



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institutionen för neurovetenskap och fysiologi
Enheten för audiologi

Våren 2008

EXAMENSARBETE I AUDIOLOGI, 15 hp, VAU231
Fördjupningsnivå 1 (C)
Inom audionomprogrammet, 180 högskolepoäng

Titel

Avspänning som metod –
En intervjustudie om uppfattningar hos olika yrkeskategorier
vid fördjupad hörselrehabilitering

Författare
Annica Eriksson Berggren

Handledare
Margareta Bohlin

Examinator
Ann-Kristin Espmark

Sammanfattning

Olika former av avspänningsmetoder kan användas i rehabilitering till individer med tinnitus och Ménière's syndrom. Forskning pågår för att finna övertygande bevis på effekter utav de olika metoderna. I denna studie presenteras metoderna avspänning, massage och Mindfulness, som möjliga kompletterande rehabiliteringsverktyg.

Syftet med föreliggande studie var att undersöka uppfattning om företeelsen avspänning hos yrkesverksamma inom hörselvården. Kvalitativ metod med fenomenologisk inriktning valdes för studien. Genom intervjuer kartlades data från fyra olika yrkeskategorier sjukgymnast, hörselpedagog, kurator och audionomer. Resultatet visar sju kategorier som behandlar: *Avspänning, Patientproblematik, Osäkerhet/Avsaknad, Metoder, Respons, Samarbete* och *Arbetsglädje*.

Dessa kategorier visar att informanterna upplever ett behov av avspänning som metod att arbeta med. Dock anser en del att de saknar kunskap nog att bedriva avspänningsmetoder. De som bedriver avspänning i behandlingssyfte gör det både i grupp och enskilt. Responsen från patienter är positiv eftersom ökad kroppskännedom och acceptans är viktiga i relation till funktionsnedsättningen. Ökat samarbete mellan olika yrkeskategorier och ett personligt intresse är av tydlig vikt.

Sökord: hörselnedsättning, tinnitus, Ménière's syndrom, stress, avspänning, Mindfulness



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institute of Neuroscience and Physiology
Department of Audiology

Spring 2008

**RESEARCH PROJECT IN AUDIOLOGY, 15 credits,
VAU231
Advanced level 1 (C)
Within audiologist programme, 180 credits**

Title	
Relaxing as a Method – An Interview study on Various Profession categories Perceptions of Deep hearing care.	
Author Annica Eriksson Berggren	Supervisor Margareta Bohlin
	Examiner Ann-Kristin Espmark
Abstract	
<p>Different forms of relaxing methods can be used in rehabilitation for individuals with tinnitus and Ménière's disease. Research continues to find convincing proof of effects from the different methods. This study presents methods of relaxing, massage and Mindfulness, as possible complementary rehabilitation tools.</p> <p>The purpose of this study was to investigate opinions about relaxing from professionals working with hearing care. A qualitative approach with phenomenological influence was chosen for the study. Through interviews data was mapped from four different areas of skilled labour as physiotherapist, hearing therapist, welfare officer and audiologist. The result shows seven categories treating: Relaxing, Patients problem, Uncertainty/Lack, Method, Response, Cooperation and Joy of Working.</p> <p>These categories show that the informants experience a need of relaxing as a method to work with. However, some of them experience a lack of enough knowledge to be able to use relaxing in their work. Those who use relaxing in their work, do both in groups and individually. The response from patients is positive since increased body awareness and acceptance are important in the relation to functional disability. Increased cooperation between different areas of skilled labour and a personal interest are of great importance.</p>	
Keywords: hearing loss, tinnitus, Ménière's disease, stress, relaxation, mindfulness	

FÖRORD

Jag vill tacka sjukgymnast, hörselpedagog, kurator och audionomer som tagit sig tid att medverka i intervjuer. Era uppfattningar och erfarenheter kring ämnet avspänning, har varit mycket värdefulla.

Jag vill också tacka min handledare Margareta Bohlin som har givit mig stöd och vägledning under arbetets gång.

Slutligen vill jag även tacka min familj som har stöttat mig under min studietid i Göteborg.

Innehållsförteckning

1	BAKGRUND	1
1.1	Hörselskador	1
1.2	Hörselskadans konsekvenser	1
1.3	Ménière's syndrom	2
1.4	Ménière psykologi	3
1.5	Tinnitus	3
1.6	Tinnitus psykologi	4
1.7	Indelning av tinnitus - diagnosticering och olika rehabiliteringsnivåer	5
1.8	Avspänning som metod	6
1.9	Fysiologi	6
1.10	Massageterapi	7
1.11	KBT- Kognitiv beteende terapi och avspänning	8
1.12	Mindfulness meditation kombinerad med KBT	8
1.13	Kvalitativ forskning	9
1.14	Hermeneutik och fenomenologi	10
2	SYFTE	10
2.1	Specifika frågeställningar	10
3	METOD	10
3.1	Undersökningsgrupp	10
3.2	Intervju	11
3.3	Analys	11
4	RESULTAT	12
4.1	Innehållsanalys	12
4.2	Behov av avspänning	13
4.3	Patienternas upplevda problem	14
4.4	Osäkerhet i yrkesutövandet och avsaknad av verktyg	15
4.5	Metoder	16
4.6	Respons	18
4.7	Samarbete	19
4.8	Personlig utveckling och arbetsglädje	21
5	DISKUSSION	22
5.1	Metoddiskussion	22
5.2	Resultatdiskussion	23
5.3	Framtida forskning	25
5.4	Konklusion	26
6	REFERENSER	27
	BILAGA 1	1

1 BAKGRUND

Kommunikation är av stor vikt i dagens samhälle. Den kan fungera och underlättas genom samverkan av god ljudkälla, ett adekvat överföringsmedium och en god mottagare. Om någon länk felar kan det uppstå problem i kommunikationen. En hörselnedsättning kan påverka en individ på många olika sätt. Ämnet är av stor vikt, då generellt sett 10 % av befolkningen har någon typ av hörselnedsättning. Procentsatsen ökar markant, gällande befolkningen över 65 år. Hörselproblem av olika slag har under de senaste åren givits ökad uppmärksamhet, framförallt när det gäller språkutveckling och utbildning hos små hörsel-skadade barn. En något större acceptans och förståelse växer också för hörselnedsättningar, då antalet äldre och äldreäldre har ökat och vissa av dessa individer har vidhållit stort inflytande och verkat som förebilder i samhället. Individer med hörselnedsättning bör ha samma tillgång till miljön runt om dem, liksom en rullstolsburen bör ha framkomlighet i byggnader (1).

1.1 Hörselskador

De två största indelningarna av hörselskador är sensorineural och konduktiv typ. Något ovanligare är central skada, då olika delar av hjärnan är mer drabbad. Sensorineural nedsättning är vanligast och kan förekomma både på grund av medfödda och förvärvade orsaker. Medfödd sensorineural hörselnedsättning kan bland annat bero på infektioner hos modern under graviditet, som rubella eller toxoplasmos. Orsaker till förvärvad hörselnedsättning kan vara bullerskada, trauma, ototoxiska mediciner eller infektioner. Vid åldrande förekommer ofta en typ av sensorineural hörselnedsättning, så kallad presbycusis. Cochleans hårceller i innerörat har då fått skador, som ej är reparerbara. Oftast behandlas denna skada med, förstärkning. Konduktiv nedsättning beror på onormala mekaniska funktioner i ytter- och mellanörat, som exempelvis vätska, bentillväxt och perforerad trumhinna. Dessa tillstånd brukar vanligtvis behandlas med olika ingrepp (2).

1.2 Hörselskadans konsekvenser

Sett ut ett psyko- socialt perspektiv, finns uttalanden från individer med hörselnedsättningar om, förutom störd kommunikation, stress och oro, känsla av isolering, negativ självkänsla, förlöjligande och skam (2, 3). Det kan i sin tur leda till försök att förneka och dölja sin hörselnedsättning, allt för att värna om sin sociala identitet. Det förekommer att individer helt vill dölja sina hörapparater, för att inte anses som mindre intelligenta, eller betraktas som gamla. Arbetsplatser beskrivs som den svåraste miljön för en hörselskadad

individ, då de ofta känner rädsla för att bli förbisedd vid befordringar, eller till och med mista sitt arbete. Ibland kan dock hörselnedsättningen avslöjas av närstående personer till den hörselskadade. Trots att andra närstående, i individens omgivning påpekar exempelvis för hög ljudvolym på Tv och radio, arrogant uppträdande, att upprepade missförstånd sker, så kan det ändå dröja länge innan den drabbade kommer sig för, att söka sig till hörselvården för att få hjälp. Det kan vara smärtsamt att komma till insikt med att ett sinnesorgan inte fungerar som förut (3). Då hörselrehabiliteringen kräver ökade insatser och stöd, för att patienten ska kunna acceptera och hantera sin situation, bör det finnas information och erbjudanden från audionom angående remittering till fördjupad hörselrehabilitering. Det kan innebära möjlighet att få komma i kontakt med olika yrkeskategorier, som samarbetar i team. Dessa team kan ha olika konstellationer och skiljer sig från olika hörcentraler och olika regioner. Yrkeskategorier som kan finnas med i dessa team inom fördjupad hörselrehabilitering är till exempel, läkare, audionom, hörselpedagog, kurator, psykolog och sjukgymnast. Det ger möjlighet till en stor bredd av kunskaper i rehabiliteringen, där en viktig punkt också är att stödja patienten ur en psykologisk synvinkel och sträva efter att lära patienten se sitt problem i ett vidare perspektiv (4).

1.3 Ménière's syndrom

Komponenter som kan förekomma hos individer med hörselnedsättning vilka behöver fördjupad rehabilitering i olika former, är exempelvis Ménière's syndrom. Ménière orsakas av endolymfatisk hydroks, en dysfunktion i balanssystemet. Individer som drabbats av sjukdomen har oftast ett mycket starkt, minne av det första anfallet. Det kan ge upplevelser som svår yrsel, tinnitus, hörselnedsättning, upplevd distortion av ljud och huvudvärk. Ett anfall kan vara från några minuter upp till flera timmar, eller till och med dagar och kommer oftast hastigt. Patienter kan ibland beskriva möjligheter att identifiera de efterföljande attackerna, utifrån vissa varningssignaler som exempelvis fyllnadskänsla av örat och tinnitus (4, 5). Anfällen kan komma i olika perioder av livet och efter varje attack uppstår en skada på innerörat som ger en fluktuerande, sensorineural hörselnedsättning. Sjukdomen är något mer vanlig hos kvinnor än hos män och bryter vanligen ut mellan 30-60 års ålder. Ca 20 % av de drabbade patienterna har hereditär anknytning och ca 40 % är drabbade bilateralt. Uppmätt hörselkurva brukar under olika skeenden av sjukdomen variera. Vid undersökning med audiometri, är de lägre frekvenserna oftast påverkade i början av sjukdomen. Efter ett framskridet skede av sjukdomstid förekommer i regel hörselnedsättning av rak kurva, vilken vanligtvis har fallit ner och stabiliserats vid 50-70

dB. Det är svårt att förutsäga hur individen påverkas av sjukdomen, då vissa patienter drabbas utav ett fåtal attacker och bibehåller en god hörsel, medan andra kan få stora försämringar gällande hörsel och balans på några månader. Patienter kan förbättra sitt tillstånd med medicinering, samt att vara restriktiva med koffein, nikotin och salt konsumtion (6).

1.4 Ménière psykologi

Sett ur ett psykologiskt perspektiv kan spänning och oro upplevas som en utlösande faktor och detta kan uppstå vid starka ljud, oro för att inte höra i olika situationer eller starka känsloupplevelser. Ett Ménièreanfall tär på krafterna och vissa patienten kan efteråt uppleva stor trötthet, huvudvärk och depressiva tankar. Rädsla för att insjukna på nytt, fanns ofta med i bilden (4). Grupprehabilitering för dessa patienter kan erbjudas och bedrivs till exempel utifrån ett psykologisk och beteendeterapeutiskt perspektiv. Genom att använda öppen diskussionsform, får deltagarnas olika åsikter komma i fokus. Olika teman kan också beröras, som tankarna och förväntningarna av sjukdomen, eller psykosociala konsekvenser i olika situationer. Erfarenheter utbyts och känsla av samhörighet kan verka mycket stärkande för den drabbade. Nya tankar av mer positiv karaktär, kan börja spira (5).

1.5 Tinnitus

Tinnitus kan definieras som en ljudsensation, brus, ringande ljud trots frånvaro av yttre ljudstimuli eller elektrisk stimulering. Ofta finns någon form av skada i det perifera auditiva systemet, som resulterar i spontana ljudfenomen i centrala nervsystemet. Tinnitus är ett relativt vanligt fenomen och man uppskattar att 10-15 % av vuxna personer har tinnitus. Vissa lever i acceptans med sin tinnitus medan andra, ca 10-20 % av det totala procenttalet av drabbade individer, har så svår tinnitus, att det har en inverkan på det dagliga livet. Tinnitus störljud kvarstår trots att cochlean, eller 8:e hjärnnerven är förstörda. I vissa fall har tinnitus kunnat påverkas av manipulation av muskel och skelettsystemet (7). Det är vanligt förekommande med en hörselskada i samband med tinnitus. Högfrekvent tinnitus är oftast kopplat till hörselskada i högfrekvent område och lågfrekvent tinnitus ljud är ofta relaterat till hörselskada i lågfrekvent område. Det kan också bero på vaskulära tillstånd som tumörer eller artärsjukdomar. Hypoteser och bevis tyder på en bred aktivitet vid tinnitus, som involverar bland annat, limbiska och autonomiska system (6).

Sett ur neurofysiologiskt perspektiv finns flera olika hypoteser kring tinnitus uppkomst:

1. En teori bygger på störningar i hårcellernas utbyte och flöde av kalium och kalcium. Den ökade halten kalcium ger en obalans i de inre hårcellerna och ger upphov till spontana stimuli som skickas vidare till det auditiva nervsystemet. De återkommande spontana ljuden, tolkas då som ett ljudstimuli utifrån och tinnitus upplevs.
2. En annan teori står för att tinnitus vid en sensorineural hörselnedsättning kommer utav skada i de yttre hårcellerna, exempelvis av buller, ototoxiska mediciner eller Ménièreé syndrom. Trots bortfall och skador av de yttre hårcellerna blir några få av de kvarvarande och fungerande cellerna, hyperaktiva och retar de inre hårcellerna med onormalt mycket stimuli. Om hörselnerven synkroniserar sig med dessa stimuli uppstår en tinnitus ”inne i” snäckan.
3. Ytterligare en teori bygger istället på en likhet i tinnitus och kronisk smärta. Sensationerna av dessa två fenomen är subjektiva och kan förändras, genom olika stimulering av kroppen. Gemensam aktion av två olika fibersystem verkar som en kontrollport vid hjärnstammen och reglerar information som kommer till det centrala auditiva systemet. Om flödet av information ökar på grund av skadade hårceller, kan kontrollporten stå vidöppen och efter en längre tid bidra till adaption av tillståndet och tinnitus upplevs.
4. En sista teori om tinnitus orsak kan beskrivas med att nervfibrer är skadade och läcker information, nervfibrer emellan. Denna spontana aktivitet kan tolkas som ljud av det auditiva centrala nervsystemet. Detta tillstånd kan uppkomma vid retning eller skada efter en operation av n.VIII (8:e hjärnnerven) vid acusticus neurom (7).

1.6 Tinnitus psykologi

Sett ur ett psykologiskt perspektiv, kan uppkomsten av tinnitus ha ett samband med oro och stress, triggat av starka händelser i individens liv. Det kan vara händelser som separation, förlust av någon eller något som har haft stor betydelse. När patienterna söker hjälp för sin tinnitus är det oftast inte för att de är bekymrade över att drabbats av fysisk sjukdom, utan känslan av att hon eller han håller på att tappa kontrollen och känslan av att vara fångad i en värld av oljud (4). Tillstånd som oro, depression, ilska, smärta, sömnsvårigheter kan förekomma, likväl störningar i arbetsliv och i det sociala livet (8). Enligt flertalet studier, bland annat NPH (Nottingham Health Profile)(7) föreligger en stark sammankoppling mellan tinnitus, oro och depression. Patienternas sätt att hantera sin tinnitus kan bero på individuella förmågor i toleranströsklar för fysiska och psykiska stimuli. En stor del av tinnituspatienter tenderar att fastna i sin tinnitus och lidande, vilket

kan liknas vid kroniskt smärttillstånd (8). Det är av stor vikt att lyssna till patienten och låta denna få dela med sig av problemen av tinnitus. Lyssnandet bidrar till en läkande, terapeutisk verkan på patienten. Det är också viktigt för en korrekt bedömning i hur vidare rehabilitering ska ske. Enligt kliniska erfarenheter av Erlandsson och Tyler kan tinnitus-rehabilitering indelas i tre nivåer (9).

1.7 Indelning av tinnitus - diagnosticering och olika rehabiliteringsnivåer

Nivå 1 patienter med sensorineural hörselnedsättning. Rehabiliteringen stannar oftast vid ett realistiskt samtal om hur vanligt förekommande tinnitus är, hur det har uppkommit och att tinnitus kan vara en naturlig del i åldrandeprocessen. Samtalet bör också innefatta att det inte finns några underkurer, men att individen kan bruka olika former av egenvård och strategier. Att de välkomnas åter vid framtida problem, för rådgivning samtal(counseling) kan också inge en lugnande inverkan.

Nivå 2 Det kan vara nödvändigt att gå vidare i rehabiliteringen om inte det första samtalet räcker till, om patienten visar intresse för andra behandlingar, eller är orolig och visar depressiva symptom. Djupare information kring tinnitus och dess specifika symptom är av godo, för att avmystifiera tillståndet och som en bekräftelse för patienten att tinnitus inte är inbillning. Genom att skilja ut de två begreppen, att höra tinnitus och reaktionen på tinnitus, kan patienten få insikt om hur de kan få kontroll över känsla och reaktion (8). Fler möjliga behandlingar kan nu presenteras i form av exempelvis hörapparater för bättre kommunikation, ljudterapi som maskering med ljud, copingstrategier till avspänningsövningar och sömnhjälp. Genom att föra anteckningar i form av dagbok, kan patienten identifiera tillfällena när tinnitus verkar mer, eller mindre störande och utifrån de konkreta anteckningarna få insikt om, vilka positiva lösningar som kan tas i bruk. Målet är att minska de situationer då tinnitus besvärar som värst och öka de gynnsamma tillfällena.

Nivå 3 Kräver en mer direkt behandling. Olika typer av frågeformulär där patienten får uppskatta sina besvär av tinnitus, används på klinikerna. De kan utgöra en bra ram, att utgå ifrån, vid mötet och intervjun med patienten. Det är viktigt att formulären håller god kvalitet gällande reliabilitet, det vill säga att svaren håller jämn nivå oberoende antalet test, likaså hög validitet. Frågeformuläret kan också vara av öppen karaktär där patienten beskriver sitt tinnitus ljud och listar upp vilka problem som genererats av tinnitus. Tinnitusproblematiken är mycket komplex och kräver därför flera typer av mätningar och uppskattningar av olika problemområden (7,9). De vanligaste bekymren vid tinnitus är enligt svaren från formulären, sömnproblem, svårigheter med att förstå tal, oro och

depression. Korrelation finns också mellan lidandet av tinnitus och återkommande huvudvärk, yrsel och överkänslighet för ljud (9). Tinnitusfrekvensen kan uppmätas genom att patienten får lyssna till olika toner och därigenom bedöma likheten i tonhöjden mellan testton och tinnitusfrekvens. Därefter kan ett maskeringsljud och dess intensitet anpassas efter den vanligast förekommande frekvensen för att störa ut tinnitusljudet.

Det är av stor vikt att söka information från den drabbade kring vilka förväntningar de har på rehabiliteringen? Vilka olika terapier har de provat tidigare? Efter noggranna mätmetoder av tinnitus bör fortsatt diskussion kring behandling fortsätta. Liknande lösningar som för nivå 2 patienter kan erbjudas med bland annat rådgivning, kognitiv beteendeterapi, avspänning, masking, ljudterapi med mera (9).

1.8 Avspänning som metod

Muskelavslappnande terapier har i bred utsträckning använts som behandling för tillstånd som bl. a huvudvärk, oro, olika smärttillstånd, högt blodtryck och sömnsvårigheter, vilket beskrivs i *Tinnitus Handbok* (8). Genom strukturerade övningar, vägleds patienten av en terapeut, i att växelvis spänna i några sekunder och sedan slappna av i olika muskelgrupper. Specifika muskelgrupper som överarmar, övre rygg, nedre rygg, ben, fötter, nacke och ansikte, arbetas igenom med övningarna. Målet är att patienten ska lära sig att tolka och känna skillnaden i spändhet och avspänning för en ökad kroppskänedom. När patienten har fått handledning via terapeuten kan övningarna användas som egenvård och tränas i hemmiljö, för att sedan utvecklas till möjliga verktyg vid behov i det praktiska, dagliga livet. Muskelavspänningen har som syfte att vinna kontroll över spänningar och kunna användas när helst tinnitus ökar i besvärande. Att ha kontroll över sin kropp och situationen, ökar också känslan av självförtroendet (9). Olika behandlingsmetoder förespråkas som exempelvis Jacobson (1938), 30-60 minuter övning flera gånger i veckan upp till ett år. Öst (1987) förespråkade en kur av veckovis 60 minuters avspänningsbehandling under 8-12 veckor, plus egen träning av patienten (10).

1.9 Fysiologi

Kontraktion av muskelfibrer leder till sensation av muskelanspänning, vilket resulterar i komplext samarbete mellan centralt och perifert nervsystem, muskler och skelettsystem. Från en fysiobiologisk modell förklaras avspänning som avsaknad av spänning i musklerna. Enligt Jacobson, 1938 är fullständig avspänning oförsonlig med att ha tankar eller känslor. Spändhet och avspänning är respons på stress och vila, vilket får det autonoma nervsystemet att aktivera, sympatiska eller parasympatiska nervtrådar. Flera

olika organ i kroppen involveras av de båda systemen som arbetar i motvals med varandra. Det innebär att en ökning av det ena systemet, leder till en minskning av det andra. Det sympatiska nervsystemet förbereder kroppen på nödsituationer med stresspåslag, medan det parasympatiska står för återhämtning och vila. Genom att kontrollera perifera muskler med avspänning, kan det ha en skiftande påverkan, på central nivå och även ge en lugnande effekt på hela kroppssystemet (10).

1.10 Massageterapi

Massage har sina rötter från årtusenden tillbaka, från exempelvis Kina, Egypten och Indien. Hippocrates beskrev massage på 400 talet f. Kr (11). I början på 1900-talet utvecklade Per Henrik Ling svensk massage. Massagen är i dag den mest växande komplementära, medicinska terapin, bland annat i USA. Metoden har effekter som går väl samman med avspänningsmetoden, genom ökad cirkulation i kroppen, ökad avspänning, mindre oro och minskade smärttillstånd, allmänt ökat välbefinnande, med mindre mängd av stresshormonet kortisol (12). Smärtlindrande effekt förklaras oftast med beskrivning av att stimuli konkurrerar med varandra. Stimuli av tryck eller kyla, transporteras fortare i än smärtstimuli och når därmed nervsystemet först och porten i det centrala nervsystemet stängs. Smärtlindring kan upplevas då massagetrycket upplevs i första hand (11).

Studier visar att upprepade massagebehandlingar leder till minskning av smärta. Oro och depression hade den största positiva effekten av massage, jämfört med andra variabler som puls och blodtryck. Ca 77 % av deltagarna i försöksgruppen upplevde ett förbättrat hälsotillstånd gentemot individerna i kontrollgruppen. Dessa resultat är jämförbara med resultat av psykoterapibehandling, där 79 % upplevde förbättring. Undersökningen visar också att massageterapi har en lindrande effekt på oro och depression, på samma nivå som för förväntade resultat av psykoterapi. (12). Massageterapi är generellt sett, inte en första hands metod utan kan användas ändå, som komplement inom konventionell rehabilitering. Den är på stark frammarsch och har möjlighet att integreras med en rad olika kroniska, eller tillfälliga godartade smärttillstånd (13).

Ytterligare studier har gjorts (14), för att undersöka om det förekom skillnad av resultat mellan avspänningsmetod och kognitiv beteendeterapi, hos individer med generell oro. Det visade sig att även dessa resultat var lika, mellan de två olika metoderna, när det gällde tillstånd av oro eller depression.

1.11 KBT- Kognitiv beteende terapi och avspänning

Teorier av psykologer, beskriver lidandet av tinnitus som ett misslyckande av tillvänjning. Teorin anser att tillvänjning av tinnitus sker på liknade sätt som av andra stimuli av olika karaktär, men vid tinnitus rubbas denna process bland annat av att individen håller en hög spänningsfaktor. Enligt forskaren Gerhard Andersson vid Uppsala Universitet finns empiriska fakta av resultat från avspänning och KBT som visar på att dessa två metoder skulle kunna användas integrerade i tinnitusrehabilitering. Avspänningen kan minska spänningsgraden hos den drabbade individen och KBT kan vända negativa tankemönster och stilla oron. Att gradvis träna ljudexponering kan också stödja tillvänjningen av tinnitus (15).

1.12 Mindfulness meditation kombinerad med KBT

Metoden Mindfulness kan klassificeras som ett samlingsnamn för ett stort område av meditation och har sitt ursprung från Vispassana Bhavana, Buddhismen och kan översättas till "klarseende" (16, 17). Syftet med metoden är att lägga koncentration på det som händer i nutid, utan att störas eller påverkas utav av associationer som är sammanlänkade med känslor och värderingar. Tankarna och värderingarna skall bara betraktas inte tryckas ner eller ignoreras. De skall heller inte analyseras eller bedömas, de skall bara observeras (16). Genom en förhöjd medvetenhet påstås individer som lärt sig meditation, att rekognosera och att hantera, inte bara problemsituationer, utan alla möjliga olika vardagliga situationer. Följden av beteendet förväntas då bli, en förmåga att observera alla upplevelser med konstant lugn och jämnmod. Då meditationen är en självreglerande metod, är det inte särskilt förvånande att utövare beskriver känsla av ökad självkontroll och förbättrad självkänsla. Undersökningar visar på att meditation kan lindra en stor bredd av psykologiska och psykosomatiska obalanser, speciellt de tillstånd där stress finns med i bilden av olika nivåer (17).

Vid Welsh Hearing Institute i Cardiff United Kingdom erbjöds tinnitusdrabbade individer att delta i en studie (16) för att mäta nyttan med kognitiv beteendeterapi kombinerat med mindfulness träning. Ca 77 % angav att utbrottet av tinnitus, eller förvärrandet av tinnitus, hade inträffat vid svåra tider, eller vid större förändringar i livet, som exempelvis sjukdom i familjen, eller vid pension. Efter fyra till sex månader efter avslutat behandling, angav 17 % att tinnitus hade förvärrats, de hade också andra, stora problem utöver tinnitusproblematiken. 29 % av deltagarna angav en 0-20 procentig förbättring, 33 % angav 20-40 procentig förbättring och 21 % angav en förbättring på mer än 40 procent. Alltså upplevde ca 80 % av gruppen en förändring, eller en stor förändring. Resultaten påverkades av

genetisk sårbarhet, personlighet, livsstil och attityd. Genom att använda kombinationen av kognitiv beteendeterapi och meditation skulle de kunna verka för, adaptation av tinnitus signalen och reaktionen av tinnitus. Mindfulness-baserad meditation hjälper till att bryta den negativa erfarenheten och det negativa tankemönstret som vanligtvis skulle ha upplevts. Genom att individen själv lär sig utveckla sin kapacitet att acceptera störande känslor och tankar men att inte fastna i dem, utan låta de komma och gå, kan den inlärd strategin, användas vid olika situationer som innehåller oro och smärta, vilket kan liknas med kända inslag i tinnitusproblematik.

1.13 Kvalitativ forskning

Kvalitativ forskningsmetod innebär generellt en strävan efter att upptäcka, beskriva och tolka personliga och sociala erfarenheter från medverkare/deltagare. Hetú (3), forskare och författare, skriver i sin artikel *The Stigma Attached to Hearing Impairment* om kvalitativa metoder med fenomenologisk dimension. I en studie intervjuade han arbetare med förvärvade hörselnedsättningar, för att undersöka deras uppfattningar om konsekvenserna av hörselskadorna, samt hur de acklimatiserade sig till att leva med funktionsnedsättningen. Genom denna metod, fick Hetú fram fakta om innebörden av hörselnedsättningarna, för individerna i deras dagliga liv.

Vanligtvis samlar forskaren en mindre grupp av deltagare och försöker förstå deras uppfattning om omvärlden, hellre än att pröva förutfattade hypoteser på stora grupper av individer (18). Kvalitet i en kvalitativ studie kan ske utifrån bedömning av validitet och reliabilitet. Validitet står för mätning av det som avser att mätas. Till skillnad från kvantitativa studier, där man oftast får ett direkt och klart mätvärde, med exempelvis mätresultat från en mätsticka, bedöms validiteten på andra sätt i intervjustudier. Vid avvikande resultat från förklaringsmodellen, bör en diskussion föras, med olika perspektiv på forskningen för att hitta nya förklaringsmodeller. Forskare kan också jämföra sina uppfattningar med informanternas, för återkoppling (19). Reliabilitet står för noggrannheten av mätningen och citaten från respondenterna kan stå för trovärdighet och giltighet. Ett logiskt och riktigt resonemang för tolkningen av materialet skall eftersträvas. Det bör vid upprepade studier framkomma oförändrade, eller i huvudsak oförändrat resultat (20). Vid granskning av samstämmighet, ligger testers resultatvärden mellan 75-100 %, vilket visar på att forskarens och medbedömarens åsikter generellt överensstämmer väl (21).

1.14 Hermeneutik och fenomenologi

En teori inom den kvalitativa forskningen är hermeneutiken, som från grekiskan vanligen översätts till: tolkningslära. Teorin härstammar från teologin, men har även överförs till kultur- och samhällsvetenskaperna av Dilthey (1833-1911). Forskarens uppgift utifrån en hermeneutisk synvinkel är att registrera ett visst beteende, men främst förstå innebörden av agerandet för de individer som studeras. Hermeneutiken är ett samlingsnamn och har i sin tur, flera olika synsätt som dock är närbesläktade. Inom den psykologiska vetenskapen är begreppet *fenomenologi* välkänt och då det gäller pedagogikforskning används i större utsträckning begreppet *fenomenografi*. (20) Fenomenologi grundades av den tyske filosofen Husserl(1900-1970). Generellt sett är den filosofiska fenomenologins syfte att beskriva eftersökta fenomen, utifrån individers upplevelser och urskilja dess *psykologiska essens* eller med andra ord den psykologiska betydelsen av fenomenet (18). En viktig frågeställning utifrån fenomenologiskt synsätt innefattar alltså, hur individer erfar världen omkring sig (20).

2 SYFTE

Syftet med denna intervjustudie är att undersöka uppfattningar och erfarenheter hos olika professioner inom fördjupad hörselrehabilitering, gällande avspänning som metod, till främst tinnitus och Ménière drabbade individer.

2.1 Specifika frågeställningar

Finns det behov av avspänning och hur kan behovet se ut bland hörselvårdspatienter?

Vilka metoder används och av vilka olika yrkeskategorier?

Vilka effekter kan avspänning ge?

Hur skulle man vilja arbeta/samarbeta med detta verktyg inom hörselrehabiliteringen?

3 METOD

Denna studie är utformad utifrån kvalitativ ansats, har influenser från fenomenologi och innehåller intervjuer. Denna inriktning ansågs vara lämplig till studien, då syftet var att eftersöka just uppfattningar och erfarenheter kring ämnet avspänning.

3.1 Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen bestod av sex yrkesverksamma personer, från olika regioner i landet. Tre audionomer, en sjukgymnast, en hörselpedagog och en kurator deltog i studien.

Målet var att få en bredd av respondenter för att se olikheter och likheter i arbetssättet kring ämnet avspänning. Intervjupersonerna tilldelades information om syftet med intervjun, att samtalet spelades in och att det kunde avbrytas vid önskemål. Materialet skulle enbart användas i studien och raderas efter avslutat arbete. Varje respondent signerade en blankett för samtycke till deltagande i intervjustudien. Endast yrkeskategorierna skulle presenteras, för att kunna jämföra eventuella skillnader i deras uppfattningar beroende på bakgrund och yrke.

3.2 Intervju

Intervjun är ett av den kvalitativa forskningens viktigaste verktyg. Det som sägs och hur det sägs av informanten och reaktioner under intervjuns gång, ligger till grund för tolkning av observationen (19). Det gäller för intervjuaren att sätta sig in i informantens tankevärld och erfarenheter, som påverkat synen av de företeelser som forskaren intresserar sig för att undersöka. (21). Intervjun skall fungera som ett samtal med syfte och utveckla hypoteser, snarare än att fastställa redan antagna hypoteser. Betydelsefulla punkter under intervjun var att: *samspela* med informanten, *lyssna* även till det som inte alltid sägs och *styra* samtalet till viss del. Till intervjun skapades en guide med frågeställningar kring de ämnen som var önskvärda att få mer kunskap och insikt kring. Det förelåg en del reflektion kring vilka vändningar frågeställningarna kunde ta i samtalet. Frågorna skulle helst vara öppna och inte ledande. Intervjuerna startades med frågor av bred och ”ofarlig” karaktär för att senare gå in på mer specifika delar mot slutet. Det kändes angeläget att försöka skapa en behaglig situation vid intervjun, så att respondenterna kunde känna sig trygga i att tala fritt. Diktafon användes för inspelning av intervjuerna i denna studie, vilket var till stor fördel då data och detaljer behövdes kontrolleras upprepade gånger. Ytterligare fördelar var att det fanns möjlighet att koncentrera sig på ickeverbala uttryckssätt, istället för kontinuerligt antecknande (18, 20).

3.3 Analys

Analysen har genomförts enligt en modell med fenomenologisk inriktning IPA- (Interpretative Phenomenological Analysis) av Smith och Osborn (18). Kontinuerlig analys av meningarna i intervjun utfördes, genom numreringar av innehållsrika utlåtanden. Genom transformation växte teman fram, vilka också numrerades. Innehållet i dessa teman lyftes sedan upp till en högre nivå genom ytterligare abstraktion och beskrevs utifrån en mer psykologisk synvinkel. Fortfarande var det viktigt att det framgick tydligt, vad som sagts av respondenten. Vissa teman visade på likheter till varandra och som ”magneter”

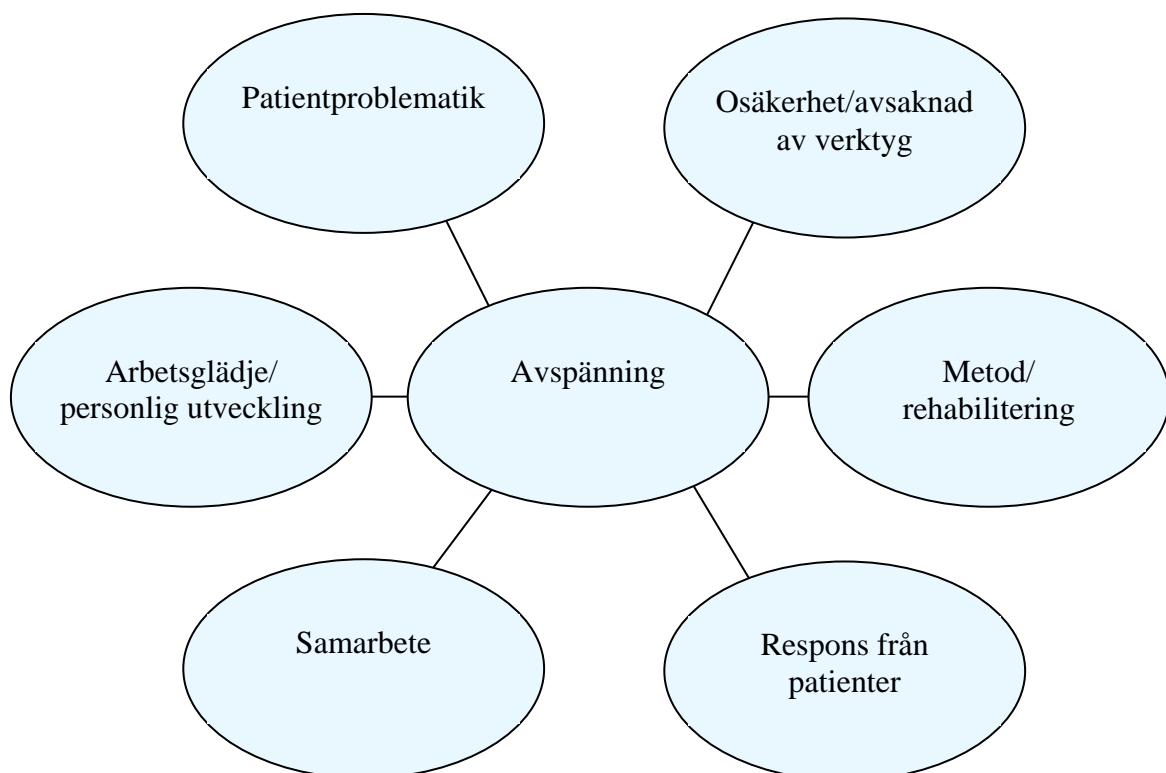
drogs de till varandra och kunde bilda kluster, vilka döptes. Analysen hade frambringat klusterteman som nu var numrerade, förklarade, illustrerade och nyanserade. Arbetsmetoden IPA underlättade att kunna urskilja vad som är respondentens egna ord, från egen tolkning och analys. Tabellerna med de döpta klusterteman utgjorde grunden för redovisningen av respondentens gensvar.

4 RESULTAT

4.1 Innehållsanalys

Ur analysen framträdde det sju olika kategorier som kan beskrivas på följande sätt: Behov av avspänning, patienternas upplevda problem, osäkerhet/avsaknad av verktyg i arbets sättet för att kunna bemöta patientens behov av avspänning, rehabilitering, individuell eller i grupp, respons från patienten, arbetsglädje och personlig utveckling, se Figur 4.1.

Respondenternas uppfattningar presenteras med citat ur intervjuerna, skrivna med kursiv stil. Tre streck: --- innebär att de delar av citatet som är relevant för frågeställningen är presenterade. Efter varje citat står en bokstav för förkortning av: audionom = A, sjukgymnast = S, hörselpedagog = H, kurator = K.



Figur 4.1 Presentation av kategorierna från intervjuerna.

4.2 Behov av avspänning

Kategorin visar på att de tillfrågade anser att avspänning är en viktig bit för alla människor. Den kan i synnerhet ha stor betydelse för individer som är i behov av hörselrehabilitering, då patienterna ofta får anstränga sig mycket i sin vardag för att prestera. I vardagen var även egen tid en viktig bit för avspänning, som kunde innebära till exempel en promenad i skogen, varmt bad eller att lyssna till behaglig musik

*” Hm, ja ... personligen som jag lever, som vi alla lever, allihop i dagens vardag ... det här med avspänning, avslappning behövs för alla, som jag ser det. Vi går på och stressar på, vi jobbar, vi springer från det ena till det andra och vi stanna aldrig till för att känna efter hur kroppen spänner sig, hur vi ... ja, hur kroppen mår ... Hur den rör sig, hur den funkar. Eh, har man en hörselnedsättning eller är tinnitusdrabbad så jobbar man mycket **mer** med koncentration. Man jobbar med ja ... anstränger sig mer för att orka, för att fortsätta, för att få vardagen att hålla ihop, än om man är normalhörande, eller inte har hörselbesvär. Så därför, jag ser det som väldigt positivt, inte bara för de som är drabbade av olika funktionsnedsättningar, men även för oss som fungerar bra, fortfarande.” (A)*

Audionomerna möter individer i hörselrehabiliteringen, som kan tänkas dra fördel av någon form av avspänning. De övervägande uttalandena var, att de uppfattar behov varje vecka, utifrån en mängd olika signaler och symptom. Ett utlåtande beskriver hjälpbehovet, utifrån hela individen. För att komma till rätta med problemen med hörseln, kan olika typer av insatser behövas.

” --- Vi fann väl att det var många patienter som kom hit var spända och mådde dåligt, alltså rent kroppsligt, också. Och då blev det ju ganska naturligt att fråga om vi kunde hjälpa dem på något sätt med det, det var inte bara hörselnedsättningen eller tinnitus, eller Ménièreé, utan det var det, att de hade en ganska hög spänningsnivå, så att det var så jag kom in på det. Det gjorde jag för att jag hade en kollega då, som arbetade med det när jag började här, som arbetade mycket med avspänning, så det blev naturligt att vi kom och prata om dom här sakerna.” (K)

Avspänning kunde också uppfattas som en något privat bit och därför kunde bli så, att ansvaret mer lades över på patienterna själva, att söka sig vidare. Det berodde delvis på hur öppna patienterna var i sin personlighet. Det förekom dock ganska ofta att patienter visade

eget intresse och öppenhet för ämnet och kunde själva ta upp diskussion. De frågade exempelvis efter rekommendationer på vart de kunde vända sig vidare.

*” Dom frågar – Har ni någon som kan detta, eller vet du någon som jag kan gå till, eller?
Eller – Jag har ont i mina axlar hela tiden, skulle det vara bra med massage?
Jag skulle vilja prova det här med avspänning och så.” (A)*

4.3 Patienternas upplevda problem

Kategorin beskriver här hur de olika yrkeskategorierna uppfattar patienternas problem. Vanliga tecken och symptom som patienten kunde utstråla vara oro, hög tankeverksamhet, smärta, spänd kroppshållning, upphöjda axlar och att de ensidigt vände det bästa örat mot ljudkällan med ojämn belastning som resultat. Frustration över att hjälpmedlen inte hjälpte tillräcklig kunde också uttryckas, vilket ofta var knutet till graden av acceptans för situationen.

*”Hm, ja för det först är det här med att dom inte hör...hörapparaten tycker dom inte hjälper, i dom situationer eller dom miljöer som dom vistas i, jobbar i...det kan va att dom inte får förståelse från arbetskamrater, hemma, det kan va det att dom kämpar på i 110% och inser inte att man måste ha en balans i livet, därför att jag är mitt i livet ,ska göra karriär, jag har två barn, jag har hus och så gör alla andra och då ska jag **också** göra det och inser inte att kroppen inte klarar av det, fysiskt, man får kroppsliga symptom till slut. Och här kommer man alltså till en gräns.” (H)*

Vissa åldersgrupper och yrkeskategorier drabbades extra hårt utav sin funktionsnedsättning. De som var aktiva inom arbetslivet och hade stora och ansvarsområden, samtidigt tinnitus, var en återkommande grupp för rehabilitering, där avspänning kunde vara ett verktyg. Det var en vanlig uppfattning bland de intervjuade, att individer med tinnitus ofta riskerade att fastna i fokusering på sin tinnitus och att det i sin tur, kan ge en högre spänningsnivå i hela kroppen.

*”--- Om man säger av dom patienterna man har, så är det många inom lärarkåren ... förskolelärare ... ja det är många med koncentrerade yrkesdelar, väldigt fokuserade och som ofta kräver lite **mer** än dom ska, av sej själva---” (S)*

Här presenteras tankar från en respondent om strävan efter att lära sig förstå konsekvenserna av hörselskadan för individen. Som exempelvis att bemöta de svåra

situationer som patienten kan uppleva på arbetsplats, men även bland de närstående i familjen, som också påverkas. Det ansågs vara viktigt att lyssna till patienters problem och försöka sätta sig in i patientens situation på empatiskt sätt. Olika processer kan startas i individen när identiteten ifrågasätts.

” Vad är det för tankar som kan finnas om ens egen förmåga? Vad är det som gör att man blir så trött? Vad är det som gör att man blir rädd för att komma i vissa miljöer och få panik ibland? Vad är det som gör att ett hjälpmedel inte fungerar, trots att det är det bästa som dom kan få? Alltså, att självbilden hos den hörselskadade har väldigt stor betydelse. Det vill säga vem är jag, vem var jag när jag hörde bra och vad har jag för rättigheter att ta plats i samhället, på min arbetsplats och i min familj? Hur har jag förändrats, har jag förändrats? Det är frågeställningar som återkommer, när man får en hörselnedsättning, så det har jag fått lära mej från grunden.” (K)

4.4 Osäkerhet i yrkesutövandet och avsaknad av verktyg

Det visar sig finnas en viss osäkerhet i att hantera behovet av avspänningen, framförallt hos audionomerna som ej arbetar med metoden i dagsläget. Det finns upplevelse om avsaknad av normer då det gällde avspänning och det kan i sin tur ge en känsla av osäkerhet i hur ämnet berörs. Någon respondent uttryckte också att det kunde vara svårt med bedömning av patientens tillstånd och behov, att man kunde dra fram tillstånd som kunde vara svårhanterliga, genom att beröra ämnet avspänning.

”Jag känner mig inte alls bekväm i det ... för jag vet att det finns så många duktiga människor som håller på med sånt här... det finns ju utbildningar ... ska jag klampa in där ...ett område som jag inte behärskar. Jag känner att jag inte har nån bra kunskap som jag med gott samvete kan förmedla ... eftersom man vet, det kanske inte bara är spänningar, att man är spänd...det kan vara svårt att veta vad som egentligen ligger bakom, det kan ju vara nåt riktigt allvarligt ... med depressioner och så. Dom kanske inte riktigt vågar uttala hur de mår och då blir det, det här - Jag känner mej lite spänd ... och det kan vara täckmanteln till nåt svårare.” (A)

Det finns delade meningar om avspänning skall ingå som en del i audionomernas kunskapsområde, eller om det också skulle kunna ingå i yrkesutövandet.

”Oh, ja, men vi ska hinna (skratt). Det är väl den största boven, men hade vi haft kunskap om det, så tror jag att vi också hade mått bra av det, i vårt yrke. Dels gå egna kurser ... så att man vet vad man pratar med brukaren om.” (A)

Det fanns reflektioner om att utökad information av ämnet avspänning från audionomer kunde vara till godo i den rehabiliteringen. Patienterna som erbjöds fördjupad hörselrehabilitering hade oftast inte vetskap om att avspänning var en möjlig behandlingsmetod och träningsmetod för egenvård.

I diskussionen om vad som upplevs saknas i rehabiliteringen finns utlåtanden från audionomer. Det framkom en avsaknad om närmare samarbete med andra yrkeskategorier, sjukgymnast och/eller massör, som saknades i de vanliga teamen. De var också önskvärt att de hade eller delgavs viss kunskap om hörseln.

”Ja, det gör jag. Jag saknar en sjukgymnast eller massör, nån som är kunnig i avspänning, det har vi pratat ofta om, det skulle va ett jättelyft.” (A)

”Jag kan nog sakna kontakten, den kan jag i och för sig ordna själv, men jag saknar nog att man har nån ute på stan som man vet är duktig på kanske hörselskador, tinnitus, då vet dom vad det handlar om och varför personen behöver avslappning. Jag tycker ju själv att det är intressant och jag skulle vilja ha små råd att ge också, nåt litet häfte eller nån information om det här avslappningsbandet är bra ... att det finns utvärdering på det. Så det kan man sakna.” (A)

4.5 Metoder

När intervjuerna kommer in på metod så har de yrkeskategorier som utövar avspänning, mer information att delge än audionomerna som ej utövar avspänning i dagsläget. Olika tankar kring enskild behandling och grupprehabilitering lyfts fram, både för och nackdelar. Fördelarna med grupprehabilitering kan vara att deltagarna fick se att de inte var konstiga, eller ensamma om sina problem. De kan utbyta erfarenheter och det kan verka stärkande för dem. Gruppdeltagarna kunde själva också utföra enkel massage på varandras axlar. Ibland kunde det vara svårt att våga visa delar av ”sitt inre” för andra deltagare, en styrka som brukade växa med tiden. Mer tid och möjlighet till djupare diskussion, kan dock finnas vid enskild behandling.

”Över lag enskilt. Därför att ... jag har haft i små grupper om tre personer men ... för frågan blir ändå – Så här och så här känns det – vill jag diskutera det med grannen, de andra patienterna? Och, det är ofta så när det gäller tinnituspatienterna. De fördelar med grupp är att, att våga se – Jaha, säger du likadant, känns det likadant för dej? – Jag är inte konstigare än nån annan. Men, ofta så är det så mycket annat som är involverat.” (S)

” Jag kan se nackdelar ibland, beroende på hur stor gruppen är --- man kan känna sig lite blottad också när man slappnar av, även när man drar ner och det här. Just det här - Tittar nån på mej och så ... därför så ... det är nackdelen med grupp. Men fördelen med grupp kan också vara samma sak, efter ett tag när dom lär känna varandra så blir det ju ett stöd, dom känner varann och kan slappna av i gruppen, så det är både och. Fördelen med grupp är att man blir inte så utsatt. Har jag en enskilt, den erfarenheten har inte jag anser jag, att ha avspänning med bara en ... då tror jag att dom personerna kan känna sej utsatta ... eller om det är jag som tror att den personen känner sej utsatt, det vet jag inte ... eller att jag inte har gjort det. Men jag tror att gruppen är bättre där. Mellan 5-10, inte för få och inte för många heller, för det här med gruppdynamiken är så viktig. För att dom ska lära känna varann, då är det inte bra med för stora grupper. För det är det här med att man hör sämre och det blir jobbigare att lära känna ... få med allihopa, ju större grupp desto svårare att göra sej sedd och hörd” (H)

När samtalen kom in på metodgången, berättade respondenterna om olika sätt rehabiliteringen kunde gå till väga på. Det var metoder som berörde både det fysiska och psykologiska planet hos patienten. Att våga vara och uppleva hur kroppen svarar på skillnader i spänt och avspänt tillstånd, var en vanlig metod. En viktig bit av träningen är att kunna öka kroppsmedvetenheten. Mindfulness meditation är en metod som har börjat sprida sig inom vanlig hälsosjukvård och den användes även inom fördjupad hörselrehabilitering, till vissa patienter. Metoden står för medveten närvaro, en acceptans av situationen.

”Ja, jag använder ju autogen träning då, i första hand, alltså att den då man suggererar sig själv, med olika meningar och man intalar sej att olika kroppsdelar är avspända och varma och lugna och så ... därför att det är något som man ska kunna använda när man är hemma hos sej själv och inte bara vara beroende att komma hit och göra. --- Både den Mindfulness där man visualiserar negativa tankar och Mindfulness som handlar om en

slags andningsövning. Det är medveten närvaro. Det är väldigt många som har problem, därför att man tänker väldigt mycket på framtiden, eller så tänker man mycket på sånt som har hänt. Därför är det svårt att vara i nuet.” (K)

”Jag brukar i första hand använda Uneståhls. Men samtidigt så använder vi en del ... utav kroppskännedom, känna in hur du sitter, hur du står ... att uppleva och känslan av att få lov att uppleva. Och sen, Uneståhls, det här att spänna muskler och sen släppa dom, känna skillnaden och våga vara i den, för väldigt många utav hörsel och tinnituspatienter är ångestfyllda, oroliga ... och det är själva varandet som är problemet.” (S)

4.6 Respons

Här talar vi om vad som kan hända med patienten i rehabiliteringsprocessen, om uppfattning hos ansvariga för avspänningen, av patientens reaktioner och respons. Det kan ta olika lång tid innan patienten upplever skillnad av sitt tinnitusljud. Oftast blev alla påverkade på något sätt, vanligtvis positivt. Reflektioner kring informationens betydelse framkom, likaså den positiva responsen från patienterna och tryggheten att få träffa andra med samma problem, genom grupprehabilitering. Även om vissa symptom kvarstod efter rehabiliteringen, så uppfattar respondenterna, att patienterna hade nått en annan acceptans av problemet. Det beskrivs vara en stor glädje och vinst av livskvalité för den drabbade, då denne kan uppleva en ökad känsla av självkontroll.

*”Sen ... beror det alltid på hur starkt det här är, hur mycket du har påverkats med din livssituation, mer eller mindre. Alla blir förändrade och när man ser att dom själva kan vara med och styra, det är inte nån annan som styr det, det är **inte sjukdomen som styr mej.**” (S)*

”Ja, det brukar ju inte va så att de säger att tinnitus har minskat, men ganska många tycker att det dom fick i gruppen har gjort att dom blivit mycket lugnare och då är det inte bara avspänningen utan även det att dom har träffat andra ... och att dom fått information, det är minst lika mycket, tror jag .” (K)

Avspänningen kunde ge sig olika uttryck. Det fanns exempelvis beskrivningar om en lättnadskänsla i kroppen från patienterna. En del patienter drömde sig bort till behagliga platser som de tidigare upplevt, behagliga minnen gav behaglig avspänd känsla i kroppen.

Kvinnorna ansågs ha mer kunskap i ämnet avspänning, men både män och kvinnor ansågs svara med acceptans för metoden och positiv inställning till den.

”En del beskriver att dom blir lugnare. En del beskriver att dom blir lättare. Alltså ... ibland har man nästan som ett moln här och när det försvinner så bli saker och ting lättare för dom, en del kan tycka att det är jobbigt just om dom blir ledsna, för en del blir det. --- Dom blir lugnare och dom vill ha den här lilla stunden. Jag märker det, kvinnor är mer medvetna, har blivit det med tiden och det är väldigt roligt att se dom äldre, både karlar och kvinnor, främst karlarna, som ännu mindre har hållit på med såna här ... konstiga saker. Det är väldigt positivt, det är det.” (H)

Audionomen upplevde att individer med Ménière har haft god hjälp av massage och avspänning. Patienterna har delgett henne positiv, eller mycket positiv respons av sin rehabilitering hos sjukgymnast.

”Om vi tar avspänning då, så är det ju Ménière patienterna som jag vet har god hjälp av det ... har jag upplevt 3-4 stycken och det är ganska mycket när det gäller Ménière, som upplevt att dom fått hjälp. Dom har gått avslappningskurs, då 8 gånger och innan så har dom gått hos sjukgymnast ... det har varit som ett ”kit” med massage och samtal kring Ménière och då med hur mycket anfall dom har haft. Det har vart väldigt bra. Dom har haft jättemycket hjälp av det.” (A)

4.7 Samarbete

I denna kategori talade vi om förhållningssättet till samarbete mellan olika yrkeskategorier, eller kollegor inom samma yrkeskår. Samarbete med team, där flera olika yrkesprofessioner ingick, uppfattades som en trygghet och fungerade bra. För att kunna använda varandras kunskaper inom teamet och se problem ur en annan synvinkel, gällde det att kunna avgöra vart gränsen för ens yrkesområde gick. Den bedömningen var inte alltid helt lätt, men erfarenhet kom med tiden. Respondenterna talade om sitt yrkesutövande med seriositet och de ville göra ett bra, riktigt arbete, i det man hade kunskap om.

” Ja, inte ofta, men det händer. När man kör fast, när man känner att jag har sagt det jag kan och du fortfarande tittar på mej med den där blicken – Ja, vad gör jag nu? När de inte tar åt sej det jag säger. Då känner jag att det ska va nån utbildad i dom här samtalen och då remitterar jag. --- Som audionom ska man veta vart gränsen går, det här är mitt jobb.

Jag kan trampa lite över gränsen, men inte helt över, för då går jag bort, då fungerar inte jag. Man måste tänka på sej själv också. Man kan inte jobba med nåt man inte kan.” (A)

Att ha alla enheter i hörselvården och olika yrkeskategorier samlade på ett och samma ställe, upplevs som en stor trygghet i arbetet och underlättar för extra bedömningar, utredningar och stärker helhetstänkande. Det blir lättare ett naturligt, tätt samarbete om det är nära till kollegorna.

”Det kanske behöver saneras, då har vi tekniker om det behövs göras nåt akustiskt. Kurator brukar jag nämna också. Är det väldigt jobbigt, att dom är trötta och slut men dom vill ändå inte ta till sej, ja då har vi ju team, då kan jag ta upp det till läkaren och säga – Jag vill att du träffar den här patienten, det är nåt som inte stämmer, det funkar inte fast jag har nämnt dom här intensivveckorna, den här är inte mogen ... – Kan du ta en träff? Och oftast så gör han det. Så, fångar man upp dom, så det är därför det är så bra med den enade ... att man har alla kategorier på samma ställe. Jag behöver inte skriva ett papper. Jag kan gå till kuratorn som sitter bredvid mej. Och jag har doktorn här, jag kan ringa ett samtal. Och teamen har vi en gång i månaden, då åker hela länet dit. Vi är då två hörselpedagoger och då sitter vi med dom patienterna jag har på olika orter, ihop med våra läkare, kurator och så har jag audionomer och så tar vi upp om det är nånting.” (H)

Det beskrevs som ett viktigt stöd, att få prata med sina kollegor om vissa problem eller upplevelser. Kontakter med kollegor användes i stort sett dagligen.

*”Hm, nästan varje dag. Det är **nånting** varje dag, man kan inte sitta och bara ta emot, utan man måsta få släppa ut lite också. Och, då blir det att man har dörren öppen och pratar med en kollega – Å, jag måste få berätta ... för att få ut lite och så kanske man får – Ja men nästa gång, kan du inte göra så här, eller så här? – Så här brukar jag göra.” (A)*

På frågan om vilka yrkeskategorier som skulle kunna samarbeta med ansvaret för avspänning blev svaret av liknande karaktär från flera av respondenterna.

*”Egentligen tycker jag nog att dom flesta yrkeskategorier skulle kunna göra det... audionom, pedagog, kurator och psykolog. För jag tror, att alla kan lära ut det här, om man har ett **intresse** och att man **tror på** att det gör nånting gott för människor, att lära sej*

den egenvården. Så, det handlar egentligen inte så mycket om utbildningsbakgrund, utan om intresse och inriktning.” (K)

4.8 Personlig utveckling och arbetsglädje

I det sista temat presenteras reflektioner över att lära in nytt och förändra sitt arbetssätt. Det var en vanlig uppfattning, att det behövdes mer kunskap kring ämnet avspänning och förhållningssätt för det. Respondenterna upplever att förslag på introduktion eller ett utökande av metoden avspänning i rehabilitering, skulle med stor sannolikhet, bemötas på ett positivt sätt av ledning, dock misstänktes ekonomiska begränsningar. Vi samtalade också om vad arbetet med hörselvårdspatienter ger tillbaks och den glädje som finns i att kunna hjälpa andra individer.

Fanns det personligt intresse för att utbilda sig och bedriva avspänning?

”Ja, varför inte egentligen, varför inte? Om, man fick utbildning i det och ... kunskap är ju inte tungt att bära.---”Ja, då skulle jag ju vilja ha information och utbildning när det gäller avslappning och sen utefter det kanske man kan bedöma hur mycket man kan använda det och så ... det är ju ett område som man skulle kunna lära sig jättemycket i.”

(A)

Flera intervjudeltagare ansåg sig ha fria händer i sitt arbetssätt och kunde ta in och anpassa arbetsmetoder utefter positiv respons och utvärdering från patienter.

Vissa upplevde dock att, trots att de såg behov av förändring och hade visioner om bland annat motion och avspänning, var det dock inte alltid så lätt att driva igenom dem.

*”Ja, absolut, det är väl lite svårt att tillämpa det i praktiken bara, vi är ju så här, vi går i våra spår, så här har vi alltid gjort. Så det är svårt att ändra sej, fast jag tror att alla känner att det behövs, men man vet inte riktigt **hur** man ska vända på det.” (A)*

Intervjuerna avrundades med frågeställningen om vad som var roligast i arbetet. De tyckte bland annat att det var givande att arbeta utefter ett helhetstänkande och finna de verktyg som passade för patientens specifika problem. Alla verkade ha ett genuint intresse för att lyssna och ta del av en annan människas berättelser. Respondenterna fokuserade svaren på att mötet med människan och att få patienterna att komma till insikt med egna lösningar, var något som gav stor arbetsglädje.

” Så det är rätt häftigt att höra hur människor också löser sina saker. Så på det sättet är vi ju en liten kugge, tanke- igångsättare och vi är informatörer. Och man ska nog inte underskatta informationens betydelse, tror jag. För den tar, även om inte människor tycks lyssna första gången, eller andra, så är det ändå nåt litet som fastnar där.” (K)

”Mötet med människan ... att kunna ge råd...att kunna få en människa att själv inse, själv säga de orden som jag vill säga ... att få en person att komma på vad det är jag vill. Det är häftigt men svårt. Det är det jag strävar efter.” (H)

5 DISKUSSION

5.1 Metoddiskussion

Kvalitativ studie valdes för att undersöka uppfattning, erfarenhet och eventuell avsaknad av avspänning som metod hos yrkesverksamma inom hörselrehabilitering. Influenser från forskningsmetoden fenomenologi med intervjuer valdes, då detta arbetssätt lämpade sig bäst för att få fram data i form av åsikter och tankar. Antalet deltagare i denna intervjustudie var lågt och därför lades vikten, just på djupet av informationen som deltagarna gav, snarare än att samla in data av kvantitet och frekvens. Intervjustudie valdes också på grund av att det fanns relativt liten mängd fakta kring just individer i hörselrehabilitering som får tillgång till metoden avspänning. Inga audionomer som arbetade direkt med metoden hade möjlighet att delta i studien. Dock fanns det audionomer som tyckte att avspänning var ett intressant ämne och som hade synpunkter, som de kunde delge i intervjuer. I gruppen av 6 personer hade alltså hälften, avspänning med i sitt arbetssätt som ett möjligt verktyg. De hade delvis olika utbildning och kunskap kring ämnet avspänning och bidrog till att utlåtanden fick bredd Om det funnits mer tid tillförfogande för större undersökningsgrupp, mer rutin kring intervjuteknik, hade resultaten med stor sannolikhet kunna breddats ytterligare.

Det kändes viktigt, att få respondenterna att inse, att de alla bar på olika kunskaper och erfarenheter som intresserade mig. Genom att respondenterna delgavs anonymitet, kunde det påverka utlåtanden i den riktning, att de vågade tala mer öppet om deras egna personliga uppfattning. Det verkade också vara bra jämvikt i samtalet, att vara en intervjuare och en respondent, att inte ytterligare en person satt som åskådare och eventuellt hämmade uttalanden.

Metodgången var hämtad från IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) vilken underlättade att följa ett och stegvist analysförfarande och intervjudeltagarnas utlåtanden. Parallellt med analysen har reflektion och ett logiskt resonemang förts i kvalitetssyfte.

5.2 Resultatdiskussion

Intervjupersonerna i studien uppfattade avspänning som ett viktigt ämne för alla, speciellt med tanke på hur dagens samhällen fungerar. Resultaten visar på att det förekommer behov av avspänning, i relativt stor utsträckning, bland hörselvårdspatienter. Det förekom även att patienterna själva visade intresse för någon kompletterande behandling och lyfte frågan om möjligheter till det, framförallt kvinnor.

Individernas problematik var unikt från fall till fall, men många besväras av liknade problem. Patienterna berättade ofta om en stor trötthet på grund av hög koncentrationsnivå, vilket även beskrevs ingående av Héту (3) som menar att individer med hörselnedsättning kan uppleva känslor av förlöjligande eller skam och lägger mycket kraft på att undanhålla sin sårade sociala identitet. Rehabilitering bör därför i första hand bemöta individens behov av stöttning i att återfå självkänsla och stärka sin identitet. Även om tekniken är den senaste och den bästa möjliga inställning utefter audiogram är gjord, så bör ändå individen vara medveten om att hörseln inte går att återfå, fullt ut. Här ligger en viktig bit angående information till patienten i början av rehabiliteringen och att lägga förväntningarna på hörapparat, på rätt nivå. Men, det kan ändå vara mycket svårt att acceptera att kroppen inte fungerar på samma sätt som tidigare och det kan i sin tur generera oro. Det beskrivs även av Erlandsson (4) som menar att symptom som begränsar individen till att leva ett normalt liv, ökar oro och lidande och förmedlar viktiga signaler för rehabilitering, sett ur ett psykologiskt perspektiv.

Det fanns olika uppfattningar om avspänning skulle kunna ingå i audionomens arbetsuppgifter, då de saknades kunskap i ämnet. De kunde i dagsläget ge tips för egenvård som att exempelvis, köpa CD-skivor från Apoteket och i vissa fall remittera vidare till fördjupad hörselvård. Det uttrycktes också ett behov om ett utökat samarbete med andra yrkeskategorier, främst sjukgymnast, eller massör med kunskap kring funktionsnedsättningar av hörseln. Utlåtanden av respondent beskriver mycket positiv feedback, från patienter som har fått ta del utav massagebehandlingar i rehabiliteringen. Field (11) har tillsammans med kollegor genomfört en mängd olika studier av massagens verkan. Enligt författaren visar sig massagemetod ha en positiv inverkan på individen genom att, bland annat minska graden av upplevd smärta, lindra oro och depressionstillstånd och öka

immunförsvaret. Det kan vara viktiga effekter för patienter med exempelvis tinnitus, vilka ofta kan liknas vid att befinna i ett tillstånd med kronisk smärta (8). Reflektioner från respondenterna var, att massagen var oftast för dyr för patienten att fortsätta med efter rehabilitering och att hörselvården i först hand skulle stå för, att lära ut metoder för egenvård. Respondenter upplevde att patienters efterfrågan av dessa behandlingar, berodde på att de oftast hade mer kunskap om sjukgymnasten och massörens arbetssätt, än av hur exempelvis kurator och psykolog arbetade.

Olika arbetssätt kunde användas i rehabilitering, till exempel enskild eller grupp-rehabilitering, styrt utifrån individens behov. Internat med flera dagars sammanhängande kursverksamhet, gav tillfälle för gruppdeltagarna att lära känna varandra och utbyta erfarenheter. Rehabilitering kunde innefatta samtal, stresshantering och avslappningsövningar. Erlandsson (4) beskriver i sin artikel, bland annat grupperapi, som innehåller stödjande samtal med olika teman och där deltagarnas ord och tankar får ta stor plats i diskussionen. Reflektioner från intervjudeltagarna handlade också om att tankens kraft kunde ha en stor inverkan på i människan. Det överensstämmer väl med teorier beskrivna av Sadler, Stephens, och Kennedy (16) vilka presenterar metoderna kognitiv beteendeterapi kombinerad med Mindfulness. Patienten fick på så sätt chans bryta länken mellan negativa upplevelser och negativt tankemönster och istället utveckla en acceptans för känslor och tankar, utan att störas av dem. Alltså, acceptans både för tinnitusljud och reaktioner på tinnitus.

Respondenterna hade positiva erfarenheter, utav att patienterna upplevdes som lugnare och mer stabila, efter rehabilitering med avspänning, massage och Mindfulness, trots att symptom oftast kvarstod. Ett utlåtande från respondent var, att avspänning var mer ett sätt att förhålla sig till livet, än en metod.

Kollegorna hade en stor betydelse då det gällde att dela med sig av reflektioner och man stöttade ofta varandra med tips och lösningar. Teamen i hörselvården kunde innehålla något olika konstellationer av exempelvis läkare, kurator, psykolog, hörselpedagog och audionom. De uppfattades som en stor trygghet, i att kunna ta hjälp av varandras kunskapsområden. Det kan knytas an till författarna Wilson och Henry (8) som beskriver tinnitus vid ett medicinskt och psykologiskt fenomen och att dess rehabilitering vanligtvis kan kräva insatser från olika yrkesprofessioner. Då det gällde samarbete med just avspänning reflekterade respondenterna över att, intresset för avspänning och en tro på att metoden gjorde människan gott, var av större vikt, än beroende på yrkesbakgrund.

Resultaten från den sista kategorin presenterar personlig utveckling och arbetsglädje. Deltagarna uttryckte sig positiva till kunskapsinhämtning kring ämnet avspänning. Att det var viktigt att lyssna på patientens upplevelser för att utveckla och bruka metoder utifrån positiv respons, återkom som uttalanden. Det belyses också i *Management of tinnitus patient* av Erlandsson och Tyler (9) vilka anser, att det är av stor vikt att noga lyssna till patientens problematik och utefter hur mycket patienten besvärar av sin tinnitus, fördjupa frågeställning. På så sätt kan en bedömning ske, utifrån vilken grad av tinnitus patienten lider utav och vilka behandlings metoder som anses vara lämpliga.

Mötet med människan och att få en individ att komma till insikt om ett problem, utveckla acceptans och hitta sätt hur problemen kan lösas, uppfattades som ett viktigt mål i rehabiliteringen. Respondenterna beskriver att patienternas förmåga att hitta egna lösningar och acceptans förändrades och, eller ökade genom avspänningsövningar. Det överensstämmer väl med artikel skriven av Walsh och Shapiro (17) där metoderna avspänning och meditation beskrivs. Metodernas effekter visar på resultat som ökad koncentrationsförmåga, förmåga att minska negativa känslotillstånd och bemöta svårigheter med mer jämnmod. Det upplevdes som en stor tillfredsställelse och glädje, både för patient och yrkesverksam då det tillståndet växte fram. Sadler, Stephens och Kennedy (16) presenterar ett biopsykologiskt synsätt på rehabilitering, då de anser att det kan vara många olika faktorer som är involverade vid funktionsnedsättning av hörseln, exempelvis genetisk sårbarhet, livsstil, personlighet, psykologiska faktorer som stress och stöd av andra. Det stämmer väl med respondenternas reflektioner över att individen i hörselrehabilitering är inte bara "två öron" utan det är viktigt att se individen utifrån ett helhetsperspektiv genom hela rehabiliteringsprocessen. Att arbeta utifrån det synsättet tillsammans med goda tekniska hjälpmedel och effektiva behandlingsmetoder ansågs, av intervjudeltagarna, vara grundstenar för en lyckad rehabilitering.

5.3 Framtida forskning

Forskningen pågår idag, bland annat på tinnitusproblematiken. Identifikation av vilken typ av tinnitus som drabbat en individ, anses vara viktig för att kunna ge rätt form av behandling. Behandlingar kan innefatta akupunktur, laser, läkemedel, bett och käkreglering. Här saknas det dock i dagsläget, bevis för att metoderna har övertygande effekter. Behandlingar som antidepressiva läkemedel, KBT-kognitiv beteendeterapi, stretchövningar och avspänning visar på resultat av påverkan, i olika grader, av bland annat livskvalitén och störljudet av tinnitus. Det finns även teorier om att träning kan ha liknade

effekt som avspänning. Ytterligare forskning behövs med bland annat double-blind tester, för att ge relevanta resultat.

Det vore intressant att höra fler åsikter angående metoder av avspänning, från yrkesverksamma som arbetar med individer i hörselrehabilitering. Studier skulle också kunna göras på mottagningar för utvärdering, där patienter deltagit i behandlingsmetoderna, genom intervjuer eller enkäter om livskvalité, om effekterna av avspänning är bestående och om individen fortsättningsvis, brukar metoden själv som egenvård. Det är en viktig del i arbetet inom hörselvården att ständigt ta del av nya rön för att utveckla arbetssätten ute på mottagningar.

5.4 Konklusion

Intervjudeltagarna upplevde att, individer som besökte hörselvården kunde ha problem, som delvis skulle kunna behandlas med komplimenterande metoder av avspänning. Det visade sig finnas intresse från patienterna av ämnet och det förekom att patienterna själva efterfrågade behandlingar av denna form. Därför borde de yrkesverksamma ha mer kunskap och utbildning i ämnet, för att på så sätt klargöra förhållningssättet till ämnet. Det kunde bidra, till ett mer naturligt sätt att diskutera och presentera möjliga metoder för patienten. Samarbete med teamet hade en stor betydelse och upplevdes som en trygghet, då patientens problem behövdes ses ur annan synvinkel. Dock förelåg det en efterfrågan av utökat eller nytt samarbete med sjukgymnaster och massörer.

6 REFERENSER

1. Alberti PW. Accessibility for the hearing impaired. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1999;49 Suppl 1: S55-8.
2. Yuhe B, Shekelle P. Quality indicators for the care of hearing loss in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55 Suppl 2: S335-9.
3. Héту R. The stigma attached to hearing impairment. *Scand Audiol.* 1996; 25 Suppl 43:12-24.
4. Erlandsson SI. Psychological counselling in medical setting-some clinical examples given by patients with tinnitus and Ménière's disease. *Int J Adv Couns.* 1998;20(4):265-76.
5. Erlandsson SI. Ménière's disease: trauma, distress and adaptation studied through focus international analyses. *Scand Audiol Suppl.* 1996;43:45-56.
6. Jordan JA, Roland PS. Disorders of the auditory system. In: Roeser RJ, Valente M, Hosford-Dunn H, editors. *Audiology diagnosis.* New York: Thieme; 2000. p.85-108.
7. Holgers K-M, Barrenäs M-L. The pathophysiology and assessment of tinnitus. In; Luxon LM, editor. *Textbook of audiological medicine.* London: Martin Dunitz; 2003. p. 555-67.
8. Tyler RS, editor. *Tinnitus handbook.* San Diego, CA: Singular; 2000.
9. Tyler RS, Erlandsson S. Management of the tinnitus patient. In; Luxon LM, editor. *Textbook of audiological medicine.* London: Martin Dunitz; 2003. p.571-8.
10. Conrad A, Roth WT. Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how?. *J Anxiety Disord.* 2007;21(3):243-64.
11. Field TM. Massage therapy effects. *Am Psychol.* 1998;53(12):1270-81.
12. Moyer CA, Rounds J, Hannum JW. A meta-analysis of massage therapy research. *Psychol Bull.* 2004;130(1):3-18.
13. Tsao JC. Effectiveness of massage therapy for chronic, non-malignant pain. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2007;4(2):165-79.
14. Siev J, Chambless DL. Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75(4):513-22.
15. Andersson G. Psychological aspects of tinnitus and the application of cognitive-behavioral therapy. *Clin Psychol Rev.* 2002;22(7):977-90.

16. Sadlier M, Stehpens SD, Kennedy V. Tinnitus rehabilitation: a mindfulness meditation cognitive behavioral therapy approach. *J Langyngol Otol.* 2008;122(1):31-7.
17. Walsh R, Shapiro SL. The meeting of meditative disciplines and Western psychology. *Am Psychol.* 2006;61(3):227-39.
18. Smith JA, editor. *Qualitative psychology: a practical guide to research methods.* London: SAGE; 2003.
19. Ludvigsson JF. *Att börja forska: inom medicin och vårdvetenskap.* Lund: Studentlitteratur; 2002.
20. Carlsson B. *Kvalitativa forskningsmetoder för medicin och beteendevetenskap.* Solna: Almqvist & Wiksell; 1991.
21. Alexandersson M. Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori I: Starrin B, Svensson PG, red.* Lund: Studentlitteratur; 1994. s.111-33.
22. Marton F, Booth S. *Om lärande.* Lund: Studentlitteratur; 2000.

BILAGA 1

Intervju guide C-uppsats VT 08

Tema 1

- Vill du berätta för mig om din uppfattning av avspänning?
- När och varför introducerades avspänning som metod i hörselrehabilitering?
- Vilka kriterier finns för att patienten ska få avspänning i sin hörselrehabilitering?
- Hur genomförs avspänningsmetoden?
- Bedrivs avspänning i grupp eller enskilt?
- Finns det för/nackdelar med metoden?
- Hur är förhållningssättet till att remittera patienter vidare för utökad/kompletterande behandlingar?

Tema 2

- Utifrån din erfarenhet av arbete med människor, hur tycker du att patienterna upplever behandling med avspänning?
- Har du delgivits utvärdering/respons från patienter som provat avspänning?
- Vilka olika typer av problem upplever du att patienter kan beskriva för dig?
- Ser du något mönster i patienternas problembeskrivning?
- Uttrycker patienter intresse och/eller behov av avspänning/massage
- Har ni någon påbyggnadsutbildning för att ansvara för avspänningsmetoden?
- Vilken typ av kunskap tycker du behövs för att bedriva avspänning?

Tema 3

- Saknas något verktyg i fördjupad hörselrehabilitering?
- Tycker du att avspänning skulle passa in i audionomens yrkesroll?
- Vilka yrkeskategorier anser du ska ansvara för och bedriva avspänning?
- Vad känner du till om metoden Mindfulness?
- Hur upplever du bemötandet och acceptansen från chefer och ledning, att bedriva avspänning som metod?
- Hur kommer det sig att du vill använda avspänning i hörselrehabilitering?
- Vad är det roligaste med att arbeta med individer inom hörselrehabilitering?