



GÖTEBORG UNIVERSITY

Faculty of Medicine  
Institute of selected clinical sciences  
Department of Audiology

Spring 2000

**MASTER THESIS IN AUDIOLOGY, 20 credits**  
**Advanced level II (D-level)**

Title

From denial to integration.  
A qualitative study of women's attitudes before attending audiological rehabilitation.

Author: Torborg Arvidsson

Supervisor: Soly Erlandsson

Examiner: Lillemor Hallberg

Abstract

Adjustment to acquired hearing loss can be understood as a process of learning and change where the point of departure is the subjective appraisal of a person's hearing loss in a social and cultural context. The aim of the study was to describe women's thoughts, emotions and actions prior to audiological rehabilitation, since these are considered important for the ongoing process of adjustment and for the planning of rehabilitation. A phenomenographical approach was used in order to describe the variation in the women's attitudes before attending rehabilitation. The subjects in the study were 14 women with acquired hearing loss, waiting for their first visit to the hearing clinic.

The result shows 17 separate categories of description representing qualitatively different attitudes. The categories are presented from three different angles: The ability to hear, The hearing loss and The encounter with the health care system/hearing care system.

The descriptive categories regarding "The ability to hear" are: Normative, Perceptual, Interactive and Existential.

From the aspect of "The hearing loss" the categories are: Denial, Stigmatisation, Being left out, Deception, One-sidedness, Integration and Mutuality.

With regard to "The encounter with the health care system/hearing care system" the categories are divided up into the following: Uncertainty, Reluctance, Autonomy, Confirmation, Dependence and Self-reliance.

The results show an extensive variation in the women's attitudes, influenced by whether the hearing loss is a part of the self-image or if it is perceived as a threat. This individualized process of adjustment cannot easily be defined as stages in a help-seeking process as suggested by Jones et al. (1987). If the process instead is understood as a learning-process, generated by the construction of meaning in a social and cultural context, the different starting-points for adjustment and rehabilitation become obvious.

Mezirows theory on transformative learning (Mezirow, 1991) describes how learning and change in adult years are structured. In this study, Mezirows theory is discussed as the basis for understanding the adjustment process and how rehabilitation can support change and development in the individual. The results also show the significance of confirmation, knowledge and self-direction in the process of adjustment, which are all fundamental components in theories of adult learning.

Key-words: Acquired hearing loss, Audiological rehabilitation, Women, Phenomenography, Learning.



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten  
Institutionen för särskilda specialiteter  
Avdelningen för audiologi

VT 2000

## EXAMENSARBETE I AUDIOLOGI, 20 poäng Fördjupningsnivå II, (D-nivå)

Titel

**Från förnekande till integration.  
En kvalitativ studie av kvinnors förhållningssätt inför audiologisk rehabilitering.**

Författare: Torborg Arvidsson

Handledare: Soly Erlandsson  
Examinator: Lillemor Hallberg

### Sammanfattning

Anpassning till förvärvad hörselskada kan förstås som en förändrings- och lärprocess där utgångspunkten är individens subjektiva tolkning av vad hörselskadan innebär i ett socialt och kulturellt sammanhang.

Studiens syfte var att beskriva kvinnors förhållningssätt inför audiologisk rehabilitering, dvs. deras tankar, känslor och handlande, då dessa ses som betydelsefulla för den fortsatta anpassningsprocessen och därmed för rehabiliteringens utformning. En fenomenografisk ansats användes i syfte att fånga variationen i kvinnornas förhållningssätt inför rehabiliteringen. Undersökningsgruppen bestod av 14 kvinnor i yrkesverksam ålder med förvärvad hörselskada som väntade på sitt första besök på hörcentralen.

Resultatet visar 17 olika beskrivningskategorier över kvalitativt skilda förhållningssätt inför audiologisk rehabilitering. Kategorierna presenteras inom tre olika aspekter; Att höra, Hörselskadan och Mötet med sjukvård/hörselvård.

Beskrivningskategorierna inom aspekten "Att höra" har följande beteckningar: Normifikativt, Perceptuellt, Interaktivt och Existentiellt.

Inom aspekten "Hörselskadan" betecknas beskrivningskategorierna: Förnekande, Stigmatisering, Utanförskap, Bedrägeri, Ensidighet, Integration och Ömsesidighet.

Inom aspekten "Mötet med sjukvård/hörselvård" är beskrivningskategorierna: Ovisshet, Motstånd, Autonomi, Bekräftelse, Beroende och Själv tillit.

Resultatet visar stor spännvidd i kvinnornas förhållningssätt, vilket diskuteras vara influerat av huruvida hörselskadan är en del av självbilden eller om den upplevs vara ett hot. Resultatet talar för en individualiserad anpassningsprocess som inte i första hand kan definieras utifrån stadier i hjälpsökandet vilket Jones et al. (1987) föreslår. Om processen istället förstås som en lärprocess genererad av individens meningsskapande i ett socialt och kulturellt sammanhang, blir olika utgångspunkter för anpassning och rehabilitering självklara. Mezirows teori om transformativt lärande (Mezirow, 1991) beskriver hur lärande och förändring i det vuxna livet är strukturerat. I denna studie diskuteras Mezirows teori som bakgrund till förståelsen av anpassningsprocessen och hur rehabiliteringen kan främja individens utveckling och förändring i relation till hörselskadan. Resultatet visar också på betydelsen av bekräftelse, kunskap och självbestämmande i anpassningsprocessen vilka är centrala komponenter i vuxenpedagogisk teori.

Nyckelord: Förvärvad hörselskada, Audiologisk rehabilitering, Kvinnor, Fenomenografi, Lärande

Jag vill rikta mitt varmaste tack till alla som hjälpt mig att genomföra detta arbete.

Tack till:

- de 14 intervjuade kvinnorna som på ett så beredvilligt sätt delat med sig av sina erfarenheter,
- min handledare Soly Erlandsson för ett enastående tålamod och konstruktiv handledning,
- mina kollegor Eva Andersson och Inger Wikström för oavbrutet stöd och uppmuntran trots att mitt arbete inneburit ökad arbetsbelastning för dem,
- professor Claes Möller och läkarsekreterare Ewa Nilsson för tillgång till och hjälp med patientuppgifter,
- Hörselskadades Riksförbunds forskningsfond för ekonomiskt stöd.

## INNEHÅLL

INLEDNING.....	2
BAKGRUND.....	2
Anpassning till hörselskada.....	2
Subjektiv tolkning.....	5
Subjektiv tolkning och vuxnas lärande.....	6
Hörselskada och kön.....	8
Audiologisk rehabilitering.....	9
SYFTE.....	11
METOD.....	11
Den fenomenografiska forskningsansatsen.....	11
Om fenomenografins relation till fenomenologi och hermeneutik.....	12
Undersökningsgrupp.....	13
Intervjuernas genomförande.....	15
Analys.....	15
RESULTAT OCH DISKUSSION.....	17
Att höra.....	18
Hörselskadan.....	21
Mötet med sjukvård/hörselvård.....	29
SAMMANFATTANDE DISKUSSION.....	37
REFERENSER.....	41

## INLEDNING

Föreliggande studie tar sin utgångspunkt i ett pedagogiskt perspektiv där vuxnas anpassning till hörselskada ses som en förändrings- och lärprocess och rehabilitering som en del i den processen. Den svenska rehabiliteringsberedningen (SOU 1988:41) visar genom sin definition av begreppet rehabilitering också på ett processtänkande i riktning mot förändring och utveckling:

”en målinriktad och tidsbegränsad process som syftar till att sätta en av skada eller sjukdom drabbad människa i stånd att nå bästa möjliga psykiska, fysiska och/eller sociala funktionsnivå och därigenom ge honom möjligheter att förändra sitt eget liv. Processen kan innefatta åtgärder avsedda att kompensera förlust eller inskränkning av funktionsförmågan (t.ex. med tekniska hjälpmedel) och andra åtgärder som är ägnade att underlätta social anpassning och återanpassning”. (s.161)

Anpassningsprocessen vid hörselskada kan ses som en del i den vuxnes fortsatta personliga utveckling. Rehabiliteringen har en viktig funktion i att understödja denna utveckling i positiv riktning. Studien inriktar sig på individens tankar, känslor och handlande i relation till sin hörselskada och den förestående rehabiliteringen, då dessa ses som betydelsefulla för fortsatt anpassning och för rehabiliteringens understödjande funktion.

## BAKGRUND

### Anpassning till hörselskada

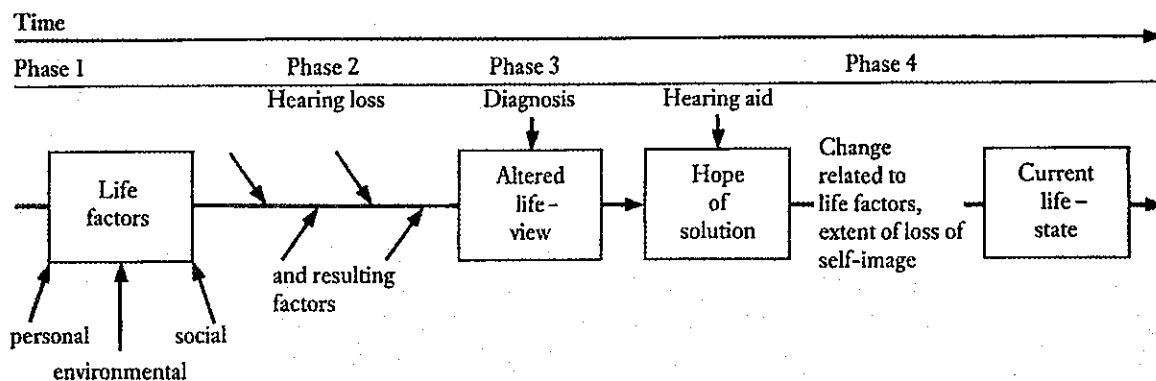
Att en hörselskada medför betydande påverkan i det dagliga sociala samspelet mellan människor är välkänt. De upplevda konsekvenserna av hörselskadan varierar mellan olika individer och går inte på en enkelt sätt att koppla till graden av hörselnedsättning, speciellt inte då det gäller lätta till måttliga hörselnedsättningar (t.ex. Brainerd & Frankel, 1985; Matthews, Lee, Mills & Schum, 1990; Erdman 1994; Newman, Jacobsson, Hug, & Sandridge, 1997). Många för individen specifika faktorer spelar in i de upplevda svårigheter som hörselskadan för med sig; ålder, livsskede vid debuten, duration, hörselkrävande aktiviteter, personlighetsdrag, förekomst av andra svårigheter, omgivningens stöd o.s.v. (t.ex. Eriksson-Mangold, 1981; Jones, Kyle & Wood, 1987). Dessutom föreligger det konstant föränderliga villkor genom att hörsel-svårigheterna ofta är situationsbundna och att graden av hörselnedsättning förändras över tid. Åtskillig forskning har ägnats åt att försöka identifiera faktorer som korrelerar med upplevelser och anpassningsförmåga till följd av hörselskada. De tydligaste samband man funnit är ålder, grad av hörselnedsättning (särskilt vid grav hörselnedsättning) och utbildningsnivå. Hittills har dock inga entydiga samband identifierats som gör det möjligt att predicera anpassningsförmåga vid hörselskada (Erdman & Demorest, 1998 a).

Vad vuxna personer med förvärvad hörselskada dock ofta har gemensamt är vissa specifika yttre drag i *anpassningsprocessen*. Den kännetecknas av att hörselnedsättningen ofta har ett smygande förlopp och blir en tidsmässigt utdragen process där adaptation sker successivt både medvetet och omedvetet (Eriksson-Mangold, 1994). Jones, et al. (1987) beskriver anpassningsprocessen vid förvärvad hörselnedsättning och ser den som en förändringsprocess med avseende på beteende, uppfattningar och relationer. Drivkraften för förändringen är det grundläggande behovet av att uppleva sig ha kontroll i tillvaron, menar författarna. Man föreslår en modell över anpassningsprocessen bestående av fyra faser som relaterar till diagnostisering och behandling av hörselskadan (se Figur 1).

*Den första fasen* är perioden innan hörselnedsättningen subjektivt debuterar, d.v.s. tiden mellan födelse och upplevd debut. Fasen representerar socialisationen, dvs. forandet av individen genom social och kulturell påverkan. Denna fas har lagts till den ursprungliga modellen (Kyle, Jones & Wood, 1985), för att understryka betydelsen av en persons grundläggande referensram i anpassningen till en hörselskada. Författarna menar att livet före hörselskadan bestämmer på vilket sätt man sedan hanterar hörselskadans konsekvenser. *Den andra fasen* avser tiden mellan upplevd debut fram till diagnostisering av hörselskadan. Kännetecknande för denna period är utvecklandet av strategier för att hantera de svårigheter som hörselskadan ger upphov till. Hörselproblemen leder till svårigheter att uppfylla sociala normer och hindrar känslan av kontroll i tillvaron. Detta leder till stress menar författarna. Att lägga skulden utanför sig själv och på olika sätt förneka och dölja sin hörselskada är vanligt i denna fas. När påfrestningarna blir för stora söker personen hjälp, menar författarna. *Den tredje fasen* representerar tiden mellan diagnos och rehabilitering och präglas av osäkerhet. Man har fått sin hörselskada medicinskt bekräftad och väntar nu på expertisens utlåtande om fortsättningen. Man hoppas på lindring och bot och sätter tilltro till att hörselvården ska lösa problemen. Författarna menar att denna fas har en passiv prägel. *Den fjärde fasen* avser tiden efter rehabilitering och innebär en fortsatt livslång anpassning där man, oftast med hjälp av hörseltekniska hjälpmedel, gradvis lär sig att leva med sin hörselskada.

Författarna uppmärksammar att de flesta studier kring konsekvenser och anpassning till hörselskada är utförda i den fjärde fasen, medan de flesta hörselskadade befinner sig i den andra, dvs. ännu inte fått sin hörselskada diagnosticerad. I kombination med denna modell vill man också koppla det livsskede personen befinner sig i. Varje fas måste förstås utifrån personens livssituation, d.v.s. i sitt sociala sammanhang. Den innebörd och mening som personerna själva tillskriver hörselskadan är uttryck för detta sammanhang. Modellen har fått sin nuvarande utformning efter omfattande intervjuer med 123 personer (83 män och 40 kvinnor) med förvärvad hörselskada i åldrarna 20 till 60 år. Faserna definieras utifrån stegen i hjälpsökandet och åskådliggör temporala faser i anpassningen där påverkan av "livs-faktorer" är utgångspunkten och den fortsatta anpassningen styrd av sättet att hantera svårigheterna initialt.

Figur 1. Modell över anpassningsprocessen vid förvärvad hörselskada. Från Jones, et al. (1987) s. 218.



Författarna påpekar att det finns behov av att uppmärksamma varje fas i anpassningsförloppet, men understryker betydelsen av fas två där hörselskadan ofta ignoreras och inte tas på allvar varken av den hörselskadade själv eller av omgivningen. Man menar att undvikande, döljande och förnekande strategier och negativ inverkan på relationer från denna fas lätt följer med in i fas tre och fyra. Man föreslår att modellen kan ligga till grund för hur rehabiliteringsinsatser planeras och utformas och förordar tidig intervention som då företrädesvis skall riktas mot interaktionen mellan den hörselskadade och omgivningen. Jones et al. pekar på behovet av fortsatt utveckling av modellen och säger att:

”There is a need to construct a more detailed picture of the perceptions of those whom have the hearing loss, about their own situation and what can be done to change it.” (s. 222)

Att diskutera anpassning till hörselskada mot bakgrund av att personen befinner sig i olika faser av en anpassningsprocess får stöd bl.a. av Eriksson-Mangold, Carlsson och Ringdahl (1991). I en longitudinell studie följdes 40 personer upp 4,5 år efter hörapparat Anpassning med avseende på förändring i upplevelse av funktionsnedsättning och handikapp. Man menar att de skilda upplevelser av framförallt handikapp som kvarstod efter 4,5 år, var påverkade av det stadie i anpassningsprocessen som den enskilde individen befann sig i.

Utmärkande för hörselskada är den påtagliga inverkan den har i *samspelet mellan människor*. Hörselskadans konsekvenser är något som den hörselskadade med nödvändighet delar med andra, vilket är väldokumenterat (t.ex. Hetu, Jones & Getty, 1993; Hallberg & Barrenäs, 1993; Stephens, France & Lormoer, 1995). Stephens och Hetu (1991) diskuterar en utvidgning av Världshälsoorganisationens (WHO) handikappbegrepp. Man pekar på att termerna ”disability” och ”handicap” används inom det audiologiska fältet med olika innebörder i olika sammanhang och vill i sin argumentation utvidga handikappbegreppet på ett par punkter så att det bättre understödjer förståelsen för processen från skada till handikapp just när det gäller hörselskada. De ansluter sig dock till de grundläggande principerna från WHO:s definition där ”impairment” är den dysfunktion som är kliniskt mätbar, ”disability” är de hörselmässiga svårigheter som uppstår till följd av hörselskadan och ”handicap” de icke hörselmässiga konsekvenser som påverkar individens livssituation (WHO, 1980). En av förändringarna som föreslås av författarna är att införa termerna primärt och sekundärt handikapp, där det senare avser det handikapp som kan uppstå till följd av anpassningen till det primära handikappet. Ett av motiven till att utvidga innebörden av begreppen är just det faktum att närstående till den hörselskadade, för egen del också kan drabbas av funktionsnedsättning och handikapp. Förslaget är ett mycket tydligt uttryck för det speciella med nedsatt hörselfunktion; den direkta påverkan i relationen mellan den hörselskadade och omgivningen. Den nya begreppsapparat som nu diskuteras av WHO (1999) är mer tydlig vad gäller kontextuella faktorer både utom och inom individen och den påverkan på individens funktion och livskvalité som dessa har vid sjukdom eller skada. Man föreslår nu nya termer, där varje begrepp har en positiv och en negativ aspekt. ”Impairment” ersätts av ”body functions and structures” respektive ”impairment”. Disability ersätts av ”activity” respektive ”activity limitations” och ”handicap” ersätts av ”participation” respektive ”participation restrictions”. De nya begreppen ligger i linje med de dimensioner som Stephens och Hetu (1991) saknade i den tidigare klassifikationen. Någon svensk översättning av WHO:s nya förslag finns ännu inte tillgänglig.

*Stigmatisering* är ett begrepp som ofta diskuteras i samband med hörselskada. Det faktum att många drar sig för att söka hjälp ses som ett resultat av hörselskadans och hörapparatens stigmatiserande effekt (t.ex. Kochkin, 1993; Hetu, 1996; Brink, Wit, Kempen, & Heuvelen, 1996; Backenroth & Ahlner, 1997).

Inom den symboliska interaktionistiska teoribildningen beskrivs förhållandet av identiteten vara beroende av (språklig) interaktion med andra människor (Mead, 1938). Av detta följer bl.a. att människor i syfte att skydda sin sociala identitet intar olika roller i olika sammanhang. Den s.k. stämplingsteorin som beskriver stigmatiseringen återfinns inom den symboliska interaktionismen. Enligt Goffman (1973) är en stigmatiserad individ någon som har en egenskap eller ett attribut som gör att han i ett visst sammanhang avviker från en förväntad norm och därför blir nedvärderad. Det attribut som leder till stigmatiseringen gör att personen själv uppfattar sig som underlägsen och onormal. Personens identitet reduceras till att helt och hållet styras av detta attribut. Hetu (1996) diskuterar stigmatiseringsprocessen vid hörselskada och de effekter den för med sig för anpassning och rehabilitering. Utgångspunkten är det faktum att personer med förvärvad hörselnedsättning särskilt i början av anpassningsprocessen undviker att avslöja sin hörselnedsättning av rädsla för att förlora sin sociala identitet. Man väljer hellre en tillbakadragen roll i sociala sammanhang än att bli klassad som hörselskadad. Sådana slutsatser har dragits bl.a. av Hallberg och Carlsson (1991) i en intervjustudie omfattande totalt 62 personer med förvärvad hörselnedsättning, där den primära drivkraften bakom olika typer av copingstrategier befanns vara styrd av vikten av att behålla sin sociala identitet. Hetu (1996) utvecklar diskussionen om vad som styr stigmatiseringsprocessen och lyfter fram hur känslor av skam är kopplat till stigmatisering vid hörselskada. Dessa känslor uttrycks bl.a. i termer av genans, känna sig förlöjligad, onormal osv. (Hetu, Riverin, Lalande, Getty & St-Cyr, 1988; Jones et al., 1987; Kochkin, 1993). Skammens sociala funktion är central genom att den fungerar som utstötningsmekanism. För tillhörighet till en viss grupp krävs att man följer gruppens sociala regler och klarar man inte det, är man inte längre en del av gruppen. Man blir utstött (Elias, 1994). Skam är således en känsla som följer av hotet mot ens sociala tillhörighet. Ett belysande exempel är när omgivningen, tidigare än den hörselskadade själv, blir medveten om hörselskadan och anklagar den hörselskadade för att inte höra (inte "klara" gruppens sociala regler). Detta är det sätt på vilket många personer blir varse sin hörselskada, ett sätt som direkt är ett ifrågasättande av den sociala identiteten. Känslan av skam kan i sin tur leda till en inre känsla av skuld. Hetu (1996) diskuterar hur hörselnedsättningens stigmatiserande effekt också påverkar förutsättningar för rehabilitering och menar att rehabiliteringen behöver ge plats åt att möta psykologisk smärta som uppstår till följd av spolierad social identitet. Danermark (1998) tar ett liknande perspektiv när han argumenterar för att audiologisk rehabilitering bör förflytta sitt perspektiv från de kompensatoriska sidorna till de mer emotionella.

### **Subjektiv tolkning**

I anpassning till funktionshinder i allmänhet är den kognitiva tolkningen (cognitive appraisal) ett centralt begrepp. Med kognitiv tolkning avses den subjektiva innebörd en person tillskriver en händelse/situation vilken formas via tankar, känslor och beteende i relation till jaget och omgivningen. Det är en process som reflekterar en individs erfarenhet, uppfattningar, förväntningar och målsättningar (Croyle, 1992). I sin modell över stress och coping utvecklar Lazarus och Folkman (1984) den kognitiva tolkningen som ett viktigt begrepp. Tolkningsprocessen är påverkad av faktorer utom och inom individen. Författarna skiljer mellan två grundläggande former av kognitiv tolkning; primär och sekundär. Den primära tolkningen menas vara individens initiala värdering av en händelse/situation såsom varande irrelevant, relevant eller stressfylld. Tolkning av stressfyllda situationer kan innefatta skada, hot eller utmaning. Den sekundära tolkningen är baserad på individens erfarenheter av liknande situationer och på uppfattning om sig själv och omgivningen och syftar till tolkning av hur det som skadar, hotar eller utmanar kan hanteras. Kognitiv tolkning och coping är på så sätt starkt sammanflätat.



Eriksson-Mangold och Erlandsson (1993) uppmärksammar tolkningen och dess betydelse vid anpassning till hörselskada av olika etiologier. I en studie baserad på gruppintervjuer med personer med otoscleros respektive bullerskada, dras slutsatsen att orsaken till och prognosen för en hörselskada i stor utsträckning påverkar den subjektiva tolkningen. Man menar därför att rehabilitering bör utformas på grundval av olika etiologier snarare än på grundval av likartad grad av hörselnedsättning eftersom den subjektiva tolkningen har betydelse för den fortsatta anpassningsprocessen. Även Stephens (1996) diskuterar betydelsen av den hörselskadades attityd och förståelse av sin hörselskada och dess konsekvenser och menar att dessa faktorer måste adresseras i planering och genomförande av rehabilitering.

### Subjektiv tolkning och vuxnas lärande.

Att den subjektiva tolkningen har en central position när det gäller vuxnas lärande och förändring utvecklar Mezirow (1991) i sin omfattande teori om transformativt lärande (transformation theory). Teorin bygger på betydelsen av människans meningsskapande strukturer, något som Mezirow anser vara förbiset i tidigare teorier om vuxnas lärande. Mezirow vill visa att subjektiv tolkning och lärande är varandras förutsättningar. Han förklarar på vilket sätt vuxnas lärande är strukturerat och identifierar de processer genom vilka våra referensramar kan utvecklas och förändras. Teorin är socialkonstruktivistisk i betydelsen att kunskap konstrueras aktivt av oss själva och att de innebörder som vi tillskriver våra upplevelser får vi tillgång till och validerar genom vårt kulturella sammanhang och i samspelet med andra; vi skapar mening genom vår relation till omvärlden. Ett fenomenets natur består således av den innebörd som en individ ger det i ett visst kulturellt och socialt sammanhang.

Mezirow diskuterar människans meningsskapande både som en omedveten och medveten process. Vi lär oss att förstå världen genom socialisation i barndomen. Dessa kulturella perspektiv bevaras omedvetna hos den vuxne och är centrala i tolkningen av våra upplevelser. Mezirow bygger sitt resonemang kring vad han kallar "meaning perspectives" och "meaning schemes" och hur dessa kan utvecklas och förändras genom lärande. "Meaning perspectives" är vår referensram som består av invanda, lärda förväntningar vilka fungerar som perceptuella och konceptuella koder för att forma, begränsa och förändra det vi tänker, tror och känner. Det vi uppfattar, filtreras, tolkas och värderas via våra "menings perspectives" i en meningsskapande akt. Ett "meaning perspective" består av ett antal relaterande "meaning schemes". Dessa är specifika kunskaper, uppfattningar, värderingar och känslor som kommer till uttryck i en tolkning. De är konkreta, specifika manifestationer av våra övergripande, generella "meaning perspectives". Ett "meaning scheme" tar sig uttryck antingen i hur man gör någonting (den instrumentella dimensionen) eller hur man förstår andra och hur man gör sig själv förstådd (den kommunikativa dimensionen).

Mezirow förklarar alltså lärande och utveckling i det vuxna livet via dessa strukturer. Lärande är en konstruktionsprocess av nya eller modifierade tolkningar av innebörder utifrån upplevelser. Vi tenderar att acceptera och integrera upplevelser som bekvämt passar in i vår referensram och avvisar de som inte gör det. Enligt Mezirow är det centralt i vuxnas lärande att kunna omforma eller avvisa inadekvata, falska eller begränsade "meaning perspectives" och "schemes". Allt lärande är dock inte transformativt till sin natur. Vi lär också genom att lägga till kunskap till våra "meaning schemes" eller genom att konstruera nya inom existerande "meaning perspectives". Mezirow menar att reflektionen kring upplevelser och erfarenheter är nyckeln till utveckling och lärande. Reflektionens funktion är att kunna validera tidigare erfarenheter och värdera relevansen av dessa.

Mezirow skriver:

"The transformation of meaning schemes is integral to the process of reflection. As we assess our assumptions about the content or process of problem solving and find them unjustified, we create new ones or transform our old assumptions and hence our interpretations of experience. This is the dynamic of everyday reflective learning. When occasionally we are forced to assess or reassess the basic premises we have taken for granted and find them unjustified, perspective transformation, followed by major life changes, may result." (s.192)

Mezirow menar att lärande i det vuxna livet syftar till att utveckla "meaning perspectives" som är mer omfattande, differentierande, integrerande och öppna. Han hävdar också att vårt behov av att konstruera och förändra innebörder har sin motsvarighet till naturliga mönster i biologisk utveckling. Varje transformation av ett "meaning scheme" eller "meaning perspective" leder till ett mer effektivt utnyttjande av energi som genererar sin egen förstärkning eftersom det resulterande förhållningssättet är bättre integrerat och mer öppet för nya idéer vilket i sin tur ger större förutsättningar för anpassning. Det är alltså en naturlig strävan hos den mänskliga naturen. När vi finner anledning att tvivla på sanningar och utsagor i vår fysiska miljö, i vårt samspel med andra och i vår personliga värld av känslor och tankar behöver vi lösa dessa dilemman innan vi kan fortsätta att lära. Vi kan dock bli missledda av "fel" i störda och underutvecklade "meaning perspectives". Dessa störningar kan blockera utveckling i det vuxna livet. En lärsituation består enligt Mezirow av fem interagerande kontexter; referensramen (meaning perspectives), kommunikationsprocessen, handlingsförloppet (line of action), självbilden hos den lärande och den externa situationen där tolkning och meningsskapande äger rum. Detta ger ytterligare en bild av lärandets koppling till identitet, socialt samspel och subjektiv tolkning.

Mezirow menar att den som arbetar med utveckling, lärande och förändring hos vuxna behöver understödja den lärandes reflektion över sina "meaning schemes", dvs. reflektion över de uppfattningar som kommer till uttryck via tolkningar. Detta gör man framförallt genom att ge plats åt den lärande att reflektera över sin historia, sitt sammanhang här och nu och över konsekvenser av sina antaganden.

Även andra forskare lägger stor vikt vid den vuxnes erfarenheter och referensramar när det gäller lärande och förändring (t.ex. Tennant & Pogson, 1995; Knowles, Holton & Swanson, 1998). Tennant och Pogson (1995) diskuterar villkor för vuxnas utveckling och lärande ur ett social- och utvecklingspsykologiskt perspektiv. De understryker att förmågan att reflektera över och lära från sin erfarenhet är central i den vuxnes formande av personlighet, identitet och sociala roller. Att se människans utveckling inte bara i termer av åldersbaserade faser, vilket är vanligt i många modeller över människans utveckling, utan snarare baserat på livshändelser och vilken innebörd dessa får i ett visst historiskt och socialt sammanhang, ger större möjligheter att förstå och understödja utveckling och lärprocesser hos vuxna.

Flera forskare har understrukit att individens subjektiva tolkning har betydelse för anpassningsprocessen vid hörselskada och för rehabiliteringen. Om rehabiliteringens funktion är att understödja en anpassningsprocess där förändring av upplevd funktionsnedsättning och handikapp är målsättningen, så är personens tankar och föreställningar om sin situation mycket viktiga att uppmärksamma initialt i rehabiliteringen. Mot bakgrund av att en subjektiv tolkning görs utifrån invanda mönster som grundlagts genom kulturell, språklig och social påverkan, finns anledning att uppmärksamma anpassning till hörselskada och rehabilitering också utifrån ett könsperspektiv.

### Hörselskada och kön

Undersökningar om anpassning till hörselskada utifrån ett könsperspektiv har varit förhållandevis sparsamt förekommande och på frågan om könsspecifika faktorer påverkar anpassning till hörselskada finns ännu inga tydliga svar.

Lutman, Brown och Coles (1987) fann i en studie om relationen mellan upplevelse av funktionsnedsättning/handikapp och audiogram, ålder, kön och typ av hörselskada, en tendens till högre handikappupplevelse hos män med sluttande sensorineural hörselnedsättning än för kvinnor med samma typ av hörselnedsättning. För övrigt fanns inga signifikanta könsskillnader. Totalt ingick 1691 personer i undersökningen. Författarna ger ingen närmare tolkning av fyndet.

Anderson, Dancer och Durand (1990) rapporterar signifikant högre grad av handikappupplevelse hos kvinnor än hos män i en studie med 52 män och 43 kvinnor över 50 år. En trend fanns också att männens svar korrelerade mer med audiogrammet än vad kvinnornas gjorde. Författarna refererar till Verbrugge och speglar sitt resultat i en hypotes om att kvinnor i högre grad än män uppmärksammar psykosociala faktorer och generellt sett är mer benägna att rapportera svårigheter i samband med ohälsa.

Erdman och Demorest (1998 a och b) genomförde en studie i syfte att ta fram normativa data angående anpassning till hörselskada. Totalt ingick 1008 personer (55,8% män och 44,2% kvinnor). Man fann en svag korrelation mellan kön och anpassningsförmåga, bl.a. visade resultatet att kvinnor fäste större betydelse vid kommunikation i det som betecknas som "sociala situationer" än vad män gjorde och använde sig i högre utsträckning av icke-verbala kommunikationsstrategier. Författarna refererar till en undersökning av Hyde, Malizia, Storms och Nemetz som också fann en tendens till att kvinnor i högre grad än män använde icke-verbala strategier. De såg också tecken på att kvinnor rapporterade mer känslomässiga reaktioner till följd av hörselskadan. Erdman och Demorest diskuterar utifrån sina och andras resultat angående könseffekter och anpassning till hörselskada att det är troligt att psykosociala variabler har stor betydelse och att vi idag har för lite kunskap om hur dessa påverkar anpassningsprocessen i det individuella fallet.

Jones et al. (1987) uppmärksammade i sina intervjuer med totalt 123 hörselskadade kvinnor och män i yrkesverksam ålder att kvinnorna generellt sett var mer frustrerade och arga över de svårigheter som hörselskadan innebar och att männen var mer benägna att skämta om problemen.

Hallberg och Jansson (1996) undersökte i en kvalitativ pilotstudie 10 kvinnor med bullerskador angående deras erfarenheter om buller som hälsorisk och om att leva med en hörselnedsättning. Resultatet visade att kvinnorna i hög grad saknade medvetenhet om bullerskaderisker och ville dölja sin hörselnedsättning för att bli uppfattade som normalhörande. Författarna diskuterar resultatet, som i generella termer ska tolkas med försiktighet, och menar att det finns risk att kvinnor med bullerskador blir en ouppmärksam grupp, genom att kvinnorna själva inte påtalar sina problem. Resultaten indikerar dock att kvinnor väljer olika strategier i hörselkrävande situationer beroende på hur man uppfattar det känslomässiga klimatet; man "läser av" om klimatet tillåter att man t.ex. kräver att omgivningen ska anpassa sig. Man diskuterar också det faktum att kvinnorna saknade kunskap om buller och bullerskador som ett könsproblem; kvinnor väljer en mer tillbakadragen position på arbetsplatsen vilket kan leda till att man inte får den information man borde kunna få.

Backenroth (1996) har i en enkätundersökning (n=108, 57 kvinnor/51 män) angående hörselskadades anpassning och rehabilitering på arbetsplatsen inte uppmärksammat några tydliga könsskillnader. Dock finns tendenser i materialet i linje med ett traditionellt könsrollsmönster; att männen i högre grad än kvinnorna har möjlighet att styra och bestämma över arbetssituationen och att kvinnorna tenderar att ha bättre kommunikation med sina arbetskollegor än vad männen har. I de fall hörselskadan faktiskt upplevdes påverka arbetsuppgifternas utförande önskade kvinnorna förvärvsarbete i mindre utsträckning, medan det förhöll sig precis tvärtom för männen. Författaren ser även här ett traditionellt mönster; män antas sträva efter att göra något aktivt, att "jobba på som vanligt" medan kvinnor har behov av att bearbeta svårigheter på ett mer intrapsykiskt plan. Ett statistiskt säkerställt samband fanns i undersökningen som visade att kvinnor i högre grad än män deltog i rehabiliteringsåtgärderna som genomfördes på arbetsplatsen.

I en undersökning av Waridel (refererad av Hetu, 1996) intervjuades yrkesarbetande kvinnor med hörselskada angående sin situation. Intervjuerna skedde en tid efter det att de fått hörapparat. Här framkom att kvinnorna kände starkt behov av att dölja alla tecken på hörselskadan. De uppfattade hörselskadan som mycket negativt laddad, som ett tecken på låg intelligens, mentala hälsoproblem, svaghet och ålderdom. Kvinnorna kände sig också mindre kvinnliga till följd av hörselskadan. Känslor av skam och skuld var tydligt förekommande. Hetu understryker att förhållandet mellan sociala roller, kön och stigmatisering i samband med hörselnedsättning behöver uppmärksammas.

### **Audiologisk rehabilitering**

Målsättningen med audiologisk rehabilitering är att minska eller undvika upplevelser av funktionsnedsättning (disability/activity limitations) och handikapp (handicap/participation restrictions) (t.ex. Stephens & Hetu, 1991; Erdman, 1993). Gångse audiologisk rehabilitering för vuxna innefattar i första hand utprovning av hörapparater och andra hörseltekniska hjälpmedel samt information, stöd och rådgivning i samband med detta. Andra rehabiliteringsinsatser som förekommer är t.ex. att medvetandegöra och träna olika strategier för att underlätta kommunikation, träning av audiovisuell taluppfattningsförmåga och alternativa kommunikationsformer, närmare information, stöd, rådgivning och bearbetning genom samtal. Rehabiliteringsinsatserna kan vara organiserade individuellt eller i grupp samt vara olika utformade för olika grupper t.ex. utifrån ålder, typ av besvär och grad av hörselnedsättning. Den tekniska rehabiliteringen är jämförelsevis väl utvecklad teoretiskt och metodologiskt (Smeds & Leijon, 2000) och är också den rehabiliteringsinsats som hörselvården är fokuserad kring och som är tillgänglig, om än med långa väntetider, för alla hörselskadade i landet. Utvärdering av hörapparat Anpassning med avseende på upplevd funktionsnedsättning och upplevt handikapp visar varierande resultat. Flera studier visar att hörapparat Anpassning reducerar funktionsnedsättning (t.ex. Weinstein, 1996; Martilla & Jauhianen, 1996,) och handikapp (t.ex. Lamden, St Leger & Raveglia, 1995; Weinstein, 1996), men också att funktionsnedsättning och handikapp också kvarstår (t.ex. Thomas & Gilhorne-Herbst, 1980; Alberti, Pichora-Fuller, Corbin & Riko, 1984; Jones et al. 1987; Eriksson-Mangold, 1991). Att även en ökning av upplevt handikapp kan åstadkommas vid hörapparat Anpassning till följd av stigmatisering diskuteras bl.a. av Stephens och Hetu (1991).

Utvärdering av annan audiologisk rehabilitering än hörapparat Anpassning förekommer förhållandevis sparsamt. Positiva effekter med avseende på upplevd funktionsnedsättning och upplevt handikapp har dock rapporterats t.ex. när det gäller information och undervisning om hörsel, kommunikation och psykosociala konsekvenser vid hörselskada, träning av kommuni-

kationsstrategier, stödande och bearbetande samtal individuellt och i grupp (t.ex. Abrams, Hnath-Chisolm, Guerreiro & Ritterman, 1992; Andersson, Melin, Scott & Lindberg, 1994; Hallberg & Barrenäs 1994; Beynon, Thornton & Poole, 1997), samt träning av audiovisuell taluppfattningsförmåga (t.ex. Tye-Murray, Witt & Castellone, 1996).

En omfattande kartläggning av förekomst, omfattning och innehåll av den "icke-tekniska" rehabiliteringen har nyligen genomförts i Sverige (Ringdahl et al. 1999). Syftet med kartläggningen var att ta fram underlag för att utforma kvalitetssäkringsmetoder. Rapporten visar på stora skillnader i landet vad gäller vilka rehabiliteringsinsatser man erbjuder och även om kartläggningen beskriver många till synes goda rehabiliteringsinsatser, så påvisas också avsevärda brister i vetenskaplig förankring och kvalitetssäkring. Bl.a. så fungerar audiogram och remiss fortfarande i stor utsträckning som urvalsinstrument, nyckelbegrepp är oklart definierade och vetenskaplig dokumentation samt utvärdering är sällsynt. Man noterar också att den forskning som pågår inom området både nationellt och internationellt har svårt att finna mottagare i den kliniska verksamheten.

Den *inledande utredningen* av en persons rehabiliteringsbehov har en nyckelposition. Stephens (1996) understryker i en artikel angående audiologisk rehabilitering i ett psykosocialt perspektiv, att den inledande utredningens uppläggning och känslighet för nyanser i individens begränsningar och möjligheter är helt avgörande för planering av rehabiliteringen och därmed också för dess utgång. De gängse utredningsmetoder som idag rekommenderas är hörselmätning (ton- och talaudiometri) samt en utredande intervju som framförallt ska identifiera kommunikationsproblem, individens attityd och motivation samt sociala och psykologiska konsekvenser till följd av hörselskadan. Detta bör också kombineras med självskattningsformulär som mäter upplevelser av funktionsnedsättning och handikapp (Arlinger et al. 1994). Författarna påtalar vikten av att utredningen sker med metoder som är känsliga för olika aspekter på kommunikation och handikapp. Hörselskadades Riksförbund föreslår en modell för audiologisk rehabilitering där utredningsfasen skall mynna ut i medicinsk diagnos och prognos, en kommunikationsdiagnos (hur kommunikation fungerar i olika situationer samt hur hörselskadan påverkar taluppfattningsförmågan) och en psykosocial diagnos (hur hörselskadan påverkar individen i ett socialt helhetsperspektiv) (HRF, 1999). Det råder synbarligen enighet om vad som är betydelsefullt att kartlägga inför rehabilitering, men det saknas fortfarande beskrivningar och riktlinjer för hur utredning inför audiologisk rehabilitering bör gå till, på vilket sätt den ska identifiera centrala komponenter och hur detta sedan ska om sättas i relevanta rehabiliteringsinsatser. Att detta har sin grund i avsaknad av kunskap ger Erdman (1998 b) uttryck för:

"Before intervention strategies can be developed that make it possible to facilitate adjustment to hearing impairment, the variables that contribute to the process must not only be identified, their roles must be fully explicated." (s. 133)

Hetu (1996) diskuterar i sin artikel om hörselskada och stigma att den innebörd och mening som den hörselskadade tillskriver hörselskadan, dvs. den subjektiva tolkningen, har stor betydelse för rehabiliteringen. Han säger:

"Hearing impairment has been extensively studied from a pathophysiological and psychoacoustic standpoint. Procedures have been designated to cure or compensate this sensory limitation. However, relatively little attention has been given until now to *the key factor of rehabilitation outcome*, that is, *the meaning* people ascribe to hearing impairment." (s. 22) (min kursivering)

Den traditionella audiologiska rehabiliteringen har kritiserats för att inte i tillräckligt stor utsträckning ta hänsyn till de individuella faktorer som man menar är avgörande för rehabiliteringens utgång (Erdman, 1994). Det hävdas att den alltför ensidigt fokuserar på utredning och behandling på skadenivå; d.v.s. att kompensera den faktiska hörsel förlusten med hörseltekniska hjälpmedel. Detta blir konsekvensen om man menar att förstärkningsmässig kompensation av skadan automatiskt ger reducering av upplevd funktionsnedsättning och upplevt handikapp. Att audiologisk rehabilitering behöver möta behov utifrån individens specifika upplevelse snarare än i graden av hörsel förlust stöds av fynden om att upplevelse av funktionsnedsättning och handikapp inte entydigt korrelerar med grad av hörsel förlust. Enligt Erdman står det klart att det i rehabiliteringen behöver uppmärksammas vad personen tänker och känner eftersom det är på grundval av dessa tankar och känslor som hjälpen efterfrågas.

## SYFTE

Studien syftar till att beskriva förhållningssätt d.v.s. tankar, känslor och handlande, hos kvinnor med förvärvad hörselnedsättning, inför audiologisk rehabilitering.

## METOD

### Den fenomenografiska forskningsansatsen

Fenomenografin som forskningsansats utvecklades på 1970-talet vid pedagogiska institutet vid Göteborgs universitet. Ordet fenomenografi kommer från grekiskans "phainomenon": "det som visar sig" och från "grafia": "beskriva i ord eller bild". Fenomenografi betyder således: "beskriver det som visar sig" (Kroksmark, 1987.)

Det fenomenografiska kunskapsintresset är att beskriva hur människan uppfattar/erfar fenomen i sin omvärld. Den vill beskriva innebörden i stället att förklara, visa på samband eller redovisa frekvenser. Den vill upptäcka och beskriva variationen i kvalitativt skilda sätt att uppfatta/erfara olika fenomen, det s.k. andra ordningens perspektiv. Med första ordningens perspektiv avses objektiva observationer om världen; vad något är (Marton, 1981). I en uppfattning av något (andra ordningens perspektiv) finns en vad-aspekt; d.v.s. ett innehåll, det objekt som tanken är riktad mot, och en hur-aspekt; d.v.s. hur innehållet är strukturerat, hur tanken är riktad. I en fenomenografisk studie är det hur-aspekten som fokuseras i analysarbetet (Alexandersson, 1994).

Det fenomenografiska kunskapsintresset hänger samman med den fenomenografiska synen på lärande. Lärandet är bundet till människans relation till omvärlden; att lära något nytt är det samma som att en förändring sker i individens sätt att uppfatta och relatera till sin omvärld. Det är människans behov av att skapa mening som är grunden för förändring i den relationen. Det finns således redan en uppfattning och när den förändras i någon form sker lärande. Genom att avslöja individens skilda sätt att tänka kring ett fenomen får man kunskap om vad och hur någonting lärs. Fenomenografin har därför ett pedagogiskt fokus genom sin strävan att upptäcka de uppfattningar/erfarenheter vilka ligger till grund för fortsatt lärande och därmed till fördjupad förståelse (Kroksmark, 1987).

Vid sidan av intresset kring lärprocesser har den fenomenografiska forskningen kommit att handla om hur människor uppfattar olika aspekter av omvärlden utan att koppla det till inläring i sig. Även här betonas relationen mellan individen och omvärlden som grundläggande för hur människor förhåller sig, tänker och agerar i sitt dagliga liv (Alexandersson, 1994).

Det innehåll som människan ger åt relationen mellan sig själv och omvärlden är fenomenografins grundläggande enhet och benämns "uppfattning". Man pratar om uppfattning av något och inte uppfattning om, för att tydliggöra att uppfattningen inte handlar om en åsikt utan om en innebörd. Marton (1981) beskriver hur uppfattningarna genom den fenomenografiska metoden representerar kollektiva förståelseformer av ett fenomen, d.v.s. det har lämnat individnivån och beskriver fenomenets möjliga innebörder oavsett sammanhang. Denna dekontextualisering har blivit problematisk inom vissa forskningsområden där fenomenen till sin natur är kontextberoende, som t.ex. inom omvårdnad (Friberg, Dahlberg, Petersson & Öhlén, 2000). I senare fenomenografiska studier har dock begreppet "erfarenhet" (att erfara något) (Alexandersson, 1994) och "förhållningssätt" (att förhålla sig till något) (Hansson Scherman, 1994) kompletterat uppfattningsbegreppet då de studerade fenomenen inte bara omfattar tankar utan också människors känslor och handlingar och kan därför inte enbart ses som separata uppfattningar.

Fenomenografien är en empirisk forskningstradition som har utvecklats ur konkreta frågeställningar kring hur inläring sker och har därför inte en entydig teoretisk förankring. Den beskrivs ha sina rötter i dels inlärningspsykologin och dels i gestaltpsykologin genom synen på tänkandet som dynamiskt och gestaltskapande (Alexandersson, 1994). I diskussioner om fenomenografins grundläggande vetenskapsteoretiska utgångspunkter har framförallt fenomenologin men även hermeneutiken lyfts fram (t.ex. Uljens, 1993).

### **Om fenomenografins relation till fenomenologi och hermeneutik**

Fenomenologin som vetenskapsfilosofi introducerades av den tyske filosofen och matematikern Edmund Husserl (1859-1938). Bengtsson (1987) beskriver Husserls tänkande vilket i grunden var en kritik av det naturvetenskapliga forskningsidealet. Enligt Husserl riskerade den naturvetenskapliga (positivistiska) vetenskapssynen genom sin strävan att skapa en enhetlig metod för alla vetenskaper, att helt fjärras från människors livsvärld. Detta skulle, enligt Husserl, leda till en allvarlig kris för vetenskapen som sådan. Han ville därför lägga grunden till en vetenskap som tar sin utgångspunkt i den mänskliga existensen. Vetenskapen skulle utgå från ett livsvärldsperspektiv. Livsvärlden är således ett centralt begrepp i fenomenologin och avser "den värld som vi dagligen lever i, erfar, talar om och tar för given i alla våra aktiviteter" (Bengtsson, 1987, s.18). Fenomenologin syftar till att upptäcka ett fenomens "rena natur", dess väsen, dess essens. Fenomenologens uppgift blir därför att så förutsättningslöst som möjligt se fenomenen i världen som sådana som de är. Dessa "rena" fenomen skulle vara den nya utgångspunkten för vetenskapen menade Husserl. Bengtsson refererar till Husserl som beskriver den fenomenologiska ståndpunkten att vi inte får nöja oss med att uppfatta företeelser i våra invanda, för givet tagna mönster utan måste ta vår utgångspunkt i "den rena och så att säga ännu stumma erfarenheten, vars mening det nu först gäller att bringa till rent uttryck" (s.6).

Ett annat centralt begrepp i fenomenologin är intentionaliteten. Vårt medvetande är alltid riktad mot något annat än sig självt. Varje tanke är en tanke på något, varje önskan en önskan om något. Sakerna erfars alltid som något och får därigenom en mening för oss. Dessutom har varje erfarenhet också sin föreställda horisont; det som inte är direkt synligt men som vi av erfarenhet vet hör samman med det erfarda (Bengtsson, 1987).

Till utvecklingen av fenomenologin har hermeneutiskt tänkande bidragit bl.a. när det gäller att förstå människans meningsskapande som en tolkningsakt och i den tillämpande fenomenologin där forskarens tolkning alltid är närvarande. Husserls efterföljare Martin Heidegger (1889-1976) är en förgrundsgestalt i denna utveckling av fenomenologin där bl.a. kravet på förut-

sättningslöshet, den s.k. epochén, problematiseras och nyanseras (Bengtsson, 1987). I hermeneutiken, som ursprungligen är en tolkningslära av (bibel-) text, är förförståelsen ett centralt begrepp. Människans förförståelse är grunden för hennes tolkning av tillvaron. Forskarens förförståelse är en förutsättning för att kunna tolka och upptäcka ett fenomenens mening. Enligt hermeneutiken så finns ingen förståelse utan tolkning och ingen tolkning utan (för-)förståelse. Förförståelsen är påverkad av kulturella och historiska faktorer; vi tolkar därför utifrån olika förståelsehorisonter. Hermeneutiken lyfter också fram tolkningsaktens växling mellan del och helhet. Delen speglas i helheten och helheten i delen och på så sätt växer innebörden fram; den hermeneutiska cirkeln (Ödman, 1979). En kombination av fenomenologiska och hermeneutiska ansatser i kvalitativa studier finns det flera exempel på (t.ex. Dahlberg, 1992; Hellström, 1996; Karlsson, 1999).

I fenomenografin är utgångspunkten, liksom i fenomenologin, just den vardagliga tillvaron vilken vi ständigt och oavbrutet, ofta oreflekterat, uppfattar och erfar på skilda sätt. Dahlberg (1992) diskuterar, med utgångspunkt i livsvärlds- och omvärldsbegreppen, relationen mellan fenomenologi och fenomenografi:

”Då livsvärldssontologin accepteras som utgångspunkt för empiriska studier kan den fenomenografiska metoden förstås som en empirisk fenomenologi.” (s. 57)

Fenomenografins strävan att beskriva människans förståelse grundat i relationen mellan sig själv och omvärlden berör det fenomenologiska intentionalitetsbegreppet. Alexandersson (1994) skriver:

”Denna relation kännetecknas av att den till sin karaktär är intentional. Med intentional avses här att relationen till omvärlden på en och samma gång både bestäms av och är beroende av att människans tänkande och handlande riktas mot *något* i omvärlden.” (s. 116)

På metodologisk nivå blir skillnaden mellan en ren fenomenologisk ansats och en fenomenografisk tydlig. Medan fenomenologin syftar till att få fram fenomenets essens så är fenomenografin ute efter variationens essens (Marton & Booth, 1997). I tillämpningar av den fenomenografiska metoden är de hermeneutiska inslagen närvarande genom den tolkning av ett fenomen som en människa ger uttryck för, den språkliga process som datainsamling och analys grundar sig på och den tolkning som görs i metodens analys.

---

Som grund för den här studiens fokus ligger de fenomenologiska och hermeneutiska antagandena om livsvärld, intentionalitet och tolkning. Metodvalet har fallit på fenomenografin då syftet är att upptäcka variationer i tankar, känslor och agerande inför audiologisk rehabilitering. Det fenomen som studeras är förhållningssätt inför audiologisk rehabilitering, vilket är ett komplext och kontextbundet fenomen. Därför kommer intervjupersonernas förhållningssätt att beskrivas d.v.s. deras tankar, känslor och handlande snarare än separata uppfattningar.

### Undersökningsgrupp

Den nu aktuella studiens fenomen: förhållningssätt inför audiologisk rehabilitering, är relevant för alla grupper av hörselskadade som söker hörselvård. Genom att kvinnors speciella villkor i anpassningen till hörselskada är relativt lite uppmärksammat, valdes denna grupp för undersökningen. Urvalskriterierna valdes mot bakgrund av att få en grupp kvinnor i likartat



livsskede och med likartad grad av hörselnedsättning för att på så sätt undersöka variationer i förhållningssätt inom en grupp som kan tyckas vara förhållandevis homogen.

Undersökningsgruppen rekryterades från väntelista till hörcentral utifrån följande kriterier:

-Kvinna

-Ca. 40 till 60 år gammal.

-Väntar på sitt första besök vid hörcentral.

-Bilateral hörselnedsättning. Ej sämre än TMV 60 dBHL på sämsta örat.

-Ej besväras av tinnitus

-Ej akut akustiskt trauma

Den planerade studien granskades och godkändes av Medicinska fakultetens forskningsetik-kommitté vid Göteborgs Universitet.

På grundval av remiss och hörselprov valdes möjliga intervjupersoner konsekutivt utifrån ovanstående kriterier. En förfrågan om deltagande i studien sändes till de aktuella personerna (bilaga 1). Antalet intervjupersoner bestämdes inte på förhand utan styrdes av möjligheten att få ett så fullödigt material som möjligt. Intervjuerna påbörjades så snart en intervjuperson tackat ja och nya personer kallades sedan efter hand. Totalt kom 19 kvinnor att tillfrågas om deltagande i studien. Fem av dessa tackade nej. Angivna skäl var tidsbrist, språksvårigheter och att man ej kände sig motiverad att tala om hörselskadan. Undersökningsgruppen kom att bestå av 14 kvinnor mellan 39 och 59 år. Samtliga var yrkesarbetande; sex var anställda i kontorsarbete varav två med till stor del utåtriktat arbete, tre var lärare, en var personalansvarig vid större företag, en sjukvårdsanställd, två butiksanställda, och en anställd inom läkemedelsindustri.

Alla i undersökningsgruppen hade varit hos läkare (öronläkare, audiologläkare eller företagsläkare) som remitterat dem vidare till hörcentral. Samtliga hade i samband med detta genomgått ton- och talaudiometri. Tonmedelvärde för gruppen var 31,6 dBHL för höger öra och 33,8 dBHL för vänster öra (TMV 0,5, 1 och 2 kHz). Standardavvikelsen var 8,0 respektive 6,4 dBHL. Motsvarande värden för diskantområdet (3,4 och 6 kHz) var 39,1 dBHL och 41,9 dBHL med SD 16,7 respektive 15,0 dBHL. Tonmedelvärdet för varje individ visas i Tabell 1. Tio av kvinnorna hade diagnosen bilateral sensorineural hörselnedsättning utan närmare specificering. Två av kvinnorna hade ledningshinder bilateralt varav en hade konstaterad otoscleros och en hade frågeställningen otoscleros. Två kvinnor hade kombinerade hörselnedsättningar. Tre av kvinnorna hade tinnitus som de sade sig ej vara besvärade av, en hade tinnitus som hon sade sig ibland vara besvärad av. Kvinnornas uppskattning av hörselskadans duration varierade mellan ett halvår och 10 år.

Elva av de 14 kvinnorna hade också fyllt i GöteborgsProfilen (bilaga 2). GöteborgsProfilen är ett självskattningsformulär som mäter upplevelse av funktionsnedsättning och handikapp och är i första hand konstruerat för att användas i utredningen inför audiologisk rehabilitering (Ringdahl, Eriksson-Mangold & Andersson, 1998). Kvinnornas svar på Göteborgsprofilen visade stor variation. Både för de frågor som gäller upplevd funktionsnedsättning och de som gäller handikappupplevelse varierade svaren från "Aldrig" (0p) till "Alltid" (10p).

**Tabell 1. Tonmedelvärde (tmv) och diskanttonmedelvärde (dtmv) i dBHL för höger resp. vänstra öra för varje intervjuperson (IP).**

	hö tmv	vän tmv	hö dtmv	vän dtmv
IP 1	28	32	35	40
IP 2	35	37	23	27
IP 3	27	28	17	17
IP 4	20	32	45	67
IP 5	32	45	23	35
IP 6	35	30	48	42
IP 7	43	40	63	63
IP 8	20	35	20	50
IP 9	20	18	47	43
IP 10	33	33	18	27
IP 11	45	37	73	65
IP 12	37	40	40	25
IP 13	28	28	50	48
IP 14	40	38	45	37

### Intervjuernas genomförande

En vecka efter att skriftlig information om studien skickats ut till intervjupersonerna kontaktades de per telefon. Tid och plats bestämdes med de som ville delta i studien. Sju av intervjuerna genomfördes på institutionen för rehabilitering, en på hörcentralen, fyra på intervjupersonens arbetsplats och två i intervjupersonens hem. Platsen styrdes av intervjupersonens önskemål och behovet av att kunna vara ostörda under intervjun. Intervjuerna, som spelades in på ljudband, tog formen av ett samtal kring vissa på förhand bestämda frågeområden (bilaga 3) och pågick mellan 30 och 60 min. Kvale (1997) skriver om den kvalitativa forskningsintervjun att den syftar till att erhålla beskrivningar av den intervjuades livsvärld i avsikt att tolka de beskrivna fenomenens mening. Styrkan hos intervjusamtalen ligger i möjligheten att fånga personers olika uppfattningar om ett ämne och ge en bild av en mångsidig och kontroversiell mänsklig värld. Det är av största vikt att intervjuaren kan skapa ett tryggt och öppet klimat och har ett genuint intresse för intervjupersonens verklighet. Stora krav ställs på intervjuaren och Kvale framhåller att resultatet av en intervju beror på intervjuarens kunnande, känslighet och empati.

### Analys

I fenomenografiska undersökningar är semi-strukturerade intervjuer den vanligaste metoden att samla in data. Intervjuerna bandas och skrivs sedan ut ordagrant. Analys och tolkning av intervjun sker enligt Alexandersson (1994) i fyra faser:

- Att bekanta sig med data och etablera ett helhetsintryck.
- Att uppmärksamma likheter och skillnader i utsagorna.
- Att kategorisera uppfattningar i beskrivningskategorier.
- Att studera den underliggande strukturen i kategorisystemet.

Marton beskriver kriterier som kategorisystemet behöver uppfylla: Varje kategori ska stå i klar relation till fenomenet. Kategorierna ska stå i logisk relation till varandra och så få kategorier som möjligt ska användas för att förklara den kritiska variationen i materialet (Marton & Booth, 1997). Innebörden i en utsaga (uppfattningen/förhållningssättet) återges i abstrakt form (beskrivningskategori) som sedan samordnas i en gemensam struktur (utfallsrum) tillsammans med övriga beskrivningskategorier. Det är detta gemensamma utfallsrum som är den fenomenografiska undersökningens resultat (Alexandersson, 1994).

Intervjuerna skrevs ut ordagrant. De transkriberade intervjuerna (totalt 270 A4-sidor) utgjorde tillsammans med banden studiens rådata och var utgångspunkt för analysen. Analysarbetet inleddes med att intervjuerna lästes flera gånger i sin helhet i kombination med avlyssning av banden. Därefter noterades utsagor som berörde hur intervjupersonerna tänkte och kände inför hörandet, hörselskadan och om den förestående rehabiliteringen. Det fortsatta analysarbetet koncentrerades till att finna variationer i sättet att resonera och beskriva sin situation och att förstå innebörden av dessa genom att läsa och lyssna. Denna mycket tidskrävande process var ett ständigt växelspel mellan delar och helhet där kvalitativa fynd i en enskild intervju åter speglades i intervjun som helhet och i ljuset av alla intervjuerna tillsammans. Utsagorna fördes sedan samman till skilda beskrivningskategorier som beskriver kvalitativt skilda förhållningssätt inför audiologisk rehabilitering. Kontinuerlig diskussion omkring kategoriseringen har förts under analysarbetets gång med handledaren som också fungerat som medbedömare av det slutgiltiga kategorisystemet.

## RESULTAT OCH DISKUSSION

I intervjuerna kring fenomenet ”förhållningssätt inför rehabilitering” fokuserades tre olika teman:

- vad det är att höra
- den egna hörselskadan
- mötet med sjukvård/hörselvård

Dessa teman kan betraktas som tre separata fenomen. Dock väljs i den här studien att beskriva dem som olika aspekter av ett och samma fenomen. Motivet till detta är studiens pedagogiska kunskapsintresse där förhållningssättet inför rehabiliteringen är i fokus. Aspekterna belyser vad förhållningssättet påverkas av, hur det varierar och hur det därmed kan utvecklas och förändras.

Analysen av intervjuerna har lett fram till 17 olika beskrivningskategorier över kvalitativt skilda förhållningssätt inför audiologisk rehabilitering.

Beskrivningskategorierna har fått beteckningar för att tydliggöra de kvalitativa skillnaderna dem emellan.

<u>Aspekt</u>	<u>Beskrivningskategori</u>	<u>Beteckning</u>
Att höra	-är självklart -är varseblivning -är delaktighet -är liv	Normifikativt Perceptuellt Interaktivt Existentiellt
Hörselskadan	-är andras problem -gör mig till någon annan -gör mig ensam -gör mig falsk -är enbart mitt ansvar -är en naturlig del av mig -är även andras ansvar	Förnekande Stigmatisering Utanförskap Bedrägeri Ensidighet Integration Ömsesidighet
Mötet med sjukvård/ hörselvård	-innebär att inte veta och förstå -innebär att tvingas acceptera -innebär behov av självbestämmande -innebär behov av att bli förstådd -innebär att förlita sig på kompetens utanför sig själv -innebär att förlita sig på sin egen förmåga	Ovisshet Motstånd Autonomi Bekräftelse Beroende Självtilit

I den följande redovisningen ges exempel på utsagor inom respektive kategori. Redovisningen presenteras utifrån de tre aspekterna och en diskussion följer efter varje aspekt. För att ge utrymme åt intervjupersonernas livsvärld återges citat förhållandevis rikligt. Citaten står med kursiverad stil och tankepauser är markerade med punkter (...). När något utelämnats i ett citat är det markerat med: ...//... . När en förklarande text behövs inom ett citat står denna inom parentes. Efter varje citat anges intervjupersonen med en siffra inom parentes. I= intervjuaren och IP= intervjupersonen.

## Att höra

Denna aspekt i samtalen berör förhållningssättet till hörandet. Bakom varje individs upplevelser av livet med hörselskadan finns en grundläggande uppfattning av vad hörandet innebär.

Den återspeglas också i uppfattningar av vad det är att inte höra.

Fyra beskrivningskategorier har bildats under denna aspekt:

\*Normifikativt

\*Perceptuellt

\*Interaktivt

\*Existentiellt

---

### \*Normifikativt - Att höra är självklart

Den här kategorin visar ett omedelbart och oflekterat förhållningssätt där hörandet tas för givet. Att höra är normen. Något annat är svårt att tänka sig.

*I: Vad är det att höra för dig?*

*IP: Det är ju helt naturligt. Att man ska höra. Det har man ju alltid gjort. Det har aldrig varit några problem. (7)*

### \*Perceptuellt - Att höra är varseblivning

Hörandet innebär att vara mottagare av omgivningens ljud. Via perceptionen ger ljud information som man behöver för att känna sig trygg.

*I: Vad betyder hörseln för dig?*

*IP: Jaa... Den betyder naturligtvis mycket... (Lång paus)*

*Jag vet inte vad jag ska svara på det du... Jag menar att det är ju viktigt att... höra det som händer runtomkring en och så, och jag menar, jag tycker mycket om musik och såna saker och, det... vill man ju inte gärna mista. Så att... det är klart att det betyder mycket.*

*I: Vad är det att höra?*

*IP: Jaa, ja det är väl att varsebli sin omgivning på nåt sätt. Att man... ljudet ger ju en mycket information också. (12)*

En kvinna beskriver hur hon kan känna sig otrygg av att inte uppfatta ljud i omgivningen:

*IP: ...//... men däremot så finns det ju väldigt många dova ljud, som inte jag hör. Och dom kanske inte har den här betydelsen utav känslan av att vara med. Men däremot så har dom ju också skapat lite rädslor. Jag hör inte om nån öppnar dörren och kommer in, om jag är inne i lägenheten. Och när man då upptäcker att någon helt plötsligt har kommit in i hallen; Hej, hej (skratt) Då... då har ju det börjat skräm- ma mig att jag faktiskt inte hör det idag. (1)*

### **\*Interaktivt – Att höra är delaktighet**

Att hörandet har en viktig roll i det vardagliga samspelet med omgivningen ger den här kategorin uttryck för. Det handlar om upplevelser av att interagera med världen runtomkring. Erfarenheter och föreställningar av hur det är att inte höra beskriver också hörandets betydelse för delaktighet.

*I: Vad innebär det att höra för dig?*

*IP: Ja hur... det är mer så att huvudsaken att jag hör det här vanliga.*

*Jag vill ju att man ska... att jag ska höra när dom pratar med mig.*

*Det är ju det jag vill. Det är ju det viktigaste tycker jag.*

*I: Det är det viktigaste...?*

*IP: Ja annars så blir.... Då annars kan man ju inte utbyta några tankar med andra människor, man kan ju inte prata med nån om man inte hör vad dom säger. Man blir ju väldigt... vad ska jag säga, man blir nog väldigt ensam om man inte kan prata med andra. (14)*

Även när det gäller samspelet med naturen är hörandet viktigt. En intervjuperson beskriver hur hon är van att med hjälp av hörseln känna in hur årstiderna växlar:

*IP: ...//... Du kan höra årstiderna ute. Om du sätter dig ute och hör fåglarna kvittra på våren så kvittrar det på ett visst sätt. På sommaren på ett visst sätt och på hösten börjar det tystna. Och på vintern har ju det... man hör hur det blåser i träna när det inte finns ett löv på. Mycket utav dom bitarna försvinner nu.*

*I: Hur känns det?*

*IP: Lite tomt kanske när man går ut och sätter sig och tänker att: "Åh vilken härlig vår-dag" liksom så hör man inte allt fågelkvitter... Lite besvikelser känner man liksom änna. "Har inte våren kommit längre?" Men det.. det har den ju egentligen för det... det är mycket ljud som jag inte hör. (3)*

Upplevelsen av att vara delaktig påverkas när man inte hör. Någon uttrycker att nedsatt hörsel innebär ett socialt handikapp som gör att det är svårare att vara med i samhällsgemenskapen. En annan kvinna frågar sig "Hur ska man komma i kontakt med omgivningen överhuvudtaget?" när hon föreställer sig att hon skulle förlora sin hörsel och betecknar det som en "katastrof" (13). En tredje uttrycker sig så här:

*I: Hur tror du att det är att vara hörselskadad? Hur är det för hörselskadade i samhället?*

*IP: Ja, andra än mig då menar du eller? För att jag, jag fungerar ju fortfarande om man säger så. Fast ibland är det jobbigt, men jag fungerar ju fortfarande. Men för en gravt hörselskadad, det tror jag måste vara ett helvete. Dom tror jag verkligen lever i sin egen lilla värld. (11)*

Den här personen uttrycker att hörandet handlar om kommunikation och att hon ser att möjligheter till det finns även om hörseln skulle försvinna:

*I: Om du tänker att du skulle förlora din hörsel. Vad tänker du på då om du tänker dig in i den situationen?*

*IP: Det är väl att försöka få sin familj att lära sig ett språk så att vi kan kommunicera. Dom som står en närmast. Tycker jag. Det är kommunikation, det är ju liksom... allt. Det är grunden till det mesta. (8)*

### **\*Existentiellt - Att höra är liv**

Här ger intervjupersonerna uttryck för förhållningssätt där hörseln och känslan av liv hänger nära samman. Hörandet innebär en genomgripande livskänsla, en upplevelse av att existera: *Att kunna höra, ja det är ju otroligt betydelsefullt. Det är hela ens tillvaro. Gemenskap med folk, uppfatta, tänka... allting. (Tårar i ögonen) (9)*

Även här kommer samhörigheten med naturen upp:

*I: Vad betyder hörseln för dig? Vad innebär hörandet för dig?*

*IP: Vet du att... egentligen som hörsel den har varit... alltid liksom egentligen någon typ av liv. Därför att jag är ju en sån som... levt mycket för ljudet från vattnet, från stenar och så vidare. Inte med skogen och fågeln, det är liksom det här med vattnet. Och... och det kanske har ändrat sig. Det hör jag inte lika tydligt. Kanske man har tänkt att det hör till naturen; det är mera tyst. Men jag tror att det är mycket just det här att, att man lever ju med det som man hör. Och då är det liksom ett tecken för liv. (2)*

---

Förhållningssätt till vad hörandet är kan ses som en referensram till de tolkningar som görs av livet med hörselskadan. Man lever i en hörande värld och har socialiserats in i en hörande kultur där förmågan att stå i samspel med omvärlden via hörandet tas för givet. När frågan om hörandet ställdes (Vad betyder hörseln för dig?, Vad innebär det att höra?) hade intervjupersonerna förhållandevis svårt att formulera sig kring det, vilket kan bero på att det ligger på en mer oreflekterad nivå. Svaren gled gärna in på motsatsen; deras erfarenheter av vad det är att inte höra (bra). Förhållningssätt till hörandet kan i detta sammanhang ses som uttryck för det Mezirow (1991) menar med "meaning perspective"; kulturella perspektiv som förblir omedvetna i vuxenlivet.

De dimensioner av hörandets innebörd som visat sig i materialet beskriver skilda nivåer i hörandet som komplext fenomen; från en mottagande funktion, via betydelsen för delaktighet och samspel, till hörandets betydelse för känslan av existens. Detta kan speglas i Ramsdells (1966) teori om hörandets tre nivåer; en symbolisk där interaktion sker via talat språk, en varningsnivå där hörandet har funktionen att skilja ut ljud som är viktiga för vår trygghet och vår överlevnad samt en bakgrundnivå som består av ljud som finns runtomkring men som inte har något specifikt budskap till oss. Ramsdell förde fram betydelsen av bakgrundsljuden för vårt välbefinnande och menade att förlust av dessa ger en känsla av att vara skild från världen vilket kan leda bl. a. till depression. Detta bekräftas i en studie av Eriksson-Mangold och Erlandsson (1984) som presenterar normalhörande personers upplevelser av temporär hörselnedsättning via ocklusion av hörselgångarna. Tolkat utifrån Ramsdells synsätt, att även till synes informationslösa ljud har stor betydelse, så berör de skilda dimensionerna i materialet grundläggande komponenter i den hörande människans varande i världen, trots att de kan tyckas gå från mer "enkla" uppfattningar till mer "komplexa".

## Hörselskadan

Den aspekt i samtalen som berör den egna hörselskadan kännetecknas av fokuseringen kring identitet och tillhörighet. Att stå i begrepp att göra något åt sina hörselproblem lyfter fram relationen mellan hörselskadan och självuppfattningen. Man står i begrepp att synliggöra något som tidigare varit möjligt att dölja.

Sju beskrivningskategorier finns under denna aspekt.

- \*Förnekande
  - \*Stigmatisering
  - \*Bedrägeri
  - \*Utanförskap
  - \*Ensidighet
  - \*Integration
  - \*Ömsesidighet
- 

### **\*Förnekande – Hörselskadan är andras problem**

Att förhålla sig passiv kan vara ett sätt att hantera de konsekvenser som hörselnedsättningen för med sig. Det ligger nära till hands att lägga orsaker till att man inte hör utanför sig själv; t.ex. att folk pratar olika dialekter eller på annat sätt otydligt eller att man befinner sig på för långt avstånd. Man förnekar hörselskadan. Man bryr sig inte så mycket och upplever att andra har mer ont av hörselskadan än man själv: "Jag bryr mig inte om liksom, vad dom andra sitter och pratar allmänt liksom... Jag behöver ju inte lyssna på alla" och "Jag hör det jag vill höra" (7)

*I: Kommer du ihåg första gången du märkte att du hörde lite sämre?*

*IP: Näe, det var andra som har sagt till mig att jag hör dåligt. Annars har inte jag tänkt på det så.*

*I: Är det länge sen... Är det nånting som du har hört sen länge tillbaka?*

*IP: Näe. Det är inte sånt som jag har tänkt på egentligen, men.... När jag flyttade nu, det är bara ett halvår sen så.. ja, vet inte om... jag inte hör ringklockan på dörren bara eller vad det är för nånting som är... nån som har vart och ringt på som jag inte hört eller... Men det kan ju bero på att jag har... vart ute på andra sidan eller.... pratat i telefon eller nånting sånt där. (7)*

Att man ändå väntar på att bli kallad till hörcentralen beror på att man följt med i det skeende som med automatik följt på hörselundersökningen och inte förhindrat det. Man förhåller sig passiv till eventuella åtgärder i den meningen att man inte aktivt tar ställning:

*I: Och då har du följt med i det här liksom att...*

*IP: Näe det bara blev så.. Jag har liksom inte reagerat för det. Ok dom får väl greja med det då. (7)*



### **\*Stigmatisering - Hörselskadan gör mig till någon annan**

Att uppfatta sig bli bedömd av sin omgivning utifrån att man har en hörselskada, och de negativa attityder som är behäftade med detta, återkom ofta i samtalen. Identiteten blir ifrågasatt när man upplever att omgivningen tror "att man inte fattar", eller tror "att man är lite dum". Man upplever sig stämplad. Att ens självuppfattning utmanas handlar det här citatet om där intervjupersonen talar om förlust av identitet:

*IP: Men det är egentligen väldigt, väldigt konstigt om man ser.. Jag menar andra... armar och ben, det kan man ju acceptera om det är nåt fel på, men inte just hörseln.*

*I: Vad tror du att det är? Hur kommer det sig?*

*IP: Jag vet inte. (Suckar djupt). Jag vet inte. Om det är nåt med... om det har nåt med själva... går in mer på personligheten på nåt sätt. Det är möjligt. Att det ligger så nära identiteten, att man förlorar något utav sin egen identitet när man inte hör. Det skulle jag kunna tänka mig. (9)*

En kvinna uttrycker hur hon upplevt andras attityd gentemot henne och att det var avgörande för insikten om att hon hörde dåligt. Hon kände att hon var stämplad och detta ledde till att hon fattade det avgörande beslutet:

*IP: För mig var det liksom det vet du att jag upplevde då att, att... jag blir klassad liksom en annan.... typ av människa. Med diskussioner att man blir bedömd, att man är ju lite... att man förstår inte vad människorna säger. Jag tror att det var det som var avgörande (för insikten om sin egen hörselskada). Jag ville liksom inte bli stämplad att: "Hon förstår inte vad vi säger" och att "Hon hänger liksom inte ihop" och jag tror att det är lite den bakgrunden. Så att man kommer till något steg så att man ser att omgivningen tittar lite sådär "Vad säger hon nu?" eller "Hörde hon inte?" eller något fastän dom inte sa det. Då.. då tror jag att då är det liksom dags. Och det är det kanske första tecknet... eller det sista egentligen. (2)*

Att hörapparaten kan bli något som ens identitet blir bedömd utifrån finns med i någon form i samtliga intervjuer, t.ex.: "... man vill ju behålla sig som man är och så plötsligt så kommer man då att ha en grej i örat" och det signalerar att "Nu är man gammal." (4) En kvinna uttrycker sig så här angående hur hon uppfattar att man, i en viss generation, bedömer en person med hörapparat:

*IP: Men jag tror att det är mycket det här... speciellt nu om vi säger alla fyrtotalister som kommer nu, som jag tror ofta har den här, som är uppvuxna med dom här fördomarna, att hör man dåligt är man dum i huvet, att det är ett likhetstecken där va. Och då är det bättre att inte säga nånting. Bättre att höra dåligt än att ha en hörapparat som folk ska säga "Åh HerreGud... ha ... mmm" Förstår du? Det handlar väl kanske om din... image på något sätt. Jag vet inte. Men det är väl lite det här att... dom här fördomarna som jag tror att vi är uppvuxna med på ett annat sätt. (11)*

Att visa sin hörselskada genom att bära hörapparat kan också bli ett hot mot ens identitet som yrkesperson, och att man kan känna sig ifrågasatt när det gäller sin yrkeskompetens. Den här kvinnan arbetar med barn:

I: Hur skulle det kännas för dig att bära hörapparat?  
 IP: Jaaa... De har... jag hörde när dom sa om dom här nya fina apparaterna som man kan sätta in i örat som inte syns så mycket... eller man får låta håret växa lite... eller...jaaa... Huvudsaken är ju att jag hör.  
 I: Jaa. Men det skulle vara skönt om det inte syntes?  
 IP: Jo det är klart. Det är klart.  
 I: Varför är det klart?  
 IP: Ehh.... Kanske att.. "Jaha hör du inte och du ska.... jobba med mig..." Eller föräldrar man får där då "Jaha... uppfattar hon verkligen.. Går det här att lita på?" Lite så tror jag.... (9)

Att hörapparaten blir symbol för stigmat medför att den kan upplevas som "vidrig"(4) och kan inte, hur man än försöker, upplevas positivt:

Och min dotter jobbar på Huddinge sjukhus så sa hon det: "Nämen mamma, det finns så fina hörapparater, och bry dig inte om det, och det finns med diamanter i." "Har jag inte haft diamanter förr så ska jag väl inte ha dom i hörapparaten" sa jag. Och det... det... menade på att det skulle finnas dom som var väldigt snygga. Men det... det spelar ingen roll. Det är i alla fall en hörapparat. (6)

#### \*Utanförskap – Hörselskadan gör mig ensam.

Den här kategorin beskriver upplevelser av att inte vara med i en gemenskap men även en djupare ensamhet; den som uppstår när man upplever att ingen kan förstå hur det är att ha nedsatt hörsel. Att inte kunna dela upplevelser och tankar med andra i ett samtal leder till känslor av utanförskap: "Jag sitter som ett frågetecken för jag vet inte vad dom skrattar åt va. Då känner jag mig å sido... eller ja, att jag är utanför då." (5).

Att välja att låtsas höra bevarar en skenbar identitet och skapar en ensamhetskänsla inombords som är tung att bära:

IP: ...//... Det blir... är väldigt irriterande när man ska säga "Förlåt?", "Vad säger du?" "Åh, men en gång till!" Folk blir irriterade då va. Så då väljer jag ofta att inte... bara le. Man gör ju det.  
 I: Hur känns det?  
 IP: Ja det känns förfärligt. Man känner... ett utanförskap kan jag säga, känner man. (11).

Även om man har människor omkring sig som försöker förstå och stödja så är man ensam i alla fall:

IP: Så det är ingen utav dom som tycker att "Nämen mamma då!" (om att få hörapparat) Utan näe, dom stöttar ju mig och tycker att "Snälla rara, det är väl inte det värsta som kan hända." Egentligen är jag lite delad där då, för det är ju inte värsta som kan hända. Det finns ju sånt som är värre. Fast för mig är det jobbigt. (Tårar i ögonen) (4)

*IP: ...//... Jag sitter inte och berättar hur det är. Utan jag låtsas som jag hör bra istället. Mycket enklare. Men det är ju ingen som kan förstå, det ska jag säga också. Det inser jag ju nu.*

*I: För du har inte förstått förut?*

*IP: Näe det har jag inte gjort. Inte alls. Tror jag inte man kan göra. Det är mycket man inte förstår förrän det drabbar en själv. (11)*

### **\*Bedrägeri – Hörselskadan gör mig falsk.**

Upplevelser av stigma och utanförskap leder till en kamp för tillhörighet. Att dölja att man hör dåligt är ett sätt att bevara sin självbild, men innebär samtidigt en falskhet; ett bedrägeri. Den här kvinnan reflekterar över att hon utvecklat ett eget språk i sin strävan att dölja hörselskadan. Hon jämför med hur en person kan dölja sina alkoholproblem:

*IP: Ja, jag hör ju inte allt. Jag är medveten om att jag inte gör det och vissa grejer kanske jag inte ens behöver höra, så då bryr jag mig inte om det. Annars frågar jag ju om då. Jag sitter med som sekreterare i dom flesta av våra...//... Men jag sitter med då som sekreterare och då får jag ju fråga om. Och då döljer jag mig liksom bakom lite granna. "Bara för att det ska bli rätt i protokollet här nu så måste jag fråga: Vad var det du sa?" Jag tror att man är jätte-duktig, jag har tänkt på detta mycket det här året nu då som har gått, man är nästan som en alkoholist. Man hittar ett annat språk, ett annat sätt att vara som man döljer sig bakom hela tiden. Man säger inte "va", utan man säger såhär "För att det ska bli rätt nu i protokollet så måste jag fråga igen. Var det såhär vi bestämde?" (4)*

Den här kvinnan beskriver hur hon tar till en nödlögn, istället för att säga som det är, när hennes arbetskamrater blir irriterade för att hon inte hör telefonen:

*Då kom det en igår till mig att: "Du måste faktiskt ställa upp och svara i telefon" Jag hör inte när telefonen ringer alltså. Den är för långt borta. Så hon vart ju lite irriterad så att "Nu har jag svarat i telefonen hela dagen, du måste också svara i telefonen" sa hon. Det var ju så lätt att säga egentligen att jag hör inte telefonen...*

*I: Men det gjorde du inte?*

*IP: Näe, jag ville inte det.*

*I: Näe. Vad sa du då?*

*IP: Ja, jag ska försöka, men jag är så stressad, jag hade fått varor och jag skulle göra så mycket, jag hade vart ledig i tre dar, och vart uppe i Stockholm och tittat på nya kollektionen och så där så att jag... (6)*

### **\*Ensidighet – Hörselskadan är enbart mitt ansvar**

Den här kategorin beskriver intervjupersonernas förhållningssätt till hörselskadan och dess konsekvenser som något de själva är skyldiga till. När kommunikation inte fungerar är felet mitt och därmed är också ansvaret mitt för att rätta till problemen. Man ser inte att omgivningen också bär ansvar för att samspelet ska fungera. "Det är att jag hör dåligt" och "Det är jag som felar" (6).

En person har en, i och för sig, logisk tankegång kring ansvaret för kommunikation när man hör bra respektive dåligt:

*I: Det här när det.. om vi går tillbaka till den här känslan av att du känner dig utanför då när det pratas runtkring och så... Vad tänker du att felet sitter nånstans, alltså vad beror det på att du känner dig utanför?*

*IP: Ja det är att jag inte hör vad folk säger till mig. Eller varandra. Att jag inte hör.*

*I: Har du nånsin tänkt att omgivningen, att det kan bero på omgivningen?*

*IP: Näe. Näe. Det berodde ju inte på dom när jag hörde. Så jag tycker inte det beror på dom nu när jag inte hör heller, utan det är ju för att jag inte hör.(11)*

### **\*Integration - Hörselskadan är en naturlig del av mig**

Den här kategorin omfattar beskrivningar där hörselskadan inte upplevs hota identiteten, eftersom den har integrerats i personens självuppfattning:

*I: Tycker du att hörselnedsättningen tar stor plats i ditt liv?*

*IP: Näe så har jag aldrig tänkt, eller hur menar du? Att jag tänker på det väldigt mycket på det så eller? Näe det gör jag inte. Det är bara i vissa situationer då.*

*I: Om du tänker dig att du skulle ha perfekt hörsel, skulle det kännas som en... lättnad?*

*IP: Näe, det vet jag inte... Jag vet inte, jag har på nåt vis... accepterar jag ju det här. Accepterar ju min hörselnedsättning eftersom.... eftersom jag inte är.... Om det nu, om det hade inträffat nån olycka eller nånting sånt där eller vad jag ska säga, då hade man kanske kunnat.... tyckt och tänkt: "Om jag hade hört som jag hörde tidigare" eller nånting sånt. Men om det nu beror på att jag är född för tidigt ja... så är det väl liksom på nåt sätt.... Jag är ju sån.(14)*

Det blir självklart och naturligt att vara öppen och ärlig gentemot sig själv och omgivningen: "Så det hymlar jag inte med så. Utan det... tycker jag är lika bra och acceptera det själv och liksom visa. Så det går jag inte och smyger med. För min egen del så känns det bättre för mig. Att jag mår bättre av att vara ärlig. Så kanske dom förstår ibland varför jag svarar konsigt."(8). Att se sin hörselskada som en naturlig del av en själv gör det tämligen oproblematiskt att "gå ut" med sin hörselskada. Det kan t.ex. handla om att visa att man bär hörapparat:

*IP: ...//... Nä jag är inte den personen som heller skulle dölja det.*

*För jag vet folk.... jag känner folk som inte vill använda hörapparaten för det ser så fullt ut och....*

*I: Dom tycker det?*

*IP: Dom har komplex för apparaten i stort sett.*

*I: Men det skulle inte du ha?*

*IP: Nä. Det skulle jag inte ha. Jag tycker det är rätt så... naturligt. Jag menar, det är ett handikapp och det har jag, det har jag accepterat .*

*Jag har accepterat att jag får ha det hela livet. Kanske kommer det till och bli värre fram i livet också. Men.... och det, det är väl ingenting och gömma. Jag ser väl inte varför det skulle vara så farligt men....*

*Nä, dom bitarna ser jag inte att jag skulle kunna ha komplex för. (3)*

Det kan t.o.m. vara en fördel att ha hörapparat just därför att andra människor blir uppmärksammade på att personen har en hörselskada. En kvinna menar att det kanske skulle räcka att hon hade en atrapp i örat eftersom omgivningen då lättare skulle kunna anpassa sig till hennes hörselskada.

Några intervjupersoner nämner "självförtroende" och "självkänedom" som viktiga faktorer i anpassningen till hörselskadan. En intervjuperson reflekterade över sin mammas sätt att förneka sin hörselnedsättning och svarade så här på frågan om skillnaden mellan sitt eget och mammans förhållningssätt:

*I: Ni tacklar det ju väldigt olika då du och din mamma. Vad kan det bero på tror du?*

*IP: Ja, det beror på att jag har gått i terapi i tio år tror jag. Faktiskt.*

*För jag har fått väldigt bra självkänedom va. Tror jag faktiskt. (5)*

En av kvinnorna har erfarenhet av hörselskadade och dövas livssituation genom sitt arbete. Hon uttrycker inte oro över en eventuell försämring av sin hörsel. När man inte upplever hörselskadan som ett handikapp i sig själv, blir hela situationen mycket mindre problematisk och hotar inte ens möjligheter till ett bra liv:

*I: Vad beror det på menar du, att du inte är orolig?*

*IP: Jag kanske inte... jag känner.... Det är inget handikapp i den bemärkelsen att vara hörselskadad eller döv. Jag har varit tillsammans med så många i så många år, så jag har ju sett att man kan klara livet i alla fall. (8)*

### **\*Ömsesidighet – Hörselskadan är även andras ansvar**

När hörselskadan inte är ett hot mot identiteten blir det också lättare att se att de svårigheter som hörselskadan för med sig är mer knutna till situationen än till individen. Det blir då naturligt att omgivningen har del i svårigheterna och också ansvar för att lösa dem. Att detta inte är en självklarhet för omgivningen har intervjupersonerna gott om erfarenheter av. En intervjuperson menar att det är inga problem att tala om klart och tydligt att "Ni måste prata högre för jag hör inte" och att det tas emot positivt men: "sen att dom inte alltid tänker på det, det är en annan sak." (12)

*IP: Jaa... vad är orsaken (till att det uppstår problem)? Många gånger så är det omgivningen som... när jag talar om för folk att jag hör dåligt, så har dom väldigt lätt att glömma det. Nästa gång dom pratar med mig så pratar dom lika tyst igen va. För det är väldigt lätt att glömma att någon hör dåligt. (5)*

Att omgivningen glömmer att ta hänsyn, det får man räkna med, men ofta kan man känna både irritation och ilska: "Jag blir liksom lite arg på dom eller vad jag ska säga, liksom lite arg då och så, när jag har liksom sagt till dom och dom tänker ju inte på det naturligtvis. Men det beror ju på vilken sinnesstämning man själv är i då. (14). Flera intervjupersoner uttrycker att familjen är den som man kräver mest av och att det därför ofta uppstår irritation hemma." "Mina nära och anhöriga får ju stå ut med rätt mycket. Min familj. Jag har TV:n på rätt högt och... när mina barn pratar med mig kräver jag att dom säger det en gång till. ... //...Jag kan bli väldigt irriterad när dom inte gör det."(3).

När man är tydlig gentemot sin omgivning kan man också få bekräftelse på att allt inte beror på hörselskadan:

*I: Är det nån hemlighet att du hör dåligt... ?*

*IP: Nä. Nä det pratar jag om "Jag hör inte" säger jag. Och ibland kan jag säga "Du får prata högre för jag hör inte ett jota av vad du säger".*

*I: Så du säger ifrån och...*

*IP: Joo, det gör jag. Och sen ibland så kan jag bara "Hör inte ett dugg, nu lägger jag av, jag frågar dig efteråt" säger jag då va. "Nä han är så svårt att höra" säger hon då va. (5)*

---

Den del i samtalen som upptog mest tid rörde inte oväntat intervjupersonernas upplevelser och erfarenheter kring den egna hörselskadan. Det var tydligt att flera av dem sällan eller aldrig pratat med någon om hörselskadan mer än på ett ytligt plan.

Utifrån Mezirows teori (1991) så kan de tolkningar som kommer till uttryck här sägas motsvara "meaning schemes", d.v.s. specifika kunskaper, uppfattningar, värderingar eller känslor som artikuleras i en tolkning. Tolkningen görs mot bakgrund av individens "meaning perspectives". När intervjupersonerna beskriver sina erfarenheter, följdfrågor ställs och ett samtal kommer till stånd, bildas utrymme för reflektion och när tolkningen blir explicit förtydligas den även för dem själva.

De beskrivningskategorier som finns i denna aspekt representerar anpassningsprocessen vid förvärvad hörselskada. Enligt modellen som presenteras av Jones et al. (1987) så befinner sig dessa personer i fas 3, dvs. i tiden mellan diagnostisering och rehabilitering. Kännetecknande för denna fas är en stor osäkerhet om vad som ska hända och att man sätter stor tilltro till den hjälp man hoppas få. Fasen har därför en passiv prägel menar författarna och säger samtidigt att personen här står inför att acceptera sin hörselskada och tanken på att bära hörapparat.

De innebörder som kommer fram i intervjuerna i relation till den egna hörselskadan är välkända sedan tidigare. Att förneka och dölja hörselskadan för att skydda sin sociala identitet är tydligt förekommande i materialet (i kategorierna *Förnekande*, *Stigmatisering* och *Bedrägeri*) och återfinns i tidigare studier (t.ex. Hetu et al., 1988; Hallberg, 1991). Det är dock värt att uppmärksamma att dessa studier och många andra är utförda i fas 4, d.v.s. efter rehabiliteringen, vilken då oftast består av hörapparat Anpassning.

Att förneka hörselskadan kan förstås som en försvarsmekanism som har funktionen att skydda individen för djupare psykologisk smärta och kan vara till hjälp för individen i en viss fas. När det gäller anpassning till förvärvad hörselskada kanske man ska betrakta förnekandet som en naturlig reaktion eftersom hörselskadan så påtagligt kan utmana självuppfattningen. Att vara "förnekare" och ändå vara villig att komma till hörcentralen visar att det trots allt finns en underliggande vilja och/eller nyfikenhet som gör att man inte avbryter proceduren. Det tyder på att man lämnar en öppning någonstans även om motståndet till det yttre kan verka kompakt. Jones et al. (1987) förlägger i sin modell förnekandet till fas 2 snarare än fas 3.

Hörselskadans och hörapparatens stigmatiserade effekter framkommer med tydlighet i materialet. Dessa citat berör identiteten, vilken blir till i interaktionen mellan individ och omgivning (Goffman, 1963). Teorier om kvinnans formande av identiteten till skillnad från mäns, kan ge ytterligare dimensioner till förståelsen av kvinnors upplevelse av utanförskap och stigmatisering vid hörselskada.

I ett psykoanalytiskt perspektiv diskuteras att pojkars formande av könsidentiteten handlar om separation och individuation genom den nödvändiga separationen från modern. För flickor och kvinnor är det som rör den kvinnliga identiteten inte beroende av separation och individuation. Eftersom manlighet definieras genom separation hotas den manliga könsidentiteten av närhet, medan den kvinnliga hotas av separation, eftersom kvinnlighet definieras genom förening och närhet (Frithiof, 1985). Enligt denna teori kan utanförskapet och stigmatiseringen till följd av hörselskada få en annan innebörd för kvinnor genom sin koppling till separation än den kan få för män.

Att stigmatiseringen leder till en djupare känsla av ensamhet visar kategorin *Utanförskap* och att utstötningsmekanismen leder till en kamp att "få behålla sig som man är" visar kategorin *Bedrägeri*. Hetu (1996) tar upp att stigmatiseringens utstötande funktion kan leda till känslor av skam och skuld. I kategorin *Ensidighet* finns utsagor där intervjupersonerna ser det som sitt "fel" att samspelet inte fungerar. Man ser att det är man själv som ställer till det och får därför ta på sig skulden och också försöka göra något åt det.

I kategorin *Integration* blir bilden plötsligt en helt annan. Att ha integrerat hörselskadan som en del av sin självuppfattning leder till helt andra tolkningar än när hörselskadan fortfarande är ett hot mot identiteten. Det är inga svårigheter att vara öppen gentemot sin omgivning. Problemen som ändå uppstår har med situation och inte person att göra genom att man lever i en värld som i första hand är konstruerad utifrån att människor har fullgod hörsel. I kategorin *Ömsidighet* visas att intervjupersonerna ser det delade ansvaret för kommunikationen men att det är svårt att få det att fungera även om man är öppen och försöker ge omgivningen möjligheter till anpassning.

## Mötet med sjukvård/hörselvård

Den aspekt i samtalen som berör kontakterna med sjukvård och hörselvård präglas av mycket ovisshet och oro inför vad som ska hända i framtiden. Här kommer kvinnornas förväntningar och farhågor till uttryck.

Under denna aspekt finns sex beskrivningskategorier med beteckningarna:

- \*Ovisshet
- \*Motstånd
- \*Bekräftelse
- \*Autonomi
- \*Beroende
- \*Självtilit

---

### \*Ovisshet – Mötet med sjukvård/hörselvård innebär att inte veta och förstå

Den här kategorin representerar den osäkerhet som intervjupersonerna erfar både vad gäller det som varit och det som ska komma. Det råder ovisshet om hörselskadans orsak och om prognos. Flera intervjupersoner upplever att de inte förstår varför de har en hörselskada och att de inte heller fått undersökningar och information som de tror borde gå att få. "Jag har ingen aning". "Det är en gåta" (11) är formuleringar som förekommer. Oro och funderingar över om hörselnedsättningen kommer att förvärras är mycket aktuellt. Flera personer uttrycker detta, även om inte alla formulerar det så här tydligt: "Jag menar, jag funderar ju mycket på om jag kommer att bli helt döv... (11). Man känner det som att man inte har diskuterat färdigt vid läkarbesöket. Någon undrar om ett slag mot huvudet som hon fått för flera år sen kan vara en orsak, en annan undrar om öroninflammationerna hon hade som barn har spelat en roll. En tredje är orolig för ljudmiljön på arbetsplatsen:

*I: Vad har du fått för besked?*

*IP: Ingenting egentligen. Orsaken så. Utan.... Det enda då.. när jag var och gjorde det här då så talade hon väl om för mig att det då var mer nedsatt på ena örat och så vidare men... Jag vet inte heller om, för nu ska jag ju dit, och då vet jag inte om jag får prata med nån läkare. Jag ska dit den 27:e då (till hörcentralen). Och som sagt jag... Näe, för det var bara vad hon visade mig då när vi hade kört igenom detta. Och nåt mer har jag ju inte pratat med någon så att säga.*

*I: Känns det viktigt att veta tycker du?*

*IP: Jaa, det tycker jag väl. Och likadant det här att vi nu har pratat om det på jobbet då så är det ju viktigt och ta reda på om det kan va nån orsak liksom det här att det är så fruktansvärt mycket apparater och ljud och så. (10)*

Osäkerheten är stor om vad som ska hända när man kommer till hörcentralen. Man vet inte vad man ska vänta sig. Man vet inte vem man ska träffa där eller vad som ska hända. "Det står bara att jag ska dit den dan och den tiden." (13). Några hoppas på fler undersökningar och att man då ska få ytterligare besked vad gäller orsaker till hörselskadan. "Man får ju höra om man kan göra nån annan undersökning först innan och ta reda på vad det kan bero på...//...innan man går in på att "Ja du hör ju så dåligt så du måste ju ha hörapparat". Men varför?" (7)



Någon har upplevt att även läkaren var frågande inför orsaken, vilket leder till mer funderingar:

*IP: ...//... för att det är ju ingen som säger vad det är. Dom säger så-här "Ja det är väldigt konstigt att det är så här. Det ser så fint ut allting" Då känner man ju att det finns ett frågetecken nästan även för dom och då är det så lätt att säga så här "Ja du behöver en hörsel... en hörapparat så det förstärker så att du hör". Det kanske inte är det jag behöver, känner jag då ibland va. Är det verkligen så? ...//... För sen frågar folk: "Men Herre Gud, hörapparat, det måste finnas nåt annat! Vad är det som är fel då?" Det vet jag inte.*  
(4)

Ingen av de intervjuade kvinnorna verkade vara bekanta med ordet rehabilitering när vi samtalade kring förväntningar på den hjälp man skulle få. Det är hörapparat man undrar över och talar om. Kring den råder det stor ovisshet. Ska jag bara dit och hämta den? Ska man betala? Kan man duscha med den? Är den osynlig? Kommer jag att klara av den? Är jag tvungen att ha den?

*IP: Nä, nu går jag bara och väntar på att jag ska få komma dit och... få lite upplysning... Jag skulle vilja säga t.ex. och veta hur det fungerar. Jag vet inte ens om man kan sätta in.... apparaten själv, jag vet inte... Jag vet ingenting.*

*I: Det känns att du behöver...*

*IP: Få lite upplysning, information....*

*I: Tror du att du kommer att få det?*

*IP: Ja, det hoppas jag att jag får. Så jag vet. Och för dom som jag har berättat för att jag ska få hörapparat och såhär "Ja det finns ju hörapparater som inte syns" "Det... ja men det kan väl inte vara möjligt? Visst måste dom ju synas?" (6)*

På en direkt fråga kan en intervjuperson tänka sig att hörselvården kanske kan hjälpa till med annat än hörapparat:

*IP: Jag vet inte. Råd och rön kanske. Jaa. Jag vet inte. Allmänna hörselråd, att sanera miljön omkring och så, det tror jag. Det skulle man kunna få, och det skulle vara bra. (9)*

#### **\*Motstånd - Mötet med sjukvård/hörselvård innebär att tvingas acceptera**

I den här kategorin samlas utsagor som har att göra med upplevelser av att det som sker, eller som man föreställer sig ska ske, inte är i samklang med ens egen uppfattning, önskan och vilja. Det finns motstånd både mot att inse att man har en hörselskada och mot den hjälp man tänker sig att man ska få. Man känner sig tvungen att acceptera något som upplevs negativt och känner sig även påtvingad andras uppfattningar. Självbestämmandet utmanas.

Att inse att man har nedsatt hörsel tar ofta lång tid. Man kan ha svårt att ta det till sig även om man får bekräftelse via hörseltest. "Ja sen så var jag på en sån här kontroll på jobbet och då sa hon att jag hörde lite dåligt. Men jag ville ju inte höra dåligt, så jag sa att det var ingen fara.." (11) En intervjuperson reflekterar över att det är nog samma process för alla:

*IP: ... //... just det här att man har inte godkänt att det är faktiskt jag som inte hör. Jag tror liksom att man vill inte acceptera det, att det är*

*ju mitt, det är ju mitt. ... // ... för det är ju samma process i alla fall när du får veta, eller att du upplever att du är hörselskadad. Jag tror att man går i alla fall den vanliga vägen. ...//...*

*I: Och vad är "den vanliga vägen"?*

*IP: Det här nekandet." Jag hör inte dåligt". Innan man kommer så långt att: "Joo det är jag som hör dåligt". (2)*

Att acceptera något man inte vill acceptera kräver tid och bearbetning oavsett vem man är och vilken erfarenhet man har, t.ex. av att arbeta med funktionshindrade människor:

*IP: ... //... Jag tror att jag är van att handskas med handikapp och handskas med handikappade barn och allt runt omkring. Så jag kan liksom se det klart, men ändå när det kommer till en själv så... Jag har liksom inte fattat att jag inte har hört. Och det har nog varit problemet, att jag tror att.. när jag får bearbeta det här då kan jag lättare gå ut och säga att. "Jag hör faktiskt inte, jag har en hörselkurva som ser ut så och så, jag kan inte höra dom områdena." ...//... Jag tror att jag befinner mig nästan mitt emellan, jag börjar inse... mina kollegor, dom som jag känner väl... Dom säger jag till mer "Du, jag hör faktiskt inte.." (9)*

Vid läkarbesöket där beslut om remiss till hörcentral tagits, vilket för samtliga intervjupersoner innebär hörapparat, så upplever många att det gått för fort och att det inte har funnits tid att prata. "Ja, han ville skicka mig vidare och bråttom har dom och patienter fullt i väntrummet och så tycker man: "Ja, ja, jag får väl gå." (14) Det känns som att inga alternativ finns utan det är hörapparat som är den enda lösningen: "...här sa man med en gång att det fanns ingen annan hjälp att få utan det får bli en hörapparat." (4) Och man upplever att det är ett beslut man inte varit med i själv: "Nä, jag har aldrig känt att jag behöver hörapparat. Det är andra som har sagt att jag måste ha det. Så upplever jag det." (4) En kvinna uttrycker det så här:

*IP: Nä, han (läkaren) sa ingenting speciellt, han tog ju bara det här provet som en... ja som han... utvärderade det då, inget annat gjorde han ju liksom inte. Han bara tittade liksom i örona, men det var OK...*

*I: Men vad fick du för besked då liksom?*

*IP: Jaa, att han tyckte att jag skulle ha hörapparat.*

*I: Det här med vad hörselnedsättningen beror på...*

*IP: Det har jag ju inte fått bekräftat. (7)*

Det finns många negativa, ambivalenta känslor kring hörapparaten som man motvilligt ser som enda lösningen: "Och det är väl inget som man ser fram emot på det sättet, att behöva ha den typen av hjälpmedel, men jag känner att jag måste ha det va. (1) En annan intervjuperson förmedlar att hon fått sin "dom": "Men när han sa (läkaren) att jag var tvungen att ha hörapparat... Det första jag gjorde var att jag klippte mig för jag hade ju längre hår än vad du har då, när jag fick reda på det. Så tänkte jag så här: "En gång till vill jag klippa mig". (6)

En kvinna berättar om sin tanke att "ta en hörapparat och sen lägga den i byrålådan" och reflekterar över varför motståndet är så stort:

*IP: Det har jag med funderat på, varför jag inte bara säger; "Jag vill inte ha nån". Så tänker jag såhär ibland att "Ja, ja, jag får väl ha en då da så lägger jag den i byrålådan" och så blir jag lika förbaskad på mig själv när jag har tänkt tanken. För det är ju löjligt, att man håller på då och går igenom en massa saker och dessutom är det kostsamt och så inte man ska använda den. Så det är nog nåt... har sagt att jag har accepterat det, men nånting som man har blivit ålagd då. Och så.... har säkert med god uppfostran att göra (skratt). ...//... Och det kanske är där som det svåra är. Att man inte kan acceptera det när man inte har bestämt det själv så att säga. Eller sökt för det. För det gjorde jag ju inte heller. Och jag tänkte i mitt stilla sinne sådär när jag skojade med henne och sa det att "Men hörseln, den får ni ta och undersöka" att det är säkert en vaxpropp som sitter nästans. Sen när dom har spolat örat så hör jag bra igen. Jag drömde inte ens om att det skulle vara så att det var en hörselskada. Hade inte funderingar på det. Jaa, det är säkert så att det är svårt att acceptera bara för det. (4)*

#### **\*Autonomi – Mötet med sjukvård/hörselvård innebär behov av självbestämmande**

Den här kategorin uttrycker kvinnornas önskan om att bli bemötta som självständiga människor. Behovet av att få vara autonom är påtagligt. När de reflekterar över hur de vill att det ska vara när de kommer till hörcentralen så kommer ord som "självbestämmande och "respekt" upp. "Jag tycker att man ska visa respekt för... att det finns... olika människor och olika önskemål.... Och att dom som jobbar med det här har respekt för att det faktiskt inte är så jäkla roligt att höra dåligt. Det vill jag." (11)

Det är viktigt att man får information om vilka möjligheter som finns så att man sedan själv kan avgöra vad som blir bäst.

*I: Om man tänker då framåt, framtiden. Vad tänker du om framtiden? Du var lite inne på det förut.*

*IP: Ja det är liksom det som jag tror är det viktigaste nu att, att det blir något sånt som jag kan själv acceptera. En sån här lösning till det. Inte något sånt som man bara säger att. "Såhär är det" och "Såhär ska vi göra." Men det är liksom att det, åtminstone jag vill vara med och... se vad är det bästa för min del.(2)*

Att det finns farhågor angående möjligheterna till medbestämmande kan bero på tidigare erfarenheter. En kvinna beskriver sin upplevelse av att hennes mor blev påtvingad en hörapparat utan att hon fått välja och delta i beslutet:

*I: När du tänker att du ska komma till hörselvården nu, hur skulle du vilja att det var?*

*IP: Näe, jag.... det.. man får ju inte veta nånting mer än dom här breven att man inte ska ha vaxproppar så att... man vet ju inte riktigt vad man ska förvänta sig. ...//... Ehhh och jag... ja, jag vet ju inte hur det är upplagt, men jag hoppas ju att dom talar om för mig vad det finns för alternativ och att jag får prova olika saker, och jag... vad jag vill att dom ska göra det är att dom ska ta fram precis allting som finns. Och inte komma med, med en liten hörapparat som dom gjorde till mamma och sa att "Den här ska du ha. Jag ska visa dig hur du ska sätta i den". "Men det ska jag inte ha!" sa min mamma. "Jo den ska du ha!" "Var det dumaste jag har hört!" sa hon. Hon kunde ju inte sätta i den själv... hon var*

*gammal då. Men... alltså det, det, räknar jag inte med. Utan jag räknar med att det ska finnas ett utbud och så ska man tala om för mig hur dom fungerar och prova och höra vad jag vill ha, och sen när jag vet vad jag vill ha så... provar dom väl ut den då så att min hörsel blir så bra som möjligt då ihop med den här. Så, så vill jag att det ska vara. Sen hur det blir det vet jag inte. Möjligen kommer dom med den här lilla apparaten och säger varsågod. (11)*

**\*Bekräftelse – Mötet med sjukvård/hörselvård innebär behov av att bli förstådd**

Det här kategorin innehåller intervjupersonernas önskan och längtan att bli förstådda i samband med kontakten med hörselvården; att inte vara en i mängden, utan att få lov att komma med sina tankar och problem till någon som vill lyssna. Man söker bekräftelse.

Man känner ett behov av att prata och bearbeta och helst då med någon utomstående. Att känna sig förstådd av andra gör det lättare att förstå sig själv: ”... för när man pratar med någon som vet vad det handlar om lite granna, så kan man förstå sig själv kanske... (4)

På frågan hur det kändes att sitta och samtala kring hörselskadan så som skedde vid intervju-tillfället svarade en kvinna:

*I: På sätt och vis tyckte jag det var rätt intressant och bra och det var väl när jag fick den här förfrågan så tänkte jag visst kan jag göra det. Jag tror också att jag behöver sätta lite ord på saker och ting också egentligen. För att det gör man inte riktigt va, det jag har ju... på sätt och vis så tänker man på det, man diskuterar det hemma med familjen och... men det blir på ett annat sätt.. för att på nåt sätt så behöver man ju faktiskt prata om det. (1)*

Den här kvinnan uttrycker behov av att få mer tid och möjlighet att prata med någon inom hörselvården, men har svårt att uttrycka på vilket sätt, eftersom det känns som en utopi i dagens sjukvård.

*I: Hur skulle du vilja att det var?*

*IP: Det är klart att man... jag är såpass realist också så att man kan inte ha kontakt med varenda patient och man kan inte heller... eftersom det är då långa väntetider och så va. Jag har ju ringt till Carlanderska och ringt lite runt om för jag tänkte att jag kanske skulle kunna få komma till någon då som kunde ta sig an mig eller kanske skynda på det lite granna eller så. Men.....*

*I: Hur skulle du vilja att det var?*

*IP: Ja, det är det jag försöker tänka..... Jag vet inte. Sånär tycker jag då hade vart jätte-käckt om man hade kunnat sitta med någon läkare och prata lite kanske. Att jag just... att man gjorde, om man nu önskar då, som man kan göra och som inte alltid slår in och så, så skulle det kanske vara så att man individuellt kunde se att den här patienten kanske man behöver prata med mera. Eller att hon fick den möjligheten i alla fall att ”Det finns en tid här om du vill ha den så kan du komma upp och ställa dom frågorna som kommer sen”. För att när man sitter hos doktorn så har man ju inte dom frågorna som man möts av sen när man vaknar en morgon eller har svårt att somna på kvällen.*

*I: Man behöver tänka färdigt.....*

*IP: Ja det behöver man. Och då är lite starkt och gå till en psykolog och så va. Tror jag. Utan det skulle vara läkarn då som man kunde träffa och fråga då ”Är det verkligen så att jag inte hör?” Är det inget annat innanför nåt fysiskt?” Eller den här proppen då som jag trodde att jag hade vax-*

*proppar, som jag var så övertygad om att det var då. För sämre hör jag inte. Så skulle jag nog vilja att det var. Men att det kan vara svårt att göra det så, det förstår jag. (4)*

**\*Beroende – Mötet med sjukvård/hörselvård innebär att förlita sig på kompetens utanför sig själv**

Den här kategorin beskriver ett förhållningssätt där man förlitar sig på att bli omhändertagen och lösningarna ligger utanför ens egen kontroll. Man blir beroende. Doktorn tar hand om öronen och hörapparaten är lösningen på problemen inför framtiden. Framförallt är tilliten till tekniken framträdande. Vad gäller att ha kunskap om sin egen hörselskada känner man sig trygg och kan gå vidare när man fått de förklaringar och besked som man själv tycker att man har behov av. Detta behöver inte alltid innebära ingående förklaringar, huvudsaken är att de är tillräckliga. ”*Det spelar inte så stor roll (var i örat hörselskadan sitter) för jag har i alla fall förstått så att säga då, att vad det här är och vad det beror på så. Så sen om jag inte kan ...se eller förstå fullt ut, näe det har inte nån betydelse för mig. Det har det inte.*” (1)

Att inte få någon närmare förklaring till orsaken behöver inte innebära något problem, bara man litar på läkarna:

*I: Så att du vet liksom inte var nånstans skadan.... det liksom är... orsaken till....*

*IP: Näe. Aldrig nån som har sagt till mig.*

*I: Näe. Känns det... skulle det vara intressant att veta det eller, spelar det ingen roll eller?*

*IP: Jag har inte funderat på det.. ärligt talat.. näe... jag vet inte, bara jag vet att... Jag litar på läkarna liksom att.... Jag vet att det inte är nån tumör som växer där inne nånstans. Det är inget dödligt, det är inget farligt. Det är..... jag har väl lite god tilltro till läkare. (3)*

Att få hörapparat är den åtgärd man förväntar sig från hörselvården och förhoppningen om att den ska lösa de problem som finns är stor: *Ja, jag känner ju... bara jag får en hörapparat, att det fungerar. (5)*

*I: Om du tittar på dig själv just nu...*

*IP: Ja så tycker jag att jag hör väldigt dåligt...*

*I: Och din, din framtid.... Vad ser du då, vad är det du ser nu?*

*IP: En hörapparat så att jag hör bra.*

*I: Det är liksom "that's it".*

*IP: Ja. (14)*

Föreställningen om att bli hjälpt av hörapparaten är beroende av att det handlar om den ”nya tekniken”:

*I: Om du tänker dig in i detta att du skulle bära hörapparat. Hur skulle det vara?*

*IP: Näe, det skulle inte vara nåt större problem tycker jag. Om man får en sån där modern sak... digital... (7)*

Man känner sig också beroende av att hörapparaten ser ut på ett visst sätt. Att den är "liten och fin" är en viktig faktor: "...//... jag tror ju att jag skulle kunna få en liten fin hörapparat som gör att det underlättar mycket i det här va. (1)

*I: Nu när du tänker på att du ska komma till hörcentralen, vad tänker du om vad det är för hjälp du kommer att få? Hur ser du det framför dig?*

*IP: Öh, jag diskuterade ju det, eftersom jag var hos en privat öronläkare först, och dom gav mig rådet att det finns små fina digitala hörapparater idag. Inte dom där klumpiga utanpå då. (9)*

**\*Självförtroende – Mötet med sjukvård/hörselvård innebär att förlita sig på sin egen förmåga**  
Den här kategorin beskriver det intervjupersonerna ger uttryck för när de ser sin egen roll i hörapparatpassningen. Man föreställer sig att det kan komma att bli besvärligt och att det innebär att man måste lita på sin egen förmåga. "Man får ju fajtas och säkert försöka pröva sig fram..." (2).

Den här kvinnan ger exempel på att en kombination av inre resurser och kunskaper kommer att behövas:

*IP: ...//... Jag vet också att det är en jobbig period för vissa människor då att lära sig att hantera en hörapparat.*

*I: Hur är det för dig tror du?*

*IP: Jag tror att jag kommer att kunna göra det, för att jag är så pass envis och jag vet liksom vad det här rör sig om. Jag kommer att kunna sätta mig in i det även om det är besvärligt i början så tror jag att jag ska kunna göra det. (9)*

---

I aspekten "Mötet med sjukvård /hörselvård" berörs situationen här och nu i samtalen. Kvinnorna är mitt i ett händelseförlopp som påbörjats i och med att hörselskadan bekräftats utifrån, vilket för många inte är samma sak som att man själv har bekräftat den. Inte heller vet man vad som kommer att ske. Intervjupersonerna hade mycket frågor både kring den kontakt de redan haft och den kontakt som de väntar på. Osäkerheten är mycket stor när man befinner sig i fasen mellan diagnostisering och rehabilitering, vilket också bekräftas av Jones et al. (1987). Det var påfallande hur lite kvinnorna kände till om sin hörselskada och hur frustrerande detta upplevdes. De personer som hade kunskap om sin diagnos var de med otoscleros. Här kan det vara lättare att ge begripliga förklaringar än vid sensorineurala hörselnedsättningar och det faktum att diagnosen går att behandla medicinskt kanske också bidrar till att mer information ges av läkaren. Att detta innebär en skillnad i personens förhållningssätt till sin hörselskada och därmed också till rehabiliteringen diskuteras av Eriksson-Mangold och Erlandsson (1993). I det nu aktuella materialet framkommer också att behovet av att känna till orsaker till hörselskadan inte behöver innebära detaljerade faktakunskaper. Bara man kände till det man själv ville veta, så var det tillräckligt. Osäkerheten rörde även det förestående besöket på hörcentralen och det fortsatta livet med hörselskadan. Knowles (1998) tar upp behovet av att veta och förstå som en grundläggande förutsättning för vuxnas lärande och förändring. I den här studien ser man att behovet av kunskap; av att veta och förstå, är stort.

Upplevelser av att man inte deltagit i händelseförloppet hitintills och att andra tagit beslut som man inte varit delaktig i, är rikligt förekommande i samtalen. I det ofta tidsmässigt utdragna

förloppet i anpassningsprocessen finns ett motstånd mot att inse att man faktiskt har en hörselskada. Detta kan leda till att man också är ovilligt inställd till tänkbara lösningar eftersom man i så fall accepterar ett faktum som man inte är redo att acceptera. Man blir intvingad i en situation mot sin vilja och man ser sig inte ha någon möjlighet att påverka skeendet. Dessa upplevelser kommer, så länge de kvarstår, att motverka en integration av hörselskadan i självuppfattningen.

När intervjupersonerna reflekterar över hur de skulle vilja bli bemötta i hörselvården så är möjligheten att kunna ta egna beslut en viktig faktor. Autonomi och självstyrning är även det en av grundbultarna när det gäller vuxnas lärande och förändring (Tennant, 1995; Knowles et al., 1998). Att få tid att ställa frågor och samtala om hörselskadan och dess konsekvenser kommer också upp som en önskan inför fortsättningen. Det finns en längtan att få vara genuin och bli bekräftad. Erlandsson (1998) diskuterar betydelsen av tidigare erfarenheter hos personer med hörselskada och tinnitus och behovet av att stärka självkänsla och identitet i rehabiliteringen. Det ligger tyvärr ofta nära till hands att som behandlare gömma sig bakom sina "åtgärder" som t.ex. att göra en ny undersökning, skriva ut medicin eller ordinera en hörapparat istället för att verkligen lyssna till vad personen vill förmedla. Detta, menar Erlandsson, är ett sätt att fly från en situation som kräver något som man själv har svårt att hantera.

Att hörapparaten ses som den enda lösningen som måste fungera, framkommer i intervjuerna. Man ställer allt sitt hopp till hörapparaten och har stor tilltro till ny teknik. Att man lägger lösningen i händerna på expertisen är ett av kännetecknen i fas 3 enligt Jones et al. (1987). Man kan skönja en längtan att lämna över problemen och att "den nya tekniken" ska ta bort det svåra och onda utan att man riktigt förstår hur det ska gå till. Man ser att hörselvården handlar om medicinska och tekniska lösningar och har svårt att föreställa sig vad det annars skulle vara. Att se sin egen roll i samband med hörapparatanpassningen är inte lika självklar. Detta kan hänga samman med förhoppningen om en snabb och effektiv teknisk lösning.

## SAMMANFATTANDE DISKUSSION

### Metod:

Audiologi är en vetenskap som behöver hämta underlag för kunskapsbildningen från människors upplevelser och erfarenheter av vad det innebär att höra och vad det innebär att inte höra. Den subjektiva mening som tillskrivs en hörselskada är av stor betydelse för förståelse av anpassningsprocessen och av hur rehabilitering ska utformas. Enligt den fenomenologiska kunskapssynen har all mening sitt ursprung i livsvärlden (Bengtsson, 1987). Detta innebär att audiologin behöver intressera sig för människors livsvärld, vilket i ett forskningssammanhang betyder att man behöver närma sig problemen utifrån en kvalitativ forskningsansats.

Den fenomenografiska forskningstraditionen intresserar sig för människors skilda sätt att uppfatta/förhålla sig till fenomenen. Genom att vi relaterar på olika sätt till vår omvärld så visar sig också fenomenen för oss på olika sätt (Marton, 1981). Relationen till omvärlden är också central i den fenomenografiska synen på lärande; vi lär när vår relation till omvärlden förändras. Att få en hörselskada innebär just detta: en förändring i relationen till omvärlden, och anpassningen kan därigenom förstås som en läroprocess. Dessa beröringspunkter mellan fenomenografi och anpassning till och rehabilitering av hörselskada ligger till grund för metodvalet i denna studie. Att förstå hörselskadade personers skilda förhållningssätt inför audiologisk rehabilitering är viktigt med tanke på att rehabiliteringen ska understödja fortsatt anpassning/lärande hos den enskilde individen, vilket ytterligare motiverar metodvalet.

Det har riktats kritik mot fenomenografin genom den avsaknad av vetenskapsteoretisk förankring som man menar finns. En av frågorna i samband med detta gäller fenomenografins strävan att beskriva uppfattningar av ett fenomen skilt från sitt sammanhang, den s.k. dekontextualiseringen. Friberg, Dahlberg, Petersson & Öhlén (2000) diskuterar fenomenografi i relation till omvårdnadsforskning och menar att metoden här kan vara tveksam just genom att forskningsfrågor inom omvårdnad ofta är komplexa och kontextberoende. Problemet är i grunden detsamma i den här studien, men med den fenomenologiska utgångspunkt som är tagen, där mening alltid är beroende av kontext, och genom att beskriva individers förhållningssätt snarare än separata uppfattningar, ges en större möjlighet att inom den fenomenografiska metoden även inkludera intervjupersonernas sammanhang i analys och resultat.

I den fenomenografiska metoden ingår att genomföra intervjuer och föra över innehållet i intervjuerna till text och utifrån detta göra upptäckter om människors uppfattningar och förhållningssätt. Metodologiska frågor om validitet och reliabilitet behöver övervägas när resultatet av en fenomenografisk studie ska värderas. Kan personerna i intervjusituationen verkligen förmedla uppfattningar/förhållningssätt till ett specifikt fenomen? Denna fråga beror mycket av intervjuarens kunnighet, känslighet och förmåga att skapa ett känslomässigt klimat som gör att fenomenet får möjlighet att framträda (Kvale, 1997). En annan fråga handlar om huruvida de erhållna beskrivningskategorierna verkligen representerar det intervjupersonerna givit uttryck för. I grunden har detta att göra med om forskaren gjort en riktig tolkning av det som förmedlats i intervjun (Alexandersson, 1994). Resultatet av den här studien är självfallet beroende av författarens förmåga både som intervjuare och som tolkare. Allmänt kan sägas att intervjuer alltid kan göras bättre, men utifrån den här studiens syfte bedöms intervjuunderlaget innehålla ett brett spektra av tankar, känslor och erfarenheter som belyser fenomenet på kvalitativ nivå. Självfallet finns det dock ställen i intervjuerna där man skulle ha velat utveckla resonemanget för att ytterligare fördjupa det kvalitativa innehållet. När det gäller analysen av intervjuerna har medbedömaren följt arbetsprocessen som tidigare beskrivits.



## **Resultat:**

### *Angående kategorisystemet*

Studiens resultat är det presenterade kategorisystemet som beskriver skilda förhållningssätt inför audiologisk rehabilitering. Studiens fenomen är således kontextbundet och är därigenom mer komplext än om man t.ex. skulle undersöka uppfattningar av vad det är att höra utan att knyta det till ett specifikt sammanhang. Förhållningssätten visar sig i materialet utifrån tre skilda aspekter; vad det är att höra, den egna hörselskadan och mötet med sjukvård/ hörselvård. Dessa aspekter representerar inte kvalitativa skillnader av att stå i begrepp att påbörja audiologisk rehabilitering, utan är teman inom vilka de kvalitativt skilda förhållningssätten visar sig. Motivet till att inte beskriva aspekterna som skilda fenomen, vilket de i en annan studie skulle kunna vara, är att de står i en speciell relation till den beredskap med vilken man går in i rehabiliteringen och att de därmed skall ses som sammanbundna med förhållningssättet inför rehabiliteringen.

I beskrivningskategorierna inom de olika aspekterna kan man skönja en hierarki från det enkla till det mer komplexa. Ett av fenomenografins intressen är just att identifiera skilda sätt att uppfatta/förhålla sig till ett fenomen i betydelsen av hur omfattande förståelsen av fenomenet är. En sådan gradvis ökande förståelse kring hörandet, hörselskadan och den förestående rehabiliteringen som visas i resultatet, ger en bild av anpassningsprocessens steg mot integration av hörselskadan men även av de nyanser i förhållningssätt som audiologisk rehabilitering behöver kunna möta.

### *Angående anpassningsprocessen*

När det gäller att förstå anpassningsprocessen vid hörselskada vet vi idag bl.a. att den ofta är utsträckt över tid (Eriksson-Mangold, 1994), att den inte går att predicera beroende på en mängd skilda faktorer inom och utom individen (t.ex. Erdman & Demorest, 1998b), att copingstrategier väljs med utgångspunkt i skyddet av den sociala identiteten (t.ex. Hallberg & Carlsson, 1991). Dock vet vi fortfarande förhållandevis lite om hur audiologisk rehabilitering ska utformas för att möta personen med hörselskada utifrån var hon/han befinner sig i anpassningsprocessen. I modellen som presenteras av Jones, Kyle & Wood (1987) definieras anpassningens faser utifrån var personen befinner sig i förhållande till diagnostisering och rehabilitering. Det som kännetecknar fas 3 i modellen återfinns också i den här studien (t.ex. osäkerhet och att sätta tilltro till hörapparaten). Däremot finns i det här materialet även det som enligt Jones et al. kännetecknar fas 2 (t.ex. förnekande) och 4 (t.ex. integration). Att söka hjälp för sin hörselnedsättning, få den diagnostiserad och rehabiliterad, är viktiga steg för den enskilde individen och påverkar den fortsatta anpassningen, men att definiera anpassningsprocessen utifrån dessa händelser kanske leder i fel riktning. Det ger snarare en yttre bild, sedd av andra än den hörselskadade. *I den här studien påvisas ett brett spektra av förhållningssätt, från förnekande till integration, inom det som Jones et al. betecknar som fas 3.* Det som framträder i materialet är just den mångfacetterade bild av olika inre faser i anpassningsprocessen. Den stora skillnaden för individen ligger i om hörselskadan är en del av självbilden eller om den fortfarande är ett hot, och inte i om man fått hörselskadan diagnostiserad och rehabiliterad eller ej.

Betydelsen av socialisationen, livsskede och livshändelser är faktorer som Jones et al. kopplar till sin modell som avgörande faktorer i anpassningen. Man menar också att den är en arbetsmodell som bör vidareutvecklas. Det är kanske utifrån dessa faktorer som en modell för anpassning till hörselskada, som beskriver processen från förnekande till integration, ska byggas för att vi ska förstå den och i det enskilda fallet kunna utforma ändamålsenlig rehabilitering.

### *Angående lärandet*

Att förstå anpassningen till förvärvad hörselskada som en process från förnekande till integration där den ständigt närvarande tolkningen sker utifrån det kulturella och sociala sammanhanget, betyder att förstå den som *en förändringsprocess och därmed också som en läroprocess*. Att lärande och förändring är synonymt och att lärande är en konstruktionsprocess via tolkningar i relation till omvärlden, råder enighet om hos flera författare (t.ex. Marton, 1981; Knowles, 1998; Tennant & Pogson, 1995; Mezirow 1991). Mezirows teori om transformativt lärande förser oss med begrepp som hjälper oss att förstå de strukturer som påverkar läroprocesser hos vuxna (Mezirow, 1991). De tolkningar som kommer till uttryck i intervjuerna representerar det Mezirow betecknar "meaning schemes" vilka formuleras mot bakgrund av de ofta oreflekterade grundläggande referensramar som bildats via socialisationen (meaning perspectives). Socialisationen som bakgrund till den subjektiva tolkningen av hörselskadans konsekvenser beskriver även Jones et al. (1987) som den första fasen i sin modell.

Den här studien fokuserar på ett sammanhang: att stå i begrepp att påbörja audiologisk rehabilitering. Detta sammanhang kan sägas innefatta de fem interagerande kontexter som enligt Mezirow samverkar vid lärande: de grundläggande "meaning perspectives", den kommunikativa processen, handlingsförloppet (line of action), självuppfattningen och den externa situationen. Utifrån Mezirow finns således de komponenter i den aktuella situationen som är nödvändiga för att lärande ska komma till stånd.

Mezirow diskuterar också den centrala roll som våra tidigare erfarenheter har för lärande i det vuxna livet. Vi utmanas att lära när det uppstår inkongruens mellan våra upplevelser och våra tidigare erfarenheter. För en person som får en hörselskada utmanas något man tidigare tagit för givet; att kunna höra. De upplevelser man nu får av att inte kunna höra som "vanligt" blir en utgångspunkt för lärande; upplevelserna passar inte in i tidigare "meaning perspectives" och "meaning schemes". När våra tidigare erfarenheter utmanas blir vår självbild hotad vilket förklarar varför det kan finnas motstånd mot lärande och utveckling enligt Mezirow.

I processen från förnekande till integration vid förvärvad hörselskada, kan man föreställa sig att utveckling, förändring och omvandling av framförallt "meaning schemes" men även av "meaning perspectives" kommer till stånd. En iakttagelse i materialet, är att när förståelsen hos en individ är mer omfattande, dvs. komplexiteten i fenomenet är mer integrerad, blir det mera okomplicerat och "enklare" för individen (se t.ex. citat s. 24-25). Detta kan speglas i Mezirows beskrivning av transformativt lärande vilket leder till större öppenhet, integration och större förutsättningar till anpassning. I ett socialpsykologiskt perspektiv kan man uttrycka det som att de symboler mot vilka vi projicerar våra upplevelser blir fler och mer omfattande. Det finns således en pedagogisk potential i anpassningsprocessen som sådan och därmed också i den audiologiska rehabiliteringen.

### *Angående den audiologiska rehabiliteringen*

De personer som ingick i denna studie hade lätta till måttliga hörselnedsättningar. Att man trots detta upplever situationen som mycket pressande framkommer i intervjuerna. Newman, et al. (1997) rapporterar liknande resultat från en grupp med ensidiga och lätta hörselnedsättningar. Detta ger ytterligare stöd för uppfattningen att audiologisk rehabilitering behöver utgå från den hörselskadades upplevelser och inte från graden av hörselnedsättning (t.ex. Erdman, 1994).

Förutsatt att man ser rehabiliteringens uppgift som att understödja individens anpassning till hörselskadan så kan man inte bortse från de skilda förhållningssätt till hörselskadan och rehabiliteringen som påvisas i denna studie. Resultatet är på inget sätt kliniskt obekant; vi känner igen personerna i den här studien, men vi är osäkra på hur den audiologiska rehabiliteringen ska förhålla sig. Vi kan utgå ifrån att den lärprocess som anpassning till förvärvad hörselskada innebär, pågår och fortskrider även utan rehabilitering. Just detta faktum gör det ännu viktigare att vi vet på vilket sätt vi ska möta personen med hörselskada, annars svävar vi i ovisshet om huruvida den audiologiska rehabiliteringen underlättar lärprocessen eller ej. Det kan ju t.o.m. vara så att anpassningsprocessen skulle fortskrida bättre utan.

Om man tar den pedagogiska potential som finns i mötet mellan patient och hörselvård på allvar, så blir det nödvändigt att utforma rehabiliteringsinsatserna på ett sätt som befrämjar lärande och förändring. Detta innebär bl.a. att ge utrymme för reflektion, aktiv problemlösning och självstyrning (Mezirow, 1991; Knowles et al., 1998). I intervjuerna var det gott om utsagor som pekade i denna riktning. Man ville ha möjlighet att samtala och träffa någon som lyssnade, man vill veta och förstå och man ville vara delaktig i beslut. Utgångspunkten för rehabiliteringen behöver vara den innebörd och mening personen tillskriver hörselnedsättningen vilket bara kan komma till uttryck i ett samtal. Att vänta med rehabiliteringsinsatser till dess man har kunskap om detta, är nödvändigt om rehabiliteringen ska kunna understödja förändring och lärande.

Att ha motstånd mot rehabiliteringen och att integrera hörselskadan i sin självbild är naturliga reaktioner eftersom både hörselskadan i sig själv och rehabiliteringens inriktning mot förändring är ett hot mot självbilden. Om man utgår från en sådan förståelse blir det lättare att se att rehabiliteringens stora uppgift gäller de personer som inte har integrerat hörselskadan i sin självuppfattning. Här behöver rehabiliteringen stödja identitetsbevarandet bl.a. genom bekräftelse av känslomässiga upplevelser och genom det Hetu (1996) kallar "normalisering". Det innebär en "av-stigmatisering" som gör individen "normal" inför sig själv och bygger enligt Hetu bl.a. på möten med andra hörselskadade personer. Man kanske här snarare skulle tala om en anpassning av hörselskadan till individen i stället för tvärtom. Den tekniska rehabiliteringen behöver då tidsmässigt anpassas till individens fas.

För de personer där hörselskadan är integrerad i självuppfattningen är inte den tekniska rehabiliteringen lika hotande. En viktig uppgift i rehabiliteringen för denna grupp är att ge stöd i att leva som hörselskadad i ett hörande samhälle och att ge beredskap för försämring av hörförmågan.

Studiens resultat visar på vitt skilda förhållningssätt inför den förestående rehabiliteringen. Om man menar att audiologisk rehabilitering ska understödja den hörselskadades anpassningsprocess så är det nödvändigt att anpassa rehabiliteringen efter individens tolkning av sin situation. Detta är en pedagogisk uppgift som innebär att understödja förändring och lärande. Vi behöver börja diskutera *den audiologiska rehabiliteringens didaktik*, dvs. lyfta upp frågorna Varför?, Vad? och Hur? på ett medvetet pedagogiskt plan. Detta skulle innebära att konkretisera diskussionen om rehabiliteringens utformning utifrån individens förändrings- och lärprocess vilket är en viktig pusselbit på väg mot en audiologisk rehabilitering som är anpassad efter individen och inte tvärtom.

## Referenser

- Abrams, H.B., Hnath-Chisolm, T., Guerreiro, S.M., & Ritterman, S.I. (1992). The effects of intervention strategy on self-perception of hearing handicap. Ear and Hearing, 13, 371-377.
- Alberti, P.W., Pichora-Fuller, M.K., Corbin, H., & Riko, K. (1984). Aural rehabilitation in a teaching hospital: evaluation and results. Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology, 93, 589-594.
- Alexandersson, M. (1994). Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. I: B. Starrin & P.G. Svensson (Red). Kvalitativ metod och vetenskapsteori. (s.111-136). Lund: Studentlitteratur.
- Anderson, M., Dancer, J., & Durand, C. (1990). Self perception versus associates' perception of hearing handicap in adults over the age of fifty. The Volta Review (Oct./Nov), 293-301.
- Andersson, G., Melin, L., Scott, B., & Lindberg, P. (1994). Behavioural counselling for subjects with acquired hearing loss. A new approach to hearing tactics. Scandinavian Audiology, 23, 249-256.
- Arlinger, S., Broms, P., Eriksson, H., Gustafsson, A., Kron, A.M., Linstam, E., Olsson, U., Ringdahl, A., Rydberg, B., & Sethfors, S. (1994). Kvalitetssäkring vid hörapparatanpassning. Vällingby: Handikappinstitutet.
- Backenroth, G. (1996). Hörselskadades anpassning och rehabilitering på arbetsplatsen. (Rapp. nr. 89). Stockholm: Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.
- Backenroth, G., & Ahlner, B.H. (1997). Hearing loss in working life. Psychosocial aspects. Rep. No. 837). Stockholm: Stockholm University, Department of Psychology.
- Bengtsson, J. (1987). Edmund Husserls filosofi. En introducerande översikt över hans fenomenologi och dess inflytande. (Forskningsrapport nr. 90). Göteborg: Göteborgs universitet, Sociologiska institutionen.
- Beynon, G.J., Thornton, F.L., & Poole, C. (1997). A randomized, controlled trial of the efficacy of a communication course for first time hearing aid users. British Journal of Audiology, 31, 345-351.
- Brainerd, S.H., & Frankel, B.G. (1985). The relation between audiometric and self-report measures of hearing handicap. Ear and Hearing, 6, 89-92.
- Brink, R.C., van den Wit, H.P., Kempen, G.I.J.M., & van Heuvelen, M.J.G. (1996). Attitude and helpseeking for hearing impairment. British Journal of Audiology, 30, 313-324.
- Croyle, R.T. (1992). Appraisal of health threats: cognition, motivation, and social comparison. Cognitive Therapy and Research, 16, 165-182.
- Dahlberg, K. (1992). Helhetssyn i vården. En uppgift för sjuksköterskeutbildningen. (Avhandling). Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

- Danermark B.D. (1998). Hearing impairment, emotions and audiological rehabilitation: a sociological perspective. Scandinavian Audiology, 27 (Suppl. 49), 125-131.
- Elias, N. (1994). The civilizing process. New York: Urizen Books.
- Erdman, S.A. (1993). Counseling the hearing impaired adult. I J.G. Alpiner, & P.A. McCarthy (Red.). Rehabilitative audiology: children and adults. (s. 374-413). Baltimore: William & Wilkins.
- Erdman, S.A. (1994). Self-assessment: From research focus to research tool. I J.P. Gagné, N. Tye-Murray, (Red). Research in audiological rehabilitation: Current trends and future directions. (Monograph) Journal of Academy of Rehabilitative Audiology, 27, 67-90.
- Erdman, S.A., & Demorest, S.A. (1998a). Adjustment to hearing impairment I. Description of a heterogeneous clinical population. Journal of Speech, Language and Hearing Reserach, 41, 107-122.
- Erdman, S.A., & Demorest, M.E. (1998b). Adjustment to hearing impairment II: Audiological and demographic correlates. Journal of Speech, Language and Hearing Research, 41, 123-136.
- Eriksson-Mangold, M. (1981). Sociala och psykologiska frågor om vuxna hörselskadade. En litteraturgenomgång. Göteborg: Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen.
- Eriksson-Mangold, M., & Erlandsson, S.I. (1984). The psychological importance of nonverbal sounds. An experiment with induced hearing deficiency. Scandinavian Audiology, 13, 243-249.
- Eriksson-Mangold, M. (1994). Anpassning till en gradvis försämrad hörselförmåga. Socialmedicinsk tidskrift, (7-8), 349-53.
- Eriksson-Mangold, M., Carlsson S.G., & Ringdahl, A. (1991). Long-term adjustment to hearing loss: the determinants of handicap experience. I M. Eriksson-Mangold. Adaptation to aquired hearing loss: The handicap experience and its determinants. (Avhandling). Göteborg: Department of Psychology, University of Göteborg.
- Eriksson-Mangold, M., & Erlandsson, S.I. (1993). Sjuk eller skadad? Tolknigen och dess betydelse för anpassning till funktionsnedsättning. (Rapp. nr. 1). Göteborg: Göteborgs Universitet, Psykologiska institutionen.
- Erlandsson S.I. (1998). Psychological counselling in the medical setting – some clinical examples given by patients with tinnitus and Ménière's disease. International Journal for the Advancement of Counseling, 20, 265-276.
- Friberg, F., Dahlberg, K., Nyström Petersson, M., & Öhlén, J. (2000). Context and methodological decontextualisation in nursing research with examples from phenomenography. Scandinavian Journal of Nursing Research, 14, 37-43.
- Frithiof, P.K. (1985). Psykoanalytisk teori och kvinnors identitetsutveckling. Kvinnovetenskaplig tidskrift, 1, 18-34.
- Goffman, E. (1973). Stigma. Den avvikandes roll och identitet. (2:a rev. uppl.). Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Hallberg, L.R-M., & Barrenäs, M.L. (1993). Living with a male with noise-induced hearing loss: experiences from the perspective of spouses. British Journal of Audiology, 27, 255-261.

Hallberg, L.R-M., & Barrenäs, M.L. (1994). Group rehabilitation of middle-aged men with noise-induced hearing loss and their spouses; evaluation of short- and longterm effects. British Journal of Audiology, 28, 71-79.

Hallberg, L.R-M, & Carlsson, S.G. (1991). A qualitative study of strategies for managing a hearing impairment. British Journal of Audiology, 25, 201-211.

Hallberg, L.R-M., & Jansson, G. (1996). Women with noise-induced hearing loss: an invisible group? British Journal of Audiology, 30, 340-345.

Hansson Scherman, M. (1994). Att vägra vara sjuk. En longitudinell studie av förhållningssätt till astma/allergi. (Avhandling). Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Hellström, C., & Carlsson, S.G. (1996). The long-lasting now: Disorganization in subjective time in long-standing pain. Scandinavian Journal of Psychology, 37, 416-423.

Hetu, R. (1996). Stigma and hearing impairment. I S.I. Erlandsson. Psychological and psychosocial approaches to adult hearing loss. Scandinavian Audiology, 25(Suppl. 43), 12-24.

Hetu, R., Jones, L., & Getty, L. (1993). The impact of aquired hearing impairment on intimate relationships: implications for rehabilitation. Audiology, 32, 363-381.

Hetu, R., Riverin, L., Lalande, N., Getty, L., & St-Cyr, C. (1988). Qualitative analysis of the handicap associated with occupational hearing loss. British Journal of Audiology, 22, 251-264.

Hörselskadades Riksförbund (HRF). (1999). Rapport från seminarium i Göteborg. Hörselrehabiliteringen i kris – framtida hörselrehabiliteringen. Stockholm: HRF.

Jones, L., Kyle, J., & Wood, P. (1987). Words apart: Losing your hearing as an adult. London: Tavistock.

Karlsson, G. (1999). Empirisk fenomenologisk psykologi. I C.M. Allwood, & M.G. Eriksson. Vetenskapsteori för psykologi och andra samhällsvetenskaper. (s. 327-356). Lund: Studentlitteratur.

Knowles, M., Holton E.F., & Swanson, R.A. (1998). The adult learner. (5:e uppl.). Houston: Gulf Pub. Co; 1998.

Kochkin, S. (1993). MarkeTrak III: why 20 million in US don't use hearing aids for their hearing loss. The Hearing Journal, 46, 20-27.

Kroksmark, T. (1987). Fenomenografisk didaktik. (Göteborg studies in educational sciences, 63). Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Kvale, S. (1997). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.

Kyle, J.G., Jones, L.G., & Wood, P.L. (1985). Adjustment to acquired hearing loss: a working model. I: H.Orlans (Ed.) Adjustment to adult hearing loss. (s. 119-138). London: Taylor & Francis.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

Lamden, K.H., St Leger, A.S., & Raveglia, J. (1995). Hearing aids: value for money and health gain. Journal of Public Health Medicine, 17, 445-449.

Lutman, M.E., Brown, E.J., & Coles, R.R.A. (1987). Self-reported disability and handicap in the population in relation to pure-tone threshold, age, sex and type of hearing loss. British Journal of Audiology, 21, 45-58.

Marton, F. (1981). Phenomenography – describing conceptions of the world around us. Instructional science, 10, 177-200.

Marton, F., & Booth, S. (1997). Learning and awareness. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Marttila, T.I., & Jauhiainen, T. (1996). Hearing disability assessment in evaluating hearing aid benefit. Scandinavian Audiology, 25, 121-125.

Matthews, L.J., Lee, F.S., Mills, J.H., & Schum, D.J. (1990). Audiometric and subjective assessment of hearing handicap. Archives of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, 116, 1325-1330.

Mead, G.H. (1938). The philosophy of the act. Chicago: University of Chicago.

Mezirow, J. (1991). Transformative dimensions of adult learning. San Francisco: Jossey Bass.

Newman, C.W., Jacobsson, G.P., Hug, G.A., & Sandridge, S.A. (1997). Perceived hearing handicap of patients with unilateral or mild hearing loss. Annals of Otology, Rhinology and Laryngology, 106, 210-214.

Ramsdell, D.A. (1966). The psychology of the hard-of-hearing and the deafened adult. I H. Dais, & S.R. Silverman (Ed.), Hearing and deafness. (s.459-473). New York: Holt, Rinehart & Winston.

Ringdahl, A., Eriksson-Mangold, M., & Andersson G. (1998). Psychometric evaluation of the Gothenburg Profile for measurement of experienced hearing disability and handicap: applications with new hearing aid candidates and experienced hearing aid users. British Journal of Audiology, 32, 375-385.

Ringdahl, A., Abrahamsson, R., Blomberg, B., Karlsson, O., Linstam, E., & Milioris, G.B. (1999). Kvalitetssäkring av hörselrehabiliteringen i Sverige. (SoS-rapport 1999:19:3) Stockholm: Socialstyrelsen.

Smeds, K., & Leijon, A. (Red.), (2000). Hörapparatutprovning. Stockholm: CA Tegnér.

SOU 1988:41. Tidig och samordnad rehabilitering. Betänkande av rehabiliteringsberedningen. offentliga utredningar. Stockholm: Socialdepartementet.

Stephens, D. (1996). Hearing rehabilitation in a psychosocial framework. I S.I. Erlandsson. Psychological and psychosocial approaches to adult hearing loss. Scandinavian Audiology, 25(Suppl. 43), 57-66.

Stephens, D., & Hetu, R. (1991). Impairment, disability and handicap in audiology: towards a consensus. Audiology, 30, 185-200.

Stephens, D., France, L., & Lormoer, K. (1995). Effects of hearing impairment on the patients family and friends. Acta Otolaryngologica, 115, 165-167.

Tennant, M., & Pogson, P. (1995) Learning and change in the adult years. San Francisco: Jossey-Bass.

Thomas, A.J., & Gilhome-Herbst, K.R. (1980). Social and psychological effects of acquired deafness for adults of employment age. British Journal of Audiology, 14, 76-85.

Tye-Murray, N., Witt, S., & Castellone, J. (1996). Initial evaluation of an interactive test of sentence gist recognition. Journal of American Academy of Audiology, 7, 396-405.

Uljens, M. (1993). The essence and existens of phenomenography. Nordisk pedagogik, 13, 134-147.

Weinstein, B.E. (1996). Treatment efficacy: hearing aids in the management of hearing loss in adults. Journal of Speech and Hearing Research, 39, S37-45.

World Health Organisation (1980). International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH). A manual of classification relating to consequences of diseases. Geneva: World Health Organisation.

World Health Organisation (1999). International classification of functioning and disability (ICIDH-2). Geneva: World Health Organisation.

Ödman, P.J. (1979). Tolkning, förståelse, vetande. Hermeneutik i teori och praktik. Stockholm: Almqvist & Wiksell.



Vårdhögskolan och psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet samt Hörselvårdsavdelningen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset samarbetar f.n. kring ett forskningsprojekt angående faktorer som inverkar på en god hörselrehabilitering.

Syftet med projektet är att undersöka vilka tankar och erfarenheter personer med hörselskador har angående sin hörsel innan man påbörjar ev. rehabilitering, för att på så sätt få mer kunskap om hur man i rehabiliteringen kan möta de behov och förväntningar som finns.

Undersökningen bygger på intervjuer med personer som står på väntelista för att komma till Hörcentralen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Intervjun, som spelas in på ljudband, kommer att röra sig kring hur man funderar om sin hörsel och hur hörselnedsättningen påverkar det dagliga livet. Den kommer att ta ca. 60 min. i anspråk.

Eftersom Ditt namn finns på Hörcentralens väntelista kontaktas Du nu med en förfrågan om att delta i undersökningen.

Alla personuppgifter och allt material kommer att behandlas med sekretess. Bandinspelningen kommer enbart att användas av intervjuaren (Torborg Arvidsson) och raderas efter att studien har avslutats. Deltagandet är helt frivilligt och Du har rätt att när som helst avböja Din medverkan. Tid och plats för intervjun kommer vi gemensamt fram till.

Vi kommer att ta kontakt med Dig via telefon för att höra om Du är intresserad av att medverka.

Vill Du ha ytterligare information är Du välkommen att höra av Dig på nedanstående adress/telefonnummer.

Med vänliga hälsningar

Torborg Arvidsson  
Audionom/Universitetsadjunkt

Claes Möller  
Professor, Hörselvårds-  
avdelningen, SU/Sahl-  
grenska

Soly Erlandsson  
Docent, Psykologiska  
institutionen, Göteborgs  
Universitet

Göteborgs Universitet  
Vårdhögskolan  
Institutionen för rehabilitering  
Box 111  
SE 405 30 Göteborg

Tel: 031-7735783  
Fax: 031-7735723

# GÖTEBORGS-PROFILEN

Hörselvårdsavdelningen  
Särligrenska sjukhuset  
Göteborg

## För mätning av upplevd funktionsnedsättning och handikapp vid hörselskada

Namn: ..... Personnr: ..... Dagens datum: .....

Adress: ..... Postnr: ..... Postadress: .....

Kodnummer: .....

	Aldrig		Nästan aldrig		Då och då		Till hälften		För det mesta		Nästan Alltid alltid		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<b>Allt höra tal</b>													
1													Händer det att Du inte kan höra vid samtal med en person när Du är hemma?
2													Händer det att Du inte kan höra vid samtal i grupp, när Du är hemma?
3													Händer det att Du inte kan höra talaren vid ett möte, även om Du sitter på en bra plats?
4													Händer det att Du inte kan höra nyhetsuppläsaren på TV, när volymen inte är extra uppskruvad?
5													Händer det att Du inte kan höra nyhetsuppläsaren på radion?
<b>Allt höra var ljud kommer ifrån</b>													
6													Händer det att Du inte kan avgöra varifrån olika ljud kommer i trafiken?
7													Händer det att Du vänder huvudet åt fel håll, när någon ropar på Dig?
8													Händer det att Du blir överraskad av att bilar hunnit komma närmare än Du trodde?
9													Händer det att Du inte kan höra när någon öppnar en dörr bakom Dig?
10													Händer det att Du inte kan (enbart med hörseln) avgöra om vattnet kokar i en kastrull?
<b>Hur hörselskadan inverkar vid samvaro med andra</b>													
11													Tycker Du att hörselproblem är hinder i ditt umgängesliv?
12													Händer det att Du undviker samvaro med andra, därför att det är för ansträngande att följa med i ett samtal?
13													Händer det att Du får en känsla av att andra inte låtsas om Dig, bara för att Du har svårt för att höra?
14													Får Du en känsla av att andra tycker det är ansträngande att prata med Dig?
15													Händer det att Du får en känsla av att vara utestängd från saker, därför att Du har svårt för att höra?
<b>Hur Du gör och reagerar</b>													
16													Händer det att Du drar Dig för att träffa nya människor på grund av problem med hörseln?
17													Händer det att Du sitter tyst i en grupp av rädsla för att säga något tokigt?
18													Händer det att Ditt självförtroende påverkas av att Du har svårt för att höra?
19													Händer det att Din dåliga hörsel får Dig att känna Dig otillräcklig?
20													Händer det att Du känner Dig ledsen och arg om Du inte kan delta i samtal?

## Intervjuguide

### Inledningsfråga:

Vill berätta om din hörselskada?

---

### Frågeområden:

#### Då-tid.

När blev du första gången varse att något var fel med din hörsel?

#### Följdfrågor:

Vad tänkte du då?

Vad kände du då?

Vad gjorde du då?

#### Nu-tid

Vad har fått dig att söka hjälp just nu?

Vad i din dagliga tillvaro påverkas av hörselskadan?

Hur tror du att det är för andra hörselskadade?

#### Följdfrågor:

Vad tänker du om det?

Hur känns det?

Vad gör du då?

#### Framtid

Vad tänker du om framtiden?

Hur skulle du vilja att det var?

Vad tänker du om rehabiliteringen?

#### Följdfrågor:

Vad tänker du om det?

Hur känns det?

Vad vill du göra åt det?

---

### Avslutande frågor:

Vad betyder hörseln för dig?

Hur upplever du att bli intervjuad?

