

Kandidatnummer: 10004 & 10006

Hvilken påvirkningskraft har komorbid hørselstap og tinnitus hos én partner på samliv: To sider av samme sak

Bacheloroppgave i Bacheloroppgave i audiologi

Veileder: Markus Drexler

Medveileder: Odd Magne Risan

Juni 2022

Kandidatnummer: 10004 & 10006

Hvilken påvirkningskraft har komorbid hørselstap og tinnitus hos én partner på samliv: To sider av samme sak

Bacheloroppgave i Bacheloroppgave i audiologi
Veileder: Markus Drexl
Medveileder: Odd Magne Risan
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Hvilken påvirkningskraft har komorbid hørselstap og tinnitus hos én partner på samliv: To sider av samme sak.

(How is partners' life together impacted when one partner has comorbid hearing loss and tinnitus: Two sides of the same coin.)

Bacheloroppgave i audiologi

Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH)

Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap (INB)

Studieprogram for audiologi (AUD)

BAU2019

Kandidatnummer: 10006 & 10004

Sammendrag

Bakgrunn og formål:

Hørselstap er den fjerde ledende årsaken til funksjonsnedsettelse i verden, og er ofte komorbid med tinnitus. Den utsattes aksept og mestring av funksjonsnedsettelse påvirker også nære andre som deres partner, og avhengig av hvordan partner håndterer dette påvirker den utsattes opplevelse av utfordringene. Derfor burde funksjonsnedsettelser, også komorbide funksjonsnedsettelser, og hvordan de påvirker relasjoner med partnere undersøkes. Dette bachelorprosjektet har som formål å undersøke hvordan samlivet mellom par oppleves å påvirkes av den ene partnerens selvopplevde komorbide hørselstap og tinnitus (KHT), med vektlegging av utfordringer, mestringsstrategier og positive innvirkninger.

Metode og utvalg:

For å belyse problemstillingen ble det gjennomført en kvalitativ studie med et semistrukturert gruppeintervju som metode. Utvalget bestod av tre deltaker-par i alderen 45-65 år som ble rekruttert via hørselsklinikker og Facebook. Alle deltakerne med selvopplevd KHT hadde levd med hørselstapet i over 20 år, og tinnitus mellom 5-20 år. Varigheten på partnerskapet varierte fra 5-20 år. Systematisk tekstkondensering ble gjennomført for å analysere datamaterialet.

Resultat:

KHT kan føre til utfordringer i utmattelse og kommunikasjon mellom partnere, hvor dette kunne påvirke deltakelse i hjemmet, sosiale situasjoner, i tillegg til tider skape kommunikasjonsbrudd. Til tross for utfordringene viser alle parene også positive innvirkninger på samlivet, hvor mestringsstrategier står sentralt. Grad av mestring kunne avhenge av opprinnelse av hørselstap/tinnitus, og bruk av mestringsstrategier. Humor, åpenhet, kunnskap og energidisponering ble benyttet av alle parene for økt mestring og velvære i samlivet.

Konklusjon:

KHT påvirker samliv noe negativt, men på grunn av motgangen dette resulterer i utvikles mestringsstrategier som kunnskapssøking, effektiv kommunikasjon og energidisponering som videre gir positive innvirkninger og styrker samlivet.

Abstract

Background and objective:

Hearing loss is the fourth leading cause of disability in the world, and is often comorbid with tinnitus. The individual's acceptance of and coping with a disability also impacts their frequent communication partners, such as their partner. Partners' coping impacts the challenges experienced by the one affected. Therefore, further exploration of comorbid disability is needed in addition to research on the effect on relationships. This study aims to investigate how couples' life together are perceived to be affected by one partner's self-perceived comorbid hearing loss and tinnitus (CHT), with an emphasis on challenges, coping strategies and positive impacts.

Methods and participants:

To shed light on the research question, a qualitative study was conducted using a semi-structured group interview as a method. The sample consisted of three couples aged 45-65, who were recruited via hearing centers and Facebook. All participants with self-perceived CHT had experienced hearing loss for over 20 years, and tinnitus between 5-20 years. The duration of the partnership ranged from 5-20 years. Analyzation was performed with a systematic text condensation.

Results:

CHT can lead to challenges in exhaustion and communication between partners, where this could affect participation in the home, social situations, as well as creating communication breakdowns. Despite the challenges, all couples also show positive impacts, with the use of coping strategies. The degree of coping could depend on the origin of hearing loss/tinnitus, and the use of coping strategies. Humor, openness, knowledge and energy selectivity were used by all couples for increased coping and well-being in the shared life together.

Conclusion:

CHT has a negative impact on life together, but due to the adversity this entails, coping strategies such as knowledge-seeking, effective communication and energy selectivity are developed, which together positively impacts and strengthens the shared life together.

Forord

Vi ønsker å takke våre deltakere for en trivelig samtale, hvor interessante erfaringer og tanker har blitt delt. Takk til de som har kommet med innspill, lest korrektur og satt av tid for å hjelpe oss. Og til våre veiledere: Takk for deres tålmodighet, tid, engasjement og gode støtte gjennom hele bachelorprosessen.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Introduksjon	1
1.1 Hørselstap	2
1.2 Tinnitus	2
1.3 Påvirkning på den utsatte, deres partner og samliv	3
2.0 Problemstilling	5
2.1 Presentasjon av problemstilling	5
3.0 Metode	6
3.1 Det kvalitative forskningsdesign	6
3.2 Deltakere	6
3.2.1 Strategisk utvalg	6
3.2.2 Rekruttering av deltakere	7
3.2.2 Introduksjon av deltakere	8
3.3 Datainnsamling	9
3.3.1 Intervjuguide	9
3.3.2 Pilotintervju	10
3.3.3 Utstyr og opptak	10
3.3.4 Gjennomføring av intervju	11
4.4 Analyse	11
4.4.1 Transkribering	12
3.4.2 Analyseprosessen	12
4.0 Etiske betraktninger	14
4.1 Informert samtykke	14
4.2 Personvern, anonymitet og taushetsplikt	14
4.3 Fremleggsvurdering av prosjektet	15
5.0 Resultater	15
5.1 utfordringer	15
5.2 Påvirkning på arbeidsfordeling i hjemmet	17
5.3 Energibudsjettering	18

5.4 “Kunnskap er makt”	19
5.5 Adaptive kommunikasjonsstrategier	20
5.6 Positive innvirkninger	22
6.0 Diskusjon	23
6.1 utfordringer	24
6.2 Mestringsstrategier	26
6.3 Positive innvirkninger	29
7.0 Metodekritikk	30
7.1 Begrensninger med gruppeintervju	30
7.2 Antall spørsmål og mengde datamateriale	30
7.3 Respons til intervjusvar og tidsbruk	31
7.4 Utvalgsbias	31
8.0 Konklusjon	32
9.0 Referanseliste	33
Vedleggsliste	41
Vedlegg 1: Informasjonsskriv med samtykke-svarslipp	41
Vedlegg 2: Intervjuguide	48
Vedlegg 3: Fremleggsvurdering av REK	53

1.0 Introduksjon

Effektiv kommunikasjon er avgjørende for menneskers overlevelse da kommunikasjon, ifølge Yorkston et al. (2010, s. 311), blir brukt til å møte nødvendige dagsbehov iblant annet relasjoner med andre. Det som utgjør god kommunikasjon er at budskapet som formidles samsvarer med mottakers oppfattelse (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 241). Dersom en av kommunikasjonspartnerne har en funksjonsnedsettelse i form av redusert hørsel kan dette resultere i misforståelser, brudd i samtale og redusert flyt i samtale (Tye-Murray, 2020, s. 4; 163; Scarinci et al., 2013, s. 84).

Hørselstap har blitt konstatert å være den fjerde ledende årsaken til funksjonsnedsettelse i verden (The Global Burden of Disease Study, 2016, s. 1552) og kan forekomme komorbid med tinnitus (Tan et al., 2013, s. 275). Tinnitus rammer opp mot 10% av verdens befolkning (Davis & El Rifaie, 2000, referert i Baguley et al., 2013a, s. 1600), hvorav subjektiv tinnitus er en av de mest utfordrende hørselsrelaterte plagene (Møller et al., 2011, s. 5). Hørselsrelaterte utfordringer er "usynlig" og kan derfor ofte bli oversett (Tye-Murray, 2020, s. 4). Flere studier påpeker at både hørselstap og tinnitus kan resultere i store utfordringer i den utsattes liv (Cunningham & Tucci, 2017 s. 2471; Baguley et al., 2013, s. 81), og deres nære andre (Mancini et al., 2018, s. 114-115; Wallhagen et al., 2004, s. 194) som kalles for en tredjeparts funksjonssvekkelse (Tye-Murray, 2020, s. 7).

Det finnes flere studier som omhandler påvirkningen hørselstap og tinnitus hver for seg har på den utsatte og deres partner (Scarinci et al., 2008, s.141; Yorgason et al., 2007, s. 226; Scarinci et al., 2012, s. 698; Manchaiah et al., 2015, s. 1; Beukes et al., 2022, s. 1). Til tross for at diagnosene ofte er komorbide, ser det ut til at forskning fokuserer tilsynelatende mindre på påvirkningen diagnosene har som komorbiditet på den utsatte partner (UP) og deres partner, samt samlivet i mellom partnerne.

1.1 Hørselstap

Det finnes to ulike hovedgrupper av hørselstap, kalt for mekaniske og sensorinevralt hørselstap. Det som skiller gruppene er blant annet lokalisasjon av hørselstapets oppståelse i hørselssystemet (Hong et al., 2013, s. 111), hvor hovedårsakene til sensorinevralt hørselstap kan forårsakes av ototoksiske medikamenter, støyeksponering og aldringens degenerering av cellulære komponenter (Cunningham & Tucci, 2017, s. 2466). Mekaniske hørselstap forårsakes, derimot, av blant annet fremmedlegemer eller patologi i øregangen eller mellomøret (Gelfand, 2016, s. 138). Til tross for økende kunnskap om hørselstapets biologiske komponenter, kan tapt hørsel av sensorinevralt opphav ikke gjenvinnes (Cunningham & Tucci, 2017, s. 2470). Hørselssvekkelser forårsakes av abnormiteter i struktur og/eller funksjon i hørselssystemet, og kan forekomme som et resultat av medfødte, arvelige eller ervervede årsaker (Gelfand, 2016, s. 136). Påvirkningskraften varierer med hørselstapets årsak i tillegg til miljømessige og personlige faktorer (Carlsson et al., 2015, s. 1850; Tye-Murray, 2020, s. 6).

1.2 Tinnitus

Subjektiv tinnitus er den mest utbredte formen, og karakteriseres av en bevisst, subjektiv lydoppfattelse i fravær av ekstern lydstimuli som ikke er direkte målbar (Schlee et al., 2014, s. 1). Typiske karakteristiske lyder er pipe- eller summelyder som kan være både konstante eller pulserende, men dette kan variere (Gelfand, 2016, s. 139). Hørselsrelaterte tilstander som ofte er komorbide med tinnitus er blant annet hørselstap og nedsatt lydtoleranse som hyperakusis og misofoni (Jastreboff et al., 1996, referert i Blaesing & Kroener-Herwig, 2012, s. 611; Raj-Koziak et al., 2021, s. 2). Ifølge Hébert et al. (2013, s. 2365) viser personer med tinnitus høyere lydsensitivitet enn personer uten tinnitus. Hørselstap kan skape tinnitus symptomer, grunnet endret stimulering av hørselsbanene (Holder et al., 2017, s. 226). Derimot trenger ikke hørselstap å foreligge for at tinnitus kan oppstå (Gelfand, 2016, s. 439), da tinnitus ofte kan henge tett sammen med ulike stressfaktorer i livet som skilsmisse, dødsfall, utfordringer på arbeid og fysiske traumer (Jastreboff, 1999, s. 35; Møller et al., 2011, s. 5).

1.3 Påvirkning på den utsatte, deres partner og samliv

Partnerskap knyttes til forbedret generell helse og lavere dødelighet (Frisch & Simonsen, 2013, s. 574-575), hvorav et godt fungerende samliv kan trolig gi positive fordeler. Da hørselstap og tinnitus er "usynlige" tilstander, (Mancini et al., 2018, s. 113; Tye-Murray, 2020, s. 4), kan det være vanskelig for nære andre å forstå innvirkningen dette har på deres partner, og forårsake vonde følelser for begge parter (Mancini et al., 2018, s. 115; Wallhagen, 2010, s. 68). Dette kan medføre i konsekvenser på samlivet, som blant annet endret kommunikasjon, samt redusert nærhet og livskvalitet (Scarinci et al., 2013, s. 84; Beukes et al., 2022, s. 7; Wallhagen et al., 2004, s. 194; Hall et al., 2018, s. 11).

Flere studier har funnet at både tinnitus og hørselstap påvirker den utsattes livskvalitet, søvn, konsentrasjon, angst og isolasjon (Mancini, 2018, s. 121; Holder et al., 2017, s. 226; Tye-Murray, 2020, s. 323-324), og kan videre påvirke relasjoner, hvorav partnerne kan oppleve en forandring i funksjon, også kalt for en tredjeparts funksjonsnedsettelse (World Health Organization, 2001, s. 251; Tye-Murray, 2020, s. 7). Dette kan påvirke hverdagskommunikasjon, familieliv, mellommenneskelige forhold og deltakelse i sosiale sammensetninger (Scarinci et al., 2009, s. 677) og kan medføre i aktivitetsbegrensninger og deltakelsesrestriksjoner for den utsatte (Tye-Murray, 2020, s. 6; Manchaiah et al., 2022, s. 70).

Kommunikasjonsbrudd kan forårsake frustrasjon for begge parter involvert (Tye-Murray, 2015, s. 77; Scarinci et al., 2009, s. 677). Åpen og effektiv kommunikasjon er derfor viktig i samliv slik at begge partnere lettere kan opprettholde den nære relasjonen (Grover, 2005, s. 182). Hensiktsmessige (adaptive) strategier som benyttes for å tilpasse seg hørselstap, med mulig overførbarhet til tinnitus, kan involvere aksept, fortsettelse av aktiviteter til tross for begrensninger, og bruk av effektive kommunikasjonsstrategier (Wallhagen, 2010, s. 74; Scarinci et al., 2008, s.150; Heffernan et al., 2016, s. 10-11; Manchaiah et al., 2022, s. 70).

Ved å bruke kommunikasjonsstrategier kan man reparere og forebygge kommunikasjonsbrudd (Tye-Murray, 2020, s. 160-164; Mancini et al., 2018, s. 120), noe som kan være vanskelig å identifisere og kan føre til benyttelse av selvlærte,

men mindre hensiktsmessige, strategier (maladaptive kommunikasjonsstrategier) som blant annet overseelse eller bløffing (Tye-Murray, 2020, s.161). Det kan også være utfordrende for den utsatte å be andre om hjelp, da de mulig ikke ønsker å være til bry for andre (Tye-Murray, 2015, s. 370).

Bedre håndtering av utfordrende situasjoner kan oppnås ved blant annet støtte fra det sosiale nettverket. Å gi støtte kan til tider være utfordrende, grunnet mulige misforhold mellom støtte gitt og den utsattes forventning (Collins & Ford, 2010, s. 237), men kan også være givende for begge parter involvert (Inagaki & Eisenberger, 2021, s. 6-7). I parforhold benyttes ofte sosial støtte preget av følelsesmessig støtte ved å vise den andre omtenkksomhet, tillit, aksept, empati, kjærlighet og hjelp til å overkomme livets utfordringer (Folkehelseinstituttet, 2015; Cohen, 2004, s. 682; Feeney & Collins, 2015, s. 136). Dette kan bidra i flere positive innvirkninger, som blant annet økt livskvalitet (Moser et al., 2017, s. 176), redusert opplevelse av utfordringer (Sullivan et al., 1994, s. 264), samt støtte til å oppsøke hjelp (Meyer et al., 2014, s.14). Denne sosiale støtten kan påvirke den mentale helsen og har signifikant påvirkning på helserelaterte konsekvenser (Feeney & Collins, 2015, s. 136; Cohen, 2004, s. 682). På grunn av hørselstapets opplevde tabu kan partnere også oppleve frykt for å tilby støtte, grunnet den eventuelle emosjonelle responsen (Wallhagen, 2010, s. 68).

Hørselstap og tinnitus kan også medføre i positive innvirkninger for den enkelte (Manchaiah et al., 2015, s. 8), hvorav bedre kommunikasjonsstrategier, økt personlig utvikling og empati fra og for andre i lignende situasjon er fremtredende (Stephens & Ken, 2003, s. 123; Beukes et al., 2022, s.12). Felles for hørselstap og tinnitus er at begge gruppene rapporterte å benytte den hørselsrelaterte utfordringen til egen fordel (Stephens & Ken, 2003 s. 123). For familie eller partner av utsatte med hørselstap og tinnitus, kan positive innvirkninger være tålmodighet, toleranse, økt forståelse for hørselsutfordringer, forbedret kommunikasjon (Beukes et al., 2022, s. 10; Scarinci et al., 2009, s. 148) og forbedret relasjon gjennom humor (Manchaiah & Stephens, 2013, s.5).

2.0 Problemstilling

I audiologisk praksis står det biopsykososiale perspektivet sentralt og påpeker at flere faktorer spiller inn på den utsatte opplevelse av funksjon og helse (Tye-Murray, 2020, s. 5). Ved å undersøke påvirkningen komorbid hørselstap og tinnitus (KHT) har på utsatt partner (UP) og deres partner kan større innsyn og forståelse av innvirkningen dette kan ha på det delte samlivet. Dette kan potensielt resultere i bedre tilpassede behandlingsplaner og økt utbytte av behandling.

Til tross for det voksende kunnskapsområdet rundt tinnitus og dets innvirkning på utsatte og deres partner, er det tilsynelatende mindre informasjon om påvirkning på samliv. Ved å undersøke KHT i bachelorprosjektet kan trolig god innsikt oppnås, da flere av konsekvensene som utsatte med de enkeltstående diagnosene opplever er overlappende og kan ha samme effekt på samlivet.

2.1 Presentasjon av problemstilling

I dette bachelorprosjektet ønskes det å skape større innsikt og forståelse for hvordan KHT kan påvirke samliv, ved å få frem ulike perspektiv fra hver partner i det delte samlivet. Det ønskes videre å belyse KHTs medfølgende utfordringer for begge parter, men også viktigheten av gode mestringsstrategier. Basert på dette ble problemstillingen:

“Hvilken påvirkningskraft har komorbid hørselstap og tinnitus hos én partner på samliv?”

Det som utgjør et samliv, og hvilke viktige komponenter det kan inneha, er det tilsynelatende ingen fastsatt definisjon på. Det er derfor i bachelorprosjektet vektlagt livskvalitet, deltakelses- og aktivitetsbegrensninger, kommunikasjon, støtte, kvalitetstid, og mestring. Studien kan supplere til relatert forskning, bidra til økt forståelse, samt forhåpentligvis fremme mestring hos utsatte med KHT som opplever relasjonelle utfordringer. Dette kan også muligens videre ha en effekt på utforming av eventuell fremtidig behandlingsplan til personer i denne pasientgruppen.

3.0 Metode

3.1 Det kvalitative forskningsdesign

For å sikre problemstillingens relevans, samt at problemstillingen skulle kunne bidra til ny kunnskap innenfor samliv og hørselsrelaterte utfordringer ble det som beskrevet i Malterud (2017, s. 22) gjennomført et grundig litteratursøk for å oppnå god orientering av tidligere kunnskap på området. Det ble i bachelorprosjektet valgt et kvalitativt forskningsdesign, da formålet med problemstillingen var å fremheve deltakernes samhandling, subjektive erfaringer, opplevelser, meninger og tanker, som Malterud (2017, s. 30; 32) beskriver oppfyller flere av kriteriene for undersøkelse av det intersubjektive ved et kvalitativt forskningsdesign.

Basert på at både utsatt partner og deres partner innehar verdifull informasjon og perspektiv på samlivet de til sammen utgjør, kan det tenkes at tre fenomener inkluderes: utsatt partners opplevelse, partners opplevelse og deres felles opplevelse av komorbid hørselstap og tinnitus' (KHT) innvirkning på samlivet. Dette ble gjort for å få et helhetlig perspektiv av hvordan samlivet mellom partnere påvirkes av KHT.

3.2 Deltakere

Ved kvalitative forskningsdesign behøves det få deltakere slik at unike detaljer kan undersøkes i dybden (Dalland, 2020, s. 55; 81). For å sikre at utvalgsstørrelsen kunne gi tilstrekkelig informasjon, samt forhindre at utvalget ble for stort og uhåndterbart (Dalland, 2020, s. 81), ble det derfor besluttet å intervju tre ulike par i bachelorprosjektet, hvorav fiktive navn benyttes for å ivareta deltakernes anonymitet.

3.2.1 Strategisk utvalg

For å rekruttere deltakere til intervju ble det benyttet et strategisk utvalg, som skulle sikre at informasjonsstyrken hos utvalget var sterk. Videre ble det, basert på Malterud (2017, s. 57), gjort grundig teoretisk forarbeid for å motvirke tilfeldig eller magre data. Deltakere med relevant erfaring for problemstillingen ble på bakgrunn av dette rekruttert. For å ivareta bachelorprosjektets validitet, måtte de rekrutterte

oppfylle ulike kriterier for å kunne delta i forskningen (Jacobsen, 2013, s. 115-117).

Kriteriene for deltakelse inkluderte:

1. Alle deltakere måtte være over 18 år
2. Deltakerne måtte være par som bodde sammen
3. Begge partnerne måtte kunne delta i samme intervju
4. Minst en av partnerne måtte rapportere å ha selvopplevd KHT
5. UP kunne ikke ha andre selvopplevde hørselsrelaterte utfordringer som Morbus Menieres, krystallsyke, auditive prosesseringsvansker og lignende.
6. Hørselstap og tinnitus enten enestående eller som komorbiditet måtte på nåværende eller tidligere tidspunkt ha medført i utfordringer

Ettersom tinnitus også kan være et symptom på flere ulike diagnoser og tilstander (Baguley et al., 2013b, s. 1601; Møller et al., 2011, s. 5-6) ble det besluttet å ekskludere andre hørselsrelaterte utfordringer, da de kunne påvirke resultatenes gyldighet ved å gjøre det utfordrende å påpeke om eventuelle innvirkninger kom fra KHT eller fra svimmelheten eller prosesseringsvanskene. Det ble derimot ikke ekskludert deltakere som opplevde nedsatt lydtoleranse da dette ifølge (Jastreboff et al., 1996, referert i Blaesing & Kroener-Herwig, 2012, s. 611) ofte forekommer sammen med tinnitus.

3.2.2 Rekruttering av deltakere

Et informasjonsskriv ble utarbeidet og kombinert med samtykkeskjema som ble utsendt som et fullstendig skriv (vedlegg 1) for å effektivisere ervervelse, hvor interesserte deltakere kunne sende påmeldelse direkte etter å ha lest skrivet. På denne måten fikk deltakerne all nødvendig informasjon om hensikt, gjennomførelse og etiske aspekter fra start (vedlegg 1). Det kombinerte skrivet ble utsendt per e-post til flere hørselsklinikker og sykehus, i tillegg til hyppig kontakt med Hørselshemmedes Landsforbund (HLF). En modifisert versjon av det kombinerte skrivet ble også publisert i flere forum på Facebook, hvor deltakerne fikk tilsendt det fullstendige, kombinerte informasjonsskrivet etter meldt interesse. De utvalgte instansene ble benyttet for å sikre at deltakerne hadde enten vært innom behandling, organisasjoner eller forum som var engasjerte i tema, som videre kunne øke sjansen

for å erverve relevante deltakere for bachelorprosjektet. Deltakerne kom fra ulike områder i Norge, og ble innhentet fra hørselsklinikk og Facebook uten kjennskap til bachelorprosjektets forfattere.

3.2.2 Introduksjon av deltakere

Det ble totalt rekruttert tre par, vist i tabell 1, bestående av tre partnere med KHT (UP) og tre partnere uten KHT (partner). Utvalget ble derfor totalt på seks deltakere, hvorav halvparten omtalte seg selv med pronomene han/hans, og den andre halvparten med hun/hennes. For å ivareta deltakernes anonymitet ble deres alder rundet opp til nærmeste 5er, slik at UP-deltakerne var mellom 45–65 år og partnere var mellom 50–55 år. Flertallet av deltakerne var av norsk nasjonalitet, hvorav én av partnerne var av annen nasjonalitet, men forstod og behersket norsk godt. Varigheten av partnerskapene var mellom 5–20 år, som også ble avrundet opp mot nærmeste 5er for å ivareta anonymitet. Alle deltakerne var lokalisert i ulike deler av Norge. Navnene på deltakerne ble sammensatt av bokstavene A-C som påpekte paret de tilhørte, i tillegg til tall hvor UP fikk tallet 1, og deres partner fikk tallet 2.

Tabell 1. Oversikt over deltakeres bakgrunnsinformasjon delt opp i deltakerpar alfabetisk, hvor tallet 1 representerer UP og tallet 2 representerer deres partner.

*Alder og *forholdets varighet ble rundet opp til nærmeste 5er.

DELTAKERE	PRONOMEN	ALDER*	NASJONALITET	YRKES AKTIV	FORHOLDETS VARIGHET*	KHT	ERVERVET / MEDFØDT	HJELPE- MIDLER
<i>Deltakerpar A:</i>					> 20 år			
A1	Han/Hans	65 år	Norsk	Ja		Ja	Sent Ervervet	Ja
A2	Hun/Hennes	55 år	Norsk	Ja		Nei	-	-
<i>Deltakerpar B:</i>					> 20 år			
B1	Hun/Hennes	45 år	Norsk	Ja		Ja	Medfødt	Ja
B2	Han/Hans	50 år	Norsk	Ja		Nei	-	-
<i>Deltakerpar C:</i>					> 5 år			
C1	Hun/Hennes	45 år	Norsk	Ja		Ja	Tidlig ervervet	Midlertidig ikke
C2	Han/Hans	55 år	Norsk	Ja		Nei	-	-

Deltakerne hadde felles likheter og noen ulikheter og som kan antyde til at utvalget kan sies å være både homogent og heterogent. Utvalget antyder til å være homogent på grunn av deres nærhet i alder, samt at alle var yrkesaktive, hadde opplevd virkningsfulle perioder, opplevde mestring, UP hadde bilateralt hørselstap, og bodde sammen med sin partner. Derimot, antyder utvalget også til å være heterogent på grunn av ulikheter som:

1. Hørselstapets opprinnelse: A1 hadde sent ervervet KHT, B1 hadde medfødt, og C1 hadde tidlig ervervet.
2. Tinnitus type og opprinnelse: A1 også hadde bilateralt symmetrisk sent ervervet, B1 hadde tidlig bilateralt asymmetrisk ervervet, og C1 hadde bilateralt asymmetrisk sent ervervet.
3. Fremtredende plage: A1 og C1 opplevde tinnitus som mest fremtredende og B1 opplevde hørselstapet som mest fremtredende.
4. Plage- og mestringsgrad: A1 og C1 opplevde at plager og mestring KHT kunne variere, og B1 opplevde mindre plager og økt mestring av KHT.

3.3 Datainnsamling

For å komme nærmere inn på den subjektive opplevelsen hver partner har av KHTs påvirkning på samlivet, ble det benyttet intervju som metode, som ifølge Dalen (2011, s.11), kan bidra til å oppnå oppriktig og genuin innsikt i hvordan det oppleves å være i den gitte situasjonen. For å undersøke fenomenene problemstillingen omhandler, var det hensiktsmessig at UP og deres partner kunne bli intervjuet samtidig. Det ble derfor gjennomført et separate gruppeintervju, inspirerte av fokusgruppeintervju, av de tre parene hver for seg. Elementene inspirerte av fokusgruppeintervju var blant annet at intervjuet, som beskrevet i Malterud (2012, s. 40), la opp til tydelig interaksjon mellom deltakerne, hvor de ble bedt om å utfylle hverandres svar og å stille hverandre spørsmål der det var naturlig (Jacobsen, 2013, s. 89), som kunne bidra til observasjon av deres interpersonlige dynamikk og sosiale samspill (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 325).

3.3.1 Intervjuguide

For å unngå at emner overses og for å legge til rette for mer mellommenneskelig interaksjon, ble semistrukturerte intervjuer benyttet for å belyse problemstillingen da det, ifølge Langdridge (2015, s. 56), blant annet legger til rette for spontane tanker. Ettersom alle parter involvert i et intervju har egne forståelser som kan påvirke intervjusituasjonen (Malterud, 2017, s. 68; 84-85), ble uønskede utvalgsbias forebygget ved bevisstgjørelse av forskernes forforståelser. Det ble av den grunn bevisst forsøkt å opprettholde nøytralitet i intervjuguidens utforming for å motvirke

ledende spørsmål i noen retning, slik at svarene med mest mulig gyldighet kunne belyse problemstillingen. Deltakerne fikk også tilsendt intervjuguiden (Vedlegg 2) i forkant av intervjuet for forberedelse.

3.3.2 Pilotintervju

For å kvalitetssikre intervjuguiden ble det gjennomført tre ulike pilotintervjuer på forhånd. Dette ble utført for å forsikre at ordlyd er forståelig, at de rette spørsmålene stilles, samt at en glidende overgang kan opprettholdes. Testpersonene var familiemedlemmer og medstudenter, som enten kunne noe om temaet eller overførte det til andre utfordrende situasjoner som kan oppstå. Etter noen revideringer på ordlyd ble det besluttet at intervjuguiden fungerte godt, og at alle temaer kunne bli godt dekket.

3.3.3 Utstyr og opptak

Intervjuene ble gjennomført digitalt på grunn av helse- og smittevernsmessige forhold rundt COVID-19, i tillegg til økte muligheter for deltakelse. For å sikre at det digitale intervjuet ble gjennomført på en forsvarlig måte som opprettholder personvern ble intervjuet foretatt i et lydisolert rom ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), gjennom NTNU-administrerte datamaskiner. For å gjennomføre intervjuet ble programvaren Microsoft Teams benyttet, hvorav opptak ble gjennomført via et eksternt videokamera med mikrofon av typen Sony FDR-AX33. På denne måten kan nyanser i språket i tillegg til kroppsspråk tas vare på, noe som kan gi utfyllende tolkning ved analysen (Malterud, 2017, s.74).

Etter endt intervju, ble opptakene direkte overført til kryptert skylagring via NICE-1 som er NTNUs krypterte fillagringsområde for sensitive data (NTNU, u.å) for å sikre personvernet til deltakerne. Kun bachelorprosjektets forfattere hadde tilgang til dette lagringsområdet, hvor tofaktorautentisering og innlogging ble benyttet for å sikre lagret data. Ifølge Malterud (2017, s.212) forutsetter datatilsynets regler at både skriftlig og digitale datamaterialet skal være innelåst og utilgjengelig for utenforstående. Basert på dette ble det i bachelorprosjektet etablert et skille mellom analysetekst og persondata, hvorav deltakernes alias ble oppbevart i en safe

utilgjengelig for andre på skolens område. Ytterligere informasjon om datamaterialets oppbevaring ble gitt til deltakerne i informasjonsskrivet (vedlegg 1).

3.3.4 Gjennomførelse av intervju

Det ble satt av tid innledningsvis for skape en felles forståelse av hensikten med intervjuet, noe som ifølge Dalland (2020, s. 85) er viktig i sammenheng med å sikre at all informasjon fra informasjonsskrivet er forstått før intervjuet. En oppsummering av informasjons- og samtykkeskrivet blir gjennomgått på forhånd, med bekreftelse av samtykket. Forholdene rundt intervjuet kan, ifølge Dalland (2020, s. 87) bety mye for kvaliteten på samtalen, hvorav blant annet romplassering står sentralt. For å legge til rette for god kommunikasjon med deltakerne, var det viktig å tilrettelegge for og sikre gode lys- og lydforhold. Dette ble gjort ved å velge et lydisolert rom som sikrer gode lydforhold med lite akustiske forstyrrelser. Ulike mikrofon-løsninger ble på forhånd testet ut, for å tilrettelegge for best mulig taleoppfattelse.

Ettersom det i et gruppeintervju kan være utfordrende å styre og moderere samtalen (Malterud, 2012, s. 40) var det hensiktsmessig at begge intervjuere skulle være delaktige. Det ble fordelt ansvarsområde for ulike tema, noe som trolig sikret en god flyt uten avbrytelser mellom intervjuere. Begge intervjuere var ansvarlig for å sikre at begge perspektiver til deltakerne kom frem. For å sikre at besvarelsene var dekkende ble det stilt utfyllende spørsmål, som ifølge Dalland (2020, s. 72) er en viktig kvalitetssikring av intervjuet. Det ble besluttet å ikke notere underveis i intervjuet for å opprettholde en lett og fri samtale, hvorav refleksjoner ble notert i etterkant av intervjuet.

4.4 Analyse

For å belyse funnene i bachelorprosjektet må rådata innsamlet i intervjuet analyseres og tolkes. Etter forberedelser på utvalgt tema ble grunnlaget for analysen lagt i intervjuguiden. Ifølge Dalland (2020, s. 94) skal analysen bidra til å lokalisere hva intervjuet forteller, og tolkning skal bidra til forståelse av funnenes betydning. For å kvalitetssikre analysen ble fokuset vekslet mellom analyse og tolkning.

4.4.1 Transkribering

Etter intervjuet ble all rådata transkribert, ved at hvert intervjuopptak først ble gjennomgått og systematisert, før videre fordeling av arbeidet kunne gjennomføres. For å forsøke å motvirke eventuelle skjevheter eller forskjeller i tolkning og skrivestil, samt opprettholde reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 137; 211), ble begge forfattere av bachelorprosjektet involvert i transkriberingen av hvert intervju. Dette ble gjort ved å tilfeldig tildele ulike deler av intervjuet for transkribering etter systematiseringen, samt avklare en felles forståelse for hvilken skriveprosedyre som skulle utføres. Det ble valgt en ord-for-ord analyse, som ifølge Dalland (2020, s. 95) er en vanlig måte å bearbeide materialet.

Det ble gjennom hele transkriberingen passet på å inkludere eventuelle fremtredende kroppsspråk, samt også å notere ned eventuelle tonefall som skilte seg ut. Anonymisering ble opprettholdt gjennom hele prosessen, hvorav personopplysninger og informasjon som ikke var relevant for bachelorprosjektets formål ble utelatt fra transkriberingen.

3.4.2 Analyseprosessen

Tolkningen av data kan bli intuitiv om ikke analyse gjennomføres, noe som kan resultere i at forskerens forforståelse kan dominere (Malterud, 2012, s. 21) og potensielt påvirke resultatene. Fremgangsmåten benyttet var systematisk tekstkondensering som, ifølge Malterud (2017, s.97), er en pragmatisk metode for tverrgående analyse av kvalitative data. Metoden blir delt i fire trinn; (1) Få et helhetsinntrykk av datamaterialet, (2) Identifisere meningsdannende enheter, (3) Abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enheter, og (4) sammenfatte betydningen av kondensering (Malterud, 2017, s. 98). En fleksibel analyseringsprosess er viktig for å ha et åpent blikk for uforutsette mønstre som kan oppstå (Malterud, 2017, s. 96). For å gjennomføre systematiseringen ble programvaren NVIVO benyttet.

Før identifisering, abstrahering og sammenfatning ble gjennomført ble transkripsjonene gjennomgått for å sikre kjennskap til datamaterialet, som videre skaper et oversiktlig helhetsinntrykk. Underveis ble flere foreløpige temaer lokalisert,

hvorav flere temaer var lik intervjuguidens naturlige tematisering. Midlertidige hovedtemaer relevante for problemstillingens formål ble her navngitt som “Livskvalitet”, “Aktivitets- og deltakelsesrestriksjoner”, “Kommunikasjon”, “Støtte”, “Kvalitetstid” og “Mestring”.

Videre ble transkripsjonene organisert, hvorav temaer som ikke var relevante for problemstillingen som hjelpemidler, arbeid, og andre hørselsrelaterte utfordringer (som misofoni og hyperakusis) ble ekskludert og temaer av interesse ble markert. Det ble besluttet at temaene kvalitetstid og støtte ble fjernet, da de var vanskelige å konkretisere spesifikt basert på transkripsjonene og inngikk i andre temaer. Til slutt ble seks foreløpige temaer dannet etter revidering. Dette skal videre, ifølge Malterud (2017, s.101) danne et grunnlag for kodegruppene. De identifiserte hovedtemaene var utmattelse, kommunikasjonsutfordringer, disponering av energi, mestringsstrategier, og aktivitet og deltakelse.

Det ble videre systematisk filtrert og sortert innad hver gruppe hva som skal bidra til videre koding. Utvalgt tekst skal bære med seg kunnskap om temaene og som videre kan si noe om problemstillingen (Malterud, 2017, s. 101). For å identifisere meningsbærende enheter blir koding benyttet, som skal systematisk samle tekst med fellestrekk (Malterud, 2017, s.101). Tekst fra alle deltakerne ble dekontekstualisert, sortert og samlet sammen under relevant tema.

Etter de meningsdannende enhetene har blitt identifisert, sortert og kodet skal utsagnene kondenseres til en sammenhengende tekst som oppsummerer deltakernes erfaringer/utsagn (Malterud, 2017, s.105). Den sammenfattende teksten, kondensatet, skal gjenfortelle innholdet farget av deltakernes ord fra en gitt kategori (Malterud, 2017, s. 107). Hver kategoriske inndeling ble gjennomgått for å finne utsagnene med størst relevans for problemstillingen. Ettersom problemstillingen tar for seg fenomener knyttet til enkeltpersonen med KHT, deres partner, samt deres delte samliv, ble de individuelle erfaringene som har innvirkning på samlivet inkludert. Subtemaer som ble utviklet var “utfordringer”, “arbeidsfordeling i hjemmet”, “energibudsjettering”, “kunnskap er makt”, “adaptive kommunikasjonsstrategier” og “positive innvirkninger”. Etter nøye gjennomgang av kodegruppene og subtemaer ble det funnet relevante gullsitater som best oppsummerer kondensatet/fortolkningen.

I det siste steget i tekstkondenseringen skal kondenseringen rekontekstualiseres til en sammenfatning, som kan gi rom for videre vurdering av resultatenes gyldighet (Malterud, 2017, s.108). Det ble tatt utgangspunkt i kondensatet for å danne fortolkete synteser fra forskernes perspektiv med vekt på deltakernes egne ord. Dette ble gjort for hver kategori, hvorav relevante aspekter av begreper og resultater kom frem. Gullsitatene ble benyttet for å konkretisere resultatene, og var valgt ut fra det sitatet som best poengterte funnet. Både kondensat og gullsitat ble vurdert opp mot relevansen av problemstillingen underveis.

4.0 Etske betraktninger

Etske standarder skal respektere og beskytte menneskers helse og rettigheter i forskning, for å sikre at risiko og belastning ikke overskrider viktigheten av formålet. Kvalitative studier innebærer menneskers personlige livserfaring og tanker, gitt i fortrolighet (Malterud, 2017, s. 211), hvor etske krav må stilles for å motvirke eventuell krenkelse av personvern. Dette innebærer blant annet informert samtykke og krav til privatliv (Jacobsen, 2013, s.31). Ved å gi deltakere fullstendig informasjon om design og formål kan villedelse av deltakerne forhindres (Kvale & Brinkmann, 2018, s.105).

4.1 Informert samtykke

Skriftlig informasjon og informert samtykke er, ifølge Malterud (2017, s. 215), en forutsetning for forsvarlig forskningsetisk fremgangsmåte. Frivillig deltakelse basert på informasjon om forskningsprosjektet (Jacobsen, 2013, s. 14), og deltakernes rettigheter (Kvale & Brinkmann, 2012, s.104), ble sikret gjennom informasjonsskrivet (vedlegg 1), i tillegg til gjentakelse før intervjuets oppstart. Bachelorprosjektet hadde også klare forutsetninger som gjorde det mulig for deltakeren å trekke sitt samtykke under hele prosessen.

4.2 Personvern, anonymitet og taushetsplikt

Ettersom intervjuene er preget av sensitiv informasjon, som krever fortrolighet, er det viktig å ivareta deltakernes krav til anonymitet og personvern (Dalland, 2017, s. 82).

Dette ble deltakerne forsikret om i intervjuets oppstart, samt en orientering om forfatteres og veilederes taushetsplikt. Deltakernes anonymitet ble sikret ved strenge rutiner for oppbevaring av datamaterialet ved bruk av safe og krypterte skylagringer som tidligere nevnt, samt ved bruk av sensurering og fiktive navn under selve transkriberingen og oppgaveskrivingen. Dette ble gjort for å gjøre informasjonen umulig å koble opp mot enkeltpersonenes identitet.

4.3 Fremleggsvurdering av prosjektet

For å sikre ivaretagelse av deltakernes personvern, ble det også besluttet å søke om fremleggsvurdering hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) før iverksettelse av forskningsprosjektet. Alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekt skal jf. Helseforskningsloven (2008, §9) søke om forhåndsgodkjennelse av REK. Det ble gjennomført en endring av interessegruppe etter tidspunkt for søknad (Vedlegg 3), hvorav muligheten for dette var informert om i REK's søknad. Vedlegg 3 påpeker at forskningsprosjektet ikke ble ansett som fremleggspliktig av REK. Ved å undersøke lovverket for forskningsetikk, samt å få bekreftelsen fra REK om på å kunne gjennomføre forskningsprosjektet, ble de etiske betraktningene ivaretatt.

5.0 Resultater

Bachelorprosjektet undersøkte hvordan komorbid tinnitus og hørselstap (KHT) hos en partner oppleves å påvirke samliv, ved å intervju 3 par, hvor det kom til uttrykk at det ikke ble observert dissonans imellom deres utsagn og kroppsspråk. Videre, vil deres opplevelser om KHT's negative påvirkninger som utfordringer og påvirkning på arbeidsfordeling i hjemmet belyser. Deretter vil mestringsstrategier som energibudsjettering, "kunnskap er makt" og adaptive kommunikasjonsstrategier påpekes. Til slutt vil deres opplevelser av KHTs positive innvirkninger beskrives.

5.1 Utfordringer

Alle utsatte partnerne (UP) opplevde at komorbid hørselstap og tinnitus (KHT) kunne resultere i redusert taleoppfattelse, spesielt i støy, som forårsaket hyggige kommunikasjonsbrudd imellom parene. For å unngå å miste viktig informasjon på

grunn av dette, opplevde de økt utmattelse og lytteanstrengelse. UPs utfordringer med å lytte i støyende miljøer gjøre at de avsluttet aktiviteter tidlig og mulig unngikk spesielt slitsomme aktiviteter. Dette kunne medføre i at partnerne også avsluttet aktiviteter tidlig eller deltok på aktiviteter alene. Dette opplevde ikke partnere som begrensende og hadde full forståelse. I tillegg kunne utmattelsen gjøre at UP trengte tid på nedtrappings tid før de kunne sove. A1 og C1 beskrev at det noen dager kunne skje at støyen fra tidligere på dagen kunne henge igjen eller spilles av igjen på kvelden. Dette ga de uttrykt for at ikke påvirket ikke deres søvn eller samlivet.

KHT kunne også medføre i kommunikasjonsbrudd, som partnerne ga uttrykk for å ha forståelse for og at det ikke påvirket dem negativt, ettersom parene rapporterte å benytte strategier for å unngå dette eller for å sikre at informasjonen ble oppfattet riktig. Derimot rapporterte A1 og C1 at de opplevde tilfeller de var for utmattet til å tydeliggjøre sine behov, utfordringer og eventuelle kommunikasjonsbrudd overfor sin partner, hvor de heller valgte å jatte med eller å late som. I disse situasjonene var A1 og C1 mer avhengig av deres partner evne til å følge med på deres kroppsspråk, slik at deres behov og eventuelle kommunikasjonsbrudd kunne oppfattes. Partnerne uttrykte å ha forståelse for dette. I de tilfellene hvor A1 var spesielt utmattet og avsluttet aktiviteter uten å tydeliggjøre dette for A2, kunne hun ved situasjoner de hadde besøk oppleve dette som noe frustrerende. C1 rapporterte også lignende utfordringer på dagene hun var spesielt utmattet, hvor hun kunne ha utfordringer med å påpeke til sin partner om hennes behov for tekst på TV

Ifølge par A kunne det forekomme tilfeller hvor oppfattet vist hensyn ikke samsvarte med forventet og behov for hensyn. A1 rapporterte også at han ikke ønsket å være til bry for A2, hvor han i noen tilfeller heller valgte "å svelge" sine plager. I de tilfellene hvor A1 ikke tydeliggjorde sine utfordringer og plager, rapporterte A2 at hun kunne glemme A1s utfordringer, da det var vanskelig å oppfatte når hun ikke hadde det selv som kommer til uttrykk i følgende sitat:

"Folk kan glemme når man ikke har det selv. (...) Jeg gjør det, (...) det er ikke noe synlig dette her. Selv om vi bor sammen og har bodd sammen i mange år, så er det raskt å glemme. (...) «OK, når han sliten så gjør han andre ting», og da skjønner jeg jo det, men det er ikke alltid jeg skjønner hvor sliten og sånne ting da. Men det er jo

opp til han å fortelle det også. Det eneste jeg vet er at når han sier «Uff, nå piper det følt» så vet jeg at da er det mye.»

5.2 Påvirkning på arbeidsfordeling i hjemmet

Utmattelsen UP opplevde kunne påvirke arbeidsfordelingen i hjemmet som husarbeid, handling og andre gjøremål, spesielt da UP hadde større behov for å kunne trekke seg tilbake. Alle partnerne hadde forståelse for dette og opplevde dette som en naturlig del av hverdagen. Det var variabelt hvordan parene fordelte husarbeid, hvorav par A og B opplevde blant annet at fordelingen av husarbeid ble fordelt likt. Par C påpekte at de fordelte husarbeidet ut ifra energikapasiteten hver partner hadde.

Ettersom C1 ofte opplevde å være utmattet på grunn av KHT, hadde hun ofte lav energikapasitet. Dette kunne medføre i at C2 gjorde en større andel av husarbeidet, noe som C2 uttrykte, som vist i sitatet nedenfor, at det ikke påvirket han i særlig stor grad. C1 uttrykte at hun var svært takknemlig for jobben C2 gjorde, hvor hun forsøkte å balansere dette ut ved å gjøre mer på de «gode» dagene hun hadde mer energi.

“Jeg hopper inn og gjør tingene som trengs. Jeg kjører barna, og alt sånt. Hvorfor ikke? Det er greit, jeg har ikke noe imot det faktisk. Men ja, stresser det meg? Ikke egentlig. Selvsagt gjør det meg mer sliten, men det er greit. Så har det påvirket meg? Ikke i stor grad. Jeg elsker henne. Så om jeg kan maksimere hennes stilletid, og begrense hennes stress og utmattelse, så er det det jeg kommer til å gjøre.”

Alle UP-deltakerne opplevde at det var tilfeller hvor partner gjorde mer av oppgavene som delta i aktiviteter og foreldremøte med deres barn. Dette ble uttrykt som en selvfølge for alle partnerne, hvor de påpekte at dette ikke påvirket dem negativt. Alle parene påpekte at det handlet om å gi og å ta, hvorav UP utførte andre oppgaver, som i B1s tilfelle demonstreres i følgende sitat:

“Vi deler alt ganske likt hjemme. (...) Jeg har vel gjort livet sånn at det passer meg og, da jeg har tatt de valgene (...) at jeg har valgt alt slikt bort som foreldre møter, alt

sånn gruppe [aktiviteter]. (...) Jeg er veldig flink på å bake kaker og slike ting. Så jeg bidrar med det prøver jeg.”

5.3 Energibudsjettering

Ettersom UP kunne oppleve lytteanstrengelser i sosiale situasjoner med støy, påpekte alle parene at dette kunne medføre utfordringer med å delta i aktiviteter da de kunne oppleve å bli slitne og utmattet. Videre kunne dette resultere i at de enten unngikk eller begrenset tiden de var med i slike situasjoner. Til tider kunne alle UP tøyne strikken litt langt når det kom til energiforbruk, noe de opplevde gikk utover deres energikapasitet påfølgende dag eller dager. For å håndtere dette aksepterte UP-deltakerne sine begrensninger og påpekte for seg selv hva som var viktigst for dem, slik at de videre kunne planlegge og disponere energien sin nøye og samtidig være i stand til å delta på det som var viktig for dem, som kommer frem i sitatet av C1:

“Jeg må ha aktivitetskontroll på dagene mine samme hvor mye hodet vil noe annet. Det er hvile som må til. Jeg må unngå for mye støy og lyder ellers blir det altfor mye og det betaler jeg for ved å være dårligere i flere dager etterpå. (...) Det er et energibudsjett som må fordeles. (...) Så du må på en måte plassere energien din der den er viktigst.”

For å kunne benytte energien optimalt var det, ifølge alle UP-deltakerne, viktig å være veldig selektive med personene de omgikk, aktivitetene de deltok på og i tillegg til å ta hensyn til deres indre besøkstid. Dette kunne medføre i at UP avsluttet aktiviteter tidlig, eller valgte å ikke delta på aktiviteter som ikke var av prioritet. Partnere kunne derfor ende opp å dra alene på aktiviteter, dra tidlig eller dra hjem igjen alene, noe ingen av partnerne hadde noe imot. Dette kommer frem i følgende sitat av B2:

“Det er et aktivt valg vi har tatt at vi velger bort det som ikke gir oss energi. Vi kjenner vår besøksestid for å si det sånn, (...). Det er helt greit, og det tenker jeg er veldig bra. Så det er ikke noe tap for meg.”

I tillegg til dette var det også viktig for alle UP å fylle på med «god» energi ved å benytte hobbyer preget av oppmerksomt nærvær. Disse hobbyene hadde alle preg av å være praktiske og stilletid i egne tanker. De fleste hobbyene var ofte aktiviteter UP gjorde alene, men noen av hobbyene kunne også gjennomføres i samvær med deres partner. Ifølge alle parene kunne disse hobbyene bidra til redusert opplevd utmattelse, økt energikapasitet og økt velvære. Både A1 og C1 påpekte at fokuset på tinnitus også ble mindre. Partnerne uttrykte alle at disse hobbyene hadde positiv innvirkning på dem selv og deres partner. Partnerne hadde også full forståelse for viktigheten av disse og ville også tilrettelegge for at deres partnere kunne gjøre dette når de hadde behov for det.

5.4 “Kunnskap er makt”

Flere av UP-deltakerne opplevde å få lite informasjon fra andre instanser relatert til rehabilitering og behandling. Mangel på informasjon og kunnskap om egen situasjon gjorde at noen av UP-deltakerne opplevde å stille spørsmål om sin egen egnethet. To av UP-deltakerne måtte oppsøke informasjon via internett og bøker på egen hånd som bidro til økt kunnskap, forståelse og innsikt i sine utfordringer som resulterte i større aksept av sin situasjon. Ved god informasjon om hørselstap og tinnitus følte flere av UP-deltakerne at de kunne senke skuldrene og redusere stress. Oppsøking av informasjon ble hos to av UP-deltakerne benyttet som en mestringsstrategi. Ervervelse av kunnskap opplevdes å være en viktig faktor for aksept hos parene, og uttrykkes å være nyttig for alle deltakerne, og ble kontinuerlig benyttet som en strategi for å mestre utfordringene KHT kunne medføre i.

Partnerne aksepterte utfordringene UP opplevde, men det kunne antydes å likevel være utfordrende å sette seg inn i UPs situasjon. Derimot videreformidlet alle UP-deltakerne kunnskapen de selv hadde lært på kurs og via litteratursøk til deres partnere. Villigheten til å lytte og å lære var noe alle UP-deltakerne uttrykte som nødvendig for å forstå. C2 oppfattet C1's forklaringer som veldig givende, da C2 var veldig interessert i å forstå C1s opplevelse. I følgende sitat demonstreres C2s tanker om kunnskapservvervelse:

"Det (KHT) er ekstremt irriterende og utmattende (for de utsatte), og kan ha en stor innvirkning i livet. Men man kan håndtere det, og forståelse og kunnskap er første steg til å bedre håndtere, mestre og forstå det."

Alle deltakerne opplevde videreformidlingen av informasjon som tilstrekkelig og uttrykte at det derfor ikke var behov for videre involvering i eventuelle konsultasjoner. Partner hadde hos par A og par B deltatt på minst ett kurs i ulike sammenhenger, hvorav tegnspråkkurs var fremtredende. B2 opplevde at han hadde stort utbytte og større forståelse for hans partner etter endt kurs, da han selv fikk kjenne på utmattelsen kommunikasjon som er vanskelig å oppfatte kan medføre i. Dette kommer til uttrykk i følgende sitat:

"Jeg har vel egentlig alltid akseptert B1s hørselsutfordringer, men jeg hadde aldri forstått det. (...) Helt til jeg prøvde å lære tegnspråk, som krevde mye konsentrasjon, mye vilje, og energi. (...) Det var da det gikk opp for meg, at det er jo sånn B1 har det hele veien (...) Når hun prøver å ta til seg inntrykk med mange mennesker og slikt. Så er det hennes daglige verden. Det var da det gikk opp for meg at, er det kanskje derfor hun blir sliten."

5.5 Adaptive kommunikasjonsstrategier

Som tidligere nevnt kunne KHT medføre i kommunikasjonsbrudd, hvor det hos A1 og C1 kunne medføre å benytte teknikker som "å late som" eller "å jatte med" grunnet utmattelse. Derimot ble ikke disse teknikkene benyttet ofte. Ettersom alle partnerne både med og uten KHT var åpne om og aksepterte utfordringene KHT kunne resultere i, var det derfor forståelse for at kommunikasjonsbrudd kunne oppstå og partnerne var også forberedt på dette. For å forsikre at mistet informasjon ble oppfattet var UP åpne om og påpekte dette til sin partner. Alle partnere hadde en gjensidig forståelse for dette og la også til rette for at mistet informasjon kunne innhentes igjen.

For å forsikre at informasjonen ble oppfattet rapporterte UP at de alle enten benyttet spesifikke reparasjonsstrategier som å spørre direkte spørsmål om partner kunne gjenta eller omformulere, eller ved å benytte uspesifikke reparasjonsstrategier som

«hæ?» og «hva?» for å forsikre at informasjonen ble oppfattet. Parene uttrykte også at det i tillegg ble stilt oppklarende spørsmål om informasjonen ble oppfattet på ønsket måte, slik at misforståelser, frustrasjon og diskusjoner kunne unngås. I følgende sitat uttrykkes dette av A1:

“Jeg opp tråden igjen: «Det forstod jeg ikke, hva var det du sa nå?» eller «Hva var det du mente nå?». «Dette skjønnte jeg ikke». Da åpner jeg for dialog og begynner å prate om det, også finner vi en løsning.”

B2 og C2 forklarte videre at de fulgte nøye med på deres partners kroppsspråk. Dersom UP påpekte at de ikke hadde energi eller at partner plukket opp på dette, kunne partner også sette samtalen på pause og heller plukke opp tråden igjen senere når UP hadde mer energi. Det kom også frem i intervjuet at alle parene gjorde konkrete tiltak for å ivareta samlivet som å sette av tid sammen for å pleie forholdet, å gjenforenes etter situasjoner hvor parene oppleve å ha glidd fra hverandre, deltakelse i felles hobby og å ha gode samtaler sammen.

For å unngå kommunikasjonsbrudd ble det også benyttet ulike forebyggende kommunikasjonsstrategier av de ulike parene. Par B hadde blant annet en regel hvor den som initierte til samtale hadde også ansvaret for å oppsøke kontakt med den andre, ved å få oppmerksomheten deres ved å vifte på hånden eller ta på skulderen til hverandre. De var påpasselige med å ikke rope til hverandre eller å kommunisere med hverandre i forbifarten, og var også tydelige og direkte i kommunikasjonen med hverandre om hva som forventes eller ønskes av hverandre. Dette kunne blant annet i situasjoner hvor de var ute med sine barn at de sa fra til hverandre når det var den andre partners tur til å være påkoblet. B1 var også veldig forut i å tydeliggjøre sitt behov for assistanse i spesielt utfordrende lyttesituasjoner.

Par A og C spesifiserte ikke direkte at de benyttet forebyggende strategier, men kunne tolkes som at dette var en del av hverdagen hos disse parene også. Par A nevnte at de var bevisste på plassering i forhold til sosiale situasjoner, hvorav UP kunne til tider spørre partner om gjentakelse i noen situasjoner om informasjon ble mistet. Par C passet på å ha høy takhøyde for gjentakelser uten at den andre partneren ble irritert eller frustrert over dette. De sjekket også inn med hverandre på

et senere tidspunkt for å sjekke at informasjon hadde blitt oppfattet riktig, som en kvalitetssikring.

En annen strategi alle parene benyttet for å mestre sin situasjon er bruk av humor, som ifølge C1 kunne “take the edge of things”. A1 påpekte at han kunne bruke KHT til egen fordel, og å ha det gøy ved å late som han kun hørte det han ville høre. Det varierte mellom parene hvor mye partner tullet med utfordringene, da det for noen kunne oppleves som mindre hensynsfullt. Andre opplevde derimot at KHT kunne forårsake morsomme situasjoner hvor det ble opplevd som positivt å kunne le av seg selv og av hverandre. Dette kommer frem i følgende sitat av C2:

“Vi ler av det. Det gjør 50% av arbeidet, virkelig. Å le sammen om noe løser ut (oversett: drugs) i kroppen som gjør at du føler deg bedre. Det kurerer ikke alt, men det hjelper virkelig.”

5.6 Positive innvirkninger

Alle partnerne rapporterte at KHT og dets utfordringer hadde blitt satt litt i perspektiv på grunn av at de hadde opplevd ulike former for virkningsfulle perioder i livene deres. I tillegg til dette utviklet alle parene en rekke mestringsstrategier de samarbeidet om for å håndtere disse utfordringene. Disse mestringsstrategiene og opplevelsen av motgang bidro til at alle partnerne kunne oppleve positive innvirkninger på samlivet, noe som uttrykkes av C1 i følgende sitat:

“En positiv ting det (KHT) har påtvunget oss er at vi må ha en god kommunikasjon, med støtte og omsorg. (...) Og mer enn normalt, enn de andre funksjonsfriske mennesker trenger på en måte. (...) Vi vet ikke hva fremtiden bringer, men vi føler at vi klarer alt og kommer til å klare alt på grunn av alt vi har allerede gått gjennom i forholdet.”

Parene ble tolket som å være utholdende, motstandsdyktige, viljesterke og løsningsorienterte. KHT kunne også oppleves å ha positive innvirkninger på parene, hvorav de blant annet uttrykte å komme nærmere hverandre og å føle på at de kom seg igjennom utfordringer sammen. Det kom frem hos alle parene at det var viktig å

vise omsorg og respekt for hverandre, og å ikke være redde for å ta noen kamper, som nevnt av A1 i sitatet nedenfor:

“I det daglige går det på det å være snille mot hverandre. Ta noen “fighter”. Være åpne. Ha en dialog. Ha en diskusjon. Finne frem til løsninger. Vi kan også si å knyte opp de knutene som er litt plagsomme, og at vi tar det der og da. Hvis det gjentar seg så må vi bare begynne på nytt igjen. Det er jo sånn samliv er.”

Å sette av tid til å snakke med hverandre rapporterte alle parene som viktig, hvor gjensidig respekt, empati, interesse, villighet til å prøve å forstå hverandre og å ville det beste for hverandre var essensielt for flere av parene.

6.0 Diskusjon

I dette bachelorprosjektet ble tre par i tre separate gruppeintervju intervjuet for å undersøke hvordan komorbid hørselstap og tinnitus (KHT) hos én partner kunne oppleves å påvirke samlivet mellom partnere. Bachelorprosjektets funn vil i dette kapittelet diskuteres, analyseres, settes i lys av problemstillingen og opp mot etablert og relevant litteratur.

Funnene ga overveldende uttrykk for at KHT kunne påvirke samlivet positivt, da alle deltakerne rapporterte å oppleve positive innvirkninger. Dette samsvarer til dels med opplevelsene hos 42% av deltakerne i en annen studie (Beukes et al., 2022, s. 9), som undersøkte opplevd påvirkning av tinnitus hos nære andre av tinnitus utsatte. Resterende 58% av deltakerne opplevde en negativ innvirkning på samliv (Beukes et al., 2022, s. 9). Statistisk ble dette ikke reflektert i bachelorprosjektets funn da trolig utvalget var for snevert til å kunne representere et større utvalg. Derimot antydes det i resultatene at den mulige årsaken til de rapporterte positive innvirkningene, kan komme av mestringsstrategiene parene utviklet for å håndtere motgangen og utfordringene KHT kunne medføre. Dersom dette er årsaken samsvarer det med metasyntesen om hørselstap og partnere av Barker et al. (2017, s. 303).

6.1 utfordringer

De mest fremtredende KHT relaterte utfordringene som kunne påvirke samlivet var redusert energikapasitet hos spesielt UP-deltakerne og hyppige kommunikasjonsbrudd. Disse funnene samsvarer med annen etablert litteratur om utfordringene enkeltstående tinnitus og hørselstap kan påføre (Tye-Murray, 2020, s. 4; 157; Davis et al., 2021, s. 462; Manchaiah et al., 2018, s. 941), som kan antyde til at dette er overførbart hos personer med KHT. Derimot kan ikke dette antas med sikkerhet da utvalget er for snevert til å kunne representere et større utvalg.

Utmattelsen UP-deltakerne opplevde som et resultat av KHT medførte i at de hadde økt søvn- og avslapningsbehov, som kunne påvirke deltakelse i hjemmet og på sosiale arenaer. Videre kunne dette gi økt ansvar av arbeidsoppgaver i hjemmet hos partnerne, og kunne i noen tilfeller medføre i økt slitsomhet og stress hos C2. Alle disse funnene samsvarer med etablert litteratur om enkeltstående tinnitus og hørselstap (Toft, 2003, s. 86; Mancini et al., 2018, s. 114; Raina et al., 2004, s. 6; Beukes et al., 2020, s. 7). UPs reduserte kapasitet til å delta sosialt, kan ifølge Beukes et al. (2022, s. 2) og Scarinci et al. (2008, s. 150) føre til at partner opplever å ha et begrenset sosialt liv. Dette ble ikke reflektert i bachelorprosjektets funn, hvor deltakerne påpekte at dette ikke påvirket deres samliv, ettersom de ikke opplevde å være avhengig av hverandre for deltakelse i sosiale situasjoner.

Det bør nevnes at siden denne bachelorprosjektet baserte seg på å intervju både partner og UP samtidig, så kan det være at enkelte innspill ikke ble uttrykt, men det ble uansett ikke observert noe dissonans i forbindelse med intervjuene. Dette faller utenfor rekkevidden til bachelorprosjektet, da dette ville ha krevd oppfølging via eksempelvis separate individuelle intervju av begge parter, eller spørreskjema for kartlegging av partners tredjeparts funksjonsnedsettelse, som utviklet av Beukes et al. (2022, s. 9).

Grunnet KHT kunne kommunikasjonsbrudd hyppigere oppstå hos parene. A1 og C1 kunne på spesielt utmattede dager benytte maladaptive kommunikasjonsstrategier, hvor de på grunn av lavt energinivå kunne ha utfordringer med å ytre sine behov. Årsaken til dette ble rapportert å være på grunn av KHT, men kunne muligens også

være et resultat av at disse to UP deltakerne var spesielt plaget av tinnitus, hvorav C1 hadde bilateral asymmetrisk tinnitus som mulig kan føre til økte anstrengelser enn ved symmetrisk tinnitus. Derimot kan plagegrad kun antas å være en påvirkende faktor, hvor det ikke kan fastslås med sikkerhet da alvorlighetsgrad av tinnitus ikke ble utredet og det ble heller ikke bekreftet deltakeres hørselstap eller plagegrad av tinnitus i sammenheng med bachelorprosjektet.

De maladaptive kommunikasjonsstrategiene A1 benyttet uttrykte han at kunne komme av at han ikke ønsket å være til bry for sin partner ved å plage henne med hans utfordringer, som ifølge Tye-Murray (2015, s. 370), samsvarer med hvordan andre utsatte kan oppleve det. Årsaken til dette kan være et resultat av kjønnsforskjeller, hvor menn kan dele mindre om deres utfordringer enn kvinner (Christensen, 2006; Hallberg, 1996; Garstecki & Erler, 1998, referert i Christensen & Gupta, 2017, s. 81), eller det kan komme av stigma som Wallhagen (2010, s. 68) beskriver kan påvirke både aksept og oppfattet selvbilde. Dette kan derimot ikke fastslås i A1s tilfelle, eller de andre UP-deltakernes tilfelle, da det ikke ble stilt spørsmål om opplevelse av stigma.

I tilfeller hvor UP oppfattet at partner opplever hørselsutfordringer som en byrde kunne den utsatte benytte maladaptive kommunikasjonsstrategier, ettersom utsattes ønske om å prate åpent om sine utfordringer kan påvirkes av opplevd støtte og forståelse fra partner (Wallhagen, 2010, s. 68). Ved eventuell negativ respons fra partner kan den utsatte oppleve det som ukomfortabelt å være sårbar om sine utfordringer, noe som videre kan påvirke utsattes håndtering av hørselsutfordringene (LaMotte et al., 2016, s. 123; 127; Barker et al., 2017, s. 300).

Bachelorprosjektets funn antydte til at dette mulig kunne forekomme hos par A. Bruken av de maladaptive kommunikasjonsstrategiene kunne resultere i en dissonans mellom visst hensyn og behov for hensyn, som videre medførte i gjensidig frustrasjon mellom partnerne. Dette samsvarer med konsekvensene noen av deltakerne i studien av Beukes et al. (2022, s. 9) kunne oppleve å ha på samlivet som et resultat av tinnitus.

På en annen side varierte alle parenes opplevelse av utfordringene, som mulig kunne være på grunn av ulik varighet av samlivene. Ifølge Rajasekaran og Rajasekaran (2020, s. 39) kan samliv av lengre varighet kunne føre til mindre utfordringer. Om hørselstapet hos UP-deltakerne var medfødt, tidlig eller sent ervervet kunne trolig påvirke resultatene, som beskrevet av Carlsson et al. (2015, s. 1850). Ifølge Sebastian et al. (2015, s. 30) kan det ved sent ervervede hørselstap føre til økt psykisk påkjenning å måtte akseptere et hørselstap senere i livet fremfor de som har medfødte eller tidlig ervervede hørselstap.

Da A1 ervervet hørselsutfordringene sent kan dette også være en av faktorene til hvorfor A1 ikke gir uttrykk for å dele like mye om sine utfordringer i forhold til B1 og C1. Det kan også tenkes å være en av årsakene til hvorfor B1 opplever å mestre sine hørselsrelaterte utfordringer, men det er nok i tillegg andre årsaker til dette også, som flittig bruk av hjelpemidler. Dette er felles hos A1, som kan gi utslag i hvorfor KHT kunne ha så positiv innvirkning på samlivet, hvorav C1 som uttrykte å være spesielt utmattet av KHT midlertidig ikke hadde tilgang på hjelpemidler. Dette kan samsvare med studien av Brooks et al. (2001, s. 168), hvor både UP og partner opplevde mindre påkjenninger som følge av høreapparat bruk. Det nevnes i den sammenheng at disse resultatene kan variere avhengig av varigheten på samlivet, om UP har fått behandling med hjelpemidler og om UPs KHT er medfødt, tidlig eller sent ervervet.

6.2 Mestringsstrategier

For å håndtere utmattelsen og kommunikasjonsutfordringene, benyttet deltakerne adaptive kommunikasjonsstrategier og effektiv energi disponering. Basert på funnene dempet disse strategiene trolig påvirkningskraften utfordringene KHT kunne ha på samlivet. Dette samsvarer med studien av Scarinci et al. (2006, s. 150) som beskriver at utsatte som aksepterte og mestret sine hørselsrelaterte utfordringer kunne redusere påkjenningene hørselstap kan på samliv, som videre kan påvirke partners evne til å vise støtte, forståelse, hensyn og aksept av situasjonen.

Ettersom hørselstap og tinnitus kan være utmattende for den utsatte (Mancini et al., 2018, s. 120; Bess & Hornsby, 2014, s. 593; Hornsby, 2013, s. 523), kan det tenkes at UP disponerer energien sin der behovet er høyest. Dette kom frem i intervjuene at flere av deltakerne prioriterte aktiviteter og personer ansett som viktig for dem, grunnet lavere energikapasitet for å motvirke energiunderskudd påfølgende dag. Dette samsvarte med etablert forskning om personer som opplevde lytteanstrengelser (Davis et al., 2021, s. 463-464).

Påfyll av energi stod sentralt i hverdagen for deltakerne med KHT, ofte gjennom en form for hobby preget av alenetid og oppmerksomt nærvær. Davis et al. (2021, s. 461) påpeker i sin studie at utsatte med lytte-relatert utmattelse kunne utvikle ulike mestringsstrategier som blant annet unngåelse, tilbaketrekning fra sosiale situasjoner, og "lytte-pauser" i stillhet for å samle energi. Det kan spekuleres om dette muligens kan påvirke nærhet og kvalitetstid. Alenetid og "lytte-pauser" kan samsvare med strategien benyttet av deltakerne i bachelorprosjektet, hvor UP hjemme kunne trekke seg tilbake for å lade batteriene ved å gjøre aktiviteter preget av oppmerksomt nærvær. Det spekuleres også om at KHT gjorde at parene ble bedre på å sette av tid til hverandre, da utfordringene kunne øke behovet for planlegging i hverdagen.

Kommunikasjon er et samarbeid mellom partnere (Scarinci et al., 2013, s. 84), hvor det er derfor viktig at begge partnerne samarbeider og bidrar i reparasjon og forebygging av kommunikasjonsbrudd. Dette ble reflektert i bachelorprosjektets funn da parene samarbeidet for å opprettholde god kommunikasjon ved å benytte en rekke kommunikasjonsstrategier for å reparere og å forebygge kommunikasjonsbrudd som kontaktsøking og økt oppmerksomhet rundt kroppsspråk. De strategiene de benyttet samsvarer også med etablert litteratur, som ifølge Tye-Murray (2020, s. 161; 163) kunne være bevisst plassering i forhold til kommunikasjonspartner og observasjon av kroppsspråk. UP-deltakerne tydeliggjorde sine behov, ved å påpeke kommunikasjonsbrudd og ba om oppklarende spørsmål, som også nevnes i Tye-Murray (2020, s. 163-165) er noen av de mest effektive reparasjonsstrategiene å benytte ved kommunikasjonsbrudd. Dette gjorde det enklere for partner å vite hva UP trengte, og ga partner muligheten til å møte UP's behov i tillegg til at misforståelser kunne unngås.

Forebyggende strategier partnere kan benytte er tilpasset lytte- og samtalestil, som tempo, artikulering og kroppsspråk (Tye-Murray, 2015, s. 156-158). Mancini et al. (2018, s.120) påpeker at partnere av personer med tinnitus kunne hjelpe dem å håndtere sin tinnitus bedre ved å benytte forebyggende strategier som å prate høyere, ansikt-til-ansikt og ved å ikke bli frustrerte ved kommunikasjon i bakgrunnsstøy. Dette kan trolig være overførbart til personer med KHT ettersom dette samsvarer med funnene i bachelorprosjektet, hvor det spesielt kom frem hos par C som eksplisitt spesifiserte at humor var mer hensiktsmessig enn frustrasjon ved kommunikasjonsbrudd.

Ifølge Manchaiah og Stephens (2013, s. 5) kan relasjonen i et parforhold oppleves å bedres gjennom humor. Dette samsvarer godt med funnene i bachelorprosjektet, da alle parene dro frem at humor som en mestringsstrategi ble oppfattet som positivt og kunne ta brodden av frustrasjonen. Videre, hadde også parene regler for å alltid sette av tid til gode samtaler med hverandre, hvor de tok tak i utfordringene med en gang de dukket opp. Dette antyder til å økt velvære i samlivet, hvor par som er villig til å diskutere utfordringer, uavhengig av tilstand, har bedre velvære (Manne & Badr, 2008, referert i Hofsöe et al., 2019, s. 2324).

Alle deltakerne rapporterte om at UP kunne støtte seg på partner i sosiale situasjoner, hvor det kunne være utfordrende å få med seg tale. Dette kunne bli gjort ved å be partner om å repetere eller oppklare for dem hva som ble sagt. I en studie gjennomført av Davis et al. (2021, s. 462) fant de at en deltaker rapporterte om å ikke oppleve like stor grad av lytteanstrengelser som andre på grunn av tilgangen til å støtte seg på partner i slike situasjoner. Det kan også spekuleres i hvordan samlivet hadde blitt påvirket dersom begge partnerne hadde hørselsutfordringer. Det kan tenkes at parene hadde hatt en annen type innsikt, forståelse og empati for hverandres situasjon, samt benyttet andre strategier i sosiale situasjoner hvor de kanskje ikke støtter seg like mye på hverandre på den måten deltakerne gjorde i gjeldende utvalg.

Opplæring av kommunikasjonsstrategier og ytterligere informasjon om de hørselsrelaterte utfordringene kan resultere i mindre aktivitetsbegrensninger og

deltakelsesrestriksjoner (Preminger, 2003, referert i Tye-Murray, 2015, s. 337). Ingen av partnerne hadde blitt inkludert i eventuelle konsultasjoner, men noen hadde deltatt på kurs, som hadde gitt B2 økt forståelse. Kunnskap hos partner avhenger tilsynelatende i stor grad på UPs videreformidling, men ble ikke rapportert av parene som negativt. Til tross for dette kan det være hensiktsmessig å inkludere partnere ved konsultasjon, da det kan flytte ansvaret for formidling av informasjon til audiograf som kan legge til rette for åpenhet, bedre håndtering og økt kunnskap som kan føre til større takknemlighet, hvorav emosjonell støtte og adaptive mestringsstrategier burde vektlegges (Mancini et al., 2018, s. 121; Tye-Murray, 2020, s. 221; Pugh et al., 2004, s. 72; Stephens et al., 2004, s. 137). Dette samsvarer med resultatene gitt av deltakerne da takknemlighet for hverandre ble uttrykt. Resultatene viser at partnerne har stor forståelse for påkjenningene UP kan oppleve, trolig som et resultat av ervervet kunnskap og empati for partner.

6.3 Positive innvirkninger

Ettersom deltakerne ga uttrykk for og ble tolket som å være spesielt utholdende, viljesterke og løsningsorienterte, kan det antas at dette hadde innvirkning på de positive funnene KHT kunne resultere i. Positive effekter ved hørselstap er i forskning, ifølge (Barker et al., 2017, s. 300) mindre fremtredende enn negative, men er ikke av den grunn av mindre relevans. Det var, derimot, vanskelig å peke ut forskjell før og etter for noen par da de hørselsrelaterte utfordringene alltid hadde vært til stede.

Ifølge Stephens et al. (2004, s. 135-136) kunne positive innvirkninger i samliv være å få mer tålmodighet, toleranse, forståelse og bedre kommunikasjon. Dette samsvarer godt med funnene i bachelorprosjektet, hvor noen av parene viste til høy takhøyde, forståelse, samt bedre kommunikasjon med fokus på ulike strategier for mestring. Et sterkere forhold har ifølge Beukes (2022, s.9) vist seg å være en del av de positive innvirkningene rapportert. Derimot påpekes det i en annen studie (Preminger et al., 2015, s. 723) at et sterkt forhold styrkes av utfordringene, hvor et forhold som allerede hadde utfordringer kunne videre oppleve større utfordringer relatert til hørselstapet. Ettersom alle deltakerne hadde opplevd virkningsfulle perioder i livet ble KHT's utfordringer satt i perspektiv.

Både UP og deres partnere uttrykte at støtte stod sentralt i deres samliv. Aksept for utfordringene står sentralt for at støtte kan gis (Scarinci et al., 2008, referert i Barker et al., 2017, s. 303), hvor partner ofte tilpasser seg utfordringene frem til aksept er tilstede og støtte kan gis (Barker et al., 2017, s. 303). Ifølge Barker et al. (2017, s. 303) taklet par utfordringene relatert til hørselsutfordringene bedre når de samarbeidet og tilpasset seg stressfaktorene som oppstod. Alt i alt rapporterte parene om et sterkere forhold preget av empati, støtte, forbedret kommunikasjon og økt kunnskap, hvor de opplevde at de kunne komme gjennom alle hindringer som kunne oppstå.

7.0 Metodekritikk

Det ble gjennom hele prosessen gjennomført flere nødvendige steg for å sikre bachelorprosjektets validitet og reliabilitet. Til tross for dette ble det oppdaget ulike faktorer som muligens kunne ha påvirket bachelorprosjektets funn, samt fremgangsmåter som kunne blitt gjennomført annerledes. Et kritisk blikk vil i denne delen av oppgaven bli kastet over oppgavens metode og funn.

7.1 Begrensninger med gruppeintervju

Ettersom formålet til problemstillingen var å få frem begge perspektivene i et parforhold ble det gjennomført et gruppeintervju. Det kan spekuleres i om at dette kan hatt en effekt på resultatene, da risikoen for at deltakerne har satt begrensninger på sine responser er tilstede. Begrensningen kan tenkes å være tilstede da man ikke ønsker å fornærme eller såre sine nære andre, og kan gi begrenset innsikt. Individuelle intervju ble vurdert tidlig i prosessen som utfordrende, da deltakerne kan muligens oppleve dette som ubehagelig.

7.2 Antall spørsmål og mengde datamateriale

Grunnet stort engasjement for utvalgt tema og problemstilling ble intervjuguiden preget av et mangfold av temaer, som kan ha påvirket både intervjuets estimerte varighet i tillegg til mengde datamateriale. Noen av områdene ble muligens ikke

tilstrekkelig undersøkt i dybden som ønskelig. Varigheten på intervjuene varierte noe også, som kan muligens påvirke datamaterialets fordeling per par. Selv om intervjuguiden kan ha vært påvirket av stort engasjement, stemmer funnene likevel overens med tidligere funn fra andre studier.

7.3 Respons til intervjusvar og tidsbruk

Ettersom en del av litteraturen tilgjengelig tilsynelatende fokuserer mer på utfordringene fremfor de positive innvirkninger dette påvirke forkunnskap og utforming av intervjuguide. Funnene skapte stort engasjement og kan ha ført til et mindre nøytralt stemningsleie i responser til deltakernes svar, noe som muligens burde vært begrenset. Derimot kan det også tenkes det førte til en gjensidig engasjement i samtalen, som videre kan ha påvirket varigheten av intervjuene. Lengre intervjuer kan muligens ha større påvirkning på resultatene grunnet grad av utdypelse. Dette kunne blitt motvirket ved noe mer strukturert tidsskjema, og flere pilotundersøkelser.

7.4 Utvalgsbias

Deltakerne i oppgaven kan ha vært preget av et utvalgsbias, hvor parene som deltok kan ha engasjement for saken som videre trolig kan påvirke åpenhet. UP-deltakerne hadde ulik mestringsgrad av KHT, som trolig kunne medføre i mindre opplevde negative innvirkninger for både UP og partner. Det kan derfor tenkes at funnene ikke er overførbare til alle parforhold preget av KHT, hvor større plagegrad og mindre mestring kan ha innvirkning på deltakelse og erfaringer. Det er større sannsynlighet at UP er med større mestringsgrad, samt partnere med lite negativ innvirkning, kan delta på intervju enn parforhold preget av større utfordringer og negativ innvirkning. Annen bias kan tenkes å være at personer i et parforhold hvor utfordringene ikke er anerkjent enda ikke fanges opp.

8.0 Konklusjon

I dette bachelorprosjektet har komorbiditeter og påvirkningen hørselsrelaterte utfordringer kan ha på relasjoner med nære andre blitt undersøkt. Resultatene antyder at komorbid hørselstap og tinnitus (KHT) påvirker samlivet mellom partnerne mest positivt, hvor viktigheten av mestringsstrategier som adaptive kommunikasjonsstrategier, energidisponering og aktiviteter preget av oppmerksomt nærvær blir tydeliggjort. Dette kom til uttrykk ved at deltakerne rapporterte at KHT ga økte utfordringer med kommunikasjon og utmattelse, men på grunn av motgang og mestringsstrategier utviklet, resulterte dette i positiv innvirkning som bidro til å styrke samlivet. Funnene kan muligens overføres til andre personer med KHT og andre funksjonsnedsettelse med lignende utfordringer. Derimot kan ikke dette fastslås da utvalget var snevert og trolig noe homogent.

Funnene påpeker også viktigheten av helsepersonells ansvar for god informasjonsformidling, hvor god informasjon til begge partnerne kan bidra til økt empati, forståelse og samhold som kan potensielt redusere utfordringer i samlivet. Ved tinnitus rådgivning bør elementer hvor pasientene skal identifisere mulige positive effekter for både seg selv og for partner inkluderes, hvor dette muligens kan hjelpe dem å se muligheter fremfor begrensninger.

Videre, burde fremtidig forskning undersøke påvirkningskraften KHT hos et større mer heterogent utvalg slik at et mer helhetlig innblikk i KHTs faktiske påvirkning kan påpekes. Utsattes og deres partners individuelle opplevelse av KHTs påvirkning på samliv burde også undersøkes med flere andre målemetoder enn kun gruppeintervju. Et annet perspektiv som kan være av interesse å undersøke er relasjoner med andre nærpå personer, og effekten tekniske hjelpemidler kan ha på KHTs utfordringer.

9.0 Referansliste

- Baguley, D., Andersson, G., McFerran, D., & McKennan, L. (2013a). *Tinnitus: A multidisciplinary approach* (2.utg). Wiley-Blackwell.
- Baguley, D., McFerran, D. & Hall, D. (2013b). Tinnitus [Seminar]. *The Lancet*, 382(9904), 1600-1607. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60142-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60142-7).
- Barker, A. B., Leighton, P. & Ferguson, M. A. (2017). Coping together with hearing loss: a qualitative meta-synthesis of the psychosocial experiences of people with hearing loss and their communication partners. *International Journal of Audiology*, 56(5), 297-305. DOI: 10.1080/14992027.2017.1286695
- Beukes, E. W., Ulep, A. J., Andersson, G., & Manchaiah, V. (2022). The Effects of Tinnitus on Significant Others. *Journal of clinical medicine*, 11(5), 1393. <https://doi.org/10.3390/jcm11051393>
- Bess, F. H., & Hornsby, B. W. (2014). Commentary: listening can be exhausting--fatigue in children and adults with hearing loss. *Ear and hearing*, 35(6), 592–599. <https://doi.org/10.1097/AUD.000000000000099>
- Blaesing, L., & Kroener-Herwig, B. (2012). Self-reported and behavioral sound avoidance in tinnitus and hyperacusis subjects, and association with anxiety ratings. *International Journal of Audiology*, 51(8), 611-617. DOI: 10.3109/14992027.2012.664290
- Brooks, D. N., Hallam, R. S., & Mellor, P. A. (2001). The effects on significant others of providing a hearing aid to the hearing-impaired partner. *British journal of audiology*, 35(3), 165–171. <https://doi.org/10.1080/00305364.2001.11745234>
- Carlsson, P.-I., Hjaldaahl, J., Magnuson, A., Ternevall, E., Edén, M., Skagerstrand, Å., & Jönsson, R. (2015). Severe to profound hearing impairment: quality of life, psychosocial consequences and audiological rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 37(20), 1849-1856. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.982833>
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Collins, N. L., & Ford, M. B. (2010). Responding to the needs of others: The caregiving behavioral system in intimate relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 235–244. DOI: 10.1177/0265407509360907

- Cunningham, L. L., & Tucci, D. L. (2017). Hearing Loss in Adults. *The New England Journal of medicine*, 377(25), 2465–2473.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1616601>
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2.utg). Universitetsforlaget AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Davis, A., McMahon, C. M., Pichora-Fuller, K. M., Russ, S., Lin, F., Olusanya, B. O., Chadha, S., & Tremblay, K. L. (2016). Aging and Hearing Health: The Life-course Approach. *The Gerontologist*, 56 Suppl 2(Suppl 2), 256–S267.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnw033>
- Davis, H., Schlundt, D., Bonnet, K., Camarata, S., Bess, F. H. & Hornsby, B. (2021). Understanding Listening-Related Fatigue: Perspectives of Adults with Hearing Loss, *International Journal of Audiology*, 60(6), 458-468.
<https://doi.org/10.1080/14992027.2020.1834631>
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). A new look at social support: Atheoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 19(2), 113–147.
<https://doi.org/10.1177/1088868314544222>
- Folkehelseinstituttet. (2015, 11. mai). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*.
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet--faktaar/>
- Frisch, M., & Simonsen, J. (2013). Marriage, cohabitation and mortality in Denmark: national cohort study of 6.5 million persons followed for up to three decades (1982-2011). *International journal of epidemiology*, 42(2), 559–578.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyt024>
- Gelfand, S. A. (2016). *Essentials of Audiology* (4.utg). Thieme Medical Publishers.
- GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* (London, England), 388(10053), 1545–1602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
- Grover, S. M. (2005). Shaping effective communication skills and therapeutic relationships at work: the foundation of collaboration. *The American Association of Occupational Health Nurses*, 53(4), 177-182.
<https://doi.org/10.1177%2F216507990505300408>

- Haider, H. F., Bojic, T., Ribeiro, S. F., Paço, J., Hall, D. A., & Szczepek, A. J. (2018). Pathophysiology of Subjective Tinnitus: Triggers and Maintenance. *Frontiers in Neuroscience*, 12(866), 1-16. DOI: 10.3389/fnins.2018.00866
- Hall, D. A., Fackrell, K., Li, A. B., Thavayogan, R., Smith, S., Kennedy, V., Tinoco, C., Rodrigues, E. D., Campelo, P., Martins, T. D., Lourenco, V. M., Ribeiro, D., & Haider, H. F. (2018). A narrative synthesis of research evidence for tinnitus-related complaints as reported by patients and their significant others. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(61), 1-15.
<https://doi.org/10.1186/s12955-018-0888-9>
- Hébert, S., Forunier, P., & Noreña, A. (2013). The Auditory Sensitivity is Increased in Tinnitus Ears. *The Journal of Neuroscience*, 33(6), 2356–2364. doi: 10.1523/JNEUROSCI.3461-12.2013
- Heffernan, E., Coulson, N. S., Henshaw, H., Barry, J. G., & Ferguson, M. A. (2016). Understanding the psychosocial experiences of adults with mild-moderate hearing loss: An application of Leventhal's self-regulatory model. *International journal of audiology*, 55 Suppl 3(Suppl 3), S3–S12.
<https://doi.org/10.3109/14992027.2015.1117663>
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44/§9>
- Hofsöe, S. M., Lehane, C., Wittich, W., Hilpert, P., & Dammeyer, J. (2019). Interpersonal communication and psychological well-being among couples coping with sensory loss: The mediating role of perceived spouse support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(8), 2323–2344.
<https://doi.org/10.1177/0265407518787933>
- Holder, J. T., O'Connell, B., Hedley-Williams, A., & Wanna, G. (2017). Cochlear implantation for single-sided deafness and tinnitus suppression. *American Journal of Otolaryngology - Head and Neck Medicine and Surgery*, 38, 226-229. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjoto.2017.01.020>
- Hong, O., Kerr, M. J., Poling, G. L., & Dhar, S. (2013). Understanding and preventing noise-induced hearing loss. *Disease-a-month: DM*, 59(4), 110–118.
<https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2013.01.002>
- Hornsby, B. W. (2013). The effects of hearing aid use on listening effort and mental fatigue associated with sustained speech processing demands. *Ear and hearing*, 34(5), 523–534. <https://doi.org/10.1097/AUD.0b013e31828003d8>

- Inagaki, T. K., & Eisenberger, N. I. (2012). Neural Correlates of Giving Support to a Loved One. *Psychosomatic Medicine*, *74*(3), 3-7. doi: 10.1097/PSY.0b013e3182359335
- Jacobsen, D. I. (2013). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2.utg.). Høyskoleforlaget.
- Jastreboff, P. J. (1999). The neurophysiological model of tinnitus and hyperacusis. I *Proceeding of the sixth International Tinnitus Seminar*. ed. Hazell, J. W. P. 32-38. London: Tinnitus & Hyperacusis Centre.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- LaMotte, A. D., Khalifian, C. E., & Barry, R. A. (2017). Newlyweds' perceptions of partner conflict behaviors and change in intimate safety over time. *Journal of family psychology: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *31*(1), 123–128. <https://doi.org/10.1037/fam0000244>
- Langdridge, D. (2015). *Psykologisk forskningsmetode: En innføring i kvalitative og kvantitative tilnæringer* (3.utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Universitetsforlaget AS.
- Manchaiah, V., Baguley, D. M., Pyykkö, I., Kentala, E., & Levo, H. (2015) Positive experiences associated with acquired hearing loss, Ménière's disease, and tinnitus: A review, *International Journal of Audiology*, *54*(1), 1-10. DOI: 10.3109/14992027.2014.953217
- Manchaiah, V., Beukes, E. W., Granberg, S., Durisala, N., Baguley, D. M., Allen, P. M. & Andersson, G. (2018). Problems and Life Effects Experienced by Tinnitus Research Study Volunteers: An Exploratory Study Using the ICF Classification. *Journal of the American Academy of Audiology*, *29*(10), 936-947. <https://doi.org/10.3766/jaaa.17094>
- Manchaiah, V., Nisha, K. V., Prabhu, P., Granberg, S., Karlsson, E., Andersson, G., & Beukes, E. W. (2022). Examining the consequences of tinnitus using the multidimensional perspective. *Acta Oto-Larngologica*, *142*(1), 67-71. DOI: <https://doi.org/10.3109/14992027.2014.953217>
- Manchaiah, V. K. C. & Stephens D. (2013). Life consequences and positive experiences reported by communication partners of people with

- hearing impairment: A pilot study. *Speech, Language and Hearing*, 16(1), 2-8.
DOI: 10.1179/2050571X12Z.0000000004
- Mancini, P. C., Tyler, R., Perreau, A., Batterton, L. F., & Ji, H. (2018). Considerations for Partners of Our Tinnitus Patients. *International Tinnitus Journal*, 22(2), 113-122. <http://dx.doi.org/10.5935/0946-5448.20180020>
- Meyer, C., Hickson, L., Lovelock, K., Lampert, M., & Khan, A. (2014). An investigation of factors that influence help-seeking for hearing impairment in older adults. *International journal of audiology*, 53(1), 3-17.
<https://doi.org/10.3109/14992027.2013.839888>
- Montano, J. J., & Spitzer, J. B. (2014). *Adult Audiologic Rehabilitation*. Plural Publishing.
- Moser, S., Luxenberger, W., & Freidl, W. (2017). The Influence of Social Support and Coping on Quality of Life Among Elderly With Age-Related Hearing Loss. *American journal of audiology*, 26(2), 170–179.
https://doi.org/10.1044/2017_AJA-16-0083
- Møller, A. R. (2011). Different forms of tinnitus. I Textbook of Tinnitus (red. Møller, A. R., Langguth, B. De Ridder, D., & Kleinjung, T.).
- Nes, R. B. (2021, 17. desember). Livskvalitet i Norge. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=&h=1>
- Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet. (u.å). NICE-1. Kunnskapsbasen.
<https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/NICE-1>
- Preminger, J.E., Montano, J. J., & Tjørnhøj-Thomsen, T. (2015). Adult-children's perspectives on a parent's hearing impairment and its impact on their relationship and communication. *International Journal of Audiology*, 54(10), 720-726. DOI: 10.3109/14992027.2015.1046089
- Pugh, R., Stephens, D. & Budd, R. (2004). The contribution of spouse responses and marital satisfaction to the experience of chronic tinnitus. *Audiological Medicine*, 2(1), 60-73. DOI: 10.1080/16513860410028726
- Raina, P., Wong, M. & Massfeller, H. (2004). The relationship between sensory impairment and functional independence among elderly. *BMC Geriatrics*, 4(3).
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-4-3>
- Rajasekaran, V. & Rajasekaran, P. (2020). Third Party Disability among Spouses of People with Hearing Loss. *Bengal Journal of Otolaryngology and Head Neck Surgery*, 28(1), 37-43. <https://bjohns.in/journal3/index.php/bjohns/issue>

[/view/2/16](#)

- Ramkumar, V., & Rangasayee, R. (2010). Studying tinnitus in the ICF framework. *International Journal of Audiology*, 49(9), 645-650.
DOI: 10.3109/14992027.2010.484828
- Ruben, R. J. (2000). Redefining the survival of the fittest: communication disorders in the 21st century. *Laryngoscope*, 110(2 Pt 1), 241-245.
<https://doi.org/10.1097/00005537-200002010-00010>
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2017). Bære eller briste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker (3.utg.). Fagbokforlaget.
- Schlee, W., Schecklmann, M., Lehner, A., Kreuzer, P. M., Vielsmeier, V., Poepl, T. B., & Langguth, B. (2014). Reduced variability of auditory alpha activity in chronic tinnitus. *Neural plasticity*, 436146.
<https://doi.org/10.1155/2014/436146>
- Scarinci, N., Worrall, L., & Hickson, L. (2008). The effect of hearing impairment in older people on the spouse. *International journal of audiology*, 47(3), 141–151. <https://doi.org/10.1080/14992020701689696>
- Scarinci, N., Worrall, L., & Hickson, L. (2009). The effect of hearing impairment in older people on the spouse: development and psychometric testing of the significant other scale for hearing disability (SOS-HEAR). *International Journal of Audiology*, 48(10), 671-83. <https://doi.org/10.1080/14992020902998409>
- Scarinci, N., Meyer, C., Ekberg, K., & Hickson, L. (2013). Using a Family-Centered Care Approach in Audiologic Rehabilitation for Adults with Hearing Impairment. *Perspectives on aural rehabilitation and its instrumentation*, 20(3), 83-90. DOI: [10.1044/arri20.3.83](https://doi.org/10.1044/arri20.3.83)
- Scarinci, N., Worrall, L., & Hickson, L. (2012). Factors associated with third-party disability in spouses of older people with hearing impairment. *Ear and hearing*, 33(6), 698–708. <https://doi.org/10.1097/AUD.0b013e31825aab39>
- Sebastian, S., Varghese, A., & Gowri, M. (2015). The impact of hearing loss in the life of adults: A comparison between congenital versus late onset hearing loss. *Indian Journal of Otology*, 21(1), 29-32. doi:10.4103/0971-7749.152857
- Stephens, D. & Ken, P. (2003). The role of positive experiences in living with acquired hearing loss. *International journal of audiology*, 42(sup1), 118-27.
10.3109/14992020309074633. <https://doi.org/10.3109/14992020309074633>
- Stephens, D., Kerr, P., & Jones, G. (2004) Positive experiences reported by

- significant others of patients with hearing impairments. *Audiological Medicine*, 2(2), 134-138. <https://doi.org/10.1080/16513860410017061>
- Sullivan, M., Katon, W., Russo, J., Dobie, R., & Sakai, Connie. (1994). Coping and Marital Support as Correlates of Tinnitus Disability. *General Hospital Psychiatry*, 16, 259-266.
- Tan, C. M., Lecluyse, W., McFerran, D., & Meddis, R. (2013). Tinnitus and patterns of hearing loss. *Journal of the Association for Research in Otolaryngology: JARO*, 14(2), 275–282. <https://doi.org/10.1007/s10162-013-0371-6>
- Toft, S. (2003). Tinnitus: effects on the patient and partner. University of Leicester. Thesis. <https://hdl.handle.net/2381/31184>
- Tye-Murray, N. (2015). *Foundations of Aural Rehabilitation: Children, Adults, and Their Family Members* (4.utg.). Cengage Learning.
- Tye-Murray, N. (2020). *Foundations of Aural Rehabilitation: Children, Adults, and Their Family Members* (5.utg.). Plural Publishing.
- van der Wal, A., Michiels, S., De Pauw, J., Jacxsens, L., Chalimourdas, A., Gilles, A., Braem, M., van Rompaey, V., Van de Heyning, P., & De Hertogh, W. (2021). ICF domains covered by the Tinnitus Questionnaire and Tinnitus Functional Index. *Disability and rehabilitation*, 1–10. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1972172>
- Wallhagen, M. I., (2010). The stigma of hearing loss. *The Gerontologist*, 50(1), 66–75. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp107>
- Wallhagen, M. I., Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Kaplan, G. A. (2004). Impact of Self-Assessed Hearing Loss on a Spouse: A Longitudinal Analysis of Couples. *The Journals of Gerontology*, 59(3), 190–196, <https://doi.org/10.1093/geronb/59.3.S190>
- World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disabilities and health*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>
- Yorkston, K. M., Bourgeois, M. S., & Baylor, C. R. (2010). Communication and aging. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 21(2), 309–319. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2009.12.011>
- Yorgason, J. B., Piercy, F. P., & Piercy, S. K. (2007). Acquired hearing impairment in older couple relationships: An exploration of couple resilience processes. *Journal of Aging Studies*, 21(3), 215–228.

<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2006.10.002>

Vedleggsliste

Vedlegg 1: Informasjonsskriv med samtykke-svarslipp



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT FOR BACHELOROPPGAVE

Påvirkningen hørselstap og tinnitus har på samliv

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan hørselstap med sameksisterende tinnitus påvirker samliv mellom partnere som bor sammen. Du mottar dette skrivet fordi vi mener at du og din partner/ektefelle/samboer har verdifull erfaring angående temaet, og vi ønsker derfor å invitere dere begge til å delta. Informasjonsskrivet vil starte med generell informasjon og vil fra side 3 gå mer i dybden om personvern, databehandling, rettigheter og påmelding med samtykke svarslipp. Dersom dere ønsker å delta i forskningen må dere melde dere på innen 26.mars, og deretter vil dere intervjues i løpet av perioden 27.mars-3.april 2022. Forskningen er en del av bachelorprogrammet for audiologi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim.

Beskrivelse av forskning

Flere symptomer knyttet til hørselstap og tinnitus kan påvirke og muligens forårsake utfordringer i hverdagen for den enkelte som kan videre potensielt påvirke den enkeltes samliv. Ved å undersøke temaet i dybden kan god innsikt oppnås, spesielt når begges perspektiv representeres.

For å kunne måle konsekvenser av hørselstap med sameksisterende tinnitus er det avgjørende at forskningsdeltakerne som har hørselsutfordringene ikke har andre sameksisterende hørselsrelaterte plager, som blant annet auditive prosesseringsvansker, krystallsyke, morbus menieres og lignende. Intervjuet vil vare i omtrent én time og vil omhandle spørsmål om erfaringer og opplevelser rundt påvirkningskraften nevnte hørselsutfordringer har på samlivet.

For å delta på forskningsprosjektet må begge parter møte opp til intervjuet, hvor dere vil intervjues samtidig. Dette kan gjøres både fysisk og digitalt, avhengig av hva dere selv ønsker. Nærmere informasjon om gjennomføring fås via e-post etter påmelding. Du og din partners rolle vil være å komme med deres perspektiv og erfaringer. Intervjudeltakere og erfaringer vil anonymiseres slik at ingen av deltakerne er identifiserbare.

Bachelorprosjektet kan supplere til lignende forskning og kan mulig bidra til økt forståelse om pasienter og deres partner situasjon, som igjen kan påvirke utforming av eventuell fremtidig behandlingsplan til personer i denne pasientgruppen.

Opplysninger om dere blir behandlet basert på deres samtykke, og vil behandles med varsomhet og konfidensialitet. Dette forskningsprosjektet er en del av en bacheloroppgave som leveres inn i mai 2022. Informasjonen som samles inn i dette forskningsprosjektet vil bare benyttes for oppgaven, og vil bli publisert.

Vi som gjennomfører forskningen, er audiograf-studentene (...) og (...) Vi veiledes av universitetslektor Odd Magne Risan og førsteamanuensis Markus Drexler, ansatte ved NTNU. Alle ovenfor nevnte har taushetsplikt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis dere velger å delta, kan dere når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle deres personopplysninger vil da slettes. Dersom dere velger å delta, trekke samtykket, eller ikke ønsker å delta, vil det ikke medføre i noen påvirkning på nåværende eller senere behandlingsløp.

Anonymitet

Dere som deltar vil anonymiseres, slik at hver deltaker vil få et alias som videre vil benyttes i opptaksfiler, transkribering-dokument og videre i bachelor dokumenter. Et eksempel på dette kan være at "Ola Nordmann" blir hetende "Deltaker 1". Oversikt over hvilke alias som tilhører hvilke deltakere vil lagres på et ark som holdes adskilt fra øvrige data, og vil låses inn hvorav kun nevnte studenter og veiledere vil ha tilgang til. Kun variabler som blant annet kjønn, alder, sivilstatus, yrkesstatus, om deltaker har hørselsutfordringer eller er partner, erfaringer med hørselstap og tinnitus og opplevelser angående påvirkningskraften av hørselstap og tinnitus. Temaer som vil belyses er kommunikasjon, deltakelse- og aktivitetsbegrensninger, utfordringer, kvalitetstid, støtte og mestring. Annen persondata vil ikke tas med i bacheloroppgaven og vil dermed tilintetgjøres.

Mulige fordeler og ulemper

Dette vil ikke medføre i betydelige fordeler eller ulemper. Det kan imidlertid bringe større bevissthet på ulemper hørselstap og tinnitus kan ha på samliv. Det kan også tenkes at økt bevissthet kan føre til en positiv effekt, ved at deltaker med hørselsutfordringene og partner får mer kunnskap rundt tinnitus' påvirkningskraft på deres liv, og at begge får mulighet til å dele erfaringer og opplevelser.

Hva skjer med informasjonen om deg

Intervjuet gjennomføres digitalt i et lydisolert rom, via Zoom eller Teams. Dersom deltakere oppholder seg i Trondheim kommune, kan intervju også gjennomføres fysisk dersom dette er ønskelig. For å kvalitetssikre at informasjonen som dere deler blir oppfattet riktig vil det tas opptak av intervjuet med eksterne videokamera og lydopptaker. Videoopptak er ønskelig da dette kan sikre korrekt transkribering (oversettelse av lyd til tekst) av intervjuet, og gjør det lettere å vite hvem som sier hva. Opptaksfilene vil oppbevares på NTNU's krypterte skylagring (NICE1), for sensitive forskningsdata. Dette vil kun være tilgjengelig for nevnte studenter og veiledere. Videre vil opptakene transkriberes, og etter bacheloroppgavens fullføring vil opptakene destrueres senest etter ett år.

Videre vil informasjonen innhentet fra intervju behandles og analyseres på datamaskiner fra NTNU med sikret brannmur, som kun nevnte studenter og veiledere vil ha tilgang til. Dersom det blir nevnt informasjon som ikke er direkte knyttet til forskningens formål vil denne informasjonen destrueres, og dermed heller ikke tas med i bacheloroppgaven. Informasjonen som kommer frem under intervjuet vil kategoriseres, og ses i sammenheng med andre deltakeres opplevelser.

Samtykkeskjema vil oppbevares i ett år fra fullført bachelor, hvor de deretter destrueres. Dersom dere som deltakere trekker tilbake samtykke vil din persondata tilintetgjøres innen 30 dager fra datoen samtykket blir tilbaketrasket. Deres data vil dermed ikke bli benyttet i bacheloroppgaven eller i annen sammenheng.

Godkjenning

Forskningsprosjektet ble vurdert og vedtatt som ikke fremleggspliktig den 23.11.21, hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) før iverksettelse av forskningsprosjektet (Ref.:392944).

Deres rettigheter

Dere har rett til innsyn i hvilke opplysninger som behandles om dere, og kan få utlevert en kopi av det transkriberte intervjuet. Om dere ønsker å rette eller fjerne personopplysninger om dere som dere føler er feil eller er misvisende, har dere også rett til å be om dette. Vi vil bare bruke opplysningene om dere til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Kontakt

Har dere spørsmål til forskningsprosjektet, eller ønsker å vite mer, ta kontakt med:

NTNU, Prosjektansvarlige:

Student 1: _____@stud.ntnu.no

Student 2: _____@stud.ntnu.no

Nærmere informasjon om oppmøtetidspunkt vil gis etter samtykke-skjemaet er innsendt og mottatt på vår e-post.

Påmelding

For påmelding send epost til en av oss:

Student 1: _____@stud.ntnu.no

Student 2: _____@stud.ntnu.no

Det er tilstrekkelig at én sender inn samtykkeskjemaet, men begge må ha sin underskrift på samtykkeskjemaet. Ved digitalt intervju er det nødvendig at samtykkesvarslippen sendes per post, hvorav frakt og porto vil dekkes av oss. Dere vil motta adressen som samtykkesvarslippen skal sendes til på e-post etter påmelding. Dersom intervjuet gjennomføres fysisk, kan samtykkesvarslippen tas med til intervju.

Det vil tas utgangspunkt i at opptaket gjennomføres med video, men om det er ønskelig så kan dere fraskrive dere dette ved å skrive å krysse av for dette på neste side. Om dere skulle endre mening etter intervjuet er gjennomført, vil bare lyden tas vare på og videoen slettes.

Samtykke til deltakelse

Ved dette, bekrefter jeg at jeg har lest og forstått informasjonen ovenfor. Jeg samtykker herved til min deltakelse i forskningsprosjektet, og er innforstått med mine rettigheter, studiens formål, og hva som skjer med informasjonen om meg. Med denne underskriften melder jeg meg på forskningsprosjektet, og godkjenner at min anonymiserte informasjon fra intervjuet kan benyttes i forskningsprosjektet. Jeg samtykker til at informasjonen bare blir brukt slik som hensikten ovenfor har nevnt.

Både deltaker med hørselsutfordringene og deres partner må skrive under, for å bekrefte deres deltakelse i forskningsprosjektet.

På **neste side** vil dere kunne gi deres samtykke ved underskrift.

SAMTYKKE SVARSLIPP

Jeg, **deltaker med hørselsutfordringene hørselstap og tinnitus**, har mottatt og forstått informasjonen om forskningsprosjekt om påvirkningen hørselstap og tinnitus har på samliv (våren 2022), og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker, og ønsker å delta i intervjuet som tas både lyd- og videoopptak av.

I forskningens bacheloroppgave ønsker **jeg** å bli omtalt med pronomene:

Han	Hun	De	Hen
-----	-----	----	-----

STED/DATO

Deltakers signatur

DELTAKERS NAVN I BLOKKBOKSTAVER

Jeg, **partner over 18 år**, har mottatt og forstått informasjonen om forskningsprosjekt påvirkningen hørselstap og tinnitus har på samliv (våren 2022), og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker, og ønsker å delta i intervjuet som tas både lyd- og videoopptak av.

I bacheloroppgaven ønsker **jeg** å bli omtalt med pronomene:

Han	Hun	De	Hen
-----	-----	----	-----

STED/DATO

Deltakers signatur

DELTAKERS NAVN I BLOKKBOKSTAVER

Vi ønsker å reservere oss mot videoopptak av intervju.

Vedlegg 2: Intervjuguide

Innledning (Informasjon)

Takk for at dere blir med på intervju i dag! Intervjuet kommer til å vare i en time, med 15 min pause midt i. Dersom vi snakker for fort eller utydelig må dere gjerne si fra.

Intervjuet handler om hvilken påvirkningskraft hørselstap og tinnitus kan ha på samliv. Vi ønsker å se nærmere på er: deltakelse/aktivitetsbegrensninger, kommunikasjon, støtte og kvalitetstid, og mestring. Vi ønsker at dere begge er like delaktige, og utfyller hverandre der det føles naturlig for dere, da begge har viktige erfaringer og perspektiv. Det er ingen riktige eller gale svar.

Oppsummering av samtykkeskjema (se samtykkeskjema).

For å oppsummere samtykkeskjemaet dere har skrevet under på, har dere samtykket til:

- Å bli intervjuet, hvor det vil gjennomføres opptak av lyd og video.
- At informasjonen dere deler med oss, som er relevant for bacheloroppgavens formål, vil benyttes i bacheloroppgaven som på et senere tidspunkt også vil publiseres.
- At denne informasjonen vil oppbevares i étt år etter fullført bachelor, og vil deretter destrueres.

Spørsmål: Noen spørsmål før vi starter?

Intervjuet vil vare omtrent 1 time, og det er bare å be oss gjenta eller forklare spørsmålene ytterligere... Da starter vi opptaket...

Bakgrunnsinformasjon

- Hva er deres alder og sivilstatus?
 - Hvor lenge har dere vært sammen?
- Hvilken yrkesstatus har dere?
- Er det begge eller kun en av dere som har hørselsutfordringer?

- Hvilken type hørselstap har du (med hørselsutfordringer)?
(Eksempelvis: Opplever du at lyse toner eller mørke toner er vanskelig å høre; hører du lydstyrken på tale, men oppfatter ikke ordene).
- Hvordan opplevde dere det å dele om hørselsutfordringene med hverandre?
- Har du søkt hjelp for hørselsutfordringene, hvis ja hva var det som gjorde at du søkte hjelp?
 - Hvor er du i behandlingsløpet?
 - Nettopp begynt/utredet - Under behandling - Ferdig med behandling
 - Ble partner involvert når du søkte hjelp?
 - Kan dere fortelle litt om hvordan dere opplevde dette?
(Tilstrekkelig?)
- Om du skulle rangert din tinnitus plagegrad fra 1-10, der 1 er ikke plaget i det hele tatt og 10 er så plaget at det går utover evnen til å fungere i hverdagen, hvor plaget er du (med hørselsutfordringer)?
 - Hvorfor en ___ og ikke en 1 eller 10?
- Hvor godt føler du at du mestrer dine hørselsutfordringer på en skala fra 1 til 10, hvor 1 er ikke i det hele tatt og 10 er så godt at det ikke lenger påvirker evnen til å fungere i hverdagen?
 - Hvorfor en ___ og ikke en 1 eller 10?
- Benytter du/dere hjelpemidler?

Livskvalitet

Økt livskvalitet knyttes ofte opp mot positive følelser som glede, lykke og trivsel.

Redusert livskvalitet kan knyttes til negative følelser og blant annet engstelse, stress, utmattelse, søvnproblemer, og lignende.

- Hvordan opplever du at hørselsutfordringene har påvirket søvnen din?
 - Er dette noe du har merket noe til? Isåfall hvordan? (partner)
- Har hørselsutfordringene ført til mer bekymringer i hverdagen?
- Hvordan kan eller har disse konsekvenser av hørselsutfordringene påvirke deg (partner)?
- Opplever du noen gang at du blir utmattet som et resultat av hørselsutfordringene?

- Har dette påvirket din deltakelse i f.eks arbeidsoppgaver i huset?
- Hva er dine tanker rundt dette? (partner)
- Hvilke konsekvenser og innvirkninger opplever dere at dette kan ha på deres relasjon?
(Eksempelvis: hyppigere frustrasjoner/diskusjon eller mer empati/humor/tålmodighet).
- Er det noen utfordringer dere opplever i hverdagen som er mer forårsaket av hørselstapet enn tinnitus?
 - Hva med tinnitus?

Deltakelses- og aktivitetsbegrensninger

Nå skal vi se på hvordan hørselsutfordringene kan påvirke/begrense/hindre dere i å delta i aktiviteter eller sosiale situasjoner. (Eksempelvis: Utfordring med å høre i telefonsamtaler, kan føre til at man deltar mindre i telefonsamtaler).

- Hvordan har hørselsutfordringene påvirket dere å delta i hobby eller fritidsaktiviteter?
 - Hva med andre sosiale sammensetninger (familiebesøk, konfirmasjon/bryllup, kafé, middag/restaurant)?
- Er det situasjoner/aktiviteter som har blitt unngått eller avsluttet tidlig grunnet hørselsutfordringene? (Eksempelvis: Støy/lyd/miljø, verre tinnitus, utmattelse).
 - Hvordan oppleves det dere imellom?
- Har dere påbegynt nye aktiviteter/hobbyer som har erstattet gamle aktiviteter/hobbyer, grunnet hørselsutfordringene?

Kommunikasjon

Nå skal vi stille noen spørsmål om kommunikasjon og hvordan dere kommuniserer med hverandre. Når vi spør om kommunikasjon, vektlegger vi samarbeid, forståelse, åpenhet, og eventuelle kommunikasjonssvikt.

- Opplever dere at hørselsutfordringene kan/har påvirke(t) hvordan dere kommuniserer?
 - Er det noen spesifikke situasjoner der dette forekommer?

- Har dere i deres forhold opplevd at den ene ikke kommuniserer informasjonen på en forståelig nok måte, eller at den andre faller ut av samtalen og mister viktig informasjon?
 - Hvordan samarbeider dere sammen for å forsikre at dere begge to får med dere situasjonen, og slik at mistet informasjon kan bli oppfattet?
 - Kan dere fortelle litt om hvordan dere samarbeider for å unngå/ redusere eventuell svikt i kommunikasjon?
- Utfordringer i hverdagen kan trolig påvirke begge partnere på ulike måter. Dersom en slik utfordring oppstår, hvordan føler dere at dere kommuniserer dette til hverandre?
 - Hvordan kommuniserer dere deres behov (for hjelp/støtte)?
 - Hvordan viser dere forståelse når den andre kommuniserer sine behov?

Støtte og kvalitetstid

Nå skal vi stille noen spørsmål om støtte i deres forhold i sammenheng med hørselsutfordringene. Da ønsker vi å se på ivaretagende støtte som handler om det å vise den andre omtenkksomhet, følelser, tillit, aksept og oppmuntring.

- Hvordan tar dere hensyn til hørselsutfordringene i hverdagen, i form av støtte? (Eksempelvis: Å benytte strategier for god kommunikasjon, søke kunnskap om hørselsutfordringene, eller involveres i oppfølgingstimer hos hørselsspesialist).
- Kvalitetstid er veldig individuelt. Opplever dere at måten eller tiden dere bruker sammen har blitt endret som et resultat av hørselsutfordringene?
 - ((Hva har dere gjort for å opprettholde en god relasjon og kvalitetstid?))

Mestring

Hørselsutfordringer trenger ikke bare å føre til utfordringer, men kan også medføre i positive innvirkninger i hverdagen. Dette kan være positive innvirkninger som mer åpenhet eller bedre kommunikasjon og lignende.

- Har det vært noen positive innvirkninger hørselsutfordringene har hatt på deres relasjon og samliv?

Nå ønsker vi å vite litt mer om hva dere gjør i deres hverdag som dere føler fungerer godt og gir mestring for dere.

- Hva gjør dere for å mestre de mest fremtredende utfordringene dere opplever, på grunn av hørselsutfordringene, på best mulig måte? (Hver for dere eller sammen).
- Har dere noen verktøy/strategier dere bruker for å hindre hørselsutfordringene å påvirke deres forhold til hverandre? (Med dette mener vi eventuelle strategier dere bruker for å opprettholde en god relasjon mellom dere).

Avslutning

- Oppsummere intervjuet
- Om dere skulle dratt frem et punkt i dette intervjuet som dere følte var ekstra viktig, hva ville det vært? (dersom det ikke blir nevnt tidligere i intervjuet)
- Er det noe annet dere ønsker å legge til?
- Hvordan opplevde dere intervjusituasjonen?
- Takk for dere stilte opp og ønsket å delta på vår oppgave.

Vedlegg 3: Fremleggsvurdering av REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Hilde Eikemo	73597508	23.11.2021	392944

Markus Drexl

Fremleggingsvurdering: Hyperacusis påvirkningskraft på familie- og sosialt liv
Søknadsnummer: 392944
Forskningsansvarlig institusjon: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

Formålet med forskningen er å få mer innsikt i påvirkningskraften diagnosen(e) (tinnitus og/eller hyperacusis) kan oppleves å ha på familie- og sosialt liv. Dette gjøres for å få økt kunnskap og større forståelse for potensielle konsekvenser tilstandene har, ikke bare for pasienter, men også deres pårørende. Dette vil undersøkes ved intervju av tinnitus og/ eller hyperacusis diagnostiserte pasienter og en av deres pårørende som videre vil transkriberes og analyseres. Dette kan supplere til lignende forskning og kan mulig bidra til økt forståelse for pasienter og deres pårørendes situasjon som igjen kan påvirke utforming av eventuell behandlingsplan til pasient.

Vi viser til fremleggingsvurdering mottatt 16.11.2021. Henvendelsen er vurdert på fullmakt av komiteens sekretariatsleder, med hjemmel i helseforskningsloven § 9 og forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10 annet ledd.

REKs vurdering

Komiteen mener at prosjektet har karakter av å være annen type forskning enn medisinsk og helsefaglig forskning. Formålet med prosjektet er ikke primært å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, men heller undersøke hvordan det å ha en gitt diagnose påvirker familieliv og sosialt liv. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Du kan derfor gjennomføre og publisere prosjektet uten godkjenning fra REK. Vi minner imidlertid om at dersom du skal registrere personopplysninger, må prosjektet ha et selvstendig behandlingsgrunnlag, jf. personopplysningsloven. Behandlingsgrunnlaget må avklares med egen institusjon.

REK midt

Besøksadresse: Øya Helsehus, 3. etasje, Mauritz Hansens gate 2, Trondheim

Telefon: 73 59 75 11 | E-post: rek-midt@mh.ntnu.no

Web: <https://rekportalen.no>

Vurderingen er gjort på grunnlag av de innsendte dokumenter. Dersom du gjør endringer i prosjektet, kan dette ha betydning for REKs vurdering. Du må da sende inn ny søknad/framleggingsvurdering.

Konklusjon

Ikke fremleggingspliktig

Vennlig hilsen

Hilde Eikemo

Sekretariatsleder/kontorsjef, ph.d.

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge

T: 73 59 75 08 M: 99 57 23 63

rekportalen.no

Kopi til:

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

