

# Hvordan går det med barnet ditt?

En kvantitativ studie om foreldres opplevelse av psykososial helse hos barn med hørselstap.

**Bettina Louise Astrup og Ida Engerbakk Salvesen**

Masteroppgave i spesialpedagogikk  
40 studiepoeng

Institutt for spesialpedagogikk  
Det utdanningsvitenskapelige fakultet  
UiO

Vår 2023





# Sammendrag

## Bakgrunn og formål

Forskning viser at barn med en form for hørselstap har større risiko for å utvikle psykososiale vansker enn normalthørende jevnaldrende (Overgaard et al., 2021, s. 4; Stevenson et al., 2015, s. 493; Theunissen et al., 2014, s. 170). Barn med hørselstap er en liten og sårbar gruppe i vårt langstrakte land. Det er begrenset med forskning på barn med hørselstap og psykososial helse i Norge, samt sammenligning mellom unilaterale og bilaterale hørselstap. Formålet med studien er derfor å innhente foreldrenes opplevelse av barnets psykososiale helse, vennskap og emosjonelle kompetanse kombinert med hørselstap. Studien vil også undersøke ulike faktorer som kan påvirke psykososial helse for barn med hørselstap.

## Problemstilling

*Hvordan opplever foreldre til barn med hørselstap deres psykososiale helse basert på vennskap, emosjonelle symptomer, skolerelaterte faktorer og bruk av hørselshjelpemidler?*

I tillegg har vi utviklet tre forskningsspørsmål som bidrar til å svare på problemstillingen.

1. Hvordan opplever foreldre til barn med hørselstap deres psykososiale helse, vennskap og emosjonelle symptomer basert på spørreskjemaet Strengths and Difficulties Questionnaire?
2. Finnes det en forskjell på foreldrenes opplevelse av barnets psykososiale helse basert på skoleform og støtte i skolen?
3. Finnes det en forskjell på foreldrenes opplevelse av barnets psykososiale helse basert på tidsbruk og hvilke hørselshjelpemidler barnet har?

## Metode

I denne studien ble det brukt en kvantitativ tilnærming som forskningsmetode. Populasjonen var foreldre til barn i alderen 10–17 år med en form for hørselstap. Det ble benyttet et elektronisk spørreskjema som datainnsamlingsmetode. Spørreskjemaet bestod av en demografisk del med ulike bakgrunnsspørsmål slik som alder på barn, skoleform og type hørselshjelpemiddel. Den andre delen bestod av det validerte spørreskjemaet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), hvor foreldrene skulle svare om deres opplevelse av barnet. SDQ har 25 spørsmål og er inndelt i fem skalaer samt en Total problemskåre. Total

problemskåre er basert på fire av de fem skalaene, omtalt som problemskalaer. Disse er Atferdsproblemer, Hyperaktivitet-oppmerksomhetsproblemer, Venneproblemer og Emosjonelle symptomer (Kornør & Heyerdahl, 2017, s. 4).

## **Analyser**

Analyser av datamaterialet ble gjennomført i programvaren Jamovi. Det ble gjennomført deskriptive analyser av variablene. Deskriptive analyser fremstilles i form av tekst og figurer. Independent samples t-test ble utført for å undersøke om det finnes en forskjell på psykososial helse basert på hjelpemidler, skoleform og støtte i skolen for barn med hørselstap.

## **Resultat og diskusjon**

Det ble innhentet resultater fra 31 foreldrerapporteringer gjennom spørreskjemaet. Med bakgrunn i problemstillingen ble relevante områder av spørreskjemaet analysert.

Resultatene viste foreldre som rapporterte at barnet ikke hadde økt risiko for psykososiale vansker basert på gjennomsnittet i Total problemskåre. Likevel var resultatene gjennomsnittlig høyere sammenlignet med normgruppen til Van Roy et al. (2010, s. 4). I forhold til kategoriinndelingen for SDQ var våre resultater noe skjevfordelte. 80 % av utvalget skulle befinne seg i kategorien Tilnærmet normal. I dette tilfellet skåret kun 64,5 % innenfor Tilnærmet normal i Total problemskåre. I delskalaen Venneproblemer skåret kun 45 % av deltakerne innenfor samme kategori. 35,5 % skåret i kategorien Svært høy, selv om det er forventet å være 5 % i denne kategorien (Kornør & Heyerdahl, 2017, s. 14). I Emosjonelle symptomer fant vi lignende resultater, med henholdsvis 54,8 % i kategorien Tilnærmet normal, og 32,3 % i kategorien Høy. Det var en statistisk signifikant forskjell mellom skoleform og Total problemskåre, men ikke mellom støtte i skolen og Total problemskåre. Det var heller ingen statistisk signifikant forskjell i tidsbruk med hjelpemidler og Total problemskåre. Selv om noen resultater ikke var statistisk signifikante, fant vi likevel forskjeller på gjennomsnittene.

## Forord

Da var et toårig masterstudium i audiopedagogikk ved veis ende. Masteroppgaveskrivingen har vært en lærerik prosess med mange opp- og nedturer underveis. Til tross for øyeblikk preget av frustrasjon, stress og lange dager, har vi utviklet et solid vennskap som har bidratt til godt humør, mye latter og motivasjon. Vi har begge syntes det har vært viktig å prate under skrivingen, både relatert til masteroppgaven, men også alt annet. Gjennom samarbeidet har vi utfyllt hverandre med kunnskap og tanker som har ført til en oppgave vi føler oss stolte av.

Det er flere vi vil takke gjennom arbeidet med masteroppgaven. Først og fremst vil vi takke alle som har deltatt ved å svare på spørreskjemaet, samt de som hjalp oss å videreformidle informasjon til potensielle deltakere. Vi vil også rette en stor takk til veileder og prosjektleder Simon Sundström, som alltid har vært tilgjengelig for å besvare spørsmål og kommet med konstruktive tilbakemeldinger. Det har hjulpet mye underveis. Takk til andre fagpersoner som har besvart våre henvendelser i forskningsprosessen.

Vi vil også rette en stor takk til familie og venner for støttende og motiverende ord. Våre medstudenter i audiopedagogikk fortjener også en takk for heiarop og gode samtaler i kantina. Avslutningsvis vil vi takke samboerne våre for omsorg, tålmodighet og konstruktive tilbakemeldinger på oppgaven.

Denne masteroppgaven bærer preg av et godt samarbeid og begge har hatt ansvar for alle delene av oppgaven. Dette har ført til et felles produkt hvor vi har bidratt like mye.

Bettina Louise Astrup og Ida Engerbakk Salvesen  
Oslo, juni 2023

# Innholdsfortegnelse

<b>1.</b>	<b>INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1	BAKGRUNN OG FORMÅL .....	1
1.2	PROBLEMSTILLING.....	3
1.3	AVGRENSNING.....	3
1.4	BEGREPSAVKLARING.....	4
1.5	OPPGAVENS OPPBYGNING.....	5
<b>2.</b>	<b>TEORI.....</b>	<b>6</b>
2.1	HØRSEL.....	6
2.1.1	<i>Typer hørselstap</i> .....	6
2.1.2	<i>Unilaterale hørselstap</i> .....	7
2.1.3	<i>Hørsel og språkutvikling</i> .....	7
2.2	HØRSELSHJELPEMIDLER .....	8
2.2.1	<i>Høreapparater</i> .....	9
2.2.2	<i>Cochleaimplantater</i> .....	9
2.2.3	<i>Benforankrede høreapparater</i> .....	10
2.3	HØRSEL OG TILRETTELEGGING .....	10
2.3.1	<i>Skoleform</i> .....	11
2.3.2	<i>Fysisk og teknisk tilrettelegging i skole</i> .....	11
2.3.3	<i>Støtte i skolen</i> .....	13
2.4	PSYKOSOSIAL HELSE.....	13
2.4.1	<i>Emosjonell utvikling</i> .....	14
2.4.2	<i>Ungdommer og psykososial helse</i> .....	15
2.4.3	<i>Utvikling av vennskap</i> .....	16
2.4.4	<i>Identitet</i> .....	17
2.4.5	<i>Psykososial helse og hørselstap</i> .....	17
<b>3.</b>	<b>METODE.....</b>	<b>20</b>
3.1	METODEVALG.....	20
3.2	POPULASJON OG UTVALG.....	21
3.3	REKRUTTERINGSPROSESSEN .....	21
3.4	DATAINNSAMLINGSMETODE.....	22
3.4.1	<i>Spørreskjema</i> .....	22
3.4.2	<i>Foreldrerapportering</i> .....	22
3.4.3	<i>Skala</i> .....	23
3.4.4	<i>Demografi</i> .....	24
3.4.5	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire Norsk Versjon</i> .....	25
3.4.5.1	<i>Skåring i SDQ-Nor</i> .....	26
3.4.5.2	<i>Normgruppe i SDQ-Nor</i> .....	27
3.5	PILOTTESTING.....	28
3.6	ANALYSE .....	28
3.6.1	<i>Statistisk validitet</i> .....	30
3.7	VALIDITET OG RELIABILITET .....	30
3.7.1	<i>Ytre validitet</i> .....	31
3.7.2	<i>Indre validitet</i> .....	32
3.7.3	<i>Begrepsvaliditet</i> .....	32
3.7.4	<i>Reliabilitet</i> .....	33
3.8	ETIKK .....	34
3.8.1	<i>Personvern</i> .....	34
3.8.2	<i>Studiens forskningspraksis</i> .....	35

<b>4.</b>	<b>RESULTATER.....</b>	<b>36</b>
4.1	BAKGRUNNSKARAKTERISTIKK .....	36
4.2	PSYKOSOSIAL HELSE, VENNSKAP OG EMOSJONELLE SYMPTOMER .....	36
4.2.1	<i>Total problemskåre.....</i>	37
4.2.2	<i>Venneproblemer .....</i>	38
4.2.3	<i>Emosjonelle symptomer.....</i>	40
4.3	SKOLEFORM OG STØTTE I SKOLEN .....	41
4.3.1	<i>Total problemskåre og skoleform.....</i>	43
4.3.2	<i>Total problemskåre og støtte i skolen.....</i>	43
4.4	HØRSELSHJELPEMIDLER .....	43
4.4.1	<i>Total problemskåre og tidsbruk med hørselshjelpemidler .....</i>	44
4.4.2	<i>Total problemskåre og hørselshjelpemidler.....</i>	45
<b>5.</b>	<b>DISKUSJON.....</b>	<b>46</b>
5.1	PSYKOSOSIAL HELSE, VENNSKAP OG EMOSJONELLE SYMPTOMER .....	46
5.1.1	<i>Total problemskåre.....</i>	46
5.1.2	<i>Vennskap.....</i>	47
5.1.3	<i>Emosjonelle symptomer.....</i>	49
5.2	PSYKOSOSIAL HELSE BASERT PÅ SKOLEFORM OG STØTTE I SKOLEN .....	50
5.2.1	<i>Psykososial helse og skoleform .....</i>	50
5.2.2	<i>Psykososial helse og støtte i skolen.....</i>	51
5.3	PSYKOSOSIAL HELSE BASERT PÅ TIDSBRUK OG HØRSELSHJELPEMIDLER .....	52
5.3.1	<i>Psykososial helse og tidsbruk med hørselshjelpemidler .....</i>	52
5.3.2	<i>Psykososial helse og hørselshjelpemidler .....</i>	53
5.4	METODEDRØFTING .....	54
5.4.1	<i>Fordeler og ulemper ved bruk av spørreskjema.....</i>	55
5.4.2	<i>Validitet .....</i>	56
5.5	STUDIENS STERKE OG SVAKE SIDER.....	57
5.6	IMPLIKASJONER FOR FAGFELTET .....	59
5.6.1	<i>Skolen .....</i>	59
5.6.2	<i>Foreldre.....</i>	60
5.6.3	<i>Audiopedagogen .....</i>	60
<b>6.</b>	<b>AVSLUTNING.....</b>	<b>62</b>
6.1	KONKLUSJON.....	62
6.2	VIDERE FORSKNING .....	64
<b>LITTERATURLISTE.....</b>		<b>66</b>
<b>VEDLEGG .....</b>		<b>76</b>
VEDLEGG 1: SAMTYKKESKJEMA .....		76
VEDLEGG 2: INFORMASJONSSKRIV.....		79
VEDLEGG 3: DEMOGRAFI PÅ NORSK .....		80
VEDLEGG 4: DEMOGRAFI PÅ SVENSK.....		84
VEDLEGG 5: SKÅRINGSNØKKEL SDQ .....		90
VEDLEGG 6: FØRSTE SIKT-GODKJENNING.....		93
VEDLEGG 7: ANDRE SIKT-GODKJENNING.....		95

## Tabell- og figuroversikt

Tabell 1 .....	27
Tabell 2.....	42
Tabell 3.....	42
Tabell 4.....	44
Tabell 5.....	45
Figur 1 .....	37
Figur 2 .....	38
Figur 3 .....	39
Figur 4 .....	40
Figur 5 .....	41



# 1. Innledning

I denne delen vil vi begrunne hvorfor vi har valgt å fokusere på barn med hørselstap og deres psykososiale helse samt studiens formål. Videre fremlegger vi problemstilling og tre tilhørende forskningsspørsmål, hvilke avgrensninger som er blitt gjort, og begrepsavklaring. Til slutt gjennomgår vi oppgavens oppbygging.

## 1.1 Bakgrunn og formål

Statsbudsjettet for 2022 fremla psykisk helse hos ungdom som et av sine satsningsområder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). For 2023 vil regjeringen også styrke lavterskeltilbud for psykisk helse ved å gjennomføre en opptrappingsplan med vekt på forebygging av psykiske plager (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Dette tilsier at psykisk helse, særlig blant unge, er et viktig tema det er verdt å satse på.

Forskning viser at barn med en form for funksjonsnedsettelse, som hørselstap, har økt risiko for å utvikle psykiske og psykososiale vansker (Befring & Uthus, 2019, s. 504; du Feu & Chovaz, 2014, s. 105–107; Theunissen et al., 2014, s. 170). Hvert år fødes omtrent 60 barn med så omfattende hørselstap at de har behov for hørselshjelpemidler i Norge (HLF, u.å.). Dette kalles medfødte hørselstap. For noen barn vil et hørselstap inntreffe senere kalt et ervervet hørselstap. Da vil hørselen svekkes med årene, og hørselstapet kan inntreffe raskt eller reduseres over en lengre periode (Cole & Flexer, 2020, s. 41). Uansett årsak eller type hørselstap vil flere trenge ekstra støtte i skolen og hjemme. Støtten kan være i form av eksempelvis teknisk eller fysisk tilrettelegging, ekstra pedagogisk oppfølging eller spesialundervisning.

Ungdomsalderen er en periode preget av store kroppslige, psykologiske og sosiale forandringer (Befring, 2020a, s. 73). Overgangen fra barn til ungdom er en kompleks prosess der man forsøker å danne en egen identitet og samtidig finne sin plass i samfunnet. Disse endringene kan oppfattes som krevende for de fleste ungdommer. Dersom man har et hørselstap, kan man i tillegg få en utfordring med kommunikasjon. Kommunikasjon kan betegnes som et paraplybegrep for å formidle tanker og informasjon med andre, eksempelvis gjennom talespråk (Allott, 2023). Vansker med kommunikasjon kan gjøre det vanskelig å knytte sosiale bånd med jevnaldrende (Brice & Strauss, 2016, s. 73; von Tetzchner, 2019, s. 118). Dette er noe som kan påvirke en persons psykososiale helse.

Psykososial helse handler om sosiale og mentale forhold som konstant påvirker en persons helse og mentale prosesser (Peter et al., 2021, s. 24). Det kan for eksempel være atferd og emosjoner (Svartdal, 2020). Flere studier viser til at barn med en form for hørselstap har større risiko for å utvikle psykososiale vansker enn normalthørende jevnaldrende (Overgaard et al., 2021, s. 4; Stevenson et al., 2015, s. 493; Theunissen et al., 2014, s. 170). Nære relasjoner, som vennskap med jevnaldrende, står sentralt når det kommer til å motvirke psykososiale vansker. Vennskap kjennetegnes ved et sterkt emosjonelt bånd som gir sosial støtte og mulighet til å dele tanker og følelser med andre (Ulset & Bekkhus, u.å.). Emosjonell kompetanse er tett knyttet til en persons sosiale miljø, og kan defineres som å forstå og regulere følelsene sine, samt forstå sosiale konsekvenser for følelsesmessige utbrudd (Duncan et al., 2014, s. 24). Forskning viser at vi lærer sosiale regler gjennom andre, som hvordan uttrykke, håndtere og sette ord på egne følelser (Rieffe et al., 2018, s. 209). Barn med hørselstap vil ikke like enkelt plukke opp disse sosiale reglene ettersom de aktivt må oppsøke slik læring. Dermed har de økt risiko for å utvikle emosjonelle vansker enn normalthørende jevnaldrende (Overgaard et al., 2021, s. 1; Schow & Nerbonne, 2018, s. 197). Til tross for forskning som tilsier at barn med hørselstap oftere strever mer med Jevnaldrelasjoner og emosjonell kontroll enn normalthørende, er tematikken lite utforsket i Norge.

Barn med hørselstap er en liten, men sårbar gruppe, og vi vil derfor bidra til å sette fokus på psykososial helse for denne populasjonen. Formålet med denne studien er å innhente foreldrenes opplevelse av barnets psykososiale helse, vennskap og emosjonelle kompetanse kombinert med hørselstap. Studien vil også undersøke ulike faktorer som kan påvirke psykososial helse for barn med hørselstap. Gjennom foreldrenes opplevelse av barnet håper vi at studien vil tilføre større forståelse for hvordan barn med hørselstap har det i skolehverdagen, spesielt i sosiale relasjoner. Ifølge Overgaard et al. (2021, s. 2) er det lite forskning på sammenligning mellom barn med unilaterale og bilaterale hørselstap sett i sammenheng med psykososial helse. Vi har heller ikke funnet noe mer forskning rundt denne tematikken. Det samme gjelder støtte i skolen sett i sammenheng med psykososial helse. Vi lurer derfor på hvordan foreldre til barn med hørselstap opplever barnets psykososiale helse i forbindelse med skolerelaterte faktorer og hjelpemidler.

## 1.2 Problemstilling

Problemstillingen er formulert basert på studiens bakgrunn og formål. Grunnet begrenset forskning rundt emnet, lyder problemstillingen som følger:

*Hvordan opplever foreldre til barn med hørselstap deres psykososiale helse basert på vennskap, emosjonelle symptomer, skolerelaterte faktorer og bruk av hørselshjelpemidler?*

Med skolerelaterte faktorer inngår skoleformen barnet går i og støtte i skolen. Med bruk av hørselshjelpemidler fokuserer vi på tidsbruk og om barnet har hjelpemiddel på det ene eller begge ørene.

For å besvare problemstillingen har vi utviklet tre forskningsspørsmål.

1. Hvordan opplever foreldre til barn med hørselstap deres psykososiale helse, vennskap og emosjonelle symptomer basert på spørreskjemaet Strengths and Difficulties Questionnaire?
2. Finnes det en forskjell på foreldrenes opplevelse av barnets psykososiale helse basert på skoleform og støtte i skolen?
3. Finnes det en forskjell på foreldrenes opplevelse av barnets psykososiale helse basert på tidsbruk og hvilke hørselshjelpemidler barnet har?

## 1.3 Avgrensning

Masteroppgaven er en del av et større prosjekt i regi av Institutt for spesialpedagogikk på Universitetet i Oslo. Forskningsprosjektet har som hensikt å undersøke hvordan barn med hørselstap, samt deres foreldre og lærere, opplever barnas psykososiale helse, vennskap og støtte i skolen. Det foregår parallelt med et lignende prosjekt i Sverige. Prosjektet er helt i startfasen og består av to deler. Vi fokuserer på den første delen som er en kvantitativ studie.

Selv om det finnes flere datainnsamlingsmetoder som kan benyttes i kvantitativ metode baserer studien seg på et spørreskjema for å svare på problemstillingen. Det finnes ulike skjemaer som kartlegger psykososial helse. Studien benytter seg likevel kun av det validerte spørreskjemaet SDQ Norsk Versjon for å måle foreldrerapportert psykisk helse (Goodman, 1997). I denne oppgaven er fokuset på barn med hørselstap i alderen 10–17 år. Dette er en alder preget av store biologiske endringer og sosiale tilpasninger som kan påvirke psykososial helse (Befring, 2020a, s. 73).

Her baserer vi resultatene på en Total problemskåre som beskrives senere i teksten. Vi bruker en definisjon av psykososial helse som omfatter psykiske og sosiale forhold (Peter et al., 2021, s. 24). I henhold til Kornør og Heyerdahl (2017, s. 4) kartlegger SDQ blant annet psykisk helse, venneproblemer og prososial atferd. Disse faktorene inngår i begrepet psykososial helse. For å måle vennskap har vi benyttet oss av skalaen Venneproblemer, som er en av problemskalaene som inngår i Total problemskåre. Emosjonelle symptomer blir sammen med Venneproblemer summert til en internaliserende skåre (Kornør & Heyerdahl, 2017, s. 4). Internaliserende vansker omfatter psykiske lidelser som kan påvirke barns læring og sosiale relasjoner, selv om vansken ikke nødvendigvis er synlig (Hesselberg & von Tetzchner, 2019, s. 120). Personer med hørselstap i alle aldre kan streve med psykososial helse på ulike måter. Derfor er det hensiktsmessig å se på relasjonelle og emosjonelle faktorer hos barn med hørselstap.

## 1.4 Begrepsavklaring

Oppgaven benytter ulike begreper som det er viktig å ha en felles forståelse av når man leser oppgaven. Det er derfor vurdert hensiktsmessig å inkludere en begrepsavklaring som sikrer lik forståelse.

Begrepet *barn* refererer i denne oppgaven til barn og ungdom i alderen 10–17 år. Selv om noen i denne aldersgruppen kan regnes som ungdom, brukes barn da de er barn av foreldrene som gjennomfører spørreskjemaet og fremdeles ikke voksne.

*Foreldre* betyr i denne oppgaven omsorgsperson eller en foresatt for barnet. En del av spørreskjemaet oppgaven benytter er Strengths and Difficulties Questionnaire Norsk Versjon, hvilket måler barns psykososiale helse basert på foreldrerapportering. Vi ser det dermed som hensiktsmessig å benytte oss av begrepet “foreldre” videre i oppgaven.

I oppgaven gjelder begrepet *hørselstap* alle former for nedsatt hørsel. Personer som ikke oppfatter lyd under 20 dB har et hørselstap (Befring 2020a, s. 152; Cole & Flexer, 2020, s. 39–41). Det innebærer at en person kan ha alt fra et lite hørselstap på ett øre, til døvhet på begge ørene. *Normalthørende* vil motsetningsvis henviser til personer med typisk hørsel og oppfatter lyd under 20 dB.

*Tilrettelegging* i skolesammenheng handler om tilpasninger og variasjon i undervisningen for å fremme god opplæring for alle elevene (Buli-Holmberg et al., 2015, s. 65).

## 1.5 Oppgavens oppbygning

Etter innledningen av oppgaven, som også er kapittel 1, vil den teoretiske forankringen bli presentert i kapittel 2. I dette kapitlet vil temaer om *hørsel* og *psykososial helse* stå sentralt. Andre begreper som *hørselshjelpemidler*, *vennskap*, *emosjonell utvikling*, *skoleform* og *støtte i skolen* står også sentralt med bakgrunn i problemstillingen. I kapittel 3 vil metodiske valg presenteres, samt validitet og etiske hensyn som er tatt i betraktning gjennom oppgaven. Resultatene fra deltakerne blir presentert i kapittel 4. Her blir det brukt både tabeller og grafer for visuell fremstilling. I kapittel 5 diskuteres funn fra resultatene i sammenheng med relevant teori og forskning. Oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål vil oppsummeres i kapittel 6, og avslutningsvis vil vi komme med forslag til videre forskning.

## 2. Teori

I dette kapitlet vil vi presentere oppgavens teoretiske grunnlag. Teorikapitlet er basert på problemstillingen: *Hvordan opplever foreldre til barn med hørselstap deres psykososiale helse basert på vennskap, emosjonelle symptomer, skolerelaterte faktorer og bruk av hørselshjelpemidler?* Litteraturen som er brukt er både nasjonal og internasjonal. Vi har forsøkt å bruke den nyeste forskningen basert på temaene vi skal ta for oss, samt anerkjennende forfattere innenfor de ulike fagmiljøene.

Kapitlet tar for seg hørsel og psykososial helse som de største temaene, og redegjør for begrepene nevnt i problemstillingen. Kapitlet forklarer også ulike former for tilrettelegginger som kan utføres i skolesammenheng for elever med hørselstap. Redegjørelsen av tematikken innenfor blant annet hørsel og psykososial helse er relevant for videre tolkning og diskusjon av resultater mot slutten av oppgaven. Kapitlet vil starte med relevant redegjørelse av tematikken hørsel.

### 2.1 Hørsel

Hørsel er et av menneskets viktigste redskap for å samhandle med andre (Befring, 2020a, s. 148). Vi bruker hørselen til å blant annet analysere og lokalisere auditiv informasjon, samt oppfatte talelyder i miljøet rundt oss (von Tetzchner, 2019, s. 116). Ved fødsel kan spedbarnet skille mellom mors og andres stemme og bruker auditive inntrykk som informasjonskilde om miljøet rundt seg. Gjennom barneårene blir sansen mer raffinert. Evnen til å lokalisere lyd bedres med årene, men er ikke helt optimal før starten av tenårene (von Tetzchner, 2019, s. 117). Ifølge Befring (2020a, s. 148) har hørselen stor betydning for blant annet språklig og psykososial kompetanse samt kommunikasjon med andre.

#### 2.1.1 Typer hørselstap

Man skiller mellom ulike hørselstap avhengig av hvor skaden er lokalisert. Mekaniske hørselstap opptrer i det ytre øret og/eller i mellomøret (Cole & Flexer, 2020, s. 47; Plack, 2018, s. 261). Blokkering i øregangen, som ved opphopning av ørevoks eller en fysisk gjenstand lokalisert i øret, er andre tilstander som fører til mekaniske hørselstap. Dersom noe blokkerer øregangen når ikke lydbølgene inn til det indre øret, og lyden oppfattes ikke i

hjernen. Avhengig av grad og alvorlighet kan mekaniske hørselstap ofte behandles medisinsk eller med høreapparat (Cole & Flexer, 2020, s. 47; Löfkvist et al., 2019, s. 457).

Sensorinevrale hørselstap er ofte permanente (Cole & Flexer, 2020, s. 54). Slike hørselstap opptrer grunnet skader i det indre øret i cochlea eller hørselsnerven. Den vanligste formen for sensorinevrale hørselstap er slitasje på hårcellene i cochlea, og er vanlig blant eldre. Høy lyd over lang tid kan føre til slitasje eller skade på hårcellene, men sensorinevrale hørselstap kan også være medfødt (Plack, 2018, s. 262). Dersom både et mekanisk og sensorinevralt hørselstap opptrer samtidig kalles det et kombinert hørselstap. Eksempelvis kan et barn med medfødt sensorinevralt hørselstap ha et kombinert hørselstap om det har mellomørebetennelse (Cole & Flexer, 2020, s. 61).

### **2.1.2 Unilaterale hørselstap**

Nedsatt hørsel på begge ørene kalles bilaterale hørselstap. Normal hørsel på det ene øret kombinert med et hørselstap på det andre øret regnes som et ensidig eller unilateralt hørselstap (Cole & Flexer, 2020, s. 38; Williams, 2018, s. 148). Ved slike hørselstap vil personen ofte ha utfordringer med blant annet lydlokalisering og identifisering av tale i støy (Cole & Flexer, 2020, s. 38). Barn med unilaterale hørselstap kan også oppleve hodeskyggeeffekten. Effekten oppstår når lyden treffer øret med hørselstap og beveger seg rundt hodet for å nå det hørende øret. Dette kan redusere lydets volum og intensitet (Schow & Nerbonne, 2018, s. 53; Williams, 2018, s. 148). Selv om barnet har normal hørsel på det ene øret mister det fortsatt store deler av lydinntrykket i omgivelsene (Williams, 2018, s. 148). Ifølge Cole og Flexer (2020, s. 38) vil et unilateralt hørselstap ha stor påvirkning på barns språkutvikling, kommunikasjon og sosiale ferdigheter. Dette støttes også av Laugen et al. (2017, s. 59). Deres konklusjon var at barn med milde unilaterale hørselstap har økt risiko for utfordringer med sosiale ferdigheter og vokabularutvikling enn jevnaldrende. Sammenlignet med normalthørende kan barn med unilaterale hørselstap i større grad bli distraheret, frustrert og oppleve mindre selvtillit i klasserommet (Cole & Flexer, 2020, s. 38).

### **2.1.3 Hørsel og språkutvikling**

Hørselen spiller en viktig rolle i språklig, intellektuell, sosial og emosjonell utvikling. Dette er faktorer som påvirker en persons følelse av tilhørighet, selvbylde, trivsel og deltakelse i det

sosiale miljøet. Dersom hørselsfunksjonen svekkes påvirker dette personens evne til å samhandle med andre og miljøet rundt (Grønlie, 2005, s. 11).

Medfødte eller tidlig ervervede hørselstap kan ha betydelige konsekvenser for utviklingen av orientering i omgivelsene, sosial oppmerksomhet og for evnen til å kommunisere med andre (von Tetzchner, 2019, s. 117). Alle typer og grader av hørselstap gir økt risiko for problemer med tale- og språkutviklingen (Löfkvist et al., 2019, s. 461; von Tetzchner, 2019, s. 117). Normalthørende barn plukker opp ord og setninger ubevisst og naturlig gjennom auditive stimuli fra omgivelsene rundt. Barn med hørselstap har i ulik grad mangelfull tilgang til lyd miljøet som kan påvirke barnets språkutvikling negativt (Brice & Strauss, 2016, s. 68).

En av de største konsekvensene av et medfødt eller tidlig ervervet hørselstap er vansker med å oppfatte andre, samt utvikle eget vokabular og andre språkferdigheter (Schow & Nerbonne, 2018, s. 196). Von Tetzchner (2019, s. 249) forklarer at utvikling av kommunikative ferdigheter foregår i forkant av språkutviklingen. Kommunikasjon er et paraplybegrep for sosiale prosesser som handler om utvekslinger av tanker og informasjon. Kommunikasjon kan foregå på forskjellige måter, som ved tale, tegn eller mimikk (Befring, 2020a, s. 32). Kommunikasjon utgjør også selve kjernen i menneskers språkfunksjon (von Tetzchner, 2019, s. 249).

## 2.2 Hørselshjelpemidler

For at barn med hørselstap skal utvikle et godt språk er det ofte nødvendig med auditiv rehabilitering. Begrepet refererer til metoder som kan fremme språkutviklingen hos personer med ulike former for hørselstap (Duncan et al., 2014, s. 2). Auditiv rehabilitering har som mål å forbedre tilgangen på lyd, særlig i forbindelse med talespråk. For å oppnå auditiv rehabilitering blir hørselshjelpemidler ofte benyttet. Det er ikke ett enkelt hjelpemiddel som bedrer lydtilgangen for alle, men flere typer hjelpemidler for ulike hørselstap, personer og tilstander (Duncan et al., 2014, s. 82–84). For noen vil det være aktuelt med et hjelpemiddel unilateralt eller bilateralt, avhengig av type og grad av hørselstap. Cole og Flexer (2020, s. 289) skriver om viktigheten av at barn bruker hørselshjelpemiddelet sitt minst 10 timer om dagen. Likevel er det ikke alle barn som gjør dette av ulike årsaker. Jiménez-Arberas og Díez (2021, s. 10) undersøkte effekten hørselshjelpemidler hadde på psykososial helse hos voksne med hørselstap. Studien konkluderte med at å ikke bruke hørselshjelpemidler de hadde fått innvilget hadde en negativ effekt på deres psykososiale helse.



Uansett hvilket hjelpemiddel som benyttes er det viktig å påpeke at de ikke kan erstatte eller gjenopprette vanlig hørsel. Det er per i dag ingen tekniske hjelpemidler som kan gi like god lyd- og taleoppfattelse som et øre med normal hørsel (Eggermont, 2017, s. 263; Schow & Nerbonne, 2018, s. 184). Likevel vil hjelpemidlene bidra til å gi bedre tilgang på lyd enn de ville hatt foruten.

### **2.2.1 Høreapparater**

Høreapparater (HA) er et verktøy som forsterker lyd gjennom øret slik at lydimpulser når cochlea. Apparatet tilpasses enkeltindividet etter hvor stort hørselstapet er slik at lyden forsterkes uten å være ubehagelig høy. HA settes inni eller bak øret med en ledning og/eller propp som går inn i øregangen. HA kan komme i ulike modeller basert på behov, preferanse og livsstil. Uansett hvilket HA som tas i bruk av hver enkelt vil det være basert på en hørselstest (Cole & Flexer, 2020, s. 112). Generelt passer HA for individer med primært sensorinevralt hørselstap, men også for noen med mekaniske hørselstap (Eggermont, 2017, s. 263). Som regel vil personer med mildt til alvorlig hørselstap være kandidater til HA (Duncan et al., 2014, s. 88).

Selv om et HA forsterker lyd for personer med hørselstap finnes det begrensninger ved apparatet. Et HA fungerer godt i stille og rolige lydmiljøer, men ved støy kan taleoppfattelse være utfordrende (Stach & Ramachandran, 2022, s. 792). Hjernene arbeider hele tiden med å skille ut meningsfull tale fra andre lydstimuli, selv i støyfulle omgivelser. Med et HA mister man denne evnen til en viss grad da lydbølger fra ulike lydkilder vil treffe trommehinnen samtidig, som stimulerer det auditive systemet. Dette gjør at lydene blandes sammen og svekker taleoppfattelsen (Stach & Ramachandran, 2022, s. 792–793).

### **2.2.2 Cochleaimplantater**

For noen personer med et alvorlig hørselstap vil ikke høreapparater være tilstrekkelig for å gi tilgang på lyd. Årsaken kan være at det er for lite resthørsel igjen til at brukeren får nytte av forsterkningen som et typisk HA gir (Schow & Nerbonne, 2018, s. 69). Personer med et alvorlig hørselstap eller døvhet er som regel kandidater til cochleaimplantater (CI) etter utprøving av HA (Duncan et al., 2014, s. 92). Et CI opereres inn via elektroder i sneglehuset (cochlea) som erstatter sansecellene (Grønlie, 2005, s. 17). Et CI vil gi hørselshemmede personer tilgang på lyd ved hjelp av elektriske impulser (Duncan et al., 2014, s. 97).

Det er likevel et par generelle kriterier som bør oppfylles før en CI-operasjon. Et praktisk kriterium er at hørselstapet må være alvorlig, men hørselsnerven må være intakt. For at lyden skal gå fra cochlea til hjernen må det kunne føres via hørselsnerven (Grønlie, 2005, s. 17). Et annet kriterium er minimalt utbytte av ordinært HA i minst 3–6 måneder, og personen må ha en taleoppfattelse på under 50 %. HA er mindre permanent og mer økonomisk enn et CI, så det er ønskelig å ha utprøvd dette over en periode før en operasjon (Schow & Nerbonne, 2018, s. 76–77). Det siste generelle kriteriet er at personen selv, samt pårørende, er motivert for å motta et CI (Grønlie, 2005, s. 17).

### **2.2.3 Benforankrede høreapparater**

Benforankrede høreapparater (BAHA) er et alternativ til HA for individer med primært kronisk mekaniske hørselstap eller kombinerte hørselstap (Duncan et al., 2014, s. 97; Eggermont, 2017, s. 292). BAHA skiller seg fra et vanlig HA da en titanarmatur opereres inn i skallebenet bak øret. Det er dermed ikke behov for å tilpasse ørepropper for BAHA-brukere som kan være vanskelig for eksempelvis personer med kronisk ørebetennelse (Duncan et al., 2014, s. 97). BAHA er også mye brukt blant personer med unilaterale hørselstap. Gjennom skallebeinet forflyttes lyden fra øret uten hørselstap til øret med hørselstap, og dermed gi dette øret tilgang på lyd. Dette bidrar samtidig med å redusere hodeskyggeeffekten og bedrer personens lydlokaliseringsevne og talegjenkjenning i støy (Duncan et al., 2014, s. 97–98).

En form for BAHA er hjelpemiddelet Bonebridge. BAHA og Bonebridge er implanterbare hørselshjelpemidler som bruker vibrasjoner i skallebenet for å videreføre lyd. De skiller seg fra hverandre ved at en BAHA blant annet opereres gjennom huden, mens i en Bonebridge opereres under huden (Med-el, 2018). Siden BAHA kan regnes for å være en overordnet kategori for ulike typer benforankrede høreapparater har vi valgt å inkludere Bonebridge i kategorien BAHA videre i oppgaven.

## **2.3 Hørsel og tilrettelegging**

Barn med ulike former for funksjonsnedsettelse kan ha behov for tilrettelegging i skolen for å kompensere eller redusere utfordringer de møter på som følge av vansken (Befring & Næss, 2019, s. 23). For barn med hørselstap kan det være behov for blant annet fysisk og teknisk tilrettelegging, tilpasning av studieløpet og annen spesialpedagogisk tilrettelegging. For noen

kan opplæringen som tilbys ved ordinære skoler ikke være tilfredsstillende nok. Dermed vil skoleformer som skole for hørselshemmede eller spesialskoler være aktuelt.

### **2.3.1 Skoleform**

Gjennom barndommen utvider det sosiale miljøet seg til å handle om samhandling med jevnaldrende. Barn med hørselstap kan streve med ulike sosiale aspekter grunnet forsinket kommunikasjons- og språkutvikling og begrenset tilgang på lyd (Niclasen & Dammeyer, 2016, s. 130; Schow & Nerbonne, 2018, s. 200). Det sosiale miljøet bør vurderes når det kommer til skolevalg. Noen foreldre kan ha et ønske om at barnet skal gå i nærskolen, mens andre vil at barnet skal gå i en skole for hørselshemmede eller spesialskole.

I 1975 ble spesialskoleloven fjernet som gjorde at antallet spesialskoler minsket. De siste tiårene har antall elever i skoler for hørselshemmede gått ned. Disse endringene gjør at flere elever med spesialpedagogiske behov integreres i nærskolen (Befring, 2020a, s. 103).

Konsekvensen av endringene er at de spesialpedagogiske tilretteleggingene må gjøres i ordinær skole, hvor kompetansen er varierende (Holbø et al., 2021, s. 7–10). Utviklingen av gode hørselshjelpemidler, nyfødtscreening som oppdager flere medfødte hørselstap og foreldrenes ønske om at barnet kan bo hjemme dersom skolen ligger langt unna påvirker antall elever i skoler for hørselshemmede. De fleste barn med hørselstap går derfor på nærskolen med hørende medelever (Bakken et al., 2017, s. 254).

### **2.3.2 Fysisk og teknisk tilrettelegging i skole**

Ettersom de fleste barn med hørselstap går på nærskolen har de ofte behov for støtte for å motta et forsvarlig opplæringstilbud. For barn med hørselstap vil god tilrettelegging på skole, fritiden og i hjemmet være nødvendig for å optimalisere tilgangen på lyd (Cole & Flexer, 2020, s. 136). Tilretteleggingen kan blant annet innebære tekniske og fysiske tiltak.

Statped (2022) fremmer viktigheten av en teknisk tilrettelegging som både føles nyttig og behagelig for elevene. Mange elever med hørselstap bruker et lydutjevningssanlegg i undervisningssituasjoner (Kunnskapsbanken, u.å.). Ved slike tilfeller bruker både lærere og andre elever mikrofon i klasserommet. Et lydutjevningssanlegg sentrerer lyden og gir elever med hørselstap bedre grunnlag for lydoppfattelse. Holbø et al. (2021) har utformet en rapport om tilrettelegging i skolen for barn med hørselshemming. I rapporten blir både pedagoger og

foresatte i ulike roller intervjuet om deres opplevelse av tilrettelegging for barn med hørselstap. Mange av deltakerne opplever at det er mangel på kursing og veiledning av ansatte til sitt pedagogiske arbeid for elever med hørselstap (Holbø, et al., 2021, s. 7). Holbø et al. (2021, s. 10) poengterer at mange lærere i skolen ikke bruker det hørselstekniske utstyret, eller at det ikke fungerer slik det skal. Mange elever vil heller ikke gi beskjed når læreren ikke bruker det tekniske utstyret grunnet blant annet frykt for å skille seg ut.

Ifølge Cole og Flexer (2020, s. 136) er det viktig at barnet har tekniske hjelpemidler i alle omgivelsene det opptrer i. En av de viktigste faktorene for at barnet skal ha mulighet til å oppnå en aldersadekvat språkutvikling er tidlig tilgang på god nok lyd (Löfkvist et al., 2019, s. 463). På fritiden og i hjemmet kan et mindre hjelpemiddel som en samtaleforsterker være nyttig. Den er koblet til barnets høreapparat eller CI slik at lyden kommer direkte inn på øret (Hjelpemiddeldatabasen, 2021). I studien til Mjøen et al. (2021, s. 49) om inkludering for elever med hørselstap rapporterte elevene at ikke alle klasserom de befant seg i var universelt utformet med teknisk utstyr. Omtrent halvparten rapporterte også at noe teknisk utstyr var på plass ved skolestart.

Barn med hørselstap er ofte avhengig av gode lys- og lydforhold for en optimal undervisningssituasjon. Noen tiltak som kan sikre dette er ulike former for tilpasninger i klasserommet. Fysiske tilrettelegginger har som hensikt å redusere auditivt og visuell støy. Visuell støy er fysisk rot eller gjenstander som tar oppmerksomhet. Både auditivt og visuell støy kan forstyrre eleven eller forhindre at barnet oppfatter tale. Lang etterklangstid og ekko, sterkt lys, visuell støy og elevens plassering i klasserom kan bidra til å forstyrre undervisningen for elever med hørselstap (Bakken et al., 2017, s. 255; Holbø et al., 2021, s. 5). Etterklangstid refererer til forlengelse av en lyd grunnet harde overflater, som gjør at lyden spretter mellom disse overflatene. Lang etterklangstid kan dermed forstyrre taleoppfattelse til barn med hørselstap (Schow & Nerbonne, 2018, s. 228). Barnets plassering er også en faktor som må vurderes under planlegging av fysisk tilrettelegging for elever med hørselstap. Barnet må ha oversikt over hvem som prater, og bør kunne ha ryggen til vinduet for å redusere motlys. Lærer bør også plassere seg slik at de synes godt og muliggjør munnavlesning (Bakken et al., 2017, s. 259).

### 2.3.3 Støtte i skolen

Det finnes ulike former for støtte i skolen. Skolen skal sørge for at alle barn får tilpasset opplæring (Befring, 2020a, s. 104). Det betyr at alle elever i skolen skal få opplæring som passer sine forutsetninger og behov. Dette gjelder for alle, både ressurssterke og ressursvake barn. Tilpasset opplæring er et tiltak skolen igangsetter for å sikre best mulig utbytte av opplæringen basert på barnets evner og læringsforutsetninger (Buli-Holmberg et al., 2015, s. 18). Når skolen ikke klarer å gi elevene et tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har eleven krav på spesialpedagogisk støtte (Befring 2020a, s. 15). Dette kan betegnes som vanlig spesialpedagogisk tilrettelegging. For eksempel vil barn som bruker tegnspråk som førstespråk ha rett på opplæring i og på tegnspråk. Ifølge Statped (2021) er det viktig at skolens pedagoger har tilstrekkelig kunnskap om god tilrettelegging og pedagogisk kompetanse for barn med hørselstap.

En form for spesialpedagogisk tilrettelegging kan være i form av spesialundervisning. Da vil eleven ha en individuell opplæringsplan (IOP), som er en læreplan som utformes for elever som har fått innvilget spesialundervisning. Dette er et verktøy som brukes for å planlegge, gjennomføre og vurdere spesialundervisningen. IOP-en inneholder læringsmål for eleven, valg av innhold og oppsett i hvordan opplæringen skal gjennomføres i tråd med opplæringsloven (Buli-Holmberg et al., 2015, s. 118). I noen tilfeller vil barnets spesialundervisning innebære å fjerne enkelte eller flere fag dersom det gagnar barnet (Udir, 2021, s. 7).

## 2.4 Psykososial helse

Psykososial helse er et begrep med flere definisjoner og er derfor vanskelig å konseptualisere. Peter et al. (2021) gjennomførte en analyse for å tydeliggjøre begrepet. Konklusjonen deres betegner psykososial helse som en tilstand i endring, og innebærer både tilpasning og avhengighet mellom et individ og deres sosiale miljø. Det sosiale miljøet består av relasjoner slik som familie, venner og andre mennesker man omgås (Peter et al., 2021, s. 24). Videre forklarer de at individperspektivet av begrepet viser til erfaringer eller personens selvoppfattelse som påvirker psykiske og mentale prosesser. Psykososial helse viser dermed til sammenhengen mellom person og miljø (Peter et al., 2021, s. 24). Begrepet henger også tett sammen med livskvalitet. Livskvalitet handler om positive og negative elementer ved en persons velvære, og kan inkludere sosioøkonomisk status, forhold, arbeidsmiljø og forholdet

mellom fysisk og mental helse (Teoli & Bhardwaj, 2022). Ettersom det ikke finnes én konkret definisjon av psykososial helse, bruker flere studier ulike begreper. Videre vil vi benytte begrepet psykososial helse i forbindelse med vår studie, og originale begreper om tidligere forskning.

Faktorer som trekkes frem som positive tegn på psykososial helse kan være god selvfølelse, føle seg komfortabel rundt andre og kontroll over negative følelser. Negativ psykososial helse er det som kan betegnes som psykososiale vansker. Det innebærer at personen har vanskeligheter med elementer innenfor psykiske og sosiale faktorer (Dammeyer, 2009, s. 50). Dersom en person strever kun med det psykiske kan dette omtales som psykiske plager eller lidelser. Psykiske plager kan oppfattes som vanlige atferds- og følelsesvariasjoner som oppstår knyttet til hendelser og erfaringer i livet (Bang et al., 2023). Engstelse og nedstemthet er eksempler på slike plager. Psykiske lidelser er av større alvorlighetsgrad enn psykiske plager. Når belastningen av symptomer er stor, varer over tid og kriteriene for en diagnose er oppfylt kan det kategoriseres som psykiske lidelser. Angst, depresjon og bipolar lidelse er eksempler på diagnoser som kan omfatte psykiske lidelser (Bang et al., 2023).

### **2.4.1 Emosjonell utvikling**

Språket spiller en viktig rolle i menneskers emosjonelle utvikling. Vi bruker språket til å beskrive, tolke og sette ord på følelser. Barn med hørselstap kan likevel ha en begrenset evne til å uttrykke seg og en forsinket forståelse for egne følelser som følge av hørselstapet. De vil ikke like enkelt kunne plukke opp at andre snakker om ulike følelser og hvordan de håndterer vanskelige situasjoner (Schow & Nerbonne, 2018, s. 197). Overgaard et al. (2021, s. 1) påpeker at unge med hørselstap har større sannsynlighet for å utvikle emosjonelle og atferdsmessige vansker enn hørende jevnaldrende. Ifølge Skrove (2015, s. 20) har jenter større sjanse for å utvikle emosjonelle vansker enn gutter. I tillegg forverres det med alderen, spesielt i ungdomsårene. Forskning viser også at barn med hørselstap har vanskeligere for å forstå andres emosjonelle tilstand og andres følelsesmessige vokabular (Schow & Nerbonne, 2018, s. 197).

Emosjonell kompetanse legger grunnlaget for å oppleve positive og vellykkede relasjoner i hverdagslivet (Befring & Uthus, 2019, s. 502). Emosjonell fungering spiller en viktig rolle for sosial utvikling hos barn (Rieffe et al., 2018, s. 209). En definisjon av emosjonell kompetanse er ifølge Duncan et al. (2014, s. 24) evnen til å regulere følelsene sine og forstå sosiale

konsekvenser av følelsesmessige utbrudd. Aksept fra jevnaldrende og akademisk oppnåelse har stor betydning for barns sosiale og emosjonelle kompetanse. Emosjonell utvikling er i stor grad avhengig av barns tilgang på et sosialt miljø. Dette henger sammen med at barn lærer sosiale og emosjonelle regler gjennom et fellesskap. Den sosiale konteksten lærer barn hvordan håndtere, uttrykke og identifisere ulike følelser (Rieffe et al., 2018, s. 210). Ungdomsperioden er en emosjonelt ustabil periode. Forskning viser at ungdommer i 12–15-årsalderen opplever flere hendelser med negative emosjoner enn 9–11-åringene (von Tetzchner, 2019, s. 295).

## **2.4.2 Ungdommer og psykososial helse**

Overgangen fra barn til ungdom kan være en stor utfordring for mange. Befring (2020a, s. 73) betegner denne perioden som en intens modningstid. Den innebærer store kroppslige, emosjonelle og kognitive endringer som skal bidra til å skape egen identitet. Formelt er ungdomsårene fra 13 til 19 år, altså tenårene, men puberteten kan begynne allerede i 10-årsalderen for noen og 17-årsalderen for andre (Befring, 2020a, s. 73; Tønnesson & Svartdal, 2021). Både tidlig og sen pubertet kan føre til psykiske belastninger. Befring (2020a, s. 73) forklarer at årsaken til dette kan handle om forventninger til kropp, atferd og følelser i denne perioden. Ungdommen vil i større grad oppleve følelsesutbrudd og humørsvingninger uten å forstå hvorfor. Ungdomstiden kan for mange oppleves som problematisk da mye utvikling foregår på kort tid. For noen vil den biologiske utviklingen skje raskere enn den sosiale og psykiske modningsprosessen som skaper grunn for forvirring for ungdommen (Befring, 2020a, s. 73). Ettersom ungdomstiden er en fase som foregår mellom barnealder og voksenlivet skaper dette ulike og tvetydige forventninger til personer i tenårene. Noen vil oppfatte dem som barn, hvor de undervurderes og infantiliseres, mens andre pålegger dem ansvar som en voksen person. Dette kan føre til forvirring og frustrasjon hos ungdommen (Befring & Moen, 2017, s. 22). Resultater fra Ungdata sin undersøkelse fra 2018 om norske ungdommers fritidsaktiviteter og hvordan de har det på ulike områder, viste at psykiske plager økte med alderen og at jenter hadde noe høyere andel enn gutter (Bakken, 2018, s. 80). Resultatene fra Bakken (2018) støttes også av Bang et al. (2023). De så på ulik forskning rundt barns psykiske helse, både nasjonalt og internasjonalt. Konklusjonen til Bang et al. (2023) var at andelen barn med en form for psykisk lidelse har økt de siste tiårene, spesielt for jenter i alderen 12–24 år. De viste i tillegg til at de psykiske lidelser øker med alderen (Bang et al., 2023).

### 2.4.3 Utvikling av vennskap

Å knytte relasjoner til andre jevnaldrende er viktig for barn og unges utvikling (Duncan et al., 2014, s. 33; von Tetzchner, 2019, s. 349). Gjennom vennskap lærer man sosiale regler, konfliktløsning, moral og det gir emosjonell støtte. Vennskap er et stort begrep med ulike definisjoner. Vi har tatt utgangspunkt i Bowker og Weingartens (2022, s. 251) definisjon som betegner vennskap som en nær relasjon mellom to jevnaldrende som involverer gjensidig hengivenhet. Det utdypes videre at to personer som er venner, både liker og oppfatter hverandre som venner.

Vennskap utvikler seg i overgangen fra barn til ungdom. Relasjoner mellom barn handler ofte om felles interesser og er i stor grad kjønnsbaserte. I ungdomsrelasjoner er samhandlingen oftere sentrert rundt nærhet og et emosjonelt fellesskap, og er derfor mer kompleks enn relasjoner mellom barn (von Tetzchner, 2019, s. 350–351). Her er også språk og kommunikasjon en grunnpilar i nære relasjoner. Dersom en strever med kommunikasjon kan det føre til sosial utestenging og færre nære relasjoner (Brice & Strauss, 2016, s. 73). Vennskap kan også anses å ha en viktigere rolle i utviklingen i ungdomsårene enn andre relasjoner (von Tetzchner, 2019, s. 350). Positive vennskap fungerer også som en beskyttende faktor overfor psykisk helse (Batten et al., 2013, s. 285; Rieffe et al., 2018, s. 209). Selvstendighet og autonomi preger ungdomsårene, og venner spiller en viktig rolle i denne prosessen. Ungdommer er mer personlige og intime i samtalene med hverandre enn de er overfor familie (Schwartz-Mette & Shankman, 2020, s. 665). Dette kan henge sammen med at venner er noe man selv velger basert på interesser og preferanser, i motsetning til familie (Bowker & Weingarten, 2022, s. 251). Ifølge Duncan et al. (2014, s. 233) vil barn med hørselstap verdsette vennskap hvor hørselstapet deres blir akseptert, og venner som er villig til å bistå i sosiale settinger slik som å gjenta informasjon som blir overhørt.

Grunnet vennskapets sentrale del av ungdomsutviklingen er dette også sårbart (Rieffe et al., 2018, s. 214; von Tetzchner, 2019, s. 350). Ungdommer rapporterer at de er engstelige for å miste disse relasjonene. Rieffe et al. (2018, s. 214) fant at barn med hørselstap generelt strever mer med emosjonell kontroll enn hørende medelever. Dette gjør det ekstra vanskelig for denne gruppen å skaffe seg og vedlikeholde gode vennskap som utgjør en sentral del av en persons psykososiale helse (Rieffe et al., 2018, s. 214). En studie av barn med CI utført av Dammeyer et al. (2018, s. 431) konkluderer med at 20 % av utvalget føler seg ensomme ofte eller hele tiden. Von Tetzchner (2019, s. 352) forklarer at venner har en tendens til å ligne



hverandre når det kommer til blant annet interesser og demografisk bakgrunn. Dette innebærer at barn som er ulike på disse områdene vil selekteres bort, og det kan være tilfellet for barn med funksjonsnedsettelse (von Tetzchner, 2019, s. 352).

#### **2.4.4 Identitet**

Identitet kan defineres som egen opplevelse av sine egenskaper, samt fellesfaktorer og ulikheter fra andre mennesker (von Tetzchner, 2023). Det finnes flere ulike former for identitet, som personlig, relasjonell og etnisk identitet, men i denne oppgaven vil personlig identitet vektlegges. Begrepet er en del av en persons selvoppfattelse, altså hvem personen er og hvilke egenskaper som definerer dem (von Tetzchner, 2023). Ungdomstiden er en periode hvor man danner sin egen identitet (Befring & Moen, 2017, s. 25; von Tetzchner, 2019, s. 373). Dette kan anses å være en form for videreutvikling av ens egen selvoppfattelse. Å skape en personlig identitet innebærer at man utvikler sin egen personlighet (von Tetzchner, 2023). Personlighet handler om individuelle egenskaper, tankemønstre og atferd som utvikles og endres over tid (Grønlie, 2005, s. 73).

Likevel er det ikke alle barn som utvikler sin egen identitet på en vellykket måte. Von Tetzchner (2019, s. 373) forklarer at ungdomstiden kan betraktes som en personlig krise forårsaket av vansker med å identifisere seg med sine foreldre. Det er viktig for å danne relasjoner, utvikle egne roller og oppdage sin sosiale plass i samfunnet. Dermed må barnet finne andre inspirasjonskilder i identitetsdannelsen. Dersom en ikke klarer dette i sin personlige krise kan det oppstå en rolleforvirring og usikkerhet hos ungdommen. Dette kan resultere i tilbaketrekking og isolasjon, eller tap av identitet fullstendig (von Tetzchner, 2019, s. 373). Videre kan plagene utvikle seg til å bli større psykiske vansker (von Tetzchner, 2019, s. 300).

#### **2.4.5 Psykososial helse og hørselstap**

Dammeyer (2009, s. 50) vektlegger viktigheten av kommunikative ferdigheter for å fremme psykososial helse. Studiene nevnt i artikkelen hevder at dersom språkferdighetene er gode vil det ikke være forskjell mellom barn under 19 år som har typisk hørsel og de med hørselstap. Dersom språkferdighetene er svake, vil det derimot være en forskjell. Dette støttes av Haukedal et al. (2022) i deres studie om kommunikasjon og livskvalitet. De nevner at vansker med kommunikasjon for barn med hørselstap assosieres med psykososiale vansker og lavere

livskvalitet enn hørende jevnaldrende (Haukedal et al., 2022, s. 1). Dammeyer (2009, s. 50) påpekte at tidligere forskning har ulike konklusjoner vedrørende sammenhengen mellom hørselstap og psykososiale vansker, med stort sprik i prevalens. Noen studier har funnet liten til ingen forskjell mellom barn med hørselstap og normalthørende. Andre finner at personer med hørselstap har opp til 77 % større sjanse for å utvikle psykososiale vansker enn normalthørende jevnaldrende. Likevel forklarte Dammeyer (2009, s. 50) at mesteparten av forskningen viste at barn med hørselstap hadde 20–50 % større sannsynlighet for å utvikle psykososiale vansker.

Du Feu og Chovaz (2014, s. 104) skriver at en forandring i hørselsfunksjon vil ikke direkte gi psykiske vansker, men konsekvensene av et hørselstap gir økt sannsynlighet for å utvikle psykiske vansker senere. Videre forklarer de også at barn med hørselstap har økt risiko for psykiske plager når de kommer fra hørende familier enn når familien også har hørselstap. Dette kan henge sammen med at familiens kommunikasjon med hverandre, aksept og barnets egen språkutvikling påvirkes når hørselstapet er hos kun én i familien (du Feu & Chovaz, 2014, s. 105–106).

Flere forskningsartikler viser til at barn og unge med hørselstap i større grad har utfordring i relasjoner og vennskap med jevnaldrende (Huber et al., 2015, s. 8; Niemensivu et al., 2018, s. 654). Niemensivu et al. (2018, s. 654) sin forskning viste at barn med venneproblemer i tillegg hadde taleproblemer. Huber et al. (2015, s. 10) brukte Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for å kartlegge psykososial helse hos ungdommer med hørselstap og konkluderte med større utfordringer i relasjoner med jevnaldrende enn for normalthørende. Dette støttes også av Mjøen et al. (2021, s. 16) som viste til en studie som i tillegg fant at mange barn med hørselstap opplevde å ikke ha en eneste venn og om utestenging fra jevnaldrende. Huber et al. (2015, s. 10) viste også til at utfordringer med å oppfatte tale i støyfulle miljøer slik som skole, kan føre til sosial isolasjon, psykiske vansker og utfordringer med vennskap på lang sikt. En lignende forskning ble utført i Norge hvor Overgaard et al. (2021, s. 1) brukte SDQ og Inventory of Life Quality in Children and Adolescents (ILC) for å sammenligne emosjonelle symptomer, atferdsproblemer og livskvalitet blant barn og unge i alderen 6 til 18 år. Overgaard et al. (2021, s. 1) sammenlignet i tillegg foreldrerapportering med barn egenrapportering om deres livskvalitet. Foreldre til barn med hørselstap rapporterte større emosjonelle symptomer og atferdsproblemer enn foreldrene til normalthørende. Likevel viste selvrapporteringen at det ikke var store forskjeller mellom barn med hørselstap og

normalthørende, bortsett fra i delskalaene Emosjonelle symptomer og Venneproblemer (Overgaard et al, 2021, s. 4).

Ungdomstiden kan være særlig sårbar for personer som bruker hørselshjelpemidler som HA, CI eller BAHA. Dette henger sammen med at ungdomstiden i stor grad er preget av etablering av vennskap og en streber etter sosial aksept hos jevnaldrende. Et hjelpemiddel vil dermed bidra til å skille personen ut fra mengden, og gjøre hørselstapet til en synlig funksjonsnedsettelse (Duncan et al., 2014, s. 108). I Dammeyer et al. (2018, s. 424) sin studie av barn og unge med CI følte så mange som 55,4 % seg annerledes enn andre på samme alder. I tillegg prøvde 18,5 % å skjule for andre at de har CI.

### 3. Metode

Dette kapittelet går nærmere inn på metoden som er brukt i studien. Kapittelet tar for seg valg av metode, populasjon og utvalg, rekrutteringsprosessen og hvordan gjennomføring av prosjektet foregikk. Vi gjennomgår også datainnsamlingsmetoden, samt hvilke deler spørreskjemaet består av. Avslutningsvis har vi vurdert ulike validitetsformer, studiens reliabilitet og etiske hensyn som var betraktet gjennom prosessen.

#### 3.1 Metodevalg

For å innhente informasjon fra et relativt stort antall informanter er det valgt å bruke en kvantitativ metode for å svare på problemstillingen i denne oppgaven. Problemstillingen vår er ifølge Larsen (2017, s. 26) et lukket spørsmål, og kvantitativ metode vil derfor være tilnærmingen som er best egnet. En fordel med tilnærmingen er at den gir muligheten for generalisering ved et mer representativt utvalg av populasjonen enn ved kvalitativ metode (Befring, 2020b, s. 103). Datainnsamlingen i den kvantitative tilnærmingen innhentes gjennom ulike metoder som observasjon, spørreskjema eller intervju (Befring, 2020b, s. 14). I denne oppgaven er det valgt å bruke spørreskjema som metode for å innhente informasjon til å svare på problemstillingen. Muligheten for å nå ut til flere potensielle deltakere er større ved kvantitativ metode. En annen fordel er at deltakerne stort sett er anonyme ved eksempelvis spørreskjema, og det er mindre tidkrevende enn intervju (Larsen, 2017, s. 28). Ulemper ved kvantitativ metode er at man ikke alltid får all nødvendig informasjon gjennom et standardisert spørreskjema. Det er i tillegg mer utfordrende å få gode begrunnelser i spørsmålenes svar (Larsen, 2017, s. 28). Vårt spørreskjema inneholder i tillegg en del som kartlegger foreldrenes og barnets bakgrunn. Vi har dermed innhentet mer informasjon som vi ikke får gjennom den standardiserte delen.

Studien kan kategoriseres som en tverrsnittsstudie (Ringdal, 2018, s. 151). Studietypen har som hensikt å vise en statistisk sammenheng mellom to eller flere faktorer. Vi ønsket å undersøke ulike faktorer som muligens henger sammen med foreldrenes oppfattelse av barnets psykososiale helse og vennskap. En tverrsnittsstudie er som regel en spørreundersøkelse som utføres av et representativt utvalg på et begrenset tidspunkt én gang per deltaker (Ringdal, 2018, s. 151). Fordelen med en tverrsnittsstudie er at det samles inn mye informasjon på kort tid, hvilket er kostnadseffektivt (Thrane, 2018, s. 146).

## 3.2 Populasjon og utvalg

Ifølge Lund (2002a, s. 126) er populasjonen den gruppen av individer som det generaliseres til i forskningen. I denne studien er populasjonen foreldre til barn med hørselstap i alderen 10–17 år. Ettersom det er lite realistisk å undersøke hele populasjonen innenfor en masteroppgaves tidsrom er det hensiktsmessig å innhente informasjon fra et utvalg av denne populasjonen. Når det skal trekkes et utvalg er det viktig med en prosedyre som fører til at utvalget er representativt for den gjeldende populasjonen (Befring, 2020b, s. 108).

Vi ønsket foreldre med barn mellom 10–17 år som har en form for hørselstap. Dermed kan man kalle dette et ikke-sannsynlighetsutvalg. Utvalget vårt består av deltakere fra en relativt sjelden populasjon som kjennetegnes ved at det er et begrenset antall fra en gruppe (Lund, 2002a, s. 128; Ringdal, 2018, s. 212–213). I dette tilfellet består utvalget av foresatte til barn med hørselstap. Endelig utvalg vil bli beskrevet senere i oppgaven (4.1).

## 3.3 Rekrutteringsprosessen

Prosessen med å rekruttere deltakere var utfordrende. Vi hadde en stor rekrutteringsprosess fra starten av januar frem til mars der vi rekrutterte barn samt en av deres foresatte til å svare på spørreskjemaet. Det opprinnelige spørreskjemaet besto av en demografidel, samt Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) og Self-Description Questionnaire (SDQ II).

Spørreskjemaet ble estimert til å ta omtrent 20 minutter å gjennomføre. Ettersom vi ikke fikk nok deltakere foretok vi endringer i utvalg og spørreskjemaet. Vi beholdt spørsmålene fra SDQ, men endret til at en foresatt til et barn med hørselstap gjennomførte undersøkelsen. Slik ble det mindre koordinering fra deltakerne ettersom det krevde svar fra én person, i motsetning til to slik det var tidligere. Deltakerne var nå foresatte til barn i alderen 10–17 år med en form for hørselstap. SDQ II ble fjernet ettersom det baserte seg på barnets respons. Videre ble spørreskjemaet i større grad anonymisert og tidsbruken ble halvert til 10 minutter. Før deltakerne deltok i undersøkelsen leste de gjennom et samtykkeskjema. Ved å trykke videre til spørreskjemaet samtykket deltakerne til å delta i studien (Vedlegg 1).

I den nye rekrutteringsprosessen brukte vi i større grad sosiale medier. Vi kontaktet administratorer i ulike Facebook-grupper for foreldre til barn med hørselstap samt grupper for personer med hørselstap. Vi hadde ikke tilgang til de fleste av disse gruppene, men administratorene publiserte informasjonsskriv om prosjektet med lenke og QR-kode til samtykkeskjemaet, og spørreskjemaet for oss (Vedlegg 2). Dette gjorde at anonymiteten i

større grad ble ivaretatt da vi ikke hadde innsyn i hvem som var medlem i gruppene. Gruppene varierte i størrelse, den minste gruppen hadde åtte medlemmer, og den største hadde nærmere 9000. I tillegg til sosiale medier sendte vi forespørsler til organisasjoner som har tilknytning til potensielle deltakere. Dette ble gjennomført parallelt med forespørslene på sosiale medier. Slik som Creswell og Creswell (2018, s. 155) anbefaler valgte vi, i tråd med deres prosess, å sende ut en påminnelse mellom fire til åtte dager etter forrige forespørsel.

## 3.4 Datainnsamlingsmetode

For å besvare problemstillingen på best mulig måte har vi valgt å opprette et elektronisk spørreskjema som inneholder én del om relevant demografi og én del med et validert spørreskjema (Goodman, 2001; Vedlegg 3). Begge deler baseres på foreldrerapportering.

Et spørreskjema er et strukturert og systematisk datasett med hensikt å samle inn informasjon om de samme variablene fra minst to respondenter (de Vaus, 2014, s. 3). Dermed kan det gjennomføres analyser ved å sammenligne dataene fra respondentene (de Vaus, 2014, s. 5).

### 3.4.1 Spørreskjema

En fordel med spørreskjemaer i forskningssammenheng er at det på kort tid kan innhentes data fra flere informanter (Befring, 2020b, s. 77). Deltakerne svarer på de samme spørsmålene, og man kan enklere nå respondenter fra et større geografisk område (Cohen et al., 2018, s. 362; Ringdal, 2018, s. 197). I motsetning til intervjuer gir spørreskjema stor grad av anonymitet da det ofte kan gjennomføres av informantene uten tilsyn av forskere.

Spørreskjemaet vårt består av to ulike deler. Vi brukte Nettskjema for å samle disse til å bli et spørreskjema. Nettskjema er utviklet av UiO og er en sikker måte å gjennomføre datainnsamling via nett (UiO, u.å.). For å analysere datamaterialet var spørreskjemaet gjennom Nettskjema koblet til tjenester for sensitiv data (TSD) (UiO, 2014). Da søknaden fra Sikt var godkjent, kunne vi koble Nettskjema til TSD. Slik ble alle svarene fra respondentene direkte overført til den eksterne portalen for analysering.

### 3.4.2 Foreldrerapportering

Foreldrerapportering innebærer at den ene eller begge foreldre svarer på påstander og spørsmål angående barnet sitt. Man kan dermed ikke vite helt sikkert om foreldrenes svar faktisk reflekterer det barnet selv hadde svart.

Cohen et al. (2018, s. 337) skriver at selvrapportering kan føre til bias. Bias er i forskningssammenheng systematisk feilaktige eller skjeve slutninger som kan påvirke resultatet i en studie. Et bias i selvrapporterte spørreskjemaer kan være at deltakerne vil fremstå på en bedre måte enn de egentlig gjør dersom de svarer ærlig. Gjennom foreldrerapportering minskes muligheten for dette biaset (Cohen et al., 2018, s. 337). Barn kan også ha en tendens til å svare basert på nylige hendelser. Dersom de for eksempel den siste uken har byttet skole, kranglet med foreldre eller fått dårlig vurdering på en prøve, kan de gi svar basert på dette og ikke hva som nødvendigvis reflekterer hverdagen.

### 3.4.3 Skala

En mye brukt svarskala for spørreskjemaer er Likert-skalaen. Likert-skala er passende ved vurderings spørsmål om ulike påstander deltakerne skal ta stilling til og er som regel gradert fra 3–7 svarkategorier (Ringdal, 2018, s. 200). Hensikten med skalaen er å samle inn data om holdninger og meninger om et tema (Cohen et al., 2018, s. 480). Skalaen har ulike retninger, hvor en retning er negativt og en er positivt uttrykt. Det vil si at på den ene siden av skalaen er man uenig i påstanden, mens på den andre siden er man enig. Respondentene svarer ved å krysse av for det svaralternativet de mener samsvarer med deres mening til hver påstand. Påstandene behøver ikke alle være positive, noen kan med fordel formuleres negativt (de Vaus, 2014, s. 166). Fordelen med Likert-skalaen er at man får en variasjon i svarene, men som likevel kan sammenliknes da svaralternativene er likt for alle deltakerne (Larsen, 2017, s. 52).

Ofte kan spørreskjemaer med Likert-skalaer inneholde en svarkategori som heter *Vet ikke* eller *Har ingen formening om dette*. Cohen et al. (2018, s. 481) skriver at respondenter ofte velger denne svarkategorien for å unngå å svare på en påstand eller fordi de kan føle seg utsatt dersom de svarer på den ene eller andre siden. Dette gjør at ikke alle svar fra deltakere er sannferdige og påvirker dataens reliabilitet og validitet. Samtidig kan det være vanskelig for personen å ta stilling til en påstand hvor de ikke er sikre på om de er enige eller uenige i påstanden. Videre skriver Cohen et al. (2018, s. 484) at det kan være nyttig å ha et midtpunkt i svaralternativene, og at dette til og med kan påvirke reliabilitet og validitet positivt. I spørreskjemaet valgte vi å beholde Likert-skalaen på det allerede eksisterende spørreskjemaet Strengths and Difficulties Questionnaire Norsk Versjon. Her er svaralternativene på en tredelt Likert-skala. De er *Stemmer ikke*, *Stemmer delvis* og *Stemmer helt* (Goodman, 2001).

### 3.4.4 Demografi

Den første delen av spørreskjemaet handler om familiens språklige bakgrunn, inntekt og elevenes skolegang. Denne delen omtales som en demografidel og har som hensikt å kartlegge elevenes bakgrunn og hørselsrelaterte tilpasninger, slik som hjelpemidler og om de får tilrettelagt opplæring eller tilpasninger i klasserom.

Demografidelen ble tilsendt fra forskere i Sverige som gjennomfører det parallelle prosjektet. Demografidelen ble oversatt til norsk, men oppsettet er likt som den svenske versjonen. For å tilpasse demografien til Norge var det behov for noen endringer. En av endringene var å øke inntektsgrensene i den norske versjonen grunnet høyere gjennomsnittslønn i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2022; Statistiska Centralbyrå, 2022). En annen endring var språk. Thorvaldsen (2023) nevner 17 språk som brukes i Norge, hvilket ble utgangspunkt i den norske oversettelsen. Vi beholdt også språkene inkludert i den svenske versjonen. Totalt var det 18 språk i tillegg til et svaralternativ som het Annet (Vedlegg 3; Vedlegg 4)

Demografidelen inneholder en blanding av åpne og lukkede spørsmål. Åpne spørsmål innebærer at deltakerne står fritt til å svare med egne ord, mens ved lukkede spørsmål blir svaralternativer gitt (Larsen, 2017, s. 51). Etersom lukkede spørsmål og påstander som finnes i spørreskjemaer ikke krever egen svarformulering er de enkle å ta stilling til. De lukkede spørsmålene i spørreskjemaet inneholder avkrysning av ulike svaralternativer, for eksempel *Har barnet/ungdommen hørselshjelpemidler?* med svaralternativene *Ja* eller *Nei*. Ved *Ja*, kan deltakerne krysse av hvilke hjelpemidler barnet bruker gjennom et filterspørsmål.

Filterspørsmålet dukker kun opp dersom man svarer *Ja* på denne påstanden, da spørsmålene ikke er relevante for deltakerne som svarer *Nei*. Spørsmålet de får dersom de svarer *Ja* spør om hvilke hjelpemidler de bruker med svaralternativer hvor man krysser av for den/de hjelpemidlene eleven bruker med et svaralternativ som heter *Annet*. Dersom deltakerne svarer *Annet* blir de bedt om å svare med egne ord hvilke hjelpemidler de bruker. Dette gjør at svarene kan skille seg fra hverandre da det er et mer åpent spørsmål (Larsen, 2017, s. 52). På noen av de lukkede spørsmålene har vi også lagt inn svaralternativet *Vet ikke* dersom deltakerne var usikre. Dette sikrer at de ikke svarer feil dersom de ikke vet da spørsmålet var obligatorisk å svare på.

Vi gjorde noen av spørsmålene obligatoriske for å sikre oss at de mest relevante spørsmålene ble besvart. Cohen et al. (2018, s. 364) skriver at dette kan føre til frafall dersom deltakerne ikke ønsker å svare på ett eller flere spørsmål. For å forhindre dette la vi inn svarkategorien



Ønsker ikke å oppgi, særlig på spørsmål som kan være sensitive for noen som kjønn på eleven, utdanningsnivå og inntekt til foresatte. Dette sikrer at deltakerne ikke føler seg presset til å svare på ubekvemme spørsmål og forskeren får et svar fra deltakerne.

### **3.4.5 Strengths and Difficulties Questionnaire Norsk Versjon**

SDQ er et spørreskjema for utfylling av lærere, foreldre og barn (Kornør & Heyerdahl, 2017, s. 3). Det er samme skjema for utfylling av lærere og foreldre for barn i alderen 4–17 år. Skjemaet hvor barnet svarer selv er annerledes med et enklere språk og “jeg”-form (Heyerdahl, 2003, s. 128). I tillegg gjelder selvrappotereringen for barn i alderen 11–17 år (Kornør & Heyerdahl, 2017, s. 4). Den opprinnelige versjonen av spørreskjemaet ble utgitt på engelsk i 1997 av Goodman (Goodman, 1997). To år senere kom den oversatte versjonen til norsk utført av Heiervang med kollegaer (Kornør & Heyerdahl, 2017, s. 3). I oppgaven tar vi utgangspunkt i den norske versjonen til foreldre og foresatte, som heter Sterke og Svake Sider. Videre i oppgaven omtales denne som SDQ-Nor. I kapittel 2.4.2 ble det nevnt at ungdomsalderen formelt er fra 13–19 år, men med store variasjoner. Noen starter puberteten i 10-årsalderen, andre i 17-årsalderen (Befring, 2020a, s. 73; Tønnesson & Svartdal, 2021). I denne alderen begynner identitetsdannelsen hvor vennskap og psykisk helse er viktige elementer i utviklingen. Dette gjør det hensiktsmessig å inkludere barn fra 10–17 år.

Spørreskjemaet har som hensikt å kartlegge barn og unges psykiske helse, vennerelasjoner og prososiale atferd basert på foresattes opplevelse (Kornør & Heyerdahl, 2017, s. 4).

Spørreskjemaet inneholder fem skalaer med fem tilhørende spørsmål til hver skala. I spørreskjemaet er det fire skalaer som gir en indikasjon på ulike utfordringer barnet kan oppleve, og omtales som problemskalaer. De fire problemskalaene er Atferdsproblemer, Hyperaktivitet-oppmerksomhetsproblemer, Emosjonelle symptomer og Venneproblemer (Kornør & Heyerdahl, 2017, s. 4). Høye skårer innebærer økt risiko for vansker innen de ulike skalaene. Den femte skalaen er kartlegging av Prososial atferd som fokuserer på positive og hjelpende handlinger (Svartdal, 2022). De fire skalaene som indikerer utfordringer summeres både hver for seg og til en Total problemskåre (Kornør & Heyerdahl, 2017, s. 4; Overgaard et al., 2021, s. 3). SDQ-Nor fantes kun i papirformat på Universitet i Oslo. Skjemaet måtte dermed digitaliseres slik at det kunne bli en del av den digitale spørreundersøkelsen i Nettskjema. Dette gjorde vi ved å skrive påstandene inn i Nettskjema (Goodman, 2001).

Kornør og Heyerdahl (2017, s. 6) gjennomførte systematiske litteratursøk av SDQ-Nor med foreldrerapportering. De fant flere hundre unike publikasjoner, hvor 64 av disse oppfylte inklusjonskriteriene om et norsk utvalg og datamateriale fra den foreldrerapporterte versjonen av SDQ. I Kornør og Heyerdahl (2017) var det ingen publikasjoner som baserte seg på foreldrerapportering av barn med hørselstap. I nyere tid har Laugen et al. (2016) gjennomført en forskning på norske barn med hørselstap. Konklusjonen til Laugen et al. (2016, s. 265) er at førskolebarn i alderen 4–5 år med hørselstap er i risikogruppen for å utvikle psykososiale vansker.

### **3.4.5.1 Skåring i SDQ-Nor**

Innenfor de ulike skalaene deles skårene inn i kategorier. Det finnes to ulike kategoriinndelinger, den ene er tredelt og den andre er firedelt. Van Roy (2010, s. 5) bruker i deres forskning en tredelt kategoriinndeling: Normal, Boarderline og Abnormal. Denne studien benytter en firedelt kategoriinndeling, da dette er den nyeste versjonen (Vedlegg 5). Forskjellen på kategoriinndelingene er at den tidligere Abnormal-kategorien er delt i to og heter nå High/low og Very high/very low. Endringen ble gjort for å skille mellom deltakerne i de to høyeste gruppene (Vedlegg 5). Skårene fra alle skalaene, samt totalskåren for SDQ-Nor, gir en inndeling basert på gjennomsnittsskåren til en normgruppe. Inndelingen er ulik avhengig av hvilken skala det er snakk om. Kategoriene var originalt på engelsk, men vi har gitt dem norske navn basert på Kornør og Heyerdahl (2017) sin oversettelse (Vedlegg 5). De heter nå Tilnærmet normal (Close to average), Lett forhøyet (Slightly raised), Høy (High) og Svært høy (Very high). Tilnærmet normal innebærer at skåren er det som kan forventes i en typisk befolkning. Kornør og Heyerdahl (2017, s. 14) beskriver at 80 % av populasjonen kan forventes å befinne seg i denne kategorien i alle skalaene i SDQ-Nor. Videre skal 10 % av populasjonen være i kategorien Lett forhøyet. I kategoriene Høy og Svært høy skal 5 % av populasjonen være i hver av kategoriene (Kornør & Heyerdahl, 2017, s. 14; Vedlegg 5).

Det er forskjeller på grenseverdiene i de ulike skalaene. Den høyeste skåren i skalaen Venneproblemer er mellom 5–10. I skalaen Hyperaktivitet-oppmerksomhetsproblemer er 9–10 den høyeste skåren, og 5 er Tilnærmet normal. Det vil si at det er lavere terskel for å få en høyere skåre innen vennskap enn ved hyperaktivitet-oppmerksomhet. Tabell 1 viser oversikten over kategoriinndelingene basert på poeng for hver problemskala.

**Tabell 1**

Oversikt over grenseverdiene for kategoriinndeling i hver problemskala og Total problemskåre i SDQ-Nor.

	Tilnærmet normal	Lett forhøyet	Høy	Svært høy
<b>Total problemskåre</b>	0–13	14–16	17–19	20–40
Emosjonelle symptomer	0–3	4	5–6	7–10
Atferdsproblemer	0–2	3	4–5	6–10
Hyperaktivitet-oppmerksomhetsproblemer	0–5	6–7	8	9–10
Venneproblemer	0–2	3	4	5–10

Påstandene i spørreskjemaet på SDQ-Nor er både positivt og negativt ladede som påvirker hvordan man koder svarene. For å kombinere variabler som er kodet i ulike retninger er det nødvendig å reversere kodene i noen av variablene. Dermed er variablene kodet i samme retning (de Vaus, 2014, s. 166). I SDQ-Nor var det fem spørsmål med reversert koding innenfor Atferdsproblemer, Venneproblemer og Hyperaktivitet-oppmerksomhetsproblemer. For å reversere kodene endret vi rekkefølgen på de som hadde en høy skåre (2) til å bli en lav skåre (0) og omvendt. De som svarte *Stemmer delvis* beholdt 1 poeng.

### 3.4.5.2 Normgruppe i SDQ-Nor

For å tolke endelige skårer er man som regel avhengig av å ha et sammenligningsgrunnlag slik at man vet om skåren er høy eller lav. Dette kalles for en normgruppe og innebærer datamateriale som er samlet inn fra et stort antall deltakere (Hansen & Forssén, u.å.). Ettersom SDQ er et verdenskjent og godt brukt verktøy for å kartlegge sterke og svake sider hos barn er det utviklet normgrupper for ulike land. På nettsiden til SDQ finnes normgrupper for en rekke land, slik som Storbritannia, Danmark og Sverige (Youth in Mind, 2022). I Norge er det ingen nasjonal normgruppe for SDQ-Nor som vi kan ta i bruk i vår oppgave. Likevel har vi valgt å bruke en artikkel skrevet av Van Roy et al. (2010) som normgruppe. Grunnen til at vi valgte denne artikkelen er at utvalget er relativt stort (8214 barn og 8534 foreldre) og at den blant annet har brukt SDQ foreldrerapportering. Aldersspennet på barna i

denne artikkelen er i tillegg innenfor vår aldersgruppe (10–13 år), og studien fant sted i tidligere Akershus kommune.

Van Roy et al. (2010) sammenlignet både foreldrerapportering og barnets selvrapportering i sin artikkel. Vi sammenlignet kun våre resultater med foreldrerapporteringen til Van Roy et al. (2010). Gjennomsnittsalderen på utvalget i artikkelen til Van Roy et al. (2010, s. 2) var 11,5 år og 50 % av hvert kjønn. Van Roy et al. (2010) har i tillegg delt opp skårene basert på kjønn. Vi kommer derfor til å rapportere skårene for begge kjønn der det egner seg, men i sammenligningen med vårt datamateriale bruker vi den høyeste skåren. I artikkelen til Van Roy et al. (2010, s. 4) var gjennomsnittet i Total problemskåre 6,6 for gutter og 5,7 for jenter. For delskalaen Venneproblemer var gjennomsnittsskåren for 1,3 for gutter og 1,1 for jenter.

### 3.5 Pilottesting

I første omgang skulle både foresatte og elever besvare spørreskjemaet. For å styrke spørreskjemaets reliabilitet utførte vi en pilottest på ulike personer (de Vaus, 2014, s. 115). To pilottestere var elever i aldersgruppen uten hørselstap, en gutt og en jente. Tilbakemeldingene var positive og ved test av aldersgruppen ble det bekreftet at språket var egnet, og vi fikk et tidsestimat. Pilottesting av spørreskjemaet på personer i samme aldersgruppe som fremtidige deltakerne gjorde spørreskjemaet mer pålitelig (de Vaus, 2014, s. 116–117).

Universitetslektor i emnet audiopedagogikk ved UiO leste også gjennom spørreskjemaet. Dette gjaldt særlig i forbindelse med utarbeidingen av demografidelen og oversettelsen av SDQ II. Universitetslektoren har god kjennskap til den hørselshemmede gruppen og har mulighet til å kommentere dersom noen av spørsmålene kan virke fornærmende eller upassende (de Vaus, 2014, s. 117). På bakgrunn av tilbakemeldingen fra audiopedagogen, og i enighet med veileder, ble det lagt til fire ekstra spørsmål som omhandler hvor de bruker hørselshjelpemiddelet og hvor lenge de bruker det på en vanlig dag. Dette gir en større innsikt over hvor lenge barna bruker de tekniske hørselshjelpemidlene hjemme, på skolen og på fritiden.

### 3.6 Analyse

Før spørreskjemaet ble distribuert til deltakere opprettet vi en kodebok i Nettskjema. Etter datainnsamlingen endret vi på enkelte variabelnavn og verdier uten data ble fjernet. Dette

gjaldt særlig demografidelen hvor ikke alle språkene fikk besvarelse i tillegg til at språkvariablene i seg selv ikke var relevant for vår oppgave. Vi gjennomførte statistiske analyser gjennom programvaretjenesten Jamovi. En statistisk analyse gir oversikt over sammenhenger og korrelasjoner mellom ulike variabler (Larsen, 2017, s. 63). Det ble brukt bivariat analyse som gjorde at vi kunne analysere to variabler samtidig for å undersøke eventuelle forskjeller mellom ulike grupper (Cohen et al., 2018, s. 730). Valg av variabler ble gjort på bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmålene (Ringdal, 2018, s. 281). Det ble også gjennomført deskriptive analyser av bakgrunnsvariabler slik som alder og kjønn på barnet. Slik informasjon gir et bilde av hvem som har deltatt i undersøkelsen. Datamaterialet ble presentert i tabeller og grafer for å få en visuell fremvisning av variablene.

For å besvare problemstillingen har vi utviklet tre forskningsspørsmål. Forskningsspørsmål 1: *Hvordan opplever foreldre til barn med hørselstap deres psykososiale helse, vennskap og emosjonelle symptomer basert på spørreskjemaet Strengths and Difficulties Questionnaire?* For å besvare dette spørsmålet tok vi i bruk variablene Total problemskåre, Venneproblemer og Emosjonelle symptomer. Venneproblemer og Emosjonelle symptomer er delskalaer av Total problemskåre og gir en indikasjon på barnets psykososiale helse. Alle variablene var numeriske. For å få frem foreldrenes opplevelse av disse to variablene gjennomførte vi deskriptive analyser for hver av dem.

Forskingsspørsmål 2 er: *Finnes det en forskjell på foreldrenes opplevelse av barnets psykososiale helse basert på skoleform og støtte i skolen?* For å besvare forskningsspørsmål brukte vi datamaterialet fra Total problemskåre og sammenlignet skåren innenfor de ulike gruppene i skoleform og støtte i skolen. Både skoleform og støtte i skolen kan regnes som kategoriske variabler. Forskingsspørsmål 3 er: *Finnes det en forskjell på foreldrenes opplevelse av barnets psykososiale helse basert på tidsbruk og hvilke hørselshjelpemidler barnet har?* For å svare på forskningsspørsmålet skilte vi deltakerne som svarte at barnet hadde hørselshjelpemidler i to grupper: barn som brukte hjelpemidler hele tiden, og barn som ikke gjorde det. Forskjell i Total problemskåre for begge gruppene ble deretter målt mot hverandre.

Analysene tar utgangspunkt i et signifikansnivå ( $\alpha$ ) på .05, med et konfidensintervall (CI) på 95 % (Solbakken, 2019, s. 137). Når Shapiro-Wilk  $p$ -verdi er under signifikansnivået er dataene ikke normalfordelt. For å utforske forskningsspørsmålene utførte vi Independent samples t-test. T-test har som hensikt å undersøke om det er forskjeller i de respektive

gruppene som analyseres. I t-testene rapporteres Students  $t$  for de parvise analysene. Dersom Shapiro-Wilk  $p$ -verdi er under signifikansnivået rapporteres median og typetall da disse ikke er like sensitive for utstikkere i datamaterialet som gjennomsnittet er. Ettersom utvalget vårt er lite velger vi i tillegg å rapportere gjennomsnitt og standardavvik (Navarro & Foxcroft, 2022, s. 64). Dersom Levenes antakelse om lik varians ikke oppfyller kriteriet, vil Welchs  $t$  bli rapportert (Navarro & Foxcroft, 2022, s. 348).

### 3.6.1 Statistisk validitet

Statistisk validitet handler om det finnes en kobling mellom en uavhengig og en avhengig variabel og hvor sterk denne koblingen er (Lund, 2002b, s. 107). God statistisk validitet er oppnådd dersom det finnes et signifikant forhold mellom variablene og de har en sterk sammenheng. Likevel kan det forekomme ulike faktorer som gir feilaktige signifikante resultater. Det er særlig to faktorer som truer statistisk validitet. Den ene er brudd på statistiske forutsetninger som kan føre til “Type I”- og “Type II”-feil. Type I feil handler om å feilaktig forkaste nullhypotesen. Motsetningsvis oppstår type II-feil når vi forkaster feil nullhypotese (de Vaus, 2017, s. 230; Lund, 2002b, s. 114). Ved t-test kan type II-feil oppstå ved eksempelvis brudd på forutsetningene på normalitet (Shapiro-Wilk) eller lik varians (Levenes). En annen faktor er lav statistisk styrke, også kalt “power”. Noe som kan bidra til lav power er blant annet et lite og begrenset utvalg (Lund, 2002b, s. 114). Vår studie har et mindre antall deltakere og derfor kan den statistiske validiteten være påvirket. Ved få antall deltakere vil sjansen for å begå Type I- og Type II-feil øke (Lund, 2002b, s. 114). Likevel benyttet vi oss av Shapiro-Wilk og Levenes test for å velge egnede statistiske metoder som har bidratt til økt statistisk validitet i studien.

## 3.7 Validitet og reliabilitet

Validitet handler om at innsamlet data gir gyldige uttrykk for variablene en ønsker å måle (Befring, 2020b, s. 37; Larsen, 2017, s. 45). Derfor omtales validitet ofte som gyldighet, altså i hvilken grad måleverktøyet måler hva det er ment å måle (Grønmo, 2016, s. 241; Punch & Oancea, 2014, s. 297). Reliabilitet handler om hvor nøyaktige dataene er og grad av feilfaktorer. Dette kalles også pålitelighet.

I studien ønsker vi blant annet å måle noe som ikke kan måles på en objektiv måte. Vi søker svar om personers opplevelse av psykososiale forhold hos barn. Dette er psykiske faktorer

som ikke kan måles direkte (Befring, 2020b, s. 37). Dette påvirker vår studie fordi det er en antakelse eller observasjon av barns psykososiale helse. Likevel var spørsmålene direkte rettet mot foreldrene med et validert og mye brukt spørreskjema hvor vi vil ha foreldrenes oppfatning. Om barnet selv hadde fylt ut spørreskjemaet kunne det gitt helt andre svar.

Ved alle former for datainnsamling kan det forekomme målefeil i større og mindre grad (Befring, 2020b, s. 37). Ved å sikte mot høy reliabilitet og validitet vil man minske graden av målefeil. Dersom det ikke stilles relevante spørsmål i spørreundersøkelsen som dermed gir et tynt eller lite grunnlag å trekke slutninger på, bidrar det til lav validitet (Larsen, 2018, s. 46). I dette kapittelet går vi gjennom de mest relevante validitetsformene for studien. De er ytre validitet, indre validitet og begrepsvaliditet. Avslutningsvis vil vi gå gjennom studiens reliabilitet.

### **3.7.1 Ytre validitet**

Ytre validitet handler om i hvilken grad resultatene fra studien kan generaliseres til hele populasjonen i andre sammenhenger, altså resultatenes overførbarhet (Cohen et al., 2018, s. 254). God ytre validitet er oppnådd om den kausale sammenhengen på en trygg måte kan generaliseres til andre i målgruppen, på et annet tidspunkt og ved en annen anledning (Lund, 2002b, s. 107).

Populasjonen studien ønsker å måle er i utgangspunktet liten som kan styrke studiens ytre validitet. Den styrkes ved at selv med et begrenset antall deltakere kan resultatene enklere overføres til å gjelde hele populasjonen. Likevel endte vår studie med 31 svar fra deltakere som regnes å være et lavt tall innen kvantitativ forskning (Cohen et al., 2018, s. 203). Dette er noe som kan påvirke studiens ytre validitet negativt da lite data gir mindre representativitet for populasjonen (Cohen et al., 2018, s. 255).

Studien foretok et ikke-sannsynlighetsutvalg ved bruk av nettbaserte plattformer og kontaktet ulike organisasjoner. Et ikke-sannsynlighetsutvalg innebærer at vi har valgt ut deler av populasjonen for å delta i studien (Lund, 2002a, s. 133). Vi valgte denne utvalgsmetoden da vi søker en liten gruppe som det ikke er enkelt å få tak i på andre måter enn å kontakte organisasjoner og digitale grupper. Dette kan ha påvirket utvalget fordi vi ikke har hatt mulighet til å nå ut til alle i målgruppa, ettersom ikke alle foreldre med hørselstap er medlem eller aktive i disse forumene. Siden vi benyttet sosiale medier (Facebook) som en del av rekrutteringen har vi mindre kontroll over hvem som faktisk deltar. Dette kan påvirke studiens

ytre validitet ettersom vi ikke vet om de innfrir inklusjonskriteriene, særlig når spørreskjemaet ikke krever personalia som navn, adresse og personnummer (Cohen et al., 2018, s. 363).

Likevel må deltakerne besvare spørsmål om relasjon og alder på barnet, samt spørsmål direkte knyttet til hørselstapet. Dette gir et sikrere grunnlag for å vite om deltakerne innfrir kriteriene til å delta i studien selv om vi aldri kan være helt sikre.

### **3.7.2 Indre validitet**

Indre validitet handler om at resultatene fra studien kan antas å være gyldige for utvalget (Solbakken, 2019, s. 41). Det handler også om hvorvidt studien er gjennomført på en tilfredsstillende måte (Grønmo, 2016, s. 254). Vår undersøkelse ville måle om bruk av hørselshjelpemidler og støtte i skolen påvirket skåren innenfor total problemskala.

En svakhet ved spørreskjemaet er at oppsettet i Nettskjema ikke var ideelt, særlig hvis man utførte undersøkelsen på en mobil enhet. Dette gjaldt primært språk-delen av demografien der det ble spurt etter hvem som snakket hvilket språk med barnet. Vi opprettet en matrise slik at deltakerne kunne krysse av flere språk for ulike familiemedlemmer. Det viste seg at den ble lang og noe komplisert. I tillegg var den uoversiktlig på mobilversjonen da alle språkene med familiemedlemmer dukket opp individuelt på skjermen. Beskrivelsen har trolig vært noe utydelig. Vi presiserte at vi var ute etter språkinformasjon om personer som bor med barnet, men ettersom matrisen var lang og kompleks kan instruksjonen ha blitt glemt eller oversett. Dette anses å være en svakhet ved den indre validiteten da vi ikke kan være helt sikre på om deltakerne har forstått spørsmålet riktig.

En annen svakhet er at det oppsto en feil i oppsettet ved spørsmål om hvorvidt deltakere som rapporterte at barnet hadde hjelpemidler brukte dette hele tiden eller ikke. Spørreskjemaet var utformet slik at noen spørsmål hadde filterspørsmål. Dermed fikk ikke deltakere spørsmål som var irrelevante basert på hva de hadde svart tidligere. I endelig versjon fikk deltakere som svarte *Ja* på spørsmålet om de bruker hjelpemiddelet hele tiden på en vanlig dag, et filterspørsmål med hvor mange timer de brukte det på skolen, hjemme og andre steder. Her var det deltakere som svarte *Nei* som skulle fått filterspørsmål (Vedlegg 3).

### **3.7.3 Begrepsvaliditet**

Begrepsvaliditet handler om sammenhengen mellom teoretiske og operasjonelle definisjoner av begreper i oppgaven eller spørreskjemaet (Larsen, 2017, s. 46; Lund, 2002b, s. 120). God



begrepsvaliditet er oppnådd dersom de teoretiske og operasjonelle definisjonene av begreper samsvarer med hverandre (Larsen, 2017, s. 46). SDQ er brukt i mange studier og oversatt til nærmere 80 språk for å måle barns psykososiale helse (Kornør & Heyerdahl, 2017, s. 4; Niclasen & Dammeyer, 2015, s. 130). Siden SDQ er validert bidrar det til at begrepsvaliditeten er mer sikret ettersom den er bevist å måle psykososial helse.

For å få innhente gyldige data er det essensielt at deltakerne forstår hva vi spør etter i spørreskjemaet, særlig ved den egenutviklede demografidelen. Ettersom forskerne i studien ikke var til stede under utfylling var det ikke mulig å forklare eventuelle begreper og setninger som ikke var klare nok, eller som de ikke forsto betydningen av. Vi la derfor til en forklarende tekst for hver del av spørreskjemaet. På den måten var deltakerne klar over hva spørreskjemaet har som hensikt å måle og instruksjoner om hva de skal gjøre (Grønmo, 2016, s. 210). Dette minsker sjansen for at deltakeren ikke forstår hva de skal gjøre i hver del av spørreskjemaet og øker dermed studiens begrepsvaliditet.

### **3.7.4 Reliabilitet**

For å sikre høy troverdighet er det også viktig å se på pålitelighet og nøyaktighet, som i forskningssammenheng omtales som reliabilitet (Grønmo, 2016, s. 240–242; Larsen, 2017, s. 47). Reliabilitet handler om konsistens både over tid og internt (Punch & Oancea, 2014, s. 295). Konsistens over tid, også kalt stabilitet, handler om hvorvidt alle deltakerne som svarer på spørreskjemaet mottar de samme instruksjonene under de samme omstendighetene og at de ville svart det samme på et annet tidspunkt. Dersom deltakerne ville svart det samme er måleverktøyet reliabelt og stabilt. Reliabilitet handler også om ekvivalens, altså sammenhengen mellom uavhengige datainnsamlinger som foregår samtidig (Larsen, 2017, s. 47). Dersom en undersøkelse mottar data som i stor grad samsvarer, selv om de er fra ulike personer, tyder det på høy reliabilitet. Høy reliabilitet vil i slike tilfeller bety liten grad av tilfeldige målefeil (Larsen, 2017, s. 47). Indre konsistens er den viktigste formen for reliabilitet i et spørreskjema (Creswell & Creswell, 2018, s. 154). Det handler om i hvilken grad et sett med påstander i et måleinstrument måler det samme. Siden SDQ-Nor er et validert og mye brukt spørreskjema finnes det forskning som måler instrumentets indre konsistens. Kornør og Heyerdahl (2017, s. 5) rapporterte tilfredsstillende reliabilitet basert på Cronbach's alpha. Dette gjaldt særlig innen Total problemskåre. Dette tyder på at måleverktøyet er reliabelt og trygt å bruke i forskningssammenheng.

## 3.8 Etikk

For å sikre en trygg vitenskapelig praksis vil forskningsetikk promotere forsvarlig og god forskning (NESH, 2021, s. 5). Etikk er et grunnleggende krav som må ligge til grunn for at forskningen skal gjennomføres på en forsvarlig måte (Befring, 2020b, s. 28). Etiske vurderinger har blitt gjort gjennom hele prosessen og spilt en stor rolle i planleggingen, utforming av spørreskjemaet, rekrutteringen og gjennomføringen av studien.

Prosjektet er lovpålagt å sende søknad om etisk godkjenning i forkant av datainnsamlingen (Sikt, u.å.). Søknaden ble vurdert og godkjent 08.02.2023 (Vedlegg 6). Ettersom vi måtte gjøre endringer i deltakergruppen og spørreskjemaet sendte vi inn endringene til Sikt. Endringene ble sendt inn 15.03.2023 og ny Sikt-søknad ble godkjent 20.03.2023 (Vedlegg 7).

### 3.8.1 Personvern

Personvern innebærer vern av deltakernes privatliv og opplysninger. Det handler om å forhindre skadelig bruk og formidling av deltakernes personlige opplysninger gitt i forskningssammenheng (Befring, 2020b, s. 33). Ettersom vår studie innhenter helseopplysninger i form av hørselstap vurderes deler av opplysningene som fortrolige (røde) (UiO, 2022). For å sikre deltakernes personvern ble dataen kryptert fra Nettskjema til TSD for å oppbevare og behandle sensitive data. Dette gjorde at kun noen få forskere i prosjektet fikk tilgang på datamaterialet med hensyn til deltakernes sensitive informasjon.

En forskningsetisk hovedregel er ifølge NESH (2021, s. 18) at det skal gis tilstrekkelig informasjon for å kunne innhente samtykke. Dette samtykket må være frivillig, informert og uten ytre press (de Vaus, 2014, s. 56). Samtykket bør være dokumentert for å tydeliggjøre forskerens ansvar og for å ivareta deltakernes rettigheter (NESH, 2021, s. 18). Deltakerne skrev derfor under på et informasjonsskriv og samtykkeskjema før de kunne svare på spørreskjemaet. Samtykkeskjemaet inneholdt informasjon om studiens formål, innhold, kontaktinformasjon til prosjektleder og personvernombud, personvernopplysninger og respondentenes rettigheter (Vedlegg 1). Dette dannet grunnlaget for å gi et informert samtykke til å delta i studien.

Deltakerne fikk informasjon om at datamaterialet som samles inn ikke blir brukt til andre formål enn til det som var beskrevet i informasjonsskrivet. De fikk også vite at prosjektet er forventet ferdig i desember 2024 og at dataene anonymiseres slik at en ikke kan bli gjenkjent basert på opplysningene som oppgis i spørreskjemaet. Dette gjøres for å beskytte deltakerens

identitet og integritet (NESH, 2021, s. 23). Man kan altså ikke gjenkjenne noen personer som deltar i forskningen basert på informasjonen de oppgir. I rekrutteringen hadde vi stort fokus på å vedlikeholde deltakernes anonymitet. Ved å sende ut informasjonsskriv til ulike Facebook-grupper og relevante organisasjoner sikret vi i større grad anonymitet ettersom offentlige nettverk er mindre personidentifiserende enn om vi skulle rekruttert via personlige nettverk.

### **3.8.2 Studiens forskningspraksis**

Gjennomgående har vi vært opptatt av god henvisningsskikk. Ifølge NESH (2021, s. 14) sikrer gode henvisninger at det er mulig å etterprøve argumentasjoner og påstander som fremtrer i oppgaven. For å sikre at vi henviste på en forsvarlig måte kontaktet vi Universitetsbiblioteket og fikk en gjennomgang av korrekt referansebruk og kildeliste.

Etterprøvbarhet kan også ses i sammenheng med analysene vi utførte, og konklusjonene vi trakk fra dem. Dette henger tett sammen med åpenhet når det kommer til metode, resultater og diskusjon. Etterprøvbarhet er sentralt for faglig utvikling og åpenhet for kritikk (NESH, 2021, s. 13). Det hindrer også forskere fra å fremstille feilaktige eller selektive resultater. I tråd med god forskningspraksis er det viktig å ikke vri om eller vinkle data for å få ønskede resultater i en studie (de Vaus, 2014, s. 209). Med tanke på åpenhet har vi også vurdert nøye hva vi har valgt å fremstille i resultatkapittelet. Vi mottok en stor mengde data og det var ikke mulig å gå i dybden på alle analysene vi foretok. Vi har derfor fokusert på å fremstille analyser som er relevante for problemstillingen og forskningsspørsmålene, uten å selekttere resultater som gir et misvisende bilde. Ved å dokumentere prosessen bidrar dette til å øke muligheten for etterprøvbarhet.

## 4. Resultater

I dette kapittelet vil vi presentere resultater fra det innsamlede datamaterialet med formål å fremvise tendenser og karakteristika i studiens utvalg. Resultatet vil presenteres i form av tekst, grafer og tabeller for å best mulig belyse problemstillingen.

Problemstillingen vi vil svare på er: *Hvordan opplever foreldre til barn med hørselstap deres psykososiale helse basert på vennskap, emosjonelle symptomer, skolerelaterte faktorer og bruk av hørselshjelpemidler?*

I tillegg vil vi gjennom resultatene svare på følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever foreldre til barn med hørselstap deres psykososiale helse, vennskap og emosjonelle symptomer basert på spørreskjemaet Strengths and Difficulties Questionnaire?
2. Finnes det en forskjell på foreldrenes opplevelse av barnets psykososiale helse basert på skoleform og støtte i skolen?
3. Finnes det en forskjell på foreldrenes opplevelse av barnets psykososiale helse basert på tidsbruk og hvilke hørselshjelpemidler barnet har?

### 4.1 Bakgrunnskarakteristikk

Rekrutteringen endte opp med 31 svar på spørreskjemaet. Barna var i alderen 10–17 år, og i endelig utvalg rapporterte foresatte om deltakere i alle aldersgruppene. Gjennomsnittsalderen var 12,84 år og typetallet var 10 år. Det var totalt foresatte til 19 (61 %) jenter og 12 (39 %) gutter som deltok i undersøkelsen.

### 4.2 Psykososial helse, vennskap og emosjonelle symptomer

SDQ-Nor ble besvart ved å krysse av på en tredelt Likert-skala. Hver skala i SDQ-Nor har fem tilhørende påstander som til slutt summeres til én skåre for hver skala som varierer mellom 0–10 (se tabell 1). Summen av de fire problemskalaene vil til slutt utgjøre en Total problemskåre som går fra 0–40 poeng. En høy skåre innenfor hver problemskala og Total problemskåre indikerer forhøyet sannsynlighet for psykososiale vansker hos barnet. En lav skåre indikerer liten sannsynlighet for psykososiale vansker.

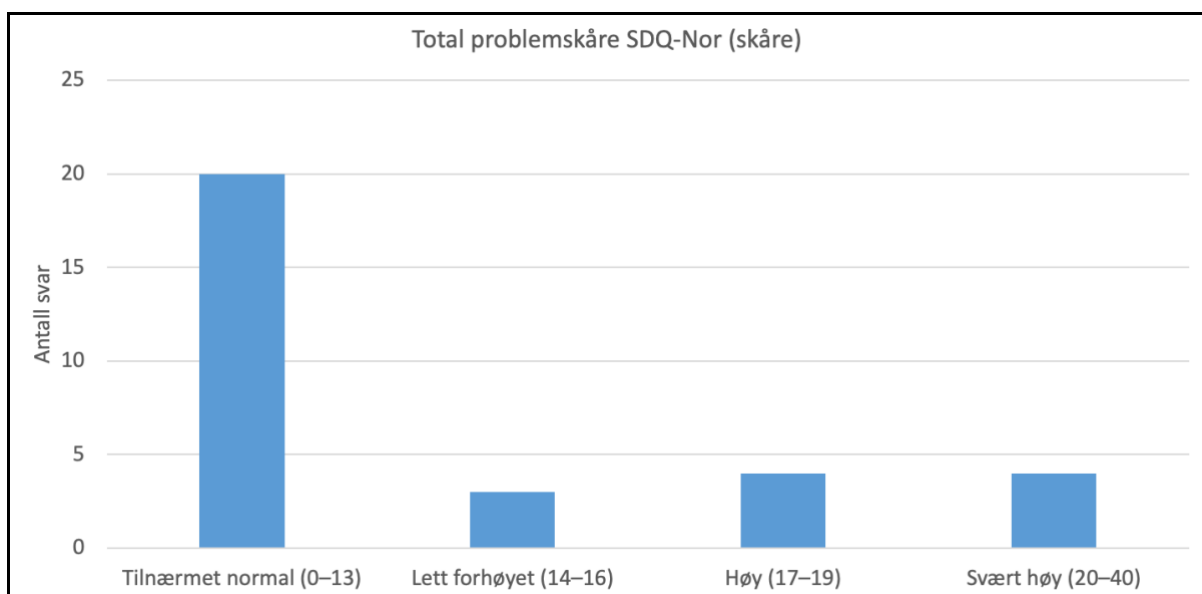
Resultatene fra analysen viste at gjennomsnittsskårene fra delskalaene Emosjonelle symptomer (3,10) og Venneproblemer (2,87) tilhørte kategorien Lett forhøyet, mens Atferdsproblemer (1,39) og Hyperaktivitet-oppmerksomhetsproblemer (3,58) tilhørte kategorien Tilnærmet normal (se tabell 1).

#### 4.2.1 Total problemskåre

I figur 1 ser man oversikten over foreldrenes totale problemskåre på SDQ-Nor. Her var 20 av deltakernes barn i kategorien Tilnærmet normal (64,5 %). Skåren er fra 0–13 poeng, og er en forventet poengsum for barn i denne aldersgruppen. I kategorien Lett forhøyet er poengsummen 14–16, og tre av deltakernes barn var i denne kategorien (9,7 %). Kategorien Høy er mellom 17–19 poeng, og fire av deltakerne fikk en skåre som tilsvarer denne kategorien (12,9 %). I kategorien Svært høy, er poengsummen fra 20–40 poeng, og fire av deltakernes barn var innenfor denne poengsummen (12,9 %).

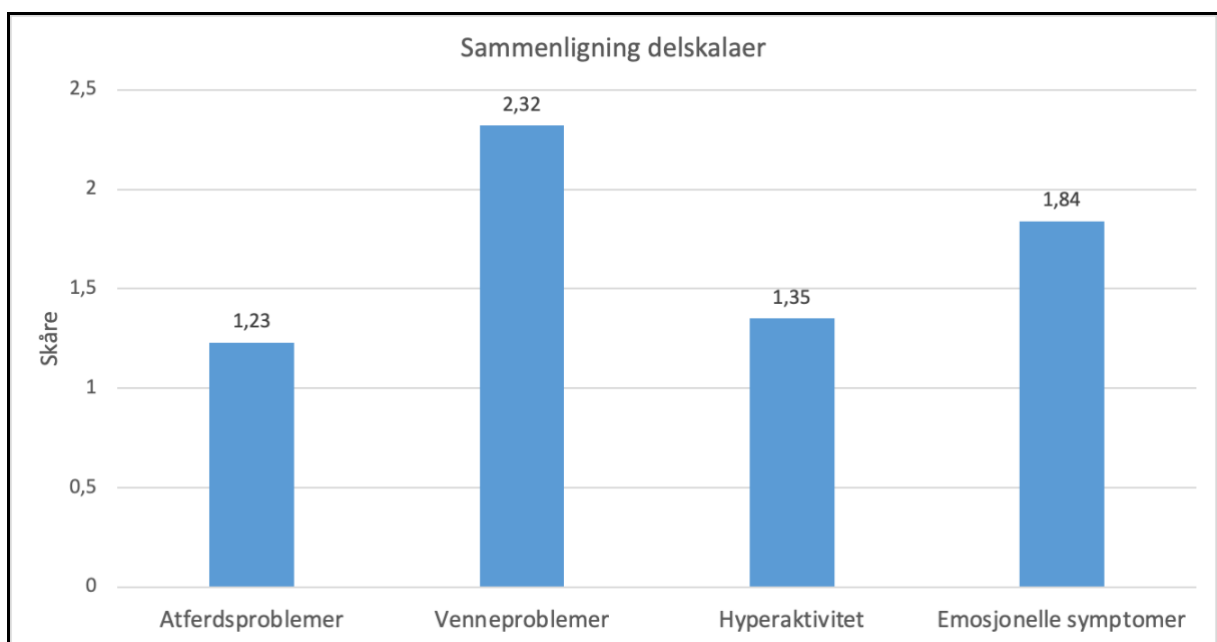
Gjennomsnittet for Total problemskåre i SDQ-Nor var 10,94 basert på 31 foreldrerapporteringer, med et standardavvik på 6,52. Gjennomsnittsskåren for guttene var 10,33, og for jentene 11,32. I henhold til kategoriinndelingen er gjennomsnittsskåren for hele gruppen innenfor kategorien Tilnærmet normal. Ettersom vi har et lite utvalg, er det likevel ikke mulig å generalisere til hele populasjonen. Laveste poengsum i datamaterialet var 0 og høyeste poengsum var 22.

**Figur 1**  
*Fordelingen av deltakernes svar på Total problemskåre i SDQ-Nor. Skåren i skalaen som tilhører hver kategoriinndeling står i parentes (N=31).*



Figur 2 sammenligner de fire delskalaene som utgjør Total problemskåre. Ettersom poenggrensene for hver delskala er ulike, sammenligner vi gjennomsnittsskårene for hver av delskalene med hverandre (se tabell 1). Alle skårene i de fire kategoriene er kodet om slik at de kan sammenlignes. Det vil si at alle skårene innenfor kategorien Tilnærmet normal fikk kode 1, Lett forhøyet kode 2, Høy kode 3 og Svært høy kode 4. Ut ifra sammenligning av resultatene med kodingen hadde Venneproblemer høyest gjennomsnitt, mens atferd hadde lavest.

**Figur 2**  
*En sammenligning av delskalaer for utvalget etter koding.*



#### 4.2.2 Venneproblemer

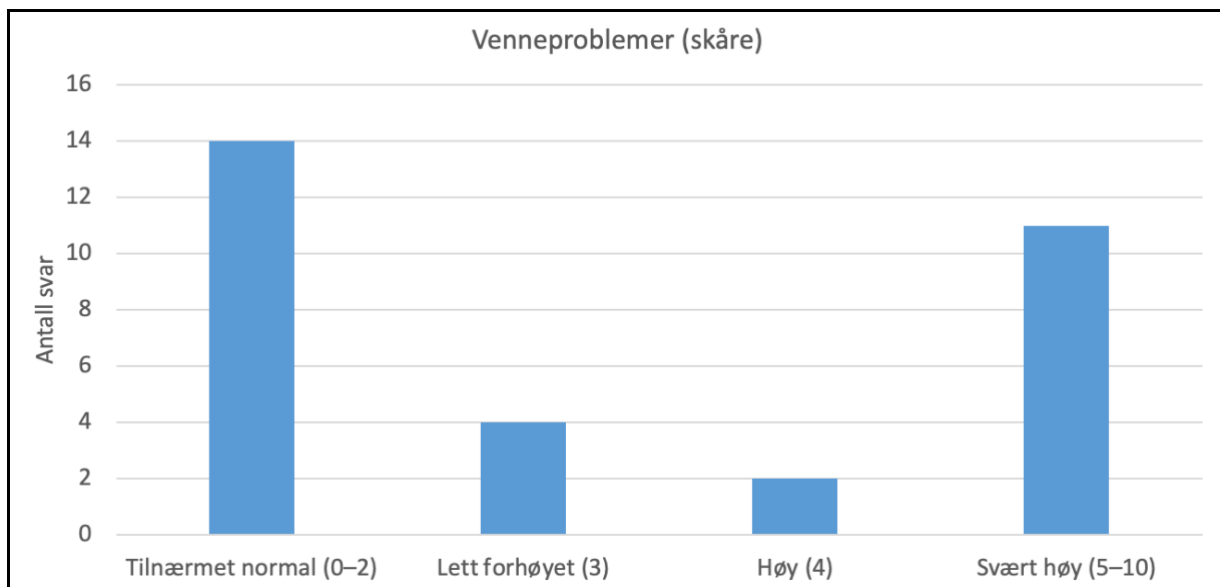
Foresatte svarte på fem spørsmål om relasjoner i spørreskjemaet SDQ-Nor for å måle venneproblemer hos barnet. Skåren i denne skalaen går fra 0–10, hvor en poengskåre på 0–2 er Tilnærmet normal, 3 er Lett forhøyet, 4 er Høy og 5–10 er Svært høy. Det vil si at personer med høye skårer i skalaen kan ha økt risiko for venneproblemer.

Figur 3 fremstiller foreldrenes skåre i Venneproblemer fra SDQ-Nor for barna med hørselstap. De fleste oppnådde en skåre mellom 0–2 (45 %) og befant seg i kategorien Tilnærmet normal. Fire foreldre (12,9 %) rapporterte en skåre tilsvarende kategorien Lett forhøyet, og to (6,5 %) tilsvarende kategorien Høy. Mange (35,5 %) fikk en skåre som utgjør kategorien Svært høy.

Gjennomsnittet for utvalget var 2,87 og standardavviket var på 2,40. Medianen var 3 og typetallet var 0. Interkvartilbredden (IQR) var 5,00, som betyr at de fleste deltakerne skåret mellom 0–5 av 10. Kjønnsfordelingen av gjennomsnittet var relativt likt med henholdsvis 2,89 for jenter og 2,83 for gutter. En stor andel i denne studien hadde en Tilnærmet normal skåre, men mange hadde også svært høy skåre.

**Figur 3**

*Fordelingen av deltakernes svar innen skalaen Venneproblemer i SDQ-Nor. Skåren i skalaen som tilhører hver inndeling står i parentes (N = 31).*

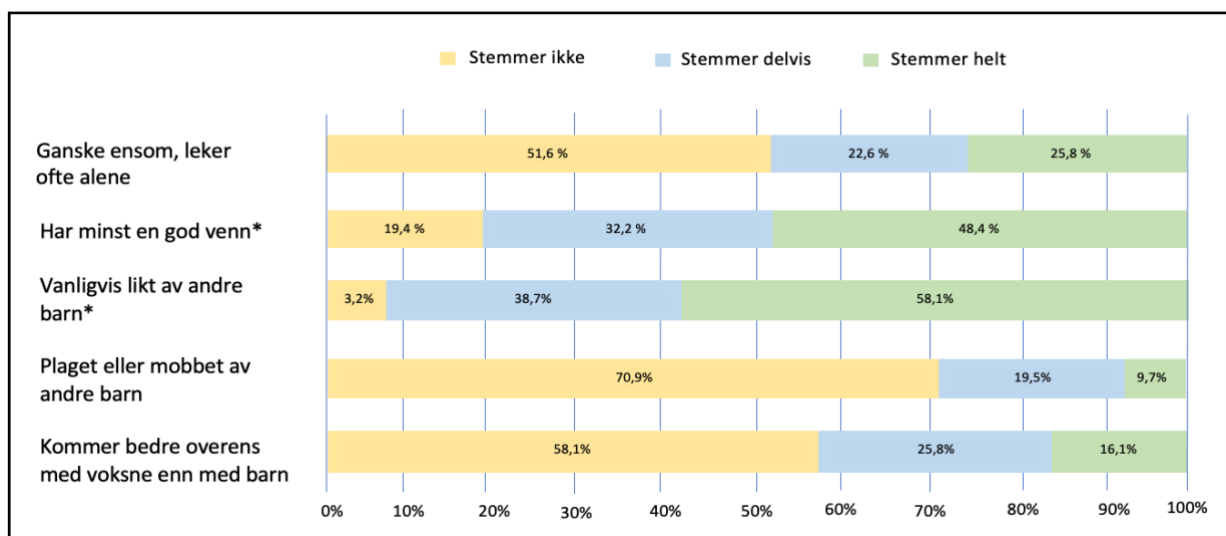


Figur 4 viser fordelingen av deltakernes besvarelse på de fem spørsmålene som utgjør skalaen Venneproblemer. Stolpene viser hvor mange som har svart *Stemmer helt*, *Stemmer delvis* og *Stemmer ikke* for hver påstand. De lodrette strekene viser prosentinnelingen. To av påstandene markert med stjerne er reverserte påstander hvor *Stemmer helt* gir 0 poeng, og *Stemmer ikke* gir 2 poeng under kodingen.

**Figur 4**

Forordelingen av svar fra hver deltaker innenfor hver påstand i Venneproblemer-skalaen (N = 31).

\* Positive påstander reversert under koding.



### 4.2.3 Emosjonelle symptomer

Foresatte svarte på fem spørsmål for å kartlegge barnets emosjonelle symptomer med spørreskjemaet SDQ-Nor. Skåren i denne skalaen går fra 0–10, hvor en poengskåre på 0–3 er Tilnærmet normal, 4 er Lett forhøyet, 5–6 er Høy og 7–10 er Svært høy. Det vil si at personer med høye skårer i skalaen vil i ulik grad ha emosjonelle symptomer.

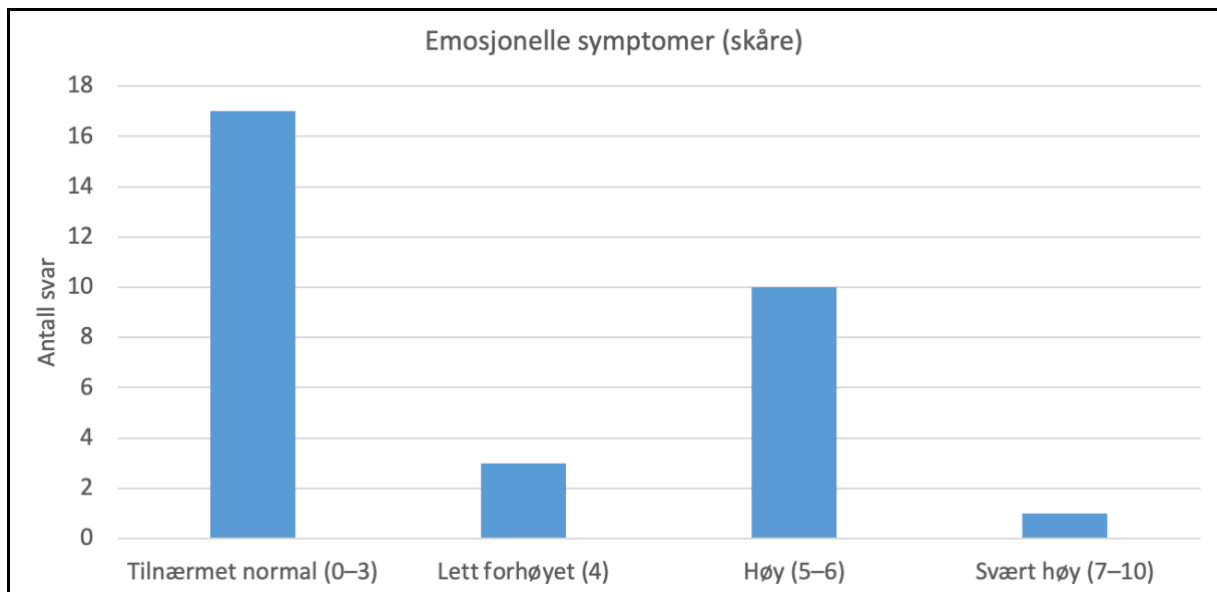
Figur 5 fremstiller foreldrenes skåre Emosjonelle symptomer fra SDQ-Nor for barna med hørselstap. En stor andel oppnådde en skåre på mellom 0–3 (54,8 %) og befant seg i kategorien Tilnærmet normal. Tre foreldre (9,7 %) rapporterte en skåre tilsvarende kategorien Lett forhøyet. Mange fikk en skåre (32,3 %) tilhørende kategorien Høy. Én (3,2 %) fikk en skåre tilsvarende kategorien Svært høy.



Gjennomsnittet for utvalget var 3,10, og standardavviket 2,59. Medianen var 3 og typetallet var 1. Interkvartilbredden (IQR) var 4,00, som betyr at de fleste deltakerne skåret mellom 0–4 av 10. Kjønnfordelingen viste at jenter hadde en gjennomsnittsskåre som var noe høyere (3,58) enn for gutter (2,33). De fleste hadde en Tilnærmet normal skåre i skalaen Emosjonelle symptomer, men en del var også i kategorien Høy.

**Figur 5**

*Fordelingen av deltakernes svar innen skalaen Emosjonelle symptomer i SDQ-Nor. Skåren i skalaen som tilhører hver inndeling står i parentes (N = 31).*



### 4.3 Skoleform og støtte i skolen

Tabell 2 viser hvilken skoleform deltakerne rapporterte at barnet går i. De fleste barna går i ordinær grunnskole, men noen går på skole for hørselshemmede. I tillegg svarte to foreldre at barnet går i annen skoleform. Én presiserte at barnet går på privatdrevet ordinær skole og ble derfor plassert i gruppen ordinær grunnskole. Den andre rapporterte at barnet gikk på videregående skole. Ingen rapporterte at barnet går på spesialscole.

**Tabell 2***Oversikt over fordelingen av skoleform (N = 31)*

Skoleform	Antall	Prosent
Ordinær grunnskole	24	77,4 %
Skole for hørselshemmede	6	19,4 %
Spesialscole	0	0 %
Annen skoleform	1	3,2 %

Tabell 3 viser at det var relativt lik fordeling mellom barn som får en form for støtte i skolen (51,6 %,  $N = 16$ ) og de som ikke får det (48,4 %,  $N = 15$ ). Noen har svart at barnet har flere typer støtte i skolen som dermed ble en egen kategori. Av de som får støtte i skolen, hadde en stor andel vanlig spesialpedagogisk tilrettelegging.

**Tabell 3***Oversikt over fordelingen av type støtte elevene får i skolen (N = 31).*

Type støtte i skolen	Antall	Prosent
Vanlig spesialpedagogisk tilrettelegging	9	29 %
Tilpasset studieløp	1	3,2 %
Annen støtte	4	12,9 %
Vanlig spesialpedagogisk tilrettelegging og tilpasset studieløp	1	3,2 %
Vanlig spesialpedagogisk tilrettelegging og annen støtte	1	3,2 %
Ingen støtte	15	48,4 %

### 4.3.1 Total problemskåre og skoleform

Vi undersøkte om det fantes en forskjell på deltakernes totale problemskåre basert på skoleform. Gruppen ble delt inn i kategoriene Ordinær skole (77,4 %,  $N = 24$ ) og Annet (22,6 %,  $N = 7$ ). I kategorien *Annet* var skole for hørselshemmede og annen skoleform.

Tabell 4 viser gjennomsnittet i Total problemskåre. For barn i ordinær grunnskole var gjennomsnittet 12,00 og standardavviket 6,87, mens for barn på annen skole var gjennomsnittet 7,29 og standardavviket 3,40. Analyse med Welchs  $t$  viste at elevene i ordinær grunnskole hadde signifikant høyere Total problemskåre enn elevene i andre skoletyper,  $t(21.02) = -2.48, p = .022$ .

### 4.3.2 Total problemskåre og støtte i skolen

Vi ville undersøke om det fantes en forskjell i foreldrerapportert psykososial helse mellom de barna som får støtte i skolen og de som ikke får det. For de barna som *får støtte i skolen* var gjennomsnittsskåren 12,38 og standardavviket 7,03. For de som *ikke får støtte* i skolen var gjennomsnittsskåren 9,40 og standardavviket 5,77. Analysen tilsier at det ikke er en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene som får og ikke får støtte i skolen i Total problemskåre,  $t(29) = 1.28, p = .210$ .

## 4.4 Hørselshjelpemidler

Vi ville undersøke hvorvidt det fantes en forskjell i Total problemskåre basert på hvilke hørselshjelpemidler foreldrene rapporterte at barnet bruker. Videre ble det undersøkt om barnets tidsbruk med hjelpemiddelet påvirker Total problemskåre. Dataen ble delt inn i ulike grupper for å utforske forskningsspørsmålet.

I denne delen svarte deltakerne på om barnet bruker hørselshjelpemidler, og i så fall hvor ofte og hvilken type som anvendes. 28 deltakere (90,3 %) svarte at barnet hadde hørselshjelpemidler, mens kun tre (9,7 %) svarte at de ikke hadde.

I tabell 4 ser man at mange (35,5 %) brukte HA bilateralt. Det var også flere som hadde ett HA og ett CI (12,9 %). Det vil si at de brukte HA på ett øre og CI på det andre. En annen stor gruppe var personer med CI bilateralt (19,4 %). Til sammen var det 23 foreldre (74,2 %) som rapporterte at barnet hadde hørselshjelpemidler bilateralt, og fem som rapporterte at barnet (16,1 %) hadde hjelpemiddel unilateralt. To foreldre krysset av for Annet, og spesifiserte at barnet brukte Bonebridge på begge ører. Bonebridge er en form for BAHA, og vi valgte derfor å plassere deltakeren i BAHA bilateralt i tabellen. Det er derfor tatt med som et alternativ i tabell 4.

**Tabell 4**  
Oversikt over fordelingen av type hørselshjelpemiddel ( $N = 31$ ).

Hørselshjelpemiddel	Antall	Prosent
HA unilateralt	3	9,7 %
BAHA unilateralt	2	6,5 %
CI unilateralt	0	0 %
HA bilateralt	11	35,5 %
CI bilateralt	6	19,4 %
BAHA bilateralt	2	6,5 %
HA unilateralt og CI unilateralt	4	12,9 %
Ingen	3	9,7 %

#### 4.4.1 Total problemskåre og tidsbruk med hørselshjelpemidler

Ved tidsbruk med hørselshjelpemidler ble deltakerne spurt om barnet bruker hjelpemidler hele tiden. Svarkategoriene var da *Ja* eller *Nei*. I kategorien tidsbruk med hjelpemidler sammenlignet vi de totale problemskårene for de som bruker hjelpemiddel hele tiden (67,7 %,  $N = 21$ ) og de som ikke bruker det hele tiden (32,3 %,  $N = 10$ ). Datamaterialet var normalfordelt og gjennomsnittet for gruppen med *Hjelpemidler hele tiden* var 10,95 med et

standardavvik på 6,31. For gruppen *Ikke hjelpemidler hele tiden* var gjennomsnittet 10,90 og standardavviket 7,29. Vi gjennomførte en Students  $t(29) = 0.02, p = .984$ . Resultatet viste ingen statistisk signifikant forskjell i de to gruppene.

#### 4.4.2 Total problemskåre og hørselshjelpemidler

Vi delte opp deltakerne basert på om de brukte bilaterale, unilaterale eller ingen hjelpemidler. Tabell 5 viser fordelingen av de ulike gruppene, og et stort flertall brukte hjelpemiddel bilateralt.

##### *Tabell 5*

*Fordelingen av om deltakeren rapporterte at barnet bruker hørselshjelpemiddel bilateralt, unilateralt eller ingen hørselshjelpemidler (N = 31).*

Hørselshjelpemiddel	Antall	Prosent
Hjelpemiddel bilateralt	23	74,2 %
Hjelpemiddel unilateralt	5	16,1 %
Ingen	3	9,7 %

I Total problemskåre for bilaterale og unilaterale hjelpemidler var gjennomsnittet for bilaterale hjelpemidler 10,04 og standardavviket 6,58. For unilaterale hjelpemidler var gjennomsnittet 16,40 og standardavviket 5,13. Deltakere som rapporterte at barnet ikke brukte hjelpemidler er ekskludert for å sammenligne deltakere som brukte unilaterale og bilaterale hjelpemidler. Det fantes ingen statistisk signifikant forskjell mellom barn som brukte unilaterale og bilaterale hjelpemidler innenfor Total problemskåre,  $t(26) = 2.02, p = .054$ .

## 5. Diskusjon

I diskusjonen blir resultatene drøftet i lys av teori og metode. Kapittelet vil ta for seg hvordan resultatene bidrar til å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene. I denne delen av oppgaven er Total problemskåre slik den presenteres i resultater, utgangspunktet for foreldrenes opplevelse av barnets psykososiale helse. Deretter drøftes oppgavens metode. Til slutt diskuteres sterke og svake sider ved studien, implikasjoner for skole, foreldre og fagfelt.

### 5.1 Psykososial helse, vennskap og emosjonelle symptomer

Det første forskningsspørsmålet handlet om hvordan foreldre til barn med hørselstap opplever deres psykososiale helse og vennskap. For å måle psykososial helse fokuserer vi på deltakernes Totale problemskåre. Problemskalaene som inngår i totalskåren er delskalaene Atferdsproblemer, Hyperaktivitet-oppmerksomhetsproblemer, Venneproblemer og Emosjonelle symptomer.

#### 5.1.1 Total problemskåre

Basert på resultatet fikk 64,5 % av deltakerne en Total problemskåre tilsvarende kategorien Tilnærmet normal, 9,7 % tilsvarende Lett forhøyet, 12,9 % i kategorien Høy, og 12,9 % i kategorien Svært høy. Sett i sammenheng med forventet inndeling av populasjonen beskrevet i Kornør og Heyerdahl (2017, s. 14) skal 80 % av utvalget befinne seg i Tilnærmet normal-kategorien, 10 % i Lett forhøyet, og 5 % i hver av kategoriene Høy og Svært høy. Basert på denne inndelingen er det en forhøyet Total problemskåre for utvalget i vår studie. Dette betyr at studiens deltakere rapporterte generelt om flere symptomer på psykososiale vansker for barn med hørselstap enn det som kan forventes, selv om de fleste skåret innenfor kategorien Tilnærmet normal.

Sammenlignet med normgruppen fra studien til Van Roy et al. (2010, s. 4) er gjennomsnittsskåren fra denne undersøkelsen høyere. Van Roy et al (2010) rapporterte et gjennomsnitt på 6,6 for gutter og 5,7 for jenter. Vår studie fikk et gjennomsnitt på 10,94. Kjønnsmessig fikk jentene 11,32 i gjennomsnitt og guttene 10,33. Det totale gjennomsnittet er fremdeles innenfor kategorien Tilnærmet normal, men er nesten dobbelt så høy som normgruppen. Overgaard et al. (2021, s. 3) rapporterte resultater om psykososial helse for barn med hørselstap hvor gjennomsnittet var noe høyere enn i Van Roy et al. (2010), men likevel lavere enn våre resultater. Basert på foreldrerapportering var Total problemskåre på

7,16 for Overgaard et al. (2021). Ettersom Overgaard et al. (2021) også undersøkte barn med hørselstap og psykososial helse skulle en trodd at vi skulle fått tilsvarende resultater. En mulig forklaring på at Overgaard et al. (2021) fikk en lavere Total problemskåre enn i vår studie kan henge sammen med at de hadde et større aldersspenn. Alderen på barna i Overgaard et al. (2021) sin studie varierte fra 6–18 år, med en gjennomsnittsalder på 11,5 år. I vår studie varierte alderen fra 10–17 år, og gjennomsnittsalderen var 12,84 år. Nasjonale resultater fra Ungdata (Bakken, 2018, s. 80) tilsier at psykiske plager øker med alderen. En årsak til forhøyet skåre i vår studie kan derfor være at aldersspennet består av eldre barn, samt at gjennomsnittsalderen er noe høyere enn i Overgaard et al. (2021, s. 4). En annen årsak kan være kjønnsforskjeller. Flere studier på norske barn og ungdom viser at jenter har høyere andel psykiske plager og lidelser enn gutter (Bakken, 2018, s. 80–81; Bang et al., 2023). I vår studie var 61 % jenter, mens i Overgaard et al. (2021, s. 4) var 48,6 % jenter. Det er altså større kjønnsvariasjoner i vår studie som kan være en årsak til høyere Total problemskåre. Forskningen samsvarer med resultater i vår studie, ettersom jentene har litt høyere Total problemskåre enn guttene (Bakken, 2018, s. 81; Bang, et al., 2023).

### **5.1.2 Vennskap**

I skalaen Vennproblemer gjelder samme inndeling for normgruppen som i Totale problemskåre. Flest deltakerne (45 %) skåret innenfor kategorien Tilnærmet normal, som tilsvarer 0–2 poeng, men mange (35,5 %) skåret innenfor kategorien Svært høy, som tilsvarer 5–10 poeng. Noen deltakere (12,9 %) skåret innenfor kategorien Lett forhøyet, og færrest (6,5 %) skåret innenfor Høy. Gjennomsnittsskåren for utvalget var 2,87. Dette viser at denne gruppen har større indikasjon på vansker innenfor vennerelasjoner enn normgruppen, da Van Roy et al. (2010, s. 4) rapporterte en gjennomsnittsskåre på 1,3 for gutter og 1,1 for jenter i denne skalaen. Gjennomsnittsskårene i vår studie var 2,83 for gutter og 2,89 for jenter. Likevel har ikke Van Roy et al. (2010) undersøkt barn med hørselstap spesifikt. Forskning viser at barn med hørselstap strever mer med vennskap enn normalthørende (Brice & Strauss, 2016, s. 71). Derfor kan hørselstapet være en årsak til at vårt utvalg fikk høyere skåre enn normgruppen. Overgaard et al. (2021, s. 3), som også gjennomførte en studie på barn med hørselstap, rapporterte en gjennomsnittsskåre på 2,04 i skalaen Vennproblemer. Skåren var også høyere enn Van Roy et al. (2010), men lavere enn skåren i vår studie. Grunnen til at vår studie hadde høyere skåre enn Overgaard et al. (2021) kan henge sammen med at gjennomsnittsalderen på barna i vår studie var høyere. Som nevnt tidligere endrer betydningen

av vennskap seg fra barnealder til ungdomsalder. Tidligere var vennskap basert på felles interesser, mens ungdommer som regel vektlegger nærhet og intimitet gjennom samtaler i relasjoner (von Tetzchner, 2019, s. 350–351). Ettersom samtaler er en større del av disse relasjonene, er språk en sentral del av vennskap (Brice & Strauss, 2016, s. 73).

En interessant observasjon av resultatene vedrørende Vennproblemer er at en stor andel av skårene er i kategorien Svært høy (35,5 %). Dette er en del høyere enn beskrivelsen i Kornør og Heyerdahl (2017, s. 14; Vedlegg 5) om at 5 % av populasjonen skal være i denne kategorien. Flere faktorer kan ha betydning for hvorfor utvalget i denne studien viste tendenser til utfordringer med vennskap. Tidligere forskning viser at barn og ungdommer med hørselstap oftere strever med vennskap og sosiale relasjoner enn jevnaldrende grunnet språket (Huber et al., 2015, s. 8; Niemensivu et al., 2018, s. 654). Niemensivu et al. (2018, s. 656) konkluderte med at de fleste barn med hørselstap med tegn på vennproblemer, også hadde kommunikasjonsvansker. Likevel skriver Löfkvist et al. (2019, s. 461) at dersom barnet tidlig får tilpasset hørselshjelpemidler og språkstimulerende intervensjoner, vil risikoen for språkvansker minskes. Svarene fra spørreskjemaet viste at omtrent halvparten fikk en høy skåre i Vennproblemer og var problemskalaen med høyest skåre. Språk- og kommunikasjonsvansker hos barna i vår studie kan derfor være en forklaring på den forhøyede skåren. Likevel vil vi ikke kunne trekke noen konklusjoner ut ifra resultatene i denne studien, ettersom spørreskjemaet ikke spurte om barnet har språk- eller kommunikasjonsvansker.

I figur 4 var et av spørsmålene om foreldrene opplever at barnet har minst en god venn. Utfallet viste at omtrent halvparten av deltakerne svarte at barnet ikke har, eller delvis har, en god venn. Dette samsvarer også med spørsmålet om hvorvidt barnet er ensomt og ofte leker alene. Her hadde en stor andel (25,8 %) svart at dette stemte. Mjøen et al. (2021, s. 16) rapporterte også at barn med hørselstap oftere opplever å ikke ha en eneste venn og ekskluderes fra det sosiale miljøet, enn hørende jevnaldrende. Huber et al. (2015, s. 10) skriver at dersom barn med hørselstap har vansker med å oppfatte tale i støy, kan det føre til isolasjon og utfordringer med vennskap. Dette kan også gjelde vårt utvalg ettersom mange deltakere hadde høy skåre i Vennproblemer. Vennskap er av stor betydning for barn i ungdomsalderen og kan ha en beskyttende effekt på psykososial helse (Rieffe et al., 2018, s. 209). Til tross for at mange fra vår studie har høy skåre i Vennproblemer var de fleste innenfor normalområdet basert på Total problemskåre.



### 5.1.3 Emosjonelle symptomer

I skalaen Emosjonelle symptomer gjelder samme inndeling for normgruppen som i Total problemskåren og Venneproblemer. En stor andel deltakere (54,8 %) skåret innenfor kategorien Tilnærmet normal, som tilsvarer 0–3 poeng, mens noen deltakere (9,7 %) skåret innenfor kategorien Lett forhøyet. Mange (32,3 %) skåret også innenfor Høy, tilsvarende 5–6 poeng, og færrest (3,2 %) innenfor kategorien Svært høy. Gjennomsnittsskåren for utvalget var 3,10, med henholdsvis 2,33 for gutter og 3,58 for jenter. Resultatene viste at denne gruppen har økt risiko for å utvikle emosjonelle vansker sammenlignet med normgruppen, ettersom Van Roy et al. (2010, s. 4) rapporterte en gjennomsnittsskåre på 1,2 for gutter og 1,4 for jenter. Forskning viser at jenter oftere strever med emosjonelle vansker enn gutter, hvilket stemmer overens med våre resultater (Skrove, 2015, s. 20). Resultatene i vår studie var også høyere enn i Overgaard et al. (2021, s. 3) med gjennomsnitt på henholdsvis 1,59 for begge kjønn.

En forklaring på høyere skåre i Emosjonelle symptomer i vår studie sammenlignet med Van Roy et al. (2010) kan handle om barnets evne til emosjonsregulering. Som nevnt tidligere er barns emosjonsutvikling i stor grad avhengig av tilgang på et sosialt miljø der hørselen ofte spiller en rolle (Rieffe et al., 2018, s. 210). Man bruker språk til å beskrive, fortolke og forstå egne og andres følelser. Uten tilgang på lyd i ulik grad vil personen ikke alltid ha mulighet til å overhøre hvordan voksne og barn snakker om og håndterer følelser i ulike situasjoner. Barn som vokser opp med hørselstap kan ha forsinket språkutvikling, og dermed begrenset erfaring med å uttrykke egne følelser. Videre kan bevisstheten i å forstå egne og andres følelser utvikles senere sammenlignet med normalthørende jevnaldrende (Schow & Nerbonne, 2018, s. 197). Dette støttes i våre resultater. Likevel ser vi at Overgaard et al. (2021, s. 3) rapporterte lavere skåre i Emosjonelle symptomer enn vår studie selv om de også undersøkte barn med hørselstap. Rieffe et al. (2018, s. 214) skriver at barn med hørselstap strever mer med emosjonell kontroll, som er et viktig element for positive og konstruktive vennskap. Dermed kan det at barna i vår studie har høyere skåre i Venneproblemer være en årsak til at deltakerne også hadde høyere skåre i Emosjonelle symptomer sammenlignet med Van Roy et al. (2010) og Overgaard et al. (2021). Von Tetzchner (2019, s. 295) viser til forskning hvor 12–15-åringer opplevde flere negative emosjoner enn 9–11-åringer. Ettersom vi hadde høyere gjennomsnittsalder enn Overgaard et al. (2021) og Van Roy et al. (2010), kan dette også være en forklaring på forskjellen i skårene. I tillegg hadde vår studie et større aldersspenn enn

Overgaard et al. (2021), som også kan være en forklaring på hvorfor vi hadde høyere gjennomsnittsskåre i Total problemskåre for barn med hørselstap.

## 5.2 Psykososial helse basert på skoleform og støtte i skolen

Forskningsspørsmål 2 utforsker om det finnes forskjeller i psykososial helse basert på hvilken skoleform barnet går i, og hvorvidt de mottar en form for støtte i skolen. For å svare på dette forskningsspørsmålet vil vi ta for oss resultatene som ble presentert i kapittel 4.3, belyst med relevant teori og forskning.

### 5.2.1 Psykososial helse og skoleform

Resultatene viste at deltakere med barn i nærskolen i gjennomsnitt hadde høyere Total problemskåre (12,00) enn deltakere med barn i annen skole (7,29). Det kan være flere faktorer som gjør at skåren var høyere for barn i nærskolen. En årsak kan være at de skiller seg mer ut i nærskolen hvor de fleste elevene har typisk hørsel. Von Tetzchner (2019, s. 352) påpeker at personer som anser hverandre som venner har en tendens til å ligne hverandre iblant annet interesser, kjønn og holdninger. Videre forklares det at ulikheter ofte kan føre til bortseleksjon, og kan være særlig utbredt blant barn med vansker. Dammeyer et al. (2018, s. 424) forsket på ungdommer med CI og psykososialt velvære. De fant at en stor andel av ungdommene følte seg annerledes enn normalthørende jevnaldrende. Flere rapporterte også at de forsøkte å skjule hjelpemiddelet sitt. Ut fra våre resultater var det 90,3 % som har synlige hørselshjelpemidler i form av HA, CI eller BAHA, og 77,4 % av utvalget rapporterte at barnet går i nærskolen. Ettersom von Tetzchner (2019, s. 352) forklarer at barn har en tendens til å bli venn med barn som ligner seg selv, vil trolig ikke barn med hørselstap oppleve hverandre som annerledes basert på hørselstapet slik som normalthørende barn kan gjøre. I skole for hørselshemmede vil dermed ikke barna skille seg ut grunnet hørselstapet. I nærskolen vil barnet ofte være den eneste eleven med hørselstap. I skole for hørselshemmede kan de enklere finne en identitet blant andre med hørselstap. Dette gjør at de kan knytte sterkere relasjoner til hverandre ettersom de opplever de samme utfordringene (Brice & Strauss, 2016, s. 68–69). Dersom de bruker synlige hjelpemidler kan dette også gjøre at hørselstapet blir mer åpenbart for medelevene, og stikker seg mer ut, enn om de hadde gått i spesialskole eller skole for hørselshemmede (Dammeyer et al., 2018, s. 424). Ettersom spørreskjemaet vårt ikke spør etter mer detaljert informasjon vedrørende bruken av synlige hjelpemidler, kan vi ikke med sikkerhet si om det samme gjelder for vårt utvalg.

I ungdomsalderen begynner en å utvikle og utforske egen identitet (Befring & Moen, 2017, s. 25; von Tetzchner, 2019, s. 373). Når elevene med hørselstap går på en nærskole og er den eneste med hørselstap, kan de streve med å finne sin egen identitet blant hørende medelever (Schow & Nerbonne, 2018, s. 200). Ungdomsalderen er en sårbar alder for mange hvor det skjer store biologiske og kognitive endringer. Endringene kan foregå på ulike måter og i ulikt tempo som kan bidra til lav selvsikkerhet (Befring, 2020a, s. 73). Ungdommenes usikkerhet og ønske om å passe inn er felles for de fleste i utviklingsalderen. Dersom ungdommen i tillegg har et hørselstap kan dette bidra til å forsterke deres vansker med selvtillit og selvuttrykkelse, og kan være en årsak til forhøyet skåre på psykososiale vansker (Schow & Nerbonne, 2018, s. 200).

### **5.2.2 Psykososial helse og støtte i skolen**

For å i større grad belyse skolesituasjonen til utvalget i denne studien, har vi valgt å se på støtte i skolen. Med støtte i skolen gjelder blant annet spesialpedagogisk støtte. Det betyr at eleven ikke får tilstrekkelig utbytte av den ordinære undervisningen, og har behov for ekstra tilpasning (Buli-Holmberg et al., 2015, s. 18–19). Vi delte gruppene inn i *Får støtte* og *Får ikke støtte*, med henholdsvis 16 og 15 deltakere i hver. Resultatene viste at barna med støtte i skolen har høyere gjennomsnitt i Total problemskåre (12,38) enn de uten støtte (9,40). Ettersom resultatet ikke var statistisk signifikant, kan forskjellen i poengskårene være tilfeldige. Så vidt vi vet finnes det ingen forskning som tar for seg sammenhengen mellom støtte i skolen og psykososial helse. Vi har derfor ikke mulighet til å sammenligne våre resultater med tidligere studier.

En skulle trodd at barna som får støtte i skolen fikk en bedre skåre på psykososial helse, da de får et mer tilrettelagt studieløp for sine vansker. En forklaring på at det ikke fantes en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene i Total problemskåre kan henge sammen med skolens kompetanse. Befring (2020a, s. 106) skriver at et godt spesialpedagogisk tilbud også handler om gode støttevilkår som bidrar til mestring. Som regel er dette barn med stort behov for støtte. For å utøve særskilt støtte i skolen er det nødvendig at skolen har tilstrekkelig kunnskap og ressurser (Hesselberg & von Tetzchner, 2016, s. 192). Dersom den spesialpedagogiske kompetansen er mangelfull påvirker dette elevens utbytte av undervisningen. Noen deltakere rapporterte om bruk av tekniske tilrettelegginger i klasserom, som mikrofoner og høyttalere. Holbø et al. (2021, s. 7–10) forklarer at manglende kunnskap om hørselsteknisk tilrettelegging blant lærere i skolen er et utbredt fenomen. De forklarer

videre at utstyret kan glemmes eller være ødelagt over en lengre periode, som gjør at barn med hørselstap kan gå glipp av mye læring. Hørselsteknisk tilrettelegging kan være komplekst å forstå, og føre til lavere teknisk kompetanse i undervisningssituasjonen (Holbø et al., 2021, s. 9). I vår studie rapporterte noen av deltakerne at barnet hadde audiopedagog eller miljøarbeider som bistår i ulike skolesituasjoner. Lærerbytte kan derfor påvirke hvor ofte og mye hørselsteknisk utstyr brukes dersom læreren ikke har erfaring med dette. Det kan igjen være noe som påvirker Total problemskåre, selv om det ikke er mulig å fastslå ut ifra våre resultater.

### 5.3 Psykososial helse basert på tidsbruk og hørselshjelpemidler

Våre resultater viste at det var 90,3 % som brukte hørselshjelpemidler. Ettersom det ble for stor forskjell i antall med hørselshjelpemidler ( $N = 28$ ) og uten hjelpemidler ( $N = 3$ ), var det behov for å finne andre måter å svare på forskningsspørsmålet vedrørende hjelpemidler. Vi så derfor på om det fantes en forskjell i Total problemskåre i forhold til tidsbruk med hjelpemidler, unilaterale og bilaterale hjelpemidler.

Jiménez-Arberas og Díez (2021, s. 10) undersøkte forskjeller på psykososial helse hos voksne basert på om deltakerne brukte hørselshjelpemidlene de hadde fått eller ikke. De konkluderte med at personer som hadde fått utdelt et hørselshjelpemiddel, men av ulike grunner valgte å ikke bruke dem, viste dårligere psykososial helse enn personer som brukte hørselshjelpemidler. Motsetningsvis fant Overgaard et al. (2021, s. 4) ingen signifikant forskjell i Total problemskåre i SDQ mellom ungdom som bruker CI, HA eller ingen hørselshjelpemidler. Det var dermed interessant å undersøke hvorvidt tidsbruken med ulike hørselshjelpemidler kunne predikere barnets psykososiale helse for vårt utvalg.

#### 5.3.1 Psykososial helse og tidsbruk med hørselshjelpemidler

Vi gjennomførte analyser mellom barn som bruker hørselshjelpemidler hele tiden gjennom en dag, og de som ikke gjør det. På den måten kunne vi dele gruppen i to for å se om det fantes forskjell i Total problemskåre. Resultatet viste at det ikke var statistisk signifikant forskjell mellom gruppene, og gjennomsnittene er henholdsvis 10,95 og 10,90.

Cole og Flexer (2020, s. 125) påpeker viktigheten av at barn bruker hjelpemiddelet sitt så mye som mulig i løpet av dagen. Dette henger sammen med at hjernen må få tilstrekkelig med stimuli slik at det er større sannsynlighet for å utvikle et aldersadekvat språk. Likevel kan det

være at barna i vår studie kun bruker hjelpemiddelet i hensiktsmessige situasjoner. I en studie utført på voksne med hørselstap undersøkte McCormack og Fortnum (2013, s. 365) årsaker til at personer med hørselstap valgte å ikke bruke et HA de hadde fått utdelt. Det skyldtes blant annet at hjelpemiddelet var plagsomt i situasjoner med mye støy eller bakgrunnslyder. I tillegg opplevde de ikke alltid HA som nyttig. Et hørselshjelpemiddel vil ikke alltid skille bakgrunnsstøy fra direkte tale, og kan dermed påvirke taleoppfattelsen (Stach & Ramachandran, 2022, s. 792). I skolen kan det ofte oppstå høyt støynivå i klasserommet og friminuttet. Dersom eleven har et mildt eller ensidig hørselstap kan de føle at hjelpemiddelet er mer ubehagelig enn nyttig. Dette kan derfor være en grunn til at det ikke fantes noen forskjeller i gjennomsnittene i Total problemskåre. Hvis barnet går på fritidsaktiviteter der hørselshjelpemidler ikke er optimale eller nødvendige, kan det også påvirke tidsbruken. For eksempel tåler ikke alle hjelpemidler vann, og aktiviteter som svømming kan derfor resultere i at hjelpemiddelet ikke benyttes (Cole & Flexer, 2020, s. 126).

En annen mulig årsak til at det ikke fantes en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene kan være at de som ikke bruker hørselshjelpemiddelet sitt hele tiden, har et mindre hørselstap. Et mindre tap kan gjøre at hørselshjelpemiddelet ikke benyttes i like mange situasjoner som for personer med store hørselstap. Likevel påpeker Laugen et al. (2017, s. 57) at personer med et mildt eller ensidig hørselstap ofte strever med sosiale ferdigheter, som kan påvirke psykososial helse negativt. Det kan derfor tenkes at det heller er andre faktorer som påvirker barns psykososiale helse enn hvor mye tid de bruker hørselshjelpemiddelet hver dag.

### **5.3.2 Psykososial helse og hørselshjelpemidler**

For å gå dypere inn i forskningsspørsmålet om ulike tekniske hjelpemidler og psykososial helse undersøkte vi om det er forskjell på om barnet bruker unilaterale eller bilaterale hjelpemidler. Resultatene viste at barn med unilaterale hjelpemidler hadde høyere gjennomsnitt i Total problemskåre (16,40) enn barn med bilaterale hjelpemidler (10,04). Funnene var likevel ikke statistisk signifikante. Ifølge Overgaard et al. (2021, s. 2) finnes det lite forskning på forskjeller i livskvalitet mellom ungdom med unilaterale og bilaterale hørselstap. Overgaard et al. (2021, s. 4) fant lavere livskvalitet ved bruk av SDQ og ILC hos barn med bilaterale hørselstap enn de med unilaterale hørselstap. Likevel poengterte de at det var små forskjeller mellom gruppene. Til forskjell fra Overgaard et al. (2021) har vi kun informasjon om hvorvidt barnet bruker unilaterale eller bilaterale hjelpemidler. Det finnes to mulige forklaringer på rapportering av unilaterale hjelpemidler. Enten kan deltakerne være

foreldre til barn med unilaterale hørselstap, og har derfor kun behov for et unilateralt hjelpemiddel. En annen mulighet er at deltakerne er foreldre til barn med bilaterale hørselstap, men at de av ulike årsaker kun bruker ett hjelpemiddel.

Laugen et al. (2017, s. 56) undersøkte om det er forskjeller i sosiale ferdigheter mellom barn med unilateralt mildt hørselstap, alvorlig bilateralt hørselstap og normalthørende barn. Hørselstapet til barn med unilateralt tap ble oppdaget senere enn barn med bilateralt tap, som også betyr at disse barna i snitt fikk hjelpemidler senere. Resultatene til Laugen et al. (2017, s. 58) viste at barn med unilateralt hørselstap har større risiko for utvikling av lavere sosiale ferdigheter sammenlignet med barn med bilaterale hørselstap og normalthørende. De konkluderte derfor med at dårligere sosiale ferdigheter kunne ha en sammenheng med sen oppdagelse og tilpasning av hørselshjelpemidler (Laugen et al., 2017, s. 60). I vår studie hadde barn med unilaterale hørselstap høyere gjennomsnitt i Total problemskåre enn barn med bilaterale hørselstap, men resultatet var likevel ikke statistisk signifikant. På den ene siden vil barn med unilaterale hørselstap kompensere for tapet på det ene øret med den hørselen det har på det andre. Dette kan føre til at foreldre eller andre ikke oppdager barnets hørselstap. Barn med unilaterale hørselstap mister, til tross for hørsel på det ene øret, store deler av lydbildet og må bruke mer energi på å identifisere tale i støy og lokalisere lyder (Cole & Flexer, 2020, s. 38). Det kan føre til utmattelse, frustrasjon og lavere selvtillit som igjen påvirker den psykososiale helsen (Cole & Flexer, 2020, s. 38). På den andre siden har barn med unilaterale hørselstap tilgang på lyd i det hørende øret fra tidlig alder i motsetning til barn med bilaterale tap. Laugen et al. (2017, s. 55) fremhever i sin forskning at barn med unilaterale hørselstap hadde tilnærmet lik kommunikasjonsutvikling som typisk hørende barn de tre første årene av livet. Det kan derfor antas at barn med unilaterale hørselstap kan ha tilegnet seg noen grunnferdigheter i lytting gjennom den ensidige hørselen som liten, men at utviklingen avtar når barnet blir eldre. I vår studie vet vi likevel ikke hvorvidt barna hadde aldersadekvat språkutvikling, og vi kan dermed ikke si med sikkerhet om dette gjelder for vårt utvalg også.

## 5.4 Metodedrøfting

Vi ser det som hensiktsmessig å drøfte metoden brukt i vår studie basert på resultater i oppgaven. Vi vil diskutere fordeler og ulemper ved å bruke spørreskjema samt studiens validitet.

### 5.4.1 Fordeler og ulemper ved bruk av spørreskjema

I denne studien brukte vi spørreskjema for å måle foreldrenes oppfattelse av barnets psykososiale helse. Bruk av internettbaserte spørreskjema som metode innebærer fordeler og ulemper. Noen av ulempene er ifølge Cohen et al. (2018, s. 362–363) blant annet at en e-post med spørreskjemaet kan ende i spam-filteret til deltakeren, eller slettes. Deltakerne kan også avbryte undersøkelsen eller sende inn ufullstendige svar. Avbrytelse er særlig prevalent ved spørreskjemaer som krever besvarelse på alle spørsmål eller påstander før man kan levere (Cohen et al., 2018, s. 363). For å levere dette spørreskjemaet måtte deltakerne ha svart på alle obligatoriske felt, som gjaldt de fleste demografiske spørsmålene. For å sikre minst mulig frafall la vi ofte inn et alternativ som *Vet ikke* eller *Ønsker ikke å oppgi* på spørsmål som kunne være sensitive eller vanskelige å svare på. Dette gjør at deltakerne kunne svare på hele spørreskjemaet uten å besvare spørsmål de syntes var ubehagelige. Til tross for dette var det åtte personer som godkjente samtykke uten å gjennomføre spørreskjemaet. Det kan være ulike årsaker til dette frafallet. En mulig årsak kan være at oppsettet på noen deler av spørreskjemaet virket mer omfattende på mobiltelefonen enn på datamaskin. En annen grunn kan være at man blir distraheret, slik at spørreskjemaet blir glemt, eller at en ikke ønsker å være med likevel.

Dersom deltakerne vil at svarene skal fremstå som sosialt akseptable kan deltakerne oppgi falske eller feilaktige responser, som påvirker undersøkelsens reliabilitet og validitet (Cohen et al., 2018, s. 363). I vår studie kan dette for eksempel være at foreldrene vil at barnet skal fremstå på en bedre måte enn de ville gjort dersom de hadde svart ærlig. Dette forsøkte vi å motvirke ved at spørreskjemaet var anonymt. Deltakere er som regel mer ærlige når de vet at svarene er anonyme og ikke møter forskeren ansikt til ansikt. Det henger sammen med at de ikke påvirkes av kontrolleffekten (Cohen et al., 2018, s. 362). Effekten går ut på at forskeren ubevisst påvirker deltakeren som kan skje ved eksempelvis intervjuer (Larsen, 2017, s. 103). I studien er det foreldre som skal vurdere barnets sterke og svake sider. Dette kan være sensitivt for noen foreldre dersom barnet strever med elementer innenfor noen av problemskalaene. Ved at spørreskjemaet er anonymt kan dette gjøre at foreldre er mer ærlige om barnets vansker, da de er klar over at svarene ikke kan spores tilbake til dem og deres barn, men hjelpe andre barn i samme situasjon. Det at foreldre kan være ærlige i besvarelsen er en styrke og øker studiens validitet.

En annen ulempe kan være at forskeren selv ikke er til stede og kan svare på spørsmål eller oppklare noe dersom noe skulle være uklart i instruksjonene. Dette kan føre til at

respondenten svarer feilaktig eller ikke oppgir svar i det hele tatt (Cohen et al., 2018, s. 363). For å i størst mulig grad motvirke dette skrev vi en kort innledning til spørreskjemaet med klare instruksjoner på hva som skal gjøres i hver del. Dette gjorde hver del mer forståelig for deltakerne og bidro til å øke studiens begrepsvaliditet.

En fordel med internettbaserte spørreskjemaer er at man har muligheten til å nå et større geografisk område enn ved eksempelvis fysiske spørreskjemaer (Cohen et al., 2018, s. 362). Vi sendte ut forespørsler om deltakelse i grupper på Facebook samt organisasjoner tilknyttet barn med hørselstap og deres familie over store deler av Norge. Det vil si at vi potensielt har fått resultater fra hele landet. Ettersom spørreskjemaet var anonymt, hadde vi ikke alltid mulighet til å rekruttere deltakere direkte. Vi baserte oss på videreformidling via grupper og organisasjoner. Dette førte til at vi ikke kunne være helt sikre på hvem som deltok og hvor i landet de var fra. Det er mulig at vi har fått et skjevt utvalg ved at de var fra et mindre geografisk område enn antatt, eller at de som deltok ikke egentlig innfridde kriteriene for deltakelse.

#### **5.4.2 Validitet**

Under rekrutteringen sendte vi ut informasjonsskriv som inneholdt informasjon om studiens formål, hva deltakelse ville innebære og personvern. Vi la også ved kontaktinformasjon slik at deltakerne kunne ta kontakt dersom de hadde spørsmål. I perioden med datainnsamling var det ingen deltakere som tok kontakt med spørsmål knyttet til noen av spørsmålene og påstandene i spørreskjemaet. I etterkant har noen av påstandene og utformingen av spørreskjemaet blitt diskutert om var uklare eller for kompliserte. Dette gjaldt primært språkdelen i demografien, særlig dersom deltakerne utførte spørreskjemaet på telefon. Skjemaet kunne oppfattes som langt og uoversiktlig og det var nødvendig å lese instruksjonene for å forstå hva det ble spurt om. For hvert språk fikk deltakerne mulighet til å krysse av for hvem som snakket ulike språk med barnet. Det kan være uoversiktlig da det kom opp valg for alle 19 alternativer uten mulighet for å hoppe over denne delen. Dette kan ha ført til frafall fra noen av deltakerne. Likevel har deltakerne fått flervalgsalternativer på denne delen som kan ha minsket sjansene for at dette påvirket studiens resultater i stor grad.



## 5.5 Studiens sterke og svake sider

Vi har fokusert på en relativt liten gruppe som ofte kan bli oversett i skolesammenheng. Å ha et hørselstap er en usynlig og stille vanske som gjør at vansker med det sosiale, psykiske eller psykososiale er vanskeligere å oppdage (Befring & Uthus, 2019, s. 508). Gjennom et spørreskjema vil man dermed rette fokuset mot en ellers liten og noen ganger neglisjert gruppe, og kan anses å være en styrke ved studien.

For å sammenligne utvalget vårt brukte vi resultatene fra Van Roy et al. (2010) som normgruppe. Deres forskning baserte seg på norske barn i grunnskolen og deres foreldre. En ulempe ved å bruke dette som normgruppe er at deres utvalg kun var fra ett geografisk område. Vårt utvalg kan potensielt være fra hele Norge, og kan ha påvirket endelige resultater i sammenligningen. Likevel er det sannsynlig at de fleste i vår studie er fra Østlandet, da organisasjonene vi kontaktet og mange Facebookgrupper holdt til i denne landsdelen. Utvalget til Van Roy et al. (2010) besto av barn mellom 10–13 år og deres foreldre. Det er derfor ikke sikkert resultatene er like sammenlignbare da vi hadde et aldersspenn fra 10–17 år. Likevel besto utvalget vårt av foreldre til barn med gjennomsnittsalder på rett under 13 år, hvor typetallet var 10 år. Ettersom de fleste i vår studie er innenfor samme aldersgruppe som Van Roy et al. (2010) gir dette et større grunnlag for sammenligning.

En svakhet ved studien er at vi har utviklet demografidelen selv. Grunnet masteroppgavens tidsomfang hadde vi ikke mulighet til å validere spørreskjemaet før utsendelse til deltakere. Dette gjør at spørreskjemaets validitet og reliabilitet kan være truet. Likevel har universitetslektor i emnet audiopedagogikk ved UiO lest gjennom skjemaet og kommet med forslag til endringer. Universitetslektoren har god kjennskap til feltet og gruppen vi undersøker, og har dermed sikret at vi stiller relevante spørsmål som er passende. Som universitetslektor har vedkommende kunnskap om forskning og det audiopedagogiske feltet slik at spørsmålene relaterte til oppgavens formål på en fagorientert måte. En annen styrke er at vi har brukt det validerte spørreskjemaet SDQ-Nor som er mye brukt til å kartlegge barns psykososiale helse. Til tross for at SDQ-Nor er et eldre spørreskjema brukes det også mye i nyere tid og holder seg derfor fremdeles relevant (Kornør & Heyerdahl, 2017). Kornør og Heyerdahl (2017) utførte en metaanalyse av forskning utført i Norge med foreldrerapportering av SDQ. De testet i tillegg den indre konsistensen til SDQ foreldrerapportering.

Med tanke på hvor mange vi direkte og indirekte sendte forespørsler til om deltakelse endte vi med et noe begrenset antall deltakere. Dette kan føre til bias i utvalget. Ifølge de Vaus (2014,

s. 81) kan det være vi ville fått andre svar fra potensielle deltakere enn det vi fikk fra endelige deltakere. Dette kan henge sammen med at de som svarte på spørreskjemaet har en motivasjon til å gjøre det. For eksempel kan det være at de ville tydeliggjøre vanskene barnet har grunnet hørselstapet og bidra til større fokus på tematikken. Cohen et al. (2018, s. 340) skriver at særlig sensitive temaer ofte under- eller overrapporteres for å hemme eller fremme en sak. Noen foreldre kan tenke at det ikke er behov for endringer for barn med hørselstap, og velge å ikke svare på undersøkelsen. Dette kan gi et skjevt inntrykk av utvalget og dermed være mindre representativt for resten av populasjonen.

Noe som kan betraktes som både en styrke og svakhet ved denne studien er at vi har valgt å fokusere på foreldrenes synspunkter. Eiser og Varni (2013, s. 1300) skriver om viktigheten av å bruke både selv- og foreldrerapportering for å trekke riktige konklusjoner om psykososial helse. Dette støttes av Van Roy et al. (2010, s. 1) som utførte en studie om forskjellen på foreldrenes rapportering av barnet og barnets egne rapportering ved å bruke SDQ. Studien viste at selv om barnet rapporterte om flere symptomer, rapporterte de også mindre innvirkning på opplevde vansker grunnet atferden enn det foreldrene rapporterte. Dette tyder på at det er behov for begge perspektiver for å utføre en tilstrekkelig diagnose av barns psykososiale helse. Ved å få foreldrenes mening om barnas psykososiale helse vet vi ikke om det stemmer overens med barnas egne synspunkter. Samtidig kan foreldrerapportering føre til bias. Foreldre kan ha behov for å beskytte barnet ved å underrapportere eventuelle vansker, eller ikke ville innse at barnet strever da dette er en sårbar tematikk for omsorgspersoner (Eiser & Varni, 2013, s. 1303). Bezborodovs et al. (2022, s. 9) konkluderte imidlertid med at foreldrerapportert SDQ har en god indre konsistens og egner seg godt til bruk av evaluering av psykososial helse hos barn og unge. Foreldrerapportering gir også muligheten til å se barnet fra en mer overordnet måte, da foreldrene er blant de viktigste personene i barnets liv og kjenner dem som regel best. Denne studien er ikke ute etter diagnostisering, og det vil derfor ikke være strengt nødvendig med begge perspektiver på opplevd psykososial helse.

Selv om deltakerne hadde en lettere forhøyet skåre i Emosjonelle symptomer i kapittel 4.2, har likevel en større undersøkelse av Overgaard et al. (2021, s. 3) vist en skåre tilhørende kategorien Tiltært normal basert på foreldrerapportering av Emosjonelle symptomer (1,59). Likevel viste selvrappotereringen i samme studie økt sannsynlighet for å utvikle emosjonelle vansker (3,47). Dette tilsier en relativt stor forskjell på foreldrerapportering og selvrappoterering som kan bety at foreldre ikke nødvendigvis vet akkurat hvordan barnet har det. Ettersom vår oppgave baserer seg på foreldrerapportering, kan det påvirke hvor reelle

resultatene er i forhold til barnets faktiske opplevelser. Likevel er det foreldrenes synspunkt og opplevelser som er grunnlaget for denne oppgaven, og ikke en sammenligning med barnets egenrapportering slik som i Overgaard et al. (2021).

## 5.6 Implikasjoner for fagfeltet

Ut ifra tematikken vil vi se på hva slags implikasjoner studien har for fagfeltet. Vi vil gå nærmere inn på hvordan resultater og tematikken kan være av betydning for personer nær barnet med hørselstap. I oppgaven har vi begrenset dette til å gjelde skolen, foreldre og audiopedagoger.

### 5.6.1 Skolen

I skolen er det skoleeiers ansvar at de voksne rundt barnet med hørselstap har tilstrekkelig kompetanse og informasjon for å tilrettelegge på best mulig måte for elever med hørselstap (Statped, 2021). Resultatene fra vår studie viste at en stor andel foreldre opplever at barnet har venneproblemer. På den ene siden vil det være hensiktsmessig for lærere og andre ansatte som jobber med barnet å vite at sosial kommunikasjon og vennskap kan være sårbart for et barn med hørselstap. Flere andre studier viser også til at barn med hørselstap har utfordringer med vennskap og kommunikasjon i sosiale settinger (Niemensivu et al., 2018, s. 654; Rieffe et al., 2018, s. 215). Våre resultater viste en høy andel deltakere som rapporterte at barnet deres er ensomt og ikke har en god venn. Dette gir grunnlag for at tematikken trenger å bli belyst og informert videre til skolen og de som jobber med barnet daglig.

På den andre siden er det mange barn som ikke vil ha oppmerksomhet på grunn av hørselstapet. De vil være som andre barn og ikke skille seg ut (Dammeyer et al., 2018, s. 424; Mjøen et al., 2021, s. 41). Derfor bør de voksne rundt barnet være varsomme i fremtoningen og ikke vise for mye oppmerksomhet vedrørende barnets hørselstap. Mjøen et al. (2021, s. 39–41) fant at flere barn opplever økt forståelse fra jevnaldrende angående hørselstapet etter informasjonsformidling fra audiopedagog. De påpeker også at det er viktig at barnet er med på å bestemme hva og hvor mye som blir informert om. I vår studie har 90 % av utvalget synlige hørselshjelpemidler slik som HA, CI og BAHA. Et dilemma som kan oppstå for barn med hørselstap handler om både behovet for synlig tilrettelegging og et ønske om å være som sine medelever (Mjøen et al., 2021, s. 41). Det kan derfor være hensiktsmessig å ha en dialog i situasjoner hvor barnets selvsikkerhet svekkes grunnet hørselshjelpemiddelet sitt. Mjøen et al. (2021, s. 41) påpeker viktigheten av at barnet får påvirke hvilken og hvor omfattende

tilretteleggingen bør være. Barnet må få mulighet til å sette ord på hvor mye hjelp det har behov for og ønsker å få (Dammeyer et al., 2018, s. 436).

### **5.6.2 Foreldre**

Våre resultater viste at foreldre ikke rapporterte forhøyet Total problemskåre basert på grenseverdiene beskrevet i Kornør og Heyerdahl (2017, s. 14). Likevel var gjennomsnittet vårt høyere sammenlignet med normgruppen til Van Roy et al. (2010). Foreldre spiller en viktig rolle i barnets liv selv når de utvikler seg til å bli ungdommer. Det er ikke uvanlig at forholdet mellom foreldre og ungdom også kan bli noe anstrengt. Dette henger sammen med ungdommens ønske om mer frihet og foreldrenes grensesetting (Duncan et al., 2014, s. 32). I denne perioden vil ungdommene oftere henvende seg til venner enn til familien (Schwartz-Mette & Shankman, 2020, s. 665). Selv om barna i denne alderen ofte har mer ærlige og intime samtaler med hverandre kan det være vanskelig å snakke om psykisk og psykososial helse med jevnaldrende. Særlig om de ikke har nære venner å henvende seg til. Barn med hørselstap har økt risiko for venneproblemer enn normalthørende jevnaldrende, som påvirker barnets mulighet til å snakke ut om problemer eller sårbare temaer. Det er derfor viktig at foreldrene er klar over problemstillingen og hjelper barnet på best mulig måte. Tidlig innsats har mye å si for hvordan vanskene utvikler seg. Forebyggende innsats har som mål å reversere og motvirke videreutvikling av vanskene (Befring, 2019, s. 178). Ved å snakke med barnet om psykososial helse, og hvordan det går sosialt og akademisk, vil foreldrene kunne oppfatte vansker på et tidligere tidspunkt. Det å fange opp vansker tidlig og sette i gang tiltak kan ha mye å si for barnets videre psykososiale helse.

### **5.6.3 Audiopedagogen**

Gitt foreldrenes opplevelse om at deres barn er ensomt og har større risiko for venneproblemer kan det være hensiktsmessig at audiopedagoger hjelper barn med den sosiale og emosjonelle utviklingen. Å bruke språket til å sette ord på tanker er en viktig del av den emosjonelle utviklingen som bidrar til å skaffe seg og vedlikeholde vennskap (Rieffe et al., 2018, s. 214; Schow & Nerbonne, 2018, s. 197). Om audiopedagogen sammen med skolen og foresatte kan hjelpe barnet med utviklingen av disse områdene vil det trolig være større sjanse for å lykkes i relasjoner med jevnaldrende.

Tekniske tilrettelegginger for barn med hørselstap kan ofte glemmes eller ikke benyttes over lengre perioder. Dette kan være noe audiopedagogen tar ansvar for. Holbø et al. (2021, s. 10)

skriver at det er vanskelig for elevene å ta opp dette selv grunnet to årsaker. Den ene henger sammen med at de ikke vil skille seg ut ved å påpeke at de har behov for ekstra støtte i klasserommet. En annen årsak handler om at de ikke opplever hyppigere bruk av teknikk, selv om de sier ifra. Dette støttes av Mjøen et al. (2021, s. 51) som rapporterte at elever med hørselstap ofte måtte minne lærere og medelever om å benytte teknisk utstyr som allerede finnes i klasserommet. Det er derfor viktig at audiopedagogen, som har god kjennskap til utfordringer for personer med hørselstap, skolesystemet og tilrettelegging, kan bistå. De kan for eksempel minne skolene på å ta i bruk de tekniske tilpasningene, eller ha opplæring for lærere som ikke er kjent med utstyret fra før. Det kan også være nyttig å undersøke hvorvidt utstyret fungerer før undervisningen begynner.

## 6. Avslutning

Formålet med denne studien var å innhente informasjon om foreldrenes opplevelse av barnets psykososiale helse, vennskap og emosjonelle kompetanse, kombinert med hørselstap. Studien undersøkte også ulike faktorer som kan ha påvirket psykososial helse for barn med hørselstap. Det ble innhentet informasjon fra foreldre til barn i alderen 10–17 år. Psykososial helse er et stort og omfattende tema. Vi valgte å fokusere på noen delområder som fremheves i problemstillingen og forskningsspørsmålene. Studien har for få deltakere til å kunne generaliseres for hele populasjonen, men ut ifra foreldrenes svar kan den peke på noen viktige tendenser som gjelder for utvalget. Dette kapittelet oppsummerer funnene og konkluderer med svar på problemstillingen med støtte i forskningsspørsmålene. Avslutningsvis presenteres forslag til videre forskning vedrørende oppgavens tematikk.

### 6.1 Konklusjon

Forskningsspørsmål 1 undersøkte følgende: *Hvordan opplever foreldre til barn med hørselstap deres psykososiale helse, vennskap og emosjonelle symptomer basert på spørreskjemaet Strengths and Difficulties Questionnaire?* Resultatene viste at foreldrene til barn med hørselstap hadde en Tilnærmet normal Total problemskåre, men en lettere forhøyet skåre i Vennproblemer og Emosjonelle symptomer. En stor andel av foreldrene rapporterte at barnet deres er ensomt og ikke har minst en god venn. Vennskap baserer seg i stor grad på samtaler i ungdomsalderen og språkferdigheter. Hørsel er derfor viktig i forbindelse med sosiale relasjoner (Brice & Strauss, 2016, s. 73). En forklaring på hvorfor vårt utvalg hadde en forhøyet skåre i Emosjonelle symptomer kan henge sammen med evnen til emosjonsregulering, som til en viss grad avhenger av tilgang på et sosialt miljø (Rieffe et al., 2018, s. 210). Som nevnt har personer med hørselstap økt risiko for å utvikle psykososiale vansker. Dermed kan en mulig årsak til at våre resultater viste en høyere skåre på problemskalaene og Total problemskåre enn Van Roy et al. (2010) være at deres utvalg ikke besto av barn med hørselstap. I tillegg er gjennomsnittsalderen på barna høyere i vår studie enn for Van Roy et al. (2010) og Overgaard et al. (2021) som kan ha vært en årsak til høyere skåre for vårt utvalg. Sammenlignet med Overgaard et al. (2021) hadde vårt utvalg i tillegg et mindre aldersspenn og ulik kjønnsfordeling som også kan være en forklaring på forskjellen i skårene.

Forskningsspørsmål 2 undersøkte følgende: *Finnes det en forskjell på foreldrenes opplevelse av barnets psykososiale helse basert på skoleform og støtte i skolen?* Våre resultater viste en statistisk signifikant forskjell på foreldrenes opplevelse av barnets psykososiale helse basert på skoleform. En årsak til dette funnet kan være at på skoler for hørselshemmede vil ikke barn med hørselstap skille seg ut slik de ofte gjør på nærskolen. Von Tetzchner (2019, s. 352) skriver at barn som ligner hverandre oftere blir gode venner. Ungdommer har ofte et ønske om å passe inn i det sosiale miljøet (Dammeyer et al., 2018, s. 424; Mjøen et al., 2021, s. 41). Det fantes en forskjell på gjennomsnittsskårene mellom barn med og uten støtte i skolen, men resultatet var ikke statistisk signifikant. En mulig årsak til forskjellen kan handle om at teknisk utstyr i klasserommene ikke brukes, eller at lærere ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvordan de benyttes i opplærings situasjonen (Holbø et al., 2021, s. 7–10). Dette er likevel ikke mulig å fastslå ut ifra resultatene.

Avslutningsvis undersøkte forskningsspørsmål 3 følgende: *Finnes det en forskjell på foreldrenes opplevelse av barnets psykososiale helse basert på tidsbruk og hvilke hørselshjelpemidler barnet har?* Resultatene viste ingen statistisk signifikant forskjell i Total problemskåre ved tidsbruk for barn med hørselshjelpemidler hele tiden eller ikke hele tiden. En mulig årsak til at det ikke var noen forskjell i gruppene kan være at behovet for hørselshjelpemiddel er mindre for de som ikke bruker det hele tiden. Dette kan forekomme ved ulike fritidsaktiviteter eller støyfulle omgivelser hvor hørselshjelpemiddelet ikke har noen positiv effekt (Stach & Ramachandran, 2022, s. 792). Barn med unilaterale hjelpemidler hadde høyere gjennomsnitt i Total problemskåre sammenlignet med barn med bilaterale hjelpemidler. Likevel var det ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene. En mulig årsak til at det ikke fantes en signifikant forskjell mellom gruppene kan være at barn med unilateralt hørselstap oppdages senere. Ved senere oppdagelse mister barn med unilaterale hørselstap mulighet for tidlig intervensjon (Laugen et al. 2017, s. 58). Til tross for dette har barn med unilaterale hørselstap fått auditive stimuli gjennom det hørende øret fra starten av livet. Dette gjør at disse barna trolig har tilegnet seg noen grunnferdigheter vedrørende lytting. Likevel kan vi ikke si for sikkert om dette gjelder for vårt utvalg.

Basert på forskningsspørsmålene besvares problemstillingen:

*Hvordan opplever foreldre til barn med hørselstap deres psykososiale helse basert på vennskap, emosjonelle symptomer, skolerelaterte faktorer og bruk av hørselshjelpemidler?*

Samlet var gjennomsnittsskåren for delskalaene Venneproblemer og Emosjonelle symptomer i kategorien Lett forhøyet. Det betyr at barna i utvalget har økt risiko for å utvikle venneproblemer og emosjonelle vansker. Oppsummert kan vi konkludere med at foreldrene til barn med hørselstap i skole for hørselshemmede opplever bedre psykososialt velvære enn barna som går i nærskolen basert på SDQ-Nor. Selv om det var forskjeller på gjennomsnittene i Total problemskåre for støtte i skolen, og unilaterale og bilaterale hørselstap, viste det ingen statistisk signifikante forskjeller. I gruppene tidsbruk med hørselshjelpemidler var gjennomsnittene relativt like og forskjellene var heller ikke statistisk signifikante.

## 6.2 Videre forskning

Som en avslutning på kapittelet vil vi foreslå videre forskning med samme tematikk som denne oppgaven. Videre forskning er basert på egne erfaringer samt andre forskningsartikler som har vært sentrale i denne oppgaven.

Det hadde vært spennende å forske videre på barn og unges egne opplevelser av psykososial helse og vennskap. Den originale planen for denne oppgaven var at barna selv skulle svare på SDQ-delen av spørreskjemaet. Dette ble ikke gjennomført grunnet for få deltakere. For å gå dypere inn i tematikken vedrørende barn med hørselstap og psykososial helse kunne det i tillegg blitt gjennomført en kvalitativ metode, med intervjuer. Da vil man ha muligheten til å få mer utdypende informasjon fra deltakerne enn ved spørreskjema. Det kan også være interessant å undersøke om det finnes forskjeller i psykososial helse og Venneproblemer basert på foreldre- og selvrapporering. Flere undersøkelser (Huber et al., 2015; Overgaard et al., 2021; Van Roy et al., 2010) har sammenlignet foreldrerapporering og selvrapporering med SDQ, men ingen av de undersøkte spesifikt Venneproblemer. Overgaard et al. (2021, s. 4) rapporterte resultater som blant annet viste til større vansker ved selvrapporering sammenlignet med foreldrerapporering. Her kunne en også ha benyttet Self-Description Questionnaire (SDQ II), som vi opprinnelig hadde tenkt. Den er selvrapporert, og barnets selvoppfattelse på individ og gruppenivå hadde vært et interessant synspunkt (Boyle, 1994, s. 632). SDQ er relativt mye brukt i forskning til å kartlegge psykososial helse hos barn og unge. For å sammenligne psykososial helse blant barn med hørselstap er det behov for en nasjonal normgruppe slik som i Sverige og Danmark (Kornør & Heyerdahl, 2017; Youth in Mind, 2022). Det hadde derfor vært interessant å få riksdekkende normer for Norge også.



Vår studie undersøkte blant annet om det fantes forskjeller i psykososial helse for barn med hjelpemidler bilateralt eller unilateralt. Likevel vet vi ikke om deltakerne i vår studie har et unilateralt hørselstap, eller bilateralt hørselstap med kun ett hjelpemiddel. Ifølge Overgaard et al. (2021, s. 2) er det gjennomført lite forskning på sammenligning mellom barn med unilateralt og bilateralt hørselstap, og opplevd livskvalitet. Det ville derfor vært interessant og nyttig for fagfeltet å undersøke hvorvidt det finnes forskjell mellom barn med hørselstap på ett eller begge ørene.

Barn med hørselstap strever oftere med vennerelasjoner sammenlignet med hørende jevnaldrende (Brice & Strauss, 2016; Niemsivu et al., 2018). Flere studier poengterer at barn med hørselstap strever med kommunikasjon og aldersadekvat språktilegnelse (Cole & Flexer, 2020, s. 38; Niemsivu et al., 2018). Språk og evnen til å kommunisere er viktige ferdigheter å ha når man danner relasjoner (Brice & Strauss, 2016, s. 73). Som nevnt er relasjoner en viktig faktor når det kommer til psykososial helse. Det hadde derfor vært interessant å undersøke språkutvikling og psykososial helse hos barn med hørselstap gjennom eksempelvis en språktest kombinert med SDQ-Nor.

Som en avslutning på oppgaven vil vi fremme viktigheten av å forske videre på denne gruppen. Barn med hørselstap har økt risiko for å utvikle psykososiale vansker, og forskning med særlig fokus på vennskap og emosjonelle symptomer vil derfor kunne motvirke denne utviklingen. Videre forskning vil kunne hjelpe med å belyse denne tematikken i større grad.

## Litteraturliste

- Allott, N. (2023, 09. mars). *Kommunikasjon*. Store Norske Leksikon.  
<https://snl.no/kommunikasjon>
- Bakken, A. (2018). Ungdata. Nasjonale resultater. I *oda.oslomet.no*. Oslo Metropolitan University - OsloMet: NOVA. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5128>
- Bakken, A., Hansen, A. L., & Østerlie, T. L. (2017). Barn og Unge med Nedsatt Hørsel. I T. Ogden & A.-L. Rygvold (red.), *Innføring i Spesialpedagogikk (5. utg.)* (s. 234–263). Gyldendal Akademisk.
- Bang, L., Hartz, I., Furu, K., Odsbu, I., Handal, M., Suren, P., & Torgersen, L. (2023, 10. februar). *Psykiske Plager og Lidelser Hos Barn og Unge*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Batten, G., Oakes, P. M., & Alexander, T. (2013). Factors Associated with Social Interactions Between Deaf Children and Their Hearing Peers: A Systematic Literature Review. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 19*(3), 285–302.  
<https://doi.org/10.1093/deafed/ent052>
- Befring, E. (2019). Forebygging i Barnehage og Skole med Vekt på Barns Læring og Livsmestring. I *Spesialpedagogikk* (s. 168–195). Cappelen Damm Akademisk.
- Befring, E. (2020a). *Grunnbok i Spesialpedagogikk (2. utg.)*. Universitetsforlaget.
- Befring, E. (2020b). *Sentrale Forskningsmetoder: Med Etikk og Statistikk (2. utg.)*. Cappelen Damm Akademisk.
- Befring, E., & Moen, B.-E. (2017). *Ungdom, Læring og Forebygging (2. utg.)*. Cappelen Damm AS.
- Befring, E., & Næss, K.-A. (2019). Innledning og Sammenfatning. I E. Befring, K.-A. B. Næss & R. Tangen (red.), *Spesialpedagogikk* (s. 23–48). Cappelen Damm Akademisk.

- Befring, E., & Uthus, M. (2019). Sosialt og Emosjonelt Sårbare Barn og Unge - utfordringer og muligheter. I *Spesialpedagogikk* (s. 500–522). Cappelen Damm Akademisk.
- Bezborodovs, N., Kočāne, A., Rancāns, E., & Villeruša, A. (2022). Clinical Utility of the Parent-Report Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Latvian Child and Adolescent Psychiatry Practice. *Medicina*, 58(11), 1599.  
<https://doi.org/10.3390/medicina58111599>
- Bowker, J. C., & Weingarten, J. (2022). Temporal approaches to the study of friendship: Understanding the Developmental Significance of Friendship Change During Childhood and Adolescence. I *Advances in Child Development and Behavior* (s. 249–272). Elsevier Inc.
- Boyle, G. J. (1994). Self-Description Questionnaire. In *Test Critiques, Volume X* (s. 632–643). Pro-ed.
- Brice, P., & Strauss, G. (2016). Deaf Adolescents in a Hearing World: A Review of Factors Affecting Psychosocial Adaptation. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 7, 67. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s60261>
- Buli-Holmberg, J., Nilsen, S., & Skogen, K. (2015). *Kultur for Tilpasset Opplæring - Skolelederrollen, Lærerrollen og Planleggingsarbeid*. Cappelen Damm Akademisk.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2018). *Research Methods in Education* (8. utg.). Routledge.
- Cole, E. B., & Flexer, C. A. (2020). *Children with Hearing Loss: Developing Listening and Talking, Birth to Six* (4. utg.). Plural Publishing.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and Mixed Methods Approaches* (5. utg.). SAGE Publications.
- Dammeyer, J. (2009). Psychosocial Development in a Danish Population of Children with Cochlear Implants and Deaf and Hard-of-Hearing Children. *Journal of Deaf Studies*

*and Deaf Education*, 15(1), 50–58.

<https://doi.org/10.1093/deafed/enp024>

Dammeyer, J., Chapman, M., & Marschark, M. (2018). Experience of Hearing Loss, Communication, Social Participation, and Psychological Well-Being Among Adolescents with Cochlear Implants. *American Annals of the Deaf*, 163(4), 424–439. <https://doi.org/10.1353/aad.2018.0027>

de Vaus, A. (2014). *Surveys in Social Research* (6. utg.). Routledge.

Den Nasjonale Forskningsetiske Komité for Samfunnsvitenskap og Humaniora (NESH). (2021, 16. desember). *Forskningsetiske Retningslinjer for Samfunnsvitenskap, Humaniora, Juss og Teologi*. Forskningsetikk. <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/nesh/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/#31Svakstilteogrbaregrupper>

Du Feu, M., & Chovaz, C. (2014). *Mental Health and Deafness*. Oxford Oxford University Press.

Duncan, J., Rhoades, E. A., & Fitzpatrick, E. M. (2014). *Auditory (Re)Habilitation for Adolescents with Hearing Loss - Theory and Practice*. Oxford University Press.

Eggermont, J. J. (2017). *Hearing Loss - Causes, Prevention, and Treatment*. Elsevier Inc.

Eiser, C., & Varni, J. W. (2013). Health-Related Quality of Life and Symptom Reporting: Similarities and Differences Between Children and Their Parents. *European Journal of Pediatrics*, 172(10), 1299–1304. <https://doi.org/10.1007/s00431-013-2049-9>

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>

- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345, <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Grønlie, S. M. (2005). *Uten Hørsel? En Bok om Hørselshemming*. Bergen Fagbokforlag.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige Metoder* (2. Utg.). Fagbokforlaget.
- Hansen, N., & Forssén, K. (u.å.). *Psykometriske Grunnbegreper*. Pearson Clinical & Talent Assessment. Hentet 26. april 2023 fra <https://www.pearsonclinical.no/psykometriskegrunnbegreper>
- Haukedal, C. L., Wie, O. B., Schaubert, S. K., Lyxell, B., Fitzpatrick, E. M., & von Koss Torkildsen, J. (2022). Social Communication and Quality of Life in Children Using Hearing Aids. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 152, 111000. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2021.111000>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, 08. november). *Regjeringen Satser på Psykisk Helse*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-satser-pa-psykisk-helse/id2885021/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022, 06. april). *Opptappingsplan for Psykisk Helse*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptappingsplan-psykisk-helse/id2907606/>
- Hesselberg, F., & von Tetzchner, S. (2016). *Pedagogisk - Psykologisk Arbeid*. Oslo Gyldendal Akademisk.
- Heyerdahl, S. (2003). *SDQ - Strength and Difficulties Questionnaire*. Norsk Epidemiologi 2003; 13(1): 127-135 <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/download/320/298>
- Hjelpemiddeldatabasen. (2021). *Hjelpemiddeldatabasen - Roger On fra Sonova Norway AS*. [Www.hjelpemiddeldatabasen.no](http://www.hjelpemiddeldatabasen.no).

<https://www.hjelpemiddeldatabasen.no/r11x.asp?linkinfo=65406&art0=119932&nart=1>

Holbø, K., Carlijn, A., Tore, V., Storholmen, C., & Høilund-Kaupang, H. (2021). *Rapport Mønsterklasserom Levert Som Tjeneste - Tilrettelegging i Skolen for Barn med Hørselshemming*. [https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2827673/2021\\_00193%2bM%25C3%25B8nsterklasserom%2blevert%2bsom%2btjeneste%2b\\_sluttrapport.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2827673/2021_00193%2bM%25C3%25B8nsterklasserom%2blevert%2bsom%2btjeneste%2b_sluttrapport.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) (u.å.). *Foreldre med hørselshemmet barn*. HLF.

Hentet 21. april 2023 fra <https://www.hlf.no/horselsinfo/foreldre-med-horselshemmet-barn/>

Huber, M., Burger, T., Illg, A., Kunze, S., Giourgas, A., Braun, L., Kröger, S., Nickisch, A., Rasp, G., Becker, A., & Keilmann, A. (2015). Mental Health Problems in Adolescents with Cochlear Implants: Peer Problems Persist After Controlling for Additional Handicaps. *Frontiers in Psychology*, 6(953). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00953>

Jiménez-Arberas, E., & Díez, E. (2021). Psychosocial Impact of Assistive Devices and Other Technologies on Deaf and Hard of Hearing People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7259. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147259>

Kornør, H., & Heyerdahl, S. (2017). Måleegenskaper ved den Norske Versjonen av Strengths and Difficulties Questionnaire, Foreldrerapport (SDQ-P). *PsyktTestBarn*, 1(1). <https://doi.org/10.21337/0048>

Kunnskapsbanken. (u.å.). *Tilrettelegge for Hørselsvansker i Skolen*. Kunnskapsbanken.

Hentet 30. januar 2023 fra <https://www.kunnskapsbanken.net/horsel/tilrettelegge-for-horselsvansker-i-skolen/>

- Larsen, A. K. (2017). *En Enklere Metode: Veiledning i Samfunnsvitenskapelig Forskningsmetode* (2. utg.). Bergen Fagbokforlag.
- Laugen, N. J., Jacobsen, K. H., Rieffe, C., & Wichstrøm, L. (2016). Predictors of Psychosocial Outcomes in Hard-of-Hearing Preschool Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/deafed/enw005>
- Laugen, N. J., Jacobsen, K. H., Rieffe, C., & Wichstrøm, L. (2017). Social skills in preschool children with unilateral and mild bilateral hearing loss. *Deafness & Education International*, 19(2), 54–62. <https://doi.org/10.1080/14643154.2017.1344366>
- Löfkvist, U., Haukedal, C. L., & Wie, O. B. (2019). Hørselstap hos Barn. I E. Befring, K-A. B. Næss & R. Tangen (red.), *Spesialpedagogikk* (s. 451–477). Cappelen Damm Akademisk.
- Lund, T. (2002a). Generaliseringsproblematikk. I T. Lund (red.), *Innføring i Forskningsmetodologi* (s. 125–134). Unipub AS.
- Lund, T. (2002b). Metodologiske Prinsipper og Referanserammer. I T. Lund (red.), *Innføring i Forskningsmetodologi* (s. 79–124). Unipub AS.
- McCormack, A., & Fortnum, H. (2013). Why Do People Fitted with Hearing Aids Not Wear Them? *International Journal of Audiology*, 52(5), 360–368. <https://doi.org/10.3109/14992027.2013.769066>
- Med-el. (2018). *Bonebridge: Safe, Reliable Active Bone Conduction*. [www.medel.com](http://www.medel.com). <https://blog.medel.pro/audiology/bonebridge-reliable-bone-conduction-implant/>
- Mjøen, O. M., Kermit, P., & Caspersen, J. (2021). Betingelser for God Inkludering i Skole for Hørselshemmede. I *Hørselshemmedes Landsforbund*. HLF. [https://www.hlf.no/globalassets/dokumenter/dette-jobber-vi-med/endelig-rapport-betingelser\\_inkludering\\_horselshemmede.pdf](https://www.hlf.no/globalassets/dokumenter/dette-jobber-vi-med/endelig-rapport-betingelser_inkludering_horselshemmede.pdf)

- Navarro, D. J., & Foxcroft, D. R. (2022). *Learning Statistics with Jamovi - A Tutorial for Psychology Students and Other Beginners* (Versjon 0.75). Creative Commons BY-SA License. <http://learnstatswithjamovi.com>
- Niclasen, J., & Dammeyer, J. (2016). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire and Mental Health Problems Among Children with Hearing Loss. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(2), s. 129–140. <https://doi.org/10.1093/deafed/env067>
- Niemensivu, R., Roine, R. P., Sintonen, H., & Kentala, E. (2018). Health-Related Quality of Life in Hearing-Impaired Adolescents and Children. *Acta Oto-Laryngologica*, 138(7), 652–658. <https://doi.org/10.1080/00016489.2018.1438661>
- Overgaard, K. R., Oerbeck, B., Wagner, K., Friis, S., Øhre, B., & Zeiner, P. (2021). Youth with Hearing Loss: Emotional and Behavioral Problems and Quality of Life. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 145, 110718. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2021.110718>
- Peter, K. A., Helfer, T., Golz, C., Halfens, R. J. G., & Hahn, S. (2021). Development of an Interrelated Definition of Psychosocial Health for the Health Sciences Using Concept Analysis. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1–8. <https://doi.org/10.3928/02793695-20211214-02>
- Plack, C. J. (2018). *The Sense of Hearing* (3. utg.). Routledge.
- Punch, K., & Oancea, A. (2014). *Introduction to Research Methods in Education* (2. utg.). Sage Publications Ltd.
- Rieffe, C., Broekhof, E., Eichengreen, A., Kouwenberg, M., Veiga, G., da Silva, B. M. S., van der Laan, A., & Frijns, J. H. M. (2018). Friendship and Emotion Control in Pre-Adolescents with or Without Hearing Loss. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 23(3), 209–218. <https://doi.org/10.1093/deafed/eny012>



- Ringdal, K. (2018). *Enhet og Mangfold: Samfunnsvitenskapelig Forskning og Kvantitativ Metode* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Schow, R. L., & Nerbonne, M. A. (2018). *Introduction to Audiologic Rehabilitation*. Pearson.
- Schwartz-Mette, R. A., & Shankman, J. (2020). Relations of Friendship Experiences with Depressive Symptoms and Loneliness in Childhood and Adolescence: A Meta-Analytic Review. *American Psychological Association, 146*(8), 664–700. Psychnet-Apa.org. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000239>
- Sikt. (u.å.). *Meldeskjema for personopplysninger i forskning*. Sikt.no. Hentet 04. april 2023 fra <https://sikt.no/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger>
- Skrove, M. S. (2015). *Emotional Symptoms, Lifestyle and Somatic Aspects in Adolescence - The Importance of Resilience Factors*. Ntnuopen.ntnu.no. <http://hdl.handle.net/11250/2360349>
- Solbakken, S. S. (2019). *Statistikk for Nybegynnere*. Fagbokforlaget.
- Stach, B. A., & Ramachandran, V. (2022). *Clinical Audiology - An Introduction* (3. utg.). Plural Publishing, Incorporated.
- Statistisk Sentralbyrå. (2022, 29. mars). *Hva er Vanlig Lønn i Norge?* SSB.no <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/lonn-og-arbeidskraftkostnader/artikler/hva-er-vanlig-lonn-i-norge>
- Statistiska Centralbyrån. (2022, 21. juli). *Medellöner i Sverige*. SCB.no <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/medelloner-i-sverige/>
- Statlig Spesialpedagogisk Tjeneste (Statped). (2022, 08. juli). *Hørselstap og Teknisk Tilrettelegging*. Statped.no. <https://www.statped.no/horsel/tilrettelegging/horselstap-og-teknisk-tilrettelegging/>

- Statlig Spesialpedagogisk Tjeneste (Statped). (2021, 26. april). *Kompetanse for å Undervise Elever med Nedsatt Hørsel*. Statped.no. <https://www.statped.no/horsel/tiltak-i-grunnskolen-for-elever-med-nedsatt-horsel/kompetanse-for-a-undervise-elever-med-nedsatt-horsel/>
- Stevenson, J., Kreppner, J., Pimperton, H., Worsfold, S., & Kennedy, C. (2015). Emotional and Behavioural Difficulties in Children and Adolescents with Hearing Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(5), 477–496. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0697-1>
- Svartdal, F. (2020, 31. desember). *Psykososial*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/psykososial>
- Svartdal, F. (2022, 24. januar). *Prososial Atferd*. Store Norske Leksikon. [https://snl.no/prososial\\_atferd](https://snl.no/prososial_atferd)
- Teoli, D., & Bhardwaj, A. (2022, 26. mars). *Quality of Life*. PubMed; StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536962/>
- Theunissen, S. C. P. M., Rieffe, C., Netten, A. P., Briaire, J. J., Soede, W., Schoones, J. W., & Frijns, J. H. M. (2014). Psychopathology and Its Risk and Protective Factors in Hearing-Impaired Children and Adolescents. *JAMA Pediatrics*, 168(2), 170. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.3974>
- Thorvaldsen, B. Ø. (2023, 07. mars). *Språk i Norge*. Store Norske Leksikon. [https://snl.no/spr%C3%A5k\\_i\\_Norge](https://snl.no/spr%C3%A5k_i_Norge)
- Thrane, C. (2018). *Kvantitativ Metode en Praktisk Tilnærming*. Oslo Cappelen Damm Akademisk.
- Tønnesson, Ø., & Svartdal, F. (2021, 08. februar). *Ungdom*. Store Norske Leksikon. <https://sml.snl.no/ungdom>

- Ulset, V., & Bekkhus, M. (u.å.). *Familie, Vennskap, Skole og Barnehage Kan Bidra til Resiliens og Positiv Utvikling Hos Barn og Unge*. Rådet for Psykisk Helse. Hentet 10. mai 2023 fra <https://psykiskhelse.no/psykiskoppvekst/relasjoner/familie-vennskap-skole-og-resiliens/>
- Universitetet i Oslo (UiO). (u.å.). *Nettskjema - Universitetet i Oslo*. UiO. Hentet 21. februar 2023 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- Universitetet i Oslo (UiO). (2014, 16. januar). *Om Tjenester for Sensitive Data - Universitetet i Oslo*. UiO. <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/mer-om/>
- Universitetet i Oslo (UiO). (2022, 30. mars). *Klassifisering av Data og Informasjon - Universitetet i Oslo*. UiO. <https://www.uio.no/tjenester/it/sikkerhet/isis/tillegg/lagring/infoklasser.html>
- Utdanningsdirektoratet (Udir). (2021, 11. januar). *Veilederen Spesialundervisning*. Udir. <https://www.udir.no/udir/printpageaspdfservice.ashx?pdfld=112332>
- Van Roy, B., Groholt, B., Heyerdahl, S., & Clench-Aas, J. (2010). Understanding Discrepancies in Parent-Child Reporting of Emotional and Behavioural Problems: Effects of Relational and Socio-Demographic Factors. *BMC Psychiatry, 10*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-10-56>
- von Tetzchner, S. (2019). *Barne- og Ungdomspsykologi: Typisk og Atypisk Utvikling*. Gyldendal Norsk Forlag.
- von Tetzchner, S. (2023, 02. januar). *Identitet*. Store Norske Leksikon. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/identitet>
- Williams, K. C. (2018). *Hørselestap, Stress og Mestring*. Oslo Gyldendal.
- Youth In Mind. (2022, 13. mars). *Normative Data*. Sdqinfo.org. <https://sdqinfo.org/g0.html>

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Samtykkeskjema



### Hvordan går det på skolen? Samtykke

#### Hvordan går det på skolen? Psykososialt velvære, vennsksapsrelasjoner og støtte i skolen for barn og unge med hørselstap.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge psykososialt velvære og pedagogisk støtte i skolen for elever med hørselstap. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære.

#### Formål

Dette er et forskningsprosjekt med hensikt å undersøke hvordan foreldre oppfatter psykososialt velvære hos elever med hørselstap, med vekt på jevnalderrelasjoner og pedagogisk støtte i ulike skoletyper (nærskoler, spesialskoler, etc.). Prosjektet har som mål å innhente kunnskap om hvordan psykososialt velvære er relatert til pedagogisk støtte, tilrettelegging og jevnalderrelasjoner for elever med hørselstap. Vi håper at kunnskapen fra prosjektet skal kunne brukes til å forbedre skolesituasjonen til barn og unge med hørselstap.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Simon Sundström ved Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å delta må du være en foresatt til et barn/ungdom med hørselstap mellom 10 og 17 år. Du får forespørsel om å være med fordi du oppfyller kriteriene.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut ett spørreskjema på nett i to deler. Del én vil innebære spørsmål om familiens bakgrunn, som språk, inntekt og pedagogisk oppfølging, samt om eleven bruker hørselshjelpemiddel (høreapparat, benledningsapparat og/eller cochleaimplantat). Del to inneholder påstander du skal ta stilling til om barnet/ungdommen. Den handler om relasjoner, personlige egenskaper og skolehverdag.

Gjennomføring av spørreskjemaet vil ta ca. 10 minutter. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk. For å se spørreskjemaet på forhånd, kontakt prosjektansvarlig.

#### Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

I prosjektet kommer vi til å samle inn og registrere informasjon om deg, din familie og ditt barn. Bare forskere tilknyttet studien vil ha tilgang til informasjonen som samles inn, og alle opplysninger vil lagres på en sikker plattform på Universitetet i Oslo (Tjenester for Sensitive Data). Dine og ditt barns opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet (31.12.2024). Deretter vil alle dataene bli anonymisert. Anonymisering skjer ved at data slettes eller omskrives på en måte slik at ingen kan gjenkjennes. Når forskningsartikler om prosjektet blir publisert, vil ingen enkeltpersoner kunne gjenkjennes.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Universitetet i Oslo ved Simon Sundström, epost: [simon.sundstrom@isp.uio.no](mailto:simon.sundstrom@isp.uio.no) eller telefon: 22 85 81 28.

Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye, epost: [personvernombud@uio.no](mailto:personvernombud@uio.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

Epost: [personvertjenester@sikt.no](mailto:personvertjenester@sikt.no) eller telefon: 73 98 40 40

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Universitetet i Oslo ved Simon Sundström, epost: [simon.sundstrom@isp.uio.no](mailto:simon.sundstrom@isp.uio.no) eller telefon: 22 85 81 28

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

Epost: [personvertjenester@sikt.no](mailto:personvertjenester@sikt.no) eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

**Simon Sundström**, førsteamanuensis, prosjektansvarlig  
Institutt for spesialpedagogikk

**Bettina Astrup**, forskningsassistent

**Ida Salvesen**, forskningsassistent

### **Samtykkeerklæring**

Hvis du trykker deg videre til spørreskjemaet på neste side samtykker du til å delta i prosjektet. Om du ikke fullfører utfyllingen av skjemaet vil ikke opplysninger om deg lagres.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Hvordan går det på skolen?*, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

at jeg deltar i *spørreundersøkelse på nett*

at mine og mitt barns opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet (31.12.2024).

**Dersom du ikke ønsker å bli med i prosjektet og ikke har samtykket tidligere, kan du lukke din nettleser.**

**Hvis du trykker på Send vil du bli sendt direkte til spørreskjemaet.**

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv

### Er du foresatt til barn eller ungdom med hørselstap?

Vi søker deltakere til en studie om psykososialt velvære, vennskap og pedagogisk støtte i skolen for elever med hørselstap. Studien gjennomføres av forskere ved Universitetet i Oslo.



Foto: Unsplash

Formålet med studien er blant annet å undersøke om det er en sammenheng mellom hvilken støtte elever får og hvordan foreldre opplever deres velvære, sosiale relasjoner og skolefungering. Vi håper at kunnskapen fra prosjektet skal kunne brukes til å forbedre skolesituasjonen til barn og unge med hørselstap.

Foreldre til barn og unge med hørselstap mellom 10 og 17 år kan være med i dette prosjektet. Deltakelse i studien innebærer at forelder/foresatt fyller ut et spørreskjema på nett. Spørsmålene handler om familiens bakgrunn (f.eks. språk og utdanning), relasjoner og skolehverdag. Gjennomføring av spørreskjemaet vil ta ca. 10 minutter.

Det er helt frivillig å delta, og du kan når som helst avbryte deltakelsen uten å oppgi årsak før innlevert svar. Skann QR-koden eller trykke på denne lenken <https://nettskjema.no/a/327733> for å svare på spørreskjemaet. Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål!

På forhånd tusen takk!



**Bettina L. Astrup**  
Masterstudent Institutt for spesialpedagogikk  
Universitetet i Oslo  
E-post: [bettinla@student.uv.uio.no](mailto:bettinla@student.uv.uio.no)



**Ida E. Salvesen**  
Masterstudent Institutt for spesialpedagogikk  
Universitetet i Oslo  
E-post: [idaesal@student.uv.uio.no](mailto:idaesal@student.uv.uio.no)



**Simon Sundström**  
førsteamanuensis, prosjektansvarlig  
Institutt for spesialpedagogikk Universitetet i Oslo  
E-post: [simon.sundstrom@isp.uio.no](mailto:simon.sundstrom@isp.uio.no)  
Telefon: 22 85 81 28

Skann QR-koden for å svare på spørreskjemaet



# Vedlegg 3: Demografi på norsk

## Spørreskjema

Side 1

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Hvor gammel er barnet/ungdommen? \*

10 | | | | | | | 17

Verdi

Hvilket klassetrinn går barnet/ungdommen i? \*

Er barnet/ungdommen? \*

Gutt

Jente

Annet

Ønsker ikke å oppgi

Er du? \*

Mamma

Pappa

<https://nettskjema.no/user/form/346285> 2/19

Annen relasjon

Hvis du har en annen relasjon til barnet/ungdommen, oppgi hva

Hvor gammel er du?

0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100

Verdi

Hva er din høyeste fullførte utdanning? \*

Ingen avsluttet utdanning

Grunnskole

Videregående skole

Fagskoleutdanning etter videregående opplæring

Høyskole/universitet

Forskerutdanning

Ønsker ikke å oppgi

Hva er husholdningens sammenlagte årlige bruttoinntekt (før skatt)? \*

Opp til 99 999 kr

100 000 - 199 999 kr

200 000 - 299 999 kr

<https://nettskjema.no/user/form/346285> 3/19

2023-05-30 18:28 Spørreskjema - Vis - Nettskjema

300 000 - 399 999 kr

400 000 - 499 999 kr

500 000 - 599 999 kr

600 000 - 699 999 kr

700 000 - 799 999 kr

800 000 - 899 999 kr

900 000 - 999 999 kr

1 000 000 - 1 100 000 kr

1 100 000 - 1 200 000 kr

1 200 000 - 1 300 000 kr

1 300 000 - 1 400 000 kr

1 400 000 - 1 500 000 kr

Mer enn 1 500 000 kr

Jeg vet ikke/ønsker ikke å oppgi

Hvilket/hvilke språk snakkes i deres hjem? \*

Klikk på alle som passer

Tegnspråk

Norsk

Samisk

Svensk

Engelsk

Urdu

Tyrkisk

Andre språk

<https://nettskjema.no/user/form/346285> 4/19

2023-05-30 18:28 Spørreskjema - Vis - Nettskjema

Vitevitenskap

Bosnisk/kroatisk/serbisk

Arabisk

Kurdisk

Spansk

Persisk

Dansk

Tysk

Finsk

Polsk

Ukrainsk

Annet

Hvem bruker/snakker samme språk som barnet/ungdommen hjemme?

Her skal du trykke på personer som bor med barnet/ungdommen til vanlig. Trykk på alle som passer

	Du	Andre forelderen	Sesken	Mormor/morfar	Famori/forfar
Tegnspråk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Norsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svensk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engelsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urdu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<https://nettskjema.no/user/form/346285> 5/19



Tyrkisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vietnamesisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bosnisk/kroatisk/serbisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arabisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurdisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spansk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dansk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tysk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ukrainsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mye brukes følgende språk i deres hjem?

Trykk på alle som passer

	Mindre enn halvparten av tiden	Halvparten av tiden	Mer enn halvparten av tiden
Tegnspråk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

https://nettskjema.no/userform/346285

6/19

Norsk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samisk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Svensk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Engelsk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urdu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tyrkisk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vietnamesisk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bosnisk/kroatisk/serbisk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arabisk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurdisk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spansk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persisk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dansk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tysk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finsk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polsk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ukrainsk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

https://nettskjema.no/userform/346285

7/19

2023-05-30 18:28

Spørreskjema - Vis - Nettskjema

Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Hvilke språk brukes på skolen sammen med barnet/ungdommen?

Trykk på alle som passer

	Mindre enn halvparten av tiden	Halvparten av tiden	Mer enn halvparten av tiden
Tegnspråk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Norsk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samisk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Svensk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Engelsk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urdu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tyrkisk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vietnamesisk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bosnisk/kroatisk/serbisk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arabisk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurdisk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spansk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persisk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

https://nettskjema.no/userform/346285

8/19

2023-05-30 18:28

Spørreskjema - Vis - Nettskjema

Dansk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tysk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finsk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polsk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ukrainsk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Har barnet/ungdommen noen andre diagnoser i tillegg til hørselnedsettelsen? \*

- Nei  
 Ja

Beskriv kortfattet

**!** Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har barnet/ungdommen noen andre diagnoser i tillegg til hørselnedsettelsen?»

Hva slags skole går barnet/ungdommen i? \*

- Ordinær grunnskole  
 Spesialskole  
 Skole for hørselshemmede  
 Annet

https://nettskjema.no/userform/346285

9/19

2023-05-30 18:28 Spørreskjema - Vis - Nettskjema

**Oppgi hva slags skole**

**1** Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Hva slags skole går barnet/ungdommen i?»

**Har barnet/ungdommen hørselshjelpemidler? \***

Ja

Nei

**Hvilket hørselshjelpemiddel har barnet/ungdommen? \***

**1** Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har barnet/ungdommen hørselshjelpemidler?»

Trykk på alle som passer

Høreapparat på ett øre

Benledningsapparat på ett øre

Cochleaimplantat på ett øre

Høreapparat på begge ørene

Benledningsapparat på begge ørene

Cochleaimplantat på begge ørene

Annet

**Oppgi hva**

**1** Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Hvilket hørselshjelpemiddel har barnet/ungdommen?»

**Hvor bruker barnet/ungdommen hørselshjelpemiddelet sitt? \***

<https://nettskjema.no/user/form/346285>

10/19

2023-05-30 18:28 Spørreskjema - Vis - Nettskjema

**1** Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har barnet/ungdommen hørselshjelpemidler?»

Trykk på alle som passer

Hjemme

Skolen

Andre steder

**Bruker barnet/ungdommen hørselshjelpemiddel hele tiden på en vanlig dag? \***

**1** Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har barnet/ungdommen hørselshjelpemidler?»

Ja

Nei

**Hvor mange timer hver dag bruker barnet/ungdommen hørselshjelpemiddel på skolen? \***

**1** Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Bruker barnet/ungdommen hørselshjelpemiddel hele tiden på en vanlig dag?»

1-2 timer

3-5 timer

Over 5 timer

**Hvor mange timer hver dag bruker barnet/ungdommen hørselshjelpemiddel hjemme? \***

**1** Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Bruker barnet/ungdommen hørselshjelpemiddel hele tiden på en vanlig dag?»

1-2 timer

<https://nettskjema.no/user/form/346285>

11/19

2023-05-30 18:28 Spørreskjema - Vis - Nettskjema

3-5 timer

Over 5 timer

**Hvor mange timer hver dag bruker barnet/ungdommen hørselshjelpemiddel andre steder (ikke på skolen eller hjemme)? \***

**1** Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Bruker barnet/ungdommen hørselshjelpemiddel hele tiden på en vanlig dag?»

1-2 timer

3-5 timer

Over 5 timer

**Brukes noe av følgende i klasserommet? \***

Trykk på alle som passer

Teleslynge

Bordmikrofoner

Høyttalersystem

Ingen slike hjelpemidler i klasserommet

Annet

Vet ikke

**Oppgi hva**

**1** Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Brukes noe av følgende i klasserommet?»

<https://nettskjema.no/user/form/346285>

12/19

2023-05-30 18:28 Spørreskjema - Vis - Nettskjema

**Finnes noen av følgende tilpasninger i klasserommet? \***

Trykk på alle som passer

Støydempende øreklokker

Skjermer mellom bordene

Myke overflater som tepper eller lyddempende materialer under bord og stoler

Lyddempende materialer på vegger

Ingen slik tilpasning i klasserommet

Annet

Vet ikke

**Oppgi hva**

**1** Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Finnes noen av følgende tilpasninger i klasserommet?»

**Får barnet/ungdommen særskilt støtte i skolen? \***

Ja

Nei

Har hatt tidligere

**Har barnet/ungdommen noe av følgende? \***

**1** Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Får barnet/ungdommen særskilt støtte i skolen?»

Vanlig spesialpedagogisk tilrettelegging, for eksempel med spesiallærere eller assistent

Tilpasset studieløp, for eksempel at det fjernes ett eller flere fag

<https://nettskjema.no/user/form/346285>

13/19

Annen særskilt støtte

#### Oppgi hva

**i** Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annen særskilt støtte» er valgt i spørsmålet «Har barnet/ungdommen noe av følgende»

#### Lesedel

Følgende spørsmål handler om hvor mye tid barnet/ungdommen bruker på å lese hjemme på en vanlig skoledag

Hvor mye leser barnet/ungdommen til skolearbeid på en vanlig skoledag? \*

- Mindre enn 15 minutter
- 15-30 minutter
- 30-45 minutter
- 45 minutter - 1 time
- 1-1,5 time
- 1,5-2 timer
- Mer enn 2 timer
- Usikker

Hva pleier barnet/ungdommen å lese i når han/hun leser til skolearbeid på en vanlig skoledag? \*

- Mest i papirformat
- Mest på digitale skjermer
- Like mye i begge

Hvor mye leser barnet/ungdommen utenom skolearbeid på en vanlig skoledag? \*

- Mindre enn 15 minutter
- 15-30 minutter
- 30-45 minutter
- 45 minutter - 1 time
- 1-1,5 time
- 1,5-2 timer
- Mer enn 2 timer
- Usikker

Hva pleier barnet/ungdommen å lese i utenom skolearbeid på en vanlig skoledag? \*

- Mest i papirformat
- Mest på digitale skjermer
- Like mye i begge

Sideskift

## Vedlegg 4: Demografi på svensk

Deltagande i studien sker anonymt och dina svar behandlas konfidentiellt. Resultatet kommer enbart att presenteras på gruppnivå och användas i vetenskapligt syfte. Medverkan i studien är frivillig och du kan när som helst avbryta ditt deltagande genom att sluta svara.

- Ja. Jag har läst informationen ovan och samtycker till att delta. Jag förstår att jag har rätt att dra mig ur studien när jag vill. (1)
- Nej, jag vill inte delta. (2)

Frågor till vårdnadshavare:

Är du

Mamma

Pappa

Annan relation (specificera)

Hur gammal är du? (skala 0-100)

Vilken är din högsta slutförda utbildning?

- Ingen avslutad utbildning (1)
- Grundskola (2)
- Gymnasium (3)
- Eftergymnasial yrkesutbildning (4)
- Högskola/universitet (5)
- Forskarutbildning (6)

Vad är hushållets sammanlagda årliga bruttoinkomst (före skatt)?

- Upp till 99 999kr (1)
- 100 000 - 199 999kr (2)
- 200 000 - 299 999kr (3)
- 300 000- 399 999kr (4)
- 400 000- 499 999kr (5)
- 500 000 - 599 999kr (6)
- 600 000- 699 999kr (7)
- 700 000- 799 999kr (8)
- 800 000- 899 999kr (9)
- 900 000- 999 999kr (10)
- 1 000 000kr eller mer (11)
- Jag vet inte/vill inte svara (12)

Vilket/vilka språk används i ditt/ert hem?

*Klicka i allt som stämmer.*

- Teckenspråk
- Svenska (45)
- Arabiska (63)
- Finska (64)
- Bosniska/kroatiska/serbiska (65)
- Kurdiska (66)
- Polska (67)
- Spanska (68)

- Persiska (69)
- Tyska (70)
- Danska (71)
- Norska (72)
- Engelska (78)
- Annat (79)

Vem använder följande språk som barnet hemma?  
 Klicka i allt som stämmer.

	Du (1)	Andra förälder n (2)	Mormor/Mor far (3)	Farmor/Farf ar (4)	Sysko n (5)	Släkting ar (6)	Andra (7)
Teckenspråk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svenska (x45)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arabiska (x63)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finska (x64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bosniska/kroatiska/serbiska (x65)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurdiska (x66)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polska (x67)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spanska (x68)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persiska (x69)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tyska (x70)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Danska (x71)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Norska (x72)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engelska (x78)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat (x79)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur mycket används följande språk i ert hem?

	Mindre än hälften av tiden. (1)	Hälften av tiden. (2)	Mer än hälften av tiden. (3)
Teckenspråk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Svenska (x45)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arabiska (x63)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finska (x64)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bosniska/kroatiska/serbiska (x65)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurdiska (x66)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polska (x67)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spanska (x68)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persiska (x69)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tyska (x70)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Danska (x71)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Norska (x72)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Engelska (x78)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annat (x79)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vilka språk används i skolan?

	Mindre än hälften av tiden. (1)	Hälften av tiden. (2)	Mer än hälften av tiden. (3)
Teckenspråk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Svenska (x45)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arabiska (x63)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finska (x64)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bosniska/kroatiska/serbiska (x65)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurdiska (x66)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polska (x67)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spanska (x68)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persiska (x69)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tyska (x70)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Danska (x71)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Norska (x72)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Engelska (x78)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annat (x79)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Har barnet några andra diagonser I tillägg till hörselnedsättningen?

- Nej (1)
- Ja. Beskriv kortfattat: (2)

Hörselrelaterade frågor

Har du hörhjälpmedel?

Ja

Nej

Om ja, Vilket hörhjälpmedel har du (möjligt att välja flera)?

Hörapparat (ena örat)

Hörapparat (Båda öronen)

Benledningsapparat (ena örat)

Benledningsapparat (båda öronen)

Cochleaimplantat (ena örat)

Cochleaimplantat (båda öronen)

Annat (ange vad):

Används något av följande i klassrummet?

Hörselslinga

Bordsmikrofoner

Högtalarsystem

Annat (ange vad):

Finns någon av följande anpassningar i klassrummet

Brusreducerande hörselkåpor

Skärmar mellan borden

Mjuka ytor så som mattor eller ljuddämpande material under bord och stolar

Ljuddämpande material på väggar

Annat (ange vad):

Får barnet särskilt stöd i skolan

Ja

Nej

Har haft tidigare

Om ja, har barnet någon av följande insatser

Regelbundna specialpedagogiska insatser exempelvis med speciallärare eller assistent

Anpassad studiegång, exempelvis att ett eller flera ämnen tas bort

Om något annat särskilt stöd har givits ange vad:

Läsningssedel

Följande frågor handlar om hur mycket tid du lägger på läsning hemma en vanlig skoldag. (diskutera tidsaspekt)

Hur mycket läser du för **skolarbete**?

Svar: Tidsskattning

Vad läser du oftast i?

Pappersformat

Digitala skärmar

Lika mycket i båda

Hur mycket läser du för nöjes skull **hemma**?



Svar: Tidsskattning

Vad läser du oftast i?

Pappersformat

Digitala skärmar

Lika mycket i båda

# Vedlegg 5: Skåringsnøkkel SDQ

20 June 2016

1

## Scoring the Strengths & Difficulties Questionnaire for age 4-17 or 18+

The 25 items in the SDQ comprise 5 scales of 5 items each. It is usually easiest to score all 5 scales first before working out the total difficulties score. 'Somewhat True' is always scored as 1, but the scoring of 'Not True' and 'Certainly True' varies with the item, as shown below scale by scale. For each of the 5 scales the score can range from 0 to 10 if all items were completed. These scores can be scaled up pro-rata if at least 3 items were completed, e.g. a score of 4 based on 3 completed items can be scaled up to a score of 7 (6.67 rounded up) for 5 items.

**Note that the items listed below are for 4-17-year-olds, but the scoring instructions are identical for the similarly-worded '18+' SDQ**

Table 1: Scoring symptom scores on the SDQ for 4-17 year olds

	Not True	Somewhat True	Certainly True
<b>Emotional problems scale</b>			
ITEM 3: Often complains of headaches... ( <i>I get a lot of headaches...</i> )	0	1	2
ITEM 8: Many worries... ( <i>I worry a lot</i> )	0	1	2
ITEM 13: Often unhappy, downhearted... ( <i>I am often unhappy...</i> )	0	1	2
ITEM 16: Nervous or clingy in new situations... ( <i>I am nervous in new situations...</i> )	0	1	2
ITEM 24: Many fears, easily scared ( <i>I have many fears...</i> )	0	1	2
<b>Conduct problems Scale</b>			
ITEM 5: Often has temper tantrums or hot tempers ( <i>I get very angry</i> )	0	1	2
ITEM 7: Generally obedient... ( <i>I usually do as I am told</i> )	2	1	0
ITEM 12: Often fights with other children... ( <i>I fight a lot</i> )	0	1	2
ITEM 18: Often lies or cheats ( <i>I am often accused of lying or cheating</i> )	0	1	2
ITEM 22: Steals from home, school or elsewhere ( <i>I take things that are not mine</i> )	0	1	2
<b>Hyperactivity scale</b>			
ITEM 2: Restless, overactive... ( <i>I am restless...</i> )	0	1	2
ITEM 10: Constantly fidgeting or squirming ( <i>I am constantly fidgeting...</i> )	0	1	2
ITEM 15: Easily distracted, concentration wanders ( <i>I am easily distracted</i> )	0	1	2
ITEM 21: Thinks things out before acting ( <i>I think before I do things</i> )	2	1	0
ITEM 25: Sees tasks through to the end... ( <i>I finish the work I am doing</i> )	2	1	0
<b>Peer problems scale</b>			
ITEM 6: Rather solitary, tends to play alone ( <i>I am usually on my own</i> )	0	1	2
ITEM 11: Has at least one good friend ( <i>I have one goof friend or more</i> )	2	1	0
ITEM 14: Generally liked by other children ( <i>Other people my age generally like me</i> )	2	1	0
ITEM 19: Picked on or bullied by other children... ( <i>Other children or young people pick on me</i> )	0	1	2
ITEM 23: Gets on better with adults than with other children ( <i>I get on better with adults than with people my age</i> )	0	1	2
<b>Prosocial scale</b>			
ITEM 1: Considerate of other people's feelings ( <i>I try to be nice to other people</i> )	0	1	2
ITEM 4: Shares readily with other children... ( <i>I usually share with others</i> )	0	1	2
ITEM 9: Helpful if someone is hurt... ( <i>I am helpful is someone is hurt...</i> )	0	1	2
ITEM 17: Kind to younger children ( <i>I am kind to younger children</i> )	0	1	2
ITEM 20: Often volunteers to help others... ( <i>I often volunteer to help others</i> )	0	1	2

**Total difficulties score:** This is generated by summing scores from all the scales except the prosocial scale. The resultant score ranges from 0 to 40, and is counted as missing if one of the 4 component scores is missing.

**'Externalising' and 'internalising' scores:** The externalising score ranges from 0 to 20 and is the sum of the conduct and hyperactivity scales. The internalising score ranges from 0 to 20 and is the sum of the emotional and peer problems scales. Using these two amalgamated scales may be preferable to using the four separate scales in community samples, whereas using the four separate scales may add more value in high-risk samples (see Goodman & Goodman, 2009 *Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48(4), 400-403).

### **Generating impact scores**

When using a version of the SDQ that includes an 'impact supplement', the items on overall distress and impairment can be summed to generate an impact score that ranges from 0 to 10 for parent- and self-report, and from 0 to 6 for teacher-report.

**Table 2: Scoring the SDQ impact supplement**

	Not at all	Only a little	A medium amount	A great deal
<b>Parent report:</b>				
Difficulties upset or distress child	0	0	1	2
Interfere with HOME LIFE	0	0	1	2
Interfere with FRIENDSHIPS	0	0	1	2
Interfere with CLASSROOM LEARNING	0	0	1	2
Interfere with LEISURE ACTIVITIES	0	0	1	2
<b>Teacher report:</b>				
Difficulties upset or distress child	0	0	1	2
Interfere with PEER RELATIONS	0	0	1	2
Interfere with CLASSROOM LEARNING	0	0	1	2
<b>Self-report report:</b>				
Difficulties upset or distress child	0	0	1	2
Interfere with HOME LIFE	0	0	1	2
Interfere with FRIENDSHIPS	0	0	1	2
Interfere with CLASSROOM LEARNING	0	0	1	2
Interfere with LEISURE ACTIVITIES	0	0	1	2

Responses to the questions on chronicity and burden to others are not included in the impact score. When respondents have answered 'no' to the first question on the impact supplement (i.e. when they do not perceive themselves as having any emotional or behavioural difficulties), they are not asked to complete the questions on resultant distress or impairment; the impact score is automatically scored zero in these circumstances.

### **Cut-points for SDQ scores for age 4-17: original 3-band solution & newer 4-band solution**

Although SDQ scores can be used as continuous variables, it is sometimes convenient to categorise scores. The initial bandings presented for the SDQ scores were 'normal', 'borderline' and 'abnormal'. These bandings were defined based on a population-based UK survey, attempting to choose cutpoints such that 80% of children scored 'normal', 10% 'borderline' and 10% 'abnormal'.

More recently a four-fold classification has been created based on an even larger UK community sample. This four-fold classification differs from the original in that it (1) divided the top 'abnormal' category into two groups, each containing around 5% of the population, (2) renamed the four categories (80% 'close to average', 10% 'slightly raised', 5% 'high' and 5% 'very high' for all scales except prosocial, which is 80% 'close to average', 10% 'slightly lowered', 5% 'low' and 5% 'very low'), and (3) changed the cut-points for some scales, to better reflect the proportion of children in each category in the larger dataset.

**Note that these cut points have not been validated for use with the 18+ SDQ, so we suggest that it is safest to use continuous scores rather than categories for this measure**

**Table 3: Categorising SDQ scores for 4-17 year olds (not validated for 18+)**

	Original 3-band categorisation			Newer 4-band categorisation			
	Normal	Borderline	Abnormal	Close to average	Slightly raised (/slightly lowered)	High (/Low)	Very high (very low)
<b>Parent completed SDQ</b>							
Total difficulties score	0-13	14-16	17-40	0-13	14-16	17-19	20-40
Emotional problems score	0-3	4	5-10	0-3	4	5-6	7-10
Conduct problems score	0-2	3	4-10	0-2	3	4-5	6-10
Hyperactivity score	0-5	6	7-10	0-5	6-7	8	9-10
Peer problems score	0-2	3	4-10	0-2	3	4	5-10
Prosocial score	6-10	5	0-4	8-10	7	6	0-5
Impact score	0	1	2-10	0	1	2	3-10
<b>Teacher completed SDQ</b>							
Total difficulties score	0-11	12-15	16-40	0-11	12-15	16-18	19-40
Emotional problems score	0-4	5	6-10	0-3	4	5	6-10
Conduct problems score	0-2	3	4-10	0-2	3	4	5-10
Hyperactivity score	0-5	6	7-10	0-5	6-7	8	9-10
Peer problems score	0-3	4	5-10	0-2	3-4	5	6-10
Prosocial score	6-10	5	0-4	6-10	5	4	0-3
Impact score	0	1	2-6	0	1	2	3-6
<b>Self-completed SDQ</b>							
Total difficulties score	0-15	16-19	20-40	0-14	15-17	18-19	20-40
Emotional problems score	0-5	6	7-10	0-4	5	6	7-10
Conduct problems score	0-3	4	5-10	0-3	4	5	6-10
Hyperactivity score	0-5	6	7-10	0-5	6	7	8-10
Peer problems score	0-3	4-5	6-10	0-2	3	4	5-10
Prosocial score	6-10	5	0-4	7-10	6	5	0-4
Impact score	0	1	2-10	0	1	2	3-10

Note that both these systems only provide a rough-and-ready way of screening for disorders; combining information from SDQ symptom and impact scores from multiple informants is better, but still far from perfect.

# Vedlegg 6: Første Sikt-godkjenning



[Meldeskjema](#) / [Hvordan går det på skolen? Psykososialt velvære, vennskapsrelasjon...](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
657682

**Vurderingstype**  
Standard

**Dato**  
09.02.2023

### Prosjekttittel

Hvordan går det på skolen? Psykososialt velvære, vennskapsrelasjoner og støtte i skolen for barn og unge med hørselstap.

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det utdanningsvitenskapelige fakultet / Institutt for spesialpedagogikk

### Prosjektansvarlig

Simon Sundström

### Prosjektperiode

01.02.2023 - 31.12.2024

### Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

### Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.02.2029.

[Meldeskjema](#)

### Kommentar

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og etnisk opprinnelse.

UTDYPENDE OM LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra foresatte til behandlingen av personopplysninger om barna i utvalg 1. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte/foresatte kan trekke tilbake.

VURDERING BEHOV FOR DPIA

Prosjektet behandler særlige kategorier av personopplysninger (helseopplysninger og etnisitet) om en sårbar gruppe (barn og unge 11–16 år med hørselstap).

Vanligvis krever dette en mer omfattende vurdering (DPIA). Vi mener det likevel ikke er høy risiko for personvernet og at prosjektet derfor ikke trenger en DPIA. Dette fordi:

- Alle forskningsdeltakerne/foresatte får informasjon.
- Alle forskningsdeltakerne/foresatte samtykker.
- Rekrutteringen sikrer reell frivillighet.
- Behandlingen har begrenset omfang. Det behandles kun opplysninger fra ett enkelt spørreskjema, samlet inn i en runde. Spørreskjema er heller ikke veldig omfattende.
- Opplysninger om trivsel på skolen og språk skal utelukkende brukes til forskningsformål og ikke formål som vil ha konsekvenser for de registrerte.
- Kun anonyme opplysninger skal deles med institusjon i Sverige.
- Opplysningene lagres som lagres i fem år for videre forskning vil kun benyttes til samme forskningsformål som beskrevet i

informasjonen. Det vil innhentes nytt samtykke for nye forskningsprosjekter og formål utover det som er beskrevet.

- Få personer har tilgang.
- Prosjektet har implementert gode sikkerhetstiltak.
- Direkte identifiserende opplysninger lagres atskilt fra andre opplysninger (koblingsnøkkel).

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

# Vedlegg 7: Andre Sikt-godkjenning



[Meldeskjema](#) / [Hvordan går det på skolen? Psykososialt velvære, vennsapsrelasjon...](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
657682

**Vurderingstype**  
Standard

**Dato**  
20.03.2023

### Prosjekttittel

Hvordan går det på skolen? Psykososialt velvære, vennsapsrelasjoner og støtte i skolen for barn og unge med hørselstap.

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det utdanningsvitenskapelige fakultet / Institutt for spesialpedagogikk

### Prosjektansvarlig

Simon Sundström

### Prosjektperiode

01.02.2023 - 31.12.2024

### Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

### Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2024.

[Meldeskjema](#)

### Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen registrert 16.03.2023.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den X. Behandlingen kan fortsette.

### ENDRINGER

Endringen gjelder at data nå kun skal samles inn fra foresatte, som svarer på vegne av sitt barn. Det er også lagt inn at det vil innhentes indirekte identifiserende opplysninger om tredjepersoner.

### LOVLIG GRUNNLAG TREDJEPERSONER

Det er nødvendig å innhente opplysninger om hvilke språk barnet eksponeres for i hjemmet (også fra andre slektninger).

Behandlingen av personopplysninger om indirekte identifiserbare tredjepersoner er nødvendig for allmennhetens interesse (forskning), jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 e) og art. 9 nr. 2 j, jf. personopplysningsloven §§ 8 og 9. Samfunnsnyttien vil klart overstige ulempene for den enkelte. Prosjektet gjør nødvendige tiltak for å ivareta de registrertes rettigheter og friheter, jf. art. 89 nr. 1.

I vår vurdering har vi lagt vekt på at:

- Prosjektet harsom mål å innhente kunnskap om hvordan psykososialt velvære er relatert til pedagogisk støtte, tilrettelegging og jevnaldersrelasjoner for elever med hørselstap. Målet er at kunnskapen fra prosjektet skal kunne brukes til å forbedre skolesituasjonen til barn og unge med hørselstap. Formålet har dermed en høy samfunnsnytte.
- Tredjepersoner er kun identifiserbare gjennom sin relasjon til utvalg 1 og 2, som også kun er indirekte identifiserbare
- Det samles inn få opplysninger om tredjepersoner, og kun om språklig bakgrunn
- Opplysningene brukes kun til prosjektet, ikke andre formål
- Det samles bare inn opplysninger som er nødvendig for formålet
- Kun prosjektmedarbeidere har tilgang til opplysningene

### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er

avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til videre med prosjektet!