



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelse

Gudrun Jordheim

Masteroppgave

Tunghørte og helseplager

Hard of hearing and health complaints

Master i psykisk helsearbeid

2013

Samtykker til utlån hos høyskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Forord

Denne masteroppgaven har levd med meg i snart 2,5 år, og det kjennes såre godt å fullføre prosessen.

En stor takk til mine flinke veiledere ved Høgskolen i Hedmark; Førsteamanuensis Pall Biering, som hjalp meg i gang i den første kaotiske fasen, og professor Kari Kvaal som har guidet meg trygt gjennom skriveprosessen da jeg tok frem prosjektet etter ett års permisjon.

Takk til doktorgradsstipendiat Katharine C Williams for tilgang til data, og for avklaringer og oppmuntrende ord underveis.

Takk til ledelsen ved Nasjonalt Senter for hørsel og psykisk helse ved Oslo universitetssykehus som prioriterte å gi meg permisjon. Det har gitt meg tid og mulighet til å lære nye ting. Og en stor takk til samtlige av mine flotte kollegaer for uforbeholden støtte og heiarop i alle livets sammenhenger.

Til slutt en stor takk til de beste; Min familie og venner som hele tiden har vist interesse, og stilt opp med barnevakter, datasupport og korrekturlesing, og som stadig vekk viser meg i praksis hva det vil si å ha et godt og støttende nettverk.

Oslo 20. desember 2013.

Norsk sammendrag

Formål; Det finnes få studier som har hovedfokus på tunghørte og helseplager, men det finnes noe litteratur som beskriver hørselshemmedes egen opplevelse av sin situasjon. Helse er et av flere tema som da berøres. Hensikten med denne studien var å få økt kunnskap om tunghørte og deres helse. Forskningsspørsmålene gikk ut på å undersøke om tunghørte rapporterte et høyere nivå av helseplager enn andre, og om de var mer plaget av sin helse.

Metode; Dataene er samlet inn ved selvrapporterings-skjemaet *Subjektivt rapporterte helseplager* (SHC) Informantene er 27 tunghørte personer som har deltatt på kurs om mestring av hørselshemming. Dataene er samlet inn som en del av et større prosjekt om hørselshemming og mestring, og analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk. Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk(REK). Resultatene er sammenlignet med normdata fra 1996 og 2003.

Resultat; Utvalget rapporterte et høyere prosentnivå av helseplager totalt, på fire av fem underkategorier, og på mange enkeltplager. De tunghørte rapporterte et vesentlig større omfang av muskel og skjelettplager enn normdata. I tillegg rapporterte de en betydelig større alvorlighetsgrad på pseudonevrologiske plager. Dette gjelder særlig; tretthet, søvnplager, angst og nedtrykthet/depresjon. Det er en stor korrelasjon mellom plagene internt i disse to gruppene med helseplager. De tunghørte rapporterte også flere plager pr person enn personene i utvalget for normdata.

Konklusjon; Resultatene fra undersøkelsen sammenholdt med kunnskap fra tidligere studier, viser at det er sannsynlig at tunghørte er mer belastet av noen type helseplager enn resten av befolkningen. Dette gjelder særlig muskel og skjelettplager og pseudonevrologiske plager.

Nøkkelord;

Tunghørte, helseplager, psykisk helsearbeid, mestringsforventing, Empowerment

Engelsk sammendrag (abstract)

Purpose; The purpose of the study is to increase the knowledge of persons who are hard of hearing and their status of health. Research that mainly focus on persons that are hard of hearing and their health complaints, is rare. There are few interviews of hearing impaired describing their experiences of their own situations. In these studies, health is one out of many topics. The aims of this study where to explore the reports of subjective health of people that are hard of hearing and to investigate whether they report more subjective health complaints, and whether they are more burdened with their health than others. If so, the study will reveal new knowledge which has relevance to preventing of mental health care.

Methods; The scale called *Subjective Health Complaints Inventory* consists of 29 items, with the five subscales; Flu, Musculoskeletal pain, Gastrointestinal problems, Allergy and Pseudoneurology. The informants are 27 hard of hearing persons who attended coping programs. The data were collected as part of a larger project about hearing impairment and coping. The study is approved by the Regional Committees for Medical Health Research and Ethics (REK). The results were held up against survey norms of Norwegian populations from 1996 and 2003.

Results; The hard of hearing persons reported more musculoskeletal pain than the Norwegian norms. The hard of hearings also reported more severe pseudoneurological problems than the norms. Tiredness, sleeping problems, anxiety and sad/depression are the complaints that burdens the persons of hard of hearing most. There were a large and significant correlation between the more of the complaints within the two sub-categories; Pseudoneurology and Musculoskeletal pain

Conclusion; The results of the study shows, that hard of hearing persons are more burdened with some health complaints compared with the normative data from surveys. Musculoskeletal pain, and pseudoneurology are the most troublesome complaints reported by hard of hearings.

Keywords; Hard of hearing, health complaints, expectancies of coping, Empowerment

Innhold

NORSK SAMMENDRAG.....	4
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT).....	5
1. INNLEDNING.....	10
1.1 PROBLEMOMRÅDE.....	10
1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL OG HENSIKT.....	10
1.3 OPPGAVENS STRUKTUR.....	11
2. TEORETISK RAMMEVERK.....	12
2.1 OM HØRSELSTAP.....	12
2.1.1 Forekomst.....	12
2.1.2 Grad av hørselstap og valg av språk.....	13
2.1.3 Kommunikasjon.....	15
2.2 TUNGHØRTE OG HELSE.....	16
2.2.1 Nasjonale helseundersøkelser.....	16
2.2.2 Tunghørte og helseplager.....	18
2.3 ULIKE DIMENSJONER VED HELSE.....	21
2.3.1 Om helsebegrepet.....	21
2.3.2 Varige helseplager og funksjonssnedsettelse.....	23
2.3.3 Psykisk helse.....	27
2.4 FAGLIG TILNÆRMING.....	31
2.4.1 Psykisk helsearbeid.....	31
2.4.2 Folkehelsearbeid.....	35
2.4.3 Rehabilitering.....	36

3. METODE	38
3.1 DESIGN OG METODEVALG	38
3.2 MÅLESKALA	38
3.3 UTVALG OG DATAINNSAMLING.....	39
3.4 NORMDATA	41
3.5 FORSKNINGSETISKE PRINSIPPER.....	42
3.6 DATABEHANDLING OG ANALYSE	43
4. RESULTAT	46
4.1 OMFANGET AV RAPPORTERTE PLAGER	46
4.1.1 Totalt.....	46
4.1.2 Underkategorier.....	46
4.1.3 Enkeltplager	47
4.1.4 Vanligste plager.....	50
4.1.5 Antall rapporterte plager pr person	51
4.2 INTENSITET AV RAPPORTERTE PLAGER.....	51
4.3 ENKELTPLAGER	52
4.3.1 Korrelasjon av muskel og skjelettplager	55
4.3.2 Mest alvorlige plager.....	54
4.4 KORRELASJON	55
4.4.1 Korrelasjon av pseudonevrologiske plager.....	55
5. DISKUSJON	57
5.1 OMFANGET AV HELSEPLAGER HOS TUNGHØRTE	57
5.2 INTENSITETEN PÅ HELSEPLAGER HOS TUNGHØRTE	59
5.3 SAMVARIASJON MELLOM PLAGENE	60
5.4 VURDERING AV ANVENDT METODE.	63

5.5	ANVENDELSE AV PSYKISK HELSEARBEID I MØTE MED RESULTATENE.....	65
6.	KONKLUSJON.....	68
6.1	ANBEFALINGER FOR VIDERE FORSKNING.....	69
	LITTERATURLISTE.....	70
	VEDLEGG 1.....	75

Oversikt over tabeller:

Tabell 1 Presentasjon av studier som beskriver helseplager hos tunghørte.

Tabell 2 Eksempler på ulike helsefremmende faktorer og risikofaktorer som kan påvirke en utvikling av psykiske plager hos befolkningen generelt, og hos tunghørte spesielt.

Tabell 3 Oversikt over det samlede rapporterte prosentnivå av subjektive helseplager for hver underkategori hos disse tunghørte og i normdata fra 1996 og 2003 .

Tabell 4 Oversikt over prosentnivået av rapporterte enkeltplager for disse tunghørte, og for normdata fra 1996 og 2003.

Tabell 5 Oversikt over plagene med høyest rapporterte prosentandel hos tunghørte og i normdata fra 2003.

Tabell 6; Prosentandel av tunghørte, og normdata fra 1996, som rapporterer antall plager.

Tabell 7; Prosentandel av tunghørte som har rapportert helseplager med en skår over 1, og tilsvarende normdata fra 2003.

Tabell 8; De ti plagene med skår over en, som har høyest prosentnivå hos disse tunghørte og i normdata fra 2003.

Tabell 9; Spearmans rangkorrelasjon for muskel og skjelettplager.

Tabell 10; Spearmans rangkorrelasjon for pseudonevrologiske plager.

1. Innledning

1.1 Problemområde

Dette er en masteroppgave i psykisk helsearbeid med tunghørte og helseplager som tema. Oppgavens tema har sin bakgrunn i informasjon fra den første verdensrapporten om funksjonshemmedes helsetilstand (Verdens helseorganisasjon[WHO], 2011)

Rapporten viser at på verdensbasis har funksjonshemmede dårligere helse, og møter på større hindringer for å motta helsetjenester enn resten av befolkningen. Dette er særlig gjeldende i fattige land. WHO har utarbeidet handlingsplaner i flere verdensregioner for å utjevne disse forskjellene så godt som mulig. «Actionplan Europe 2014» er nå ute til høring og skal vedtas på Europeisk helsekonferanse i mai 2014. Handlingsplanen har fokus på tiltak som gir lik rett til helsehjelp og deltakelse for alle innbyggere i Europa, også funksjonshemmede. (WHO, 2013)

Norge er et rikt land med et offentlig helsetilbud som skal gi lik helsehjelp til alle. Vi har lover og forskrifter som skal sikre hjelpemidler og tilrettelegging for alle personer med særlige behov, og også en rett til å få utarbeida egne individuelle planer dersom behovet for tjenester og oppfølging er langvarig og sammensatt. Tall fra statistisk sentralbyrå viser imidlertid at det også i Norge er store helseforskjeller mellom ulike grupper i samfunnet. I følge rapporter fra SSB er det å ha nedsatt funksjonsevne ikke det samme som å ha dårlig helse, men det er en stor risikofaktor. (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2010)

1.2 Forskningsspørsmål og hensikt

I denne undersøkelsen har jeg valgt to forskningsspørsmål om tunghørtes helsesituasjon.

- 1) Å undersøke om tunghørte rapporterer et høyere nivå av helseplager enn andre i Norge
Dette forskningsspørsmålet dreier seg om omfanget av helseplagene.
- 2) Å undersøke om tunghørte opplever å være mer belastet av sine helseplager enn andre
Dette forskningsspørsmålet har fokus på den opplevde intensiteten av helseplagene.

Hensikten med dette masterprosjektet er å få økt kunnskap om hørselshemmede og deres helse. Jeg vil ha størst fokus på de tunghørte. Det finnes få norske studier som har hovedfokus på hørselshemmede og helseplager, men det finnes noe litteratur som beskriver hørselshemmedes egen opplevelse av sin situasjon der helse er et av flere tema som berøres. Forskning kan beskrives som «det å søke systematisk etter kunnskap om eller forståelse for hvordan noe er oppbygd eller fungerer» (Olsson&Sørensen,2006, s.46). De sier også at hensikten med forskningsprosjekter i helsesektoren er å samle informasjon som skal være «grunnlaget for et fremtidig endringsarbeid, for eksempel forebyggende tiltak» (Olsson & Sørensen, 2006, s.46). Dersom denne undersøkelsen viser at tunghørte har flere helseplager enn andre, er dette ny informasjon som bør tas hensyn til i forebyggende arbeid på ulikt nivå.

1.3 Oppgavens struktur

Kapittel 2 inneholder en teoretisk ramme som er satt sammen for å belyse ulike sider ved tunghørte og deres helse. Kapittelet starter med en presentasjon av hørselshemming, og av litteratur som inneholder kunnskap om tunghørte og helse. Videre presenteres ulike dimensjoner ved begrepet helse og ulike relevante faglige tilnærminger. I kapittel 3 gjøres det rede for metoden som er anvendt. Resultatene av undersøkelsen presenteres i kapittel 4. Kapittel 5 inneholder en diskusjon av de viktigste funnene opp mot teorien, og kapittel 6 består av en konklusjon og anbefalinger til videre forskning.

2. Teoretisk rammeverk

Dette kapittelet inneholder en presentasjon av hørselshemming, og en beskrivelse av tunghørte og deres helsesituasjon. Deretter presenteres ulike dimensjoner ved helse, deriblant varige helseplager og psykisk helse. Til slutt beskrives faglige tilnærminger som kan være aktuelle i et forbyggende arbeid med tunghørte på ulike nivå.

2.1 Om hørselstap

I dette avsnittet vil jeg si noe om utbredelsen av hørselshemming, beskrive ulike typer hørselstap, og beskrive noen av konsekvensene ved hørselshemmedes kommunikasjons - vansker.

2.1.1 Forekomst

På verdensbasis estimerer WHO at det finnes 360 millioner mennesker med et betydelig hørselstap Dette er definert som et tap på mer enn 40 db på beste øre (WHO, 2013). Hørselstap er betydelig økende med alder, og det regnes med at 1/3 av befolkningen over 65 år har et betydelig hørselstap. Prevalensen er størst i fattige land, og forekomsten er desidert høyest i Asia og Afrika sør for Sahara. Dette forklares i stor grad med årsakene til hørselshemmingen som i stor grad skyldes ubehandlede infeksjoner i øvre luftveier og smittsomme sykdommer det ikke vaksineres mot. Eksempler på dette er meslinger og rubella. I tillegg nevnes støyskader, fødselsskader og ukontrollert medisinbruk. Hørselshemming er et økende problem på verdensbasis. Økt levealder, og muligens også støyskader gjør at problemet også øker i den vestlige verden. (WHO,2013).

Tall fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag(HUNT) viser at 14,5% av den norske befolkningen over 20 år, har et betydelig hørselstap, mens 21, 6% av befolkningen har et mildt hørselstap. Hørselstap forekommer oftere hos eldre enn hos yngre personer, og det er de lyse eller høyfrekvente lydene som forsvinner først. Problemer med taleforståelse øker, når de lavfrekvente lydene blir borte (Tambs, K. 2004).

Det er ifølge Hørselshemmedes landsforbund [HLF], omtrent 200 000 høreapparatbrukere og mellom 600 -700 000 hørselshemmede i Norge. (2008) Det finnes studier som konkluderer med at antall hørselshemmede i vil gå ned, ettersom mange av årsakene til nedsatt hørsel nå

kan forebygges med vaksiner, tidlig behandling og beskyttelse mot hørselsskadelig støy i arbeidslivet. (Elverland, 2003)

Men det refereres også flere steder til en sannsynlig økning av problemet, fordi folk lever lenger. (Mäki-Torrko et.al. 2001) Det antydes også flere steder at støyskader fremdeles bidrar til økt hørselshemming, og det estimeres at forekomsten i Norge vil stige til 25% innen 2020. Dette vil utgjøre omtrent 1 million hørselshemmde. Dette er mange mennesker i et lite land som Norge. Dersom disse har spesielle utfordringer i forhold til helse, er det viktig å belyse dette.

2.1.2 Grad av hørselstap og valg av språk

Hørselshemmet kan brukes som en felles betegnelse for alle grader og typer av hørselstap. Dette er en svært heterogen gruppe av personer som «ikke uten videre kan ta del i kommunikasjon, lære ord og begreper og innhente informasjon som formidles auditivt» (Grønli 2005)

Hørselshemming har ulike årsaker som arvelige egenskaper, infeksjoner og sykdommer, larmskader, aldershørselsnedsettelse, hodeskader og ulike medfødte eller ervervede skader i høreorganet (Statenshelsetilsyn 3-2000)

Personer med nedsatt hørsel deles ofte inn i to hovedgrupper etter grad av hørselstap og språkmodus. Ut i fra en medisinsk forståelse handler denne klassifiseringen om desibel og hørselstap. Hvor mange desibel man hører, og hvilke toner som er borte betyr mye for taleoppfattelsen. (Tambs, K. 2004)

Døv brukes om personer med så stor grad av hørselstap at de vanligvis ikke oppfatter tale auditivt. Noen har mistet hørselen i førspråklig alder, andre har mistet hørselen senere i livet. Sistnevnte benevnes som personer med ervervet døvhet eller døvblitte. (Grønlie,2005).Døve er avhengig av visuell tilegnelse av språk og mange har Norsk tegnspråk som sitt foretrukne språk. Tradisjonelt har døve vært sosialt og kulturelt knyttet til tegnspråklige døvemiljøer som oppstod i de store byene rundt døveskolene (Breivik,2007).

Tunghørt brukes om personer med nedsatt hørsel av noe mindre grad. Tunghørte personer har vanligvis norsk talespråk som sitt førstespråk, og benytter seg av lydforsterkere (høreapparat eller Cochlea implantat (CI)), munnavlesning eller tegn som støtte, for å oppfatte mest mulig av talespråket (Grønlie 2005)

Denne todelingen er ikke absolutt, og handler i praksis mer om valg av språkmodus og kulturell identitet (Breivik, 2007). Omfanget av hørselstapet og tidspunktet for hørselstapets inntreden i livet, er ofte det som avgjør om hørselshemmede selv regner seg for å være døve eller tunghørte. Er hørselstapet ervervet, eller oppsto det i førspråklig alder? Er det tegnspråk, eller norsk talespråk med tegn eller andre støttende hjelpemidler, som oppleves som den mest naturlige språkmodaliteten til den enkelte? Tegnspråklige har tradisjonelt definert seg som døve, mens personer med norsk talespråk som base, har definert seg som tunghørte (Grønlie,2005).

I nyere litteratur beskrives det at unge hørselshemmede, som har opplevd en full tilgang til begge språk hele sitt liv, fluktuierer mellom disse to gruppene i mye større grad enn tidligere generasjoner, og velger seg inn og ut av disse gruppene etter behov (Haualand, 2003).

Utviklingen og utbredelsen av Cochlea implantat (CI) har også bidratt til at flere hørselshemmede kan benytte seg av ulike språkmodaliteter, og gjennom det, delta i ulike kulturelle språkgrupper. Et Cochlea Implantat er et sterkt høreapparat med avansert teknologi, som opereres inn i øret. Implantatet øker lydoppfattelse og taleoppfattelse betydelig hos de fleste brukere. Den første CI operasjonen i Norge ble gjort ved Rikshospitalet i 1986. Nå kan de fleste døve og sterkt tunghørte barn og voksne som ønsker det, få en vurdering av muligheten til å operere inn CI (Oslo Universitetssykehus, 2013). Noen hørselshemmede vil fremdeles ha problemer med å oppfatte talespråk selv med et Cochlea Implantat. Noen vil også være funksjonelt døve i enkelte situasjoner, for eksempel når batteriet er tomt, eller den ytre delen må tas av på grunn av støy eller fuktighet. Grønlie presiserer i sin bok «Uten hørsel» at et Cochleaimplantat ikke gjør folk til hørende, men bidrar til at de bedre kan utnytte den hørselsresten de har (2005).

En tredje gruppe som må nevnes når det gjøres rede for hørselshemming er personer med kombinert sansetap. Døvblind er en betegnelse som brukes om personer som har «en betydelig reduksjon i både hørselssans og synssans» (Statens Helsetilsyn 3- 2000, s.28). Hørselstapet kan være av større eller mindre grad, og det samme gjelder synstapet, men kombinasjonen av disse to utgjør «en spesifikk funksjonshemming» (Nasjonalt kompetansesenter for døvblinde, 2013) Det ble utarbeidet en felles nordisk definisjon på denne funksjonshemmingen i 2007.; «Døvblindhet er en kombinert syns- og hørselshemming. Den begrenser en persons aktiviteter og hindrer full deltakelse i samfunnet i et slikt omfang at det krever at samfunnet støtter med særlig tilrettelagte tjenestetilbud, tilpasning av omgivelsene og/eller tekniske hjelpemidler» (Nasjonalt kompetansesenter for døvblinde 2013)

Døvblinde er en liten gruppe mennesker med sansetap som kan få store konsekvenser for de fleste av livets områder. Hvordan disse konsekvensene fremstår hos den enkelte påvirkes i stor grad av hvilken sans som først reduseres og hvor stor syns og eller hørsels-rest den enkelte beholder. Tidspunktet i livet når sansetapet oppstår er også en viktig faktor (Statens helsetilsyn 3 -2000).

2.1.3 Kommunikasjon

Hørselshemming er et sansetap som først og fremst får konsekvenser for individets evne til å kommunisere og til å motta informasjon. Noen steder beskrives hørselshemming derfor som et kommunikasjonshandikap. (Kjeka,2007) Slike kommunikasjonsvansker kan være omfattende for den enkelte, og strekker seg i de fleste tilfeller langt ut over det å ikke oppfatte hva som sies i en gitt situasjon. Peterson utdyper betydningen av et slikt kommunikasjonshandikap; «Hørselstap medfører spesielle utfordringer psykososialt, fordi sosiale aktiviteter og sosial støtte nødvendigvis er tuftet på mellommenneskelig kommunikasjon. Ved hørselshemming er nettopp selve evnen og der igjennom muligheten til kommunikasjon berørt» (2009, s.461) Hvordan kommunikasjonssevnen er berørt og hva slags konsekvenser dette gir for den enkelte, varierer fra person til person. Et aspekt ved kommunikasjonsvansker hos hørselshemmede er at de ofte kan kommunisere godt i en-til-en samtaler under optimale lyd og lysforhold. Der er det mulig å konsentrere seg om samtlige lyder og visuelle signaler som samtalepartnere ytrer. De samme personene kan ikke lenger oppfatter hva som sies i større forsamlinger, når flere personer snakker samtidig, og når det er mye bakgrunnsstøy. Et høreapparat forsterker alle lydene i rommet like mye, og resultatet blir ofte ulyd. I tillegg er det krevende å følge med på alle visuelle kommunikasjons signaler når det er mye aktivitet i et rom. Dette betyr at hørselshemmede ofte går glipp av kommunikasjon og informasjon i større, mer uformelle sosiale sammenhenger. Noen beskriver dette som «Sosial døvhet» (Grønlie, 2005). Ved tap av hørsel opplever mange at kommunikasjonen og samspillet med andre endres. Som en følge av dette endrer også responsen og tilbakemeldingene fra andre karakter. Slike endringene kan for noen, føre til tap av identitet (Statens helsetilsyn 3-2000). Nedsatt hørsel er på mange måter et usynlig handikap. Dette gjelder særlig for tunghørte som selv benytter seg av norsk talespråk på en slik måte at det er lett for samtalepartnere å glemme at den tunghørte anstrenger seg maksimalt for å oppfatte hva som sies. Noen enkle kommunikasjonsgrep gjør kommunikasjonen betydelig lettere. Dette

er avhengig av at den tunghørte informerer og instruerer en hørende samtalepartner dersom denne ikke bevisst det visuelle aspektet ved kommunikasjon. Dette kan for noen gjøre terskelen for å kommunisere høyere, når det gjelder å ta kontakt med fremmede personer, be om hjelp, spørre etter veien, og andre uformelle relasjoner.

For noen hørselshemmede kan kommunikasjonsvanskene oppleves så anstrengende, at de blir passive og isolerer seg fra sosiale sammenhenger. Dette kan være en alvorlig konsekvens, ettersom isolasjon og ensomhet være sykdomsfremkallende i seg selv (statens helsetilsyn 3-2000).

Jeg har her presentert noen kjente konsekvenser av kommunikasjonsvansker. Noen av disse vanskene kan føre til helseplager. Helt eller delvis hørselstap vil være et tap eller reduksjon av en sans og en funksjon, og kan betraktes som en helseplage i seg selv. Neste avsnitt presenterer litteratur som beskriver mer av tunghørtes helsesituasjon.

2.2 Tunghørte og helse

Dette prosjektet har til hensikt å undersøke helseplager hos tunghørte. Dette er ikke en ensartet gruppe. Noen tunghørte kan høre så dårlig at de medisinsk sett ville kunne defineres som døve, men kommuniserer likevel med norsk talespråk. Noen tunghørte kan også ha redusert syn på en slik måte at de kan defineres som døvblinde. Andre igjen kan ha så stort utbytte av sitt cochleaimplantat og sine hjelpemidler at de i de fleste sammenhenger fungerer som normalt hørende. Det er mulig at denne uensartetheten også påvirker og utgjør en stor ulikhet i helsesituasjonen innenfor gruppen tunghørte. I denne masteroppgaven har jeg likevel valgt å se på gruppen tunghørte under ett, og vil undersøke om deres helsesituasjon er annerledes enn den hos befolkningen generelt.

2.2.1 Nasjonale helseundersøkelser

Først vil jeg presentere noen nasjonale undersøkelser som beskriver fysiske og psykiske helseplager hos hørselshemmede. I disse undersøkelsene gjøres det ingen klare skiller mellom døve og tunghørte, men hele gruppen med hørselshemmede ses på under ett. En nasjonal kartlegging av hørselshemmedes helse ble gjort i USA i 2005. I denne studien kommer det frem at hørselshemmede har dårligere helse, dårligere fysisk funksjon og et psykisk stress som øker med grad av hørselstap. Disse plagene er mer tilstede hos personer med nedsatt hørsel

enn hos personer som ikke har nedsatt hørsel. Undersøkelsen peker på enkelte faktorer som kan påvirke folks helse, og finner at hørselshemmede i USA i større grad enn normalt-hørende har helserisikoatferd som fysisk inaktivitet, røyking, overvekt, inadekvat søvn og alkoholbruk (Shoenborn&Heyman, 2006)

Det er gjort tilsvarende nasjonale undersøkelser både i Belgia og Canada. I Canada ble det i 2007 utarbeidet en helseprofil for hørselshemmede basert på en nasjonal helseundersøkelse av hele befolkningen. Denne undersøkelsen viser at 4 % av befolkningen har et betydelig hørselstap, og at disse rapporteres å være mindre fysisk aktive enn canadiere uten hørselstap. De canadiske hørselshemmede har flere helseplager diagnostisert av lege, og oftere depresjoner. Studien konkluderte med at hørselshemmede i Canada kan oppleve en annerledes og i noen tilfeller dårligere helse enn de som ikke har et hørselstap. (Woodcock&Pole, 2007). Belgiske hørselshemmede er også undersøkt og synes å ha dårligere generell helse og psykisk helse enn normalt hørende (Tafforeau, J., & Demarest, S. 2001).

I Norge ble det gjort en studie om hørselstap og psykisk helse ut i fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) I studien fant de noe redusert psykisk helse og trivsel blant arbeidstakere med hørselshemming (20-64 år), også mer depresjon. Disse plagene er ikke så tydelige hos de eldre (65+ år). En mulig forklaring på dette, kan være at det «vanlige» i å ha redusert hørsel ved høy alder kan være en beskyttende faktor. (Tambs,K. 2004)

Det er brukt ulike fremgangsmåter og ulike inklusjonskriterier i disse nasjonale undersøkelsene. Det skilles ikke mellom tegnspråklige døve og tunghørte, men på bakgrunn av disse store undersøkelsene, kan det se ut som om hørselshemmede i flere deler av verden kan ha en dårligere psykisk og somatisk helse enn andre.

2.2.2 Tunghørte og helseplager

For å få mer spesifikk kunnskap om tunghørte og deres helse, har jeg søkt i ulike databaser for å finne studier som beskriver helserelaterte forhold hos hørselshemmede. Dette er ingen uttømmende liste over slike undersøkelser. Jeg har valgt studier med hørselshemmede respondenter i ulike aldersgrupper og livsfaser. De er skoleelever, studenter, unge på vei ut i arbeidslivet, arbeidstakere, tunghørtblitte i en rehabiliteringsfase, og en gruppe personer fra 50-64 år. Her omfattes undersøkelser fra Danmark og Norge. Den eldste er fra 2001, den siste fra 2010.

Studiene til Jæger(2001), Lorentzen og Berger(2003), Kvam og Tingvold (2004), Kjeka (2007), Wrålsen (2008) og Sagen (2010), er alle kvalitative undersøkelsene med tunghørte informanter. De to danske studiene her skiller ikke mellom tunghørte, døve og døvblitte. Disse undersøkelsene har både en kvantitativ og en kvalitativ del. Gundersen og Eide bruker konsekvent begrepet hørselshemmet om sine informanter, og oppgir ikke om disse er døve eller tunghørte. Det kommer likevel frem at utvalget er gjort fra Hørselshemmedes landsforbund (HLF) sine medlemslister. Medlemmene i denne organisasjonen er i hovedsak tunghørte. Døve personer velger ofte å melde seg inn i en annen interesseorganisasjon; Norges døveforbund. (NDF).

Mitt forskningsspørsmål dreier seg om tunghørte og helseplager. Flere av disse studiene kan ha informanter som ikke er tunghørte. Jeg har likevel valgt å inkludere alle studiene i denne oversikten, da de på ulikt vis bidrar til å vise hva type helseplager hørselshemmede rapporterer at de har. Studiene presenteres i tabell 1 nedenfor. Deretter følger en oversikt over helseplager som presenteres i studiene.

Forfatter	Studie/tittel på rapporten	Rapporterte helseplager
Jæger, E Masteroppgave, 2001	«Jeg blir så sliten i kroppen av å høre hva du sier...»: En fenomenologisk undersøkelse i forhold til helseplager og mestringsstrategier hos tunghørte elever i videregående skole	Slitenhet, hodepine, nakke-, skulder- og ryggmerter. Svie/rennende øyne, Ensomhet, dårlig selvtillit
Berge, A.R. & Lorentsen, Ø. 2003	”Ingen forstår hvor slitsomt det er” Sluttrapport for prosjektet ”Fra skolebenk til arbeid”	Bruker all energi på jobb, helt tomme til fritid og familie
Claussen, T 2003 København	Når hørelsen svigter. Om konsekvensene af hørenedsettelse i arbeidslivet, uddannelsessystemet, og for den personlige velferd	Høyere prevalens av arbeidsledighet og psykososiale problemer enn normalthørende
Kvam, M.H & Tingvold, L 2004	Jeg er så utrolig sliten.... Enkeltpersoners erfaringer med å være hørselshemmet, med særlig vekt på arbeidslivet.	-flere psykiske plager, lavere yrkesdeltakelse, lavere utdanning, lavere inntekt, i vesentlig grad også andre funksjonshemminger
Eide, A H & Gundersen, T 2004	Hørselshemmede og arbeid En studie om sammenhenger ml hørselshemming, psykososialt funksjonsnivå og arbeidsdeltakelse	Slitenhet, hodepine og dårlig nattesøvn
Christensen, V.T. 2006 Socialforskningsinstituttet .Danmark	Uhørt?: betydningen af nedsat hørelse for arbejdsmarkedstilknytning og arbejdsliv.	Psykisk slitne etter jobb, spesielt personer med lydømfindlighet. Også psykisk utmattet når hørselstapet oppleves som et praktisk problem i hverdagen. Sterk tretthet, dårlig humør og nerver
Kjeka, A.M. 2007	Tunghørte studenter – mestringsstrategier : Hvilke mestringsstrategier/mestringsressurser tar tunghørte i bruk under høyere utdanning?	Slitenhet, muskelpplager og andre helseplager
Wrålsen, Å. Masteroppgave 2008	«Å høre er arbeid» Intervju med hørselshemmede i en rehabiliteringsfase (Briskeby)	«Det er slitsomt å høre» Mental slitasje, hodepine, tretthet, nakke/skulderplager
Sagen, V. Masteroppgave 2010	«...men jeg trives på skolen» Intervju med tunghørte elever på Ungdomsskolen	Slitenhet, hodepine Tristhet/ensomhet-tilbaketrekning som reaksjon på avvisning og utestengning

Tabell 1; Presentasjon av studier som beskriver helseplager hos hørselshemmede.

Psykososiale forhold

Tunghørte i yrkesaktiv alder oppgir her å ha flere psykososiale plager enn normalt hørende. (Claussen, 2003) De har også lavere yrkesdeltakelse, lavere utdanning og lavere inntekt (Clausen,2003) (Eide og Gundersen, 2004)

Slitenhet

Flere tunghørte i ulike aldersgrupper og livssituasjoner rapporterer at de er slitne (Jæger,2001) (Kjeka 2006) (Wrålsen 2008) (Sagen 2010). Dette gjenspeiles i titlene på flere av rapportene; «Jeg er så utrolig sliten» og «Jeg får så vondt i kroppen av å høre hva du sier» Christensen skiller mellom en fysisk slitenhet som spesielt er gjeldende for arbeidstakere som også er spesielt ømfintlige for lyd, og en «mental slitenhet» Denne mentale slitenheten er spesielt fremtredende hos personer som opplever at hørselshemmingen fører til flere praktiske problemer i hverdagen(2006)

Mental slitenhet er et begrep som også benyttes av Wrålsen og Jæger i sine funn, mens det i Berge og Lorentzens rapport beskrives en opplevelse av å være «helt tom» etter endt arbeidsdag, slik at det ikke finnes energi igjen til familie og fritidsaktiviteter.

Psykiske plager

Det er studier som sier at hørselshemmede har flere psykiske helseplager enn normalt hørende (Eide og Gundersen 2004) (Clausen 2003) Hos Christensen oppgir noen av informantene å ha «dårlige nerver». (2006)

Kroppslige plager

Muskelplager beskrives generelt flere steder (Jæger, 2001) (Kjeka, 2006) (Wrålsen, 2008) Informantene hos Kjeka og Wrålsen beskriver dette helt konkret som smerter og stivhet i rygg, nakke og skuldre.

Hodepine er fremtredende og beskrives av mange (Jæger, 2001), (Kvam og Tingvold,2004), (Wrålsen,2008) og (Sagen,2010)

I Jægers masteroppgave beskrives magevondt og tørre øyne som vanlige plager blant tunghørte skoleelever (2001)

Tretthet og problemer med å sove beskrives som plagsomt av tunghørte i flere aldersgrupper (Jæger 2001), (Clausen,2003) (Christensen,2006) og (Wrålsen,2008) I tillegg til dette har tunghørte i større grad også andre funksjonshemminger (Eide og Gundersen, 2004).

Plagene som er beskrevet i tidligere studier, og ramset opp her, kan kategoriseres på ulike nivå etter en modell som utdypes senere i oppgaven i tabell 2.

2.3 Ulike dimensjoner ved helse

Studiene ovenfor presenterer ulike typer konkrete helseplager som rapporteres av tunghørte. For å forstå disse plagene bedre, finner jeg det nødvendig å se nærmere på begrepet helse generelt. Deretter vil jeg gå nærmere inn på det å ha varige eller kroniske helseplager, for så å avslutte dette avsnittet med å si noe mer om psykisk helse.

2.3.1 Om helsebegrepet

Vi har alle en helse, men det er ikke så enkelt å forklare eller beskrive hva helse er. I et medisinsk perspektiv, som har sitt opphav i positivismen, der alt skulle ses, veies eller måles for å bekreftes som sant eller virkelig, er det bare mulig å beskrive helse som «fravær av sykdom» (HOD,2013.kap.1) WHO har definert helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosial velvære» (WHO 1948) Denne definisjonen har fokus på det enkelt individs opplevelse av sin egen situasjon, og rommer flere aspekter ved den menneskelige væren. Definisjonen omfatter kroppens situasjon, individets psykiske helse, og det sosiale miljøet den enkelte lever i.

Ordlyden i WHO sin definisjon er formulert slik at god helse kan synes vanskelig å oppnå for de fleste mennesker. Det er faser og perioder eller områder i alle menneskers liv der fullstendig velvære ikke er mulig, og kanskje heller ikke ønskelig å oppnå. Det at vi lever i et høyteknologisk samfunn der det forskes og stadig utvikles ny medisinsk kunnskap har også en påvirkning på folks opplevelse av egen helse. Flere mennesker lever lenger, og medisiner og teknologi gjør det mulig for flere å leve godt med helsetilstander man tidligere døde av. Ved at levealderen øker, og flere folk overlever flere sykdommer, må også flere leve med noen komplikasjoner eller tilleggs-plager uten å kunne fylle WHO sine helsekrav om total fravær av ubehag og smerte. (HOD 2013)

Ulik faglitteratur presenterer flere dimensjoner ved begrepet helse. Helse beskrives først og fremst som et *komplekst* begrep med ulike sider. Helsen vår består av en psykisk, fysisk, sosial og åndelig side og de ulike delene påvirker hverandre i ett tett samspill (Øverby, Torstveit, Høigaard & Stene-Larsen. 2011).

Dette samspillet kan beskrives som *en prosess*, som ikke er avklart en gang for alle, men som endrer seg mer og mindre i takt med hvor i livsløpet vi befinner oss» (Øverby, Torstveit, Høigaard & Stene-Larsen. 2011). Helse er et *relativt* begrep fordi det handler om den enkeltes opplevelse av egen helse i den sosiale sammenhengen individet lever i. Dette omtales av noen som en bio -psyko-sosial modell (Solvang, 2012). Helse kan også beskrives som det å ha *overskudd* i forhold til hverdagens krav (Hjort, (1982) Referert i Øverby, Torstveit, Høigaard & Stene-Larsen. 2011). I disse perspektivene er helse mindre knyttet til medisinsk diagnostikk, og mer til individets *mestring* av sin livssituasjon. (Vifladt & Hopen, 2004) Helse kan også sies å være *subjektivt og avhengig av forventning*. Fugelli og Ingstad presenterer det de mener er helsebegrepet til vanlige nordmenn. De sier at folk flest tenker på helse som et helhetlig fenomen som er vevd inn i og påvirker alle sider i livet. Om helse oppleves som god eller dårlig, avhenger av hva folk forventer seg i ulike livssituasjoner. I dette perspektivet er helse et høyst personlig fenomen, og det å sammenligne sin helse med andre personers helse og deres helse har ingen hensikt. (Fugelli, 2009)

Det kan synes komplisert å skulle forske på folks helse, når helse beskrives som en kompleks, relativ, subjektiv opplevelse av egen livssituasjon. For å innhente slik informasjon, blir det først og fremst nødvendig å spørre folk hvordan de opplever sin helsesituasjon. Da brukes oftest selvrapporteringsskjemaer. Nivået av helse hos den enkelte må i tillegg gjøres målbart for å kunne sammenligne en persons eller en gruppes helse med andre. Et av de mest vanlige måleinstrumentene til dette er Subjective Health Complaints Scale (SHC) Det er et spørreskjema som ber folk rapportere sine helseplager. Det er gjort flere studier med denne måleskalan i Norge, som viser at det er helt vanlig å ha helseplager (Ihlebak&Eriksen, 2004). I en studie fra 1996, der utvalget vurderes å være representativ for den norske befolkning ble følgende nivå av helseplager rapportert;

- Muskel- og skjelettplager (hodepine og migrene og smerter i nakke, øverst i ryggen, korsryggen, armer, skuldre og føttene). Rapporteres av 80% av befolkningen.
- Pseudonevrologi (hjerterbank, ekstra hjerteslag, hetetokter, søvnproblemer, tretthet, svimmelhet, angst, depresjon) Rapporteres av 65% av befolkningen.

-
- Gastrointestinale plager (sure oppstøt, halsbrann, sug eller svie i magen, magekatar, magesår, mageknip, luftplager, diare, forstoppelse) Rapporteres av 60% av befolkningen.
 - Allergiske plager (astma, eksem, allergi, pustevansker og brystmerter) Rapporteres av 34% av befolkningen.
 - Forkjølelse (forkjølelse, influensa, hoste, bronkitt) Rapporteres av 65% av befolkningen. (Ihlebak & Eriksen. 2004)

Denne og tilsvarende studier, konkluderer med at kvinner rapporterer noen flere helseplager enn menn. Eldre rapporterer noen flere plager enn yngre. De fleste rapporterer mer enn en plage. Ytre faktorer som jobbstress eller demografiske forskjeller som alder, kjønn og utdanning gjør ingen stor forskjell i folks rapportering av helseplager. Høyt stress over tid KAN føre til helseplager, og flere studier anser det som mer sannsynlig at psykologiske faktorer som økende eller manglende tiltro til egen mestring kan påvirke nivået av subjektive helseplager (SHC) hos den enkelte. (Ihlebak & Eriksen. 2003) (Ihlebak, Brage & Eriksen, 2004) (Ree, E. et.al. 2013)

Dette prosjektet har til formål å undersøke om tunghørtes helsesituasjon er annerledes enn folk flest. Det å være hørselshemmet er å leve med et sansetap og en funksjonsnedsettelse. For de fleste er dette en varig, eller kronisk helseplage. Før jeg sammenligner tunghørtes rapportering av sin helsesituasjon med normdata, finner jeg det nødvendig å gå se nærmere på litteratur som beskriver helsesituasjonen hos personer med varige helseplager.

2.3.2 Varige helseplager og funksjonssnedsettelser

I dette avsnittet vil jeg presentere kunnskap om personer med funksjonsnedsettelser eller varige helseplager. Hensikten er å se om dette er et perspektiv som kan bidra med økt kunnskap og forståelse av tunghørte og deres helse.

Langvarige eller kroniske helseplager er et begrep som beskriver helseplager som varer over tre måneder. Det brukes flere ulike begrep som slike helsesituasjoner, blant annet; varige helseplager, kroniske sykdommer, funksjonsnedsettelser, nedsatt funksjonsevne og funksjonshemminger. I nyere offentlige dokumenter benyttes ordet funksjonshemmet lite.

Begrepet er erstattet med *person med nedsatt funksjonsevne*. Dette for å presisere at en person med en funksjonsnedsettelse har evnen til deltakelse i samfunnet, men kan bli hemmet, hvis omgivelser og miljø ikke er godt tilrettelagt (Arbeidsdepartementet, 2003). I denne oppgaven brukes begrepene om hverandre ut i fra sammenhengen det står i og hvilket begrep som benyttes i tekstene jeg henviser til.

En fransk filosof Julia Kristeva er opptatt av samfunnets forståelse av funksjonshemmede. Synet på hva vi oppfatter som normalt og hva vi ser på som annerledes har endret seg gjennom tidene. Hun beskriver dette med tre ulike faser;

1. Den første fasen har sitt grunnlag i tankene til opplysningsfilosofer på 1700 tallet. På denne tiden ble funksjonshemming sett på som en grusom skjebne som rammer mennesket.
2. I industrisamfunnet sent på 1800-1900 tallet? vokste fagforeninger og et mer kollektive samfunnsansvar frem. I dette perspektivet ble de funksjonshemmede ifølge Kristeva «omsorgsobjekter på randen av samfunnet.»
3. Den tredje fasen, hevder hun, har mindre fokus på normalitet, og mer rom for annerledeshet. «Det handler ikke lenger om å reparere defekter, men om å anerkjenne at samfunnet består av forskjellige måter å være menneske på». (Solvang&Slettebø, 2012. s.23)

Andre beskrivelser av funksjonshemming viser også en endring mot en mer kompleks forståelse av det å leve med varige helseplager. Jan Grue beskriver «et flerdimensjonalt og komplekst fenomen som ikke kan forklares tilfredsstillende innenfor etablerte fagtradisjoner som medisin eller psykologi» (Grue, 2012. s.85). Ved et ensidig medisinsk fokus, står individet og individets problemer i fokus. Behandling kan oppnås ved kirurgi eller andre tiltak som settes inn i forhold til det enkelte individ. Et sosialt fokus er mer opptatt av omgivelsene og samfunnet rundt individet. Bedring oppnås i dette perspektivet ved tilrettelegging av omgivelsene. (Grue, 2012) En måte å tilrettelegge omgivelsene og tilpasning av samfunnet, er planene om universell utforming med full tilgjengelighet for alle i alle offentlige bygg og arealer.

I følge Grue oppstår funksjonshemming når det er et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets krav til funksjon (Grue, 2012) Dette omtales som gap-teorien.

Verdens helseorganisasjon har ønsket å etablere et enhetlig språk for å beskrive helserelaterte forhold hos enkeltpersoner, og har utarbeidet en internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse [ICF]. (WHO, 2001) Denne klassifiseringen kombinerer informasjon om kroppslige funksjoner og omgivelsene individet lever i. Slik sett bygger denne klassifiseringen på GAP teorien (Lid,2012).

Diagnosesystemet ICD 10, har så langt vært benyttet til å beskrive langvarige helseplager. Dette systemet fokuserer kun på symptomer og sykdom og beskriver ingen andre aspekter ved personens helse. ICF forsøker å peke på flere dimensjoner og gi et mer helhetlig bilde av individets situasjon. I hovedsak består klassifiseringen av to hoveddeler som inneholder to punkter hver; Den første delen har fokus på funksjon og funksjonshemming; Her beskrives først kroppens funksjoner og begrensninger. Deretter hvilke konsekvenser dette har for individets mulighet til aktivitet og deltakelse i samfunnet. Den andre delen beskriver kontekstuelle faktorer. Dette omhandler samfunnet og det sosiale miljøet personen har rundt seg. I tillegg skal personlige ressurser beskrives. Hvordan er omgivelsene tilpasset denne personens behov, og hvordan mestrer personen sin situasjon? Ved å kombinere de to klassifiseringene ICD 10 og ICF kan både helsetilstand og funksjon beskrives. Dette gir rom for å nyansere der ulike personer med samme diagnose eller helsetilstand, har svært ulik funksjon. Og også i de tilfeller der personer med temmelig lik funksjon har svært ulik helsetilstand (Østensjø&Søberg, 2012).

Tunghørte personer er en svært heterogen gruppe med ulike ressurser og ulike former for hørselstap. Denne klassifiseringen kan også anvendes for å beskrive tunghørte personer i sitt miljø. Den første dimensjonen vil da dreie seg om grad av nedsatt hørsel og omfang av kommunikasjons- vanskene. Den andre dimensjonen kan for eksempel brukes til å beskrive individets ressurser til å kunne presentere sin hørselshemming, og miljøets ressurser til å tilpasse seg den enkeltes kommunikasjonsforutsetninger.

FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne inkluderer alle mennesker med «langvarig fysisk, mental, intellektuell eller sensorisk funksjonsnedsettelse, som i samspill med ulike barrierer, kan hindre dem i å delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på lik linje med andre» (BLD, 2008. Artikkel 1.s.7). Denne konvensjonen ble ratifisert i Barne- likestillings- og diskriminerings departementet [BLD] i Norge 3. juni 2013. Konvensjonen hevder at helsesituasjonen til personer med nedsatt funksjonsevne i samfunnet, er et menneskerettighetsspørsmål, og at må være å få det best oppnåelige helsetilbudet for den

enkelte. (2013)

Helseplager hos personer med nedsatt funksjonsevne

I følge WHO har mennesker med funksjonshemninger, på verdensbasis, dårligere helse enn ikke-funksjonshemmede og møter større barrierer for å motta helsetjenester. (2011) Den første verdensrapporten om funksjonshemmedes helsetilstand ble ferdigstilt i 2011. WHO estimerer at 1000 millioner personer lever med funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom. Tallet øker fordi folk lever lenger og fordi antall personer med kroniske sykdommer øker. Av disse er det en overhyppighet av kvinner, av eldre og fattige. Rapporten finner at funksjonshemmede verden over, har dårligere helse enn funksjonsfriske. Dette er særlig gjeldene i fattige land. I disse landene rapporteres det også at funksjonshemmede er fattigere, har lavere yrkesdeltakelse, økt avhengighet og begrenset deltakelse i samfunnet, og høyere rate av vold og misbruk enn ikke-funksjonshemmede (WHO, 2011)

I en helse og levemåte undersøkelse fra statistisk sentralbyrå i 2010 konkluderes det med at det å være funksjonshemmet i Norge, ikke nødvendigvis betyr at man har dårligere helse, men at det medfører en helserisiko. (SSB, 2010) I samme undersøkelse beskrives det at 25% av gruppen med nedsatt funksjonsevne har dårlig helse, mot 6 % av hele befolkningen.

I en arbeidskraftundersøkelse fra 2013 oppgir 17% av befolkningen fra 15-66 år selv å ha fysiske eller psykiske plager av mer varig art som kan medføre begrensninger i dagliglivet. 43% av disse er sysselsatt. Til sammenligning rapporterte 74 % av den totale befolkningen i samme aldersgruppe at de var sysselsatt (SSB, 2013)

Rapportene påpeker at menn har bedre helse enn kvinner. «1/3 av personer over 45 år med nedsatt funksjonsevne har dårlig helse, Grupper med lang utdanning og yrkesaktive, har bedre helse enn grupper med kort utdanning og grupper som ikke er i arbeid» (SSB, 2010.s.19).

Kroppslige smerter og hodepine oppgis som «vanlige tilstander» i gruppen med nedsatt funksjonsevne. Psykiske helseplager, og symptomer som søvnvansker, ensomhet og rastløshet er mer vanlig i gruppen med nedsatt funksjonshemming enn i resten av befolkningen. Hørselshemmede er en av flere grupper med nedsatt funksjonsevne i denne undersøkelsen. De andre gruppene består av personer med synshemming, bevegelseshemming og kognitive vansker (SSB 2010)

I studier som sammenligner livssituasjon, livskvalitet og trivsel hos personer som selv opplever å ha kroniske plager som hindrer dem i hverdagen, kommer det frem at personer med syns og hørselshemming oppgir å være mer fornøyde, sterke og opplagte enn personer med

andre typer funksjonshemninger, men mindre fornøyde enn funksjonsfriske personer. (Næss 2011) Samtidig skårer hørsels- og synshemmede ungdommer høyere på ensomhet enn ungdommer med andre funksjonshemninger (Grue, 1999).

2.3.3 Psykisk helse

I dette avsnittet vil jeg presentere kunnskap om psykisk helse generelt, og om risiko og forekomst. Deretter vil jeg presentere en oversikt over miljørelaterte og individuelt relaterte risikofaktorer og beskyttende faktorer som kan påvirke en utvikling av psykiske helseplager. Jeg vil deretter ta utgangspunkt i den kunnskapen om tunghørte som er presentert i dette teorikapittelet, og peke på risikofaktorer som særlig kan være gjeldende for tunghørte.

Alle mennesker har en psykisk helse som «er i samspill med våre livsbetingelser og omgivelser» (Karlsson og Borg 2013) Det er vanlig å ha psykiske helseplager og rundt 50% av oss vil få minst en psykiske lidelse i løpet av livet. (FHI, 2009) Det skilles mellom psykiske plager, og psykisk sykdom. Psykisk sykdom eller lidelse benyttes når symptombelastningen er så stor, og av en slik karakter at det fyller kriteriene etter diagnosesystemet ICD 10. (FHI, 2009) En psykisk lidelse vil for de fleste oppleves ubehagelig for den enkelte. For å fylle diagnosekriteriet må plagene i tillegg vare over tid og svekke personens funksjon i skole, arbeid, familie eller sosialt (Martinsen, E.W. 2011) De vanligste plagene er ifølge Folkehelseinstituttet; depresjoner, angst, misbruk eller avhengighet av rusmidler. (FHI,2011)

Psykiske lidelser utvikles i et samspill mellom sårbarhet hos individet og det sosiale miljøet individet er en del av, og hendelser i livet som påvirker individet og miljøet (Martinsen, E.W. 2011). Det er funnet ulike risikofaktorer og beskyttende faktorer som påvirker en eventuell utvikling av psykiske lidelser. Risikofaktorer kan være; Enslighet, lav inntekt, arbeidsledighet, belastende livshendelser som samlivsbrudd, alvorlige økonomiske problemer og tap av arbeid det siste året, samt langvarige eller kroniske helseproblemer.» (FHI, 2011) Dersom flere risikofaktorer er tilstede samtidig, er risikoen for psykiske helseplager større.

De beskyttende faktorene «omfatter betingelser som styrker individets motstandsdyktighet og som dermed medvirker til å modifisere, forbedre og forandre individets respons til belastende livshendelser eller vanskelige livsbetingelser. Slike beskyttelsesfaktorer er ofte identiske med aspekter ved positiv psykisk helse som selvfølelse, følelsesmessig resiliens, sosiale ferdigheter og mestring (WHO, 2004).» (FHI 2013, s13)

Risikofaktorer og beskyttende faktorer som kan identifiseres hos mange tunghørte.

Den kunnskapen om tunghørte som er presentert så langt i denne oppgaven, viser at tunghørte ofte kan leve med flere slike risikofaktorer samtidig. Noen av risikofaktorene kan påvirke tunghørtes liv på en slik måte at de beskyttende faktorene reduseres. For å få en systematisk og leservennlig oversikt over disse risikofaktorene, har jeg valgt å benytte en tabell fra Folkehelseinstituttets rapport 1;2011: «Bedre føre var..... Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger» (FHI 2011). Tabellen viser eksempler på flere miljømessige og individrelaterte faktorer som kan påvirke personers psykiske helse. Den opprinnelige tabellen er her supplert med en kolonne for risikofaktorer som kan være gjeldende hos tunghørte. I teksten nedenfor tabellen, vil jeg peke på situasjoner der disse risikofaktorene også kan begrense ressurser og helsefremmende faktorer hos noen tunghørte.

Beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer				
	Nivå	Beskyttelses faktorer	Risikofaktorer	Risikofaktorer hos tunghørte
Miljø- relaterte faktorer	Samfunn	Sosial kapital (samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold)	Sosial ulikhet Ikke fullført skolegang Arbeidsledighet Marginalisering og dårlig integrering av Innvandrere og flyktninger	Lavere inntekt, Lavere utdanning, Oftere arbeidsledige, Oftere uføretrygdet,
	Lokalsamfunn Nærmiljø Bomiljø Arbeidsmiljø Barnehage Skole	Sosial integrasjon Mulighet til utfoldelse, bruk av egne evner og kontroll over egen livssituasjon	Ressursfattige lokalsamfunn med lite sosial samhandling Bomiljøer med ustabil befolkning og liten grad av sosial integrasjon Mobbing og andre forhold som øker sosial isolasjon og marginalisering Dårlig læringsmiljø i barnehage og skole Belastende arbeidsmiljø	Mange tunghørte har kommunikasjonsvansker i større forsamlinger, og ved uformelle samtaler med bakgrunnsstøy og Et hørselstap er ikke synlig, og kommunikasjon med ukjente personer kan være krevende. Et arbeidsmiljø med mye uformell kommunikasjon og beslutningstaking, kan gjøre at tunghørte blir stående på sidelinja.
	Gruppe, sosialt nettverk/familie, venner, naboer og andre relasjoner	Sosial støtte Aktivisering	Sosial isolasjon, lite støttende sosialt nettverk Kroniske belastninger og negative livshendelser, konflikter Overgrep, mishandling	Tunghørte rapportere lite overskudd til familie/ sosiale aktiviteter etter jobb, og mer ensomhet. Studier viser at Funksjonshemmede barn er mer utsatt for seksuelle overgrep. Flere tunghørte beskriver at de lever med en mental slitenhet som en kronisk belastning
Individ - relaterte faktorer		Individuelle mestringsressurser Positive temperamentstrekk	Lav selvfølelse, manglende opplevelse av kontroll over egen livssituasjon og manglende evne til mestring Sårbar personlighet Helsefarlig livsstil Somatisk sykdom og medfødte funksjonshemninger	Hørselshemmede har i større grad også andre funksjonshemninger. Tunghørte beskriver en lang rekke kroppslige og psykiske plager

Tabell 2; Eksempler på ulike helsefremmende faktorer og risikofaktorer som kan påvirke en utvikling av psykiske plager hos befolkningen generelt, og spesielt hos tunghørte

Tunghørte og andre hørselshemmede rapporterer at de lever med flere av faktorene som øker risikoen for å utvikle psykiske lidelser. De risikofaktorene som presenteres på et samfunnsnivå er det vi kaller sosioøkonomiske faktorer. Disse risikofaktor kan være aktuelle for hørselshemmede. Vi vet at de har lavere utdanning, lavere arbeidsdeltakelse, høyere arbeidsledighet og lavere inntekt enn nordmenn flest.

På et *lokalsamfunnsplan*, vet vi at noen tunghørte har problemer med kommunikasjon i ulike sosiale sammenhenger med mye bakgrunnsstøy og uformell informasjonsutveksling. Et hørselstap synes ikke, og kommunikasjon med nye personer, der hørselstapet og konsekvenser av dette muligens må forklares og utdypes gjentatte ganger, kan være særdeles ressurskrevende. Det *kan* bety at flere tunghørte unngår slike situasjoner, og går glipp av de beskyttende faktorene deltakelse i lokalmiljøet og fritidsaktiviteter kan gi. Tunghørte utenfor arbeidsmarkedet *kan* gå glipp av arbeidslivets muligheter til mestring og sosial deltakelse. På arbeidsplasser der informasjon og beslutningstaking skjer på uformelle arenaer, kan tunghørte også oppleve å bli stående utenfor viktige arenaer. Ved å stå utenfor kan de gå glipp av verdifull sosial støtte, og også miste muligheter til å bruke sine evner og ressurser.

Noen risikofaktorer er mest fremtredende på *gruppenivå* i forhold til sosialt nettverk og familie. Flere tunghørte forteller at de er slitne. Noen beskriver denne slitenheten som en «mental slitenhet» av et slikt omfang, at den kan ses på som en kronisk belastning. I tillegg beskriver tunghørte at de er «tomme» etter jobb, og har lite overskudd til familie og nettverk. Studier viser også at hørselshemmede er mer ensomme enn normalt hørende. Sett i denne sammenhengen kan det bety at tunghørte går glipp av flere av beskyttelsesfaktorene sosial støtte i et godt nettverk kan gi. Overgrep og mishandling er også risikofaktorer det pekes på i rapporten fra Folkehelseinstituttet. Her vet vi at funksjonshemmede generelt er mer utsatt for seksuelle overgrep enn andre barn. (Kvam,M.H.,2001)

Tunghørte beskriver flere risikofaktorer som er fremtredende hos den enkelte, på et *individuell* eller *individrelatert nivå*. Hørselshemmede har i stor grad også andre funksjonshemminger, og det beskrives en lang rekke psykiske og kroppslige helseplager i litteraturen. Dette prosjektet har som mål å undersøke om tunghørte er mer plaget av slike helseplager enn andre.

Jeg har her vist til ulike miljørelaterte og individrelaterte risikofaktorer som kan opptre hos tunghørte. Det behøver ikke bety at tunghørte er mer utsatt for psykisk lidelse enn andre. Risikoen for å utvikle psykiske plager øker jo flere av disse faktorene som er tilstede. Det å identifisere risikofaktorer kan i seg selv, være en viktig del av et helsefremmende og forebyggende arbeid (Martinsen, E.W. 2011). Videre vil jeg nå beskrive fagfeltet psykisk

helsearbeid og noen helsefremmende teorier som kan være nyttige i møte med denne åpenbare risikoen for psykiske plager, og for diskusjonen av resultatene senere i oppgaven

2.4 Faglig tilnærming

Dette er en masteroppgave i psykisk helsearbeid og kunnskapen jeg har presentert så langt viser flere forhold som gjør at tunghørte kan befinne seg i en situasjon der de har økt risiko for å utvikle psykiske helseplager. Jeg ønsker derfor å presentere faget psykisk helsearbeid, noen av teoriene, og de faglige tilnærmingene jeg mener er en hensiktsmessig kunnskapsbase i møte med tunghørte.

2.4.1 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid er et relativt nytt begrep og et nytt fag som ble utviklet i 1990-årene i sammenheng med opptrappingsplanen for psykisk helse og stortingsmelding 25. I denne stortingsmeldingen ble det beskrevet et stort behov for forandring av det psykiske helsevernet, og gitt føringer for videre utvikling av et nytt tverrfaglig fagfelt. (Helse og omsorgsdepartementet [HOD],1997)

Stortingsmeldingen oppfordret til en mer helhetlig forståelse av mennesker med psykisk sykdom. Denne forståelsen innebærer å inkludere flere av individets personlige forhold enn den siden som er syk og lider. Pasienten må ses som en kompetent, handlende person, med iboende ressurser som kan styrke eget liv og egen helse. Det viktige i et møte med pasienter er å møte dem der de er med sine opplevde behov, og vurdere eventuelle tiltak i tett samarbeid med pasienten. Eventuelle tiltak må være meningsfulle for pasienten, og kan gjerne bestå av boligsøknader, planlegging av aktiviteter eller økonomi, og/eller mer tradisjonelle tiltak som medikamentell behandling og terapeutiske samtaler. (Karlsson,B.& Borg,M. 2013)

Psykisk helsearbeid skal først og fremst bidra til helsefremmende og ressurskapende prosesser hos den enkelte bruker. Brukermedvirkning og mestring er sentrale begrep som står i fokus både i stortingsmelding 25 og i opptrappingsplanen. (Karlsson,B.& Borg,M. 2013) (HOD,1997) Disse begrepene har utviklet seg til å bli faglige tilnærminger og danner teorigrunnet i psykisk helsearbeid. De teoribegrepene som synes mest sentrale i denne oppgaven presenteres nedenfor.

Relasjon/kommunikasjon

Det å kunne møte folk, og å etablere en god relasjon er avgjørende i alt helsefremmende arbeid. Gode relasjonsferdigheter er derfor et viktig hjelpemiddel til å forstå pasienten som person og til å gi god hjelp og støtte. (Eide& Eide, 2007) Eide henviser videre til Steward m fl (1995) som hevder at det å oppnå gode kommunikasjonferdigheter faktisk kan bidra til at pasienter får bedre helse. (Eide& Eide, 2007).

Hvilke kommunikasjonsferdigheter som kan være av betydning sammenfattes i disse 10 punktene;

«1)Å lytte til den andre, 2)å forstå og fortolke den andres verbale og non-verbale signal 3)å skape gode og likeverdige relasjoner 4)å formidle info på en klar og forståelig måte 5)å møte den andres behov og ønsker på en god måte 6) å stimulere den andres ressurser og muligheter 7)å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon 8)å skape alternative perspektiver å åpne for nye handlingsvalg 9)å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål 10)å samarbeide om å finne frem til gode beslutninger og løsninger» (Eide&Eide,2007.s.21).

Kommunikasjonsferdighetene som beskrives her, er allmenngyldige og nyttige i enhver relasjonsbyggende samtale. Disse ferdighetene er særdeles nødvendige og nyttige i møte med tunghørte, som etter all sannsynlighet har noen dårlige erfaringer nettopp i forhold til kommunikasjon. Relasjonsbygging med tunghørte vil sannsynligvis kunne styrkes ytterligere ved å ha kunnskap om, og å kunne ta hensyn til, akustikk, lyssetting, visuell kontakt og andre konkrete tiltak som forenkler kommunikasjonen (HLF, 2013)

Mestring

Det er to ulike teoriretninger som bruker og fokuserer på mestringsprosessen. Jeg har her valgt å presentere begge;

1 Antonovsky og mestring

Antonovsky og hans helsefremmende teorier en sentral modell og teorier som kjennetegner det mest fremtredende synet på psykisk helse i dag. Folks helse avhenger i mindre grad av hva de feiler, mer av hvilke ressurser de har, om mening og sammenheng i tilværelsen. Tilhørighet og opplevelse av fellesskap kan være vel så viktig for folks selvopplevde helse. Behandling har mindre fokus på å ta bort folks sykdom for å normalisere, og mer på å styrke individets ressurser mot det som fører til bedre helse. I dette perspektivet blir det viktigere å gjøre mer

av det som fører til helse, enn å øke innsatsen mot symptomer og lidelser. Det blir viktig å undersøke hvorfor noen klarer seg bra, og hva det er som fører til god helse. (Antonovsky, 2005)

Mestring beskrives ut i fra dette perspektivet som en «erfaring av sammenheng, opplevelse av begripelighet og håndgripelighet» (Romsland, 2012, s160) Antonovsky beskriver dette behovet for sammenheng som noe vi alle har. Skader og kroniske sykdommer antas for noen, å skape brudd i denne kontinuiteten. Når smerter eller andre sider ved sykdom, hindrer oss i å handle på den måten vi er kjent med og vet at vi håndterer, kan dette beskrives som brudd i kontinuitet eller manglende sammenheng. (Romsland, 2012)

For alle levende mennesker er forandring en naturlig del av livet. Våre behov og våre omgivelser endres gjennom ulike livsfaser og livssituasjoner. Det å leve med varige helseplager, er heller ikke en statisk situasjon. Det å leve med en kronisk sykdom eller nedsatte funksjoner kan sies å være et «uopphørlig arbeid med å skape og å gjenskape kontinuitet, tilpasning til ny tilværelse» (Romsland, 2012. s.161). En slik tilpasning vil involvere både personens tanker om seg selv og egen identitet, og personens konkrete handlinger og væremåter.

Det å mestre en kronisk sykdom eller en funksjonsnedsettelse, kan i dette perspektivet beskrives som det å gjentatte ganger måtte «gjenvinne eller oppnå et liv som den det gjelder kan akseptere og finne mening i» (Romsland, 2012, s160).

2 Lazarus og Folkman og mestring

Lazarus og Folkman sine teorier har fokus på de mer konkrete mestringsstrategiene. Mestring kan her beskrives som uoversiktlige prosesser og defineres slik; «Summen av de intrapsyiske og handlingsorienterte forsøk på å beherske og tolerere og redusere de ytre eller indre belastningene en er utsatt for. Eller unngå negative følger av slike påkjenninger» (Lazarus,1991.s.166). I denne teorien anses ubevisste strategier som forsvarsmekanismer, mens mestring er bevisste prosesser der individet opplever en stressituasjon, vurderer mulige ressurser, og velger strategi. (Kjeka,2007) Det skilles mellom problemløsende og emosjonelle strategier.

I en studie av ulike kommunikasjonsstrategier hos personer med ervervet hørselstap, vises en tendens til at emosjonsfokuserede strategier kan være forbundet med mentale helseplager. For hørselshemmede personer som opplever kommunikasjonsituasjoner som stressende, kan det

være uheldig å ta for mye ansvar for kommunikasjonen, eller også å unnvike kommunikasjonssituasjoner av denne grunn. (Krogh,2011)

Høgskolen i Sør-Trøndelag har utarbeidet en egen mestringsguide for tunghørte studenter. Her oppfordres studentene blant annet til å være åpne om sin hørselshemming, og til å finne balansen mellom hvile og deltakelse. Åpenhet gjør at man ikke er alene om å ta ansvar for kommunikasjonen. Mestringsguiden er bygget på kunnskap fra en masteroppgave, der det vises til at det å aktivt forsøke å mestre en situasjon er bedre enn unngåelse av situasjonen. Dette gjelder uansett om mestringsforsøkene gir positive resultat eller ikke. Sosial støtte fremheves som en viktig faktor når det gjelder å mestre sin hørselshemming, og gjennom det konkluderes det med at gode mestringsstrategier kan læres. (Kjeka,2007)

Eide & Eide hevder så at det å gi folk kunnskap om mestring er en form for *Empowerment*. (2008) Empowerment er et eget teorifelt, som jeg også finner det hensiktsmessig å presentere her.

Empowerment

Empowerment kan beskrives som en «En prosess, og den måten som mennesker, organisasjoner, og lokalsamfunnet oppnår mestring over livet på.» (Stang, 2004, s144) Verdens helseorganisasjon (WHO) er enda tydeligere i hva de tenker er målet med prosessen, og beskriver «En prosess som gjør folk i stand til økt kontroll over egen helsetilstand, og til å forbedre sin helse» (Who 1987). I folkehelsemeldingen benyttes begrepet Empowerment om individers og lokalmiljøers makt til å påvirke beslutninger. Begrepet kan oversettes med bemyndigelse, myndiggjøring, styrking eller mobilisering av egne krefter. Kjernen i begrepet er det motsatte av maktesløshet eller undertrykking. Det handler om hvordan mennesker og lokalsamfunn kan ta kontroll gjennom å mobilisere og styrke egne krefter» (HOD,2013. Kap.1.4).

Empowerment kan også oversettes med brukermedvirkning. Dette begrepet er godt innarbeidet og etter hvert innlemmet i all formell organisasjonsstruktur i landet, og i norske lover og forskrifter. Dette er blant annet tydelig i Pasientrettighetsloven, Kommunchelsetjenesteloven, forskrifter om rehabilitering; rett til helsehjelp, rett til informasjon, rett til medvirkning, fritt sykehusvalg, rett til Individuell Plan og klageadgang. I tillegg er flere mennesker med brukererfaringer ansatt i stillinger og verv som blant annet brukerkonsulenter og likemenn overfor pasienter.

Empowerment som faglig tilnærming kan være å bistå enkeltpersoner i å finne sine ressurser

og sin styrke, slik at de kan ta ansvar og kontroll der det er mulig i eget liv. Det kan også være å gi «autonomistøtte eller overføring av makt til en målgruppe for arbeidet, for å skape en indre følelse og opplevelse av kontroll over faktorer som er sentrale for god helse i målgruppen» (Øverby, Torstveit, Høigaard, & Stene-Larsen, 2011.s. 32)

Det å gi tunghørte studenter en mestringsguide, som beskrevet ovenfor, er å gi kunnskap om hensiktsmessig atferd til gruppen tunghørte studenter. Dette kan ses på som Empowerment i praksis.

Forebyggende arbeid

Folkehelseinstituttet utarbeidet en rapport i 2011; «Bedre føre var...» Rapporten har fokus på forebyggende psykisk helse, og presenterer konkrete anbefalinger for helsefremmende og forbyggende tiltak. Det legges vekt på at det å forebygge psykiske lidelser først og fremst må skje utenfor helsetjenesten. Eksempler på dette er lokalsamfunnet, arbeidslivet, skolen og barnehagen Dette forklares med at sykdomsforebyggende tiltak må settes i gang FØR sykdom oppstår. Det som følger etterpå er behandling og rehabilitering.

Rapporten deler de forbyggende strategiene inn i tre ulike nivå; Universelle strategier mot alle, Selektive strategier mot undergrupper med særlige kjennetegn, Indikative strategier mot enkeltpersoner med særlige helsemessig indikatorer. (Folkehelseinstituttet 2011)

Forebyggende psykisk helsearbeid forgår på flere steder og på flere nivå. Det nasjonale og lokale arbeidet som består av universelle forebyggende strategier mot hele den norske befolkning, er definert som folkehelsearbeid. Rehabiliteringsinstanser gir tilbud til grupper og enkeltindivider for at de bedre skal kunne mestre sine funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer. Det å bistå tunghørte i mestring av sitt hørselstap kan etter det jeg forstår, også ses på som en viktig selektiv strategi i et forebyggende psykisk helsevern.

Både folkehelsearbeid og rehabilitering bidrar med viktige perspektiv til forståelsen av tunghørtes helsesituasjon, og vil derfor bli kort presentert her.

2.4.2 Folkehelsearbeid

Vi bor i et av verdens rikeste land med høy levestandard, et offentlig helsetilbud og omfattende sosiale rettigheter for innbyggerne i landet. I følge Folkehelseinstituttet (2007) ser helseforholdene i vårt land bra ut på gjennomsnittsnivå, men det er store forskjeller på helse knytta opp til sosioøkonomiske faktorer som yrke, utdanning og inntekt. De offentlige

myndigheter er opptatt av dette, og fra 2007 til 2013 ble det utgitt en Nasjonal strategiplan, en rapport, en lov og en stortingsmelding, som alle skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse. Et av fokusområdene i disse dokumentene er utjevning av sosiale helseforskjeller. (HOD, 2007) (FHI, 2010) (Lov om folkehelse, 2012) (HOD, 2013).

Folkehelsearbeid kan beskrives som den samlede innsatsen som gjøres i samfunnet for å påvirke faktorer som på en eller annen måte fremmer befolkningens helse og trivsel. Arbeidet har også som mål å forebygge sykdom, og beskytte mot faktorer som kan ha negativ påvirkning på helsen. Folkehelsearbeid skal også arbeide for å utjevne helseforskjeller i samfunnet (Øverby, Torstveit, Høigaard & Stene-Larsen, 2011).

En grunnleggende tanke i loven og i planene er at enkeltpersoner, så vel som fellesskapet skal få kunnskap og mulighet å ha økt kontroll over faktorer som kan påvirke helse (HOD, 2013)

Psykisk helse er ett av områdene det fokuseres på i folkehelsearbeidet. Risikofaktorer som kan påvirke tunghørtes psykiske helse, er presentert i tabell 2. Flere av de nevnte faktorene, som for eksempel de sosioøkonomiske forholdene, er overlappende med faktorer som påvirker helsen generelt.

Fysisk aktivitet, kosthold og alkoholbruk er noen av faktorene det fokuseres på i folkehelsearbeid. Dette er forhold som kan ha påvirkning på enkeltindividers helse. Tidligere i dette kapittelet, refereres det til studier av helsesituasjonen hos hørselshemmede i Canada og USA. Der finner de at hørselshemmede er mer inaktive, har et dårligere kosthold og bruker mer alkohol enn befolkningen generelt. De har også en dårligere helse. Vi vet ikke om dette er faktorer som er relevante i forhold til tunghørtes helsesituasjon i Norge.

2.4.3 Rehabilitering

Rehabilitering beskrives som «Tidsavgrensede planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (Solvang & Slettebø, 2012. s.16).

Rehabilitering kan bestå av svært ulike prosesser, med ulike aktører «der en minste fellesnevner er en skade, og en påfølgende prosess, som leder frem til en tilstand der denne

nye situasjonen håndteres» (Solvang& Slettebø, 2012. s.18). Rehabiliteringen kan både bestå av en ressursøkning hos individet, og tilrettelegging av det sosiale og fysiske miljøet individet lever i. De fleste tiltak er rettet mot funksjonsforbedring og økt deltakelse. Behandling av sykdom eller skade inkluderes ikke i rehabiliteringsarbeidet. Hovedmålet med rehabiliteringsprosessene er autonomi. Økt selvstendighet er også en form for Empowerment. Det å ha en kronisk sykdom eller funksjonsnedsettelse er en kontinuerlig prosess for å håndtere og mestre stadig nye arenaer og områder. Romsland inkluderer derfor også denne gruppen i rehabiliteringsbegrepet i sin artikkel «Mestring som mulighet» (2012).

Tunghørte har en funksjonsnedsettelse som ikke er synlig, og vil i enhver ny livsfase eller livssammenheng kunne oppleve å møte nye utfordringer knyttet til kommunikasjon. Noen tunghørte kan oppleve dette som en form for desorganisering og mangel på sammenheng.

De vet ikke hva som møter dem i nye sosiale sammenhenger og vet ikke om de har tilstrekkelige ressurser til å møte forventningene fra nye mennesker i nye situasjoner. Det kan være forventninger og krav om å motta informasjon og/eller å delta i formelle og uformelle samtaler. Noen trenger støtte for å mestre slike situasjoner.

I dette perspektivet er rehabilitering av tunghørte som har som hensikt å oppnå best mulig *funksjon, mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet*, også en selektiv strategi i det forbyggende psykiske helsearbeid.

3. Metode

3.1 Design og metodevalg

I alle studier bør forskningsspørsmålet være det avgjørende i valg av metode. (Bjørndal og Hofoss 2006) Metodevalget gjøres ut i fra hvilke spørsmål som skal besvares, og hva slags tilnærming som vil gi et best mulig svar.

Jeg har hatt tilgang på ett datasett fra en tverrsnittsundersøkelse, der dataene er innhentet ved hjelp av en spørreundersøkelse. En tverrsnitts studie, tar for seg «en gruppe mennesker på et bestemt tidspunkt». (Bjørndal og Hofoss. 2006, s 25) En spørreundersøkelse er en lite kostnadskreven form for datainnsamling, som tilsier at alle blir spurt om det samme på samme måte. Informasjonen kan så struktureres og samles, for så å holdes opp mot andre utvalg.

Tverrsnitts studier er som oftest deskriptive eller beskrivende studier. Olsson og Sørensen bruker denne betegnelsen på undersøkelser som «beskriver flere egenskaper hos en populasjon eller gruppe mennesker.» (2006, s 36) Denne tverrsnittsstudien gir et bilde av helsesituasjonen til et utvalg tunghørte på det tidspunktet skjemaet ble fylt ut, men gir ingen kunnskap om årsaken til helseplagene, og heller ikke kunnskap om hvordan ting utvikler seg videre

3.2 Måleskala

Subjective Health Complaints Inventory (SHC) er valgt som spørreskjema i denne studien for å kunne måle individers subjektive helseopplevelser.

Skjemaet er utviklet i forbindelse med et doktorgradsprosjekt om subjektive helseplager og mestring ved Institutt for biologisk og medisinsk psykologi ved Universitetet i Bergen (Eriksen et al 1999) Måleskalaen er oversatt til minst 8 andre språk, og er utprøvd i mer enn 20 studier nasjonalt og internasjonalt. Studiene presenteres på følgende nettsider; <http://www.uib.no/insuhc> og <http://helse.uni.no> Måleskalaen er velutprøvd i forhold til psykometriske egenskaper og er funnet tilfredsstillende i forhold til reliabilitet og validitet (Ihlebak.&Eriksen, 2003) (Ihlebak, Brage& Eriksen, 2004) (Ree, E. et.al. 2013). Ettersom

skjemaet er benyttet i flere store studier, er det god mulighet for å sammenligne de innhentede data med tilsvarende data fra andre grupper.

Spørreskjemaet er designet for å være lett håndterlig for informantene, og består av en liste med 29 vanlige somatiske og psykologiske helseplager. Skjemaet fylles ut ved å krysse av for om du har hatt noen av de nevnte helseplagene de siste 30 døgn. Plagens alvorlighetsgrad rapporteres ved hjelp av en fire punkts skala der 0= ingen plager, 1=litt plaget, 2=en del plaget og 3 = alvorlig plaget. Dette gir data på ordinalt nivå. En skår på to og tre indikerer at plagene er mer omfattende. De ulike helseplagene skåres hver for seg, men de 29 plagene er delt inn i 5 undergrupper. Det er to spørsmål om forkjølelsesplager, åtte spørsmål om ulike muskel og skjelettplager, sju spørsmål om ulike gastrointestinale plager, fem spørsmål om ulike allergiplager og sju spørsmål om pseudonevrologiske plager.

Subjective Health Complaints Inventory (SHC) er et selvrapporteringskjema som viser en her og nå situasjon. Skjemaet ligger åpent på internett til fri benyttelse på hjemmesidene til nettverket for subjektive helseplager (INUSCH).

3.3 Utvalg og datainnsamling

Dataene i denne undersøkelsen er samlet inn til et pågående doktorgradsprosjekt ved Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse ved Oslo universitetssykehus, som omhandler hørselshemmede og mestring i arbeidslivet. (OUS, 2013) Utvalget består av 27 voksne, tunghørte personer bosatt i Norge, som alle har takket ja til å delta på kurs om mestring av hørselshemming. Datasettet er en kombinasjon av to ulike grupper kursdeltakere. Inklusjonskriteriene er satt til å gjelde samtlige kursdeltakere på to ulike kurs vinteren 2011-2012. Jeg har ikke fått noe informasjon om hvorvidt det var personer tilstede på kursene som valgte å ikke fylle ut skjemaet. Det er heller ikke kjent om det fantes personer i målgruppen som ble tilbudt kurs, men valgte å ikke delta, eller personer som var påmeldt til kurs, men ikke møtte. Responsraten er derfor ukjent. Inklusjonskriterier; Alle deltakere på disse to kursene som valgte å levere inn skjemaet, er inkludert i studien. Eksklusjonskriterier; Eventuelle personer som ikke møtte på kurset, eller deltok på kurset uten å levere inn skjemaet er nødvendigvis ekskludert fra studien.

Det ene gruppen i utvalget er kursdeltakere som deltok på et dagskurs i regi av Lærings og mestringssenteret ved Sørlandet sykehus i november 2011. Tittelen på kurset var «Å leve med

hørselshemming» Det gikk en åpen invitasjon til hørselshemmede i sykehusets opptaksområde, via det offentlige rehabiliteringsapparatet som formidler tekniske hjelpemidler. Kurrsinvitasjonen gikk også til brukerorganisasjonen (Hørselshemmedes Landsforbund) og deres medlemmer i samme område. 9 deltakere fra dette kurset leverte inn utfylte spørreskjema til foredragsholder.

Den andre gruppen i utvalget deltok på en kursrekke på Briskeby kompetansesenter for hørselshemmede i januar og februar 2012. Kurset er rettet mot yrkesaktive personer med nedsatt hørsel, og er en del av det offentlige rehabiliteringstilbudet til hørselshemmede. Av disse kursdeltagerne, er det 18 personer som har levert inn dette spørreskjemaet. Dette gir et utvalg der $n=27$.

Skjemaene gir ingen opplysninger om respondentene utover de helseplagene de selv har rapportert. Vi vet derfor lite om deltakernes alder, kjønn, bosted, grad av hørselstap eller språkmodus. Det antas imidlertid at respondentene er mellom 18 og 67 år, da invitasjonen til kursene var stilet til tunghørte i yrkesaktiv alder. Det antas også at respondentene er tunghørte som baserer sin kommunikasjon på norsk talespråk, da kursene i hovedsak er rettet mot denne målgruppen. Informantene er bosatt ulike steder i Norge. Utover dette vet vi ingenting om deres bosted eller bosituasjon. Invitasjoner til kurs fra Briskeby går til tunghørte over hele landet, og mestringskurs i regi av Sørlandet sykehus / Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) rekrutterer deltakere fra store deler av Helse Sør-Øst.

Alle informantene har fått tilbud om, og har takket ja til å delta, på kurs om mestring av hørselshemming. Jeg vet ingenting om deres motivasjon for å delta på arrangementene.

De fleste tunghørte i Norge er over 65 år. (Tambs, 2004) Dette utvalget består kun av personer i yrkesaktiv alder. Dersom eventuelle funn kan generaliseres til hele populasjonen, er populasjonen i denne sammenhengen ikke alle de tunghørte i landet, men de tunghørte i yrkesaktiv alder.

Datainnsamlingen ble gjort av foredragsholderne på kursene. Spørreskjemaene ble delt ut til kursdeltakerne sammen med en samtykkeerklæring. Deltakerne ble blant annet informert om at det var frivillig å delta, at alle besvarelser ville være anonyme og at all informasjon ville bli behandlet på en slik måte at det ikke er mulig å vite hvem som har svart hva. Jeg vet ikke når i kursforløpet skjemaene er fylt ut. Det kan være før, under eller etter kursets avslutning. Jeg vet heller ikke om opplæringen gitt på kursene kan ha påvirket kursdeltakernes rapporteringer av egne helseplager.

Ferdig utfylte skjemaer ble samlet inn av foredragsholder, og dataene ble deretter lagt inn i et elektronisk statistikkprogram. Skjemaer og samtykkeerklæringer ble lagret på forsvarlig vis på Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse ved Oslo universitetssykehus. Jeg har kun hatt tilgang på informasjonen som omhandler dette ene skjemaet.

3.4 Normdata

I denne masteroppgaven har jeg i tillegg valgt å benytte data som ligger åpent tilgjengelig på internett på hjemmesiden til et internasjonalt nettverk for studier av subjektive helseplager. Nettverket kalles «International Network for Subjective and Unexplained Health Complaints (INSUHC)» Nettverkets hjemmeside har en link til UNIFOB Helse (nå UniResearch) og Universitet i Bergen. Datasettet beskrives på nettsiden som norske normdata sist oppdatert i 2007. (<http://www.uib.no/insuhc>) Disse dataene er inkludert i oppgaven for å kunne se på prosentnivået av rapporterte helseplager hos tunghørte sammen med det som er et vanlig prosentnivå av rapporterte helseplager i den norske befolkning.

Både på nevnte nettside, og nettsiden til UniResearch sin avdeling UniHealth (<http://helse.uni.no/>) henvises det til en rekke publikasjoner der det er utført gjentatte studier på det norske folks subjektive helseplager. På INSUHC sin nettside, presenteres det under overskriften *Norwegian SHC-Norms*, et prosentnivå for subjektive helseplager hos den norske befolkning, sist oppdatert i 2007. Det oppgis at $n=1240$ i denne studien. Disse normdataene er helt identiske med normdata presentert i artikkelen; «SHC –et måleinstrument for subjektive helseplager» (Ihlebak, Eriksen & Ursin, 2004). Jeg har ikke klart å finne noen artikkel som beskriver innsamling av normdata i 2007.

I en artikkel om sykefravær og SHC rapportering hos det norske folk fra 1996- 2003, rapporteres det norske folks subjektive helseplager som høye og relativt stabile. (Ihlebak, Brage & Eriksen, 2007) Jeg anser det likevel som usannsynlig at normdataene i 1996 og 2007 er helt uten variasjon, og velger å benytte normdata fra 1996 og 2003 i denne studien.

3.5 Forskningsetiske prinsipper

Dataene ble samlet inn som en del av et doktorgradsprosjekt ved Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse på Oslo universitetssykehus. Doktorgradsprosjektet «Hørselshemming og mestring av arbeidslivet» er godkjent av Regional etisk komite for medisinsk og helsefaglig forskning(REK) nummer; 2009/2156-1. I tillegg til en slik formell godkjenning, har alle som gjennomfører forskningsprosjekter et selvstendig ansvar for å vurdere om prosjektet er i tråd med de etiske retningslinjene i Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeforening. (World medical association. [WMA] 2008).

Det er blant annet viktig å vurdere om studien er til nytte og om det å gjennomføre studien kan skade eller påføre informantene unødig belastning. Økt kunnskap om tunghørtes helsesituasjon kan være nyttig fordi det vil kunne øke det enkelte tunghørte individs kunnskap om egen helse, og også være et viktig bidrag for helsepersonell og andre i hjelpeapparatet som møter tunghørte i ulike livssituasjoner. Det kan være belastende for den enkelte respondenter å fokusere på egne helseplager, men dette spørreskjemaet er kort, og relativt enkelt å fylle ut. Det krever ingen vurdering av sammenhenger eller årsaker til plagene, men ber respondentene om å rapportere ved å krysse av for om de har opplevd disse plagene siste måned, og i tilfelle i hvilken grad de har vært plaget. Slik sett kan det å be kursdeltakere om å fylle ut dette skjemaet vanligvis ikke regnes som unødig belastende.

Helsinkideklarasjonen legger vekt på forskeres taushetsplikt og at datamaterialet oppbevares og behandles med tanke på den enkelte informants anonymitet og integritet (WMA,2008). I denne studien bes kursdeltakerne om å rapportere opplysninger om egen helse. Dette er for mange svært sensitiv informasjon, og det er ekstra viktig at alle data ivaretas på en slik måte at ikke uvedkommende får tilgang til informasjon om den enkeltes helseplager. Jeg har kun hatt tilgang til anonymiserte data via en datafil og utfylte spørreskjema identifisert med tallkoder. Jeg var ikke selv tilstede da dataene ble samlet inn, og vet derfor ikke hvem informantene er. I et så vidt lite utvalg, ville det for personer med godkjennskap til denne gruppen, være mulig å gjenkjenne personer dersom kjønn og alder ble brukt i analyse av data. Dette er ikke tilfelle i denne studien, da jeg ikke har kunnskap om informantenes personalia. Jeg vurderer derfor at kriteriet om anonymitet er oppfylt i denne masteroppgaven.

I alle studier skal det gis et informert skriftlig samtykke, og den som er ansvarlig for datainnsamlingen må sikre seg at det gis forståelig informasjon. Informantene i denne studien har alle nedsatt hørsel, og det er sannsynlig at de i noen sammenhenger ikke oppfatter all informasjon som gis muntlig. Informasjonen om denne studien er gitt på kurs for tunghørte. Det er vanlig å bruke god tid på tilrettelegging av kommunikasjonen i begynnelsen av kurs for denne målgruppen. Det må tilrettelegges for tekniske hjelpemidler som mikrofoner, teleslynge eller FM anlegg, og sjekkes ut at hjelpemidlene fungerer som de skal. Det bør i tillegg sørges for at foredragsholder er godt belyst og snakker tydelig, slik at kursdeltakerne kan støtte seg på munnavlesning for lettere å oppfatte det som sies. En slik optimalisering av kommunikasjonsforholdene, vil være en viktig faktor for å følge opp det etiske prinsippet om å gi god og forståelig informasjon.

Alle personer har rett til å selv bestemme om de vil delta i en studie eller ikke, og deres valg skal bli respektert. Helsinkideklarasjonen omtaler dette som autonomiprinsippet og vektlegger respekten for den enkeltes integritet. Når personer møter til et kurs eller annen planlagt aktivitet, for så å bes om å delta i en spørreundersøkelse, slik som i dette tilfellet, blir det spesielt viktig å informere om informantenes rett til ikke å delta. Det er også viktig å presisere at de også i ettertid, dersom de skifter mening, har mulighet til å trekke seg fra studien.

3.6 Databehandling og analyse

Etter at data var samlet inn, hadde jeg utfylte spørreskjema fra 27 respondenter. Måleinstrumentet lister opp 29 ulike helseplager fordelt på 5 hovedkategorier, og graderer omfanget av plagen fra 0= ingenting til 3= alvorlig plaget. Besvarelsene ble lagt inn i statistikkprogrammet MYSTAT 12, som er en studentversjon av SYSTAT.

Det er vanlig å starte dataanalyse med beskrivende statistikk. Dette kalles også univariat analyse og betyr at en og en variabel undersøkes for seg. (Olsson, H. & Sørensen, S 2003)

For å få en oversikt over dataene, ble det først laget en frekvensfordeling av alle rapporterte helseplager i prosent. Dette ga et prosentnivå for alle rapporterte plager samlet, for hver av de fem underkategoriene, og for hver enkeltplage. En samlet skår for hver undergruppe kan vise hva type plager som rapporteres mest og minst. Det rapporterte prosentnivået for hver kategori ble derfor satt opp i et stolpediagram. Her ble også normdata fra 1996 og 2003 lagt inn slik at det var lett å sammenligne de tunghørtes rapportering med normdata fra flere år.

Det rapporterte prosentnivået for hver av de 29 enkeltplagene ble listet opp i en tabell for å kunne vurdere enkeltplagene opp mot hverandre, og opp mot normdata ble. På noen enkeltplager var det 1-2 manglende svar. I disse tilfellene med svar missing ble prosentnivået regnet ut i fra en $n = 26$ eller 25 . Tilsvarende prosentnivå fra 1996 og 2003 ble lagt inn i tabellen i egne kolonner. Mange av enkeltplagene viste et vesentlig høyere prosentnivå av helseplager hos utvalget tunghørte. Forskjellen på totalrapporteringen for hver underkategori var ikke tilsvarende stor. Det kunne bety at de ulike respondentene rapporterer flere plager hver. Jeg valgte derfor å undersøke antallet plager hver enkelt tunghørt rapporterte. I Eriksens doktorgradsarbeid artikkel IV (1998), er det beskrevet hvor mange prosent menn og hvor mange prosent kvinner som rapporterer 0, 1-5, 6-10, 10-15 og over 15 plager. Antall rapporterte plager fra menn og kvinner ble slått sammen, slik at jeg fikk tall på hvor mange prosent av den samlede gruppen som rapporterte tilsvarende antall plager. Disse prosentene ble så satt inn i et stolpediagram sammen med tilsvarende data fra utvalget tunghørte. For å understreke hvilke type plager som rapporteres mest høyfrekvent, ble det laget en oversikt over de ti oftest rapporterte plagene. Denne listen er satt inn i en tabell ved siden av tilsvarende data fra 2003.

Det har liten hensikt å beskrive gjennomsnittet i svarene, når SHC plager skal analyseres, da det ofte vil bli null. For å kunne vurdere enkeltplagene opp mot hverandre, og opp mot normdata ble da det ofte vil være null (Eriksen, 1998) For å beskrive spredningen i dette materialet, anbefales isteden å lage en frekvensfordeling av antall prosent som svarer over 1. På denne måten kan det presenteres et prosentnivå for antall respondenter som opplever å være «en del» og «alvorlig» plaget av den enkelte helseplagen (Ihlebak& Eriksen 2004). En slik frekvensfordeling ble utarbeidet, og tallene ble satt inn i en tabell sammen med tilsvarende data fra 2002 og 1996. For å få frem hvilke enkeltplager som rapporteres som mest belastende, ble det utarbeidet en liste over de enkeltplagene som oftest ble rapportert som alvorlige. Listen ble satt inn i en egen tabell sammen med tilsvarende data fra 2003.. Hensikten med denne analysen var å undersøke om de tunghørte opplever andre type plager som alvorlig belastende.

Den deskriptive statistikken viste at Muskel og skjelettplager og Pseudonevrologiske plager rapporteres oftere og mer intenst av utvalget tunghørte, enn plagene i de andre undergruppene. Jeg ønsket derfor å se mer på dataene i disse to kategoriene med en bivariat analyse. En korrelasjonsanalyse kan vise om det er samvariasjon mellom de ulike plagene internt i disse to undergruppene. I følge Bjørndal & Hofoss må det benyttes ikke-parametriske metoder når

ordinale data skal analyseres (2006) En ikke-parametrisk metode som ser på korrelasjon er Spearmanns rangkorrelasjon. Den kan brukes til å måle hvilke variabler som korrelerer mest. Styrken på korrelasjonen, som også kalles korrelasjonskoeffisienten, kan beskrives med et tall som ligger mellom 1,0 og -1,0. Dette tallet viser om det er, eller ikke er en samvariasjon mellom variablene. En korrelasjonskoeffisient under null viser at relasjonen mellom de to variablene er negativ og at den ene minker når den andre stiger. En korrelasjon kan være signifikant eller ikke-signifikant. Dette uttrykkes med en P-verdi. En signifikant samvariasjon kan finnes der samvariasjonen mellom to variabler er så vanlig at den trolig ikke har oppstått tilfeldig. P –verdien gir altså en oppfatning av hvor sikker konklusjon en kan trekke. Det er vanlig å konkludere med at samvariasjonen er signifikant dersom p-verdien er mindre enn 0,05. (Olsson&Sørensen, 2006) Spearmans korrelasjonsanalyse, to-halet, ble gjort med alle variablene i gruppen muskel og skjelettplager og i gruppen pseudonevrologiske plager og korrelasjonskoeffisientene ble så satt opp i en enkel tabell. Testen viser hvilke av plagene det er, og hvilke plager det ikke er, signifikante sammenhenger mellom. Den forklarer ingenting om kausalitet eller retning, og vi kan ikke vite om den ene variabelen fører til den andre, eller motsatt.

For å kunne forstå og tolke dataene bedre, ville det være ønskelig å gjøre flere bivariate og multivariate analyser. I dette materiale er det, slik jeg oppfatter det, ikke mulig å gjøre flere analyser uten å inneha mer bakgrunnsinformasjon om informantene.

4. Resultat

I dette kapitlet presenteres dataene fra selvrapporteringskjemaene. Presentasjonen er presentert i tre avsnitt, og følger i stor grad rekkefølgen på dataanalysen presentert i forrige kapittel. Resultatene som presenteres i avsnitt 4.1 og 4.2 er de funnene som er relevante for forskningsspørsmål 1 og 2. I tillegg presenteres en tabell for korrelasjon mellom noen av variablene i avsnitt 4.3. Alle funnene vil bli nærmere belyst i diskusjonen. For å gjøre tallene mer tilgjengelige og lesbare, presenteres funnene ved hjelp av tabeller og stolpediagram.

Kort oppsummert vil jeg vise at dette utvalget av tunghørte rapporterer et høyere prosentnivå av helseplager enn befolkningen generelt. Dette gjelder både når plagene ses på under ett, i hver underkategori unntatt en, og på mange av enkeltplagene. De tunghørte skårer spesielt høyt på enkeltplager i undergruppene «Muskel og skjelettplager» og «Pseudonevrologiske plager». De tunghørte rapporterer også at de er mer plaget av helsa enn det som rapporteres i normdata. De plagene som rapporteres oftest, og de plagene som gir mest intense plager, er de samme i begge gruppene, men de tunghørte rapporterer et høyere prosentnivå på samtlige av disse plagene. I tillegg rapporterer de tunghørte i gjennomsnitt flere plager pr person.

4.1 Omfanget av rapporterte plager

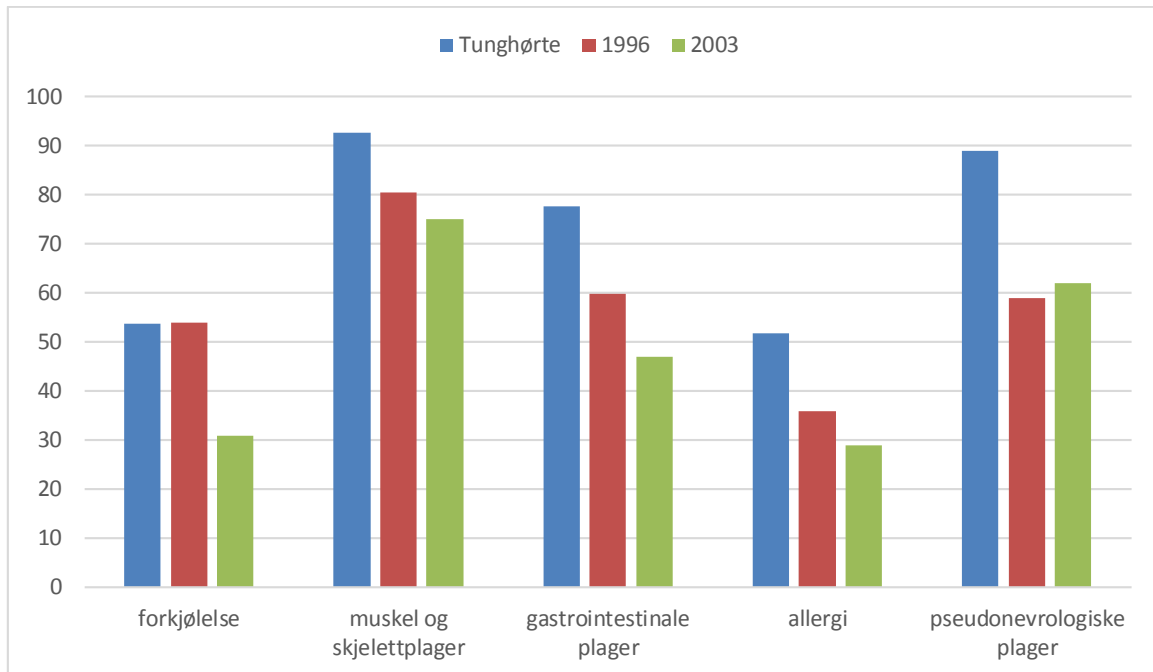
4.1.1 Totalt

I utvalget tunghørte er alle helseplagene rapportert av minst en person, og alle personer rapporterer minst en plage. Det gir et samlet nivå av egenrapporterte helseplager på 100%. Til sammenligning rapporteres den totale skåren av SHC i 1996 å være 96,3 % (Eriksen 1998)

4.1.2 Underkategorier

I alle fem underkategorier rapporterer utvalget tunghørte et prosentnivå av subjektive helseplager over 50%. Muskel og skjelettplager og pseudonevrologiske plager er de to kategoriene der det rapporteres flest plager. Allergi-plager rapporteres det minst av. Tabell 3 viser de tunghørtes prosentnivå av SHC sammen med normdata fra 1996 og 2003. De tunghørte rapporterer sammenlagt et høyere prosentnivå av helseplager enn normdata i fire av

fem kategorier. Når det gjelder forkjølelserplager er nivået på samme nivå som normdata i 1996, men høyere enn normdata fra 2003.



Tabell 3; Oversikt over det samlede rapporterte nivå av subjektive helseplager for hver underkategori hos disse tunghørte og i normdata fra 1996 og 2003

4.1.3 Enkeltplager

Her presenteres prosentnivået av SHC plager for hver enkelt helseplage i en tabell. Plagene i hver underkategori er plassert sammen, og totalnivået for hver underkategori er presentert først i hvert avsnitt.

	<i>Tunghørte</i> <i>n=27</i>	<i>1996</i> <i>n=1240</i>	<i>2003</i> <i>n= 637</i>
<i>Forkjølelse</i>	53,8	54	31
<i>Influenza/Forkjølelse</i>	46,2	49,3	26
<i>Hoste</i>	30,8	23,7	13
<i>Muskel/skjelettplager</i>	92,6	80,6	75
<i>Hodepine</i>	61,5	50,7	35
<i>Nakkesmerter</i>	63	37,9	33
<i>Smerte korsrygg + øverst i ryggen</i>	74	58,2	47
<i>Smerter armer</i>	44,5	23,5	24
<i>Smerter skulder</i>	59,3	38,4	35
<i>Migrene</i>	4,0	7,6	8
<i>Smerter i føttene ved anstrengelse</i>	44	21,9	19
<i>Gastrointestinale plager totalt</i>	77,8	59,8	47
<i>Sure oppstøt/halsbrann</i>	30,8	25,1	20
<i>Sug/svie i magen</i>	8,0	16,5	11
<i>Magekatarr/sår</i>	7,7	4,2	3
<i>Mageknip</i>	20	19,7	16
<i>Luftplager</i>	57,7	34,5	22
<i>Diare</i>	34,6	21,2	15
<i>Forstoppelse</i>	19,2	8,4	5
<i>Allergi-plager</i>	52	33,9	29
<i>Eksem</i>	11,5	13,9	13
<i>Allergi</i>	26,9	11,6	14
<i>Astma</i>	11,6	5	5
<i>Brystsmerter</i>	3,8	12,6	5
<i>Pustevansker</i>	20	8,3	7
<i>Pseudonevrologiske plager</i>	88,9	59,1	62
<i>Hetetokter</i>	14,8	4,5	8
<i>Søvnproblemer</i>	63	23,5	26
<i>Tretthet</i>	81,5	45,4	53
<i>Svimmelhet</i>	25,9	12,7	11
<i>Angst</i>	28	9,1	7
<i>Nedtrykt/depresjon</i>	52	19,8	15
<i>Hjertebank/ekstraslag</i>	18,5	10,9	8

Tabell 4; Oversikt over prosentnivået av rapporterte enkeltplager for disse tunghørte, og for normdata fra 1996 og 2003

Når en ser på forkjølelsesplagene er totalnivået hos de tunghørte ganske likt nivået på normdata i 1996. Normdatautvalget i 2003 var mindre forkjølet, og forskjellen på utvalgene er der ca 20% prosentpoeng.

Totalskåren av rapporterte muskel og skjelettplager hos tunghørte er noe høyere, men skiller seg ikke dramatisk fra normdata. Tunghørte skårer imidlertid høyere på alle enkeltplager med unntak av migrene. Forskjellen er særdeles stor mellom de tunghørte og utvalget i 2003. Rygg og nakkesmerter er de to enkeltplagene med høyest skår i denne underkategorien.

Luftplager er den enkeltplagen som rapporteres oftest av de gastrointestinale plagene. Det er også denne plagen i denne undergruppen der forskjellen mellom de tunghørte og normdata er størst. Sug/svie i magen rapporteres av færre tunghørte enn i begge utvalgene med normdata. Mageknip og magesår rapporteres av noen tunghørte, men dette synes å være tilsvarende vanlige plager i normalbefolkningen også. Forskjellen mellom utvalgene er her liten, og med tanke på at utvalget tunghørte er lite, er dette resultat det ikke bør legges for stor vekt på.

Når det gjelder allergiplager er totalskåren hos de tunghørte høyere enn hos normdata. Eksempelplager og brystsmertter er imidlertid noe sjeldnere rapportert hos de tunghørte. Allergi og pustevansker rapporteres oftest av de tunghørte.

Pseudonevrologiske plager er den underkategorien der forskjellen mellom tunghørtes rapporterte plager sammenlagt er høyest sammenlignet med normdata. Søvnproblemer rapporteres av de tunghørte med 63 % mot 23,5% og 26% i normdata. Dette utgjør en forskjell i prosentnivå på nesten 40%. Tretthet er den enkeltplagen som med det høyeste prosentnivået av alle enkeltplagene (81,5%). Dette er også en plage som rapporteres vesentlig oftere av de tunghørte. Depresjon/nedstemthet rapporteres også ofte av de tunghørte her, men betydelig lavere enn søvnproblemer og tretthet. Forskjellen mellom tunghørte og normdata, er imidlertid vel så høy som på tretthetsplager. Svimmelhet og angst rapporteres med et høyere prosentnivå hos tunghørte, mens rapporteringen av hjertebank og hetetokter har små variasjoner mellom utvalgene.

4.1.4 Vanligste plager

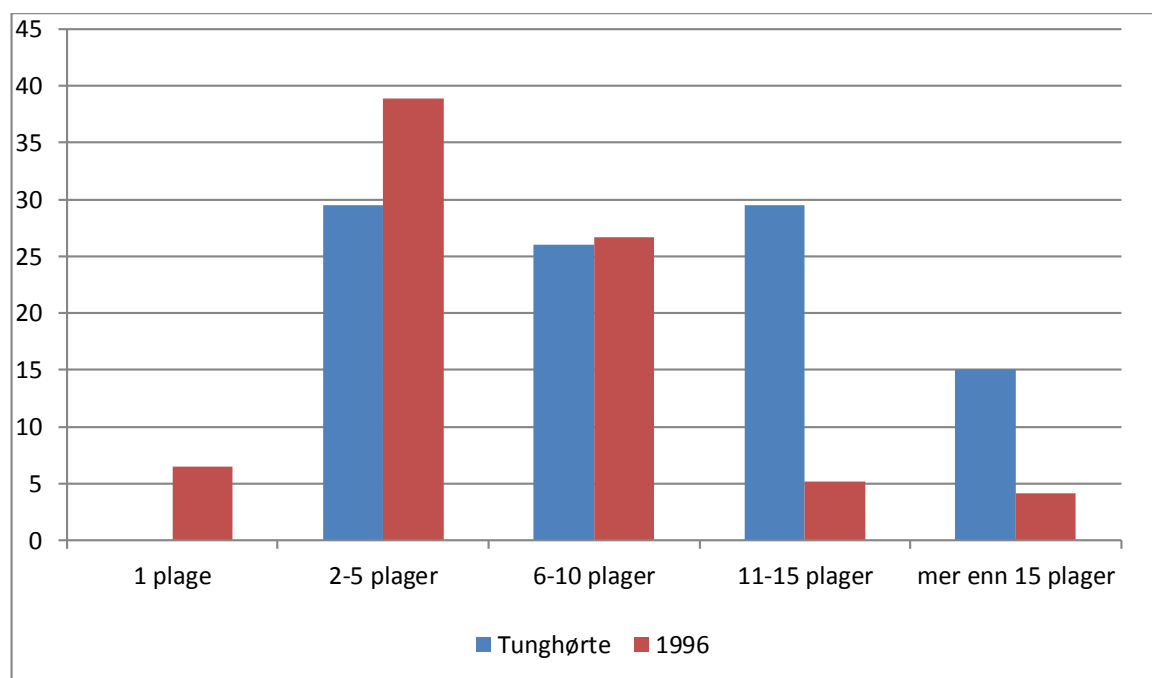
Dette er en tabell som presenterer enkeltplagene med de ti høyeste prosentnivåene for tunghørte og for normdata fra 1996. Tabellen ble laget for å undersøke om de tunghørte rapporterte andre plager enn det som beskrives i normdata. Resultatene viser at det ikke er noen forskjell på type plager mellom de to gruppene. Begge rapporterer høyest prosentnivå på tretthet. Deretter følger nesten de samme plagene i en tilnærmet lik rekkefølge. Plagene er så å si de samme, men de tunghørte rapporterer et betydelig høyere prosentnivå på alle disse plagene.

De hyppigst rapporterte plagene hos disse tunghørte.	(%)	De hyppigst rapporterte plagene i normdata 2003	(%)
Tretthet	81	Tretthet	53
Smerter i nakken	63	Smerte i korsrygg og Smerter øverst i ryggen	47
Søvnproblemer	63	Hodepine	35
Hodepine	61,5	Smerter i skulder	35
Smerter i skulder	59,3	Smerter i nakken	33
Luft i magen	57,7	Søvnproblemer	26
Depressivitet/Nedstemthet	52	Forkjølelse /Influensa	26
Smerte i korsrygg og Smerter øverst i ryggen	50,6	Smerter i armene	24
Forkjølelse/ Influensa	46,2	Luft i magen	22
Smerter i armene	44,5	Sure oppstøt halsbrann	20

Tabell 5; oversikt over plagene med høyest rapporterte prosentnivå hos disse tunghørte og i normdata fra 2003

4.1.5 Antall rapporterte plager pr person

Ettersom de tunghørte rapporterer et betydelig høyere prosentnivå på mange enkeltplager, var det ønskelig å få en oversikt over antall rapporterte plager pr person. Disse tallene presenteres i en tabell sammen med tilsvarende data fra 1996. Tabellen viser at flere prosent av de tunghørte rapporterer flere plager pr person enn personene i utvalget fra 1996.



Tabell 6; viser prosentandel av tunghørte, og normdata fra 1996 som rapporterer antall plager pr person.

4.2 Intensitet av rapporterte plager

De funnene som er presentert så langt omhandler *omfanget* av rapporterte helseplagene. SHC skjemaet gir også informantene mulighet til å rapportere om intensiteten på sine helseplager. Ved å ta i bruk de ulike tallskårene fra 1 til 3, kan respondentene enkelt fortelle om de har vært «litt», «en del» eller «alvorlig» plaget. For å kunne undersøke denne dimensjonen ved SHC rapportene, er det laget en egen frekvensfordeling over alle som har svart at de er «en del» og «alvorlig plaget».

4.3 Enkeltplager

Tabellen presenterer prosentnivå av helseplager med en skår over 1 i utvalget tunghørte, og i utvalget fra 2003.

	<i>Tunghørte</i> <i>n=27</i> <i>(%)</i>	<i>2003</i> <i>n= 637</i> <i>(%)</i>
<i>Forkjølelse</i>		
<i>Influenza</i>	23,1	10
<i>Hoste</i>	11,5	5
<i>Muskel/skjelettplager</i>		
<i>Hodepine</i>	26,9	13
<i>Nakkesmerter</i>	40,8	13
<i>Smerte korsrygg + øverst i ryggen</i>	33,4	23
<i>Smerter armer</i>	22,3	9
<i>Smerter skulder</i>	40,8	14
<i>Migrene</i>	0	5
<i>Smerter i føttene ved anstrengelse</i>	20	8
<i>Gastrointestinale plager totalt</i>		
<i>Sure oppstøt/halsbrann</i>	15,4	6
<i>Sug/svie i magen</i>	8	2
<i>Magekatarr/sår</i>	7,7	2
<i>Mageknip</i>	8	3
<i>Luftplager</i>	27	4
<i>Diare</i>	3,9	3
<i>Forstoppelse</i>	11,5	1
<i>Allergiplager</i>		
<i>Eksem</i>	3,8	5
<i>Allergi</i>	11,5	5
<i>Astma</i>	7,7	3
<i>Brystsmerter</i>	4	1
<i>Pustevansker</i>	0	3
<i>Pseudonevrologiske plager</i>		
<i>Hetetokter</i>	7,4	2
<i>Søvnproblemer</i>	29,7	8
<i>Tretthet</i>	55,5	13
<i>Svimmelhet</i>	18,5	3
<i>Angst</i>	8	1
<i>Nedtrykt/depresjon</i>	4	3
<i>Hjertebank/ekstraslag</i>	11,1	1

Tabell 7; Prosentandel av tunghørte som har rapportert helseplager med en skår over 1, og tilsvarende normdata fra 2003.

Jeg vil videre i teksten presentere de viktigste funnene fra hver kategori. I underkategorien forkjølelse rapporterte totalt 53,8 av de tunghørte denne type plager, men det er langt færre som har opplevd dette som alvorlige plager.

Dette utvalget tunghørte rapporterer en sterkere alvorlighetsgrad på samtlige enkeltplager i underkategorien muskel og skjelettplager, med unntak av migrene. Det er ingen tunghørte i dette utvalget som er alvorlig plaget av migrene. Nakke og skulderplager er de plagene som rapporteres som mest alvorlig. Det er langt flere av de tunghørte som opplever alvorlige nakke og skulderplager enn det som oppgis i normdata fra 2003. Forskjellen mellom utvalgene utgjør 26,8 og 27,8 prosentpoeng. Hodepine, ryggplager, smerter i armer og føtter er også plager som rapporteres også som vesentlig mer alvorlig hos de tunghørte.

Den største forskjellen på de to utvalgene når det gjelder nivået av alvorlige gastrointestinale plager, vises på luftplager. Der rapporterer flere av de tunghørte å være alvorlig plaget. Denne forskjellen utgjør 23 prosentpoeng.

Allergi-plager var den kategorien som var rapportert med lavest prosentnivå i omfang. Her rapporterer de tunghørte færre eksem og pustevanske -plager enn normdata. Resten av allergi plagene rapporteres som alvorlige hos noen, men ikke mange flere tunghørte.

De tunghørte i dette utvalget rapporterer en høyere alvorlighetsgrad av samtlige muskel og skjelettplager, men det er store variasjoner mellom plagene. Tretthet er den enkeltplagen tunghørte opplever å være mest plaget av. Det er også den plagen der de tunghørte skiller seg mest fra normdata med henholdsvis 55,5% mot 13%. Det utgjør en prosentforskjell på 42,5%. Søvnproblemer og svimmelhet er også relativt ofte rapportert som alvorlige plager hos tunghørte. Alvorlig hjertebank, angstplager, hetetokter og depressivitet rapporteres også hyppigere som alvorlige plager hos de tunghørte, men forskjellen på gruppene er betydelig lavere.

4.3.1 Mest alvorlige plager

Det ble laget en oversikt over de plagene som oftest ble rapportert som plagsomme. Disse ble satt opp ved siden av tilsvarende tall fra 2003. Dette ble gjort for å se om tunghørte opplevde andre type plager alvorlige plager enn befolkningen generelt. Tabellen nedenfor viser at det i hovedsak er de samme plagene som rapporteres som mest alvorlige hos tunghørte og i normdata. Det er imidlertid en svært stor forskjell på prosentnivået i de to gruppene. Det er betydelig flere tunghørte som opplever å være alvorlig plaget av sin helse.

Tunghørte	%	Normdata 2003	%
Tretthet	55,5	Korsryggssmerter og smerter øvre i rygg	23
Smerter i skuldre	40,8	Smerter i skuldre	14
Smerter i nakken	40,8	Tretthet	13
Smerter i korsrygg og smerter i øvre rygg	33,4	Smerter i nakken	13
Søvnproblemer	29,7	Hodepine	13
Luftplager	27	Forkjølelse/influensa	10
Hodepine	26,9	Smerter i armene	9
Smerter i korsryggen	25,9	Smerter i føttene v/anstrengelse	8
Forkjølelse/ Influensa	23,1	Søvnproblemer	8
Smerter i armene	22,3	Sure oppstøt/halsbrann	6

Tabell 8; De ti plagene med skår over en, som har høyest prosentnivå hos disse tunghørte og i normdata fra 2003.

4.4 Korrelasjon

4.4.1 Korrelasjon av muskel og skjelettplager

	<i>Hodepine</i>	<i>Nakke smerter</i>	<i>Smerter øvre rygg</i>	<i>Smerter korsrygg</i>	<i>Smerter armer</i>	<i>Smerter skuldre</i>	<i>Migrene</i>	<i>Smerter i føttene ved anstrengelse</i>
<i>Hodepine</i>								
<i>Nakkesmerter</i>	.506**							
<i>Smerter øvre rygg</i>	.419*	.748**						
<i>Smerter korsrygg</i>	.381	.702**	.533**					
<i>Smerter armer</i>	.671**	.531**	.460*	.313				
<i>Smerter skuldre</i>	.622**	.744**	.700**	.618**	.653**			
<i>Migrene</i>	.290	.193	.307	-.241	.323	.211		
<i>Smerter i føttene ved anstrengelse</i>	.403	.345	.349	.421*	.388	.287	-.166	

Tabell 9; Spearmans rangkollerasjon, * $P < 0,05$ ** $P < 0,01$

Tabellen er laget etter en tohalet Spearmans korrelasjonsanalyse, og viser høy korrelasjon mellom de fleste plagene i denne underkategorien. De fleste av korrelasjonene er høysignifikante. Den plagen som har høyest korrelasjonskoeffisient mot flest andre plager er smerte i skuldrene. Nakkesmerter korrelerer også høyt med den andre plagene. Følgende fire helseplager korrelerer så å si likt med de andre plagene; hodepine, smerter øverst i ryggen, i korsryggen og smerter i armene. Migrene skiller seg fra de andre plagene i kategorien med å ha negativ eller svært lav korrelasjon til de andre plagene. Ingen av samvariasjonene med migrene er signifikante. Smerter i beina ved anstrengelse har lavere korrelasjon enn de andre og det er bare korrelasjonen til smerter i korsryggen som er signifikant.

4.4.2 Korrelasjon av pseudonevrologiske plager.

	<i>Hetetokter</i>	<i>Søvn</i>	<i>Tretthet</i>	<i>Svimmelhet</i>	<i>Angst</i>	<i>Nedtrykt/ Depresjon</i>	<i>Hjertebank/ Ekstraslag</i>
<i>Hetetokter</i>							
<i>Søvnproblemer</i>	.282						
<i>Tretthet</i>	-.014	.415					
<i>Svimmelhet</i>	.261	.270	.452*				
<i>Angst</i>	.290	.114	.619**	.487*			
<i>Tristhet/Depresjon</i>	.318	.105	.353	.372	.644**		
<i>Hjertebank/ Ekstraslag</i>	.022	.069	.248	.351	.319	.094	

Tabell 10; Spearmans rang korrelasjon

* $P < 0,05$ ** $P < 0,01$

De pseudonevrologiske plagene har totalt sett et lavere nivå av korrelasjon seg imellom enn muskel og skjelettplagene. Her er det kun fire p-verdier som er statistisk signifikante. Disse p-verdien er imidlertid høysignifikante under 0,01%, og viser at det er en tydelig samvariasjon mellom disse helseplagene. De høyeste korrelasjonene er mellom angst og depresjon, angst og tretthet, angst og svimmelhet, og mellom tretthet og svimmelhet. I denne kategorien er det hetetokter som skiller seg mest ut fra de andre plagene med negative eller svært lave korrelasjonskoeffisienter.

5. Diskusjon

Mitt utgangspunkt for dette prosjektet var å få mer kunnskap om tunghørte og deres helseplager. Jeg vil i dette kapitlet se nærmere på de viktigste funnene i denne undersøkelsen i lys av teorier jeg har presentert tidligere. Hensikten med dette er å vurdere om jeg har fått svar på mine forskningsspørsmål. Først vil jeg drøfte de resultatene som omfattes av forskningsspørsmål 1 og 2. Etter dette vil jeg ta for meg resultatene av korrelasjonsanalysen. For å kunne vurdere om kunnskapen er gyldig, har jeg så gjort en vurdering av metoden. Til slutt vil jeg vurdere om det er hensiktsmessig å møte denne kunnskapen med teorier fra psykisk helsearbeid.

5.1 Omfanget av helseplager hos tunghørte.

De tunghørte informantene i denne studien rapporterer et høyere prosentnivå av helseplager totalt sett, i fire av underkategoriene, og på flere enkeltplager enn normdata fra to ulike år. Muskel og skjelettplager, og pseudonevrologiske plager er de underkategoriene der det er størst forskjell på nivået av helseplager hos tunghørte og normdata.

Mitt første forskningsspørsmål omhandler omfanget av helseplager hos tunghørte. Er det slik at tunghørte rapporterer flere helseplager enn normalbefolkningen? Dette utvalget tunghørte rapportere et høyt nivå subjektivt opplevde helseplager. Slike helseplager er ifølge Ihlebæk & Eriksen, helt vanlige hos folk flest. (2004). En kan derfor tenke seg at forskjellene det vises til her, er innenfor normalvariasjonen i en befolkning. På den annen side er det kjent at personer med nedsatt funksjonsevne rapporterer flere helseplager enn resten av befolkningen (SSB 2010). Tunghørte kan defineres inn i denne gruppen fordi de har en redusert sans, og dermed også en nedsatt funksjonsevne. Det er i tillegg kjent, at tunghørte i større grad enn normalt-hørende også har andre funksjonshemminger (Eide og Gundersen, 2004). I denne undersøkelsen oppgis tretthet, smerter i nakken, søvnproblemer, hodepine og smerter i skuldre, som de vanligste subjektive helseplager hos tunghørte. Dette tilsvarer funn i en SSB-rapport der kroppslige smerter, hodepine og søvnvansker beskrives som typiske plager hos personer med nedsatt funksjonsevne. Med dette perspektivet er det sannsynlig at tunghørte, på lik linje med andre funksjonshemmede, også rapporterer flere helseplager enn resten av befolkningen.

Det er store forskjeller på nivået av rapporterte helseplager i de fem underkategoriene. Når prosentnivået av **forkjølellesplager** hos tunghørte sammenlignes med normdata, er resultatet sprikende. Dette skyldes en stor variasjon i forkjølellesplager hos normalbefolkningen fra 1996 til 2003. En slik variasjon kan vurderes som en naturlig svingning. Forkjølelse er et virus som smitter lett i befolkningen, og om man blir smittet eller ikke kan variere fra en periode til en annen. En kan tenke seg at rapporteringsnivået av forkjølellesplager hos tunghørte også kan se annerledes ut om det gjøres en tilsvarende studie ved en senere anledning.

Ryggsmarter i øvre og nedre rygg, nakkesmarter, skuldersmarter, smarter i armene og hodepine, er de **muskel og skjelett plagene** som rapporteres oftest av disse tunghørte. Nivået av disse helseplagene er betydelig høyere enn normdata fra 2003, og noe høyere enn normdata fra 1996. Det er ingen studier som direkte kan bekrefte eller avkrefte om denne forskjellen i omfang av muskel og skjelettplager stemmer. Beskrivelser av smarter i rygg, skulder, nakke og hodepine presenteres imidlertid også i fem ulike undersøkelser av tunghørte i ulike livssituasjoner. (Jæger, 2001) (Kjeka, 2007) (Wrålsen,2008) (Sagen, 2010) (Eide& Gundersen, 2004)

Gastrointestinale plager og **allergiplager** rapporteres i liten grad hos disse tunghørte. Luft i magen er den eneste plagen som rapporteres i et betydelig større omfang hos de tunghørte enn i normdata. Jeg har ikke funnet teori som bekrefter eller avkrefter dette funnet. En mulig forklaring kan være at dette er helseplager man ikke snakker så mye om, og som mange knytter mest opp mot somatiske forhold. Da vil det ikke være naturlig å komme inn på slike plager i et intervju med fokus på hørselshemming. Spørreskjemaet om subjektive helseplager spør direkte etter ulike typer helseplager. Informantene kommer derfor med informasjon de kanskje ikke hadde snakket om i andre sammenhenger.

Pseudonevrologiske plager er den underkategorien som sammenlagt viser størst avstand mellom de tunghørtes rapporteringer og normdata. Her kommer det tydelig frem at disse tunghørte rapporterer flere søvnproblemer, mer tretthet og mer depressivitet / tristhet enn normdata. På den ene siden er tretthet den enkeltplagen som rapporteres hyppigst både hos tunghørte og normalbefolkningen, og ikke et særproblem for tunghørte. På den annen side bekreftees i minst syv ulike studier presentert i kapittel 2, at mange tunghørte er plaget av tretthet og slitenhet. (Jæger, 2001) (Eide&Gundersen,2004) (Kvam &Tingvold,2004) (Christensen,2006) (Kjeka,2007) (Wrålsen,2008) (Sagen, 2010) Denne slitsomheten beskrives

på ulike måter. Det brukes begreper som «mental slitenhet», «psykisk slitenhet», «psykisk utmattende», «tretthet», «sterk tretthet» og det å være «helt tom». Den mentale slitenheten skal være spesielt fremtredende hos personer som opplever at hørselshemmingen fører til flere praktiske problemer i hverdagen (Christensen, 2006) Disse studiene sier ikke noe direkte om omfanget av trettheten, men det er et tema som får mye plass og oppmerksomhet i de kvalitative studiene, og må derfor anses å være av betydning.

Enkelte studier har funnet en opphopning av angst og depresjon hos hele gruppen hørselshemmede (Tambs, 2004) (Øhre, et al. 2011.), og det var derfor forventet å finne flest rapporter om angst og depresjon hos disse tunghørte. Det er over 50% som rapporterer å ha opplevd depressivitet og tristhet de siste 30 dager, men bare 30% som rapporterer å ha opplevd angstplager. Det er andre plager som rapporteres høyere. Disse funnene kan se ut til å tilsvare det som er vanlig og normalt i Norge. De vanligste psykiske plagene i landet er angst og depresjon i tillegg til rusmisbruk. (FHI,2011) Og det er forventet at 50% av oss får en psykisk lidelse i løpet av livet. På den annen side, er det rapporterte prosentnivået av nedtrykthet og depressivitet høyere hos de tunghørte, og forskjellen på rapporteringen hos de tunghørte og i normdata er betydelig. Disse funnene bekreftes av studier gjort på data fra helseundersøkelsen i Nord Trøndelag(HUNT). (Tambs, 2004) Det er også studier som beskriver at hørselshemmede er mindre fornøyde enn normalbefolkningen (Næss, 2010) I andre studier beskriver tunghørte en tristhet «som en reaksjon på avvisning og utestenging.» (Sagen, 2010) «Tristhet», «dårlig humør» og «nerver» (Christensen,2006) er også plager som beskrives uten at det er definert hva som ligger i begrepene.

Det kan se ut som om tunghørte har et større omfang av muskel og skjelettplager enn resten av befolkningen. Det er også ting som tyder på at de har et større omfang av luft i magen og pseudonevrologiske plager som; søvnproblemer, tretthet, angst, nedtrykthet og depresjon.

5.2 Intensiteten på helseplager hos tunghørte

Mitt andre forskningsspørsmål omhandler intensiteten på de rapporterte plagene. Rapporterer tunghørte å ha mer alvorlige helseplager enn andre? Denne undersøkelsen viser at disse tunghørte rapporterer et betydelig høyere nivå av alvorlighetsgrad på noen av enkeltplagene i SHC skjemaet.

Plager med luft i magen er en plage som rapporteres som alvorlig hos relativt mange av de tunghørte. Jeg har ikke klart å finne litteratur som kan forklare, bekrefte eller avkrefte disse funnene. Når flere tunghørte rapporterer at de er en del eller alvorlig plaget av dette, er dette subjektive opplevelser, og en omfattende belastning for dem det gjelder. Jeg velger likevel å fokusere mer på andre type plager videre i oppgaven.

Nedtrykthet/depressivitet ble rapportert i stort omfang av de tunghørte, men det er ikke flere av de tunghørte som opplever dette som alvorlige plager. En mulig forklaring på dette, kan være at personer som er svært plaget av alvorlige psykiske plager, i mindre grad vil melde seg på kurs sammen med andre, og gjennom dette heller ikke er med i dette utvalget. Det subjektive aspektet ved opplevelsen av helse kan også påvirke rapporteringen. Det er helt individuelt hvordan ulike personer opplever og tolker sine helseplager. Ved en psykiatrisk utredning, kan for eksempel søvnvansker og tretthet, være symptomer på depresjon. Dette skjemaet spør ikke etter formelle diagnoser eller årsaksforklaringer, men tar ganske enkelt imot den beskrivelsen folk gir av sine helseplager.

Denne studien viser at disse tunghørte rapporterer en betydelig høyere alvorlighetsgrad på plager som smerter i nakke og skulder, hodepine, svimmelhet og søvnproblemer. Tretthet er den plagen der de tunghørte rapporterer det desidert høyeste prosentnivå på en alvorlig plage.

Disse funnene bekreftes i tunghørtes beskrivelser av betydelige kroppslige plager i flere studier. Studiene er presentert i kapittel to og refereres også i diskusjonen om omfanget av helseplager hos tunghørte kapittel 5.1. Disse studiene sier imidlertid lite om intensiteten på plagene, og gir ingen mulighet for sammenligning, med normdata. En videre, og mer helhetlig drøfting av disse funnene, vil jeg komme tilbake til i neste avsnitt om samvariasjon.

5.3 Samvariasjon mellom plagene

Korrelasjonsanalysen viste en overaskende sterk intern samvariasjon mellom de ulike muskel og skjelettplagene, og mellom de ulike pseudonevrologiske plagene hos de tunghørte. Litteratursøk som er gjort tidligere kan bekrefte funnene på enkeltplager eller type plager, men det er lite som kan utdype eller forklare den sterke samvariasjonen mellom disse plagene. Jeg har derfor søkt etter ny litteratur for om mulig å kunne belyse dette fenomenet.

De pseudonevrologiske plagene i SHC –skjemaet tilsvarer på mange måter symptomer som kommer til syne ved aktivering av det autonome nervesystemet. Dette kan forklares med

teorier om stress. Jeg har her valgt å presentere kognitiv aktiveringsteori om stress (CATS) (Ursin, H., & Eriksen, H. R., 2004) Denne teorien deler stress inn i to typer; Den ene typen er det kortvarige stresset som setter kroppen i alarmberedskap, på en slik måte at vi yter maksimalt for å møte en tenkt eller konkret utfordring. Dette er en helt normal og ofte en nyttig prosess. Når vi mestrer slike situasjoner, skaper det erfaringer om mestring som lagres i hjernen. Dersom lignende stressorer dukker opp ved en senere anledning, har hjernen lagret en tiltro til at dette er en situasjon som kan håndteres, og situasjonen vil tolkes som mindre stressende neste gang. (Ursin, & Eriksen, 2004)

Den andre typen stress er langvarig. I situasjoner der vi ikke finner en god løsning på situasjoner som stresser oss, opprettholdes alarmberedskapen i kroppen over tid. Det betyr at kroppen blir i konstant beredskap og fortsetter å produsere adrenalin og kortisol uten mulighet til å slappe av. Dette sliter på kroppen og kan på sikt, også være skadelig for helsen. Når stresset er langvarig og individet ikke finner noen løsning på situasjonen, er det naturlig at individet blir sittende igjen med manglende tiltro til egen mestring. Hjernen lagrer dette som negative erfaringer av håpløshet eller hjelpeløshet. Dersom lignende stressorer dukker opp igjen, vil hjernen gjenkjenne det, og så tolke det som en farlig situasjon. Hjernen vil da signalisere at kroppen må settes i full alarmberedskap. Opplevelsen av stress i slike situasjoner kan da øke ytterligere.

Denne teorien har ikke fokus på hvilke stressorer som utløser, eller setter i gang en stressreaksjon. Det som avgjør om stresset blir kortvarig eller langvarig, er om individet har tro på sin egen evne til å mestre situasjonen eller ikke (Ursin & Eriksen, 2004)

Forskning viser at opplevelser av stress som synes umulig å håndtere, kan føre til en økning av kroppslige symptomer fra det autonome nervesystemet og en økning av SHC- plager (Eriksen, 1998). Kan litteraturen forklare hvordan denne stressteorien kan være spesielt relevant for tunghørte? I avsnittet om psykisk helse i kapittel 2, har jeg listet opp en rekke risikofaktorer for utvikling av psykiske helseplager, som kan opptre hos noen tunghørte. Dette er utvilsomt belastninger for den enkelte person, men kan ikke alene forklare det at så mange tunghørte rapporterer en så stor mengde stressrelaterte plager med så stor intern korrelasjon.

For å få en bedre forståelse av disse funnene, har jeg hentet inn praksis-nær kunnskap fra en psykomotorisk fysioterapeut med videreutdanning i kognitiv terapi, ved navn Inger Anita Herheim. Herheim har selv Cochlea Implantat og holdt et foredrag om kroppslige belastninger hos tunghørte på en konferanse om Cochlea Implantat i 2008. (HLF/Briskeby, 2008)

Herheim beskriver hvordan mange med nedsatt hørsel anstrenger seg til det maksimale for å oppfatte alt som sies rundt dem. Til tross for dette sitter mange med dårlige mestringserfaringer i forhold til kommunikasjon. I et intervju i «Din hørsel» et tidsskrift utgitt av hørselshemmedes landsforbund, beskriver hun det å miste troen på egen mestring «Når man gjentatte ganger over tid opplever at man ikke får med seg hva som blir sagt, mister man tiltroen til egen mestring. Ofte utvikler en tryggingstrategier for å greie å stå i situasjonen, som å holde seg taus, prøve å gjøre seg usynlig, og late som om man forstår hva som sies. Opplevelsen av å ikke ha kontroll kan sammenlignes med å være i en krisesituasjon. En mobiliserer negative stresshormoner, som over tid gir dårlig balanse, søvn og konsentrasjonsvansker. Noe som rett og slett fører til at hjernen overbelastes» (HLF, Din hørsel 8/2010, s.10)

Herheim beskriver at en redsel for ikke å oppfatte hva som sies, kan være en konstant stressor for mange tunghørte. Hos noen er ulike lyttesituasjoner lagret som dårlige mestringserfaringer der håpløshet og hjelpeløshet er i fokus. De blir stående i langvarig stress med konstant kroppslig alarmberedskap. CATS teorien kan da forklare den økte aktiveringen i det autonome. Denne aktiveringen kan igjen forklare den høye rapporteringen av de pseudonevrologiske helseplagene i SHC-skjemaet.

CATS teorien hevder at denne typen stress kan føre til økte SHC plager generelt. Det kan muligens forklare funnene der disse tunghørte rapporterer et større omfang og en høyere intensitet på mange av helseplagene i dette spørreskjemaet. Herheim presenterer også en forståelsesramme for at tunghørte rapporterer spesielt mange muskel og skjelettplager. Hun sier at «Kroppen vår svarer på de belastninger vi utsettes for via smerter, søvnplager og dårlig balanse» (HLF/Briskeby,2008. side 23)

Herheim snakker om en årvåkenhet i hørsel, og i muskler, som kan være forenlig med den stressutløste alarmberedskapen som beskrives av Ursin. Helt konkret forklarer Herheim hvordan tunghørte må benytte seg av flere ulike strategier samtidig, for å oppfatte alt som sies i ulike sammenhenger. Det krever «full konsentrasjon, anstrengelse, aktiv lytting og munnavlesning» For å kunne anstrenge seg i så stor grad må kroppen spennes, da blir pusten overflatisk, hodet og skuldre skytes frem, og ryggen vil vekselvis rettes og krummes. Slike kraftige muskelspenninger kan over tid, gjøre at musklene blir kortere, og kommer ut av sin naturlige stilling. Når kroppen ikke er i balanse, må den holdes oppe med aktiv muskelbruk. Det kan føre til at kroppen sjelden eller aldri får virkelig hvile. Når de enorme anstrengelsene som kreves av tunghørte for å oppfatte andre, beskrives på en slik måte, kan er det en mulig forklaring på at flere av muskel og skjelettplagene opptrer samtidig. Med dette perspektivet er

det også mulig å forklare den store trettheten og slitenheten som rapporteres av de tunghørte i denne undersøkelsen.

Et viktig moment i Herheims beskrivelse av tunghørtes anstrengelser og kroppslige belastninger, er at det ikke trenger å være slik. Hun hevder at «ved å bli bevisst våre kroppslige reaksjoner og tankemønstre, kan vi styre unna uheldige og uhensiktsmessige strategier for å takle uforutsigbare og vanskelige kommunikasjonsituasjoner.» (HLF/Briskeby, 2008. s 23) Det presenteres også avspennings og balansetreningsovelser som skal kunne bidra til redusert stress og bedre konsentrasjon.

5.4 Vurdering av anvendt metode.

Det finnes ingen norske studier som har et slikt omfattende fokus på tunghørte og deres helseplager. Denne studien inneholder ny kunnskap om dette temaet. For å vurdere om dette er kunnskap som bør tas hensyn til, må også metoden vurderes. Det ble utgitt en review artikkel om nyere forskning på førspråklige døve og psykiske helseplager i 2011(Øhre et al.) I denne artikkelen stilles det spørsmål ved flere studier der utvalg av døve personer sammenlignes med hørende personer i forhold til psykiske helseplager. Mange av disse sammenligningene er gjort på svært ulike utvalg som ikke nødvendigvis er representative for hele populasjoner. I tillegg er det brukt ulike instrumenter og prosedyrer. Noen av disse forholdene er tilstede også i denne studien.

Denne studien har benyttet et velutprøvd spørreskjema med tilgjengelige normdata fra den norske befolkning. Det må sies å være et godt måleverktøy. Utvalget i studien er lite og skjevt. Det er kun 27 informanter, noe som må sies å være et lite utvalg. Det er likevel stort og variert nok til å kunne brukes i en sammenlignende studie. Utvalget er skjevt med tanke på alder. De fleste tunghørte er eldre (Tambs,2004) Eldre har generelt dårligere helse enn yngre (SSB 2009) Dette utvalget tunghørte er i arbeidsfør alder. Det samme gjelder utvalget som danner grunnlaget for normdata. Slik sett er dette en faktor som gjør det lettere å sammenligne dataene. Dette er ikke ett tilfeldig utvalg tunghørte. Utvalget er skjevt i den forstand at informantene er personer som selv har meldt seg på kurs i det å mestre sin hørselshemming. Vi vet ingenting om personene som ikke møtte på kurs, eller om noen lot være å levere inn

skjemaet. Et skjevt utvalg kan føre til usikre eller feilaktige tolkninger. I denne studien var det ut i fra tidligere forskning, forventet å finne mer angstplager hos disse tunghørte sammenlignet med normdata. (Øhre et al, 2011) Forklaringen på den relativt lave rapporteringen av disse plagene, kan være at personer med mye angst ikke har overskudd til å møte på et kurs, eller fylle ut et spørreskjema om sine helseplager. På den annen side vil det å ikke makte å fylle ut et spørreskjema på grunn av store psykiske plager, også være en faktor som var tilstede ved innsamlingen av normdata. En annen mulig forklaring kan også være at disse tunghørte rapporterer færre angstplager enn forventet. En tilsvarende studie med et stort, representativt utvalg, ville muligens gi mer entydige resultater.

Dette er et skjevt og lite utvalg, men det å finne et stort og godt representativt utvalg tunghørte, byr på utfordringer. Det finnes ikke noe register over hørselshemmede i Norge. Det finnes to store brukerorganisasjoner; Norsk Døveforbund (NDF) og Hørselshemmedes landsforbund (HLF) der medlemmene i stor grad har ulik kulturell og språklig identitet. Det finnes mange hørselshemmede som ikke er medlem av disse organisasjonene, og det gjøres ingen audiometriske hørselstester for å avgjøre hvilken organisasjon hørselshemmede bør melde seg inn i. Et mer omfattende arbeid for å få et større, mer representativt utvalg, kunne kanskje være mulig ved hjelp av annonsering og tett samarbeid med brukerorganisasjonene. Dette kunne sannsynligvis være både interessant og nyttig for både denne og lignende undersøkelser, men et slikt arbeid synes imidlertid langt utenfor denne masteroppgavens rammer.

Det finnes ingen bakgrunnsdata om informantene, noe som begrenser mulighetene til å analysere datasettet systematisk. Dette svekker resultatene på generelt grunnlag. I denne studien viser imidlertid tidligere forskning at personlige faktorer som kjønn, alder og utdanningsnivå ikke har så stor betydning for rapporteringen av SHC –plager. Den faktoren som har størst betydning for de subjektivt rapporterte helseplagene er den enkeltes tiltro eller manglende tiltro til egen mestring.

Det ble gjennomført en studie om SHC og sykefravær i 2003 (Ihlebak& Eriksen). Studien konkluderer med at SHC nivået i befolkningen holder seg relativt stabilt. Det er likevel forskjeller på SHC nivået i rapportene fra normdata i 1996 og i 2003. Vi vet ikke om resultatene hadde vært annerledes om vi hadde hatt tilgang på normdata for 2011, eller om vi hadde hatt SHC rapporter fra tunghørte i 1996.

Med dette lille og sannsynligvis skjeve utvalget er det ikke mulig å generalisere dataene og si at dette er representativt for alle tunghørte. På den annen side, er det relativt mye litteratur som

kan bekrefte og belyse funnene på en slik måte at det kan anses som sannsynlig at tunghørte er mer belastet av noen type helseplager enn normalbefolkningen.

5.5 Anvendelse av psykisk helsearbeid i møte med resultatene.

Et hørselstap er i de fleste tilfeller, en funksjonsnedsettelse en må leve med. Lydoppfattelsen kan forbedres mye med tekniske hjelpemidler og optimal tilrettelegging. For mange vil det likevel være mange situasjoner i livet uten «fullstendig velvære» som i WHO sin helse definisjon. Tunghørte rapporterer både i denne studien og flere andre steder, at helsedefinisjonen om å ha «overskudd til å møte hverdagens krav» også er langt unna realiteten for mange.

For å oppnå en utjevning av ulikhetene i helsenivået i Norge, slik WHO påpeker nødvendigheten av med sine handlingsplaner, er det viktig at hørselshemmede generelt og tunghørte spesielt, tas med i det generelle forbyggende arbeidet som gjøres ut i fra et folkehelseperspektiv.

De sosioøkonomiske skjevhetene som øker risikoen for en dårligere allmennhelse er lav utdanning, lav inntekt, og lav yrkesdeltakelse. Hørselshemmede har kortere utdannelse, lavere inntekt og er oftere arbeidsledige (Gundersen og Eide, 2004). Målet om likhet i helse er derfor helt avhengig av gode, selektivt forbyggende tiltak for å øke utdanning og arbeidsdeltakelse blant hørselshemmede.

Andre risikofaktorer det fokuseres på når det gjelder generell folkehelse, er røyking, alkohol, inaktivitet og overvekt. Amerikanske studier viser at hørselshemmede i USA, er mer inaktive, mer plaget av overvekt, og har mer helserisikoatferd som bruk av røyk og alkohol, enn tilsvarende data fra hele befolkningen. De beskriver også at hørselshemmede har dårligere helse. I Canada finner de at hørselshemmede har en annerledes og til dels dårligere helse, og at de er mindre fysisk aktive enn normalt-hørende. Det er ikke gjort noen studier på disse forholdene hos tunghørte eller andre grupper hørselshemmede i Norge, og det er derfor ikke grunnlag for å vite om dette er områder der det bør settes inn forebyggende folkehelsearbeid eller ikke.

Risikofaktorer som kan påvirke en utvikling av psykiske helseplager, er på mange måter overlappende med risikofaktorene for dårlig allmenhelse som nevnt ovenfor. I tillegg til lav sosioøkonomisk status, kan også langvarige og kroniske helseproblemer i seg selv, gi en økt sårbarhet for psykiske plager. En varig hørselsnedsettelse kan oppleves som en langvarig og kronisk plage. Hørselshemmede har også i større grad andre funksjonshemminger. Dette kan forklares med at noen av årsakene til hørselshemming, kan gi flere helseplager samtidig (Øhre et al, 2011). Denne studien viser at noen tunghørte rapporterer mange, til dels alvorlige helseplager på det tidspunktet denne undersøkelsen ble gjort. Flere tunghørte har rapportert lignende helseplager i andre studier. Vi vet ikke om disse subjektivt rapporterte helseplagene er langvarige eller kroniske, men vi vet at tunghørte selv rapporterer dem som omfattende og alvorlige.

Disse resultatene sammenholdt med tidligere studier, viser oss at tunghørte er en gruppe med en sårbarhet for fysiske og psykiske helseplager. I tillegg vet vi at mange tunghørte er trette og sover dårlig. Det beskrives at de har lite overskudd til fritid og familie, og at flere er ensomme. Dette kan begrense deres mulighet til å dra nytte av beskyttende faktorer som for eksempel støttende sosiale nettverk. I forbyggende psykisk helsearbeid mot denne gruppen, vil det derfor være ekstra viktig å fokusere på helsefremmende og ressurskappende aktiviteter. Et slikt fokus skaper en mer hensiktsmessig mestring av egen situasjon, slik det beskrives i Antonovsky sine teorier.

En av de nyeste studiene ved UniHelse i Bergen viser at opplevelse av mestring har større betydning for helse enn sosioøkonomiske forhold som kort utdanning og fysisk krevende arbeid. Det konkluderes derfor med at intervensjoner og tiltak som settes i gang for å bedre og å redusere sosiale ulikheter i helse, bør fokusere på tiltak som øker mestringsforventningen hos enkeltindivider. (Ree, E. et.al.2013)

Det å skulle arbeide med tiltak som bidrar til økt mestring og økt forventning om egen mestring, kan også kreve konkrete praktisk kunnskap om hva type mestring som er hensiktsmessig. Her er Lazarus & Folkmann sine teorier om ulike mestringsstrategier relevante.

Det å bistå individer eller grupper med viktig kunnskap som bidrar til å få kontroll over faktorer som påvirker egen helse, må sies å være Empowerment. Teoriene om Empowerment har en grunnleggende tanke om at ethvert individ er ekspert på eget liv. Dette perspektivet kan gjøre det noe vanskelig å komme med konkrete anbefalinger eller tiltak. Forklart med teoriene til filosofen Kristeva som det refereres til i kapittel 2, vil det si at vi ikke må bli værende i en gammeldags forståelse av at tunghørte er hjelpe- og omsorgstrengende i større grad enn andre.

Fokuset må rettes mot en pågående prosess der både tunghørte selv, og resten av samfunnet, aksepterer at alle mennesker er forskjellige, og at alle mennesker har ulike styrker og begrensninger.

Det viktigste bidraget fra Empowerment prosessen som en del av et forebyggende psykisk helsearbeid rettet mot tunghørte, er verdien av *kunnskap* om egen helsesituasjon. Det må spres kunnskap om at tunghørte på gruppenivå, har en økt sårbarhet for psykiske lidelser. Den enkelte tunghørte bør selv inneha kunnskapen om at muskel og skjelettplager, søvnplager og tretthet er vanlige, og forståelige, plager hos personer med nedsatt hørsel. Det bør også gis informasjon om at dette kan være kroppens reaksjoner på aktiv lytting, slik Herheim forklarer det.

Økt kunnskap om ulike former for mestring kan også bidra til økt mestringsforventing. Mestringsguiden for studenter er et eksempel på dette. Kunnskapen fra det pågående doktorgradsprosjektet til Williams, K..C må også formidles til målgruppen når graden er ferdigstilt.

Denne kunnskapen bør formidles til tunghørte i sammenhenger der det er naturlig å snakke om konsekvenser, og også om mestring av hørselstapet. Rehabiliteringsapparatet med ansvar for hørselstekniske hjelpemidler er en instans mange tunghørte benytter og forholder seg til regelmessig. I denne sammenhengen kunne det vært mer rom for samtaler om mestring. For å gjennomføre slike samtaler, behøves en oppjustering og en mer tverrfaglig tilnærming til hørselsrehabiliteringen en det som finnes i dag, slik det etterlyses i en kommentar av Thornquist og Herheim i Tidsskrift for norsk legeförening. (2010)

Kunnskap om sårbarhet for helseplager og mestring bør også formidles til hørselshemmet barn og ungdom, via skoler og foreldrekurs. Tidlig kunnskap om egen situasjon og mulighet for mestring, kan gi et godt grunnlag for å gjøre egne valg som kan få konsekvenser for utdanning og senere arbeid.

I denne oppgaven er fokuset rettet mot forebyggende psykisk helsevern. Denne kunnskapen er selvfølgelig også relevant i samtaler der fastleger, eller ansatte innen psykisk helsevern, møter tunghørte med psykiske plager, i en behandlingsrelasjon.

6. Konklusjon.

Resultatene fra denne undersøkelsen sammenholdt med kunnskap fra tidligere studier, viser at det er sannsynlig at tunghørte er mer belastet av noen type helseplager enn resten av befolkningen.

Det kan se ut som at omfanget av de fleste muskel og skjelettplager er større hos tunghørte enn hos andre. Det kan også se ut som om tunghørte opplever en betydelig større alvorlighetsgrad på noen pseudonevrologiske plager. Dette gjelder særlig; tretthet, søvnplager, angst og nedtrykthet/depresjon.

Den samlede konsentrasjon og årvåkenhet som kreves av tunghørte for å oppfatte alt som sies i alle sammenhenger, kan ifølge psykomotorisk fysioterapeut Herheim, være en årsak, som over tid fører til slike muskelspenninger og kroppslige smerter.

Kognitive aktiveringsteorier om stress(CATS) er en mulig forklaring på aktiveringen av det autonome nervesystemet hos de hørselshemmede i denne undersøkelsen. Tunghørte personer som opplever kommunikasjonsvansker kan gå i en konstant stressberedskap som kan føre slitenhet og andre helseplager. Denne stressberedskapen kan henge sammen med manglende tro på egen mestring av kommunikasjonssituasjoner.

Kunnskapen fra denne studien og tidligere studier viser at tunghørte, på gruppenivå, har en økt sårbarhet for fysiske og psykiske helseplager. Når tunghørte i tillegg rapporterer tretthet, søvnplager, og lite overskudd på fritiden, kan man tenke seg at mange har en begrenset mulighet til å dra nytte av de helsefremmende faktorene ved et støttende sosialt nettverk. Forebyggende psykisk helsearbeid mot denne gruppen bør derfor ha fokus på ressurser og helsefremmende tiltak. Stressforskning viser at en av de viktigste helsefremmende faktorene er tro på egen mestring. Det finnes flere teorier om mestring og Empowerment innen faget psykisk helsearbeid som kan bidra med viktige perspektiv i en slik forebyggende prosess.

6.1 Anbefalinger for videre forskning.

Denne undersøkelsen av subjektivt rapporterte helseplager hos ett utvalg tunghørte, er en tverrsnittsstudie. Vi vet ikke om disse tunghørte har langvarige eller kroniske plager. En oppfølgingsstudie, eller en longitudinell studie, ville kunne gi kunnskap om dette. Om mulig bør en slik studie gjennomføres med et større, mer representativt utvalg tunghørte.

Det er ikke alle tunghørte som opplever sin reduserte hørsel og eventuelle utfordringer med kommunikasjon som belastende. Noen mestrer sitt hørselstap og kommunikasjonsvansker på en slik måte at de ikke har økte helseplager. Hvem er disse tunghørte, og hva gjør de for å mestres sin hverdag? Videre forskning på disse temaene ville kunne gi viktig kunnskap om helsefremmede faktorer hos tunghørte.

Vi har heller ingen kunnskap om tunghørte og helserisikoatferd i Norge, tilsvarende det vi finner i andre land. En kartlegging av situasjonen, ville kunne avklare om det er behov for folkehelseiltak rettet spesielt mot denne gruppen.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2005) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Arbeidsdepartementet. (2003). *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne* (St-meld.nr. 40, 2002-2003) Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-40-2002-2003-.html?id=197129>
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brevik, J. K. (2007). *Døp identitet i endring: lokale liv-globale bevegelser*. Universitetsforlaget
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013). *FN-konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/tema/likestilling-og-diskriminering/funksjonsnedsettelse/fn-konvensjon-om-rettighetene-til-mennes.html?id=511768>
- Christensen, V.T.: *Uhørt: betydningen af nedsat hørelse for arbeidsmarkedstilknytning og arbeidsliv*, Sosialforskningsinstituttet, København (2006.) (Sosialforskningsinstituttet ; 06:22)
- Clausen T. (2003) *Når hørelsen svigter. Om konsekvensene af hørenedsettelse i arbeidslivet, uddannelsessystemet og for den personlige velfærd*. Sosialforskningsinstituttet, København.
- Clench-Aas, J. og Nes R.B. (2011) *Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Nasjonalt folkehelseinstitutt Rapport 2011: 2
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Los Angeles: SAGE.
- Eide, H. & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, A. H., & Gundersen, T. (2004). *Hørselshemmede i arbeidslivet*.
- Elverland, H.H. (2000). *Tunghørthet – bedring på vei*. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 21/2003. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/907327>
- Eriksen, H. R. (1998). *Stress and coping: does it really matter for subjective health complaints?* Department of Biological and Medical Psychology, Division of Physiological Psychology, Faculty of Psychology, University of Bergen, Bergen.
- Eriksen, H. R., Ihlebæk, C., & Ursin, H. (1999). *A scoring system for subjective health complaints (SHC)*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27(1), 63-72.
- Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2004). *Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress)* *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 56, issue 4, p. 445-8, 2004
- Folkehelseinstituttet. (2010) *«Bedre føre var...» Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Lokalisert på <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>

-
- Folkehelseinstituttet.(2011) Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk. Lokalisert på <http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>
- Fugelli, P.(2009). Helse på Norsk: God helse slik folk ser det. Gyldendal akademisk.,
- Grue.J.(2012). Funksjonshemming som begrep og fenomen-fysiologiske eller politisk-sosiale forklaringsmekanismer. I P.K.Solvang & Å.Slettebø (Red.), (s.84-95)..*Rehabilitering*.Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Grue, L. (1999). *Funksjonshemmet ungdom og livskvalitet*. Oslo: Ad notam Gyldendal AS.
- Grønlie, S. M. (2005). *Uten hørsel?: en bok om hørselshemming*. Fagbokforlaget.
- Haualand, H., Grønningsæter, A., & Hansen, I. L. S. (2003). Uniting divided worlds: A study of deaf and hard of hearing youth. Fafo.
- Helse og omsorgsdepartementet. (1997) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Lokalisert på http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086
- Helse og omsorgsdepartementet. (2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*(St.meld.20.2006-2007) Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/pages/1936477/PDFS/STM200620070020000DDDPDFS.pdf>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2013) *Folkehelsemeldingen. God helse-Felles ansvar*. (st.meld.34.2012-2013).Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>
- Herheim, I.A. (2010) «Hvorfor er balansen så viktig for taleforståelsen?» Foredrag 21.oktober 2010. Lokalisert på http://www.hlfbriskeby.no/ci-det-som-det-er_konferanserapport.pdf
- Hørselshemmedes landsforbund. (2010) *Tema; CI «Stive og trette muskler»* Intervju med Inger Anita Herheim i medlemsblad; Din Hørsel.08/2010
Lokalisert på http://www.c-mer.no/web_publicasjon/HLF/Din_Hoersel_nr_8_2010/#/10/
- Hørselshemmedes landsforbund (2008). *Tilgjengelighetsguide*. Lastet ned fra <http://www.hlf.no/Om-HLF/Hva-mener-HLF/Tilgjengelighet/>
- Ihlebak, C.& Eriksen, H. R.(2003).Occupational and social variation in subjective health complaintsOccupational Medicine, Vol. 53, issue 4, p. 270-8, 2003
- Ihlebak, C.& Eriksen, H. R.(2004) *SHC- et måleinstrument for subjektive helseplager*. Tidsskrift for norsk psykologforening. 2(41), 385-387.
- Ihlebak, C., Brage, S& Eriksen, H. R.(2007) Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003.Occupational Medicine, Vol. 57, issue 1, p.43-9, 2007
- Jæger, E. (2001). «Jeg blir så sliten i kroppen av å høre hva du sier...»: en fenomenologisk undersøkelse i forhold til helseplager og mestringsstrategier hos tunghørte elever i videregående skole. E.Jæger, [Oslo].
- Karlsson,B,& Borg,M.(2013) *Psykisk helsearbeid: humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal Akademisk.

- Kjeka, A.M. (2007) *TUNGHØRTE STUDENTER – MESTRING. Hvilke mestringsstrategier/mestringsressurser tar tunghørte i bruk under høyere utdanning?* Trondheim: Høgskolen i Sør-Trøndelag, Helse og Rehabilitering.
- Krogh, J. S. (2011). Å mestre hørselstap: en studie av mestring og psykiske plager blant personer med hørselshemming i arbeid. J.S. Krogh, Oslo.
- Kvam, M. H. (2001). Seksuelle overgrep mot barn. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvam, M.H & Tingvold, L: ”JEG ER SÅ UTROLIG SLITEN ... Enkeltpersoners erfaringer med å være hørselshemmet, med særlig vekt på arbeidslivet”, SINTEF Unimed, Oslo (2004). (STF78 A044504).
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1991) *The Concept of Coping*. Monat, A. & Lazarus, R. S (red.) *Stress and Coping. An Anthology*. New York: Colombia University Press
- Lorentsen, Ø & Berge, A.R ”Hørselshemmede og arbeid. En brukerundersøkelse om erfaringer og synspunkter knyttet til arbeid som livsarena,” Rehab-Nor, Tomter (2003).
- Lov om folkehelsearbeid, LOV-2011-06-24-29.(2012).
- Mäki-Torkko, E. M., Brorsson, B., Davis, A., Mair, I. W., Myhre, K. I., Parving, A., ... & Stilvén, S. (2001). *Hearing impairment among adults-extent of the problem and scientific evidence on the outcome of hearing aid rehabilitation*. Scandinavian Audiology, 30(3), 8-15
- Nasjonalt kompetansesenter for døvblinde (2013). Om døvblindhet. Lokalisert på <http://www.doevblindhet.no/doevblindhet.124832.no.html>
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2010). *Folkehelse rapport 2010 Helsetilstanden i Norge*. (Rapport 2010:2) Lokalisert på <http://www.fhi.no/dokumenter/6dec3fba1b.pdf>
- Næss, S., Moum, T.& Eriksen, J. (Red.).(2011).*Livskvalitet.Forskning om det gode liv*.Bergen:Fagbokforlaget.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Oslo Universitetssykehus. (2013). CI-teamet. Lokalisert på <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/ci-teamet/Sider/om-ci-teamet.aspx>
- Oslo Universitetssykehus. (2013).: "*Hørselshemmede og mestring av arbeidslivet*". *En randomisert, kontrollert undersøkelse av mestringskurs*. (Pågående doktorgradsprosjekt av Williams, K.C.) lokalisert på <http://www.oslouniversitetssykehus.no/omoss/avdelinger/horsel-og-psykisk-helse-kompetansenhet/Sider/enhet.aspx>
- Peterson, K.C. (2009) *Hørselstap – sorg og aksept, stress og mestring*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 46, nummer 5, 2009, side 460-465
- Ree, Eline; Odéen, Magnus; Eriksen, Hege R.; Indahl, Aage; Ihlebæk, Camilla; Hetland, Jørn; Harris, Anette(2013). Subjective Health Complaints and Self-Rated Health: Are Expectancies More Important Than Socioeconomic Status and Workload? *International Journal of Behavioral Medicine*, July 2013.

-
- Sagen, V. (2010). «...men, jeg trives på skolen.» *Tunghørte elever i ungdomsskolen* (Masteroppgave, Universitet i Oslo). Lokalisert på http://www.duo.uio.no/publ/isp/2010/103414/master_juni_2010xfinaleX.pdf
- Stang, I. (1998). Makt og bemyndigelse: om å ta pasient-og brukermedvirkning på alvor. Oslo;Universitetsforlaget.
- Statistisk Sentralbyrå. (2010). *På like vilkår?Helse og levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne*. Lokalisert på http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa_115/sa_115.pdf
- Statistisk sentralbyrå,(2013).*Funksjonshemma på arbeidsmarkanden i 2013*. Lokalisert på http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/148088?_ts=14247681200
- Schoenborn, C. A., & Heyman, K. (2008). Health disparities among adults with hearing loss: United States, 2000-2006. Health E-Stat.
- Solvang, P.K.& Slettebø, Å. (Red.) (2012).*Rehabilitering*.Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Statens helsetilsyn (2000) *Habilitering og rehabilitering ved synstap og hørselstap*. Veiledningsserie 3–2000, Oslo.
- Tafforeau, J., & Demarest, S. (2001). The impact of hearing disability on well-being and health. *Sozial-und Präventivmedizin*, 46(5), 335-343.
- Tambs, K. (2004). Moderate effects of hearing loss on mental health and subjective well-being: results from the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study. *Psychosomatic medicine*, 66(5), 776-782
- Thornquist, E. (2003). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag. [Bergen]: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E.&Herheim, I.A.(2010) Mangelfull hørselsrehabilitering i Norge. *Tidsskrift for Den norske Legeforening 20/2010* Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/2025542>
- Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 567-592.
- Vifladt, E.H.&Hopen, L.(2004) *Helsepedagogikk : samhandling om læring og mestring*. Oslo:Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- World Health Organization (1948) *Definition of health*.Lokalisert på <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- World Health Organization. (2001). International classification of functioning disability and health (ICF). Lokalisert på <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- World Health Organization. (2011). World report on disability. Lokalisert på http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html
- World Health Organization. (2013) Action Plan 2014-2021. ” Better Health for People with Disabilities” Lokalisert på <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>

World Health Organization. (2013), Deafness and hearingloss. Lokalisert på <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>

Woodcock, K., & Pole, J. D. (2007). Health profile of deaf Canadians Analysis of the Canada Community Health Survey. *Canadian Family Physician*, 53(12), 2140-2141

World medical association. (2008). *WORLD MEDICAL ASSOCIATION, Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Lokalisert, på <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Wrålsen, Å. (2008) Å høre er å bli hørt. Tunghørte i arbeidslivet (Masteroppgave, Høgskolen i Bodø) Lokalisert på <http://www.hlf.no/Documents/Dokumentbase/Prosjektdokumenter/2007/Behold%20jobben!/Evaluering%20av%20Behold%20jobben%20Å%20høre%20er%20arbeid%20Åse%20Wrålsens%20masteroppgave%202008.pdf%20203916.pdf>

Øhre, B., von Tetzchner, S., & Falkum, E. (2011). *Deaf adults and mental health. A review of recent research on the prevalence and distribution of psychiatric symptoms and disorders in the prelingually deaf adult population*. *International Journal on Mental Health and Deafness* 2011 Volume 1 Issue 1.

Øverby, N.C., Torstveit, M.K., Høigaard, R. & Stene-Larsen, G. (2011). *Folkehelsearbeid*. Høyskoleforlaget.

Vedlegg 1

Helseproblemer siste 30 døgner

På den neste siden nevnes noen vanlige helseplager. Vi vil be deg om å vurdere hvert enkelt problem/symptom, og oppgi **i hvilken grad du har vært plaget** av dette i løpet av de siste tretti døgner, og **antall dager** du har vært plaget.

Eksempel

Hvis du føler at du har vært *en del* plaget med forkjølelse/influenza siste måned, og varigheten av plagene var *ca. en uke*, fylles dette ut på følgende måte:

Sett ring rundt tallet som passer best.

Nedenfor nevnes noen alminnelige helseproblemer	Ikke plaget	Litt plaget	En del plaget	Alvorlig plaget	Antall dager plagene varte (omtrent)
1. Forkjølelse, influensa	0	1	(2)	3	7

NB! Det er viktig at du fyller ut både *hvor plaget* du har vært, og *omtrentantall dager* du har vært plaget siste tretti døgner.

Helseproblemer siste 30 døgn

Nedenfor nevnes noen alminnelige helseproblemer

(sett ring rundt tallet som passer)

	Ikke plaget	Litt plaget	Endel plaget	Alvorlig plaget	Antall dager plagene varte (omtrent)
--	-------------	-------------	--------------	-----------------	--------------------------------------

1. Forkjølelse, influensa	0	1	2	3	.....
2. Hoste, bronkitt	0	1	2	3	.....
3. Astma.....	0	1	2	3	.....
4. Hodepine	0	1	2	3	.....
5. Nakkesmerter.....	0	1	2	3	.....
6. Smerter øverst i ryggen	0	1	2	3	.....
7. Smerter i korsrygg	0	1	2	3	.....
8. Smerter i armer	0	1	2	3	.....
9. Smerter i skuldre.....	0	1	2	3	.....
10. Migrene.....	0	1	2	3	.....
11. Hjertebank, ekstraslag	0	1	2	3	.....
12. Brystsmerter	0	1	2	3	.....
13. Pustevansker	0	1	2	3	.....
14. Smerter i føttene ved anstrengelser	0	1	2	3	.....

15. Sure oppstøt, «halsbrann»	0	1	2	3	.....
16. Sug eller svie i magen	0	1	2	3	.....
17. Magekatarr, magesår	0	1	2	3	.....
18. Mageknip.....	0	1	2	3	.....
19. «Luftplager»	0	1	2	3	.....
20. Løs avføring, diaré	0	1	2	3	.....
21. Forstoppelse.....	0	1	2	3	.....
22. Eksem.....	0	1	2	3	.....
23. Allergi	0	1	2	3	.....
24. Hetetokter	0	1	2	3	.....
25. Søvnproblemer.....	0	1	2	3	.....
26. Tretthet.....	0	1	2	3	.....
27. Svimmelhet.....	0	1	2	3	.....
28. Angst.....	0	1	2	3	.....
29. Nedtrykt, depresjon	0	1	2	3	.....

