

VPL10

16.05.2013

DØVE OG PSYKISK HELSE

DEAFNESS AND MENTAL HEALTH



Skrevet av:

Line Merethe Bergslid

Bachelorgradsoppgave

i Vernepleie Vår 2013



Avdeling for
helsefag, Namsos

Forord

Bachelorperioden har gitt meg gode erfaringer, både i å søke i databaser, analysere/vurdere artikler og skrive oppgave med et betydelig omfang. Det å kunne lete etter forskningsrapporter vil komme godt med som fremtidig vernepleier, med tanke på å kunne holde meg faglig oppdatert. Det vil også gjøre det enklere dersom jeg bestemmer meg for å ta masterutdanning. Jeg har tilegnet meg kunnskap om døve og deres oppvekstvilkår. Å ha denne kunnskapen i bunnen, vil være viktig hvis jeg møter mennesker med hørselshemming i framtiden.

Jeg vil takke min veileder i bachelorperioden, Anne Persdatter Holm, for hjelp og gode råd i skriveprosessen, Mette P. Uthus for god hjelp og veiledning i forbindelse med informasjonsinnhenting. Jeg vil også rette en takk til Bernt Kristian Melgård, for god hjelp med korrekturlesing.

SAMMENDRAG

Tittel: Døve og psykisk helse

Formål: Hensikten med denne oppgaven er at jeg skal få en forståelse for - og kjennskap til ulike faktorer i barndommen hos førspråklige døve og som kan forårsake psykiske lidelse i voksen alder.

Problemstilling: Døve er sårbare for psykiske lidelser. Hva gjør døve sårbare for psykiske lidelser?

Metode: Jeg har gjennomført et litteraturstudium som inkluderte systematiske søk i de sentrale databasene PubMed, EMBASE, PsyckINFO og BIBSYS Ask, og Internett-søk med Google og Google Scholar.

Resultat: Gjennom vurdering av resultat/funn har det vist seg at gruppa døve har mer symptomer på angst og depresjon enn hørende, mens det de alvorlige psykiske lidelsene ikke viser noe signifikant skille mellom døve og den hørende befolkning.

Konklusjon: På bakgrunn av det jeg har studert viser det seg at døve har en økt risiko i forhold til symptomer på angst og depresjon, sammenlignet med hørende. Dette kan være knyttet til de spesielle utfordringene døve møter i dagliglivet, herunder kommunikasjon, tilgang til informasjon, deltakelse i omgivelsene, seksuelt overgrep, sosioøkonomiske status, stigmatisering og diskriminering. Årsak til hørselshemmingen og andre helsemessige forhold kan også ha en avgjørende rolle i sårbarheten for psykiske lidelser for den enkelte. Forskningsresultater på psykiske symptomer og lidelser hos døve er fortsatt få og evidensgrunnlaget er begrenset. Med nye vurderingsmetoder, prosedyrer tilpasset døve, tilstedeværelse av relevant kunnskap og ferdigheter hos helsepersonell/forskere vil det med stor sannsynlighet komme mer forskningsresultater i fremtiden.

Nøkkelord: døve, psykisk helse, mental helse, psykiske lidelser, deaf, prelingually deaf adults, deafness, mental health, mental disorder og mental illness.

ABSTRACT

Title: Deafness and mental health

Intention: The purpose of this exercise is that I will try and gain an understanding and knowledge of the various factors in childhood of pre linguistic deaf persons that can cause mental illness in adulthood.

Research question: Deaf people are vulnerable to mental illness. What causes deaf people to be vulnerable to mental illness?

Method: I have completed a literature study which includes systematic search in the central databases PubMed, EMBASE, PsyckINFO, BIBSYS ASK in addition to Internet search using Google and Google Scholar

Results: Through the evaluation of the results / findings, I have shown that the group of deaf people has more symptoms of anxiety and depression than the rest of the population, while the severe mental disorders do not show any significant distinction between the deaf- and the hearing part of the population.

Conclusion: Based on what I have studied, it appears that the deaf people have indications of more anxiety and depression than others. This may be related to the particular challenges the deaf face in daily life, including oral communication, access to information, participation in the surrounding environment, sexual abuse, socio-economic status and stigmata. The cause of hearing poorly/being deaf and other health conditions can also play a major role in vulnerability to mental illness for the individual. Research on psychiatric symptoms and disorders amongst deaf people is still suffering from incomplete and limited evidence base. With new assessment methods, procedures adapted deaf people and presence of relevant knowledge and skills of health professionals / researchers, I am sure that more results from research will be created in the future.

Keywords: døve, psykisk helse, mental helse, psykiske lidelser, deaf, prelingually deaf adults, deafness, mental health, mental disorder og mental illness.

Innhold

1. NNLEDNING	1
1.1. Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema	1
1.2. Presentasjon av problemstilling	2
1.3. Begrepsavklaring i forhold til problemstillingen	3
1.4. Hensikten med oppgaven.....	4
1.5. Relevans for vernepleierfaglig arbeid	4
1.6. Oppgavens disposisjon.....	5
2. METODE	6
2.1. Valg av metode.....	6
2.2. Innsamling av data.....	8
2.3. Utvelgelsesprosessen	10
2.4. Metodekritikk.....	11
2.5. Etske refleksjoner	12
3. TEORI	13
3.1. Erik. H Eriksons utviklingspsykologi	13
3.2. Døve.....	15
3.3. Psykiske lidelser	16
3.4. Sammenheng mellom døve og psykiske lidelser	18

4. DRØFTING.....	22
4.1. Oppvekst i hørende familie	22
4.2. Språklig- og sosiale ferdigheter.....	25
4.3. Sosialt fellesskap.....	27
4.4. Andre sårbarhetsfaktorer	30
5. OPPSUMMERING/KONKLUSJON	32
LITTERATUR	34
VEDLEGG 1	40
VEDLEGG 2	41

ANTALL ORD:10 964

Barn som er vant til spydigheter lærer å bli usikre.

Barn som er vant til kritikk lærer seg å fordømme.

Barn som er vant til mistillit lærer å fare med fusk

Barn som er vant til hengivenhet lærer å bli glad i andre.

Bare som er vant til oppmuntring lærer å vise tillit.

Barn som er vant til oppriktighet lærer å skjelne sannhet fra løgn.

Barn som er vant til ros lærer å påskjønne andre.

Barn som er vant til hjelpsomhet lærer å vise omtanke.

Barn som er vant til lesning lærer seg å tenke.

Barn som er vant til tålmodighet lærer å vise forståelse.

Barn som er vant til lykke vil finne kjærlighet og skjønnhet.

Av Dorothy Law Nolte

Oversatt av Andre Bjerke

1. INNLEDNING

Jeg er tredjeårsstudent på vernepleierutdanningen ved HiNT. Jeg har tidligere jobbet både med mennesker som er døve og utviklingshemmet, og det har skapt interesse og engasjement for å bistå og samarbeide med andre mennesker. Jeg er glad for at jeg valgte denne studieretningen, og ser frem til å bruke den kunnskap og erfaring jeg sitter med etter endt utdanning.

I innledningskapitlet vil jeg vise til begrunnelse for valg av tema, og egne forkunnskaper og forforståelse av temaet. Videre vil jeg presentere problemstillingen, samt avgrensninger og presiseringer rundt denne. Deretter vil jeg gjøre rede for relevante begreper i problemstillingen som vil bli brukt videre i oppgaven. Avslutningsvis skal jeg presentere oppgavens hensikt, relevans for vernepleierfaglig arbeid og disposisjon.

1.1. Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

I Norge er det ca. 400.000 mennesker med nedsatt hørsel, hvorav mellom 3.500 og 4.500 er tegnspråkbrukende døve (Holmboe, 2001). Videre skriver Holmboe (2001) i sin utredning at en del studier viser økt hyppighet av psykiske lidelser blant døve, og omfanget av tilbud fra psykisk helsevern til denne gruppen er ikke i samsvar med behovet. Det ordinære tjenesteapparatet behersker ikke tegnspråk, og kjenner heller ikke de døves kultur og livssituasjon. Det medfører barrierer og en lav tilgjengelighet til den ordinære psykiatriske helsetjenesten for døve (Holmboe, 2001). Temaet har fanget interesse for å se videre på døves kultur og livssituasjon, og hvordan det kan ha en sammenheng med den økende hyppigheten av psykiske lidelse hos døve.

I følge rammeplanene for vernepleierutdanningen består et av del-emnene psykisk helsearbeid, der man skal tilegne seg kunnskap om psykiske lidelser og ulike former for forebygging, behandling og rehabilitering (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Psykisk helse er et tema som har engasjert- og interessert meg gjennom studiet, og som har gitt lysten til og utforske mer. Når jeg fikk muligheten til å velge tema etter eget ønske, så jeg muligheten til å lære mer om temaet. Døve og psykisk helse er et arbeidsfelt jeg ønsker å jobbe i, men for å kunne gi behandling av kvalitet og god faglig forsvarlighet, trengs det mer

kunnskap. Å skrive om et tema som interesserer meg vil også bidra til en mer konsentrert og effektiv skriveprosess.

Forkunnskaper og forforståelse

I studiet på vernepleierutdanningen har jeg tilegnet meg fagkunnskap innenfor psykologi og helsefaglige emner, herunder utvikling- og sosialpsykologi og psykisk helsearbeid. Vi har gjennom forelesninger og oppgaveskriving fått kunnskap om ulike psykologiske teorier der studiet har lagt stor vekt på utviklingspsykologi og utviklingsforstyrrelser. I forhold til psykisk helsearbeid har jeg tilegnet meg kunnskap om psykiske lidelser og risikofaktorer, og hvordan man best mulig kan forebygge og behandle psykiske lidelser.

I praksis har jeg møtt mennesker som har vært alvorlig hørselshemmet og døve, og noen har etablert, eller gradvis utviklet psykiske lidelser. Jeg tror at årsaken kan være hendelser fra barndommen, gradvis kognitiv svikt, bakgrunnen for hørselshemmingen, når hørselshemmingen inntraff, eller andre stressfaktorer som påvirker menneskets liv og helse. Det kan være ulike årsaker til at et menneske får psykiske lidelser, derfor så jeg frem til å finne mulige svar på min problemstilling.

1.2. Presentasjon av problemstilling

Jeg har valgt påstand: Døve er sårbare for psykiske lidelser.

Under denne påstanden har jeg valgt å ha en følgende delproblemstilling:

- Hva gjør døve sårbare for psykiske lidelser?

Avgrensning og presisering

Jeg skal se på voksne førspråklige døve. Videre har jeg valgt å se på sårbarhetsfaktorer i deres barndom, og hvordan det kan ha en sammenheng med psykiske lidelser i voksen alder.

Grunnen til at jeg har valgt å se på barndommen er at teorien(Snoek og Engedal, 2004) viser til at mange psykiske lidelser hos voksne har forløpere til barnealderen.

1.3. Begrepsavklaring i forhold til problemstillingen

Psykisk helse: World Health Organization (2013) definerer psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet realiserer sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet»(www.who.int.no).

Helseminister Dagfinn Høybråten(Helsedepartementet, 2003) skriver i sitt forord i *regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse* at en god psykisk helse er grunnleggende for et hvert menneske. En god psykisk helse er et viktig redskap for å kunne være i et harmonisk samspill med seg selv og sine omgivelser, familie, venner, skolemiljø, arbeidskollegaer og andre. Han avslutter med å si at en god psykisk helse må bygges fra første leveår.

Videre definerer Flaten (Udatert) at god psykisk helse er evnen til å fordøye livets påkjenninger, og er et resultat av vår totale utvikling-følelsesmessig, intellektuelle, fysisk og sosialt. Ingen mennesker kan gå gjennom livet uten påkjenninger av noe grad, men hvordan den enkelte takler påkjenningene er derimot varierende(www.ndla.no).

Sårbarhet: I følge Kjøppe(2008) er sårbarhet ikke et entydig begrep, men man kan umiddelbart si at det alltid er snakk om en egenskap ved kroppen, psyken eller begge deler, som får den til å reagere uhensiktsmessig(f.eks. med symptomdannelse) på bestemte påvirkninger eller bestemte typer av påvirkning. Eksempel på dette kan være at man lider av x, fordi man er sårbar for årsaken til x.

Døve: Statens helsetilsyn definerer døvhet som et høygradig hørselstap som reduserer muligheten for oppfattelse av tale via hørselsinntrykk og kontroll over egen taleproduksjon(Teien, 2000: 24).

«Døve består av ulike undergrupper, og kategoriseres vanligvis etter når hørselshemningen er inntruffet og graden av hørselshemning. Med "døve" forstås i utredningen førspråklig døve, døvblinde, døvblitte, og sterkt tunghørte som har slike tilleggshandikap at de sosialt fungerer som døve» (Holmboe, 2001). Jeg har avgrenset oppgaven ved å se på førspråklig

døve, og vil derfor tydeliggjøre hva som ligger i dette. «Førspråklig døv er en person som har blitt døv før talespråket er utviklet»(Nordlandssykehuset, 2008).

1.4. Hensikten med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å rette oppmerksomheten på hvilke faktorer i barndommen hos førspråklige døve som kan forårsake psykiske lidelser i voksen alder. Grønlie(2005) skriver at det er et problem for hørselshemmete at behandlere generelt ikke er fortrolige med deres oppveksterfaringer og livssituasjon som døve, tunghørte og døvblitte, hørende barn fra døve hjem eller mennesker med progredierende hørselstap. Usikkerheten er problematisk, og det skaper forvirring hos alle parter når behandler ikke er kjent med hva som er typisk stressfaktorer i oppveksten, hva som er forventet atferd hos menneske, hva som er et opplevd problem eller et avvik fra det forventede i form av atferdsforstyrrelser eller symptom på psykisk lidelse (Grønlie 2005: 31).

Det å rette søkelyset opp mot temaet kan bidra til at hjelpeapparatet får økt forståelse av døve og deres oppvekstsvilkår, og hvordan faktorer i barndommen kan sees i sammenheng med psykiske lidelser i voksen alder. Det kan gi nye muligheter til å gi hørselshemmede en bedre oppvekst, tilrettelagt opplæring i skole og miljøet, og et verdig liv. I tillegg vil kunnskapen om døves oppvekstsvilkår og psykiske lidelser gi et mer kvalitetssikret tjenestetilbud. Temaet jeg belyser kan også bidra til mer oppmerksomhet og eventuelle nye problemstillinger.

1.5. Relevans for vernepleierfaglig arbeid

I rammeplanen for vernepleierutdanningen er et av formålene å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifisert for å utføre miljøarbeid, habilitering- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Mennesker med utviklingshemming er fortsatt en sentral målgruppe i vernepleierfaglig arbeid, men etter hvert har man sett at kompetansen til vernepleiere kan også benyttes overfor andre brukergrupper, blant annet døve- og sterkt hørselshemmede. Fellesorganisasjonen bekrefter dette ved å si at det har skjedd store endringer siden slutten av 80-tallet. Normalisering, integrering og brukermedvirkning har stått sentralt. Vernepleiere har bred kompetanse og kan yte tjenester til flere brukergrupper(www.fo.no).

«Vernepleiere har kunnskap om ulike funksjonshemninger og deres innvirkning på fungering og trivsel. Gjennom utdanningen vektlegges også det å ha kunnskaper om hvorfor ulike funksjonshemninger kan gjøre personen mer sårbar for somatisk sykdom eller psykiske problemer»(www.fo.no).

For å kunne gi et godt behandlingstilbud til døve må helsepersonell beherske tegnspråk og andre kommunikasjonsformer, og ha kjennskap til døves spesielle situasjon og kultur. I målrettet miljøarbeid, og habilitering- og rehabiliteringsarbeid er denne kunnskapen avgjørende for om målene oppleves nyttig og meningsfulle for tjenestemottakerne. Når vi som helsepersonell skal gi behandling er det viktig at tjenestemottakere føler at de møter tjenesteytere som kan kommunisere på deres premisser, og som har kjennskap til deres livsverden.

1.6. Oppgavens disposisjon

Videre i oppgaven vil jeg beskrive valg og bruk av metode, og hvordan jeg har gått frem for å innhente data. Deretter vil jeg presentere relevant teori om temaet og innhentet data, for så å drøfte og vurdere resultatene. Avslutningsvis vil jeg komme med en oppsummering/konklusjon av det jeg har studert.

2. METODE

Jeg vil i metodekapitlet presentere mitt valg av metode. Videre vil jeg beskrive fremgangsmåten jeg har brukt i litteratur innhenting, samt hvordan jeg har valgt ut relevant litteratur i forhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Søkelogg og presentasjon av utvalgt forskningslitteratur ligger som vedlegg. Avslutningsvis skal jeg vise til metodekritikk og etiske refleksjoner.

Tranøy (i Dalland 2010) definerer metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Videre henviser Dalland(2010) til Vilhelm Aubert(1988: 196), som formulerer metode slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder(Dalland, 2010: 83).

I henhold til teorien blir min oppgave å samle inn, organiserer og analysere/vurdere fakta på en systematisk måte slik at andre skal kunne forstå det som presenteres og diskuteres.

2.1. Valg av metode

Jeg har valgt kvalitativ studie som metode. Holme & Solvang (1996) skriver at kvalitative metoder innebærer liten grad av formalisering. Metoden har primært et siktemål om å skape forståelse. «Metodene omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig tekst. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener» (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2013). I forhold til problemstillingen har jeg som mål å skape forståelse for hva som skjer i barndommen hos døve og som kan frembringe psykiske lidelser i voksen alder, ved å gjennomgå en systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra skriftlige tekster.

Gjennom søk i biblioteket, fagbøker og internett har jeg sett at litteraturstudium som metode er mest aktuelt i forhold til besvarelse av problemstilling. Jeg vurderte å kombinere denne metoden med intervju, men på grunn av vanskeligheter med å finne informanter og lite

kunnskap innenfor tegnspråk har det ikke vært aktuelt å gjennomføre intervjuer. Informantene kan også synes at dette er et sårt tema, da hendelser fra barndommen kan være vanskelig å snakke om til en fremmed person.

Litteraturstudium

Befring(2007) skriver at litteraturstudium er et forskningsopplegg der publisert forskning er hovedmaterialet for undersøkelsen. Dette innebærer i praksis å gå systematisk igjennom de publikasjonene som finnes på området, og ut fra det prøve å finne frem til konklusjoner som synes å være gyldig.

Litteraturstudium som metode vil hjelpe meg å finne mulige svar på problemstillingen, og bidra til å finne relevante forskning på sentrale funn, ved hjelp av eksisterende skriftlig materiale. Studiet vil i korte trekk være et forskningsopplegg med høy faglig relevans, og som kan gi ideer til vitenskapelig fornying.

I henhold til vitenskapsteori henviser Dalland til Gilje og Grimen (1993: 156) som skriver;

«Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Fortolkninger er et forsøk på å gjøre klart, eller gi mening til, det vi studerer, som overfladisk sett fremstår som uklart, kaotisk, uforståelig eller selvmotsigende» (Dalland, 2010: 55-56).

Når forskningsarbeidet utføres på grunnlag av hermeneutikken, vil min fortolkning forsøke å finne frem til en mening, eller klarhet i noe som fremstår uklart på nåværende tidspunkt. Dalland (2010) skriver også at hermeneutikk handler om å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens. En slik tilnærming vil derfor være viktig for meg, da jeg etter endt utdanning skal bistå og samarbeide med andre mennesker. Det er ikke nok å ha kunnskap om døvhet generelt, og deres kultur og livshistorie, fordi jeg må også kunne møte de jeg bistår og samarbeider med, som en helhetlig person med egne opplevelser og erfaringer.

2.2. Innsamling av data

Å finne relevant litteratur har vært en lang og omfattende prosess,. Det har vært viktig å ha definert på forhånd hvilken og hva slags informasjon jeg har hatt behov for.

Psykologspesialist Mette P Uthus ved Tiller DPS har vært til stor hjelp i startfasen av informasjonsinnhenting. Hun jobber innenfor regional funksjon for døve/døvblitte og hørselshemmede voksne. Hun gir konsultasjon og utredningskompetanse til andre lokale tilbud i helse Midt-Norge, og er i direkte pasientkontakt ved behov. Hun har gitt informasjon og tips til litteratur rundt temaet.

Det har blitt sendt mail til Conrad Svendsen Senter, Døveforbundet og Møller kompetansesenter. Jeg har fått rask tilbakemelding, noen har satt av tid til å hjelpe, mens andre har hatt begrensede ressurser til å bistå. Internettsider relatert til døve har også blitt brukt, og jeg har funnet litteraturlister og lenker til annen faglitteratur gjennom internettssidene.

Databaser

I søkeprosessen har PubMed, EMBASE, PsycINFO og BIBSYS Ask blitt brukt.

PubMed er verdens største database innen medisin og helsefag. Med artikler fra ca. 5 400 tidsskrifter. EMBASE er en europeisk database innen medisin og farmakologi, med artikler fra mer enn 7 000 tidsskrifter. PsycINFO er en database innen psykisk helse. Artikler fra mer enn 2 400 tidsskrifter, samt bøker, bokkapitler og avhandlinger(www.helsebiblioteket.no).

BIBSYS Ask er et søkeredskap som er fritt tilgjengelig for alle. Den leverer kostnadseffektive informasjonstjenester for universitets- og høgskolesektoren, Nasjonalbiblioteket,

Forskningsinstitutt og fagbiblioteker for øvrig(www.bibsys.no).

Søkestrategi

I boken ”Prosjektarbeid i helsefagene” (Magnus og Bakketeig, 2000) skriver forfatterne at man må ha klare tanker om hva man skal lete etter i et litteraturprosjekt. Det er viktig at man bruker riktig søking i litteraturen, har tydelige kriterier for å vurdere kvaliteten av litteraturen, og har en ryddig struktur i den skriftlige fremstillingen

For å bli kjent på området gjorde jeg testsøk og gikk gjennom relevant litteratur. Etter at jeg hadde skaffet meg en oversikt over det som var gjort, og registrert ord og uttrykk som var mest brukte i litteraturen, endte jeg opp med følgende søkeord; *døve, psykiske helse, mental helse, psykiske lidelser, deaf, prelingually deaf adults, deafness, mental health, mental disorder og mental illness*. Se vedlegg 1: Søkerlogg

I begynnelsen ble antall treff omfattende (se vedlegg 1. søkelogg), derfor valgte jeg å gå inn å lese tittel på de søkekombinasjonene som gav <150. Jeg vurderte omfanget som bredt nok til å finne relevant forskning, samtidig som at det var tidsmessig gjennomførbart. I innhenting av litteratur brukte jeg også inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for å systematisere arbeidet. «*Inklusjonskriterier bestemmer omfanget av litteraturen som blir fanget inn, mens eksklusjonskriterier brukes i den kritiske lesingen og bestemmer omfanget av den litteraturen man blir sittende igjen med etter analysen*» (Magnus & Bakketeig, 2000: 48).

Inklusjonskriterier;

- Skandinavisk eller engelsk språk
- Fagfellevurdert
- Fri fulltekst
- Artikler med abstract
- Publisert fra 2003-2013
- Human

Jeg valgte å inkludere skandinaviske og engelskspråklige artikler, da det kunne gi et bredere informasjonsgrunnlag. Jeg valgte å inkludere fagfellevurdert forskning for å sikre at publikasjonen jeg valgte var kvalitetssikret. Fagfellevurdert forskning kan også hindre eventuelle feil og svakheter, og gi kvalitetssikret studier.

Eksklusjonskriterier

- Artikler som ikke er tilgjengelige i fulltekst via databaser
- Manglende/udetaljert beskrivelse av undersøkelser som er gjennomført i studien
- Studier som omhandler døve med CI (Cochleaimplantatet)
- Studier som ser på behandlingstilbud

Jeg valgte å ekskludere studier som omhandler Cochleaimplantat (CI). «*CI består av elektroder som legges inn i cochlea, til erstatning for sansecellene*» (Grønlie, 2005: 17). Disse studiene kunne gitt feilkilder, da CI er et avansert høreapparat som opereres inn i sneglehuset, og som gjør det mulig å oppfatte lyd via hørselen. I søkeprosessen valgte jeg også å ekskludere studier med manglende/udetaljert beskrivelse, da resultatene kan være lite troverdig og nøyaktige.

2.3. Utvelgelsesprosessen

«*Ein hovudregel er å gjennomføre ei kritisk vurdering av kvaliteten og relevansen av den forskninga som skal inngå i prosjektet*» (Befring, 2007: 52). I søk gjennom databasene valgte jeg studier ut fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene, og fant ut hva som var relevant. Deretter ble de utvalgte studiene lest grundig, og deres relevans og kvalitet vurdert. I utvelgelsesprosessen ble det i to tilfeller foretatt avvik fra det ene inklusjonskriteriet, som angår litteratur eldre enn 2003, men som jeg anså som relevant i forhold til problemstillingen. Se vedlegg 2: *Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur*.

I tillegg til søk i databaser har jeg søkt i Google og Google scholar, brukt pensumlistene for studiet, og valgt bøker som har vært relevante for å besvare problemstilling. Fagbøkene som er valgt har vært aktivt brukt i besvarelse av tidligere oppgaver i studiet, og jeg betrakter disse som valide og pålitelig.

Underveis i utvelgelsesprosessen ble det sendt mail til Marit H. Kvam. Hun har doktorgrad innen emnet hørselshemming og har jobbet hos SINTEF i mange år. Hun sendte tre artikler hun hadde skrevet, og som kunne være relevant i forhold til problemstillingen. Jeg valgte å bruke følgende; Kvam, M & Loeb, M (2010). "*The relation between adverse childhood experiences and later mental health among deaf adults*". Scandinavian Journal of Disability Research. Denne artikkelen var ikke tilgjengelig i fri fulltekst.

Kildekritikk

Vilkår for at en empirisk forskning skal ha verdi, er at den har et relevant og troverdig informasjonsgrunnlag (Befring 2007).

I studiet av fagfeltet har det blitt brukt noe eldre litteratur, da omfanget er begrenset. Eldre litteratur kan være en svakhet, da resultatene av tidligere forskning kan ha unøyaktigheter og være lite fullgode i dag. Jeg har prøvd å styrke det ved å velge nyere forskning på fagfeltet som har vært relevant og i beste fall gitt et mer troverdig informasjonsgrunnlag. De utvalgte forskningsresultatene ligger på nivå 1 i vitenskapelig publisering, og er fagfellevurdert. Dalland (2010) skriver at fagfellevurdering foretas av eksperter innen fagområdet. De vurderer og godkjenner artiklene, og derfor anser jeg resultatene som kvalitetssikret og høyverdig.

I artikkelen til Beate Øhre et. al (2011) henvises det til 11 tidligere studier rundt forekomsten av psykiske lidelser hos døve, og jeg har valgt å bruke deres artikkel som sekundærkilde. Bruk av sekundærkilde i stedet for primærkilde kan være en svakhet. Jeg kunne med fordel ha gått tilbake til primærkildene for og ikke arve deres eventuelle feiltolkninger og unøyaktigheter, men vurderte deres informasjonsgrunnlag som valide og pålitelig. Beate Øhre er tegnspråklig psykologspesialist, Stephen von Tetzner er professor i utviklingspsykologi og Erik Falkum er professor i enhet voksenpsykiatri ved Universitetet i Oslo, og jeg antar at dem har betydelig kunnskap og erfaring rundt temaet. Deres tolkning, analyse og vurdering er av mer kvalitet og nøyaktighet enn egne, da de sitter med mer kunnskap og erfaring i håndtering av store mengder litteratur.

For mer utdypende informasjon av egne vurderinger av kildekritikk/relevans, se vedlegg 2: *Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur.*

2.4. Metodekritikk

Jeg har verken kunnskap eller erfaring i bruk av litteraturstudium som metode. Jeg har deltatt på forelesning om litteraturstudium og hvordan man systematisk går frem for å finne relevant forskning. Det har vært til dels vanskelig å gjennomføre søk i praksis. Det er viktig å formulere og bruke gode søkeord, og jeg har prøvd etter beste evne å finne relevant litteratur. På tross av lite erfaring tror jeg at jeg har dekket store deler av fagfeltet som er undersøkt.

Mange av resultatene fra forskning som er brukt i besvarelsen har vært tilgjengelig i flere av databasene, og noen har vært referert til i annen litteratur. Svakheten kan være at jeg har oversett relevant forskning, ved ikke å ha brukt riktige formuleringer/kombinasjoner av søkeord som kunne gitt flere treff.

Bacheloroppgaven er basert på kun én metode og det kan være en svakhet. Dersom jeg hadde kombinert flere metoder, ville det styrket grunnlaget for drøftingen og konklusjonen av problemstillingen. På den andre siden er det brukt resultater fra forskning som har kombinert ulike metoder, herunder observasjon og intervju i fagfeltet, noe som kan være en styrke. Det er viktig å få med hva brukergruppen opplever og sier i forhold til problemstillingen, da det styrker grunnlaget for valide konklusjoner.

2.5. Ethiske refleksjoner

Jeg har følt på et ansvar for å finne god litteratur for å belyse problemstilling på en presentabel måte. Det er viktig at håndtering av informasjon ivaretar respekt for den brukergruppen det gjelder, og at resultatene av forskning ikke fremstilles på en misvisende måte. Jeg har selvsikt nok til å se at jeg er utrent i å håndtere store mengder litteratur og gjøre gode analyser. Jeg har likevel forsøkt etter beste evne å fremstille litteraturen på en god og faglig forsvarlig måte.

Dalland(2010) skriver at vi alltid har fordommer og førforståelse med oss inn i en undersøkelse. Jeg har vært bevisst på at mine tanker og fordommer ikke skulle påvirke meg til å lete etter, eller sett på det som har bekreftet min førforståelse.

3. TEORI

I dette kapitlet skal jeg systematisk presentere den innsamlede dataen som er funnet i litteraturstudiet.

3.1. Erik. H Eriksons utviklingspsykologi

Et menneske gjennomgår utviklingsprosesser hele livet, fra befruktning gjennom fosterperioden til voksen alder og alderdom. Det skjer en utvikling på fysiologiske, psykologiske og sosiale områder, og disse styres dels innenfra, via arv og biologiske mekaniser, dels via ytre påvirkninger gjennom det miljøet man lever i (Håkonsen 2010: 31). Jeg har valgt å se på de fem første stadiene (0-20 år) i utviklingsteorien til Erik H. Erikson. Erikson mener utvikling er knyttet til sentrale fenomener som nærhet, tillit, identitet, seksualitet, familie og arbeid. Noen av disse fenomenene vil jeg bruke videre i min besvarelse av problemstillingen.

Tillit versus mistillit (ca. 0-1.5 år)

Erikson (Håkonsen, 2010) hevder at barnet i løpet av de første leveårene erverver grunnleggende tillit eller mistillit i sine omgivelser. Gjennom erfaringer barnet gjør med mor og far, lærer barnet seg om det kan stole på og forutse hvordan omgivelsene oppfører seg. Videre sier Erikson (Håkonsen, 2010) at foreldre som møter barnets behov, og viser omsorg vil lære barnet at omgivelsene er stabile og forutsigbare, og dette vil gi barnet tillit, noe som er viktig for den senere utviklingen. Hvis barnet derimot møter ustabilitet og lite omsorg og nærhet, vil det ikke kunne lære å forutsi hvordan omgivelsene vil respondere, og barnet kan utvikle en grunnleggende mistillit.

Autonomi versus tvil (ca. 1.5-3 år)

I dette stadiet begynner barnet å bevege seg mer og blir mer uavhengig. Barnet kan i større grad får tak i ulike gjenstander og i større grad velge hvem det vil samhandle med. Men samtidig er barnet ikke i stand til å gjøre slike valg, barnet vet ikke hva som er mulig, umulig, trygt og hva som er farlig. Foreldre og andre omsorgspersoner er derfor nødt til å vise barnet det rette og beskytte det mot fare, hvis ikke kan barnet oppleve nederlag og skuffelser. Hvis derimot barnet får anledning til å mestre det som barnet har mulighet til, vil dette øke barnets opplevelse av uavhengighet og kontroll (autonomi)(Håkonsen, 2010).

Initiativ versus skyld (3-5 år)

Erikson sier følgende; «*Initiativ er evnen vi har til å sette i gang ulike aktiviteter, både handlinger og tanker. I dette stadiet beveger barnet seg både fysisk og psykisk innenfor større områder, og det møter en verden som på mange måter er lik de voksnes*» (Håkonsen, 2010: 48).

Barnet kan i dette stadiet gjøre seg forestillinger som hvordan verden er for voksne og hvordan der er å ha voksne oppgaver. Gjennom imitasjon leker barn og utforsker seg selv i en voksen verden. Evnen til initiativ henger sammen med utviklingen av en forståelse om hva som er rett og galt. Når barnets samvittighet utvikles, utvikles også følelsen av skyld for handlinger og tanker om andre mennesker. Barnets skapende virksomhet og initiativ kan virke positivt ved at barnet opplever å beherske og mestre omgivelsene. På den andre siden kan dette medføre at barnet føler skyld som følge av sine handlinger og tanker (Håkonsen, 2010).

Kreativitet versus underlegenhet (ca. 6-14 år)

I denne fasen er barnet opptatt av å lære fysiske og intellektuelle aktiviteter. Barnet sammenligner seg selv med andre mennesker, herunder venner og skolekamerater, og bruker dem som målestokk for sin egen utvikling. Sammen med resultatene av de tidligere livskrisene vil den «skapende» eller «underlegne» grunnholdning være viktig i den videre utvikling av personligheten. «*Et gunstig resultat vil være at man utvikler kompetanse og ferdigheter til å fungere på ulike måter i livet*» (Håkonsen, 2010: 49).

Identitet versus forvirring (ca. 14-20 år)

Dette er stadiet som har gjort Eriksons faseteori kjent. Erikson hevder at de forandringer som skjer i ungdomsårene, er dramatiske, dels på grunn av biologiske faktorer (hormonelle forandringer og fysisk utvikling), og dels på grunn av den sosiale utviklingen. Den seksuelle modning og utprøvingen bidrar ofte til store følelsesmessige og sosiale spenninger hos den enkelte. I tillegg til dette kommer den voksne verden nærmere og livskrisene fra tidligere faser blir ofte gjennomopplevd på nytt i disse årene. Denne fasen er viktig for utviklingen av individets egoidentitet (Håkonsen, 2010: 49).

Videre sier Erikson at et gunstig resultat av dette vil være at individet opplever mening og forutsigbarhet i livet, og følelse av kontroll. «*Egoidentitet er grunnlagt av resultater fra tidligere livskriser- håp, vilje, hensikt og kompetanse*» (Håkonsen, 2010: 49).

3.2. Døve

«De som er eller blir hørselshemmet før 3-4 års alderen kalles førspråklig døde. Denne gruppen vil ha et annerledes språk enn hørende, fordi de ikke har kunne høre talelydene klart nok til å kunne imitere dem(Justis- og beredskapsdepartementet, NOU 2007: 7). Videre skriver teorien at «nyere definisjoner er gjerne noe bredere og slår fast at døves høygradige hørselstap i vesentlig grad reduserer muligheten for å oppfatte tale via hørselsinntrykk og kontrollere egen tale» (Grønlie, 2005: 22-23).

Holmboe(2001) skriver i sin utredning at førspråklige døde oppfatter seg som en språklig minoritet med særegne erfaringer og en psykososial situasjon som samler dem i døvesamfunn. Døve oppfatter seg lite forstått og tildels undertrykket av den hørende majoriteten, og har kjempet for sin kultur og språk.

Grønlie (2005) sier at hørselshemming er en funksjonshemming som skader menneskets tilgang til de hørendes språklige miljø, deres kommunikative rom. Betrakter man hørselshemming ut i fra et pedagogisk/psykologisk perspektiv, ser man en funksjonshemming som spiller en betydelig rolle i språklig, intellektuell, sosial og emosjonell utvikling, og for tilhørighet, selvbilde, deltakelse og trivsel.

Årsak

Grønlie (2005) skriver at hos halve døvepopulasjonen skyldes døvhet ulike former for arv, og den vanligste årsaken har vært recessiv arv(30-40 prosent),mens sykdom i tidlig fosterliv, fødselsskader og senere infeksjoner er de andre vanligste årsakene til store hørselstap. I dag utgjør premature barn en risikogruppe. Rhesusuforlikelighet, hjernehinnebetennelse og traumer ved ulykker kan også gi hørselstap (Holmboe, 2001).

Kommunikasjon

Døves førstespråk, tegnspråk, er visuelt-gestuet språk som er naturlig utviklet blant døde. Det betegnes som visuelt fordi det mottas gjennom synet og fungerer helt uavhengig av lyd. Det betegnes som gestuet fordi det utføres med bestemte bevegelser av hendene, ansiktsuttrykk og kroppsholdning (Erlenkamp, 2012). I motsetning til tegnspråk er talespråk

basert på hørsel og lyd. Forskjellen er altså stor, men begge språkene er meningsbærende, spontane og naturlige.

Grønlie(2005) skriver at på 1940-, 1950-, og 1960-tallet var ikke tegnspråk aktuelt som opplæringspråk for barn. Det var først i 1970-årene at det ble offisielt tillatt å bruke tegnspråk i undervisning av døve barn. Før den tiden har døve stort sett vokst opp i deprivasjon, lavforventing og selvnedvurdering, uten egen eller andres respekt for sitt naturlige tegnspråk, og uten mulighet til å utvikle språket sitt i kommunikasjon med voksne. I kommunikasjon med andre barna på døveskolen har det døve barnet prøvd å finne orden i et kaos fylt av traumer og uforståelig, autoritetsfrykt og savn.

Døvekultur

Peterson & Herland (2012) skriver at «døvekultur» oppstår når døve møter døve. Uansett hva man legger i det begrepet, viser det at tegnspråk som språk ikke bare er et redskap for formidling av et budskap, men også et språk som er en del av den norske kulturarven, et språk som bærer i seg tegnspråkliges livserfaring, historie og kultur. Det vil si at røttene til kulturen finnes på døveskolene, i døveforeningene og i de mange nasjonale og internasjonale treffsteder.

3.3. Psykiske lidelser

I følge Folkehelseinstituttet omfatter psykiske lidelser *«alt fra enkle fobier og lettere angst og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni. Det er vanlig å skille mellom psykiske plager(vansker) og psykiske lidelser. Førstnevnte er plager som oppleves belastende, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som diagnoser. Mens psykiske lidelser medfører høyere belastning enn psykiske plager»*(www.fhi.no). Videre skriver helse Norge at halvparten av befolkningen i Norge opplever psykiske plager eller lidelser i løpet av livet(www.helsenorge.no).

Verdens Helseorganisasjon definerer psykiske lidelser følgende;

«Psykiske lidelser omfatter et bredt spekter av problemer, med ulike symptomer. Men de er generelt preget av en kombinasjon av unormale tanker, følelser, atferd og relasjoner med andre»(www.who.int).

Haugsgjerd et. al (2002) beskriver at psykiske lidelser gir seg til kjenne ved avvikende atferd, ved tankegang, følelsesuttrykk eller måter å snakke på som er vanskelig å forstå, eller som på annen måte gjør at vedkommende havner utenfor fellesskapet med sine omgivelser. I blant kan slike tilstander oppstå brått og gå over etter en viss tid, mens i andre tilfeller kan de utvikle seg gradvis og vedvare over lengre tid.

Videre skriver Haugsgjerd et. al (2002) at når det gjelder psykiske lidelser er det personens forståelse av seg selv og sine relasjoner til andre mennesker, følelser og sine tanker, som vanligvis er det som skaper symptomer og funksjonssvikt.

Risiko- og beskyttelsesfaktorer

Det finnes både arvelige (genetiske) og miljømessige risikofaktorer for psykiske lidelser. Generelt er gener viktig i variasjon i psykisk helse. Arveligheten for psykiske plager, depresjon, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser er forholdsvis moderat. Det betyr at miljøforhold samlet er noe viktigere enn gener for disse lidelsene. Tendens er at mer alvorlige psykiske lidelser har høyere arvelighet. Genene er viktige for hvorvidt det oppstår en lidelse, mens livshendelser og andre miljøfaktorer er mest avgjørende for om det blir en angst- eller en depresjonslidelse som eventuelt utvikles (www.fhi.no)

Det er også flere andre kjente faktorer som kan utløse psykiske lidelser, herunder:

- *«Tilknytning til omsorgspersoner i barndommen har betydning for senere psykisk helse*
- *Sosial isolasjon og ensomhet gir økt risiko, mens sosial støtte og nærhet til andre mennesker beskytter*
- *Traumatiske opplevelser, som alvorlige ulykker eller vold mot en selv eller ens nærmeste, kan gi varige psykiske skader*
- *Flere belastningsfaktorer som virker sammen over lang tid, gir høy risiko, tilsynelatende høyere enn summen av risiko knyttet til hver enkelt faktor. For eksempel kan nære og trygge forhold til andre mennesker, gi bedre beskyttelse mot hendelser eller belastninger som ellers ville ha medført høy risiko*
- *En god selvfølelse, og spesielt følelsen av å kunne mestre utfordringer og problemer, har stor betydning for god helse»*(www.fhi.no).

Stress-sårbarhetsmodellen

Bakken (udatert) skriver at stress-sårbarhetsmodellen kan være et verktøy for å forstå hva som bidrar til å vedlikeholde eller motvirke problemer eller sykdom. Modellen viser at dersom man har en biologisk sårbarhet, vil man kunne være ekstra utsatt for psykiske lidelser når man blir utsatt for økte påkjenninger. Genetisk disposisjon vil ikke alene bestemme om man utvikler psykisk sykdom, men kan være med å bestemme sårbarheten for å tåle stressfaktorer som for eksempel vold, overgrep, tap av nære pårørende eller overganger til nye livssituasjoner. Lav motstandsdyktighet gjør at man tåler mindre stress og påkjenning, og risikoen for psykisk lidelse vil øke. Det er ikke alltid overveldende hendelser eller dramatiske enkelthendelser som utløser vansker eller gir fare for utvikling av psykisk sykdom, men heller mønsteret av negative opplevelser (www.helsekompetanse.no).

3.4. Sammenheng mellom døve og psykiske lidelser

Grønlie (2005) skriver at blant døve er forekomsten av psykiske lidelser omtrent som ellers i befolkningen, mens mennesker som mister hørselen som voksen, har en overrepresentasjon av psykiske problemer. I motsetning til dette viser Øhre, Tetchner & Falkum (2011) i sin forskning at det er dokumentert i flere studier at forekomsten av psykiske helseproblemer generelt er høyere hos alvorlige tunghørte og døve, enn hos den hørende befolkningen. Jeg vil nå presentere forskningslitteraturen, og gjøre rede for hovedfunnene. For ytterligere informasjon om formål, metode, deltakere, resultat og kildekritikk/relevans i forskningslitteraturen, se vedlegg 2: *Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur*.

Basilier (1973)

Terje Basilier (1973) har som psykiater blant egentlige døve stått overfor døve som har hatt psykiske lidelser og som har kommet til behandling. Klientgruppen har ofte vært sosialt umoden, stereotype og rigide i sin atferd. Av praktiske grunner har forfatteren samlet disse personlighetstrekkene i et syndrom kalt «surdofrenia». Det finnes i større eller mindre grad hos relativt mange døve, mens spesielt kommer det frem hos døve som får psykisk lidelse. Syndromet består av følgende hovedsymptomer;

1. *«alvorlig hørselssikt fra fødsel eller tidligste barneår*
2. *språkinvaliditet (stumhet eller døv prosodi og begrepsfattigdom: lite ordforråd)*
3. *tendens til konkret tenkning og svekket innfølingsevne*

4. *Rigide i handlingsmåte. Har de lært en handlingsmåte er det vanskelig å omstille seg til en annen. Det minner om tvangskarakterer*
5. *Tendes til projeksjon av skyld og ansvar over på andre. Manglende evne til introspeksjon/selvbebreidelse*
6. *visse narsissistiske trekk med overvurdering av egen evne og muligheter og en urealistisk holdning til livets vanskeligheter*
7. *atferden preges ofte av impulsivitet, og de har tendens til å uttrykke sinnereaksjoner ved enkle former for utagering». (Basilier, 1973: 23).*

Psykiater Terje Basilier (1973) fant ut at døve som ikke emigrerte til døveforeninger hadde større forekomst av psykiske lidelser, enn de som gjorde det. Av mulige sykdomsutløsende momenter mener Basilier at det er den sosiale isolasjonen som synes å spille en særlig rolle for de barndomsdøve som må leve sitt liv som eneste døv i et hørende miljø. Manglende kontakt fører ofte til seksuelle frustrasjoner og problemer som kan resultere i innleggelse i psykiatriske sykehus.

Videre skriver Basilier (1973) at schizofreni er omtrent like hyppig blant barndomsdøve som blant hørende pasienter. I den forliggende undersøkelsen er det funnet en relativ stor hyppighet av depressive symptomer, og at det er noe større tendens til depressive reaksjoner blant dem som har hatt noen hørselsrester i tidlige barneår.

Doktoravhandlingen til Terje Basilier er av eldre karakter og jeg er bevisst på at det kan være en svakhet. De elevene som er undersøkt i doktoravhandlingen var født på 1910-tallet, og det har skjedd store forandringer i forhold til synet på mennesker som er døve, og tilgang på tegnspråk og skoletilbud. Bakgrunnen for valgt litteratur er at Basilier er en anerkjent psykiater og hans undersøkelser har hatt store konsekvenser; Teorien (Norsk døvemuseum) skriver at Terje Basiliers doktoravhandling om døvhet bidro til å avmystifisere det å være døv, og til at døve ble sett som vanlige mennesker. Basilier innså at døve hadde en unik mulighet for emosjonell, kognitiv og sosial utvikling på lik linje med andre, men at det måtte utvikles på døves premisser, herunder tegnspråk. Hans videre forskning fikk skolefolk til å endre mening om tegnspråkets plass i døveundervisning (www.norsk-dovemuseum.no). «Basilier fant også en overhyppighet av døve blant innlagte ved norske psykiatriske sykehus. Han knyttet dette til mangelfull diagnostikk, og reiste kravet om en egen avdeling for døve på Gaustad» (Holmboe, 2001).

Jacobsen & Grue (1999)

Jacobsen & Grue (1999) har gjennomført en undersøkelse ved Conrad Svendsen Senter (CCS) og Døveavsnittet. Jacobsen er statsviter og Grue er kandidat i sykepleie. CCS er et landsdekkende spesialsykehjem for døve med ulike funksjonshemninger og ulike behov. Det er 72 faste plasser for langtidsopphold, i tillegg til dag- og fritidstilbud. Døveavsnittet er et psykiatrisk sykehustilbud spesielt tilpasset døve. Døveavsnittet kan ta imot pasienter som trenger døgntilbud, dagtilbud, poliklinisk behandling og akutt hjelp.

I undersøkelsen på Conrad Svendsen Senter (CCS) og Døveavsnittet finner Jacobsen og Grue (1999) at alle pasientene på CSS har tilbaketreknings symptomer, mens på Døveavsnittet har alle bortsett fra én tilbaketreknings symptom. Videre har forskerne (Jacobsen & Grue, 1999) funnet ut at på døveavsnittet er det få med problemer relatert til kognitive funksjoner (hukommelse, orienteringsevne og forståelse), mens på CSS er disse problemene noe mer utbredt.

I undersøkelsen (Jacobsen & Grue, 1999) kommer det frem at mange av pasientene på CSS har store problemer med mellommenneskelige relasjoner. Deres sosiale nettverk er svært begrenset. De er plaget av vedvarende og alvorlig sosial isolasjon på grunn av kommunikasjonsproblemer eller de mangler evne til å etablere og opprettholde sosiale relasjoner.

Kvam, Loeb & Tambs (2006)

Kvam et. al (2006) fant ut i sin undersøkelse at døve viser flere symptomer på angst og depresjon enn den hørende del av befolkningen. I denne undersøkelsen har de tatt utgangspunkt i SCL-5 som benyttes som en indikator for symptomer på angst og depresjon. Det viste seg at døve hadde større risiko for opplevelse av psykiske plager (følelsen av engstelighet og håpløs for fremtiden). Det er sannsynlig at noen av de psykiske problemene kan stamme fra barndommen, eller fra ulike årsaker til døvhet, sosioøkonomiske problemer, og ulike erfaringer knyttet til stigmatisering og diskriminering.

Kvam & Loeb (2010)

Kvam & Loeb (2010) har undersøkt forholdet mellom negative barndomsopplevelse og psykiske helseproblem i voksen alder. Analysen fokusert på tre aspekter av negative barndomsopplevelser, herunder avstraffelse fra minst en av foreldrene (rapportert av 36 %),

mobbet av jevnaldrende(rapportert av 23 %), og seksuelt misbrukt av kjente eller ukjente mennesker(rapportert av 30 %). Det viste seg å utgjøre en alvorlig risiko for utvikling av psykiske helseproblemer. Videre viste analysen at det å ha opplevd to eller tre av dem nevnte negative erfaringen i kombinasjon, økte sannsynligheten for psykiske helseproblem betraktelig. Utover dette viser forskningen at andre erfaringer kan ha bidratt positivt eller negativt til senere psykisk helse, som opplevelse av utseende (kroppsbilde), vennskap i barndommen, grad av suksess, familiens sosio-økonomiske status, helsemessige forhold og foreldrenes relasjoner (både positivt og negativt).. Disse faktorene ble ikke diskutert i denne artikkelen, men deres innflytelse bør ikke undervurderes.

Øhre, Tetzchner & Falkum (2011)

Øhre et. al (2011) har gjennomgått et systematisk søk av forskningspublikasjoner mellom 1995-2011. Søket omhandler utbredelse og fordeling av psykiatriske symptomer og lidelser hos den døve del av befolkningen. I noen studier som Øhre et. al (2011) gjennomgår kommer det frem at psykiatriske forstyrrelser hos døve personer kan ha en sammenheng med svekket kommunikasjon og språk, lite sosiale relasjoner, og redusert forståelse av sosiale hendelser og prosesser på grunn av begrenset deltagelse i kommunikasjon med andre. Disse faktorene kan påvirke sårbarheten og resultere i psykiske lidelser. Videre viser Øhre et. al (2011) gjennom sin vurdering at døve scorer betydelig høyere på depressive og angst- symptomer enn hørende. I motsetning viser noen studier i denne litteraturgjennomgangen at utbredelsen av symptomer på depresjon ikke påviser betydelig forskjeller mellom døve og hørende.

I studien til Appleford 2003 (i Øhre et. al 2011) fremkom det å være færre døve med unipolar depresjon, men dobbelt så høy forekomst av nevrotiske og stressrelaterte lidelser i forhold til hørende befolkning. Videre referer Øhre et. al (2011) til flere studier som viser at hørende har høyere forekomst av schizofreni og psykotiske lidelser enn døve.

Øhre et. al (2011) konkluderer med at mulige årsaker til sårbarhet for psykiske lidelser hos personer som er førspråklig døve er de spesielle utfordringene de møter i dagliglivet, da spesielt i forhold til kommunikasjon og tilgang til informasjon. Dette vil sannsynligvis øke deres sårbarhet for utvikling av psykiske symptomer og lidelser. De konkluderer også med at årsaken til hørselstapet kan ha en avgjørende rolle i sårbarheten for den enkelte.

4. DRØFTING

Gjennom vurdering av resultat/funn ser jeg at gruppa døve har mer symptomer på angst og depresjon enn hørende, mens de alvorlige psykiske lidelsene ikke viser noe signifikant skille mellom døve og den hørende befolkning. I drøftingen skal jeg ta utgangspunkt i hovedfunnene som er felles for de utvalgte forskningsresultatene, og ved hjelp av teori drøfte og vurdere, og gjøre egne refleksjoner på hva som skjer i barndommen og som senere kan forårsake psykiske lidelser i voksen alder.

4.1. Oppvekst i hørende familie

Døve vokser som regel opp i hjem med bare hørende. Grønlie (2005) refererer til undersøkelser og døveskolens erfaringer som forteller at rundt 5 prosent døve har døve foreldre, mens rundt 20 prosent har døve søsken. Allerede her kan utfordringene starte i forhold til at barnet skal utvikle identifikasjon og tilhørighet med et hjemmemiljø som ikke er identisk med deres opphav.

Håkonsen (2010) skriver at nyfødte barn er aktive og medspillere i egen utvikling fra fødselen av. Et nyfødt barn er opptatt av det som skjer i omgivelsene og kan reagere på ulike sanseutrykk. Selv om barnet er aktivt og medspiller i egen utvikling er det fortsatt avhengig av andre, herunder omsorgspersonen. I følge Eriksons første stadie (Håkonsen, 2010) tilegner barnet seg grunnleggende tillitt eller mistillit i sine omgivelser. Fra ca. 0-1,5 år trenger barnet nærkontakt og omsorg for å føle seg trygg og sikker på omgivelsene. Barnet er fra spedbarns periode avhengig av nærhet og trygghet fra sine omsorgspersoner. Hvis barnet ikke får denne omsorgen i denne perioden kan det tenkes at det vil prege barnet senere i livet. Askland & Sataøen (2011) skriver at nyfødte barn er følelsesvare for lyder, og har en medfødt evne til å reagere på menneskelig tale, og kan raskt skille mellom ørsmå talenyanser. Et barn som er døvt vil ikke kunne høre eller forstå lyder, for eksempel stemmer som beroliger og trøster, på grunn av sitt sansetap. Det kan medføre at barnet skaper mistillit til sine omgivelser.

Askland & Sataøen (2011) skriver videre at hørselen er viktig for at man skal kunne orientere seg. Et barn som er døvt vil ha begrenset mulighet til å oppfatte lyder fra stemmen til omsorgspersonene og omgivelsene, og det kan skape vanskeligheter i å orientere seg. Barnet får redusert mulighet til å lære seg og forstå hvordan omgivelsene oppfører seg, og det kan i

henhold til Eriksons teori (Håkonsen, 2010) gjøre at barnet møter ustabilitet, lite omsorg og nærhet. Som tidligere nevnt i teorikapitlet om risiko- og beskyttelses har tilknytning til omsorgspersonene en betydning for senere psykisk helse. Dersom barnet møter lite stabilitet og nærhet på grunn av kommunikasjonsbristen mellom barnet og omsorgspersonen, kan det være en risikofaktor for psykiske lidelser senere.

På den andre siden skriver Falkenberg & Kvam (2012) at for små barn er den nonverbale kommunikasjonen ekstra viktig for at et godt foreldre-barn-forhold skal etableres. I henhold til følgende teori kan det tenkes at hørselshemmede barn opplever nærhet og omsorg hvis foreldrene stimulerer barnet ved bruk av visuelt-gestuet språk. Dermed trenger nødvendigvis ikke det døve barnet å oppleve lite tilknytning, nærhet og omsorg i nyfødt perioden. Men det er viktig å være bevisst på at det døve barnet utvikler seg og krever mer nærhet og omsorg gjennom kommunikativ oppfølging, herunder tegnspråk. Det er da utfordringene kan oppstå, da foreldrene ikke kommuniserer ut i fra barnets forutsetninger.

I det andre stadiet hos Erikson (Håkonsen, 2010) vil barnet begynne å bevege seg mer og blir mer uavhengig, men barnet er ikke i stand til å gjøre egne valg og vite hva som er mulig, umulig, trygt og farlig. Barnet er avhengig av at foreldrene viser det rette og beskytter det mot fare. For et barn som er oppvokst i en familie der foreldrene er døve og vet at barnet er døvt, vil gi barnet mulighet til å forstå hva som er rett og galt gjennom det visuelle-gestuelle språket. Kommunikasjonsforholdene er optimale og barnet får anledning til å lære seg å mestre det som er mulig, og det i sin tur kan øke opplevelse av uavhengighet og kontroll (autonomi). Dersom det motsatte skjer, kan opplevelse av nederlag og skuffelser over lengre tid virke belastende på barnet. Som tidligere nevnt i forhold til risikofaktorer, kan dette utløse psykiske lidelser, da «*flere belastningsfaktorer som virker sammen over lang tid kan gi økt risiko for psykiske lidelser*» (www.fhi.no).

Tilknytning

Askland & Sataøen (2011) definerer tilknytning som det følelsesfargede båndet(emosjonelt bånd) som knytter barnet til en eller flere personer. Videre skriver forfatterne at et synlig utslag av vellykket tilknytning er at barnet holder fast på nærheten til omsorgspersonen, og at det blir urolig når denne nærheten trues. Det kan tenkes at tilknytningen til mor og far er viktig i forhold til utviklingen av det følelsesmessige og sosiale området. Foreldre skal være en trygg base der barnet kan søke nærhet og trygghet

Informantene til Basilier (1973) ble født på 1910-tallet og har kanskje vokst opp i hørende miljø, og hatt begrenset mulighet til å etablere nære og følelsesmessige relasjoner til sine omsorgspersoner på grunn av sin hørselshemming. Lite tilknytting og nære relasjoner til omsorgspersoner kan prege barnet senere, da det ikke mestrer å håndtere vanskelige situasjoner og egne følelser, og forstå og forholde seg til ulike følelsesuttrykk og andre mennesker. Forskning (Fosse, 2009) viser at de fleste psykiske lidelser hos mennesker er knyttet til stress i forhold til relasjonen mellom primære omsorgsgivere eller signifikante andre i barndommen. Dette kan være en sårbarhetsfaktor for et menneske som er døvt, da det ikke opplever tilbakemeldinger og respons på sine handlinger, følelser og reaksjoner i forholdet til omsorgspersonene og andre viktige mennesker i omgivelsene.

Basilier (1973) registrer også at døve med psykiske lidelser hadde atferdsvansker (lite impuls kontroll, sinnereaksjoner og utagering). Årsaken til atferdsvanskene kan være at barnet ikke har hatt kontakt med andre, og ikke fått respons og støtte på det følelsesmessige uttrykket. Eide & Eide (2010) sier at dårlig tilknytning til nære omsorgspersoner og andre i miljøet kan gjøre det vanskelig for et menneske å knytte seg til andre mennesker og leve seg inn i andre menneskers liv, og tilknytningsproblemene kan lett falle tilbake på problematferd. Atferdsvanskene kan ha en sammenheng med at barnet ikke forstår det som skjer rundt seg og ikke klarer å uttrykke sine egne behov, følelser og tanker på grunn av manglende språklig- og sosial forståelse. Det kan skape redsel, frustrasjon og aggresjon, og resultere i atferdsvansker.

Som tidligere nevnt i kapitel 3.3, skrev Haugsgjerd et al (2002) at psykiske lidelser ga seg til kjenne ved avvikende atferd. Personer som er døv trenger nødvendigvis ikke å ha psykiske lidelser, da årsaken til den avvikende atferden kan ha bakgrunn i manglende språklig- og sosial forståelse. Medfører den avvikende atferden at vedkommende havner utenfor felleskapet i omgivelsene kan tenkes at det personen gradvis utvikler negativ tanker og forståelse av seg selv, og sine relasjoner til andre. «*Unormale tanker, følelser, atferd og relasjoner med andre er det som gir seg til kjenne ved psykiske lidelser*»(World Health Organization). Hvis det overnevnte vedvarer over lengre tid kan det føre til økt risiko for psykiske lidelser.

Diagnostisering

Strand (2009) referer til en mor som forteller hvordan hun opplevde prosessen rundt screening og diagnostisering av hørselstap hos sitt nyfødte barn. Hun fikk beskjed fra legen at hennes sønn var døv og samtalen varte et par minutter. Etter dette dro hun og barnet hjem og ut i det store intet. Det kan tenkes at før barnet får diagnosen som hørselshemmet har foreldrene delvis eller ingen kunnskap om hørselshemming.

For eksempel kan lite kunnskap og erfaring i bruk av tegnspråk som kommunikasjon hos foreldrene ha påvirket barnets relasjon til omsorgspersonene, og barnets utvikling og funksjon i senere liv. Omsorgspersoner kan ha syntes at det har vært vanskelig å sette grenser hos barnet, og det kan ha ført til at foreldrene har kontrollert og blandet seg for mye inn i barnets aktiviteter. En slik atferd fra foreldrene kan virke overbeskyttende, og barnet kan oppleve hjelpeløshet, liten grad av mestring og kontroll over eget liv og omgivelser. I henhold til Eriksons tredje stadie (Håkonsen, 2010) initiativ versus skyld, begynner barnet å lære om hvordan verden er for voksne og hvordan det er å ha voksne oppgaver. Hvis barnet ikke får mulighet til å forutse og forstå, og beherske og mestre omgivelsene på grunn av foreldrenes kontroll og overbeskyttende atferd, kan barnet oppleve skyld og skam for sine handlinger og tanker. Negativ forståelse av seg selv, sine omgivelser, tanker og handlinger er i følge teorien (Haugsgjerd et. al, 2002) det som skaper symptomer på psykiske lidelser. Det betyr ikke at det døve barnet nødvendigvis trenger å få psykiske lidelser, men hvis negative forståelse av seg selv og egne handlinger vedvarer over lengre tid kan det utløse psykiske lidelser.

4.2. Språklig- og sosiale ferdigheter

Grønlie(2005) skriver i sin bok at hørselshemmede har en iboende mulighet for god utvikling. Så vel språklig som intellektuelle og sosiale ferdigheter lar seg utvikle når forventningene er til stede og barnas premisser tas på alvor.

Den språklige- og sosiale utviklingen kan medføre problemer hos et døvt barn som vokser opp i en familie der språkmiljøet er verbalt. Barnet har kanskje ingen språklige forbilder og ingen til tolke det de uttrykker. I forskningen (Øhre et. al 2011 & Basilier 1973) kom det frem at døve hadde svekket kommunikasjon og språk, og redusert forståelse av sosiale hendelser og prosesser på grunn av lite deltakelse i kommunikasjon med andre. Det viste seg også at døve hadde informasjonssvikt og manglende evne til konkret tenkning. Hva kan være årsaken til dette være?

Den språklige- og sosiale utviklingen kan være redusert hos et menneske som er døvt. Et barn som har vokst opp i et hørende språkmiljø kan ha gått glipp av en rekke kunnskaper. Alle de små meldingene og reaksjonen, svarene og forklaringene av situasjoner og andre hendelser kan ha forsvunnet. Falkenberg og Kvam (2012) skriver at når et ord skal læres, må barnet vite hva ordet står for. Etter hvert gjør barnet seg erfaringer og klarer å sette ord på opplevelser. For et døvt barn kan det være vanskelig å lære ord hvis foreldrene bruker vokalt språk. Det å ha språkkunnskap og informasjon om hvordan man skal beherske og mestre omgivelsene vil gjøre at personen blir selvstendig og trygg. I forhold til funn i forskning (Øhre et. al 2011 & Basilier 1973), kan årsaken til dette være at barnet ikke har hatt mulighet til å utvikle språklig- og sosial kompetanse og ferdigheter på grunn av sitt sansetap.

I et hørende miljø vil døvheten begrense muligheten til å delta i omgivelsene. Barnet kan i språkmiljøet oppleve seg dum, krevende og reservert hvis ikke foreldrene legger til rette for at barnet kan delta i samhandlinger med omgivelsene. Hvis nærmiljøet ikke har forståelse av at døvheten til barnet gjør at han/hun ikke hører, vil barnet ikke få muligheten til utvikle tale, og lære begrep og ord. Selv om det døve barnet er normalt og er til stede i nærmiljøet, klarer ikke barnet å lære ord og begrep bare av å se på munnen. Barnet kjenner ikke til ordene, fordi de ikke representerer lyd. I samhandling med andre mennesker utvikler mennesket begrep, fordi det finnes begrep i handlinger, tanker og følelser. Omverden er fylt av ord og begrep, og personen som er døv kan ha begrenset mulighet til å utvikle selvstendighet og modenhet. Resultatet kan bli en person med lite intellektuell kompetanse og psykisk styrke.

Basilier(1973) fant også ut i sin undersøkelse at døve ble slitne av å munnavlese, og at det gikk utover øynene og konsentrasjonen. Det kan tenkes at barna som er døve ikke klarer å lære ord og begreper når konsentrasjonen er svekket, og at de heller velger å isolere seg fra nærmiljøet på grunn av utmattelsen av å prøve å forstå det som skjer rundt dem i omgivelsene.

Basilier (1973) skriver at foreldre til døve barn lærte tidligere ikke tegnspråksymboler til støtte for talen, og barnet hadde derfor ikke muligheter til å lære å kommunisere ved imitasjon. Det kan tenkes at barnehjernen er understimulert, da det døve barnet ikke har hørt foreldrenes stemme, og måttet gjette seg til hva foreldrene har uttrykt. Hørende barn lærer talespråk av foreldrene, og klarer å forholde seg og forstå situasjoner, mens døve barn kanskje må gjette seg til hvordan man skal forholde seg og forstå situasjoner, på grunn av sitt sansetap. Barnet kan få vanskeligheter med å lære seg formelle begrep og tenke abstrakt.

Redusert språklig- og sosial utvikling kan skape problemer for videre læring, og gi opphav til psykologiske forstyrrelser senere. Det å ha lite evne til å tenke abstrakt og forstå hva som skjer rundt seg kan virke skremmende og truende. Døve får ikke mulighet til å forstå hva som skjer, og blir avhengig av andre. Mennesker kan miste kontrollen (autonomien) kan senere resultere hjelpsløshet og avhengighet. En slik forsinkelse kan skape problemer for intellektuell- og emosjonell utvikling, og føre til frustrasjon over seg selv, og skuffende i forhold til forventningene hos andre i miljøet. I henhold til stress-sårbarhetsmodellen (i kap 3.3), kan svekket utvikling hos mennesket medføre lav motstandsdyktighet til å tåle stress og påkjenninger, og stadig negative opplevelser og påkjenninger kan øke risikoen for psykiske lidelser.

4.3. Sosialt fellesskap

«Mennesket er et sosialt vesen, og vi kan knapt tenke oss en tilværelse som menneske uten at vi samhandler med andre mennesker. Hvem vi er, hva vi gjør, og hva vi tenker, er i veldig stor grad avhengig av denne samhandlingen» (Håkonsen, 2010: 203).

Forskningen (Øhre et. al 2011, Jacobsen & Grue 1999, Basilier 1973, Kvam & Loeb 2010) registrerte at noen personer som var døve hadde dårlig selvbilde, lite vennskapelige- og sosiale relasjoner, vanskeligheter med tilknytning og mellom-menneskelig relasjoner. Dette kan ha sammenheng med at mennesket ikke klarer å operere fritt i alle situasjoner på grunn av sitt sansetap og lite språklige- og sosiale ferdigheter. I et hørende miljø vil døvheten begrense muligheten for deltakelse og følelsen av å være en av mange. I samhandling med andre speiler man seg selv, og kan lære å kjenne seg selv ved å observere egne tanker, følelser og handlinger. Hvis omsorgspersoner eller andre i nærmiljøet ikke har innsikt i barnets sansetap kan dette trues. Barnet får lite sosial erfaring og det kan forsinke utvikling av språklig- og sosial kompetanse og ferdigheter. *«Sosial støtte og nærhet til andre mennesker beskytter mot psykiske lidelser»*(www.fhi.no), mens mennesker som er døve kan oppleve sosial isolasjon og ensomhet hvis betingelsene for læring er for dårlig til at det kan resultere i god sosial støtte og nærhet til andre mennesker.

Døvesamfunn

Grønlie (2005) skriver i sin bok at døvesamfunn består av et omfattende sosialt nettverk der de fleste medlemmene er tegnspråklige døve. Medlemmene deler et stort antall samhandlingsmønstre og mange kanalisierer sine liv gjennom dette nettverket.

Basilier (1973) registrerte at de som bodde hjemme i en hørende familie og som ikke gikk på døveskole hadde mindre tendens til å delta i døvemiljøet, og viste større forekomst av psykiske lidelser. De som gikk på skole hadde større tendens til å delta i døvemiljøet og viste mindre forekomst av psykiske lidelser. Hva kan årsaken til dette være?

I fellesskap med andre døve får man stimulert den sosiale modningen, fordi språkmiljøet bruker tegnspråk som kommunikasjonsmetode. I døvesamfunnet vil identifikasjon, sosial likhet og kommunikasjon tilfredsstilles, og personen som er døv vil få mulighet til å bli kjent med ulike sider ved egen personlighet. Sosial deltakelse, støtte og nærhet vil som tidligere nevnt styrke den psykiske helsen. Døve vil også få mulighet til utvikle begrep i samhandling med andre døve, og det kan bidra til økt forståelse av det som skjer i omgivelsene, og opplevelsen av samhørighet og mestring kan styrkes.

Et barn som er døve, og som vokser opp i et hjemmemiljø som kommuniserer på deres premisser, såkalt adekvat kommunikasjon, vil få mulighet til å utvikle språklig og sosial modenhet. Barnet trenes til å bli trygg på seg selv, noe som gjør at det senere kan ønske å utvide sitt sosiale område. Et barn, derimot, som vokser opp i en hørende familie der kommunikasjonen er verbal, kan få negative erfaringer og opplevelser av sosiale relasjoner med andre. Barnet kan på grunn av sitt sansetap for eksempel ikke ha deltatt aktivt i familiens dialog og hyggelige sammenkomster, på grunn av at det ikke er kommunisert ved bruk av tegnspråk. Barnet kan ha gått glipp av mye lærdom i forhold til språkutvikling på grunn av det ikke har vært i kontakt med likesinnede. I forhold til Eriksons stadier (Håkonsen, 2010) kan barnet ha opplevd mistillit, skyld, underlegenhet og forvirring i sine omgivelser, noe som igjen kan ha resultert i følelse av skam og skyld for tanker og handlinger, og liten beherskelse og mestring i miljøet.

Grønlie (2005) skriver videre at noen foreldre har vært skeptiske til at deres barn skulle få tilknytting til døvemiljøet. Deres barn fikk derfor individuell trening ved hørselsinstituttet og barnehage tilbud før øvrig i en av Husmødrenes barnehager. Barnet kan ha følt seg isolert i hørende språkmiljø, fordi det ikke har hatt mulighet til å delta i sosiale sammenhenger. Det kan tenkes at dialogen mellom barna i barnehagen har vært det som har bundet dem sammen, og hvis det døve barnet ikke har kunnet deltatt aktivt i kommunikasjonen på grunn av sitt hørselstap, kan det ha fått opplevelsen av ensomhet og utilstrekkelig. Med bakgrunn i forskning (Øhre et. al 2011, Jacobsen & Grue 1999, Basilier 1973, Kvam & Loeb 2010) kan dette være en mulig årsak til at døve har lite vennskapelige- og sosiale relasjoner, og vanskeligheter med å knytte seg til andre og inngå i mellom-menneskelig relasjoner. Dette kan føre til sosial isolasjon og ensomhet., som i henhold til teorien kan være en risikofaktor for psykiske lidelser(www.fhi.no).

Identitet og selvfølelse

Teorien (Håkonsen, 2010) sier at på samme måte som kroppen trenger næring for å vokse og utvikle seg, trenger selvet er nært forhold til andre mennesker for å vokse og utvikle seg.

Øhre et. al (2011) refererte til en studie i Nederland der førspråklige døve som mistet hørselen før 3 årsalderen rapporterte høyere nivå av kommunikasjonsproblemer, lav selvfølelse og lav aksept av deres hørselstap. I Eriksons fjerde stadium (Håkonsen, 2010) er barnet opptatt av å lære fysiske og intellektuelle aktiviteter, og bruker andre som målestokk for å utvikle seg selv. Dersom barnet opplever følelsen av utilstrekkelighet og mindreverd vil det minske lysten til å identifisere seg med andre rundt seg. Et menneske trenger nærhet, tilhørighet og anerkjennelse. For eksempel kan barnet ha sammenlignet seg med hørende mennesker, og lært hva man trenger, hva som er galt og hva man burde ha vært. Det kan virke truende på selvbildet.

Håkonsen (2010) skriver at et individ med et positivt selvbilde har lettere for å komme i kontakt med andre mennesker, bli mer verdsatt av andre og føler selv at de løser ulike oppgaver bedre enn andre. Dersom personen som er døv ikke opplever et godt selvbilde, kan vedkommende ha vanskeligheter med å respektere og akseptere seg selv, og vise respekt for andre mennesker og ta hensyn til dem. Det kan gjøre det vanskelig å tilpasse seg omgivelsene og andre i omgivelsene kan avvise personen. Et menneske som ikke opplever et godt

selvbilde, nærhet og trygghet fra andre, og lite følelse av mestring og beherskelse i omgivelsene kan ut i fra teorien ha økt risiko for psykiske lidelser(www.fhi.no).

Isolasjon

I undersøkelsen til Jacobsen og Grue (1999) viste det seg at mange pasienter ved Conrad Svendsen Senter hadde tilbaketrekkingssymptomer. Det kom også frem i forskning(Kvam et al 2006) at mange døve hadde opplevelsen av engstelighet(indikator på angst) og håpløshet(indikator på depresjon) for fremtiden. Hva kan årsaken til dette være?

Grønlie (2005) skriver at menneskebarnet er født med en vilje til vekst og selvrealisering. Det kan tenkes at barnet har blitt hemmet i å lære, da barnets forutsetninger ikke har vært i samsvar med miljøets krav. Hvis barnet gjentatte ganger har erfart å ikke beherske og mestre omgivelsene, kan frustrasjoner over dette ha lært barnet å gi opp, og det kan resultere engstelighet, håpløshet og tilbaketrekking. Falkenberg & Kvam(2012) skriver at negative konsekvensene av et hørselstap kan føre til ensomhetsfølelse, identitetskrise, angst og depresjon. Hvis det døve barnet opplever negative belastninger knyttet til sitt sansetap, kan det øke sårbarheten for psykiske lidelser i senere tid.

4.4. Andre sårbarhetsfaktorer

I arbeidet med bacheloroppgaven har jeg sett at andre faktorer enn de tidligere nevnte viser seg å være gjeldene for om mennesker som er døve utvikler psykiske lidelser. Overgrep fra foreldre, lærere eller andre nære personer, er et problemområde som har kommet sterkt i fokus i de senere år, både gjennom media og forskning. Som tidligere nevnt fant Kvam & Loeb(2010) ut at 30 % av informantene i undersøkelsen viste å ha blitt seksuelt misbrukt av kjente eller ukjente mennesker.

Den 8. februar 2013 offentliggjorde Adresseavisen en sak om seksuelle overgrep ved Vikhov offentlige skole for tunghørte i Malvik. Her ble det skrevet at foreldreforeningens leder Johan Solem fikk en tung og vanskelig sak i hendene da ti elever ved Vikhov skole i 1972 tegnet og skrev brev om seksuelle overgrep. Adresseavisens journalister har intervjuet tidligere elever som fortalte om sin historie ved Vikhov internatskole. De beskriver oppholdet som grusomt, marerittaktig og at de hadde blitt tvunget til seksuell samvær med en lærer. De fem informantene har fått ulike belastninger av dette. Noen sliter mye med angst og frykt, og har

vanskeligheter med å slå seg til ro, mens andre har kommet seg videre, men har skrantende helse og er uføretrygdet (Østmoe & Bakken, 2013).

Bunkholdt definisjon av seksuelt overgrep lyder følgende; «*når en voksen som barnet er avhengig av utnytter avhengigheten og barnets manglende modenhet og forståelse av det som skjer til og tilfredsstillende egne seksuelle behov*»(1993: 129). Sammenligner jeg Bunkholdt sin definisjon opp i mot tidligere drøfting, kan det hende at noen personer som er døve er mer sårbare for overgrep, da personen tidligere i livet kan ha hatt begrenset mulighet til å utvikle ordforråd, selvstendighet, kontroll(autonomi) og språklig- og sosial forståelse, som igjen kan ha ført til umodenhet, lite selvstendighet og avhengighet. Derfor kan det tenkes at voksne har utnyttet avhengigheten, umodenheten og den manglende forståelsen til å tilfredsstillende egne seksuelle behov. Mette P. Uthus fortalte også at mange av pasientene hun var i direkte kontakt med, hadde opplevd overgrep i barndommen. Slike hendelser kan oppleves traumatisk, og i henhold til teori kan traumatiske opplevelser, for eksempel knyttet til vold mot en selv, gi varige psykiske skader(www.fhi.no).

Det kommer også frem i forskning (Øhre et. al 2011, Kvam et. al 2006, Kvam & Loeb 2010) at sosioøkonomisk status, grad av suksess, årsak til hørselstap, stigmatisering og diskriminering, tilleggsvansker som motoriske, nevrotiske og spesifikke lærevansker, og andre helsemessige forhold kan ha en avgjørende rolle i sårbarheten for psykiske lidelser for den enkelte. På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å ikke diskutere dette, men disse faktorenes innflytelse bør ikke undervurderes.

5. OPPSUMMERING/KONKLUSJON

Gjennom litteraturstudiet har jeg sett at ulike studier viser ulike resultat, men de fleste studiene mellom 1995-2011 (Øhre et al., 2011, Kvam et al., 2006, Kvam & Loeb, 2010) viser at symptomer på depresjon og angst er høyere hos gruppa døve enn hørende. Tilknytting til omsorgspersoner og andre mennesker er viktig for senere psykisk helse, men på grunn av det store gapet mellom individets forutsetning og miljøets krav, kan det medføre konsekvenser i forhold til personens utvikling. Det er viktig å ha kunnskap om døvhet slik at foreldre, hjelpeapparatet og andre i miljøet kan legge til rette for en god oppvekst og utvikling.

I den forskningen som her er gjennomgått viser det seg at døve som har kommunikasjonsproblemer har økt forekomst av psykiske vansker, og de som har psykiske vansker har kommunikasjonsproblemer, og man kan anse at kommunikasjonsvanskene døvheten forårsaker kanskje har mye å si for videre psykisk helse. I samhandling med andre lærer man seg å sette ord på følelser, tanker og handlinger, og man utvikler selvfølelse og identitet. Gjennom god kommunikasjon kan man bedre sosiale ferdigheter, lære å håndtere stress og påkjenninger, og få en bedre psykisk helse og velvære. Mennesker som er døve har et sansetap som gjør at de har vanskeligheter med å oppfatte lyd via hørsel, derfor er det nødvendig at man kommuniserer ved bruk av tegnspråk, slik at mennesker som er døve får mulighet til å oppnå god språklig-, intellektuell-, sosial- og emosjonell utvikling.

God selvfølelse og nære relasjoner til andre er som tidligere nevnt én av flere viktige beskyttelsesfaktorer mot psykiske lidelser. For voksne døve kan tilgang til tegnspråk og deltakelse i samfunnet ha vært begrenset i deres barndom, og manglende tilrettelegging kan ha virket hemmende på den språklige- og sosiale utviklingen, noe som kan føre til økt sårbarhet for psykiske lidelser i senere alder. Hørselshemmede barn som har vokst opp under optimale kommunikasjonsforhold, har kanskje ikke fått forstyrret den språklige- og sosiale utviklingen på samme måte, og kan dermed være mindre sårbare for psykiske lidelser. Det viste seg i forskning (Basilier, 1973) at de som vokste opp i døvemiljø hadde mindre forekomst av psykiske lidelser enn de som vokste opp i hørende miljø. Det kan derfor tenkes at kommunikasjonsforholdene har mye å si for utvikling av psykiske lidelser i senere alder.

Som tidligere nevnt i forhold til stress-sårbarhetsmodellen trenger ikke enkelthendelser nødvendigvis utløse psykiske lidelser, men heller mønsteret av negative opplevelser. For eksempel kan en person som er døv møte enkelthendelser som utløser psykiske vansker, men som ikke trenger å være en utløser av psykiske lidelser. Dersom personen gjentatte ganger møter utfordringer i det daglige liv knyttet til sin hørselshemming, kan det medføre høyere risiko for psykiske lidelser.

I henhold til behandling er det også viktig å vite hvilke faktorer fra barndommen som kan utløse psykiske lidelser, slik at helsepersonell skal kunne forstå og hjelpe, og for at den aktuelle behandlingen skal ha en terapeutisk effekt. Kompetanse og ferdigheter i bruk av ulike kommunikasjonsmetoder, vil være nødvendig for at mennesker som er alvorlig hørselshemmet eller døvt skal oppleve trygghet og nærhet, og bli sett og forstått av helseapparatet og andre.

Svakheter

I den forskningen som er gjennomgått har det vært antatt av døve er mer sårbare for psykiske lidelser enn hørende, men det er ingen av studiene som presenterer faste empiriske bevis for denne sårbarheten. Selv om det er brukt samme instrumenter, metoder og prosedyrer på døve og hørende, kan sammenligningen gi feilsvaret da instrumentene ikke er godt nok tilpasset døve. Med disse begrensningene i bakhodet, viser forskningene likevel at døve er mer sårbare for psykiske lidelser enn den hørende befolkningen.

Fremtiden

Øhre et. al(2011) skriver at med nye vurderingsmetoder, instrumenter og prosedyrer tilpasset døve, og tilstedeværelse av relevant kunnskap og ferdigheter i psykiatriske institusjoner, er det stor sannsynlighet for mer forskning i fremtiden. Hun sier også at telekommunikasjonsteknologier har forbedret visuell kommunikasjon på tvers av avstander og blir nå brukt i opplæring av personalet, oppfølging av pasienter og i fremtidig forskning. Det pågår nå et prosjekt av Beate Øhre (2009), der hun undersøker og beskriver forekomst og symptomer på psykiske lidelser blant pasienter med hørselshemming. Prosjektet skal også beskrive bakgrunnsvariabler for denne pasientgruppen. Undersøkelsen har forbedrede metoder og benytter tegnspråklig utredningsmateriell. Samtlige pasienter fra den aktuelle gruppen fra Helse MidtNorge- og Helse Sør-Øst blir forespurt om å delta. Prosjektet avsluttes 31.12.2020.

LITTERATUR

- Askeland, L & Sataøen, S.V(2011). Utviklingspsykologiske perspektiver på barns oppvekst. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Basilier, T(1973). Hørselstap og egentlig døvhet i sosialpsykiatrisk perspektiv. Oslo: Universitetsforlaget
- Befring, E (2007). Forskningsmetode med etikk og statistikk. Det Norske Samlaget
- Bunkholdt, V (1993). Små barn i vekst og utvikling. 2 utg. Oslo: TANO
- Dalland, O (2010). Metode og oppgaveskriving for studenter. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Eide & Eide (2010). Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal akademisk
- Falkenberg, E.A & Kvam, M.H(2012). Hørselshemming og audiopedagogikk i et tverrfaglig perspektiv. I: Befring, E & Tangen, R (Red). Spesialpedagogikk. 5 utg. Cappelen damm as
- Fosse, R (2009). Arv og miljø: Ingen gener for psykiske lidelser. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 46, nummer 6, side 596-600
- Grønlie, S.M(2005). Uten hørsel?: *En bok om hørselshemming*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Haugsgjerd, S. Jensen, P. Karlsson, B & Løkke, J.A(2002). Perspektiver på psykiske lidelse- å forstå, beskrive og behandle. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsedepartementet(2003). Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse: *sammen om psykisk helse*. Oslo: Helsedepartementet

- Holme, I.M & Solvang, B.K (1996). Metodevalg og metodebruk. 3. utg. Otta: Forfatterne og TANO A.S
- Håkonsen, K.M(2010). Innføring i psykologi. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Jacobsen, S.M & Grue, E.V(4/1999) Voksne døve med psykiske lidelser- *problemområder og ettervernsbehov*. En undersøkelse ved Conrad Svendsen Senter og Døveavsnittet, Aker sykehus. Oslo: Diakonhjemmets høgskolesenter
- Kvam, H.M & Loeb, M(2010). The relation between adverse childhood experience and later mental health among deaf adults. *Scandinavian Journal of Disability Research* 12,1, 1-12
- Kvam, M.H & Loeb, M (2006). Mental Health in Deaf Adults: Symptoms of Anxiety and Depression Among Hearing and Deaf Individual. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. Volume 12, Issue 1-Pp.1-7
- Kjøppe, S. Harder, S. Jacobsen, B. Lunn, S. Mathiesen, B.B & Væver, M.S(2008) *Sårbarhet: Diatese-stress-modellen til diskussion*. København: Hans Reitzels Forlag
- Magnus, P & Bakketeig, L.S(2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Snoek, J.E & Engedal, K (2004). *Psykiatrici: Kunnskap, forståelse, utfordring*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Strand, L(2009). «Beklager, men sønnen din er døv.» I: Hansen, Aa, Garm, N & Hjelmervik, E (red). *Hørsel- Språk og kommunikasjon: En artikkelsamling*. Trondheim: Møller kompetansesenter

- Teien, A (2000). Habiliterng og rehabilitering ved synstap og hørselstap. Utgiver: Statens helsetilsyn
- Øhre, B, Tetzchner, S.V & 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. Volume 1, Issue 1

Internett-referanser

- Bakken, T.L(udatert). Psykiske lidelser: *Kunnskapsstatus og grunnleggende begreper*. Tromsø: Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin. [Online] Tilgjengelig fra <http://www.helsekompetanse.no/psykiske-lidelser/17966> [Lastet ned 13.04.2013]
- Bibsys [Online] Tilgjengelig fra <http://www.bibsys.no/norsk/> [Lastet ned 15.03.2013]
- Nolte, D.W Oversatt av Bjerke, A (2012). Dikt: *Livets lære*. [Online] Tilgjengelig fra <http://www.zuna.no/2012/03/10/livets-laere/> [Lastet ned 01.05.2013]
- De nasjonale forskningsetiske komiteer: "1. Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller" (Sist oppdatert: 30. januar 2013). De nasjonale forskningsetiske komiteer. [Online]. Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/> [Lastet ned 05.04.2013]
- Erlenkamp, S (2012). Norsk tegnspråk. [Online] Tilgjengelig fra <http://www.deafnet.no/no/tegnsprak/vanlige-sporsmal/norsk-tegnsprak> [Lastet ned 09.02.2013]
- Fellesorganisasjonen(11/2008). Om Vernepleieryrket. [Online] Tilgjengelig fra <http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO->

[sentralt%20filer/Trykksaker/ Om%20vernepleieryrket _A5.pdf](#) [Lastet ned 09.03.2013]

- Fellesorganisasjonen(udatert). Vernepleieren. [Online] Tilgjengelig fra <http://www.fo.no/vernepleieren/category230.html> [Lastet ned 08.05.2013]
- Flaten, B (udatert). Psykisk helse. [Online] Tilgjengelig fra <http://ndla.no/nb/node/67705> [Lastet ned 29.04.2013].
- Helsebiblioteket.no [Online] Tilgjengelig fra <http://www.helsebiblioteket.no/tidsskrifter> [Lastet ned 11.03.2013]
- Helse Norge(udatert). *Om psykisk helse*. [Online] Tilgjengelig fra <http://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/Psykisk-helse/Innledning.aspx> [Lastet ned 14.05.2013]
- Holmboe, J (2001). Tjenestetilbudene til døve med psykiske lidelser: *En utredning med forslag om å styrke tilbudene fra psykisk helsevern til døve barn, ungdommer og voksne*. Oslo: Statens helsetilsyn.[Online] Tilgjengelig fra <http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/utredningsserien/doevepsykiskelidelserik-2729.pdf> [Lastet ned 19.02.2013]
- Justis- og beredskapsdepartementet(2007). *Fritz Moen og norsk strafferettspleie*. NOU 7 [Online] tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/2007/nou-2007-07/3/3/1.html?id=473795> [Lastet ned 06.04.2013]
- Nordlandssykehuset(2008). Ulike former for hørselshemming.[Online] Tilgjengelig fra <http://www.nlsh.no/ulike-former-for-hoerselshemming/category20773.html> [Lastet ned 09.02.2013]
- Norsk døvemuseum(udatert). Tegnspråkhistorie. [Online] Tilgjengelig fra http://www.norsk-dovemuseum.no/fakta_og_fagstoff-tegnsprakhistorie [Lastet ned 29.04.2013]

- Peterson, PR & Herland, H(2012). Døve og dövhet generelt. Norges Døveforbund. [Online] Tilgjengelig fra <http://www.deafnet.no/no/tegnsprak/vanlige-sporsmal/dove-og-dovhet-generelt> [Lastet ned 08.03.2013]
- Peterson, K.C(2009) Forsidebilde: Når den blinde skal lede den døve-tolkebruk i psykisk helsevern. Tidsskrift for Norske Psykologforening. Vol 46, nr 11, side 1056-1061. [Online] Tilgjengelig fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=96189&a=2 [Lastet ned 10.02.2013]
- Psykiske plager og lidelser- faktaark med helsestatistikk. [Online] Tilgjengelig fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2337:1:0:0:::0:0&MainLeft_5631=5775:0:15,5732:1:0:0:::0:0&Area_5775=5544:99626::1:5780:1:::0:0 [Lastet ned 18.02.2013]
- Utdannings- og forskningsdepartementet(2005). *Rammeplan for vernepleierutdanning*. [Online] Tilgjengelig fra http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf [Lastet ned 18.02.2013]
- World Health Organization (2013). [Online] Tilgjengelig fra http://www.who.int/topics/mental_health/en/ [Lastet ned 29.04.2013]
- Østmoe, H & Bakken, E (2013). Det var en ufyselig tid: *Foreldreforeningens leder Johan Solem behandlet ti anklager om overgrep ved Vikhov skole i Malvik*. [Online] Tilgjengelig fra <http://www.adressa.no/nyheter/sortrondelag/article7071491.ece> [10.04.2013]
- Øhre, B (2009). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk: *Mental disorders in hearing impaired and deaf patients*. Oslo universitetssykehus HF [Online] Tilgjengelig fra

https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p_document_id=9158&p_parent_id=22422&_ikbLanguageCode=n [Lastet ned 06.05.2013]

VEDLEGG 1

Tabell: Søkerlogg

Database Dato	Søkeord (og kombinasjoner)	Antall treff	Avgrensninger (gjelder alle søkeord i kolonne 2)	Antall treff	Utvalgte
PubMed 05.02.2013	Deaf	10195		722	Øhre, B, Tetzchner, S.V & Falkum, E (2011)
	Deafness	32292		1606	
	Deaf adults	3530	Free Full Text	345	
	Prelingually deaf adults	133		9	
	Deaf adults AND mental health	93	Abstract available	13	
	Deaf adults AND mental disorder	306	10 years	26	
	Deaf adults AND mental illness	307	Humans	26	
PsycINFO 07.02.2013	Deaf.mp	8744		3598	Kvam, M Loeb, M & Tambs, K(2006)
	Deafness.mp	4110		8	
	Deaf adults	420		105	
	Prelingually deaf adults	17	Full text	5	
	Deaf adults AND mental health	25	Human	8	
	Deaf AND mental disorder	6	Abstract	2	
	Deaf AND mental illness	5		2	
EMBASE 15.02.2013	Deaf.mp	9568		3228	Ingen
	Deafness.mp	34616		11775	
	Deaf adults	341		184	
	Prelingually deaf adults	11	Full text	6	
	Deafness AND mental health	105	Human	66	
	Deaf AND mental disorder	5	Abstract	3	
	Deaf AND mental illness	25		12	
BIBSYS 20.01.2013	Døve	1775	Ingen	Ingen	Basilier, (1973)
	Døve og psykiske lidelser	16			Jacobsen, S.T & Grue, E.V (1999)
	Døve og psykisk helse	4			
	Døve og mental helse	8			

VEDLEGG 2

Tabell: Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur

FULLSTENDIG REFERANSE, TYPE KILDE	TEKSTENS HENSIKT, FORMÅL	DATAGRUNNLAG, METODE(R)	RESULTAT/ PÅSTAND/ HOVEDBUDSKAP	EGEN VURDERING (KILDEKRITIKK OG RELEVANS)
<p>Basilier, (1973). Hørselstap og egentlig døvhet i sosialpsykiatrisk perspektiv. Universitetsforlaget</p> <p>BOK</p>	<p>Redegjøre for en del av de demografiske og psykiatriske forhold som gjør seg gjeldene i den befolkningsgruppen som utgjøres av døve.</p> <p>Informere om og øke forståelsen av døves spesielle livssituasjon.</p>	<p>Individuelle samtaler med 108 elever i avgangsklassen ved forskjellige døveskoler i året 1964/65.</p> <p>Intervju av 159 tidligere døveskoleelever i aldersgruppen(60-65år),</p> <p>Journalstudier av 94 tidligere elever som har vært innlagt i psykiatrisk sykehus, og polikliniske erfaringer.</p>	<p>Det var 58% barndomsdøve, og 20 % av dem viste tegn til psykiske lidelser under intervjuet, mens 15% fortalte at de hadde hatt lignende plager tidligere. Hyppigste utløsende faktor var sosial isolasjon.</p> <p>Basilier fant ut at de som fikk psykiske lidelser tidligere måtte vente lengre på innleggelse. Døve hadde også lengre innleggelse enn hørende. I siste del av boken kommer forfatteren med eventuelle tiltak som må iverksettes for å bedre døves livssituasjon, blant annet bedre psykiatrisk helsetilbud, tekniske hjelpemidler, veiledning og kurs til foreldre med hørselshemmet familiemedlem og bedre medisinsk service.</p>	<p>Vurdere kilden som relevant, da mange andre har referert til denne forfatteren. Blant annet Grønlie(2005), Holmboe(2001) og regjeringen.</p> <p>Svakheten er at eldre forskning på dette området ikke har klare bevis på at psykiske lidelser er mer utbredt hos førspråklige døve enn hos hørende. Informantene ble født på 1910-tallet, og det har skjedd endringer i forhold til synet på døve og tegnspråk. Metoder og målingsinstrumenter kan også ha vært dårlig tilpasset døve, og informantene kan ha hatt redusert språkferdigheter, noe som kan ha gitt feilsvar.</p>
<p>Øhre et al (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 of mental health and deafness, volum 1, issue 1</p>	<p>Artikkelen ser på fordelingen mellom psykiske lidelser hos døve og den hørende populasjonen, likheter og forskjeller, og hvilke faktorer som kan gi økt sårbarhet for psykiske lidelser hos førspråklige døve.</p>	<p>Denne artikkelen inneholder forskningslitteratur mellom 1995-2011. En artikkel fra Nederland, Østerrike, Norge. Resterende fra Storbritannia og USA. Systematisk litteratursøk i databasene Cochrane Library, Medline / PubMed, PsycINFO og EMBASE. Det ble også søkt etter artikler som ikke er publisert i databasene.</p>	<p>På bakgrunn av dagens kunnskap om psykiatri og utviklingsmessige psykopatologi, er det antatt at døve generelt er mer sårbare for psykiske lidelser enn den hørende del av befolkningen. Studiene gir ikke avgjørende anslag over utbredelsen av psykiske lidelser, men det viser seg at symptomer på angst og depresjon kan være mer utbredt hos voksne førspråklige døve.</p>	<p>Vurdere kilden som relevant, da artikkelen inkluderer forskning mellom 1995-2011, og har fokus på førspråklige døve. Forskerne er høyt utdannet og har betydelig kunnskap på fagområdet.</p> <p>Svakheten er at forskningen på dette området er fortsatt mangelfull og evidensgrunnlaget er svært begrenset.</p>

ARTIKKEL				
<p>Kvam, M & Loeb, M(2010): The relation between adverse childhood experiences and later mental health among deaf adults. Scandinavian Journal of Disability research</p> <p>Artikkel</p>	<p>Beskrive selvrapportert negative barndomserfaringer og den nåværende selvrapportert psykiske helse hos voksne døve. Videre analyser mulige koblinger mellom negative barndomsopplevelser og psykiske helseproblemer i voksen alder.</p>	<p>Spørreskjema av voksne døve som er medlem i Det norske døve registret.</p> <p>Antall deltakere: 376 voksne døve som har mistet hørselen før niårsalderen.</p>	<p>Analysen fokuserer på tre aspekter: fysisk avstraffelse av minste en forelder (36%), blir ofte mobbet av jevnaldrende (23%), seksuelt misbrukt av kjente eller ukjente mennesker (30%). 35 % rapporterte psykisk helseproblem. Resultatet viser en sammenheng mellom de tre negative barndomsopplevelsene og utvikling av psykiske problemer senere. Analysen viste at det å ha opplevd to eller tre av de negative erfaringene samtidig økte sannsynligheten for psykiske helseproblem betraktelig.</p>	<p>Denne kilden er relevant i min besvarelse av problemstilling.</p> <p>Artikkelen ser på tre aspekter i fra barndommen som kan gi psykiske lidelser i voksen alder. Siden dette er en retrospektiv studie kan det hende at hendelser fra barndommen kan være glemt eller forvrengt, som kan gi feil svar. Det kan også hende at informantene overdriver de negative erfaringene.</p> <p>Selvrapporterte studier kan heller ikke bevise konkrete årsaker for psykiske helseproblem, men derimot være et utgangspunkt for videre forskning.</p>
<p>Kvam, M, Loeb, M, Tambs, K(2006): Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. Journal of deaf studies and deaf education, volum 12, issue 1-pp. 1-7</p> <p>Artikkel</p>	<p>Målet med denne artikkelen er å avsløre den mentale helsesituasjonen blant døve personer sammenlignet med en kontrollprøve av hørende enkeltpersoner. Analysene er basert på to separate undersøkelser, en i befolkningen generelt (1995-1997) og en blant døve i befolkningen (2001).</p>	<p>En forkortet versjon av Hopkins Symptom Checklist ble brukt til å avsløre graden av psykiske plager blant respondentene. Tre spørsmål felles for studiene ble analysert for å bestemme forskjeller mellom de to gruppene</p> <p>Antall deltakere: Voksne døve; n=431 Voksne hørende; n=42815</p>	<p>Resultatene viser at døve er sårbare for psykiske problemer. Den totale sammenligningen viser betydelige flere symptomer på angst og depresjon hos gruppen døve enn hørende. Det er sannsynlig at noen av de psykiske problemene stammer fra barndommen, eller fra ulike årsaker til døvhet, sosioøkonomiske, og ulike erfaringer knyttet til stigmatisering og diskriminering.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant i forhold til problemstillingen.</p> <p>Kritikk til denne undersøkelsen er at de som deltok mistet hørselen i ulike alder, noen før 4 årsalderen og noen etter 18 årsalderen. Siden jeg ser på førspråklige døve kan dette være en feilkilde.</p> <p>Men det kommer klart frem at deltakerne som mistet hørselen før 4 årsalderen skåret høyere på depressive symptomer enn deltakerne som mistet hørselen etter denne alderen.</p>

				<p>Det var også ulikheter mellom skolegang, 77% hadde gått på skole med tegnspråk som kommunikasjonsmodell, mens resterende hadde gått på lokal skole. Det kreves at alle kan lese og forstå spørsmålene, men de som har gått på lokale skoler kan ha redusert lese- og språkferdigheter, og feiltolke spørsmålene.</p> <p>Det kommer frem i artikkelen at enkelte spørsmål kan ha vært utsatt for feiltolkning. Dette har oftere vært tilfeller blant døve enn hørende respondanter.</p>
<p>Jacobsen, S.T & Grue, E.V (1999): Voksne døve med psykiske lidelser- Problemområder og ettervernsbehov- En undersøkelse ved Conrad Svendsen Senter og Døveavsnittet, Aker sykehus. Diakonhjemmets høgskolesenter</p> <p>Bok</p>	<p>Denne undersøkelsen skal se nærmere på situasjonen for døve med alvorlige psykiske lidelser og deres behov for ettervern i forbindelse med regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede (1998-2001)</p> <p>Hovedspørsmål i undersøkelsen er: Hva er de mest fremtredende problemområdene hos døve psykiatriske pasienter? Hvilke behov har målgruppen for et ettervernstilbud?</p>	<p>Tverrsnittundersøkelse hvor de benyttet ulike skåringsinstrumenter for å kartlegge pasientens funksjonsnivå, problemområder, symptomer, symptombelastning og nivåplassering.</p> <p>Tverrsnittundersøkelsen er supplert med intervju av to sentrale personer blant personalet ved de to institusjonene.</p> <p>Undersøkelsen omfatter pasienter under 67 år med en allmenn psykiatrisk diagnose. 24 pasienter ved Conrad Svendsen Senter og 20 pasienter ved døveavsnittet.</p>	<p>Pasientens psykiske lidelser synes ikke å avvike fra pasienter på andre psykiatriske behandlingsinstitusjoner.</p> <p>I undersøkelsen viste det seg at en stor andel hadde psykosed diagnose.</p> <p>Nevrotiske, stressrelaterte og somatoforme forstyrrelser ble funnet kun på døveavsnittet. Personlighetsforstyrrelser og utviklingsforstyrrelser var også utbredt.</p> <p>Mange hadde vanskeligheter med å mestre sosiale relasjoner.</p> <p>Behovet for ettervern ble vurdert, og det viste seg at noen bør være på langtidsavdeling, mens andre trenger et psykiatrisk dagtilbud eller poliklinisk tilbud.</p>	<p>Relevant i forhold til problemstilling.</p> <p>Svakheten er at undersøkelsene ble gjennomført for 14 år siden, og målingsinstrumenter og metoder kan ha vært lite tilpasset døve.</p> <p>Det er en blanding av førspråklige døve, døvblitte og tunghørte. Dette kan gi ulike utslag på psykiske lidelser, da tunghørte og døvblitte kan ha mindre eller større utslag på psykiske lidelser enn førspråklige døve.</p>

