



Uio • Universitetet i Oslo

Den opplevde stemmen

En narrativ litteraturstudie om opplevelsen av egen stemmevanske

Silje Arnesen

Masteroppgave i spesialpedagogikk
120 studiepoeng

Institutt for spesialpedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

Universitetet i Oslo
Vår 2020

Den opplevde stemmen; *En narrativ*

litteraturstudie om opplevelsen av egen

stemmevanske.

© Silje Arnesen

2020

«Den Opplevde Stemmen»

Silje Arnesen

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag:

Tittel: «Den opplevde stemmen»: En narrativ litteraturstudie om opplevelsen av egen stemmevanske

Bakgrunn, formål og problemstilling: Forskning viser at vansker med stemmen er noe mange opplever grunnet at stemmen påvirkes av ulike faktorer. Faktorer som kan ha en innvirkning på vanskens utvikling kan ha utgangspunkt i fysiologiske, miljømessige, psykologiske, emosjonelle, og/eller sosiale forhold. Mange som opplever å ha en stemmevanske (dysfoni), kan oppleve dette som en begrensning. Formålet med oppgaven er å belyse hvordan stemmevansker oppleves, og dermed anskueliggjøre interne emosjonelle og psykologiske prosesser som kan ha en innvirkning på hvilken grad en påvirkes av vasken.

Oppgaven har følgende problemstilling:

Hvordan opplever en person med dysfoni sin vanske?

Metode: Oppgaven er skrevet som en narrativ litteraturstudie hvor det er tatt utgangspunkt i forskningsartikler som ser på hvordan dysfoni oppleves. Litteratursøket er gjennomført i fire databaser, og totalt syv studier ble inkludert i oppgaven. Studiene er inkludert på bakgrunn av definerte inklusjons-og eksklusjonskriterier, samt identifisert gjennom systematisk søk. Datamaterialet består av både kvalitative og kvantitative data hvor kartleggingsverktøyene intervju, spørreskjema og selvrapporteringsskjema er brukt.

Resultater: Av de inkluderte studiene benyttet én seg av intervju, én studie brukte spørreskjema kombinert med selvrapporteringsskjema, to av studiene benyttet spørreskjema, og fire studier brukte en kombinasjon av flere selvrapporteringsskjemaer. Resultatene kan med utgangspunkt i de ulike formene for kartlegging av hvordan dysfoni oppleves, ikke direkte sammenlignes. Flere likheter i hvordan dysfoni oppleves går derimot igjen på tvers av studiene. De inkluderte studiene i denne oppgaven viser at opplevelsen av dysfoni er en mangesidig subjektiv erfaring som belyser et gjensidig påvirkningsforhold mellom dysfoni og psykososiale forhold.

Det er gjort følgende funn:

- Opplevelsen av dysfoni kartlegges gjennom subjektive kartleggingsverktøy som selvrapporteringsskjemaer, spesielt utviklede spørreundersøkelser, og intervju.
- Mange opplever at dysfoni reduserer livskvaliteten og at identitetsbildet påvirkes.
- Dysfoni påvirker psykososiale forhold som reduksjon av deltakelse på arbeidsplassen og i andre sosiale settinger, samt en forhøyning av negative følelser som angst, stress, frustrasjon, nedstemthet og fortvilelse.

Konklusjon: Det finnes få studier som bidrar til en eksplorerende fenomenologisk undersøkelse av hvordan dysfoni oppleves. Datamaterialet i denne oppgaven inkluderer studier med ulike typer kartleggingsverktøy, og en kan dermed ikke direkte sammenligne eller trekke endelige konklusjoner angående hvordan dysfoni oppleves. Funnene indikerer at for å forstå kompleksiteten av hvordan dysfoni oppleves og hvilke interne prosesser som inngår i hvordan en påvirkes, samt hvordan vansken håndteres, så bør en ta hensyn til et psykososialt perspektiv i kartleggingen. Opplevelsen av dysfoni er hvordan en person erfarer at dysfoni berører sansene, tankene, følelsene, og andre kognitive aspekter som kan føre til endringer i psykologiske og sosiale forhold. Funnene viser til at dysfoni er en sammensatt vanske som er i et gjensidig psykososialt påvirkningsforhold. Det er derimot et behov for mer forskning med et eksplorerende fokus som har som hensikt å undersøke opplevelsen av dysfoni og dens relasjon til psykososiale faktorer. Dette vil kunne bidra til videre utvikling av det logopediske fagområdet, slik at personer med dysfoni får en god og helhetlig behandling.

Forord:

Det kjennes godt å endelig skulle være ved målstreken av et studieforløp, og med det levere en oppgave som har vært både kunnskapsgivende, berikende og utfordrende. Over mange år har mye av min interesse og kapasitet vært rettet mot arbeid med stemmen. Det har derfor vært veldig spennende, interessant og lærerikt å fordype meg i dette emne gjennom et logopedisk perspektiv. Mer enn noen gang har jeg fått forståelse av hvor sammensatt stemmen er, og ikke minst hvor individuelt opplevelsen av en vanske med stemmen kan være. Arbeidet med denne oppgaven har gjort meg ydmyk ovenfor den store jobben det er å skulle gi en god og personlig tilpasset behandling til personer med dysfoni.

I mitt arbeid har jeg fått hjelp fra ulike hold. En takk til biblioteket for Humaniora og samfunnsvitenskap, UIO, og Jorid Løvbakk fra Statped Sørøst.

Jeg vil rette en stor takk til mine to veiledere Katrine Kvisgaard og Michael B. Lensing. Det har vært godt å vite at jeg har hatt veiledere som har vært mer enn villig til å gi rikelig av sin tid. Tusen takk til Katrine som har vært raus med oppmuntring og tillit, og som jeg har fått ha gode fagsamtaler med. Tusen takk til Michael som har utfordret meg til å hele tiden utvikle mitt perspektiv og tangeang gjennom gode spørsmål, tilbakemeldinger og samtaler.

En ekstra takk til familie og venner som har vært med min side. Takk for oppmuntrende ord, lyttende ører, og gode minnerike stunder midt i alt.

Takk,

Silje Arnesen, Juni 2020.

INNHALDSFORTEGNELSE

TITTEL: «DEN OPPLEVDE STEMME»: EN NARRATIV LITTERATURSTUDIE OM

OPPLEVELSEN AV EGEN STEMMEVANSKE	IV
1. INNLEDNING.....	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	3
1.2 HENSIKT, PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	3
1.3 BEGREPSAVKLARING	4
1.4 AVGRENSNING OG OPPGAVENS OPPBYGNING	5
<i>1.4.1 Avgrensning</i>	<i>5</i>
<i>1.4.2 Oppgavens oppbygning.....</i>	<i>5</i>
2. TEORI	7
2.1 DEN FUNKSJONELLE STEMME	7
<i>2.1.1 Anatomiske forhold.....</i>	<i>8</i>
2.2 DYSFONI	9
<i>2.2.1 Dysfoni og prevalens.....</i>	<i>10</i>
2.3 KLASSIFISERING AV DYSFONI	11
2.4 FUNKSJONELLE OG FUNKSJONELT-ORGANISK DYSFONI.....	12
<i>2.4.1 Tensjonsdysfoni.....</i>	<i>13</i>
<i>2.4.2 Psykogene stemmevansker.....</i>	<i>14</i>
2.5 ATFERD OG PSYKOSOSIALE FORHOLD.....	14
<i>2.5.1 Phono-trauma – en skadelig stemmeatferd</i>	<i>14</i>
<i>2.5.2 Det psykososiale aspektet</i>	<i>15</i>
2.6 KROPPSFENOMENOLOGI – OPPLEVELSEN AV EGEN STEMMEVANSKE.....	16
3. METODE.....	21
3.1 LITTERATURSTUDIE.....	21
<i>3.1.1 Narrativ litteraturstudie</i>	<i>22</i>
3.2 BAKGRUNN FOR VALG AV METODE	23
3.3 ETISKE HENSYN.....	23
3.4 SØKET	24
<i>3.4.1 Søkestrategi</i>	<i>24</i>
<i>3.4.2 Søkeord og Databaser</i>	<i>25</i>
<i>3.4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	<i>26</i>
<i>3.4.4 Det manuelle søket.....</i>	<i>28</i>
3.5 ARTIKKELUTVALG	28
IDENTIFIKASJON.....	29

SCREENING.....	29
VALGBARHET	29
INKLUDERT	29
3.7 VALIDITET, BEGRENSNINGER OG STYRKER	30
4. RESULTAT	32
4.1 HVORDAN KARTLEGGES OG BESKRIVES OPPLEVELSEN AV DYSFONI I DE INKLUDERTE STUDIENE?	36
<i>4.1.1 Hvordan kartlegges opplevelsen av dysfoni?</i>	<i>36</i>
<i>4.1.2 Hvordan beskrives opplevelsen av dysfoni</i>	<i>42</i>
4.2 HVILKE PSYKOSOSIALE OMRÅDER PÅVIRKES	43
<i>4.2.1 Hvilke symptomer rapporteres?</i>	<i>44</i>
<i>4.2.2 Årsak til dysfoni</i>	<i>45</i>
<i>4.2.3 Sosial påvirkning – aktivitet og deltakelse.....</i>	<i>46</i>
<i>4.2.4 Psykologisk og emosjonell påvirkning</i>	<i>47</i>
5. DISKUSJON	52
5.1 KORT SAMMENFATNING AV HOVEDFUNN.....	52
5.2 DISKUSJON AV INKLUDERTE STUDIER	54
5.3 DISKUSJON AV FUNN.....	56
<i>5.3.1 Hvordan kartlegges og beskrives dysfoni?</i>	<i>56</i>
<i>5.3.2 Hvilke psykososiale forhold påvirkes?</i>	<i>60</i>
5.4 KONKLUSJON	63
6. VEIEN VIDERE	65
7. LITTERATURLISTE	66

1. INNLEDNING

Det hevdes at stemmen reflekterer vår personlighet, og at ved bruk av stemmen kommer et indre liv til uttrykk. Når en derimot opplever å ha vansker med stemmen, vil dette dermed kunne ha en innvirkning på både psykososiale og fysiske forhold (Shewell, 2009). Forskning viser at stemmen ikke bare har et fysiologisk utgangspunkt i muskler og slim, men at den også kan påvirkes av andre faktorer som emosjoner, hormoner, og stress (Behlau, 2019). Videre omtaler forskning en sammenheng mellom personlighet og dens karakteristikk, og hvordan den kan ha en påvirkning på stemmen (Nelson & Bless, 2000). Store Norske leksikon [SNL] definerer personlighet som «de relativt stabile individuelle forskjellene hvordan ulike mennesker tenker, handler og føler på tvers av forskjellige situasjoner» (SNL, 2018).

Personlighetskarakteristikk omhandler hvordan et menneske reagerer og responderer (Roy, Bless & Heisey, 2000). Noen eksempler på personlighetstrekk kan være ekstroversjon. I motsetning til introversjon, beskriver ekstroversjon graden av positive følelser, hvorvidt en oppsøker sosiale settinger, og i hvilken grad man aktiv deltar i slike sammenhenger.

Mennesker med en høy grad av ekstroversjon har gjerne en følelse av tilhørighet, samt at de trives i sosiale sammenhenger (Roy & Bless, 2000; Roy et al., 2000; SNL, 2020).

Nevrotisisme er et annet personlighetstrekk som måler graden av negative følelser. Personer som har en høy grad av nevroisisme, har ofte en tendens til å bekymre seg, samtidig som de kan oppleve psykisk ubehag i form av angst, stress og depresjon. Dette trekket måler også graden av psykisk responstendenser (Roy & Bless, 2000; Roy et al., 2000; SNL, 2020). Roy et al. (2000) fant i sin studie at de fleste deltakerne som hadde funksjonell dysfoni var introvert, mens de fleste som hadde en funksjonelt-organisk vanske som for eksempel stemmeknuter, var ekstrovert. Det finnes også holdepunkter for å tro at ulike stemmekvaliteter kan reflektere ulike nevroisiske trekk, som at en luftpreget, ujevn stemme samt høy talehastighet kan assosieres med angst (Dreary, Wilson, Carding, & Mackenzie, 2003).

Både dyr og mennesker har stemme, men det som skiller mennesket fra andre dyrearter er evnen til å produsere språk. Stemmen kan også produsere musikk og den kan uttrykke følelser i form av toneleie og fraseringer, samtidig som en kan få utløp for følelser gjennom latter og gråt. Ved å høre en stemme kan vi i mange tilfeller karakterisere mennesket som produserer den (Colton, Casper, & Leonard, 2011). Tidligere forskning viser at stemmen kan reflektere både personlighet og helsetilstand (Colton et al., 2011). Stemmen er i en konstant endringsfase ettersom man vokser og utvikler seg både biologisk og emosjonelt (Colton et al.,

2011). Det er først når vi blir forkjølet og stemmen blir hes, når vi mister stemmen helt, når vi ikke lenger har samme styrke på stemmen, eller når vi ikke lenger når de samme tonene som før, at vi innser hvor dyrebar stemmen er og hvor avhengig vi er av at den fungerer godt. I selve produksjonen av stemmen, ligger det flere fysiologiske forhold til rette for at fonasjon (fonasjon defineres her som produksjon av lyd i strupehodet) skal finne sted (Store Medisinske Leksikon, [SML], 2019). For å produsere lyd, ligger det en forbindelse og et avhengighetsforhold mellom anatomi, fysiologi, nevrologi og akustikk (Colton et al., 2011).

For at logoped er skal gi best mulig behandling når det gjelder dysfoni, anses kunnskap om stemmeproduksjonens fysiologi som grunnleggende og høyst nødvendig. (Colton et al., 2011). Videre hevder Colton et al. (2011) at enhver som underviser i stemme, behandler stemme eller enkelt sett bruker stemme, har nytte av å kjenne til hvordan stemmen fungerer, og dermed hvordan man kan på en god måte kan ta i bruk teknikker som hindrer dårlige vaner og eventuelle vansker med stemmen. Den nære koblingen mellom stemmen, personlighet og emosjoner, vil kunne tjene som en direkte refleksjon av personens indre liv og trivsel, noe som dermed vil være med i logopedens vurdering i kartleggingsprosessen (Colton et al., 2011).

Et viktig aspekt i kartleggingsprosessen og vurdering av personer med dysfoni, er deres eget syn og opplevelse av vansken. Dette gjør seg især gjeldene når stemmevansker ikke nødvendigvis er organisk eller nevrologisk betinget, men derimot en vanske som i de fleste tilfeller oppstår på grunn av feil eller uhensiktsmessig bruk av stemmen (Colton et al., 2011; Reguhnathan & Bryson, 2019; Behlau, Madazio, & Oliveira, 2015).

Denne oppgaven er en litteraturstudie hvor jeg har sett på forskning der det er brukt ulike selvrapporteringsskjemaer, samt intervju og spørreskjemaer, for å kartlegge og skaffe en oversikt over opplevelsen av dysfoni. Forskning indikerer at flere ulike psykososiale faktorer kan påvirke stemmen, og som i sin tur kan ha en innvirkning på opplevelsen av egen stemmevanske. Å ta personen med dysfoni sitt perspektiv med i kartleggingen kan være avgjørende for vurdering av hvilken behandling som skal tilpasses den enkelte, og om behandlingen viser seg å være effektiv, ifølge brukeren selv.

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Stemmen er noe som de fleste av oss bruker i løpet av dagen. Man snakker sammen med kollegaer på kontoret, man underviser som lærer i et klasserom, man synger på en scene, man fremfører et skuespill, man selger varer over telefonen, man snakker med partneren sin, barna sine, dyrene også videre. Noen grupper mennesker er mer avhengig av stemmen enn andre. Noen kan fortsette i sitt arbeid selv med en stemmevanske. Andre vil oppleve dysfoni som begrensende, og at vansken kan føre til nedsatt funksjon i arbeidslivet. I tillegg kan vansken begrense frekvensen av deltakelse og aktivitet i andre sosiale settinger. Hvor mye stemmen belastes avhenger av hvilket yrke man har, og hvilke sosiale sammenhenger man befinner seg i. Samtidig vil egen stemmeatferd være avgjørende for hvordan stemmen belastes, både på arbeidsplassen, men også når det kommer til stemmebruk i hjemmet og i andre sosiale settinger.

Med bakgrunn som sanger, sangpedagog og klasseromslærer har jeg selv personlig erfart dysfoni, samt vært mottaker av logopedisk behandling. I tillegg har jeg hatt elever som har møtt på ulike vansker med sin stemme. Jeg fattet tidlig interesse for å hjelpe disse elevene med forebygging av stemmevansker, og har dermed videre utviklet en stor interesse for å øke kunnskap om selve stemmen og hva som eventuelt påvirker den, både av personlig interesse, men også for å kunne ta i bruk i undervisning eller behandling. For å kunne gjøre det, har jeg sett det som nødvendig å ha løpende kommunikasjon med elevene, for å få kjennskap til og kunnskap om hvordan de opplever sin egen vanske.

I mitt første år som masterstudent i logopedi, ble jeg kjent med ulike kartleggingsverktøy som måler opplevelsen av dysfoni og dens påvirkning på psykososiale forhold. Min interesse ble etter hvert spisset inn mot å undersøke om det fantes forskningsartikler med formål om å kartlegge hvordan personer opplever sin egen stemme som et eget fenomen, sett i lys av dysfoni.

1.2 HENSIKT, PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Hensikten med denne studien er å belyse viktigheten av personens egen opplevelse av dysfoni. Målsettingen er å sammenfatte studier som har brukt intervju, spørreundersøkelser og selvrapporteringsskjemaer for å innhente informasjon om personens opplevelse av egen

vanske, og som har undersøkt hvilken påvirkning dette kan ha på ulike psykososiale forhold. Dette kan dreie seg om hjemmeforhold, arbeidsforhold, psykologiske forhold og den enkeltes livskvalitet. Jeg har ønsket å se på forskning som tar for seg den subjektive opplevelsen av dysfoni, og om dette kan tilføre ny kunnskap til det logopediske fagområdet. Der logopeden oppsøker og opparbeider seg en god forståelse for hvordan dysfoni kan oppleves og hvordan dette kan ha en innvirkning på psykososiale forhold, vil muligheten for å planlegge og gjennomføre et individuelt tilpasset behandlingsprogram kunne bedres. Ved at denne muligheten bedres, vil en person med dysfoni ha bedre forutsetninger for et optimalt utbytte av behandlingen. Med dette som utgangspunkt, har jeg formulert en problemstilling med to underliggende forskningsspørsmål:

Problemstilling:

Hvordan opplever en person med dysfoni sin vanske?

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan kartlegges og beskrives opplevelsen av dysfoni?
2. Hvilke psykososiale forhold påvirkes av dysfoni?

1.3 BEGREPSAVKLARING

Dysfoni: Dysfoni brukes i denne teksten som et synonym til stemmevansker. I det store medisinske leksikon beskrives dysfoni som «smerter eller vanskeligheter ved stemmedannelse» (Store medisinske leksikon [SML], 2019).

Person med dysfoni: Jeg har forsøkt å være konsekvent med begrepsbruken som omhandler mennesker med dysfoni. Når det gjelder presentasjon og omtale av de inkluderte studiene, har jeg forsøkt å være tro mot studienes begrepsbruk, og en person med dysfoni kan dermed i denne delen omtales både som bruker, pasient, informant, respondent og deltaker, samt lærerstudenter, lærere og treningsinstruktører.

Psykososiale forhold: Psykososiale forhold er en samlebetegnelse for både psykiske og sosiale forhold som er av betydning når det gjelder generell helse og mental fungering. Sosiale forhold kan inneholde eksterne faktorer som yrke, arbeidsmiljø, hjemmeforhold, oppvekst, med mer. Psykiske forhold viser til en persons emosjonelle og kognitive håndtering av de ulike sosiale forholdene. Psykiske forhold kan innebære stress, angst, depresjon med mer (Colton et al., 2011).

1.4 AVGRENSNING OG OPPGAVENS OPPBYGNING

1.4.1 Avgrensning

Denne studien er en narrativ litteraturstudie hvor det er brukt publiserte artikler innen det logopediske fagfeltet som datamateriale. Den narrative tilnærmingen er et hensiktsmessig valg når jeg skal belyse problemstillingen min. Jeg ønsker å utforske personers opplevelse av egen vanske, og deretter kunne se dette i sammenheng med hvilken påvirkning det kan ha på psykososiale forhold, eller hvorvidt det er en gjensidig påvirkning. Den subjektive beskrivelsen av opplevelsen og hvordan den håndteres, kan systematiseres i mindre grad enn det en systematisk litteraturstudie vil kreve. Informasjonen som innhentes vil heller ikke kunne analyseres statistisk, og dermed heller ikke innfri kravene til den strenge fremgangsmåten en systematisk litteraturstudie etterspør.

Oppgavens fokus er ikke behandling av dysfoni, eller behandlingen i seg selv. Det er derimot et ønske om å undersøke hvordan ulike studier har prøvd å fange opp egenopplevelsen av dysfoni, og hvordan dette kan ha en påvirkning på psykososiale forhold.

Oppgaven er avgrenset til å omhandle funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni, som er nærmere beskrevet i teoridelen. Dysfoni med en nevrologisk bakenforliggende årsak er ikke tatt med.

1.4.2 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av 6 kapitler. I kapittel 1 redegjør jeg for bakgrunn, valg av tema, problemstilling og formålet med studien. Kapitlet inkluderer også begrepsavklaring, samt en beskrivelse av oppgavens avgrensning og oppbygning.

I kapittel 2 tar jeg for meg det teoretiske grunnlaget for denne narrative litteraturstudien. Først redegjøres det for begrepene «funksjonell stemme», og «dysfoni». Deretter gjør jeg rede for stemmevanskers prevalens og eventuelle risikofaktorer. Samtidig blir stemmevansker klassifisert og beskrevet. Videre utgreies det om forskjellige faktorer som kan ha en innvirkning på stemmevansker, som for eksempel en uhensiktsmessig stemmeatferd og psykososiale forhold. Til slutt beskrives kroppsfenomenologi, og hvordan dysfoni kartlegges.

Kapittel 3 er oppgavens metodekapittel. Her beskriver jeg hvordan en narrativ litteraturstudie blir definert, min søkestrategi og hvordan jeg har gått frem for å identifisere de inkluderte artiklene.

I kapittel 4 presenteres resultatene fra studien. Jeg sammenfatter hver av de syv inkluderte studiene først i en oversiktstabell, deretter presenteres resultatene i henhold til forskningsspørsmålene.

Kapittel 5 inneholder diskusjon av funn. Studiens funn diskuteres og knyttes opp mot forskningsspørsmålene, teori og forskning om emnet. I tillegg diskuteres de ulike kartleggingsverktøyene og i hvilken grad spørreskjemaene, de spesielt utviklede spørreundersøkelsene og intervju er egnet til å fange opp egenopplevelsen av dysfoni. Kapittelet avsluttes med en konklusjon.

Kapittel 6 omhandler veien videre og en vurdering av behov for videre forskning på feltet.

2. TEORI

For å forklare begrepet «dysfoni», ser jeg det som hensiktsmessig å belyse hva en normal stemme er og hva som først og fremst utgjør en funksjonell stemme. I tillegg ser jeg det som nødvendig å si noe om hva dysfoni er, dens kjennetegn og de ulike klassifikasjonene dysfoni inndeles i, i tillegg til prevalens av stemmevansker. Videre vil jeg presentere faktorer som kan påvirke en stemmevanske, som stemmeatferd, samt det emosjonelle og psykologiske aspektet. Det vil i tillegg redegjøres for hva kartlegging av dysfoni innebærer og hvordan kartleggingsprosessen forløper.

2.1 DEN FUNKSJONELLE STEMME

Hva som anses for å være en normal stemme, kan variere fra person til person og fra kultur til kultur. Stemmen beskrives av Behlau (2019, s. 670) som et «perseptuelt fenomen». En stemme kan oppleves, høres og forstås ulikt, og det er flere faktorer som alder, kjønn, etnisitet, kultur, og måten stemmen blir brukt på, som er med på å danne selve uttrykket (Behlau, 2019).

For å forstå hva dysfoni er, er det viktig å vite hva en funksjonell stemme er. En funksjonell stemme kan beskrives som å ha en «fri» eller «god» stemme, eller en stemme som fungerer godt og hvor det ikke oppleves noe form for ubehag (Shewell, 2009).

Stemme i seg selv er definert som lyden som oppstår når stemmebåndene vibrerer. Det er luftstrømmen som setter stemmebåndene i sving, og det er dermed pusten som både er stemmens kilde og drivkraft (Arder, 2007; Berke & Long, 2010; Shewell, 2009). Hver stemme er individuell i sitt uttrykk, og stemmens klangfarge eller «timbre», formes av både størrelsen og formen på resonansrommene, samtidig som den kan påvirkes av både emosjoner og vår fysiske og psykiske helse. (Arder, 2007; Shewell, 2009). Stemmen er altså mer enn bare slim og muskler. Stemmen påvirkes også av en kompleks hormonell mekanisme, noe som er av betydning når det gjelder kvinner da hormonene igjen påvirker stemmekvaliteten (Behlau, 2019; Martins et al., 2016).

Den frie eller gode funksjonelle stemmen er en stemme som er sunn, har en passende styrke, en passende tonehøyde, og som kan brukes ekspressivt og energisk over lengre tid, uten at det skjer en svekkelse av fleksibiliteten eller kvaliteten. Shewell (2009) hevder at man bør være i

stand til å kunne formidle de subtile emosjonelle uttrykkene et hvert yrke krever, uten at man opplever at man mister kontroll på stemmen. I tillegg til det som er nevnt, er det flere aspekter som er med på å bidra til en funksjonell stemme. En avspent kropp med god holdning danner en forutsetning for en fri pust, som igjen påvirker fonasjon og stemmen (Arder, 2007; Shewell, 2009). Der kroppen har for mye spenning, vil også magen være spent, og det vil være vanskeligere å senke diafragma tilstrekkelig ved innpust, noe som vil resultere i mer bruk av musklene fra brystkassen og opp i halsen, nakken og kjeven. Ved overdreven bruk av disse musklene, vil de bli overarbeidet og stramme, noe som kan føre til ulike former for kroppslige plager som vond rygg, spent kjeve, nakke etc. (Arder, 2007). Pusten fungerer som støtte og kontroll for stemmen, og er dermed avhengig av god bevegelighet av diafragma, samt en involvering av de abdominale musklene (Shewell, 2009). Ved bruk av de abdominale musklene, i motsetning til de øvrige musklene fra brystkassen og oppover, hevder Shewell (2009) at man mest sannsynligvis forhindrer at strupehodemuskulaturen kontraherer i den grad at man tvinger stemmen ut med for mye makt. Den funksjonelle stemmen skal altså forankres i en avspent kropp, der pusten er fri og har kontakt med kjernemuskulaturen (Shewell, 2009). Stemmen skal ha et balansert forhold mellom hode-, munn- og brystklang. For mye spenning i et ledd vil kunne skape en resonanskvalitet der stemmen vil lyde ubalansert (Shewell, 2009).

2.1.1 Anatomiske forhold

I selve produksjonen av stemmen, ligger det et avhengighetsforhold mellom flere elementer som respirasjon (pust til talen), fonasjon (vibrasjon av stemmebånd) og resonans (demping og økning av vibrasjonen i svelg- oral-, og nasale hulrommene), i tillegg til de psykofysiologiske elementene som tonehøyde, styrke og hastighet. Når det foreligger et uheldig bruk av en av disse, eller en kombinasjon av flere, kan dette resultere i dysfoni (Stemple, Roy, & Klaben, 2020). I tillegg til hvordan man produserer lyd, er strupehodets posisjon av betydning for dens funksjon som stemmeorgan. Har strupehodet ved tale eller sang over en lengre periode en forhøyet posisjon, kan dette føre til en forøkning i muskulære spenninger i både indre og ytre strupemuskulatur (Colton et al., 2011). Vedvarende muskulære spenninger kan lede til at stemmebånd og vev kan stivne til, og at det kan forekomme andre fysiske plager som vondt i nakken (Colton et al., 2011).

Å bruke stemmen på en daglig basis er som regel noe vi gjør og tar for gitt, og i de aller fleste tilfeller går det helt fint, men det kan være at ulike krav som stilles til stemmebruk over tid kan føre til en overbelastning. Det er ulike situasjoner og krav man befinner seg i som til slutt kan lede til en uhensiktsmessig bruk av stemmen. En uhensiktsmessig bruk av stemmen kan også forverres hvis man har tillagt seg uvaner i pustemønstre og kroppsholdning, eller hvis man har en livsstil som er bygget på dårlig søvn, ernæring og emosjonell ustabilitet (Colton et al., 2011). Eksempler på slike krav kan være å snakke over lengre tid, behov for et forhøyet stemmevolum over lengre tid, mangel på mikrofon i slike tilfeller, ulike akustiske forhold, variasjon i luftkvalitet, snakke over bakgrunnsstøy, eller krav om å måtte formidle med en overbevisende, inspirerende og sterk røst (Colton et al., 2011).

2.2 DYSFONI

Dysfoni brukes ofte som betegnelse på stemmevansker. Dysfoni defineres utfra avvik i stemmekvalitet, tonehøyde eller styrke. Dysfoni er en diagnose som kjennetegnes under ICD-10 kode R49.0 (World Health Organization [WHO], 2019, 10. revisjon). I juni 2018 ble den nyeste engelske versjonen av den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-11 lansert og gjort tilgjengelig for oversetting og implementering i hvert medlemsland. ICD-11 har per dags dato ikke blitt oversatt til norsk og implementert i Norge, med det finnes en elektronisk versjon på engelsk via Verdens Helseorganisasjon (World Health Organization) sin hjemmeside. Da ICD-10 ikke inneholder en beskrivelse av dysfoni annet enn «heshet», har jeg valgt å ta utgangspunkt i ICD-11 sin beskrivelse. ICD-11 beskriver dysfoni for «difficulty and/or pain in phonation or speaking» (WHO, 2018, 11. revisjon). Dysfoni er også noe som kan høres basert på alder, kjønn eller kulturell bakgrunn, hvis stemmen ikke er adekvat i forhold til gitte faktorer (Speyer et al., 2018). Dysfoni kan også være et avvik fra normal stemme som personen identifiserer og opplever selv, til tross for at andre ikke oppfatter at stemmen er annerledes (Stemple et al., 2020). Det finnes flere grunner som kan lede til dysfoni, som for eksempel en uhensiktsmessig bruk av stemmen (roping, skriking, høyt volum på talen, hosting og kremting) eller infeksjoner i halsen. Det kan være psykologiske eller emosjonelle forhold, revmatiske eller nevrologiske sykdommer. Fysiologiske årsaker som cyster, ødem, stemmeknuter eller polypper forbindes med stemmevansker, samtidig som kreft på stemmebåndene eller i strupen som følge av røyking kan føre til vansker med stemmen (Martins et al., 2016).

Det finner flere symptomer på stemmevansker som både kan forekomme hver for seg, eller i en kombinasjon av flere. Heshet, afoni (helt eller delvis bortfall av stemmen), smerte, stemmetretthet, endring i stemmekvalitet og ubehag ved bruk, regnes som hovedsymptomene på dysfoni (Pedrosa, Pontes, Pontes, Behlau, & Peccin, 2015).

Dysfoni kan føre til en negativ innvirkning på dagliglivet til den den som opplever disse vanskene. Det kan påvirke kommunikasjon med andre og sosiale og fysiske forhold (Cohen, Kim, Roy, Asche, & Courey, 2012). Eksempler på negativ påvirkning kan være sosial tilbaketrukkethet, depresjon, angst og/eller generelt nedsatt livskvalitet (Cohen et al., 2012).

2.2.1 Dysfoni og prevalens

Det har gjennom de siste 15-20 årene blitt gjort flere forsøk på å stadfeste prevalensen av dysfoni i befolkningen, men dette har vist seg å være utfordrende på grunn av flere faktorer. I de ulike studiene hvor dette har blitt undersøkt, har det vært mangel på samsvar når det gjelder definisjon av dysfoni, i tillegg til at det har forekommet metodologiske forskjeller når det gjelder utvalget og utvalgets størrelse (Roy, Merrill, Gray, & Smith, 2005; Van Houtte, Van Lierde, D'Haeseleer, & Claeys, 2009). Undersøkelsen som Roy og kollegaer gjennomførte i 2005, er regnet som den første hvor formålet var å stadfeste prevalensen av dysfoni i den generelle befolkningen (Roy et al., 2005). I denne studien definerte Roy et al. (2005) dysfoni som en «vanske der stemmen til enhver tid ikke fungerer, utfører eller høres ut som den vanligvis gjør, eller når vansken forstyrrer kommunikasjonen» (Roy et al., 2005, s. 1989, s. 1989, oversettelse av undertegnende). Studien viste at rundt 30% av befolkningen oppga å ha opplevd en stemmevanske på et tidspunkt i livet, mens rundt 7% oppga å ha en stemmevanske på undersøkelsestidspunktet (Roy et al., 2005). Senere forskning har videre vist at forekomst av dysfoni i utvalg som søker behandling, kan være mellom 1%-9%, noe som kan bety at det er mange mennesker som har dysfoni, men som ikke aktivt søker behandling (Behlau et al., 2015; Cohen et al., 2012; American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], 2020).

Forskning viser at både alder, kjønn og yrke kan påvirke prevalens for dysfoni (ASHA, 2020). Det er dokumentert at det er en sammenheng mellom et stemmekrevende yrke og økt risiko for en stemmevanske. Læreryrket synes å utprege seg mest (Martins et al., 2016). Videre er forekomst av dysfoni anslått å være høyere hos kvinner enn hos menn (Cohen et al., 2012).

En forklaring på dette kan være at det foreligger strukturelle forskjeller i anatomien hos kvinner og menn. Kvinnens stemmebånd er kortere, i tillegg til at kvinnens stemmeproduksjon har en høyere frekvens. Dette betyr at det er mindre vevsmasse som demper en større vibrasjonskraft i produksjonen av stemmen (Roy et al., 2005). Kvinnen har også mindre mengder av hyaluronsyre, en type syre som spiller en viktig faktor i reparasjon av sår. Dette betyr at kvinner ikke har samme mengde vev som beskytter og hjelper til i helbredelsesperioden av en stemmeskade, som for eksempel har kommet av en uhensiktsmessig stemmeatferd, som menn (Martins et al., 2016; Roy et al., 2005). Forskning viser også at det er en hyppigere forekomst av stemmevansker hos eldre mennesker. I denne gruppen kan det finnes mørketall, da flere regner stemmevanskene sine som er naturlig del av aldringsprosessen (Cohen et al., 2012).

2.3 KLASSIFISERING AV DYSFONI

Dysfoni er et bredt begrep og det fungerer som en samlebetegnelse for ulike typer vansker med ulike årsaker. Tradisjonelt klassifiserer man dysfoni i to hovedgrupper; organiske og funksjonelle stemmevansker (Van Houtte et al., 2009). Organiske stemmevansker er vansker hvor det foreligger en annen årsak enn uhensiktsmessig stemmeatferd, som for eksempel en strukturell forandring i anatomien, eller en nevrologisk årsak – det foreligger altså en skade av enten muskler eller nerver som direkte påvirker lydproduksjonen (ASHA, 2020; Behlau, Zambon, Moreti, Oliveira, & Couto Jr., 2017). Dette kan være stemmebåndparese, nevrologiske sykdommer som Parkinson og Multippel Sklerose, refluks, eller stemmeknuter, polypper og cyster (Behlau et al., 2015; Van Houtte et al., 2009). Funksjonell dysfoni er stemmevansker hvor det ikke foreligger fysiske eller strukturelle forandringer som årsak til opplevd nedsatt stemmefunksjon og kvalitet (Martins et al., 2016; Van Houtte et al., 2009). Funksjonelle stemmevansker har som regel sitt opphav i uhensiktsmessig stemmeatferd og/eller upassende stemmeteknikk (Behlau et al., 2015).

Selv om dysfoni tradisjonelt sett klassifiseres i to grupper, kan dette være problematisk da det er dokumentert at uhensiktsmessig stemmeatferd over lengre tid kan føre til strukturelle forandringer i strupehodet (Van Houtte et al., 2009). Dette betyr at en funksjonell vanske, hvor det i utgangspunktet ikke foreligger en fysiologisk årsak til vanskene, kan bli en organisk vanske i form av for eksempel polypper eller stemmeknuter. Denne formen for dysfoni forstås som en funksjonelt-organisk stemmevanske.

I denne oppgaven fokuseres det på dysfoni som i utgangspunktet grunnes i, eller som kan gjøre verre av en uhensiktsmessig stemmebruk. Det skrives dermed både om funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni. Studien inkluderer ikke organisk dysfoni hvor det foreligger en nevrologisk årsak.

2.4 FUNKSJONELLE OG FUNKSJONELT-ORGANISK DYSFONI

I studien til Van Houtte et al., (2009), er det mellom 24%-30% av de som har søkt behandling for dysfoni, som har funksjonell dysfoni. Flere studier peker på at funksjonell dysfoni er den type stemmevansker som forekommer hyppigst i alle aldersgrupper (Martins et al., 2016; Van Houtte et al., 2009). Funksjonell dysfoni er ikke definert som en egen diagnose i ICD-10 eller i ICD-11, men går derimot under dysfonidiagnosen. Som en klassifikasjon av stemmevansker, har det gjennom årene derimot ikke vært fullstendig enighet om hva slags kriterier en vanske må ha for å kunne defineres som funksjonell dysfoni.

I denne oppgaven brukes begrepet funksjonell dysfoni i overensstemmelse med Shewell, som et samlebegrep for stemmevansker hvor det i hovedsak handler om *bruken* av stemmen, og måten stemmen blir brukt på som fører til stemmevansken (Shewell, 2009). I engelskspråklig litteratur brukes ofte betegnelsen «behavioral dysphonia», som peker på at stemmevanskens kjerne handler om individets stemmeatferd (Behlau et al., 2015).

En funksjonell stemmevanske er en mangesidig vanske som ikke kan forklares ved en fysisk tilstand (Behlau et al., 2015). Når det gjelder definisjon og inklusjonskriterier for å klassifisere vansken, så finnes det som tidligere nevnt ikke enighet, men det er endog enighet om at det er en vanske satt sammen av disponerende eller utløsende faktorer. Faktorene som kan være med på å utløse funksjonell dysfoni, kan være uhensiktsmessig stemmeatferd eller psykologiske årsaker (Behlau et al., 2015). Det er som tidligere nevnt i utgangspunktet ingen strukturelle forandringer på stemmeorganet, men om en uhensiktsmessig stemmebruk vedvarer, kan musklene og andre strukturer bli overbelastet, og strukturelle forandringer kan dermed manifestere seg i form av polypper, stemmeknuter, ødem eller cyster på stemmebåndene (Colton et al., 2011). Det er ved en slik vedvarende overbelastning på stemmebåndene at den type stemmevansker karakteriseres som funksjonelt-organisk dysfoni. Funksjonell dysfoni kan, som nevnt, være følge av hvordan stemmen brukes, men kan også være forårsaket av for mye hosting og/eller kremting, og spenninger i muskulaturen i strupen,

nakken eller halsen. Videre kan en funksjonell dysfoni ha en psykologisk opprinnelse med utgangspunkt i hvordan et individ håndterer eller forholder seg til ulike faktorer som negative følelser som nedstemthet, bekymring, frykt, stress, angst og depresjon (Arder, 2007; Colton et al., 2011). Tensjonsdysfoni og psykogene stemmevansker som for eksempel afoni, er alle stemmevansker som medregnes innunder begrepet funksjonell dysfoni (Martins et al., 2016).

2.4.1 Tensjonsdysfoni

I likhet med funksjonell dysfoni, har tensjonsdysfoni (engelsk «muscle tension dysphonia») hatt flere betegnelser i den engelskspråklige litteraturen. Noen av begrepene som er brukt er; hypofunctional dysphonia, hyperkinetic dysphonia og isometric laryngeal dysphonia.

Etterhvert har begrepet «muscle tension dysphonia» vist seg å være den betegnelsen som er mest beskrivende for denne formen for stemmevanske (Pereirda, Lemos, Gadenz, & Cassol, 2017). Tensjonsdysfoni, som i Norge også er kjent under begrepene fonasteni eller stemmetretthet, kjennetegnes ved at det er en muskulær ubalanse i musklene som befinner seg i strupehodet og svelget (Sielska-Badurek et al., 2017; Van Houtte et al., 2009).

Tensjonsdysfoni kan både være en primær vanske og en sekundær vanske. Der hvor det ikke foreligger strukturelle forandringer i strupemuskulaturen, regnes tensjonsdysfoni for å være en primær vanske. Der hvor det foreligger strukturelle forandringer på stemmebåndene, ses vansken på for å være sekundær (Craig et al., 2015). Tensjonsdysfoni anses for å være den stemmevansken som har hyppigst forekomst blant alle stemmevansker. Vansken er ofte sett hos personer som har yrker som krever mye av stemmen, som for eksempel lærere, sangere, skuespillere, advokater og salgspersoner (Sielska-Badurek et al., 2017). En person med tensjonsdysfoni kan oppleve symptomer som smerte ved bruk av stemmen, stemmen kan også være hes eller luftpreget, og det kan forekomme tap av tonehøyde. Mange kan oppleve spenninger, følelsen av stramhet i muskulaturen eller en «klump» i halsen, og personer med tensjonsdysfoni kan i tillegg kjenne på følelsen av tap av kontroll over egen stemme (Colton et al., 2011; Pereira et al., 2017; Shewell, 2009). Tensjonsdysfoni er et resultat av at muskulaturen som brukes i fonasjon overanstreges. Årsaken til denne overanstrengelsen kan være sammensatt, hvor både emosjoner og stress, i tillegg til at andre aspekter, kan være bidragsgivende faktorer (Statped, 2017). I tillegg til bruk av stemmen på en uhensiktsmessig måte, kan tensjonsdysfoni også utløses av laryngitt eller en infeksjon i luftveiene eller i halsen, dersom stemmen ikke får nok tid til å leges før bruk (Statped, 2017).

2.4.2 Psykogene stemmevansker

Psykogen dysfoni og psykogen afoni er stemmevansker som antas å ha en psykologisk underliggende årsak. Hvor underliggende emosjonelle lidelser har en påvirkning på stemmeorganet, og det ikke er en forekomst av uhensiktsmessig bruk av stemmen eller strukturelle endringer i anatomien, brukes som regel begrepet psykogen dysfoni (Martins, Tavares, Ranalli, Branco, & Pessin, 2014). Med psykogen afoni menes det at stemmen er helt eller delvis borte og at personen kommuniserer ved hjelp av hvisking (Roy, Bless, & Heisey, 2000). ICD-10 registrerer afoni under kode R49.1 og inkluderer beskrivelsen «tap av stemme» (WHO, 2019, 10.revisjon). ICD-11 definerer afoni for «the inability to produce voice» (WHO, 2018, 11. revisjon). Det kan derimot forekomme episodiske vokaliseringsutbrudd, noe som betyr at det veksles mellom stemme og hvisking (Colton et al., 2011). I psykogen dysfoni er produksjon av fonasjon fremdeles intakt, men stemmen avviker i enten tonehøyde, volum og/eller kvalitet (Roy et al., 2000).

I likhet med tensjonsdysfoni, kan en psykogen stemme være hes, spent, luftig og overanstrengt, til tross for at den underliggende årsaken kan være ulik (Colton et al., 2011). Psykogene stemmevansker kan være en somatisering av en indre konflikt, hvor emosjonelt stress regnes for å være en av de mest fremtredende faktorene til stemmevansken (Shewell, 2009). Selv om årsaken til denne formen for stemmevanske er av psykogen opprinnelse, er den også fysisk dysfunksjonell grunnet at det er forstyrrelse i stemmeorganet, og stemmeproduksjonen er hindret (Shewell, 2009).

2.5 ATFERD OG PSYKOSOSIALE FORHOLD

2.5.1 Phonotrauma – en skadelig stemmeatferd

I engelskspråklig litteratur refereres det til begrepet «Phonotrauma» når det ligger en dysfunksjonell stemmeatferd til grunn for utviklingen av dysfoni. Phonotrauma kan oppstå når det kreves for mye av stemmebåndene, som for eksempel ved å snakke mye eller høyt (Stemple et al., 2020). Når man skal snakke mye eller høyt kreves det en økning av subglottalt trykk, samt en hard adduksjon av stemmebåndene. Med adduksjon menes lukke av stemmebåndene. Dette fører til et forhøyet press i strupen som sikrer at volumet er på et bestemt nivå (Colton et al., 2011). Harde glottale ansatser brukes for å beskrive en måte å produsere vokaler på. Harde glottale ansatser krever et økt subglottalt trykk. Dette trykket

forbindes med økt spenninger i strupemuskulaturen. Når spenningen i muskulaturen øker, resulterer dette i en plutselig og eksplosiv lydproduksjon. Dette betyr at stemmebåndene slås sammen på en eksplosiv måte (Colton et al., 2011). En slik vedvarende stemmeatferd kan resultere i inflammasjon, irritasjon, hevelse, samt en endring i elastisiteten av det beskyttende laget til stemmebåndene (Colton et al., 2011; Stemple et al., 2020). Annen vedvarende eller uhensiktsmessig atferd som kan være skadelig er skriking, roping, hosting og kremting. Til tross for at hosting og kremting fungerer som en naturlig reaksjon hvis man har slimansamling på stemmebåndene, eller hvis man får et fremmedobjekt i luftveiene, kan hard, aperiodisk adduksjon over tid, resultere i irritasjoner i slimhinnen eller blødning på stemmebåndene, som igjen kan lede til polypper som må fjernes kirurgisk (Colton et al., 2011; Shewell, 2009; Stemple et al., 2020).

2.5.2 Det psykososiale aspektet

Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet, er stemme noe som kan oppleves, høres og forstås, og det er flere bakenforliggende faktorer som er med på å forme dette perseptuelle fenomenet. I tillegg til at stemmen påvirkes av hvordan vi bruker den, påvirkes den også av emosjoner og holdninger, samtidig som den kan være en indikator for hva en person føler eller hvordan en person har det både følelsesmessig og fysisk (Stemple et al., 2020). Stemmen kan være en refleksjon av hva som foregår i kroppen, den er sensitiv til det som foregår rundt oss, og dermed hvordan vi håndterer ulike situasjoner som for eksempel kan være stressende (Stemple et al., 2020). I løpet av et liv vil vi møte på mange ulike situasjoner, hvor noen situasjoner kan oppleves mer emosjonelt eller psykisk stressende enn andre. Dette kan igjen være en forløper til dysfoni, men det kan også være den utløsende faktor (Stemple et al., 2020). Hvis det viser seg under kartlegging av vansken at det ikke foreligger en uhensiktsmessig stemmeatferd eller en fysiologisk årsak, vil det være av betydning å gjøre seg kjent med historien til personen og eventuelt ulike situasjoner som kan ha vært med på å fremprovosere en vanske med stemmen. På denne måten vil logopedene kunne få en forståelse om dysfoni kan være resultat av en emosjonell eller psykologisk triggende situasjon (Baker, 2008).

Det er flere studier og forskningsrapporter som gir holdepunkter for at det kan være en sammenheng mellom personlighet, psykososiale faktorer, og funksjonell dysfoni (Baker, 2008). I en sentral studie angående dette, utført av Roy et al. i år 2000, ble det undersøkt om

det kan være en sammenheng mellom personlighet og ulike typer av stemmevansker. Resultatene fra studien viste at mennesker med funksjonell dysfoni hadde en økt tendens til å bekymre seg, være engstelig, føle seg som et offer, eller oppleve livet som stressende, sammenlignet med andre mennesker med andre stemmevansker. Ifølge denne studien, rapporterer forfatterne om at det foreligger en mulig relasjon mellom funksjonell dysfoni og somatiske plager, personlighetstrekk som nevrotisisme og introversjon, samt psykiske lidelser som angst. Samtidig argumenterer studiens forfattere for at en vedvarende risikofaktor for utvikling av dysfoni kan være hvordan personligheten er strukturert og sammensatt (Roy & Bless, 2000; Roy et al., 2000; Stemple et al., 2020). En bedre forståelse av samspillet mellom personlighet og anatomiske og fysiske forhold, vil kunne være av betydning når det kommer til utarbeidelse av behandling for funksjonell dysfoni (Roy et al., 2000).

2.6 KROPPSFENOMENOLOGI – OPPLEVELSEN AV EGEN STEMMEVANSKE

I denne litteraturstudien er det opplevelsen av egen stemmevanske som danner bakgrunnen for forskningen. Det er dette som danner det fenomenologiske perspektivet, hvor det er fokus på menneskets bevissthet, opplevelser, erfaringer og forståelse for egen livsverd (Befring, 2015). I en kvalitativ forskningskontekst søker fenomenologien en forståelse av menneskers egen forståelse og opplevelse av ulike sosiale fenomener. Forskeren ønsker å forstå det mennesket med stemmevansken forstår og opplever (Kvale & Brinkmann, 2015). I arbeid med stemmen er det viktig å innse at det er kroppen som fungerer som et instrument, og at kroppen i seg selv er påvirket av flere ulike indre og ytre faktorer som arv, miljø, erfaringer og følelser (Arder, 2006). Da det helhetlige perspektivet er komplekst og inneholder både personlighet, kognisjon, ånd, kropp og erfaringer fra fortiden og nåtiden, virker dette perspektivet, hvor man ikke skiller mellom sinn og kropp, å være viktig for en som skal behandle dysfoni (Shewell, 2009). Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) var en fransk filosof kjent for sin kroppsfenomenologiske filosofi der menneskers opplevelse og forståelse av verden utfra et helhetlig perspektiv, var i fokus. I boken *Phenomenology of Perception* (2012), hevder Merleau-Ponty at det å oppfatte noe handler om å gjøre seg kjent med, ta hånd om, og finne egne veier i miljøet vi befinner oss i. Han hevder videre at oppfattelse har en kropp, og ved å ha en kropp, så bebor man verden. Oppfattelsen tar bolig i verden basert på håndfaste perspektiver. Oppfattelsen er ikke lenger bare en erfaring, men også en kombinasjon av vår intellektuelle, sosiale, personlige, og kulturelle selv-forståelse som er forankret i vårt vesen i verden (Merleau-Ponty, Landes, Carman, & Lefort, 2012). Vi møter

verden, og bor i og erfarer den ut fra vår egen forståelse, og perspektivene vi beskriver og sansene vi oppfatter med, er ulike.

The body cannot be compared to the physical object, but rather to the work of art (...). Just as speech does not merely signify through words, but also through accent, tone, gestures, and facial expressions, and just as this supplemental sense reveals not so much the thoughts of the speaker, but rather the source of his thoughts and his fundamental manner of being, so too poetry – while it may be accidentally narrating and signifying – is essentially a modulation of existence. (Merleau-Ponty et al., 2012, s. 152).

I boken *Hva er kropp?* Skriver Gunn Engelsrud (2006) at vi bringer med oss våre kropper som er personlig erfarende, subjektiv, og som er grunnleggende eksistensiell, inn i den verden vi lever i (s. 31). Vi er levde kropper som uttrykker oss om livssituasjon og livserfaring (Råheim, 2002). Vi opplever, oppfatter og sanser med hele oss; kropp, sjel og sinn, og vi *er* i verden. Råheim (2002) mener at hvordan vi uttrykker oss gjennom kroppen, og hvordan kroppen har en konstant strøm av kommunikasjon, også er relevant når det kommer til møtet mellom pasient og kliniker.

Kroppsfenomenologien understreker at som levde kropper i dyp samhörighet med omverdenen har mennesker grunnleggende erfaringer som skaper basis for felles kommunikativ grunn (...) Klinikerens sensitivitet når det gjelder å ta inn og fortolke den andres kroppslige ytringer, er kilde til kunnskap om hvordan pasienten opplever situasjonen her og nå, og viktig for den videre samhandling. Å kunne anvende slik informasjon på fruktbart vis er imidlertid avhengig av at klinikerens også retter oppmerksomheten mot sin *egen* måte å kommunisere på. Og det hele må sees i lys av den spesielle situasjonen. (Råheim, 2002, s. 2478-2479).

I en logopedisk sammenheng viser dette sitatet at det å være bevisst ovenfor hvordan andre mennesker kommuniserer, samt ha en forståelse for at man som behandler, behandler hele mennesket, vil kunne være av stor betydning i logopedens møte med og kartlegging av en person med dysfoni. Ved at logopeden utviser en evne til å lytte og være observant, vil logopeden kunne opparbeide seg en forståelse av hvordan dysfoni oppleves, og dermed være i en posisjon til å gi en god behandling.

2.7 KARTLEGGING AV DYSFONI

Et av de viktigste formålene med kartlegging i en logopedisk sammenheng er å kunne utarbeide en godt tilpasset behandlingsplan. Utarbeidelsen av en logopedisk behandlingsplan, forutsetter at man går gjennom de ulike komponentene en logopedisk kartlegging består av for å kunne identifisere hva slags stemmevanske som skal behandles, og hvordan denne vansken skal behandles (Behrman, 2005). The European Laryngeal Society (ELS) anbefaler at en omfattende kartlegging av dysfoni bør bestå av en auditiv persepsjonskartlegging, fysiske undersøkelser ved bruk av ulike instrumenter som for eksempel endoskopi, aerodynamiske og akustiske parametere, og bruk av selvrapporteringskjemaer (Dejonkercere et al., 2001). Patel et al. (2018) kommer med en lignende anbefaling for American Speech-Language - Hearing Association (ASHA). Lydproduksjon, og dermed stemmen, er et flerdimensjonalt fenomen bestående av anatomiske og biomekaniske forhold som produserer lyd som oppfattes av det auditive systemet. Der hvor det lar seg gjøre, er det ønskelig å kartlegge påvirkningen av en stemmevanske på alle forholdene ved innhenting av informasjon gjennom samtale, i tillegg til de andre metodene (Patel et al., 2018). Det er kombinasjonen av de ulike kartleggingsverktøyene som vil kunne kartlegge graden av vansken, hvilke anatomiske, biomekaniske og andre forhold som påvirkes, samtidig som denne form for kartlegging vil tillate å se vanskens påvirkning på personens daglige liv og livskvalitet (Patel et al., 2018). I artikkelen *Components of Voice Evaluation* (Reghunathan & Bryson, 2019) tydeliggjør forfatterne også viktigheten av en anamnese eller pasientsamtalen, for utførelsen av en helhetlig kartlegging.

Nedenunder presenteres og gjennomgås de ulike komponentene som inngår i en omfattende kartlegging. Det tas utgangspunkt i kartleggingsverktøy som anses for å være ofte brukt på internasjonal basis. Noen av verktøyene er derimot ikke validert for norske forhold.

Fysiske undersøkelser: Fysiske undersøkelser er noe som primært undersøkes av en øre-nese-hals lege, og innebærer ulike undersøkelser innen hode, nakke, strupehodet og av relevante muskler. Fysiske undersøkelser gjennomføres som regel før en får logopedisk behandling. For å opparbeide en forståelse av stemmevansken, er det formålstjenlig å undersøke om det kan foreligge funksjonelle og anatomiske avvik. Strupehodets struktur og funksjon kan visualiseres og undersøkes ved bruk av instrumenter som fleksibel og rigid videoendoskopi (Reghunathan & Bryson, 2019).

Anamnese: I den første timen vil det være viktig for logopeden å få en forståelse av personens beskrivelse og opplevelse av egen stemmeutfordring (Rehunathan & Bryson, 2019). En anamnese bør dermed inneholde en detaljert beskrivelse av stemmevansken som når den oppstod, symptomer, endring av kvalitet, tretthet, tonehøydeendringer, om personen opplever at det krever mer å produsere og bruke stemmen. I tillegg bør anamnesen inneholde sykehistorien, eventuell behandling, medisinbruk, medisinske tilstander, hvordan hjemme- og arbeidssituasjonen er for personen, og hvordan stemmen brukes fra dag til dag i form av vaner og hygiene (Rehunathan & Bryson, 2019). Til tross for at logopeden ikke skal drive behandling innenfor det psykologiske fagområdet, hevder Baker (2008) at det å kunne utføre et psykososialt intervju som en del av kartleggingen, burde ses på som en del av logopedens arbeid hvor en er forberedt på å kunne adressere og hjelpe personen med å håndtere psykososiale problemer. Hensikten med en omfattende anamnese er at logopeden skal kunne identifisere nyansene og mulige avvik i produksjon av stemme, samtidig som man for eksempel kan se nærmere på om det kan foreligge en sammenheng mellom bruk av medisiner og beskrivelse av vansken (Rehunathan & Bryson, 2019).

Auditiv persepsjonskartlegging: Vurderingen baseres både på formelle og uformelle metoder. Vurderingen baseres på pasientsamtalen hvor logopeden tar stilling til alvorlighetsgraden av vansken gjennom observasjon. Ved spontantale kan logopeden få et innblikk i ulike psykofysiologiske faktorer som stemmekvaliteten, tonehøyde, register, resonans, styrke og artikulasjon (Reghunathan & Bryson, 2019). Vurderingen kan også baseres på formelle og strukturerte metoder utført av logopeden, som systematisk beskriver stemmens funksjoner (Reghunathan & Bryson, 2019; Reetz, Bohlender, & Brockmann-Bauser, 2017). Et kartleggingsverktøy som blir tatt i bruk er GRBAS-skalaen som først og fremst vurderer graden av heshet (Dejonkercere et al., 2000). GRBAS står for Grade, Rough, Breathiness, Asthenia (stemmesvakhet) og Strain og regnes for å være «gullstandarden» med tanke på en auditiv persepsjonskartlegging (Reghunathan & Bryson, 2019). Et annet verktøy som ofte brukes er Consensus Auditory- Perceptual Evaluation of Voice (CAPE-V) hvor formålet er å beskrive stemmens egenskaper (Reghunathan & Bryson, 2019). Til tross for at disse verktøyene er ofte brukt i kartlegging av dysfoni, foreligger det ikke validerte oversettelser av GRBAS og CAPE-V på norsk. Auditiv persepsjonskartlegging av dysfoni i Norge baseres dermed på ustandardiserte funksjonsprøver som i likhet med GRBAS undersøker stemmens styrker, svakheter, kvalitet, registeromfang, klang og resonans (Ericson et al., 2017).

Selvrapporteringsskjema: Selvrapporteringsskjemaer anses for å være viktige redskap i kartlegging av dysfoni. Skjemaene gir tilgang til en form for informasjon som det er vanskelig å kartlegge med andre mer tradisjonelle verktøy. Selvrapporteringsskjemaer har blitt utviklet for å kunne gi logopedene bedre innsikt i personen sine vansker (Rehunathan & Bryson, 2019). Selvrapporteringsskjema er et subjektivt kartleggingsverktøy hvor fokuset er individets egen opplevelse av vansken (Behlau et al., 2015). Verktøyene kan gi informasjon om hvilken påvirkning dysfoni kan ha på livskvalitet, aktivitet og deltakelse i dagliglivet, fysiske hindringer og/eller smerter, og sosio-emosjonelle forhold (Behlau et al., 2015). Personens perspektiv bør alltid vektlegges i en kartlegging. Hvis personen ikke selv opplever at stemmevansken er problematisk, kan det hende at personen også ikke er av den forståelse at behandling for vansken behøves (Behlau, 2019). Det er endog viktig å bemerke at personens opplevelse av vansken basert på selvrapporteringsskjemaet, og logopedens auditive vurdering av vansken ikke alltid sammenfaller. Dette er noe logopeden kan belyse, og gjøre personen oppmerksom på, gjennom samtale med brukeren (Behlau et al., 2017). I tillegg argumenterer Behlau (2019) at det er viktig å få frem at det heller ikke alltid er en forbindelse mellom personens opplevelse, og den faktiske graden av vansken.

Det finnes flere typer selvrapporteringsskjemaer som kan brukes i logopedens kartleggingsarbeid. Noen skjemaer har som formål å kartlegge hvilken påvirkning en stemmevanske har på livskvalitet (Voice-Related Quality of Life - VRQoL), et annet skjema kartlegger tap av utholdenhet (Voice Performance Questionnaire), noen ser på hvilken begrensning en stemmevanske har på aktivitet og deltakelse (Voice Activity and Participation Profile -VAPP), andre kartlegger uførhet og symptomer (Voice Symptoms Scale), og så er det selvrapporteringsverktøy som har som hensikt å kartlegge individets opplevelse av vansken (Voice Handicap Index -VHI), (Behlau et al., 2015). VRQoL og VHI er selvrapporteringsskjemaene som er brukt mest på internasjonal basis i logopedens kartlegging av en stemmevanske, ifølge Rehunathan & Bryson (2019). VHI er også et selvrapporteringsskjema som er oversatt og validert for norske forhold, og som brukes hyppig i kartlegging av dysfoni (Statped, 2019).

3. METODE

I denne delen vil jeg presentere oppgavens metode og forskningsdesign. Jeg vil redegjøre for litteraturstudie som metode, og videre begrunne hvorfor oppgaven har en narrativ tilnærming. Det vil også bli redegjort for søkeprosessen som inneholder søkeordene, databaser, artikkelutvalg etc., i tillegg vil jeg belyse oppgavens styrker og begrensninger.

3.1 LITTERATURSTUDIE

En litteraturstudie er en studie hvor formålet er å gi leseren en objektiv og god oversikt over relevante teorier, kunnskap og faglige perspektiver innen et fagfelt som baserer seg på allerede publisert forskning (Befring, 2015; Green, Johnson, & Adams, 2006). Det er altså en studie hvor man studerer det som allerede finnes av litteratur (Støren, 2013). Denne type forskningsdesign skiller seg fra annen forskningsdesign ved at innsamling av data kommer fra publisert forskning, i motsetning til innhenting av data fra personer, som for eksempel gjennom et intervju (Green et al., 2006). I en litteraturstudie forholder forskeren seg innenfor et tydelig definert forskningsspørsmål. Det er ut fra forskningsspørsmålet forskeren foretar søk i litteraturen, og etter hvert sammenstiller de relevante treffene inn i en artikkel (Aveyard, 2019; Green et al., 2006).

Det finnes flere grunner til hvorfor en litteraturstudie kan være en viktig og hensiktsmessig forskningsmetode. En litteraturstudie kan brukes som en metode til å opparbeide seg en oversikt innenfor et spesifikt fagfelt, både for forskere, og for de som er i arbeid, som for eksempel logopeder (Johanssen, 2013). Ved å sammenfatte publisert forskning innenfor et aktuelt tema i én forskningsrapport, vil det være med på å gjøre det enklere for logopeder, som kan få relevant og aktuell informasjon. Det er tidkrevende, og dermed ikke å forvente, at logopeder skal lese gjennom alt av artikler i den fortløpende økende mengden forskning. I tillegg bidrar det å lese en og en forskningsrapport til at man ikke får et fullstendig bilde over det aktuelle temaet. Det er imidlertid viktig å være klar over at en forskningsrapport er én individuell studie som tar for seg én del av det aktuelle temaet. Annen viktig forskning, eller enkelte viktige faktorer kan dermed være utelatt (Aveyard, 2019; Green et al., 2006).

Det er også viktig å påpeke at det finnes ulike tilnærminger innenfor litteraturstudiet som metode. Det finnes i hovedsak tre former for litteraturstudier; systematisk litteraturstudie, narrativ litteraturstudie og meta-analyse (Aveyard, 2019; Green et al., 2006). Både

systematiske og narrative litteraturstudier havner innenfor kvalitativ metode, mens en meta-analyse derimot havner innenfor kvantitativ metode (Green et al., 2006; Hodgkinson & Ford, 2014).

I en systematisk litteraturstudie er de metodiske kravene strengere enn ved en narrativ litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie har eksplisitte kriterier for metodiske søk, kritisk vurdering og innsamling av tilgjengelig litteratur innenfor et ønsket emne. Med dette reduseres partiskhet, i tillegg til at søket er godt dokumentert, og dermed etterprøvbart av andre (Aveyard, 2019; Collins & Fauser, 2005). I en meta-analyse benyttes statistiske metoder for å sammenstille resultatene fra flere studier, i tillegg til anvendelsen av de strenge metodiske kravene i en systematisk litteraturstudie (Befring, 2015; Green et al., 2006).

3.1.1 Narrativ litteraturstudie

En narrativ litteraturstudie er ofte omfattende. Et av formålene med en narrativ litteraturstudie er at den skal kunne bidra til et overblikk over et ønsket tema, og dermed avdekke sammenhenger som kan bidra til refleksjon og drøfting (Baumeister & Leary, 1997; Green et al., 2006). I motsetning til en systematisk litteraturstudie, dekker en narrativ litteraturstudie et vidt spekter av utfordringer innenfor et tema, og den følger ikke nødvendigvis like strenge krav for søk, kritisk vurdering eller sammenfatning av litteratur (Collins & Fauser, 2005). Det er også dette som kan vise seg å være en svakhet ved dette designet. En narrativ litteraturstudie har en mer tydelig iboende subjektivitet, enn en systematisk litteraturstudie. Dette betyr at det er forskerens vurdering av utvalg for studien som ligger til grunn, noe som dermed kan resultere i partiskhet (Aveyard, 2019; Befring, 2015; Hodgkinson & Ford, 2014). En narrativ litteraturstudie er derimot en god metode når man ønsker å sammenfatte studier med ulike metodiske og tematiske tilnærminger, og hvor hensikten er å tolke på nytt, eller å sammenstille studiene på en annen måte. En narrativ litteraturstudie er også en relevant tilnærming fordi både kvalitativ og kvantitativ data kan inkluderes (Johannsen & Pors, 2013). Dette er noe som er aktuelt i min oppgave, hvor de sammenfattede studiene har ulike metoder og design. Studiene i oppgaven har både kvalitative og kvantitative data.

Selv om en narrativ litteraturstudie ikke følger de samme kravene for den metodiske prosessen, vil en viss form for systematikk og en god metodisk progresjon fremdeles være gjeldende (Green et al., 2006). For å få en god oversikt over materialet som tas med i en

litteraturstudie, vil det være behov for å systematisere kunnskapen gjennom søk, innsamling, vurdering og sammenfatting av det utvalgte materialet (Støren, 2013). I min oppgave har jeg derfor valgt å gjennomføre søkeprosessen på en systematisk og oversiktlig måte. Prosessen for hvordan artiklene inkluderes i oppgaven blir dermed tydeliggjort, og det er mulig å gjennomføre søket på nytt.

3.2 BAKGRUNN FOR VALG AV METODE

I denne masteroppgaven har jeg valgt å gjøre en narrativ litteraturstudie fordi tilnærmingen vil hjelpe meg å få en god og bred oversikt over temaet, i motsetning til en systematisk litteraturstudie hvor forskningsområdet er mer avgrenset. Til tross for at denne tilnærmingen ikke utviser en like rigid fremgangsmåte som en systematisk litteraturstudie, anser jeg tilnærmingen som hensiktsmessig, fordi målsettingen er å sammenfatte artikler som bidrar til en kunnskapsoversikt over temaet. Der hvor det i en systematisk litteraturstudie eller i en meta-analyse ville vært naturlig å søke etter artikler som ennå ikke er publisert, har jeg verken gjort dette, eller foretatt noen form for systematiske analyser av innsamlet data.

Det er ved tidligere forskning gjort flere enkeltstudier og systematiske litteraturstudier som omhandler effekten av ulike behandlingsprogram for ulike stemmevansker (Sielska-Badurek et al., 2017; Pedrosa et al., 2016; Craig et al., 2015). Dette dannet bakgrunnen for at jeg ønsket å fordype meg i menneskers opplevelse av sin egen stemmevanske. Intervju er en god metode for å innhente fenomenologisk, subjektiv informasjon. Spesielt når temaet omhandler personlige opplevelser. Jeg ønsket derfor å foreta søk i litteraturen for å undersøke om samme type eksplorerende fenomenologisk informasjon var rapportert der. Jeg anser en narrativ tilnærming for å være hensiktsmessig metode i og med at jeg ikke ser direkte på effekt av behandling. I denne oppgaven ser jeg heller på hvordan mennesker med funksjonelle og funksjonelt-organisk dysfoni opplever egen vanske, og hvordan dette kartlegges gjennom ulike verktøy og metoder.

3.3 ETISKE HENSYN

Når man skal i gang med et forskningsprosjekt, er det flere etiske spørsmål som skal besvares. Mye forskning dreier seg om å innhente data fra mennesker, og det blir dermed viktig å forsikre seg at dette blir gjort innenfor etiske retningslinjer. Personene som det blir innhentet data fra og om, skal beskyttes gjennom samtykke, taushetserklæring og gjensidig enighet og tillit (Creswell & Creswell, 2018; Kvale & Brinkmann, 2015). Som forsker, innebærer det et

ansvar å inneha en etisk forskningsatferd, noe som enkelt forklart betyr å oppføre seg ordentlig (Kvale & Brinkmann, 2015)

Ved en litteraturstudie vil det være andre etiske refleksjoner som vil gjøre seg mer gjeldene enn direkte personvern, som for eksempel kildekritikk. Å utvise kildekritikk, handler om at forskeren må undersøke hvilke kilder man har, hva slags kilder man har, hva som står i kildene og hva kildene kan brukes til (Kjelstadli, 1999). Ifølge Kjelstadli (1999), er kildekritikk «... et sett av håndverksregler som sier hvordan en skal behandle kilder for ikke å forvri den informasjonen en får ut av dem» (s. 169). Det å utføre en litteraturstudie krever også at forskeren forholder seg forholdsvis objektiv, i motsetning til å bare plukke ut det som passer eget syn på saken (Bowden, 2009).

Til tross for at det er et visst krav om objektivitet fra forskerens side, er hermeneutikken underliggende i denne oppgaven. Kvale og Brinkmann (2015) trekker frem noen av hermeneutikkens fortolkningsprinsipper som forskeren bør redegjøre for slik at leseren kan forstå forskerens rammer. Forskerens egen fortolkning av tekstens innhold, vil være sentralt i en narrativ tilnærming. Teksten bør forstås innenfor forskerens egen referanse- og forståelsesramme (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette er dermed med på å vise til oppgavens validitet. Validitet handler om at forskeren trekker korrekte beskrivelser, forklaringer og slutninger, og dermed ikke vender om på eller finner på informasjonen man tilegner seg (Maxwell, 2013).

3.4 SØKET

I denne oppgaven har jeg søkt etter relevant forskning i fire ulike databaser gjort tilgjengelig for meg gjennom Universitetet i Oslo, i tillegg til et manuelt søk. I det følgende vil jeg redegjøre for hvordan jeg har gått frem for å finne relevant forskning for å besvare min problemstilling. Jeg gjør rede for søkestrategien, søkeord og inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ligger til grunn for utvalg av publiserte studier. Jeg har forsøkt å ha en grundig og systematisk fremgangsmåte, slik at leseren blir gitt tilstrekkelig informasjon for å kunne etterprøve mine funn.

3.4.1 Søkestrategi

For å kunne innhente relevant litteratur som både er lett å identifisere, og som kan svare på den valgte problemstillingen, er en god søkestrategi ansett som viktig (Aveyard, 2019).

Søkestrategien inneholder flere steg som forskeren må ta stilling til, og som er til hjelp ved utformingen av søkestrengen. Noen av stegene innebærer at man tar i betraktning hva slags informasjon som er tilgjengelig, at man skal velge ulike databaser man skal foreta søk i, og at man deretter identifiserer nøkkelemner som søket skal sentreres rundt (Aveyard, 2019; Boland, Cherry, & Dickson, 2014).

I min oppgave ønsket jeg å se på opplevelsen til personer med dysfoni, og søkeordene som ble valgt måtte dermed kunne relateres til dette temaet. Det ble i perioden desember 2019 - februar 2020 gjort flere usystematiske søk i de valgte databasene med ulike søkeord og kombinasjon av disse. Dette ble gjort for å undersøke hvilke søkeord, kombinasjon av disse og eventuelle søkestrenger som kunne gi gode og relevante treff. Tidlig i prosessen ble søkeord som hadde med kartlegging å gjøre, som «assessment», «evaluation» og «examination» vurdert, men grunnet få relevante treff, og treff som i hovedsak omhandlet effekt av behandling, ble ikke denne kategorien av søkeord inkludert i søkestrengen. I identifisering og valg av søkeord, er det viktig å ha en forståelse for hvilke ord som best representerer det man ønsker å søke etter (Aveyard, 2019). Det er hensiktsmessig å tenke grundig gjennom hvilke søkeord en bruker, grunnet at begrep innenfor ulike fagområder kan utvikles over tid. Videre er det fordelaktig å forsøke å finne synonymer til disse, slik at relevant litteratur som bruker begrep som ikke lenger er i bruk, kan inkluderes (Aveyard, 2019). Basert på nøkkelord i ulike artikler og annen litteratur som ble tatt i bruk i utformingen av teorikapittelet, og artikler som jeg fant i de usystematiske søkene, utarbeidet jeg søkeord og en søkestreng som gav relevante treff i henhold til valgt problemstilling.

3.4.2 Søkeord og Databaser

I arbeidet med å finne frem til søkeordene, vurderte jeg å finne flere synonymer og alternative ord til «dysphonia». Ord som «phonation disorder», «phonatory disorder» og «vocal disorder» ble dermed vurdert. Disse ble derimot ikke med videre i prosessen, da flere kombinasjoner og sammensetninger av ulike alternative ord og synonymer til «dysphonia» og «voice disorder» ikke resulterte i flere relevante treff. For å inkludere flest mulige studier angående stemmevansker, ble ordene «dysphonia» og «voice disord*» brukt. «Perceive*» og «percept*» ble tatt med for å inkludere studier som fokuserte på brukerperspektivet, og hvordan de fornemmer sin vanske. «Impact*», «experience*» og «quality of life» ble brukt for å inkludere studier som fokuserte på brukerens opplevelse av stemmevansken og dens påvirkning. Til slutt ble ordene «psychological», «emotional», «stress», «anxiety», «control»

og «handicap» brukt på bakgrunn av teorigrunnlaget og nøkkelordene, for å begrense søket til studier hvor det var tatt høyde for stemmевanskens påvirkning på psykososiale områder. Videre ble søkeordene kombinert med OR og AND, i tillegg til bruk av trunkering (*), for å utvide søket ved å inkludere studier som baseres på stammen av ordet, og ikke eventuelle endelser og staveformer. En begrensning jeg satte på søket var at språket skulle være engelsk. Nedenfor er en oversikt over søkestrengen som ble utført i de fire databasene:

Tabell 1: Søkestreng

Dysphonia OR "voice disord*"	AND	Perceive* OR percep*	AND	Impact* OR experience* OR "quality of life"	AND	Psychological OR emotional OR stress OR anxiety OR control OR handicap
------------------------------	-----	----------------------	-----	---	-----	--

SØK 6. Mars
*- trunkering

Søkene ble foretatt i databasene Embase, Medline, Psychinfo, og Web of Science da dette er databaser som inneholder medisinsk, psykologisk og tverrfaglig forskning, og hvor mye av forskningen for det logopediske feltet registreres. Jeg foretok også prøvesøk i Idunn og Eric, men det gav ingen relevante funn. Videre brukte jeg Oria, Google Scholar og Science Direct i utarbeidelsen av søkestrengen. Det endelige søket ble utført 6.mars 2020, og gav totalt 908 treff. Ved bruk av Zotero, kunne jeg legge inn alle studiene og få en oversikt over alle duplikater, noe som forenklet inklusjons- og eksklusjonsprosessen. Tabell 2 viser en oversikt over antall treff i de ulike databasene.

Tabell 2: Oversikt over treff i databaser

Databaser	Treff
Web of Science	283
Medline	282
Embase	267
Psychinfo	76

Etter fjerning av duplikater, resulterte søket i 448 artikler (jmf Tabell 4).

3.4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved å utforme utvalgskriterier, begrenser man søket slik at man henter ut den mest relevante litteraturen innenfor temaet, og unngår dermed å få for mange treff (Støren, 2013).

Inklusjonskriterier beskriver hva som må til for at en publikasjon kan bli inkludert i den

narrative litteraturstudien. Det er kriteriene som definerer om studiet er valgbart (Boland et al., 2014). Utarbeidelse av gode og detaljerte inklusjons- og eksklusjonskriterier, vil fungere som en rettesnor under søks- og utvalgsprosessen fordi de vil kunne gi informasjon angående omfanget og relevansen til de ulike studiene, og litteraturstudien som en helhet (Aveyard, 2019). Følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier ble lagt til grunn for valg av studier:

Tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Primærstudier	Oversiktsartikler
Fagfellevurdert	Artikler som ikke omhandler funksjonell og funksjonell-organisk dysfoni
Artikler som omhandler funksjonell og funksjonell-organisk dysfoni	Artikler som ikke er engelskspråklige
Engelsk språk	Artikler som ikke fokuserer på opplevelsen av vansken og dens påvirkning
Forskningsartikler med fokus på brukerens opplevelse av dysfoni og dens påvirkning	Artikler som fokuserer på behandling eller effekt av behandling
Artikler som har brukt selvrapporteringskjemaer, intervju, og/eller survey som en del av studiet for informasjonsinnhenting	Artikler som sammenligner og ser på korrelasjon mellom ulike selvrapporteringsverktøy
Artikler som er analytiske studier (studier som forsøker å gi en forklaring på kausale forhold)	Artikler som har definert barn eller eldre med dysfoni som utvalg

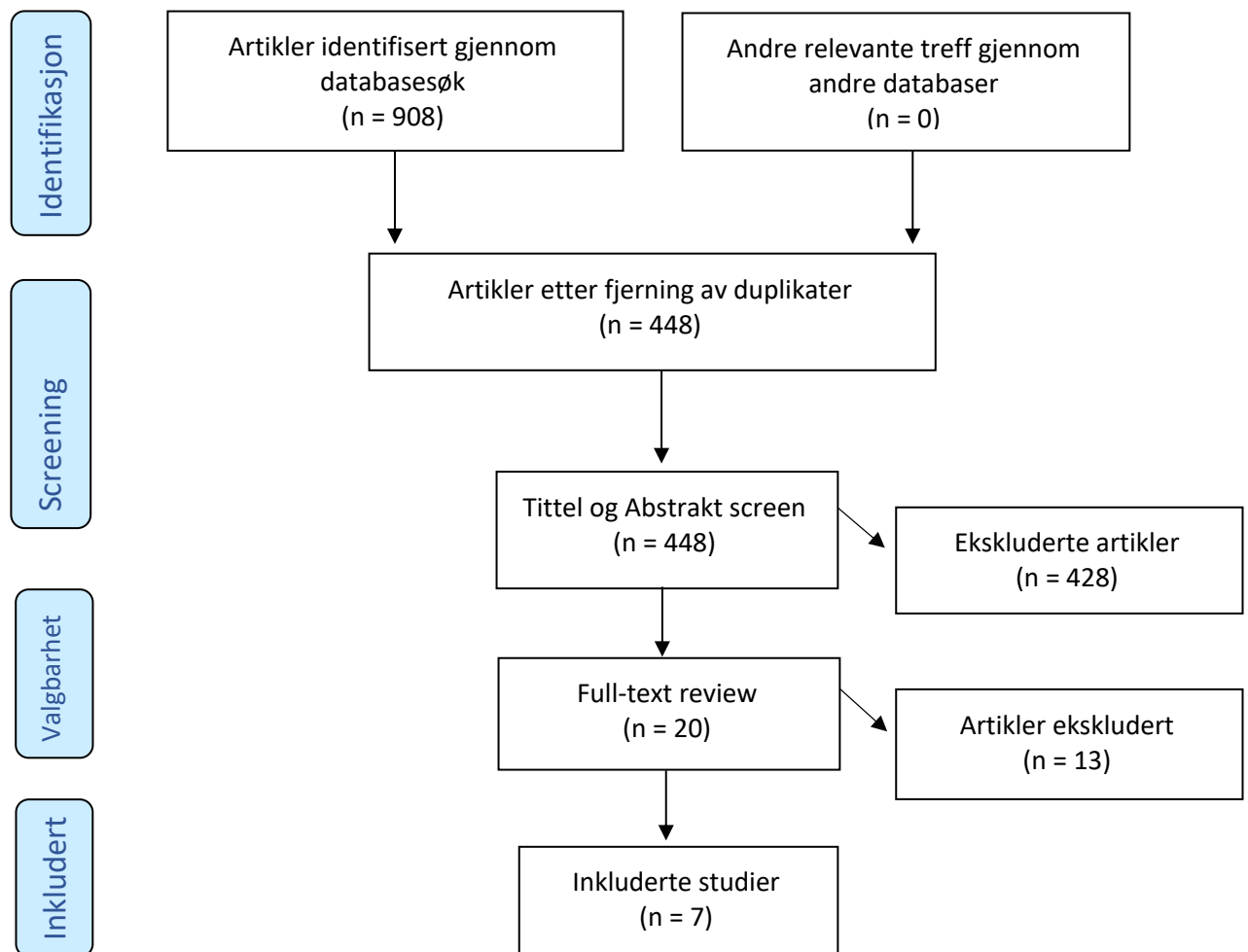
3.4.4 Det manuelle søket

Ved det manuelle søket, gikk jeg gjennom litteraturlisten på de inkluderte artiklene for studien, samt andre artikler som er brukt i teoridelen av oppgaven. Ved første gjennomgang virket det tilsynelatende som at det kunne være flere relevante artikler som kunne inkluderes i studien, men i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene var det ikke flere relevante treff når det gjelder temaet denne oppgaven undersøker. En av artiklene kom derimot med interessante funn da den belyser prevalensen av psykososiale engstelse i personer med stemmeplager, men grunnet at den ikke innfridde til kriteriet hvor studiet skal omhandle funksjonell og funksjonell-organisk dysfoni, kunne den dermed ikke inkluderes som en del av litteraturstudiet (Misuno et al., 2014).

3.5 ARTIKKELUTVALG

Artiklene ble i første omgang vurdert ut fra tittel og sammendrag, og en stor andel av artiklene kunne ekskluderes på grunn av at de ikke tilfredstilte inklusjonskriteriene. Flere av artiklene var oversiktsartikler (10), noen av treffene viste seg å være utdrag fra bøker, eller doktorgradsavhandlinger (10), mens en del av artiklene handlet om sammenlignings- og korrelasjonsstudier (31). Femtifem artikler handlet om validering av ulike kartleggingsverktøy, og til sammen 296 artikler beskrev ulike former for behandling, effekt av behandling, stemmevansker med nevrologiske årsaker, stemmevansker relatert til laryngektomi. I tillegg var det prevalensstudier, og studier med andre formål som ikke tilfredstilte inklusjonskriteriene. Flere studier ble ekskludert fordi de omhandlet barn eller eldre med dysfoni. Artikler med eldre med dysfoni er ikke inkludert med grunnet dysfoni i eldre anses for å være en vanlig følge av alderdom basert på endringer i fysiske, hormonelle og strukturelle forandringer (Bruzzi et al., 2017). Artikler med barn med dysfoni er ikke inkludert da funnene fra prøvesøkene tydet på at det var barnets verge som snakket på barnets vegne. Barnet har dermed ikke mulighet til å beskrive egen opplevelse av egen vanske. Noen studier ble ekskludert på grunn av at de var sammenligningsstudier mellom logopedens og personens opplevelse av stemmevansker. Etter en systematisk utvalgsprosess, ble totalt syv artikler inkludert i studien. Jeg vil nedenfor presentere et flytskjema med oversikt over utvalgsprosessen i tabell 4, samt en oversikt over de inkluderte artiklene:

Tabell 4: Flytskjema



Noen av artiklene ble valgt ut til full tekst review på bakgrunn at informasjonen gitt i tittel og sammendrag ikke var tilstrekkelig for å forstå hva studiet gikk ut på.

De inkluderte artiklene:

1. Dysphonia, Perceived Control, and Psychosocial Distress: A Qualitative Study (Misono et al., 2019).
2. Impact and prevention of voice problems in the teaching profession: embracing the consumers' view (Yiu, 2002).
3. Voice Problems of Group Fitness Instructors: Diagnosis, Treatment, Perceived and Experienced Attitudes and Expectations of the Industry (Rumbach, 2013).
4. The voice handicap of student-teachers and risk factors perceived to have a negative influence on the voice (Thomas, Kooijman, Donders, Cremers, & de Jong, 2007).

5. How Do Teachers With Self-Reported Voice Problems Differ From Their Peers With Self-Reported Voice Health? (Åhlander, Rydell, & Löfqvist, 2012).
6. Quality of life, self-perceived dysphonia, and diagnosed dysphonia through clinical tests in teachers (Bassi et al., 2011).
7. What are the illness perceptions of people with dysphonia: a pilot study (Buck, Drinnan, Wilson, & Barnard, (2007).

3.7 VALIDITET, BEGRENSENINGER OG STYRKER

Selv om grundighet er viktig i utførelsen av litteraturstudier, kan dette vise seg å være utfordrende for en forsker som er nybegynner på feltet, da det ikke er fullstendig enighet om en standard og validerte kriterier for forløpet (Green et al., 2006; Rolfe, 2006). Green et al. (2006) argumenterer at narrative litteraturstudier ikke egner seg som god evidens når det kommer til å foreta valg som angår pasienter. Green et al. (2006) sin argumentasjon grunner i at det tradisjonelt sett har vært mangel på krav om en redegjøring av metode for leseren. Jeg har i min oppgave derfor redegjort for metoden på en systematisk og etterprøvable måte, slik at validiteten av mine funn kan vurderes.

En svakhet ved narrative litteraturstudier er at valg tas ut fra en iboende subjektivitet hos den som foretar utvalget av materialet (Hodgkinson & Ford, 2014). Som tidligere nevnt stilles det heller ikke like strenge krav til fremstilling av metoden, som ved systematiske litteraturstudier (Collins & Fauser, 2004). Gjennom å tydeliggjøre hvordan jeg har gått frem, for eksempel ved å beskrive fremgangsmetoden, samt ved bruk av tabelloversikt, har jeg forsøkt å styrke validiteten til oppgaven. Det er som forsker viktig å bevisstgjøre sin egen partiskhet med hensikt om å minimere dette. Evalueringer som gjøres, baseres dermed mest mulig på dataen som er gjort tilgjengelig, og ikke på subjektivitet. (Green et al., 2006; Hodgkinson & Ford, 2014). En personlig interesse i emnet som undersøkes, anses å være viktig da det kan fungere som en motiverende faktor i forløpet (Aveyard, 2019). Samtidig som en personlig interesse kan være en styrke for studien, kan det også være en svakhet ved at man dermed ikke er bevisst egne holdninger, perspektiver og meninger – derav partiskhet, noe som derfor kan lede til at personlige og feilaktige vurderinger og evalueringer gjøres. Ved å holde seg selv ansvarlig for eventuell partiskhet og personlige perspektiver, vil dette reflekteres gjennom beskrivelse av funn, og til slutt ved trekning av konklusjon, noe som igjen vil styrke validiteten til studiet (Machi & McEvoy, 2016).

I tillegg til personlig partiskhet, bør en som forsker også være klar over at publikasjonspartiskhet, eller publikasjonsskjevhet kan forekomme. Sterne, Egger og Moher (2019) mener at det kan være vanskeligere å finne all relevant forskning om et emne, på grunn av at det er større sannsynlighet for at forskning med positive resultater publiseres, enn forskning der resultatene ikke viser at en intervensjon har gjort endring. Jeg har i min oppgave ikke lett etter artikler som ikke er publiserte, noe som dermed kan bety at et annet synspunkt ikke kan utelukkes på grunn av dette.

Ved gjennomføring av en litteraturstudie, krever det en metodekompetanse som handler om forskerens evne til å hente inn relevant informasjon på en god og strukturert måte, gjennom utarbeidelse av en god søkestrategi (Støren, 2013). Litteratursøket er gjennomført av undertegnede alene, og på bakgrunn av det kan flere momenter i søkeprosessen være med på å begrense styrken av oppgaven. Til tross for veiledning av bibliotekar i hvordan foreta søk i databaser, og å formulere en søkestreng, er det undertegnede som har utarbeidet søkestrengen og utført søket, og viktige søkeord og kombinasjoner av disse kan dermed ha blitt oversett. Det er første gang jeg gjennomfører en narrativ litteraturstudie og min metodekompetanse kan være mangelfull. Dette vil derfor kunne være en begrensning for styrken av oppgaven. Ved inklusjon av artikler, er det gjort individuelle vurderinger hvorvidt artiklene samsvarer med de valgte utvalgskriteriene. Det kan ha medført feilaktige vurderinger, og dermed feilaktig eksklusjon av artikler. Jeg har med tanke på nevnte begrensinger og potensielle svakheter ved oppgaven derfor forsøkt å redegjøre for metodens forløp på en systematisk måte.

4. RESULTAT

På bakgrunn av problemstillingen «Hvordan opplever en person med dysfoni sin vanske?», og de følgende forskningsspørsmålene: «Hvordan kartlegges og beskrives dysfoni?», og «Hvilke psykososiale forhold påvirkes av dysfoni?» presenteres resultatene som fremkommer i de inkluderte studiene, i dette kapitlet. Innledningsvis introduseres Tabell 5 med en oversikt over de syv utvalgte studiene, deres formål, utvalg, metode og funn. Resultatene fra studiene redegjøres for i egne underkapitler knyttet til hver av forskningsspørsmålene.

<p><i>Artikkel 3</i></p>	<p>livskvalitet, aktivitet og deltakelse i yrket, og andre sosiale settinger.</p>	<p><u>Alder</u>: M= 38.32 <u>Yrke</u>: Treningsinstruktører</p> <p>Åtte treningsinstruktører (21.05%) hadde funksjonell dysfoni, 30 treningsinstruktører (78.95%) hadde funksjonelt-organisk dysfoni.</p>	<p>men samme skjema har blitt brukt i en tidligere studie av samme forfatter.</p>	<p>cyste, blødning på stemmebåndene, kronisk laryngitt, og tensjonsdysfoni. Dysfoni hos treningsinstruktørene hadde en negativ påvirkning på livskvalitet, aktivitet og deltakelse i yrket, samt en negativ påvirkning på deres sosiale liv. Vanskene ble ikke vurdert opp mot andre grupper</p>
<p>KOMBINASJON AV ULIKE KARTLEGGINGSVERKTØY</p>				
<p>Thomas et al., (2007), Nederland</p> <p><i>Artikkel 4</i></p>	<p>Kartlegge psykososial påvirkning av dysfoni hos kvinnelige lærerstudenter med og uten dysfoni.</p>	<p>457 kvinnelige lærerstudenter respondenter. 144 kvinner fra den generelle befolkningen, uten stemmekrevende yrker, ble brukt som referansegruppe. <u>Kjønn</u>: 457 Kvinner med dysfoni, 144 kvinner som referanse <u>Alder</u>: Lærerstudenter: M=20, referansegruppe: M=32 <u>Yrke</u>: Lærerstudenter Yrket til referanseutvalg er ikke angitt</p>	<p>Spørreundersøkelse utviklet for studien. Spørreskjemaet er ikke standardisert. Selvrapporteringsskjemaet VHI ble brukt i tillegg.</p>	<p>Lærerstudenter med dysfoni skårer signifikant høyere på VHI og på spørreundersøkelsen, sammenlignet med lærerstudentene uten dysfoni, og referansegruppen. Funnene viser at lærerstudentene opplever at dysfoni har en negativ påvirkning på psykososiale områder.</p>
<p>Åhlander et al., (2012), Sverige</p> <p><i>Artikkel 5</i></p>	<p>Identifisere og differensiere etiologiske årsaker i lærere med selvrapporterte stemmevansker, fra deres kollegaer uten stemmevansker.</p>	<p>31 lærere med stemmevansker (Gruppe 1), og 31 lærere som kontrollgruppe (Gruppe 2). <u>Kjønn</u>: 26 kvinner, 5 menn i begge gruppene. <u>Alder</u>: Gruppe 1: M=48,7. Gruppe 2: M= 44,6 <u>Yrke</u>: Lærer</p>	<p>Dataene kom fra fysiske undersøkelser, opptak av stemmen, VRP, audiogram, selvrapporteringsskjemaer, VAS, VHI, JCQ, SMBQ, UCL og SSP</p>	<p>Årsaken til stemmevansker hos lærerne er ikke funnet. Resultatene viser at lærerne med stemmevansker skårer signifikant høyere på VAS, og på alle underskalaene til VHI-T, enn kontrollgruppen. Funnene viser også at opplevelsen av stemmevansker ser ut til å baseres på en kombinasjon av symptomer, hvordan de opptrer, og hvor lang tid det tar å komme seg.</p>

<p>Bassi et al., (2011), Brasil</p> <p>Artikkel 6</p>	<p>Undersøke påvirkning av dysfoni på livskvalitet, og om det er en sammenheng mellom livskvalitet og graden av dysfoni.</p>	<p>88 deltakere med funksjonell – og funksjonell-organisk dysfoni, som fikk logopedisk behandling <u>Kjønn</u>: 88 kvinner <u>Alder</u>: M= 38 <u>Yrke</u>: Lærere</p>	<p>Dataene kom fra en fysisk undersøkelse, GRBAS og selvrapporteringsskjema VAPP.</p>	<p>Skårene på VAPP er over gjennomsnittet, og indikerer at funksjonelle- og funksjonelt-organiske stemmevansker har en på negativ påvirkning på livskvalitet. Funnene viser også graden av dysfoni, ikke kunne korrelere med påvirkning på livskvalitet. Videre observeres det at den negative påvirkning av dysfoni på livskvalitet, kommer av personens egen syn på og opplevelse av vansken.</p>
<p>Buck et al., (2007), Storbritannia</p> <p>Artikkel 7</p>	<p>Undersøke sykdomsopplevelsen hos mennesker med dysfoni.</p>	<p>50 pasienter diagnostisert med funksjonell og funksjonell-organisk dysfoni <u>Kjønn</u>: 40 kvinner, 10 menn <u>Alder</u>: M= 52 <u>Yrke</u>: Ikke angitt</p>	<p>Selvrapporteringsskjemaene: IPQ, VPQ, the Hospital Anxiety and depression scale, og en fiberoptisk undersøkelse, GRBAS</p>	<p>Funnene viser at deltakerne hadde varierende opplevelse av hvordan vanskene påvirket livet. Funnene viser at de med funksjonell dysfoni rapporterte større negativ påvirkning og konsekvenser, lavere grad av kontroll og en økning av negative følelser som angst. Funnene viser også at de med funksjonelt-organisk dysfoni rapporterte lavere grad av negativ påvirkning, færre negative konsekvenser, og høyere grad av kontroll.</p>

M= mean age =gjennomsnittsalder

GRBAS: Forkortelse for Grade of Roughness, Breathiness, Asthenia og Strain. → Undersøkelse som utføres av logoped. Undersøker tonekvalitet, graden av luftpreg, stemmesvakhet og anstrengelse, som tilsammen vurderer graden av vansken.

HAD: Forkortelse for Hospital Anxiety and Depression scale → Selvrapporteringsskjema som kartlegger symptomer på angst og depresjon (Leiknes, Dalsbø, & Siqveland, 2016).

IPO: Forkortelse for Illness Perception Questionnaire → Selvrapporteringsskjema som undersøker personers oppfatning og opplevelse av deres sykdom.

JCQ: Forkortelse for Job Content Questionnaire → Selvrapporteringsskjema som undersøker psykososiale trekk i arbeid ifølge en høy etterspørsel- lav kontrollmodell.

SMBQ: Forkortelse for Shirom-Melamed Burnout Questionnaire → Selvrapporteringsskjema som undersøker symptomer på utbrenthet.

SSP: Forkortelse for Swedish Universities Scale of Personality → Selvrapporteringsskjema som undersøker den mulige forbindelsen mellom personlighet og stemmevansker.

UCL: Forkortelse for The Utrechtse Coping List → Selvrapporteringsskjema som undersøker hvordan individer mestrer stressende situasjoner, og hvilken påvirkning dette kan ha på emosjoner og stemmen.

VAPP: Forkortelse for Voice Activity and Participation Profile → Selvrapporteringsskjema som undersøker hvilken påvirkning stemmevansker kan ha på daglig deltakelse og aktivitet.

VAS: Forkortelse for Visual Analog Scale → Selvrapporteringsskjema som undersøker deltakernes opplevelse av stemmens status.

VHI: Forkortelse for Voice Handicap Index → Selvrapporteringsskjema som undersøker hvordan en stemmevanske oppleves.

VHI-T: Forkortelse for Voice Handicap Index → Selvrapporteringsskjema som undersøker hvordan en stemmevanske oppleves med en tillagt underskala for hals

VPO: Forkortelse for The Vocal Performance Questionnaire → Selvrapporteringsskjema som undersøker alvorlighetsgraden av deres stemmevansker i forhold til normal stemme.

VRP: Forkortelse for Voice Range Profile → Auditiv undersøkelse som spilles inn. Undersøker en persons evne til å produsere lyd med både maksimum og minimum intensitet, og lavest og høyest frekvens. Innspringingene representeres grafisk.

4.1 HVORDAN KARTLEGGES OG BESKRIVES OPPLEVELSEN AV DYSFONI I DE INKLUDERTE STUDIENE?

Dette underkapittelet omhandler hvilke funn som er gjort i henhold til hvordan dysfoni kartlegges og beskrives i de utvalgte studiene. Det redegjøres for hvilke kartleggingsverktøy hver av studiene har benyttet. Samtidig inneholder dette underkapittelet en beskrivelse av kartleggingsverktøyenes utforming, hvordan de brukes for å undersøke opplevelsen av dysfoni og hva kartleggingsverktøyene kartlegger. Underkapittelet belyser også to av de utvalgte studiene hvor deltakernes egne beskrivelser av dysfoni er inkludert. Hovedmålet med oppgaven er å se på den subjektive opplevelsen, og det tas dermed utgangspunkt i kartleggingsverktøyene hvor personer selv rapporterer. Kartleggingsverktøyene som fremheves er intervju, spørreundersøkelser og selvrapporteringskjemaer.

4.1.1 Hvordan kartlegges opplevelsen av dysfoni?

Det er metoden for innhenting av relevant informasjon angående hvordan dysfoni oppleves som skiller studiene fra hverandre. Misono et al. (2019) gjennomførte en kvalitativ studie og benyttet seg av intervju. Både Rumbach (2013), Yiu og Thomas benyttet seg av en spørreundersøkelse for å undersøke respondentenes opplevelse av egen dysfoni. Yiu (2002) brukte spørreundersøkelse for å undersøke påvirkning og forebygging av dysfoni i læreryrket. Thomas et al. (2007) brukte VHI i tillegg til spørreundersøkelsen i sin kartlegging. De tre resterende studiene, Åhlander et al. (2012), Bassi et al. (2011) og Buck et al. (2007), brukte en kombinasjon av flere kartleggingsverktøy, som oversikten i Tabell 5 viser.

4.1.1.1 Intervju

Misono et al. (2019), benyttet seg av et semistrukturert intervju. Intervjuet tok utgangspunkt i en intervjuguide, men la til rette for og oppmuntret til samtale hvor informantene kunne kommentere, legge til, og komme med utfyllende svar. Undersøkelsen hadde en fenomenologisk tilnærming, hvor hensikten var å gjøre seg kjent med informantenes opplevelser og perspektiver. Formålet med undersøkelsen var å kartlegge en mulig sammenheng mellom følelser og stemmens funksjon, samt informantenes opplevelse av kontroll over dysfonien. For å få en oversikt over sammenhengen mellom stemmens funksjon, negative følelser og symptomer, ble informantene bedt om å beskrive hvordan stress og engstelse kunne påvirke deres stemme og om de noen ganger hadde fysiologiske symptomer som for eksempel sår hals, som også kunne ha en negativ påvirkning på stemmen.

Informantene ble videre bedt om å beskrive en situasjon hvor deres tensjonsdysfoni hadde påvirket dem negativt. Med utgangspunkt i intervju som et kartleggingsverktøy, kan forfatterne få en oversikt over forskjellige faktorer som kan bidra til en negativ påvirkning på stemmen og dens funksjon. Forfatterne har dermed mulighet til å dele inn svarene i tematiske undergrupper som for eksempel belyser hvordan symptomer som heshet, muskelspenninger eller «klump i halsen» og negative følelser kan komme til syne i ulike situasjoner. Informantene ble også spurt om å beskrive strategier de tok i bruk for å håndtere symptomene og de negative følelsene som følge av stemmevansken, samt si noe om hvilke tilnærminger som enten var til hjelp, eller virket mot sin hensikt.

4.1.1.2 Spørreundersøkelse

Yiu (2002), Rumbach (2013) og Thomas et al. (2007) hadde til felles at de brukte spørreundersøkelser som var spesielt utviklet for hver av studiene til kartlegging av opplevelsen av dysfoni. Thomas et al. (2007) brukte selvrapporteringsskjemaet VHI i tillegg til spørreskjemaet. De tre studiene ligner på hverandre i både hva som skal undersøkes, og hvordan det kartlegges til tross for at spørreundersøkelsene ikke er standardiserte. Hver av studiene brukte spørsmål som kartlegger hvordan funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni kan ha en påvirkning på livskvalitet, yrket og sosiale settinger, samt hvordan respondentene opplever vanskene i form av symptomer.

Rumbach (2013) sin studie, som omhandlet funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni hos treningsinstruktører, benyttet seg av et spørreskjema bestående av 65 spørsmål. I motsetning til spørreundersøkelsene foretatt av Yiu (2002) og Thomas et al. (2007), ble respondentene i studien til Rumbach (2013), invitert til å gi en mer helhetlig og personlig beskrivelse av sin opplevelse på enkelte spørsmål. Under de fleste spørsmålene, hadde respondentene mulighet til å velge alternativet «other», og dermed spesifisere sine svar om noen av de andre svaralternativene ikke var relevante for deres situasjon. Spørsmålene i Rumbach (2013) sin studie omhandlet kartlegging av symptomer, og hvordan stemmekvaliteten hadde endret seg, samtidig som treningsinstruktørene skulle redegjøre for vanskenes varighet. Det ble også stilt spørsmål om livskvalitet, og i hvilken grad treningsinstruktørene opplevde at deres dysfoni hadde påvirket deres utførelse av arbeidsoppgaver. Spørreundersøkelsen inneholdt i tillegg flere spørsmål som undersøkte i hvilken grad vanskene hadde hatt en innvirkning på undervisningsmetoden, den daglige kommunikasjonen, og negative følelser.

I likhet med Rumbach (2013) sin studie, hadde spørreskjemaet til Yiu (2002) også et alternativ hvor respondentene kunne krysse av «other», men dette alternativet gjaldt bare på to av spørsmålene. De to spørsmålene hvor «other» var et alternativ, etterspurte om respondentene hadde andre vaner eller symptomer enn de nedskrevne alternativene. Spørreskjemaet i studien til Yiu (2002) bestod av tilsammen 20 spørsmål som var delt opp i tre deler. Del 1 bestod av ti spørsmål som kartla påvirkningen av funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni på deres livskvalitet, negative følelser, yrke og deres sosiale liv. Et eksempel på dette er spørsmål 5: «In the past 12 months, to what extent did your voice problem make you feel sad or distressed?» (Yiu, 2002, s. 225). Del 2, bestående av syv spørsmål, undersøkte deltakernes opplevelse av dysfoni, som spørsmål 11 eksemplifiserer: «How would you describe your voice in the last 6 months?» (Yiu, 2002, s. 226). Samtidig ble ulike påvirkningsfaktorer som kunne anses som risiko for stemmevansker, kartlagt. Del 3 av spørreskjemaet bestod av tre spørsmål hvor deltakernes kunnskap om stemmehygiene ble kartlagt. Deltakerne ble samtidig bedt om å dele sine synspunkter angående hva et behandlingsprogram, som har som hensikt å forebygge mot dysfoni, burde inneholde.

Spørreundersøkelsen som ble brukt i studien til Thomas et al. (2007) bestod av 37 spørsmål som var delt inn i seks deler (A-F). Del A inneholdt fem spørsmål om alder, kjønn, frekvensen av stemmens bruk i timer per uke, om stemmen brukes intensivt, og hvor i utdanningsløpet de befinner seg. Del B bestod av seks spørsmål som undersøkte om og når deltakerne hadde opplevd stemmeplager, og om de opplevde stemmevansker ved undersøkelsestidspunktet. Del C omhandlet behandling, og bestod av fem spørsmål som kartla om deltakerne hadde søkt om behandling, og hvor de eventuelt var i behandlingsforløpet. I del D, som bestod av ni spørsmål, ble deltakerne bedt om å gjøre rede for perspektiver og opplevelser av påvirkningen av funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni på deres arbeid, og om det var andre aspekter som påvirket deres stemmevanske. Del E bestående av tolv spørsmål, undersøker om spesifikke faktorer som hørsel, nakkestivhet, stress, negative følelser, bakgrunnsstøy osv., har en negativ innvirkning på stemmen. Del F etterspør om deltakerne har noe å tillegge, eller om de har andre kommentarer.

I studien til Rumbach (2013) bestod svaralternativene i formulerte svar og utsagn, og treningsinstruktørene skulle krysse av på alternativet de opplevde som mest relevant til sin situasjon. I studiene til Yiu (2002) og Thomas et al. (2007), bestod svaralternativene av en

kombinasjon av Likert-skala, kategoriske skalaer som ja/nei/vet ikke, og flervalgssvar hvor respondentene kunne krysse av på flere alternativer.

4.1.1.3 Selvrapporteringsskjema VHI

Både Thomas et al. (2007) og Åhlander et al. (2012) benyttet selvrapporteringsskjemaet Voice Handicap Index (VHI), i sin kartlegging av dysfoni hos lærerstudenter og lærere. VHI er et selvrapporteringsskjema som består av 30 spørsmål likt fordelt på tre underskalaer: fysiologisk, funksjonalitet og emosjonalitet. Den fysiologiske skalaen inneholder utsagn som undersøker hvorvidt det er fysiske endringer som oppleves når stemmen brukes. Et eksempel på dette er utsagnet «Jeg går tom for luft når jeg snakker». Funksjonalitetskalaen inneholder utsagn som kartlegger hvordan personen opplever at stemmevanskene påvirker fungeringen/deltakelse i sosiale settinger. Utsagnet «Stemmevanskene mine begrenser privat og sosialt liv» er et eksempel på dette. Emosjonalitetskalaen omhandler i hvilken grad stemmevanskene forbindes med psykososiale faktorer, og hvordan dette reflekteres i responsen, som dette utsagnet viser til; «stemmen min får meg til å føle meg utilstrekkelig». Utsagnene besvares på en frekvensskala fra 0 til 4 (0 = aldri, 1 = nesten aldri, 2 = noen ganger, 3 = nesten alltid, 4 = alltid). Tabell 6 viser en oversikt over hvilke utsagn deltakerne, både i studien til Thomas et al. (2007) og i studien til Åhlander et al. (2012) må ta stilling til i utfyllelsen av selvrapporteringsskjema VHI:

Tabell 6: Utsagn fra selvrapporteringsskjema VHI, norsk versjon

Funksjonalitet	Emosjonalitet	Fysiologisk
<p>Stemmen min gjør det vanskelig for folk å høre meg.</p> <p>Folk har vanskelig for å forstå meg i et rom med støy.</p> <p>Familien min har problemer med å høre meg når jeg roper på dem fra forskjellige steder i huset.</p> <p>Jeg bruker telefonen sjeldnere enn jeg har behov for.</p> <p>Jeg har let for å unngå grupper av mennesker p.g.a stemmen min.</p> <p>Jeg snakker mindre med venner, naboer eller slektninger p.g.a stemmen min.</p> <p>Folk ber meg gjenta det jeg sier når jeg snakker med dem ansikt til ansikt.</p> <p>Stemmevanskene mine begrenser privat og sosialt liv.</p> <p>Jeg føler jeg blir holdt utenfor i samtaler p.g.a stemmen min.</p> <p>Stemmeproblemene mine er årsak til at jeg mister inntekt.</p>	<p>På grunn av stemmen er jeg ansent når jeg snakker.</p> <p>Det synes som om folk irriterer seg over stemmen min.</p> <p>Folk har liten forståelse for stemmeproblemene mine.</p> <p>Jeg blir stressa av stemmen min.</p> <p>Jeg går mindre ut p.g.a stemmeproblemene mine.</p> <p>Stemmen min får meg til å føle meg handikappet.</p> <p>Jeg blir irritert når folk ber meg om å gjenta.</p> <p>Jeg føler meg flau når folk ber meg om å gjenta.</p> <p>Stemmen min får meg til å føle meg utilstrekkelig.</p> <p>Jeg skammer meg over stemmeproblemene mine.</p>	<p>Jeg går tom for luft når jeg snakker.</p> <p>Stemmen min varierer I løpet av dagen.</p> <p>Folk spør, "Hva er i veien med stemmen din?"</p> <p>Stemmen min høres sprukken og tørr ut.</p> <p>Jeg føler at jeg må presse stemmen for å lage lyd.</p> <p>Klarheten i stemmen min er vanskelig å forutsi.</p> <p>Jeg prøver å forandre stemmen min for å høre annerledes ut.</p> <p>Jeg anstrenger meg ganske mye for å snakke.</p> <p>Stemmen min er verre om kvelden.</p> <p>Stemmen min svikter midt i en samtale.</p>

I likhet med studien til Thomas et al. (2007), benyttet Åhlander et al. (2012) VHI som et av kartleggingsverktøyene. I tillegg til de tre underskalaene; fysiologisk, funksjonalitet og emosjonalitet, integrerte forfatterne i sistnevnte studie, en skala for hals. Skalaen for hals ble utviklet for Åhlander et al. (2012) sin studie, og er ikke en del av den opprinnelige versjonen av VHI. Halsskalaen besvares derimot med samme frekvensskala som de andre underskalaene. I den tillagte skalaen for hals, skulle lærerne med funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni ta stilling til ulike utsagn. Utsagnene omhandlet fysiske forhold i halsen som tørr hals, slim, svie, irritasjon, tørrhoste, behov for å kremte, og om de hadde en følelse av en «klump i halsen», eller et «trykk» utenpå halsen, som tabell 7 viser:

Tabell 7: Utsagn fra hals-skala i VHI-T, slik den presenteres i studien

<i>Hals</i>
Jag är torr i halsen (My throat is dry)
Jag måste harkla mig (I need to clear my throat)
Jeg har mycket slem i halsen (I have a lot of phlegm in my throat)
Jag känner att det sitter något i halsen (It feels as if something is stuck in my throat)
Det svider i halsen (My throat is burning)
Jag känner ett tryck utanpå halsen (I feel a pressure on the outside of my throat)
Det känns som om jag har en klump i halsen (It feels like a lump in my throat)
Jag är irriterad i halsen (I have an irritation in my throat)
Jag har ont i halsen (I have a soar throat)
Jeg har rethosta (I have a dry cough)

Åhlander et al. (2012), Bassi et al. (2011), og Buck et al. (2007) brukte alle flere verktøy for å kartlegge opplevelsen av funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni. Studiene har til felles at de har benyttet selvrapporteringsskjemaer, men skiller seg fra hverandre når det kommer til hvilke selvrapporteringsskjemaer som er brukt, noe som også reflekterer studienes varierende formål.

I tillegg til VHI-T, benyttet Åhlander et al. (2012) seg av fire supplerende selvrapporteringsskjemaer. Job Content Questionnaire (JCQ), bestod av 26 spørsmål for å måle psykologiske og sosiale aspekter i arbeidssammenheng. Kartleggingsverktøyet tar for seg arbeidsforventninger, sosiale relasjoner og interaksjoner, jobbsikkerhet, kontroll og støtte. Deltakerne krysser av på en skala fra 1 til 4 hvor 1 = veldig uenig, og 4 = veldig enig. For å måle eventuelle symptomer på utbrenthet, benyttet denne studien seg av

selvrapporteringskjemaet the Shirom-Melamed Burnt-out Questionnaire (SMBQ) bestående av fire underskalaer; kognitiv tretthet, emosjonell og fysisk utmattelse, spenninger og slapphet. Skjemaet består av 22 spørsmål hvor deltakerne krysser av på en frekvensbasert graderingsskala fra 0 til 7. For å se om det kunne være en sammenheng mellom hvordan et individ mestrer stressende situasjoner og årsaken til dysfoni, brukte Åhlander et al. (2012) the Utrechtse Coping List (UCL) som består av underskalaene passiv unngåelse, depressive reaksjoner og aktive reaksjoner. Studien benyttet seg av en kortversjon av UCL bestående av 22 spørsmål hvor deltakerne anga svarene på en frekvensbasert firepunkters Likert-skala fra aldri til alltid. Åhlander et al. (2012) brukte også to underskalaer fra den svenske universitetets personlighetsskala (SSP); psykiske angsttrekk og eventyrsøking, for å undersøke om personligheten kunne være en faktor å merke seg i utvalget av lærere når det gjelder dysfoni. Deltakerne svarer på utsagnene på en firepunkters graderingsskala fra «does not apply at all», til «applies completely».

The Voice Activity and Participation Profile (VAPP) ble brukt i Bassi et al. (2011) sin studie for å undersøke hvilken påvirkning funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni kan ha på aktivitet og deltakelse i lærernes jobbsituasjon og andre sosiale settinger.

Selvrapporteringskjemaet består av 28 spørsmål. Spørsmålene er delt inn i fem parametere som undersøker opplevelsen av alvorlighetsgraden av dysfoni, hvilken innvirkning de funksjonelle og funksjonelt-organiske vanskene kan ha på arbeidet, den daglige kommunikasjonen, sosiale sammenhenger, og på negative følelser. Vurderingen gjøres på en analog linje på 10cm, hvor «upåvirket» står til venstre og «påvirket» står til høyre. Deltakerne setter et kryss et sted på linjen som skal reflektere deres opplevelse.

Buck et al. (2007) brukte the illness perception questionnaire (IPQ), the vocal performance questionnaire (VPQ) og the hospital anxiety and depression scale i undersøkelsen av personers opplevelse av dysfoni. IPQ består av 26 spørsmål som kartlegger funksjonelle og funksjonelt-organiske stemmevanskers natur, symptomer og frekvensen av disse. IPQ kartlegger også potensielle årsaker, varigheten av vansken, opplevelsen av alvorlighetsgraden, og vanskens påvirkning på de fysiske, sosiale og psykologiske aspektene. Deltakerne blir i tillegg bedt om å svare på spørsmål om de tror at vansken vil forbedres, kunne kontrolleres og behandles over tid. IPQ besvares ved avkrysning på en Likert-skala fra 1 til 5 (1 = strongly agree, 2 = agree, 3 = neither agree nor disagree, 4 = disagree, 5 = strongly disagree). VPQ består av tolv spørsmål som undersøker ulike aspekter av hvordan stemmen brukes, i tillegg

til at deltakerne skal rangere den opplevde alvorlighetsgraden av dysfoni, sammenlignet med deres normal stemme. VPO besvares ved avkrysning på en Likert-skala fra 1 (aldri) til 5 (alltid). The hospital anxiety and depression scale (HADS) ble brukt for å vurdere hvordan personene med dysfoni har følt seg de siste to ukene med tanke på angst og depresjon, og om det er en sammenheng mellom dysfoni og dens innvirkning på psykososiale faktorer som livskvalitet, yrke, det sosiale livet og negative følelser. HADS består av 14 spørsmål og deles opp i tre skalaer, en for angst, en for depresjon og en skala hvor både angst- og depresjonsskalaen er slått sammen. Deltakerne rangerer hvordan de har hatt det de siste to ukene på en skala fra 0 til 3, hvor 3 indikerer det høyeste nivået av symptom på enten angst eller depresjon (Leiknes et al., 2016).

Alle studiene kartlegger opplevelsen av funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni i varierende grad, hvor spesielt studiet til Misono et al. (2019) utmerker seg ved å ha et mer eksplorerende fokus i søken om å bedre forstå hvordan dysfoni oppleves. Til tross for dette, sammenfaller funnene fra alle studiene i større eller mindre grad, og ved å se på hovedtrekkene av funnene, er det dermed mulig å få en generell oversikt over hvordan vansker med stemmen oppleves. Det gjenstår likevel et behov for å drøfte de ulike verktøyene og metodene opp mot hverandre, for å se om informasjonen som innhentes anses for å være dekkende når det gjelder opplevelse. Dette diskuteres dermed videre i kapittel 5.

4.1.2 Hvordan beskrives opplevelsen av dysfoni

Av de inkluderte studiene er det særskilt studiene til Misono et al. (2019) og Rumbach (2013) som undersøker hvordan opplevelsen av funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni beskrives ved å inkludere informantenes personlige tilbakemelding på de ulike spørsmålene. Gjennom bruk av et kvalitativt intervju, gis det mer rom for å utforske den individuelle opplevelsen av dysfoni, sammenlignet med bruk av selvrapporteringsskjemaer. I studiene hvor besvarelse av spørsmålene har foregått på en Likert-skala, eller en kategoriseringsskala, baseres dermed beskrivelsen av dysfoni på disse svarene. Beskrivelsen av hvordan en stemmevanske oppleves må dermed tolkes utfra allerede formulerte spørsmål.

I Misono et al. (2019) sin studie beskriver flere av informantene at deres respons på dysfonien innehar en psykologisk og emosjonell karakter. I beskrivelsen av opplevelsen av tensjonsdysfoni, er håp og håpløshet fremtredende fenomener, og som virker å ha betydning i møte med egne stemmevansker. En informant fra studien beskriver det slik; “knowing that

my vocal cords were not permanently damaged gave me so much hope”, en annen informant sier; “I feel hopeless ... like when is this ever going to be ok?” (Misono et al., 2019, s. 685).

Til felles for de to studiene er den emosjonelle responsen på de funksjonelle og funksjonelt-organiske stemmevanskene. I tillegg til håp og håpløshet, rapporterer informantene og respondentene angst, stress, sinne, bekymring, frustrasjon og unngåelse. Dette gjenspeiles i individuelle utsagn fra Rumbach (2013) sin studie, hvor to treningsinstruktører beskriver sine respektive emosjonelle respons slik; “I felt exhausted, frustrated, and anxious about my job – quite sad”, “This is a period of great upset and concern. It made me re-think my priorities and the amount of GFI (Group Fitness Instruction) work I was doing” (s.786).

Til tross for at deltakerne i studiene til Yiu (2002), Thomas et al. (2007), Åhlander et al. (2012), Bassi et al. (2011), og Buck et al. (2007) hadde andre forutsetninger for å kunne beskrive opplevelsen av funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni, rapporteres det derimot lignende funn i disse studiene, som i Misono et al., (2019) og Rumbach (2013) sine studier. Thomas et al. (2007) og Åhlander et al. (2012) som begge brukte VHI i sine studier, viser at lærerstudentene og lærerne med dysfoni totalt sett skårer høyere på de tre underskalaene. Skal man tolke beskrivelsene basert på utsagnene deltakerne skal ta stilling til, indikerer funnene dermed at de med stemmevansker opplever flauhet, stress, irritasjon, frustrasjon, med mer, i forbindelse med sine vansker.

4.2 HVILKE PSYKOSOSIALE OMRÅDER PÅVIRKES

Ved sammenfatning av studiene tyder resultatene på at funksjonelle og funksjonelt-organiske vansker påvirker psykososiale forhold. Flere av deltakerne i studiene rapporterer at de trekker seg tilbake fra ulike sosiale begivenheter, lærere og treningsinstruktører reduserer undervisningsmengde, og flere unngår ulike sosiale grupper fordi det kreves mer av stemmen. Samtidig som de sosiale forholdene påvirkes, rapporterer de ulike studiene at vanskene har en innvirkning på den emosjonelle responsen og håndteringen av vanskene. Studiene har til felles at det rapporteres om en økning i negative følelser, og at lidelser som angst og depresjon blir mer fremtredende i de med funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni. I likhet med hvordan Misono et al. (2019) presenterte sine resultater, inndeles dette underkapittelet inn i tematiske kategorier. Misono et al. (2019) tok i bruk syv tematiske kategorier, og jeg har valgt å bruke noen av de som utgangspunkt i dette underkapittelet. Jeg

har også valgt å supplere med andre kategorier som jeg har identifisert til å være felles for studiene. De tematiske kategoriene det inndeles i er som følger: rapporterte symptomer, årsak til dysfoni, sosial påvirkning, og psykologisk og emosjonell påvirkning.

4.2.1 Hvilke symptomer rapporteres?

Fem av syv studier rapporterer symptomer på dysfoni. Basert på resultatene, er heshet det symptomet som er mest fremtredende, samt en følelse av å ha en «klump i halsen», og at deltakerne opplever både endring og tap av tonehøyde. Tabell 8 viser en oversikt over symptomene som beskrives på tvers av studiene. Symptomene er delt inn i fysiske symptomer og symptomer som påvirker stemmekvaliteten. Det er også inkludert noen beskrivelser av symptomene fra Misono et al. (2019) og Yiu (2002) sine studier.

Tabell 8: Oversikt over symptomene som beskrevet i studiene

Fysiske symptomer	Stemme kvalitet	Beskrivelser
Tørr hals	Heshet	«Very shaky» (Misono et al., 2019, s. 684).
Kremting	Anstrengt stemme	«...lump in my throat right here» (Misono et al., 2019, s. 684).
Tørr hoste	Svak stemme	“Vocal Tiredness” (Yiu, 2002, s. 219).
Smerter	Tap av tonehøyde	«Cannot sing high pitch» (Yiu, 2002, s. 219).
Sår hals	Stemmebrist og tap av kontroll	“gives out” (Misono et al., 2019, s. 684).

Det står ikke beskrevet konkret hvilke symptomer deltakerne i Thomas et al. (2007) og Åhlander et al. (2012) opplever, men basert på resultatene fra VHI og VHI-T, sammenfaller symptomene med det Misono et al. (2019), Rumbach (2013), og Yiu (2002) beskriver.

Informantene i studien til Misono et al. (2019) rapporterte smerte, sårhet, heshet, stemmeanstrengelse, endring i tonehøyde, projeksjon, og at stemmen kunne oppleves «very shaky», og at den «gives out» mens man snakker eller synger. I tillegg beskrev de en stramhet, og et press, og en følelse av at de hadde en «klump i halsen». Mange av symptombeskrivelsene var vage, og når deltakerne skulle fortelle, sammenlignet de og brukte gjerne ordet «som» (engelsk *like*). “Usually I don’t notice it initially when I... get together with people. I start to notice a fullness, like a tightness in my throat, and then it just felt like a straining to speak” (Misono et al., 2019, s. 684).

I Yiu (2002) sin studie rapporterte lærerne med dysfoni symptomer som tørr hals, heshet, kortpustet, endring i tonehøyde og stemmetretthet/fatigue, svak stemme, mangel på

stemmekontroll, bortfall av stemmen og smerte. Treningsinstruktørene i Rumbach (2013) sin studie rapporterer noe av det samme, samt opplevde noen av instruktørene en brennende følelse i halsen. Instruktørene rapporterte at de opplevde at stemmen kunne kjennes svak og sliten, anstrengt og presset, i tillegg til at de kunne ha vanskeligheter med høye og lave toner, både ved tale og sang. Videre rapporterte instruktørene at de opplevde stemmetretthet, og at de hadde en svakere lydstyrke, samt at de opplevde tap av kontroll i form av stemmebrist. Fysiske forhold som sår eller tørr hals, verk og ubehag ble også rapportert.

4.2.2 Årsak til dysfoni

To av de syv inkluderte studiene rapporterer om mulige årsaker som kan bidra til utvikling av funksjonelle og funksjonelt-organiske vansker med stemmen. Til tross for at det ikke ble spurt om å trekke en sammenheng mellom livshendelser og utbrudd av tensjonsdysfoni, rapporterte nesten alle informantene i intervjustudien til Misono et al. (2019) om ulike hendelser og mulige triggere, som tok sted enten før eller samtidig som oppstarten av vanskene. Forandringer i livssituasjon og hendelser som kunne oppleves traumatisk kunne være dødsfall, spontanabort, sykdom, skade, endring i arbeidssituasjon, samt endring i nære relasjoner som separasjon og skilsmisse etc.

I studien til Buck et al. (2007) viser funnene at pasientene ikke hadde en sterk visshet om hva som kunne være årsaken til stemmevanskene, men at årsakene i hovedtrekk kunne kategoriseres i gruppene indre, ytre og tilfeldige faktorer. Hvor de med funksjonelle stemmevansker ikke hadde sterke meninger om årsaken, viste det seg derimot at de med organiske stemmevansker fordelte vanskene på alle tre grupper. Videre fant forfatterne av studien ut at det kan virke som at angst er mindre assosiert med pasienter som opplever at årsaken kommer av interne eller tilfeldige grunner.

Det kommer ikke frem i resultatene i studien til Rumbach (2013) om treningsinstruktørene ble spurt om hva som kunne være årsaken til funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni, men de ulike fysiologiske funnene som stemmeknuter, tensjonsdysfoni, cyster og blødning på stemmebåndene indikerer, i likhet med lærere og lærerstudenter i studien til Åhlander et al. (2012), Yiu (2002), Bassi et al. (2011) og Thomas et al. (2007), at stemmen har gjennomgått en høy grad av belastning over tid.

4.2.2.1. Risikofaktorer som kan lede til forverring

Tre av de inkluderte studiene identifiserte ulike risikofaktorer eller triggere som kan anses å lede til forverring av dysfoni. Misono et al. (2019), Thomas et al. (2007) og Yiu (2002), rapporterer mange av de samme risikofaktorene som hosting, kremting, angst og støy. I Thomas et al. (2007) sin studie ble risikofaktorer konkret delt inn og kategorisert i fire grupper for å gi et helhetlig perspektiv over alle variabler og faktorer som kan være med på å ha en innvirkning. De kategoriske gruppene ble delt inn i fysiske faktorer (kremting, slim, hørsel, nakke/rygg, korsrygg, generelt), psykoemosjonelle faktorer (stress, negative følelser, følelsen av arbeidspress og prestasjon), miljøfaktorer (akustiske forhold, bråk, fuktighet, temperatur og irritasjonsmomenter) og stemmebruk (intensiv bruk, belastning, varighet av bruk, antall mennesker i rommet). Risikofaktorene som rapporteres av informantene i Misono et al. (2019), og respondentene i Yiu (2002) sin studie sammenfaller i stor grad med hvordan faktorene inndeles i Thomas et al. (2007) sin studie. I tillegg rapporterer informantene at traumatiske hendelser som beskrevet i 4.2.1, kunne være triggere til ulike negative følelser som angst, frykt og tristhet.

Respondentene i Yiu (2002) sin studie rapporterte også spesifikke vaner som kunne være med på å forverre vanskene, som å snakke i en bråkete restaurant, lange telefonsamtaler, synging, spise sterk og dyp-fritert mat. I tillegg til risikofaktorene beskrevet ovenfor, identifiserte respondentene i Yiu (2002) sin studie at upassende pustemønstre, underliggende emosjonelle lidelser, ikke nok hvile, mange aktiviteter utenom arbeidsplassen som andre faktorer som kunne føre til forverring av de funksjonelle og funksjonell-organiske vanskene.

4.2.3 Sosial påvirkning – aktivitet og deltakelse

Alle studiene utenom Buck et al. (2007) som undersøkte sykdomsopplevelsen hos personer med dysfoni, rapporterte at deres funksjonelle og funksjonelt-organiske stemmevansker har en negativ påvirkning på sosiale forhold. Studienes funn viser til en reduksjon av deltakelse i sosiale settinger utenom arbeid, samtidig som flere av lærerne og treningsinstruktørene rapporterer at de ser seg nødt til å foreta endringer i arbeidsforhold. Misono et al. (2019) og Rumbach (2013) rapporterer en negativ påvirkning på deres interne og sosiale identitet. Ofte var påvirkningen av dysfoni på identitet relatert til en redusert evne til å utføre yrkesforventninger. Sangere eller de som brukte stemmen sin mye i jobben, fortalte om at de enten måtte slutte, eller at de følte seg stresset og frustrert, og at de i tillegg kunne oppleve å bli flau på grunn av stemmen sin. «I'm a pretty outgoing person, but I would rather not talk

because I don't want to have [my friends and family] listen to the way I sound» (Misono et al., 2019, s. 686). Respondentene i Rumbach (2013) sin studie forteller også at stemmevanskene påvirket deres sosiale identitet i den grad at mange trakk seg tilbake fra treningsinstruksjon, flere reduserte antall klasser de instruerte, noen gjorde endringer i ytre forhold som senkning av volum på musikken og høyere lyd på mikrofon. Flere av treningsinstruktørene endret også undervisningsmetode etter de fikk dysfonidiagnosen.

Sammenfattet viser funnene at funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni har en negativ påvirkning på den daglige kommunikasjonen både på arbeidsplassen, og i andre sosiale settinger, i tillegg til en økning av negative følelser. Studienes deltakere rapporterer at de trekker seg mer tilbake, snakker mindre og unngår sosiale begivenheter grunnet vanskene med stemmen. Treningsinstruktørene i Rumbach (2013) sin studie rapporterer også at de opplever vansker med å bli hørt grunnet svak og trett stemme, og at dette dermed påvirker den daglige kommunikasjonen på en negativ måte. Rundt 50% av instruktørene i studien til Rumbach (2013) meddelte også at de hadde trukket seg tilbake fra det sosiale livet mer og mer; «I'm not upset with the job but I am upset that I can't be as social as I used to be as I need to save my voice for work and teaching» (Rumbach, 2013, s.786). I likhet med treningsinstruktørene, opplevde også lærerne i studien til Bassi et al. (2011) å ha store vansker med stemmen som dermed førte til en negativ påvirkning på livet, i form av begrensning av aktivitet og deltakelse på arbeidsplassen og i andre sosiale settinger.

4.2.4 Psykologisk og emosjonell påvirkning

Sammenfattet indikerer funnene fra studiene at dysfoni kan ha en negativ påvirkning på livskvalitet, samtidig som alle studiene rapporterer en høyere forekomst av negative følelser. Tabell 9 viser en oversikt over de psykologiske og emosjonelle responsene som rapporteres på tvers av studiene:

Tabell 9: Oversikt over den psykologiske og emosjonelle responsen

Psykologisk respons	Emosjonell respons
Angst	Frustrasjon
Depresjon	Sinne
Stress	Bekymring
Håpløshet	Flauhet
Reduksjon av selvtillit	Tristhet
Tap av kontroll på stemmen	Irritasjon
Tap av stemme	Unngåelse

Det kommer i midlertidig frem i studiens funn, at informantene til Misono et al. (2019) uttrykte at det var vanskelig å skille mellom hva som kom først av forholdene. En informant beskriver et forløp der det kan virke som at psykologisk respons og tensjonsdysfoni, er i et sirkulært forhold:

The more I had to strain my voice, then the more stressed I got; and the more stressed I got, then the more my voice would just give out. I've had instances of both situations where it's happened where...my voice is acting up and then I get stressed; and then I've had instances where I'm stressed out and then my voice acts up. I have anxiety because of [unpredictable voice symptoms and timing] and that makes it worse, so I think during those times that I'm especially anxious that it's definitely worse. (Misono et al., 2019, s. 686).

Noen av spørsmålene som utmerker seg både i Yiu (2002) sin studie, og i studiene til Thomas et al. (2007) og Åhlander et al. (2012), er spørsmålene som omhandler om lærerne og lærerstudentene må gjenta seg selv, om de opplever at lytterne blir irriterte når de skal høre, og om de følte seg trist og nedtrykt. Det rapporteres i Thomas et al. (2007) og i Åhlander et al. (2012) sine studier, at lærerstudenter og lærere med dysfoni har høyere totalskåre på VHI enn de som ikke har dysfoni. Resultatene fra de tre underskalene; fysiologisk, emosjonalitet og funksjonalitet, indikerer at både lærerstudentene og lærerne i de to respektive studiene opplever at stemmen setter fysiske og sosiale begrensninger, samtidig som de opplever at vansken har en innvirkning på deres psykologiske emosjonelle responsmønster. I Åhlander et al. (2012) sin studie viser funnene at det er skåren på den emosjonelle skalaen som skiller seg mest ut. Lærergruppen med selvrapportert funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni skårer betydelig høyere enn den andre lærergruppen som ikke rapporterer vansker med stemmen. Resultatene kan indikere at lærerne med selvrapporterte vansker har utviklet en emosjonell respons grunnet vanskene. Med utgangspunkt i VHI, betyr dette at de kan føle seg begrenset av sin vanske, de kan være flau, oppleve skam, ha følelsen av å være inkompetent, og de kan oppleve at deres identitet begrenses ved at de ikke er like aktive eller deltakende i aktiviteter som før.

Studien til Buck et al. (2007) er den eneste av de inkluderte studiene hvor resultatene belyser en sammenheng mellom personlighetstrekk og dysfoni. Resultatene viser at det foreligger tendenser til både depresjon og angst i gruppen med funksjonell og funksjonelt-organisk

dysfoni kombinert. I gruppen med funksjonell dysfoni, hvor det ikke er noen fysiske forandringer i strupehodet, foreligger det en høyere tendens til angst, i motsetning til gruppen med funksjonell-organisk dysfoni, der fysiske forandringer som cyster, stemmeknuter og ødem ble konstatert. Når gruppen betraktes som en helhet, viser funnene fra studien at pasientene ikke har noen sterke fornemmelser forbundet med deres sykdom eller dysfoni. Det var derimot signifikante funn når det gjelder opplevelsen av at behandlingen var effektiv, hvilken påvirkning vanskene kunne ha eller lede til, og dens innvirkning på det psykososiale. Det kommer derimot frem i studien at de med funksjonelt-organisk dysfoni opplever mindre negativ påvirkning og færre konsekvenser av vanskene, enn de med funksjonell dysfoni (Buck et al., 2007).

4.2.4.1 Håndteringsstrategier

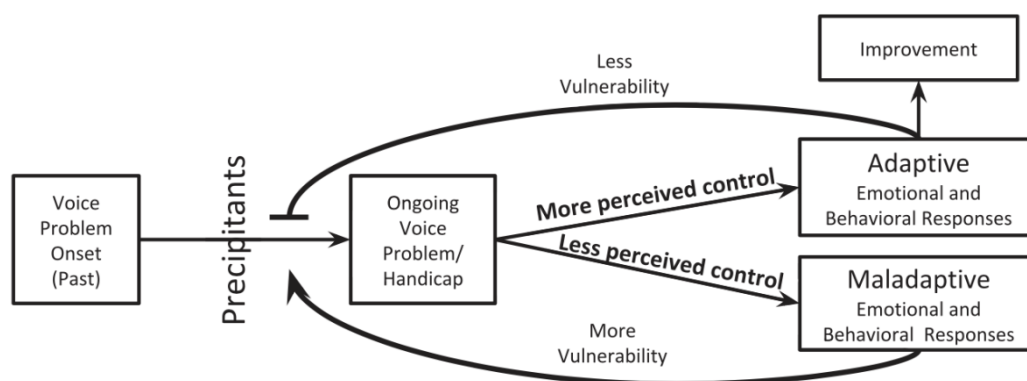
Tre av studiene rapporterer ulike strategier som brukes for å håndtere stemmevanskene både på arbeidsplassen og i sitt personlige liv. Misono et al. (2019) deler strategiene inn i to typer strategier i sin studie: behavioristiske (atferd) strategier og psykologiske strategier. De behavioristiske og psykologiske strategiene fungerer som overordnende strategier som også favner resultatene som fremkommer i studiene til Yiu (2002) og Rumbach (2013). Behavioristiske strategier omhandler strategier som fokuserer på kontrollerbare aspekter ved en person med dysfoni sin situasjon, samt fysiske endringer som kan gjøres. Strategiene kan både ha en hensiktsmessig og en uhensiktsmessig karakter. Noen eksempler på ulike behavioristiske strategier som ble tatt i bruk var bruken av alkohol for å føle seg avslappet, legge is på området som kjennes vondt, eller forsøke å unngå situasjoner som kunne virke stressende. Det rapporteres også andre håndteringsstrategier som endring av fysiske forhold. Treningsinstruktørene i Rumbach (2013) og lærerne i Yiu (2002) sine studier rapporterte at de tilpasset forholdene ved bruk av mikrofon i undervisning, senkning av volum på musikk, samt ta bedre vare på stemmen, drikke mer vann, og endre hvordan stemmen brukes (unngå roping, snakke mykere og med lavere styrke). Noen informanter rapporterte også, til tross for at tensjonsdysfoni hadde en negativ innvirkning på det sosiale livet, og at de fleste med dysfoni opplever en frustrasjon over at det er mer krevende å snakke, at støttegrupper eller lignende kunne være til hjelp, spesielt om det var flere med samme problematikk.

Studiene omtaler også psykologiske strategier. Psykologiske strategier omhandler evnen til å ha et tilpasningsdyktig tankemønster. Et eksempel på dette er å endre den psykologiske responsen fra håpløshet til aksept og håp. Misono et al. (2019) nevner også at noen av

informantene benytter seg av strategier som øker selvbevisstheten ved for eksempel å øve på gode pusteteknikker; «I make sure I'm taking deep breaths» (Misono et al., 2019, s. 686). Strategier som fokuserte på følelsesregulering og positiv selvsnakk ble også omtalt.

4.2.4.1.2 Opplevelsen av kontroll over dysfonien

Noen av studiene hadde også som hensikt å undersøke om det er en forbindelse mellom opplevelsen av grad av kontroll over stemmevansken og hvilket responsmønster som utføres. I Misono et al. (2019) sin studie illustreres dette med en figur som belyser hvordan opplevelsen av kontroll påvirker de emosjonelle eller behavioristiske responsene. Informantene i studien som beskrev responsmønstre som reflekterte at de opplevde en mindre grad av kontroll, som for eksempel ved bruk av alkohol, unngåelse og vanskeligheter med å akseptere og gjennomføre teknikker vist av logoped på egenhånd etc., viste dermed en respons som ikke førte til forbedring av vanskene. Informantene som beskrev responsmønstre som reflekterte en større grad av kontroll, som for eksempel ved å ha tro på at behandling vil hjelpe, aksept over at situasjonen nå er annerledes, og en økt selvbevissthet, hadde dermed en respons som førte til forbedring.



Figur 1: Misono et al. (2019, s. 687)

Til tross for at det ikke fremkom noen sterke oppfatninger om fordelene med behandling og kontroll, kommer det frem i studien til Buck et al. (2007) at de med funksjonelt-organisk dysfoni hadde en tendens til å oppleve større kontroll over stemmevansken, uavhengig av årsaken, mens de med funksjonell dysfoni opplevde mindre grad av kontroll. Det kommer også frem at alle med funksjonelle og funksjonelt-organiske vansker opplevde at de selv og deres håndteringsstrategier var viktige for bedring. Funnene viser også at de, til en viss grad, opplevde at vanskene kunne kureres eller kontrolleres ved hjelp av behandling. Funnene i Bassi et al. (2011) og i studien til Yiu (2002) indikerer at hvordan dysfoni påvirker livet

henger sammen med hvordan lærerne opplever egen vanske. Dette kan bety at hvordan egen vanske oppleves, samt opplevelsen av å ha kontroll over stemmevansken, kan ha betydning for hvilke håndteringsstrategier som tas i bruk.

5. DISKUSJON

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan dysfoni oppleves for den enkelte, og med det opparbeide en bedre forståelse for hvordan interne prosesser, samt andre psykososiale forhold står i et gjensidig påvirkningsforhold. Med dette som utgangspunkt er formålet videre å kunne tillegge informasjon og kunnskap til stemmefeltet innenfor det logopediske fagområdet. I det følgende vil en kort sammenfatning av hovedfunn presenteres, samt en diskusjon av de inkluderte studiene. Hvordan dysfoni oppleves og beskrives, og hvilke psykososiale forhold som påvirkes vil drøftes ut ifra de syv inkluderte studienes funn.

5.1 KORT SAMMENFATNING AV HOVEDFUNN

Kartlegging av opplevelsen: Alle studiene inkluderte ulike former for subjektive kartleggingsverktøy som hadde som hensikt å kartlegge opplevelsen av dysfoni. Kartleggingsverktøyene varierte fra studie til studie med unntak av to studier som brukte VHI, i tillegg til andre verktøy. Til tross for at hovedhensikten var å kartlegge hvordan dysfoni opplevdes, varierte designet til hvert av verktøyene. Variasjon i design og utforming av spørsmål, gjør at det skapes nyanser og ulikheter i hva som etterspørres, og dermed også hva som rapporteres. Ved bruk av intervju tillater man informantene muligheten til å formulere seg fritt. Der hvor ulike begreper ikke er forhåndsdefinert, åpner det opp for innhenting av den individuelle fenomenologiske informasjonen, slik som studien til Misono et al. (2019) gjenspeiler. Ved bruk av spørreundersøkelser som er utviklet for den gjeldende studien, har en mulighet til å spesifisere spørsmålene, og inkludere spørsmål utover de standardiserte verktøyene. Samtidig tillot noen av studiene respondentene å utfylle utover avkryssningsspørsmålene, noe som gjør at den subjektive opplevelsen blir mer synlig. Sammenlignet med de standardiserte kartleggingsverktøyene, er det intervju og spørreundersøkelsene som gir den mest nyanserte beskrivelsen av hvordan en stemmevanske oppleves.

Samtidig som intervju og spørreundersøkelser er gode metoder for å innhente data, viser resultatene at opplevelsen som rapporteres i selvrapporteringsskjemaene, har mange likheter med disse innsamlingsmetodene. Selvrapporteringsskjemaene har blitt utviklet basert på tidligere forskning, samt et økende behov for å få innsikt i hva personen selv opplever. De har blitt testet og validert gjennom ulike studier, og har dermed vist å være gode verktøy til bruk i

kartleggingsfasen. Det er verktøy som er tidsbesparende og som er relativt enkle å fylle ut. De gir logopeden rask tilgang til relevant informasjon angående den de skal behandle. Til tross for at selvrapporteringskjemaene er gode kartleggingsverktøy, bør de, som tidligere nevnt, være et supplerende verktøy, slik at et helhetlig bilde kan etableres.

Beskrivelse av opplevelsen: Samlet sett beskrives opplevelsen av en stemmevanske relativt likt i alle studiene. Den emosjonelle responsen i møte med stemmevansker, er noe deltakerne i de ulike studiene har til felles. Det rapporteres om en økning av negative følelser og tanker, samt en generell negativ påvirkning på livskvalitet. Alle studiene indikerer at stemmevanskene fører til tilbaketrukkethet i sosiale settinger, og at det å fortsette i yrket i lik grad oppleves som krevende. Misono et al. (2019) sin intervjustudie og Rumbach (2013) sin spørreundersøkelse, er to av studiene hvor utsagn fra personene med stemmevansker er tatt med i artiklene. Det er utfra disse utsagnene en får et personlig innblikk i hvordan det er å leve med en stemmevanske, og hvordan det eventuelt påvirker livet til den som har vansken. I begge studiene forteller informantene og respondentene at de blir frustrerte, irriterte, og at de ønsker at stemmen skal bli frisk igjen. Noen forteller også at de opplever håpløshet, angst, og tap av kontroll. Samtidig som funnene fra studiene i høy grad viser å ha en negativ påvirkning, utviser noen informanter fra studien Misono et al. (2019) derimot en positiv holdning, noe som reflekteres i at de opplever en viss form for kontroll, og at de dermed har etablert gode mestringsstrategier.

Psykososiale forhold: I Misono et al. (2019) sin studie ble det trukket frem syv temaer som gikk igjen hos informantene når de ble intervjuet. Temaene omhandlet traumer og livshendelser som tok sted før begynnelse av stemmevansker, symptomer, triggere til forverring, emosjonell respons, påvirkning på identitet og funksjon, ordinert og anbefalt terapi/behandling, og personlige mestringsstrategier. Noen av disse temaene var også representert i de resterende studiene, men i ulik grad grunnet ulikhetene i kartleggingsverktøyene. Funnene fra studiene viser at det å ha funksjonelle og funksjonelt-organiske stemmevansker, vil i varierende grad påvirke både psykologiske, emosjonelle og sosiale forhold. Det er ikke konstatert hva som kan være den opprinnelige årsaken, foruten om at det kartlegges for risikofaktorer, og det blir foretatt en anamnese. Funnen i Buck et al. (2007) sin studie dokumenterer et høyere nærvær av angst hos pasientene som har diagnosen funksjonelle stemmevansker. Noen av informantene i studien til Misono et al. (2019) forteller de har en tilstedeværelse av angst, og at den enten ble utløst av et traume eller livshendelse,

eller av stemmevansken selv. All deltakerne rapporterte om en endring i sin sosiale identitet hvor de trakk seg mer tilbake, og ikke var like deltagende og aktive på samme nivå som de tidligere hadde vært. Det ble også dokumentert at noen gjorde endringer i sin arbeidshverdag, mens andre besluttet å forlate yrket. Misono et al. (2019) vektlegger også personer med stemmevansker sin opplevelse av kontroll, og viser til en modell som gir en oversikt over ulike mestringsstrategier basert på dette (jmf. kap 4.2.4.1). Opplever en person med stemmevansker en lav følelse av kontroll, reflekteres dette i en behavioristisk og emosjonell atferd som ikke fremmer bedring. Opplever en person med stemmevansker en høy eller god følelse av kontroll, vil dermed deres respons også gjenspeile dette ved at den er mer hensiktsmessig, og den kan føre til bedring.

5.2 DISKUSJON AV INKLUDERTE STUDIER

Det er en del utfordringer knyttet til å forske på hvordan dysfoni oppleves, da de fleste studier har som hensikt å undersøke hvilken påvirkning dysfoni har. En utfordring ved å forske på opplevelse, er at det ikke er standardiserte verktøy som er utviklet for dette. Innsamling av en slik fenomenologisk informasjon, gjøres dermed hovedsakelig gjennom en kvalitativ metode; intervju. Der formålet er å undersøke hvordan dysfoni oppleves, anser jeg det som viktig å diskutere de inkluderte artiklene og metode for innhenting av informasjon, når det gjelder å besvare problemstillingen. I utvalget er det totalt fire studier som har brukt intervju (en studie) og spørreundersøkelse (tre studier) som metode, men av de er det bare to som inkluderer utsagn fra deltakerne. *Opplevelse* er et vidt begrep som innebærer en subjektiv erfaring hvor flere sanser er involvert. Dette kan indikere at det er en skjevhet i utvalget, med tanke på at det bare er én studie som har valgt en tilnærming som tillater fri muntlig formulering av deltakerne om deres opplevelse, i forbindelse med funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni. Intervjustudie til Misono et al. (2019) er studien som gir mest belysende svar når det gjelder opplevelsen av tensjonsdysfoni, grunnet intervjuformatet. Studien til Rumbach (2013) er den andre studien som bidrar til en mer omfattende innsamling av informasjon, grunnet at treningsinstruktørene kunne legge til tilleggsinformasjon i besvarelsen av spørreskjemaet. I et forsøk på å kartlegge opplevelsen, har de inkluderte studiene brukt ulike verktøy, og tolkning av resultatene må dermed utføres med forsiktighet.

Til tross for at de inkluderte artiklene innfridde inklusjons- og eksklusjonskriteriene i denne narrative litteraturstudien, hadde hver av artiklene ulike inklusjonskriterier for sine studier.

Seks av syv studier hadde alle deltakere som aktivt oppsøkte logopedisk hjelp for sin funksjonelle og funksjonelt-organiske dysfoni. Åhlander et al. (2012) hadde derimot deltakere som hadde selvrapporterte stemmevansker, men som ikke ble fysisk undersøkt før etter de hadde svart på spørreskjemaet som var utviklet for studien. Funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni ble midlertidig konstatert ved den fysiske undersøkelsen, noe som dermed styrker grunnlaget for inklusjon av denne studien.

Type yrke var ikke et fokus ved utforming av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Ønsket med denne studien, var å se på opplevelsen av dysfoni uavhengig av spesifiserte stemmekrevende yrker eller situasjoner. Hensikten var dermed å innsamle data som kunne være representativt for den generelle befolkningen. I fire av de syv inkluderte studiene, er læreryrket, som gjennom forskning har blitt dokumentert som et stemmekrevende yrke, allikevel godt representert. Dysfoni blant lærere, har gjennom flere studier, blitt forsket på og videre dokumentert som vanlig (Fritzell, 1996; Smith, Gray, Dove, Kirchner, & Heras, 1997; Åhlander, Rydell, & Löfqvist, 2011). I to av studiene er yrket ikke oppgitt, og den siste studien omhandler treningsinstruktører. Det finnes holdepunkter for at dysfoni, i likhet med læreryrket, er vanlig for treningsinstruktører (Heidal & Torgerson, 1993; Kersner & Newman, 1998; Long, Williford, Olson, & Wolfe, 1998; Rumbach, 2013). Det kan dermed stilles spørsmål om utvalget i de inkluderte studiene, samlet sett, er nyansert nok til å kunne være representativt for den generelle befolkningen. På en annen side kan det argumenteres for at det er opplevelsen av dysfoni som undersøkes, og ikke prevalensen av dysfoni i ulike yrker. Opplevelse er, som tidligere nevnt, en subjektiv erfaring og fornemmelse en person innehar. Til tross for at det er dokumentert en høyere forekomst av dysfoni i lærer- og treningsinstruktør-yrker, vil en beskrivelse av hvordan dysfoni oppleves fremdeles kunne gjøres gjenkjennbart i andre som ikke har samme yrke. Opplevelsen av funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni kan dermed ses uavhengig av yrker.

Av de inkluderte studiene, er størrelsen på utvalget varierende, hvor det går fra tjuetre informanter i Misono et al. (2019) sin studie, til 457 respondenter i Thomas et al. (2007) sin studie. Det er derimot ikke stor variasjon når det kommer til kjønn. Som skrevet i kapittel 2.2.1, er forekomsten av dysfoni høyere hos kvinner enn hos menn, noe utvalget i de inkluderte studiene reflekterer. Samlet sett er det totalt 1023 deltakere på tvers av studiene, og av de er femtifem menn. Et par av studiene skiller seg ut ved at de ikke inkluderte menn i selve studien, og Thomas et al. (2007) som undersøker opplevelse av dysfoni i lærerstudenter,

forankrer dette valget med grunnlag i litteraturen hvor det dokumenteres en høyere forekomst av dysfoni hos kvinner. Mangelen på likevektig representasjon av kjønn kan være en indikasjon på at det er en høyere sannsynlighet for at kvinner med dysfoni oppsøker hjelp, eller at mangelen på representasjon av menn med dysfoni, reflekterer det forskning allerede har dokumentert angående prevalens av dysfoni hos kvinner. Med hensyn til mangel av en likevektig representasjon, bør en derfor være forsiktig med å trekke generelle konklusjoner angående hvordan dysfoni oppleves for menn og kvinner sammenfattet.

Samtlige av de syv inkluderte studiene er publisert på engelsk, og de representerer syv land. To av studiene har deltakere med engelsk som morsmål (USA og Storbritannia). En slik variasjon i utvalgets opprinnelsesland, kan dermed argumenteres for å være representativt for den generelle befolkningen sett med et internasjonalt perspektiv. Til tross for dette, ønsker jeg å utvise forbehold i å generalisere når det gjelder inklusjon av menn, basert på grunnene gitt ovenfor.

Samlet sett kan man allikevel, basert på en sammenfatning og sammenligning av resultatene, få et innblikk i hvordan personer opplever sine funksjonelle og funksjonelt-organiske dysfoni, uavhengig av yrke, størrelse på utvalg, kjønn og morsmål.

5.3 DISKUSJON AV FUNN

5.3.1 Hvordan kartlegges og beskrives dysfoni?

Alle studiene har valgt kartleggingsverktøy som har som formål å kartlegge opplevelsen av dysfoni, og hvilken påvirkning dette kan ha på psykososiale forhold. En kan imidlertid ikke konkludere med at det finnes én metode å innhente informasjon på, da kartleggingsverktøyene i de inkluderte studiene representerer et vidt spekter av verktøy. Ved kartlegging av opplevelse, ser jeg det som nødvendig å drøfte verdien av de ulike verktøyene satt opp mot hverandre. Hvert av verktøyene kan være mangelfulle, og dermed ikke gi tilstrekkelig informasjon når det gjelder hva personen med dysfoni faktisk opplever.

Av de inkluderte studiene er det, som tidligere nevnt, én studie som skiller seg ut. Misono et al. (2019) benytter seg av et semi-strukturert intervju. Baker (2008), hevder at for å få en god kartlegging av vanskene med stemmen, er et psykoanalytisk intervju nødvendig. Det er samtalen med pasienten som bringer kunnskap i situasjonen, som til gjengjeld vil være med

på å bestemme hvilken behandling som er best egnet. Det er selve intervjupersonens erfaringer og opplevelser av funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni, fremfor forklaringer som er forankret i vitenskapen, som er hovedmålet med et intervju (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å foreta et intervju vil man kunne undersøke perspektivet til personer med dysfoni mer i dybden, enn ved bruk av standardiserte selvrapporteringsskjemaer. Samtidig vil man kunne få et innblikk i den komplekse forbindelsen mellom dysfoni, og dens psykososiale påvirkninger. Funnene i studien til Misono et al. (2019) vil derimot ikke kunne kvalifiseres for kvantitativ sammenligning da informasjonen som innhentes er mer kompleks og ustrukturert, sammenlignet med standardiserte kartleggingsverktøy. Et eksempel på dette er studien til Misono et al. (2019), hvor det ikke forelå en definisjon av begrepene «stress» og «distress». Ved bruk av semi-strukturert intervju, har informantene mulighet til å beskrive egne opplevelser med egne ord, noe som betyr at visse begrep som «stress» og/eller «distress» kan vektes forskjellig fra person til person, der disse begrepene ikke er definert på forhånd. Til tross for den voksende interessen i å forstå hvilke prosesser som inngår i en opplevelse, hvilke faktorer som kan forbindes med dysfoni, og hvilke psykososiale forhold som enten påvirker til dysfoni, eller påvirkes av dysfoni, synes jeg det er var overraskende å finne få studier angående problemstillingen. Jeg stiller meg undrende til hvorfor det tilsynelatende er vanskelig å oppdrive studier hvor intervju er brukt som metode i å innhente informasjon om opplevelsen av funksjonell og funksjonell-organisk dysfoni. En faktor som kan forklare dette, er som forklart kapittelet om metode (jmf. kap. 3.7), at min egen kunnskap kan være mangelfull, og som dermed har resultert i et utvalg som ikke er optimalt for det jeg undersøker. En annen faktor kan være at det er gjort lite forskning på opplevelse av dysfoni generelt, og med intervju som metode.

Det er viktig at personer med dysfoni selv vurderer sin vanske, spesielt med tanke på å vurdere effektivitet av behandling. En utfordring ved subjektiv kartlegging er derimot at svarene kan være påvirket av psykologiske prosesser (Pennebaker, 1994; Watson & Pennebaker, 1984). Ved standardiserte kartleggingsverktøy presenteres en mulighet for sammenfatning og sammenligning av resultatene i høyere grad, enn ved bruk av intervju som metode. På en annen side vil det personlige og det fenomenologiske perspektivet gå tapt ved at deltakerne ikke får mulighet til å beskrive med egne ord. VHI er derimot et verktøy som synes å være et av de mest brukte innen kartlegging av vansker med stemmen (Speyer et al., 2019). VHI har vist seg gjennom flere valideringsstudier å være et godt verktøy som fokuserer på opplevelsen og påvirkning av dysfoni, men det finnes fremdeles ulike faktorer

som bør belyses når det kommer til hvor dekkende det faktisk er for det som undersøkes i denne studien.

Når en skal redegjøre for VHI, er det også nødvendig å nevne noen av dens begrensninger. Til tross for at VHI er et godt redskap for å få en innsikt i hvordan en stemmevanske kan påvirke livskvalitet, er det derimot ikke et verktøy som måler individets motivasjon for endring. I behandling er brukerens motivasjon en viktig faktor for å endre stemmeatferd. Håpet er endog at ved å gjennomføre kartlegging, da spesielt av typen selvrapporing, kan det bidra til økt forståelse over egen vanske og dens implikasjoner, som dermed kan gi motivasjon til atferdsendring (Jacobsen et al., 1997). VHI har blitt validert og oversatt til mange forskjellige språk, deriblant de skandinaviske språkene i tillegg til tysk og spansk mer flere (Boogardt, Hakkestegt, Grolman, & Lindeboom, 2007). Selv om VHI er et av de mest brukte kartleggingsverktøyene, er det noen metodologiske utfordringer som eksisterer. Under den opprinnelige utviklingen av verktøyet, var det 65 personer som ble testet, og til tross for at Jacobsen et al. argumenterer for at det ble brukt et utvalg som skulle vise til mangfoldigheten innenfor stemmevansker, så argumenterer Boogardt et al., (2007) for at utvalget burde ha vært enda større med mer variasjon grunnet de psykometriske egenskapene brukeren tar stilling til, og som utgjør skåren for alvorlighetsgrad av vansken.

I motsetning til andre verktøy som søker å kartlegge graden av påvirkning en stemmevanske har på livet, er VAPP derimot et verktøy som først og fremst tar for seg stemmevanskens påvirkning på yrkesrelaterte aktiviteter (Bassi et al., 2011). Til tross for at den i sin kjerne ikke tar for seg livskvalitet, inkluderte jeg denne studien basert på tidligere forskning som gjør klart at lærere har en høyere risiko for å utvikle stemmevansker, og stemmevansker påvirker livet i ulik grad (Roy et al., 2000; Roy & Bless, 2000). Selv om studien til Bassi et al. (2011), er mer eller mindre avgrenset til daglig aktivitet og deltakelse innenfor en arbeidssetting, ser man, sammenlignet med andre studier, at yrket er et av mange områder som påvirkes, og man kan dermed se på dette som en indikasjon på at dysfoni som påvirker yrket, vil også kunne påvirke utenfor i sosiale settinger, kommunikasjonssammenhenger, selvkritiske følelser og livskvaliteten.

Buck et al. (2007) brukes i sin studie blant annet VPQ (Vocal Performance Questionnaire) og IPQ (Illness Perception Questionnaire). VPO er i likhet med VHI, også regnet for å være et godt verktøy som kartlegger dysfoni, og som på samme måte som VHI, kan gi et innblikk i

hvordan en påvirkes av dysfoni (Speyer et al., 2019). Til tross for at IPO har vært et godt verktøy for å innhente informasjon om hvordan sykdom oppleves i en klinisk forskning, kritiseres den for å ha et ensidig perspektiv der det fokuseres på den kognitive påvirkningen, og ikke den emosjonelle (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron, & Buick, 2002). Ved at den emosjonelle responsen på sykdom ikke blir kartlagt, vil informasjonen som innhentes være mangelfull når det kommer til hvordan en person håndterer sin sykdom, og hvilken psykososial påvirkning det kan ha (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001). Resultatene på IPQ gir derimot indikasjoner på hvordan personer med dysfoni fornekter sin vanske, noe som kan bære hjelpelig i utvikling av et behandlingsprogram, og eventuelt effekten av denne.

I likhet med selvrapporteringskjemaer, fyller deltakerne ut allerede formulerte spørsmål ved spørreundersøkelser. Det som skiller de to kartleggingsverktøyene er derimot at spørreundersøkelsene er spesielt utviklet for hver av studiene, og de er dermed ikke standardiserte. Dette gjør at spørreundersøkelser får noen likhetstrekk med intervju, hvor begge metodene tar utgangspunkt i formulerte spørsmål eller en intervjuguide. Til tross for at de avgitte svarene på standardiserte selvrapporteringskjemaer som VHI og VAPP og på spørreundersøkelsene gir forskeren et innblikk i hvordan funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni oppleves, argumenteres det for at intervju fremdeles vil være en bedre metode for å undersøke opplevelse med et eksplorerende og fenomenologisk fokus. På en annen side kan ikke resultatene som fremkommer valideres kvantitativt, da menneskene som intervjues er en liten gruppe. Til tross for at intervju egner seg som en god metode for innhenting av informasjon av en fenomenologisk karakter, så vil man ikke kunne vite om informantene svarer sant. Dette er også gjeldene for selvrapporteringskjemaer og spørreundersøkelser. Det kan derimot være en større sannsynlighet for besvarelsene på selvrapporteringskjemaene og spørreundersøkelsene er mer sanne, så sant anonymiteten er ivarettatt, enn ved et intervju der informanten må sitte og fortelle intervjueren om sin seg selv og sin opplevelse.

Selvrapporteringskjemaer og spørreundersøkelser kan midlertidig være gode tidsbesparende metoder for informasjonsinnsamling. I en hektisk arbeidsdag vil logopedene kunne samle inn informasjon på en rask, strukturert og informativ måte som kan videre utdypes og utforskes i anamnesen. Intervju er en metode som kan tid, og det er flere variabler som må sammenfalle for gjennomføring. Dette kan føre til at informasjonsinnhenting kan ha et usystematisk hendelsesforløp dersom, for eksempel, informanten blir syk og intervjuet må utsettes.

Selvrapporteringsskjemaer kan også være nyttige i et behandlingsforløp hvor det kan benyttes som måleinstrumenter før, under og etter behandling. Selvrapporteringsskjemaene kan dermed gi en indikasjon på om bedring rapporteres, som igjen kan være med på å sikre en god behandling for personen med dysfoni.

5.3.2 Hvilke psykososiale forhold påvirkes?

En utfordring ved å forske på hvilke psykososiale områder som påvirkes av dysfoni, er at det er vanskelig å skille mellom hva som kommer først av stemmevansker eller psykososiale belastninger. Stemmen og stemmens funksjon er et komplekst fenomen konstruert av flere byggeklosser som er avhengig av hverandre. Samtidig responderer kroppen på den verden vi lever i, og indre forhold påvirkes dermed også av ytre forhold. De inkluderte studiene har til felles at de rapporterer om at dysfoni påvirker livet negativt. Det kan derimot ikke trekkes endelige konklusjoner om årsakssammenhenger basert på de inkluderte studiene, men det kan allikevel gis innblikk i hvilke områder som påvirkes, og om eventuelle hendelser som oppstår kan føre til forverring av dysfoniske symptomer.

Ved sammenfatning av resultatene fra de inkluderte studiene, gir funnene en indikasjon på at funksjonell og funksjonell-organisk dysfoni har en påvirkning på psykososiale forhold. Funnene fra de inkluderte studiene rapporterer at dysfoni har påvirket deltakerne i deres aktivitet og deltakelse i yrket, den daglige kommunikasjonen, sosiale settinger, samt at de opplever en forhøyning av negative følelser som frustrasjon, stress og angst. Det kan midlertidig være viktig i diskusjonen av hvilke psykososiale forhold som påvirkes, at relasjonen mellom forhold som påvirkes, og håndtering av disse forholdene, belyses. Til tross for at det ikke kan konkluderes med hva som er årsaken til funksjonell dysfoni, finnes det holdepunkter for å tro at vansker med stemmen kan utvikles som en negativ respons på situasjoner og hendelser som oppleves som stressende eller vanskelige (Baker, 2008). En utfordring som derimot presenteres når det gjelder dette perspektivet, er at det baseres på anekdotiske gjenfortellinger gjennom anamnese, intervju eller kasus, i motsetning til en standardisert informasjonsinnhenting. Dette er også hva Misono et al. (2019) sin studie reflekterer gjennom sin intervjustudie. Flere av informantene forteller at deres tensjonsdysfoni utløste stress, og at stresset som ble utløst dermed førte til en forverring av symptomene.

Flere av de inkluderte studiene har til felles at deres opplevelse av dysfoni sin negative påvirkning på psykososiale forhold, har en sammenheng med hvordan personen med dysfoni opplever egen vanske, og i hvilken grad de opplever vansken for å være alvorlig. Opplever de egen vanske for mer alvorlig, viser funnene i Rumbach (2013) og Bassi et al. (2011) at dette kan føre til en reduksjon av aktivitet og deltakelse både i arbeidslivet, og i andre sosiale settinger. Ved at dysfoni for noen påvirker i den grad at de må vurdere å trekke seg tilbake, eller slutte i jobben, tydeliggjør også hvilken innvirkning det kan ha på sosioøkonomiske forhold. Samtidig fremmes spørsmålene om behovet for undervisning om vokal helse, og tilretteleggelse på arbeidsplassen, er et behov som i dag ikke tilfredsstilles. Flere av de inkluderte studiene vektlegger at det er et behov for økt kunnskap om dysfoni, og stemmetrening i stemmekrevende yrker, uten at det tilsynelatende har blitt etablert og iverksatt tiltak.

Fysiske, miljømessige, psykologiske og sosiale forhold er alle faktorer som kan spille inn på stemmen og dens funksjon. Dette er også noe funnene i de inkluderte studiene reflekterer. Alle studiene som er inkludert i denne narrative litteraturstudien viser at funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni gjør utslag på psykososiale forhold, selv om det fremdeles drøftes om hva som er den opprinnelige utløsende faktoren. Det er verdt å nevne Åhlander et al. (2012) sin studie som benyttet VHI-T som en del av kartleggingen, når det gjelder hvilke psykososiale faktorer som gir mest utslag. Resultatene fra studien viser til en generell høyere totalskåre på VHI i lærerne med dysfoni, enn i kontrollgruppene. Samtidig kommer det frem ved nærmere analyse, at av de tre underskalaene, skårer lærerne høyest på emosjonalitetsskalaen. Emosjonalitetsskalaen representerer affektive responser hos den med dysfoni, og omhandler dermed anspenhet, irritasjon, håpløshet, fortvilelse, skam, flauhet og stress. Dette er noe som samsvarer med funnene fra de andre studiene, og som dermed bringer oss til diskusjonen angående samhandlingen mellom respons, mestringsstrategier og videre negativ påvirkning.

Samtlige av de inkluderte studiene viser til at graden av påvirkning av dysfoni på psykososiale forhold, ikke bare avhenger av deltakernes opplevelse av vansken, men også hvordan dette håndteres. I Misono et al. (2019) sin studie, tyder noen av funnene på at en person med dysfoni sin sårbarhet ovenfor ulike sosiale, psykologiske eller emosjonelle forhold, kan være med på å influere i hvilken grad strategier for å håndtere dysfoniens påvirkning, er gode eller uhensiktsmessige. I tillegg viser Thomas et al. (2007), at en

bevisstgjøring ovenfor egen dysfoni og dens alvorlighetsgrad, kan føre til implementering av gode strategier for å redusere kroniske smerter eller ubehag. Det er også dokumentert at visse personlighetstrekk kan ha en innvirkning på kvaliteten av hvilke strategier som legges til grunn for håndtering av dysfoni (Baker, 2008; Roy et al., 2000; Roy & Bless, 2000). Samtidig viser forskning at det finnes en signifikant korrelasjon mellom personer med dysfoni, og en høyere tendens til uhensiktsmessige mestringsstrategier som baseres på nevrotiske og negative følelser (Deary et al., 2003). Thomas et al. (2007) argumenterer derimot for at ved å redusere risikofaktorer som, for eksempel, uhensiktsmessig bruk av stemmen, støy, kremting og stress, så vil det sannsynligvis forekomme en reduksjon av psykososiale påvirkninger.

I studien til Buck et al. (2007) rapporteres det at det foreligger en forbindelse mellom en økt tendens til angst, og pasienter med funksjonell dysfoni, samt at de med funksjonell dysfoni rapporterte en større psykososial påvirkning grunnet dysfoni. Morrison, Nichol, & Rammage (1994) argumenterer for det er viktig å forstå personligheten og personlighetstrekkene til den med dysfoni, slik at atferd og mestringsstrategier kan belyses og diskuteres med pasienten. Det er midlertidig viktig å bemerke at det å arbeide med psykologiske undertoner til en persons vanske, beveger seg utenfor logopedens fagfelt, og det kan dermed være nødvendig å opprette et tverrfaglig team. Til tross for at det finnes holdepunkter for å mene at visse personlighetstrekk både påvirker en stemmevanske, og hvordan denne vansken håndteres, er det fremdeles et behov for mer forskning på emnet. Forskningen som foreligger viser kun noen aspekter hvor denne forbindelsen er gjeldende, og videre undersøkelse av hvordan negative følelser kan ha fysiske påvirkninger, oppfordres (Baker, 2008).

Til tross for at det har vært en økende interesse å undersøke relasjonen mellom psykologiske faktorer, opplevelse av et fenomen, mestringsstrategier som tas i bruk, atferd og respons, er det allikevel to faktorer som blir regelmessig dokumentert som ganske sikre risikofaktorer for utvikling av dysfoni, og det er kjønn og yrke (Baker, 2008). Flere studier har funn som tyder på at det foreligger en forbindelse mellom personlighetstrekk og hvordan dette påvirker stemmen, men det er fremdeles en mangel på dokumentasjon som gjør at en ikke kan gjøre endelige konklusjoner (Baker, 2008). Dette er i midlertidig overraskende da mange av studiene som undersøker psykososiale risikofaktorer i forbindelse med dysfoni, både de inkluderte studiene og andre studier som jeg har brukt som et teoretisk rammeverk, konstaterer at det foreligger en forbindelse mellom personlighet, psykologiske faktorer og stressende situasjoner i sin innledning. På en annen side er det derimot veletablert litteratur

som utforsker dette emnet, og som dermed gjør at det finnes holdepunkter for å tro at psykososiale forhold kan utgjøre risikofaktorer, som kan påvirke til utvikling av dysfoni (Deary et al., 2003; Pennebaker, 1994).

5.4 KONKLUSJON

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan personer med dysfoni opplever sin vanske. Den narrative litteraturstudien baserer seg på syv forskningsartikler som har hatt som formål å kartlegge opplevelsen av dysfoni, og dens psykososiale påvirkning. Det har vært en utfordring å oppdrive studier som kunne bidra til en eksplorerende undersøkelse av opplevelse av dysfoni. Det var også overraskende at søket bare resulterte i ett treff som var en intervjustudie som tok for seg denne problemstillingen, og som innfridde inklusjonskriteriene. Fire av studiene benyttet seg av selvrapporteringsskjemaer, og hvordan dysfoni oppleves må dermed tolkes utfra de formulerte utsagnene deltakerne skal svare på. Studiene av personers opplevelse av dysfoni inneholder ulike kartleggingsverktøy, og kan derfor ikke direkte sammenlignes. Funnene viser allikevel at det finnes likhetstrekk mellom hva som er besvart på selvrapporteringsskjemaene, spørreundersøkelsene og hva informantene beskrev i Misuno et al. (2019) sin intervjustudie.

Opplevelse er per definisjon noe en person fornemmer og erfarer. Opplevelsen av dysfoni er dermed hvordan en person erfarer at dysfoni berører sansene, tankene, følelsene, og andre kognitive aspekter som kan føre til endringer i psykologiske og sosiale forhold. Til tross for at man ikke kan trekke endelige konklusjoner, tyder det på at påvirkning på/ eller forverring av psykososiale forhold, er en reaksjon på selve stemmevansken. Det kommer ikke frem hva som er den eksakte årsaken til funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni, men finnes derimot holdepunkter for å tro at dysfoni kan utløses av uhensiktsmessig stemmebruk, luftveissykdommer som forkjølelse, eller stressende situasjoner som dermed har utløst en psykologisk respons. Det er derimot viktig å bemerke at det i mange tilfeller er vanskelig å skille hva som kommer først av dysfoni eller en fysisk eller psykologisk hendelse. Noen av uttalelsene i Misuno et al. (2019) sin studie kan i midlertidig tyde på at forløpet av påvirkning fra og på psykososiale forhold, er sirkulært.

Det er gjort følgende funn:

- Opplevelsen av dysfoni kartlegges gjennom subjektive kartleggingsverktøy som selvrapporteringsskjemaer, spesielt utviklede spørreundersøkelser, og intervju.
- Mange opplever at dysfoni reduserer livskvaliteten og at identitetsbildet påvirkes.
- Dysfoni påvirker deltakelse i daglige aktiviteter, som på arbeidsplassen eller andre sosiale settinger, grunnet reduksjon av funksjonaliteten til stemmen.
- Dysfoni kan føre til en affektiv emosjonell respons som anspenthet, stress, frustrasjon, nedstemthet og fortvilelse.
- Dysfoni påvirker psykofysiske forhold som tap av tonehøyde, tap av styrke, endret stemmekvalitet, og tap av kontroll.

Opplevelsen er en individuell erfaring og fornemmelse av et fenomen, og til tross for at flere likheter kan trekkes mellom erfaringene som oppgis, vil man fremdeles ikke kunne trekke endelige konklusjoner. En person sin opplevelse av funksjonell dysfoni kan skille seg fra en annen person sin opplevelse. Funnene fra studiene viser derimot at det er flere likhetstrekk i hvordan dysfoni oppleves, kartlegges, beskrives, og hvordan dysfoni kan påvirke. Samtlige studier rapporterer funn som indikerer at hele mennesket påvirkes i den grad at man utvikler en respons som grunnes i psykologiske forhold. Dette er et tydelig grensefelt for logopeden som behandler, da en kan komme innom områder som best egner seg innenfor et psykologisk fagfelt. Jeg vil derimot argumentere for at dette er noe logopeden bør være bevisst på, da det kan være med på å danne et behandlingsprogram som er personlig tilpasset den som søker behandling. Til tross for at logopeden ikke skal være den som utretter psykologisk hjelp, skal logopedens behandling inneholde undervisning om god og sunn stemme, hva som kan påvirke negativt, og dermed legge til grunn for utvikling av nye vaner.

Et av de underliggende formålene med å undersøke hvordan dysfoni oppleves hos de med funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni, var å belyse kompleksiteten ved en stemmevanske, og dermed hvilken betydning dette vil ha for de logopediske tiltakene. Funnene tyder på at funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni er en sammensatt vanske, og at det er en vanske som kan kreve et tverrfaglig samarbeid. Dette gjør seg især gjeldene med dysfoni med psykogene karakteristikk, dersom det ikke foreligger andre forklarende faktorer, foruten livshendelser som oppleves som traumatiske eller stressende.

6. VEIEN VIDERE

Forskning på personer med funksjonell og funksjonelt-organisk dysfoni sin opplevelse av vansken er ikke uttømmende. Det er fremdeles behov for flere studier med et eksplorerende fokus hvor det innhentes fenomenologisk informasjon. Læreryrket er et stemmekrevende yrke som er hyppig brukt i forskning, og som det er skrevet mye om når det gjelder opplevelse av dysfoni og risikofaktorer. Når man ønsker å undersøke opplevelse av dysfoni, er det behov for forskning på mennesker med ulike yrkesbakgrunn. Ved å forske på opplevelse av dysfoni med mennesker med andre yrker, som ikke nødvendigvis regnes som stemmekrevende yrker, vil det kunne skape et mer nyansert utvalg som kan være representativt for den generelle befolkningen. Dette gjelder også forskning der hvor en større andel menn er inkludert i utvalget. Det vil i tillegg åpne opp for en nyansering av risikofaktorer, som kan bidra til utvikling av dysfonifeltet.

Samtidig melder det seg et behov for videre forskning på psykologiske risikofaktorer, påvirkningen på psykososiale forhold, og forbindelsen mellom personlighetstrekk, mestringsstrategier og dysfoni, for å både bekrefte og klargjøre forskning som allerede eksisterer. Forskning på norske forhold er spesielt mangelfullt. Dette vil være av betydning siden noen påvirkningsforhold kan være ulike, og dermed ikke representativt for den norske befolkningen. Samtidig vil forskning på norske forhold kunne bidra til en høyere forekomst av oversetting og validering av kartleggingsverktøy, samt utvikling av egne kartleggingsverktøy som kartlegger opplevelsen av dysfoni og dens påvirkning på psykososiale forhold. I tillegg vil det kunne bidra til bedre opplæring av logopedier, og utvikling av nye og flere behandlingsmetoder.

Dysfoni er en sammensatt vanske, og funnene tyder på at psykologiske faktorer er en del av problematikken. Forskning hvor det fokuseres på dette aspektet vil dermed kunne bidra til utvikling av det logopediske fagområdet. Samtidig vil det fremme spørsmålet om, og behovet for, et tverrfaglig samarbeid. Det er viktig at personer med dysfoni får en helhetlig og forskningsbasert behandling.

7. LITTERATURLISTE

Arder, N.-K. (2007). *Sangeleven i fokus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Aveyard, H. (2019). *Doing a Literature Review in Health and Social Care. A practical Guide* (4.utg). London, England: Open International Press Ltd.

Baker, J. (2008). The Role of Psychogenic and Psychosocial Factors in the Development of Functional Voice Disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(4), 210-230.

<https://doi.org/10.1080/17549500701879661>

Bassi, I. B., Assunção, A. Á., de Medeiros, A. M., de Menezes, L. N., Teixeira, L. C., & Gama, A. C. C. (2011). Quality of Life, Self-perceived Dysphonia, and Diagnosed Dysphonia Through Clinical Tests in Teachers. *Journal of Voice*, 25(2), 192-201.

<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.10.013>

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1997). Writing Narrative Literature Reviews. *Review of General Psychology*, 1(3), ss. 311-320.

<https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.3.311>

Befring, E. (2015). *Forskningsmetoder i utdanningsvitenskap* (1.utg). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Behlau, M. (2019). The 2016 G. Paul Moore Lecture: Lessons in Voice Rehabilitation: Journal of Voice and Clinical Practice. *Journal of Voice*, 5(33), 669-681.

<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.02.020>

Behlau, M., Zambon, F., Moreti, F., Oliveira, G., & de Barros Couto Jr, E. (2017). Voice Self-assessment Protocols: Different Trends Among Organic and Behavioral Dysphonias. *Journal of Voice*, 31(1), 112-e13.

<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.03.014>

Behlau, M., Madazio, G., & Oliveira, G. (2015). Functional Dysphonia: Strategies To Improve Patient Outcomes. *Patient Related Outcome Measures*, 6, 243.

<https://doi.org/10.2147/PROM.S68631>

Berke, G. S., & Long, J. S. (2010). Chapter 10.1 - Functions of the Larynx and Productions of Sounds. 19, 419-426.

<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-374593-4.00038-3>

Bogaardt, H. C. A., Hakkesteeft, M. M., Grolman, W., & Lindeboom, R. (2007). Validation of the Voice Handicap Index Using Rasch Analysis. *Journal of Voice*, 21(3), 337-344.

<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2005.09.007>

Bowden, G. (2009, August). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 9, ss. 27-40. Hentet 19. oktober 2019 fra:

https://www.researchgate.net/profile/Glenn_Bowen/publication/240807798_Document_Anal

[ysis_as_a_Qualitative_Research_Method/links/59d807d0a6fdcc2aad065377/Document-Analysis-as-a-Qualitative-Research-Method.pdf](https://doi.org/10.1017/S0022215106004002)

Boland, A., Cherry, G., & Dickson, R. (Eds.). (2014). *Doing a Systematic Review: A Student's Guide*. London: Sage Publications Ltd.

Bruzzi, C., Salsi, D., Minghetti, D., Negri, M., Casolino, D., & Sessa, M. (2017). Presbiphonya. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 88(1), 6–10.
<https://doi.org/10.23750/abm.v88i1.5266>

Buck, F., Drinnan, M., Wilson, J., & Barnard, I. S. (2007). What are the Illness Perceptions of People with Dysphonia: A Pilot Study. *The Journal of Laryngology & Otology*, 121(1), 31-39.
<https://doi.org/10.1017/S0022215106004002>

Cohen, S.M., Kim, J., Roy, N., Asche, C. and Courey, M. (2012), Prevalence and Causes of Dysphonia in a Large Treatment-seeking Population. *The Laryngoscope*, 122: 343-348.
<https://doi.org/10.1002/lary.22426>

Collins, J. A., & Fauser, B. C. (2005). Balancing the Strengths of Systematic and Narrative Reviews. *Human Reproduction Update*, 11(2), ss. 103-104.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmh058>

Colton, R. H., Casper, J. K., & Leonard, R. (2011). *Undertsanding Voice Problems. A Physiological Perspective for Diagnosis and Treatment* (4.utg). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.

Cooper, H., Hedges, V. L., & Valentine, C. J. (2019). *The Handbook of Research Synthesis and Meta- Analysis* (3.utg). New York: Russell Sage Foundation.

Craig, J., Tomlinson, C., Stevens, K., Kotagal, K., Fornadley, J., Jacobson, B., ... & Francis, D. O. (2015). Combining Voice Therapy and Physical Therapy: A Novel Approach to Treating Muscle Tension Dysphonia. *Journal of Communication Disorders*, 58, 169-178.
<https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2015.05.001>

Creswell, W. J., & Creswell, J. D. (2018). *Research Design, Qualitative, Quantitative & Mixed Methods Approaches*. London: SAGE Publications, Inc.

Dejonckere, P. H., Bradley, P., Clemente, P., Cornut, G., Crevier-Buchman, L., Friedrich, G., ... & Woisard, V. (2001). A Basic Protocol for Functional Assessment of Voice Pathology, Especially for Investigating the Efficacy of (Phonosurgical) Treatments and Evaluating New Assessment Techniques. *European Archives of Oto-rhino-laryngology*, 258(2), 77-82.
<https://doi.org/10.1007/s004050000299>

da Cunha Pereira, G., de Oliveira Lemos, I., Gadenz, C. D., & Cassol, M. (2018). Effects of Voice Therapy on Muscle Tension Dysphonia: A Systematic Literature Eeview. *Journal of Voice*, 32(5), 546-552.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2017.06.015>

Deary, I. J., Wilson, J. A., Carding, P. N., & Mackenzie, K. (2003). The Dysphonic Voice Heard by Me, You and It: Differential Associations with Personality and Psychological Distress. *Clinical Otolaryngology & Allied Sciences*, 28(4), 374-378.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2273.2003.00730.x>

Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget

Ericson, P., Aarflot, E. C., Løvbakk, J., Bøyesen, B., Tvetervås, G., & Devold, J. (2017). *Logopedisk stemmetrening. Praktiske øvelser*. Oslo: Statped.

Fritzell, B. (1996). Voice Disorders and Occupations. *Logopedics Phoniatics Vocology*, 21(1), 7-12.
<https://doi.org/10.3109/14015439609099197>

Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). Writing Narrative Literature Reviews for Peer-Reviewed Journals: Secrets of the Trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101-117.
[https://doi.org/10.1016/S0899-3467\(07\)60142-6](https://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6)

Heidel, S. E., & Torgerson, J. K. (1993). Vocal Problems Among Aerobics Instructors and Aerobic Participants. *Journal of communication disorders*, 26(3), 179-191.
[https://doi.org/10.1016/0021-9924\(93\)90007-W](https://doi.org/10.1016/0021-9924(93)90007-W)

Hodgkinson, G. P., & Ford, K. J. (2014). Narrative, Meta-analytic, and Systematic Reviews: What are the Differences and Why Do They Matter? *Journal of Organizational Behavior*, 35, 1.
<https://doi.org/10.1002/job.1918>

Jacobson, B. H., Johnson, A., Grywalski, C., Silbergleit, A., Jacobson, G., Benninger, M. S., & Newman, C. W. (1997). The Voice Handicap Index (VHI) Development and Validation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6(3), 66-70.
<https://doi.org/10.1044/1058-0360.0603.66>

Johannsen, C. G., & Pors, N. O. (2013). *Evidens og systematiske reviews: En introduktion*. Samfundslitteratur.

Kersner, C. Newman. M. (1998). Voice Problems of Aerobics Instructors: Implications for Preventative Training. *Logopedics Phoniatics Vocology*, 23(4), 177-180.
<https://doi.org/10.1080/140154398434086>

Kjelstadli, K. (1999). *Fortida er ikke hva den en gang var. En innføring i historiefaget* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det Kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Leiknes, K. A., Dalsbø, T. K., & Siqveland, J. (2016). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, L. (2001). Representations, Procedures, and Affect in Illness Self-regulation: A Perceptual-Cognitive Model. *Handbook of Health Psychology*, 3, 19-47. NJ: Lawrence Erlbaum.

Long, J., Williford, H. N., Olson, M. S., & Wolfe, V. (1998). Voice Problems and Risk Factors Among Aerobics Instructors. *Journal of Voice*, 12(2), 197-207.

[https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(98\)80039-8](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(98)80039-8)

Machi, L. A., & McEvoy, B. T. (2016). *The Literature Review: Six Steps to Success*. California: Corwin Press.

Martins, R. H. G., do Amaral, H. A., Tavares, E. L. M., Martins, M. G., Gonçalves, T. M., & Dias, N. H. (2016). Voice Disorders: Etiology and Diagnosis. *Journal of Voice*, 30(6), 761-e1.

<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2015.09.017>

Martins, R. H. G., Tavares, E. L. M., Ranalli, P. F., Branco, A., & Pessin, A. B. B. (2014). Psychogenic Dysphonia: Diversity of Clinical and Vocal Manifestations in a Case Series. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 80(6), 497-502.

<https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.09.002>

Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative Reserach Design, An Interactive Approach*. London: SAGE Publications Inc.

Merleau-Ponty, M., Landes, D., Carman, T., & Lefort, C. (2012). *Phenomenology of Perception*. London: Routledge.

Misono, S., Haut, C., Meredith, L., Frazier, P. A., Stockness, A., Michael, D. D., ... & Harwood, E. M. (2019). Dysphonia, Perceived Control, and Psychosocial Distress: A Qualitative Study. *Journal of Voice*, 33(5), 682-690.

<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.04.003>

Misono, S., Peterson, C. B., Meredith, L., Banks, K., Bandyopadhyay, D., Yueh, B., & Frazier, P. A. (2014). Psychosocial Distress in Patients Presenting with Voice Concerns. *Journal of Voice*, 28(6), 753-761.

<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.02.010>

Morrison, M., Rammage, L., Nichol, H., Pullan, B., May, P., & Salkeld, L. (1994). *The Management of Voice Disorders*. Boston: Springer.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology andHhealth*, 17(1), 1-16.

<https://doi.org/10.1080/08870440290001494>

Nelson, R., & Bless, D. M. (2000, Juni). Personality Traits and Psychological Factors in Voice Pathology: A Foundation for Future Research. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43(3), ss. 737-480.

<https://doi.org/10.1044/jslhr.4303.737>

Patel, R. R., Awan, S. N., Barkmeier-Kraemer, J., Courey, M., Deliyski, D., Eadie, T., ... & Hillman, R. (2018). Recommended Protocols for Instrumental Assessment of Voice:

American Speech-Language-Hearing Association Expert Panel to Develop a Protocol for Instrumental Assessment of Vocal Function. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(3), 887-905.

https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-17-0009

Pedrosa, V., Pontes, A., Pontes, P., Behlau, M., & Peccin, S. M. (2016). The Effectiveness of the Comprehensive Voice Rehabilitation Program Compared with the Vocal Function Exercises Method in Behavioral Dysphonia: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Voice*, 30(3), 377-e11.

<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2015.03.013>

Pennebaker, J. W. (1994). Psychological Bases of Symptom Reporting: Perceptual and Emotional Aspects of Chemical Sensitivity. *Toxicology and Industrial Health*, 10(4-5), 497-511. Hentet fra:

<https://europepmc.org/article/med/7778110>

Reetz, S., Bohlender, J. E., & Brockmann-Bausser, M. (2019). Do Standard Instrumental Acoustic, Perceptual, and Subjective Voice Outcomes Indicate Therapy Success in Patients with Functional Dysphonia? *Journal of Voice*, 33(3), 317-324.

<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2017.11.014>

Rolfe, G. (2006). Validity, Trustworthiness and Rigour: Quality and the Idea of Qualitative Research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 304-310.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03727.x>

Roy, N., Bless, D. M., & Heisey, D. (2000). Personality and Voice Disorders: A Multitrait-Multidisorder Analysis. *Journal of Voice*, 14(4), 521-548.

[https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(00\)80009-0](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(00)80009-0)

Rumbach, A. F. (2013). Voice Problems of Group Fitness Instructors: Diagnosis, Treatment, Perceived and Experienced Attitudes and Expectations of the Industry. *Journal of Voice*, 27(6), 786-e1.

<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.03.012>

Rumbach, A. F. (2013). Vocal Problems of Group Fitness Instructors: Prevalence of Self-Reported Sensory and Auditory-Perceptual Voice Symptoms and the Need for Preventative Education and Training. *Journal of Voice*, 27(4), 524-e11.

<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.01.016>

Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 25, 2477-80. doi: 2477-80

Shewell, C. (2009). *Voice Work. Art and Science in Changing Voices*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Sielska-Badurek, E., Osuch-Wójcikiewicz, E., Sobol, M., Kazanecka, E., Rzepakowska, A., & Niemczyk, K. (2017). Combined Functional Voice Therapy in Singers with Muscle Tension Dysphonia in Singing. *Journal of Voice*, 31(4), 509-e23.

<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.10.026>

Smith, E., Gray, S. D., Dove, H., Kirchner, L., & Heras, H. (1997). Frequency and Effects of Teachers' Voice Problems. *Journal of Voice*, 11(1), 81-87.
[https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(97\)80027-6](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(97)80027-6)

Speyer, R., Kim, J. H., Doma, K., Chen, Y. W., Denman, D., Phyland, D., ... & Cordier, R. (2019). Measurement Properties of Self-report Questionnaires on Health-related Quality of Life and Functional Health Status in Dysphonia: A Systematic Review Using the COSMIN Taxonomy. *Quality of Life Research*, 28(2), 283-296.
<https://doi.org/10.1007/s11136-018-2001-6>

Statped (2017, 9. September). Ulike Stemmediagnoser. Hentet fra
<https://www.statped.no/stemmevansker/stemmevansker/ulike-stemmediagnoser/stemmetretthet/>

Statped (2019, 24. Januar). Måleinstrument ved stemmevansker, Voice Handicap Index (VHI) på norsk. Hentet fra
<https://www.statped.no/laringsressurs/sprak-og-tale/Voice-Handicap-Index-VHI-pa-norsk/>

Stemple, J. C., Roy, N., & Klaben, B. K. (2020). *Clinical Voice Pathology: Theory and Management* (6.utg). San Diego, CA: Plural Publishing.

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk Veiledning i å skrive litteraturstudier* (Vol. 2.utg). Oslo: Cappelen Damm AS.

Svartdal, Frode: *psykososial* i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 28. mars 2020 fra
<https://snl.no/psykososial>

Winther, Finn: *dysfoni* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 1. april 2020 fra
<http://sml.snl.no/dysfoni>

Kåss, Erik: *fonasjon* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 12. april 2020 fra
<https://sml.snl.no/fonasjon>

Kennair, Leif Edward Ottesen: *personlighet* i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 13. april 2020 fra
<https://snl.no/personlighet>

Kennair, Leif Edward Ottesen: *femfaktormodellen* i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 13. april 2020 fra
<https://snl.no/femfaktormodellen>

Thomas, G., Kooijman, P. G., Donders, A. R. T., Cremers, C. W., & de Jong, F. I. (2007). The Voice Handicap of Student-teachers and Risk Factors Perceived to Have a Negative Influence on the Voice. *Journal of Voice*, 21(3), 325-336.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2005.12.003>

Van Houtte, E., Van Lierde, K., & Claeys, S. (2011). Pathophysiology and Treatment of Muscle Tension Dysphonia: A Review of the Current Knowledge. *Journal of Voice*, 25(2), 202-207.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.10.009>

Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health Complaints, Stress, and Distress: Exploring the Central Role of Negative Affectivity. *Psychological Review*, 96(2), 234.
<https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1037/0033-295X.96.2.234>

Yiu, E. M. (2002). Impact and Prevention of Voice Problems in the Teaching Profession: Embracing the Consumers' View. *Journal of Voice*, 16(2), 215-229.
[https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(02\)00091-7](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(02)00091-7)

World Health Organization. (2018). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th revision, electronic version). Hentet 4.mai. 2020
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/936462533>

World Health Organization. (2018). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th revision, electronic version). Hentet 4.mai. 2020
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1385858385>

World Health Organization (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision, Version 2019). Hentet 4. Mai, 2020 fra
<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/R49.0>

Åhlander, V. L., Rydell, R., & Löfqvist, A. (2012). How do Teachers with Self-reported Voice Problems Differ From Their Peers with Self-reported Voice Health?. *Journal of Voice*, 26(4), e149-e161.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2011.06.005>

Åhlander, V. L., Rydell, R., & Löfqvist, A. (2011). Speaker's Comfort in Teaching Environments: Voice Problems in Swedish Teaching Staff. *Journal of Voice*, 25(4), 430-440.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.12.006>