

Cathrine Kolstad

Tinnitus Habituation Therapy

Hva kan være bestemmende for grad av effekt?

Kan kjennskapen til dette forbedre praksis?

Hovedoppgave i spesialpedagogikk.

Mai, 2004.

Universitetet i Oslo.

Det utdanningsvitenskapelige fakultet. Institutt for spesialpedagogikk.

SAMMENDRAG

1. Tittel

Tinnitus Habituation Therapy. Hva kan være bestemmende for grad av effekt? Kan kjennskapen til dette forbedre praksis?

2. Bakgrunn og formål

Denne hovedfagsoppgaven er knyttet opp mot en gruppe mennesker som alle har plagsom tinnitus, og som har deltatt i et prosjekt i regi av Universitetet i Oslo og Briskeby kompetansesenter. Formålet med prosjektet var å prøve ut en habituerings terapi for tinnitusrammede (Tinnitus Habituation Therapy, THT). I forbindelse med prosjektet ble det foretatt en evaluering av intervensjonen THT, både rett etter avsluttet behandling, og ett år etter, for å se om behandlingsresultatene var varige. Resultatene fra dette prosjektet var svært gode. En stor gruppe, 72 % av deltakerne, melder tilbake om en positiv effekt av THT i forhold til å mestre sin tinnitus bedre, og med dertil positive ringvirkninger i forhold til følgeplager. Læring og mestring er sentralt i THT.

Formålet med denne hovedoppgaven har vært å få frem hva som ligger bak denne effekten. Hvordan og hvorfor mestrer disse deltakerne, og hvilke faktorer er bestemmende for denne mestringen?

I den andre ytterkanten er det en gruppe deltakere som melder tilbake om ingen effekt. Mestrer de annerledes? Har de andre motivasjonsfaktorer? Er det andre faktorer som spiller inn?

3. Problemstilling

Problemstillingen i denne hovedoppgaven er todelt;

*Tinnitus Habituation Therapy. Hva kan være bestemmende for grad av effekt?
Kan kjennskapen til dette forbedre praksis?*

4. Metode

For å best belyse problemstillingen ble det valgt kvalitativ metode. Det ble foretatt 11 halvstrukturerte intervjuer. 6 informanter er blant de som har meldt tilbake om størst effekt av THT, og 5 informanter er blant de som har meldt tilbake om liten eller ingen effekt av THT. Informantene "tilhører" altså hver sin ytterkant. Denne tilnæringsformen i forhold til innsamling av data ble valgt for å se på en generell evne/faktor i en gruppe, som i dette tilfellet er mestring av plagsom tinnitus og effekten av THT. Gjennom bruk av halvstrukturert intervju ønsket jeg å få innsikt i informantenes personlige refleksjoner rundt det å ha plagsom tinnitus. Hvilke opplevelser og erfaringer de har gjort seg i forhold til sin tinnitus i periodene før, under og etter deltakelse i THT.

5. Dataanalyse

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert fortløpende. Det transkriberte materialet ble senere bearbeidet, fortolket og klassifisert i ulike kategorier. Jeg har tatt utgangspunkt i enkeltpersonens opplevelser og erfaringer. I og med at jeg har fokusert på to grupper, "positive" og "negative", har jeg forsøkt å identifisere mulige fellestrekk innad i disse gruppene, og gruppene imellom.

6. Resultater og konklusjon

Resultatene viser at det er flere ulikheter i disse to informantgruppene. Det er flere faktorer som er bestemmende for om man oppnår en positiv effekt av THT, eller ikke. De mest sentrale funnene for begge gruppene kan knyttes opp mot mestring og motivasjon. Gjennom intervjuene, og analyseringen av disse, fant jeg følgende faktorer for den positive gruppen:

- Man har fått en forståelse av hvordan man utvikler en plagsom tinnitus, og en forståelse av at det er mulig å "snu" denne utviklingen.
- Jo raskere man får denne forståelsen, jo lettere er det å "snu".
- Man erkjenner situasjonen om at man må skape en endring selv dersom man skal man få det bedre. Det finnes ingen enkle løsninger.
- Motivasjonen er "indre" styrt.
- Overveiende bruk av problem-fokusert mestringsstrategi.

Den negative gruppen har ikke oppnådd tilsvarende forståelse for sin situasjon, og man ”henger” fast i en emosjonelt-fokusert mestringsstrategi.

Slik jeg ser det, kan kjennskapen til ovennevnte faktorer være et bidrag til å forbedre behandlingstilbudet basert på THT til mennesker med plagsom tinnitus. Mennesker er ulike, og et behandlingstilbud som hjelper for noen, gjør det ikke nødvendigvis til riktig for alle. Ved at rådgiver (counseller) kjenner til ovennevnte ”suksessfaktorer”, vil man i større grad kunne vurdere hvor ”klar” rådsøker er til å starte selve arbeidet med den strukturerte gjenopptreningen. Noen rådsøkere trenger en lengre innledende rådgivningsfase før selve egentreningen kan starte.

Informantene i denne undersøkelsen uttrykte et klart ønske om et profesjonelt og tilgjengelig hjelpeapparat som responderer raskere overfor personer med tinnitus. Et annet tydelig ønske er at man blir tatt på alvor. Denne undersøkelsen konkluderer med at det er helsefremmende å bidra slik at individet forstår sin situasjon, at man får styrket sin tro på å finne løsninger, og at man finner god mening i sitt forsøk.

FORORD

Arbeidet med denne hovedfagsoppgaven har vært en utrolig lærerik prosess, ikke bare faglig sett – men også personlig. Takk for oppmuntring og støtte fra mann, barn, familie og venner.

En spesielt stor takk rettes til min veileder, førsteamanuensis Eva-Signe Falkenberg ved Institutt for Spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, som har vært svært raus i forhold til faglige diskusjoner, støtte og inspirasjon under hele arbeidet.

Oslo, mai 2004

Cathrine Kolstad

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG

FORORD

1	INNLEDNING.....	8
1.1	BAKGRUNN FOR EGEN OPPGAVE	8
1.2	KORT OM EGEN UNDERSØKELSE.....	11
1.2.1	<i>Målsetting</i>	11
1.2.2	<i>Problemstilling</i>	11
1.2.3	<i>Metode og utvalg</i>	12
1.2.4	<i>Litteratur</i>	12
1.3	ORGANISERING AV OPPGAVEN	13
2	TINNITUS OG BEHANDLINGSALTERNATIVET "TINNITUS HABITUATIONTHERAPY" (THT)	14
2.1	TINNITUS, HVA ER DET?	14
2.1.1	<i>Prevalens</i>	14
2.1.2	<i>Årsaker</i>	16
2.1.3	<i>Hvordan oppstår tinnitus, og hva gjør at den utvikler seg til en plage..</i> 17	
2.2	BEHANDLING.....	18
2.2.1	<i>Behandlingsalternativet THT</i>	21
2.2.2	<i>THT-prosjektet i Oslo, 1998-2000, resultater</i>	24
3	HELSE, STRESS, MESTRING OG MOTIVASJON.....	27
3.1	HELSE.....	27
3.2	ANTONOVSKY'S TEORI OM SALUTOGENESE	29
3.2.1	<i>Menneskets motstandsressurser</i>	30
3.3	LAZARUS OG FOLKMANN'S MODELL FOR STRESS OG MESTRING	32
3.3.1	<i>Stress</i>	32
3.3.2	<i>Mestring</i>	34
3.3.3	<i>Prosessmodellen, og forklaringen av denne</i>	35
3.4	MOTIVASJON.....	38
4	METODE.....	41
4.1	METODISK TILNÆRMING	41
4.2	DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU.....	43
4.3	UTVALG	45

4.4	INTERVJUPROESSEN	47
4.4.1	<i>Utarbeidelse av intervjuguide</i>	47
4.4.2	<i>Gjennomføring av intervjuene</i>	48
4.5	VALIDITET, GENERALISERING OG RELIABILITET	49
4.6	ETISKE BETRAKTNINGER.....	52
5	PRESENTASJON AV FUNN.....	54
5.1	FYSISKE OG PSYKISKE OMSTENDIGHETER RUNDT UTBRUDDET AV TINNITUS	55
5.1.1	<i>Positiv gruppe</i>	56
5.1.2	<i>Negativ gruppe</i>	58
5.2	VURDERING OG AKTIVITET, HVORDAN HÅNDBTERER/MESTRER INFORMANTENE?.....	59
5.2.1	<i>Opplevelser i møtet med hjelpeapparatet</i>	60
5.2.2	<i>Anbefaling og handling, positiv gruppe</i>	62
5.2.3	<i>Anbefaling og handling, negativ gruppe</i>	63
5.3	DELTAKELSE PÅ THT – OPPLEVELSE OG UTBYTTE.	64
5.3.1	<i>Generelle kommentarer til den praktiske siden ved behandlingsopplegget</i>	64
5.3.2	<i>Utbytte, positiv gruppe</i>	66
5.3.3	<i>Utbytte, negativ gruppe</i>	67
5.4	TIDEN ETTER THT BEHANDLINGEN. REFLEKSJONER RUNDT EGEN MESTRING.	69
5.4.1	<i>Positiv gruppe</i>	69
5.4.2	<i>Negativ gruppe</i>	72
5.5	DET "IDEELLE" HJELPEAPPARAT – HVORDAN BØR DETTE FUNGERE.....	75
5.6	OPPSUMMERING AV FUNN	76
6	DRØFTING AV FUNN OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER.....	82
6.1	OPPSUMMERING AV HOVEDTREKK.	82
6.1.1	<i>Livssituasjon og årsakssammenheng</i>	82
6.1.2	<i>Tidsaspektet</i>	84
6.1.3	<i>Erkjennelse og aksept. Tro og håp</i>	85
6.1.4	<i>THT - forventninger, motivasjon og utbytte</i>	87
6.2	MESTRINGS- OG MOTIVASJONSFAKTORENE I LYS AV PROSESSMODELLEN.	92
6.2.1	<i>Personlige mestringsressurser</i>	92
6.2.2	<i>Valg av strategier</i>	92
6.3	HJELPEAPPARATET I FORHOLD TIL FUNN.....	95
6.4	KONKLUSJON OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER.....	98
	LITTERATURLISTE.....	100
	VEDLEGG NR. 1 KONSESJON FRA DATATILSYNET	
	VEDLEGG NR. 2 SAMTYKKEERKLÆRING	
	VEDLEGG NR. 3 INTERVJUGUIDE	
	VEDLEGG NR. 5 OVERSIKT OVER FIGURER	

1 INNLEDNING

Mestring er et begrep som er ”i vinden” for tiden, i alle ulike aspekter av et menneskes liv. Jeg er fascinert av hvordan mennesker handler ulikt i forhold til de mange, og til dels alvorlige, utfordringer livet kan gi.

Å kunne noe om hvordan vi mennesker takler stress, hvordan vi møter motgang, er for meg nyttig kunnskap. Jeg velger å tro at denne type innsikt blir mer og mer viktig i forhold til å arbeide med mennesker. I vår del av verden er det i hjelpeapparatet i dag et økt fokus på hvordan man kan stimulere til helsefremmende atferd. I dette arbeidet ser man viktigheten av dialog, brukermedvirkning og mobilisering (Sørensen /Graff-Iversen, 2001).

I hjelpapparatet, som også i arbeidslivet generelt, brukes begreper som empowerment, mestringsressurser, mestringsstiler, løsningsfokustert mestring m.v. Dette er begreper som for meg indikerer at det er et fokus og en bevissthet på individuelle ulikheter. Dette underbygger også viktigheten av å støtte opp om / bestyrke individets iboende ressurser, for på denne måten å skape grunnlag for god mestring.

1.1 Bakgrunn for egen oppgave

Jeg er relativt nyutdannet innen fagfeltet spesialpedagogikk, med fordypning i fagområdet audiopedagogikk. I 2000 ble jeg gjennom studier ved Universitetet i Oslo (UiO) introdusert for tinnitus (øresus, en opplevelse av lyd uten ytre lydkilde). Vi studenter ble invitert til deltakelse på et seminar om tinnitus, et seminar som var innbakt i et større behandlingstilbud for mennesker med plagsom tinnitus, Tinnitus Habituation Therapy (THT). Dette var for meg en veldig interessant opplevelse, med en dyktig foreleser som forklarte mekanismene bak det å utvikle en plagsom tinnitus, samt tilsvarende de mekanismer mennesket må igangsette for å bryte denne utviklingen, og reversere plagen. Et begrep som ble brukt i denne sammenheng var mestringsteknikker.

Det ble i foredraget brukt en metafor for å illustrere disse mekanismene som jeg synes er veldig god:

”Man kan sammenligne det å utvikle plagsom tinnitus med hvordan en liten sti vokser frem i skogen. På samme måte som en sti oppstår ved man flere ganger går den samme veien mellom to punkter, oppstår tankene våre ved at to nevroner knytter seg sammen og skaper forbindelse i hjernen. En sti som er ofte i bruk, vil ese ut og til slutt kanskje bli en firefelts motorvei. På samme måte vil ofte tenkte tanker ese ut, og øke i både viktighet og relativ størrelse. Tenk på øresusen, og det suser. Tinnitus-motorveien kan gro sammen igjen. En vei som ikke brukes vokser igjen, en tanke som ikke tenkes glemmes”. (Tungland, 2000, personlig meddelelse)

Det var åpnet opp for at deltakerne på THT kunne stille spørsmål til foreleser, og det fremkom mange spørsmål som fikk satt i gang en refleksjon hos meg, og et ønske om en videre fordypning i temaet. Tilfeldighetene ville det også slik at det i samme periode var et familiemedlem som fikk tinnitus, og på den måten fikk jeg innsyn inn i et ”brukerperspektiv”. Med brukerperspektiv tenker jeg her på vedkommendes opplevelse og mestring av tinnitus, samt orientering i hjelpeapparatet i forbindelse med ønske om hjelp.

Undersøkelser gjort i England, viser at så mange som 17 % av den voksne befolkningen har tinnitus (Coles, 1984). I Norge er det gjort tilsvarende undersøkelser hvor funn viser at 15 % av den voksne norske befolkning har tinnitus, hvorav ca. 1-3 % har utviklet en tinnitus som er så plagsom at den har innvirkning på deres livskvalitet (Birkeland, 1998).

I Norge har Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) gjennom sitt økte fokus på tinnitus gjennomført to større kartleggingsundersøkelser. Sosial- og helsedepartementet var oppdragsgiver for den første undersøkelsen: *”Levekår og mestring blant tinnitusrammede”* (Birkeland, 1998), hvor HLF avleverte en sluttrapport i 1998. Denne kartleggingen avdekket at hjelpe- eller tiltaksbehov for tinnitus-rammede varierer relativt mye. Ikke bare individuelt, men også alt etter hvor den enkelte befinner seg i sykdomsforløpet. I den andre undersøkelsen: *”Kartlegging over behandlingstilbudet til tinnitusrammede”* (Birkeland, 2002), konkluderes det med at helsevesenet i Norge kommer til kort i forhold til å tilby tinnitusrammede et tilpasset behandlingstilbud i ulike faser av sykdomsforløpet. Det gjelder både de offentlige hørselssentralene og private øre-nese-hals-leger.

Den førstnevnte rapporten har et brukerperspektiv basert på spørreskjemaer sendt 1.175 mennesker med tinnitus. Den sistnevnte rapporten har et systemperspektiv basert på

spørreskjemaer sendt hørselssentraler og øre-nese-hals-leger som jobber spesifikt med hørsel. Slik jeg ser det sammenfaller konklusjonen i disse perspektivene. Begge konkluderer med et behov for tilpasset behandlingstilbud. Spørsmålet jeg stiller meg videre er så hvilken form for behandling som kan oppfylle dette behovet om tilpasset behandling?

Av de mange forskjellige behandlingsalternativer man står overfor når man har fått tinnitus, er det én behandlingsform som for meg er det naturlige valget å fokusere videre på, Tinnitus Habituation Therapy (THT). Dette av to grunner:

1. THT-behandlingen tar utgangspunkt i en metodikk som for meg er veldig ”enkel” og begripelig, men som samtidig kan være vanskelig å gjennomføre for den enkelte. Dette fordi den krever at man er aktiv og ”endringsvillig”. Det blir nærmest en form for ”hjelp til selvhjelp” – hvor læring og mestring er sentrale elementer. Denne habitueringsterapien bygger på erfaring med at tinnitusplagen kan fjernes ved såkalt ”retraining”, eller omprogrammering, av nervenetverket i hjernen. En læringsprosess hvor pasienten tar aktivt del, og som består av flere komponenter. Disse komponentene består av samtale, rådgivning, veiledning, avspenning og lydstimulering. Et tverrfaglig behandlingsopplegg.
2. Den kan vise til gode resultater. Universitetet i Oslo (UiO), i samarbeid med Briskeby kompetansesenter, startet høsten 1997 et prosjekt for å prøve ut ovennevnte habitueringsterapi for tinnitusrammede. En gruppe på ca. 100 personer startet behandlingen i 1998, og en tilsvarende stor gruppe startet opp i 1999. Behandlingen gikk over ett år. Resultatet av behandlingen ble målt via spørreskjema etter avsluttet behandling, samt en oppfølgende undersøkelse 12 måneder etter denne. Målsettingen med denne oppfølgningen var da å måle om behandlingsresultatene var varige. Resultatene viste en signifikant bedring når det gjaldt plagegrad, og hvilken innvirkning tinnitusplagen har på pasientens livskvalitet. 72 % av deltakerne ga uttrykk for at de mestret sin tinnitus bedre, med dertil positive ringvirkninger i forhold til følgeplager. Resultatene i oppfølgingsundersøkelsen kunne også vise til at den positive effekten av behandlingen var opprettholdt hos de fleste, samt at en stor del hadde fortsatt bedringsprosessen (Falkenberg et al., 2003).

Resultatene fra dette THT-prosjektet legges til grunn for denne hovedfagsoppgaven. Som resultatene over viser er det en stor gruppe mennesker som har svært positive resultater etter denne behandlingen. Hva er det som gjør at disse personene får en vellykket effekt av THT? Hva med den gruppen som er i motsatt ende, som har liten eller ingen effekt av samme ”behandling”, gjør de noe annerledes?

1.2 Kort om egen undersøkelse

1.2.1 Målsetting

Formålet med denne hovedfagsoppgaven er å forsøke å få frem hvordan og hvorfor gruppen med så positivt resultat mestrer, og hvorfor det er en gruppe mennesker som melder tilbake om ingen eller liten effekt. Mestrer de annerledes? Har de andre motivasjonsfaktorer? Er det andre faktorer som spiller inn?

Denne informasjonen håper jeg kan bli brukt til å videreutvikle/ forbedre THT-behandlingen. Dette spesielt med henblikk på hvem denne type behandling passer for, og hvordan man kan legge til rette for at den skal passe for flere. På denne måten kan denne oppgaven være et bidrag til å bedre dagens behandlingstilbud, et behov som begge rapportene fra HLF konkluderer med.

Avslutningsvis håper jeg at oppgaven vil kunne bidra til at hjelpeapparatet får formidlet at tinnitus absolutt ikke er ”noe man bare må lære seg å leve med”, men at det finnes gode muligheter for å få det bedre med sin tinnitus, og at denne også kan bli borte.

1.2.2 Problemstilling

Problemstillingen som danner utgangspunkt for denne undersøkelsen er:

*Tinnitus Habituation Therapy. Hva kan være bestemmende for grad av effekt?
Kan kjennskapen til dette forbedre praksis ?*

Problemstillingen er todelt. Den andre delen av problemstillingen hviler på resultatene av de funn som fremkommer i den første delen, og vil bli redegjort for først i kapittel 6.3.

Med basis i fordypning av teori rundt tinnitus generelt, og THT spesielt, kom jeg frem til temaer som jeg synes var sentrale i forhold til å kunne belyse problemstillingen.

Disse temaene danner utgangspunktet for det videre arbeidet i denne undersøkelsen:

- Fysiske og psykiske omstendigheter rundt utbruddet av tinnitus.
- Vurdering og aktivitet – hvordan håndterer informantene plagen?
- Deltakelse på THT, opplevelse og effekt.
- Tiden etter THT, refleksjoner rundt egen mestring.
- Fremtid, det ideelle hjelpeapparat – hvordan bør det fungere?

1.2.3 Metode og utvalg

Metode

De to undersøkelser gjort av HLF, nevnt innledningsvis, har en kvantitativ innfallsvinkel basert på relativt store spørreundersøkelser.

I THT-prosjektet ved UiO, som jeg knytter meg opp til, er det tidligere er foretatt en evaluering av intervensjonen THT. Metoden som ble brukt var kvantitativ, med survey som design og spørreskjema som instrument. Som et nyttig supplement til denne velger jeg en kvalitativ undersøkelse, med bruk av halvstrukturert intervju.

Utvalg

Jeg har knyttet min undersøkelse opp mot et allerede eksisterende prosjekt. Det endelige utvalget i denne undersøkelsen består av 11 informanter, som alle har deltatt i THT, og som har sagt seg villig til å være med videre i forskningsprosjektet ved UiO. Utvalget består av 6 informanter som har meldt tilbake om positivt resultat av THT, og 5 personer som har meldt tilbake om liten, eller ingen effekt av THT. Dette er THT-prosjektets to yttergrupper, hva gjelder effekten av denne.

1.2.4 Litteratur

I forhold til å belyse problemstillingen som er valgt i denne undersøkelsen finnes det få litteraturkilder. Det er ikke gjort lignende undersøkelse i Norge, og jeg er heller ikke kjent med at noe tilsvarende er gjort i utlandet. Jeg har benyttet meg av den litteratur som jeg har funnet relevant å knytte til problemstillingen.

1.3 Organisering av oppgaven

Kapittel 1, gir en presentasjon av oppgavens ulike deler.

Kapittel 2, er et medisinsk kapittel, som gir en orientering over hva tinnitus er, samt en kort redegjørelse for de ulike behandlingsalternativene som tilbys i dag. Det er videre lagt stor vekt på THT-behandlingen, hva denne består av – samt de resultater som denne behandlingsformen kan vise til.

Kapittel 3, omhandler studiens teoretiske referanseramme. Med basis i oppgavens problemstilling og temaer knyttet til denne, samt de resultater som er fremkommet av datamaterialet, er mestring er valgt som overordnet teori. Hovedforankringen er i Antonovsky's teori om helse, og hva som gjør et menneske motstandsdyktig og i stand til å mestre utfordringer. Dernest Lazarus og Folkman's teorier om stress og mestring, hovedsakelig i form av deres prosessmodell. Som en tilhørende komponent følger teori om motivasjon.

Kapittel 4, omhandler valg av metode, beskrivelse av utvalg og utvalgsprosedyrene, utarbeidelse og gjennomføring av intervjuguide samt arbeidet med analyseringen av innsamlet data. I dette kapittelet vil jeg også komme med refleksjoner rundt validitet, reliabilitet, generaliserbarhet samt etiske overveielser.

Kapittel 5, inneholder presentasjon av de funn som er fremkommet i undersøkelsen. Noe av materialet fra intervjuene blir presentert i sitatform, dette for å gi leseren en mulighet til å sette seg inn i informantenes opplevelser. Avslutningsvis i dette kapittelet har jeg valgt å komme med en oppsummering av funn, som en naturlig overgang til drøftingen i kapittel 6.

Kapittel 6, er drøfting og refleksjoner rundt de funn som er fremkommet i kapittel fem, samt en avsluttende kommentar. Funnene blir drøftet opp mot den teori og forskning som ligger til grunn for oppgaven, redegjort for i kapittel 2 og 3.

2 TINNITUS OG BEHANDLINGSALTERNATIVET "TINNITUS HABITUATION THERAPY" (THT).

I dette kapittelet gis en kort oversikt over hva tinnitus er i form av definisjoner, prevalens og årsaker. Jeg vil forsøke å få frem de mekanismene som ligger bak det å utvikle en plagsom tinnitus, med basis i den filosofien som ligger i THT.

Jeg avslutter kapittelet med en generell redegjørelse for de vanligste behandlingsalternativer som tilbys tinnitus-rammede i Norge i dag, for så å gi en mer utførlig beskrivelse av THT spesielt.

2.1 Tinnitus, hva er det?

Tinnitus kommer av latinske tinniere, som betyr ringe / klinge. Tinnitus er ingen ny "folkesykdom", den er beskrevet allerede hos de gamle grekerne som:

"det hviskende øret, det syngende øret eller det talende øret" (Harris, 2002).

I dag er det mer vanlig å definere tinnitus som:

"the perception of sound within the head in the absence of external auditory stimulation" (Hazell og Jastreboff, 1990).

Dette kan forstås som at tinnitus er å oppleve en lyd som ikke har sin opprinnelse i noe ytre lydkilde, men som produseres i ens eget auditive system. Lyden kan oppleves som at den "sitter" i ørene, eller i hodet, og kan oppfattes forskjellig fra person til person eksempelvis som en piping, during, susing m.v.

2.1.1 Prevalens

Statens institutt for folkehelse offentliggjorde i 1996 funn fra en helseundersøkelse som viste at 15 % av den voksne norske befolkning har tinnitus (Birkeland, 1998). Dette er tall som stemmer overens med funn gjort i andre land, eks. England, som etter en lignende studie viser til en utbredelse av tinnitus hos 17 % av befolkningen (Coles, 1984). Det er også i andre studier antydnet at tinnitus berører ca. 17 % av verdens befolkning (Fabijanska et al. 1999).

I Norge regner vi som nevnt at 15 % av befolkningen har tinnitus, hvorav 1-3 % har meget store plager (Birkeland, 1998). Det er altså viktig å merke seg at det er forskjell på tinnitus og plagsom tinnitus, forskjellen baserer seg på hvor mye tilstanden virker inn på den enkeltes livskvalitet og mestring av dagliglivet.

Figur 1 viser en fordeling i forhold til plagegrad ved tinnitus. Klassifiseringen består i utgangspunktet av tre grader (I-III), utarbeidet i 1967 av Klockhoff og Lindblom (Andersson, 2000). Denne klassifiseringen (gradene I-III) er omarbeidet med norske tall, og er brukt bl.a. av Birkeland (1998) og Arnesen og Engdahl (2001). Jeg har i denne figuren tilføyd et nivå ”0” for visuelt også å ta med de som har tinnitus, men ikke er plaget av denne.

Figur 1: Plagegrad ved tinnitus

Grad 0	Innehas av ca. 7,5 % av befolkningen (260.000) hvor lyden undertrykkes og dagliglivet mestres.
Grad I	Innehas av ca. 6 % av befolkningen (210.000). Lyden betegnes som moderat plagsom, og man opplever den helst i et stille miljø. Dagliglivet mestres til dels.
Grad II	Lyden er kontinuerlig, men avledbar – den kan maskeres eks. av omgivelseslyder. Ca 1 % (35.000) av den norske befolkning har denne varianten av tinnitus. Vesentlig redusert livskvalitet.
Grad III	Lyden er kontinuerlig, men ikke avledbar. Ca. 0,5 % (17.000) av befolkningen har denne graden av tinnitus. Alvorlig nedsatt evne til å leve et normalt liv.

Hvordan tinnitus utvikler seg til å bli plagsom blir beskrevet under avsnitt 2.1.3. I forhold til begrepsbruk er denne undersøkelsen knyttet opp til mennesker med plagsom tinnitus, som altså hører inn under gradene I-III. Begrepene plagsom tinnitus og tinnitus

vil bli brukt om hverandre, men det er underforstått at informantene i denne undersøkelsen har plagsom tinnitus.

Det er ikke vist til noen forskjeller i kjønn hva gjelder utbredelse av tinnitus i nevnte helseundersøkelse, 49,4 % kvinner mot 50,6 % menn (Birkeland, 1998). Andre studier viser til at det kan være en litt større andel av kvinner, foreløpig med en mulig teori om hormonelle forskjeller kjønnene mellom (Davis og Rafeia, 2000). Dette reflekterer at ulike prosjekter viser noe forskjeller, men samlet sett er det ikke store avvik kjønnene imellom.

Når det gjelder aldersfordeling viser forskning at forekomsten av tinnitus har sin hovedtyngde i aldersgruppen 40-80 år (Birkeland, 1998). De fleste som søker hjelp er mellom 50 og 70 år (Falkenberg et al., 2003). Dette sammenfaller med studier gjort i utlandet som viser at utbredelsen av tinnitus øker med alderen (Davis og Rafeia, 2000).

Forskning viser at tinnitus også forekommer hos barn. En undersøkelse foretatt av R.H. Nodar i 1972 viser at blant 2000 skolebarn rapporterte 13 % av normalt friske barn tinnitus, mens forekomsten var 59 % blant de barna som hadde hørselstap ved screenings-undersøkelse. Ut fra klinisk erfaring utgjør disse barna ikke noe stort antall i behandlingsinstitusjonene, mulig fordi de aksepterer tinnitus, eller at de ikke kan definere den og få gitt uttrykk for sine plager (Arnesen og Engdahl, 2001), (Hegarty og Smith, 2000). En nyere undersøkelse gjort av en forskergruppe fra Sahlgrenska sykehus i Sverige bekrefter disse tallene. De har undersøkt 1000 7-åringer, hvor 13 % oppga at de har, eller har hatt, tinnitus. Samme forskergruppe gjorde også en undersøkelse blant barn mellom 9 og 16 år hvor 10 % svarer at de har tinnitus ofte eller alltid (Holgers, 2003). Dette viser en motsetning i forhold til den forskning som viser at tinnitus øker med alderen.

2.1.2 Årsaker

Tinnitus er ikke en sykdom men et symptom på en tilstand som kan ha mange årsaker, eksempelvis en dysfunksjon i hørselssystemet, det indre øret eller de sentrale hørselsbaner (Arnesen og Engdahl, 2001). Det er ikke uvanlig at tinnitus forekommer hos mennesker med hørselstap, men tinnitus forekommer også hos mennesker med helt normal hørsel (Falkenberg, 2002). I THT-prosjektet ved UiO vises det til at hele 30 %

har normal hørsel (Falkenberg et al., 2003). I Mestrings- og levekårsundersøkelsen gjort av Hørselshemmedes Landsforbund vises det til en overvekt av årsak satt i sammenheng med støyskade, hørselstap og lydsjokk, men mange har et mer sammensatt årsaksbilde (Birkeland, 1998). Dette sammenfaller med studier gjort i utlandet. Ofte sees tinnitus også i sammenheng med psykiske plager, eksempelvis i form av følelsesmessige påkjenninger over kortere/lengre tid, eller de psykiske plagene kan komme som en følge av tinnitus (Holgers, 1999)(Holgers, 2003).

Forskning og erfaring fra tinnitus-behandling i Sheffield, England, rapporterer at så mange som 60 % av de som meldte om plagsom tinnitus, relaterte utbruddet av lyden til omveltninger i livet. Dette stemmer med funn gjort i THT-prosjektet ved UiO (Falkenberg et al., 2003).

2.1.3 Hvordan oppstår tinnitus, og hva gjør at den utvikler seg til en plage

Å kunne høre og forstå lyder er en viktig del av overlevelsesinstinktet vårt. Det er bl.a. ved hjelp av lyd at vi kan vurdere våre omgivelser, er vi i fare eller kan vi slappe av? Lyd kan fremkalle forskjellige følelser i oss, og dermed aktivisere vårt limbiske system som er hovedsenteret for vårt følelsesliv, uavhengig av om lyd-kilden er den samme. Eksempelvis kan barnegråt på en badestrand skape vaksomhet hos en småbarnsforelder, mens andre igjen ikke vil reagere på lyden. Hvem har ikke opplevd å legge seg om kvelden på et nytt sted, følt seg forstyrret av trafikken utenfor vinduet, men oppdaget at etter en tid registreres ikke lenger trafikken som noe forstyrrende? Hjernene har da vent seg til lyden, funnet at den ikke er noe truende, og skyver den langt bak i bevisstheten. Man kan fint ”hente” tilbake oppmerksomheten på lyden ved å bevisst lytte til den, men normalt vil man like lett kunne få den til å forsvinne igjen.

Tinnitus er en lydoppfattelse, men uten ytre lyd-kilde. En lyd helt uten mening for oss, men som hjernen likevel oppfatter. I følge ledende forskere innen dette fagfeltet kan man forklare fenomenet tinnitus med en tinnitus relatert nerveaktivitet (TRA). En slik nerveaktivitet finnes hos alle mennesker og dyr, og er vanligvis et svakt signal. At dette signalet utvikler seg til å bli en plage har ingen direkte relasjon til hørselsorganet, eller skader på dette, hvilket bekreftes av at en stor gruppe mennesker med plagsom tinnitus har helt normal hørsel på alle frekvenser. TRA kan imidlertid påvirkes av skader på det indre øret. Dersom denne tinnitus relaterte nerveaktiviteten skal bli en plage, må de

svake signalene som denne gir, bearbeides sentralt i hjernen. Det er altså den sentrale bearbeidingen, ikke selve tinnitus-lyden, som bestemmer om tinnitus skal bli en plage. Dette er elektrokjemiske reaksjoner i ulike deler av hjernen, reaksjoner som gir økt aktpågivenhet, vi kan godt si det er hjernen vi hører med, ikke ørene (Falkenberg, 2002).

En bekreftelse på dette får vi ved å se på målingen av tinnitus gjort med en tinnitus-analysator, hvor vi ser at styrken for de fleste vedkommende ligger på mellom 5 og 15 dB over høreterskelen, hvilket betyr en knapt hørbar lyd (Falkenberg et al., 2003). Dette bekreftes i en studie fra Sveits hvor man fant at styrken på tinnitus ikke økte hos den enkelte, og heller ikke oversteg 15dB. De fant videre at den subjektive opplevelsen av endring i lydstyrke hadde sammenheng med andre faktorer, som stress, støy, tretthet, depresjoner, angst, smerter m.v. (Kellerhals, 1999).

Etter den sentrale bearbeidingen kan altså tinnitus-lyden subjektivt oppleves svært mye høyere. For mange mennesker medfører den en voldsom påkjenning som går sterkt ut over den enkeltes livskvalitet.

2.2 Behandling

Kan man si at det å utvikle en plagsom tinnitus medfører en krise? Krise kommer av det greske krisis, og betyr plutselig forandring, eller en avgjørende vending. Man kan si man er i en krisetilstand dersom man har havnet i en livssituasjon der tidligere erfaringer og innlærte reaksjonsmåter ikke er tilstrekkelige for å forstå, og beherske, den enkelte situasjon (Cullberg, 1994). Som nevnt under avsnitt 2.1.1, har ca. 50.000 mennesker i Norge grad II og III av tinnitus, det vil si at de har vesentlig redusert livskvalitet.

Man kan oppleve at tinnitus gradvis utvikler seg til å bli plagsom, eller den kan komme plutselig. Når hodet aldri får ro og fred, kan veien til motløshet være kort. For den enkelte kan dette oppleves som en krise, og at man kan kjenne følelsen av at "dette kan jeg ikke klare å leve med" er ikke uvanlig, og heller ikke vanskelig å forstå. Paradoksalt nok har mange pasienter møtt et helsevesen som har gitt tilbakemelding om at dette nettopp er hva pasienten må gjøre, "dette må du lære å leve med". Mestrings- og

levekårsundersøkelsen i Norge avdekker at tinnitus-rammede i stor utstrekning overlates til seg selv etter å ha fått denne tilbakemeldingen (Birkeland, 1998).

Det er ikke uvanlig at mennesker med plagsom tinnitus utvikler følgeplager, som eks. søvnevansker, konsentrasjonsproblemer, hukommelsesvansker, nedsatt arbeidsevne og -tempo, tretthet, muskelsmerter og hodepine, redusert sosial funksjonsevne, angst, depresjoner eller andre.

Frem til 1980 årene var behandlingen av tinnitus rettet mot det indre øret, hvor man mente årsaken til utvikling av tinnitus lå. Fra 1800-tallet, og frem til de siste årene, har det vært vanlig å bruke elektrisk stimulering i ulike former som en terapiform. Denne stimuleringen har gitt en tinnitus-reduksjon under, og etter behandling. Effekten har imidlertid vist seg kortvarig og forbigående, og man har gått bort fra denne behandlingsformen i Vest-Europa og USA (Arnesen og Engdahl, 2001).

Et betydelig antall ulike behandlingsformer har vært foreslått og prøvd ut, men tilbakemeldingene viser at disse har liten eller ingen langtidseffekt på tinnitus (Falkenberg et al., 2003).

Det tilbys alternative behandlingsformer som eks. laserbehandling, naturmedisin som Gingko Biloba, voksllysbehandling i øret (otopati), Tinnex – en hodetelefon som produserer et pulserende magnetfelt. En del norske tinnitus-rammede reiser også til Valentina Clinic i Estland for en behandling som består av vitamininjeksjoner, medisiner og massasje (<http://www.oresus.no/20/02/04>). Felles for alle disse behandlingsalternativene er at de ikke har noen vitenskapelig dokumentert effekt på tinnitus.

Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) opprettet i 1998 en Tinnitus og Menière informasjonstelefon drevet av HLF, med støtte fra Sosial- og helsedepartementet. Tjenesten er dekket av frivillige telefonister som selv er plaget av tinnitus eller har Ménières sykdom. Disse personene er ikke helsepersonell, og tilbudet er heller ikke ment som behandling – men basert på å gi informasjon.

I enkelte tilfeller kan noen behandlingsformer bidra til at følgeplagene ved tinnitus minsker, eksempelvis akupunktur, fysioterapi eller psykomotorisk behandling. Medisinsk behandling, i form av beroligende medisiner som kan lette innsovningen. Det tilbys behandling i form av å dempe opplevelsen av tinnitus med annen lyd, eks. med musikk, maskeringsapparat /lydgenerator eller pute med innlagt musikk. Det tilbys psykologiske behandlingsformer som går ut på å forsterke pasientens egne ressurser slik at stressorene som tinnitusen kan utløse dempes (Arnesen og Engdahl, 2001).

I Sverige er det ved Uppsala Akademiska Sjukhus startet opp et internett-basert behandlingstilbud basert på selvhjelp, Cognitive Behavioural Treatment (CBT). Det er foretatt en evaluering av dette tilbudet. Rapporten viser gode resultater hos de som gjennomfører, men rapporten viser også at de opplever en stor drop-out (Andersson, 2002) (<http://medsys.uas.se/tinnitus/>)

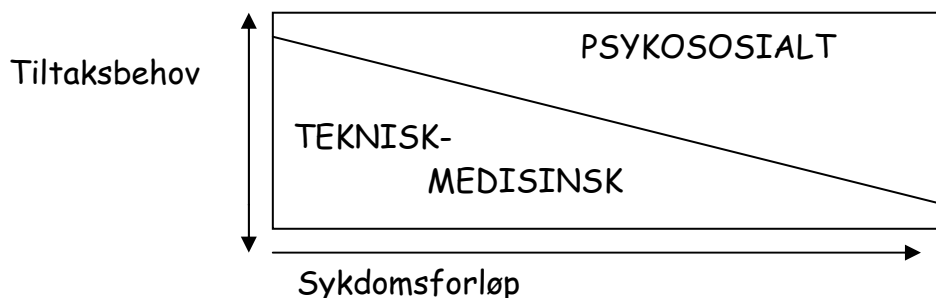
Dafydd (2000), viser til viktigheten av å gå tilbake i historien med hensyn til behandling av tinnitus. Utviklingen har i hovedsak kommet i form av ny teknologi, sammen med en økt forståelse av de mekanismer som ligger bak utvikling av tinnitus. Det viser seg imidlertid at mange tinnitus-rammede, etter å ha fått en forklaring på mekanismene bak utvikling av tinnitus, ikke nødvendigvis søker en kurering av tinnitus, men heller en innsikt i hva som kan være årsaken til deres problem.

Den samme konklusjonen kommer frem i den norske Mestrings- og levekårsundersøkelsen, hvor det bl.a. slås fast at kvalifisert audiologisk rådgivning i akutfasen er svært effektivt i forhold til å forebygge at tinnitus skal bli kronisk (Birkeland, 1998). Dette fordi den tinnitus-rammede gjennom rådgivning (counselling) settes i stand til å forstå, noe som igjen bidrar til en bedre håndtering av tinnitussignalet, som igjen kan påvirke følgeplagene positivt. Det gir en betydelig positiv effekt på sykdomsforløpet dersom man opplever å bli tatt på alvor. Undersøkelsen viser at den tinnitus-rammedes hjelpe- og tiltaksbehov varierer relativt mye i forhold til hvor den enkelte befinner seg i sykdomsforløpet. Man bruker begreper som akutt, subakutt og kronisk om dette sykdomsforløpet.

Dette blir også understreket i en kartleggingsundersøkelse gjort av HLF i tilknytning til Mestrings- og levekårsundersøkelsen. Hensikten med denne var å kartlegge tilbudet til

tinnitus-rammede ved hørselssentraler, og hos privat praktiserende øre-nese-hals-leger som jobber spesifikt med hørsel (Birkeland, 2002). I rapporten fra denne undersøkelsen er det utarbeidet en modell som illustrerer den tinnitus-rammedes tiltaksbehov:

Figur 2: Tiltaksbehov ved tinnitus



Dette viser at den psykososiale hjelpen er viktig i den akutte fasen, kombinert med teknisk-medisinsk utredning. Det psykososiale behovet er imidlertid økende dersom sykdomsforløpet får utvikle seg videre (sub-akutt eller kronisk). Rapporten slår videre fast at ventetiden til hørselssentraler er så lang at akutfasen gjerne er oversittet når den første konsultasjonen finner sted. Psykososiale tiltak kan være tilbud som sikter mot opptrening av egen mestringsevne ved hjelp av informasjon, audiologisk rådgivning, samtalegrupper og tverrfaglig oppfølging (Birkeland 1998). Dette bringer meg over til THT, som nettopp har dette som elementer i sin behandling.

2.2.1 Behandlingsalternativet THT

I 1993 presenterte den amerikanske legen Pawel Jastreboff og hans engelske kollega Jonathan Hazell en annen tilnærming til behandling av tinnitus, et program kalt Tinnitus Retraining Therapy (TRT). Programmet baserer seg på prinsippene bak tinnitus relatert nerveaktivitet (TRA), beskrevet under avsnitt 2.1.3. De kan vise til at ca. 80 % av pasientene (med plagsom tinnitus og hyperacusis) hadde effekt av behandlingen, og i løpet av 18 måneder utviklet de en stabil kontroll over sin tinnitus. Positive resultater ble observert i løpet av de første 6 månedene. For gruppen som ikke fikk noen forbedring knyttet til selve bevisstheten av tinnitus-lyden, var del likevel forbedring i forhold til andre faktorer i livet påvirket av tinnitus. Metoden er helt ufarlig, og er etter deres syn en trygg og effektiv måte å behandle tinnitus på (Jastreboff, 2000), (Sheldrake et al., 1999).

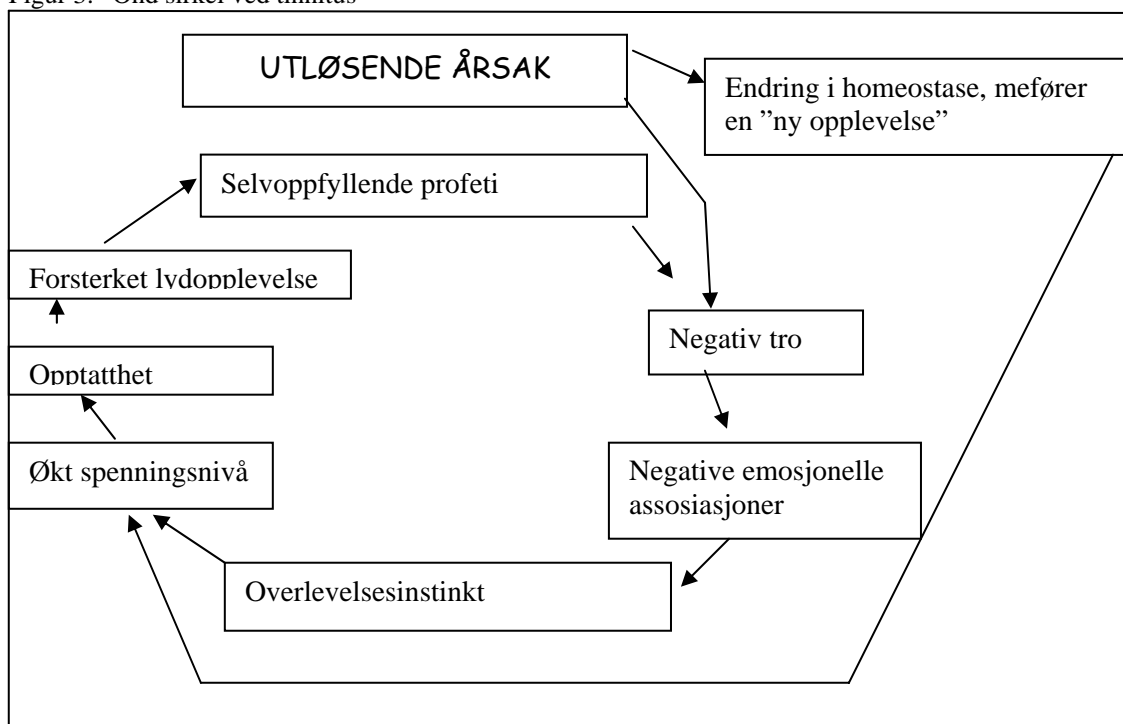
TRT-metoden er imidlertid meget ressurskrevende å implementere, noe som gjør den vanskelig å overføre i sin helhet til norske forhold (Falkenberg et al., 2003).

Tinnitus Habituation Therapy (THT), som ble utprøvd ved Universitetet i Oslo 1998/2000 baserer seg på ovennevnte TRT modell og Hallam's habituation modell (Hallam et al., 1984).

I henhold til filosofien bak THT skal det være mulig å bearbeide hjernen til ikke å fokusere på den uønskede lyden. Jo mer man fokuserer på lyden, jo større forsterkning blir det på lydopplevelsen. Man kommer da inn i en ond sirkel hvor negative tanker og følelser kan få en dominerende plass. Engstelsen og anspenheten fører til at fokus rettes mot lyden, som igjen skaper en irrasjonell frykt og behov for overlevelsesrefleks.

Gangen i denne mekanismen kan illustreres på denne måten:

Figur 3: "Ond sirkel ved tinnitus"



Det motsatte er at jo mindre fokus man har på lyden, jo mindre plagsom blir den. Det er denne bevisstheten som er essensen ved THT, hjernen som behandler lyden og gjør den til noe oppfattet. Ved utvikling av tinnitus blir man, av mange ulike grunner, bevisst en lyd i øret/hodet. Denne lyden blir ikke borte uansett hvor liten betydning den har i utgangspunktet. Lyden har "festet" seg og blir ikke "borte". Den blir for mange en

trussel, og stor stressfaktor. For å komme ut av denne onde sirkelen må man ta i bruk ulike teknikker, og selv være aktiv i en avbetingingsprosess.

Metoden bygger på den nevrofysiologiske modellen for hvordan tinnitus oppstår (TRA) og takles, hvor målet er å trene seg til å sjalte ut tinnitus fra oppmerksomheten.

Tinnitus-plagen kan fjernes ved ”retraining” (reprogrammering) av nervenetverket i hjernen, en læringsprosess hvor pasienten tar aktivt del ved å lære seg å flytte fokus på lyden. Den overordnede målsettingen med habitueringsterapien er å oppnå en ufarliggjøring og tilvenning til tinnitussignalet, som medfører at hjernen ikke lenger registrerer eller hører signalet. Det er to former for habituering i denne sammenheng:

1. man ønsker å oppnå en habituering av reaksjonen tinnitus gir, at den følelsesmessige reaksjonen på tinnitus gradvis blir fjernet.
2. man ønsker å oppnå en habituering av persepsjon, at oppfattelsen av tinnitus skal blokkeres/filtreres bort (Falkenberg, 2002).

Læring og mestring er stikkord ved metoden som kan deles opp i 3 hovedelementer (Falkenberg et al., 2003).

Strukturert gjenopptrening, under stikkordet ufarliggjøring. Ved at den tinnitusrammede får kunnskap om hvordan man utvikler plagsom tinnitus, vil dette medføre en forståelse for hvordan denne mekanismen i hjernen fungerer. Dette skaper en ufarliggjøring, samt en visshet om at tilstanden ikke er livstruende. Denne kunnskapen vil kunne skape et brudd i den ”onde sirkelen”, se figur 3. Deretter starter arbeidet med å påvirke de automatiserte tankeprosesser, slik at man slutter å fokusere på tinnitus. Her er det viktig å sette inn ressurser i form av samtale og rådgivning (counselling) gjennom hele behandlingen. Det tar tid å lære seg en ny måte å tenke på, og prosessen krever egeninnsats og oppfølging.

Avspenningsteknikker som tar sikte på at den enkelte skal registrere og kontrollere spenninger i kroppen. Dette vil kunne gjøre vedkommende i stand til å beherske stressituasjoner bedre, og overføre effekten av fysisk avspenning til mental avspenning. Her er også autogen trening i form av distraksjonsteknikker, en konsentrert avspenning

som innvirker på det autonome nervesystemet, noe som vil bidra til å føre tinnitus lengre bak i bevisstheten.

Lydstimulering benyttes for å bryte stillhet og reduserer kontrasten mellom stillhet og tinnitus-oppfattelse. Til dette er det anbefalt å bruke en lydgenerator, som er utformet som et høreapparat som gir et jevnt ”støysignal” som eksempelvis en susing. Denne støyen skal stilles inn slik at den ligger noe under det lydnivået den enkelte opplever sin tinnitus. Altså ikke maskere lyden, men heller virke som en demper slik at overgangen til et stille miljø ikke er påtrengende. Filosofien bak bruken av lydgenerator er tanken om at hvis man klarer å flytte ytre lyd ut av bevisstheten, skal man også kunne flytte indre lyd ut av bevisstheten. Det er anbefalt å bruke denne 6-8 timer hver dag. Høreapparat, eller annen lydpåvirkning, kan også brukes til å dempe kontrasten mellom stillhet og tinnitus.

Behandlingsopplegget er tverrfaglig (Falkenberg, et al., 2003).

2.2.2 THT-prosjektet i Oslo, 1998-2000, resultater

Høsten 1997 ble det startet et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Oslo og Briskeby kompetansesenter for å prøve ut ovennevnte habitueringssterapi for tinnitus. 100 personer startet behandlingen våren 1998, og en tilsvarende stor gruppe startet opp i juni 1999. Behandlingstiden hadde en varighet på ca. ett år.

Deltakerne i prosjektet fikk individuell medisinsk-audiologisk utredning. Dermed informasjon i plenum fra øre-nese-hals-lege med lang erfaring innen habitueringssterapi. Informasjon fra psykolog ble også gitt i plenum. Avspenningsøvelser ble gitt av fysioterapeut i mindre grupper, det samme med rådgivnings- og veiledningsseanser som ble ledet av audiopedagoger. Av lydstimulering fikk ca. 70 % av deltakerne lydgenerator, en del brukte høreapparater, og andre valgte omgivelseslyder fra dagliglivet.

Det ble foretatt en evaluering av intervensjonen THT rett etter avsluttet behandling og ett år etter. Metoden som ble brukt var kvantitativ, med survey som design og spørreskjema som instrument. Av ca. 200 deltakere besvarte 173 spørreskjemaene etter avsluttet behandling, og 165 av deltakerne besvarte spørreskjema ett år etter.

Resultatene er svært gode og viser at:

- 59 % meldte om bedring av plagegrad og hvilken innvirkning tinnitusplagen har på deres livskvalitet
- 72 % ga uttrykk for at de var bedre til å mestre sin tinnitus, til tross for at kun 30 % i materialet hadde fått svakere tinnitus
- Søvnproblemene hadde avtatt hos ca. halvparten
- 47 % hadde bedret sin arbeidssituasjon.
- Ved tilfeller med angst og depresjoner viste resultatene også en signifikant bedring, til tross for at behandlingen ikke har som mål å behandle disse lidelsene, altså en sekundæreffekt.
- Resultatene fra oppfølgingsstudien ett år etter avsluttet behandling viser at den positive effekten ble opprettholdt for de fleste, samt at bedringsprosessen fortsatte hos en stor del:
 - av 119 deltakere som mestret tinnitus bedre etter endt behandling, fortsatte 108 bedringsprosessen det påfølgende året
 - av 98 deltakere som følte tinnitus mindre plagsom etter endt behandling, var det hele 84 som fortsatte å føle at deres tinnitus ble enda mindre plagsom i det påfølgende året
 - av de 47 som fikk svakere tinnitus, fortsatte hele 46 denne prosessen i det påfølgende året.

Det konkluderes i undersøkelsen med at den tilsiktede lærings- og habitueringsprosessen var kommet så godt i gang under behandlingsperioden, at den enkelte selv kunne fortsette sin bedringsprosess etterpå.

De deltakerne som hadde positiv effekt av behandlingsopplegget hadde lært en mestringsteknikk som medførte at tinnitusplagen stadig er avtagende, og de var ikke lenger avhengig av hjelpeapparatet for å fungere i hverdagen (Falkenberg et al., 2003).

En annen studie, som omhandler timing av igangsetting av rehabiliterende arbeid med mennesker som har plagsom tinnitus, viser at timingen har betydning for effekt av behandlingen. De fant i studien at emosjonelt-fokusert mestring kunne "blokkere" for en effektiv progresjon i rehabiliteringen. Et eksempel her er at man ikke aksepterer realiteten om at det ikke er medisinsk hjelp i forhold til tinnitus plagen, og man søker isteden annen hjelp. I forhold til hjelpeapparatet er det viktig at man i rådgivningsarbeidet tar utgangspunkt i "her og nå" situasjonen, og at personen må ha nådd et mål/nivå før en intervensjon er mulig (Tromp, 1999).

Som referert til under punkt 1.2.4, finner jeg lite litteratur/forskning relatert til problemstillingen i denne oppgaven.

Viktige elementer i forhold til Tinnitus og THT som jeg vektlegger videre i denne undersøkelsen er:

- Plagsom tinnitus påvirker helsen negativt, og kan medføre en følelse av nedsatt livskvalitet.
- Den sentrale bearbeidingen, ikke selve tinnitus-lyden, bestemmer om tinnitus skal bli en plage – og følgelig en stressfaktor.
- THT tar utgangspunkt i at det er mulig å endre stressopplevelsen som skaper en plagsom tinnitus, dette basert på læring, mestringsteknikker og egeninnsats, herunder også motivasjon.

Nøkkelord her er altså helse, stress, mestring og motivasjon. Dette vil bli redegjort for i kapittel 3.

3 HELSE, STRESS, MESTRING OG MOTIVASJON

I dette kapitlet vil temaene helse, stress, mestring og motivasjon behandles.

Hovedvekten legges på mestringsteori, da dette vil være den teoretiske hovedreferanserammen i oppgaven. Dette valget begrunnes med at mestring er et nøkkelord i forbindelse med THT, redegjort for i kapittel 2.2.1 og 2.2.2 – og også en vesentlig faktor som er bestemmende for en positiv effekt av THT, basert på funn gjort i denne undersøkelsen.

Ser man på de gode resultatene fra THT-prosjektet, hvor målet er en fullstendig helbredelse, legges en årsak til den positive effekten av behandlingen på at deltakerne hadde lært seg mestringsteknikker. Behandlingsmetoden krever at den enkelte selv må være aktiv i en avbetingingsprosess. Bakgrunnen for at jeg kobler helse, stress og motivasjon opp mot THT og mestringsteori blir redegjort for i egne avsnitt under.

Dette kapitlet består av fire avsnitt. Jeg innleder kapitlet kort med hva jeg legger i begrepet helse. Deretter følger et avsnitt om Antonovsky's teori om helse, og hva som gjør et menneske motstandsdyktig og i stand til å mestre utfordringer. Tredje avsnitt omhandler Lazarus & Folkman's teorier om mestring og stress, og da i hovedsak deres prosessmodell. Fjerde avsnitt er kort viet ulike teorier om motivasjon.

3.1 Helse

Som nevnt innledningsvis i kapittel 2, er tinnitus ikke noe nytt fenomen - men beskrevet allerede hos de gamle grekerne. Foreliggende litteratur viser at det i de siste 15 – 20 årene har vært en voldsom økning av mennesker med tinnitus som søker medisinsk audiologisk råd i hjelpeapparatet (Falkenberg et al., 2003). Dette viser at tinnitus er et stort helseproblem. Man kan stille seg spørsmål om hvorfor det er slik, og svarene kan være mange: økt bevissthet rundt plagen, økt forskning rundt behandling av plagen, økt stressnivå i samfunnet, økt støynivå, økt bevissthet rundt egen helse generelt? Kanskje er det en kombinasjon av alle disse faktorene – eller kanskje er det helt andre årsaker? Uansett er for meg begrepet helse viktig å ta med videre når man snakker om THT, hvor målet er fullstendig helbredelse av plagsom tinnitus. Som nevnt i kapittel 2.1.1 medfører

det å ha plagsom tinnitus for svært mange mennesker en svekket opplevelse av livskvalitet. Begrepet livskvalitet er definert på mange måter, og for meg gir en definisjon fra Mastekaasa m.fl. (1988) en god mening:

”livskvalitet er enkeltindividets opplevelse av å ha det godt eller dårlig.”

Et enkeltmenneskes bedømmelse av livskvalitet, eller også av opplevd helse, skjer innenfor en referanseramme og erfaringsbakgrunn (Mastekaasa m.fl., 1988). Dette går godt sammen med mitt menneskesyn, som blir omhandlet i kapittel 4.1, og som grovt sett går ut på at jeg ser mennesket som en aktiv bearbeider av sin egen virkelighet. Hvert menneske er unikt, og har en subjektiv opplevelse og forståelse av egen helse og livskvalitet.

Opplevelse av egen helse, er et element i begrepet livskvalitet. WHO definerte i 1946 helse slik:

”God helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom og svakhet”. (Skavlan, 2002)

Jeg forstår ovennevnte definisjon av helsebegrepet i et videre perspektiv. Når man vurderer en persons helse, må man se på alle dimensjonene i det å være menneske - dette forstår jeg som personens subjektive opplevelse av livskvalitet.

Skavlan (2002) stiller spørsmål til hva som er sykdom? Hva er ikke-sykdom? Kan vi endre vår innstilling til hva som er farlig, og hva som er plagsomt, vil dette kunne være helsebringende i seg selv? Nettverket rundt oss betyr mye, men viktigste ressurs er vår fabelaktige evne til å omstille oss!

Dette synes jeg henger godt sammen med målene og filosofien bak THT, hvor man ønsker å oppnå en ufarliggjøring og tilvenning til tinnitus-signalet. Dette vil igjen medføre at hjernen ikke lenger registrerer signalet. For å klare dette må den enkelte gjøre en endring, en omstilling, bryte et mønster ved hjelp av ulike lærings- og mestrings teknikker. Dette leder meg igjen over til Antonovsky's teorier om hva som er helsefremmende, og hva som gjør oss i stand til å omstille oss.

3.2 Antonovsky's teori om salutogenese

Jeg ble introdusert for begrepet salutogenese i boken ”Mestring som mulighet” (Sommerschild m.fl., 1998). Her settes det likhetstegn mellom mestring og håndtering. Begrepet håndtering passer godt i forbindelse med THT. I denne undersøkelsen ønsket jeg å se på den enkelte informants håndtering av sin plagsomme tinnitus underveis i en helbredelsessituasjon (THT). Altså en prosess fra det å være sterkt plaget av tinnitus, til å bli kvitt denne. Sommerschild (1998) legger begrepet salutogenese tett opp til en mestringsprosess, men sier videre at salutogenese er knyttet til en helhetlig teori.

Fra å være et hjelpeapparat basert på patogenese, er nå salutogenese en innfallsvinkel stadig flere setter søkelyset på. Professor i medisinsk sosiologi, Aaron Antonovsky, lanserte i 1979 sin salutogenestiske modell i boken ”Health, Stress and Coping”. Modellen tar ikke utgangspunkt i medisinsk forskning som kan være preget av sykdomsfremmende faktorer, men har en tilnærming som baserer seg på det som er helsefremmende faktorer. Mestring kan da sees som en persons viktigste mekanisme for å klare å stå imot den spenning, og det press som oppstår på grunn av forskjellige stressorer. Isteden for å ta utgangspunkt i den medisinske og samfunnsvitenskapelige innfallsvinkel om hvorfor mennesker blir syke (patogenese), tar han utgangspunkt i tesen om hvorfor så mange mennesker som utsettes for de samme påkjenninger forblir friske (salutogenese). Flere av disse gir til og med tilbakemelding om å ha ”vokst” som menneske. Mennesker har ulik motstandskraft, den er lite målbar, men den kan forbedres (Antonovsky, 1991).

Jeg har i denne undersøkelsen hatt som mål å forsøke å få tak i de faktorene som kan være medvirkende til at mange opplever en positiv effekt av THT. Hva kjennetegner informantene, hva gjør de? Tilsvarende ønsker jeg å se om det finnes ”motpoler” til disse faktorene, og tar da utgangspunkt i den gruppen informanter som melder tilbake om ingen effekt. Med dette fokuset vil jeg si at oppgaven har en salutogenetisk innfallsvinkel. Det salutogene perspektivet blir videreført i den forstand at hjelpeapparatet vil få kjennskap til de faktorer som kan være bestemmende for en

positiv effekt. Ved å kjenne til suksessfaktorene har man skaffet seg et godt utgangspunkt å jobbe ut fra i møte med nye klienter. Det er også nyttig å kjenne til de faktorene som kan være styrende i forhold til at noen ikke har effekt, i form av at man kan forløse styrke og ressurser hos den som søker hjelp. På denne måten kan man skape en bevegelse over mot den andre "polen" (effekt). Dette er en viktig oppgave for rådgivningsfunksjonen innen THT.

Hvordan kan THT forstås som salutogenetisk? Jo jeg opplever THT som positiv, i den forstand at den ikke ser på tinnitus som noen sykdom. Hensikten med THT er at den enkelte deltaker skal kunne lære å bruke sine iboende ressurser til å håndtere sin tinnitus. Den vektlegger en endringsprosess, og tar utgangspunkt i at mennesket har motstandskraft som kan hentes frem og tas i bruk. THT har som mål å virke helsefremmende i den forstand at den følelsesmessige negative reaksjonen rundt det å ha tinnitus skal avta, noe som igjen vil medføre at oppfattelsen av tinnitus kan filtreres bort.

3.2.1 Menneskets motstandsressurser

Antonovsky var relativt "alene" om disse tankene for 20 år siden. I dag er det imidlertid langt større fokus på viktigheten av å se mennesket i et helhetlig perspektiv (Sørensen/ Graff-Iversen, 2001). Antonovsky mener mennesket har generelle motstandsressurser når det gjelder mestring av stress og spenningstilstander. Han vektlegger faktorer som kunnskap, fleksibilitet, rasjonalitet, sosialt nettverk og personlige egenskaper. Disse motstandsressursene er faktorer som gir mennesket muligheter til å unngå stress, eller unngå de negative virkningene av stress, og bevare en god helse. Dersom mennesket har en svikt i en eller flere av disse faktorene vil personen kunne bevege seg mot den andre retningen, "u-helse". Slik jeg ser det representerer modellen et humanistisk grunnsyn, hvor mennesket blir sett på i et helhetlig perspektiv, dette i tråd med mitt menneskesyn redegjort for i kapittel 4.1. En nødvendig forutsetning for at mennesker kan forvalte sine ressurser på en helsefremmende måte, det vil si bevegelse mot polen helse, mente Antonovsky var å ha "en følelse av at ting har en sammenheng", "Sense of Coherence" (SOC). For å oppnå denne følelsen av sammenheng i tilværelsen må vi kunne forstå situasjonen (comprehensibility), ha tro på at vi kan finne løsninger (manageability) og finne en god mening i å forsøke på det (meaningfulness). Disse tre komponentene må sees i et hele, og den enkelte komponent kan utdypes slik:

Forståelighet – den kognitive komponenten. Her ligger ens opplevelse av orden, konsistens, struktur og klarhet. Et menneske med en høy følelse av forståelighet, eller begripelighet, forventer seg at de stimuli, indre eller ytre, som personen kan møte i fremtiden er forutsigbare. Ved uventede hendelser er utgangspunktet at det går an å håndtere og forklare disse. I motsatt fall, om man er et menneske med lite følelse av forståelighet, kan uventede hendelser skape en følelse av kaos, tilfeldigheter og uforklarlighet.

Håndterbarhet – handlingskomponenten. Her ligger en tro på at det er mulig å finne løsninger. At man ikke kjenner seg som offer for omstendighetene, eller at livet gjør urett. Man vet at det finnes hjelp, noen å "lene seg til". Når livet blir vanskelig vil man ikke føle seg hjelpeløs, men ta i bruk de ressurser som er tilgjengelige. Hvordan den enkelte håndterer en utfordring, er igjen avhengig av at den er forståelig og kontrollerbar.

Meningsfullhet – motivasjonskomponenten. Mening er en motivasjon til å søke ressurser. Den baserer seg på den enkeltes evne til å kjenne engasjement og en mulighet til å kunne påvirke eget liv. Man kan velge å være delaktig i det som skjer. Være aktiv deltaker i stedet for passiv tilskuer, gjøre det beste ut av situasjonen og forsøke å finne en god mening i å gjøre det.

Antonovsky skriver om ytterligere et begrep, som han kaller *grensebegrepet*. Grensebegrepet innebærer at man ikke behøver å føle allting i livet forståelig, håndterbart og meningsfylt for å ha en høy følelse av sammenheng. Mennesker har ulike interesser. Det som er avgjørende er det som personen selv opplever som viktig (Antonovsky, 1991).

Sommerschild (1998) påpeker videre at man ikke vet sikkert om det er SOC (Sense of Coherence) som gir god helse, eller omvendt, men at den salutogene modellen kan brukes som ramme for arbeid med ulike problemer. Sett fra hjelpeapparatets side er det helsefremmende å bidra slik at individet forstår sin situasjon, får styrket sin tro på å finne løsninger, og finner god mening i å forsøke på det.

Viktigheten av dette understrekes også hos Gullacksen (2002), som mener at for å omstille seg videre i livet er det nødvendig å erkjenne de faktiske forhold. Man må skape en forståelse av hva som er hendt, foreta en bedømming av situasjonen som til sist utløser den nødvendige mestringsprosess. Bedømmingen ser Gullacksen som selve fundamentet i stress-håndteringen, eller mestringsprosessen man står overfor. Denne bedømmingen kaller hun en ”indre dialog”, som er ens selvrefleksjon. Hvor ”god” eller ”dårlig” denne bedømmingen blir, er igjen avhengig av hvordan personen har erkjent og forstått hendelsen. Som Antonovskys modell over, ser også Gullacksen at disse tre komponentene påvirker hverandre.; forståelse, bedømming, mestring.

Ovennevnte teorier går godt sammen med tankegangen rundt THT, hvor det er snakk om en håndtering av situasjonen underveis i en helbredelses-prosess. Hvilke strategier benytter man seg av når man skal håndtere en situasjon som det å ha plagsom tinnitus medfører? Hvilke strategier benytter man seg av for å få et positivt utfall av THT? Dette leder meg over til Lazarus og Folkmans modell for stress og mestring.

3.3 Lazarus og Folkmans modell for stress og mestring

I tråd med Antonovskys teorier om salutogenese, er helsepsykologi et nytt stort område for psykologisk forskning og arbeid. I helsepsykologi beskjeftiger man seg generelt med å avdekke forhold som fremmer helse, påvirker sykdom og rekonvalesens. Det arbeides med å hjelpe mennesker til å utvikle en sunn livsstil, mestre stress, forebygge sykdom og tilpasse seg kroniske tilstander (Bunkholdt, 2002).

Som beskrevet i kapittel 2.1, kan det å ha plagsom tinnitus være en voldsom stressfaktor som påvirker mange sider av livet negativt. Mestring handler i stor grad om hvordan mennesker håndterer en situasjon, individets aktivitet for blant annet å finne løsninger på en stressfylt situasjon.

3.3.1 Stress

Stress kan sees på ulike måter, f. eks. som en ytre hendelse som individet ikke har erfaring med, og som det dermed kreves en uvanlig stor innsats for å mestre. Slike hendelser kan være av traumatisk art som plutselig dødsfall, sykdom og skade. De kan relateres til endringer i livet og daglige utfordringer, eller andre ytre kilder til stress.

Den som opplever en krise, går gjerne gjennom ulike faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen og bearbeidingsfasen. I de to første fasene er stressnivået på topp, hvor det er stort fokus på følelser. Langsamt synker stressnivået, og man går over i den siste fasen hvor man tar fatt på de problemene situasjonen har ført med seg, og man forsøker å finne løsninger som gjør at livet kan gå videre. En faktor som utløser stress kalles stressor (Bunkholdt, 2002).

Stress kan også forstås som et fysiologisk og psykologisk svar fra organismen på forskjellige former for belastninger. Selye (1978), definerte stress som:

”kroppens ikke-spesifikke svar på ethvert krav”,

forstått som at kroppen kan gi samme svar på ulike belastninger, stress-svar. Selye mente videre at stressorer også kan gi positive konsekvenser. Det er ikke stressoren i seg selv som virker sykdomsfremkallende, men i hvilken grad belastningen oppleves som ubehagelig. Det avgjørende er hvilken respons individet gir i forhold til stressoren. Dette vil etter min mening gi et supplement til forklaringen på hvordan man utvikler plagsom tinnitus, vist i modellen den ”onde sirkel”, kapittel 2.2.1.

I et salutogenetisk perspektiv (Antonovsky, 1991) ser man stressorene som allestedsværende, og at det er håndteringen og mestringen av dem som er i fokus. Antonovsky skisserer tre måter å møte stressorene på: unngå dem, definere stress som ikke stress (omdefinere) eller overvinne stressoren

Lazarus og Folkman (1984) ser stress som et samspill mellom individet og omgivelsene, hvor stress oppstår i spenningsforholdet mellom disse. Personen vurderer omgivelsene så belastende at ressursene ikke strekker til, og situasjonen vil kunne oppleves som truende. For noen mennesker oppleves en hendelse lite belastende, mens for andre kan samme hendelse oppleves som alvorlig og sterkt ressurskrevende. Overført til tinnitus og prevalens, kapittel 2.1.1, fremkommer at hos ca. halvparten av de som melder om tinnitus undertrykkes lyden og utgjør ikke noe problem.

Om situasjonen/hendelsen oppleves som stressfylt eller ikke av den enkelte, og hvor sterkt presset oppleves, er avhengig av den tankemessige vurderingen av situasjonen

eller hendelsen, og de muligheter til mestring individet har til rådighet (Bunkholdt, 2002). Dette kan relateres til TRA, kapittel 2.1.3 om hvordan tinnitus oppstår og utvikler seg til å bli en plage, samt figur 3, den "onde sirkel", kapittel 2.2.1.

Slik jeg tolker ovennevnte kan stressutløsere være av både fysisk og psykisk art. I denne oppgaven bruker jeg begrepene "indre" og "ytre" stress, hvor jeg med "indre" tenker ytre hendelser som påvirker oss emosjonelt, og skaper psykisk stress. "Ytre" stress er hendelser som påvirker oss, men som vi ikke vurderer på en måte som skaper noe psykisk stress.

3.3.2 Mestring

Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring på følgende måte:

"we define coping as constantly changing cognitive and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of a person." (s.141)

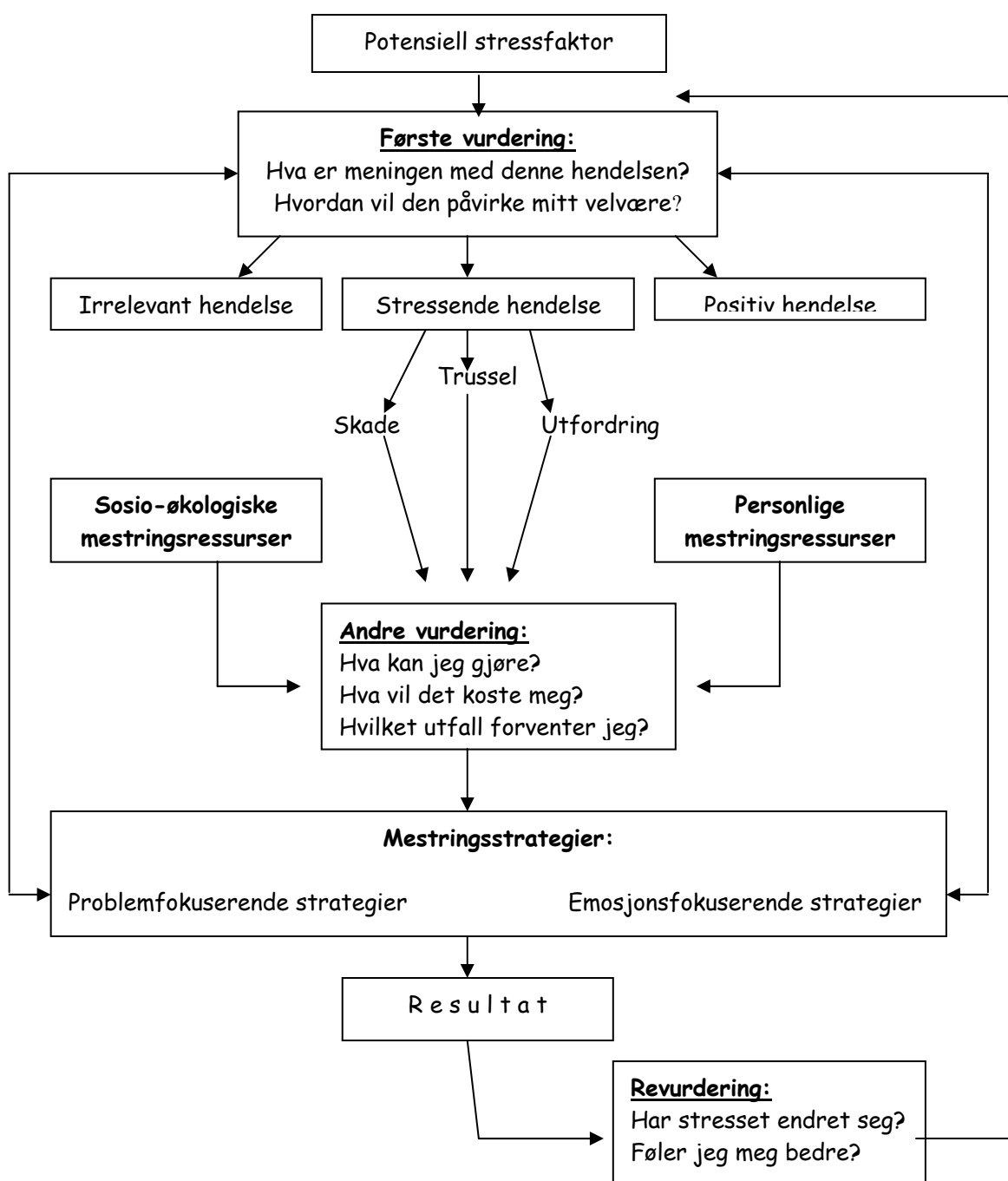
Mestring kan da sees på som en prosess hvor personen intellektuelt og atferdsmessig forholder seg til indre og /eller ytre påkjenninger som vurderes som krevende, eller går ut over de ressursene en person har. Det avgjørende er måten personen reagerer på overfor den truede situasjonen. Dette indikerer at den enkelte foretar en evaluering av situasjonen, en kognitiv tolkning, som hos Lazarus og Folkman (1984) betegnes som en kognitiv vurdering. Det understrekes at det er personens subjektive oppfatning som er viktigst, ikke den "objektive" situasjonen. Dette gir mulighet for at individer kan mestre like situasjoner på ulike måter, og at noen mestringsstrategier kan sees på som mer effektive enn andre.

Hvordan man mestrer stress er altså individuelt, basert bl.a. på egenskaper i individet. Dette er i tråd med den fenomenologiske tanke, som utdypes i kapittel 4.2, og slik jeg ser det også avhengig av motstandsressursene hos det enkelte individ, slik Antonovsky påpeker i sin modell, kapittel 3.2.1

3.3.3 Prosessmodellen, og forklaringen av denne

Det er 4 begreper hos Lazarus og Folkman (1984) som er sentrale når man skal se på mestring som en prosess; vurderinger, mestringsressurser, mestringsstrategier og revurdering. Disse begrepene står uthevet i modellen, figur 4:

Figur 4 : Lazarus og Folkmans' prosessmodell



Til norsk ved Gjørsum (1998, side 78)

Kilde: Lazarus og Folkman (1984)

Når man skal analysere og forstå hvordan et menneske mestrer, er det nødvendig å kjenne til hvordan personen tenker både om hendelsen, og hvilke løsninger som finnes. Etter den utløsende årsaken (stressoren), er det den vurderingen som blir gjort i forhold til hendelsen som er sentral. I denne undersøkelsen er stressoren plagsom tinnitus – eller stressoren kan være hendelser som utløser plagsom tinnitus.

Første vurdering:

Den kognitive vurderingen som blir gjort baserer seg på de erfaringer og mestringsressurser den enkelte besitter. Dette er den umiddelbare reaksjonen, altså en første vurdering av stressoren, og hvor mye den betyr. Som modellen illustrerer kan stressoren oppleves som irrelevant og ignoreres, eller oppleves som noe positivt. I begge disse tilfellene vil stressoren ikke ha negativt utfall. Om stressoren oppleves som stressende, vil vurderinger inkludere opplevelser av trusler, utfordringer eller skade/tap. Skade/tap refererer til skade som personen allerede har opplevd, trussel om forventede skader eller tap, og utfordring til potensiell vinning, utvikling, eller mestring.

Andre vurdering:

I denne fasen evaluerer personen sine ressurser og muligheter til å mestre stressoren, med andre ord hva personen kan gjøre for å minske stresset. Hva vil en ”forandring” koste av ressurser, hvilke konsekvenser vil den få? Personens mestringsressurser er viktige, og utgjør den samlede bakgrunn for valg av den videre strategi.

Lazarus og Folkman (1984) skiller mellom personlige mestringsressurser og sosio-økologiske mestringsressurser. Personlige mestringsressurser er personens iboende evner og karaktertrekk (som eks. selvoppfattelse, sosiale og kommunikative evner), og fysiske ressurser som generell helse og energi. De sosio-økologiske mestringsressursene er knyttet til omgivelsene, og kan være opplevd støtte fra familie /nettverk eller samfunnsnivå som eks. hjelpeapparatet.

Jo flere mestringsressurser som er tilgjengelige for personen, jo bedre er mulighetene for en positiv mestring. Ovennevnte vurderinger danner grunnlag for valg av mestringsstrategi, hvor Lazarus og Folkman (1984) opererer med to strategier:

- Problem-fokusert (kognitiv). Individet forholder seg aktivt til situasjonen, dets subjektive vurdering av situasjonen tilsier at de klarer å mestre den. Denne

strategien tar sikte på å endre miljøet. Individet definerer problemet, finner fram til alternative løsninger, veier disse opp mot hverandre, velger mellom disse og handler. Foruten problemløsning inneholder problem-fokusert mestring også strategier som er rettet innover mot en selv. Disse påvirker motivasjonen og kognitive forandringer. Ett eksempel på disse er kognitiv omstrukturering, endre ”tankesettet” slik at man endrer en type adferd/handling. Dette blir man eksempelvis anbefalt å gjøre i THT. Man må også være motivert for å klare å gjennomføre endringen. Problem-fokusert mestring kan ha som mål å gjøre en frisk, eller ved kronisk plage, kan mestring dreie seg om å klare seg best mulig, leve med ”sykdommen”.

- Emosjonelt-fokusert mestring. Individet forsøker å endre opplevelsen av situasjonen, fremfor selve situasjonen. Strategien retter seg mer mot det psykiske velvære. Følelser som fortvilelse og hjelpeløshet ved å få en plagsom tinnitus, kan virke som en uovervinnelig trussel som individet forsøker å dempe. Strategier kan være å bagatellisere, overlate ansvaret til andre, unngå vanskelige situasjoner eller ønsketenkning i form av at man håper og tror at en dag..... Man opprettholder håp og optimisme, men der igjen kan man benekte fakta, en form for selvbedrag. Strategiene kan og være mer ubevisste, som isolering av følelser og selvkritikk, økt fysisk aktivitet. Personen kan ikke kontrollere den stresspregede situasjonen den står oppe i.

Valg av mestringsstrategi varierer fra situasjon til situasjon, hvor ulike stressorer kan trigge ulike mestringsstrategier. Ofte benytter man seg av begge, og da med hovedvekt av emosjonelt-fokusert mestring i den mest belastende fasen (eks. ved utbruddet av en krise, som nevnt i avsnitt 3.3.1) for deretter å benytte seg av problem-fokusert mestring når de kraftigste følelsesmessige reaksjonene har avtatt noe.

Revurdering:

Her foretar personen er revurdering av situasjonen på bakgrunn av effekten av mestringsstrategien som ble valgt. Har innsatsen ført til forbedring av situasjonen / fenomenet, og er forbedringen i tråd med forventningene? Kanskje må man tilbake til første vurderingsfase, for å starte prosessen på nytt med en annen innfallsvinkel. Mennesket er i stadig forandring, noe som skaper grobunn for nye vurderinger, og

modellen kan således sees som en sirkulær prosess. Essensen er forandring!
Opplevelsen og følelsene i forhold til en stressor forandres over tid.

3.4 Motivasjon

Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet er motivasjon, slik jeg ser det, en viktig faktor knyttet opp mot THT da den krever at man selv er aktiv i en avbetingingsprosess. Slik jeg tolker Antonovskys salutogene modell, og Lazarus og Folkmans prosessmodell, er motivasjonskomponenten også en viktig faktor i begge modellene. Antonovsky i forhold til komponenten ”meaningfulness”, å kjenne en god mening i å gjøre en endring. I Lazarus og Folkmans prosessmodell vil jeg si motivasjonskomponenten henger sammen med mestringsstrategiene. Motivasjonen ligger til grunn for de vurderinger og valg vi gjør i forhold til videre strategier.

I motivasjonspsykologien brukes tre begreper, motiv, behov og drift. Motivasjonsbegrepet referer til det som gir våre handlinger energi og retning. Imsen (1998) sier om motivasjon at det er:

” det som skaper aktiviteten hos individet, som holder aktiviteten ved like og som gir den mål og mening.”

Begrepet behov er de fysiologiske tilstandene i kroppen som signaliserer at den er i underskudd på noe / er i ubalanse. Det siste begrepet er drift, som er en aktiveringstilstand som inntreer på grunn av mangel på noe, eller på grunn av en eller annen form for ubehagelig stimulering. Behovet er altså det som skyver oss mot noe, mens motivet er det vi blir skjøvet mot (Bunkholdt, 2002).

Skaalvik (1996) viser til at motivasjon kan sees som en situasjonsbestemt tilstand, som påvirkes av verdier, erfaringer, selvoppfatning og forventninger. Derfor vil mestringserfaringene den enkelte besitter være den viktigste kilden til forventninger om ny mestring. Slik jeg ser det ligger motivasjonen da i forventningene. Det er også ulike teorier om forventning.

Sosiologen Albert Banduras teori om "self-efficacy", forventning om mestring, omhandler en persons egen vurdering av muligheten til å mestre en bestemt aktivitet eller oppgave. Bandura vektlegger betydningen av menneskets forventninger og tro på å kunne gjennomføre en handling, og at dette er en forutsetning for at handlingen skal kunne gjennomføres. Forventning om mestring har betydning for valg av aktiviteter, innsats og utholdenhet når man møter motstand. Jo større forventninger det er til mestring, jo større er utholdenheten og innsatsen. Basert på dette snakker han om at en person har høy eller lav mestringsevne.

Bandura viser til fire faktorer som kan være medvirkende årsaker til å skape en større motivasjon:

- ❑ egne mestringsopplevelser,
- ❑ fysiologiske og emosjonelle reaksjoner (eks. indre spenninger som kan gi positive eller negative utslag),
- ❑ andres gode eksempler og
- ❑ verbal støtte.

De to første faktorene er indre styrt, kommer fra individet selv. De to siste faktorene er ytre styrt i form av hva andre gjør og sier (Bandura, 1997).

Lazarus og Folkman (1984) viser til at det lenge har vært antatt at når en person er villig til å ta kampen det er å endre, er det motivasjon god nok, og at den viktigste beslutningen en pasient gjør forut for en behandling er å søke profesjonell hjelp. Dette er imidlertid ikke alltid nok. Det som kan skje er at ansvaret for endringen settes eksternt, og personen vil måtte trenge mer terapeutisk støtte for å gjennomføre endringen. Denne personen vil ha dårligere prognoser enn den personen som ser helt klart at suksess for å klare endringen hovedsakelig er basert på personens indre beslutning. Det holder ikke med kun den beslutningen som ligger i å møte i behandling, man må sørge for at pasienten bibeholder beslutningen, og får denne forsterket gjennom behandlingen.

Slik jeg tolker dette kan man snakke om en form for indre motivasjon, en forståelse og en tro på at styrken til endring kommer innenfra en selv. Dette i motsetning til en form

for ytre motivasjon, hvor endringen baserer seg på at noen yter / gir deg noe utenfra som kan medføre en endring – eksempelvis basert på andres erfaringer, eller verbal overtakelse.

4 METODE

Dette kapittelet omhandler metoder relatert til oppgavens problemstilling. Kapittelet er inndelt i seks avsnitt, hvor jeg innleder med å redegjøre for refleksjoner rundt mitt valg av metode. Andre avsnitt omhandler det kvalitative forskningsintervju, med en fenomenologisk og hermeneutisk innfallsvinkel. I tredje avsnitt beskriver jeg utvalget og utvalgsprosedyren. I fjerde avsnitt redegjør jeg for utarbeidelsen av intervjuguiden, gjennomføring av denne, samt arbeidet med analyseringen av innsamlede data. I femte avsnitt følger en redegjørelse for begrepene reliabilitet, validitet og generalisering. Sjette og siste avsnitt omhandler etiske aspekter relatert til min undersøkelse.

4.1 Metodisk tilnærming

Mitt filosofiske og pedagogiske ståsted har sin tyngde i den humanistiske retning hvor man ser viktigheten av å identifisere evner og ressurser iboende hos det enkelte mennesket. For meg representerer dette et overordnet prinsipp, som gjør seg gjeldende i all interaksjon mellom ”hjelper og hjelpesøker”. Man snakker ofte om menneskesyn innen dette fagfeltet, og mitt menneskesyn er å betrakte som dynamisk. Dette defineres av Lauvås og Lauvås (1994) som at mennesket ikke bare er et objekt, men også et subjekt som har muligheten til å gripe styrende inn i sin egen tilværelse. Menneskets vilje og muligheter er ikke forutbestemt. Mennesket er en aktiv bearbeider av sin egen virkelighet. Her ligger det frigjørende muligheter i å endre egen situasjon og påvirke sine omgivelser. Dette vil gi en forståelse av hvilke perspektiver som ligger til grunn for valg av mitt forsknings- og analysearbeid.

Dette bringer meg over på begrepet metode, som i forskningssammenheng brukes om den vitenskapelige fremgangsmåten for en planmessig gjennomføring av en undersøkelse (Kruuse, 2000).

Betingelsen for hvilken metode som er hensiktsmessig å benytte, er basert på en kombinasjon av problemstilling og formål med oppgaven

Problemstillingen i denne undersøkelsen er;

*Tinnitus Habituation Therapy. Hva kan være bestemmende for grad av effekt?
Kan kjenneskaper til dette forbedre praksis?*

Problemstillingen er todelt. Første del retter her søkelyset mot informantenes subjektive opplevelser og strategier for å mestre sin tinnitus-plage. Som det fremgår av problemstillingen er det to retninger som skal vurderes: de som har positiv effekt og de som har ingen effekt av THT. Målet er å få frem hvilke faktorer som kan fortelle noe om denne ulikheten. Andre del av problemstillingen tar utgangspunkt i de funn som fremkommer i problemstillingens første del, og har som mål å forbedre praksis.

Man skiller gjerne mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Metodene har til felles et ønske om å skape en sammenheng eller et system. Forskjellen ligger grovt sett i at den kvantitative metoden ønsker å forklare for å finne årsakssammenhenger, søker den kvalitative metoden å fortolke for å skape en meningssammenheng (Kruuse, 2000). Den kvalitative metoden kan også være et nyttig supplement til den kvantitative metoden, og vise versa (Befring, 1998).

Jeg knytter denne forskningsundersøkelsen opp mot et allerede eksisterende prosjekt ved UiO, redegjort for i kapittel 1.1 og 2.2.2. Dette prosjektet har allerede gjort to kvantitative undersøkelser, og har bl.a. fått frem hvor mange som har fått positiv effekt av THT, og på hvilke områder de har hatt effekt. Jeg har som mål med denne hovedfagsoppgaven å forsøke å få frem hvordan og hvorfor gruppen med så positivt resultat mestrer, og hvorfor det er en gruppe mennesker som melder tilbake om ingen eller liten effekt. Mestrer de annerledes? Har de andre motivasjonsfaktorer? Er det andre faktorer som spiller inn?

Jeg har derfor valgt kvalitativ metode med en fenomenologisk / hermeneutisk forståelsesramme i denne oppgaven. Kjennetegnet her er at man ønsker å studere verden slik mennesket opplever den, vektlegger folks erfaringer fremfor vitenskapelige forklaringer. Dette kan bidra til å gi større innsikt i hvordan mennesket selv vurderer sine opplevelser. Jeg må fortolke den enkeltes informasjon, skape en meningssammenheng, som igjen kan si meg noe om en mulig årsakssammenheng

mellom mestringsstrategi og effekt av THT-behandling. Metoden er mer intuitiv enn den kvantitative, da den kan tilpasses den enkelte situasjon og gi rom for improvisasjon og personlige vurderinger underveis i prosessen. Dette i motsetning til kvantitativ forskningsmetode, som er mer bundet i sin form og som tar sikte på å kartlegge, analysere eller forklare i variabler og kvantitative størrelser.

4.2 Det kvalitative forskningsintervju

Som nevnt over ga oppgavens problemstilling en viss styring i forhold til de valg jeg har måttet ta videre med hensyn til metode for datainnsamling. Jeg måtte velge den metoden som passet best for problemstillingen. I og med at jeg fokuserer på å gå i dybden, forsøker å gripe fatt i den enkeltes erfaringer og den enkeltes mestringsstrategier i forhold til tinnitusplagen, er det naturlig å velge intervju som instrument til å foreta innsamling av data. Dette krever igjen at jeg inntar en aktiv rolle, og bruker meg selv som et instrument, i dette tilfelle som intervjuer. Denne metoden er dynamisk i form av at den gir rom for stor fleksibilitet ved at jeg har direkte kontakt med respondenten, og kan tilpasse situasjonen til denne (Kruuse, 2000).

Et kvalitativt forskningsintervju er å betrakte som en samtale mellom to personer, over et tema som interesserer begge, men hvor temaet og intervjuet har en faglig bakgrunn og hensikt, og er bestemt av forskeren. Slik sett er samtalen ikke helt likeverdig. Formålet er å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, slik at man kan fortolke betydningen av de beskrevne fenomener, og dermed forstå den intervjuedes livsverden (Kvale, 1997).

Humanismen setter fokus på viktigheten av å gjøre refleksjoner rundt vår egen og andres eksistens. Teorien vektlegger betydningen av vår forforståelse, altså våre refleksjoner rundt de erfaringene vi har gjort oss gjennom livet, hvordan vår forforståelse preger oss som mennesker, og hvordan det vi har erfart på godt og vondt er med på å prege vår forståelse videre.

Dette er også viktige prinsipper innen fenomenologien, hvor den tyske filosofen Husserl (1859-1938) regnes som opphavsmann. Han mente at forskning måtte skje med hensyn til "tingenes verden" hvor det er viktig å se situasjonen slik den fremstår for

enkeltindividet. I mitt møte med informantene må jeg derfor ta i bruk min egen måte å forstå på, altså min måte å tolke dennes verden på, samtidig som jeg tar i betraktning at den andre har sin måte å forstå sin situasjon på. Jeg skal intervjuere flere personer, som alle har til felles å ha plagsom tinnitus. Personer som sanser og opplever den samme situasjonen kan likevel oppleve denne forskjellig fordi opplevelsen avhenger av hva man har som ballast av tidligere erfaringer, og derigjen skaper en subjektiv tolkning av situasjonen. Disse subjektive tolkningene / opplevelsene er hva jeg ønsker å få frem i intervjuene, noe som krever at jeg møter informanten med åpenhet og respekt.

Dette stiller igjen krav til måten jeg fortolker denne informasjonen på. Denne fortolkningen har sitt utspring fra hermeneutikken, som er læren om fortolkning av menings-formidlende materiale. Dette kan eks. være tekster, handlinger.

I denne undersøkelsen vil det være det transkriberte materialet, tekstene, som behandles. Min fortolkning er også preget av den mellommenneskelige kontakten som var i intervjusituasjonen. Metoden karakteriseres ofte som en fortolkningsteknikk, en fortolkningsprosess som beskrives metaforisk som en sirkel, den hermeneutiske sirkel. Fortolkningene hviler både på noen forutsetninger, hva jeg vil undersøke, og på en bevegelse frem mot en mer omfattende viten på et høyere nivå. Man kan se forståelsen som en prosess som omhandler forholdet mellom deler og helhet, en frem- og tilbakegang mellom teksten (mine intervjuer) og hvordan dette bidrar til å skape ny innsikt og forståelse av min helhet (min tolkning av intervjuene – de ”funn” jeg gjør). I prinsippet er det ingen regler for hvor langt man kan fortsette denne sirkelen. Man kan alltid lære noe nytt om emnet man undersøker. Det er imidlertid tradisjon for at man stanser fortolkningen av intervjuet når de enkelte temaer på en rimelig måte utgjør en konsistent helhet (Kruuse, 2000).

Det er ulike former for kvalitative intervjuer:

- det ustrukturerte hvor intervjuet fremstår mer som en åpen samtale og hvor man på forhånd ikke har lagt noen plan utover et gitt tema,
- det halvstrukturerte hvor intervjueren på forhånd har forberedt de spørsmål han vil stille,
- det strukturerte hvor man har en detaljert intervjuguide med fastlagte spørsmål og svarkategorier.

Jeg har valgt å benytte meg av halvstrukturert intervju, hvor jeg har hatt direkte kontakt med informanten i form av et intervju. Det halvstrukturerte intervjuet er som nevnt forberedt på forhånd, men man er ikke bundet til å holde seg kun til spørsmålene. Det er en dynamisk intervjuform hvor man kan utdype spørsmålene, komme med uforberedte spørsmål underveis, alt etter hva samtalen bringer.

4.3 Utvalg

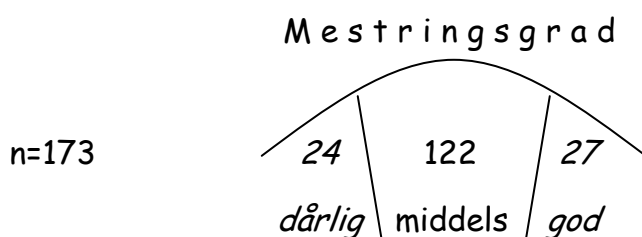
Som nevnt tidligere, bl.a. i kapittel 1.1, har jeg knyttet meg opp mot et allerede pågående prosjekt ved UiO, hvor det tidligere er foretatt en evaluering av intervensjonen THT, både rett etter avsluttet behandling og ett år etter. Metoden som ble brukt var kvantitativ, med survey som design og spørreskjema som instrument. Det foreligger nå konsesjon fra Datatilsynet til å følge opp dette materialet (vedlegg). Som et forhåpentlig nyttig supplement til de resultater som der er fremkommet, har jeg sett verdien av å kunne foreta en kvalitativ undersøkelse på samme utvalg. Dette vil gi meg muligheten til å kunne gå mer i dybden på de spørsmål som jeg finner viktige i denne undersøkelsen. I kvalitative studier er det vanlig å gå i dybden på et lite utvalg, noe som igjen gjør det viktig å finne de informanter som innehar kunnskaper og erfaringer som gjør at forskningsproblemet blir belyst best mulig.

Mitt utvalg består altså av informanter som har deltatt på THT ved UiO, og som har svart på spørreskjemaer i forbindelse med evaluering av dette prosjektet. Deltakerne ble i hovedsak rekruttert fra Hørselshemmedes Landsforbund, Briskeby kompetansesenter og Ullevål sykehus, hvor de ut fra kriteriet plagsom tinnitus sto på venteliste for behandling. Av de ca. 200 deltakerne på THT, har 173 deltatt i den oppfølgende undersøkelsen. Dette var den totale populasjon jeg hentet mitt utvalg fra. Av disse 173 personene var 59 % menn og 41 % kvinner. Aldersmessig fordelte gruppen seg med 6 % under 30 år, 48 % i alderen 30-49 år, 42 % i alderen 50-69 år og 4 % var over 70 år.

Dataene fra spørreskjemaene er lagt inn på UiO's statistiske program og er systematisert i kategorier, bl.a. under variabelen mestring. Ut fra dette materialet trakk jeg så ut de personene som hadde markant høyest skår på denne kategorien, 27 personer som meldte om svært positiv effekt. Likedan ble det trukket ut de personene som hadde markant

dårligst skår på variabelen mestring, 24 personer som meldte tilbake om liten, eller ingen effekt. Jeg satt da igjen med en populasjon på 51 personer. Metoden er hensiktsmessig i undersøkelser hvor man ønsker å se på en generell evne / faktor i en gruppe. Dette er en form for skala som kan måle eks. mestring, som i dette tilfellet er mestring av plagsom tinnitus (Sommerschild, 1998). Utvelgelsen skjer ikke tilfeldig, da man strategisk sett søker de ekstreme tilfellene for å finne så stor variasjonsbredde som mulig, en illustrasjon over dette vises i figur 5.

Figur 5: Illustrasjon over utvalget til denne undersøkelsen



Det var disse to yttergruppene jeg fant mest hensiktsmessig å gå videre med, da jeg anså disse informantene interessante i form av at de "skiller seg ut" fra det store gjennomsnittet, og følgelig kunne fortelle meg noe om det spesielle i de fenomenene jeg ønsker å belyse. Disse informantene var anonymisert i det statistiske datamaterialet, men ved hjelp av koder var det mulig å hente opplysninger om informantene ut av konfidensielt oppbevart materiale ved UiO. Ut fra en populasjon på 51 personer plukket jeg ut 10 personer i hver kategori (dårligst/best) som jeg fant aktuelle for intervju, ut fra følgende kriterier:

- ❑ Personene må ha deltatt i THT, og svart på evalueringsspørsmålene i forhold til dette prosjektet.
- ❑ Personene må ha sagt seg villig til å bli med i videre deltakelse i prosjektet.
- ❑ Personene skulle plukkes ut blant to ytterpunkter, de som har skåret "best" og de som har skåret "dårligst" i forhold til effekt av THT.
- ❑ Personene må ha bosted / arbeid i Oslo og omegn, dette av økonomiske og tidsmessige årsaker.
- ❑ I forhold til alder forsøkte jeg å få en spredning.

Ut fra disse 20 valgte jeg ut 11 informanter fortløpende ettersom informert samtykke, og bekreftelse om intervju tidspunkt, ble mottatt. Det endelige utvalget i denne undersøkelsen er 6 informanter med positivt utfall av THT, 2 kvinner og fire menn. 5 informanter med negativt utfall av THT, 3 menn og 2 kvinner. Kjønn har ikke vært styrende for meg i utvalgskriteriene, da det i forskningssammenheng ikke er funnet noen utpreget forskjell på kjønn i forhold til plagsom tinnitus, som nevnt i kapittel 2.1.1. Aldersmessig er spredningen i det endelige utvalget fra 36 til 70 år.

Alle som har deltatt i THT-prosjektet er blitt tilskrevet i forbindelse med en forespørsel om videre deltakelse, og de har gitt bekreftende tilbakemelding via post (vedlegg nr. 2.)

4.4 Intervjuprosessen

4.4.1 Utarbeidelse av intervju guide

Jeg hadde til hensikt å bygge videre på spørreundersøkelsen fra THT-prosjektet, hvor jeg ønsket å gå mer i dybden med hovedfokus på mestring som også var et sentralt element i deres spørreundersøkelse.

Jeg ønsket å se på to ”grupper” som hadde det til felles at de var sterkt plaget av tinnitus, men som meldte tilbake om forskjellig effekt av THT. Jeg ønsket å lete etter ”de gode sirkler”, hva som skapte den gode effekten av THT. Tilsvarende ønsket jeg å se etter ”de onde sirkler”, hvilke faktorer som ligger til grunn for ikke å få noen positiv effekt av THT.

Mitt utgangspunkt var at hvert enkelt individ har ulike måter å møte den utfordringen det er å få plagsom tinnitus, dette i tråd med den fenomenologiske tanke. Jeg ønsket videre å få frem hva som ligger til grunn for mestringseffekten i forhold til resultatene fra THT-prosjektet. Har mestringseffekten en sammenheng med de motstandsressurser og den mestringsstrategien den enkelte bruker til å møte en slik utfordring som plagsom tinnitus kan medføre, av både fysisk og psykisk karakter? Dette i tråd med tankene til Antonovsky og Lazarus & Folkman, som er redegjort for i kapittel 3.

Jeg fant det hensiktsmessig å starte med en gjennomgang av evalueringsspørsmålene brukt i THT-prosjektet, og forsøkte å utforme spørsmål som kunne føre problematikken

videre. Dette for å finne en mulig skilnad i disse to gruppene hva gjelder håndteringen av det felles ”problemet”. Spørsmålsstillingene jeg valgte ut skulle i hovedsak belyse emosjonelle og praktiske faktorer knyttet opp mot THT, under følgende temaer:

- Fysiske og psykiske omstendigheter rundt utbruddet av tinnitus
- Vurdering og aktivitet – hvordan håndterer informantene plagen?
- Deltakelse på THT, opplevelse og effekt
- Tiden etter THT, refleksjoner rundt egen mestring.
- Fremtid, det ideelle hjelpeapparat – hvordan bør det fungere?

Jeg utarbeidet en intervjuguide (vedlegg nr. 3) basert på at det var ulike elementer jeg måtte forsøke å belyse og ta hensyn til hos disse to ulike gruppene. Det ble utformet noen spørsmålsformuleringer beregnet på hver av gruppene ”positiv” og ”negativ”, men hvor hovedtemaet var det samme. I intervjuguiden er teksten merket med (P) eller (N) for de spørsmål som skal stilles kun den ene informantgruppen.

I arbeidet med å utarbeide intervjuguiden fant jeg det praktisk med en oppdeling i form av å fokusere på tre perioder: før, under og etter THT. Med denne inndelingen ville jeg forsøke å få informantene til å tegne et helhetlig bilde fra da tinnitus oppstod, deres subjektive opplevelser, reaksjoner og håndtering av plagen og frem til hvordan de mestrer sin tinnitus i dag.

4.4.2 Gjennomføring av intervjuene

Jeg valgte videre tilfeldig ut en informant fra utvalget mitt til et prøveintervju. Dette intervjuet viste seg å fungere bra, tilbakemeldingen var god og ingen endringer ble gjort verken i intervjuguiden eller formen på selve intervjuet. Jeg fant det derfor hensiktsmessig å inkludere denne informanten i materialet.

Jeg benyttet meg av en mini-disc til opptak av intervjuene, noe som fungerte bra i form av at den er ubetydelig i størrelsen, har stor opptakskapasitet og derfor ikke virker forstyrrende i samtalen. Samtlige informanter ble informert om opptaket før vi startet intervjuene, og samtlige aksepterte denne måten å gjøre det på.

Informantene ble kontaktet pr. telefon, sa seg villige til å bli intervjuet av meg og fikk selv bestemme hvor de ville ha intervjuene. Fire informanter valgte å ha intervjuet på jobb, hvor de hadde satt av godt med tid samt disponerte et rom uten forstyrrelser. De øvrige syv informantene ønsket å ha intervjuene hjemme hos seg selv. Begge løsninger ga en god, naturlig atmosfære å gjøre intervjuet i. Intervjuene hadde en varighet på mellom en og to timer, og strakk seg over en periode på åtte uker. At intervjuene strakk seg over så vidt lang tid, var positivt for meg i den forstand at jeg fikk godt med tid til å reflektere etter hvert enkelt intervju, og følte meg godt forberedt til neste intervju i form av å ha ”lært” noe nytt av hver informant, altså en fin bevegelse i fortolkningsprosessen.

Jeg følte samtlige samtalsituasjoner som svært informative og behagelige.

Informantene bød veldig på seg selv, tegnet et godt bilde av sin situasjon og tok seg tid til å reflektere over denne underveis. At det var så vidt lenge siden de hadde gjennomgått THT, samt hatt plagsom tinnitus over en lengre periode, gjorde også sitt til at jeg følte at det som kom frem av informasjon var godt gjennomtenkt.

Intervjuguiden (vedlegg nr. 3) ble ikke sendt informantene i forkant, da jeg ønsket at intervjuene skulle ha form av en mer åpen samtale. Informantene var imidlertid forberedt på tematikken da de allerede hadde takket ja til å være med videre i prosjektet.

Intervjuguiden fungerte bra som et verktøy for meg. Den kronologiske rekkefølgen jeg hadde lagt opp til viste seg å være naturlig i samtalene. Noen sprang ble det mellom spørsmålene, og mange av spørsmålene ble besvart gjennom hva informantene snakket naturlig om. Jeg forsøkte å oppsummere underveis i samtalen, for å forsikre meg om at jeg hadde forstått vedkommende rett, og fikk dekket inn alle spørsmålene i intervjuguiden.

Transkriberingen av intervjuene foregikk fortløpende etter hvert intervju, og ble transkribert tilnærmet ordrett.

4.5 Validitet, generalisering og reliabilitet

En vanlig innvending mot studier basert på kvalitative data er at metoden har mangelfull validitets- og reliabilitetskontroll, med andre ord, det stilles spørsmål til gyldighet og

pålitelighet. I motsetning til kvantitative undersøkelser som kan vurdere validiteten ved hjelp av ulike prosedyrer med støtte i statistisk analyse, har man i kvalitative metoder utarbeidet andre kriterier å måle validiteten etter (Kvale 1997).

Jeg vil i dette kapittelet gjøre rede for hva jeg legger i de ulike termene generelt, og hvordan disse dekkes inn i denne undersøkelsen spesielt.

Validitet (gyldighet). Validiteten skal altså si noe om undersøkelsens gyldighet. Viktige spørsmål her er om undersøkelsen er utført slik at man kan være sikker på at menneskene i undersøkelsen er identifisert og beskrevet på en riktig måte? Måler undersøkelsen det den var tenkt å måle? (Vedeler, 2000). Kvale (1997) argumenterer for at validiteten, eller gyldigheten, avhenger av kvaliteten på det håndverk som er benyttet. Videre må dette integreres i alle stadiene av intervjuundersøkelsen: tema, planlegging og gjennomføring av intervjuene, transkribering, analysering av dataene, validering og til sist selve rapporteringen. Dette håndverket, eller kvalitetskontrollen av dette, er forskerens evne til å være bevisst på viktigheten av å hele tiden ha et kritisk syn på egne tolkninger av data, slik at man ikke skaper en selektiv forståelse eller en skjev tolkning. Videre er forskerens evne til å stille spørsmål viktig i form av hva som skal undersøkes, hvorfor det er viktig å undersøke dette og til sist hvordan man skal klare å finne ut dette. Avslutningsvis er det forskerens evne til å kunne knytte det som skal undersøkes opp mot teorier. Man må ha en teoretisk oppfatning av det som skal undersøkes.

I denne undersøkelsen har jeg forsøkt å gjøre rede for de refleksjoner jeg har gjort meg rundt alle stadiene i undersøkelsen, og hvilke kriterier som er lagt for de ulike valgene som er tatt. Jeg har valgt en kvalitativ metode med en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming, hvilket stiller store krav til meg som forsker i forhold til å følge ovennevnte kriterier. Dette spesielt i fasen som omhandler innhenting, bearbeiding og analysering av datamaterialet, hvor man kan stille spørsmål om egne fortolkninger av informantens uttalelser er riktige, eller om informantene presenterer sin egen situasjon i henhold til realiteten. Hvorvidt intervjusituasjonen føles behagelig og avslappet for informant og intervjuer kan også være med på å prege informasjonen som kommer frem.

I dette tilfellet er temaet og spørsmålene av en slik art at det er nødvendig å skape en atmosfære og kjemi som gir rom for åpenhet. I og med at samtlige informanter hadde vært plaget av tinnitus over flere år, samt at det var et par år siden de deltok på behandlingstilbudet, var svarene ikke preget av at det lå ubearbeidede følelser bak. De var tvert imot preget av god refleksjon. Flere informanter la vekt på at de i etterkant kunne se tilbake og sette ord på hendelser og sammenhenger som ikke var like klare da tinnitus brøt ut.

Validitet er også et spørsmål om overførbarhet, hvilket er vanskelig i kvalitative undersøkelser. Man er opptatt av å fremskaffe gode, omfattende, relevante og detaljerte beskrivelser basert på et hensiktsmessig utvalg. Disse beskrivelsene kan gi generaliserings-muligheter. Man velger det utvalget som kan gi rikest mulig informasjon ut fra undersøkelsens fokus, og er ikke opptatt av at det skal være et representativt utvalg i statistisk betydning. Gode beskrivelser gjør det mulig for leseren å ta beslutninger når det gjelder overførbarhet (Vedeler, 2000). Kvale (1997) påpeker at ut fra et humanistisk syn er hver enkelt situasjon unik, og hvert enkelt fenomen har sin struktur og logikk, noe som kan vanskeliggjøre en overføring.

I denne undersøkelsen er det kun 11 informanter, og de funn som kommer frem her kan ikke gjøres gjeldende for alle som får denne behandlingen, og heller ikke for hele populasjonen har tatt mitt utvalg fra. Men, slik jeg ser det, kan funnene bidra til kunnskap om hvordan mennesker responderer ulikt på en behandling som THT. Denne kunnskapen vil kunne overføres til lignende situasjoner, eller i dette tilfellet til en eventuell utbedring / utvikling av fremtidig THT, eller annen behandling av plagsom tinnitus. Ved at jeg har benyttet meg av to grupper som skårer i hver sin "ytterlighet" vil jeg også mene at jeg har greid å finne frem til de informantene som kan gi "gode" beskrivelser (Vedeler, 2000).

Reliabilitet (pålitelighet), dreier seg om hvilken presisjon måleinstrumentet (intervjuet) har, om det gir samme resultat for samme individ uansett om personen testes eller observeres av ulike personer, under ulike betingelser eller til forskjellig tid. Kan studien kan etterprøves? (Vedeler 2000). Kvale (1997) vektlegger spesielt intervjuerens eventuelle manglende pålitelighet i form av at man ubevisst kan stille ledende spørsmål – som igjen kan påvirke svarene negativt. Graden av pålitelighet, eller reliabilitet, er

altså avhengig av forskerens evne til å være konsis i intervjusituasjonen, transkriberingen og analyseringen samt at det redegjøres for alle forhold omkring datainnsamlingen, og bearbeidingen av denne.

I fremstillingen av denne undersøkelsen har jeg forsøkt å gjøre rede for disse forholdene slik at det skal være mulig for leseren selv å vurdere påliteligheten. At ethvert intervju i en undersøkelse skal fremstå som identisk fra intervjuerens side er ikke mulig. Jeg har høstet erfaringer underveis i intervjuene, noe som kan påvirke neste intervju. Videre er ethvert møte med et nytt menneske en ny setting som ikke kan være identisk med andre møter. Felles for alle intervjuene var intervjuguiden som fungerte som god hjelp i form av å få sikret at alle temaene ble dekket inn. Samtlige intervjuer ble også transkribert ordrett for å sikre påliteligheten i fremstillingen. I forhold til analyseringsprosessen har jeg benyttet meg av kategorier som knyttes opp til intervjuguiden, hvoretter datamaterialet var ganske oversiktlig å analysere.

4.6 Etiske betraktninger

Kvale (1997) påpeker at alle stadiene i forskningsprosessen har etiske spørsmål forskeren må ta stilling til. I forhold til valg av tema bør denne være forankret i at den har en verdi i form av ny kunnskap som kan føre til en forbedring av situasjonen som skal forskes. I denne undersøkelsen mener jeg kunnskapen som fremkommer kan benyttes til forbedring av eksisterende THT, og at kunnskapen kan benyttes til videre forskning på tinnitus.

Intervjusituasjonen var der jeg på forhånd hadde de største etiske overveielser. Mine etiske betraktninger rundt dette gikk på gruppen som er kvitt sin tinnitus, eller melder om bedring. Erfaringer viser at tinnitus-pasienter som er blitt kvitt sin tinnitus-plage etter THT, den første tiden bør være spesielt forsiktig med å innbefatte seg med tinnitusproblematikk, da det lett kan bringe tinnitus tilbake i bevisstheten.

I og med at informantene selv kunne vurdere om de ville delta videre i prosjektet, og på denne måten selv vurderte eventuelle konsekvenser, så jeg det slik at dette likevel ville være den beste måten å hente informasjon på. Videre ble det i det informerte samtykket

(vedlegg nr. 2) gjort rede for hva som var hovedtrekkene i undersøkelsen, og at det var mulighet for å trekke seg underveis.

Transkriberingens etiske vurderinger gikk på mine evner til å være lojal mot informantens uttalte meninger. Analyseringsprosessen bygger videre på transkriberingen, at jeg tolker opplysningene rett, og får formidlet videre den informasjon informantene kom med.

Etiske spørsmål rundt verifiseringen går på min evne til å være klar og tydelig i min formidlingsform at det skal være mulig å følge mine refleksjoner og valg av hva og hvorfor det er viktig å undersøke dette – og til sist fremgangsmåten som er benyttet for å finne ut dette.

Avslutningsvis er det etiske hensyn som også må tas i forbindelse med den endelige rapporten. Også her skal konfidensialitetsprinsippet gjelde. Det ble innhentet et informert samtykke fra informantene i forkant av intervjuene. Informantene er sikret konfidensialitet i fremstillingen av resultatene, samt i opptak og det transkriberte materialet.

5 PRESENTASJON AV FUNN

Dette kapitlet er delt inn i seks hovedavsnitt, hvor de fem første avsnittene i grove trekk følger temaene i intervjuguiden (vedlegg nr. 3). Første avsnitt gir en presentasjon over informantenes fysiske og psykiske omstendigheter rundt utbruddet av tinnitus. I det andre avsnittet fremkommer informantenes vurderinger og aktivitet i forhold til å håndtere sin tinnitus. Tredje avsnitt omhandler informantenes opplevelser av deltakelse på THT, og hvilken effekt denne deltakelsen hadde. I fjerde avsnitt presenteres informantenes refleksjoner rundt egen mestring av tinnitus, i tiden etter avsluttet deltakelse i THT. Femte avsnitt omhandler informantenes refleksjoner om fremtiden, og det ideelle hjelpeapparat. Sjette og siste avsnitt er en oppsummering av funnene.

Som en innledning til resultatkapitlet, finner jeg det hensiktsmessig å repetere formålet med undersøkelsen, samt oppgavens problemstilling.

Som nevnt i innledningskapitlet, og i kapittel 2.2.2, er resultatene fra THT-prosjektet i Oslo svært gode. Hele 72 % av deltakerne ga uttrykk for at de var blitt bedre til å mestre sin tinnitus, med dertil positive ringvirkninger i forhold til følgeplagene. Den tilsiktede lærings- og habitueringsprosessen er opprettholdt ett år etter avsluttet behandling, noe som indikerer at bedringsprosessen fortsetter.

Formålet med denne undersøkelsen er å forsøke å få frem hvordan og hvorfor denne gruppen mestrer, og hvorfor det er en gruppe mennesker som melder tilbake om ingen eller liten effekt. Mestrer de annerledes? Er det andre faktorer? Denne informasjonen kan være nyttig i forhold til å forbedre fremtidig THT.

Problemstillingen i oppgaven er:

Tinnitus Habituation Therapy. Hva kan være bestemmende for grad av effekt?

Kan kjennskapen til dette forbedre praksis?

Jeg har valgt å ta med enkelte utdrag fra intervjuene, presentert i sitatform og gjengitt slik de ble fremstilt av informantene. Noe av teksten er imidlertid fjernet, der jeg finner den uhensiktsmessig i forhold til å synliggjøre det aktuelle temaet. Som redegjort for i

metodekapittelet, avsnitt 4.3, har jeg delt informantene inn i gruppene ”**positive**” og ”**negative**”. Under hvert avsnitt presenterer jeg i hovedsak funnene i hver gruppe isolert. Der det ikke fremkommer noen forskjeller, finner jeg det mest hensiktsmessig å presentere funnene som en felles enhet. Det blir flere steder foretatt en form for opptelling av informantene i hver gruppe, noe som er gjort for å få frem skilnaden i datamaterialet.

Jeg har valgt å innlede hvert av avsnittene under med en redegjørelse for de tanker jeg la til grunn ved spørsmålsstillingen, og hva det var jeg ønsket å få frem. Dette er gjort i den hensikt å klargjøre egne refleksjoner rundt funnene, både for egen del og for leseren.

Jeg har helt avslutningsvis i dette kapittelet valgt å komme med en oppsummering av funnene, som igjen vil danne grunnlag for diskusjon og konklusjon i kapittel 6.

5.1 Fysiske og psykiske omstendigheter rundt utbruddet av tinnitus

Som nevnt i kapittel 2.1. viser forskning at det er store variasjoner i hvordan plagsom tinnitus ”bryter ut” hos den enkelte, og hvordan denne tilstanden virker inn på den enkeltes livskvalitet.

Jeg har ønsket å få frem hvordan informantene opplevde tinnitus-utbruddet. Hvilke tanker, følelser og handlinger dette bragte frem hos den enkelte, og hvilken livssituasjon de befant seg i på tidspunktet for ”utbruddet”. Dette temaet synes jeg er viktig i forhold til å se hvordan man vurderer situasjonen intuitivt, hvordan man tenker/angriper situasjonen uten bistand ”utenfra”. I forhold til Lazarus og Folkmans prosessmodell er dette den potensielle stressfaktor, og første vurderingsfase. Ser man tinnitus som en skade, en trussel eller utfordring?

Jeg valgte å innlede intervjuene med en tids- og stedfestelse av når tinnitus brøt ut / ble plagsom. Dette var gjort av to grunner:

- jeg ønsket å få informanten ”mentalt” tilbake i denne startfasen for å få frem de hendelser som kan knyttes direkte til utbruddet av tinnitus,

- jeg ønsket å se eventuelle forskjeller på mine to utvalgsgrupper med hensyn til vurdering og forståelse av situasjonen, og om de kan se sin tinnitus i sammenheng med spesifikke hendelser.

Dette i tråd med de tanker som ligger i mitt valg av en fenomenologisk/hermeneutisk forståelsesramme for oppgavens problemstilling, redegjort for i kapittel 4.2.

I intervjuguiden fremkommer spørsmålene jeg stilte under punktet ”Fysiske og psykiske omstendigheter rundt utbruddet av tinnitus”, (vedlegg nr. 3). Spørsmålene som ble stilt dreide seg om når man ble oppmerksom på lyden, hvilke tanker og følelser dette frembrakte, hvordan livssituasjonen var ved ”utbruddet” og om den enkelte kunne se noen årsakssammenheng.

5.1.1 Positiv gruppe

Fem av seks informanter kan sted- og tidfeste når tinnitus brøt ut. Den siste informanten har hatt tinnitus i en årrekke, men kan tidfeste når han fikk plagsom tinnitus. Samtlige seks informanter kan sette sin tinnitus i sammenheng med en fysisk og/eller psykisk hendelse. Dette kan være et fall med dertil slag mot hodet, konsertbesøk, samlivsbrudd eller andre fysiske/psykiske påkjenninger. Jeg velger å trekke frem historien til denne ene informanten, som jeg synes illustrerer godt flere elementer som går igjen hos denne gruppen av informanter:

”Husker godt når det skjedde. Det var et smell, for jeg sto og hogg på en stamme. Så smalt det som et børseskudd. Plutselig begynte dette spillet. Skjønte ikke hva det var, og det ble en trussel. På nippen til å gi opp. Jeg satte meg ned i stolen, og da satt jeg bare og holdt meg fast i begge armlenene og satt og lytta til dette spetakket. Årsaken til dette her tror jeg kan henge sammen med mange år som du ikke gjorde som du selv ville. Det handler om masse som kanskje psykisk sett dro deg ned kan du si. Går på tvers av deg sjøl i en del år. Konstant dårlig samvittighet. Ble kjørt nedover i full fart med fysisk og psykisk stress i forbindelse med arbeidssituasjonen og mange hensyn å ta i privatlivet.”

Dette med ikke å forstå hva det (tinnitus) var er felles for informantene. Man trodde det var noe alvorlig galt med hodet. Kun én informant forsto det var tinnitus han hadde fått, og var følgelig ikke engstelig for at det kunne være noe annet. Denne personen hadde en del forkunnskaper om tinnitus gjennom bransjen han arbeidet i, og sier dette i forbindelse med ”utbruddet”:

”Hørte det først på badet, da var det helt stille. 4-5 år siden. Lyden kom og gikk bort noen ganger, jeg skjønnte det var tinnitus. Jeg visste det kunne være permanent og at det kanskje ikke

gikk bort, visste såpass mye. Jeg tenkte ikke så mye på det før jeg fikk det konstant etter en høy konsert. Jeg hadde allerede tenkt, jeg hadde allerede vurdert denne tinnitusbiten. Jeg tror jeg bare fikk tinnitus som alle får etter konsert, og da begynte jeg å tenke på at det kanskje ikke ville gå bort, og da forsterket det seg og såDet var sånn jeg tenkte.”

Utsagnet illustrerer også ”gangen” i den ”onde sirkel ved tinnitus”, figur 3, kapittel 2.2.1.

Når gruppen svarer på spørsmål om livssituasjonen ved utbruddet kan fire av seks fortelle om til dels store følelsesmessige belastninger, altså belastninger som går mer på det personlige og ”indre” plan. Det er ikke nødvendigvis livssituasjonen alene, den utløsende årsaken kan eks. ligge i et fall, men livssituasjonen har forsterket opplevelsen; De følelsesmessige belastningene går på samlivsbrudd, familiære påkjenninger som dødsfall og sykdom, psykisk stress og slit i arbeidsliv og/eller privatliv. Denne informanten har arbeidet i et støymiljø i mange år, og mener selv han har hatt tinnitus lenge uten at denne har utgjort noe problem. I forbindelse med en turbulent og slitsom livssituasjon utviklet han plagsom tinnitus:

”Mye samlivsproblemer som gjorde utslag i tinnitus. Samlivsbrudd. Hatt veldig mye turbulens i samlivet over mange år. Masse slit hjemme. Du er i en desperat situasjon, og da er jo øra deretter.”

En annen sier:

”Ja det var den (livssituasjonen) som gjorde det! Vel, jeg fikk tinnitus, men den har brakt så mye fint med seg også.”

En tredje informant sier:

”Har lest at triste ting over tid kan gi forsterkning. Har hatt en stresset hverdag. Tror fallet var viktigste grunnen, men jo mer jeg tenker på at summen av private hendelser kan ha medført at min tinnitus fortsatt eksisterer / er høy. Ulykker, sykdommer, dødsfall i nær familie. Det er klart at det har vært med å forsterke det. Det er jeg overbevist om.”

De to siste informantene er også klare på årsaksbildet, men setter det ikke sammen med noen utpreget slitsom livssituasjon. Den ene informanten har sykdommen Morbus Menieré, hvorav tinnitus er en vanlig følgeplage, og sier dette om omstendighetene rundt utbruddet av tinnitus:

”Har vært oppe og lett etter lyden. Tenkte det var en lyd i huset. Tinnitus i seg selv var ikke i fokus før jeg skjønnte jeg hadde Menieré.”

Den andre informanten fikk tinnitus etter et konsertbesøk, nevnt over.

Hvor lenge informantene i denne gruppen var plaget av tinnitus før THT varierer. Tre personer kom relativt raskt til THT etter ”utbruddet”, i underkant av ett år. De øvrige tre hadde vært plaget noe lenger, 2-5 år før oppstart av THT.

5.1.2 Negativ gruppe

Fire av fem informanter kan sted- og tidfeste tinnitus-utbruddet ganske nøyaktig. Den femte informanten er usikker på når han fikk tinnitus. Han mener det er langt tilbake i tid, men kan tidfeste omtrentlig når tinnitus utviklet seg til å bli plagsom. To av informantene setter sin tinnitus sammen med en fysisk hendelse. Én mener den kom i forbindelse med en fysisk hendelse, men kombinert med en psykisk påkjenning. Hos de øvrige to informantene har tinnitus ”bare kommet”. Jeg velger å trekke frem hvordan en av disse informantene illustrerer de fysiske og psykiske omstendigheter rundt utbruddet av ”sin” tinnitus:

”Jeg våknet en morgen, så bråkte det. 2-3 uker senere lurte jeg på hva det var, jeg holdt på å bli gal. Bare våknet en morgen, så var den der. Jeg var ikke engstelig, jeg visste ikke hva det var.... Lyden forfulgte meg jo, og jeg holdt på å bli gal. Forsøkte å gå fortere enn lyden, legge den bak meg. Jeg kan ikke finne noen verdens ting som er årsaken. Hadde jobbet mye og giftet meg sent. Var ganske stresset i en situasjon hvor jeg følte jeg var ”låst” i en situasjon med små barn, og en mann som var mye borte. Vet ikke om jeg var mer stresset da, det var ikke noe spesielt.”

Også i denne gruppen er det én informant som har forkunnskaper om tinnitus, og som selv forsto at det var tinnitus han hadde fått. Denne kunnskapen var basert på familie-medlemmer som var sterkt plaget, og som hadde gitt uttrykk for hvilken forferdelig plage dette var:

”Tinnitus kom julen/nyttår i 93. Jeg var ikke redd, jeg skjønnte det var øresus. Det var ingen hendelser som var stressende eller negative. Jeg har to nære familiemedlemmer med tinnitus, og tror det er arv – eller noe kan ligge i klemme.”

Hos de øvrige fire var det tanken om at det var noe alvorlig galt med hodet som går igjen:

”Jeg visste ikke hva det var – og jeg hadde vel samme reaksjon som de fleste andre som får det, at det er noe gæærnt oppe i hodet.”

I denne gruppen vektlegges ikke livssituasjonen som noe viktig element i perioden tinnitus brøt ut. Av fem informanter er det kun én som setter en mulig årsakssammenheng til en følelsesmessig ”indre” påkjenning som følge av en traumatisk hendelse i nær familie:

”Den kom sammen med en rekke andre plager: svimmelhet, synsforstyrrelse, hukommelsesproblemer. Det andre ble borte, men tinnitus ble værende. I den perioden var det en veldig følelsesmessig reaksjon i familien, det var skikkelig traumatisk. Det kan være tilfeldigheter så klart, men hvis det er sånn at det kan skyldes følelsesmessige reaksjoner – så er nok det grunnen.”

Tre illustrerer også en livssituasjon med stress, spesielt i arbeidslivet, men legger ikke vekt på dette som en utpreget slitsom tid. Denne informanten opplevde livssituasjonen ved utbruddet slik:

”Jeg jobbet nesten 12 timer hver dag, tidlig oppe om morgenen. Dreiv et firma med 18 ansatte. Jeg hadde det bra, det var ikke noe problemer. Var fysisk aktiv, men har alltid greid å koble av. Falt på jobben og slo hodet i en jerndør, har siden vært plaget av sterke hodesmerter og tinnitus.”

Hvor lenge informantene i denne gruppen har vært plaget av tinnitus før de fikk tilbud om THT varierer. En informant fikk tinnitus 2-3 år før tilbud om THT, en annen 4-5 år. De resterende tre informanter har hatt tinnitus 9-11 år før tilbud om THT.

5.2 Vurdering og aktivitet, hvordan håndterer/mestrer informantene?

Med spørsmålene informantene ble stilt under dette avsnittet ønsket jeg å få frem hvordan hjelpeapparatet har møtt den enkelte informant, før THT ble påbegynt, og hva de er blitt anbefalt i forhold til sin tinnitus.

Dette er et punkt det allerede er gjort undersøkelser på, i regi av HLF, nevnt innledningsvis i kapittel 1.1. Jeg har imidlertid ønsket å få frem hvilke følelser dette møtet brakte med seg, og hvilke handlinger den enkelte har gjort videre i forhold til denne opplevelsen.

5.2.1 Opplevelser i møtet med hjelpeapparatet

Spørsmålene som ble stilt under dette emnet gikk på hvem i hjelpeapparatet

informantene oppsøkte for hjelp, hva man opplevde i dette møtet og hva man ble anbefalt å gjøre.

Her var svarene relativt sammenfallende i begge informantgruppene, og jeg har valgt å fremstille gruppene som en felles enhet.

Dette med ikke å bli tatt på alvor, ikke trodd på, følelsen av å ikke få noen hjelp var en gjennomgående følelse hos samtlige informanter. Denne informanten illustrerte dette slik:

”Oppsøkte ØNH spesialist. Han sa det at dette kan jeg ikke gjøre noe med. Han sa, bare reis hjem og lev med det. Så han ga deg ikke noe håp i det hele tatt, det er sånn som du måtte leve med. Men jeg klarte det ikke. Jeg klarte ikke å leve med det kan du si. Så, da var det like etterpå - og den perioden som var da var vond, jeg hadde ikke noe humør i det hele tatt. Jeg var jo nedkjørt kan du si. Jeg så ikke noe vei ut av det liksom. Også, jeg fikk jo beskjed om at jeg skulle bruke lyd, altså gå med noe lyd og la lyden være det jeg hørte på kan du si (dette var en masker). Men det orka jeg ikke. Så han uskadeliggjorde det ikke, men TV programmet kom jo ikke så langt unna det da (PULS hadde et program om Tinnitus og THT metoden). Tok deretter direkte kontakt med prosjektlederne (for THT) etter TV programmet, da ble det negative snudd til noe positivt.”

Når man oppsøker legen med et problem, som i dette tilfelle er tinnitus, har man et håp og et ønske om at man får en form for behandling. Man ønsker ikke å gå ”tomhendt” tilbake. Jeg synes denne informanten sa det ganske klart:

”Møtte en arrogant hos legene som var skremmende. Ble ikke tatt på alvor, de skjønnte ikke hva jeg snakket om. Jeg går for å finne løsningen på et problem. Dro så til Ullevål sykehus, og fikk tinnitus målt. Der ble jeg tatt på alvor.”

Dette med ønske om å bli tatt på alvor bringer videre temaet om hvordan de hadde det etter at de fått konstatert at det var tinnitus, om de hadde noen å snakke med. Jeg ønsket å finne ut om det var likheter i hvordan man ”angrep” denne uønskede lyden, om man har ulike strategier i forhold til å mestre denne situasjonen. I intervjuene kom det fram at følelsen de satt igjen med etter at de fikk beskjed om tinnitus var ganske lik. Det var ok å vite at det ikke var noe farlig, som eks. svulst, men samtidig en fortvilelse ved å måtte lete videre etter hjelp. Tinnitus var det jo ikke noe å gjøre med, og så godt som alle har møtt beskjeden om at ”dette må du bare lære å leve med”. Men det er jo nettopp dette som er vanskelig, å leve med den. To informanter håpet de kunne finne noe mer definerbart, noe det kan gjøres noe med:

”Jeg nektet å leve med noe jeg ikke visste hva var. Hadde vært bedre å finne en svulst, og bare fått fjernet den. Jeg måtte finne ut hvordan jeg kunne få det bedre.”

og

Innimellom, når det var ille, håpet jeg de skulle finne noe på CT, noe man kunne tatt bort og som gjorde at jeg ble bra.”

En annen informant tok kontakt med HLF's hjelpetelefon:

Tok kontakt med hjelpetelefonen til HLF. Ble enda mer deprimert. Var en veldig negativ opplevelse. TV-programmet etterpå reddet meg (Puls, se tidligere sitat). Måten du møter mennesker på er viktig, der fikk jeg tro (PULS og samtale med ansvarlig for THT).”

Til spørsmålet om man hadde noen å snakke med, ser jeg dette som et viktig element i forbindelse med mestring. Det å kunne få satt ord på det som er vanskelig, få hjelp til å se muligheter. Det var kun to informanter som oppsøkte noen i hjelpeapparatet for å få snakket om det som var vanskelig. Dette var da henholdsvis til en privatlege og direkte til HLF. Samtlige ellers brukte det private nettverket, og da i hovedsak den nærmeste familie. To informanter nevnte dette som vanskelig, det å skulle ”slite på familien”. En var engstelig for å ha en negativ virkning på sine barn, da hun mener at tinnitus kan være en arvelig belastning, og ønsket ikke at barna skulle forbinde det å ha tinnitus med noe fryktelig:

”Hadde ikke behov for noen å snakke med. Opptatt av at barna ikke skulle ha en sutrete forelder.”

En annen synes også det var vanskelig å bruke familien, fordi han i begynnelsen ikke helt visste hva dette var selv:

”Måtte gå og bære det litt sånn inne i deg. Egentlig litt ensom i din egen familie inntil du klarte å fortelle hva det egentlig var. Nå er jeg åpen overfor nettverket – det kjennes bra.”

Det er vanskelig for andre å forstå hva det innebærer å ha tinnitus, å leve seg inn i hvordan det er å befinne seg i en konstant støysone, aldri ha fred og ro.

Dette ønsket om å møte en forståelse på hvordan man har det, bli tatt på alvor, få aksept på at man blir fort sliten, sint, har behov for pauser - beskriver en informant på denne måten:

”Kollegaene skjønte ingen ting, jeg ringte HLF. Der ble jeg forstått, han skjønte med en gang hva jeg snakket om; og jeg gråt og gråt og gråt.....”

Jeg ønsket videre å finne ut om det var likheter også i måten informantene angriper denne situasjonen, etter de har fått beskjed om at det ikke er noe å gjøre, ”dette må du bare lære å leve med”.

Informantene ble stilt spørsmålet om de ble anbefalt noe spesielt – og hvorvidt de har forsøkt noen alternativ behandling i forkant av THT. Her er det et tydelig skille i svaret gruppene imellom, og jeg velger derfor å presentere gruppene atskilt under dette spørsmålet.

5.2.2 Anbefaling og handling, positiv gruppe

I det lille utvalget jeg har, kan det se ut som den ”positive” gruppen fikk konkrete anbefalinger, enten med masker, lydgenerator eller psykomotorisk trening.

Av andre behandlingsalternativer har fem av seks ingen tro på alternativ behandling. En informant sier det slik:

”Forlanger dokumentasjon på det de prøver å prakke på meg (Tinnex). Og sånn voksllys i øra, nei det tror jeg ikke på.”

En annen informant sier det slik:

”Nei, jeg hører ikke til de alternative. Jeg fikk beskjed om at dette her er det ikke noe alternativ til, her må du jobbe selv.”

Disse to informantene dekker den ”positive” gruppen godt. Felles er at de ønsker dokumentasjon på effekt, noe som ofte ikke finnes hos alternative behandlere. De har heller ikke benyttet seg av alternativ behandling for andre plager de har hatt. I hovedsak har det vært behandling i form av fysioterapi / psykomotorisk trening, jobbet med muskulære spenninger.

5.2.3 Anbefaling og handling, negativ gruppe

I denne gruppen er anbefalinger fra hjelpeapparatet mindre utbredt. To informanter fikk konkrete anbefalinger:

”Ble tilbudt antidepressiva på sykehuset, og hos øre-nese-hals-lege, det var ganske nedverdiggende. Jeg ville ikke ha det.”

og

”Ble anbefalt opphold på Landaasen Rehabiliteringssenter. Jeg var engstelig helt til jeg kom dit. THT kom etterpå.”

Tilbakemeldingen ellers var at hjelpeapparatet hadde lite å bidra med. En informant reagerer på denne måten:

”Ingen ting stopper meg. Det vokser opp en aggresjon, og jeg oppsøker en annen lege for å finne svar. Den forbanna arrogansen til legene, den irriterer meg.”

Fire av fem informanter har forsøkt ulike alternative behandlingsformer. Den ene informanten, som ikke har forsøkt, er helt klar på at tinnitus ikke kan helbredes og sier det slik:

”Blir nesten forbanna når jeg leser sånn. Det er bare å lokke og lure penger av folk. Det kan jo ikke helbredes.”

Ellers har de fire andre i denne gruppen forsøkt mye av hva som blir tilbudt av behandlingsmuligheter for tinnitus. Felles for denne gruppen er at de ønsker, og håper på, en behandling som kan ta tinnitus bort, ikke bare minske lyden. Denne informanten sier det slik:

”Alt mulig. Forsøkt ting som gjør at jeg blir kvitt tinnitus, ikke bare overdøve den! Akupunktur, B12 injeksjoner, healer i Østfold, trykketank, kiropraktor, vært i Boston – og vurderer nå hypnose hos en lege.”

En annen informant sier mye av det samme:

”Akupunktur, kiropraktor, healer i Østfold – det var veldig dyrt! Hver gang noen har sagt ”prøv det” så har jeg gjort det. Ikke vært i Estland. Jeg prøver alt, så nær som selvmord – bare det kan være en løsning.”

En tredje informant har god erfaring fra Estland, og sier det slik:

”Eneste sted jeg har fått ordentlig hjelp var i Tallin (Estland). Fikk behandling hver dag med massasje, tablettkur og sprøyteinjeksjoner. Ble bra av hodesmertene en stund, men tinnitus ble ikke borte. Har også forsøkt Tinnex, akupunktur og strømtilførsel direkte i nakkevirvelen.”

Av de som har forsøkt alternativ behandling meldes det tilbake om at ingen ting har fjernet eller dempet tinnituslyden. En informant melder om at bruken av Tinnex jevnet ut lyden noe i en periode, en annen at Tinnex gjorde tinnitusen enda verre.

Psykomotorisk behandling og fysioterapi har vært effektivt for spenninger, men ingen direkte effekt på tinnitusen. Om effekt av alternative behandlingsformer sier denne informanten det slik:

”Noe kortvarig effekt. Alle sier i utgangspunktet at de kan hjelpe deg. Jeg godtar ikke at dette fortsetter til jeg dør, jeg skal finne en løsning på det.”

5.3 Deltakelse på THT - opplevelse og utbytte.

Jeg har ønsket å finne de elementene som fungerer bra i THT, og tilsvarende hva som kanskje ikke har fungert så bra. Det har vært rundt 200 mennesker med i dette behandlingsopplegget, som har gått over to perioder. Jeg har villet forsøke å få frem om der er likheter i mine to informantgrupper når det gjelder faktorene opplevelse og effekt. I avsnitt 5.3.1 blir funn i gruppene presentert sammen. Funn i forhold til utbytte av THT er relativt forskjellig gruppene imellom, og blir følgelig presentert i hvert sitt avsnitt; 5.3.2 og 5.3.3.

5.3.1 Generelle kommentarer til den praktiske siden ved behandlingsopplegget

Samtlige informanter har deltatt på seminar holdt av øre-nese-hals-lege, og tilbakemeldingen på denne delen var bra. Når det gjelder spørsmålet om noe kunne vært gjort annerledes i THT, var gruppene relativt samstemte i at det var et bra opplegg alt i alt. Noen informanter nevner viktigheten av riktig gruppesammensetning i forhold til samtalegruppene som ble dannet. Denne informanten ga uttrykk for at noen deltakere ikke var ”klare” til denne type behandling, og isteden burde bearbeides slik at de ble mer mottakelige for prinsippene bak THT:

”Delt oss inn i flere kategorier; ta den ene gruppen og stilt dem noen spørsmål. For de spørsmålene de skal ha gjelder ikke for den andre gruppen – de skal rett og slett ha seg et spark

i ræva; okay. Her har du et stup; nå har du to valg – stup/hopp eller bli. Selvfølgelig blir de! Skjønner du hva jeg mener.”

Syv deltok på alle sekvensene i behandlingsopplegget, og de øvrige fire deltok kun på ett eller to av samtalegruppene. For disse fire ble samtalegruppene helt feil, tre av informantene nevner at det ble for mye sutring, hvorav den ene sier:

”Deltok på alle møtene, men kun to av samtalegruppene. For meg var dette bare sutring, sutring, sutring. Det var ikke det jeg kom for. Jeg fikk ingen ting igjen av å være der. Ikke fordi det var problemfokusering, for det er det – men det var en sutring. Jeg hadde håpet man kunne snakke om ”hva du gjør for å få det til”. Jeg hadde mye glede av de andre sekvensene.”

Man ble engstelig for å bli deprimert selv, man kom for å dele erfaringer om gode løsninger, som denne informanten sier:

”Denne seansen var kjempedeprimerende for meg.”

En informant synes han var for ”frisk” i forhold til de andre:

”Var med på forelesningene fra England (øre-nese-hals-lege), men jeg var ikke med på disse terapigruppene. Jeg synes ikke jeg kunne gå dit å si at jeg hører ingen lyd annet enn bare akkurat når jeg skal sove.”

Andre informanter igjen satte pris på disse samtalegruppene, og følte at det var nyttig med reaksjoner fra andre på foredrag og samtaler.

I forhold til lengden på behandlingsopplegget, størrelsen på gruppene, eller om noe med fordel kunne vært gjort annerledes – var det relativt sammenfallende svar i begge grupper. De fleste satte pris på lengden, samt tiden mellom hvert møte, da det tar tid å fordøye det man lærer /den informasjonen man får, man trenger tid til å øve. En sier dette:

”Mange aktiviteter. Du skal trene og fordøye det - det var ikke for langt for meg. Trenger tid til refleksjon, du skal få det litt under huden.”

Til spørsmålet om hva det er ved THT som har bidratt til at man blitt bedre i forhold til å ha mindre fokus på tinnituslyden, var det to klare forskjeller i den negative og positive gruppen.

5.3.2 Utbytte, positiv gruppe

I denne gruppen nevner samtlige bevisstgjøringen, ufarliggjøringen samt at du må gjøre noe selv. Ufarliggjøring er et begrep som går igjen hos alle:

”Ja, det er veldig enkelt, og det trengs få ord. Det er å uskadeliggjøre – rett og slett. Det var lærdommen om hva det kan skyldes, årsakssammenhengene. Nå veit du hva det dreier seg om, nå er den ikke en fiende lenger.”

og

”Fikk forståelsen av hva det var, og at det ikke var noe galt. Trengte ikke være redd. Det var ufarliggjøringen. Det ga også en medisinsk forståelse av hva som skjedde, hvor lyden sitter. Tenkte at, pytt sann, dette skal gå bra, men det har vært tøffere enn jeg trodde.”

Beskjeden fra THT's øre-nese-hals-lege om å slutte å lytte, gikk også igjen som en viktig ”erkjennelse” i denne gruppen, noe denne informantene uttrykker slik:

”Tror det er to ting. Slutt å lytt som legen sa, hvor jeg skjønnte at det er noe jeg må gjøre selv. Det andre er lydgeneratoren. Jeg tenkte; er det det jeg gjør. Jeg mestrer tinnitus i dag fordi jeg har sluttet å lytte til den!”

Samtlige i denne gruppen har brukt lydgeneratoren etter instruksjoner gitt i THT, noen startet også å bruke den i forkant etter råd fra ulike instanser i hjelpeapparatet. I dag brukes lydgeneratoren ved behov av informantene i denne gruppen, når tinnitus er borte i perioder legges den vekk. Én bruker den så godt som hele tiden, men er også den som har tinnitus kontinuerlig. I denne gruppen vektlegges lydgeneratoren som et viktig element i habitueringen, som denne informantene sier:

”Det var ikke sånn at det var dager jeg ikke hadde den på. Jeg satte den på om morgenen og tok den av om kvelden. Det var ikke sånn litt på nå og da, den var på hele tiden.”

Én informant, som i dag ikke har tinnitus, brukte lydgeneratoren i ca. 2 år, inntil tinnituslyden ble så vidt lav at det ikke lenger var noe poeng å bruke den. Han ser en kombinasjon av at han kom raskt til THT, samt bruken av lydgenerator, som viktige elementer i sin bedring av tinnitus:

”Kurset var greit, for da fikk jeg vite at noen hadde det mye, mye verre. Brukte lydgenerator i 2 år. Tror den hjalp litt da. Legen på THT, han sa jo det at siden jeg hadde hatt den lyden et halvt år, var det veldig stor sannsynlighet for at du skal greie å bli kvitt det, for du har ikke gått over lang tid – sånn psykologisk, og gnagd på dette. Så det kan godt være at det er derfor jeg ikke har noe særlig problemer med dette i dag.”

Den positive gruppen bruker overveiende en problem-fokusert mestringsstrategi.

5.3.3 Utbytte, negativ gruppe

I denne gruppen gir samtlige tilbakemelding om at de også synes det var fint å få delta, men innholdet var for noen ikke i tråd med forventningene. Felles her er at de synes de allerede mestret det å ha tinnitus i dagliglivet, som disse informantene sier:

”Folk snakket om hvor jævlig de har det, mer opptatt av det enn å høre på hva legen hadde å si. Personlig hadde han ikke så mye å tilføre. Han var opptatt av apparatet, og hvordan vi skulle mestre det. Det var ingen løsning for meg å mestre det, for jeg levde et liv og har det godt. Lett for andre å si ”gå hjem og mestre det”, men når du aldri har 2 min. fred i hodet... Lydgeneratoren, eller vepsen, det ble for meg å få en ny lyd – ikke behageligere – for å overdøve den andre....”

og,

”Jeg kjenner ingen bedring. Jeg levde greit med tinnitus før THT, og greit etterpå. Jeg aksepterer at det ikke blir borte, men håper likevel. Følte ikke at det utleverte apparatet virket noe OK.”

En informant hadde i tillegg ønsket seg en mer konkret behandling i THT:

”Kunne fått mer mulighet for behandling, en form for tilleggsbehandling ved siden av. Fikk lydapparat, men for noen av oss hjalp ikke det – men for andre var det hjelp.”

Disse fem informantene har heller ikke brukt lydgeneratoren. De har alle forsøkt, men synes den var veldig ubehagelig. Noen nevner at det ble nok en lyd oppå den andre.

Denne gruppen ble også spurt om det å ikke bli møtt med forståelse i hjelpeapparatet kan være en medvirkende faktor i forhold til hvor krevende det er å mestre det og ”bryte” ut av den ”onde sirkelen” som det fokuseres på i THT (beskrevet i figur 3, kapittel 2.2.1).

To informanter mener at en sånn type mestring det var snakk om i THT er best egnet for mennesker hvor tinnitus går ut over flere aspekter ved livet, noe som fortelles slik:

”Du må tro på det selv, psykisk for at det skal hjelpe, men jeg mangler denne troen selv. Tror man må ha det dårlig, slik at dette blir et halmstrå. Jeg er ikke der, hadde jeg vært lenger nede så hadde det kanskje hjulpet meg.”

En annen informant nevner noe av det samme:

”Øre-nese-hals-legen der sier mye positivt for mange. Mange lar tinnitusen ødelegge livet sitt, og isolerer seg. Ikke på grunn av tinnitusen – men de velger det som grunn. Det er mange typer mennesker, og det er ikke på grunn av, men de velger det som en knagg å henge hatten på. Nei, jeg kjenner ikke etter hvordan jeg har det, det er ikke hvordan jeg har det men hvordan jeg tar det!”

En tredje informant nevner også dette med at folk er ulike, og at:

”Folk er mer eller mindre flinke til å ”sugge” seg selv. At du kan ved en selvsuggesjon – eller hvis du har evnen til å bruke det – så tror jeg det er til veldig stor hjelp.”

Med dette forstår jeg det slik at han mener det å få seg til virkelig å tro på en ting, jobbe hardt med det, slik THT krever, hvis du skal klare å fokusere bort lyden. Han sier det videre slik i forhold til hjelpeapparatet, og den forståelsen man får der:

”Folk flest har et sånt forhold til legen sin at han skal ha greie på hva de snakker om (legen). Dette er vel ikke noe å bry seg om, dessuten er det ikke noe å gjøre med. Å bli møtt av sånn negativ ting – av øvrighetene (legene) er nok med på å forsterke lyden – eller i hvert fall oppfattelsen. De fleste klarer ikke ”å snu” på egenhånd.”

Dette utsagnet er også et godt svar på spørsmålet om ulike budskaper fra hjelpeapparatet, på hva som virker i forhold til tinnitus, om det har noe å si for hvor mye du kan ”tro på” virkningen av de mestrings-teknikker som ligger til grunn i THT. Som ovennevnte informant sier, kan det være vanskelig å ”snu” på egenhånd. En informant som har engasjert seg mye i HLF’s hjelpetelefon for tinnitus-rammede, sier det slik:

”Ja, man går fra en skuffelse til en annen skuffelse. Presiserer i hjelpe-telefonen at dette er en plage som man ikke konkret vet hva kommer av, så er det da en hel masse ting som man kan gjøre – men som jeg sier – du må ikke bli skuffet hvis det da ikke hjelper for deg – for dette er så sammensatt, det er ikke noe hokus pokus så blir du bra, det er det ikke.”

En annen informant, som gjerne vil finne en behandling for sin tinnitus, sier om dette spørsmålet:

”Nei det har ikke noe å si, jeg er villig til å prøve alle muligheter. Tror ikke man gir opp.”

En informant som mener hun mestrer hverdagen sin med tinnitus, sier det likevel slik om THT, og mestringsteknikkene som ligger til grunn der:

”Jeg har ikke tro på den (THT). Jeg har prøvd så mye, ingenting virker – så hvorfor i all verden skal dette virke. Jeg lever greit i dag. Har aldri brukt antidepressiva. Jeg ser på dette som en kronisk lidelse – som mange andre har – og jeg skal klare det.”

Jeg stilte vedkommende et følgespørsmål om hva motivasjonen var for påmelding, siden troen på forhånd ikke var der, og fikk dette som svar:

”Jeg hadde lest om det og synes det var en fin ting. Jeg håpet det skulle forsvinne – og ikke bare at jeg skulle mestre. Jeg følte jo at jeg allerede mestret. Mestrings-strategier var for meg ikke det jeg trengte, jeg håpet det var en kur. Eller at teknikken var så enkel at den forsvant.”

Den negative gruppen bruker overveiende en emosjonelt-fokusert mestringsstrategi.

5.4 Tiden etter THT behandlingen. Refleksjoner rundt egen mestring.

Jeg har med spørsmålene under dette punktet hatt som mål å få frem informantenes refleksjoner rundt egen mestring. Å skulle analysere hvordan et menneske mestrer er vanskelig. Som nevnt innledningsvis i kapittel 1 er mestring et begrep som brukes i mange sammenhenger, og hva man legger i begrepet er individuelt, noe som gjenspeiles i hvordan informantene svarer. Informantene i denne undersøkelsen svarer også her ulikt gruppene imellom, men mer entydig innad i gruppen. Gruppene blir derfor presentert hver for seg. Spørsmålene informantene ble stilt var også litt ulike gruppene imellom.

5.4.1 Positiv gruppe

Som nevnt over ble denne gruppen stilt litt andre spørsmål, i et forsøk på å få frem hva det er, hvilke mekanismer det er, som gjør at disse melder tilbake om økt mestring. Jeg har med spørsmålene under dette punktet hatt som mål å få frem hva har den enkelte faktisk gjort som har medført at de har greid å bli kvitt tinnitus i kortere eller lengre perioder, og/eller i alle fall ikke er plaget av den i dag på samme måte som de var før oppstart av THT. Videre ønsker jeg å vite noe mer konkret om tinnitus-lyden er helt borte, om den er svakere eller annerledes. Jeg har også forsøkt, der det har føltes naturlig under samtalene, å spørre om hva de tror er årsaken til at noen ikke mestrer.

De fikk spørsmål knyttet til at de har rapportert at tinnitus er bedre, betyr dette at lyden er helt borte, eller svakere?

Én informant har ikke lenger tinnitus, de øvrige fem informanter har fortsatt tinnitus, men fire melder tilbake om perioder, lange og korte, hvor de ikke merker noe til tinnitus. Den femte informanten har opplevd at lyden har vært borte en dag, for så gradvis å komme tilbake. Flere har altså tinnitus fortsatt, og til tider er den hos noen veldig høy, men de gir mer et bilde på at den varierer i styrke. De mener også at de vet hvorfor lyden blir sterkere, og har sine ”teknikker” for å få lyden ned igjen, eller bort. Samtlige melder tilbake om stress, at den kommer ved psykisk og /eller fysisk stress. Dette med bevisstgjøring er nevnt som viktig, at man er klar over hva som skjer – og hvorfor det skjer. Denne informanten forteller slik om koblingen stress og tinnitus:

”Den (tinnitus) kan være kjempestor. Det kommer an på hvordan jeg stresser, da merker jeg med stresset så bare øker det så en skulle tro hele hodet skal eksplodere. Så du drar den opp, og da er det som en flyvemaskin i hue. Da er det desto deiligere når den ikke er der igjen. Når jeg har det rolig og godt så har jeg ikke tinnitus.”

En informant, som har jobbet veldig aktivt i forhold til THT, og de mestringsteknikker som der ble anbefalt, og som har brukt lydgeneratoren flittig, sier dette om lyden:

”Den er i perioder blitt helt borte! For plutselig så tenker jeg ”hvor er den?” Plutselig så er det helt stille, altså hvis jeg er et sted hvor det er helt stille, ingen ting som går, ikke radio ikke kjøleskap – ingen lyder – alle kjære lyder tier stille på samme tid. Tenker jeg, hvor er den? Da kan den være borte, da er det dager vi snakker om, eller kanskje uker. Da tenker jeg ikke på det før den plutselig er der igjen. Den kommer inn etter et Menieré-anfall. Jeg kan ikke be den om å la være, den bare er der.”

En tredje informant sier tinnitusen forverrer seg ved følelsesmessige belastninger, altså en form for psykisk stress:

Du har en sånn liten, hva heter det, følelsesmessig belastning, så føler jeg at da får jeg en økning på min tinnitus. Den er forholdsvis høy, en ganske metallisk lyd, jeg hører den jo nå når jeg sitter her, men det svinger lite grann, og det har nok noe med særlig det psykiske tror jeg. Det fysiske prøver jeg å holde i orden, men jeg tror nok det er det psykiske. For jeg merker at når jeg trykker veldig, så kjenner du at da kommer mekanismen og gjør lydopplevelsene mye sterkere. Jeg er helt overbevist om at det har en enorm innvirkning på det, det tror jeg.”

Informanten under har mange og lange perioder hvor hun ikke er ”bevisst” tinnitusen, men sier likevel at hun har den. Hun hører gjennom tinnitusen. Hun forteller dette om sin lydopplevelse:

”Den er vel egentlig like ille, eller den er verre nå enn den var i begynnelsen. Før var det fossefall, mens nå er det flystøy, som om et fly står og ”burner. Selve lyden er nok sterkere, men også jeg er også sterk - så jeg er sterkere enn den igjen. Og lar være å høre på den. Lyden er der hele tiden. Men det kommer jo an på psyken min, hvis jeg har dårlige dager så er tinnitusen sterkere, altså jeg bryr meg mer om den. Jeg lytter ikke etter den, jeg lytter gjennom den, hører gjennom den. Jeg må ha det godt med meg selv, altså i Italia er det ikke tinnitus. Oppe til fjells er det ikke tinnitus. Når jeg sykler er det ikke tinnitus – så jeg må gjøre sånne ting. Og når jeg syr, så er jeg inne i teppene mine og da har jeg heller ikke tinnitus. Så jeg må passe på at jeg har det godt med meg selv”

Til spørsmålet om hva man har gjort som har gitt et så bra resultat er det ulike svar. Men det handler grovt sett om å ta over kontrollen, sette grensene for hvordan man ønsker å ha det. Det handler også om hvordan man blir møtt, mennesker som møter deg på en positiv måte, og som kan dra frem det som er nødvendig. Noen har også tatt større kontroll over livet i form av å regulere stressituasjoner, slik som denne informanten:

”Jeg har måttet lære å kjenne kroppen min, det vil si hva tåler jeg og hva tåler jeg ikke. Arbeide med meg selv hele tiden for ikke å bli dratt med i suget med stress, for jeg har ikke hatt lett for å si at dette orker jeg ikke, klarer ikke. Det er som et hjul som ruller fortere og fortere og jeg har ikke klart den styringen før nå. Jeg klarer å sette begrensninger for hva jeg makter selv. Det er årsaken til at jeg har det bra med min tinnitus nå.”

En annen tok kontrollen over tinnitus på en ”praktisk” måte, ved bevisst å jobbe etter de teknikker man fikk anbefalt fra THT:

”Jeg tror ikke jeg kan si noe annet enn det jeg har sagt. Med at det var slutt og lytt, og den lydstimulatoren.”

Jeg stilte også spørsmålet til om hva de tror er årsaken til at noen ikke lykkes i prinsippene i THT. Jeg har valgt å ta med utdrag fra to informanter som begge ble stilt dette spørsmålet:

”Ja det krever ro og ikke bare stillhet, men tid til å på en måte fordøye; hva er dette her, hva er det jeg skal gjøre med meg selv for å få det til? Det er ikke noe man gjør fra dag til dag. Og det er ikke nok å bare si, jeg vil det – og så stresse videre. Først må man ville det, man må ikke bare si at man vil – for jeg tror alle ønsker å bli kvitt det. Men det krever en ganske stor egeninnsats altså, og det tar tid – altså ikke bare ta en tablettkur så er du frisk. Du har de som vil gå ned en masse kilo, men får det ikke til; ”Jeg gjør det jo, jeg prøver å ikke spise fett – og se på meg.....”

Den andre informanten har også stor kunnskap om andre mennesker med tinnitus i regi

av sitt engasjement i HLF's hjelpetelefon, og sier dette om årsaken:

”Det kan nok være flere ting, sånn i utgangspunktet så er det nok hvordan du er mentalt, både fysisk og psykisk når du får denne lidelsen, kanskje på toppen av noe annet. Så tror jeg nok at kanskje veien til å mestre er enda tyngre, for det er klart at da er det andre faktorer hos deg som på en måte kanskje står litt foran tinnitus – selv om den er ille nok. Men så er det – du møter veldig mange mennesker som er opptatt av å snakke om tinnitus, og da jeg var der så var den så ille – og nettopp det er jo det det går ut på, at man skal prøve å finne teknikker – og der tror jeg det går litt på mennesket – at man må – du må gjøre en sånn mental forandring på de for de prøver hele tiden å snakke om tinnitus, hvor ille det er med tinnitusen og alt det der – så det er klart at det gjør jo sitt til, at du blir jo med på denne spiralen ned. Det er viktig med åpenhet omkring dette til mennesker rundt deg, men på en måte som ikke er negativ – å stakkar.... nå har du det følt i dag, å stakkar deg ! Altså du må løfte deg litt bort fra den. Jeg prøver hele tiden å ikke snakke om det, jeg putter denne her inn på morgenen (lydgenerator), og gjør ikke så veldig mye annet enn det. Men det er klart at i enkelte perioder så går det på bekostning av søvn. Men jeg tror det at forskjellen på folk, når de går ned, er om de lytter nok når de er på et sånt opplegg (THT). Jeg tror dette med å være, jeg vet ikke hva jeg skal si. Jeg tror ikke at man kanskje tar budskapet helt inn over seg, men det er kanskje feil å si, men jeg tror det er det som skjer, at jeg tror ikke de prøver og feiler med seg selv, altså de klarer ikke helt å fjerne seg fra denne fokuseringen. For det er klart at det er jo lyttefunksjonen som gjør sitt til at folk sover lite, sover enda mindre og sover enda mindre. Og det er klart at da blir du med i den spiralen. Klarer du ikke innhente deg sånn rent fysisk så går det en del på det psykiske for at du ikke får sover, så begynner du og lytte og lytte – så får du ikke sove i det hele tatt.”

Slik jeg forstår denne siste informanten kan det være vanskeligere å mestre i forhold til tinnitus dersom du har mange andre faktorer i livet som tar ”stor plass”, som gjør at arbeidet med mestrings teknikker i forhold til tinnitus ikke får den tid og plass den trenger. I tillegg så må deltakerne forstå budskapet som ligger til grunn i THT, og man må ha så vidt mye selvinnsikt at man kan omforme budskapet til sin egen kropp, og handle ut fra denne nye kunnskapen man får.

Dette er en god sammenfatning som illustrerer hvordan den positive gruppen håndterer sin tinnitus, basert på en selvinnsikt og forståelse av sammenhenger. Dette i tråd med Anatonovskys teorier om ”Sense of Coherence (SOC), kap. 3.2.1.

5.4.2 Negativ gruppe

I den negative gruppen ville jeg forsøke å få frem teknikker som benyttes i denne gruppen for å håndtere tinnitus. Den ”negative” gruppen ble plukket ut fra det totale utvalget fordi de hadde færrest svarelementer som indikerte mestrings. Selv gir de uttrykk under intervjuene at de mestrer, hva ligger i dette? Hvordan lever de med sin tinnitus i dag og hva tenker de om fremtiden?

Hva gjør disse informantene for å mestre sin tinnitus i dag?

Samtlige informanter sier de ikke lar tinnitus ødelegge dagliglivet. Alle poengterer at det er viktig å ikke sette seg ned og synes synd på seg selv, men de legger likevel ikke skjul på at tinnitus er en stor plage. En sier det slik:

”Jeg har et godt liv. Plages imidlertid av at tinnitus ødelegger i forhold til hørselen. Jeg har ikke noe dårlig livskvalitet, men jeg får ikke med meg all konversasjon. Den får ikke lov å ødelegge hverdagen min, men den gjør det ikke sant. Den er der som en byll på hodet da. Den er der og...det er mange ganger jeg sier, la meg bare få et øyeblikks ro...”

En annen slik:

”De to første årene var verst. Det går bedre nå, jeg klarer å lytte til den. Jeg kan også slappe av når jeg skal, trenger ikke overdøve den. Den går ut over konsentrasjonen. Jeg ønsker jo at den skal bli borte så klart. Før håpet jeg det skulle bli deilig med en helg uten lyd, men nå tenker jeg at det ville være skummelt i forhold til at lyden kanskje kommer tilbake mandag... Det er vanskelig å finne ut hvor lyden kommer fra, om det er inne i hodet ditt, eller ute... Jeg har spenninger i nakken som igjen er årsak til hodepine. Jeg ligger og strammer om natten for å stenge lyden ute. Dersom jeg sover tungt, skjer dette. Det er nesten bedre å sove lettere, og våkne en gang. Jeg tror dette har sammenheng med at jeg da får en pause fra anstrengelsen med å holde lyden ute.”

En informant, som er i kontakt med mange andre gjennom HLF's hjelpetelefon, sier dette:

”Men det (hvordan han mestrer tinnitus i dag) ble nok bedre av at jeg gikk på kurs (THT), at jeg fikk mer tips og selvinnsikt, avslapning – og samtale med andre. Det er klart du har problemer, men gi blaffen i dem. Ikke forsøk å bli en sånn eremitt for det er det verste du kan gjøre. For da blir du bare sittende og tenke, og da fokuserer du akkurat på det du ikke skal gjøre, at der er den jævla lyden igjen! Kom deg ut blant folk, og ikke slutt å dra på konserter eller sånne ting.”

Felles i gruppen er også det å holde seg i aktivitet. Ved å gjøre noe minsker det tinnitus plagen. For mange betyr dette at de nærmest ikke klarer å sitte stille, det må settes i gang noe som kan ta fokus bort fra lyden. Én informant legger vekt på at han må kunne hvile seg ved behov, men er ellers mye i aktivitet. Det er ingen av disse informantene som har andre strategier på dette enn å holde seg i aktivitet, og ikke synes synd på seg selv.

Denne informanten sier det slik:

”Det vet jeg ærlig talt ikke, om min flukt til alltid å gjøre noe, være aktiv – er en flukt fra tinnitus, så det vet jeg ikke. Men det er når min mann sier til meg – ”du, ta og legg deg på sofaen og slapp av litt” så er det som å vifte med en rød klut. Når jeg legger meg rolig ned på sofaen....., men da blir det bare sofaen, rommet og meg. Og da...men i aktivitetene dempes den ofte. Det – du kan si gjør jeg noe blir det mindre lyd fordi det er forbundet med et eller annet.”

En annen slik:

”Jeg fungerer jeg, på min måte. Det må skje noe hele tiden. Det er en del av livet mitt. Usikker på om det er tinnitus som gjør det, eller om jeg ville vært sånn uansett.”

Tror de så at de vil bli kvitt sin tinnitus noen gang? Felles for informantene her er at man ikke tror det, men man håper. En informant sier det slik:

”Jeg tror det ikke, men håper. Ikke hver dag.....Skal forsøke hypnose – men tror ikke at det hjelper.”

En annen slik:

”Ja, jeg har en innebygget tro på at – en dag – den dagen man mister håpet ! Jeg tror på at en dag skal jeg finne løsningen på tinnitus, en dag skal jeg vinne i lotto. Altså den dagen jeg mister troen – da kan jeg bare skru på lokket. Men jeg tror sjansen på å finne noe på tinnitus, er nok nærmere enn å vinne i lotto!”

Og slik:

”Nei, sånn jeg har forstått det så er det en evigvarende skade. Du må leve med den, ikke sant, har jeg misforstått da, eller?”

Informantene ble videre stilt spørsmål om hva de tror må til for å få bli kvitt tinnitus. Om det er noe de kan gjøre annerledes selv, eller er det noe andre kan hjelpe med?

Her fremkom det et ønske og håp om en behandlingsform som kan ta bort tinnitus, man ønsker noe mer enn et mestringskurs. Ingen av informantene mente de kunne gjøre noe annerledes selv, det må komme utenfra. Denne informanten illustrerer det godt på denne måten:

”Nei, men jeg vet ikke hva jeg kunne gjøre annerledes selv. Jeg lever et aktivt liv, tinnitus stopper meg ikke i noen verdens ting, jeg kan ikke se at det er noe jeg kan gjøre annerledes – faktisk er at den er der, den er plagsom – altså jeg kan ikke se at jeg kan gjøre noe annet, men setter jeg meg ned og tenker på det (tinnitus) så begynner jeg å grine. Det er ingen løsning. Jeg nekter å fokusere på den, jeg nekter å la den ødelegge mitt liv. Det er som når jeg hadde en kogn der, og legen sa ikke rør den ikke kom bort i den – men den er der og jeg rørte den ikke – inntil de skar den bort. Og det er jo det jeg håper på ikke sant, at en dag så finner man noe som tar det bort. Så hvem vet.”

Når man ”venter og håper” på en løsning utenfra, selv om man ikke egentlig tror den vil komme, så er det nærliggende å spørre om hva denne løsningen kan være. Er det piller / medikamenter? Her er svarene litt varierende. Man ser at tinnitus er komplekst, og at

det vanskelig kan la seg gjøre å lage en pille som skal kurere det, men samtidig håper man på en løsning:

”Jeg håper på sprøyter eller medikamenter som kan få bort lyden. Jeg tror det kommer. De kan jo sende folk til månen! Bør greie dette også. Det hadde vært deilig.”

Dette med å øyne en mulighet et sted der fremme, er viktig i forhold til å holde motivasjonen oppe, denne informanten utdyper videre:

”Nei, jeg har ingen tro på at det kommer en pille, at bare jeg spiser tre piller om dagen så er jeg kvitt det. Det er ikke som en hodepine, du kurerer med – nei, nei, nei. Derfor, la du merke til at jeg har gjentatt ofte: jeg håper det finnes en løsning, og jeg håper jeg vinner i lotto. Jeg må, jeg som person må ha noe å strekke meg etter.”

I den negative gruppen håndteres tinnitus i større grad ved å ”bite tennene sammen” og utstå ubehaget, slik at de kan leve et tilnærmet normalt liv. Man håper i den gruppen på at det skal komme en behandling som kan ta plagen bort.

5.5 Det ”ideelle” hjelpeapparat - hvordan bør dette fungere

Avslutningsvis ønsket jeg å høre om informantene hadde gjort seg noen tanker om hvordan de ideelt sett kunne ønske de ble møtt i hjelpeapparatet. Felles for alle er at de synes hjelpeapparatet bør gjøre en bedre jobb, og at mennesker med tinnitus må kunne møte noe annet enn ”dette må du bare lære å leve med”. Det er påpekt viktigheten av at folk får et håp, at de blir løftet opp litt slik at de får en følelse av at noen bryr seg og at det faktisk finnes hjelp å få. Dette er jo for så vidt et gjengs ønske for alle som oppsøker legehjelp:

”Altså det der med å bli møtt med reis hjem og lev med det – er ingen argumentasjon som er god. Ikke noe - uansett hva det er - så kan du ikke si sånn til folk.”

Fra en informant, som over en lengre periode har jobbet aktivt med HLF’s hjelpetelefon, og med bakgrunn i dette arbeidet har skaffet seg mye informasjon direkte fra mennesker med plagsom tinnitus, mener han dette kan gjøres:

”Bare dette med å komme inn i et opplegg at det faktisk er et tilbud til deg – det finnes et tilbud som heter THT... Og bare det med å vite at det finnes et opplegg, gjør at folk ville ha spart samfunnet for millioner av kroner ved å ikke stupe inn i en ny sånn depresjons og angstfase. Bare det å få vite at det virkelig var et profesjonelt apparat – så hadde det virkelig hjulpet.”

Men altså det må være et sted folk kan henvendes til som gjør at folk ikke kommer ut med større angst enn da de kom inn. Alle tinnitus-rammede håper det – at man kan ha med seg en henvisning fra primærlegen til et type informasjonssenter, eller organisert behandling innen helseregionene, det er det ideelle. Et sånt helhetshus som man har i England, etter de prinsippene som Tunglund der jobber etter – hvor du på en måte har en del alternative behandlere rundt deg i et samme sted. Begynnelsen er at man virkelig har et sted å gå til hvor man blir tatt på alvor. At liksom skuldrene dette ned, for det mangler vi.”

Her kom det frem mange konkrete forslag til forbedringer. Først og fremst er det dette med å bli tatt på alvor, og få tilbud om et sted å henvende seg hvor det finnes profesjonell hjelp. Dette med informasjon er en viktig faktor, at man får god og saklig informasjon om hva tinnitus er, og hva man kan gjøre for å bli kvitt det, får det bedre med den. Det er denne siste setningen som er viktig, at ”pasientens skuldre kan dette ned”. Det store behovet for informasjon, og følelsen av at noen spiller på lag med deg, trekkes frem hos informantene. At det sitter ”noen” der som kan bistå i en eller annen form.

Når det gjelder HLF's hjelpetelefon for mennesker med tinnitus og Ménière er har dette vært et godt tilbud for noen av informantene, for andre ikke. For noen har denne telefonsamtalen trukket dem enda lenger ned, de ringte egentlig i håp om å bli løftet opp:

”Jeg ringte tilog der pratet jeg med en som hadde hatt tinnitus, eller som har tinnitus, men han gjorde meg så deprimert at for han så bare alt det negative i det her, hvordan det kom til å utvikle seg, og hvordan jeg kom til å få det. Han hadde fått uførhetstrygd da og han synes det var topp. Men det var ikke sånn jeg tenkte det, for meg var dette en trussel mot arbeidskraften, og hvordan kroppen skulle være fremover. Jeg så det sånn som en trussel mot at jeg ikke kunne jobbe så mye. Men det hadde jo ikke noe med det å gjøre. Men det var en fryktelig opplevelse, for da mistet jeg helt motet liksom.”

5.6 Oppsummering av funn

Slik jeg har analysert datamaterialet når det gjelder de fysiske og psykiske omstendigheter rundt utbruddet av tinnitus, er det ganske mange fellestrekk hos informantene. Alle kan huske omstendighetene i og rundt utbruddet av tinnitus, og nær sagt alle kan tid- og stedfeste dette. De følelsesmessige reaksjonene er også sammenfallende. Til tross for at tinnitus er en relativt utbredt plage, samt at temaet har vært mye oppe i mediene de siste årene, er ikke tinnitus det første man tenker på når man får en lydopplevelse i hodet. Det er mer vanlig å tenke svulst/skade i hjernen.

Begge gruppene gir uttrykk for at lyden frembringer en sterk uro. Det er vanlig å reagere med angst og fortvilelse over å ikke vite hva dette er.

Én informant i hver av gruppene forsto selv det var tinnitus, og disse to har fått forskjellig utfall etter THT. Den ene fikk rask behandling gjennom THT, og er blitt kvitt sin tinnitus, den andre er fortsatt sterkt plaget.

Når det gjelder spørsmålene om livssituasjon og egne tanker om årsakssammenheng er det et skille i de to gruppene.

- Den **positive** gruppen er veldig klar på at de setter årsaken til tinnitus i sammenheng med livssituasjonen de var/er i. De mener dette er sterkt sammenfallende med utbruddet av tinnitus, hvor årsaken til utbruddet ligger på det personlige ”indre” plan. Det er omstendigheter i livet, ”ytre” hendelser som har påvirket dem på det følelsesmessige ”indre” planet. Sagt på en annen måte, det er en følelsesmessig stressor som har vært med på å utvikle plagsom tinnitus. Denne gruppen ser også at følelsesmessige stressorer har stor påvirkning i forhold til hvorvidt de har tinnitus, eller ikke, i dag.
- Den **negative** gruppen kan ikke se noen sammenheng med livssituasjonen og utbruddet av tinnitus. Årsaken til utbrudd av tinnitus settes i hovedsak på ”ytre” hendelser, og gruppen legger ikke vekt på at hendelsene har hatt noen innvirkning på deres følelsesmessige ”indre” plan. Informantene i den negative gruppen har vært plaget av tinnitus over en lengre tidshorisont enn de i den positive gruppen i forhold til oppstart av THT.

Når informantene forteller om opplevelsene i møtet med hjelpeapparatet kan man si de sammenfaller godt med hva som fremkom i rapporten fra HLF. Med få unntak har informantene møtt på et hjelpeapparat som ikke har kunnet gi den form for hjelp og støtte de hadde behov for, altså; ”jeg går til legen for å finne løsningen på et problem jeg har.” Dette er noe som går igjen hos alle informantene, de ønsker råd, veiledning og aller helst en form for behandling. Man går til en spesialist som man tror og håper skal kunne hjelpe. I de fleste tilfeller av tinnitus har man fått beskjed om at man må ”gå hjem

og lære å leve med det.” Når det gjelder de følelser og handlinger dette brakte med seg, vektlegges den ubehagelige oppdagelsen av at det ikke er noen hjelp der ute. Det er ingen som kan hjelpe med å finne ut av hvordan man skal kunne få det bedre med sin tinnitus. Hvordan man angriper denne situasjonen, er ulik gruppene imellom.

- I den ”**positive gruppen**” har man i større grad tatt budskapet som legene har gitt; ”det er tinnitus, dette må du bare lære deg å leve med.” Det kan videre se ut som man har forsøkt å jobbe ut fra dette, finne måter man kan klare å leve bedre med tinnitus på. Ikke ved hjelp av alternative behandlingsformer – men mer i arbeid med seg selv i form av mer hvile, stresse ned, endringer i forhold til arbeidssituasjonen, livssituasjonen m.v. Man har tatt konkrete grep i å gjøre endringer i hverdagslivet, herunder bruk av lydgenerator for de som fikk anbefalt denne.
- I den ”**negative gruppen**” kan det se ut som man angriper denne beskjeden på en annen måte. Man godtar ikke beskjeden om at ingen ting kan gjøres, og forsøker å finne mulige løsninger eksempelvis gjennom alternative behandlingsmåter

Når det gjelder motivasjon og forventninger hos den enkelte i forkant av THT, og hvorvidt dette har noe å si i forhold til opplevelsen og effekten av denne, viser funnene klar forskjell mellom gruppene.

- Den **positive gruppen** var i større grad preget av en motivasjon i forhold til at man endelig skulle få mer kunnskaper om tinnitus, og lære mer om hvordan man skulle klare å håndtere dette. Utbyttet av THT, som de melder tilbake om, legges i hovedsak på at de fikk ufarliggjort sin tinnitus. Videre ble beskjeden om at man måtte slutte å lytte etter tinnitus tatt alvorlig. Til å hjelpe seg med dette benyttet alle i denne gruppen seg av tilbudet om lydgenerator, brukte denne flittig – og bruker den fortsatt. Det kan se ut som at man i denne gruppen har ”fått det man forventet”.

- I den ”**negative**” gruppen synes man i hovedsak at man allerede mestret det å leve med tinnitus. Alle synes det var fint å få være med på behandlingsopplegget, men flere synes ikke de hadde så stort utbytte av det. Lydgeneratoren som ble anbefalt på kurset, hadde ingen i denne gruppen nytte av. Samtlige følte den som ubehagelig. Man ønsket videre en mer konkret form for behandling, noe annet man kunne gjøre utover det å lære seg mestringsteknikker. Det ble videre påpekt av flere informanter i denne gruppen at dersom denne type behandlingsform skal ha noen effekt, må det være ”andre” ting vedkommende også sliter med, ikke tinnitus isolert sett. Informantene i denne gruppen føler de mestrer, og gjorde dette også før oppstart av THT. Det er en annen type behandling de ønsker, et supplement, noe som kan bidra til en konkret effekt på tinnitus.

I forhold til refleksjoner rundt egen mestring av tinnitus i dag, er det også klare forskjeller i de to gruppene. Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet er det å analysere hvordan mennesker mestrer vanskelig, men jeg har funnet noen likheter gruppene imellom.

- Det kjennetegnende i den **positive gruppen** er at de sier de har erkjent sin tinnitus. De har fått forklart hva dette er, den er ufarliggjort, og de har fått beskjed om at det ikke finnes alternative behandlingsformer pr. i dag som kan fjerne den. De har hatt stort utbytte av THT-behandlingen.

Det interessante i denne gruppen er at de sier de mestrer, men de knytter dette opp mot at de har erkjent sin tinnitus, de har fått en forståelse av hvorfor den har fått utviklet seg. De har akseptert at de må gjøre endringer i livet sitt. De knytter ikke sin mestring bare opp mot at de er kvitt tinnitus, men de knytter det mer opp mot at de klarer å leve med den. Tinnitus er ikke lenger noen trussel / fiende, er begrep som enkelte informanter bruker. Ved at tinnitus ikke lenger er noen trussel/fiende, så tar den heller ikke så stor plass. De klarer i større grad å la vær å lytte til den. To informanter omtaler også i dag det å ha fått tinnitus som noe positivt, i form av at den har medført at de har måttet gjøre endringer i livet, som totalt sett har vært til det bedre.

Lyden oppleves ikke nødvendigvis som merkbart lavere, og hos én er den også blitt sterkere. Det sentrale er at man i større grad har lært seg å ikke fokusere på den. Resultatet er at den blir borte i kortere og lengre perioder – og hos én informant helt borte.

Denne gruppen har videre ingen tro på at det kommer noen medikamentell behandling – heller ikke noe alternativt som kan ta det bort. De har jobbet aktivt med seg selv, og som en informant sier: ”du må ville det.”

- I den **negative gruppen** er alle informantene fortsatt veldig plaget av tinnitus. Det som kom frem som spesielt interessant i denne gruppen, var at samtlige følte de mestret det å ha tinnitus. Slik jeg tolket denne gruppen, så setter de en forbindelse mellom mestring og det å ikke la tinnitus hindre dem i å leve et vanlig liv. De gjør sine oppgaver, deltar i det sosiale liv – på tross av tinnitus. Den er der, den er plagsom, men den stopper dem ikke.

I og med at de mener de mestrer sitt dagligliv, har de ikke behov for å lære mestringsteknikker. De ønsker en behandling, noe konkret som kan gjøre at tinnitus blir borte.

Felles for denne gruppen videre er at de har et håp om at de en gang skal bli kvitt sin tinnitus, selv om de egentlig ikke tror det. Dette håpet, er slik jeg ser det, en hjelp til å orke å ”stå imot”. Dette er også drivkraften som gjør at man holder ut den påkjenningen det må være å forsøke ulike behandlingsformer.

Man tror egentlig ikke det hjelper, men man håper jo, kanskje denne gangen...

Når informantene skal se fremover mot et ønsket behandlingsopplegg er det jevnt over i begge gruppene enighet om hva man ønsker. Det er helt klart ønskelig, og nødvendig, med et hjelpeapparat som responderer raskere overfor folk med tinnitus, og som kan ta denne gruppens plager på alvor. Det er viktig å vite at det finnes hjelp i form av et profesjonelt hjelpeapparat som kan formidle teknikker som har det som mål å fjerne tinnitusplagen.

Dette materialet er lite, og funnene kan ikke generaliseres til å gjelde for alle tinnitusrammede. Slik jeg tolker funnene i dette materialet, er det likevel tendenser som går igjen i disse to gruppene. Jeg har valgt å fremstille disse faktorene på en visuell måte i figur 6, inndelt i gruppe ”negativ” og gruppe ”positiv” – stilt opp mot hverandre.

Figur 6: Ulike faktorer som kan være bestemmende i forhold til effekt av THT

POSITIV	NEGATIV
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Livssituasjonen sees som sterkt sammenfallende med utbruddet av tinnitus. ”Ytre” hendelser i livet har påvirket deres følelsesmessige ”indre”. <input type="checkbox"/> Hatt tinnitus kortere tid før tilbud om THT. <input type="checkbox"/> Erkjenner og aksepterer at det ikke finnes enkle utveier til å bli kvitt tinnitus. Må jobbe selv. Må ville det. <input type="checkbox"/> Ingen tro på alternativ behandling. Ingen tro på at det kommer noen annen medikamentell behandling. <input type="checkbox"/> Stor motivasjon til THT. Mer kunnskap, lære å mestre tinnitus. <input type="checkbox"/> Stort utbytte av THT. Fått innsikt i årsakssammenheng, ufarliggjøring, samt ulike teknikker for eksempel å slutte og lytte til den. <input type="checkbox"/> Har brukt / bruker lydgenerator. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Livssituasjonen oppfattes som mindre viktig for utbruddet av tinnitus. Tinnitus bærer preg av å ha sin årsak i en ”ytre” faktor. <input type="checkbox"/> Hatt tinnitus vesentlig lengre tid før tilbud om THT. <input type="checkbox"/> Aksepterer ikke at tinnitus ikke kan fjernes ved hjelp av en annen type behandling enn THT. <input type="checkbox"/> Har håp om at alternativ behandling skal kunne hjelpe. Har et håp om at det en dag skal komme en løsning som kan ta bort plagen. Men tror det ikke. <input type="checkbox"/> Håpet THT skulle være en løsning. <input type="checkbox"/> Lite utbytte av THT. Sto ikke til forventningene. Hadde ikke tro på at tinnitus kunne mestres. <input type="checkbox"/> Lydgenerator ble ikke brukt.

Disse funnene danner grunnlaget for diskusjon i kapittel 6.

6 DRØFTING AV FUNN OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Som redegjort for i kapittel 1.2.2 er problemstillingen som ligger til grunn for denne undersøkelsen todelt, hvor problemstillingens andre del baseres seg på de funn som fremkommer i problemstillingens første del. I dette kapittelet vil første og andre avsnitt kunne relateres til problemstillingens første del og tredje avsnitt til problemstillingens andre del.

Dette kapittelet er delt i fire avsnitt, hvor første avsnitt knyttes opp til de funn som er fremkommet i kapittel fem. Funnene viser at det er flere faktorer som kan være bestemmende for effekten av THT, men slik jeg ser det kan de mest sentrale trekkene knyttes opp mot mestring og motivasjon. Disse hovedtrekkene, eller faktorene, danner grunnlaget for drøfting opp mot teori. I andre avsnitt trekkes resultater av drøftingen over i Lazarus og Folkmans prosessmodell, med hovedvekt på modellens to mestringsstrategier. I tredje avsnitt drøftes resultatene av funnene opp mot tiltak i hjelpeapparatet. Fjerde avsnitt er viet avsluttende kommentarer.

6.1 Oppsummering av hovedtrekk.

Med utgangspunkt i funn presentert i kapittel 5 har jeg trukket ut de faktorene jeg ser som mest typiske for de to informantgruppene, ”positiv og ”negativ” (figur 6), i forhold til å belyse problemstillingens første del:

Tinnitus Habituation Therapy. Hva kan være bestemmende for grad av effekt?

6.1.1 Livssituasjon og årsakssammenheng

Hvordan informantene knytter livssituasjonen opp mot utbruddet av tinnitus ser jeg som en interessant faktor. Som nevnt i kapittel 2.1.2, viser forskning og erfaring at 60 % av de som meldte om plagsom tinnitus kunne relatere utbruddet av lyden til omveltninger i livet. I denne undersøkelsen fant jeg forskjeller gruppene imellom.

- Den **positive gruppen** er veldig klar på at de setter årsaken til sin tinnitus i sammenheng med livssituasjonen de var/er i. De mener denne er sterkt sammenfallende med utbruddet av tinnitus, hvor årsaken til utbruddet er en kombinasjon av ”ytre” hendelser, omstendigheter i livet, som har påvirket dem

på det følelsesmessige ”indre” plan. Sagt på en annen måte, den ytre hendelsen har utviklet seg til en følelsesmessig stressor, som igjen har vært med på å utvikle plagsom tinnitus.

Som beskrevet i kapittel 3.3.1. kan stress være en ytre hendelse som relateres til endringer i livet. Selye (1978) ser det avgjørende i hva slags respons individet gir i forhold til stressoren. Denne tankemessige vurderingen av situasjonen ser også Bunkholdt (2002) som viktig. Den responsen som informantene gir hendelsen, eks. skilsmissen, er det som avgjør hvorvidt hendelsen skaper en stressor. Denne responsen ser jeg som personens følelsesmessige ”indre”. I den positive gruppen er utbruddet av tinnitus ofte kommet i en slik fase i livet hvor informantene har vært preget av hendelser som har påvirket deres følelsesmessige ”indre”.

- Den **negative gruppen** kan ikke se noen sammenheng med livssituasjonen og utbruddet av tinnitus. Utbruddet av tinnitus har sin årsak hovedsakelig i ”ytre” faktorer. Den er kommet som følge av arv, kanskje tilbake fra militæret, slag mot hodet eller den er bare kommet. Når informantene gir uttrykk for at tinnitus bare kom, er dette også en årsak, den må ikke nødvendigvis relateres til en hendelse. Informantene i den negative gruppen gir også uttrykk for at det har vært stressfaktorer i livet deres. Denne stressfaktoren mener de derimot ikke har påvirket deres følelsesmessige ”indre”, og settes heller ikke i sammenheng med utbruddet av tinnitus. Denne informanten forteller om lange arbeidsdager og mye ansvar, men som likevel ikke medførte noen problemer. Tinnitus kommer som følge av slag i hodet:

”Jeg jobbet nesten 12 timer hver dag, tidlig oppe om morgenen. Dreiv et firma med 18 ansatte. Jeg hadde det bra, det var ikke noe problemer. Var fysisk aktiv, men har alltid greid å koble av. Falt på jobben og slo hodet i en jerndør, har siden vært plaget av sterke hodesmerter og tinnitus”.

Det er viktig å poengtere her at informantene ikke så noen umiddelbar årsakssammenheng ved utbruddet av tinnitus. Bevissthet rundt årsakssammenheng er kommet under/etter deltakelse i THT, hvor man er blitt gjort oppmerksom på hvordan tinnitus oppstår og hvordan den kan utvikle seg til å bli en plage. Opplevelsen rundt

selve utbruddet av tinnitus er relativt lik hos alle informantene, med stor engstelse i forhold til hva dette kunne være.

I forhold til THT er temaet årsakssammenheng viktig. Ikke i form av at informantene nødvendigvis skal se en årsakssammenheng i forhold til sin egen tinnitus, men at det gjennom THT skal skapes en ufarliggjøring av tinnitus. Dette for at tinnitus ikke lenger skal føles som en trussel. Denne ufarliggjøringen skapes gjennom informasjon. Når man forstår mekanismene som ligger til grunn for hvordan tinnitus oppstår, kan dette bidra til at deltakeren for sin egen del ser en årsakssammenheng. Målet med denne informasjonen er å dempe opplevelsen av stressoren (tinnitus), og å se at den ikke representerer en organisk skade som ikke kan behandles.

Å se en årsakssammenheng er også viktig i forhold til Antonovsy's salutogene modell. En viktig komponent i denne modellen er hvorvidt individet har en forståelse av situasjonen. Ved å ha en forståelse blir man i stand til å kunne håndtere og forklare situasjonen. Den positive gruppen melder tilbake om at de har fått informasjon som har satt dem i stand til å kunne forstå sin situasjon. I motsatt fall kan man ha en følelse av uforklarlighet, tilfeldighet og håpløshet/manglende tro på at plagen kan reverseres.

6.1.2 Tidsaspektet

Tid er en vesentlig faktor i funnene her, og også viktig i behandling av tinnitus.

Den positive gruppen har i hovedsak hatt tinnitus vesentlig kortere tid enn i den negative gruppen. Som illustrert i figur 2, kapittel 2.2, vil det psykososiale behovet være økende jo lenger tid det tar før man kommer til behandling. Det er viktig, så tidlig som mulig, å skape et brudd i den "onde sirkelen"(se figur 3, kapittel 2.2.1). I kapittel 1 ble det nevnt en metafor om stien som ble til en fire felts motorvei. Jo raskere man får hindret "stien" i å vokse videre, jo raskere "gror" den sammen igjen.

- I den **positive gruppen** var det spesielt en informant som var veldig snar med å komme til behandling. Vedkommende hadde en forståelse av hva tinnitus var, og handlet raskt i form av direkte kontakt- og rask tilgang til THT som har hjulpet ham. Denne personen er også den eneste av informantene som er ikke lenger har tinnitus. Vedkommende var heller ikke hos noen øre-nese-hals-lege

før deltakelse i THT, og vektlegger selv at det var den snarlige informasjonen han fikk gjennom THT som har gitt så god effekt.

- I den **negative gruppen** var det også en informant som forsto det var tinnitus hun hadde fått, da flere i familien hadde tinnitus trodde hun dette var en arvelig lidelse. Vedkommende oppsøkte øre-nese-hals-lege, og fikk beskjed om at lyden ville være der bestandig. Det gikk to år før deltakelse i THT. Vedkommende har ikke hatt noen effekt av THT.

Dette understreker viktigheten av at man raskt må få beskjed om at plagen er reversibel. Informantene i den negative gruppen har hatt tinnitus vesentlig lenger enn informantene i den positive gruppen.

6.1.3 Erkjennelse og aksept. Tro og håp.

Tiden fra utbruddet til tilbud om THT er som nevnt over varierende. Felles for alle informantene er skuffelsen over at de etter første møte med øre-nese-hals-lege ble mer eller mindre ”overlatt” til seg selv med beskjed om at: ”dette er tinnitus, dette er noe du må lære å leve med”. Dette sammenfaller godt med hva som fremkom i Mestrings- og levekårsundersøkelsen (Birkeland, 1998). Med få unntak har informantene møtt på et hjelpeapparat som ikke har kunnet gi den form for hjelp og støtte de hadde behov for, ”jeg går til legen for å finne løsningen på et problem jeg har.” Dette er noe som går igjen hos alle informantene, de ønsker råd, veiledning og aller helst en form for behandling. Man går til en spesialist som man håper skal kunne hjelpe. Av følelser og handlinger dette brakte med seg er en rød tråd ganske klar – og det er den ubehagelige oppdagelsen av at det ikke er noen hjelp der ute, det er ingen som kan hjelpe med å finne ut av hvordan du skal kunne få det bedre med tinnitus. Hvordan man så angriper denne situasjonen, er ulik gruppene imellom.

- I den **positive gruppen** ser det for meg ut til at man i større grad har tatt budskapet som legene har gitt: ”det er tinnitus, dette må du bare lære deg å leve med”. Jeg tolker informantene dit hen at de erkjenner situasjonen de er kommet i, at de har fått tinnitus og at det ikke finnes noen tradisjonell behandling som kan ta den bort. Dette betyr ikke at de aksepterer sin tinnitus, de vil gjerne bli kvitt den – derav påmelding til THT. Gjennom THT har man fått øynene opp for

hva tinnitus skyldes, og hva som kan gjøres med situasjonen. Det finnes en mulighet, jeg kan gjøre noe selv for å få det bedre!

Alternativ behandling har informantene i denne gruppen ikke forsøkt, og ser heller ikke noe poeng i dette da de fikk beskjed om at det ikke fantes noe alternativ. Informantgruppen har heller ingen tro på at det skal komme noen annen "enkel" behandling, eks. i form av medikamenter. Informantene er innstilt på at man må jobbe selv. Dette betyr ikke at informantene i den positive gruppen har hatt det noe enklere i forkant av THT. Den store utfordringen var nettopp å klare og finne en måte hvor det var mulig å få det bedre på.

- I den **negative gruppen** kan det se ut som man angriper denne beskjeden på en annen måte. Man godtar ikke beskjeden om at ingen ting kan gjøres, og man aksepterer ikke at situasjonen skal behøve å være slik. Man erkjenner ikke situasjonen. Informantene forsøker å finne mulige løsninger eksempelvis gjennom alternative behandlingsmåter, og har et håp om at noe skal kunne hjelpe. En informant som har reist til Tallin for behandling av tinnitus, uttrykker at dette var eneste sted han har fått "ordentlig hjelp". Begrepet ordentlig refereres her til en aktiv form for behandling som massasje, sprøyter, tabletter. Vedkommende ble ikke bedre av sin tinnitus, men opplevde likevel at dette var en form for hjelp.

To av informantene som har vært mest aktive i denne gruppen med hensyn til alternativ behandling, uttrykker en kombinasjon av tro og håp. Man oppsøker en alternativ behandler i håp om at det skal hjelpe, men tror det ikke.

Informantgruppen uttrykker også en tro på, og et håp om, at forskning en dag skal kunne bli så bra at det vil komme en form for medikamentell behandling.

Som en informant sa:

"...den dagen jeg mister troen – da kan jeg bare skru på lokket. Jeg tror sjansen for å finne noe på tinnitus er nærmere enn å vinne i lotto."

Det å ha en tro og et håp om at det en dag skal finnes en løsning er med på å gjøre situasjonen levelig. Denne troen, og dette håpet, er opprettholdt også etter deltakelse på THT.

I forhold til THT er dette med erkjennelse et viktig element, og henger sammen med årsakssammenheng /forståelse redegjort for over. Med bevisstgjøringen vil engstelsen kunne dempes, og man vil kunne gjøre en positiv endring i den ”onde sirkelen”, figur 3, kapittel 2.2.1. THT er en form for behandling som tar utgangspunkt i at det er mulig å skape en positiv endring.

Erkjennelse, aksept og tro er også elementer i Antonovsky’s salutogene modell. For at mennesket kan ta i bruk sine ressurser på en helsefremmende måte, i situasjoner som kjennes belastende, mener Antonovsky at man må ha en følelse av at ting har en sammenheng, se kapittel 3.2.1. Den første komponenten er å kjenne en forståelighet i form av å kunne ta kunnskapen inn over seg, forstå budskapet, erkjenne situasjonen. På denne måten vil situasjonen kunne bli forståelig, og derigjen håndterbar. Man aksepterer budskapet man får (THT), man erkjenner ut fra dette at man må jobbe selv for å få det bedre, og man får en tro på at det er mulig å få det til.

Innen hjelpeapparatet, eksempelvis i arbeid med rehabilitering, er det å hjelpe individet til å forstå sin situasjon viktig. Dette krever selvinnsikt. Å erkjenne sin situasjon er selve startknappen for all selvhjelp, og kan bidra til å bringe oss over i en aktiv tilstand. Erkjennelsen kommer først, dernest kan man være i stand til å forstå og bedømme situasjonen, for til slutt å kunne skape en endring (Sommerschild m.fl.1998), (Gullacksen, 2002). Den informasjonen og kunnskap man fikk gjennom hjelpeapparatet / THT, omformes her til en erkjennelse: ”hva gjør dette med meg?”.

6.1.4 THT - forventninger, motivasjon og utbytte

Når jeg skal se på hva som er bestemmende for en positiv effekt av THT, er det naturlig å kort repetere fra kapittel 2.2.1. Hvilke målsettinger ligger til grunn for denne behandlingen? Basert på lærings- og mestrings teknikker er målet at deltakerne skal:

- oppnå en habituering av reaksjonen tinnitus gir, slik at den følelsesmessige reaksjonen på tinnitus gradvis blir borte,
- oppnå habituering av persepsjon, slik at oppfattelsen av tinnitus skal blokkeres / filtreres bort.

Forventninger

I forhold til forventninger i forkant av THT kommer tro og håp inn som viktige faktorer.

- Den **positive gruppen** har store forventninger i forkant basert på en tro om at dette skal kunne være en hjelp på veien til å få det bedre. Utbyttet av kurset sto til forventningene, informantene fikk det de kom for. Som redegjort for i avsnitt 6.1.1 setter den positive gruppen i stor grad livssituasjonen i sammenheng med utbruddet av tinnitus. Denne bevisstgjøringen på en slik mulig årsakssammenheng er kommet gjennom informasjon fra THT. Om det ikke var livssituasjonen som var utslagsgivende for å utvikle en plagsom tinnitus, så er den positive gruppen bevisst i dag på viktigheten av å ha det godt med seg selv. Dette i forhold til hvorvidt det skal være mulig å ”filtrere” tinnitus bort.

Informantene melder tilbake om at deltakelse på THT skapte en ufarliggjøring i forhold til den plagsomme tinnitus. Informantene ga videre uttrykk for at de ble bevisst hvordan de skulle mestre tinnitus, bl.a. ved å slutte å lytte til den.

Samtlige av informantene brukte lydgenerator slik den var foreskrevet på THT. Lydgeneratoren brukes fortsatt ved behov, i perioder hvor informantene kjenner tinnitus som plagsom.

- I den **negative gruppen** var forventningene til THT en annen. Informantene ga uttrykk for at de håpet THT skulle være en løsning. Håp er for meg ensbetydende med en ønsketenkning. Med løsning forstår jeg det som en form for behandling som kunne fjerne plagsom tinnitus. Informantene melder tilbake om at det var fint å være med på THT, men at de hadde håpet det var noe annet enn et ”mestringskurs”. Informantene i denne gruppen mente de allerede mestret det å leve med tinnitus, og at de ut fra dette ikke var målgruppen for THT. Å mestre tinnitus i form av at den kunne skyves ut av bevisstheten hadde de ingen tro på,

man kan ikke unngå å lytte til en lyd som er der konstant. Lydgeneratoren i denne gruppen ble ikke brukt av noen, da den kjentes ubehagelig og på mange måter ble en ekstra lyd oppå deres tinnitus.

Motivasjon

Som redegjort for i kapittel 3.4 om motivasjon vektlegger sosiologen Bandura (1977) de forventninger vi har til mestring. Motivasjonen følger forventningen. I forhold til hvilken motivasjon vi har, snakker han om en motivasjon som er indre styrt eller ytre styrt. Den indre styrte har utspring i individet selv, basert på et behov og en tro på at man kan klare det. Den ytre styrte motivasjonen baserer seg på hva andre gjør og sier. Lazarus og Folkman (1984) følger dette opp med at en suksess for å klare å gjennomføre en endring er basert på individets egen indre beslutning. Man må ha en indre motivasjon til å gjøre en endring.

I avsnittet over om forventninger fremkommer forskjeller i de to informantgruppene.

- Den **positive gruppen** bærer preg av forventninger om at THT skal være en god løsning for dem. De viser at de har tatt budskapet i THT, og igangsatt en refleksjon rundt egne handlinger. Informantene uttrykker også at de har en motivasjon som er indre styrt. De erkjenner at det ikke finnes ”enkle” løsninger, de må jobbe selv – og for å få til dette må man ville det. Informantene har fulgt anbefalingene fra THT, og jobber fortsatt etter metodikken de lærte der.
- I den **negative gruppen** har forventningene vært annerledes. Man har håpet på at THT skulle være en løsning. Noen av informantene har gitt uttrykk for at THT passer for de som har andre problemer ved siden av tinnitus, og hvor det egentlig ikke er tinnitus som er hovedproblemet. THT i denne forbindelse er hensiktsmessig i form av å lære å mestre livet. Slik jeg tolker informantenes motivasjon i forhold til å melde seg på THT er den basert på en ytre motivasjon, hvor den eventuelle bedringen av tinnitus baseres på at noen yter/gir noe utenfra (Lazarus og Folkman 1984). Informantene i denne gruppen ønsket noe konkret i forhold til tinnitus, ikke bare mestringsteknikker. Dette ønsket om noe annet, og

mer konkret, gjenspeiles også i håpet om at det en dag skal finnes en løsning som ikke er basert på egeninnsats som i THT.

Utbytte

I forhold til hvilket utbytte informantene har hatt av THT viser ovennevnte drøfting klare forskjeller gruppene imellom, hvoretter det kun er den positive gruppen som har hatt utbytte av THT.

Som redegjort for i kapittel 4.3 er informantene i den positive gruppen plukket ut i form av at de var den ene ”ytterligheten” av den totale populasjonen, de som hadde vesentlig høyest skår på kategoriene som omhandlet mestring. Tilsvarende i andre enden, de informantene som hadde lavest skår på kategoriene som omhandlet mestring. Ved analysering av data i denne undersøkelsen fremkom imidlertid at begge informantgruppene melder om mestring i forhold til sin plagsomme tinnitus. Hvordan man definerer og oppfatter mestring følger da som et naturlig spørsmål.

- I den **positive gruppen** knytter ikke informantene mestring opp mot at de er kvitt sin tinnitus. Mestringen knyttes opp mot at de etter påbegynt og gjennomført THT erkjenner sin tinnitus, og hvorfor de har fått den, situasjonen som medfølger. De melder om økt mestring i form av at de nå klarer å leve med den, og at den ikke lenger oppleves som noen trussel. Tinnitus-lyden er ikke nødvendigvis svakere, men som følge av at den følelsesmessige reaksjonen har endret seg positivt, har informantene i kortere og lengre tid greid å fokusere bort tinnitus. Slik jeg tolker funnene oppfylder informantene det første målet som ligger til grunn i THT, i og med at de har oppnådd en habituering av reaksjon. For de fleste informantene har de i perioder også oppnådd en habituering persepsjon.

Det er kun én informant som helt er kvitt sin tinnitus og som derved har oppnådd begge målene i THT, en habituering av både reaksjon og persepsjon.

- Den **negative gruppen** vektlegger at de allerede mestret i forkant av THT. De mestret i form av at de ikke lar det å ha plagsom tinnitus hindre dem i å leve et

vanlig liv. De gjør sine oppgaver, og deltar i det sosiale liv på tross av tinnitusen. De hadde lært seg å leve med sin tinnitus, den stoppet dem ikke i å leve et vanlig liv. Informantene ga likevel uttrykk for at deres tinnitus var til stor plage, og at de hadde lydopplevelsen konstant. I forhold til spørreundersøkelsene de deltok på i forbindelse med THT-prosjektet, vil jeg anta at grunnen til at de ikke krysset av på økt mestring etter THT, var at de ikke opplevde noen endring. De mestret allerede dagliglivet. I forhold til målsettingen som ligger til grunn for THT, fyller ikke denne gruppen "kravene" som ligger her. Til tross for at informantene sier de mesterer, er det ingen endring i forhold til reaksjon og persepsjon av den plagsomme tinnitus. Tinnitus oppleves i denne gruppen som svært plagsom, og den er der konstant. Altså har utbyttet av THT vært lik null!

Ut fra ovennevnte drøfting kan det slås fast at forventning og motivasjon er styrende i forhold til hvilket utbytte THT kan gi. I THT er motivasjon en viktig faktor. Som redegjort for i kapittel 2.2.1 krever metoden en betydelig egeninnsats, basert i første rekke på at man gjennom økt kunnskap erkjenner sin situasjon og blir i stand til å gjøre en endring. Den krever en endring fra å være passiv, hvor den plagsomme tinnitus har "kontrollen", til å være aktiv i form av å selv ta "kontroll" over tinnitus.

Motivasjonskomponenten er også sentral i forhold til Antonovsky's salutogene modell, av hva som er menneskets motstandsressurser. Viktig her er at mennesket kjenner engasjement, ser muligheten til å kunne påvirke eget liv, og finner god mening i å gjøre det. Motivasjonskomponenten henger sammen med forståelse og håndterbarhet (mestring). Gjennom forståelsen av situasjonen søker man å finne måter å håndtere denne på, og finner god mening i å gjøre det.

Hovedtrekkene som her er drøftet kan alle settes i sammenheng med motivasjon og mestring. I kapittel 3.4 vises det til at en viktig faktor for oss mennesker er å mestre tilværelsen. Utsettes man for en stressor, vil man kjenne et behov og en drift i forhold til å igangsette en aktivitet. Motivasjonen er en viktig komponent som gir våre handlinger energi og retning (Bunkholdt, 2002). Som det er fremkommet i drøftingen over har de to informantgruppene ulike måter å mestre på. Drøftingen viser at den positive gruppen bruker overveiende en problem-fokusert mestringsstrategi, mens den negative gruppen bruker overveiende en emosjonelt-fokusert mestringsstrategi.

Dette leder meg over til Lazarus og Folkmans prosessmodell.

6.2 Mestrings- og motivasjonsfaktorene i lys av prosessmodellen.

Prosessmodellen (vist i kapittel 3.3.3), slik jeg ser den, viser den enkeltes handlingsforløp på en praktisk måte, altså hvordan mennesket handler. Som det fremkommer i kapittel 5.6, oppsummering av funn, bruker informantene i denne undersøkelsen mestringsbegrepet forskjellig gruppene imellom, men mer entydig innad i gruppen. Dette, sammen med hva som er fremkommet i drøftingen over, har jeg forsøkt å strukturere dette opp mot Lazarus og Folkmans prosessmodell for stress og mestring.

De første trinnene i prosessmodellen er relativt like gruppene imellom. Det er først når man kommer til personlige mestringsressurser og valg av strategi at forskjellen blir vesentlig. Det er disse trinnene jeg velger å drøfte videre i lys av funnene.

6.2.1 Personlige mestringsressurser

Dette er ressurser som kommer "innenfra", som eksempelvis personens iboende evner og karaktertrekk. Man kan godt kalle det personens mestringsstil (Lazarus og Folkman, 1984). Disse mestringsressursene er vanskelig å måle, og informantene er heller ikke stilt direkte spørsmål som kan avdekke dette. Jeg ser det likevel slik at måten informantene svarer på intervjuguidens spørsmål kan gi en indikasjon. Disse svarene er drøftet i kapittel 6.1, som jeg ser som en viktig forklaringsmodell til dette punktet i prosessmodellen, og som også viser at det er sentrale forskjeller i de to informantgruppene. Viktige faktorer her er den kognitive komponenten, handlingskomponenten og motivasjonskomponenten. I tråd med Antonovsky, ser også Lazarus og Folkman (1984) at en person med mange mestringsressurser står bedre rustet overfor nye utfordringer enn en person med få mestringsressurser.

6.2.2 Valg av strategier

Lazarus og Folkman (1984) ser at det er to hovedmetoder for å mestre situasjoner som oppleves truende: problem-fokusert mestring og emosjonelt-fokusert mestring. De poengterer videre at man ikke kategorisk bruker den ene eller andre metoden, men at det er vanlig å bruke begge metodene. De ulike fasene behøver heller ikke følge hverandre.

I denne undersøkelsen benytter informantgruppene seg av begge strategiene, men slik jeg tolker funnene har de tyngde i hver sin retning i forhold til valg av strategier for å håndtere plagsom tinnitus.

Emosjonelt-fokusert mestring

Her forsøker individet å endre opplevelsen av situasjonen, ikke selve situasjonen. Situasjonen kan føles som en uovervinnelig trussel. Informantene har ”beveget” seg inn i den ”onde sirkelen”, som er illustrert i figur 3, kapittel 2.2.1, og er strekt preget av den negative emosjonelle opplevelsen. Ved oppstart av THT beveger den ”positive” gruppen seg over i den problem-fokuserte strategien. Den ”negative” gruppen blir i værende i den emosjonelt-fokuserte strategien. Dette fremkommer bl.a. i informantenes ønske om å dempe stressoren i form av å oppsøke alternativ behandling. I forbindelse med årsakssammenheng legger informantene i den negative gruppen vekt på at det er ytre hendelser som er årsaken til deres tinnitus. Slik jeg tolker funnene, ser ikke informantene sammenhengen med den ”onde sirkelen” (figur 3) og viktigheten / muligheten til å skape et brudd i denne. Som redegjort for i drøftingen under punkt 6.1.1 og 6.1.2 fremkommer erkjennelse som en viktig og utløsende faktor i forhold til å skape en endring. I forhold til THT og andre behandlingsformer, uttrykker informantene at man forventer at noen (leger) må finne noe som kan gjøre en frisk. Dette kan tolkes som å overlate ansvaret til andre (leger). Et annet begrep som man finner under denne strategien er tilgjort bagatellisering. Flere informanter vektlegger viktigheten av å ikke virke sutrete, noe som kan forstås som at man holder det ”vonde” inne. Det å legge lokk på det ”vonde” er ingen god løsning i lengden. Ønsketenkning fremkommer også i denne gruppen i form av at man håper og tror at en gang kommer en annen løsning. Man opprettholder håpet, men samtidig benekter man fakta.

Det er helt vanlig når man står overfor en stressor å først reagere med emosjonelt-fokusert mestring. Det er imidlertid viktig å etter hvert komme ut av denne og over til problem-fokusert. For å klare denne ”overgangen” kommer det frem i denne undersøkelsen at erkjennelse er en viktig faktor. Man må erkjenne situasjonen man er i. Man har tinnitus, man blir redd og går inn i en emosjonelt-fokusert strategi. Hos legen får man én beskjed, dette utløser kanskje fortsatt en engstelse i form av at man ikke vet hvordan man skal holde ut å leve med tinnitus. Etter THT får man derimot en forståelse av hvilke mekanismer som styrer utviklingen av tinnitus, som igjen danner grunnlaget

for en erkjennelse (positive gruppen; er det slik det er / er det sånn jeg gjør). Ved å erkjenne beveger man seg over til den problem-fokuserte strategien som medfører en aktiv endringsprosess. I den negative gruppen blir man værende i den emosjonelt-fokuserte. Man erkjenner ikke situasjonen, og aksepterer heller ikke at det skal være slik, og forsøker å unngå eller ”flykte” fra ubehag og/eller problematiske situasjoner. Man velger å ”bite tennene sammen” i påvente av at noe / noen kan ta det vonde bort. Til slutt vil denne gjentatte undertrykkelsen fungere som en trykk-koker med påfølgende negative følger for helsen. Følgende sitat viser en selvmotsigelse. På den ene siden viser den en løsningsorientert handling. Ved å ikke legge meg ned, greier jeg å holde det gående, en aktiv handling. På den andre siden vil denne undertrykkelsen kunne hindre en i å ”åpne opp” for andre mer hensiktsmessige løsninger:

”Det er som en lege sa til meg: din verste fiende er din stahet til å få det til – har du hørt noe så dumt? Og når du kjenner du er dårlig, skal du legge deg ned og få lov å være dårlig. Men som jeg sier til han: hør her, hvis jeg skal begynne å kjenne etter om jeg har vondt – og hva som plager meg – kan jeg bare bestille plass på Vestre Gravlund med en gang. Det er ikke hvordan man har det – men hvordan man tar det. Jeg vil leve et maksimalt liv!”

Dette sammenfaller med studien det er vist til i kapittel 2.2.2, som omhandler timing av igangsetting av rehabiliterende arbeid med mennesker som har plagsom tinnitus, hvor de fant at emosjonelt-fokusert mestring kunne ”blokkere” for en effektiv progresjon i rehabiliteringen (Tromp, 1999).

Lazarus og Folkman (1984) hevder at emosjonelt-fokusert mestringsstrategi i mange situasjoner ikke vil være forenlig med å opprettholde en normal funksjon, utvikling og helse. I forhold til motivasjon hevder Lazarus og Folkmann (1984) videre at hvis ansvaret for en endring settes eksternt, vil personen ha dårligere prognoser enn hos en person som igangsetter en endring basert på egen indre beslutning. Dette sammenfaller med hvordan informantene i den negative gruppen uttrykker et ønske om en behandling som skal ta tinnitus bort, noe utenom dem selv.

Problem-fokusert mestring

Problem-fokuserte strategier har mye til felles med problemløsning, hvor man definerer problemet, finner fram til alternative løsninger, veier disse mot hverandre, velger mellom disse og handler (Lazarus & Folkman, 1984). Problem-fokusert mestring er også avhengig av strategier som er rettet innover mot en selv, strategier som påvirker

motivasjonen og kognitive forandringer. Ett eksempel på dette er en kognitiv omstrukturering som THT krever. Som redegjort for i kapittel 2.2.1. er et av målene med THT å skape en endring i den ”onde sirkelen”. Man må videre iverksette tiltak som kan påvirke de automatiserte tankeprosesser, slik at fokus på tinnitus avtar. Lazarus og Folkmann (1984) mener at ved bruk av problem-fokuserte strategier forholder personen seg direkte og aktivt til situasjonen eller problemet. Dette gjøres f.eks. ved å søke informasjon før man bestemmer seg for hvordan man skal handle. Informasjon og krav til aktiv handling er elementer i THT. Lazarus og Folkman (1984) hevder videre at den subjektive opplevelsen av muligheten til å lykkes er sentral, fordi denne mestringsstrategien også innebærer en følelsesmessig bearbeiding av en problematisk situasjon. I den positive gruppen fremkommer, i drøftingen under avsnittet over om utbytte, at informasjon og læring i THT har bidratt til en positiv bevegelse av den følelsesmessige bearbeidingen. Informantene forstår modellen som viser utviklingen av tinnitus, og ser selv en årsakssammenheng i sitt eget tilfelle. Informantene har en subjektiv opplevelse av at THT har effekt. Informantene i denne gruppen er inne i en positiv spiral, bedringsprosessen fortsetter og de er i dag på vei mot målet om å bli kvitt sin tinnitus.

Som nevnt innledningsvis til dette avsnittet benytter begge informantgruppene begge strategier. Slik jeg ser det bruker også den negative gruppen denne strategien i form av at de definerer problemet, finner fram til alternative løsninger (eksempelvis alternativ behandling, påmelding til THT, biter tennene sammen) veier disse mot hverandre, velger mellom disse og handler, altså en ren problemløsning. Dette kan ha en funksjonell side også, i form av at man har gjort ”alt”, og på denne måten ikke trenger å ”klandre” seg selv. Men i forhold til den videre gangen som krever at man retter fokus innover mot en selv for å fremme strategier som påvirker motivasjon og kognitive forandringer, faller etter mitt syn den ”negative” gruppen ut. Dette som følge av erkjennelsen, redegjort for under emosjonelt-forkusert mestring, samt i drøftingsdelen under avsnittene 6.2.1, 6.2.3 og 6.2.4.

6.3 Hjelpeapparatet i forhold til funn

Som nevnt i kapittel 1, er det i hjelpeapparatet i dag større fokus på hvordan man kan stimulere til helsefremmende atferd bl.a. i form av å mobilisere personens ressurser for

å skape mestring. Dette var også bakgrunnen for Antonovskys salutogene modell, redegjort for i kapittel 3.2. Viktig for en bevegelse mot en bedre helse er å fremme personens forståelse av sin situasjon, fremme personens tro på å finne en løsning og til sist fremme personens motivasjon for å skape en endring. Viktigheten av disse tre komponentene fremkommer under drøftingen i kapittel 6.1 og 6.2.

Funn i denne undersøkelsen viser hvilke faktorer som er bestemmende for en god effekt av THT:

- Man har fått en forståelse av hvordan man utvikler en plagsom tinnitus, og en forståelse av at det er mulig å ”snu” denne utviklingen
- Tidsaspektet. Jo raskere man får denne forståelsen, jo lettere er det å ”snu”
- Erkjennelse. Man erkjenner situasjonen om at man må skape en endring selv skal man få det bedre. Det finnes ingen enkle løsninger.
- Motivasjonen er ”indre” styrt
- Overveiende bruk av problem-fokusert mestring

Den negative gruppen har ikke oppnådd tilsvarende forståelse for sin situasjon, og man ”henger fast” i en emosjonelt-fokusert mestringsstrategi.

Kan kjennskapet til disse faktorene forbedre praksis?

Dette er problemstillingens andre del.

Hos informantene kom det frem generelle betraktninger rundt ønske om fremtidig behandling i forbindelse med tinnitus, og THT spesielt. Informantene vektlegger viktigheten av at samtalegruppene blir styrt på en slik måte at man får et positivt løft. Det fremkom at det i flere av disse samtale gruppene var et for stort rom for negativ fokusering.

Å få et positivt løft fremkom også som et viktig element i forhold til hvordan de ønsket å bli møtt i hjelpeapparatet. Som en informant uttrykker:

”.....det må være et sted folk kan henvendes til som gjør at folk ikke kommer ut med større angst enn da de kom inn.... altså det må være et sted folk kan henvendes til som gjør at folk ikke kommer ut med større angst enn da de kom inn. Alle tinnitus-rammede håper det – at man kan ha med seg en henvisning fra primærlegen til en type informasjonssenter, eller organisert behandling”

Det er helt klart ønskelig, og nødvendig, med et hjelpeapparat som responderer raskere overfor folk med tinnitus, og som kan ta denne gruppens plager på alvor. Det er viktig å vite at det finnes hjelp i form av et profesjonelt hjelpeapparat som kan formidle teknikker som har det som mål å fjerne tinnitusplagen.

Slik jeg tolker funnene er det viktig at det settes inn økte ressurser i forbindelse med rådgivningen i THT. En slik rådgivning betinger innsikt i hvordan vi bruker vår hørsel. Viktigheten av økte ressurser i den rådgivende fasen er også funn som er fremkommet i andre undersøkelser, redegjort for i kapittel 2.2.

Rådgivers rolle blir her å hjelpe radsøker å finne fram til måter å håndtere sin plagsomme tinnitus på, gjennom å identifisere strategier som passer den enkelte. Slik jeg ser det bekrefter denne undersøkelsen behovet for et mer individuelt behandlingstilbud i startfasen.

Viktige mål i denne fasen er å få radsøker over i en problem-fokusert strategi. Mennesker er ulike, vi kan tolke et budskap forskjellig og vi har ulike forventninger til egen mestring. Dette fremkom i funnene. Deltakerne på THT hadde en ulik forståelse av den informasjon som der ble lagt frem, og det budskap som ble gitt. Forventninger om hva THT skulle kunne ”gi” den enkelte var ulik deltakerne mellom.

Jeg ser det som viktig at en rådgiver i dette fagfeltet er klar og tydelig på hva THT går ut på, hva som er mulig å oppnå, og hva som kreves av radsøker for å få dette til.

Følgende momenter ser jeg som viktige i en rådgivning knyttet opp mot THT:

- Høre på den personlige fortellingen. Dette vil avdekke ”hvor” i prosessmodellen til Lazarus og Folkmann radsøker er, ”hvor” radsøker befinner seg i den ”onde sirkel” og hvor langt radsøker har kommet i tinnitus-utviklingen (akutt, subakutt eller kronisk).

- ”Trinn 1” i THT, den strukturerte gjenoppbyggingen, basert på å skape en forståelse av hva tinnitus er, og hvordan plagsom tinnitus utvikler seg.
- Søke å avklare delaktighet og motivasjon hos rådsøker, bygge opp om dette. Finne de strategier som passer den enkelte best, men jobbe for å at rådsøker beveger seg over i en problem-fokusert strategi.
- Etterstrebe et partnerskap i samarbeidet dersom dette trengs for å skape / opprettholde motivasjon og delaktighet. Noen vil ha mer behov for oppfølging enn andre.
- Gi tid for personlig bearbeiding.
- I forbindelse med samtalegrupper er det viktig at disse er profesjonelt styrt, at gruppene er satt sammen på en slik måte at den blir terapeutisk.

6.4 Konklusjon og avsluttende kommentarer

Jeg konkluderer med at Tinnitus Habituation Therapy i prinsippet kan hjelpe alle!

Avgjørende for en positiv effekt av Tinnitus Habituation Therapy er hvorvidt personen:

- er i stand til å erkjenne situasjonen
- har en innstilling til situasjonen, hvor man ser viktigheten av sin egen innsats, som muliggjør en aktiv endringsprosess
- har motivasjon til å gjennomføre endringen.

Disse forutsetningene kan bearbeides gjennom den innledende rådgivende fasen. Hvor lang tid denne bearbeidingen tar vil være individuell. Avgjørende for rådgiver er å hente frem disse ovennevnte 3 forutsetninger hos rådsøker, slik at denne kan bevege seg fra den emosjonelt-fokuserte mestringsstrategi over til den problem-fokuserte mestringsstrategi, hvor disse 3 forutsetningene ligger til grunn.

Som det er fremkommet i denne undersøkelsen har de informantene som har hatt effekt av THT raskt benyttet seg av en problem-fokusert mestringsstrategi. For den negative gruppen mener jeg at det gjennom en mer tilpasset rådgivningsfase ved oppstart av THT, ville være mulig over tid å hente frem disse forutsetningene hos rådsøker, slik at flere vil være i stand til å jobbe etter de mestringsstrategier som ligger til grunn i THT.

Dette sammenfaller med studien det er vist til i kapittel 2.2.2, hvor timing i forhold til igangsetting av rehabiliterende arbeid har stor betydning i forhold til effekten av behandlingen. Det påpekes videre at personen må ha nådd et "nivå" før en intervensjon er mulig (Tromp, 1999).

Rådgivning er et sentralt element gjennom hele THT-prosessen, ikke bare i den innledende fasen. Jeg ser det også som viktig å poengtere at man vil kunne møte på mennesker som er motivert til behandling, men som av ulike grunner ikke er i stand til å gjennomføre den endring som kreves. Interaksjonen mellom behandling og mennesket fungerer ikke. I disse tilfellene er det viktig å bremse, eller avslutte denne type behandling som er svært ressurskrevende. Utfordringen blir da å lage nye innfallsvinkler som kan bedre interaksjonen for denne gruppen.

Avsluttende kommentarer:

Formålet med denne hovedfagsoppgaven var å forsøke å få frem hvordan og hvorfor gruppen med så positivt resultat mestrer, og hvorfor det er en gruppe mennesker som melder tilbake om ingen eller liten effekt av samme behandling. Mestrer de annerledes? Har de andre motivasjonsfaktorer? Er det andre faktorer som spiller inn?

Jeg har i denne undersøkelsen funnet faktorer som kan være bestemmende for en positiv effekt, og tilsvarende for negativ effekt. Dette er spesielt faktorer som kan knyttes opp til mestring og motivasjon. Jeg har gjennom drøftingen i kapittel 6.1 og 6.2 kommet frem til hva som kan være årsak til disse forskjellene. Resultatene fra funn, og drøfting av disse, har jeg forsøkt å knytte opp mot hjelpeapparatet, med den hensikt å fremme mulige løsninger for å forbedre praksis.

Som redegjort for i kapittel 3.2.1 er det fra hjelpeapparatets side er helsefremmende å bidra slik at individet forstår sin situasjon, får styrket sin tro på å finne løsninger, og finner god mening i å forsøke på det. Dette sammenfaller med hva det konkluderes med i denne oppgaven.

LITTERATURLISTE

- Andersson, G. (2000): *Tinnitus: orsaker, teorier och behandlingsmöjligheter*. Lund: Studentlitteratur
- Andersson, G., Kaldo-Sandstrom, V. (2002): *CBT-based internet administered selfhelp treatment of tinnitus*. <http://medsys.uas.se/tinnitus/outside>
- Antonovsky, A. (1991): *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur
- Arnesen, A. R., Engdahl, B. (2001): *Tinnitus: årsaker, diagnose og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Befring, E. (1998): *Forskningsmetode og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Birkeland, S. (1998): *Levekår og mestring ved tinnitus auris*. Oslo: Hørselshemmedes Landsforbund
- Birkeland, S. (2002): *Kartlegging over behandlingstilbudet til tinnitusrammede*. Oslo Hørselshemmedes Landsforbund
- Bunkholdt, V. (2002): *Psykologi: en innføring for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget
- Coles, R. R. A. (1984): *Epidemiology of tinnitus. (1) Prevalence, 7-17. (2) Demographic and clinical features, 195-202*. Journal of Laryngology and otology (suppl.9)
- Cullberg, J. (1994): *Mennesker i krise og utvikling: en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie*. Oslo: Aschehoug.

Davis, A., Rafaie, A. E. (2000): *Epidemiology of Tinnitus*. In: R. S. Tyler (ed.), *Tinnitus Handbook*. San Diego, California: Singular Thomson Learning.

Dafydd, S. (2000): *A History of Tinnitus*. In: R. S. Tyler (ed.), *Tinnitus Handbook*. San Diego, California: Singular Thomson Learning.

Fabijanska, A., Rogowski, M., Bartnik, G., Skarzynski, H. (1999): *Epidemiology of tinnitus and hyperacusis in Poland*. In J. Hazell, (ed.), *Proceedings of the sixth International Tinnitus Seminar*. Cambridge UK.

Falkenberg, E.-S. (2002): *Kompendium. Habitueringssterapi for tinnituspasienter*. Tinnituskonferanse, 27. september 2002, i regi av Hørselshemmedes Landsforbund.

Falkenberg, E.-S., Tunglund, O. P., Skollerud, S. (2003): *Habituation Therapy of Chronic Distressing Tinnitus: a Presentation of a Treatment Programme and an Evaluation Study of its Effects*. *Audiological Medicine* 2003; 2: 132-137.

Gjærum, B., Sommerschild, H. Grøholt, B. (1998): *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug

Gullacksen, A. (2002): *När hörseln sviktar*. Malmö: Princo/Team Offset & Media

Hallam, R. S., Rachmann, S., Hinchcliffe, R. (1984): *Psychological aspects of tinnitus*. In: S. Rachman, (ed.), *Contributions to medical psychology* (vol. 3, 31-53). Oxford: Pergamon Press.

Harris, Sten (2002): *Kompendium: Tinnitus bakgrunnsinformasjon*. Tinnituskonferanse, 27. september 2002, i regi av Hørselshemmedes Landsforbund.

Hazell, J. W. P, Jastreboff, P. J. (1993): *A neurophysiological approach to tinnitus: clinical implications*. *British Journal of Audiology*, nr. 27.

Hegarty, J. L., Smith, R. J. H. (2000) : *Tinnitus in Children*. In: R. S. Tyler (ed.), *Tinnitus Handbook*. San Diego, California: Singular Thomson Learning.

Holgers, K-M., Zöger, S., Svedlund, J., Erlandsson S. I. (1999): *Psychiatric profile of tinnitus patients referred to an audiological clinic*. In: J. Hazell (ed), Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar. London: The Tinnitus and Hyperacusis Centre.

Holgers, K-M. (2003): *Tinnitusbehandling styrs av etiologin. Buller, stress eller ångest/depression tänkbara orsakar*. Läkartidningen 2003. nr. 46; 100:3744-9

Imsen, G. (1998): *Elevens verden: innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: Tano Aschehoug

Jastreboff, P. J. (2000): *Tinnitus Habituation Therapy (THT) and Tinnitus Retraining Therapy (TRT)*. In: R. S. Tyler (ed.), Tinnitus Handbook. San Diego, California: Singular Thomson Learning.

Kellerhals, B., Zogg, R. (1999): *Tinnitus Rehabilitation by retraining*. In: J. Hazell (ed), Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar. London: The Tinnitus and Hyperacusis Centre.

Kruuse, E. (2000): *Kvalitative forskningsmetoder – i psykologi og beslægtede fag*. København: Dansk psykologisk Forlag

Kvale, S. (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984); *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publ. Co.

Lauvås K., Lauvås P. (1994): *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*. Oslo: Tano

Mastekaasa, A, Moum, T., Sørensen T., Næss, S. (1988): *Livskvalitetsforskning*. Oslo : Institutt for samfunnsforskning.

Selye, H. (1978): *Stress uten press*. Oslo: Hjemmet Fagpresseforlaget

Sheldrake, J. B., Hazell, J. W. P., Graham, R. L. (1999): *Results of tinnitus retraining therapy*. In: J. Hazell (ed), *Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar*. London: The Tinnitus and Hyperacusis Centre.

Skavlan, J., (2002): *Frisk nok for livet: helse, mestring, fremtidstro*. Oslo: Pantagruel forlag.

Skaalvik, E. M., Skaalvik, S. (1996): *Selvopfatning, motivasjon og læringsmiljø*. Oslo: TANO.

Sommerschild, H. Grøholt, B. Gjørnum, B. (1998): *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug

Sørensen, M., Graff-Iversen S. (2001): *Hvordan stimulere til helsefremmende atferd?* Tidsskrift for Den norske lægeforening, nr. 6/2001

Tromp, E. C. (1999): *Timing of intervention and the emotional coping with tinnitus*. In: J. Hazell (ed), *Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar*. London: The Tinnitus and Hyperacusis Centre.

Valentina Clinic, Estland (2004): <http://www.oresus.no/20/02/04>.

Vedeler, L. (2000): *Observasjonsforskning i pedagogiske fag. En innføring i bruk av metoder*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS