

Mennesker i en rehabiliteringsprosess

*Tanker og erfaringer med det å ha en
stemmevanske i tillegg til/eller som følge av
annen sykdom eller skade*

Marianne Dagny Elsa Næss



Masteroppgave i spesialpedagogikk
Institutt for spesialpedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2016

Mennesker i en rehabiliteringsprosess

Tanker og erfaringer med det å ha en stemmevanske i tillegg til/eller som følge av annen sykdom eller skade.

© Marianne Dagny Elsa Næss

2016

Mennesker i en rehabiliteringsprosess. Tanker og erfaringer med det å ha en stemmevanske i tillegg til/eller som følge av annen sykdom eller skade.

Marianne Dagny Elsa Næss

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn, formål og problemstilling

Bakgrunnen for valg av tema til denne oppgaven er min interesse for stemmefeltet og mine erfaringer som logoped i rehabiliteringstjenesten. Et tverrfaglig samarbeid, med mange forskjellige faggrupper representert, gir gode muligheter for å se hele mennesket i et deltakerperspektiv. Dette øker sjansene for å fange opp brukeres *synlige* og *usynlige* utfordringer og behov. Det er ikke uvanlig å møte mennesker med ulike bakenforliggende sykdommer/skader, som opplever at stemmevansker påvirker dem i hverdagen. Flere av dem har ikke vært klar over muligheten for å få hjelp av logoped.

På bakgrunn av dette, ble formålet med denne oppgaven å få et innblikk i enkeltpersoners opplevelser med å ha stemmevansker i tillegg til en mer synlig hoveddiagnose. Jeg ønsket å belyse hvordan både fysiske, følelsesmessige og kontekstuelle forhold kunne påvirke stemmen. Oppgaven kan bidra til at helsepersonell og brukere får økt kunnskap om stemmevansker og en større bevissthet om hvordan stemmen er forankret i kropp og sinn. Oppgavens problemstilling ble formulert slik:

Hvilke tanker og erfaringer har mennesker som er i en rehabiliteringsprosess om det å ha en stemmevanske i tillegg til/eller som følge av annen sykdom eller skade?

Opplever de at kunnskapen og betydningen av stemmevansker innenfor tverrfaglig, spesialisert rehabilitering er god nok?

Metode og utvalg

Jeg har hatt en fenomenologisk tilnærming til denne kvalitative undersøkelsen, og benyttet meg av et semistrukturert forskningsintervju for innsamling av data. Utvalget besto av fire voksne personer som hadde vært på rehabiliteringsopphold på CatoSenteret, og fått oppfølging av kreft-, nevrologisk-, kompleks- eller arbeidsrettet tverrfaglig team. De hadde ulike typer stemmevansker i tillegg til/eller som følge av annen sykdom eller skade.

Resultater og refleksjon

Alle informantene ga uttrykk for at stemmeforandringene de opplevde samtidig med primærsykdommen/skaden påvirket dem på ulike måter i hverdagen. Gjennom rehabiliteringsprosessen hadde de reflektert over hvor stor betydning stemmen har for selvfølelse, kommunikasjon, sosial deltakelse og yrkesutøvelse. Flere av informantene følte at stemmevanskene ikke ble tatt på alvor av omgivelsene, og at det var lettere å bli møtt med forståelse for mer *synlige* utfordringer.

Informantene var enige om at kunnskapen og betydningen av hva logopeder kan bidra med i en rehabiliteringsprosess er for liten, både blant folk flest og i deler av helsevesenet. Ingen av dem hadde fått informasjon fra helsepersonell om at stemmen kunne bli påvirket av primærsykdommen/skaden, før de kom til rehabiliteringsopphold på CatoSenteret. Det at tverrfaglig team ble oppmerksomme på stemmeutfordringene, medførte at de ble henvist til logoped. Informantene påpekte viktigheten av å akseptere egen stemmevanske, få økt kunnskap om hva som kunne være årsakene til den, og informasjon om hvem og hva som kunne hjelpe. For mange av dem bidro dette til bedret stemmefunksjon, økt selvtillit og større sosial deltakelse.

I denne studien var det flere informanter som reflekterte over at stemmen fort kan bli glemt, ikke bare blant helsepersonell, men også av dem selv.

Forord

Med en blanding av glede og utmattelse skriver jeg de siste ordene av min masteroppgave. Det har vært en lærerik, givende og også krevende prosess. Jeg har sjonglert mellom å være student, logoped, musiker og mamma. Nå ser jeg frem til å tilbringe mer tid sammen med familie og venner.

Jeg vil starte med å takke informantene som gjennom intervjusamtalene delte sine opplevelser, erfaringer og tanker fra en rehabiliteringsprosess. Dette bidro til at jeg opplevde arbeidet med masteroppgaven som ekstra meningsfullt.

Takk til min veileder Peer Møller Sørensen som har vært positiv og støttende gjennom hele forskningsprosjektet.

Jeg vil takke mine kollegaer for oppmuntrende ord og gode råd. En ekstra takk til Hege, Elisabeth, Peter og Peter. Jeg vil også takke mine venner, Silje og Ellen Marie, for korrekturlesing.

Sist men ikke minst vil jeg takke familien min for tålmodighet og støtte. Einar, som begynte i første klasse i høst, har vist forståelse for at mamma også har måttet gjøre lekser. Ludvig, hunden min, som trofast har holdt meg med selskap ved skrivebordet. Eirik, min kjære mann, som har lagt til rette for at det skulle være mulig for meg å være student.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Formål og problemstilling	1
1.3	Avgrensning og sentrale begreper	2
1.4	Oppgavens oppbygging	4
2	Teori	5
2.1	Stemmen	5
2.1.1	Stemme og soma	6
2.1.2	Stemme og psyke	8
2.1.3	Stemmen og sosiale relasjoner	11
2.2	Stemmevansker.....	11
2.2.1	Funksjonelle stemmevansker	12
2.2.2	Organiske stemmevansker.....	14
2.2.3	Nevrologiske stemmevansker	14
2.3	Rehabilitering	16
2.3.1	Rehabilitering	16
2.3.2	Mestring	17
2.3.3	ICF.....	19
2.3.4	CatoSenteret	21
3	Metode.....	26
3.1	Design og forskningsmetode	26
3.1.1	Kvalitativ forskning.....	26
3.1.2	Intervju som metode.....	26
3.1.3	For-forståelse.....	27
3.2	Utvalg	28
3.3	Søknad om konsesjon	29
3.4	Intervjuprosessen	30
3.4.1	Utarbeidelse av intervjuguiden.....	30
3.4.2	Gjennomføring av intervjuene	33
3.5	Organisering, bearbeiding og analyse av datamaterialet	36
3.5.1	Transkribering av intervjuene	36

3.5.2	Koding og analyse av intervjuene	37
3.6	Validitet og reliabilitet.....	39
3.6.1	Validitet.....	40
3.6.2	Reliabilitet	43
3.7	Etiske refleksjoner	44
3.7.1	Informert samtykke	45
3.7.2	Anonymisering/konfidensialitet	45
4	Resultater og diskusjon	47
4.1	Innledning.....	47
4.2	Presentasjon av informantene	47
4.3	Tanker om stemmens betydning.....	48
4.4	Stemmeforandringer og psykososiale forhold.....	52
4.4.1	Stemmeforandringene	52
4.4.2	Deltakelse og egenverd	56
4.5	Hemmende og fremmede faktorer i rehabiliteringsprosessen	63
4.5.1	Informasjon, bevissthet og kunnskap	63
4.5.2	Tverrfaglig tilnærming	69
4.6	Nytt perspektiv	70
5	Oppsummering og refleksjon	72
5.1	Oppsummering	72
5.2	Refleksjon.....	74
	Litteraturliste	75
	Vedlegg	79
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	79
	Vedlegg 2: Svar fra NSD	82
	Vedlegg 3: Intervjuguide.....	84
	 Figur 1. Illustrasjon av ICF-modellen. Vekselvirkninger i ICFs begrepsapparat (KITH, 2004).	20
	Tabell 1:Koding i hovedkategorier og underkategorier	38
	Tabell 2: Oppgavens hovedkategorier og ICFs hovedområder.....	39
	Tabell 3: Presentasjon av informantene	48

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema er mine erfaringer som logoped i rehabiliteringstjenesten og min interesse for stemmefeltet. Når man arbeider tverrfaglig på et rehabiliteringssenter har man en unik mulighet til å se hele mennesket i et deltakerperspektiv. Sykepleiere, leger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, psykiatere, sosionomer, lærere og idrettspedagoger arbeider sammen og lærer av hverandres faglige blikk. På den måten blir brukers *synlige*, og i mange tilfeller *usynlige* utfordringer fanget opp. Det er ikke uvanlig å møte brukere, innenfor mange forskjellig diagnosegrupper, som oppgir at stemmevansker påvirker dem i det daglige. Mange av dem har ikke vært klar over at det er mulig å få behandling av logopeder når stemmen svikter.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med denne oppgaven, er å belyse enkeltpersoners opplevelse av å leve med stemmevansker i tillegg til en mer synlig hoveddiagnose. Jeg ønsker å få et innblikk i informantenes tanker om stemmens betydning, og hvordan en nedsatt stemmefunksjon kan påvirke dem psykososialt. Videre håper jeg å få belyst hvilke faktorer som virker positivt eller negativt inn på en rehabiliteringsprosess. Jeg ønsker å sette fokus på viktigheten av en holistisk tilnærming i rehabiliteringen, og trekke frem fordelene ved tverrfaglig samarbeid. Årsakene til stemmevansker kan være mange, både fysiske, følelsesmessige og kontekstuelle forhold påvirker stemmen. Forhåpentligvis kan oppgaven bidra til at helsepersonell og brukere får økt kunnskap om stemmevansker og en større bevissthet om hvordan stemmen er forankret i kropp og sinn.

Jeg har med dette valgt følgende problemstilling:

Hvilke tanker og erfaringer har mennesker som er i en rehabiliteringsprosess om det å ha en stemmevanske i tillegg til/ eller som følge av annen sykdom eller skade?

Opplever de at kunnskapen og betydningen av stemmevansker innenfor tverrfaglig, spesialisert rehabilitering er god nok?

1.3 Avgrensning og sentrale begreper

Som det fremgår av problemstillingen, er dette en studie som omhandler enkeltpersoners opplevelse av sin tilværelse og hvordan de forholder seg til sin livssituasjon. Med bakgrunn i dette har jeg valgt kvalitativt intervju som metode.

De fire informantene som er med i denne studien, er voksne som har vært på et eller flere rehabiliteringsopphold på CatoSenteret (CS). De har eller har hatt stemmevansker i tillegg til - eller som følge av annen sykdom eller skade, og de har fått oppfølging av kreft-, nevrologisk-, kompleks- eller arbeidsrettet tverrfaglig team. Menneskene som er på rehabiliteringsopphold blir omtalt som brukere. De ble søkt inn på CatoSenteret på grunnlag av utfordringer eller sykdommer som kan knyttes til de ytelsesavtalene senteret har med Helse Sør-Øst.

Alle behandlerne i tverrfaglig team bruker ICF-systemet til journalføring. ICF står for *International Classification of Functioning, Disability and Health*. De fire hovedområdene, såkalte domener/emneområder som ICF vektlegger for å beskrive brukere er: (1) Kroppsfunksjoner, (2) Kroppsstruktur, (3) Aktivitet og deltakelse og (4) Miljøfaktorer (KITH, 2004). I denne oppgaven, hvor det fokuseres på et fenomen der informantenes tanker og erfaringer er sentrale, velger jeg å fokusere mest på: *Aktiviteter og deltakelse*, som kan dreie seg om en persons muligheter til å engasjere seg i egen livssituasjon, og *Miljøfaktorer*; de fysiske, sosiale og holdningsmessige faktorene i personens kontekst. Jeg vil beskrive dette nærmere i metode- og teoridelen av oppgaven.

På grunn av denne oppgavens omfang, krav om anonymitet og på grunnlag av problemstillingen vil jeg gjøre noen avgrensninger. Jeg vil ikke gå nærmere inn på spesifikke diagnoser og behandlingsteknikker, men heller se på sammenhengen mellom stemmevansker og de utfordringene informantene opplever i tilknytning til sin primærsykdom/skade. Det er brukerperspektivet som ønskes belyst i denne oppgaven, og det er kun opplysninger som fremkommer gjennom intervjuene som danner datagrunnlaget til oppgaven.

I følgende avsnitt vil jeg gi en forklaring på sentrale begreper knyttet til problemstillingen:

*Hvilke tanker og erfaringer har mennesker som er i en **rehabiliteringsprosess** om det å ha en **stemmevanske** i tillegg til/ eller som følge av **annen sykdom eller skade**?*

Rehabilitering

Med unntak av tidsaspektet, støtter jeg meg til forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) Lovdata § 3:

*Habilitering og **rehabilitering** er tidsavgrensede, planlagte **prosesser** med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukernes egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)*

En rehabiliteringsprosess blir ikke begrenset til de fire ukene brukerne oppholder seg på CatoSenteret. For mange starter rehabiliteringsprosessen lang tid før de får tilbud om et rehabiliteringsopphold, og tiltakene som har blitt igangsatt må følges opp en tid etter at de har kommet hjem. I noen tilfeller vil det være behov for rehabilitering livet ut.

Stemmevansker

En *stemmevanske* kan defineres ut fra en rekke ulike kriterier, og sosiale, kulturelle og personlige forhold påvirker hva som anses som en stemmevanske. I denne studien vil informantenes egenvurdering av stemmefunksjon og hvordan den påvirker dem psykososialt være med på å definere hva som oppleves som en stemmevanske.

«Stemmevansker kan beskrives som en funksjonsforstyrrelse i stemmeapparatet som går ut over stemmens kvalitet og stabilitet. Dette kan i tillegg medføre ubehag og smerte i strupe og hals, redusert sosial deltakelse og sykemelding fra arbeidsliv» (Ericson, Aarflot, Løvbakk, Bøyese, Tveterås og Devold, 2012, s. 15).

Som man ser av definisjonen kan stemmevansker vurderes ut fra objektive (hørbare), subjektive (usynlige) og sosiale (deltakelse) aspekter. Jeg vil utdype hva som ligger i begrepet stemmevansker i oppgavens teoridel. I utgangspunktet kan en *vanske* gi negative assosiasjoner, og det kunne trolig virket mer oppløftende å kalle det for en *utfordring*. I det norske fagmiljøet er begrepet *stemmevansker* likevel godt innarbeidet. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke betegnelsene *vansker* og *utfordringer* synonymt.

Annen sykdom eller skade

Annen sykdom eller skade viser til primærsykdommen eller primærskade/årsak til at brukeren fikk innvilget rehabiliteringsopphold.

Informantene kan gi oss et innblikk i hva de tenker om egen stemme, hvilke forhold som påvirker den, og omvendt hvilke forhold som kan påvirkes av stemmen i en rehabiliteringsprosess. Informantenes beskrivelser kan gi et innblikk i forholdet mellom stemme, følelser, annen sykdom/skade, personlige og miljømessige faktorer.

Det er lite tilgjengelig forskning om menneskers opplevelser og erfaringer med å ha en stemmevanske i tillegg til eller som følge av annen sykdom/skade.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i fem hoveddeler, en innledende del, en teoridel, en metodedel, resultater og diskusjon samt en oppsummering. I kapittel to redegjøres det for mitt teoretiske utgangspunkt i denne oppgaven, og teorien skal samtidig underbygge studiens resultater. Kapittel tre omhandler min metodiske tilnærming, og det redegjøres for samtlige ledd i forskningsprosessen. I kapittel fire presenteres studiens resultater, og disse drøftes i lys av teori som tidligere er presentert. Avslutningsvis blir studiens resultater oppsummert i kapittel fem, sammen med tanker om veien videre.

2 Teori

I følgende del vil det redegjøres for oppgavens teoretiske ramme. Jeg vil presentere viktige begreper som stemme og stemmevansker og knytte dette opp mot en helhetlig tilnærming til rehabilitering. Det vil bli lagt vekt på sammenhengen mellom stemmevansker, identitet, psykososiale forhold og helse i en rehabiliteringsprosess. I første teoridel vil det redegjøres for stemmens betydning i mellommenneskelig kommunikasjon. Det blir redegjort for stemmebegrepet ut fra tre perspektiver; et biologisk, et psykologisk og et sosialt perspektiv. Videre vil jeg kort redegjøre for ulike typer stemmevansker.

2.1 Stemmen

I det følgende ønsker jeg å belyse den normale stemmens funksjon og dens tilknytning til både kroppen, psyken og vår sosiale tilværelse. Dette mener jeg er viktig for å legge et godt forståelsesgrunnlag for hvordan enkeltpersoner opplever å ha en stemmevanske i tillegg til annen sykdom.

Mennesket har vært opptatt av stemmens betydning fra lang tid tilbake. Abitol skriver i sin bok *Odyssey of the voice* (2007):

Grekerne beskrev mennesket som et levende vesen begavet med tale. Tale og fornuft, vitenskapen og sjelen, er essensielle/avgjørende manifestasjoner på det verbale uttrykket som definerer mennesket. Uten en spirituell dimensjon, blir stemmen imidlertid mekanisk, som hos en robot. Melodien fra sjelen vår er også den hemmelige symfonien av kosmos. (Fritt oversatt, s. 325)

Sitatet fremhever på en fin måte stemmens mange dimensjoner, og det beskriver stemmen fra et vidt perspektiv. Shewell (2009) har en mer konkret definisjon på stemmen, som forteller noe om hvordan den produseres og hva som påvirker den:

Voice is defined as sound that emerges from the mouth or nose, powered by breath, produced by vocal fold vibration, and shaped by the vocal tract and resonators. It is affected by the emotional and physical state of the person, and the context in which they speak or sing. (Shewell, 2009, s. 71)

Shewell (2009) beskriver stemmen som et personlig kjennetegn og et genuint psykosomatisk fenomen. Stemmen uttrykker talerens psyke (personlighet og følelser) og soma (kropp), men den har også en innvirkning på samtalepartnerens psyke og soma. Gjennom sosial kommunikasjon skapes og bekreftes tilhørighet ved at man deler tanker, erfaringer, følelser og opplevelser. Dette påvirker vårt selvbilde og vår identitet (Hartelius, 2008). I tillegg til stemmens rolle i å bære ordene, kan stemmen også produsere musikk og uttrykke følelser — den gjør oss i stand til å uttrykke vårt indre liv (Colton, Casper & Leonard, 2011).

2.1.1 Stemme og soma

Stemmen er en integrert del av hele mennesket/personen, og reflekterer ikke bare følelsetilstander og personlighet, men også fysiske tilstander. Vi gjenkjenner den svake stemmen til noen som er svært syke, eller den lite livlige stemmen til personer som er deprimerte eller er svekket fysisk (Boone, McFarlane & Von Berg, 2014). En hver stemme har et akustisk «fingeravtrykk» som er unikt, og dette hørbare uttrykket representerer stemmekvaliteten (Boone, 1991). Stemmekvaliteten er en perseptuell egenskap som relateres til klangen/lyden i stemmen, uavhengig av tonehøyde og volum. Forandringer i stemmekvaliteten oppstår som et resultat av forandringer på flere nivåer i taleprosessen. Avvikende stemmekvalitet, som heshet, skurr, monoton eller energiløs stemme, kan være kjennetegnet på en stemmevanske, uansett etiologi (Boone et al., 2014). Stemmeendringene kan i noen tilfeller også være første tegn på en mer alvorlig sykdom eller tilstand. (Boone et al., 2014; Ericson m.fl., 2012).

Taleprosessen foregår på tre nivå, et fysiologisk, et akustisk og et auditivt (Rørbeck, 2009). Det er mange organer involvert når vi snakker. Taleprosessen involverer presis koordinering av mer enn 100 muskler i strupen, ganen, ansikt, munn og åndedrett (Boone et al, 2014). Gjennom en komplisert motorisk reaksjon fremkalles lydbølger, som oppfattes av det mottagende øre. Disse lydene blir registrert og identifisert som bestemte språklyder med eksakt tonehøyde, styrkenivå og en bestemt stemmeklang (Rørbeck, 2009).

Stemmeproduksjon

Folk flest produserer stemme med godt resultat uten å ha innsikt i hvordan den faktisk produseres. « *To most lay people, the way in which the voice is produced is a mystery.* » (Colton et al, 2011, s. 5). Boone et al. (2014) deler stemmeproduksjonen i tre delprosesser:

respirasjon, fonasjon og resonans. Disse prosessene er gjensidig avhengig av hverandre, og de er i konstante, synkrone bevegelser.

Respirasjonen eller åndedrettets primærfunksjon er å forsyne kroppen med oksygen via lungene (innpust/inspirasjon) og fjerne karbondioksid fra lungene (utpust/ekspirasjon). Respirasjonen er den eneste biologiske funksjonen som styres automatisk etter stoffskiftets behov, men som samtidig kan endres viljestyrt. Vi puster ubevisst ved for eksempel søvn, mens vi kan kontrollere pusten ved sang og tale (Coblener & Muhar, *Pust og stemme*). Respirasjonen regnes som energikilden i stemmen, og den er fundamentet i all stemmeproduksjon (Ericson m.fl., 2012).

Pusterytmen varierer ut fra om pusten er passiv eller aktiv. Varigheten av innpusten og utpusten er omtrent like lang ved passivt hvileåndedrett. Når pusten brukes aktivt, endres denne rytmen ved at utpusten forlenges, mens innpusten kortes ned. Dette er gunstig fordi talen ikke forstyrres av lange pustepauser (Boone et al., 2014; Rørbech, 2009; Ericson m.fl., 2012). Den aktive talepusten blir påvirket av talerens kroppsholdning, kroppstype og alder. Også typen ytring som skal produseres, interaksjonen mellom taler og lytter, samt andre forhold i omgivelsene som for eksempel bakgrunnsstøy, vil ha en innvirkning på pustomønstret (Boone et al., 2014). Det kan oppstå spenninger i pustemuskulaturen ved stress eller andre typer påkjenninger, og dette kan også medføre spenninger i mage, bryst, hals og nakke. Dette vil igjen kunne virke negativt inn på stemmekvaliteten (Andreassen, Landmark, Sandmo, Aasheim og Alstad, 2005).

Respirasjonen kan ofte bli beskrevet på tre ulike måter, etter hvilke muskler som brukes ved innpust og utpust. Diafragma og mellomribbemusklene er de primære innpustmusklene. Når diafragma trekker seg sammen, øker volumet i brysthulen på bekostning av bukhulen. Dette gir plass til en utvidelse av lungene, og bukinnholdet blir skjøvet utover samtidig som musklene slappes av. Den *abdominale pusten* aktiverer brystkassens nedre del, og dette medfører en utvidelse av buken. Den *costale pusten* aktiverer brystkassens midtre del og den *claviculære pusten* aktiverer brystkassens øvre del. Den abdominale respirasjonen blir ofte foretrukket, fordi musklene som er involvert er store, sterke og tåler belastning (Rørbech, 2009; Ericson m.fl., 2012).

Fonasjon som term refererer til stemmebåndenes bevegelser i det de åpner og lukker seg og produserer lydbølger (Shewell, 2009). Ekspirasjonsluften (utpusten) setter i gang svingninger

i strupen, nærmere bestemt i en spalte som kalles *glottis*, slik at det dannes lyd (glottisbølger). (Boone et al., 2014; Rørbech, 2009). Lyd eller vibrasjon er trykkendringer i luften eller elastiske svingninger omkring luftens normale trykk (Rørbech, 2009). Stemmebåndenes muskuløse del er overtrukket av fire forskjellige slimhinnelag, og strukturen og funksjonen i stemmebåndene er avgjørende for stemmen. Fonasjon er en svært komplisert kompleks aktivitet, og vår forståelse av den er i stadig utvikling (Shewell, 2009). I følge Boone et al. (2014) er den mest presise modellen for å forklare hva som skjer under fonasjon *the myoelastic aerodynamic theory of phonation*, altså en muskuløst, elastisk aerodynamisk teori om hvordan stemmen produseres. Med hensyn til denne oppgavens problemstilling og omfang vil jeg ikke beskrive dette nærmere.

Resonans kan betraktes som medsvingninger (Rørbech, 2009). På samme måte som resonanskassen på en gitar forsterker lyden fra strengen, vil hulrommene over stemmebåndene (de supraglottiske resonatorne) ha stor innvirkning på hvordan stemmen høres ut. De akustiske signalene/bølgene som blir dannet på stemmebåndsnivå beveger seg gjennom svelg, munn- og nesehule. Hulrommenes form og størrelse spiller en vesentlig rolle for den enkelte persons stemmeklang (Boone et al., 2014).

Den 10. hjernenerve, *nervus vagus*, kontrollerer bevegelsene til stemmebåndene og området omkring drøvelen. Nerven spiller en avgjørende rolle for tale- og svelgefunksjonen. Den virker også inn på hjerte, blodårer, fordøyelsessystemet, lunger og pust. *Nervus vagus* er både motorisk og sensorisk. Det vil si en nerve som både tar med seg impulser til hjernen (føler) og setter i gang bevegelses-signaler ut til kroppen (Rørbech, 2009). Nerven reagerer på stress, og danner knutepunktet for både følelsene våre og måten vi bruker stemmen på (Abitol, 2006). Stemmeproduksjonen styres av to parallelle traseer fra hjernen, det limbiske system som er ansvarlig for den medfødte nonverbale og emosjonelle vokaliseringen, og den motoriske hjernebarken som regulerer det finmotoriske samspillet i viljestyrt stemmeproduksjon, tale, sang og vokalisering (Boone et al., 2014).

2.1.2 Stemme og psyke

Nervus vagus er knyttet til den parasympatiske delen av det ikke viljestyrte nervesystemet, altså det autonome nervesystemet (ANS). Det limbiske systemet, som har med affektiv prosessering og regulering av autonome funksjoner, kontrollerer det autonome nervesystemet via hypothalamus. Dette er mekanismen for hvordan stemme, stress og følelsesmessige

faktorer er koblet sammen. Parasympatikus og nervus vagus er mest aktive når man er i ro/sover eller når man ikke stresser. Ved stress vil nervens aktivitet hemmes, og områdene som styres av nervus vagus vil fungere annerledes. Således kan stress innvirke på stemmens kvalitet (Brodal, 2013).

Det er en rekke faktorer som er med på å forme våre grunnleggende følelser: barndom, familierelasjoner, vennskap, vår opplevelse av å lykkes eller ikke på skolen, vårt sosiale liv, den sosioøkonomiske gruppen vi tilhører, arbeidsliv og boforhold, våre personlige relasjoner, selvfølelsen og våre kreative evner. Kroppen og stemmen blir formet av våre følelsesreaksjoner (Shewell, 2009).

Ordene som folk flest bruker for å beskrive andres stemmer er mange og varierende, og Shewell (2009) sammenligner dette med beskrivelser brukt ved vinsmaking, hvor ordbruken ofte gjenspeiler sensasjoner og følelser. For eksempel kan et glass vin smake «behagelig tørt med en herlig solskinnskvalitet», mens en annen synes samme vinen smaker «kornete, surt og ubehagelig rått». Skard (1993) viser til hvordan forholdet mellom stemme og tale på den ene siden og det som foregår på det følelsesmessige plan på den andre side, kan eksemplifiseres gjennom folkelige uttrykk som; *«hun ble stum av skrekk, stemmen ble så skarp at man kunne skjære seg på den, halsen snurpet seg sammen, han var så sint at han gikk opp i fistel, gråten satt som en klump i halsen på ham og å være hes som en kråke»* (Skard, 1993, s. 21).

Lyttere kan ha sterke følelser for hvilke stemmer de liker eller misliker, og dette kan i mange tilfeller basere seg på smak og behag (Shewell, 2009). Likevel finnes det forskning som peker i retning av at negativ stemmekvalitet i verste fall kan medføre finansielle tap. I en studie av Ambady, LaPlante, Nyugen, Rosenthal, Chaumeton & Levinson (2002) skulle lyttere bedømme stemmene til kirurger som tidligere hadde blitt saksøkt for feilbehandling og kirurger som ikke hadde det. Tolv personer lyttet til 114 korte lydklipp fra samtaler mellom pasienter og kirurger. De skulle rangere hvert klipp på en 7 punkts skala for emosjonelle kvaliteter, som varm, interessant, profesjonell, kompetent og genuin. De stemmene som ble vurdert i den negative enden av skalaen viste høy korrelasjon til kirurgene som tidligere hadde hatt søksmål mot seg grunnet feilbehandling. Forskerne konkluderte med at tale og stemmeklang alene, ut fra bare 40 sekunders lydklipp, kan skille mellom søksmål eller ikke søksmål. Dette kan indikere at vi danner oss et inntrykk av personen som snakker, enten vi er bevisst på det eller ikke, blant annet ut fra vedkommende sin stemme.

Shewell (2009) viser til at flere forskere, der i blant Damasio (1999), støtter ideen om at følelser kan forstås som fysiske kroppstilstander. Kroppen reagerer på følelser før hjernen har registrert hva vi har følt. Hvis noe skjer påvirkes kroppsholdningen, det kan oppstå spenninger, pustemønsteret kan endres, det skjer gjerne noe med ansiktsuttrykket og stemmen, og på den måten vet vi at vi føler noe (Shewell, 2009). Videre beskriver hun hvordan stemmetrening kan forandre en emosjonell tilstand. Selv om vi ikke har mulighet til å forandre på situasjonen som forårsaker stress, kan vi til en viss grad kontrollere hvordan kroppen takler følelsen. Dersom vi gjenkjenner følelsesreaksjonen, kan pust- og stemmebruken endres slik at vi merker en emosjonell forandring (ibid).

Stemmen gir utløp for følelsene, og både latter og gråt fungerer ofte som en viktig rensende funksjon. Gledesrop, raseriskrik eller fryktskrik formidler mening som er lett gjenkjennbar (Colton et al., 2011). Vi gjenkjenner den stereotypiske drivende, hardtslående stemmen til en pågående person, den nasale tonen som er typisk for syting og den monotone, energiløse stemmen til deprimerte. Typiske karaktertrekk ved stemmen til en utadvendt person er at den har variasjon i tonehøyde, lydnivå og kvalitet. På den andre siden kan en monoton stemme, en med lite variasjon, karakterisere en innadvendt person eller einstøingen som ikke ønsker å bli forstyrret (ibid).

Colton et al. (2011) hevder at selv om stemmen ikke er synlig gjennom taleproduksjonen, er dens tilstedeværelse eller dens funksjonsfeil åpenbar. Stemmen er et kraftfullt verktøy som ikke bare leverer beskjeder, men også legger til mening. Når en skal lære å forstå stemmen, er det ikke nok å forstå den mekaniske funksjonen. Det er også nødvendig å anerkjenne den viktige informasjonen stemmen formidler om personen/taleren (ibid).

Stemmens klang danner et bilde av deg her og nå, men også dine røtter og din historie er med på å forme den. Noen ganger kan alvorlige psykiske og følelsesmessige traumer i forbindelse med kriser eller sjokk manifestere seg momentant eller kronisk som stemmesvikt, stamming eller stemmeknuter. Dette kan medføre tap av identitetsfølelse (Hultmann, 1995).

2.1.3 Stemmen og sosiale relasjoner

Stemmens betydning for kommunikasjon

Tveiten (2002) påpeker i sin bok «*Veiledning – mer enn ord*» at det kan være vanskelig å finne forskning og faglitteratur som beskriver stemmens betydning i kommunikasjon og samhandling. Selv om stemmen ofte kan bli beskrevet som et aspekt ved nonverbal kommunikasjon, blir det sjeldent utdypet eksplisitt. Den danske stemmepedagogen Lisbeth Hultmann (1995) beskriver at stemmen gir uttrykk for eller gir et bilde av vår tilstand her og nå, ved at den avspeiler vårt humør og vår sinnstilstand, vår måte å reagere på overfor indre og ytre påkjenninger (Hultmann, 1995). I nonverbal kommunikasjon inngår stemmen som et selvfølgelig aspekt. Det kan likevel stilles spørsmål ved om vi er oppmerksomme nok på hvilken informasjon stemmen kan gi uten ordene. Helt fra fødselsøyeblikket er stemmen en del av oss. Det nyfødte barnet bruker stemmen til å skrike med, og konstaterer med dette sin eksistens. Vi bruker stemmen gjennom hele livet, først bare ved å lage lyder med ulik kvalitet, etterhvert videreutvikles dette til artikulasjon av ord, setninger og språk. Foreldre blir glade når barnet former ord. Senere kan vi i vår iver etter å identifisere ord hos hverandre, glemme å være oppmerksomme på budskapet stemmen formidler. Ord er viktige i kommunikasjon, men stemmen ordene uttrykkes med kan gi verdifull informasjon om budskapet, og om det mennesket vi lytter til (Hultmann, 1995).

Stemmebevissthet kan være hensiktsmessig for å legge til rette for kvalitativt god kommunikasjon og en helhetlig forståelse av seg selv og andre, også i en profesjonell sammenheng (Tveiten, 2002). Mange opplever at fokusering på stemme og stemmebruk kan virke ubehagelig, og det kan være uvant å høre sin egen stemme på lydopptak. Det er sjeldent at vi reflekterer over egen stemme, og det er uvanlig at vi kommenterer den hos hverandre. Ved å bli oppmerksom på hvordan stemmen høres ut, vil mange kunne forandre den bevisst. Stemmen er jo hørbar for andre i all verbal kommunikasjon. Paradoksalt nok opplever noen at stemmen er en del av det vi vanligvis ikke kommenterer eller deler med noen, og ved å fokusere på stemmen flyttes grenser for integritet og intimitet (Tveiten, 2002).

2.2 Stemmevansker

De fleste mennesker tar stemmen som en selvfølge, og det er først når den svikter at de blir oppmerksom på den (Colton et al., 2011; Aronson & Bless, 2009; Shewell, 2009). Boone et

al. (2014) trekker frem fem viktige egenskaper som kjennetegner en velfungerende stemme; den har passe styrke, er uanstrengt å produsere, stemmekvaliteten er god, og den har passe fleksibilitet til å uttrykke følelser og den er representativ for personens alder og kjønn. Det er flere som mener at det ikke finnes absolutte verdier for å avgjøre om en stemme er normal eller avvikende. Det selvopplevde hos brukeren og det subjektive hos lytteren er altså det som er vurderingsgrunnlaget (Boone et al, 2014; Colton et al., 2011; Aronson & Bless, 2009).

A voice disorder exists when quality, pitch, loudness, or flexibility differs from the voices of others of similar age, sex, and cultural group, no fixed, uniformed standard of abnormal voice exists, just as no absolute criterion for normal voice can be established. (Aronson & Bless, 2009, s. 5)

Hva som defineres som en normal stemme vil kunne variere etter de behovene en har hjemme og på jobb. Kulturelle forventninger spiller også en rolle for hva som oppfattes som en normal stemme. Selv om en person har uvanlig stemmekvalitet, er det ikke sikkert at vedkommende vil oppsøke øre-nese-hals spesialist eller logoped, og i mange tilfeller er ikke personene klar over at det er stemmevansker de har (Aronson & Bless, 2009).

Noen oppsøker logoped fordi de skal bruke stemmen i profesjonell sammenheng, for eksempel sangere og skuespillere (Abitol, 2006 ; Schewell, 2009). Alle kan få stemmevansker og oppleve at stemmen svikter i perioder. For de fleste er dette forbigående, men for noen er det nødvendig med hjelp for å oppnå en bedring (Ericson m.fl., 2012).

I det følgende vil jeg forklare noen sentrale begreper som blir mye brukt i beskrivelse av stemmevansker. Boone et al. (2014) klassifiserer ulike stemmevansker i hovedkategoriene; funksjonelle stemmevansker, organiske stemmevansker og nevrologiske stemmevansker.

2.2.1 Funksjonelle stemmevansker

Med utgangspunkt i Boone et al. (2014) sin inndeling kan de funksjonelle stemmevanskene deles i to hovedgrupper ; muskelspenningsdysfoni og psykogene stemmevansker. Disse har noe ulik etiologi og krever en ulik tilnærming og behandling.

Muskelspenningsdysfoni er den vanligste stemmevansken både blant barn og voksne, og den oppstår på grunn av uhensiktsmessig bruk av de musklene som styrer stemmeproduksjonen. Forhøyet press og for hard bruk av stemmebånds-, hals- og kjevemuskulatur, samt økt

spenningsnivå i muskulaturen i bryst og kroppen for øvrig, kan være skadelig for stemmeapparatet hvis det pågår over tid (Ericson m.fl., 2012; Boone et al, 2014) Denne typen stemmevanske vil komme gradvis, og personen kan oppleve smerter eller ubehag i halsområdet ved økt stemmebruk. I forkant av hørbare stemmeforandringer kan brukeren oppleve stemmetretthet og at det blir anstrengende å bruke stemmen. Etter hvert vil stemmekvaliteten bli påvirket. I slike tilfeller vil en øre-nese-hals undersøkelse ikke avdekke organiske forandringer i strupen. Ved funksjonelle stemmevansker oppstår subjektive plager som for eksempel slitenhet i stemmen, klumpfølelse i halsen, tretthet i munn og svelg. Flere stemmeforskere mener at hyperfunksjon (presset muskelbruk) kan gå over til hypofunksjon (slapp muskelbruk) ved at musklene har hatt for mye spenning over tid. Langvarig statisk muskelarbeid vil etter hvert påvirke det dynamiske muskelsamspillet som er nødvendig for god stemmebruk, og dette kan medføre følgetilstander i form av organiske forandringer på stemmebåndene (ibid).

Psykogene stemmevansker kan utvikles på grunn av psykososiale forhold som stress, psykisk traume, konflikter, fortrente følelser som viser seg i form av fysiske forandringer og muskelspenninger. Dette kan medføre helt bortfall av stemmen (afoni) eller luftfylt stemme, hes stemme eller innslag av stemmelyd med presset stemmeleie (funksjonell dysfoni) (Boone et al., 2014; Ericson m.fl., 2012). Stemmevansken kan i noen tilfeller føre til begrensninger i arbeidsliv og sosiale sammenhenger. Psykogene stemmevansker kan variere mye, og vil kanskje bare være tilstede i spesielle følelsesmessige eller fysiske situasjoner (Boone et al., 2014). I tillegg til direkte stemmetrening, vil da rådgiving eller psykoterapi være bra for å adressere de underliggende følelsesmessige problemene (ibid).

Muscle tension dysphonia (MTD) og funksjonell dysfoni er termer som ofte blir brukt for stemmevansker som antas å ha en psykologisk opprinnelse, uten tydelige vevsforandringer på stemmebåndene (Colton et al, 2011). Noen har foreslått at det er dyptsittende psykologiske problemer som er årsaken til slike stemmevansker, og de har derfor beskrevet dem i termer som hysterisk afoni, hysterisk dysfoni og psykiatrisk dysfoni. Colton et al. (2011) har funnet at det store flertallet av denne typen pasienter *ikke* har et psykiatrisk problem. Det er riktigere å si at stemmeproblemene reflekterer måten pasienten mestrer psykologisk stress, eller reelle organiske problemer på, eller ganske enkelt at stemmevanskene kommer som en følge av hvordan en person takler forbigående eller permanente fysiske utfordringer. Dette kaller Colton et al. (2011) for *adaptive dysfonier*.

2.2.2 Organiske stemmevansker

Organiske stemmevansker kan relateres til strukturelle avvik i stemmeapparatet, og det kan altså dreie seg om forandringer i lunger, respirasjonsmuskulatur, strupen, svelget eller munnhulen (Boone et al, 2014). Ericson m.fl. (2012) begrenser organiske stemmevansker til å gjelde sykdom, skade eller utvekster i strupen som påvirker fonasjonen. Stemmekvaliteten kan bli preget av heshet, skurr, ustabilitet og kraftløshet. Øre-nese-hals undersøkelse vil kunne avdekke forandringer i stemmebåndenes struktur (ibid). Organiske stemmevansker krever ofte medisinsk behandling, men i mange tilfeller vil brukeren ha nytte av preoperativ informasjon og logopedisk oppfølging i etterkant av et kirurgisk inngrep (Boone et al, 2014; Ericson m.fl., 2012).

2.2.3 Nevrologiske stemmevansker

Nevrologiske stemmevansker kan oppstå fra fødselen, eller komme som følge av skade eller sykdom i det sentrale- eller perifere nervesystemet. Pust, fonasjon, resonans, svelg og artikulasjon kan bli berørt på grunn av redusert muskelkontroll og innervasjon av musklene som styrer tale- og svelgemuskulaturen. Dette kan påvirke stemmekvaliteten på ulike måter og føre til at stemmen kan bli nasal, svak, lekkasjepreget eller presset (Boone et al, 2014; Ericson m.fl., 2012). Det er sjeldent at nevrologiske stemmevansker kan kureres. Logopeder kan bidra med rådgiving og trening som i mange tilfeller kan bedre tale- og stemmefunksjonen, og dette kan også gjøre at brukeren takler vanskene bedre (ibid).

Årsakene til stemmevansker er i mange tilfeller multifaktorielle, og en stor andel av de logopediske oppgavene består i å drive detektivarbeid for å danne seg et bilde av hvilke delfaktorer som påvirker stemmen (Shewell, 2009). Stemmevansker kan opptre som sekundære vansker i forbindelse med sykdommer som Parkinsons sykdom, multippel sklerose, lungesykdommer og hjerneslag. Personer kan også få stemme-/talevansker etter strålebehandling eller operasjon i øre-, nese-, halsområdet. Stemmebåndene og slimhinnene i munnen og svelget kan være påvirket i lang tid eller på livslang basis etter strålebehandling, og heshet er en vanlig bivirkning. Det kan oppstå fibrose i bindevev og ødem, og nedsatt spyttproduksjon kan blant annet føre til tørrhet i munnen med nedsatt evne til fonasjon (Hammarberg, 2008). Mennesker reagerer så forskjellig på ulike typer belastninger, og dette er forhold vi nok trenger mer kunnskap om. Aronson & Bless (2009) presenterer en hypotese om at vi kanskje er predisponert mht. hvordan vi får utløp for eksempelvis personlige

problemer. For noen er strupen en aktuell kanal, og hos enkelte er det andre organ eller systemer i kroppen som får unngjelde. For andre vil slike problemer ikke påvirke kroppen i særlig grad.

Forekomst

Det kan være vanskelig å si noe om forekomsten av stemmevansker generelt i befolkningen, og det er bare en håndfull forskere som har gjennomført slike undersøkelser (Boone et al., 2014). Roy and colleagues (2005) utførte en stor randomisert studie angående forekomsten av stemmevansker i den amerikanske befolkningen. 1300 voksne ble tilfeldig trukket og intervjuet per telefon. 7 % av respondentene oppga at de hadde stemmevansker på intervjuetidspunktet, og 30 % av dem hadde erfart en stemmevanske minst en gang i livet. Videre sa 7 % av de voksne at de hadde vært borte fra jobben i mer enn en dag på grunn av stemmevansker.

Hvor mange som opplever stemmevansker i den voksne befolkningen vil variere etter alder, kjønn, yrkesgruppe og patologi (Aronson & Bless, 2009). Den yrkesgruppen som regnes for å være mest utsatt for stemmevansker er lærere, og dette begrunnes blant annet med at de har et stemmekrevende yrke (ibid). Slik tilfellet er i denne studien, som favner en stor gruppe mennesker med ulike bakenforliggende sykdommer/skader og situasjoner, vil det være nærmest umulig å si noe om forekomsten. Det kan ikke utelukkes at det er store mørketall angående stemmevansker, hos mennesker som er i en rehabiliteringsprosess.

Psykososiale forhold

Noen ganger kan mennesker med funksjonshemninger som ikke er umiddelbart synlige for andre, stå i fare for å utvikle former for informasjonsspill (Dalen, 2011). Dette vil si at det ikke kommuniseres åpent om en eventuell *skjult* vanske, og informasjon blir holdt tilbake. Dersom personen selv ikke vil tilkjenne sine utfordringer, eksempelvis med talen eller stemmen, kan det være lett å unngå situasjoner hvor en blir nødt til å si noe i andres påhør. Dersom denne unngåelsesatferden pågår over tid, kan dette føre til en form for «frivillig isolasjon» (Dalen, 2011). I noen tilfeller kan en stemmevanske medføre store konsekvenser for den som rammes, blant annet fordi stemmen har så stor betydning i kommunikasjonssituasjoner og fordi den er knyttet til vår identitet (Hartelius & Lohmander, 2008; Hultmann, 1995). Personer med funksjonshemninger kan føle seg stigmatisert. En sykdom/skade vil i noen tilfeller farge hvordan noen blir oppfattet, ved at det skapes et knippe

forventninger til deres personlighet, atferd, muligheter og begrensninger (Knøsen og Krokan, 2003). Det er individuelt hvordan en person vurderer sin stemmevanske, og det er ikke nødvendigvis graden av heshet som avgjør hvor stor innvirkning den har funksjonelt, sosialt og emosjonelt (Ericson m.fl., 2012). Det har blitt utviklet forskjellige egevalueringsskjemaer som kan anvendes for å få en indikasjon på hvor alvorlig en stemmevanske oppleves for den enkelte. Egevalueringsskjemaet *Voice Handicap Index* (VHI) er standardisert og utviklet i USA, og oversatt til norsk. Dette skjemaet tar opp spørsmål som omhandler stemmens funksjon og dens påvirkning på psykososiale forhold. Noen ganger kan det være lite samsvar mellom hvordan logopeden oppfatter en stemme og hvordan personen med stemmevansken opplever den (Shewell, 2009).

2.3 Rehabilitering

Under dette delkapittelet vil jeg presentere teori som er aktuell for å kunne belyse denne oppgavens problemstilling, hvor det å ha en stemmevanske i tillegg til annen sykdom i en rehabiliteringsprosess står sentralt. Innledningsvis vil jeg belyse hva som ligger i begrepet rehabilitering, og beskrive viktige formål og prinsipper for habilitering og rehabilitering, med særlig vekt på mestringsbegrepet. Videre vil jeg gi en kort beskrivelse av Verdens helseorganisasjon(WHO) sitt klassifikasjonssystemet *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF-systemet) og knytte dette opp mot rehabilitering, tverrfaglighet, stemmevansker og logopedi. Til slutt vil jeg skrive litt om den tverrfaglige sammensetningen og det tverrfaglige samarbeidet på CatoSenteret.

2.3.1 Rehabilitering

Personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk rehabilitering skal tilbys tjenester som bidrar til egen læring motivasjon og økt- funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Det handler om respekt for menneskeverdet, uavhengig av grad av funksjonshemming og den enkeltes evne til aktivitet og arbeid (Helsedirektoratet, 2015).

Jeg vil igjen vise til den norske offisielle definisjonen av rehabilitering. Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) Lovdata § 3:

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til

pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)

Denne definisjonen innbefatter tjenester som helse- og omsorgstjenesteloven omtaler som «sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering» (Helsedirektoratet, 2015).

Tjenesteområdet habilitering og rehabilitering er lovhjemlet i helse- og omsorgstjenestene, og disse er ansvarlige for å legge til rette for tiltak fra andre sektorer som inngår i pasientens og brukerens helhetlige tilbud. Dette kan handle om tiltak for tilrettelegging av omgivelser og eventuelle hjelpemidler. Et sentralt prosesskrav er at rehabiliteringstilbudet skal være samordnet, tverrfaglig og planlagt. Det stiller krav til et godt tverrfaglig samarbeid som sikrer systematisk og målrettet arbeid ved å utnytte merverdien av interaksjon og utveksling av kunnskap mellom fagene (Helsedirektoratet, 2015).

Det finnes flere sammenfallende tilnærminger innen pedagogikk og helsefag til temaet rehabilitering. *Læring og mestring* omfatter både å lære nye og/eller å gjenvinne tapte ferdigheter, og for noen kan det dreie seg om å mestre et liv med varige funksjonsnedsettelse. Viktige momenter vil være å få innsikt i, og å akseptere endrede muligheter og begrensninger, samt finne nye løsninger og mestringsstrategier. *Empowerment* er en tilnærming som vil styrke pasienten/brukeren ved å fokusere på ressurser og muligheter fremfor mangler og problemer (Helsedirektoratet, 2015).

2.3.2 Mestring

Eide & Eide (1999) beskriver sammenhengen mellom begrepene mestring og krise. Alvorlige hendelser, som sykdom eller andre store endringer i livet, kan føre til tap av mening og sammenheng. Mennesker kan gå inn i en krise hvor de føler mindre trygghet og forutsigbarhet. Identitet og verdighet kan bli berørt på grunn av endrede sosiale roller (Bredland, 1998). God kommunikasjon er sentral i møte med mennesker i krise, for å hjelpe dem med bearbeiding av reaksjoner og mestring av sykdommen. Et viktig bidrag til å gjøre situasjonen mer forståelig og skape forutsigbarhet og mening er at brukere/pasienter får god og tilstrekkelig informasjon. Det kan dreie seg om informasjon om skaden, sykdommen, behandlingen og følelsesmessige reaksjoner som kan oppstå. Mangelfull informasjon om sykdom/skade, behandling og bivirkninger kan være en kilde til engstelse og usikkerhet (Eide

og Eide, 1999). For å kunne samarbeide om best mulig resultat, er det viktig å etablere en trygg og god relasjon, samt å gi emosjonell støtte. Dette kan åpne opp for et godt samarbeid for eksempel ved å finne gode rutiner, gjøre øvelser og lære å bruke nødvendige hjelpemidler (ibid).

Brukerens mestring og evnen til å innrette seg hensiktsmessig påvirkes av kunnskap om hva sykdommen innebærer og hvordan det kan være best å forholde seg til den. Man kan se på mestring som det å forholde seg til den belastende situasjonen på måter som gjenoppretter mening og sammenheng, bidrar til å bearbeide de følelsesmessige reaksjonene og eventuelt også til å løse de vanskelighetene man står ovenfor (Eide og Eide, 1999). Det finnes ingen entydig definisjon av mestringsbegrepet, men det er konsensus på at mestring består av komplekse og uoversiktlige prosesser. Eide og Eide (1999) beskriver mestringsbegrepet på følgende måte:

Mestring er ingen lineær bevegelse, men først og fremst en dynamisk prosess hvor man pendler mellom å lukke og åpne seg, mellom å skyve unna og slippe til, mellom kaos og kontroll, mellom forvirring og forståelse, mellom det å forsvare seg, miste taket på situasjonen og det å mestre den gjennom praktisk handling ut fra det situasjonen krever og det som er fysisk mulig. Det ligger i situasjonen at pasienten trenger hjelp til mestring, samtidig som mestring forutsetter at det er pasienten som står i sentrum og som utfører arbeidet. (Eide og Eide, 1999, s.109)

Som det fremgår i dette sitatet kan mestring være en krevende prosess for mennesker som kanskje må finne nye måter å leve med sykdom eller skade, og mange vil ha behov for hjelp til selvhjelp. Stress, følelser og mestring står i et gjensidig forhold til hverandre og danner en konseptuell enhet. Denne enheten har mye å bety for en persons velvære, fungering og somatisk helse (Lazarus, 1999).

Aaron Antonovsky (2000) beskriver hva han tenker er kilden til sunnhet, i sin bok *Helbredets mysterium*. Han er opptatt av hva som opprettholder god helse, såkalt salutogenese, og hva som forårsaker sykdom, altså patologi. Han utviklet den *salutogenetiske modell*, som kan brukes som et utgangspunkt for rehabilitering av stressfaktorer i den menneskelige tilværelse. I menneskelig eksistens er stressfaktorer allestedsnærværende, og det å stilles overfor en stressfaktor fører til en spenningstilstand som må håndteres på en eller annen måte.

Opprinnelsen til stressfaktorer kan finnes både i den indre og ytre verden. Dette innebærer at

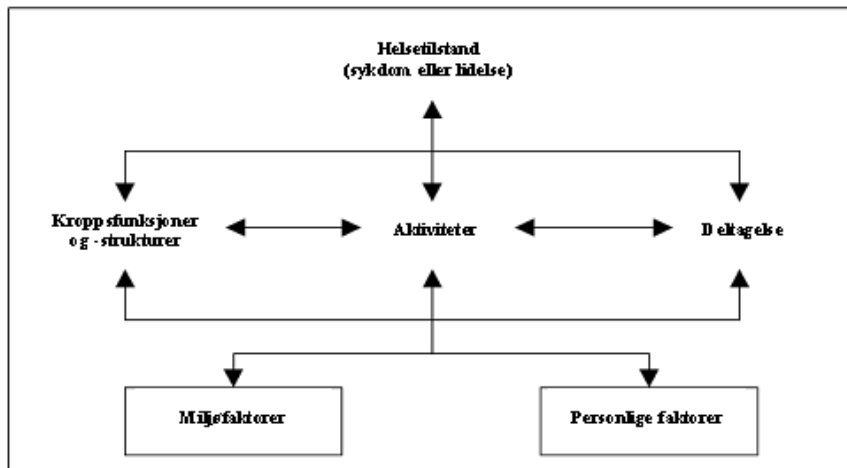
vi må reagere på stressfaktorer gjennom daglige irritasjonsmomenter så vel som akutte eller kroniske stimuli som vi enten påtvinges eller velger selv. Antonovsky (2000) utviklet begrepet *opplevelse av sammenheng (OAS)*, som han mente var avgjørende for hvordan vi håndterer ulike stimuli. Hvis vi kan sette de mange stressfaktorene vi stadig utsettes for i en meningsfull sammenheng, har vi etter Antonovskys oppfatning en større sjanse for å holde oss i den positive enden av kontinuet *dårlig helse – god helse*.

Komponentene *forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet* er sentrale for opplevelsen av sammenheng. Dette er faktorer som kan bidra til å dempe, lette eller fjerne mange av livets utfordringer (Lassen, 2012). Hun peker på viktigheten av god rådgivingskompetanse for de ulike profesjonelle fagfolkene som skal fremme menneskelig utvikling og velvære. Man starter med å hjelpe rådsøker til økt kunnskap om og forståelse av egen livssituasjon. For å kunne hjelpe mennesker i deres utviklingsprosess, er mellommenneskelig kommunikasjon og evnen til å forstå fra rådsøkers perspektiv avgjørende (Lassen, 2012). Den kognitive forståelsen gjør oss i stand til å bedømme virkeligheten. Dersom forståelsen bare er basert på følelser, vil dette gi et dårligere utgangspunkt for å håndtere livssituasjonen, enn om man aktivt mener å kunne håndtere den (Antonovsky, 2000). Neste steg vil være å hjelpe med å finne frem til måter å håndtere ulike utfordringer på ved å identifisere mulige strategier (Lassen, 2012). *Håndterbarhet* handler altså om å oppleve at man har ressurser tilgjengelig, enten hos seg selv eller hos andre personer man har tillit til. Dette bidrar til aktiv mestring, og minsker sjansen for å forbli passiv med hensyn til egne utfordringer (Antonovsky, 2000). *Meningsfullhet* dreier seg om det som gir mening for den enkelte, både på et kognitivt og et følelsesmessig plan. For at noe skal sette i gang engasjement og motivere oss, må det oppleves som meningsfullt (Lassen, 2012).

2.3.3 ICF

I 2001 ga Verdens helseorganisasjon (WHO) ut *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. ICF kompletterer ICD-10 (*International Classification of diseases*) som først og fremst klassifiserer diagnoser, det vil si sykdom og helserelaterte problem. ICF kan sees på både som en modell og et klassifikasjonssystem. Modellen har i flere av WHO sine dokumenter blitt beskrevet som en «*biopsykososial modell*». Det vil si at den vektlegger både biologiske, psykologiske og sosiale forhold for å forstå en persons helse (Hartelius, 2008).

Modellen illustrerer hvordan hver gitte helsetilstand påvirker og blir påvirket av omgivelsene, personlige faktorer, struktur, funksjon, aktivitet og deltakelse (ibid).



Figur 1. Illustrasjon av ICF-modellen. Vekselvirkninger i ICFs begrepsapparat (KITH, 2004).

Modellen er tegnet for å vise komplekse, multiple vekselvirkninger. Den viser at en forstyrrelse eller en forandret struktur og funksjon naturlig nok kan ha en innvirkning på personlig og sosialt nivå, på aktiviteter og deltakelse. Dette er en tenkemåte og en tilnærming som stemmer bra med dagens helhetlige tenkning innen habilitering og rehabilitering (Hartelius, 2008). ICFs begrepsmessige grunnlag bunner i en forståelse av de dynamiske vekselvirkninger mellom ulike helsetilstander, helsefaktorer og helserelaterte faktorer.

Det er fire emneområder som vektlegges for å beskrive personer. 1) *Kroppsfunksjoner* blir definert som kroppens fysiologiske funksjoner, inkludert mentale funksjoner. For en person i en rehabiliteringsprosess kunne dette f.eks. vært funksjon knyttet til pustekapasitet og til stemmens kvalitet. 2) *Kroppsstrukturer* inkluderer de anatomiske delene i kroppen. Det kan f.eks. dreie seg om strukturelle forandringer i lunger eller fysiologiske kjennetegn ved stemmebåndene. 3) *Aktivitet og deltakelse* handler om en persons utførelse av oppgaver og handlinger, samt muligheten for å engasjere seg i egen livssituasjon (KITH, 2004; Theie og Ericson, 2010). Dette kan f.eks. knyttes til deltakelse ved å bruke stemmen i sosiale sammenhenger. 4) *Miljøfaktorer* omhandler de fysiske, sosiale og holdningsmessige faktorene i personens kontekst. For en person med stemmevansker kan for eksempel tørr luftkvalitet eller andres holdninger til eventuelle utfordringer inngå i miljøfaktorer. Det kan være mange årsaker til stemmevansker, og noen av dem kan være direkte knyttet til medisinske og fysiologiske forhold. På grunnlag av dette vil det være aktuelt å kombinere

funksjonsbeskrivelser av stemmevanskene med diagnoseorienterte beskrivelser fra ICD-10 (WHO 2006) som omhandler helsediagnoser (Theie og Ericson, 2010). For personer som er i en rehabiliteringsprosess med stemmevansker som følgevanske, slik som tilfellet er i denne studien, vil som oftest ICD-10 og ICF kombineres.

ICF beskriver forhold knyttet til menneskers funksjonsnivå. ICF klassifiserer ikke personlige faktorer, men ser på menneskers helhetlige situasjon innenfor enkeltområder av helse- og helserelaterte faktorer, og forbindelsen mellom disse og miljøfaktorer (KITH, 2004).

I forbindelse med denne oppgaven vil jeg inkludere *personlige faktorer* til de fire emneområdene i oversikten over, selv om disse i utgangspunktet ikke klassifiseres etter ICF. *Personlige faktorer* kan for eksempel handle om kjønn, alder, etnisk tilhørighet, fysisk form, vaner, oppdragelse, holdninger til å løse problemer, vilje, motivering og andre mentale ressursfaktorer (KITH, 2004). Dette er faktorer som er høyst aktuelle som ledd i forståelsen av hele den helserelaterte situasjonssammenhengen. I den senere tid har det blitt åpnet opp for at brukere av systemet kan inkludere personlige faktorer, og dette har blitt gjort i CatoSenterets system.

Det finnes altså to emneområder innen *kontekstuelle faktorer*; personlige faktorer og miljøfaktorer. Disse utgjør til sammen hele personens livssammenheng. På den måten vil de kontekstuelle faktorene ha en virkning på en persons funksjonsnivå (KITH, 2004). Dette anser jeg som sentralt for forståelsen av hvordan det kan oppleves å ha en stemmevanske i tillegg til annen sykdom/skade i en rehabiliteringsprosess.

2.3.4 CatoSenteret

Stiftelsen CatoSenteret har gitt tilbud innen kompleks rehabilitering siden 1998 og har hatt tilbud om arbeidsrettet rehabilitering siden 2003. CatoSenteret har avtale med Helse Sør-Øst (2016) innenfor ytelsene:

- kreft
- nevrologiske og nevromuskulære sykdommer
- pasienter med komplekst sykdomsbilde med behov for sømløs rehabilitering etter sykehusbehandling

- arbeidsrettet rehabilitering
- barn og unge med diagnostisert CFS/ME
- tilbud til barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning

Som nevnt tidligere, er deltakerne i denne studien rekruttert fra gruppene kreft-, kompleks-, neurologisk- og arbeidsrettet rehabilitering.

Rehabiliteringsarbeidet på CatoSenteret vektlegger prinsippene fra klassifikasjonssystemet *International Classification of Function* (ICF, WHO-2001), hvor målsettingen med tiltak for det enkelte individ er best mulig deltakelse i samfunnet. Kartlegging av brukerens behov og muligheter for deltakelse er viktig, og danner grunnlaget for tiltakene som velges. ICF-modellen skal, som nevnt tidligere, samle mange ulike faktorer som virker sammen på vår helsetilstand som; kroppslig og fysisk funksjon, evne til aktivitet og deltakelse sett i forhold til omgivelsene og omgivelsenes betydning for den enkelte. Brukeren skal være aktiv i egen rehabilitering og gi uttrykk for egne opplevelser av tilstanden. Han/hun må få behandling for sin sykdom/skade og følgetilstander (Andreassen m.fl., 2004).

CatoSenterets har en visjon om å være mulighetenes senter. Denne visjonen skal være retningsgivende for alle som arbeider der, og den skal bidra til at medarbeidere og brukere opplever at det fokuseres på *muligheter* fremfor begrensninger. Det søkes å få frem potensialet til den enkelte og tro på egen mestring. Faglighet, forståelse, forutsigbarhet, fellesskap og fleksibilitet er prinsipper man ønsker å jobbe etter.

Tverrfaglighet

CatoSenteret har følgende faggrupper i tverrfaglig team; sykepleiere, leger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, psykiatere, sosionomer, lærere, idrettspedagoger og logoped. Hver inneværende bruker har et nærteam bestående av sykepleier og fysioterapeut. Sykepleieren er brukerens kontaktperson (primærkontakt). Andre faggrupper trekkes inn i brukerens tverrfaglige team etter behov. Alle fra tverrfaglig team kan henvise brukere til logopeden på CatoSenteret, og logopeden har også mulighet til å trekke inn andre faggrupper i arbeidet med stemmevansker.

Andreassen m.fl. (2004) påpeker at stemmebehandling/rehabilitering er et tverrfaglig felt, og viktige samarbeidspartnere er øre-nese-hals-spesialist, som kan vurdere tilstanden i strupen, og fysioterapeut fordi spenninger som har satt seg i kjeve, nakke, skuldre og pust oftest har direkte innvirkning på selve stemmevansken. En må også være oppmerksom på at det kan være psykiske faktorer som ligger til grunn for stemmevansken, og samarbeid med psykolog kan da være hensiktsmessig (ibid). CatoSenteret har alle disse faggruppene i tverrfaglig team, med unntak av øre-nese-hals spesialist.

Logopedens rolle

I mange tilfeller er logopeden den første i helsevesenet som mistenker organisk-relaterte stemmevansker og anbefaler bruker en avgjørende øre-nese-hals undersøkelse (Boone et al, 2014). Det er ikke uvanlig at logopeden på CatoSenteret er den som først får mistanke om stemmevansker, og anbefaler at brukeren henvises videre. Colton et al. (2011) påpeker at fastlegen ofte vil være den første som kommer i kontakt med en pasient som har stemmeproblemer. Behandlere fra primærhelsetjenesten må være bevisste på hva stemmen kan fortelle dem om en pasients helse. Forholdene i strupen må i de fleste tilfellene ha blitt undersøkt av en øre-nese-hals spesialist før logopedoppfølgingen starter. Denne undersøkelsen regnes som særs viktig for å finne årsakene til stemmevansken (Ericsson, 2012). De som har behov, kan søke HELFO om logopedstøtte som en del av behandling eller etterbehandling av sykdom/skade eller lyte. (Helsenorge, 2014).

I tillegg til stemmetrening, vil en viktig del av den logopediske behandlingen bestå av rådgiving. Endring av stemmevaner kan sees som en prosess hvor forholdet mellom stemme, personlighet og identifisering er sentral. Noen stemmevansker har en psykogen etiologi, men det kan også være omvendt hvor stemmeutfordringene kan lede til nedstemthet, frustrasjon og en følelse av å være utilstrekkelig (Iwarsson, 2008).

Shewell (2009) viser til tre kjernemål i stemmebehandlingen:

1. Å beskytte stemmebåndene og slimhinnene i strupen fra ytterligere skade.
2. Å hjelpe personen å produsere best mulig stemme ved å redusere uhensiktsmessige vaner og automatisere gode stemmeteknikker.

3. Å støtte personen emosjonelt og praktisk i å takle påvirkningen stemmevansken har i personens liv (Shewell, 2009).

Et overordnet siktemål i arbeidet med bedret stemmefunksjon er å gjenopprette balansen i stemmeapparatet, slik at stemmen fungerer godt i samtale og kommunikasjon. Dette krever innsikt i hvilke mekanismer som er til stede under stemmedanningen, men det krever også god kunnskap om hvilke faktorer som kan skape ubalanse (Ericson m.fl., 2012).

Ericson m.fl. (2012) har forsøkt å sammenfatte tre hovedmål for logopedisk arbeid med stemme. 1) En forutsetning for god stemmebruk er en balansert spenning mellom kropp og stemmeapparat. Kjeve-, ytre hals- og nakkemuskulatur skal være så avspent som mulig. 2) Pusten er et viktig grunnlag for stemmedanning, og den danner energikilden i stemmen. Fleksibilitet i pustemusklene og lunger er viktig for å kunne tilpasse stemmen på en hensiktsmessig måte. Abdominal respirasjon er å foretrekke. 3) Stemmen fungerer best i fullregisteret (det vil si i det noe dypere registeret), og for å arbeide frem en god smidighet mellom fullregisteret og randregisteret (det litt lysere register) må det skapes en god kompresjon i stemmebåndene. God flyt i pust og en balansert oral (munnhule) og nasal (nesehule) resonans vil gi stemmen god projeksjon og den vil tåle belastninger over tid (ibid).

Psyke og soma i helsetjenesten:

Mange vil hevde at dualismen som Descartes gjerne fikk æren av å ha definert, lever i beste velgående. Vi henger fast i en slags forestilling om at kropp og sinn er to forskjellige enheter fanget i samme organisme. Dette viser seg gjennom fagspråk og dagligspråk ved at vi sier at «kropp og sinn henger sammen» (Nylehn, 1995). Hun vil bort fra denne beskrivelsen, og foretrekker å si at et menneske er et menneske. Hun er fastleget og opplever at helsetjenesten står ovenfor to hovedproblemer, hvorav det ene er profesjonskamp og det andre er skillet mellom kropp og sinn. Tradisjonelt sett er det bred enighet om at legene kan mest om kroppen og somatisk sykdom. Psykologer og psykiatere har mest kunnskap om psykiske lidelser. Både leger og psykologer kan komme til kort, fordi de ser for snevert på enten kroppen eller sinnet. Manglende ressurser gjør det utfordrende å behandle hele mennesket. Ideelt sett burde faggrensene oppheves, og alle burde jobbe med hele mennesket. Det beste ville være å kunne rådføre oss med hverandre når som helst, og samarbeide om mange flere pasienter, samt å ha kontorer vegg i vegg med hverandre (Nylehn, 2009). Slik rehabiliteringssentrene er bygget

opp, åpnes muligheter for å behandle mennesker i et helhetlig perspektiv hvor ulike faggrupper samarbeider til beste for hele mennesket.

3 Metode

3.1 Design og forskningsmetode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for min forskningstilnærming og vitenskapsteoretiske referanseramme, samt beskrive forskningsprosessen. En metode kan forklares som et redskap som kan brukes for å se virkeligheten bedre.

3.1.1 Kvalitativ forskning

Innen kvalitativ forskningstradisjon ønsker man å utvikle forståelsen av fenomener som kan knyttes til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet. For å belyse denne dimensjonen, benyttes ofte begrepet «livsverden»; dette omfatter en persons opplevelse av sin tilværelse og hvordan vedkommende forholder seg til sin livssituasjon. Det dreier seg altså ikke bare om en beskrivelse av de forholdene personene lever under, men også om deres personlige *opplevelser* rundt fenomenet (Dalen, 2011). Jeg ønsker å studere tankene til mennesker som er i en rehabiliteringsprosess og deres erfaringer med det å ha stemmevansker i tillegg til eller som følge av annen sykdom eller skade. Dette plasserer prosjektet inn i en fenomenologisk og kvalitativ forskningstilnærming. Formålet er å få et innblikk i livet til enkeltmenneskers i en rehabiliteringsprosess med mange utfordringer, og å se på fenomenet fra deres perspektiv.

Det refereres til fenomenologiske eller hermeneutiske studier i forbindelse med kvalitative forskningsarbeider. Dette innebærer, ut fra et fenomenologisk perspektiv, at det settes fokus på menneskers opplevelser og forståelse av sin situasjon og av det livet de har.

Deltakerperspektivet står sentralt. I en hermeneutisk analyse blir det lagt vekt på å fange opp og fortolke deltakerens forståelse i et videre teoretisk perspektiv (Befring, 2007).

3.1.2 Intervju som metode

Den tilnærmingen som er mest utbredt innen kvalitativ forskning er intervjuet (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Intervju kommer av det franske ordet *entrevue*, som betyr en utveksling av synspunkter mellom to personer i samtale om et tema som begge er opptatt av. I forskningsintervjuet skal det konstrueres kunnskap i interaksjon mellom intervjuer og

informant (Brinkmann og Tanggard, 2012; Dalen, 2011). I dette prosjektet valgte jeg å bruke kvalitativt intervju som metode, med et semistrukturert forskningsdesign.

Semistrukturert intervju

Det semistrukturerte intervjuet tar utgangspunkt i en intervjuguide med forhåndsformulerte spørsmål og temaer, samtidig som det legges til rette for å kunne stille oppfølgingsspørsmål underveis (Johnsen, 2012, s. 119; Kvale & Brinkmann, 2009). På den måten må man ikke forholde seg slavisk til de forhåndsbestemte forskningsspørsmålene i intervjuguiden, men i interaksjon med informanten også forfølge historien som vedkommende er mest opptatt av å fortelle. Et semistrukturert forskningsintervju kan være et godt verktøy å bruke for å få innsikt i informantenes egne erfaringer, tanker og følelser (Dalen, 2011). Ofte vil informanten likevel komme til de oppsatte temaene på en naturlig måte, dette gjelder særlig hvis forskeren har lyktes i å lage en god intervjuguide som bygger på kunnskap om de menneskene og det feltet man er interessert i å undersøke nærmere. Det semistrukturerte intervjuet tillater forskeren å være kreativ innenfor de rammene som er forberedt gjennom utarbeiding av intervjuguiden (Brinkmann og Tanggaard, 2012).

3.1.3 For-forståelse

All forståelse bygger på en for-forståelse eller forståelseshorisont, som omfatter meninger og oppfatninger vi har i forkant av noe som skal studeres. Når vi skal forstå noe medgir vi også en rekke ikke-sansede egenskaper for å konstruere en helhet. Vi setter delene sammen til en helhet, slik at forståelsen er sammensatt av for-forståelse, det gitte og det med-gitte (Wormnæs, 2005).

I kvalitativ forskning anses det som en fordel å ha god kjennskap til- og ha praktisk erfaring fra feltet det forskes på, og forskeren selv fungerer som et forskningsinstrument. Forskeren må balansere nærhet og avstand, og klart definere sin egen rolle i feltet og hvordan den kan påvirke analysen (Kvale og Brinkmann, 2009). Min bakgrunn som logoped på CatoSenteret har trolig påvirket de ulike trinnene i forskningsprosessen, med en for-forståelse av stemmens betydning i menneskelige relasjoner, stemmevansker og rehabilitering. Jeg hadde en oppfatning av at bevisstheten rundt fenomenet stemmevansker både i helsevesenet og blant folk flest var liten. Jeg hadde også en for-forståelse vedrørende informantene, ved at jeg

hadde møtt dem for en tid siden, da de var på rehabiliteringsopphold. Jeg hadde på forhånd bestemt at det kun var informasjon jeg fikk i intervju situasjonen som kunne brukes i oppgaven, og informasjon fra journaler og rapporter skulle utelates. Dette stilte krav til at jeg måtte være ekstra oppmerksom på å ha en åpen holdning til informantenes fortellinger, hvor målsettingen var å forstå verden ut ifra deres synspunkter *slik de fremkom i intervju situasjonen*. Som forsker må man være bevisst på at man ofte bringer personlige erfaringer med i forståelsen (Johnsen, 2012). Det er viktig å være bevisst på egen for- forståelse, og å være klar over at denne lett kan påvirke tankene og svarene man får rundt fenomenet. Gjennom hele forskningsprosessen har jeg forsøkt å være bevisst på fordelene og ulempene med min egen for- forståelse i møte med litteratur og informanter. Det har derfor vært spesielt viktig å stille meg åpen til de unike bidragene fra informantene, slik at for- forståelsen min ikke begrenser tolkningen av det som utspiller seg i intervju situasjonen.

3.2 Utvalg

I kvalitative metoder forsøker forskeren å nærme seg en dypere forståelse av det som studeres, med utgangspunkt i et lite utvalg (Bjørndal, 2002). Gjennomføring og bearbeiding av intervjuer er en tidkrevende prosess. Tidsrammen for masterprosjektet ble avgjørende for at jeg ønsket et lite utvalg på 3-4 informanter.

I denne studien valgte jeg å forske på egen arbeidsplass. Etter mitt syn var dette den beste måten å få belyst problemstillingen på. Begrunnelse for dette er at mine kollegaer i tverrfaglig team har blitt mer og mer bevisst på verdien av å fange opp *skjulte* vansker, slik som stemmevansker kan være. Brukerne er avhengige av at noen fra tverrfaglig team henviser videre til logoped, og den økte oppmerksomheten mot stemme og pust gjør at flere får mulighet til å få hjelp. Det er store forskjeller på de ulike rehabiliteringstilbudene i helsevesenet, både når det gjelder diagnosegrupper og tverrfaglig sammensetning.

Dalen (2011) påpeker viktigheten av å være bevisst på hvilke kriterier man velger informanter ut i fra. Viktige kriterier for utvalget i denne studien var blant annet at:

- Deltakerne hadde vært på rehabiliteringssenter i løpet av de to siste årene, og helst på CatoSenteret. Det måtte være en stund siden de hadde vært på rehabiliteringsopphold Dette var for å sikre at det ikke skulle være for tette bånd mellom intervjuer og informanter.

- De skulle ha/eller ha hatt stemmevansker som følge av- eller i tillegg til annen skade eller sykdom og ha mottatt logopedisk behandling i løpet av rehabiliteringsoppholdet.
- Informantene skulle være voksne og helst bosatt på Østlandet.
- Graden av sykdomssymptomer var også viktig, fordi de måtte være i stand til å gjennomføre et intervju på egenhånd og ha god forståelse samt evne til å gjøre seg forstått. Jeg ønsket å komme i kontakt med informanter med ulike bakenforliggende årsaker til stemmevansken for å gjenspeile variasjon innenfor fenomenet, og for å kunne belyse sammenhengen mellom stemme, kropp og psyke på en god måte.

Det ble laget en liste over brukerne som oppfylte disse kriteriene. For å øke sjansene for å få informanter som kunne belyse variasjonen innenfor fenomenet ble listen organisert etter ytelsesgruppene: kreft-, kompleks-, neurologisk- og arbeidsrettet rehabilitering. En uavhengig person, uten kjennskap til brukerne valgte ut fem tilfeldige deltakere fra de ulike ytelsesgruppene, og sendte ut informasjonsskriv og samtykkeskjema. Det ble satt relativt kort svarfrist på forespørlene, grunnet tidspress og muligheten for at få personer responderte på de første forespørlene. Fire av fem fra den første gruppen ønsket å delta. En av dem tok kontakt etter at svarfristen hadde gått ut, og lurte på om det likevel var mulig å få delta.

Det ble lagt vekt på at informantene ikke skulle være i et avhengighetsforhold til meg som logoped, eller til CatoSenteret, derfor ble forespørlene om deltakelse i studien sendt ut en tid etter rehabiliteringsoppholdet. I informasjonsskrivet fremkom det tydelig at jeg ikke fikk vite identiteten til de som mottok henvendelsen, før de eventuelt tok kontakt med meg.

3.3 Søknad om konsesjon

Før jeg startet datainnsamlingen til dette prosjektet, sendte jeg inn et elektronisk meldeskjema vedlagt prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv og samtykkeerklæring til NSD, Personvernombudet for forskning (2016). Alle forskningsprosjekter hvor det kan fremkomme sensitive opplysninger er underlagt konsesjonsplikt, og må derfor meldes og godkjennes før man starter datainnsamlingen (Dalen, 2011). Meldeskjema, informasjonsskriv og samtykkeskjema ble godkjent 12.05.16. Jeg ble anbefalt å forenkle samtykkeskjemaet og dette ble fulgt opp før skrivene ble sendt ut. Informasjonsskrivet, samtykkeerklæringen og godkjenningen fra NSD ligger som vedlegg til oppgaven.

3.4 Intervjuprosessen

Etter at tematisering og planlegging var gjort, startet selve intervjuprosessen. Intervjuene skal utføres på grunnlag av en intervjuguide, som inneholder temaer som skal besvare problemstillingen, samt forslag til spørsmål som kan stilles i intervjuet (Dalen, 2011: Kvale og Brinkmann, 2009).

3.4.1 Utarbeidelse av intervjuguiden

I utarbeidelsen av intervjuguiden, måtte jeg tenke grundig gjennom hvilke temaer og spørsmål som ville dekke de viktigste områdene studien skulle belyse. I utformingen av intervjuspørsmål bør man være bevisst på to ulike dimensjoner, *den tematiske* og *den dynamiske*. Det må altså være en god balanse mellom tematisk produksjon av kunnskap og dynamiske spørsmål som fremmer gode intervjuinteraksjoner (Kvale og Brinkmann, 2009). Man skiller gjerne mellom forskningsspørsmål og intervjuspørsmål, hvor forskningsspørsmålene ofte søker forklaringer på bestemte fenomen, prosesser eller modeller, mens intervjuspørsmålene i større grad søker mot konkrete beskrivelser av dem (Kvale og Brinkmann, 2009; Brinkmann og Tanggaard, 2012).

Hovedproblemstillingen i denne studien inneholdt flere elementer, og jeg måtte finne en god balanse mellom disse slik at jeg kunne få frem informantenes perspektiver på en best mulig måte. Jeg forsøkt å formulere intervjuspørsmålene slik at de skulle være lett forståelige og frie for akademisk språk.

Intervjuguiden ble inndelt i seks deler:

- Bakgrunnsinformasjon
- Rehabilitering
- Stemmen før sykdom
- Stemmeforandringene
- Stemme og identitet
- Avslutning

I første del; bakgrunnsinformasjon, ble det satt opp konkrete spørsmål om alder, kjønn, interesser, yrkesbakgrunn, samt spørsmål rettet mot hvilke type rehabiliteringsopphold, primærvanske og hvilken type stemmevanske de hadde. De fikk også spørsmål om hvorvidt de hadde fått oppfølging av logoped i forkant eller i etterkant av rehabiliteringsoppholdet. Disse konkrete opplysningene kunne fungere som et bakteppe til hvilke spørsmål det ville være naturlig å fokusere videre på under intervjuet, og eventuelt hvilke det ville være naturlig å hoppe over.

I andre del; rehabilitering, ble det fokusert på ulike spørsmål rettet mot informantenes opplevelser og erfaringer med helsevesenets tilnærming til fenomenet stemmevansker som tilleggs- eller følgevanske i en rehabiliteringsprosess. Jeg ønsket å få belyst om de opplevde at stemmevanskene ble tatt på alvor, samt hvem og hva som bidro til at de fikk en opplevelse av hjelp og mulighet til logopedisk oppfølging. Dette er spørsmål som i lys av ICF-systemet kan betegnes som hemmende eller fremmende faktorer i en rehabiliteringsprosess.

I tredje del; stemmen før sykdom, ønsket jeg å få i gang en samtale om informantenes tanker om egen og andres stemme og stemmebruk og hvordan stemmer kan tolkes. Tanken med disse spørsmålene var å få et inntrykk av informantenes forforståelse av fenomenet stemme. Disse spørsmålene kunne også fungere som en innledning til neste del som omhandlet stemmevanskene. Jeg ønsket å hjelpe informantene i gang med refleksjoner om stemmen, uten at de behøvde å snakke om det som kunne være vanskelig eller sårt angående stemmevanskene.

Fjerde og femte del omhandlet stemmeforandringene og temaet stemme og identitet. Disse spørsmålene var i større grad rettet mot hvordan informantene opplevde sin egen stemmes funksjonsnivå og dens påvirkning på psykososiale forhold. Dette mente jeg var viktig fordi funksjonsnivå, mestring og muligheter for deltakelse sosialt og i samfunnet er sentrale temaer innen rehabilitering. Disse spørsmålene er også tematisk viktige med hensyn til fortolkningen av informantenes opplevelser av å ha en stemmevanske i tillegg til annen sykdom eller skade.

I siste og sjette del; avslutning, ble det stilt mer generelle, oppsummerende og avrundende spørsmål. Informantene skulle ha mulighet til å oppsummere sine tanker om hva personer i lignende situasjon som dem selv og underforstått også helsevesenet kan lære av deres erfaringer med å ha en stemmevanske i tillegg eller som følge av annen sykdom/skade i en rehabiliteringsprosess. Avslutningsvis ønsket jeg å få i gang en liten samtale om

CatoSenterets visjon om å være mulighetenes senter, og med dette ønsket jeg å åpne opp for et tilbakeblikk på rehabiliteringsprosessen, samtidig som det ga mulighet for å rette blikket mot framtiden.

Det var to aspekter jeg ønsket å ta hensyn til med tanke på rekkefølgen på spørsmålene i intervjuguiden. Det ene var det som Dalen (2011) omtaler som traktprinsippet. Dette innebærer at intervjuene starter med spørsmål som gjør at informantene føler seg bekvem og som ikke vekker sterke følelser. Etter hvert rettes spørsmålene mer inn mot sentrale temaer i tilknytning til problemstillingen. Mot slutten av intervjuet dreier spørsmålene seg om mer generelle forhold som etter hvert bunnar ut i en avrunding av intervjuet (Dalen, 2011). Det andre jeg ønsket å ta hensyn til var at informantene skulle beskrive en prosess over et lenger tidsrom, og på den måten mente jeg det ville være hensiktsmessig at spørsmålene kom i en logisk rekkefølge tidsmessig. Noen av spørsmålene var retrospektive og andre dreide seg om samtid eller fremtid.

Som nevnt tidligere, hadde jeg en for-forståelse av at folk flest er lite bevisste på sammenhengen mellom stemme, kropp og følelser/psyke, og at informantene derfor kunne oppleve å få spørsmål de ikke hadde reflektert så mye over. Intervjuguiden ble konstruert på en slik måte at flere av spørsmålene under de ulike delene/temaene, indirekte eller direkte, kunne åpne opp for nye refleksjoner. Jeg søkte i mest mulig grad å stille åpne spørsmål slik at informantene kunne fortelle med egne ord om sine opplevelser. Det kan tenkes at enkelte spørsmål i denne studien kunne bære preg av å være ledende. Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at ledende spørsmål kan være hensiktsmessig for å få frem ny og interessant kunnskap om fenomenet som studeres, og dette gjelder særlig innenfor områder det har blitt forsket lite på tidligere.

Intervjuguiden bør prøves ut på personer i lignende situasjon som informantene i forskningsprosjektet, og finjusteres før intervjuene som skal danne datagrunnlaget til oppgaven gjennomføres. I forbindelse med prøveintervjuene kan opptaksutstyr og egne intervjuferdigheter testes og forbedres (Dalen, 2011).

I prosessen med å utarbeide intervjuguiden til denne studien, ble det gjennomført tre prøveintervjuer, både for å teste ut intervjuguiden og for å teste meg selv som intervjuer. Intervjuguiden ble først prøvd ut på to bekjente, hvorav den ene av dem hadde god kjennskap til CatoSenteret. I tillegg hadde han erfaringer med å ha en stemmevanske. Den tredje personen som ble prøveintervjuet var en inneværende bruker på CatoSenteret som passet til

kriteriene for utvalget mitt. Det ble gjort noen justeringer under veis, blant annet med hensyn til rekkefølgen på spørsmålene og spørsmålsformuleringene. Det ble laget en liten innledning til noen av spørsmålene, for å forberede informantene følelsesmessig på hva som skulle komme. Noen spørsmål ble fjernet, og noen få lagt til etter innspill fra andre. Jeg tidfestet hvert prøveintervju. Intervjuene hadde en varighet på mellom 30-40 minutter, og dette anså jeg som forsvarlig. Jeg hadde lite erfaring som intervjuer, og det var nyttig å få testet egne intervjuferdigheter og bli godt kjent intervjuguiden. Da jeg lyttet til lydopptakene av intervjuene, la jeg spesielt merke til tre ting. Det ene var at jeg brukte mange ord i oppfølgingsspørsmålene mine, og at dialekten min kunne modereres noe for å lette forståelsen. Det tredje jeg la merke til var at jeg kunne gi informantene enda mer tid til å svare, og i enda større grad tørre å la det bli stille før jeg tok ordet. Dalen (2011) påpeker at det er helt essensielt i forskningssammenheng å lytte aktivt og gi informanten tid til å fortelle. Stillhet underveis i et intervju kan ofte bidra til at informanten tar ordet, og slike pauser kan også være skapende ved at informanten får tid til å reflektere over spørsmålene som blir stilt.

Intervjuguiden ble plassert inn i en tabell med to kolonner. Spørsmålene ble plassert i høyre kolonne, og venstre kolonne var forbeholdt observasjons- og refleksjonsnotater i tilknytning til hvert spørsmål. Dalen (2011) påpeker viktigheten av at forskeren i kvalitative forskningsprosjekter gjør nedtegnelser av hendelser, nonverbal kommunikasjon og egne refleksjoner gjennom hele intervjuprosessen. Disse notatene inngår som en viktig del av den senere fortolkningen og analyseprosessen. Etter å ha gjennomført det første prøveintervjuet måtte jeg konstatere at jeg ikke hadde hatt overskudd til å skrive ned observasjonsnotater. I de følgende prøveintervjuene var jeg mer bevisst på å gjøre slike notater. I noen tilfeller fikk jeg inntrykk av at informantene kunne bli litt forstyrret av at jeg noterte, og jeg prøvde å gjøre nedtegnelsene så diskrete som mulig.

3.4.2 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i løpet av juli 2016. Jeg tok kontakt med informantene per telefon etter at jeg hadde mottatt samtykkeskjemaene. Da ble det avtalt tidspunkt og sted for intervjuene. Det ble vektlagt å finne gode tidspunkter på dagen for hver informant, og det ble satt av god tid til hvert intervju. Et annet viktig moment var at intervjuene måtte bli gjennomført på et sted hvor vi kunne sitte uforstyrret. Dette kunne øke mulighetene for å få fylldige og gode besvarelser (Dalen, 2011). To av informantene ønsket å gjennomføre

intervjuene på et kontor på CatoSenteret og to ville gjerne at jeg skulle komme hjem til dem. Under intervjuene ble det benyttet en lydopptaker av typen Zoom H2n handy recorder; denne sikret god lyd kvalitet på opptakene. I tillegg ble det fortløpende tatt notater angående nonverbal kommunikasjon og egne refleksjoner. To av informantene ville gjerne sitte ute i hagen sin under intervjuene. Det var pent sommervær og forholdene lå til rette for dette. Derfor valgte jeg å imøtekomme ønskene, selv om jeg var litt usikker på hvordan båndopptakeren ville fungere utendørs, med hensyn til vindpust og eventuell bakgrunnsstøy. Dette viste seg å fungere fint.

Intervjuene ble gjennomført på forskjellige dager, og jeg satte av minst en dag mellom hvert intervju. Jeg ville ha ro til refleksjon og transkribering før jeg gikk i gang med nye intervjuer. Dalen (2011) understreker også at det er en fordel å beregne tid til oppsummering og refleksjon umiddelbart etter intervjusamtalen, fordi dette førsteinntrykket er verdifullt for det videre analysearbeidet.

Jeg hadde møtt alle informantene i forbindelse med rehabiliteringsopphold på CatoSenteret. Dette ga trolig en trygghetsfølelse både for dem og for meg, og var et fint utgangspunkt for intervjusamtalen. Jeg var bevisst på å komme relativt raskt i gang med intervjuene, og satte heller av tid til en uformell samtale i etterkant. Dette var for å unngå å foregripe tematikken i intervjuet før båndopptakeren var satt på. Dalen (2011) er også inne på om man bør spare den uformelle samtalen til etter intervjuet eller ei. Hun understreker en viktig regel om at forskeren bør sette av tid til en avsluttende samtale etter at intervjuet er gjennomført, dersom informanten inviterer til dette.

Alle intervjuene ble innledet med en takk for at de ville delta og informasjon om formålet med prosjektet. De ble forberedt på at de kunne få spørsmål som de ikke hadde reflektert så mye over og at de kunne ta seg god tid, at det var muligheter for pauser underveis samt informasjon om anonymitet og behandling av datamaterialet. I denne studien anså jeg det som viktig å understreke at det kun var informasjonen som fremkom under intervjuene som ville inngå i datamaterialet, og at jeg derfor trolig ville spørre om forhold som informantene ville mene jeg allerede hadde kunnskap om.

Informantene ga rike og fyldige beskrivelser innen de ulike temaene. Intervjuene forløp nesten som alminnelige samtaler, hvor det var informantenes opplevelser som sto i sentrum. Noen ganger opplevde jeg at det kunne være utfordrende å avgjøre når det var på tide å

avbryte lange svar, og når det kunne være fint å avvente. Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at det er intervjueren som er ansvarlig for intervjuets retning, og noen ganger vil det være riktig å stille *strukturerte spørsmål*. Dette vil si at intervjueren direkte og høflig kan stoppe lange svar med for eksempel å gi beskjed om at det passer å ta opp et nytt emne. Jeg opplevde at det var en hårfin balanse mellom når det var riktig å avbryte en informant og når det kunne være bra å la dem fortsette. Jeg ønsket ikke å fornærme noen, og ved flere anledninger kom informantene med interessante perspektiver på tematikken i mer ustrukturerte deler av intervjuet. Brinkmann og Tanggaard (2012) påpeker at det i noen tilfeller lønner seg å la informantene snakke, og at forskeren setter sine egne prefabrikkerte spørsmål i bakgrunnen. Ofte vil informantene likevel komme til de oppsatte temaene. Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk, men fungerte mer som en sjekklister for at alle temaene skulle bli berørt. Ved flere anledninger viste det seg å være hensiktsmessig å stille enkelte spørsmål slik de var oppsatt i intervjuguiden, selv om informantene hadde vært inne på emne tidligere. Jeg som forsker trodde jeg hadde fanget opp essensen i det de hadde fortalt og vurderte å utelate spørsmål. Noen ganger valgte jeg likevel å bruke det som Kvale og Brinkmann (2009) kaller *fortolkende spørsmål*. Dette innebærer at jeg fortalte informantene hvordan jeg hadde oppfattet det de hadde fortalt tidligere, og spurte dem om dette var riktig oppfattet. På den måten fikk informantene mulighet til å nyansere det de mente, og jeg fikk forsikret meg om at jeg hadde oppfattet/tolket dem riktig. Noen ganger ble jeg overrasket over at jeg fikk andre svar enn forventet, og andre ganger svarte informantene med selvmotsigelser. Det kunne virke som de underveis i intervjuet fikk en større bevissthet rundt de ulike temaene i løpet av samtalen og derfor kom med mer utfyllende opplysninger underveis.

Alle informantene var imøtekommende, og ga uttrykk for at det var fint å delta i studien. Her er to av svarene jeg fikk på spørsmålet om hvordan det hadde vært å delta på intervjuet: «*Det har vært en veldig fin måte for meg å se hvor langt jeg faktisk har kommet, og på en måte en virkelighetssjekk på en veldig positiv måte*» (Informant).

Jeg synes det er så spennende, det er så givende. Det krever noe av meg, men det gir meg også så masse tilbake, med å se at mitt liv kan også brukes til å kanskje hjelpe andre som sliter med noe av det samme. Få delta, få være en slags anonym hjelp, en del av en statistikk, en del av samfunnet, en del av å være noe som dette livet er (Informant).

Alle informantene ga mye av seg selv gjennom intervjuene, og nonverbal kommunikasjon kunne røpe at noen av samtaleemnene var krevende og vekket følelser hos noen av dem. Som forsker var det godt å få tilbakemelding på at informantene hadde det bra, og at de satt igjen med en god følelse etter at intervjuene var gjennomført.

3.5 Organisering, bearbeiding og analyse av datamaterialet

Dette kapittelet vil omhandle bearbeidingen av datamaterialet etter at gjennomføringen av intervjuene var gjennomført.

Befring (2007) viser til den hermeneutiske sirkel, som symboliserer innholdsanalysen som en pendling mellom tekstforståelse på ulike nivå av innsikt. Han refererer til for-forståelse, førsteforståelse, delforståelse og helhetsforståelse. Forskeren vil få et høyere innsiktsnivå for hver gang han/hun går gjennom materialet. Han deler forståelsen av datamaterialet på ulike nivå. Deskriptiv forståelse krever en komprimert og mest mulig presis gjengivelse av det en har hørt og observert gjennom intervjuene. Tolkingsforståelse som krever derimot innlevelse og innsikt i de erfaringene, opplevelsene og meningene som informantene har gitt uttrykk for. Teoretisk forståelse handler om å ta i bruk og utvikle allmenne begrep og modeller for å se tolkningene i en faglig og teoretisk kontekst. Et typisk trekk ved kvalitativ forskning er at man kan operere samtidig på flere steg og nivåer i prosessen. Dette vil si at datainnsamling, dataanalyse og tolkning til en viss grad kan foregå samtidig (Befring 2007); (Kvale og Brinkmann, 2009). Dalen (2011), støtter også dette at bearbeidings-, tolkings- og analyseprosessen starter ganske tidlig i et kvalitativt forskningsprosjekt, og at de ulike fasene påvirker hverandre under prosessen. Dette var også tilfellet i denne studien.

3.5.1 Transkribering av intervjuene

I denne delen av forskningsprosessen skjer det en transformering fra en muntlig form til en skriftlig form. En skriftliggjøring av et direkte sosialt samspill mellom to mennesker i en intervjusituasjon er ikke uproblematisk. Dette begrunner Kvale og Brinkmann (2009) med at det foregår flere abstraksjoner underveis. Først skjer det en abstraksjon ved at blant annet kroppsspråk, kroppsholdning og gester ikke vises i et lydopptak. Videre forsvinner ytterligere viktig informasjon i det materialet blir skriftliggjort, som for eksempel stemmeleie, intonasjon

og pustemønster. I arbeidet med transkripsjonene forsøkte jeg i minst mulig grad å dekontekstualisere intervjuamtalene, ved å notere meg nonverbal kommunikasjon, konteksten rundt samtalene og egne analytiske notater.

Lydopptakene fra intervjuene var gode, og til tross for at informantene hadde utfordringer med stemmen, var talen lett å oppfatte. Likevel var arbeidet med transkribering tidkrevende fordi jeg hadde et stort datamateriale å forholde meg til. Under transkriberingen forsøkte jeg å notere presist og ordrett det jeg hørte, og dette innebar også til en viss grad pauser, sukk og lyder som /eh/ og lignende. Transkripsjonene ble sjekket grundig opp mot lydfilene. Det er stor forskjell på muntlig og skriftlig språkstil, og muntlige utsagn kan fremstå som usammenhengende. Derfor valgte jeg å gjøre sitatene som blir brukt i kapittel fire mer leservennlige blant annet ved å gjøre enkelte muntlige uttrykk om til et mer skriftlig språk. Dialekter ble skrevet om til bokmål for å ivareta anonymitet og personvern, og diverse andre opplysninger som fremkom i løpet av intervjuene, som for eksempel navn, stedsnavn og diagnoser ble omformulert av samme grunn.

3.5.2 Koding og analyse av intervjuene

I analyseprosessen er det ingenting i veien for at forskeren tar utgangspunkt i en analytisk tilnærming, og deretter kombinerer denne med andre innfallsvinkler (Dalen, 2011). Jeg ble inspirert av ulike analytiske tilnærminger, og måtte bruke tid på å finne den veien som egnet seg best for å forstå mitt datamateriale på et overordnet nivå. Informantene ga rikholdige og nyanserte beskrivelser av fenomenet «stemmevansker som følgevanske eller tilleggsvanske til annen sykdom i en rehabiliteringsprosess». Dette dannet et godt grunnlag for fenomenologisk basert meningsfortetting. Det er svært viktig at man får innholdsrike beskrivelser av fenomenene som undersøkes i intervjupersonens dagligspråk (Kvale og Brinkmann, 2009).

Jeg startet med å lytte og lese gjennom hvert intervju for å danne meg et bilde av helheten. Kommentarer og meningsenheter ble notert i marginen på begge sider av teksten. Etter hvert ble disse markert med ulike fargekoder. Meningsenheter med tematikk som omhandlet følelser ble markert med rødt, temaer som omhandlet funksjonsnivå ble markert med gult, videre ble uttalelser som angikk rehabilitering markert med grønt og tematikk som omhandlet logopedtilbud ble markert med blått.

Etter flere gjennomlesninger av intervjuene/transkripsjonene, startet jeg arbeidet med å strukturere materialet. Informantene svarte ikke nødvendigvis på spørsmålene i den

rekkefølgen de var satt opp i intervjuguiden, og jeg valgte å samle og strukturere uttalelsene som hørte til de ulike spørsmålene for å få en bedre oversikt. Etterpå foretok jeg en meningsfortetting, ved å gjengi det umiddelbare som ble sagt i en mer kortfattet versjon. Jeg forsøkte å gjengi svarene til intervjupersonene på en fordomsfri måte, og tematisere uttalelsene slik jeg oppfattet dem fra informantenes synsvinkel. Etterpå undersøkte jeg meningsenhetene i lys av undersøkelsens spesifikke formål. I denne oppgaven var det viktig å få belyst: 1. Enkeltpersoners opplevelser av å leve med stemmevansker i tillegg til annen sykdom eller skade i en rehabiliteringsprosess. 2. Bidra til økt kunnskap om stemmevansker og en større bevissthet om at mange av de faktorene som påvirker vår helsetilstand også kan ha en innvirkning på stemmen. Meningsenhetene ble satt sammen på nye måter, og jeg lette etter kategorier av prosesser, begivenheter eller atferdsmåter som kunne være betydningsfulle. De viktigste emnene i intervjuene ble samlet i deskriptive utsagn. De kategoriene som tilslutt ble valgt ut, gikk igjen i datamaterialet og sto i sammenheng med hverandre. De hadde også en tilknytning til mine teoretiske interesser. På den måten kan en si at kodingen både var datastyrt og begrepsstyrt. Tabellen under viser hovedkategoriene og underkategoriene jeg anså som mest sentrale.

Tabell 1: Koding i hovedkategorier og underkategorier

Hovedkategorier	Underkategorier
Tanker om stemmens betydning	Kommunikasjon Følelser Identitet personlighet
Stemmemforandringer Psykososiale forhold	Stemmevansker Deltakelse og egenverd
Hemmende og fremmede faktorer i rehabiliteringsprosessen	Informasjon Kunnskap Bevissthet Tverrfaglig tilnærming
Nytt perspektiv	Aksept Mestring Selvtillit Muligheter

Kategorisering og strukturering av datamaterialet innebærer en dekontekstualisering av utsagn. Neste steg i forskningsprosessen vil være å rekontekstualisere utsagnene innenfor en bredere referanseramme gjennom meningsfortolkning (Kvale og Brinkmann, 2009). Forskeren går utover det som direkte blir sagt, og finner frem til meningsstrukturer og

betydningsrelasjoner i tillegg til det som umiddelbart fremkommer i en tekst. Det vil si at forskerens tolkninger av hendelser og opplevelser inkluderes til uttalelsene fra informantene og knyttes til relevant teori (Kvale og Brinkmann, 2009; Dalen, 2011).

I denne studien kunne det blant annet være relevant å knytte de ulike kategoriene til ICF-systemets hovedkategorier. De komplekse, multiple vekselvirkninger som illustreres i ICF-modellen kan også sees i sammenheng med stemmen og de ulike faktorene som virker inn på den. Informantenes opplevelser i rehabiliteringsprosessen kan fungere som kunnskapsforslag til hvilke tilnærminger som er mest hensiktsmessige med hensyn til stemmevansker i tillegg til eller som følge av annen skade i en rehabiliteringsprosess.

Tabell 2: Oppgavens hovedkategorier og ICFs hovedområder

Hovedkategorier	ICFs hovedområder
Tanker om stemmens betydning, stemmeforandringene	Kroppsfunksjoner
Stemmeforandringene, psykososiale forhold	Deltakelse og aktivitet
Hemmende og fremmende faktorer i rehabiliteringsprosessen	Kontekstuelle faktorer, miljøfaktorer, personlige faktorer

Fortolkningsprosessen kan beskrives som en pendling, eller spiralbevegelse mellom tekst og tekstforståelse på ulike innsiktsnivå; for-forståelse, førsteforståelse, delforståelse og helhetsforståelse. Ved å gå gjennom materialet gjentatte ganger og med ulike perspektiver, vil vår forståelse av det utvikles til et høyere innsiktsnivå (Befring, 2007).

3.6 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet handler om gyldighet og pålitelighet, og i det følgende vil jeg vurdere oppgaven og forskningsprosessen i lys av dette. Innen all forskning er det viktig at forskeren stiller kritiske spørsmål til egen forskningsprosess med hensyn til om den holder mål når det gjelder validitet og reliabilitet.

Validitets- og reliabilitetsdrøftinger vil være forskjellig innen kvalitativ og kvantitativ forskning. Dalen (2011) peker på at reliabilitet og validitet er begreper som stammer fra en

naturvitenskapelig tenkemåte som ikke kan anvendes på samme måte i en kvalitativ forskningstradisjon.

3.6.1 Validitet

Innen kvalitativ forskning forutsetter man at mennesket skaper eller konstruerer sin sosiale virkelighet og dette gir mening til egne erfaringer. Disse meningskonstruksjonene relateres på den måten til den aktuelle situasjonen informantene befinner seg i, og i tillegg må de relateres til samfunnsdebatten om det fenomenet som studeres. Studiens gyldighet og troverdighet må sees i lys av dette (Dalen, 2011). Gjennom hele forskningsprosessen må validiteten vurderes for å sikre at det man har kommet fram til er troverdig, ved at det som måles har gyldighet til problemstillingen og til det fenomenet forskeren ønsker å forske på (Dalen, 2011; Kvale og Brinkmann, 2009). Det finnes flere ulike former for validering av kvalitative intervjustudier for å vurdere kvaliteten på forskningsprosjekter (Dalen, 2011). Denne oppgaven vil ta utgangspunkt i fire av Maxwell (1992) sine validitetskategorier; *deskriptiv validitet*, *tolkningsvaliditet*, *teoretisk validitet* og *generaliserings validitet*.

Deskriptiv validitet

Deskriptiv validitet handler om hvorvidt forskeren klarer å beskrive det som blir sagt og hørt på en *presis* måte, og dette danner grunnlaget for de andre validitetstypene (Maxwell, 1992). Informantenes utsagn må være gyldige og ikke tatt ut av sin sammenheng. Jeg brukte båndopptaker for å sikre den deskriptive validiteten. Opptaksutstyret ble testet på forhånd for å sikre at lydkvaliteten var god for å legge til rette for korrekt gjengivelse av informantenes beskrivelser til transkripsjonene. Jeg prøvde å legge merke til det som utspilte seg i intervjusituasjonen og noterte ned hendelser, nonverbal kommunikasjon, følelsesreaksjoner jeg la merke til hos meg selv eller informantene og kroppsspråk. For eksempel la jeg merke til at den ene informanten så opp mot himmelen som om hun ville sjekke om det skulle begynne å regne, og ved en annen anledning var det noen som satte i gang en motorsag i nærheten. Dette ble notert i kolonnen tilhørende spørsmålet samtalen handlet om. Jeg har i de tidligere kapitlene redegjort for hvordan datamaterialet har blitt samlet inn og tilrettelagt for tolkning og analyse, og dette kan relateres til dette Maxwell (1992) betegner som *deskriptiv validitet*.

Fortolkningsvaliditet

Fortolkningsvaliditet handler om hvordan forskeren søker å finne en indre sammenheng i datamaterialet. Forskeren tar utgangspunkt i informantenes egne beskrivelser og forståelse, og fortolker intervjumaterialet innenfor en kontekstuell ramme. Fortolkningsvaliditet innebærer å vurdere datamaterialet inn i en meningskontekst, hvor blant annet intensjoner og følelser blir satt inn i en kommunikativ kontekst for å bedre forstå informantenes perspektiv (Maxwell, 1992).

Dalen (2011) understreker betydningen av *intersubjektivitet*, og i samfunnsforskning handler dette om hvordan opplevelser og situasjonstolkninger blir felles mellom mennesker.

Informantene og jeg hadde en felles referanseramme ved at vi hadde god kjennskap til rehabiliteringstilbudet på CatoSenteret. Dette, sammen med at vi allerede hadde en relasjon og var trygge på hverandre kunne styrke fortolkningsvaliditeten. Samtidig kunne dette være en ulempe, blant annet med tanke på solidaritetsproblematikk. Det kan ikke utelukkes at informantene kunne oppleve at det var vanskelig å svare ærlig på spørsmål som omhandlet psykososiale forhold eller andre forhold i rehabiliteringsprosessen fordi de vil være solidariske med de nærmeste eller de personene som hadde fulgt dem opp i helsevesenet. Et av kriteriene for utvalget til denne undersøkelsen var at det skulle ha gått en tid siden rehabiliteringsoppholdet, nettopp med tanke på at de ikke skulle være i noe avhengighetsforhold til meg som logoped eller til CatoSenteret. Jeg skulle gjenspeile personene med stemmevansker som tilleggsvanske sine tanker og erfaringer. I fortolkningsprosessen ble det derfor spesielt viktig å være bevisst på at det var informantenes vurderinger av ulike forhold i rehabiliteringsprosessen som skulle stå i fokus, ikke behandlerne i helsevesenet eller mine vurderinger. Vi har alle forskjellige forkunnskaper og perspektiver (G, Johnsen, 2012, s. 119). Selv om informantene og jeg som forsker hadde noen felles referanserammer, hadde vi ulike roller i rehabiliteringsprosessen. Dette kunne medføre at vi kunne misforstå hverandres ordbruk i intervjuet. Jeg gikk inn for å stille klare spørsmål i et hverdagslig språk, og prøvde å klargjøre og fortolke det informantene sa underveis i intervjuet, slik at de kunne bekrefte eller avkrefte om jeg hadde tolket dem riktig der og da. Det at jeg som forsker kjente til informantene fra før, kunne medføre at viktig informasjon kunne gå tapt ved at informantene tok det forgitt at jeg hadde kunnskap om diverse forhold fra tidligere. Innledningsvis i intervjuet opplyste jeg informantene om at det var kun informasjonen som kom frem gjennom intervjuet som kunne anvendes i studien.

Gjennom forskningsprosessen søker man å få en dypere forståelse av fenomenet som studeres, og det vil da være avgjørende at det foreligger valide, rike og fyldige beskrivelser fra informantene (Dalen, 2011). Informantene i denne studien ga innholdsrike og utfyllende besvarelser gjennom intervju samtalen. Forskeren må også vurdere gyldigheten av spørsmålene som stilles til intervju teksten/transkripsjonen, og hvorvidt fortolkningene er logiske (Kvale og Brinkmann, 2009). Dette vil styrke fortolkningsvaliditeten. Det understrekes at synspunktene som fremstilles gjennom intervjuene må basere seg på språket og begrepsrammen til informanten vi forsøker å forstå fenomenet gjennom. Derfor er det viktig å bruke flest mulig av informantenes utsagn (Maxwell, 1992). Dette har jeg etterstrebet ved å benytte mange av informantenes sitater i presentasjonen av datamaterialet.

Det er avgjørende for forskningens kvalitet at forskeren tydelig redegjør for sin spesielle tilknytning til det fenomenet som studeres. Dette er viktig for at leseren av oppgaven skal kunne gjøre en kritisk vurdering av om dette i noen grad kan ha påvirket tolkningen av resultatene (Dalen, 2011). I denne studien har jeg valgt en problemstilling som jeg selv er berørt av i mitt arbeid som logoped. For å imøtekomme kritikk om subjektivitet i forskningen har jeg vært tydelig angående egen forskerrolle og for-forståelse gjennom hele forskningsprosessen.

Teoretisk validitet

Teoretisk validitet omhandler løfting av datamaterialet fra et beskrivende og fortolkende nivå til et mer abstrakt nivå, slik at det kan knyttes til relevant teori som forskeren bringer med seg, eller til teori som utvikles gjennom forskningen. Et annet viktig element ved teoretisk forståelse er at den tar sikte på å forklare sammenhenger (Dalen, 2011; Maxwell, 1992). De begrepene, mønstrene og modellene som forskeren anvender skal gi leseren en teoretisk forståelse av de fenomenene som studien omfatter (Dalen, 2011). Forskeren må tydeliggjøre de analytiske grepene og redskapene som er anvendt, og stille dem til rådighet for drøfting for å legge til rette for en validitetsvurdering (ibid). Dette har jeg forsøkt å klargjøre under undersøkelsen, slik at andre kan vurdere validiteten av de analysene som er gjort.

Dalen (2011) peker også på noen andre forhold som kan true validiteten i kvalitativ forskning. Noen ganger er forskeren så godt kjent i det området som studeres at avvik fra egen for-forståelse ikke registreres eller ivaretas. I andre tilfeller kan forskerens gode kjennskap til fenomenet som studeres medføre at vedkommende har vansker med å trekke ut særtrekk eller

spesielle kjennetegn. Dette er noe jeg har prøvd å være ekstra bevisst på, i og med at denne studien kan knyttes til egen arbeidsplass. Jeg var også oppmerksom på det som Dalen (2011) betegner som *eliteskjevhet*, og dette er et uttrykk som brukes dersom forskeren favoriserer uttalelser fra enkelte informanter som tilsynelatende anses som viktigere enn andre. Jeg har forsøkt å få en god balanse mellom informantenes beskrivelser; dette var også viktig for å få frem variasjonene i fenomenene.

Generaliserbarhet

Generaliseringsvaliditeten refererer i følge Maxwell (1992) til i hvilket omfang man kan overføre resultatene fra en bestemt undersøkelse til andre personer, tider og situasjoner. Kvalitative studier er som oftest ikke designet for å generalisere resultater til en større populasjon, og det benyttes om regel små og formålstjenlige utvalg (Dalen, 2011). Det er flere forskere som peker på begrensninger med generalisering også i kvantitative studier, deriblant Andenæs (2001). Dette begrunnes med at mangfoldet og variasjonen innen et fenomen fort kan utviskes (Dalen, 2011). Denne studien har ikke til hensikt å generalisere funnene. Jeg ønsker å belyse fenomenet fra informantenes synspunkt, og vise individuelle variasjoner innen fenomenet. Beskrivelsene, tolkningene og teoriene kan være valide i den aktuelle intervjusituasjonen, men de vil ikke nødvendigvis være generaliserbare til andre situasjoner, tider og personer (Maxwell, 1992). Andenæs (2000) viser til at det er den som mottar informasjonen fra forskningsresultatene som avgjør hvor anvendelige resultatene er i andre situasjoner. En forutsetning for at mottakeren skal kunne vurdere dette, er at det foreligger tilstrekkelig og relevant informasjon fra resultatene (Dalen, 2011). Dette har jeg tatt til etterretning, ved å gjøre grundige beskrivelser av alle leddene i forskningsprosessen.

3.6.2 Reliabilitet

Reliabiliteten sier noe om forskningsresultatenes pålitelighet og om resultatene som fremkommer av forskningen kan reproduseres av andre forskere til andre tider (Kvale og Brinkmann, 2009). I kvantitative studier vurderes reliabiliteten ut fra hvorvidt fremgangsmåten ved innsamling og analyse av data vil være mulig å etterprøves nøyaktig av andre forskere. Det vil være vanskelig å stille slike krav til kvalitativ forskning, fordi forskerrollen utformes i samspill med informanten, og den aktuelle situasjonen. Reproduksjon av forskningsresultater er vanskelig, ettersom det enkelte individet og omstendighetene rundt

det er i stadig endring (Dalen, 2011). Dette fremkom tydelig i et av intervjuene i denne undersøkelsen, hvor en av informantene sa; «i dag har jeg en god dag, men hadde du spurt meg i morgen kan det hende jeg ville svart noe annet». Det som kan styrke reliabiliteten i kvalitative studier er å gjøre forskningen transparent, ved å etterstrebe nøyaktighet i beskrivelsene av de ulike fasene i forskningsprosessen. På den måten vil det bli mulig for andre med interesse for fagfeltet eller eventuelt andre som ønsker å forske på samme tema å kunne kjenne seg igjen. Beskrivelsene må si noe om forskeren, informantene, intervjusituasjonen og metodene som er brukt ved bearbeidingen av datamaterialet (Dalen, 2011).

3.7 Etiske refleksjoner

Innen all vitenskapelig virksomhet er det viktig å ha en gjennomgående bevissthet angående etiske prinsipper som er nedfelt i lover og retningslinjer. Med utgangspunkt i NESH's forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora og teologi (2011) er det mange etiske hensyn som må ivaretas i planleggingen og gjennomføringen av et forskningsprosjekt.

Innen helsefag og spesialpedagogikk møter vi ofte mennesker som er i sårbare livssituasjoner (Dalen, 2011). Dette kan være tilfellet for deltakerne i denne undersøkelsen på grunn av sykdommen/skaden og belastningene den fører med seg. Jeg har forsøkt å ivareta informantene på en god måte gjennom hele forskningsprosessen. Jeg var bevisst på at noen av temaene som ble tatt opp under intervjuet kunne være såre, og jeg prøvde å møte informantene med respekt og forståelse. Jeg var oppmerksom på det som flere forfattere er inne på, med at forskningsintervjuet ikke må bli en terapeutisk samtale (Dalen, 2011; Kvale og Brinkmann, 2009). Dalen (2011) viser til at forskningsetisk komité (NESH) er tydelige på at forskere har et spesielt ansvar for å belyse situasjonen til utsatte i samfunnet, fordi det kan være et viktig bidrag for å bedre deres situasjon. Dette er i tråd med flertallet av de spesialpedagogiske forskningsprosjekters formål (Dalen, 2011). Denne undersøkelsens formål var å øke bevisstheten om hvordan det oppleves å ha en stemmevanske i tillegg til annen sykdom/skade. En økt bevissthet rundt dette kan forhåpentligvis bidra til at flere får hjelp i en rehabiliteringsprosess. I løpet av intervjusamtalene viste det seg at nettopp dette aspektet med å bidra til å hjelpe andre, var viktig for mange av informantene. Dette prosjektet ble godkjent

av NSD, som beskrevet i kapittelet om konsesjon. I svaret fra NSD fremkom det, at de var klar over at en del av inklusjonskriteriene for informantene i denne studien, var at de hadde stemmevansker i tillegg til annen sykdom. Personvernombudet skrev at de tok høyde for at det kunne fremkomme sensitive opplysninger om helseforhold, jf. Personopplysningsloven paragraf 2-8 c.

3.7.1 Informert samtykke

I startfasen av forskningsprosjektet var det flere etiske forhold jeg måtte ta hensyn til, ikke bare det at informantene kunne være i en sårbar situasjon, men også det at de tidligere hadde vært på rehabiliteringsopphold på min arbeidsplass. Personvernombudet for forskning har laget retningslinjer for forskning på egen arbeidsplass. De påpeker at det er viktig å være bevisst på at det kan oppleves som vanskelig å si nei til å delta dersom du som forsker har hatt et profesjonelt forhold til deltakerne, for eksempel i rollen som behandler. Dette kan løses ved at kollegaer/ledelsen tar kontakt på forskerens vegne, samt å understreke frivilligheten ved å delta. Opplysninger fra journaler og lignende kan ikke brukes uten samtykke fra deltakerne, selv om forskeren/arbeidstakeren kjenner til disse opplysningene fra før (NSD, 2016). Jeg tok hensyn til disse retningslinjene i utformingen av informasjonsskrivet. Det var en kollega fra CatoSenteret, uten kjennskap til brukerne, som sendte ut brevene. Jeg som forsker ville ikke vite identiteten deres før de eventuelt tok kontakt eller sendte meg underskrevet samtykkeskjema. Informasjonsskrivet inneholdt også informasjon om forskningsprosjektet, sentrale temaer og metode. Jeg informerte om at det var frivillig å delta og at de hadde rett til å trekke seg når som helst i prosessen, uten å oppgi noen grunn. Videre fikk de informasjon om at datamaterialet ville bli anonymisert, samt at det ikke skulle være mulig å identifisere noen av deltakerne. Jeg som forsker ville hele tiden være bundet av taushetsplikten. I denne undersøkelsen valgte jeg kun å bruke opplysninger som ville komme fram i intervjuene, og dette ble deltakerne i studien informert om i forkant av intervjusamtalene.

3.7.2 Anonymisering/konfidensialitet

Konfidensialitet innen forskning innebærer at private data som identifiserer informantene ikke må avsløres (Kvale og Brinkmann, 2009). Mennesker som deltar i forskningsprosjekter har krav på at opplysninger de oppgir om personlige forhold skal oppbevares og behandles konfidensielt. Det foreligger strenge krav til oppbevaring av navnelister og annen informasjon

som kan bidra til at enkeltpersoner blir identifisert. Forskeren skal beskytte informantenes privatliv, slik at enkeltpersoner ikke tar skade av å delta i forskningsprosjektet (NESH, 2011). I kvalitative intervjustudier er hensynet til anonymitet og konfidensialitet spesielt viktig fordi forsker og informant møtes ansikt til ansikt, og vedkommende må føle seg trygg på at det som fortelles behandles fortrolig. Forskeren skal være nøye med å anonymisere informantene når resultatene skal formidles og beskrives (Dalen, 2011). Dette ivaretok jeg ved å bruke fiktive navn på informantene. Stedsnavn, navn på andre behandlere, behandlingssteder og spesifikke diagnoser ble også anonymiserte. De sitatene som skulle brukes i selve oppgaven ble skrevet om til bokmål for at informantene ikke skulle bli gjenkjent ut fra dialekter. Under intervjuene ble det ikke stilt spørsmål om spesifikke diagnoser. Likevel fremkom det slike opplysninger under noen av intervjuene, og disse valgte jeg å utelate eller anonymisere ved å skrive (...). Det var likevel viktig å kunne se sammenhenger mellom stemmevansken og de ulike utfordringer med hensyn til primærsykdommen/skaden for best mulig belyse oppgavens problemstilling. Dette ble løst ved å ta utgangspunkt i hvilken type rehabiliteringsopphold informantene hadde vært på; kompleks, arbeidsrettet, kreft eller nevrologi. Spesifikke stemmediagnoser ble også utelatt og erstattet med; funksjonelle-, organiske- eller nevrologiske stemmevansker.

Det kan oppstå situasjoner hvor forskeren må ta stilling til om hensynet til informantens anonymitet skal gå foran resultatenes troverdighet. Et annet dilemma som kan oppstå er ønsket om å rapportere om viktige resultater og faren for å stigmatisere små og lett gjenkjennbare grupper (Dalen, 2011). Forskeren har et ansvar for at det ikke forekommer noen skade eller belastning for informantene som deltar i forskningsprosjekter (NESH, 2011). Det kan diskuteres om faren for stigmatisering i denne undersøkelsen er liten eller stor. Informantene med stemmevansker i tillegg til annen sykdom eller skade representerer tilsynelatende en liten gruppe mennesker. Jeg hadde en for-forståelse av at stemmevansker som sekundærvanske kunne bli oversett i en rehabiliteringsprosess. Ut fra dette kan man si at faren for stigmatisering er liten for denne gruppen. Samtidig må man være bevisst på at økt fokus på stemmevansker også kan føre til at noen føler seg stigmatisert, og at dette igjen kan medføre at stemmevanskene oppleves som mer belastende ved at de blir lagt merke til. Dette vil jeg komme nærmere inn på i neste del av oppgaven som omhandler resultater og diskusjon.

4 Resultater og diskusjon

I dette kapitlet presenteres resultatene sammen med drøfting og aktuell teori til hvert tema, slik at det vil være lettere for leseren å følge resonnementene.

4.1 Innledning

I oppgaven har jeg belyst følgende problemstilling og forskerspørsmål: *Hvilke tanker og erfaringer har mennesker som er i en rehabiliteringsprosess om det å ha en stemmevanske i tillegg til/eller som følge av annen sykdom eller skade? Opplever de at kunnskapen og betydningen av stemmevansker innenfor tverrfaglig, spesialisert rehabilitering er god nok?* Informasjonen fra intervjusamtalene danner grunnlaget for kapitlet, sammen med mine teoretiske fortolkninger og refleksjoner. Jeg vil presentere resultatene med utgangspunkt i temaene som fremkom i kodings- og analyseprosessen; tanker om stemmens betydning, stemmeforandringer og psykososiale forhold, hemmende og fremmende faktorer i rehabiliteringsprosessen og nytt perspektiv. Disse temaene kan sees i sammenheng med ICF-systemets kategorier; kroppsfunksjoner, aktivitet og deltakelse og kontekstuelle faktorer. Innledningsvis vil jeg gi en kort beskrivelse av informantene.

4.2 Presentasjon av informantene

Alle informantene i studien har vært på CatoSenteret flere ganger, og de har fått oppfølging av logoped under ett eller to av disse oppholdene. Ingen av dem var på forhånd klar over at det fantes logoped på senteret.

Ingen av informantene hadde fått informasjon fra annet helsepersonell om at deres helsetilstand/skade/sykdom kunne påvirke stemmen før de kom til rehabiliteringsoppholdet. En av informantene har en nevrologisk sykdom som gjør at hun hadde hatt rett på logopedisk oppfølging i lang tid før rehabiliteringsoppholdet. En av informantene fikk noe informasjon om at strålebehandlingen kunne gjøre det mer slitsomt å prate, men han fikk ingen direkte informasjon om at stemmen ville kunne forandre seg.

Det var bare en av informantene som, i forkant av oppholdet på CatoSenteret, visste at logopeder kan hjelpe voksne mennesker som opplever stemmeutfordringer.

Alle intervjupersonene har en yrkesbakgrunn hvor kommunikasjon og stemmebruk inngår som en viktig del av jobben, henholdsvis innenfor reiselivsbransjen, helsesektoren, pedagogisk- og kunstnerisk virksomhet. Tre av informantene var i arbeid på intervjutidspunktet, og en var sykemeldt.

Tabell 3: Presentasjon av informantene

Navn	Alder	Type rehabilitering	Type stemmevanske
«Anne»	Under 30 år	Nevrologi	Nevrologisk
«Bjørn»	Over 60 år	Kreft	Organisk
«Peder»	Over 60 år	Kreft	Organisk
«Lise»	Under 30 år	Kompleks/arbeidsrettet	Funksjonell-organisk

4.3 Tanker om stemmens betydning

Jeg anså det som viktig å få belyst informantenes tanker om stemmens betydning knyttet til det å være menneske i en sosial verden, og at dette kunne være sentralt for å kunne sette seg best mulig inn i deres livsverden.

I løpet av intervjuene ønsket jeg å sette i gang refleksjoner om stemmens betydning hos informantene, og ledet dem inn på temaer rundt stemme, identitet, følelser, relasjoner og kommunikasjon. Jeg hadde en for-forståelse av at dette kunne være ømtålige temaer for noen av dem, og plasserte derfor disse spørsmålene midtveis i intervjuet, etter traktprinsippet til Dalen (2011). Informantene uttrykte mange fine tanker om stemmen og stemmens betydning i kommunikasjon og menneskelige relasjoner. De snakket om at stemmen i kombinasjon med kroppsspråket er viktig for førsteinntrykket av en person. Stemmen og måten stemmen blir brukt på gir et bilde av personen og det indre, som går på følelser og selvtillit. En av informantene sa følgende:

Det er jo på en måte noe med det første inntrykket du får av folk, gjennom kroppsspråk og stemme. Så jeg tenker at det er faktisk (stille) det er individuelt, ingen har lik stemme. Det er egentlig veldig fint at ingen har lik stemme, men når du ikke er fornøyd med stemmen så er det ikke så fint. Samtidig så tenker jeg at det er jo en del av, altså min stemme er en del av meg, og den jeg er, som alltid kommer til å finnes (Anne).

Stemmen fungerer som dit særegne visittkort. La meg høre stemmen din, så skal jeg si hvem du er (Hultmann, 1995). Nettopp dette kan være sårt for en person med stemmevansker, kanskje fordi stemmen ikke kan gjenspeile personligheten fullt ut. Stemmen er ditt personlige kjennetegn, samtidig som den stadig er i forandring. Måten vi bruker stemmen på varierer etter humør og sinnstilstand, og vi forandrer den alt etter om det er kjæresten, barnet, sjefen eller våre foreldre vi snakker med (Hultmann, 1995).

I litteraturen finner vi flere forfattere som er opptatt av stemmens betydning knyttet opp mot helse, kommunikasjon og personlighet. Shewell (2009) beskriver stemmen som et personlig kjennetegn og et genuint psykosomatisk fenomen. Stemmen uttrykker talerens psyke (personlighet og følelser) og soma (kropp, helsetilstand), men den har også en innvirkning på samtalepartnerens psyke og soma. En av informantene beskrev dette på en fin måte;

Jeg har alltid vært interessert i omgang med andre mennesker, særlig kommunikasjonsmessig. Stemmen er en viktig del av deg, men det er en fin del, det er en god del av deg. Jeg blir like glad i stemmen din som i deg som person. Med stemmen din viser du hvem du er. Stemmen betyr mye. Tonefallet forandrer du alt etter hvilken type samtale vi har. Er det sånn innlevelse i stemmen din i forhold til det du prøver å formidle? Det sier veldig mye om den man snakker med, så det har betydd mye for meg. Hvor dyp er du som person, hva betyr det for deg, hvilken innlevelsessevne har du i det å formidle det du vil fortelle meg? Det har alltid vært interessant som en del av det å omgås et annet menneske. Stemmen forteller meg mye om hvilken fase de er i sitt livsforløp (Peder).

Informanten har et reflektert forhold til stemmen og dens betydning i menneskelige relasjoner, både når det gjelder formidling av budskap, men også når det gjelder hva stemmen kan fortelle om samtalepartneren og hans/hennes sinnstilstand og personlighet. I tillegg sier han at stemmen kan fortelle noe om hvor en person kan være i sitt livsforløp. Kanskje han tenker på livssituasjonen til vedkommende, eller hvordan tidligere erfaringer, helsetilstand og alder preger stemmen. Han ser på stemmen som et middel til å kunne tolke og forstå andre mennesker. Han er bevisst på paralingvistiske forhold, som tonefall og prosodi, og hvordan dette påvirker budskapet i en samtale. Han er inne på at innlevelsessevne gjennom stemmebruk er viktig for at det du sier skal virke troverdig. Det kan også tenkes at han mener at innlevelsessevne er viktig for å nå fram med sitt budskap til et publikum eller en samtalepartner. Han er kanskje opptatt av samsvaret mellom verbal og nonverbal

kommunikasjon, hvor det nonverbale (bl.a. stemmen) kan fortelle vel så mye som ordene i seg selv. Colton et al (2011) skriver at stemmen har mange ulike roller. Den bærer frem ordene våre, og gjennom stemmen kan vi produsere musikk og uttrykke følelser. Stemmen gjør oss i stand til å uttrykke våre indre tanker (ibid).

Et annet mulig perspektiv for fortolkning kan være at informantene mener stemmen kan fortelle noe om en persons evne til å vise empati, ved at han omtaler samtalepartnerens innlevelsesevne i det han/hun vil formidle. Empati handler om evnen til å sette seg inn i den andres situasjon, ved blant annet å oppfatte en annens følelse, gjenkjenne følelsen hos seg selv og kommunisere empatisk forståelse (Lassen, 2012). Tveiten (2002) gir uttrykk for at i nonverbal kommunikasjon inngår stemmen som et selvfølgelig aspekt. Det kan likevel stilles spørsmål ved om vi er oppmerksomme nok på hvilken informasjon stemmen kan gi uten ordene (ibid). Gjennom intervju samtalerne viste flere av informantene i denne studien at de hadde et reflektert forhold til stemmens rolle i nonverbal kommunikasjon. Det kan tenkes at de er ekstra bevisste på stemmens betydning i relasjoner med andre, på grunn av sine erfaringer med stemmevansker og i lys av sin yrkespraksis. Det å tolke og forstå andres budskap, samt formidling inngår som en viktig del av jobben deres. Flere av informantene bekreftet denne antakelsen da de fikk spørsmålet: Tolket du hvem personene bak stemmene var, eller hvordan de hadde det?

Ja, det gjorde jeg nok i stor grad, og det er jo også fordi det er en del av arbeidet mitt, på en måte (Bjørng).

Jeg har alltid vært veldig vår for andres toneleie, og måten de bruker stemmen på. Det tenker jeg er fordi jeg er en veldig sensitiv person. Tar inn veldig mye, og blir veldig fort påvirket av andres stemmebruk. Jeg har nok vært veldig bevisst på andres stemme, hvis noen prater litt for høyt, så kan det irritere meg fort. Det henger nok sammen med at jeg er sensitiv for lyder, og liker ikke at det er så mye på en gang. Jeg tolker veldig ofte sinnsstemningen til folk ut fra stemmen (Lise).

Informanten forteller at andres stemmebruk har en påvirkningskraft på hennes følelser. I tillegg til at stemmen kan uttrykke samtalepartnerens følelser, kan klangen i en stemme ha en sterk påvirkning på lytteren, både fysisk og følelsesmessig (Shewell, 2009).

En av informantene var opptatt av at vi også kan bli påvirket i positiv eller negativ retning, ikke bare av andres stemmeklang, men også av vår egen stemmebruk. Dersom man er deprimert, og bruker stemmen på en energiløs og monoton måte, mener hun at det kan ta lenger tid å komme ut av et negativt følelsesmønster. Hun kaller dette for «den onde sirkelen». Hun var opptatt av at dette med informasjon om at helsetilstanden kan påvirke stemmen er viktig, nettopp fordi bevisstgjøring om egen stemmebruk og stemmetrening kan bryte den onde sirkelen, ved at stemmen får mer energi og fleksibilitet.

Det var heller ikke noe vi snakket om i den kreftgruppen som jeg var i, om stemmen og at helsetilstanden kan påvirke stemmen din. Det er litt rart, for det burde vi ha snakket om. Fordi det var jo folk der som plutselig ble veldig oppgitt og fortvilet, og hvis man er fortvilet så plutselig forandrer stemmen seg. Det medvirker til, tror jeg, at man blir enda mer fortvilet. Altså fordi at man på en måte hører litt sin egen syting da. Du kommer ikke ut av den sirkelen hvis du først har kommet inn i den. Altså, jeg syns jo at da jeg begynte hos logoped igjen, og kjente at stemmen datt på plass, så fikk jeg det mye bedre (Bjørge).

Shewell (2009) er kanskje inne på en lignende tankegang ved at hun mener stemmetrening kan endre følelser. Vi er kanskje ikke i stand til å forandre situasjonen som virker inn på stress eller tilfredshet, men vi kan ta en viss kontroll over hvordan kroppen håndterer følelsene. Hvis vi kjenner igjen signalene fra kroppen, kan vi få en annerledes følelse dersom vi gjør noe annerledes kroppslig. Hun viser til nevroforskning som peker i retning av at følelser er fysiske tilstander, og at endring av fysisk atferd kan forandre en følelse (ibid). En annen informant var mer opptatt av at det var viktig å la stemmen få uttrykke sånn som man føler seg, fordi dette åpner opp muligheten for å få hjelp.

Hvis jeg blir utsatt for psykisk belastning så vil jeg jo anta at det også høres på meg, når jeg skal prøve å forklare hvordan jeg har det. Jeg vil gjerne være så pass berørt av den belastninga at det høres på meg. Jeg vil ikke legge lokk på meg, ikke spille at dette angår ikke meg. Er jeg nedfor, ja, så må også folk få høre på at jeg er nedfor. Da trenger jeg hjelp (Peder).

Stemmen er et kraftfullt verktøy som ikke bare leverer beskjeder, men også legger til mening. Når en skal lære å forstå stemmen, er det ikke nok å forstå den mekaniske fungeringen. Det er

også nødvendig å anerkjenne den viktige informasjonen stemmen formidler om personen/taleren (Colton et al., 2011). En stemmevanske kan kanskje føre til at stemmekvaliteten endrer seg, og dette kommer i konflikt med en persons identitet. Informantene i denne studien har ikke bare fått endringer i stemmekvalitet, men primærsykdommen eller skadene kan også ha innvirkning på identiteten på grunn av endrede sosiale roller. Identitet og verdighet er nært knyttet til individets sosiale roller. Som menneske innehar vi en rekke ulike roller som vi går ut og inn av. De rollene som oppleves som gode, er gjerne dem som bekrefter vårt selvilde og den personen vi ønsker å være (Bredland, 1998). Det kan bli dårlig samsvar mellom stemmen og det en ønsker å formidle, eller den en ønsker å framstå som. I noen tilfeller kan kanskje kommunikasjonen bli forstyrret ved at samtalepartneren mistolker signalene, eller at personen med stemmevansen føler seg stigmatisert.

4.4 Stemmeforandringer og psykososiale forhold

Innenfor en helhetlig tilnærming til rehabilitering er deltakelsesaspektet sentralt. Gjennom informantenes beskrivelser ønsket jeg å få belyst vekselvirkningen mellom primærsykdom/skade, stemmevansen og psykososiale forhold.

4.4.1 Stemmeforandringene

Dette avsnittet omhandler hvilke stemmeforandringer informantene opplevde i rehabiliteringsprosessen, og tankene deres om hva som utløste dem. Jeg vil begynne med å presentere beskrivelsene til informantene enkeltvis, for å få frem forskjeller og likheter. På den måten er det lettere å knytte stemmeforandringene de opplever til de ulike klassifikasjonene; nevrologiske, organiske og funksjonelle stemmevanser.

Informanten med nevrologisk stemmevanske forklarte at primærsykdommen hun har er progressiv, og at hun derfor må regne med en gradvis forverring. Hun har opplevd ustabil stemmeleie, ujevnt stemmevolum og manglende stemmekontroll i lang tid. De stemmeforandringene som var tydeligst for henne, var de positive endringene etter at hun begynte hos logoped.

Altså, de stemmeforandringene jeg føler at jeg har opplevd, er etter at jeg begynte hos logoped, og da har det bare gått bedre og bedre og bedre (Anne).

Informanten gav i løpet av intervjuet uttrykk for at stemmevanskene hadde preget henne i årevis, helt siden hun var barn/ungdom. Det kan virke som hun ikke har opplevd hvordan det føles å ha god stemmefunksjon. Hun har derfor ikke noe annet sammenligningsgrunnlag enn forbedringen hun har opplevd etter at hun fikk oppfølging av logoped. Nevrologiske stemmevansker kan oppstå fra fødselen, eller komme som følge av skade eller sykdom i det sentrale- eller perifere nervesystemet. Pust, fonasjon, resonans, svelg og artikulasjon kan bli berørt på grunn av redusert muskelkontroll og innervasjon av musklene som styrer tale- og svelgemuskulaturen (Boone et al., 2014).

To av informantene opplevde stemmevansker som blant annet kan knyttes opp mot organiske forandringer i forbindelse med kreftbehandling. Som nevnt tidligere kan det være mange ulike årsaker til at stemmevansker oppstår, men i dette tilfellet er de organiske forandringene et likhetstrekk. Organiske stemmevansker kan relateres til strukturelle avvik i stemmeapparatet, og det kan altså dreie seg om forandringer i lunger, respirasjonsmuskulatur, strupen, svelget eller munnhulen (Boone et al., 2014).

Jeg måtte bruke hele kroppen mere til å klare å prate, bruke magen, brukte hele overkroppen mere for å klare å få fram det som jeg ville skulle bli oppfattet av omgivelsene. Det ble slitsomt. Jeg må ha litt å fukte strupen med for å klare å prate videre. Jeg må alltid ha med meg en flaske med saft over alt. Jeg må ha med meg en flaske med sukkerfri saft om natta, for jeg våkner med at jeg er tørr i halsen, tørr i svelget. Stemmeforandringene kom over tid, det var ikke noen plutselig forandring (Peder).

I dette sitatet gir informanten mest informasjon om hvordan det føles å bruke stemmen, og han beskriver i liten grad selve stemmekvaliteten. Han opplevde at det var mer anstrengende å snakke. På spørsmål om hvordan stemmen var før han ble syk, forklarte han at den var klarere og den hadde mer kraft. Det er ikke uvanlig at stemmekvaliteten kan bli preget av heshet og kraftløshet ved organiske stemmevansker. I forkant av hørbare stemmeforandringer kan brukeren oppleve stemmetretthet og det blir anstrengende å bruke stemmen. Etter hvert vil stemmekvaliteten bli påvirket (Boone et al, 2014; Ericson m.fl., 2012). Informanten opplevde tørrhet i svelget, og var plaget av tørre slimhinner. Stemmebåndene og slimhinnene i munnen

og svelget kan være påvirket i lang tid etter strålebehandling, og heshet er en vanlig bivirkning. Det kan oppstå fibrose i bindevev og ødem, og nedsatt spyttproduksjon kan blant annet føre til tørrhet i munnen med nedsatt evne til fonasjon (Hammarberg, 2008).

Den andre informanten med stemmeforandringer som kunne relateres til organiske stemmevansker, beskrev at hun hadde hatt god stemmekvalitet tidligere. Hun hadde god kunnskap om stemmebruk fra sin yrkespraksis, og dette viste seg i måten hun beskrev stemme, stemmeforandringer og hvordan hun brukte stemmen. Hun snakket i fullregisteret og hadde en dyp stemme. I fullregisteret er stemmebåndene tykke, myke og svinger med hele sin masse. Både selve stemmebåndsmuskelen og den tilhørende slimhinnen deltar i svingningen. Fullregisteret er knyttet til stemmens dypere leie (Rørbech, 2009). Hun fortalte at stemmen var blitt hesere og hun følte seg mer anspent i taleapparatet etter sykdommen. Hun oppgav at hun slet med å finne *sin egen stemme*. Ut fra den informasjonen som fremkom i løpet av intervjuet, kan dette tolkes som at stemmen trolig hadde havnet litt høyere opp i register enn det som var naturlig for henne.

Informanten med funksjonell-organisk stemmevanske fortalte at hun hadde hatt god resonans og godt volum i stemmen, og stemmekvaliteten var klar. Samtidig beskrev hun egen stemmen som skrikende, skjærende. Stemmeforandringene beskrev hun på følgende måte:

Etter alt med sykdom og sånne ting, så har stemmen ... jeg kommer ikke opp på de høye tonene, og det er vanskelig å snakke en hel setning uten at bare stemmen forsvinner på slutten liksom. Så den sprekker, og sånn var det ikke før. Jeg er hes, at det er på en måte litt sånn tørt i halsen mens jeg snakker. Noe som presser på strupen når jeg prater. Det føles trangere da i halsen. Det føles stivere også, jeg vet ikke om det er en muskel eller noe, men jeg merker det veldig godt når jeg skal gi folk en klem, som er høyere enn meg, så får jeg på en måte ikke strekt halsen. Da strekker det i strupen når jeg ser oppover. Jeg får følelsen av at jeg ikke får puste på en måte. Jeg blir fort sliten i stemmen, særlig utover dagen. Bruker jeg stemmen lite så er jeg mye bedre (Lise).

Informanten beskriver at hun opplevde et begrenset toneomfang, heshet, stemmetretthet, klumpfølelse i halsen, stivhet i ytre halsmuskulatur og hun pustet trolig costalt. Mange av de symptomene informantene beskriver er forenelige med funksjonelle stemmevansker, eller det

Boone et al. (2014) betegner som *muskelspennings dysfoni*. Dette er den vanligste stemmevansken både blant barn og voksne, og den oppstår på grunn av hyperfunksjon og uhensiktsmessig bruk av de musklene som styrer stemmeproduksjonen. Forhøyet press og for hard bruk av stemmebånds-, hals- og kjevemuskulatur, samt økt spenningsnivå i muskulaturen i bryst og kroppen for øvrig, kan være skadelig for stemmeapparatet hvis det pågår over tid (Ericson m.fl., 2012; Boone et al., 2014).

Informantene fikk spørsmål om hva tankene deres var om hva som utløste stemmevanskene. Alle relaterte stemmeendringene direkte eller indirekte til sin primærsykdom. Noen av dem hadde reflektert over at det kunne være flere delfaktorer som til sammen førte til stemmeendringene. Jeg vil i det følgende presentere de delfaktorene som eksplisitt ble oppgitt av informantene:

- Høystilt, costal pust
- Muskelspenninger
- Stress
- Skader etter behandling
- Psykiske påkjenninger relatert til sykdommen
- Smerteproblematikk eller redsel for smerter
- Tørre slimhinner
- Organiske forandringer/skader på stemmebånd eller lunger
- Utmattelse
- Dysfunksjonelle forhold privat
- Røyking
- Dårlig hørsel

Alle informantene var tydelige på at måten de pustet på bidro til dårligere stemmefunksjon. Flere av dem var bevisste på sammenhengen mellom stemme, psyke og soma.

Stress har jo så utrolig stor sammenheng med hvordan man puster. Så man kan nesten se på pusten hvor stressa man er. Hjernen får jo ikke nok surstoff som den skal ha når du puster ved brystet. Du får på en måte ikke fylt opp med nok oksygen, så har du mindre oksygen å snakke på. Du har ikke nok bensin da, til å få ut alt (Lise).

Denne informanten fortalte i løpet av intervju samtalen at hun opplevde stressrelaterte plager ikke bare knyttet til sykdom, men også sett i sammenheng med utfordringer hun har hatt i hverdagen over tid. Nervus vagus reagerer på stress, og danner knutepunktet for både følelsene våre og måten vi bruker stemmen på (Abitol, 2006).

Du får beskjed om at du er alvorlig syk, og sier det styggeste ordet som fins i norsk medisin, nemlig du har fått kreft. Så er det klart at det, selv om man forsøker å holde seg på bena og ta det rolig, og ikke skremme vettet av familien, og alt det der, så er det klart at det innvirker på psyken og også på stemmen. Blir du redd og fortvilet, så får du muskelspenninger, og de går jo i halsen også, og på stemmebåndene og alt mulig. Så hvis man kan klare å få hjelp, så vil det kanskje forebygge en god del, det tror jeg (Bjørge).

Her fremkommer det tydelig at informantene ser på sykdommene og de psykiske belastningene knyttet til den som en utløsende faktor for stemmevanskene. I noen tilfeller kan man si at stemmeproblemer reflekterer måten pasienten mestrer psykologisk stress, eller reelle organiske problemer på, eller ganske enkelt at stemmevanskene kommer som en følge av hvordan en person takler forbigående eller permanente fysiske utfordringer. Dette kaller Colton et al. (2011) for *adaptive dysfonier*. Ut fra den informasjonen informantene ga i løpet av intervjuene, er nok dette en type stemmevanske man bør være ekstra oppmerksom på i den helhetlige tilnærmingen til mennesker som er i en rehabiliteringsprosess.

I dette delkapittelet har informantenes beskrivelser av egen stemmefunksjon vært i sentrum. Jeg har knyttet aktuell teori om ulike stemmevansker og symptomer til disse beskrivelsene, samt presentert noen av tankene informantene hadde om hva som utløste stemmevanskene. På mange måter kan denne delen av oppgaven sees i sammenheng med ICF-systemets hovedområde *kroppsfunksjoner*, og den kommende delen kan relateres til hovedområdet *aktivitet og deltakelse*.

4.4.2 Deltakelse og egenverd

Informantene fikk spørsmål om hvordan stemmeutfordringene påvirket dem som mennesker, både på jobb, fritida, sosialt og personlig. Flere av informantene fortalte at stemmeutfordringene førte til dårligere selvtillit og utrygghet i sosiale sammenhenger. De var redde for å få negative reaksjoner om stemmen fra omgivelsene, og noen av informantene

tenkte også på at de kunne bli misforstått eller at andre skulle begrense deres muligheter for deltakelse eller at de skulle bli stigmatiserte.

Stemmen påvirker meg i alle livets situasjoner, når jeg er på jobb, når jeg er med venner, når jeg er med familie, er i butikken. – Jeg må bruke stemmen hele tida. Jeg må bruke energien jeg har til å gjøre meg forstått. Jeg sliter mer med å få frem ordene, men for å ikke lage det til et større problem enn det kanskje har vært, så har jeg valgt å bare å bruke den stemmen jeg har. For jeg har ikke følt at det var noe jeg kunne gjøre noe med, men jeg kunne ikke mure meg inne, og ikke tørre å delta likevel (Peder).

Når informanten følte at det ikke var noe han kunne gjøre med stemmen, kan det tolkes dithen at han ikke hadde kjennskap til at det var mulig å få hjelp med de utfordringene han hadde, knyttet til stemmebruk. Stemmevansken gjorde sosial deltakelse mer krevende, men den forhindret ham likevel ikke i å delta. Når stemmen fungerer dårlig blir det slitsomt å snakke og vanskeligere å delta i sosiale sammenhenger (Ericsson et al., 2012). En informant fortalte at stemmevansken ikke påvirket henne i sosiale sammenhenger, til tross for at hun hadde en hes stemmekvalitet. Stemmevansken var likevel hemmende i hverdagen:

Det som er det triste er når det går ut over jobben, eller når jeg ikke får sunget nattasang til barna. Det er da jeg kjenner at det er et problem. Ellers har det ikke vært et problem for meg fordi det har vært en sånn tilleggsvanske som alt annet. - Jo, av og til så ler jeg uten lyd, og det er veldig trist når det plutselig kommer noen «OØ» innimellom. Så det har ikke sammenheng med stemme liksom, og det er ikke noe gøy, men jeg føler ikke at det er noen skam da. Det er ikke noe som hindrer meg. Men jeg ville jo gjerne hatt en stemme som var god, hvis jeg kunne valgt (Lise).

Det som i ICF-systemet kalles for *personlige faktorer*, altså det som dreier seg om hvordan man tenker og forholder seg til en situasjon, vil kunne variere fra person til person. I avsnittet om stemmeforandringene fremkom det at informanten hadde opplevd forholdsvis store stemmeendringer. I tillegg til heshet beskrev hun utfordringer med tretthetsfølelse og ubehag ved stemmebruk. Det er individuelt hvordan en person vurderer sin stemmevanske, og det er ikke nødvendigvis graden av heshet som avgjør hvor stor innvirkning den har funksjonelt, sosialt og emosjonelt (Ericsson et al., 2012). Informanten var på et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold, og hun ga uttrykk for at stemmevanskene også gikk ut over jobben.

Kommentarer og reaksjoner på stemmen

Informantene ble spurt om de hadde opplevd at noen kommenterte stemmen deres. Det viste seg at ingen av dem hadde opplevd å få kommentarer som de oppfattet som negative om stemmen. Likevel var det flere av dem som var på vakt overfor mulige reaksjoner på stemmen fra samtalepartnere.

Hvordan jeg brukte stemmen, var minst mulig når jeg ikke var komfortabel med folk. (ler en del). Du trakk deg bare? Ja, jeg ville ikke. Det var helt grusomt, tenk om .. Takk og lov, bank i bordet (banker i bordet) så har det aldri skjedd at noen har påpekt det. At oj, så rar stemme du har, eller. Så liksom, det er veldig godt for selvtilliten at det aldri har skjedd. Jeg har jo skammet meg i, jeg vet ikke hvor mange år. Det har virkelig vært det verste jeg vet med meg selv, at du kan snakke, jaaa, har kanskje litt annerledes stemme, men du går tom for luft. Og jeg har aldri ant hvorfor (Anne).

Informanten fortalte flere ganger i løpet av intervjusamtalen at stemmevanskene påvirket selvtilliten hennes og dette medførte at hun unngikk en del situasjoner. Det var spesielt krevende å snakke med personer hun ikke kjente så godt, og telefonsamtaler, selv med venner og familie, var tungt og vanskelig. I noen tilfeller kan en stemmevanske medføre store konsekvenser for den som rammes, blant annet fordi stemmen har så stor betydning i kommunikasjonssituasjoner og fordi den er knyttet til vår identitet (Hartelius, 2008; Hultmann, 1995). Dersom personen selv ikke vil tilkjenne sine utfordringer, eksempelvis med talen eller stemmen, kan det være lett å unngå situasjoner hvor en blir nødt til å si noe i andres påhør. Dersom denne unngåelsesatferden pågår over tid, kan dette føre til en form for «frivillig isolasjon» (Dalen, 2011).

Bli feiltolket, stigmatisert

Flere av informantene hadde tanker om at andre kunne mistolke dem på grunn av stemmen. Dette tenkte de mest på i samtale med personer som ikke var i deres nærmeste omgangskrets.

Den største utfordringa var vel å da tørre å prate med dem som ikke sto meg nærmest, kanskje. Klassekamerater, kolleger, folk som var litt fjernere for meg, som vel ikke kjente meg og min stemme, og tørre å gå videre med å vise dem at det er litt tyngre å være meg i dag, enn det har vært før. Kanskje litt redd for å få tilbakemeldinger, hva

er det som har skjedd? Er det problem for deg at du ikke er så klar i praten som du har vært? Om de skulle ta noen hensyn – nei det er .. Var du litt redd for at noen skulle spørre om det? Ja, jeg har nok kanskje ikke vært redd for det, men det har jo ligget i bakhodet om hvordan blir jeg oppfattet i forhold til hvordan jeg var. Er det noe han sliter med, hvordan blir vårt forhold? Skal vi tørre å være like aktive i samtale, skal vi tørre å be ham delta like mye som før. Det er klart det er masse sånne ting som surrer i hodet når det er noe ved meg som hele tiden blir lagt merke til hvis jeg skal være sosial (Peder).

Det kan virke som informantene tenker en del på at den endrede stemmefunksjonen kan føre til at andre oppfatter ham som svakere nå en før, og at dette kan medføre at de legger begrensninger for ham i sosiale situasjoner. Personer med funksjonshemminger kan føle seg stigmatisert. En sykdom/skade vil i noen tilfeller farge hvordan noen blir oppfattet, ved at det skapes et knippe forventninger til deres personlighet, atferd, muligheter og begrensninger (Knøsen og Krokan, 2003). En av de andre informantene hadde også tenkt på at hun kunne bli feiltolket grunnet stemmevansken.

Jeg forbinder jo hes stemme med de som drikker mye og røyker masse. Så det er ikke noe jeg har lyst til å bli assosiert med, for jeg hverken røyker eller drikker. Så det er (ler mens hun sier det) det er uhyggelig da, at man blir sånn braute, jeg har ikke lyst til å være brauten. Men jeg er jo lykkelig gift og har barn. Hadde jeg vært singel så kanskje jeg hadde hatt større problemer med det (ler hest). Ha, ha jeg føler jeg er godt gift, det går greit. (Ler godt sammen). Jeg føler ikke at det er noe hinder på noen måte (Lise).

En synlig eller usynlig vanske?

Jeg hadde en for-forståelse om at stemmen er *usynlig*, og bokstavelig sett så er den jo bare hørbar. Colton et al. (2011) hevder at selv om stemmen ikke er synlig gjennom taleproduksjonen, er dens tilstedeværelse eller dens funksjonsfeil åpenbar. I overført betydning kan nok en stemmevanske oppfattes som *synlig* hvis stemmen har store avvik. Jeg var interessert i å høre hva informantene tenkte om dette. De ble spurt om de hadde noen tanker om at det kunne være lettere å bli møtt med forståelse når det gjelder *synlige* vansker fremfor *usynlige* vansker. Alle informantene var enige om at det var lettere å bli møtt med

synlige vansker, men det viste seg at det var ingen klar konsensus om stemmevansken var *synlig* eller *usynlig*.

Det er absolutt riktig, og at dette med stemme kan være en usynlig vanske, som veldig mange mennesker ikke forstår. Hverken hos seg selv eller hos andre. Jeg tror det er mye lettere å bli forstått hvis du (kremter) har brukket beinet eller hvis du sitter i rullestol, enn om du har trøbbel med stemmen din. Det tror jeg. Det må vi se å få forandret på (Bjørg).

Denne informanten bekreftet for-forståelsen min, både når det gjaldt at stemmevansker kan være *usynlige* og vedrørende det å bli møtt med forståelse. Slik jeg fortolker det, uttrykker hun at mange mennesker ikke har en forståelse av at stemmevansker kan være usynlige hos seg selv eller andre. Hva kan så bli konsekvensene av at man *selv* ikke forstår at man har en usynlig vanske? Dette kan etter min mening fortolkes på ulike måter. Som jeg allerede har vært inne på, er det individuelle forskjeller på om man definerer en stemmevanske som synlig eller ikke.

I mange tilfeller vil stemmevansken være hørbar, men det er heller ikke en selvfølge. I forkant av hørbare stemmeforandringer kan brukeren oppleve stemmetretthet og at det blir anstrengende å bruke stemmen. Etter hvert vil stemmekvaliteten bli påvirket. I slike tilfeller vil ikke en øre-nese-hals undersøkelse avdekke organiske forandringer i strupen (Boone et al., 2014). På den måten kan man si at stemmevansken hverken er hørbar for omgivelsene eller synlig ved undersøkelser av stemmebåndene. Tilbake til spørsmålet om mulige konsekvenser ved å ha en manglende forståelse av at stemmevansker kan være *usynlige*. Stemmevansken vil i mange tilfeller ikke bli oppdaget, i hvert fall ikke i første omgang. Selv om en person har uvanlig stemmekvalitet, er det ikke sikkert at vedkommende vil oppsøke øre-nese-hals spesialist eller logoped. I mange tilfeller er ikke personene klar over at det er stemmevansker de har (Aronson and Bless, 2009). I så tilfelle vil det ikke være mulig å forebygge at en funksjonell stemmevanske utvikler seg til en organisk stemmevanske. Dersom stemmevansken ikke er synlig for deg selv, og det ikke søkes hjelp, kan dette i verste fall føre til at alvorlig sykdom ikke blir avdekket, eksempelvis kreft på stemmebåndene. Stemmeendringer kan i noen tilfeller være første tegn på en mer alvorlig sykdom eller tilstand (Boone et al. 2014; Ericson m.fl., 2012).

Det er flere som mener at det ikke finnes absolutte verdier for å avgjøre om en stemme er normal eller avvikende. Det selvopplevde hos brukeren og det subjektive hos lytteren er altså det som er vurderingsgrunnlaget (Boone et al, 2014; Colton et al., 2011; Aronson & Bless, 2009). Ut fra dette perspektivet, kan man igjen spørre seg hva konsekvensene kan bli av å ikke kjenne til at man har en stemmevanske. Dersom man ikke opplever fysiske plager ved stemmebruk, ikke *selv* blir forstyrret av eventuelle stemmeavvik og opplever at stemmen fungerer bra i yrkessammenheng og i sosiale situasjoner, skulle man tro at konsekvensene av liten bevissthet rundt egne stemmeutfordringer, er små. Shewell (2009) peker på at stemmen ikke bare forteller noe om personen som snakker, men den har også en innvirkning på samtalepartneren. Stemmebevissthet kan være hensiktsmessig for å legge til rette for kvalitativ god kommunikasjon og en helhetlig forståelse av seg selv og andre, også i en profesjonell sammenheng (Tveiten, 2002). Dersom stemmevansken er *usynlig* for deg selv, men *synlig* for andre, kan kanskje dette i noen tilfeller forstyrre formidling og kommunikasjon.

Et av formålene med denne oppgaven er å øke bevisstheten om stemmevansker blant folk flest og hos helsepersonell. Jeg vil likevel peke på viktigheten av at personer ikke føler seg stigmatiserte. Selv om man har en hørbar avvikende stemmekvalitet, er det ikke sikkert at vedkommende opplever dette som et problem, og det er heller ikke sikkert at mennesker i omgivelsene vil reagere på noe. Aronson & Bless (2014) mener at det er ingen absolutte kriterier for hva som er en normal stemme, og at det er store kulturelle forskjeller i så måte.

Informanten i neste sitat satte for-forståelsen min om at stemmevansker er *usynlige* på prøve. Hun opplevde å få lite forståelse for sin smerteproblematikk, og så på den som en usynlig vanske. Hun savnet å få oppmuntrende kommentarer fra omgivelsene om at det er fint at hun takler det så bra, og klarer å holde humøret oppe.

Stemmen, tenker du at den kan være usynlig også? *Nei, det går jo ikke, tenker jeg. Nei. Nei, for den er jo, altså ... ja, altså jeg har i hvert fall aldri tenkt over når jeg har kommet og pratet med andre at de har stemmeproblemer - for jeg tenker at stemmen er på en måte et uttrykk av andre ting du sliter med. Klarer du ikke å uttale ord, så er det veldig synlig, i skolesammenheng i hvert fall. Det er flaut og forbundet mye med skam og sånt, så det er jo veldig synlig, tenker jeg da, - men sånn som jeg da, som er hes, det blir jo ikke lagt merke til som en vanske. Jeg har i hvert fall ikke inntrykk av at folk tenker at - Jeg har aldri møtt noen som har sagt at du bør gå til logoped. Jeg har*

vært hes i mange år, men jeg har aldri, det er aldri noen som har sagt det. Det er mer sånn, så morsom stemme du har. Ja. Ja. Det blir kanskje litt positivt også? Ja. mm (Lise).

Dette svaret ble litt forvirrende for meg, men samtidig interessant. Jeg følte også en viss uro, fordi jeg hadde gjennomført nesten et helt intervju, som omhandlet stemmevansker, med en person som tilsynelatende ikke mente at stemmevansker finnes. Jeg ønsket ikke at informanten skulle føle seg stigmatisert, og stilte derfor ikke flere oppfølgingsspørsmål. Tidligere i intervjuet hadde informanten fortalt at en fra tverrfaglig team på CS hadde henvist henne til logoped, og at øre-nese-hals spesialist hadde undersøkt henne og anbefalt logopedisk oppfølging. Likevel sa hun i sitatet over at hun aldri har blitt anbefalt å gå til logoped på grunn av stemmeheshet. Det er mange av behandlerne på CS som er bevisste på pustens betydning for god helse, og i noen tilfeller blir også logopeden koblet inn for å hjelpe brukere til å oppnå avspent, abdominal respirasjon. Pusten kan sees på som stemmens energikilde, og den er fundamentet i all stemmeproduksjon (Ericson m.fl., 2012). Det kan tenkes at informanten først og fremst så på den logopediske oppfølgingen som et bidrag til stress- og smertemestring. For henne var stemmeendringer et uttrykk for andre ting hun slet med. Eide og Eide (1999) påpeker at mange legger ikke merke til kroppen sin før den blir smertefull eller til besvær. Derfor kan det være en utfordring å se plager og kroppslige væremåter som den enkelte *selv* ikke er bevisst på. Dette kan for eksempel gjelde vedvarende muskelspenninger, anspent pustemønster og ufrie bevegelser som et ledd i følelsesmessig undertrykking, og dette være opphavet til mange slags helseproblemer (Eide og Eide, 1999).

Jeg vil avslutte dette avsnittet med følgende sitat:

Har du noen tanker om at det kan være lettere å bli møtt med synlige vansker fremfor usynlige vansker?

(Tenker lenge). Det er kanskje lettere å se synlige vansker. For det er lettere for folk å beskrive det. Lettere å ta tak i. For mange så er det som er usynlig, som kanskje krever litt mere innsikt, eller det er litt tyngre å komme inn på det. Det krever litt mer å beskrive det. Du skal ha litte granne mere menneskekunnskap om ting som er skjult. Det er vel flere som tørr å prate om det synlige enn det som du må bruke litt mer tankevirkosomhet for å sette ord på. Det er lettere å prate om noe som alle ser, enn noe

som man mere må tenke seg til, eller vurdere, eller – ja, noe som du bare må prøve å sette deg inn i, uten at du bare har et synlig bevis for at sånn er det (Peder).

Fram til nå har det blitt fokusert på ICFs *kroppsfunksjoner og aktivitet og deltakelse*. I det neste kapittelet vil jeg forsøke å belyse vekselvirkningen mellom alle hovedkategoriene i ICF-modellen. Dette innebærer at jeg inkluderer *kontekstuelle faktorer*, og ser på hvordan disse kan virke fremmende eller hemmende i en rehabiliteringsprosess.

4.5 Hemmende og fremmende faktorer i rehabiliteringsprosessen

Flere av informantenes motivasjon for å delta i denne studien var at deres deltakelse kunne bidra til å hjelpe andre i lignende situasjoner. På den måten vil deres opplevelser om hva som virket hemmende i rehabiliteringsprosessen og hva som bidro til bedring, mestring og økte muligheter for deltakelse sosialt og i samfunnet, stå sentralt. Jeg vil i det følgende presentere og drøfte temaer flere av informantene mente var relevante.

4.5.1 Informasjon, bevissthet og kunnskap

Mangelfull informasjon om sykdom/skade, behandling og bivirkninger kan være en kilde til engstelse og usikkerhet (Eide og Eide, 1999).

I forkant av rehabiliteringsoppholdet var det ingen av informantene i denne studien som opplevde at de fikk tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell om at stemmen kunne bli påvirket av deres helsesituasjon. En av informantene svarte dette, da hun ble spurt om hva slags informasjon hun fikk om at hennes helsetilstand kunne påvirke stemmen:

Absolutt ingen. Jeg fikk bare vite at - , nå kommer det ordet igjen, (...), var noe jeg hadde. Jeg fikk aldri beskjed om hva det var, eller hvordan det kunne forebygges eller at jeg kunne gå til logoped. Det synes jeg er veldig rart. Det var liksom ingen på den tiden som fulgte opp. Det føler jeg er veldig synd, for nå er jeg inni det, nå har jeg begynt hos logoped, men tenk hvor mye jeg kunne vært spart for om jeg hadde begynt da jeg var femten. Så jeg føler at mer informasjon gjør meg desto bedre. Jeg føler på en måte at her (CS) fikk jeg grunninformasjonen, men alt for sent. Men det er ikke mitt eller CatoSenteret sin feil, men alle tidligere spesialister og leger jeg har vært innom,

som ikke har gjort noe. Hadde den informasjonen jeg fikk her, veldig fort på fire uker, hadde den informasjonen blitt opplyst til meg eller fortalt til meg tidligere, så hvem vet hva jeg hadde klart å få til (Anne).

Her tydeliggjør informanten at mangel på informasjon virket hemmende på henne, og at dette forhindret henne i å oppleve mestring. Stemmeutfordringene var svært krevende, og hun ga uttrykk for at hun trolig kunne vært spart for mange påkjenninger om hun hadde fått informasjon om stemmediagnosen og om logopedisk behandling på et mye tidligere tidspunkt. Hun sier: *hadde den informasjonen blitt opplyst til meg tidligere, så hvem vet hva jeg hadde klart å få til.* Man kan undre seg over hva som kan være årsaken til denne mangelfulle informasjonen. I tilfellet nevnt ovenfor, skulle en tro at informanten automatisk ville fått informasjon om stemmevansken og tilbud om logopedisk behandling på grunn av at hun har en nevrologisk stemmevanske. I løpet av intervjuet fremkommer det opplysninger fra samme informant, som tyder på at dette ikke er en selvfølge.

Uansett om det er en sjelden sykdom eller om det er den mest vanlige sykdommen som finnes, så må du på en måte stole på teamet du har rundt deg, og fastlegen, nevrologene og spesialistene. Jeg har jo på en måte stolt blindt på dem og tenkt at dem vet hva som er best, og gjort det som dem har sagt - gjør sånn og sånn og sånn. Jeg har gjort det. Så var jeg hos nevrologen på (...) i mai tror jeg. Ikke så lenge siden. Da sa jeg at jeg hadde begynt hos logoped - så bare ser han på meg, og legger hodet litt på siden, og sier: «Det var på tide». Og da ble jeg fly forbannet (Anne).

Informanten reagerte følelsesmessig på kommentaren, om at det var på tide at hun hadde begynt hos logoped. Hun kunne få en opplevelse av at han hadde holdt igjen informasjon som var av stor betydning for henne. Informanten beskrev videre at nevrologen forklarte henne, at i det landet han kom fra, fikk alle med den typen nevrologisk sykdom tilbud om logoped. I lys av dette kan det tenkes at informanten ikke fikk informasjon, fordi kommunikasjonen mellom behandlerne var mangelfull. Nevrologen tok det kanskje for gitt at brukeren hadde fått informasjon om sin diagnose og muligheten for å få logopedisk oppfølging fra andre i helsevesenet. Det kan selvfølgelig heller ikke utelukkes at helsepersonell bevisst holdt igjen informasjon for å skåne brukeren, og for å fokusere på det de mente var hennes hovedutfordringene. Dette vil i så fall være et informasjonsspill fra behandlerens side, som

bidro til at brukeren ikke følte at hun ble tatt på alvor. Brukerens mestring og evnen til å innrette seg hensiktsmessig påvirkes av kunnskap om hva sykdommen innebærer og hvordan det kan være best å forholde seg til den. Man kan se på mestring som det å forholde seg til den belastende situasjonen på måter som gjenoppretter mening og sammenheng, bidrar til å bearbeide de følelsesmessige reaksjonene og eventuelt også til å løse de vanskelighetene man står ovenfor (Eide og Eide, 1999).

Jeg hadde en for-forståelse av at helsepersonell kunne være tilbakeholdne med å spørre brukere om de opplevde stemmevansker fordi de var redde for å skape en tilleggsbelastning. Noen ville kanskje føle at det å kommentere stemmen til et annet menneske kunne være et sårbart og personlig tema. Som nevnt tidligere belyser Tveiten (2002) at stemmen for noen er svært personlig, og man kan krysse noens intimgrense ved å kommentere den. Kan det være slik at det å spørre om noen opplever stemmevansker, muligens fører til at det kan oppleves ubehagelig både for helsepersonell og brukere? Kan dette være en hemmende faktor? Jeg ønsket å få belyst dette fra et brukerperspektiv.

Det er kanskje ikke veldig gøy å få følelsen av at du har stemmevansker, men samtidig som du ikke er bevisst på det, så har du ingen mulighet for hjelp med det heller. Så selv om sannheten kan gjøre litt vondt i blant, så er det vel bedre å bli spurt og kanskje bli opplyst om at du kan forbedre pustevansker eller talevansker om du gjør sånn og sånn. Så jeg synes at sånn for den det gjelder da, så gjør det litt vondt, men (stopper, puster litt ut, sukker) det kommer man over. Men stemmevanskene kommer du faktisk ikke over om du ikke får hjelp. Så uansett om det er en lærer eller en slektning eller et familiemedlem eller fysioterapeut eller logoped eller en sykepleier så er det bedre å bare spørre: opplever du at du har stemmevansker? Kanskje du ikke opplever det, men kanskje du faktisk har det, kanskje du opplever det, men ikke vil innrømme det (Anne).

Alle informantene bekreftet at det kunne være sårt å få spørsmål om de opplever stemmeproblemer. Samtidig er alle enige om at dersom relasjonen mellom bruker og hjelper er god, og det finnes et logopedtilbud, da vil det være riktig og positivt å ta opp om noen opplever stemmeforandringer. To av informantene mener at det kan gjøre vondt verre at noen påpeker stemmevansken dersom det ikke kan tilbys hjelp. Det å få spørsmål om man opplever stemmevansker, kan med andre ord virke både hemmende og fremmede i en

rehabiliteringsprosess, blant annet avhengig av om rehabiliteringssenteret/helsevesenet kan tilby logopedhjelp eller ikke.

Det er flere av informantene som peker på viktigheten av en åpen kommunikasjon mellom hjelpere og brukere. Dette kan fortolkes som at det også er viktig at brukeren gir informasjon om sin helsetilstand til helsepersonell, ved å være åpne om hva som er utfordrende.

Nå har jo jeg valgt å være åpen helt fra starten av med det jeg har vært plaget med, så det med stemmen, jeg har jo pratet så mye, det har vært naturlig for meg å prate. Jeg har ikke fått tilbakemeldinger på det at stemmen har vært sånn problem utad som jeg kanskje har følt på det selv. (Tenker en stund) Jeg vil mer se på det (spørsmål om stemmen) som en lettelse, for da føler jeg at jeg blir tatt på alvor. At de viser meg den tillitten som det er viktig for meg at de tørr å være direkte med meg. Jeg får i alle fall mer tillitt til dem når jeg føler den kommunikasjonen er ekte. De legger ikke skjul på noe, de vil ikke være over for meg, på en sånn måte at de skal beskytte eller ta hensyn eller ikke skade meg på noen måte, med å spørre om ting som kan være problematisk for meg. De spør om det som er naturlig for dem å spørre om, og det er sånn jeg ønsker å ha det. Jeg vil bli oppfattet, jeg vil bli tiltalt på den måten som jeg er (Peder).

God kommunikasjon er sentral i møte med mennesker i krise, for å hjelpe dem med bearbeiding av reaksjoner og mestring av sykdommen. Et viktig bidrag til å gjøre situasjonen mer forståelig og skape forutsigbarhet og mening er at brukere/pasienter får god og tilstrekkelig informasjon. Det kan dreie seg om informasjon om skaden, sykdommen, behandlingen og følelsesmessige reaksjoner som kan oppstå (Eide og Eide, 1999).

Tre av fire informanter oppgav at de hadde lite eller ingen kunnskap om stemme og stemmebruk i forkant av rehabiliteringsoppholdet, og de oppgav at de var lite bevisste på hva som virker positivt og negativt inn på stemmen.

Jeg vet ikke om jeg burde ha googlet det noen gang, men jeg visste ikke hvorfor. Du aner ikke hvordan du skal komme over kneiken da. Da blir det på en måte at du unnviker å snakke (svelger) i telefonen med folk du ikke kjenner, eller i store forsamlinger, i det hele tatt når jeg er med folk jeg ikke er komfortabel med da. Du har

ikke så veldig god selvtillit, men etter at jeg har blitt bevisst på alt ting, så føler jeg at jeg kan takle det, eller håndtere det på en mye bedre måte (Anne).

I en rehabiliteringsprosess vil det være viktig å få *innsikt* i, og *akseptere* endrede muligheter og begrensninger, samt finne nye løsninger og mestringsstrategier (Helsedirektoratet, 2015). Alle informantene oppga at de har fått en økt innsikt i hvilke faktorer som påvirker stemmen i løpet av rehabiliteringsoppholdet på CS. Flere av informantene så på stemmeutfordringene i et helhetlig perspektiv hvor biologiske/fysiske, psykologiske, sosiale og miljømessige faktorer virker inn på hverandre. Et overordnet siktemål i arbeidet med bedret stemmefunksjon er å gjenopprette balansen i stemmeapparatet, slik at stemmen fungerer godt i samtale og kommunikasjon. Dette krever innsikt i hvilke mekanismer som er til stede under stemmedanningen, men det krever også god kunnskap om hvilke faktorer som kan skape ubalanse (Ericson m.fl., 2012). Alle informantene fortalte at de gjennom rehabiliteringsprosessen hadde fått en økt bevissthet, ikke bare om faktorer som kan skape ubalanse, men også en økt bevissthet om hvordan de kunne håndtere denne ubalansen. I det følgende vil jeg belyse hvordan informasjon, bevissthet og kunnskap virket fremmende på informantenes rehabiliteringsprosess.

Jeg opplevde jo at stemmen ble bedre da. Det hjalp å jobbe med den. Det hjalp på alle måter, med at stemmen ble bedre, og da begynner den onde sirkelen å reversere, ikke sant. Sånn at du blir på en måte i bedre humør, du får det bedre også psykisk, rett og slett. Ja, det er veldig, veldig, veldig viktig. Det er så utrolig viktig (Bjørge).

Stress, følelser og mestring står i et gjensidig forhold til hverandre og danner en konseptuell enhet. Denne enheten har mye å si for en persons velvære, fungering og somatisk helse (Lazarus, 1999).

Jeg opplevde jo på bakgrunn av de øvelsene som jeg fikk forklart at jeg skulle gjøre, at det ble lettere å tenke over i alle fall hvordan jeg både hørtes ut, hvordan jeg skulle puste for å ha styrke nok, for å være klar nok. Jeg opplevde den der konkrete hjelpa som - , den var meningsfull. Det ga meg hjelp til å ta mer hensyn til hvordan jeg skulle gå fram for å mestre problemet så godt som mulig. Jeg føler i hvert fall selv, at den hjelpa og de rådene, og de tipsene jeg har fått har hjulpet meg til å være mer trygg på meg selv. Jeg klarer å formidle det jeg skal, uten at jeg høres veldig anstrengt og

utslitt ut. Jeg er ikke redd for å kaste meg ut i samtale lenger. Jeg kvir meg ikke for å delta (Peder).

Det at informantene ble bevisste på hva som kunne være årsakene til stemmevanskene, og lærte seg øvelser og teknikker, bidro til at det ble lettere å håndtere stemmeutfordringene. Komponentene *forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet* er sentrale for opplevelsen av sammenheng. Dette er faktorer som kan bidra til å dempe, lette eller fjerne mange av livets utfordringer (Lassen, 2004). Håndterbarhet handler altså om å oppleve at man har ressurser tilgjengelig, enten hos seg selv eller hos andre personer man har tillit til. Dette bidrar til aktiv mestring, og minsker sjansen for å forbli passiv med hensyn til egne utfordringer (Antonovsky, 2000).

Flere av informantene i denne studien hadde tanker om at helsepersonell og folk flest trolig har begrenset kunnskap om stemmevansker, og at de i liten grad er klar over at logopeder kan bidra med hjelp.

Det er nok for lite informasjon om, tror jeg, til oss som sliter med stemmevansker hvilke muligheter vi har. Det kommer for lite frem blant helsepersonell at det fins hjelp ute der som vi ikke er klar over, og for meg har det i alle fall betydd veldig mye. Jeg kan føle meg mer avslappet i samtaler, og særlig hvor jeg er en del av et fellesskap som utgjør mer enn to personer (Peder).

Noen av informantene mente at hadde kunnskapen vært god nok, ville de ha blitt henvist til logoped på et tidligere tidspunkt. Likevel viser de forståelse for at helsepersonell må prioritere og i første omgang ivareta liv og helse.

Men så er det igjen da, hva er det sykehus og helsepersonell har kapasitet til, og hva setter de fokus på. Det er klart etter en (...) -operasjon så setter de fokus på at en skal bli frisk igjen, og at dette ikke skal spre seg og alle sårne ting. Så de tenker ikke så mye på hvordan vi snakker, tror jeg. Det er mitt inntrykk (Bjørg).

Dette delkapittelet har omhandlet betydningen av at helsepersonell tørr å snakke med brukere om stemmevansker, viktigheten av at det blir formidlet informasjon og kunnskap om stemmevansker, samt råd om mulige behandlingstilbud til de som måtte ha behov for det. Alle

informantene fortalte at disse punktene var sentrale for å sette i gang prosesser som bidro til at de kunne oppleve bedret stemmefunksjon, føle økt mestring, selvtillit og økt deltakelse sosialt og i samfunnet.

4.5.2 Tverrfaglig tilnærming

Helse- og omsorgstjenesten er ansvarlige for tilretteleggingen av et helhetlig tilbud til brukerne. Mennesker som er i en rehabiliteringsprosess har krav på å få et samordnet, tverrfaglig og planlagt tilbud (Helsedirektoratet, 2015). I dette delkapittelet vil jeg belyse informantenes tanker om betydningen av en tverrfaglig tilnærming til deres helsesituasjon.

Alle informantene opplevde den tverrfaglige sammensetningen på CS som en fremmede faktor gjennom rehabiliteringsoppholdet.

Det er mange faktorer som spiller inn for at en skal nå sin målsetting. Jeg vil ikke si at det ene er noe viktigere enn det andre, for det er samspillet, det er den tverrfaglige sammensetninga. Flere områder med spesialkompetanse, som vet hvilket tilbud skal vi gi til den og den brukeren. Jeg ble sett for den jeg var, med min problemstilling av de forskjellige yrkesgruppene, og det samarbeidet tverrfaglig der var veldig viktig for meg (Peder).

CatoSenteret har mange ulike faggrupper i tverrfaglig team, som samarbeider til beste for brukerne. Det er sjeldent at eventuelle stemmediagnoser fremkommer i brukernes journaler, og behovet for logoped blir ofte fanget opp av noen i tverrfaglig team underveis i oppholdet. Informantene i denne studien forteller at det var primærsykepleieren, fysioterapeuten eller psykiateren som henviste dem til logoped. Dette samarbeidet var avgjørende for at de fikk hjelp angående stemmevanskene. Vekselvirkningen mellom individuelle timer hos aktuelle faggrupper og ulike gruppetilbud virket fremmede også på stemmeutfordringene.

Jeg visste egentlig ingenting om hva som skjedde med stemme og pust. Det var vel på avspenningstimene her med (...), som jeg har forstått at man skal puste med maven. Og det var der ting begynte på en måte, og etter det få tilbud om å møte en logoped. Få henvisning til logoped. Så begynte alt det andre å liksom - det ble på en måte åpenbart da, at selvfølgelig henger det i sammen. Så den informasjonen er virkelig

gull verdt. Det er bare dessverre informasjon som veldig mange ikke har privilegiet av å ta del i (Anne).

Gjennom intervjusamtalen fremkommer det tydelig at informanten er svært opptatt av at flere burde fått hjelp av logoped. Dette var noe hun brant for, og hun ble følelsesmessig engasjert da vi snakket om dette. Hun hadde vært på et annet rehabiliteringssenter som var spesialisert mot behandling av mennesker med lignende sykdommer som hennes, men logoped inngikk ikke i det tverrfaglige teamet. Under oppholdet der møtte hun flere brukere med stemmevansker som ikke hadde kjennskap til hva en logoped kan bidra med, og dette syntes hun var ille. Det at noen fra tverrfaglig team på CatoSenteret hadde fanget opp hennes behov for logoped, og videre at hun ble henvist til logoped i hjemkommunen hadde åpnet så mange muligheter for henne. Dette ønsket hun at flere også skulle få oppleve.

Dette kapittelet har handlet om informantenes tanker om hva som virket hemmende i rehabiliteringsprosessen og hva som bidro til bedring, mestring og økte muligheter for deltakelse sosialt og i samfunnet. Tjenestetilbudet og holdningene til stemmevansker i omgivelsene til informantene, kan påvirke dette i stor grad. I løpet av intervjusamtalene fremkom det at alle informantene opplevde at en helhetlig, tverrfaglig tilnærming var vesentlig for å få god informasjon, økt bevissthet og kunnskap om sin helsesituasjon og hva som påvirker den. Jeg har forsøkt å belyse informantenes opplevelser av å leve med en stemmevanske som sekundærvanske ved å se på vekselvirkningen mellom ICF-modellens *kontekstuelle faktorer, kroppsfunksjoner og aktivitet og deltakelse.*

4.6 Nytt perspektiv

I denne oppgaven har det blitt fokusert på fenomenet stemmevansker i tillegg til annen sykdom eller skade. Jeg vil likevel understreke at informantene i denne studien på hver sin måte har hatt store utfordringer grunnet primærsykdom og skade, og de har gjennom en rehabiliteringsprosess funnet nye måter å forholde seg til sin situasjon. I perioden de var på rehabiliteringsopphold følte de på mange måter at de fikk drahjelp av både andre brukere og tverrfagligteam for å nå sine mål.

Her lever du litt i en sånn boble. Men alt er så positivt, og du har mestringsfølelse dag etter dag etter dag. Når du kommer hjem så har du ikke det. For da må du faktisk ut av

huset, og utfordre deg til å få den følelsen. Selv om det er vanskeligere hjemme, enn hva det er her, så føler jeg at med all den kunnskapen jeg får når jeg har vært her, så har jeg blitt mye bedre på å se alt jeg faktisk kan, og fokusere på alt det jeg kan (Anne).

Flere av informantene i denne studien har vært gjennom alvorlig sykdom og har et komplekst sykdomsbilde. Stemmeutfordringene må sees i sammenheng med dette.

Jeg overlevde den tiden som var kritisk med behandling å sånne ting, å da ... nei da jeg valgte å se det sånn så ble det mye lettere å takle handicapet med stemmen også (Peder).

Informanten setter bivirkningene etter kreftbehandling i perspektiv, hvor alternativet trolig hadde vært at han ikke hadde vært i live i dag.

Viktige momenter i en rehabiliteringsprosess vil være å få innsikt i, og å akseptere endrede muligheter og begrensninger, samt finne nye løsninger og mestringsstrategier (Helsedirektoratet, 2015). Dette var det flere av informantene som kom inn på da de fikk spørsmål om å gi råd til andre mennesker i lignende situasjon som dem selv. Jeg velger å avrunde resultatdelen med dette sitatet.

Ja, de er i en rehabiliteringsprosess, og da ville jeg bare på en måte si at det er: Punkt 1. Så er det jo å innrømme at du har en vanskelighet. Punkt 2. er jo da å begynne å forsøke å arbeide med den vanskeligheten, for å løse den under veiledning. Og selvfølgelig være tålmodig. Altså ikke tro at, «Ja nå har jeg hatt en time hos logoped, det er greit, da kan jeg, da er det sikkert i orden.» Altså dette her med at ting tar lang tid da. At det gjelder å holde ut, og ikke gi opp. Vite at langt der fremme et sted er det et mål. Vi kommer dit hvis vi setter det ene beinet foran det andre (Bjørn).

5 Oppsummering og refleksjon

Gjennom denne oppgaven har jeg belyst følgende problemstilling: *Hvilke tanker og erfaringer har mennesker som er i en rehabiliteringsprosess om det å ha en stemmevanske i tillegg til/eller som følge av annen sykdom eller skade?* I tillegg ble følgende forskerspørsmål formulert: *Opplever de at kunnskapen og betydningen av stemmevansker innenfor tverrfaglig, spesialisert rehabilitering er god nok?*

5.1 Oppsummering

Denne oppgavens formål var å:

- belyse enkeltpersoners opplevelser med å leve med stemmevansker i tillegg til en mer synlig hoveddiagnose.
- bidra til at helsepersonell og brukere får økt kunnskap om stemmevansker og en større bevissthet om hvordan stemmen er forankret i kropp og sinn.

Felles for informantene i denne studien var at de hadde vært på CS, og at de hadde opplevd stemmevansker i tillegg til annen sykdom/skade. De hadde forskjellige bakenforliggende årsaker til stemmevanskene, og de hadde vært inne på ulike typer rehabiliteringsopphold. De representerte også forskjellige aldersgrupper og kjønn. På tross av disse ulikhetene var det mange fellestrekk med hensyn til deres opplevelser i en rehabiliteringsprosess.

Alle informantene var opptatte av at stemmen er av stor betydning både for selvfølelse, kommunikasjon, sosial deltakelse og yrkesutøvelse. Den er også viktig for identitet, og hvordan vi forstår og tolker hverandres følelser og tanker. Etter at de ble syke/skadet opplevde flere av dem stemmevansker som virket hemmende i hverdagen. De fortalte at stemmevansken også hadde negativ innvirkning på selvtilliten, og at dette igjen påvirket den totale helsetilstanden. Noen av dem følte at stemmevanskene ikke ble sett eller tatt på alvor av omgivelsene, og at det var lettere å bli møtt med forståelse angående de mere synlige utfordringene. To av informantene var redde for å få negative kommentarer om stemmen, og dette medførte at de tidvis unngikk kommunikasjonssituasjoner.

I løpet av rehabiliteringsprosessen ble alle mer oppmerksomme på at stemmen er et fint, men også sårbart instrument, som påvirkes av livet vi lever. De fikk en økt forståelse av at

bivirkninger /følgeskader og fysiske og psykiske belastninger ved sykdommen/skaden kunne ha en innvirkning på stemmevanskene de opplevde. Alle hadde positive erfaringer med at personer fra tverrfaglig team viste forståelse for stemmeproblematikken, og sørget for at de ble henvist til logoped. Informantene var enige om at det å akseptere egen stemmevanske, få økt kunnskap om hva som kunne være årsaken til den, og informasjon om hvem og hva som kunne hjelpe, var sentralt for læring og mestring i stemmerehabiliteringen. Vellykket rehabilitering førte til bedret stemmefunksjon, økt selvtillit og større sosial deltakelse. Informantene opplevde at det var mer krevende å følge opp rådene og tiltakene de hadde lært seg gjennom rehabiliteringsoppholdet etter at de var kommet hjem. Likevel hadde flere av dem inkludert de rådene og tiltakene de hadde fått, i sine daglige rutiner. En viktig erfaring som flere ønsket å videreformidle, til andre mennesker i en rehabiliteringsprosess, synliggjøres i dette sitatet: *Det gjelder å holde ut, og ikke gi opp. Vite at langt der fremme et sted er det et mål. Vi kommer dit hvis vi setter det ene beinet foran det andre (Björg).*

Opplevde informantene at kunnskapen og betydningen av stemmevansker innen tverrfaglig, spesialisert rehabilitering var god nok?

Informantene ga ingen entydige svar på dette. I løpet av intervjusamtalene fremkom det at noen av dem tvilte på at kunnskapen og betydningen av stemmevansker var god nok i primærhelsetjenesten og på sykehusene. Flere av informantene mente, at hadde betydningen og kunnskapen om stemmevansker vært god nok, ville de blitt henvist til logoped på et tidligere tidspunkt. Noen reflekterte over at helsepersonell må prioritere, og at det handler om kapasitetsproblematikk og hva det må settes fokus på til en hver tid. Alle informantene har inntrykk av at kunnskapen om hvordan logopeder kan hjelpe mennesker som har stemmevansker burde vært bedre. En av informantene har en sykdom hvor sannsynligheten for at stemmen blir påvirket av sykdommen er stor. Hun hadde vært på et annet rehabiliteringssenter som hadde spesialkompetanse på slike sykdommer, og opplevde at kunnskapen om stemmevansker var mangelfull. Dette syntes hun var underlig. Alle informantene opplevde at stemmevanskene ble tatt på alvor, og at det ble satt i gang nødvendige tiltak da de var på CatoSenteret. Senteret er en del av den tverrfaglige, spesialiserte rehabiliteringstjenesten. De opplevde at den tverrfaglige og helhetlige tilnærmingen til deres helsesituasjon bidro til at både *synlige* og *usynlige* utfordringer ble oppdaget. Flere av informantene i denne studien har erfart at stemmen blir glemt, ikke bare blant helsepersonell, men også av dem selv.

5.2 Refleksjon

Stemmen er en del av hele mennesket, men noen ganger kan det tenkes at den blir litt glempt, eller *usynlig*. Kanskje det at den er så nært knyttet til både psyken og kroppen vår gjør at den på en måte forsvinner mellom dem. For å bruke et litt folkelig uttrykk, så kan det virke som den havner *mellom barken og veden*, eller midt i mellom Descartes dualisme, *psyke og soma*.

Kan det tenkes at en stemmevanske ikke blir oppdaget nettopp på grunn av denne kropp/sjeldualismen? Fagpersoner som primært behandler det somatiske eller primært det psykiske kan muligens komme til å overse stemmevansker. Logopedi er et fagfelt som grenser mot psykologi, medisin og pedagogikk. Som det fremgikk i denne studien, opplevde informantene at det var manglende bevissthet om hvordan logopeder kan hjelpe mennesker med stemmevansker, både blant folk flest og blant helsepersonell. Hvem vet, kanskje også logopedtjenesten i noen tilfeller forsvinner mellom fagfeltene medisin og psykologi. Som det fremgår i Helsedirektoratets definisjon av rehabilitering, skal *flere aktører samarbeide* om å gi nødvendig bistand for å fremme brukeres egeninnsats, funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. I en rehabiliteringsprosess vil det, i tråd med ICF-systemets prinsipper, være viktig å kartlegge brukeres behov og muligheter for deltakelse. Sammen med bruker kan tverrfaglig team få innsikt i ulike faktorer som til sammen virker inn på helsetilstanden. Det ønskes at brukeren skal være aktiv i egen rehabilitering og gi uttrykk for egne opplevelser av tilstanden. Da vil det være viktig å få rådgiving om primærsykdom/skade og eventuelle bivirkninger/følgetilstander.

Informantene i denne studien opplevde at tverrfaglig samarbeid og en helhetlig tilnærming var en stor fordel, for at de skulle få hjelp til å bedre stemmefunksjonen og lære å leve med en stemmevanske, i tillegg til annen sykdom eller skade.

Jeg håper med dette at denne oppgaven kan bidra til å øke bevissthet om stemme og stemmevansker, og at dette bidrar til at flere ser stemmevansker i et helhetlig perspektiv. Jeg velger derfor å avrunde oppgaven med et sitat fra en av informantene:

Stemmen er noe – du skal ikke bare ha kroppen for resten av livet, du skal ha stemmen, du skal ha pusten, alt henger sammen (Anne).

Litteraturliste

- Abitol, J. (2006). *Odyssey of the voice*. San Diego: Plural Publishing Inc.
- Ambady, N., LaPlante, D., Nyugen, T., Rosenthal, R., Chaumeton, N. & Levinson, W. (2002). *Suregons` tone of voice: A clue to malpractice history*. Hentet 15.10.16 fra: <http://emerald.tufts.edu/~nambad01/surgeons%20tone%20of%20voice.pdf>
- Andenæs, A. (2000). «Generalisering: Om Ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra kvalitativ undersøkelse». I: Haavind, H. (red.). *Kjønn og fortolkende metode*. I: *Blandingskompendium Spesialpedagogikk SPED 4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk (s.1ff)*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det Utdanningsvitenskapelige fakultet.
- Andreassen, A.B., Landmark, A., Sandmo, T., Aasheim, V. og Alstad, K. (2004). *Språk- og talevansker hos voksne. Idésamling*. Oslo: VOX
- Antonovsky, Aa. (2000). *Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Aronson, A. E. & Bless, D. M. (c2009). *Clinical Voice Disorders*. 4th. ed. New York: Thieme
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Bjørndal, C. R. P. (2002). *Det vurderende øyet: Observasjon, vurdering og utvikling i undervisning og veiledning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Boone, D.R., (1991). *Is your Voice Telling on You?* San Diego, CA:Singular
- Boone, D.R. McFarlane, S.C., & Von Berg, S.L. (2014). *The voice and the voice therapy*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Bredland, E. L. (1998). *Når mennesker møtes. Individuell brukermedvirkning i helsesektoren*.Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (2012). *Kvalitative metoder. Empiri og teoriutvikling*.(red.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet*. 5. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Coblentz, H., & Muhar, F. (1976). *Pust og stemme. Veiledning i god stemmebruk*. Oversatt og bearbeidet av Graff, L. M. og Tveterås, G. Oslo: Bredtvet kompetansesenter, 2012. Oversettelse av *Atem und Stimme. Anleitung zum guten Spreche*, Wien: Öbv et hpt Verlagsgesellschaft, 1976.
- Colton, R. H., Casper, J. K., & Leonard, R. (2011). *Understanding voice problems: A Physiological Perspective for Diagnosis and treatment*. (4. Edn.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins

- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget
- Eide, H., & Eide, T. (1999). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling konfliktløsning, etikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Ericson, P., Aarflot, E. C., Løvbakk, J., Bøyese, B., Tveterås, G. og Devold, J. (2012). *Logopedisk stemmetrening. Praktiske øvelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hammarberg, B. (2008). Struphuvudcancer, rehabilitering etter strålbekandling och efter laryngektomi. I: Hartelius, L., Nettelblatt, U. og Hammarberg, B. (red.). *Logopedi*.(s.317ff). Lund: Studentlitteratur.
- Hartelius, L. (2008). Klassifikation av funksjonstilstand, funksjonshinder och hälsa: ICF-perspektivet inom logopedi. I: Hartelius, L., Nettelblatt, U. og Hammarberg, B. (red.). *Logopedi*. (s. 113ff). Lund: Studentlitteratur
- Hartelius, L. & Lohmander, A. (2008). Talstörningar – allman del. I: Hartelius, L., Nettelblatt, U. og Hammerberg, B. (red.). *Logopedi*.(s. 357ff). Lund: Studentlitteratur
- Helsedirektoratet (2015, 29. september). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet 08.11.16 fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>
- Helsenorge (2014, 15. juni). *Behandling hos logoped eller audiopedagog*. Hentet 04.10.16 fra: <https://helsenorge.no/behandlere/behandling-hos-logoped-eller-audiopedagog>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011): *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet 31.07.16 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Helse Sør-Øst, (2016, 2. november). *Rehabiliteringstilbud*. Hentet 08.11.16 fra: helse-sorost.no/pasient/rehabilitering/rehabiliteringstilbud/private-institusjoner/Sider/catosenteret.aspx
- Hultmann, L. (1995). *Stemmens kraft*. Aschehoug Dansk Forlag. København.
- Iwarsson, J. (2008). Logopedisk röstbehandling. I: Hartelius, L., Nettelblatt, U. og Hammarberg, B. (red.). *Logopedi*. (s. 264ff). Lund: Studentlitteratur.
- Johnsen, G. (2012). Intervjuet – en forskningsamtale i møtet mellom mennesker. I: Fugleseth, K. & Skogen, K. *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*. 3. opplag). (Side 119). Oslo: J. W. Cappelens Forlag as
- KITH (2004). Informasjonsteknologi for et bedre helsevesen. Internasjonalt klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. Trondheim: Aktietrykkeriet i Trondhjem. Hentet 08.05.16 fra: <http://www.kith.no/upload/1855/norskbrukerveiledning-v1.pdf>

- Knøsen, E. og Krokan, A. K. (2003). *Den tause diskrimineringen. Nytt fokus på funksjonshemming*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lassen, L. (2012). *Rådgiving. Kunsten å hjelpe*. 5. opplag. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion. A New Synthesis*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lovdata (2011). Hentet 13.03.16 fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_2
- Maxwell, J. A. (1992). Understanding and Validity in Qualitative Research. I: *Blandingskompendium Spesialpedagogikk SPED 4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk (s.181ff)*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det Utdanningsvitenskapelige fakultet.
- NESH publikasjon (2011). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora*. Hentet 14. mars 2016 fra <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/etiske-retningslinjer/samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/De-forskningsetiske-retningslinjene-og-loven/>
- NSD Personvernombudet for forskning (2016). Hentet 08.11.16 fra: <http://www.nsd.uib.no/personvern>
- NSD Personvernombudet for forskning (2016). *Forske på egen arbeidsplass*. Hentet 06.08.16 fra: <http://www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/egenarbeidsplass.html>
- Nylehn, P. (2009). Psyke og soma i helsetjenesten. *Psykologtidsskriftet*. Utgave 7, s. 709-710. Hentet 08.11.16 fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=86676&a=4
- Rehabilitering i Helse Sør-Øst (2016). *Ytelsesavtale – Stiftelsen CatoSenteret, 2016*. Hentet 14. mars 2016 fra <http://www.helsesorost.no/pasient /avtale /rehabiliteringsinstitusjoner /Sider/side.aspx>
- Roy, N., Merrill, R. M., Gray, S. D., & Sith, E. M. (2005). Voice disorders in the general population: Prevalence, risk factors, and occupational impact. *Laryngoscope*, 115, 1988-1995 Hentet 30. Oktober 2016 fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/01.mlg.0000179174.32345.41/abstract>
- Rørbech, L. (2009). *Stemmebrugs lære*. 5. utgave. Herning: Special-pædagogisk forlag.
- Shewell, C. (2009). *Voice Work, art and science in changing voices*. Wiley-Blackwell, A John Wiley & Sons. Ltd., Publication
- Skard, R. (1993). *Sjelens ekko*. 2. utgave. (Hovedoppgave). Statens spesiallærerhøgskole, Oslo.

Theie S. og Ericson P. (2010). ICF brukt i utredning av stemmevansker. *Norsk tidsskrift for logopedi*. 2/2010

Tveiten, S. (2002). *Veiledning – mer enn ord ...* 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Wormnæs, O. (2005). Om forståelse, tolkning og hermeneutikk. I:
Blandingskompendium Spesialpedagogikk SPED 4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk (s.229ff). Oslo: Universitetet i Oslo, Det Utdanningsvitenskapelige fakultet.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjektet

«Mennesker under rehabilitering. Erfaringer og tanker omkring det å ha en stemmevanske i tillegg til/eller som følge av annen sykdom eller skade.»

Moss, 26.05.16

Ved siden av å være logoped på CatoSenteret, er jeg deltidsstudent på Spesialpedagogisk institutt ved Universitet i Oslo. I forbindelse med studiet vil jeg skrive en masteroppgave om hvordan enkeltpersoner som er i en rehabiliteringsprosess opplever/opplevde det å ha utfordringer med stemmen samtidig med annen sykdom eller skade. Dette er et tema som opptar meg fordi jeg erfarer at det er mange mennesker med redusert stemmefunksjon som ikke har vært klar over at det er mulig å få hjelp. Stemmen er sentral i kommunikasjon med andre mennesker, den gir utløp for følelser, uttrykker musikk gjennom sang og den utgjør en del av vår identitet.

Du mottar denne forespørselen fordi du hadde utfordringer men stemmen din da du var på rehabiliteringsopphold på CatoSenteret for en tid tilbake siden. Jeg ønsker å få belyst hvordan du opplevde egen stemme, hvordan stemmevansken påvirket deg i hverdagen og om du opplevde at stemmeproblemene dine ble tatt på alvor i rehabiliteringsprosessen.

Formålet med oppgaven er å få belyst enkeltpersoner opplevelser og erfaringer med å leve med stemmevansker i tillegg til en kanskje mer synlig hoveddiagnose. Jeg ønsker å sette fokus på viktigheten av en tverrfaglig og helhetlig tilnærming i rehabiliteringen.

Forhåpentligvis kan oppgaven bidra til økt kunnskap om stemmevansker og en større bevissthet om at mange av de faktorene som påvirker vår helsetilstand også kan ha en innvirkning på stemmen. Dette kan muligens føre til en bedre oppfølging av stemmevansker for mennesker i en rehabiliteringsprosess.

Jeg vil innhente informasjon til studien gjennom å intervju et lite utvalg mennesker som har eller har hatt utfordringer med stemmen i løpet av rehabiliteringsprosessen på CatoSenteret. Hege Bruun-Hanssen som er kvalitets- og utviklingskoordinator på senteret, har påtatt seg å formidle kontakt med tidligere brukere i min målgruppe. Jeg får ikke vite identiteten til de som mottar denne henvendelsen, før de eventuelt tar kontakt med meg. Ved gjennomføring av intervjuene vil jeg vektlegge å finne godt egnede lokaler og gode tidspunkter på dagen for deg som informant. Jeg vil sette av god tid til hvert intervju, for å gi deg mulighet til å svare utfyllende på spørsmålene. Intervjulengden vil variere noe, men jeg antar at det vil ta om lag en time. Intervjuene vil bli tatt opp med båndopptaker for senere å bli transkribert. Både lydopptak og det transkriberte materialet vil bli slettet når prosjektet er ferdigstilt og sensurert. Det er kun prosjektansvarlige som vil ha tilgang til informasjonen som innhentes i intervjuet. Alle personopplysninger og lydopptak vil bli slettet etter prosjektslutt. Masteroppgaven skal etter planen avsluttes i november 2016. Som deltaker i studien har du krav på at all informasjon om deg behandles konfidensielt. Alt datamateriale vil bli anonymisert, og lagret på sikret sted. Det skal ikke være mulig å identifisere noen av deltakerne i studien, og jeg vil hele tiden være bundet av taushetsplikten. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata AS. Førsteamanuensis Peer Møller Sørensen, Institutt for spesialpedagogikk, ved Universitetet i Oslo, er min veileder.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Jeg håper imidlertid at du kan tenke deg å være informant. Avtale om tid og sted for intervjuet blir gjort etter at du har tatt kontakt. Jeg tar sikte på å gjennomføre intervjuene i løpet av sommeren, enten hjemme hos deg eller på CatoSenteret – alt etter hva som passer best for deg.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Marianne Næss, på telefonnummer xxxx, eller på e-post-adresse: xxxx

Jeg setter stor pris på din deltakelse. Fint om du kan undertegne og sende vedlagt samtykkeskjema til Marianne Næss, xxxxxx. Jeg håper å høre fra deg innen **10.06.2016**.

Med vennlig hilsen

Marianne Næss
Logoped MNLL

Hege Bruun – Hanssen
Kvalitets- og utviklingskoordinator

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet

«Mennesker under rehabilitering. Erfaringer og tanker omkring det å ha en stemmevanske i tillegg til/eller som følge av annen sykdom eller skade.»

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien, og er villig til å delta.

.....

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg kan kontaktes på e-post eller telefon:

Sendes i vedlagt konvolutt til:

Marianne Næss
xxxxxx
xxxxxx

Vedlegg 2: Svar fra NSD



Peer Møller Sørensen
Institutt for spesialpedagogikk Universitetet i Oslo
Postboks 1140 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 12.05.2016

Vår ref: 48400 / 3 / ABS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.04.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>48400</i>	<i>Mennesker under rehabilitering. Erfaringer og tanker omkring det å ha en stemmevanske i tillegg til /eller som følge av annen sykdom eller skade</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Peer Møller Sørensen</i>
<i>Student</i>	<i>Marianne Dagny Elsa Næss</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.11.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Andreas Bratshaug Stenersen

Kontaktperson: Andreas Bratshaug Stenersen tlf: 55 58 30 19

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hårfagres gate 29 Tel: +47-55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr. 985 321 884
NSD – Norwegian Centre for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Marianne Dagny Elsa Næss



Formålet med prosjektet er å undersøke enkeltpersoners opplevelser av å leve med stemmevansker i tillegg til en mer synlig hoveddiagnose. Videre søker oppgaven å bidra til at helsepersonell og brukere får økt kunnskap om stemmevansker og en større bevissthet om hvordan stemmen er forankret i kropp og sinn.

Utvalget består av personer som har vært på rehabiliseringssenter, og at de har fått stemmevansker som følge av eller i tillegg til annen skade eller sykdom. En person på Catosenteret uten kjennskap til brukerne sender informasjonsskriv og kontaktopplysninger til student. Informantene tar selv kontakt dersom de er interessert i å være med i prosjektet.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet. Når det gjelder samtykket, bør dette forenkles. Samtykket slik det er skrevet nå, ligner mer på en kontrakt. Vi anbefaler at samtykkeerklæringen formuleres helt kort, f.eks. slik: "Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien," med plass for signatur og dato.

En del av inklusjonskriteriene for informantene er at de har en stemmesykdom i tillegg til annen sykdom. Personvernombudet tar høyde for at det kan fremkomme sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2-8 c.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat datamaskin, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.11.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Vedlegg 3: Intervjuguide

Innledning:

Takke for at vedkommende har sagt ja til å la seg intervju. Forklare hensikten med intervjuet. Antyde hva jeg er interessert i å få vite noe om. Forberede dem på at de kan få noen spørsmål de ikke har reflektert så mye over før. Det er kun opplysninger som fremkommer i løpet av intervjuet som skal brukes. Informere om anonymitetsbeskyttelse, og at ingen andre vil få lyttet til båndet. Mulighet for pause underveis. Er det noe de lurer på?

Bakgrunnsopplysninger:

<ul style="list-style-type: none">• Alder• kjønn	
<ul style="list-style-type: none">• Når ca. var du på CS sist?• Fikk du konsultasjoner med logoped da?• Er det mindre eller mer enn et år siden du fikk snakke med logopeden på CS?	
<ul style="list-style-type: none">• Type rehabilitering? Arbeidsrettet, kreft, kompleks, nevrologisk?	
<ul style="list-style-type: none">• Hva er din primærvanske?• Hvilken type stemmевanske hadde du? Funksjonell, nevrogen, organisk?	
<ul style="list-style-type: none">• Fikk du oppfølging av logoped før oppholdet på CS?• Hadde ønh-spesialist undersøkt stemmen din?	
<ul style="list-style-type: none">• Fikk du oppfølging av logoped etter oppholdet?	
<ul style="list-style-type: none">• Har du noen hobbyer?• Hva er din yrkesbakgrunn?• Er du i arbeid?	

Rehabilitering:

<ul style="list-style-type: none">• Hva vil du si er/var dine hovedutfordringer i rehabiliteringsprosessen? (Fysisk, psykisk)	
<ul style="list-style-type: none">• Hva slags informasjon fikk du om at din helsetilstand kunne påvirke stemmen?• Fikk du informasjon om dette før oppholdet på CS?	
<ul style="list-style-type: none">• Noen mener at helsepersonell eller andre kan la være å spørre om noen opplever problemer med stemmen fordi de er redde for å skape en tilleggsbelastning. Hva tenker du om dette?• Kan det virke sårende eller vil det være en lettelse å bli sett/hørt og forstått?• Føler du at stemmevansken din ble tatt på alvor?	
<ul style="list-style-type: none">• Hvem oppdaget dine stemmeutfordringer? Deg selv, pårørende, venner, legen, andre?	
<ul style="list-style-type: none">• Var du klar over at logopeder kan hjelpe mennesker med stemmen?	

<ul style="list-style-type: none"> Hvem henviste til logoped? Lege, ønh-spesialist, noen fra tverrfaglig team på CS? 	
<ul style="list-style-type: none"> Hva skjedde videre, etter henvisningen? 	
<ul style="list-style-type: none"> Fikk du rådgivning og veiledning av logoped på riktig tidspunkt i rehabiliteringsprosessen? Utdyp hvorfor? 	
<ul style="list-style-type: none"> Hva ble spesielt viktig for deg i stemmerehabiliteringen? (Stemmetekniske øvelser, pusteøvelser, mestring av stress, psykiske og/eller emosjonelle faktorer, forståelse av problemet/økt innsikt, tekniske hjelpemidler, miljøfaktorer, ande ting.) 	
<ul style="list-style-type: none"> Var det noen av de andre tilbudene på CatoSenteret som hadde overføringsverdi med hensyn til din stemme? 	

Stemmen før sykdom:

<ul style="list-style-type: none">• Kan du beskrive egen stemme slik den var før du ble syk/skadet? (Stemme kvalitet, stemmefunksjon).	
<ul style="list-style-type: none">• Hvilken kunnskap hadde du om stemme og stemmebruk den gangen?• Hadde du kjennskap til faktorer som kunne virke positivt og negativt inn på stemmen?	
<ul style="list-style-type: none">• Når du tenker tilbake på tiden før sykdommen/skaden, hvordan tolket du stemmene til andre mennesker?• Ble du påvirket av hvordan stemmene hørtes ut, eller tolket hvem personene bak stemmene var, eller hvordan de hadde det?	

Stemme forandringene:

<ul style="list-style-type: none">• Hva er tankene dine om hva som utløste stemmevanskene?	
<ul style="list-style-type: none">• Hvilke stemme forandringer opplevde du? Var det en gradvis prosess eller en tydelig relativt brå forandring?	
<ul style="list-style-type: none">• På hvilken måte påvirker/påvirket stemmeutfordringene deg som menneske? - På jobb. - Fritida og sosialt. - Selvtillit og egenverd. - annet?	

<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan opplevde du egen stemmekvalitet i løpet av rehabiliteringsforløpet? • Opplevde du noen endring eller bedring? • Var det faktorer som overrasket deg mht. hva som kan påvirke stemmen? • Hvordan tror du psykiske belastninger og stress kan påvirke kroppen og stemmen? 	
--	--

Stemme og identitet:

Tidligere har vi snakket om å tolke stemmene til andre. Hvis vi nå snakker om hvordan din stemme kan bli tolket av andre....

<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan tror du andre oppfatter og tolker stemmen din? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Har du opplevd at noen kommenterer stemmen din? Hvis ja, utdyp. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Noen vil hevde at stemmen er nært knyttet til vår identitet, og fungerer som et slags unikt og hørbart «fingeravtrykk» for den enkelte. • Hva slags tanker har du omkring dette? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Føler du at stemmen reflekterer/speiler den du er, din personlighet? 	

<ul style="list-style-type: none"> • Har du noen tanker om at det kan være lettere å bli møtt med forståelse når det gjelder synlige vansker fremfor usynlige vansker? Utdyp. 	
--	--

Avslutning:

<ul style="list-style-type: none"> • Se for deg at du møter andre som har stemmevansker i tillegg til andre utfordringer. Hva kan de lære av dine opplevelser og erfaringer? • CS kaller seg for mulighetenes senter. Hvordan opplevde du at dine behov og muligheter ble ivaretatt i rehabiliteringsprosessen? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Er det ellers noe du har lyst til å si, som vi ikke har fått snakket om ennå? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan synes du det har vært å delta på dette intervjuet? 	