginnen, taube Menschen als Ganzes in ihrer Kultur anzuerkennen. Taube Patienten gehören genau gleich behandelt wie normal hörende. <p><u>Stärken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Thema des Newsletters ist klar formuliert. - Ergebnisse sind sehr ausführlich und nachvollziehbar. - Ergebnisse stimmen mit anderen Expertenmeinungen überein. - Sie helfen, die Patientengruppe besser zu verstehen. - Literatur ist aktuell (2006). - Hauptziel des Newsletters ist mit dem Hauptziel des Forschungsprojektes identisch. - Resultate sind auf Pat. des Forschungsprojektes anwendbar. - Offizielle Guidelines vorhanden. <p><u>Schwächen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Herausgeber ist zu wenig genau beschrieben. - Keine Forschungsfrage vorhanden. - Keine Literaturrecherche durchgeführt. <p><u>Ethik:</u> Ist erwähnt und berücksichtigt.</p>

Studientitel: Ensuring deafened patients can participate in their health care
 Autor/Jahr: Traynor, N., Lucas, S. (2004). *Nursing Times*, 100 (42): 32 – 34

Design/Fragestellung/Ziel/ Evidenzgrad	Setting/Sample	Methode/Instrumente	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/Stärken/ Schwächen/Ethik
<p><u>Design:</u> Unsystematische Review.</p> <p><u>Fragestellung:</u> Keine vorhanden.</p> <p><u>Ziel:</u> Dieser Artikel beschreibt die allgemeinen Auswirkungen der Taubheit/Hörschädigung in Bezug auf die Methoden der Kommunikation und deren Barrieren sowie deren Schwierigkeiten. Der Artikel soll auch aufzeigen, was Pflegende machen können, damit Hörgeschädigte alle Informationen aufnehmen und verstehen können; und auch wie Pflegende eine Schlüsselfunktion übernehmen können im Umgang mit Hörgeschädigten.</p> <p><u>Evidenzgrad:</u> 6</p>	<p><u>Setting:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Sample:</u> Dreiseitige Literaturübersicht aus England in Englisch verfasst, mit einer Fallstudie sowie mit Guidelines wie man Hörgeschädigte Pat. korrekt pflegt.</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Nicht erwähnt.</p>	<p><u>Interpreter/Lippenleser</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lippenleser zur Verfügung stellen. - Dem Interpreter genügend Zeit lassen zum Übersetzen. - Sicherstellen, dass alle vom Team wissen, wie man mit dem Interpreter zusammenarbeitet. - Dem Interpreter und dem Pat. alle nötigen Unterlagen zur Verfügung stellen. - Auch mit dem Interpreter genügend Pausen einplanen, dies ermöglicht Pat. und Interpreter sich zu erholen von den Strapazen. - Genügend Pausen einsetzen. Am besten 5-10 Minuten alle 20 Minuten. <p><u>Schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar und deutlich sprechen. - Einfache Sätze formulieren. - Nur immer einer sprechen. Einer nach dem anderen. - Wenn nötig, nicht Verstandenes aufschreibe. Dazu am besten auch Beispiele geben. <p><u>Umgebung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Genügend Licht im Raum. - Raumgröße anpassen. - Hintergrundlärm vermeiden. - Kreisförmige Sitzanordnung. <p><u>Technische Hilfsmittel</u></p> <p>-</p> <p><u>Ausbildung/Weiterbildung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegende brauchen Trainings, um die wichtigen Kommunikationsmethoden zu finden und anzuwenden. <p><u>Diverses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dem Pat. genügend Möglichkeiten bieten, sich und seine Bedürfnisse auszudrücken. - Wenn nötig, nachfragen ob Pat. alles verstanden hat. 	<p><u>Schlussfolgerungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegende müssen sich bewusst sein, dass der wesentliche Teil jeder Konferenz-, Beratungs- oder allgemeinen Aussprache mit hörgeschädigten Pat. von diesen verstanden werden muss. Dies erfordert eine richtige Unterstützung, um ihren individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden. - Kommunikationsunterstützung für hörgeschädigte Pat. sind meistens qualifizierte Lippenleser (Level 2), jedoch wenn Pat. ganz frisch hörgeschädigt sind oder nicht fähig sind Lippen zu lesen, müssen sich Pflegende Zeit nehmen, nach anderen Lösungen zu suchen. <p><u>Stärken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Deckt neuen Wissensücken auf. - Deckt keine Widersprüche auf. - Relevante Konzepte und Variablen berücksichtigt. - Zusammenfassung vorhanden. - Enthält kritische Bewertung. - Konzeptuelle und datenbasierte Literatur berücksichtigt. - Hautsächlich Primärquellen. - Studien sind logisch angeordnet. - Literaturrecherche entspricht den Zielen des Forschungsprojektes. - Aktuelle Review 2004. - Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. - Beinhaltet Guidelines. - Peereviewerter Artikel. <p><u>Schwächen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Design nicht näher beschrieben. - Methodik und Synthese nicht beschrieben. <p><u>Ethik:</u> Nicht explizit erwähnt.</p>

Studientitel: Caring for the Hearing Impaired Person

Autor/Jahr: Lynch, M. (2004). *The journal of practical nursing*, 54 (3): 18 – 20

Design/Fragestellung/Ziel/ Evidenzgrad	Setting/Sample	Methode/Instrumente	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/Stärken/ Schwächen/Ethik
<p><u>Design:</u></p> <p>Expertenmeinung.</p> <p><u>Fragestellung:</u></p> <p>Keine vorhanden.</p> <p><u>Ziel:</u></p> <p>Ziel des Artikels ist, dem Leser einen Eindruck zu vermitteln, wie sich Hörgeschädigte fühlen, welche Probleme sie haben. Auch sollen Leitlinien den Pflegenden helfen, mit hörgeschädigten Pat. richtig zu kommunizieren.</p> <p><u>Evidenzgrad:</u></p> <p>6</p>	<p><u>Setting:</u></p> <p>Nicht erwähnt.</p> <p><u>Sample:</u></p> <p>Expertenmeinung einer Autorin, die seit 1993 diplomierte Pflegefachfrau ist in Alaska und New York. Aus den USA in Englisch verfasst.</p>	<p><u>Datenerhebung:</u></p> <p>Nicht beschrieben.</p> <p><u>Datenanalyse:</u></p> <p>Nicht beschrieben.</p>	<p><u>Interpreter/Lippenleser</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Es gibt Momente, in denen es einen Zeichen-Interpreter braucht. - Sicherstellen, dass alle notwendigen Infos für den Interpreter vorhanden sind, wenn dieser auf die Station kommt. - In manchen Situationen können Familienmitglieder sehr hilfreich sein, in anderen Momenten wiederum sehr hinderlich. Situation abschätzen. - Sich an die Spital-Weisungen halten. <p><u>Schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufmerksamkeit des hörgeschädigten Pat. gewährleisten. - Bei der Kommunikation den Pat. direkt anschauen. Pflegende haben die Tendenz zu schreiben und gleichzeitig mit Pat. zu sprechen, was nicht gut ist. - Klar und deutlich sprechen mit Pat. - Konsonanten können sehr verwirrend für den Pat. sein, wenn diese nicht deutlich ausgesprochen werden. - Darauf achten, dass auch der letzte Konsonant richtig ausgesprochen wird. Dies macht den Unterschied zwischen klarer und verwirrender Kommunikation. - Niemals schreien! Dies drängt den Pat. in die Defensive und so kann er sich nicht mehr konzentrieren. Aus der Brust sprechen, nicht aus der Kehle schreien. - Immer wieder vergewissern, ob Pat. alles verstanden hat. Immer wieder rückfragen, z.B. „Wissen Sie, wir fragen die Pat. gewöhnlich, ob sie kurz zusammenfassen können, was wir Ihnen erzählt haben.“ Dies stärkt das Selbstbewusstsein des Pat. - Körpersprache kann ebenfalls sehr hilfreich sein. Dabei nicht übertreiben. - Mit Bildern kommunizieren kann helfen. Bilder über Sachen, die der Pat. gefragt wird. <p><u>Umgebung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jeglichen Lärm vermeiden, der den Pat. daran hindern könnte, zu verstehen, was Pflegende sagen. - Auch kleinste Geräusche wie z.B. Wind können den Kommunikationsfluss negativ beeinträchtigen, da der Wind in den Ohren des hörgeschädigten Pat. ein Pfeifen verursacht. <p><u>Technische Hilfsmittel</u></p> <p>-</p> <p><u>Ausbildung/Weiterbildung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sich erkundigen, was man machen kann. Es gibt viel Literatur (Internet und Büchern). Auch an die Ressourcen des eigenen Spitals denken. <p><u>Diverses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zuerst versuchen, mit einem Familienmitglied oder einem Freund zu sprechen, um zu wie man am Besten mit dem Pat. kommuniziert. - Beobachten, ob der Pat. auf einem Ohr besser hört. Wenn ja, dies unbedingt in der Pat.-Dokumentation notieren. 	<p><u>Schlussfolgerungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegende haben die Tendenz zu schreiben und gleichzeitig mit Pat. zu sprechen. Dies ist völlig falsch. Pat. immer anschauen, wenn man mit ihm spricht. - Ein Vorbild für andere Pflegende sein. <p><u>Stärken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Thema ist klar formuliert. - Ergebnisse sind nachvollziehbar. - Ergebnisse stimmen mit anderen Expertenmeinungen überein. - Sie helfen, die Patientengruppe besser zu verstehen. - Literatur ist aktuell (2004). - Hauptziel des Newsletters ist mit dem Hauptziel des Forschungsprojektes identisch. - Resultate sind auf Pat. des Forschungsprojektes anwendbar. - Offizielle Guidelines vorhanden. - Ausgewiesene Fachperson mit über 10-jähriger Erfahrung. <p><u>Schwächen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Herausgeber ist zu wenig genau beschrieben. - Keine Forschungsfrage vorhanden. - Keine Literaturrecherche durchgeführt - Ergebnisse sind nicht sehr ausführlich. - Keine klare Struktur. <p><u>Ethik:</u></p> <p>Nicht explizit erwähnt.</p>

Studientitel: Communication and the hearing-impaired patient
 Autor/Jahr: Slaven, A. (2003). *Nursing Standard*, 18 (12): 39 – 41

Design/Fragestellung/Ziel/ Evidenzgrad	Setting/Sample	Methode/Instrumente	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/Stärken/ Schwächen/Ethik
<p><u>Design:</u> Unsystematische Review.</p> <p><u>Fragestellung:</u> Keine vorhanden.</p> <p><u>Ziel:</u> Nicht explizit erwähnt.</p> <p><u>Evidenzgrad:</u> 6</p>	<p><u>Setting:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Sample:</u> Unsystematische Review von 15 wissenschaftlichen Treffern zum Thema: Effektive Kommunikation mit hörgeschädigten Pat.</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Nicht erwähnt.</p>	<p><u>Interpreter/Lippenleser</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pat. wünschen oft Interpreter. Dies können Freunde, Angehörige des Pat., zweisprachige Pflegende oder aber professionelle Interpreten sein, aber auch untrainierte Freiwillige. - Der Interpreter sitzt am besten hinter dem Pflegenden. - Immer wieder nachfragen, ob Pat. alles verstanden hat. - Lippenlesen ist fast unmöglich wenn die Lippen verdeckt sind, wie z.B. durch Bart oder Schnauz. - Daran denken, dass Lippenlesen ermüdend sein kann. Pausen einplanen. - Nur rund 40% können übers Lippenlesen verstanden werden. <p><u>Schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Oft hilft es, Wörter oder kurze Sätze aufzuschreiben. - Pflegende immer direkt zum Pat. sprechen. - Dem Patienten gut zuhören. - Dafür sorgen, dass man die Aufmerksamkeit des Pat. hat, wenn man zu sprechen beginnt. - Klar sprechen, in normaler Lautstärke und normalem Rhythmus. - Einfache Wörter benutzen. - Immer wieder nachfragen, ob Pat. alles verstanden hat, wenn nicht, so unbedingt wiederholen. - Körpersprache und Mimik sind sehr wichtig in der Kommunikation. <p><u>Umgebung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Raum gut beleuchten, jedoch Beleuchtung von hinter dem Pflegenden soll vermieden werden. - Hintergrundlärm vermeiden. - Ablenkungen ebenfalls vermeiden. - Zimmer sanft einrichten. <p><u>Technische Hilfsmittel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hörhilfen sind eine gute Hilfe für die Kommunikation mit hörgeschädigten Pat. - Von 4 Millionen, die gerne ein Hörgerät hätten, haben nur deren 1.3 Millionen ein Hörgerät. Ein Gerät zu haben, heisst noch nicht, es auch zu tragen. Viele tragen die Geräte aus verschiedenen Gründen nicht, wie: Stigmatisation, Unzufriedenheit mit der Funktionstüchtigkeit und aus rein optischen Gründen. <p><u>Ausbildung/Weiterbildung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <p><u>Diverses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 	<p><u>Schlussfolgerungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hörschäden sind ein weit verbreitetes Problem, auch bei Patienten in Spitälern. Das Wissen darüber, wie am besten mit ihnen zu kommunizieren, ist von entscheidender Bedeutung für die sensible und individuelle Betreuung von hörgeschädigten Patienten. <p><u>Stärken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Deckt neuen Wissenssücken auf. - Relevante Konzepte und Variablen berücksichtigt. - Zusammenfassung vorhanden. - Enthält kritische Bewertung. - Konzeptuelle und datenbasierte Literatur berücksichtigt. - Hauptsächlich Primärquellen, wenig Sekundärquellen. - Studien sind logisch angeordnet. - Literaturrecherche entspricht den Zielen des Forschungsprojektes. - Aktuelle Review 2003. - Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. - Beinhaltet Guidelines. - Peereviewter Artikel. <p><u>Schwächen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Design, Methodik und Synthese fehlen. - Stärken/Schwächen nicht erwähnt. - Es wurden Widersprüche beschrieben. <p><u>Ethik:</u></p> <p>Nicht explizit erwähnt.</p>

Studientitel:

When your patient is hearing impaired.

Autor/Jahr:

Sommer, S.K., Sommer, W. (2002). *RN Magazine*, 65 (12): 28 - 32

Design/Fragestellung/Ziel/ Evidenzgrad	Setting/Sample	Methode/Instrumente	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/Stärken/ Schwächen/Ethik
<p><u>Design:</u></p> <p>Expertenmeinung.</p> <p><u>Fragestellung:</u></p> <p>Keine vorhanden.</p> <p><u>Ziel:</u></p> <p>Strategien/Tipps was es braucht für eine relevante Kommunikation mit hörgeschädigten Patienten.</p> <p><u>Evidenzgrad:</u></p> <p>6</p>	<p><u>Setting:</u></p> <p>Nicht erwähnt.</p> <p><u>Sample:</u></p> <p>Eine Lehrerin einer Pflegeschule die zusammen mit ihrem hörgeschädigten Sohn verschiedene Kommunikationstipps/strategien aufzeigt zur Kommunikation in der Pflege von hörgeschädigten Patienten. Fünfseitige Expertenmeinung aus den USA, in Englisch verfasst.</p>	<p><u>Datenerhebung:</u></p> <p>Nicht erwähnt.</p> <p><u>Datenanalyse:</u></p> <p>Nicht erwähnt.</p>	<p><u>Interpreter/Lippenleser</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Viele Pat. wünschen sich einen Interpreter.- Dieser muss gemäss Gesetz zur Verfügung gestellt werden können.- Familienangehörige, Freunde oder Mitarbeiter sind nur sehr selten geeignet als Interpreter.- Übung in Lippenlesen kann helfen.- 70% der gesprochenen Sprache sieht auf den Lippen gleich aus, was es enorm erschwert und inadäquat macht.- Gute Beleuchtung ist wichtig fürs Lippenlesen. <p><u>Schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Den Pat. anschauen beim Sprechen.- Deutlich sprechen in einer normalen Lautstärke.- Vermeiden, den Mund zu verdecken durch Hand oder Schutzmaske.- Aufhören zu sprechen, wenn man sich umdreht oder etwas aufschreibt.- Pat. motivieren zu unterbrechen, falls etwas unklar ist.- Wenn nötig wiederholen.- Themenwechsel klar bekannt geben.- Kontrollieren, ob der Pat. verstanden hat, indem man ihn bittet, wichtige Infos zu wiederholen.- Nicht zu schnell sprechen.- Zuerst das Gleiche wiederholen, wenn Pat. etwas nicht verstanden hat. Wenn er danach immer noch nicht versteht, mit anderen Wörtern wiederholen.- Immer an die Körpersprache denken. <p><u>Umgebung</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Für gute Beleuchtung im Raum sorgen.- Hintergrundlärm vermeiden.- Den Pat. in einen Einzelraum bringen. <p><u>Technische Hilfsmittel</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Hörgeräte und Cochlea-Implantate helfen Hörgeschädigten, ihre Fähigkeiten zu verbessern und besser zu verstehen.- Dafür besorgt sein, dass ein Telefonverstärker, Lautsprecher oder ein Hörgeschädigtentelefon für den Pat. zugänglich ist. <p><u>Ausbildung/Weiterbildung</u></p> <ul style="list-style-type: none">- <p><u>Diverses</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Der Patient bestimmt seine bevorzugte Kommunikationsmethode.- Den Pat. in Notfallsituationen persönlich informieren. Pat. können Feueralarme nicht hören. Alle, vom Stationspflegeteam zum Sicherheitsteam bis zum Technischen Dienst müssen informiert sein, wenn ein hörgeschädigter Pat. auf der Station ist.- Mehr Zeit für hörgeschädigte Pat. einrechnen.- Nachfragen, ob der Pat. verstanden hat, indem man ihn bittet, zu wiederholen.	<p><u>Schlussfolgerungen</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Einige zusätzliche Schritte nicht nur unter dem Aspekt ansehen, dass es zur Aufgabe gehört und den Job sichert, sondern unter dem Aspekt, dass es zur Befriedigung beiträgt für beide, für die Pflegefachperson und für den Pat. <p><u>Stärken:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Das Thema ist klar formuliert.- Ergebnisse sind nachvollziehbar.- Ergebnisse stimmen mit anderen Expertenmeinungen überein.- Sie helfen, die Patientengruppe besser zu verstehen.- Literatur ist aktuell (2004).- Hauptziel des Newsletters ist mit dem Hauptziel des Forschungsprojektes identisch.- Resultate sind auf Pat. des Forschungsprojektes anwendbar.- Autoren sind fachlich erwiesen und haben sogar Selbsterfahrungen, da der Co-Autor seit 18. Monat hörgeschädigt ist. Sie wissen wovon sie sprechen!- Gute Begriffserklärung- Super dass auch an Notfälle wie Feuer gedacht wurde.- Expertenmeinung ist aktuell von 2002.- Offizielle Guidelines vorhanden. <p><u>Schwächen:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Keine Forschungsfrage vorhanden.- Keine Literaturrecherche durchgeführt- Keine Altersabgrenzung.- Keine Erklärung warum Männer und weisse Menschen stärker betroffen sind als Frauen oder schwarze Menschen. <p><u>Ethik:</u></p> <p>Nicht explizit erwähnt.</p>

Studientitel: When Hearing Becomes Part of Healing
 Autor/Jahr: Mc Cullagh, M. (2002). *Orthopedic Nursing*, 21 (4): 64 - 68

Design/Fragestellung/Ziel/ Evidenzgrad	Setting/Sample	Methode/Instrumente	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/Stärken/ Schwächen/Ethik
<p><u>Design:</u> Unsystematische Review.</p> <p><u>Fragestellung:</u> Keine vorhanden.</p> <p><u>Ziel:</u> Der Artikel beschreibt mehrere Pflegeinterventionen für die Pflege von hörgeschädigten Pat.</p> <p><u>Evidenzgrad:</u> 6</p>	<p><u>Setting:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Sample:</u> Unsystematische Review zum Thema Pflege von Pat. mit Hörschäden nach zu grosser Lärmeinwirkung. Aus den USA, in Englisch geschrieben. Autorin ist eine Assistenzärztin aus Amerika.</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Nicht erwähnt.</p>	<p><u>Interpreter/Lippenleser</u> -</p> <p><u>Schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation</u> - Bevor mit der Kommunikation begonnen wird, zuerst die Aufmerksamkeit des Pat. sicherstellen. „Hallo“ oder „Guten Tag“ sagen. - Den Pat. immer anschauen während der Kommunikation. - Klar sprechen. - Nicht zu laut sprechen. Schreien vermeiden. - Langsam sprechen.</p> <p><u>Umgebung</u> - Hintergrundlärm wie z.B. TV eliminieren.</p> <p><u>Technische Hilfsmittel</u> - Fragen, ob Pat. ein Hörgerät trägt. - Pat. helfen, die Hörgeräte richtig zu benutzen. - Das Hörgerät regelmässig auf Funktionstüchtigkeit überprüfen. - Hörgeräte weg von Wasser (Pflege oder Hydrotherapie). - In der Nacht oder während dem Nichttragen sorgfältig in Nachttisch legen. So wird der Verlust verhindert. - Batterien sparen – Batterientür öffnen.</p> <p><u>Ausbildung/Weiterbildung</u> -</p> <p><u>Diverses</u> - Spezielle Patienten-Kommunikationsbedürfnisse dem ganzen Pflgeteam mitteilen. - Hörschädigungen können für Pat. sehr gefährlich werden, da er Warnungen nicht hört. Pat. individuell warnen bei Notfallsituationen.</p>	<p><u>Schlussfolgerungen</u> - Hörschädigungen sind ein grosses Problem der Zukunft für hospitalisierte Patienten. - Es liegt in der Verantwortung der Pflegenden, das ganze Pflgeteam sowie das interdisziplinäre Team über die Hörschädigung des Pat. zu informieren, damit diese die Kommunikation anpassen können. - Pflegende können dem Pat. nicht das „normale“ Gehör von früher zurückgeben.</p> <p><u>Stärken:</u> - Deckt neuen Wissensücken auf. - Artikel deckt keine Widersprüche des bisherigen Wissens auf. - Relevante Konzepte und Variablen berücksichtigt. - Zusammenfassung vorhanden. - Enthält kritische Bewertung. - Konzeptuelle und datenbasierte Literatur berücksichtigt. - Hautsächlich Primärquellen, wenig Sekundärquellen. - Studien sind logisch angeordnet. - Literaturrecherche entspricht den Zielen des Forschungsprojektes. - Aktuelle Review 2003. - Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. - Beinhaltet Guidelines. - Peereviewerter Artikel. - Praxis-Beispiel ist erwähnt.</p> <p><u>Schwächen:</u> - Design, Methodik und Synthese fehlen. - Stärken/Schwächen nicht erwähnt. - Es wurden Widersprüche beschrieben. - Artikel spezifisch auf Hörschädigungen infolge von Lärmbelastung.</p> <p><u>Ethik:</u> Nicht erwähnt.</p>

Studientitel: Dealing with the hard-of-hearing: speak slowly, loudly and clearly
 Autor/Jahr: Schnabel, M. (2000). *Pflege Zeitschrift*, 53 (3): 174 - 176

Design/Fragestellung/Ziel/ Evidenzgrad	Setting/Sample	Methode/Instrumente	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/Stärken/ Schwächen/Ethik
<p><u>Design:</u> Expertenmeinung.</p> <p><u>Fragestellung:</u> Keine vorhanden.</p> <p><u>Ziel:</u> Nicht erwähnt</p> <p><u>Evidenzgrad:</u> 6</p>	<p><u>Setting:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Sample:</u> Expertenmeinung von einer Krankenschwester, die als Praxisleiterin im Kreiskrankenhaus Calw arbeitet. Daneben studiert sie an der Kath. Fachhochschule in Freiburg Pflegepädagogik. Eine Expertenmeinung zum Thema Kommunikation mit hörgeschädigten Patienten in der Pflege. Verfasst in Deutsch und erschienen in Deutschland.</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Nicht erwähnt.</p>	<p><u>Interpreter/Lippenleser</u> -</p> <p><u>Schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation</u> - Aufschreiben von einzelnen Sätzen oder Wörtern. - Langsam, laut und deutlich sprechen. Nicht schreien. - Dem Hörgeschädigten immer das Gesicht zuwenden. - Mund muss gut sichtbar sein. Nachts das Gesicht anleuchten. - Geduld aufbringen. Evtl. mit anderen Wörtern nicht Verstandenes wiederholen. - Kurze, bildhafte Sätze ohne Fremdwörter formulieren. - Ebenfalls Gestik und Mimik eindeutig und unterstützend einsetzen.</p> <p><u>Umgebung</u> - Unterbringung in Einbettzimmern schauen, da Pat. sonst meistens nicht an Gesprächen teilnehmen kann. Falls nicht möglich, Mitpatienten den Vorzug geben, die den Hörbehinderten in Gespräche mit einbeziehen können. - Bezugspersonen einsetzen.</p> <p><u>Technische Hilfsmittel</u> - Unbekannte Geräte machen Pat. oft Angst, weil er/sie sich fürchtet, Erklärungen falsch verstanden zu haben. - Kontrollieren, ob Hörgerät richtig funktioniert und Pat. es auch trägt.</p> <p><u>Ausbildung/Weiterbildung</u> -</p> <p><u>Diverses</u> - Auf Schwerhörige bei der Gestaltung des Pflegeprozesses ein besonderes Augenmerk richten. - Beim Anamnesegespräch müssen Defizite eruiert werden. - In der Dokumentation Schwerhörigkeit klar und gut sichtbar vermerken. - Infos fürs ganze Zimmer sind so zu formulieren, dass sie auch von Hörbehinderten verstanden werden können. - Bei Aufklärungen direkt zu Beginn erklären, worum es geht. - Beim Übergaberapport Schwerhörigkeit erwähnen. - Auch Mitpatienten über den Hörschaden informieren. - Bei Untersuchungen einen Vermerk des Hörschadens weiterleiten. - Misstrauen vonseiten des Pat. nicht persönlich nehmen. - Einbezug von Angehörigen ist sinnvoll. - Infos von Schwerhörigenvereinen sind hilfreich.</p>	<p><u>Schlussfolgerungen</u> - Werden diese Regeln beachtet, fühlen sich die Pat. mit ihrer Behinderung im Krankenhaus angenommen, integriert und in ihren Bedürfnissen respektiert. Pflegekräfte sind eine wichtige Schnittstelle im System Krankenhaus und so am engsten mit Patienten zur Zusammenarbeit verbunden.</p> <p><u>Stärken:</u> - Das Thema ist klar formuliert. - Ergebnisse sind nachvollziehbar. - Ergebnisse stimmen mit anderen Expertenmeinungen überein. - Sie helfen, die Patientengruppe besser zu verstehen. - Literatur ist aktuell (2004). - Hauptziel des Newsletters ist mit dem Hauptziel des Forschungsprojektes identisch. - Resultate sind auf Pat. des Forschungsprojektes anwendbar. Sie wissen wovon sie sprechen! - Gute Begriffserklärung - Expertin ist Krankenschwester, eine praxisvertraute Fachperson.</p> <p><u>Schwächen:</u> - Keine Forschungsfrage vorhanden. - Keine Literaturrecherche durchgeführt - Keine Altersabgrenzung. - Keine Erklärung warum Männer und weisse Menschen stärker betroffen sind als Frauen oder schwarze Menschen. - Expertenmeinung ist nicht mehr ganz aktuell.</p> <p><u>Ethik:</u> Nicht explizit erwähnt!</p>

Studientitel:
Autor/Jahr:

Communicating in the hospital with the hearing impaired patient. "Madame B. doesn't understand".
Longerich, B. (2000). *Soins infirmière*, 93 (11): 58 – 61

Design/Fragestellung/Ziel/ Evidenzgrad	Setting/Sample	Methode/Instrumente	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/Stärken/ Schwächen/Ethik
<p><u>Design:</u> Expertenmeinung.</p> <p><u>Fragestellung:</u> Wie kann man die Kommunikation vereinfachen?</p> <p><u>Ziel:</u> Einige Regeln aufzeigen, welche die Kommunikation vereinfachen und eine angemessene Unterstützung garantieren.</p> <p><u>Evidenzgrad:</u> 6</p>	<p><u>Setting:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Sample:</u> Vierseitige Expertenmeinung aus dem Jahr 2000, in Französisch verfasst, mit einer Reihe von Regeln, welche die Kommunikation vereinfachen und eine angemessene Unterstützung garantieren.</p>	<p><u>Datensammlung</u> Nicht erwähnt.</p>	<p><u>Interpreter/Lippenleser</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Um Lippenlesen zu ermöglichen müssen sie trainiert sein und die wichtigen Prinzipien kennen. In Wirklichkeit kann nur eines von drei Wörtern durch Lippenlesen verstanden werden. Kurze, einfache Sätze, nicht zu schnell helfen. <p><u>Schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dem Hörgeschädigten direkt gegenüber sitzen. Wenn möglich, auf gleicher Höhe. - Das eigene Gesicht gut beleuchten. - In einem regelmässigen Rhythmus deutlich sprechen. Falls nötig, langsamer als üblich. - Sicherstellen, dass der Pat. alles richtig verstanden hat. Falls nötig, nochmals wiederholen. Bei Wiederholungen andere Wörtern verwenden. - Einfache Wörter benutzen. Abkürzungen vermeiden. - Beim Austausch mit mehreren Personen die Teilnahme am Gespräch dem hörgeschädigten Pat. vereinfachen. - Der Hörgeschädigte soll sich ausdrücken können, wie es ihm geht, ob er müde ist und ob er alles versteht. - Der Hörgeschädigte „hört“ viel über die Augen. Wenn er durch eine andere Aktivität abgelenkt ist, kann er nicht zuhören. - Genügend Zeit für hörgeschädigte Patienten einplanen, z.B. vor dem Röntgen ausführlich erklären, was passiert, sodass er dies versteht. - Es bringt nichts, sich aufzuregen und zu schreien. - Es ist sinnlos zehnmal das Gleiche zu wiederholen. - Bevor man mit einem Hörgeschädigten spricht, ist es wichtig, dass man seine Aufmerksamkeit hat. - Mit einer natürlichen Stimme sprechen. Einfache, klare Sätze formulieren. - In der Nacht darauf achten, dass das Gesicht angeleuchtet ist. - Das Gesicht und das körperliche Verhalten „spricht“ auch. <p><u>Umgebung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Einen ruhigen Ort für den Austausch wählen. - Ein Gespräch vermeiden, wenn im Hintergrund Lärm oder Musik ist. <p><u>Technische Hilfsmittel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hörgeräte beim Waschen auf der Toilette entfernen. Daran denken, dass der Pat. ohne sein Hörgerät noch weniger hört. - Falls möglich, technische Hilfsmittel wie blinkende Warnanlagen, Gehörlosen-Telefone, Kopfhörer für TV-, HiFi- und Radiogeräte, Fax, SMS einsetzen. <p><u>Ausbildung/Weiterbildung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <p><u>Diverses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 	<p><u>Schlussfolgerungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei der Kommunikation mit einem Hörgeschädigten darauf achten, dass dieser Mensch ein Individuum mit seiner eigenen Persönlichkeit und Geschichte ist. - Alles Menschenmögliche machen, damit die Kommunikation aufrechterhalten werden kann. - Über die Möglichkeiten informiert sein. - Vor allem: Seien Sie ständig auf dem Laufenden. <p><u>Stärken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Thema ist klar formuliert. - Ergebnisse sind nachvollziehbar. - Ergebnisse stimmen mit anderen Expertenmeinungen überein. - Sie helfen, die Patientengruppe besser zu verstehen. - Literatur ist aktuell (2004). - Hauptziel des Newsletters ist mit dem Hauptziel des Forschungsprojektes identisch. - Resultate sind auf Pat. des Forschungsprojektes anwendbar. - Gute Begriffserklärung <p><u>Schwächen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine Forschungsfrage vorhanden. - Keine Literaturrecherche durchgeführt - Keine Altersabgrenzung. - Es steht wenig über den Autor geschrieben. Arbeitet der Autor auch bei der Vereinigung Gehörloser?. - keine offiziellen Guidelines vorhanden. - Expertenmeinung ist nicht mehr so aktuell (2000). <p><u>Ethik:</u> Nicht explizit erwähnt.</p>

Studientitel: Vision, Hearing Problems In The Elderly
 Autor/Jahr: Brock, A.M. (1999). *Provider*, 25 (10): 101 - 105

Design/Fragestellung/Ziel/ Evidenzgrad	Setting/Sample	Methode/Instrumente	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/Stärken/ Schwächen/Ethik
<p><u>Design:</u> Expertenmeinung.</p> <p><u>Fragestellung:</u> Keine vorhanden.</p> <p><u>Ziel:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Evidenzgrad:</u> 6</p>	<p><u>Setting:</u> - Nicht erwähnt.</p> <p><u>Sample:</u> Expertenmeinung von einer Professorin am Pflege-College an der Universität von Süd-Mississippi zum Thema nachlassendes Sehen und Hören infolge des Alterungsprozesses von Bewohnern in Altersheimen. Aus Amerika und in Englisch geschrieben.</p>	<p><u>Datenerhebung:</u> Nicht erwähnt.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Nicht erwähnt.</p>	<p><u>Interpreter/Lippenleser</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegende sich so positionieren, dass Bewohner immer deren Lippen sehen kann. <p><u>Schriftliche, verbale und nonverbale Kommunikation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nicht zu schnell Sprechen. Wörter werden durch zu schnelles sprechen unverständlich. - Klar und deutlich sprechen. - Langsam sprechen in tiefer Tonlage. - Bewohner genug Zeit geben, um zu hören, zu begreifen und zu verstehen. - Immer wieder nachfragen, ob Bewohner alles verstanden hat. - Nicht hetzen, wenn Sie mit hörgeschädigten Bewohnern beschäftigt sind. - Nur immer eine Frage stellen und dann auf Antwort warten, bevor die nächste Frage gestellt wird. - Bewohner nie unterbrechen. Dies kann die Kommunikation negativ beeinflussen. - Mimik, Körper- und Handsprache mit einbeziehen. <p><u>Umgebung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hintergrundlärm vermeiden. Radio/TV leiserstellen oder noch besser abschalten. - Türen schliessen. - Andere Mitbewohner bitten, leise zu sein. - Räume gut beleuchten. Nicht blenden. - Die Beleuchtung sollte von hinter dem Bewohner kommen und auf den Pflegenden leuchten. <p><u>Technische Hilfsmittel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewohnern helfen im Umgang und in der Pflege von Hörgeräten. <p><u>Ausbildung/Weiterbildung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <p><u>Diverses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Es ist wichtig für Pflegende, dass sie das gesündere Ohr des Pat. entdecken und sich auf die entsprechende Seite stellen während der Kommunikation. 	<p><u>Schlussfolgerungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Interdisziplinäre Kommunikation ist ein wesentlicher Bestandteil für eine fachgerechte Kommunikation mit hörgeschädigten Pat. Es ist wichtig, dass alle involvierten Personen über die Höreinschränkung und Strategien Bescheid wissen. So können falsche Klassifikationen wie keine Kooperationsbereitschaft, Desorientiertheit oder erste Zeichen einer Demenz vermieden werden. <p><u>Stärken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Thema ist klar formuliert. - Ergebnisse sind nachvollziehbar. - Ergebnisse stimmen mit anderen Expertenmeinungen überein. - Sie helfen, die Patientengruppe besser zu verstehen. - Literatur ist aktuell (2004). - Hauptziel des Newsletters ist mit dem Hauptziel des Forschungsprojektes identisch. - Resultate sind auf Pat. des Forschungsprojektes anwendbar. - Gute Begriffserklärung - Autorin ist eine Expertin, Professorin an einem Pflege-College. <p><u>Schwächen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine Forschungsfrage vorhanden. - Keine Literaturrecherche durchgeführt - Keine Altersabgrenzung. - Expertenmeinung ist nicht mehr so aktuell (1999). - Kein Ziel erwähnt. <p><u>Ethik:</u> Nicht explizit erwähnt.</p>

Anhang 3 – Qualitäts-Beurteilungsbogen nach Jens Blatter (2008)

Qualitäts-Beurteilungsbogen nach Jens Blatter (2008)

Dieser Qualitäts-Beurteilungsbogen für Expertenmeinungen wurde vom Autor selbst entworfen, da es bisher keine solche Bögen für Expertenmeinungen gab. Der Bogen entstand aus sinnvollen Fragen von anderen Qualitäts-Beurteilungsbogen, die speziell für Expertenmeinungen umformuliert wurden.

Glaubwürdigkeit

Handelt es sich beim Experten wirklich um einen ausgewiesenen Experten?

Ist das Thema der Expertenmeinung klar formuliert?

Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

Aussagekraft

Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Stimmen die Ergebnisse mit anderen Expertenmeinungen oder Studien überein?

Helfen mir die Ergebnisse der Expertenmeinung, die Patientengruppe in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Ist die Expertenmeinung aktuell?

Anwendbarkeit

Ist das Hauptziel der Expertenmeinung mit dem Ziel des Forschungsprojektes identisch?

Sind die Resultate bei Patienten des Forschungsprojektes anwendbar?

Anhang 4 – Qualitäts-Beurteilungsbogen LoBiondo & Haber (2005)

Qualitäts-Beurteilungsbogen LoBiondo & Haber (2005)

Kriterien für die kritische Bewertung einer Literaturrecherche

1. Welche Lücken oder Widersprüche im bisherigen Wissen deckt die Literaturrecherche auf?
2. In welcher Weise spiegelt die Recherche kritisches Denken?
3. Sind in der Recherche alle relevanten Konzepte und Variablen berücksichtigt?
4. Spiegelt die Zusammenfassung jeder der recherchierten Studien die wesentlichen Komponenten des Studiendesigns (z.B. bei einem quantitativen Design: Art und Umfang der Stichprobe, Instrumente; Validität und Reliabilität; bei einem qualitativen Design: wird der Typus klar, z.B. phänomenologisch)?
5. Enthält die kritische Bewertung einen Hinweis auf die Stärken, Schwächen oder Grenzen des Designs, auf Konflikte, auf Informationslücken oder Widersprüche im Zusammenhang mit dem zu untersuchenden Thema?
6. Sind sowohl konzeptuelle als auch datenbasierte Literatur einbezogen?
7. Wurden hauptsächlich Primärquellen benutzt?
8. Gibt es eine zusammenfassende Synthese der recherchierten wissenschaftlichen Literatur?
9. Enthält die zusammenfassende Synthese logisch entwickelte Gründe, die es dem Leser erlauben zu beurteilen, warum ein bestimmtes Forschungs- oder Nichtforschungsprojekt notwendig ist?
10. Sind die recherchierten Studien logisch angeordnet (z.B. chronologisch, entsprechend der Konzepte/Variablen oder bezogen auf Typus/Design/Niveau der Studie), so dass für den Leser deutlich wird, warum ein bestimmtes Forschungs- oder Nichtforschungsprojekt notwendig ist?
11. Entspricht die Literaturrecherche den Zielen des Forschungs- oder Nichtforschungsprojekts?

Anhang 5 – Evidenzbeurteilung nach Fischer & Bartens (1999)

Evidenzbeurteilung nach Fischer und Bartens (1999)

Studiendesign	Härtegrad der Evidenz
Meta-Analysen (systematische quantitative Übersichtsarbeiten, von (mehreren) kontrollierten klinischen Studien (KKS, randomized clinical trial, RCT) werden die Effektstärken statistisch gepoolt und inferenzstatistisch Schlüsse auf die Effektivität von Interventionen gezogen.	1a
Mindestens eine KKS	1b
Interventionsstudie mit Vergleichsgruppe (Querschnittsstudie)	2a
Quasi-experimentelle Studie (z.B. Prätest- Posttest-Design: Längsschnittstudie mit Intervention, Vergleich in sich)	2b
Experimentum crucis („dramatic results in uncontrolled experiments“)	3a
Nicht randomisierte, prospective Studie mit Vergleichsgruppe; Kohortenstudien	3b
Interventionsstudien mit Posttest-Design	4a
Nicht experimentelle (nicht interventionelle) deskriptive Studien; Beobachtungsstudien (Fall-Kontrollstudien)	4b
Prospektiv geplante Studien ohne Kontrollgruppe	5a
Konsensus-Protokolle aus definierten Konsensfindungsverfahren (z.B. Delphi-Verfahren)	5b
Unsystematische Review (Literaturübersicht), Fallbericht (Kasuistik), Expertenmeinungen	6

Anhang 6 – Evidenzbeurteilung nach Fineout-Overholt et al. (2005)

Evidenzbeurteilung nach Fineout-Overholt et al. (2005)

Studiendesign	Härtegrad der Evidenz
Systematische Reviews von deskriptiven und qualitativen Studien	Stufe 1
Einzelne deskriptive oder qualitative Studien	Stufe 2
Meinung von ExpertInnen und/oder ExpertInnenkomitees	Stufe 3
Experimenten ohne Randomisierung, gut designte Fallkontroll- und Kohortenstudien	Stufe 4
Evidence-based-Richtlinie basierend auf systematische Reviews RCTs	Stufe 5
Systematische Reviews oder Metaanalysen aller relevanten RCTs	Stufe 6
Ein RCT	Stufe 7