

10014

Forekomst av depressive symptomer blant døve: en litteraturstudie

Bacheloroppgave i Psykologi

Veileder: Katrine Høyer Holgersen, Stian Solem, Torun Grøtte

Mai 2023

10014

Forekomst av depressive symptomer blant døve: en litteraturstudie

Bacheloroppgave i Psykologi

Veileder: Katrine Høyer Holgersen, Stian Solem, Torun Grøtte

Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap

Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden

Forekomst av depressive symptomer blant døve: en litteraturstudie

Kandidatnummer: 10014

PSY2900 Bacheloroppgave i psykologi

Vår 2023, NTNU Dragvoll

Veiledere: Katrine Høyér Holgersen, Stian Solem og Torun Grøtte

Forord

Som en student som tar bachelor i både psykologi og norsk tegnspråk, er den faglige interessen for begge felt stor. Jeg valgte oppgaven i håp om å kunne skrive om akkurat dette. Veilederne har vært fleksible og hjulpet meg i retning litteraturstudie om døve og depressive symptomer. Litteratursøket har jeg selv foretatt i *Embase*, med supplerende artikler fra *PubMed*, *Oria.no* og *Google Scholar*. Utvelgelsesprosessen har jeg selv stått for. Oppgaven er skrevet av meg, med hjelp av gode tilbakemeldinger fra veileder.

En stor takk til veilederne mine, Katrine Høyer Holgersen, Stian Solem og Torun Grøtte, for hjelp til å realisere oppgaven, og for motiverende fredagssamlinger. Takk til venner fra både psykologi- og tegnspråkstudiet, for lange dager på Dragvoll, fine stunder og mye latter. En spesiell takk til mor, pappa og lillesøster, for utallige telefonsamtaler om alt og ingenting, og for uendelig støtte gjennom hele studiet.

Sammendrag

Det finnes lite forskning på forekomsten av depresjonssymptomer hos døve i forhold til hos hørende. Fokuset til denne oppgaven var å oppsummere funn fra litteratursøket for å undersøke om døve har høyere forekomst av depressive symptomer enn hørende. Et systematisk litteratursøk ble gjennomført og åtte artikler ble inkludert i studien. Funnene var sprikende, men pekte i retning av at døve har høyere forekomst av depressive symptomer enn hørende. Metodologiske forskjeller, som forskjeller i rekruttering av utvalg, innhenting av depresjonsdiagnose, årstall og tidsperiode, kan være grunnen til sprikende funn. Studien har diskutert ulike årsaker til hvorfor resultatene peker i retning av at døve har høyere forekomst av depressive symptomer enn hørende, som for eksempel kommunikasjonsproblemer i forhold til tegnspråk og talespråk, og at døve barn har økt risiko for å bli utsatt for mishandling, som kan føre til psykiske lidelser senere i livet. Det trengs flere studier fra normalbefolkningen og fra andre land for å kunne konkludere noe sikkert.

Forekomst av depressive symptomer blant døve: en litteraturstudie

I verden er det rundt 1,5 milliarder mennesker med hørselstap, det vil si nesten 20% av verdens befolkning (World Health Organization, 2023b). I Norge er rundt 250 000-300 000 hørselshemmede personer, hvorav 3500-4000 av de er døve (Store norske leksikon, 2022). WHO (2023b) definerer hørselstap som det å ikke høre like bra som en person med normal hørsel. Normal hørsel har en terskel på 20 dB eller lavere i begge ører. Hørselstap kan være mildt, moderat og alvorlig. Hørselshemmede er personer med hørselstap fra mildt til alvorlig, og de kommuniserer vanligvis på talespråk. Døve er personer som har alvorlig hørselstap, som vil si lite til ingen hørsel. De bruker ofte tegnspråk for å kommunisere. Av de 1,5 milliarder menneskene med hørselstap, har 430 millioner, det vil si rundt 29% av dem, et funksjonshemmende hørselstap (WHO, 2023b). Et hørselstap blir funksjonshemmende når personen ikke kan delta i samfunnet på lik linje som hørende personer. Mye informasjon deles auditivt. Informasjon om trafikkulykker på radioen i bilen, informasjon om hvorfor toget eller bussen har stoppet utenom holdeplass og flyalarm som varsler om akutt fare er noen eksempler på auditiv informasjon. Dette er informasjon som døve ikke får med seg på lik linje som hørende. Uten hjelpemiddel som tegnspråktolk og teksting vil informasjon som deles på TV være utilgjengelig for døve. Brannalarmer som ikke varsler med lys i tillegg til lyd, vil heller ikke være til nytte for døve.

Kommunikasjon er en viktig del av enhver persons hverdag. Uten en god måte å kommunisere med andre på kan det være lett å føle seg ensom og isolert. Depresjon er en vanlig psykisk lidelse, som karakteriseres av en vedvarende nedstemthet som påvirker hverdagen over lengre perioder (WHO, 2019). Fem prosent av verdens befolkning lider av depresjon (WHO, 2023c), men det finnes lite forskning på depresjon hos personer med hørselstap. Denne oppgaven vil gi en oversikt over nøye utvalgte studier som omhandler hørselstap og depresjon,

for å svare på problemstillingen: “Har døve høyere forekomst av depressive symptomer sammenlignet med hørende?”.

For personer med hørselstap i Norge, brukes fellesbetegnelsen “hørselshemmet” (Grønlie, 2005). For hørselshemmede vil det ikke uten videre være mulig å ta del i kommunikasjon, lære ord og begreper og få informasjon som blir formidlet auditivt (Grønlie, 2005). I den grad hørselshemming er en funksjonshemming, har en tendens til å bli formet av alle individene som deltar i en interaksjon (Hodge, 2013). Eksempelvis i gruppesamtaler hvor personer snakker over hverandre, eller i situasjoner hvor personen gjør noe annet mens den snakker.

Det er flere årsaker til hørselshemming. Fra prenatal periode til ungdomstiden kan årsakene til hørselstap være genetisk, mangel på oksygen under fødsel, lav fødselsvekt, kronisk ørebetennelse eller hjernehinnebetennelse (WHO, 2023b). I voksen alder kan årsakene være røyking, otosklerose, plutselig sensorinevral hørselstap, traume i øre eller hode, ototoksiske medisiner, høye lyder, virusinfeksjoner eller andre øresykdommer (WHO, 2023b). Implementering av folkehelseiltak kan forebygge noen typer hørselshemming, som for eksempel hørselshemming forårsaket av høye lyder eller ototoksiske medisiner (WHO, 2023b).

For døve er tegnspråk det naturlige språket. Munnavlesing er en ferdighet som de fleste døve ikke har og ikke er i stand til å utvikle perfekt (Moore og Levitan, 1992, sitert i Jamor & Elliott, 2005) og til tross for årevis med logopedi, er 90% av de som er født døve ikke i stand til å bruke stemmen sin på en forståelig måte (Lane et al., 1996, sitert i Jamor & Elliott, 2005). I Norden har det siden 1990-tallet vært ideelt at den døve eleven skal lære tegnspråk, mens i de fleste land utenom Norden har mer motstand mot tegnspråk i flere undervisningsmiljø (Grønlie, 2005). Døve barn i Norden blir tospråklige, de lærer å lese og skrive på norsk samtidig som de lærer tegnspråk. I senere år har flere barn operert inn cochleaimplantat (CI), som utfordrer denne tospråkligheten.

Gjennom årene har ulike hjelpemiddel blitt utviklet for å forbedre hørselen til hørselshemmede. Et høreapparat er en elektrisk lydforsterker som først ble laget rundt 1930 (Grønlie, 2005). En begrensning ved høreapparatet er at det forsterker hørselsresten til personen. Det betyr at personer som er døve ikke vil ha utbytte av et forsterkende høreapparat. CI består av elektroder som opereres inn i sneglehuset i øret, og sender lyd til hørselsnerven gjennom elektrodene (Folkehelseinstituttet, 2008). Hørselsnerven må fungere for at CI skal være aktuelt for kandidaten. For personer som ikke har en fungerende hørselsnerve, kan *auditory brainstem implant* (ABI) være aktuelt. ABI er en sentralnevral auditiv protese som opereres inn i hjernen (Deep, 2019). Høreapparat, CI og ABI er gode hjelpemiddel, men hørselen vil ikke restaureres til å være lik hørende persons hørsel. Det er veldig individuelt hvor god hørselen blir ved hjelp av disse hjelpemidlene. Selv om det meldes om svært få mislykkede operasjoner, er den daglige nytten av hørselsopplevelsen varierende fra noe omgivelseslyd til oral-auditiv samtale i gode omgivelser (Grønlie, 2005).

Døv er en betegnelse på tilhørighet til en språklig og kulturell minoritet (Hjulstad et al., 2015). Personer som betegner seg selv som Døve med stor D, er førspråklig døve, og flesteparten har tegnspråk som sitt førstespråk (SignHealth, u.å.). De ser på døvhet som en språklig minoritet og en del av sin identitet (Jambor & Elliot, 2005). I motsetning brukes liten d i døv for å omtale personer som har et alvorlig hørselstap (SignHealth, u.å.). De forholder seg til det medisinske synet på døvhet og anerkjenner ikke det lingvistiske og kulturelle konseptet, og ser på døvhet som en funksjonshemming (Jambor & Elliot, 2005).

Tegnspråk har lenge blitt sett ned på og vært forbudt i undervisning av døve. I 1880 ble det bestemt på en kongress for lærere i Milano at det å lære døve talespråk var det beste alternativet for språkopplæring (Norsk Døvemuseum, u.å.). Tegnspråk ble da sett på som mindreverdig, og døve elever skulle lære munnnavlesning og talespråket (Norsk Døvemuseum, u.å.). Det var ikke før på 1970-tallet at tegnspråk igjen ble tatt i bruk i undervisning av døve

barn (Hjulstad et al., 2015). Dette skjedde etter at lingvisten William Stokoe i 1960 publiserte arbeidet sitt om talespråkets prinsipper på tegnspråk, i tillegg til å argumentere for at håndform, plassering og utførelse av tegn tilsvarer tonefall i talespråk (Monaghan et al., 2003, s. 14). Denne publikasjonen førte til at flere land rundt om i verden begynte med tegn i undervisning av døve og hørselshemmede. I dag er alle statlige døveskoler i Norge nedlagt, og døve og hørselshemmede er integrert i nærskolen.

Hørselshemming kan medføre både fysiske og psykiske negative konsekvenser for individet. En hørselshemming kan for eksempel gi tinnitus/øresus, som kan oppleves som et problem på lik linje med hørselshemmingen (FHI, 2014). En hørselshemming kan også gjøre det vanskelig å kommunisere med personer som ikke bruker tegnspråk. Hvor lett eller vanskelig en person er å forstå, er avhengig av flere faktorer som hvor høyt og tydelig personen snakker, dialekt, bakgrunnsstøy og belysning. Mest sannsynlig har døve opplevd frustrasjon, pinlige misforståelser og ensomhet av å bli utelatt fra en oral samtale. Kommunikasjonsbarrierene som døve støter på i hverdagen sin kan føre til isolasjon, lav selvfølelse, mishandling og utilstrekkelig helsehjelp (Sheppard & Badger, 2010). Funksjonshemming er en risikofaktor for mishandling, og døve barn har større risiko enn hørende barn for å bli utsatt for fysisk og seksuell mishandling (Knutson, Johnson & Sullivan, 2004; Kvam, 2004; Sullivan & Knutson, 1998, 2000). Konsekvensene av fysisk og seksuell mishandling kan være psykiske lidelser i voksenlivet (Afifi et al., 2006; Mullen et al., 1996).

Hørselshemming er også en risikofaktor for dårligere psykisk helse og mer psykologisk stress (Jiang et al., 2020; Bigelow et al., 2020). Psykologisk stress kan ha en betydelig årsakssammenheng med depresjonssymptomer (Kendler, Karkowski & Prescott, 1999). En av de vanligste psykiske lidelsene er depresjon (Kessler et al., 2005; Polanczyk et al., 2015; Richards, 2011). Depressive lidelser kjennetegnes av depressivt stemningsleie (for eksempel tristhet, irritasjon, tomhet), lite energi eller mindre glede og interesse for aktiviteter enn før, i

minst to uker i strekk (WHO, 2023a). Ifølge diagnosekriteriene i ICD-10 (WHO, 2019) er andre vanlige symptomer søvnforstyrrelser, mindre matlyst, redusert selvfølelse og selvtillit, tanker om verdiløshet og skam. Nedstemtheten varierer lite fra dag til dag, og kan følges av “somatiske” symptomer som å våkne på morgenen flere timer tidligere enn vanlig, agitasjon, vekttap og redusert seksuell lyst. Avhengig av antall og alvorlighetsgraden på symptomene, kan en depressiv episode spesifiseres som mild, moderat eller alvorlig.

Depresjon er et resultat av et komplekst samspill mellom sosiale, psykologiske og biologiske faktorer (WHO, 2023c). Walker (2008, ss. 8-9 og ss. 13-14) skriver at psykologiske faktorer kan stamme fra tidligere hendelser som påvirker nåværende følelser. Sosiale faktorer har en tendens til å fokusere på innvirkningen til mellommenneskelige og sosiale hendelser. Biologiske faktorer som mangel på nevrotransmittere som serotonin og noradrenalin eller ulike variasjoner av et gen kan også påvirke hvordan en person påvirkes av stressende hendelser i livet. Det er ikke uvanlig at personer med psykiske lidelser ikke vil oppsøke hjelp, eller fortelle ærlig om sin lidelse og sine problemer dersom de føler seg stigmatisert (Walker, 2008, s. 45).

Blant voksne er depresjon en av de vanligste diagnostiserte psykiske lidelsene (Kessler et al., 2005; Polanczyk et al., 2015; Richards, 2011). Depresjon er mer vanlig hos sosialt vanskeligstilte personer (Lorant et al., 2003) og personer med fysiske funksjonshemninger har høyere risiko for depressive symptomer, stress og angst (Mushtaq & Akhouri, 2016; Turner & McLean, 1989). Depresjon er en diagnose som har negative konsekvenser for samfunnet. I 2000 var den årlige kostnaden av depresjon i USA 83.1 milliard dollar, hvorav 31% var behandlingkostnader, 7% var selvmordsrelaterte kostnader og 62% var arbeidsplasskostnader, som redusert effektivitet på jobb og fraværsdager (Greenberg et al., 2003). I 2010 hadde kostnaden av depresjon i USA økt til 210.5 milliarder dollar.

Depresjonssymptomer hos døve skiller seg ikke fra depresjonssymptomer hos hørende, men kommunikasjonsbarrierer gjør det vanskelig for døve pasienter å diskutere sine

symptomer med helsepersonell (Sheppard & Badger, 2010). Døve rapporterer vanskeligheter ved bruk av helsetjenester, og kommunikasjonsvansker var allestedsnærværende (Steinberg et al., 2006). Kommunikasjonsvanskene kan innebære at helsepersonell sjelden har kompetanse innen tegnspråk, og at måleinstrumenter for depresjon er krevende å oversette til tegnspråk. Frykt, mistillit og frustrasjon var framtrødende i beskrivelser av møtet med helsevesenet for deltagere i en studie om helsevesenets tilgjengelighet for døve (Steinberg et al., 2006). Videre fant Steinberg et al. (2006) at positive opplevelser var karakterisert av medisinsk erfarne og sertifiserte tolker, helsepersonell med tegnspråkferdigheter og helsepersonell som gjorde en innsats for å forbedre kommunikasjonen med den døve pasienten.

Hørselshemming er assosiert med både negative fysiske og psykiske konsekvenser. Dårligere psykisk helse og mer psykologisk stress er en risikofaktor som følger hørselshemming (Jiang et al., 2020; Bigelow et al., 2020). Funksjonshemming er en risikofaktor for mishandling, og personer med fysiske funksjonshemminger har høyere risiko for depressive symptomer, stress og angst, som kan føre til psykiske lidelser i voksenlivet (Afifi et al., 2006; Mullen et al., 1996; Mushtaq & Akhouri, 2016; Sullivan & Knutson, 1998, 2000; Turner & McLean, 1989). En av de vanligste psykiske lidelsene er depresjon (Kessler et al., 2005; Polanczyk et al., 2015; Richards, 2011). Per dags dato finnes det lite forskning på sammenhengen mellom døvhet og depresjon. Formålet med denne studien er derfor å foreta et litteratursøk for å oppsummere relevant litteratur for så å prøve å svare på problemstillingen: Har døve høyere forekomst av depressive symptomer sammenlignet med hørende?

Metode

En litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av tidligere forskning, som skaper et grunnlag for å fremme kunnskap og teoriutvikling (Snyder, 2019).

Det ble gjennomført et litteratursøk 22. mars 2023 i databasene *Embase*, *PubMed* og *Oria.no*. Hovedsøket ble gjennomført i *Embase*. I tillegg ble referanselistene til de inkluderte artiklene gransket for å finne andre relevante artikler. Både *Pubmed*, *Oria.no* og *Google Scholar* ble brukt for å søke opp og få tilgang til disse. Tabell 1 presenterer inklusjons- og eksklusjonskriteriene for litteratursøket.

Tabell 1

Inklusjons- og Eksklusjonskriterier for Litteratursøk

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert artikkel på norsk eller engelsk	Studier utført under COVID-19
Førspråklig døv/kulturelt Døv	Aldersrelatert hørselstap
Døvt utvalg sammenlignes med hørende utvalg	CI ^a
Fra 18 år og eldre	Kombinert sansetap
Inkluderer mål på depressive symptomer, enten i form av depresjonsdiagnose eller selvrapporteringsskjema	Tinnitus, Ménières sykdom, ol.

^a Cochleaimplantat

Oppgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier er beskrevet i tabell 1. Studiene måtte være på norsk eller engelsk, og fagfellevurderte for å sikre at studiene var kvalitetssikret. Ettersom oppgaven ville fokusere på personer som bruker tegnspråk var det også et inklusjonskriterie at deltagerne i studiene var førspråklig døv eller kulturelt døv. Depresjon eller symptomer på depresjon var også et inklusjonskriterie for relevante artikler. Studiene

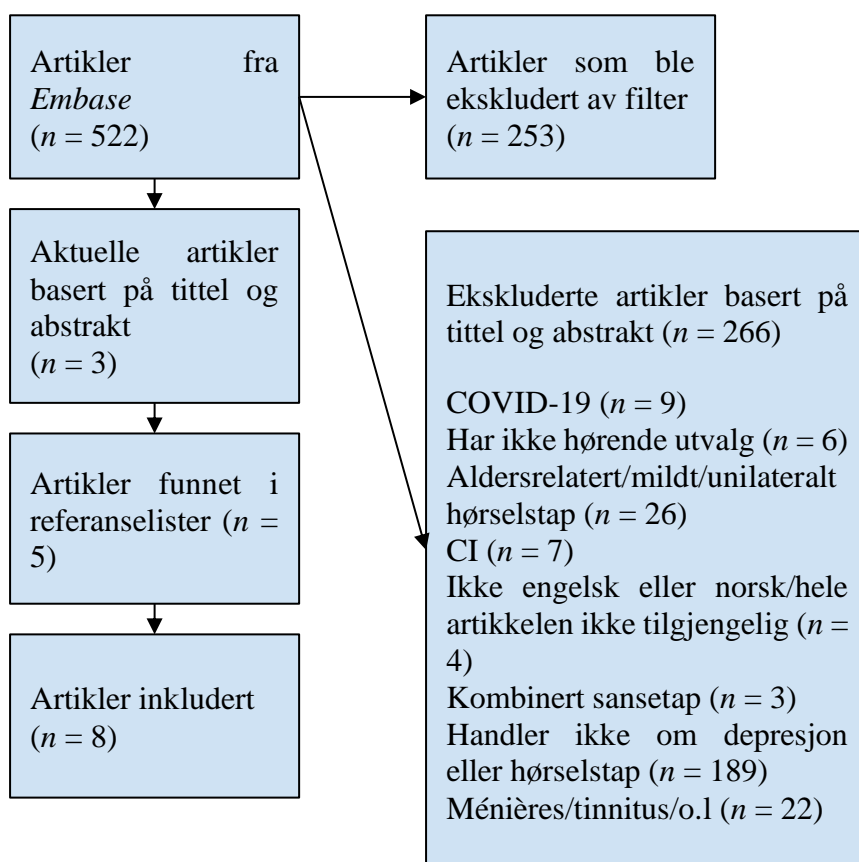
måtte ha både døvt og hørende utvalg. Personene som deltok i studiene måtte være over 18 år gamle.

Oppgaven hadde flere eksklusjonskriterier. Studier som undersøkte livssituasjonen til døve og hørselshemmede under Covid-19-pandemien ble ekskludert, fordi dette var en periode med unntakstilstand i mange land som mulig ville kunne føre til feilkilder. Studier gjort på aldersrelaterte hørselstap ble ekskludert, da oppgaven ville fokusere på personer som er kulturelt døve eller førspråklig døve. Studier med fokus på kombinert sansetap (døvblindhet), tinnitus, Ménières sykdom og andre lignende tilstander ble ekskludert. Studier som fokuserte på effekten av CI (cochleaimplantater) og høreapparat ble ekskludert, fordi fokuset på oppgaven var førspråklig døve eller kulturelt Døve. Ofte vil eksperter fraråde bruk av tegnspråk for barn som har CI, og dermed er det flere barn som ikke lærer seg tegnspråk (Nussbaum, 2008).

Følgende søkeord ble brukt i ulike kombinasjoner: deaf individuals, deafness, hearing loss, depression, mental health. Det ble også søkt på norsk med søkeord i ulike kombinasjoner: døvhet, hørselstap, depresjon, mental helse, psykisk helse. Første søkestreng: 'deaf individuals depression' OR (('deaf'/exp OR deaf) AND individuals AND ('depression'/exp OR depression)) førte til 522 treff. Med filter, disease: "hearing impairment, depression, mental disease" og age: "adult (18-64 years old), young adult (18-24) og middle aged (45-64). Søkestreng: #1 AND ('depression'/dm OR 'hearing impairment'/dm OR 'mental disease'/dm) AND ([adult]/lim OR [middle aged]/lim OR [young adult]/lim). Antall treff ble redusert til 269 treff. Etter å ha lest tittel og abstrakt på alle artiklene og vurdert de etter inklusjon- og eksklusjonskriteriene, var det åtte artikler som gjenstod. Figur 1 viser en oversikt over utvelgelsesprosessen.

Figur 1

Flyttdiagram over Utvalgsprosessen



Resultat

Tabell 2 viser artikler som rapporterer og sammenligner forekomst av depresjon og depressive symptomer hos døve versus hørende. Den inneholder en oversikt over kjennetegn ved de åtte utvalgte studienes design, utvalg, alder, mål på depresjonssymptomer og de mest sentrale resultatene. Studiene som ble inkludert strekker seg fra 1989 til 2019, hvorav fem av de er publisert på 2000-tallet. Utvalgene bestod av hørende og døve både med og uten depresjon. Tre av studiene gjennomgikk pasientjournaler på psykiatriske poliklinikker og døgnavdelinger for å finne hvor stor del av utvalget som ble diagnostisert med en depresjonsdiagnose. Én studie undersøkte utvalg med depresjonsdiagnose satt av helsepersonell. Tre studier var

spørreundersøkelser som målte depressive symptomer ved hjelp av spørreskjemaene BDI, SCL og GDS.

Studiene inkludert i oppgaven som har undersøkt forekomsten av depresjonsdiagnose, har brukt diagnosemanualene ICD-10, DSM-IV og DSM-IV-TR. ICD-10 er Verdens helseorganisasjons tiende revisjon av den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblem (Malt & Braut, 2022). DSM er Den amerikanske psykiaterforenings klassifikasjonssystem for psykiske lidelser (Malt, 2020). DSM-IV er den fjerde revisjonen og DSM-IV-TR er en oppdatert versjon av DSM-IV på enkelte punkter (Malt, 2020). En studie har brukt spørsmålet “Has a doctor or other health professional ever told you that you had any of the following medical conditions: depression or anxiety disorder?” som mål på depresjon. De resterende studiene i oppgaven har brukt ulike mål på depressive symptomer, blant annet Beck Depression Inventory (BDI), Hopkins Symptom Checklist (SCL-5) og en 15-punkts versjon av Geriatrisk Depresjonsskala (GDS). BDI er en 21-punkts selvrappporterende spørreskjema som vurderer depressive symptomer (Beck, 1967, sitert i Leigh, 1989, s. 250). SCL-5 er et instrument som kan brukes som en indikator på angst- og depresjonssymptomer (Kvam, Loeb & Tambs., 2007). GDS er en selvevalueringskala for eldre som måler depresjonssymptom (American Psychological Association, 2020).

Tabell 2

Resultat, Design og Utvalg fra Ulike Studier (N = 8) som Undersøker Forekomst av Depresjonsdiagnose og Depresjonssymptomer Hos Døve og Hørende

Forfatter, år og land	Design	N	Alder	Mål	Resultat
Appleford (2003), England	Retrospektiv gjennomgang av pasientjournaler fra poliklinikk og døgnavdeling	Poliklinisk: Døvt utvalg: N = 236 Hørende utvalg: N = 554 Innlagt: Døvt utvalg: N = 67 Hørende utvalg: N = 77	-	Forekomst av depresjon jamfør diagnosekriterier fra ICD-10	Sammenlignet med hørende pasienter var en lavere andel døve pasienter diagnostisert med depresjon. Poliklinikk: 8% mot 3%. Døgn: 43% mot 17%
Black & Glickman (2006), USA	Retrospektiv gjennomgang av pasientjournaler fra poliklinikk	Døvt utvalg: N = 64 Hørende utvalg: N = 180	Voksne	Forekomst av depresjon jamfør diagnosekriterier fra DSM-IV	Sammenlignet med hørende pasienter var en større andel døve pasienter diagnostisert med depresjon (26% mot 8.3%). <i>D</i> = 0.12
Diaz et al. (2013),	Retrospektiv gjennomgang av pasientjournaler fra poliklinikk	Døvt utvalg: N = 241 Hørende utvalg: N = 345	Døvt utvalg: <i>M</i> = 35.7, <i>SD</i>	Forekomst av depresjon jamfør	Det var ingen signifikant forskjell for forekomsten av depressive lidelser mellom det

Forfatter, år og land	Design	<i>N</i>	Alder	Mål	Resultat
USA			= 12.6 år Hørende utvalg: <i>M</i> = 27.7, <i>SD</i> = 14.5 år	diagnosekriterier fra DSM-IV-TR	hørende (45.8%) og døve utvalget (43.6%)
Kushalnaga et al. (2019), USA	Tverrsnittstudie, spørsmål om diagnose satt av helsepersonell	Døvt utvalg: <i>N</i> = 1 704 Hørende utvalg: <i>N</i> = 3 287	Døvt utvalg: <i>M</i> = 48, <i>SD</i> = 17 Hørende utvalg: <i>M</i> = 58, <i>SD</i> = 15	“Has a doctor or other health professional ever told you that you had any of the following medical conditions: depression or anxiety?”	Sammenlignet med hørende utvalg rapporterte døvt utvalg høyere andel angst- eller depresjonslidelse (21.7% mot 24.9%)
Landsberge	Retrospektiv gjennomgang av	Døvt utvalg: <i>N</i> = 30	Døvt utvalg:	Forekomst av	Resultatene viste ingen signifikant forskjell

Forfatter, år og land	Design	<i>N</i>	Alder	Mål	Resultat
r & Diaz, (2010), USA	pasientjournaler	Hørende utvalg: <i>N</i> = 60	<i>M</i> = 36, <i>SD</i> = 14.8 Hørende utvalg: <i>M</i> = 36.9, <i>SD</i> = 13.3	depresjon jamfør diagnosekriterier fra DSM-IV-TR	mellom det døve utvalget (10%) og det hørende utvalget (15%) for forekomst av depresjon.
Leigh et al. (1989), USA	Tverrsnittstudie, spørreskjema som måler depressive symptomer	Døvt utvalg: <i>N</i> = 102 Hørende utvalg: <i>N</i> = 112	Høgskolestud enter yngre enn 25 år	Beck Depression Inventory	Sammenlignet med hørende utvalg rapporterte en større andel av døvt utvalg at de hadde milde (27% mot 43%) og moderate (4% mot 8%) depressive symptomer
Werngren- Elgström et al. (2003), Sverige	Tverrsnittstudie, spørreskjema som måler depressive symptomer	Døvt utvalg: <i>N</i> = 45 Hørende utvalg: <i>N</i> = 233 og 133	65 år og eldre	GDS	Sammenlignet med det ene hørende utvalget (<i>N</i> = 133) rapporterte det døve utvalget signifikant høyere forekomst av ett av de fem depresjonssymptomene, mens sammenlignet med det andre hørende utvalget (<i>N</i> = 233)

Forfatter, år og land	Design	<i>N</i>	Alder	Mål	Resultat
					viste ingen signifikante forskjeller i depresjonssymptomer
Kvam et al. (2007), Norge	Tverrsnittstudie, spørreskjema som måler depressive symptomer	Døvt utvalg: <i>N</i> = 431 Hørende utvalg: <i>N</i> = 42 815	Over 20 år Døvt utvalg: 50.8% var 45 år eller yngre Hørende utvalg: <i>N</i> = 42 815, <i>M</i> = 50.2, <i>SD</i> = 17, 49.1% var 45 år eller yngre	SCL-5	Resultatene viser signifikant flere symptomer på angst og depresjon hos det døde utvalget enn det hørende utvalget. Hvor 1%, 4% og 2% av det hørende utvalget svarte <i>ganske mye</i> og/eller <i>ekstremt</i> var prosentandelen hos det døve utvalget 10%, 21% og 20%

Av studiene fra tabellen, var tre av de retrospektive studier som gjennomgår pasientjournaler på sykehus, hvor de sammenlignet et døvt utvalg med et hørende utvalg. Én studie var en spørreundersøkelse som blant annet spurte etter angst- eller depresjonsdiagnose satt av helsepersonell. Tre studier var tverrsnittstudier som gjennom spørreundersøkelser undersøkte depresjonssymptomer hos døve og hørende. Totalt antall hørende deltagere var 47 860 og antall døve deltagere var 2920. Til sammen var det 50 780 deltagere. Aldersspennet strekker seg fra høgskoleelever yngre enn 25 år til eldre over 65 år. Alle studiene ble gjennomført i vestlige land. Fem studier ble gjennomført i USA, én i Norge, én i Sverige og én i England.

Resultatene fra studiene som undersøkte diagnosen depresjon og hvordan forekomsten for depresjon er i det døve utvalget i forhold til det hørende utvalget, er sprikende. Appleford (2003) fant større forekomst av depresjon hos det hørende utvalget i forhold til det døve utvalget. Diaz et al. (2013) og Landsberger og Diaz (2010) fant ingen signifikant forskjell mellom det døve utvalget og det hørende utvalget. Black og Glickman (2006) og Kushalnagar et al. (2019) fant større forekomst av depresjon hos det døve utvalget sammenlignet med det hørende utvalget.

For resultatene fra studiene som undersøkte selvrapporterte symptomer på depresjon var det flere funn som pekte i samme retning. Leigh et al. (1989) og Kvam, Loeb og Tambs. (2006) fant mer forekomst av symptomer på depresjon hos det døve utvalget enn hos det hørende utvalet. Werngren-Elgström, Dehlin og Iwarsson (2003) hadde to hørende utvalg. I det ene hørende utvalget var det større forekomst av depresjonssymptomer hos det døve utvalget i ett av fem depresjonssymptom, mens det ikke var noe signifikant forskjell mellom det andre hørende utvalget og det døve utvalget.

Studier med depresjonsdiagnose

Appleford (2003) undersøkte forekomsten av depresjonsdiagnose hos to døve utvalg ($N = 238$ og $N = 67$) sammenlignet med to hørende utvalg ($N = 544$ og $N = 77$). Det var en gjennomgang av klinisk aktivitet over en periode på ett år, mellom 1. april 1997 og 31. mars 1998. Han brukte sykehusets datasystem for å finne poliklinisk pasientaktivitet og døgnaktivitet. Kjernepasientgruppen bestod av førspråklige døve, som foretrakk britisk tegnspråk (BSL), engelsk tegn som støtte og tale- og leppelesing, Makaton og flere metoder for kommunikasjon for personer med kombinerte sansetap. Det hørende utvalget bestod av alle pasienter under tilsyn av en generell voksenpsykiater ved det samme sykehuset. For poliklinisk saksmengde hadde 43% av det hørende utvalget unipolar depresjon, i forhold til 17% av det døve utvalget. Blant pasientene som var innlagt på døgnavdeling, hadde 40% av det hørende utvalget unipolar depresjon, mot det døve utvalget hvor 9% hadde unipolar depresjon.

Black og Glickman (2006) sammenlignet forekomst av depresjonsdiagnoser hos et døvt/hørselshemmet utvalg ($N = 64$) med to hørende utvalg ($N = 64$ og $N = 180$). Det var en retrospektiv gjennomgang av pasientjournaler fra en avdeling spesialisert for døve mellom 1999 og 2004. Pasientene på denne avdelingen var enten døve (68.8%) eller hørselshemmede (29.7%), som kommuniserte med amerikansk tegnspråk (ASL) og/eller visuell/gestuell kommunikasjon. Av de to hørende utvalgene var det ene 64 hørende personer tilfeldig utvalg fra samme sykehus, og det andre utvalget var 180 hørende pasienter behandlet på samme sykehus en dag i mars 2006. Resultatene viste at en større prosentandel av det døve utvalget ble diagnostisert med depresjon (26%) i forhold til det hørende utvalget fra 2006 (8.3%). Etter PTSD (29.7%) var alvorlig depressiv lidelse (23.4%) den vanligste diagnosen for det døve utvalget.

Diaz et al. (2013) sammenlignet arkiverte kliniske data av døve voksne behandlet på et spesialisert lingvistisk og kulturelt støttende poliklinisk psykisk helseprogram ($N = 241$) fra

2002-2010 med data fra et tilfeldig utvalg hørende polikliniske pasienter ($N = 345$) som var behandlet på samme kommunale psykisk helsesenter. Demografiske og diagnostiske data ble samlet inn gjennom intervju som ble gjennomført på engelsk talespråk for hørende, og på den døves foretrukne kommunikasjonsmetode, som ASL eller taktilt tegnspråk. Mellom de to utvalgene var det ikke en signifikant forskjell i forekomsten av depressive lidelser. 43.6% av det døve utvalget hadde depressive lidelser mot 45.8% av det hørende utvalget.

Kushalnagar et al. (2019) undersøkte forekomsten av angst- og depresjonssymptomer hos et døvt utvalg ($N = 1\,704$) og et hørende utvalg ($N = 3\,287$). Data ble samlet inn fra Health Information National Trends Survey, en landsdekkende spørreundersøkelse som fokuserer på å samle data om den amerikanske offentlighets bruk av helserelatert informasjon og kommunikasjon. Undersøkelsen ble kulturelt tilpasset for døve og oversatt til ASL. Data relatert til brukere av ASL sin psykiske helse ble innhentet mellom oktober 2015 og april 2018, mens data relatert til hørende ble innhentet mellom januar 2017 og mai 2017. Alle respondenter ble stilt spørsmålet: "Has a doctor or other health professional ever told you that you had any of the following medical conditions: depression or anxiety disorder?". For døve var hyppigheten av diagnostisert angst eller depresjon signifikant høyere enn for hørende. 24.9% av det døve utvalget selvrapporterte angst- eller depresjonsdiagnose, mens det hørende utvalget selvrapporterte 21.7% angst eller depresjonsdiagnose.

Landsberger og Diaz (2010) sammenlignet forekomsten av depresjon hos et døvt utvalg ($N = 30$) og et hørende utvalg ($N = 60$) fra et statlig psykiatrisk sykehus. Pasientjournaler fra 1. januar 1998 og 20. november 2008 ble gjennomgått. Det døve utvalget var deltagere som hadde DSM-IV-TR akse 3 diagnose bilateral døvhet eller alvorlig hørselshemming. Det hørende utvalget var et tilfeldig utvalg hørende pasienter fra samme sykehus. Helsepersonellet på sykehuset hadde ingen opplæring i døvekultur eller ASL, men det ble brukt tegnspråktolk.

Det var ingen signifikant forskjell mellom det døve utvalget (10%) og det hørende utvalget (15%) når det kom til depresjon.

Studier som målte forekomst av depressive symptomer

For resultatene som undersøkte selvrapporterte symptomer på depresjon var det flere funn som pekte i samme retning. Leigh et al. (1989) sammenlignet forekomsten av depresjonssymptomer hos et døvt utvalg ($N = 102$) og et hørende utvalg ($N = 112$) høgskolestudenter yngre enn 25 år. Det døve utvalget bestod av 51 kvinner og 51 menn, mens det hørende utvalget bestod av 62 kvinner og 50 menn. Milde symptomer på depresjon var mer utbredt hos det døve utvalget (43%) i forhold til det hørende utvalget (30%), men det var ikke en forskjell mellom utvalgene på mer alvorlige symptomer på depresjon. En BDI skåre på 10-18 indikerer milde symptomer på depresjon, en skåre på 19-25 indikerer moderate symptomer på depresjon og en skåre på 26 og oppover indikerer alvorlige symptomer på depresjon. Gjennomsnittlig nivå av depresjonssymptomer var signifikant høyere hos det døve utvalget i forhold til det hørende utvalget.

Werngren-Elgström, Dehlin og Iwarsson (2003) sammenlignet eldre hørende personer ($N = 233$ og $N = 133$) med eldre førspråklig døve ($N = 45$) for å undersøke forekomsten av depressive symptomer. Depressive symptomer ble vurdert med 15 punkts versjonen av Geriatrik Depresjonsskala (GDS). Alle intervjuene ble utført på tegnspråk av en erfaren ergoterapeut, i respondentenes egne hjem, foruten to tilfeller som ble lagt til en lokal døveforening. Studien hadde et døvt utvalg, 45 personer som takket ja til å delta og bli intervjuet, og to hørende utvalg. Det ene hørende utvalget på 233 personer var 65 år eller eldre og bodde i et spesifisert område, i tillegg til at de hadde blitt henvist til ergoterapeut eller fysioterapeut. Det andre hørende utvalget på 133 personer var et randomisert befolkningsutvalg av eldre personer fra 75-84 år som bodde i et spesifisert område. Når det døve utvalget ble sammenlignet med det hørende utvalget på 133 personer, viste det signifikante forskjeller i ett

av fem depresjonssymptomer, hvor slike blir oftere rapportert av førspråklig døve. Det andre hørende utvalget på 233 personer viste ingen signifikante forskjeller mellom utvalget og førspråklig døve når det kom til depresjon.

Kvam, Loeb og Tambs (2007) undersøkte den psykiske helsen til et døvt utvalg ($N = 431$) i forhold til et hørende utvalg ($N = 42\ 815$). Det ble hentet data fra to forskjellige undersøkelser, Nord-Trøndelag Hearing Loss (NHTL) studien og Døvestudien. NHTL fant sted fra 1995 til 1997, hvor et tilfeldig befolkningsutvalg gjennomførte audiometriske tester og svarte på en rekke spørsmål om psykisk helse. En undersøkelse ble sendt ut til potensielle kandidater fra Døveregisteret i 2001. Undersøkelsen var oversatt til norsk tegnspråk for de som ønsket det. Tre punkt fra SCL-5 var felles for de to undersøkelsene; *feeling fearful*, *feeling hopeless about the future* og *feeling blue*. Mens 1%, 4% og 2% av det hørende utvalget svarte *ganske mye* og/eller *ekstremt* på hvert av de tre spørsmålene, var prosentandelen 10%, 21% og 20% hos det døve utvalget. Det døve utvalget hadde signifikant flere angst- og depresjonssymptomer enn det hørende utvalget.

Diskusjon

Formålet med denne litteraturstudien var å undersøke hvorvidt døve har høyere forekomst av depressive symptomer sammenlignet med hørende. Litteratursøket resulterte i åtte studier, hvorav fem studier undersøkte forekomst av depresjonsdiagnoser (retrospektiv journalgjennomgang) og tre undersøkte forekomst av depressive symptomer (målt ved hjelp av spørreskjema). Resultatene blant de studiene som undersøkte depresjonsdiagnoser var sprikende. Noen studier fant økt forekomst hos hørende, noen fant økt forekomst hos døve og noen fant ingen forskjell mellom utvalgene. Det var mer samsvar i resultatene til de studiene som undersøkte forekomst av depressive symptomer, hvor resultatene indikerte at døve hadde høyere skårer på depressive symptomer enn hørende.

Studier med depresjonsdiagnose

For studiene som undersøkte depresjonsdiagnose hos døve i forhold til hørende var det et stort sprik i funn. Det er vanskelig å konkludere sprikende funn, og det trengs derfor flere studier før det er mulig å si noe om forskjell i forekomst av depresjonsdiagnose mellom døve og hørende. En mulig årsak til sprikende resultater er metodologiske forskjeller mellom studiene. Studiene skiller seg fra hverandre på måten de innhentet informasjon om depresjonsdiagnose på. Fire av studiene (Appleford, 2003; Black & Glickman, 2006; Landsberger & Diaz, 2010; Diaz et al., 2013) gikk gjennom pasientjournaler, mens en studie (Kushalnagar et al., 2019) baserte seg på deltageres selvrappport av depresjonsdiagnose.

Kushalnagar et al. (2019) undersøkte personer som gjennom en spørreundersøkelse rapporterte angst eller depresjonsdiagnose satt av helsepersonell. Studien stoler på at utvalget har vært ærlige om sine diagnoser, og er avhengig av at utvalget husker om de har fått en diagnose. Det blir ikke skilt mellom angst og depresjonssymptomer i studien, noe som gjør at man ikke vet hvor mange som rapporterte angstdiagnose i forhold til hvor mange som rapporterte depresjonsdiagnose. Det er en av flere faktorer som gjør denne studien vanskelig å sammenligne med de andre. Utvalgene til Kushalnagar et al. (2019) er betydelig mye større en utvalgene til de øvrige studiene. Denne studien er derimot mer generaliserbar enn de andre, da data ble samlet inn gjennom en landsdekkende spørreundersøkelse.

Det var også forskjeller i hvor utvalgene ble rekruttert fra. Noen ble hentet fra psykiatriske spesialenheter for døve hvor personalet hadde kompetanse innen tegnspråk og døves utfordringer (Appleford, 2003; Black & Glickman, 2006), mens andre var rekruttert fra ordinære psykiatriske poliklinikker eller kommunale psykisk helsesenter hvor personalet ikke hadde opplæring i tegnspråk eller døvekultur (Landsberger & Diaz, 2010; Diaz et al., 2013). Ulikt design, kontekst og utvalg kan ha bidratt til sprikende resultater.

Ideelt sett skal en tolk fungere som en kulturell brobygger mellom den døve og den hørende, men det er ikke alt tolken kan redegjøre for (Peterson, 2009). Det vil si at en tolk kan oversette hva den døve sier perfekt, men på grunn av kohorteffekter, kan innholdet likevel bli feil (Peterson, 2009). Fire av studiene brukte helsepersonell som var kjent med tegnspråk eller døvekultur, mens det var én studie hvor det ble brukt tolk, men helsepersonellet ikke hadde kunnskap til verken tegnspråk eller døvekultur.

Det er stort spenn i årstall og tidsperiode som studiene ble gjennomført i. Appleford (2003) undersøkte pasientjournaler over en ettårsperiode fra 1. april 1997 til 31. mars 1998. Black og Glickman (2006) undersøkte klinisk data fra det døve utvalget over en femårsperiode mellom 1999 og 2004, mens den kliniske dataen fra det hørende utvalget var fra en dag i mars 2006. Diaz et al. (2013) undersøkte pasientjournaler over en åtteårsperiode fra 2002 til 2010. Landsberger og Diaz (2010) så på pasientjournaler i en tiårsperiode fra 1. januar 1998 til 20. november 2008.

Utvalg fra sykehus vil begrense generaliserbarheten til andre utvalg, som for eksempel døve som ikke oppsøker hjelp eller døve med subkliniske depressive symptomer. Av denne grunn trengs det studier som bruker andre måter å rekruttere døve på, som i kommunehelsetjenesten, i normal- eller studentbefolkningen. Samlet sett, uavhengig av årsak, gjør de sprikende funnene det vanskelig å konkludere.

Studier som målte forekomst av depressive symptomer

For studiene som undersøkte depresjonssymptomer hos døve i forhold til hørende, var det mindre sprik i funnene. Til tross for at studiene brukte ulike mål på depresjonssymptomer (DBI, GDS, SCL-5) og at deltagerne varierte i alder (fra høgskolestudenter under 25 år til eldre over 65 år) og land (Norge, Sverige og USA), tydet resultatene på at en større andel døve rapporterer depresjonssymptomer, sammenlignet med hørende.

Det kan være flere årsaker til at døve rapporterer høyere forekomst av depresjonssymptomer enn hørende. En studie ($N = 9$) undersøkte depressive symptomer blant medlemmer av døvekulturen (Sheppard & Badger, 2010). Studien fant at kommunikasjonsvansker økte risikoen for depressive symptomer, og barndomsopplevelser som førte til depresjon kunne være seksuell eller fysisk mishandling. Døve barn har større risiko for å bli utsatt for seksuell eller fysisk mishandling, som kan føre til psykiske lidelser i voksenlivet (Afifi et al., 2006; Knutson, Johnson & Sullivan, 2004; Kvam, 2004; Mullen et al., 1996). Videre skrev Sheppard og Badger (2010) at kommunikasjonsproblemer gjør det vanskelig for døve pasienter å diskutere sine symptomer med helsepersonell.

En studie fra USA ($N = 54$) undersøkte kunnskap, holdninger og tro om psykiske lidelser og helsetjenester (Steinberg, Sullivan & Loew, 1998). Deltagerne tilskrev psykiske helseproblemer til eksterne årsaker, som familieproblemer, oppvekst og dårlig kommunikasjon. 9% av deltagerne trodde døvhet i seg selv var grunnen til psykiske helseproblemer, mens 41% hevdet at kommunikasjonsproblemer, familiestress og samfunnsmessige fordommer som følger med kan føre til problemer som suicidal depresjon, stoffmisbruk og voldelig oppførsel (Steinberg, Sullivan & Loew, 1998).

Øhre, Von Tetzchner og Falkum (2011) skriver at med tanke på døves livssituasjon, vil det ikke være overraskende med en relativt høy forekomst av subkliniske depressive symptomer. Videre skriver de at disse symptomene kan trenge et støttende sosialt nettverk i stedet for profesjonell hjelp, men at kommunikasjonsproblemer kan redusere tilgang til støtte som vanligvis gis av familie, kolleger og venner (Øhre, Von Tetzchner & Falkum, 2010). Selv om Jambor og Elliott (2005) antar at døve som hovedsakelig har døve venner og er engasjert i døvemiljøet har høyere selvfølelse, skriver Cabral, Muhr og Savageau (2013) om at døve ofte er nølende med å være åpen om sin psykiske helse innenfor døvemiljøet. Det skyldes at

døvemiljøet er lite, så konfidensialitet og sladder kan være et problem (Cabral, Muhr & Savageau, 2013).

Oralisme som undervisningsmetode hadde overtaket over undervisning på tegnspråk fra 1880 til 1970-tallet. Døve som gikk på døveskole har en lesealder på $8\frac{3}{4}$ år, noe som påvirker for eksempel informasjonsinnhenting (Ladd, 2005). Det er derfor ikke alltid at spørreskjema er valid og forståelig for alle. Det går an å bruke reviderte versjoner med lettere språk, eller at spørsmålene oversettes til tegnspråk, som da forutsetter at den døve kan tegnspråk. Black og Glickman (2006) fant at 75% av pasienter på enheten for døve, kunne klassifiseres som språkmanglende eller som ikke flytende i et språk på grunn av språkmangel.

Samlet peker funnene mot at det er høyere forekomst av depressive symptomer hos døve enn hos hørende.

Styrker og begrensninger

Studien har tatt for seg åtte artikler. Styrker ved studien er at studiene har inkludert førspråklig døve som har fått mulighet til å bruke sitt foretrukne språk, enten det var tegnspråk eller talespråk. Førspråklig døve og depresjon har blitt lite undersøkt, og det er en styrke at denne studien tar for seg denne understuderte gruppen. Aldersspennet har vært fra personer over 18 år til eldre opp til 84 år, som vil gjøre det generaliserbart for befolkningen over 18 år. Begrensninger ved oppgaven har vært at det er få inkluderte artikler, som gjør det vanskelig å konkludere sikkert. Selv om det ble foretatt litteratursøk og gransking av referanselister, er det en mulighet at relevante artikler er oversett og ikke inkludert i studien. Kommunikasjonsbarrierer kan føre til misforståelser i utredning og i selvrapportering i spørreskjema. Selv om noen av studiene hadde omtrent like stort utvalg døve som hørende, var det flere studier som hadde mye større hørende utvalg, som kan føre til mindre statistisk styrke. Alle studiene inkludert er fra vestlige land, og spesielt mange fra USA. Det gjør det lite generaliserbart for resten av verden. Situasjonen for døve og psykisk helse er ikke lik i hele

verden, variasjoner i helsevesen og tegnspråkets status i samfunnet er eksempel på variabler som kan ha innvirkning på resultater. At de fleste utvalg ble rekruttert fra sykehus begrenser generaliserbarheten til andre typer utvalg, som for eksempel døve med depressive symptomer som er for milde til å utredes eller døve som ikke oppsøker hjelp. Metodisk kvalitet til studiene er ikke vurdert. På grunn av få artikler og sprikende funn, vil det ikke være mulig å konkludere sikkert.

Implikasjoner for praksis og videre forskning

Til tross for metodologiske usikkerheter, viser resultatene at dette er et område hvor det trengs mer forskning for å kunne konkludere noe sikkert. Det trengs flere studier fra ikke-vestlige land, for å kunne si noe om depressive symptomer hos døve i forhold til hørende i andre verdensdeler og på verdensbasis. For å forstå forholdet mellom døvhet og psykisk helse i andre miljø, trengs forskning fra andre deler av verden. Flere studier som er epidemiologiske vil gjøre resultatene mer generaliserbare, i forhold til bekvemmelighetsutvalg fra sykehus. Det trengs studier som rekrutterer døve fra for eksempel student- eller normalbefolkningen eller fra kommunehelsetjeneste. Da vil man kunne undersøke forekomsten av depresjonssymptomer hos døve og hørende som ikke er inne til behandling for noe psykisk eller somatisk.

Det er viktig at helsepersonell som skal møte døve er klar over utfordringer i døves liv. Å sette seg inn i døvekultur vil være nyttig, i tillegg til at det å ha opplæring i tegnspråk vil være gunstig for kommunikasjon med døve. Det er som nevnt ikke uvanlig at personer med psykiske lidelser ikke vil oppsøke hjelp hvis de føler seg stigmatisert. Det er derfor viktig å ikke stigmatisere døve, de er forskjellige mennesker med forskjellige opplevelser og bakgrunn. Ikke alle standardiserte intervjuer kan oversettes til tegnspråk på en god måte, og det er ikke alle døve som har god lese- og ordforståelse. Derfor er det mulig å bruke modifiserte versjoner av spørreskjema som har høyde for kulturelle forskjeller og tilpasser seg døve med for eksempel lite erfaring med tegnspråk eller skriftspråk. Bruk av medisinsk erfaring og

sertifiserte tolker, helsepersonell med tegnspråkferdigheter og helsepersonell som gjør en innsats for å forbedre kommunikasjon er eksempler på kjennetegn ved positive opplevelser med helsepersonell for døve (Steinberg et al. 2006).

Konklusjon

Denne oppgaven har foretatt et litteratursøk for å gi en oversikt over relevante artikler til problemstillingen: “Har døve høyere forekomst av depressive symptomer sammenlignet med hørende?”. På grunn av sprikende resultater er det ikke mulig å konkludere, men resultatene peker i retning av at døve har sterkere grad av depresjonssymptomer enn hørende. Mulige årsaker til sprikende funn var metodologiske forskjeller. Funnene som peker i retning av at døve har sterkere grad av depressive symptomer enn hørende kan forklares av ulike årsaker. Kommunikasjonsproblemer kan føre til økt risiko for depressive symptomer (Sheppard & Badger, 2010). Døve barn har større risiko for å bli fysisk eller seksuelt mishandlet, som kan føre til psykiske lidelser som depresjon, senere i livet (Afifi et al., 2006; Knutson, Johnson & Sullivan, 2004; Kvam, 2004; Mullen et al., 1996; Sheppard & Badger, 2010). For å sikkert konkludere om døve har høyere forekomst av depressive symptomer enn hørende, trengs det flere studier på feltet. Flere epidemiologiske studier og studier gjort i ikke-vestlige land kan gjøre funn mer generaliserbare for hele befolkningen. Helsepersonell burde ha kunnskap om bruk av tolk, tegnspråk og døves utfordringer for å kunne ivareta den døve pasienten.

Referanser:

- Afifi, T. O., Brownridge, D. A., Cox, B. J. & Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse Negl.*, 30(10), s. 1093-1103. [10.1016/j.chiabu.2006.04.006](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.04.006)
- American Psychological Association. (2020). *Geriatric Depression Scale (GDS)*. <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/geriatric-depression>
- Appleford, J. (2003). Clinical activity within a specialist mental health service for deaf people: comparison with a general psychiatric service. *Psychiatric Bulletin*, 27(10), 375-377. <https://doi.org/10.1192/pb.27.10.375>
- Bigelow, R. T., Reed, N. S., Brewster, K. K., Huang, A., Rebok, G., Rutherford, B. R. & Lin, F. R. (2020). Association of Hearing Loss With Psychological Distress and Utilization of Mental Health Services Among Adults in the United States. *JAMA Netw Open*, 3(7). <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/article-abstract/2768374>
- Black, P. A. & Glickman, N. S. (2006). Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of North American deaf and hard-of-hearing inpatients. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(3), 303-321. <https://doi.org/10.1093/deafed/enj042>
- Cabral, L., Muhr, K. & Savageau, J. (2013). Perspectives of People Who Are Deaf and Hard of Hearing on Mental Health, Recovery, and Peer Support. *Community Mental Health Journal*, 49, s. 649-657. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9569-z>
- Deep, N. L., Choudhury, B. & Roland Jr., J. T. (2019). Auditory Brainstem Implantation: An Overview. *Journal of Neurological Surgery*, 80(2), 203-208. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6438789/>

- Diaz, D. R., Landsberger, S. A., Povlinski, J., Sheward, J. & Sculley, C. (2013). Psychiatric disorder prevalence among deaf and hard-of-hearing outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 991-995. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.04.004>
- Engdahl, B. L. (2014). *Fakta om hørselstap*. FHI. <https://www.fhi.no/ml/miljo/stoy/om-horselstap/>
- Folkehelseinstituttet. (2008, 17. april). *Koklea-implantat hos sterkt tunghørte og døve voksne. En systematisk kunnskapsoppsummering*. <https://www.fhi.no/publ/eldre/koklea-implantat-hos-sterkt-tunghorte-og-dove-voksne.-en-systematisk-kunnsk/>
- Greenberg, P. E., Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Leong, S. A., Lowe, S. W., Berglund, P. A. & Corey-Lisle, P. K. (2003). The Economic Burden of Depression in the United States: How Did It Change Between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), s. 1465-1475. <https://www.psychiatrist.com/read-pdf/5373/>
- Grønlie, S. M. (2005). *Uten hørsel? En bok om hørselshemming*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Hjulstad, J., Haugen, G. M. D., Wiik, S. E., Holkesvik, A. H. & Kermit, P. (2015). Kunnskapsoversikt over forskningsfunn om læring hos barn og unge med hørselshemming. <https://samforsk.brage.unit.no/samforsk-xmlui/bitstream/handle/11250/2388702/Kunnskapsoversikt%2bover%2bforskningsfunn%2bom%2bl%25C3%25A6ring%2bhos%2bbarn%2bog%2bunge%2bmed%2bh%25C3%25B8rselshemming.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Hodge, G. (2013). How Deafness May Emerge as a Disability as Social Interactions Unfold. *Narrative Inquiry in Bioethics*, 3(3), 193-196. <https://www.proquest.com/docview/1473652817?accountid=12870>

- Jambor, E. & Elliott, M. (2005). Self-esteem and Coping Strategies among Deaf Students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10(1), s. 63-81. <https://doi.org/10.1093/deafed/eni004>
- Jiang, F., Kubwimana, C., Eaton, J., Kuper, H. & Bright, T. (2020). The relationship between mental health conditions and hearing loss in low- and middle-income countries. *Tropical Medicine & International Health*, 25(6), s. 646-659. <https://doi.org/10.1111/tmi.13393>
- Kendler, K. S., Karkowski, L. & Prescott, C. A. (1999). Causal Relationship Between Stressful Life Events and the Onset of Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), s. 837-841. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.837>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives Of General Psychiatry*, 62(6), s. 593-602. <https://jamanetwork.com/JOURNALS/JAMAPSYCHIATRY/ARTICLE-ABSTRACT/208678>
- Knutson, J. F., Johnson, C. R. & Sullivan, P. M. (2004). Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. *Child Abuse & Neglect*, 28(9), s. 925-937. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.04.005>
- Kushalnagar, P., Reesman, J., Holcomb, T., Ryan, C. (2019). Prevalence of Anxiety or Depression Diagnosis in Deaf Adults. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 24(4), 378-385. <https://doi.org/10.1093/deafed/enz017>
- Kvam, M. H. (2004). Sexual abuse of deaf children. A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway. *Child Abuse & Neglect*, 28(3), s. 241-251. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.017>

- Kvam, M. H., Loeb, M., Tambs, K. (2007). Mental Health in Deaf Adults: Symptoms of Anxiety and Depression Among Hearing and Deaf Individuals. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(1), 1-7. <https://doi.org/10.1093/deafed/enl015>
- Ladd, P. (2005). Deafhood: A concept stressing possibilities, not deficits. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(66), s. 12-17. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1080/14034950510033318>
- Landsberger, S. A. & Diaz, D. (2010). Inpatient Psychiatric Treatment of Deaf Adults: Demographic and Diagnostic Comparisons With Hearing Inpatients. *Psychiatric Services*, 61. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.2.196>
- Leigh, I. W., Robins, C. J., Welkowitz, J. & Bond, R. N. (1989). Toward Greater Understanding of Depression in Deaf Individuals. *American Annals of the Deaf*, 134(4), 249-254. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.0662>
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. & Anseau, M. (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), s. 98-112. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>
- Malt, U. (2020). *DSM-systemet*. Store medisinske leksikon. <https://sml.sn.no/DSM-systemet>
- Malt, U. & Braut, G. S. (2022). *ICD-10*. Store medisinske leksikon. <https://sml.sn.no/ICD-10>
- Monaghan, L., Schmaling, C., Nakamura, K. & Turner, G. H. (2003). *Many Ways to Be Deaf: International Variation in Deaf Communities*. Gallaudet University Press.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E. & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), s. 7-21. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00112-3](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00112-3)

Mushtaq, S. & Akhouri, D. (2016). Self Esteem, Anxiety, Depression and Stress among Physically Disabled People. *International Journal of Indian Psychology*, 3(4).

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54627516/personal_published_paper-libre.pdf?1507201258=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DSelf_Esteem_Anxiety_Depression_and_Stres.pdf&Expires=1683814317&Signature=Euwla9A7OvJApV8sOJ1XQzF~oKovoWCjeTHy~PNoDDh4VZ8wKf78ppVGSL17Ktge7BB2mBNm5FPyTXjU46h1XfTdbrNookFF4-fQqEefGzKEpyBH9P~qqiwFO4Lj3TG3ay2d331vb~FQsbdcDlck2-gEpOq9XvKiZOoSX8SBmAb6oV6Oj7q6RkrpcxDIaVL6Wt6b34FFLmyDh111x0-6umQWXCRRhF5vD691XbPpkBC-GYIG~-LDB3bGTqmTCw1qnPwrK~x0CVnLPK9Ipw9XPwM08GBfqVbsR43SsekY648V1RHgKORd-smfPDyOX3OEUFc~9y9hutMx3uAttf1nlw_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Norsk Døvemuseum. (u.å.). *Norsk døveskolehistorie*. <https://norsk-dovemuseum.no/norsk-skolehistorie>

Nussbaum, D. (2008). *Your Child Has A Cochlear Implant: Why Include Sign Language?*

Laurent Clerc National Deaf Education Center.
<https://clerccenter.gallaudet.edu/national-resources/documents/clerc/WhyIncludeSignLanguage2.pdf>

Peterson, K. C. (2009). Når den blinde skal lede den døde - tolkebruk i psykisk helsevern.

Tidsskrift for Norsk psykologforening, 46(11), s. 1056-1061.
<https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2009/11/nar-den-blinde-skal-lede-den-dove-tolkebruk-i-psykisk-helsevern>

- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), s. 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31(7), s. 1117-1125. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.004>
- Sheppard, K. & Badger, T. (2010). The lived experience of depression among culturally Deaf adults. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(9), s. 783-789. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01606.x>
- SignHealth. (u.å.). *What is the difference between deaf and Deaf?* <https://signhealth.org.uk/resources/learn-about-deafness/deaf-or-deaf/>
- Steinberg, A. G., Barnett, S., Meador, H. E., Wiggins, E. A. & Azaove, P. (2006). Health care system accessibility. *Journal of General Internal Medicine*, 21, s 260-266. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00340.x>
- Steinberg, A. G., Sullivan, V. J. & Loew, R. C. (1998). Cultural and Linguistic Barriers to Mental Health Service Access: The Deaf Consumer's Perspective. *American Journal of Psychiatry*, 155, s. 982-984. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.7.982>
- Sullivan, P. M. & Knutson, J. F. (1998). The Association Between Child Maltreatment and Disabilities in a Hospital-Based Epidemiological Study. *Child Abuse & Neglect*, 22(4), s. 271-288. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00175-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00175-0)

- Sullivan, P. M. & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), s. 1257-1273. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00190-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00190-3)
- Turner, R. J. & McLean, P. D. (1989). Physical disability and psychological distress. *Rehabilitation Psychology*, 34(4), s. 225-242. <https://doi.org/10.1037/h0091727>
- Walker, C. (2008). *Depression and Globalization*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-72713-4>
- Werngren-Elgström, M., Dehlin, O. & Iwarsson S. (2003). Aspects of quality of life in persons with pre-lingual deafness using sign language: subjective wellbeing, ill-health symptoms, depression and insomnia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37(1), 13-24. [https://doi.org/10.1016/S0167-4943\(03\)00003-7](https://doi.org/10.1016/S0167-4943(03)00003-7)
- World Health Organization. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
- World Health Organization. (2023a, januar). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD.11 MMS)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization. (2023b, 27. februar). *Deafness and hearing loss*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- World Health Organization. (2023c, 31. mars). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Øhre, B., Von Tetzchner, S. & Falkum, E. (2011). Deaf adults and mental health: A review of recent research on the prevalence and distribution of psychiatric symptoms and

disorders in the prelingually deaf adult population. *International Journal of Mental Health and Deafness*, 1(1). <http://www.ijmhd.org/index.php/ijmhd/article/view/6/5>

