



EXAMENSARBETE I AUDIOLOGI, 10 poäng, VAU230
Fördjupningsnivå 1 (C)
Inom audionomprogrammet, 120 poäng

Titel	
Grupprehabilitering för äldre i audiologisk verksamhet	
Författare Linda Dahlhielm	Handledare Ann-Kristin Espmark
	Examinator Radi Jönsson
Sammanfattning	
<p>Syftet med studien var att genom vetenskapliga artiklar få en samlad kunskap om forskningsresultaten kring grupprehabilitering för personer som är 65år och äldre med en hörselnedsättning. Intresset väcktes då grupprehabilitering inte är så vanligt i audionomens arbete, trots att många studier visat på dess positiva effekt. Med en grupprehabilitering kan patienterna lättare acceptera sin hörselnedsättning och hörapparat, till skillnad med en individuell rehabilitering. Den metod som tillämpats är en litteraturstudie. För litteratursökningen till denna studie användes databaserna PubMed och PsycINFO. Vissa artiklar söktes även från vetenskapliga studiers referenslistor samt tips från handledaren.</p> <p>Resultatet visar att grupprehabilitering kan vara en bra arbetsmetod för audionomer vid rehabilitering av äldre med hörselnedsättning. Genom att träffa andra kan den äldre acceptera sin hörselnedsättning och få en större insikt i sin hörselsituation samt en ökad medvetenhet och ett bättre självförtroende.</p> <p>Konklusionen var att det kan vara bra att lära ut kommunikationsstrategier och att ge hemuppgifter till patienterna. Vidare bör man sätta individuella mål tillsammans med patienten för att få ett så bra resultat som möjligt. Dessutom har resultat setts som ökad livskvalitet och en minskning av upplevt hörselhandikapp på kort sikt som ett av resultaten, medan en annan studie bara sett en liten förändring i upplevt hörselhandikapp. Även gruppdeltagare hade en positivare attityd och mer realistiska förväntningar på hörapparatens prestanda, jämfört med personer som endast erhållit individuell rehabilitering. Angående om deltagarna i grupprehabilitering använder hörapparaterna mer än andra, har inte påvisats någon skillnad. Deltagarna tillåter varandra att bearbeta sina hörselhandikapp och det är kanske lättare när de träffar andra och ser att de inte är ensamma om sin situation.</p> <p>Sökord: Audiologisk hörselrehabilitering, audiologisk grupprehabilitering, nedsatt hörsel, hörsel+äldre, audiologisk+gruppdynamik, counseling.</p>	



**RESEARCH PROJECT IN AUDIOLOGY, 10 credits,
VAU230
Advanced level 1 (C)
Within audiologist programme, 120 credits**

Title

Group rehabilitation of elderly in a audiological view

Author

Linda Dahlhielm

Supervisor

Ann-Kristin Espmark

Examiner

Radi Jönsson

Abstract

The purpose of this study was to investigate the results obtained from scientific articles concerning research into group rehabilitation for people over 65 years with hearing problems. The interest arose then group rehabilitation was unusual in the audiologists work, even though previous research showed these positive effects. With a group rehabilitation, the participants can easier accept their hearing loss and hearing aid, compared with an individual rehabilitation. The method used was a literature study. PubMed and PsycINFO databases were used in the search for literature. Some articles were searched from selected scientific studies reference lists and also advice from the supervisor.

The results show that group rehabilitation is a good method for audiologists to use. Meeting other participants could be a way for the patient to easier accept and get a better understanding of their hearing situation. They also get an increased awareness and better selfconfidence.

The conclusion showed that it is good to learn the patients communication strategies and give them homework. Likewise it is important to create an individual goal with the patient to get a successful result. Furthermore, the results show on an increased quality of life and decreased experience of hearing handicap in the short term. Another study of group rehabilitation only had seen a little change in experience of hearing handicap. As well as a more positive attitude, group members had a more realistic expectation of the performance on the hearing aid, compared with people who only had received an individual rehabilitation. If the group members use their hearing aid more than others, is not detected improved. The participants in the group allowed each other to be adapted to their hearing handicap and maybe is it easier when they meet others and recognize that they are not alone about their situation.

Key words: Audiological+rehabilitation, audiology+group rehabilitation, hearing+elderly, hearing+group+process, audiology+group+elderly, audiology+group+dynamic, counseling.

FÖRORD

Jag vill tacka min handledare Ann-Kristin Espmark för all hjälp och vägledning under arbetets gång. Arbetet har varit givande och lärorikt och likaså har jag har fått en större inblick samt kunskap vad grupprehabilitering innefattar. Jag vill även tacka de som läst, begrundat och kommit med goda råd till uppsatsen.

INNEHÅLL

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 Kommunikation	1
2.2 Hörselnedsättning hos äldre	2
2.3 Hörselrehabilitering	2
2.4 Hörselrehabiliteringens mål	4
2.5 Grupprehabilitering.....	4
2.6 Anhörigas medverkan vid rehabilitering	6
3. SYFTE	7
3.1 Frågeställning	7
4. MATERIAL	8
5. METOD	15
6. RESULTAT	15
6.1 Deltagarnas upplevelser vid hörselrehabilitering och hörapparat användning	15
6.2 Innehåll vid god grupprehabilitering.....	16
6.3 Fördelar med grupprehabilitering jämfört med individuell rehabilitering	18
6.4 Jämförelse av långtidseffekter vid grupprehabilitering och individuell rehabilitering	18
7. DISKUSSION	19
7.1 Metoddiskussion	19
7.2 Resultatdiskussion	20
7.3 Förslag på vidare forskning	24
8. KONKLUSION	24
9. REFERENSLISTA	26

Förklaringar av frågeformulärens förkortningar

CHHA	Canadian Hard of Hearing Association
CPHI	Communication Profile for the Hearing Impaired
CPHI-CSS	Communication Profile for the Hearing Impaired- Communication Strategies Subscale
CST	the Connected Speech Test
HCA	Hearing Coping Assessment
HHIA	Hearing Handicap Inventory for Adults
HHIE	Hearing Handicap Inventory for the Elderly
IOI-AI	International Outcome Inventory- Alternative Interventions
IOI-AI-SO	International Outcome Inventory- Alternative Interventions- Significant Others
QDSCF	Quantified Denver Scale of Communicative Function

1. INLEDNING

I audionomutbildningen får man lära sig mycket om rehabilitering, hur man rehabiliterar patienter individuellt och hur dess utformning bör vara. Däremot inriktar sig utbildningen väldigt lite på grupprehabilitering som inte heller är så vedertaget i audionomens arbete. Delvis därför blev jag nyfiken på vad en grupprehabilitering kan ge för effekter om det upplevs som något positivt eller kanske negativt för patienterna och vad tidigare resultat visat. Tanken med denna studie är att få en överblick av resultat från vetenskapliga studier samt göra en sammanfattning. Studien vänder sig i första hand till audionomer. Jag valde att studera äldre personer över 65 år då detta är den största patientgruppen på hörcentralerna.

2. BAKGRUND

2.1 Kommunikation

Med kommunikation överförs information från en person till en annan. Kommunikation är nödvändig för att få en mening med budskapet och fordrar dessutom ansträngning från både talaren och lyssnaren. Man har oftast overseende med vissa missförstånd och feltolkningar men om lyssnaren frågar om mycket, blir det ofta påfrestande för båda parter (1, 2). Den hörselskadade söker inte till hörselvården främst för att de har dålig hörsel, utan för att kommunikationen inte fungerar. Därför är det viktigt att ta hänsyn till hörselskadans sociala konsekvenser vid rehabiliteringen (3, 4). Som följd av hörselnedsättningen har hörselskadade ofta svårt att uppfatta vad som sägs. Det innebär att de uppfattar talet som otydligt och mumligt. Kommunikationen kan då bli begränsad och det leder till att den psykosociala¹ tillämpningen påverkas som i sin tur kan påverka personens livskvalitet. Tidig diagnostisering och rehabilitering kan göra det lättare för personen med en hörselnedsättning att acceptera den för att inte riskera negativa konsekvenser som social isolering (2). En icke rehabiliterad hörselnedsättning vid äldre år kan innebära en rädsla för kommunikation vid olika aktiviteter som i sin tur kan innebära en negativ spiral mot mer inaktivitet (5).

¹ Psykiska, somatiska eller psykosomatiska besvär som har ett samband med de problem personen har i sin livssituation, såsom isolering, ensamhet.

2.2 Hörselnedsättning hos äldre

Prevalensen för hörselnedsättning är hög bland äldre över 65 års ålder. Hos män och kvinnor mellan 65-84 år har 28,1 % nedsatt hörsel. Nedsatt hörsel ansågs när de hade svårigheter att höra samtal mellan flera personer (6). I takt med att allt fler uppnår högre åldrar ökar även antalet personer med hörselnedsättningar. Den vanligaste hörselnedsättningen bland äldre är presbycusis. Majoriteten av de äldre hörselskadade har en hörselnedsättning av sensorineural typ, oftast som kombination av ålder och att man blivit utsatt för buller. Nedsättningen är då oftast påverkad för båda öronen och mest uttalad i diskanten (7). Det finns en könsskillnad när det gäller hörselnedsättning enligt Statistiska Centralbyrån. Av 75–84-åriga män uppgav 35,1 % att de hade nedsatt hörsel, medan 26,6 % av kvinnorna i samma åldrar angav det. (6).

2.3 Hörselrehabilitering

Rehabilitering definieras enligt SOU 2002:5:

rehabilitering är planerade åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art, som ska hjälpa personer med funktionshinder att utifrån sina förutsättningar återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och upprätthålla denna samt skapa förutsättningar för ett normalt liv (8).

I audionomens arbete med hörselrehabilitering är det ofta vanligt att audionomen anpassar hörapparater till patienter, men endast denna lösning räcker för det mesta inte för att återfå bästa tänkbara funktionsförmåga. I likhet med att audionomen anpassa hörapparater är counseling en del i hörselrehabiliteringen. Genom counseling hjälper och vägleder audionomen patienten att hitta sin väg till sitt mål. Patienten behöver få kunskap, insikt och förståelse om sin hörselnedsättning, för att lättare kunna bearbeta och därmed även acceptera sin hörselnedsättning. Vidare behöver patienten stöd i detta och prata om det samt förstå sina egna känslor, liksom att lära sig nya strategier som han/hon kan ha användning av för att underlätta vid kommunikation i svåra hörselsituationer. Audionomen lyssnar, bemöter och bekräftar patientens känslor och upplevelser (9, 10). Författaren Mantonak menar att det är viktigt att audionomen inte betraktar hörapparater som den enda och enkla lösningen på en persons kommunikationsproblem. Det samma gäller andra lösningar såsom strategier eller en specifik typ av träning. Enligt Matonak är målet i en audiologisk rehabilitering på lång sikt till för att personen skall bli så skicklig som möjligt på att kommunicera och få bästa tänkbara tillfredsställelse med sina hörapparater och anpassning till sin hörselskada. Enligt Heine och

Browning samt Matonak är rehabiliteringen en process som aldrig blir färdig och som pågår hela tiden. För att uppnå en tillfredsställd anpassning är denna process patientcentrerad. Den hörselskadade behöver acceptera sin nedsatta hörsel och eventuellt kompensera för hörselskadan exempelvis genom en hörapparat. Personens inställning har även betydelse för hur rehabiliteringen ska fortlöpa (2, 11). Vare sig man rehabiliterar en patient individuellt eller i grupp, behöver man göra individuella rehabiliteringsplaner utifrån den ljudmiljö patienten befinner sig i (4). Enligt Matonak kan ett rehabiliteringsprogram hjälpa den hörselskadade att undvika och förhindra att det blir ett handikapp och att svårigheterna ökar (11). Stephens m fl. gjorde en studie på äldre personer som visade att för 69 % av deltagarna har hörselnedsättningen påverkat deras fritidsaktiviteter. Studien visade även att omgivningen och personernas livsstil var en viktig komponent i deras liv och som blivit påverkade av hörselnedsättningen (5).

Hörtaktik kan vara en del i hörapparatutprovningen och rehabiliteringen. Tidigare undersökning har visat att träning i hörtaktik har en positiv effekt utifrån beteendemedicinska principer. Beteendemedicin är ett tvärvetenskapligt område där man, i syfte att förbättra människors hälsa, arbetar med att handleda människor i förändring, såväl fysiskt som psykiskt (4). Alla människor är beroende av att kunna använda sig av hörtaktik såsom läppavläsning och gester, men detta kan hindras för personer med en syn och/eller hörselnedsättning på grund av att de inte kan kompensera för detta på samma sätt (2). En studie gjord av Tye-Murray visar att upprepning är den vanligaste strategin som hörselskadade använder sig av, men de behöver lära sig fler strategier. Ofta är detta något som de kan lära sig på en kommunikationskurs. Efter en tid när de lärt sig fler kommunikationsstrategier, blir upprepning allt mer sällsynt. Hur en person använder samtalsstrategier, beror på flertalet faktorer exempelvis vem personen pratar med, hur många det är och om personen känner den som talar eller om han/hon är okänd för den hörselskadade (12).

I tidigare forskning har det också framkommit att äldre med nedsatt hörsel som är nedstämda och har hälsoproblem, har svårare att hantera sin hörselnedsättning än andra. Därför kan det ha stor betydelse för dessa personer att träffa andra i liknande situationer i exempelvis en grupprehabilitering (4). Litteraturen beskriver konsekvenser som kan drabba hörselskadade, exempel på detta kan vara att man lättare känner sig isolerad och därmed avskärmar sig från omgivningen. Personer med nedsatt hörsel känner ofta oro och ängslan över sin hörselskada

som kan leda till ett sämre självförtroende än vad de kanske haft tidigare. Detta kan i sig leda till social isolering (2).

2.4 Hörselrehabiliteringens mål

Enligt McKenna bör man sätta mål tillsammans med patienten, detta för att få patienten mer delaktig och motiverad. Målen ska vara realistiska, tydliga och positiva. Författaren menar att det klart ska framgå när och vem som ingår i programmet. Man bör utgå från patientens möjligheter och styrkor, och inte fokusera på personens svårigheter eller hinder. Detta för att patienten ska få en mer optimistisk och tillmötesgående bild av rehabiliteringen. Målen bygger på patientens behov, som är till hjälp för att uppnå de mål som är satta. Patienten bör vara delaktig i utformningen av målen och rehabiliteringsprogrammet. Det finns ingen anledning att sätta orealistiska eller för svåra mål, som patienten sedan inte kan uppnå. Målen är motiverande och utan dem anstränger patienten sig inte lika mycket. När mål är satta bör audionomen planera hur dessa ska uppnås och sedan även efterlevas. Mål kan hjälpa till att förebygga kriser, det är effektivt och kan spara tid. Däremot är det inte garanterat att man får en lyckad anpassning till sin hörapparat och hörselnedsättning bara för att man använder sig av uppsatta mål vid en rehabilitering, men det är ett bra tillvägagångssätt (13).

Rehabiliteringen borde enligt Matonak vara utformad att passa den enskilda individen. Mål är till för att patienten ska bli skicklig på kommunikation samt att få en så bra tillfredsställelse som möjligt på lång sikt (11).

2.5 Grupprehabilitering

Forskning visar på att grupprehabilitering är ett bra sätt att få patienter att lättare acceptera sin hörselnedsättning samt den eventuella hörapparaten och få en större självkänsla, även om det kan ta år att acceptera sin nedsatta hörsel och dess problematik den medför. I gruppen träffar de andra i samma situation, får en samhörighet och gemenskap och ser att de inte är ensamma om att ha en nedsatt hörsel. Likaså får de ny kunskap, stöd och information av audionomen samt av de resterande deltagarna (2-3, 11, 14-15). Graden på en persons hörselnedsättning visar inte alltid hur personen i fråga upplever sin hörselnedsättning och även om personen har hörapparat är det fortfarande många som upplever att de har svårigheter med kommunikation. Många får genom grupprehabilitering även en större förståelse om sin hörselnedsättning och problematiken kring den. Deltagarna lär sig kommunikationsstrategier och kan kanske känna

sig lite lugnare och mer avslappnade vid kommunikation med andra, än vad de gjort tidigare. De blir i allmänhet mer medvetna om sin situation. En studie som Poucette gjort visar på att deltagare som ingått i en grupprehabilitering skattar sitt välbefinnande som bättre än innan de deltagit i den. Poucette menar att detta kan bero på grupprehabiliteringen (3). Även Tye-Murrays studie har visat på samma resultat. Författaren tror att detta kan bero på att samspelet med talaren förbättrats (12). I en annan studie av Lundborg m fl. testades olika rehabiliteringsgrupper på förstagångs användare som erhållit en hörapparat anpassning. Deltagarna delades in i tre grupper, där den första gruppen fick intensiv träning under tre veckor, den andra gruppen fick en kort informationskurs på 6 timmar och den tredje gruppen fick ingen annan behandling eller träning än hörapparat anpassning. Resultatet visade att majoriteten av dem som erhållit intensiv träning, använde sina hörapparater betydligt mer, än deltagarna i de andra två grupperna som bara fått en kort informationskurs eller bara en hörapparat anpassning. I dessa två grupper var hörapparat användandet litet. För de deltagare i den första gruppen (de som erhållit intensiv träning) som inte använde sina hörapparater så mycket, berodde detta oftast på att patienterna inte lyckats uppnå sina mål med hörapparaterna. Studien visar att en lyckad och framgångsrik hörapparat anpassning och en intensiv träning resulterar i ett större antal hörapparat användare. Den grupp som hade flest nöjda användare var även den gruppen som fått intensiv träning. När det gäller äldre personer är en längre kurs att föredra, kanske över flera dagar och med mer pauser istället för koncentrerat över en dag. Detta på grund av att äldre behöver mer tid men även att patienters förmåga att bearbeta och ta in information skiljer sig åt (16). Enligt Matonak är en grupp på 6-12 deltagare att föredra och att besöken bör vara en till två timmar per gång, fyra till fem gånger vid grupprehabilitering (11).

Många personer använder olika kommunikationsstrategier men de två vanligaste typerna är att påverka talaren och strukturen på meddelandet, omgivningen eller de själva, så kallad underlättande strategier. Den andra är att förtydliga informationen, för att direkt förbättra kommunikationen efter det att den hörselskadade missat eller missförstått något, en så kallad reparerande strategi. Vidare är det bra om deltagarna i en grupprehabilitering får öva sig på kommunikationsstrategier mot varandra och det är även bra om anhöriga är med på denna övning. Det är viktigt att deltagarna får tid att praktisera vad de lärt sig och med hjälp av kommunikationsstrategier kan deltagarna förbättra sin kommunikation och därmed få den mer effektiv. Matonak anser även att audionomen bör ge hemuppgifter till patienterna så att de kan öva på vad de lärt sig och se hur olika strategier fungerar hemma. Tye-Murray nämner vidare

att alla personer inte är villiga eller kapabla att lära sig nya strategier och förändra sitt förhållningssätt och beteende gällande kommunikationen. Många hörselskadade försöker låtsas som att de har hört vad som sagts, en anledning till detta kan vara att de inte vill visa att de inte hört och därmed känner skam och skuld inför detta. Andra vill inte använda sig av strategier och låtsas därför, många låtsas som om de hört vad som sagts för att de önskar vara samarbetsvilliga och trevliga, de vill inte vara en belastning i kommunikationen. Genom en grupprehabilitering kan de då se att de inte är ensamma om denna situation och förhoppningsvis lättare kunna bearbeta och erkänna sin hörselnedsättning (11, 15, 17).

Rehabilitering av äldre personer i grupp har rapporterats i en studie av Hickson m fl. i den har även anhöriga deltagit. Rehabiliteringens fokus var på kommunikation och besöken utgick från deltagarnas kommunikations- och hörselsvårigheter i vardagslivet. Syftet var att deltagarna själva skulle utveckla egna lösningar och se grunden till varför detta var en svår hörselsituation. Efter rehabiliteringen fyllde deltagarna i frågeformuläret IOI-AI och de anhöriga fyllde i IOI-AI-SO. Resultatet visar bl.a. att för fråga 7 som behandlar livskvalitet, svarade 89 % av deltagarna med hörselnedsättning och 88 % av de anhöriga att de fått en bättre livskvalitet när de hade mer kunskap i kommunikationsstrategier och bättre kunde lösa olika kommunikationssvårigheter i olika situationer. Enligt Hickson m fl. visar denna studie att grupprehabilitering för äldre kan vara ett bra alternativ till den individuella rehabiliteringen (18).

2.6 Anhörigas medverkan vid rehabilitering

En person med en hörselnedsättning behöver stöd i sin bearbetning och rehabilitering, inte bara av sin audionom, utan även av anhöriga och vänner. Om de anhöriga visar positiva attityder och acceptans för hörselskadan, kan detta ge en bra förutsättning för att patienten själv lättare accepterar sin hörselskada. Därför är det bra om anhöriga är delaktiga i rehabiliteringen (19). Preminger har gjort en studie där personer med hörselnedsättning ingår i en grupprehabilitering, hälften av deltagarna har anhöriga med sig som även de deltar i rehabiliteringen. Som resultat av denna studie visade en majoritet av deltagarna på en förbättring av användandet av kommunikationsstrategier, medan färre deltagare visade på en förbättring av känslor och attityd till sin hörselnedsättning. Men en förbättrad användning av kommunikationsstrategier behöver inte betyda att hörselhandikappet minskar. De hörselskadade personerna som hade en anhörig med sig och som var delaktig i

rehabiliteringen, påvisade bättre resultat av känslor och attityder samt en förbättrad och ökad anpassning som följde av grupprehabiliteringen, jämfört med de deltagarna som inte hade någon anhörig med sig. Att ha en anhörig med i rehabiliteringen resulterade inte i ett sämre resultat för någon (20). Hickson m fl. visade att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan de hörselskadades och anhörigas värdering för liknade frågor i frågeformulären IOI-AI/IOI-AI-SO. Därmed kan anhöriga vara tillförlitliga att bedöma resultaten för deltagarna, om den hörselskadade inte kan fylla i formuläret eller svara på frågorna själv (18).

Matonak anser att anhöriga bör vara med och delta i grupprehabilitering. En positiv effekt och nytta har påvisats som resultat av anhörigas medverkan. Hallberg och Barrenäs skrev i en studie som behandlade bullerskadade medelålders män att ”audiologisk grupprehabilitering minskar det upplevda handikappet och ökar medvetenheten av när missförstånd i kommunikationen uppstår inom familjen”. Hörselsvårigheter som irritationer minskade efter grupprehabiliteringen, deltagarna erhöll därmed mer kunskap, förståelse och insikt om hörselskadan, vad uppkomsten av missförstånd kan bero på samt om samtalsstrategier (11, 21). Vidare är det bra inte bara för de hörselskadade utan även för anhöriga att träffa andra i samma situation och därmed se att de inte är ensamma om detta (15).

3. SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att genom vetenskapliga artiklar få en samlad kunskap om forskningsresultaten kring grupprehabilitering för personer som är 65år och äldre.

3.1 Frågeställning

- Hur uppnår man bästa möjliga grupprehabilitering, vad/vilka delar bör ingå?
- Är deltagarna i en grupprehabilitering mer nöjda än de som deltagit i en individuell rehabilitering, skiljer sig livskvaliteten grupperna emellan?
- Använder deltagarna i grupprehabiliteringen hörapparaterna mer än andra?
- Finns det fördelar med grupprehabilitering, i så fall vilka?
- Är det någon skillnad i upplevelsen av sin hörselnedsättning på längre sikt mellan deltagarna i grupprehabilitering och de som erhållit individuell rehabilitering?

4. MATERIAL

Abrahamson J. Teaching coping strategies: a client education approach to aural rehabilitation. J Acad Rehab Audiol. 1991; 24:43-53.

Syftet med studien var att beskriva ett program som var utformat att uppmuntra en oberoende och aktiv behandling av kommunikationsrelaterade problem som hörselskadade och deras anhöriga stöter på. I studien var det sju grupper med fyra besök för varje grupp. Samtliga presentationer var olika, programmen utgick från deltagarnas tidigare behov och erfarenheter. Flertalet deltagare var nya hörapparat användare men det fanns även vana hörapparat användare i grupperna. Författaren föredrog 6-12 deltagare i varje grupp, för att få grupprehabiliteringen så effektiv som möjligt. Det rekommenderades att gruppbesöken var en dag i veckan, två timmar per gång, i fyra till åtta veckor. Största delen av besöken var tänkt för gruppdiskussion. Där kunde deltagarna diskutera hemuppgifterna som de fått med sig från förra gången och då lära och uppmuntras av varandra. Deltagarna och deras anhöriga behövde utveckla sin förmåga att pröva olika kommunikationsbeteenden, för att se vid vilka situationer förändringar behövdes. Ett exempel var att se en video som visade typiska fall på olika problemsituationer och sedan se lösningar eller strategier för att lösa dessa kommunikationssvårigheter. Författaren rekommenderar att audionomen bör demonstrera olika hörsel tekniska hjälpmedel. Även avslappningsträningar kan vara ett bra sätt för deltagarna att bli mindre stressade som kan resultera i en bättre, effektivare kommunikation i stressade situationer. Hörselträning, för att kunna följa kommunikationsriktlinjer och strategier kan vara bra för deltagarna att träna på för en effektivare kommunikation. De vanligaste metoderna eller strategierna som hörselskadade använde sig av var passiva. Men genom att delta i grupprehabilitering lärde de sig fler tekniker och strategier som de kunde använda för att underlätta kommunikationen med andra. Författaren rekommenderar att man följer upp patienterna efter cirka ett år och som utvärdering kan frågeformulär användas, exempelvis HHIE. Åldern på patienterna och hur många de var är inte beskrivet i studien (22).

Andersson G, Melin L, Scott B, Lindberg P. A two-year follow-up examination of a behavioral treatment approach to hearing tactics. Br J Audiol. 1995; 29(6):347-54.

Syftet med denna studie var att se på långtidseffekten mellan två grupper efter rehabilitering, där den ena gruppen erhölet behandling i grupp men inte den andra som var kontrollgrupp.

Behandlingsgruppen hade fått avslappningsövningar, sett video hur de agerade vid olika situationer, information och lärt sig olika hörselstrategier. I studien ingick äldre personer där medelåldern var 71,6 år. Alla var hörapparat användare med sensorineural hörselnedsättning. Denna studie var en uppföljning två år efter avslutad behandling där frågeformulär (HCA och CPHI-CSS) hade används som utvärdering. Studien hade ett litet antal deltagare där fyra av 24 inte var med på uppföljningen. De personer som inte svarat på frågeformuläret, skilde sig inte hörselmässigt eller åldersmässigt åt jämfört med resten av gruppen. De personer som deltog i behandlings och kontrollgrupperna skilde sig inte heller åt vare sig beträffande ålder, hörsel, kön eller taldiskrimination. Studien var randomiserad. I behandlingsgruppen ingick fyra besök två timmar per gång, i grupp. Resultatet antyder att behandling i grupp kan hjälpa äldre personer att klara av sina hörselproblem över tid. Resultatet av HCA visade en förbättring direkt efter behandlingen, men inte sedan vid uppföljningen. Detta gällde för både behandlingsgruppen och kontrollgruppen som inte fått någon behandling. Behandlingsgruppen hade generellt högre poäng, vilket är bra men bara signifikant högre på två frågor. Den ena frågan var om man låtsas att förstå och den andra om man tittar på talarens ansikte. Resultat från CPHI-CSS var likaså signifikant högre och därmed bättre för behandlingsgruppen (23).

Brewer D M. Consideration in measuring effectiveness of group audiologic rehabilitation classes. J Acad Rehab Audiol. 2001; 34:53-60.

Syftet med studien var att uppskatta effektiviteten med audiologiskt grupprehabiliteringsprogram, som innefattar kommunikationsträning, strategier, information och counseling. Studien har gjorts på 35 personer som deltagit i grupprehabilitering, medelåldern var 73 år. Nitton personer hade hörapparat, men alla upplevde svårigheter att höra när det var störande bakgrundsljud. Majoriteten hade gjort hörseltest och de flesta hade en sensorineural hörselnedsättning. Färre hade en måttlig kombinerad hörselnedsättning och bara en hade en svår kombinerad hörselnedsättning. Det var 4-10 deltagare i varje grupp. Grupprehabiliteringen var en gång i veckan 1,5 till 2 timmar per gång, som sträckte sig över 8-10 veckor. Det var två studenter som höll i instruktionen till deltagarna under uppsikt av en certifierad audionom. HHIA användes som utvärdering, för att jämföra om personerna upplevt någon skillnad i hörselhandikapp innan jämfört med efter grupprehabiliteringen. Deltagarna fick skatta hur de upplevde de sociala och känslomässiga följderna av sin hörselnedsättning. Resultatet av HHIA visade att av de 35 personer som var med i grupprehabiliteringen var det

19 personer som upplevt en minskning av sina svårigheter, jämfört med innan rehabiliteringen. Fjorton personer upplevde en ökning av svårigheterna och två personer angav att det inte var någon skillnad mot innan. Men när man sedan använde 95 % som en kritisk gräns hade bara 5 personer en signifikant minskning av sitt upplevda handikapp och 3 personer en signifikant ökning (24).

Brickley GJ, Cleaver VCG, Bailey S. An evaluation of a group follow-up scheme for new NHS hearing aid users. Br J Audiol 1996; 30:307-12.

Syftet med denna studie var att jämföra gruppuppföljning med individuell uppföljning för nya hörapparat användare, för att se effekten och effektiviteten med de olika arbetssätten. I studien var 98 personer deltagare i gruppuppföljningen och 95 personer var deltagare i den individuella uppföljningen. Studien var randomiserad. Uppföljningen skedde mellan 6 och 16 veckor efter hörapparat anpassningen. Alla personer hade sensorineural hörselnedsättning och var förstagsångs användare av hörapparater. Gruppbesöken var en gång i veckan, en timme per gång och var utformad för 8 personer. Den individuella rehabiliteringen följde ingen formell struktur, utan tog upp samma ämnen som för grupprehabiliteringen. Efter avslutad rehabilitering skickades ett frågeformulär till varje person. Formuläret behandlade tre olika faktorer, hur mycket de använde sina hörapparater, hur väl tillfredsställda de var med dem och hur de själva skattade sin insats med hörapparaterna. Resultatet visade ingen skillnad för dem som ingått i en grupp respektive individuell uppföljning av hur mycket de använde sina hörapparater eller hur väl tillfredsställda de var med hörapparaterna. Gruppmedlemmarnas skattning av sin egen prestation, var signifikant bättre än för de som ingått i den individuella uppföljningen. Åldern på patienterna var inte beskrivet i studien (25).

Carson A J, Pichora-Fuller M K. Health promotion and audiology: the community-clinic link. J Acad Rehabil Audiol. 1997;30:1-23.

Studien syftade till att beskriva de beståndsdelar av den modell som använts i studien, för att sedan på lång sikt se hur det fungerar för de äldre. 154 äldre personer med en hörselnedsättning var med i studien. Deltagarna intervjuades och fick fylla i ett frågeformulär CHHA. För att demonstrera processen användes en "precede-proceed" modell. (Den första delen i modellen motsvarade diagnostik och planering av rehabiliteringen. Sedan motsvarade den andra delen genomförandet i gruppen följt av en värdering). Syftet var att förbättra

deltagarnas kommunikationsförmåga. Tyngdpunkten i programmet utgick från deltagarnas behov och vad de kände att programmet skulle behandla, samt fokuserade på kommunikation. Författarna menar att patienternas mål bör vara realistiska i förhållande till sin omgivning. Enligt denna studie använde många äldre inte sina hörapparater på grund av att de inte helt accepterat sin hörselnedsättning. De trodde att hörapparatanpassningen inte kompenserade det stigma som hörapparaten medförde. Resultatet från CHHA, visade att äldre personer som erhållit en lyckad hörapparatanpassning, fungerade som en "hjälpande hand" i rehabiliteringen. Deras positiva erfarenheter "smittade av sig" till de resterande deltagarna som började ompröva sina attityder till sin hörselnedsättning och följden blev en bättre kommunikation. Denna studie visade med "precede-proceed" modellen hur hälsobefrämjandet kunde utarbetas och genomföras som program för att förbättra kommunikationsförmågan hos de äldre personerna som deltog (26).

Hawkins D B. Effectiveness of counseling-based adult group aural rehabilitation programs: a systematic review of the evidence. J Am Acad Audiol. 2005; 16:485-93.

Syftet var att genom en litteraturstudie undersöka resultaten beträffande effektiviteten av counseling och kommunikationsstrategier i grupprehabilitering för äldre personer med en hörselnedsättning. I studien ingick 12 artiklar som analyserades. Det fanns vissa kriterier som artiklarna var tvungna att uppnå, såsom att det skulle behandla äldre personer med en hörselnedsättning som deltagit i en grupprehabilitering. Resultat visade att det var bra om audionomen anpassade rehabiliteringen till de personer som deltog för att därmed kunna fokusera särskilt på de situationer där deltagarna hade svårigheter att höra. Deltagarna kunde då ta till sig av varandras tips och strategier. Nio av tolv studier trodde innan studierna gjorts att en minskning av upplevt hörselhandikapp var resultatet av rehabiliteringsprocessen. De vanligaste frågeformulärens som användes i studierna var HHIE eller HHIA. Majoriteten av studierna visade att en minskning av upplevt hörselhandikapp även blev resultatet av grupprehabiliteringen. Att deltagarna kände sig mer avslappnade och fått en ökad livskvalitet visade sig vara en följd av grupprehabiliteringen, utifrån två studier. Det var främst på kort sikt som hörselhandikappet minskade, efter en grupprehabilitering. Vissa studier visade att effekten inte alltid var så stor och inte gällde för alla personer. Deltagarna i grupprehabiliteringen visade ingen minskning av upplevd anpassning till sin hörselnedsättning på lång sikt. Däremot visade de personer som var med i kontrollgruppen på en förbättring av anpassningen på längre sikt jämfört med de som erhållit grupprehabilitering.

Lång sikt var mellan 1-2 år. Resultatet av grupprehabiliteringen är beroende av vem som leder den. Förmågan att leda och att få deltagarna att prata, uttrycka sina problem och känslor och att de delar med sig av sina egna erfarenheter och strategier, kan vara en viktig komponent i deltagarnas upplevda hörselhandikapp (27).

Heine C, Erber N P, Osborn R, Browning CJ. Communication perception of older adults with sensory loss and their communication partners: implications for intervention. Disabil Rehabil. 2002; 24(7):356-63.

Syftet var att undersöka äldre personer med sensorisk nedsättning (hörsel- och synnedsättning) och deras kommunikationspartner/anhöriga för att få en uppfattning av hur de ser på kommunikationen, vid vilka situationer det blir missförstånd och deras kommunikationsbehov. Deltagarna i studien var totalt 45 personer som blev uppdelade i två olika grupper med 28 personer i den ena, där deltagarna hade varierande grad av sensorisk nedsättning med en medelålder på 79 år. I den andra gruppen ingick 17 personer, där deltagarna var anhöriga med normal eller nästan normal syn och hörsel, med en medelålder på 70 år. Alla 45 personerna deltog i ett program på ett dagcenter. Personerna med en sensorisk nedsättning var alla så gott som blinda och vissa hade även en hörselnedsättning, som var lätt till måttlig. De anhöriga hade alla antingen normal syn och hörsel, eller lätt syn och/eller hörselnedsättning som de hade korrigerat med glasögon eller hörapparat. Studien var randomiserad. Olika frågeformulär användes för deltagarna med nedsättning jämfört med de anhöriga, eftersom deras kommunikationserfarenheter skilde sig åt. Frågeformuläret tog upp tre olika aspekter som var till för att få fram mer information om personernas nedsättningar, vilka svårigheter de utsattes för som en följd av sin nedsättning och hur de skattade sin kommunikationsförmåga. Resultatet visade att 32 % av deltagarna upplevde att det var svårast att samtala med andra personer som hade syn och/eller hörselnedsättning på dagcentret. Färre tyckte att det var svårt att samtala med vänner och familj. De flesta deltagarna tyckte att det var svårt eller omöjligt att läsa på läpparna som följd av deras synnedsättning. Alla deltagarna i denna grupp uppskattade att de oftast inte upplevt någon kommunikationssvårighet i samtal med andra anhöriga eller någon av deltagarna i syn och/eller hörselnedsättningsgruppen. Ett par orsaker till att de sällan upplevt detta kan vara på grund av att de hade fungerande syn och/eller hörsel, att de var medvetna om kommunikationssvårigheter vid samtal med personer som hade en nedsättning samt att de använde sig av kommunikationsstrategier. De uppgav att när det blev missuppfattningar, var det bakgrundsljud som var den vanligaste orsaken. Detta

var även en av de situationer som deltagarna i syn och/eller hörselnedsättningsgruppen upplevde som svårast. Vidare visade resultatet från denna studie att man borde kompensera med kommunikationsträning, dels för att de äldre personerna med en syn och/eller hörselnedsättning ska få en bättre anpassning liksom att deras anhöriga påverkas (28).

Hickson L, Worall L. Beyond hearing aid fitting: improving communication for older adults. *Int J Audiol.* 2003; 42:2 S84-2S91.

Syftet var att med rehabiliteringsprogram öka deltagarnas förståelse för kommunikationsförändringar med stigande ålder. Dessutom att bevara eller förbättra de kommunikationsfärdigheter som personerna hade, att uppmuntra deltagarna och vad de sedan bör tänka på för att få en förbättrad eller upprätthållen kommunikationsfärdighet. Det första kommunikationsprogrammet som användes i studien var "Keep on Talking". Detta program fokuserade på hälsobefrämjandet och i denna grupp hade ingen deltagare hörapparat. Medelåldern för deltagarna var 75,6 år. En experimentell grupp med 120 deltagare och en kontrollgrupp med 130 deltagare ingick, det var nio besök för sju grupper av äldre personer. Innan rehabiliteringen fyllde deltagarna i ett frågeformulär och även efter rehabiliteringen. Ett år efter att rehabiliteringen avslutats intervjuades deltagarna. Vid uppföljningen ett år efter rehabiliteringen, hade 45 % av de i den experimentella gruppen jämfört med 10 % av kontrollgruppen, fått en förbättring av sin kommunikationsförmåga. I denna studie hade en signifikant förbättring setts i den experimentella gruppen, såsom mer kunskap om kommunikationsförändringar med stigande ålder och om strategier för att bibehålla kommunikationsförmågan.

"Active Communication Education" var det andra kommunikationsprogrammet, där deltagarna var 14 personer som hade hörapparat. Deltagarna fick mellan varje tillfälle med sig en läxa hem som de skulle öva på till nästa besök och de uppmuntrades att öva i sin vardagliga miljö. Deltagarna fyllde i frågeformulär (HHIE och QDSCF). Det var fem besök två timmar per gång, i grupp. Programmet för kontrollgruppen fokuserade på att utveckla problemlösande strategier och för att förbättra kommunikationen i personernas vardagssituationer utgick programmet från deltagarnas behov. Åldern på patienterna i denna grupp var är inte beskrivet i studien. Båda gruppernas program var utformade att passa äldre personer som hade en hörselnedsättning, för gruppen som hade hörapparat var programmet även skapat för deras anhöriga. Tonvikten var på kommunikation och hur deltagarna borde agera för att komma över de svårigheter de hade vid de situationer de angett att de var svårt

att höra. Programmen fokuserade på kommunikationsaktiviteten och deltagarnas begränsningar. Resultatet visade att många äldre personer med en hörselnedsättning fortfarande hade svårigheter att höra vid kommunikation även efter en hörapparat Anpassning och att många då valde att inte använda sina hörapparater. Deltagandet och livskvaliteten ökade om problemlösandeprocessen var relevant till personen och individuella lösningar åskådliggjorts samt om deltagarna fått öva på detta så att deras vardag blir lättare (29).

Kricos P B, Holmes A E. Efficacy of audiologic rehabilitation for older adults. J Am Acad Audiol. 1996; 7:219-29.

Syftet med studien var att undersöka effektiviteten med två olika audiologiska rehabiliteringsprogram för äldre personer med en hörselnedsättning. Sjuttioåttio äldre personer med en sensorineural hörselnedsättning deltog i studien, den totala medelåldern var 70,1 år. Alla deltagarna hade blivit hörselskadade i vuxen ålder och alla hade hörapparat. Detta var en randomiserad process och deltagarna delades upp i tre grupper, en tredjedel av deltagarna ingick i gruppen som fick analytisk hörselträning, medelåldern för denna grupp var 70,5 år. Denna fokuserar på stavelser i talet som innebar att förbättra personernas igenkännande av konsonanter och vokaler. En tredjedel ingick i en träningsgrupp med aktivt lyssnande, medelåldern för denna grupp var 70,6 år, där fokus var på uppfattningen av betydelsen av tal, lingvistiskt. Den sista tredjedelen som inte fick träning, var kontrollgruppen, medelåldern för denna grupp var 69,3 år. För att se effekten av rehabiliteringarna, testades deltagarna genom att mäta taluppfattningen, en psykosocial uppskattning och en hörselhandikappsgradering. Alla grupperna testades både före och efter rehabiliteringen med bl.a. frågeformulär (CST, HHIE och CPHI) och sedan jämfördes dessa grupper. Gruppbesöken skedde en timme, två gånger i veckan i fyra veckor, för de grupper som fick behandling. Resultatet var ingen påvisad effekt i gruppen med analytisk hörselträning. Deltagarna i denna grupp visade ingen signifikant förbättring av sin förmåga att uppfatta vad som sades när det var bakgrundsbrus. De visade inte heller någon signifikant förbättring i upplevt hörselhandikapp eller sitt psykosociala tillstånd, jämfört med kontrollgruppen. Däremot visade deltagarna i den aktiva lyssningsträningsgruppen, en förbättring i taluppfattning, samt förbättrat resultatet från CPHI som utvärderat psykosociala faktorer. Resultatet av användandet av både de verbala och ickeverbala strategierna förbättrades för denna grupp. Detta program visar sig vara effektivt för äldre personer med en hörselnedsättning och detta var ett sätt att få dem att lättare agera

för att motverka sitt kommunikationshandikapp. Dock fanns individuella variationer i alla tre grupperna (30).

5. METOD

Den metod som tillämpats är en litteraturstudie. Litteratursökningen till denna studie både för bakgrund och material gjordes främst via PubMed (medicin, naturvetenskap, odontologi och vårdvetenskap) och PsycINFO (psykologi). Till bakgrunden har även viss kurslitteratur använts. För att få adekvata vetenskapliga artiklar lästes sammanfattningarna till studierna och därifrån sållades artiklar ut och de relevanta artiklarna behölls för att ingå i studien. Därefter analyserades och sammanställdes studierna för att få svar på frågeställningarna. Artiklar som jag valt är publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Vissa artiklar har jag funnit i lästa studiers referenslista samt tips från handledaren. För att analysera de olika artiklarna användes en mall i rutsystem och därmed jämfördes variablerna mot varandra.

De sökord som användes var hearing+rehabilitation, audiology+group rehabilitation, nedsatt hörsel, hearing+elderly, hearing+group+process, audiology+group+elderly, audiology+group+formation, audiology+group+dynamic, counseling.

6. RESULTAT

6.1 Deltagarnas upplevelser vid hörselrehabilitering och hörapparat användning

Flertalet av studierna beskriver förändring i gruppdeltagares upplevda hörselhandikapp. I Hawkins litteraturstudie var resultatet från majoriteten av de studier han granskat som behandlade grupprehabilitering att de visade på en minskning av upplevt hörselhandikapp på kort sikt. Enligt två av studierna kände deltagarna sig mer avslappnade och att de fått en ökad livskvalitet efter den erhållna grupprehabiliteringen. Författaren tror att en möjlig förklaring till detta kan vara att gruppen tillåter deltagarna att bättre bearbeta sina hörselhandikapp och att de får bättre strategier. Det betyder dock inte att handikappet har minskat på lång sikt (27). Däremot i Brewers studie blev resultatet från en grupprehabilitering, vid 95 % som en kritisk gräns, att bara 5 av 35 personer hade en signifikant minskning av sitt upplevda handikapp och att 3 av 35 personer hade en signifikant ökning. Hörselnedsättningens grad och

hörapparat användningen varierade i gruppen som både upplevt en ökning och minskning av sitt upplevda handikapp. I denna undersökning tyder resultatet på att effekten från grupprehabiliteringen var en liten förändring i upplevt handikapp. Brewer ställer sig frågan om personerna upplever en ökning av handikapp på grund av att de blivit mer medvetna om sin hörselnedsättning. Därmed tänker de mer på den och lägger märke till vad de missar, jämfört med vad de gjort tidigare (24). Brickley m fl. visar i sin studie att deltagarna som ingått i en gruppuppföljning, är generellt positivare till sina hörapparater, jämfört med personer som deltagit i en individuell uppföljning. Hur mycket de använder hörapparaterna eller hur väl tillfredsställda de är med sina hörapparater, skilde sig inte grupperna emellan. Studien visar att gruppdeltagarna hade en positivare attityd, men de hade även mer realistiska förväntningar på hörapparatens prestanda (25). Enligt Hickson och Worall väljer många äldre att inte använda sina hörapparater för att de fortfarande även efter en hörapparat Anpassning har svårigheter att höra vid kommunikation. I studiens program var tyngdpunkten på kommunikation och hur deltagarna bör agera för att komma över svårigheterna att höra. Detta är en patientinriktad rehabilitering som tar hänsyn till aktivitetsbegränsningen som är orsakad av hörselskadan, jämfört med många andra grupprogram som mer fokuserar på bristen av patienternas taluppfattning och hörselnedsättning samt tar upp mycket om hörapparater. Det var just detta som deltagarna var mest nöjda med. Att det inte fokuserades så mycket på hörselnedsättningen eller hörapparat användningen utan att de fick diskutera sina vardagliga kommunikationssvårigheter (29). Resultaten skiljer sig lite åt gällande hörselhandikapp för deltagare i grupp respektive individuell rehabilitering. Gemensamt för studierna är dock att counseling och att träffa andra är bra för att lättare acceptera och få en större insikt i sin hörselsituation och därmed kan livskvaliteten förbättras.

6.2 Innehåll vid god grupprehabilitering

Flera av studierna beskriver vidare hur man bör lägga upp en grupprehabilitering.

Studien gjord av Carson och Pichora-Fuller anger att många äldre ofta undviker att ta kontakt med hörselvården, att erkänna och acceptera sin hörselnedsättning. Detta kan bero på brist av kunskap och information om sin hörselnedsättning, sin fysiska omgivning med det buller och störförhållanden som finns runtomkring samt brist på kunskap om hörapparater. Om patienten lär sig mer om dessa faktorer samt hur man kan uppnå en bättre kommunikation i exempelvis en bullrig miljö med hjälp av olika strategier, skulle man kunna uppnå en bättre anpassning för personen. Vidare visade resultatet att äldre personer som erhållit en lyckad

hörapparat Anpassning, fungerade som en ”hjälpande hand” i rehabiliteringen. Deras positiva erfarenheter ”smittade av sig” till de resterande deltagarna som började ompröva sina attityder till sin hörselnedsättning och följden blev en bättre kommunikation (26). Även i Abrahamsons studie betonades vikten av att diskutera och utveckla sin skicklighet i att bemästra olika kommunikationsstrategier för att få en effektivare kommunikation. Som en del i rehabiliteringen bör man demonstrera olika hörseltekniska hjälpmedel och där deltagarna kan få prova de olika hjälpmedlen. Avslappningsövningar kan vara ett bra komplement i rehabiliteringen för att få deltagarna mindre stressade. Alla hörselskadade lär sig inte på egen hand att lösa och hantera svåra hörselsituationer, men genom att delta i en grupprehabilitering kan de lära sig fler strategier och tekniker som kan underlätta kommunikationen (22). I Kricos och Holmes studie delades deltagarna in i tre olika grupper, en grupp fick analytisk hörselträning, den andra gruppen var en aktiv lyssningsträningsgrupp och den tredje gruppen fick ingen träning, de var kontrollgrupp. Författarna kom fram till att de som ingått i den aktiva lyssningsträningsgruppen erhöll bättre resultat, än de andra två grupperna. I denna grupp fokuserades det på uppfattningen av betydelsen av tal. Taluppfattningen, det psykosociala resultatet och användandet av kommunikationsstrategier medförde ett bättre resultat efter rehabiliteringen än innan. Deltagarnas förmåga att hantera ett kommunikationsavbrott var efter rehabiliteringen signifikant bättre. För att motverka en persons kommunikationshandikapp uppvisar detta program vara effektivt för äldre personer med en hörselnedsättning (30). Studien som Heine m fl. gjort visar på att bakgrundsljud oftast var en bidragande orsak till missuppfattningar. Detta både utifrån deltagare med syn- och/eller hörselnedsättning och deras anhöriga som även de deltog i studien. Kommunikationen påverkas av båda samtalsparterna, därför kan det vara av värde att lära deltagarna i en rehabilitering kommunikationsstrategier. Strategier är ett bra sätt att minska uppkomsten av missförstånd och missuppfattningar (28). Rehabiliteringen bör vidare anpassas och utformas individuellt utifrån mål, oavsett om personen deltar i en grupprehabilitering, individuell rehabilitering eller en kombination av dem båda. Abrahamson samt Hickson och Worall förespråkar även att audionomen ger hemuppgifter till patienterna så att de kan öva och praktisera det som dem lärt sig och exempelvis se hur de olika strategierna fungerar i den miljö de vanligtvis vistas i. (22, 29).

Abrahamson menade att det är vanligt att audionomer antar att vana hörapparat användare har lärt sig egna strategier och att använda sina hörapparater effektivt, men så behöver det inte alltid vara. Det är därför vanligare att nya hörapparat användare är deltagare i

grupprehabilitering. I en grupprehabilitering är en grupp på 6-12 deltagare att föredra, detta för att få en så effektiv rehabilitering som möjligt. En rekommendation är ett besök i veckan, två timmar per gång i fyra till åtta veckor (22). Gemensamt för alla studierna i denna undersökning är att alla förespråkar att man i grupprehabiliteringen ska använda sig av och lära ut kommunikationsstrategier för att uppnå en bättre anpassning för patienten och minska upphov till missförstånd.

6.3 Fördelar med grupprehabilitering jämfört med individuell rehabilitering

Enligt Brickley m fl. var den egna prestationen generellt bättre för de personer som deltagit i en gruppuppföljning, jämfört med de personer som ingått i en individuell uppföljning. Gemensamt för flera av studierna är att deltagarna i en grupprehabilitering är positiva till att få diskutera och lyssna till andras erfarenheter. Detta kan vara en anledning till att prestationen för deltagarna i grupprehabiliteringen erhållit så bra resultat och att de har mer realistiska förväntningar (25, 29).

I Hawkins studie såg man att genom grupprehabilitering tilläts personer med en hörselnedsättning, att dela med sig av sina känslor, tankar och problem, samt lösningar vid olika situationer. Kanske även utveckla nya lösningar tillsammans med andra samt ta del av varandras strategier. Därmed ger deltagarna i gruppen counseling till varandra. Audionomen som håller i grupprehabiliteringen kan med detta anpassa programmet till de personer som deltar och fokusera på de situationer där deltagarna har hörselsvårigheter (27). Ingen av studierna har sett några negativa effekter eller följder med grupprehabiliteringen. Däremot är det viktigt att som audionom vara medveten om att alla inte vill delta i en grupprehabilitering. Likaså att alla inte är villiga att förändra sina inlärd kommunikationsstrategier och vanor.

6.4 Jämförelse av långtidseffekter vid grupprehabilitering och individuell rehabilitering

Några av studierna tar upp långtidsperspektivet av hörselhandikappet samt hörapparatsanpassningen utifrån grupprehabilitering. I Hawkins litteraturstudie kom man fram till att det främst är på kort sikt som hörselhandikappet minskat, men inte på längre sikt efter en grupprehabilitering. Men denna effekt varierar personer emellan och effekten är inte alltid så stor. En möjlig orsak till detta kan enligt Hawkins vara deltagarnas positiva inställningar som en följd av grupprehabiliteringen. De som var deltagare i grupprehabiliteringen visade

ingen minskning av upplevd anpassning på lång sikt, men de personer som var med i kontrollgruppen och som inte var deltagare i någon grupprehabilitering, visade på en förbättring av anpassningen på längre sikt än de som erhållit grupprehabilitering. Studien visar att deltagarna som ingått i grupprehabilitering, ansåg att kommunikationsstrategier var det som var mest värdefullt med rehabiliteringen (27). I Andersson m fl. studie jämförs två grupper vid en uppföljning två år efter rehabilitering, den ena gruppen fick behandling i grupp men inte den andra. Behandlingsgruppen erhöll avslappningsövningar, såg video på hur de agerar vid olika situationer, information och lärde sig olika hörselstrategier. Resultatet visar att över tid, kan en behandling vara bra för att hjälpa de äldre personerna att klara av sina hörselsvårigheter. Resultatet från ett frågeformulär visade på en förbättring efter behandlingen men inte två år senare vid uppföljningen. Detta resultat gällde för både behandlingsgruppen och kontrollgruppen som inte erhållit någon behandling. En av de möjliga orsakerna kan vara att dagligt användande av hörapparaterna inte visar någon signifikant skillnad med behandlingen i grupp (23). Studien som Hickson och Worall gjort visar att vid en uppföljning ett år efter rehabilitering hade 45 % av de i den experimentella gruppen jämfört med 10 % av kontrollgruppen, fått en förbättring av sin kommunikationsförmåga. Programmet för kontrollgruppen fokuserade på att utveckla problemlösande strategier, för att förbättra kommunikationen i personernas vardagssituationer. Deltagarna i denna grupp har hörapparater. I den experimentella gruppen har deltagarna inte hörapparat. Tonvikten läggs på kommunikation och hur de bör agera för att komma över sina hörselsvårigheter de har i olika situationer (29).

7. DISKUSSION

7.1 Metoddiskussion

Jag valde att göra en litteraturstudie för att på det sättet sammanställa, analysera och diskutera de fakta från olika studier som fanns inom ämnet. Till bakgrunden och materialet för denna litteraturstudie har jag använt databasen PubMed till att söka artiklar på. Från vissa studiers referenslista har jag även sökt somliga artiklar. Sammanfattningarna av artiklarna lästes och sållades därifrån ut, sedan togs ytterligare artiklar bort då de inte behandlade ämnet. Jag valde 20 artiklar till bakgrunden för att få ett relevant underlag och grund inför litteraturstudien. Till materialet användes 9 artiklar för att få svar på frågeställningarna. En av dessa nio studier var en litteraturstudie, som i sin studie bestod av tolv artiklar.

Det viktiga med denna litteraturstudie var att se resultaten från grupprehabilitering, inte att studera vilken enskild typ som är bra eller inte, detta är alltså ingen kartläggning av olika typer av grupprehabilitering. Syftet var att få en samlad kunskap om de forskningsresultat som finns kring grupprehabilitering och valet av metod tycker jag passar bra till denna studie, för att det ger en bra översikt av ämnet.

För att på ett annat sätt få svar på frågeställningarna hade man kunnat intervjua deltagare som själva ingått i en grupprehabilitering, skickat ut enkäter till dessa deltagare, eller intervjuat audionomer som lett en grupprehabilitering.

7.2 Resultatdiskussion

Det har framkommit i denna studie att det finns fördelar med grupprehabilitering och detta har även andra beskrivit tidigare. Bland annat är deltagarna positiva till att få diskutera samt lyssna till andras erfarenheter gällande olika lösningar och strategier för kommunikationssvårigheter. Men även att deltagarna får mer realistiska förväntningar (25, 29).

Svaren på frågeställningarna är entydiga enligt de flesta av studierna, men alla artiklar tar inte upp samma företeelser, därmed är det svårt att dra några egentliga slutsatser då varje fråga tas upp av ett antal, men inte av alla studier. Alla nio studierna uppmanar till grupprehabilitering.

Att kommunicera kräver mycket ansträngning från båda samtalsparterna, för att minska risken att missförstånd uppstår kan kommunikationsstrategier vara ett bra hjälpmedel. Genom att patienterna får kunskap om olika strategier kan de lära sig att handskas och förhoppningsvis lösa svåra hörselsituationer (22, 26-28). Dessutom är det bra om audionomen demonstrerar olika hörseltekniska hjälpmedel och att deltagarna får prova dem (11, 22, 29). Detta tror jag är bra för att få en större bild av vad det finns för hjälpmedel att tillgå, liksom att patienternas vardag förhoppningsvis ska bli lite enklare såsom att de slipper att oroa sig för om de verkligen hör när det ringer på telefonen eller dörren. Därmed kan de kanske känna sig lite tryggare och lugnare i sitt hem. Detsamma gäller den äldres anhöriga så att även de slipper oroa sig.

Liksom Matonak, rekommenderar Abrahamson att antalet gruppdeltagare bör vara 6-12 personer. Samt att besöken bör vara en gång i veckan, två timmar per gång i fyra till åtta

veckor (11, 22). Detta för att få en lagom stor grupp med lagom långa besök. Det är ju nödvändigt att deltagarna kommer ihåg, lyssnar, att de själva är aktiva och tycker besöken är intressanta för att de ska få ut något bra av det. Dessutom tror jag att kan det vara bra att ta pauser emellanåt, dels för lärandeaspekten och dels för att deltagarna då får en möjlighet att prata mer fritt med varandra.

Blir kommunikationen påverkad eller begränsad, vilket är en risk vid en hörselskada, kan detta i sin tur påverka livskvaliteten (2). Graden på en persons hörselnedsättning säger inte alltid så mycket om hur personen upplever sitt handikapp. Däremot kan deltagarnas välbefinnande samt det upplevda hörselhandikappet påverkas till det bättre efter att ha deltagit i en kommunikationskurs. Detta troligen på grund av att samspelet i kommunikationen förbättrats och att medvetenheten ökat av när missförstånd i kommunikationen uppstår (3, 12, 21). Det har likaså visats i en studie att användandet av hörapparaterna ökat efter att ha deltagit i en intensivträning, denna grupp hade även flest nöjda användare. Enligt författaren visar detta att en lyckad och framgångsrik hörapparatsanpassning tillsammans med en intensivträning är det optimala och kan resultera i ett större antal hörapparat-användare (16). Jag tror inte att man absolut måste dela in gruppdeltagarna i ålder utan det viktigaste är att man delar upp yrkesverksamma i en och de som är pensionärer i en, då man kan ha olika situationer att relatera till på samma sätt som att de oftast har olika kommunikationsbehov.

Författarna till artiklarna som är involverade i denna studie anser att en grupprehabilitering kan minska det upplevda hörselhandikappet på kort sikt. En trolig orsak till detta är enligt Hawkins att man i gruppen tillåter varandra att bearbeta sitt hörselhandikapp och lättare accepterar det samt att deltagarna lär sig olika strategier (27). I och med det ger deltagarna counseling till varandra och detta fungerar i sig som en normaliserande effekt. Vidare i Brewers studie framkom det att endast en liten förändring i upplevt hörselhandikapp var resultatet av grupprehabiliteringen. Men frågan är om det var för att de blivit mer medvetna om sin hörselnedsättning och därmed uppmärksammar situationer där det blir missförstånd mer än tidigare (24). I Hickson och Woralls artikel framkom det att deltagarna i en grupprehabilitering var mest nöjda med att diskutera sina vardagliga kommunikationssvårigheter (29). Enligt Brickley m fl. studie har det visats att deltagarna i en gruppuppföljning är positivare för sina hörapparater jämfört med personer som endast erhållit individuell uppföljning. Hörapparat-användandet i denna studie skiljde sig däremot inte åt rehabiliteringsgrupperna emellan. Vid en uppskattning av den egna prestationen skattade

gruppdeltagarna ett bättre resultat än de personer som ingått i en individuell uppföljning (25). En förklaring av ovanstående tror jag kan vara att deltagarna i grupprehabiliteringen fått ett bättre välbefinnande och en större medvetenhet liksom att samspelet i kommunikationen har förbättrats. Att träffa andra som befinner sig i samma situation, som de kan identifiera sig med kan även vara bra för att lättare kunna acceptera sin hörselnedsättning. Jag tror även att det är viktigt att de får möjlighet att diskutera sina kommunikationssvårigheter med varandra. Gruppen fungerar normaliserande för deltagarna och samhörigheten förenar gruppen. Jag tror också att gruppdeltagarna påverkar och lär av varandra, kanske bättre än vad de lär sig av audionomen. Från studien gjord av Carson och Pichora-Fuller framkom att för dem som erhöll en lyckad hörapparat Anpassning, ”smittade” deras positiva uppfattningar av sig till de deltagare som inte var lika positiva (26). Dessa ovannämnda faktorer tror jag underlättar patienternas förändring till sin hörselskada, att de får en större förståelse och även insikt av sig själv. I övrigt tror jag att detta påverkar patienternas rehabilitering positivt även på sikt. En grupprehabilitering kan likaså vara bra för att minska risken att den hörselskadade isolerar och därmed avskärmar sig från omgivningen (2-3, 11). Kanske är detta en del av förklaringen till varför gruppdeltagarna är mer positiva och lite mer nöjda än andra som enbart erhållit individuell rehabilitering.

Enligt Matonak och även McKennas studier bör mål sättas och då även på lång sikt för att få bästa tänkbara anpassning och tillfredsställelse med sina hörapparater samt bli så skicklig som möjligt på att kommunicera. För att sedan uppnå en bra anpassning på lång sikt, bör man som audionom lägga upp ett program med mål som är individuellt för just den enskilda patienten (11, 13). Detta kan sedan fungera som en plan inför rehabiliteringen, av vad patienten vill och behöver få hjälp med. Långtidseffekten för en grupprehabilitering har inte setts som särskilt stor, det är främst på kort sikt som man sett en minskning av hörselhandikappet. Men självklart varierar detta personer emellan liksom effekten av den. Enligt Hawkins kan deltagarnas positiva inställningar till grupprehabiliteringen vara en del i förklaringen. Däremot de personer som ingick i en individuell rehabilitering visade på en förbättring av upplevd anpassning på längre sikt (27). Andersson m fl. artikel påtalar att de sett en förbättring på kort sikt men inte sedan i ett längre tidsperspektiv. Detta gällde dock både kontrollgruppen och de som erhållit grupprehabilitering. En av de möjliga orsakerna kan vara att dagligt användande av hörapparaterna inte visar någon signifikant skillnad med behandling i grupp (23). Men jag tycker man även kan ställa sig frågan om de verkligen hade realistiska förväntningar från början. Det tar lång tid att uppnå en bra anpassning och acceptans för sin

nya situation, liksom att många har för höga förväntningar av hörapparatsens prestanda och tror att de ska höra som de en gång gjort. Sedan kan man undra om alla var redo och mogna för att prova hörapparat. Kommer de till hörselvården på grund av att någon annan sagt till dem att gå dit, är de antagligen inte lika motiverade som en person som kommit dit på eget bevåg.

Den audiologiska rehabiliteringen är en pågående process och i denna process behöver den hörselskadade personen stöd, inte bara av sin audionom, utan även av anhöriga och vänner (11, 19). Det har uppvisats en positiv effekt av att anhöriga är delaktiga i grupprehabiliteringen, så att de får en större förståelse och insikt i den hörselskadades situation samt vad uppkomsten av missförstånd kan bero på (11, 15, 20). Jag tror definitivt att patienten påverkas av hur de anhöriga ser på hörselskadan. Det påverkar naturligtvis i sin tur hur patienten sedan tar till sig rehabiliteringen. Hickson m fl. studie påvisade även att anhöriga kan vara tillförlitliga att fylla i frågeformuläret IOI-AI-SO, om den hörselskadade inte kan fylla i IOI-AI själv (18).

Audionomens roll i rehabiliteringen är synnerligen viktig, liksom att audionomen inte betraktar hörapparaten som den enda lösningen på en patients kommunikationsproblem (11). Enligt Abrahamson är det sedan vanligt att audionomer tar för givet att vana hörapparat användare redan har lärt sig egna kommunikationsstrategier och att de lärt sig att använda sina hörapparater effektivt, men så behöver det inte alls vara. Det är många gånger anledningen till att det är vanligare med nya hörapparat användare som deltagare i en grupprehabilitering (22). Frågan är vad det är för strategier de har lärt sig på egen hand och hur medvetna patienterna är om dem, liksom hur frekvent de använder sig av dessa strategier. Har de nytta av sina egna strategier eller kan de i sin tur försvåra kommunikationen på något sätt?

För att en person ska kunna förändra sin situation måste personen i fråga vara villig att förändra sin inställning till sin hörselnedsättning och den eventuella hörapparaten (23). Förmågan för den som leder grupprehabiliteringen att få alla deltagare aktiva och att de känner att de kan dela med sig av sina erfarenheter kan även det vara en viktig faktor i rehabiliteringen (27). Dessutom tror jag det är viktigt att audionomen anpassar informationen och programmen efter gruppen och ser till vad deltagarna har behov av att ta upp och lära sig mer om. Vidare sker counseling inte bara mellan audionom och patient, utan även deltagarna

emellan. Att deltagarna delar med sig av sina erfarenheter jag tror är minst lika viktig som audionomens information i en grupprehabilitering.

Avslutande är det väsentligt att audionomen förstår att alla personer inte vill delta i en grupprehabilitering, liksom att förändra sitt förhållningssätt till de inlärdas kommunikationsstrategier och vanor de har (15). Vad jag tycker är särskilt viktigt är att som audionom veta att många hörselskadade inte lär sig på egen hand att hantera svåra hörsel- och kommunikationssituationer, utan att vi behöver lära dem detta exempelvis genom olika strategier.

7.3 Förslag på vidare forskning

Jag tycker det skulle vara intressant att veta mer om hur en audionom bör leda en grupprehabilitering. Samt mer om gruppammansättningar, är det en fördel eller kan det vara en nackdel att blanda åldrar, hörselnedsättningsgrad och typ i en grupp? Kanske intervjua deltagare och audionomer för att se om uppfattningarna delas angående grupprehabilitering. Vilka strategier är bra att äldre hörselskadade använder sig av? Finns det några specifika strategier som är extra bra för denna patientgrupp?

Även de anhörigas delaktighet i en grupprehabilitering och deras åsikter tycker jag skulle vara intressant att veta mer om.

8. KONKLUSION

Grupprehabiliteringen har visat på många fördelar:

- Resultat har visat att enligt en studie har deltagare som ingått i en grupprehabilitering fått en ökad livskvalitet och en minskning av upplevt hörselhandikapp på kort sikt. En studie har dock bara visat på en liten förändring i upplevt hörselhandikapp.
- Deltagarna i grupprehabilitering har en positivare attityd och mer realistiska förväntningar på hörapparatens prestanda, jämfört med personer som endast erhållit individuell rehabilitering. Angående om deltagarna i grupprehabilitering använder hörapparaterna mer än andra, har det inte påvisats någon skillnad.
- Flera studier visar att det är bra att träffa andra för att lättare acceptera och få en större insikt i sin hörselsituation och därmed få en förbättrad livskvalitet. Dessutom tillåter

deltagarna varandra att bearbeta sina hörselhandikapp och att man inte känner sig ensam i sin situation.

- Genom ökad medvetenhet och självkänsla begär man en större förståelse från anhöriga.

Viktigt för audionomen att tänka på vid rehabilitering:

- Att lära ut kommunikationsstrategier samt ge hemuppgifter till deltagarna kan vara ett tillvägagångssätt att få patienterna att prova olika strategier i sin egen hemmiljö.
- Sätt upp individuella mål tillsammans med patienten för att få ett så bra resultat som möjligt.
- Alla patienter lär sig inte att lösa svåra hörselsituationer på egen hand, utan måste få hjälp i detta. Observera att vana hörapparat användare inte alltid lärt sig egna kommunikationsstrategier och att använda sina hörapparater effektivt.

Rekommendation vid grupprehabilitering:

- Beträffande om man bör blanda åldersgrupper eller inte i en grupprehabilitering, tror jag att det kan vara en tillgång för gruppen om dess deltagare är i någorlunda blandade åldrar. Jag tror främst att man bör blanda äldre med äldre, och sedan att blanda åldrarna på deltagare som är yrkesaktiva i en grupp. Detta framförallt på grund av att dessa grupper oftast är intresserade av olika frågor om vad de vill veta mer om, exempelvis vill de yrkesaktiva förstås ofta ha mer information om arbetstekniska hjälpmedel och frågor kring arbetsmiljön. De har i allmänhet ofta olika intressen och om deltagarna är i relativt lika åldrar tror jag att de är större sannolikhet att de blir mer nöjda när fler i gruppen vill ha mer kunskap om samma eller liknande frågor. Men att delge varandra sina erfarenheter tror jag är mycket viktigt i gruppen.
- Anhörigas medverkan vid grupprehabilitering av äldre tror jag främst är till godo, jag tror det är viktigt som jag nämnt tidigare att även anhöriga får mer kunskap och större insikt i hur det kan vara att ha en hörselskada och kanske vad orsaken till många missuppfattningar kan bero på.
- Jag tror att det är en fördel om besökslängden för en grupprehabilitering med äldre deltagare är relativt kort, det är i så fall bättre med fler besök i programmen. Blir det för långt, tappar deltagarna koncentrationen och lyssnar inte lika effektivt. Deltagarna bör vara aktiva och tycka att besöken är intressanta för att de ska få ut något bra av

det. Exempelvis kan en kaffepaus vara bra så att deltagarna slipper sitta och lyssna och koncentrera sig alltför länge. De får därmed även möjlighet att prata mer fritt med varandra.

9. REFERENSLISTA

Bakgrund:

1. Allwood J. Några perspektiv på mänsklig kommunikation. I: Allwood J redaktör. Mänsklig kommunikation. Ulricehamn: Ulricehamns Tidnings AB:s Tryckeri; 1986.
2. Heine C, Browning CJ. Communication and psychosocial consequences of sensory loss in older adults: overview and rehabilitation directions. Disability and Rehabilitation 2002 okt 01; 24(15): 763-73.
3. Poucette U. Grupprehabilitering – en möjlighet för äldre hörapparatbärare. Socialmedicinsk tidskrift 1998;75(8): 443-7.
4. Andersson G. Beteendemedicinska tillämpningar inom audiologin. Socialmedicinsk tidskrift 1997;6-7:341-46.
5. Stephens D, Vetter N, Lewis P. Investigating lifestyle factors affecting hearing aid candidature in the elderly. Int J Audiol. 2003;42:2S33-2S38.
6. ULF. Statistiska Centralbyrån. 2005-2006.
7. Pearson JCG. Prediction of presbycusis. J Soc Occup Med. 1977;27:125-33.
8. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Del 1 Slutbetänkande. SOU 2002:5.
9. Clark JG, English KM. Counseling in audiological practice. Helping patients and families adjust to hearing loss. Boston: Allyn and Bacon; 2004.
10. Hogan A. Hearing rehabilitation for deafened adults. A psychosocial approach. London: Whurr; 2001.
11. Matonak K. A rehabilitation program for long-term success. In: Sweetow R, editor. Counseling for hearing aid fittings. San Diego: Singular publishing group inc; 1999. s. 205-257.

12. Tye-Murray N. Repair strategy usage by hearing-impaired adults and changes following communication therapy. *J of speech and hearing research*. 1991;34:921-8.
13. McKenna L. Goal planning in audiological rehabilitation. *Br J Audiol*. 1987;21:5-11.
14. Danermark B D. Hearing, emotions and audiological rehabilitation: a sociological perspective. *Scand Audiol*. 1998;27 Suppl 49:125-131.
15. Tye-Murray N. Communication strategies training. In: Tye-Murray N, editor. *Foundation of aural rehabilitation. Children, adult and their family members*. San Diego: Singular; 1998. s. 69-89.
16. Lundborg T, Risberg A, Holmqvist C, Lindström B, Svärd I. Rehabilitative procedures in sensorineural hearing loss. *Scand Audiol*. 1982;1:161-70.
17. Tye-Murray N. Communication strategies and conversational styles. In: Tye-Murray N, editor. *Foundation of aural rehabilitation. Children, adult and their family members*. San Diego: Singular; 1998. s. 17-48.
18. Hickson L, Worrall L, Scarinci N. Measuring outcomes of a communication program for older people with hearing impairment using the International Outcome Inventory. *Int J Audiol*. 2006;45:238-46.
19. Hallberg LR-M, Johnsson T, Axelsson A. Structure of perceived handicap in middle-aged males with noise-induced hearing loss, with and without tinnitus. *Audiology* 1993; 32:137-52.
20. Preminger J E. Should significant others be encouraged to join adult group audiologic rehabilitation classes? *J Am Acad Audiol*. 2003;(14)10:545-55.
21. Hallberg LR-M, Barrenäs ML. Group rehabilitation of middle-aged males with noise-induced hearing loss and their spouses: evaluation of short- and long-term effects. *Br J Audiol*. 1994;28:71-79.

Material:

22. Abrahamson J. Teaching coping strategies: a client education approach to aural rehabilitation. *J Acad Rehab Audiol*. 1991;24:43-53.

23. Andersson G, Melin L, Scott B, Lindberg P. A two-year follow-up examination of a behavioral treatment approach to hearing tactics. *Br J Audiol.* 1995;29(6):347-54.
24. Brewer D M. Consideration in measuring effectiveness of group audiologic rehabilitation classes. *J Acad Rehab Audiol.* 2001;34:53-60.
25. Brickley GJ, Cleaver VCG, Bailey S. An evaluation of a group follow-up scheme for new NHS hearing aid users. *Br J Audiol* 1996;30:307-12.
26. Carson A J, Pichora-Fuller M K. Health promotion and audiology: the community- clinic link. *J Acad Rehabil Audiol.* 1997;30:1-23.
27. Hawkins D B. Effectiveness of counseling-based adult group aural rehabilitation programs: a systematic review of the evidence. *J Am Acad Audiol.* 2005;16:485-93.
28. Heine C, Erber N P, Osborn R, Browning CJ. Communication perception of older adults with sensory loss and their communication partners: implications for intervention. *Disabil Rehabil.* 2002;24(7):356-63.
29. Hickson L, Worall L. Beyond hearing aid fitting: improving communication for older adults. *Int J Audiol.* 2003;42:2 S84-2S91.
30. Kricos P B, Holmes A E. Efficacy of audiologic rehabilitation for older adults. *J Am Acad Audiol.* 1996;7:219-29.