



Høgskolen i Sørøst-Norge

Emne 10 Masteroppgaven

MOPP900

Predefinert informasjon

Startdato: 04-05-2017 09:00

Termin: 2017 06

Sluttdato: 15-05-2017 14:00

Vurderingsform: Norsk 6-trinnsskala (A-F)

Eksamensform: Masteroppgave

SIS-kode: MOPP900 2 MO

Intern sensor: (Anonymisert)

Deltaker

Navn: Bård Hallaråker Grou

Kandidatnr.: 213

USN-id: 888355@usn.no

«Å leve videre med et sår i kroppen som aldri gror»

Mødres opplevelser av hvordan sorg kan manifestere seg i
kropp

Bård Hallaråker Grov



Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap

Master i klinisk helsearbeid

Studieretning: psykisk helse

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE

11.05.17

Navn: Bård Hallaråker Grov	Dato: 11.05.17
Tittel og undertittel: «Å leve videre med et sår i kroppen som aldri gror» – Mødres opplevelser av hvordan sorg kan manifestere seg i kropp.	
<p>Sammendrag:</p> <p>Bakgrunn: Denne studien gjennomføres som en del av masterstudiet i klinisk helsearbeid, psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Sørøst – Norge. Å miste et barn omtales som det verste som kan skje oss mennesker. Mye tyder på at mødre opplever de største utfordringene med sorg etter et barns død. For noen får det helsemessige konsekvenser. Det kan være utfordrende for helsepersonell å hjelpe mødre som er i sorg. Det etterlyses mer kunnskap og forståelse. Utgangspunktet for valg av tema bygger på min forforståelse som Psykomotorisk fysioterapeut. Det er et ønske om å tilegne seg mer kunnskap om sorgens påvirkningskraft på og i kroppen, som følelse og fenomen.</p> <p>Hensikt: Studiens hensikt er å få bedre innsikt i hvordan sorg og kropp henger sammen. Det er også et ønske om å få vite mer om hvordan en som helsepersonell kan være til hjelp for den som er i sorg.</p> <p>Teoretisk grunnlag: Studien bygger på teorier om sorg, kropp og tilknytning i forbindelse ved tap av barn.</p> <p>Metode: Studien har et kvalitativt, deskriptivt og eksplorerende design. Den er inspirert av et fenomenologisk -hermeneutisk vitenskapssyn. Data ble samlet inn gjennom individuelle kvalitative dybde intervjuer med 4 informanter. En tematisk analyse inspirert av Braun & Clarke (2006) ble benyttet for å analysere datamaterialet.</p> <p>Funn: Funnene i denne studien kan peke på at informantene synes det var utfordrende å beskrive hvor og hvordan sorg manifesterer seg i kroppen. Informantene skiller mellom «psykiske» og «fysiske» plager. Det tolkes som det fortsatt råder en oppfatning av at kropp og sinn er delt. Samtidig gir informantene flere beskrivelser av sorg og påfølgende helsemessige plager. Basert på studiens funn kan det virke som om flere av informantene ikke har ord for følelser i kropp.</p> <p>Informantene virker til å være bevisste på hva de trenger når de er i sorg. De trenger noen som er der, som er tilstede. Dette gjelder både familie og helsepersonell. Samtidig etterlyser de mer kunnskap om sorg hos helsepersonell. De ønsker et mer aktivt deltakende helsepersonell i sorgprosessen.</p> <p>Flere av informantene hadde opplevd å kunne mestre sorgen selv. Nesten alle informantene hadde en opplevelse av positiv personlig vekst etter dødsfallet</p> <p>Konklusjon: Gjensidigheten mellom kropp og følelser kan ha avgjørende kliniske implikasjoner. Mennesker i sorg vil nok ha godt utbytte av å bli mer kroppsbevisste, få mer kunnskap om seg selv, egen kropp og hvordan følelsene manifesterer seg i kroppen. Dette vil gjøre en mer rustet til å håndtere kroppslige symptomer og plager samtidig som det kan bli enklere å uttrykke sorg. Det ligger en kraft og styrke i å mestre sorgen selv, det er derfor viktig at helsepersonell støtter opp om dette.</p>	
Nøkkelord: Sorg, sørge, tap av barn, mødre, kropp, manifestere, hjelp, helsepersonell.	
Antall ord: 24415	

Name: Bård Hallaråker Grov	Date: 11.05.17
Title and subtitle: “To live on with a wound in the body that never heals”- Mothers experiences of how mourning can manifest itself in the body.	
<p><u>Abstract:</u></p> <p>Background: This thesis is written as a part of my Master`s degree in mental health, study of clinical health, faculty of Health sciences at Sørøst – Norge University College. Losing a child is considered as the worst thing that can happen to us as humans. Much indicates that mothers are experiencing the greatest challenges of grief after a child`s death. Many of them will suffer from health problems. It may be challenging for health professionals to help mothers who are in grief. It requires more knowledge and understanding. The basis for my choice of topic is bought upon my knowledge as a psychomotor physiotherapist. I wish to learn more about the influence that grief has on and in the body as an emotion and phenomenon.</p> <p>Purpose: The purpose of this study is to learn more about how grief and body are connected. There is also a wish to know more about how a healthcare professional can help those who are in grief.</p> <p>Theoretical framework: The study is based on theories about grief, body and attachment theory when losing a child.</p> <p>Design and method: The study has a qualitative, descriptive and explorative design based on a hermeneutic -phenomenological foundation. The data were collected in a qualitative semi structured interviews focused upon the subjective experiences of 4 informants. A thematic analyzes based on Braun & Clarke (2006) was used to analyze the material.</p> <p>Results: The findings in this study suggest that the informants think it was challenging to describe where and how grief manifests in the body. The informants distinguish between mental and physical ailments. It is interpreted as there still is an opinion that the body and the mind are divided. At the same time, there are several descriptions of grief and subsequent health ailments. Based on the findings in this study, it appears that several of the informants do not have words for emotions in their body.</p> <p>The informants seem to be aware of what they need when they are in grief. They need someone to be there with them. It doesn't have to be complicated. This applies to family and healthcare professionals. At the same time, they want healthcare professionals to have more knowledge about grief. They want the healthcare professionals to participate more active in their mourning process.</p> <p>Several of the informants had experienced being able to master the grief themselves. Almost all the informants had an experience of positive personal growth after the death of their child.</p> <p>Conclusion: The reciprocity between body and emotions can have decisive clinical implications. People in grief will probably benefit from becoming more aware of their body, gain more knowledge about themselves, their own body and how the emotions settles in the body. This will make one more prepared to handle bodily symptoms and ailments while at the same time it becomes easier to express their grief. There is a strength and power in managing the grief for themselves, therefore it is important that health professionals are supporting this.</p>	
Key words: Grief, bereavement, sorrow, mourning, mothers, loss of a child, manifest, help, healthcare professionals.	

TUSENTAKK FOR TUREN

En lang reise er ved veis ende. Jeg vil takke for turen til alle som har vært med.

Først ut vil jeg rette oppmerksomheten mot min fantastiske veileder Vibeke Krane som alltid har vært like blid, støttende, ryddig og motiverende. Du har løftet meg opp og fått meg til å tro på dette prosjektet når jeg selv ikke hadde det. Du skal vite at du er en ganske god psykolog også. Kommer til å savne telefonsamtalene våre.

Så vil jeg takke de 4 utrolige flotte damene som deltok som informanter i studien. Det såreste er blitt delt med største alminnelighet. Dere ha vært med på å gjøre meg tryggere både som fagperson og person i møte med dem som er i sorg.

Jeg vil takke mine foreldre for lån av leserom, barnevakt, bilvask og alltid å stille med en god matbit i helgene og ukedagene som har gått med. Bedre foreldre er ikke å oppdrive.

En stor takk går til min bror Are som har bidratt med sin kunnskap, men kanskje viktigst, sine psykologiske evner når tankekjøret mitt har tatt overhånd.

Takk sendes også til min store inspirasjon i faget, Inger Norland som i sin tid motiverte meg til å ta en master.

Sist, men kanskje aller mest går takken til mine tre små barn Ingrid, Margrethe og Johannes. Dere har vært tålmodige, nå er pappa endelig ferdig.

Kjære Guro, uten deg hadde dette aldri vært mulig. Du har igjen ofret mye for meg og mitt. Nå er jeg i mål! Tusen takk!

*Du er umisteleg
barn når eg held
deg inn til mitt
eige lys
alltid vil eg
halda slik av
deg om så
i mørkaste natt
du skin for meg
i armane mine.*

(Bjørlykke & Strøm, 1989)

INNHold

1 INNLEDNING	11
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	12
1.2. BAKGRUNN FOR VALG AV PROBLEMSTILLING	13
1.2.1 BARN SOM DØR	13
1.2.2 MØDRE RAMMES HARDEST	13
1.2.3 ET FOLKEHELSEPROBLEM	14
1.2.4 FØLELSENE SETTER SEG I KROPPEN	14
1.3 FORANKRING OG PROBLEMSTILLING	15
1.4 STUDIENS OPPBYGNING OG NOEN AVGRENSNINGER	16
1.4.1 BEGREPSAVKLARINGER	16
2 TEORETISK RAMMEVERK	18
2.1 SORG	19
2.1.1 FORSKNING PÅ SORG	20
2.2 Å MISTE ET BARN	21
2.2.1 TILKNYTNING MELLOM MOR OG BARN	22
2.2.2 KJØNNSFORSKJELLER I SORG	22
2.3 SORG, KRISER OG TRAUMER	24
2.4 KROPP OG SORG	25
2.4.1 DUALISMEN; SKILLET MELLOM KROPP OG SINN	25
2.4.2 KROPPSFENOMENOLOGI	26
2.5 Å HJELPE MENNESKER I SORG	27
2.5.1 LANGSIKTIG STØTTE TIL DEN SØRGENDE	28
3 METODE	30
3.1 VITENSKAPTEORETISK FORANKRING	30
3.1.1 FORFORSTÅELSE	31
3.2 FORSKNINGSDESIGN	31
3.2.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV METODE	31
3.2.2 KVALITATIVT FORSKNINGSINTERVJU	32
3.3 PLANLEGGING OG FORBEREDELSE	32
3.3.1 UTVALG OG REKRUTTERING	33
3.3.2 INTERVJUGUIDE	34
3.3.3 STED FOR UTFØRING AV INTERVJU	34
3.3.4 GJENNOMFØRING AV INTERVJUET	35
3.4 TRANSKRIBERING	36
3.5 ANALYSER AV DATA	36
3.5.1 TOLKNING AV FUNN	37
3.6 RELIABILITET OG VALIDITET I KVALITATIVE STUDIER	38
3.6.1 RELIABILITET	38

3.6.2 VALIDITET	39
3.7 FORSKNINGSETISKE REFLEKSJONER	39
 4 PRESENTASJON AV FUNN	 41
4.1 PRESENTASJON AV INFORMANTER	41
4.1.2 TEMATISK PRESENTASJON AV FUNN	42
4.2 DEN UVIRKELIGE SORGEN	43
4.2.1 PÅ SIDEN AV MEG SELV	43
4.2.2 Å HOLDE SORGEN PÅ AVSTAND	44
4.3 SORGENS KROPP	45
4.3.1 DET ER ET SÅR SOM SITTER I KROPPEN	45
4.3.2 JEG BEGYNTE Å FÅ VONDT I KROPPEN	46
4.4 DA VI SØRGET	47
4.4.1 DET HANDLER IKKE BARE OM ORD	47
4.4.2 JEG TRENGTE BARE NOEN SOM VAR DER	48
4.5 SORGARBEID	49
4.5.1 Å MESTRE SORGEN SELV	49
4.5.2 SORGEN TAR NYE FORMER	50
 5 DRØFTING	 52
5.1 INNLEDNING	52
5.2 HVORDAN SORG KAN MANIFESTERE SEG I KROPPEN	52
5.2.1 ET SKILLE MELLOM KROPP OG SINN	53
5.2.2 Å VÆRE KROPPEN BEVISST	54
5.3 HVA KAN VÆRE HJELPSOMT NÅR MØDRE SØRGER	56
5.3.1 TA KONTAKT MED DEN SOM SØRGER	56
5.3.2 VÆR MED Å RYDD VEI FOR DEN SØRGENDE	57
5.3.3 BYGG EN RELASJON TIL DEN SOM ER I SORG	59
5.4 Å MESTRE SORGEN SELV	60
5.4.1 Å TRO PÅ EGEN MESTRING	60
5.4.2 POSITIV VEKST I SORGEN	62
 6 AVSLUTNING	 63
6.1 OPPSUMMERING	63
6.2 KLINISKE IMPLIKASJONER	65
6.3 FORSKNINGSMESSIGE IMPLIKASJONER	65
 7 LITTERATURLISTE	 66
 8 VEDLEGG	 69

1 INNLEDNING

Ved siden av glede, frykt, hat og sinne betegnes sorg som en av våre grunnleggende følelser. Tradisjonelt sett oppfattes sorg som noe som har med døden å gjøre. For de fleste er sorg de reaksjonene en opplever etter å ha mistet noen man er glad i (Weihe & Smith- Solbakken, 2012).

Det finnes flere definisjoner på hva sorg er, men ingen klar definisjon på hva normal sorg er. Sorg er et individuelt, mangesidig fenomen som består ut av en rekke ulike reaksjoner både affektive, kognitive, atferdsmessige og somatiske (Kristensen, 2017).

På tvers av kulturer regnes det å miste et barn som det verste som kan skje oss mennesker. Det er få hendelser som utfordrer menneskers antagelser om verdens rettferdighet, mening og sammenheng mer enn dette (Dyregrov & Dyregrov, 2011b). Tapet og sorgen man opplever ved å miste et barn berører mange sider av livet til den som rammes. Mange mister fotfestet i tilværelsen der våre barn har den aller største betydning for oss. En vil vanligvis oppleve en kaskade av reaksjoner både på kort og lang sikt skriver Dyregrov (2011).

Det er mødrene som ser ut til å oppleve de største utfordringene med sorg etter et barns død. Mange mødrer utvikler kompliserte sorgreaksjoner hvor de helsemessige konsekvensene strekker seg fra stressrelaterte plager til fare for tidlig død (Dyregrov, 2014).

Den allmenne kunnskapen om håndtering av sorg i helsevesenet har de siste årene blitt noe bedre, men er ennå mangelfull. Om barn dør viser studier at inntil 50% har behov for sorg og traumeterapeutisk hjelp i etterkant.

Det kan for helsepersonell være utfordrende å hjelpe mødre som har mistet barn. Flere etterlyser mer kunnskap og forståelse (Dyregrov, Dyregrov, & Kristensen, 2015)

1.1 Bakgrunn for valg av tema

«Sorg, berre ordet er tungt. Det er som ein vert tung i kroppen av å lese det»

(Fjellanger, 2016 s.12)

I denne studien ønsker jeg å se nærmere på hvordan sorg manifesterer seg i kropp hos mødre som har mistet barn. Jeg ønsker samtidig å undersøke nærmere hvordan jeg som helsepersonell kan være til hjelp.

Interessen for sorgfeltet skjøt fart etter at jeg i 2013 hørte et radioprogram på NRK P2 som hadde sorg som diagnose som tema. Her ble en mor intervjuet om hennes utfordringer rundt sorg. Jeg hadde da flere år bak meg som fysioterapeut med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Her møter en mange mennesker med sammensatte plager og jeg hadde derfor støtt på en del som hadde plager og utfordringer etter traumatiske tap. Flere av disse var mødre i sorg som hadde mistet barn. I 2014 var jeg så heldig å kunne få ta videreutdanning i sorg ved universitetet i Bergen. Dermed åpnet det seg noen dører. Interessen for fagfeltet ble ytterligere forsterket.

Det har vært flere grunner til at jeg har ønsket meg mer kunnskap om sorg. Noen er faglige, andre er personlige.

De faglige har bygget på min forforståelse og bakgrunn som psykomotorisk fysioterapeut. I psykomotorisk fysioterapi er man opptatt av at kropp og psyke henger sammen som uatskillelige enheter. Det er dette som er utgangspunktet for behandlingstilnærmingen (Bunkan, 2008). Sorgens påvirkningskraft på og i kroppen som følelse og fenomen har vært drivkraften i denne studien her.

De personlige grunnene handler om at jeg vært grunnleggende heldig i min egen erfaring med sorg. Jeg har ikke opplevd mer sorg enn det som er å forvente for en ung mann. Samtidig har jeg opplevd sorg, for sorg er et mangesidig fenomen. Jeg har likevel ikke opplevd sorg av den traumatiske sorten. Dette har i tillegg til å ha lite faglig kunnskap om temaet, vært med på og gjort meg grunnleggende utrygg i møtet med den sørgende. Jeg har gjerne vært den som unngår å ta kontakt med de som er i sorg. Jeg har latt være å gå i begravelser for selv å skåne meg for smerten andre bærer på. På samme tid har jeg vært tvungen til å bli konfrontert med dette i min arbeidsdag.

1.2. Bakgrunn for valg av problemstilling

1.2.1 Barn som dør

Hvert år dør mellom 150 -200 barn i Norge i alderen 0-19 år. Selv om dette er langt færre enn for bare 20 år siden betyr det at en god del foreldre årlig konfronteres med det som ofte karakteriseres som livets største tap(Jystad & Bongaard, 2010).

I Norge anno 2015 opplevde 174 familier å miste et barn. Da strekker alderen seg fra 0-19 år hvor det var flest som døde mellom 0 og 4 år, 63 gutter og 47 jenter. Minst dødsfall er det mellom 5 og 14 år, hvor det var 12 gutter og 8 jenter som mistet livet. Dødstallene stiger noe mellom 15 og 19 år hvor 29 gutter og 14 jenter døde(SSB, 2016).

1.2.2 Mødre rammes hardest

Forholdet mellom foreldre og barn, og da spesielt mor den første tiden, er unik og normalt sett preget av intens psykisk og fysisk nærhet. Flere studier peker på at det er mødre som ser ut til å måtte ta den største belastningen etter barns død. Tilknytningen mor har til barnet spiller en stor rolle(Albert & Bowlby, 1982) Mange studier viser til dette også i senere tid(Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007).

Flere studier peker på en økt tidlig dødelighet blant mødre etter egne barns død(Espinosa & Evans, 2013). Danske registerdata viser at foreldre og spesielt mødre som har mistet barn dør tidligere enn de som ikke har mistet (Li, Precht, Mortensen, & Olsen, 2003).

I Sverige viser en annen registerstudie at mødre som har mistet barn i alderen 10-17 år hadde 31% større sannsynlighet for dødelighet. Dødelighetsrisikoen var også 15% forøket hos mødre som mistet eldre barn(18-25 år) (Rostila & Saarela, 2011).

Over tre og et halvt år etter terroren på Utøya (2011) har mange etterlatte betydelige problemer i arbeidslivet og sosialt. Over halvparten av foreldrene er helt eller delvis ute av arbeid og dette er særlig gjeldende for mødre(Dyregrov et al., 2015). Kari Dyregrov og medarbeidere (2015) peker på at disse funnene er de samme som man fant hos etterlatte foreldre tre og et halvt år etter 11.september – terroren i USA.

Flere andre studier peker på at for mødres psykiske og fysiske helse, ser sorgen ut til å ha store konsekvenser. Det har liten betydning på hvilket tidspunkt i livet en mister barnet (Youngblut, Brooten, Cantwell, del Moral, & Totapally, 2013).

1.2.3 Et folkehelseproblem

På generell basis er sorgens konsekvenser så store at det må kalles et folkehelseproblem mener Dyregrov og medarbeidere (2014). Samtidig har det lenge vært beskrevet at sorg kan føre til sykdom (Kristensen, 2013). Sorg kan bli komplisert. Komplisert sorg eller det man kaller for forlenget sorg -forstyrrelse, er foreslått som ny diagnose i det europeiske diagnosesystemet ICD - 11. Meningen med en diagnose er at det skal være enklere for helsepersonell å skille sorgen fra andre lidelser og kunne gi mer tilpasset hjelp.

Sorg er forbundet med høyt blodtrykk, hjertesykdommer, angst, depresjon, immunologisk dysfunksjon, suicidale tanker, redusert livskvalitet og økt forbruk av rusmidler uavhengig av tidligere psykiske lidelser. (Prigerson et al., 2013). Søvnvansker, hyppigere legebesøk og sykehusinnleggelser med påfølgende sykemeldinger er påvist (Lannen, Wolfe, Prigerson, Onelov, & Kreicbergs, 2008)

Sorgens fysiske dimensjon strekker seg gjerne over tid. Den sørgende plages ofte av uspesifikke kroppslige smerter og slitenhet.

Smerter i hodet, bryst og påfølgende svimmelhet og fordøyelsesproblemer er av gjengangerne (Stroebe et al., 2007). Svakest fysisk helse har kvinner etter tap av barn (A. Murphy, 1999).

1.2.4 Følelsene setter seg i kroppen

Det er forsket mye på helsemessige konsekvenser av sorg (Stroebe et al., 2007). Derimot viser søkene foretatt til denne studien, at det er forsket lite på kroppslige opplevelser av sorg. Selv om det kan se ut til at det er kvinner som har de største helsemessige utfordringene etter tap av barn, viser søkene at det ikke er forsket på hvordan kvinnene opplever sorgen i kropp.

Påvirkningen mellom kropp og sinn er gjensidig. Kropp, følelser, tenking og bevissthet er knyttet sammen (Damasio. A, 2004). Sorg kan på lik linje med andre følelser sette seg i kroppen. Det er via kroppen vi uttrykker våre følelser (Sletvold, 2005). Mer enn noen gang er det behov for å se kropp og sinn i et helhetsperspektiv skriver Bergem (2016). Skillet mellom psyke og soma er utdatert (Skårderud, 2011). Følelser som fornektes kan resultere i slapp muskulatur med tilsvarende mangel på spenst og liv i bevegelsene. Sorg og depresjon uttrykkes i den oppgitte, livløse kropp (Thornquist & Bunkan, 1986).

Selv om psykiateren og psykoanalytikeren Wilhelm Reich (1897-1957) kjempet for at kroppen og psyken var to sider av samme sak, er det fortsatt slik at det tradisjonelle skillet mellom psyke og soma preger helsepersonells, legers og psykologers praksis i dag (Nylehn, 2009).

1.3 Forankring og problemstilling

Denne studien er en mastergradsoppgave i klinisk helsearbeid, forankret i psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid er et tverrfaglig og flervitenskapelig felt innen praksis, forskning og utdanning (Bøe & Thomassen, 2007).

I de senere årene har psykisk helsearbeid dreiet seg om å gi et helhetlig tilbud til dem som trenger hjelp (Karlsson & Borg, 2013). Innen psykisk helsearbeid bidrar flere fagprofesjoner sammen. Fysioterapi er et av disse, hvor jeg som forsker har min forforståelse i fra.

Studien skal ta for seg sorg hos mødre som har mistet barn hvor den kroppslige opplevelsen av sorg skal stå i fokus. Innen psykisk helsearbeid settes det menneskelige på spill. Å oppleve sorg er en del av det å være menneske. Begrepet psykisk helse knyttes sammen med fysiske, sosiale og åndelige aspekter med det å være menneske. Psykisk og fysisk uhelse er og en del av det å være menneske. Dette kan tematisere grunnleggende eksistensielle og menneskelige spørsmål. Et helt menneske består av kropp, sjel og ånd ut i fra et holistisk perspektiv.

Med dette som bakteppe, er målet med denne studien, at jeg som fagutøver kan få bedre innsikt i hvordan sorg og kropp henger sammen. Jeg ønsker samtidig å bli mer trygg i faget jeg utøver. Målet er at dette kan være med som et bidrag til å hjelpe andre helsearbeidere innenfor samme, men også andre fagfelt som møter og hjelper sørgende i sin hverdag.

Sorgens konsekvenser for mødrer som mister barn er ofte alvorlige. Det finnes liten forskning på hvordan de opplever sorg i kroppen. Mange av disse møter jeg i min kliniske hverdag. De har ofte mange beskrivelser av sorg og hvordan de opplever den. Mange av disse har vært plaget med smerter i kroppen i over flere år. Plagene startet gjerne kort tid etter de mistet barnet sitt. Derfor tenker jeg at det kan være viktig å utforske mødres egne opplevelser av sorg. Det vil kanskje kunne være med som et viktig bidrag i å forstå hvordan sorg påvirker denne gruppen, hva den kan medføre. Samtidig tror jeg det vil kunne være overførbart til andre grupper sørgende.

Som et resultat av dette har jeg formulert følgende problemstilling;

«Hvordan manifesterer sorg seg i kropp hos mødre som har mistet et barn?»

Forskningsspørsmål:

Hvordan kan en som helsepersonell være til hjelp for den som er i sorg?»

1.4 Studiens oppbygning og noen avgrensninger

Denne oppgaven består ut av 6 kapitler

Det første kapittelet består ut av en beskrivelse av studien. Problemstilling og forskningsspørsmål blir belyst.

Det andre kapittelet vil presentere teori knyttet opp imot problemstillingen.

Det tredje kapittelet vil redegjøre for studiens vitenskapelige forankring, hvor studiens design og metode blir presentert. Valg av metode og gjennomføringen av studien og metoden blir beskrevet. Avslutningsvis blir det redegjort for etiske overveielser.

Det fjerde kapittelet vil presentere studiens funn, med direkte sitater fra hver enkelt informant for å kunne beskrive deres opplevelser av sorg.

Det femte kapitelet vil være en drøfting tatt teori, funn og egen klinisk erfaring med i betraktning.

Det sjette og siste kapittelet vil oppsummere studien i lys av forskningsspørsmål og problemstilling.

1.4.1 Begrepsavklaringer

Manifesterer: Begrepet manifesterer blir brukt i problemstillingen og i hele studien.

Manifesterer er å åpenbare seg, å vise seg, markere seg(Egidius, 2005). Begrepet vil bli brukt når en omtaler hvordan sorgen oppleves og kommer til uttrykk i kropp.

Sorg: Det finnes flere definisjoner på sorg. Den mest brukte definisjonen er Stroebe & Schut(2007) sin. «*Sorg defineres som en i hovedsak emosjonell respons på tap med ulike psykologiske og fysiske reaksjoner*» (Stroebe et al., 2007). Sorg vil bli omtalt under teorien i et eget kapittel.

Kropp: Vi kan ikke være mennesker uten kropp. Kropp og sinn henger sammen(Bergem, 2016). I denne studien vil kropp bety hvor den enkelte kjenner sorgen, hvor den manifesterer seg.

Mødre: Mødrene som har deltatt i denne studien vil bli omtalt som informanter. De har fått fiktive navn grunnet studiens sensitive tema. Det er de som opplever og har opplevd sorgen ved å miste barn. Det er mødrene som beskriver hvordan sorg manifesteres i kropp og hva de ønsker hjelp til fra helsepersonell.

Å miste barn: Betyr at en har et barn som en på ulik måte har mistet i dødsfall.

Helsepersonell: Når en omtaler helsepersonell i denne studien, gjelder det den profesjonelle helsearbeider. Den som er i kontakt med og yter hjelp til den sørgende. I helsepersonelloven av 1999 defineres helsepersonell som personell som har autorisasjon eller lisens etter de krav som stilles etter denne loven. Dette omfatter de som arbeider i helsetjenesten når de yter helsehjelp(Helsepersonelloven, 1999).

Hjelp: Å yte helsehjelp og være hjelper kan bety flere ting. I denne studien er det ment som hjelp til den som er i sorg. Helsepersonell har med sin kunnskap, ansvar for å formidle kunnskap og være støttende til den som mister barn. På denne måten bidrar helsepersonell til at sorgen går lettere(Sandvik, Eriksen, & Bugge, 2003).

2 TEORETISK RAMMEVERK

Dette kapittelet vil presentere aktuell teori og empiri knyttet til problemstilling og forskningsspørsmål.

For å få oversikt over aktuell litteratur innen sorgfeltet ble det på forhånd foretatt flere litteratursøk. I hovedsak brukte jeg søkemotoren ORIA, databasene Pubmed, PsychInfo og CINAHL. Det ble også søkt etter litteratur ved hjelp av Google Scholar. På siden av funnene i litteratursøkene, er litteratur fra videreutdanningen i Sorg ved Universitetet i Bergen brukt i denne studien.

I det engelske språket er det 4 begrep for sorg. Grief, sorrow, bereavement og mourning (Worden, 2002). Grief, mourning og sorrow har samme betydning på norsk. De referer alle til den affektive reaksjonen ved sorg og måten den kommer til uttrykk på. Bereavement er brukt om den objektive opplevelsen ved sorg (Aaberg, 2011). Begrepene ble hver for seg og sammen kombinert med ord tilknyttet problemstilling og forskningsspørsmål i søkene. Ved litteratur søk er det grief og bereavement som gav mest relevante treff. Det ser også ut som det er disse to begrepene som brukes mest i faglitteraturen. Funnene etter litteratursøk viser at majoriteten av sorgforskningen fokuserer på tap av partner. Samtidig er det forsket mye på helsemessige konsekvenser av sorg. I noen av disse studiene kommer det frem at barnedød er de tapene som ser ut til å prege de etterlatte mest. Kombinerer en sorgbegrepet med kropp (body) eller kroppslig somatisk kommer det i hovedsak frem funn som retter seg mot de som har mistet en kroppsdel, blitt lam eller har andre utfordringer med tap av kroppslig funksjon. Mest relevante treff for denne studien gav sorg (grief) og helse (health), sorg (grief) og mødre (mothers). I sammen med litteraturen i fra sorgutdanningen er det disse funnene studien bygger på. Vedlegg 4 gir et utdrag fra søkene.

2.1 Sorg

Den mest brukte definisjonen brukt om sorg er definisjonen til Stroebe & Schut (2007);

«Sorg defineres som en i hovedsak emosjonell respons på tap med ulike psykologiske og fysiske reaksjoner» (Stroebe et al., 2007)

Det finnes flere definisjoner på hva sorg er. Fellestrekkene er at sorg er en naturlig forventet reaksjon som oppstår når man mister en nærstående.

Fra et vitenskapelig synspunkt er sorg de psykologiske reaksjonene som følger av et tap , ledsaget av sosiale, kulturelle , kroppslige og åndelige aspekter (Kristensen, 2013).

Sorgen er subjektiv. Den oppleves individuelt og ingen sørger på lik måte. Ulike tap gir ulike konsekvenser (Dyregrov, 2014). Sorgreaksjoner viser seg på flere forskjellige måter. De kan variere i intensitet også innenfor en og samme familie. Som regel avtar sorgreaksjonene etter en stund. En tilpasser seg tapet på en adaptiv og ukomplisert måte. Da evner en til å føle at livet fortsatt har en mening og en ivaretar sin identitet. Det innebærer at en har tillit til andre. En har mulighet til å reinvestere i personlige relasjoner og aktiviteter. Den sørgende vender tilbake til dagliglivet uten at det er behov for bistand av profesjonell art (Bonanno et al., 2002).

Det er viktig å få frem at sorg er en normal og naturlig reaksjon selv om det symptomatiske bildet vil variere betydelig fra person til person og på tvers av kultur og tid (Stroebe, 2008).

Worden (2002) deler normale reaksjoner på sorg inn i fire grupper: følelser, fysiske fornemmelser, kognisjon og atferd. Han mener at de fleste vil oppleve reaksjoner tilknyttet disse 4 gruppene. Det er vanlig å oppleve smerte, savn og lengsel når man mister noen man er glad i. En kan bli energiløs og være engstelig for at andre skal dø. Det kan være utfordrende å motivere seg til morgendagen, samtidig som en får eksistensielle tanker om livet generelt. Noen får konsentrasjons, hukommelsesproblemer og muskel-skjellet plager av ulik art. Samtidig er det mange som går gjennom et tap uten å oppleve reaksjonene som er nevnt ovenfor. (Dyregrov, 2014).

2.1.1 Forskning på sorg

Forskning på sorg har sine røtter helt tilbake til antikken (700 f.Kr – 500 e. Kr). Til tross for dette er det Sigmund Freud (1856- 1939) som blir trukket frem som den mest sentrale bidragsyteren i den moderne forståelsen av sorg.

Den akademiske interessen for fagfeltet startet for 100 år siden (1917). Freud skrev om sorg og melankoli i sitt verk *Treuer und Melancholie (Mourning and melancholia)* (Bokanowski, Gloer Fiorini, & Lewkowicz, 2010).

Freud mente at sorg var et nødvendig «arbeid». Hensikten med «arbeidet» var en gradvis løsrivelse fra tilknytningen til den avdøde. «Sorgarbeid» var en tidsavgrenset prosess. Her skulle en legge sorgen bak seg. Etter Freud kom det mange teorier om hvordan en slik «sorgprosess» forløper og hvilke faser og stadier som må til for å oppnå en «vellykket» sorgprosess (Austegard & Tobiassen, 2014). Selv om teorien om «sorgarbeid» ikke har empirisk belegg fortsetter den å leve i beste velgående hos en del klinikere og folk flest idag (Dyregrov, 2006a).

I 1989 ble artikkelen «Myths of coping with loss» publisert (Wortman, Silver, Kazdin, & Peterson, 1989). Wortman et.al (1989) tok ved denne publikasjonen et oppgjør med en del generelle antakelser om sorg, sorgfaser og sorgarbeid.

De påpekte følgende:

- Mennesker går ikke nødvendigvis gjennom faste faser i sin sorg.
- Det er ikke nødvendig å gjennomgå en periode med intenst ubehag for å klare seg i ettertid.
- Gjennomføring av sorgarbeid hvor en konfronterer tapet er ikke nødvendig for alle.
- Det behøver ikke være et problem når reaksjoner ikke uttrykkes.
- Det er heller ikke slik at sørgende vil vende tilbake til tidligere funksjonsnivå i løpet av et eller to år.

Denne forskningen gjorde at sorgforskningen fikk et sterkere teoretisk fundament. Flere forskere fulgte etter i Wortman et.al (1989) sine fotspor. Forskning av nyere dato underbygger deres påstander. Antagelsen om sorgfasene er et avsluttet kapittel (Dyregrov, 2006a).

I de senere årene har sorg blir betraktet som en vekslende prosess. Denne måten å forstå sorg på er basert på *The Dual Process Model of Coping with Bereavement (DPM)* eller tosporsmodellen. Modellen ble utviklet av de nederlandske forskerne Stroebe & Schut (1999). Den er den mest anerkjente modellen for å forstå sorg og mestringen av sorg i dag.

Tosporsmodellen tar utgangspunkt i at sorg er en stressreaksjon. Den sørgende konfronterer og unngår følelsesmessige belastninger knyttet til tapet. Sorgbearbeidelsen består av en tapsorientert og mestringsorientert prosess. Den etterlatte bearbeider tapet over den døde og samtidig orienterer seg mot en ny og endret livssituasjon.

2.2 Å miste et barn

Å miste et barn omtales som livets største tap (Hynson, Aroni, Bauld, & Sawyer, 2006). Det strider imot det en kaller livets naturlige rekkefølge. Et barn skal ikke dø før sine foreldre.

Tap av barn har vært systematisk studert siden 1960-tallet. Studier viser at sorgen en opplever ved å miste barn, er den mest langvarige og intense sorgen man kan ha, sammenlignet med tap av andre i nære relasjoner (Jystad & Bongaard, 2010).

Mister en et barn, betyr det å miste en relasjon som er under utvikling. En opplever ikke bare å miste barnet og relasjonen til barnet slik den er akkurat på det tidspunktet dødsfallet skjer. En mister barnet slik en forestiller seg at det skulle utvikle seg i fremtiden. Personen barnet skulle bli og betydningen barnet skulle få i foreldrenes liv som voksen. En opplever at en mister barnet sitt som skolebarn når en ser andre barn gå sin første skoledag, konfirmant ved konfirmasjonsfeiring, brud eller brudgom ved bryllup, mor eller far ved barnedåp.

Begivenheter som jul, påske, bursdager og tiden på året der barnet døde vil ofte være med å «rive opp» sorgen igjen. Dette vil gjøre en enda mer bevisst på at en har mistet barnet (Lynau, 2010).

Barns død skjer ofte plutselig og alltid for tidlig. Foreldrene rives ut av dagliglivets rutiner. Eksistensielle spørsmål om måten man forvalter sitt liv, sine relasjoner og verdier på blir nærværende (Barrera et al., 2007). Barnets død utfordrer foreldrenes grunnleggende forventninger til livet (Lynau, 2010). Det er svært vanskelig å skape mening i slike tap (Worden, 2002). Mennesket har et biologisk og symbolsk behov for å reproducere seg og å få avkom. Avkommet skal overleve individet. Disse forventningene knuses når barnet dør (Sandvik et al., 2003).

Selv om omstendighetene rundt tapet er forskjellige har sorgens uttrykk og reaksjoner likhetstrekk enten barnet døde i mors liv, ved fødselen eller i løpet av sine første leveår (Aaberg, 2011).

Mange, spesielt mødre, opplever skyld, selvbekreidelse og utilstrekkelighet etter å ha mistet et barn. De opplever å ha sviktet i sin oppgave som barnets beskytter (Lynau, 2010).

2.2.1 Tilknytning mellom mor og barn

Den britiske psykiateren John Bowlbys (1980) verk om tilknytning og tap, har fremdeles en stor teoretisk betydning for forståelsen av sorg hos barn og voksne (Albert & Bowlby, 1982). Stroebe og Schut (2007) tolker tilknytningsteorien hans som den mest betydningsfulle delen av sorgforskningen.

Bowlby (1980) mente atskillelsen som mor opplever ved at barnet dør utløser en form for tilknytningsatferd (sinne, protest, leting og gråt). Tilknytningsatferden har som mål å gjenopprette tilknytningen til den som er borte. Når atskillelsen blir permanent blir forsøkene på å opprettholde tilknytningen til den som er borte dysfunksjonell. En kjemper da mellom to motstridende impulser som er tilknytningsatferd og behovet for å leve videre uten den døde (Sandvik et al., 2003). Mange mødrer kan derfor ha større sjans for å utvikle en mer komplisert sorg (Kristensen, 2013).

Mor knyttes til barnet allerede ved unnfangelsen. Når dødsfallet skjer under graviditeten eller under fødselen plasserer mor ofte skylden på seg selv. Mange får følelsen av å ikke å ha mestret oppgaven. Det kan føles skamfullt å ikke kunne føde et levende barn (Lynau, 2010). En mor har gjerne mer nærhet til det ufødte barnet i kraft av at hun har gått gravid. Det at barnet ikke har identitet overfor andre kan gjøre at tapsopplevelsen blir vanskelig. For mødre som har mistet barn, opplever de ofte å måtte forsvare sine reaksjoner overfor andre i lang tid etter barnets død (Sandvik et al., 2003).

2.2.2 Kjønnforskjeller i sorg

En sorgopplevelse er personlig og har bakgrunn i mange forhold. Mødre har ofte et nært forhold til småbarn. De har kjent på liv når barnet var i magen og født barnet. Det kan være utfordrende for far å kjenne på den samme tilknytningen. For far kan det være vanskelig å forstå tapet som mor kjenner på når barnet dør i mors liv eller under fødsel. Far utvikler tilknytningen til barnet på et senere tidspunkt. En tilsvarende tapsopplevelse opplever han først da (Sandvik et al., 2003).

Mor og fars ulike opplevelser av tapet kan for den enkelte part ofte være vanskelig å akseptere. Ulikhetene dem imellom kan medføre at kommunikasjonen mellom paret utfordres (Lynau, 2010).

Når man mister et barn har man ikke bare sin egen sorg å streve med. En må også forholde seg til partnerens sorg. Ofte må man bidra med støtte. Partnerens reaksjoner eller fravær av reaksjoner kan være utfordrende å måtte leve med. Mange har i lange perioder mer enn nok med seg selv. Tanker, følelser og opplevelser blir mer individuelle. Det kan være vanskelig å møte den andres behov. På en måte kan man si at det er vår sorg, din sorg og min sorg(Lynau, 2010).

Bugge (2003) skriver at menn ofte blir mer aktive og jobber seg gjennom sorgen med praktiske gjøremål. De kan ofte bli beskyldt for å ikke sørge nok. Kvinner gråter og prater gjerne mer om sin sorg. Noen menn kan derimot bli tause. Mange tror da at en sørger på feil måte.

Flere steder i sorgforskningen kan man se at menn scorer lavere enn kvinner på sorgparametere. Derimot velger menn andre sorgstrategier. Selv om mange strategier kan være gode, er det ikke alltid de velger den mest fornuftige måten å mestre sorg på. Menn har lettere for å ty til økt rus og alkoholforbruk i tiden etter et dødsfall(Sandvik et al., 2003). Dette gjelder spesielt etter barnedødsfall.

Samtidig er det mye forskning som peker på at det kan være viktig at menn og kvinner reagerer ulikt på sorg. Skal en få familien til å fungere igjen etter dødsfallet, kan det være bra at en av partene fortsatt har ressurser å kunne bidra med. Ofte vil partene veksle på de ulike rollene de har i parforholdet. De skifter mellom ulike roller i løpet av sorgforløpet. Når sorgopplevelsen for den enkelte varierer er det viktig å kunne være fleksibel. En må kunne trøste den andre når den har det tungt(Lynau, 2010).

Selv om mange går igjennom samlivsbrudd etter å ha mistet barn, er det også mange par som opplever å ha kommet nærmere hverandre(Dyregrov & Gjestad, 2011).

Nyere forskning peker på at store grupper kvinner og menn reagerer atypisk på sorg i forhold til kulturelle forventninger og rollemodeller. Det er derfor mer fornuftig å ta utgangspunkt i mestringsstiler enn kjønnsforskjeller skriver Bugge (2003).

En mestringsstrategi er ikke kvalitetsmessige bedre enn den andre. Det vil variere ut i fra den enkeltes personlighet, tidligere erfaring og tilgjengelige tilpasningsstrategier for hvordan man finner den optimale måten å håndtere og uttrykke sorg på.

2.3 Sorg, kriser og traumer

Sorg, kriser og traumer har overlappende symptomer, men er definert ulikt.

Stroebe & Schut (2007) omtaler sorg som en stressreaksjon som kan oppfattes som truende for helse og eget velbefinnende.

Når man opplever et dødsfall kommer man ofte i en krise. Et dødsfall kan også oppleves som svært traumatisk, især der barn er involvert (Sandvik et al., 2003). Etter kriser og traumer kommer ofte sorg.

Litteraturen skiller mellom kriser og traumer. (Malt, Retterstøl, & Dahl, 2003). Dyregrov (2010) beskriver kriser som minst omfattende av disse to.

Kriser er forbundet med forskjellige typer belastninger i kombinasjon med atferdsmessige reaksjoner. Krise betyr at en person er brakt ut av balanse. Dette kan komme av akutte livshendelser eller opplevelser som forbigående overstiger mestringsevnen personen har. Ofte er krise en belastning man kan forvente i livet. Noe man er forberedt på, som ved et ventet dødsfall (Malt et al., 2003).

De krisene som ikke er like forutsigbare, som rammer tilfeldig og kommer uventet, kan være av mer traumatisk karakter. Dette kan være akutt alvorlig sykdom eller dødsfall o.l. Termen traumer blir brukt i sammenheng med hendelser som er mer dramatiske. Traumer består alltid ut av en eller flere kriser og krisesituasjoner. Traumet oppstår når en person opplever en hendelse (eller flere) en ikke har kapasitet til å integrere i ens øvrige erfaring (Nijenhuis & Van Der Hart, 2011). Dramatiske og uventede dødsfall, hvor en gjerne har vært vitne til gjenoppliving som truer en persons eller ens eget liv og helse, er et traume.

Det er ikke sikkert at en trenger å utvikle vanskeligheter etter et traume. Det avhenger av hvilke ressurser en har i og rundt seg. Dyregrov (2010) bruker derfor termen «*en potensielt traumatisk hendelse*» når noen har opplevd det som kan betegnes som et traume. Når et tap oppleves som traumatisk, kan traumet være et hinder for at en får sørge på normalt vis. Beskyttelsesmekanismen som opptrår i en sjokksituasjon, gjør at mennesker ofte får reaksjoner i lang tid etter den akutte traumesituasjonen. De som har vedvarende symptomer etter et traume kan utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD). En vil oppleve en kronisk stresssituasjon som kan være til fare for liv og helse. Den kroniske stressreaksjonen kan samtidig bidra til at sorgen blir komplisert (Stroebe et al., 2007).

2.4 Kropp og sorg

De fleste som opplever sorg over tid vil oppleve muskel-skjellet lidelser av ulike karakter (Stroebe et al., 2007). For mange innebærer det diffuse smerter rundt i kroppen. Dette er ofte de samme plagene en opplever ved stress. Mange har samtidig en følelse av at kroppen er tung og tom for energi (Dyregrov, 2014).

Flere sørgende forteller at de opplever vanskeligheter med å puste. Dette er en opplevelse som er vanlig i forbindelse med sorg (Weihe & Smith- Solbakken, 2012). Slipper en mindre pust til kan det være en måte å beskytte seg mot vonde følelser (Ekerholt & Bergland, 2008). Sjøkket etter tapet blir så stort at en protesterer med kroppen. En vil ikke ta innover seg smerten og lidelsen som følger ved et tap. Vi stivner, beskytter oss med kroppen. Beskytter oss mot følelsene som en ikke klarer å bære. Når en holder pusten og spenner musklene, fjerner vi oss fra kroppen som er full av tårer, fortvilelse og angst (Binder, 2011). Kroppen fungerer ikke, den oppleves som fysisk syk (Austegard & Tobiassen, 2014).

Sorgen og savnet kan ikke tas bort. Kroppen vil ofte være smertefull i lang tid etter et tap. Det er kroppen som bærer på sorgen. Når kroppen bærer på sorgen husker den også. Alt vi opplever, nedfeller seg kroppslig og kroppen bærer med seg erfaringene (Bergem, 2016).

Mange sørgende er ikke kroppen bevisst. De har ikke tanker om at smerten som sitter i kroppen kan være sorg. Når kroppen er fysisk og fysiologisk aktivert over tid, vil den gjøre vondt. Når en ikke er kroppen bevisst, vil en ikke forstå dette. Mange mangler ord for følelser i kropp. Det er en mangel på kroppslig dialog (Gretland, 2007). Mister en forankring i kroppslig sansing mister en og kontakten med følelsene (Binder, 2011).

På mange måter kan en si at historiene om livene våre er skrevet inn i kroppen. Selv om kroppen alltid er i nåtid, kan sorg, som hvilken som helst annen følelse i kroppen, vekke frem minner. Den kroppslige fornemmelsen av sorg spiller på tilknytningen til den som en har mistet. Har relasjonen vært tett, vil den kroppslige opplevelsen av sorg være mer forsterket (Binder, 2011).

2.4.1 Dualismen; skillet mellom kropp og sinn

Synet på kroppen og hva som oppleves i den, har siden tidenes morgen vært problematisk. Kroppen har ikke vært forbundet med følelser.

Den Platonsk-kristne kulturen var tidlig ute med å forsvare kløyvingen av mennesket i to deler. Skillet gikk mellom kropp og sjel, hvor kroppen hele tiden har vært det

problematiske(Skårderud, 2011). I den platoniske tenkningen var kroppen ansett som lav fordi den med sine behov, ledet den filosofiske tanken på villspor. Kroppen var vond å tenke med.

For teologen Paulus (10 e.Kr – 67 e.Kr) ble kroppen senere et moralsk problem. Synet var at sjelen kunne oppnå en uendelig salighet gjennom frelse, men ble forhindret av kroppen og kjødets lyst som kunne velte de frommeste forsetter.

Matematikeren og renesansetenkeren René Descartes (1595-1650) var med sine kartesianske ideer med på å gjøre enda mer skade på kroppens arena. Descartes ga splittelsen mellom kropp og sjel ny filosofisk identitet. Han mente at en kunne tvile på at *kroppen* eksisterte, men utalte at han ikke tvilte på at *jeget* eksisterte. Kroppen var ikke vesentlig for hans eksistens. Descartes leste mennesket med et mekanistisk øye. Kroppen var en ting, den var et objekt.

Det er dette synet som har lagt et grunnlag for den medisinske tenkningen frem til i dag(Råheim, 2002).

2.4.2 Kroppsfenomenologi

Jeg er en kropp og jeg har en kropp. Det å både være en kropp og ha en kropp er felles for alle mennesker (Kristen Kabbe Ytterbø ref:Bergem 2016, s. 124).

I introduksjonen til boken Kroppen i Psykoterapi (2016) skriver Anne Kristin Bergem at vi ikke kan være mennesker uten en kropp. Kroppen og sinnet henger selvfølgelig sammen. Psyke og soma er ett. Noen selvfølgelig har dette ikke vært. Dualismen har hersket i mange hundre år. Det er først i senere tid at skillene mellom kropp og sinn sakte, men sikkert har begynt å bli visket ut.

Kroppens store filosof, den franske fenomenologen Merleau – Ponty (1907-1961) utfordret med sitt banebrytende verk Phenomenology of Perception(1945/1962) kroppens splittede historie i vestlig tenkning. Det kartesianske uttrykket; «*Jeg tenker, derfor er jeg*» vendte han til; «*Jeg har en kropp, derfor er jeg*» (Skårderud, 2011, s. 648).

Kroppsfenomenologien tematiserer hvordan vi som subjekter eksisterer kroppslig i verden. For Merleau- Ponty betydde det å være et subjekt, å være i verden som kropp. Via kroppen og takket være kroppen har vi eksistens og identitet(Merleau-Ponty, 1994). Slik en selv opplever og presenterer kroppen er noe annet en slik den observeres fra utsiden. En kan på en måte si at kroppen kan være et subjekt og et objekt samtidig. Individuelt sett kan en forholde seg til kroppen som et objekt når man er syk. På samme tid opplever vi sykdom gjennom kroppen

som et subjekt. En skiller mellom en kropp som får et hjerteinfarkt og opplevelsen av å få infarkt(Merleau-Ponty, 1994).

En levd kropp gir uttrykk for og har en inkarnert viten om sin livssituasjon. Det tilsier at livserfaring kroppsliggjøres. Når en kvinne henvender seg med kroniske plager til et helsepersonell, er det forutenom å lytte til historien hennes, viktig å vite noe om hvordan belastninger i livssituasjonen hennes uttrykkes kroppslig. I medisinen er ikke blikket skarpt nok til å se etter hva kroppen uttrykker. Fokuset legen har er først og fremst objektivt. En skal bekrefte eller avkrefte objektiviserbar sykdom inne i kroppen(Råheim, 2002). Derfor er det behov for å se kropp og sinn i et helhetsperspektiv. Påvirkningen mellom kropp og sinn er gjensidig. Psykisk helse påvirker somatisk helse og omvendt(Bergem, 2016). Nyere nevropsykologisk forskning gjør det stadig mer problematisk å opprettholde et tradisjonelt skille mellom kropp og sinn. Forskningen sikter til at psykologiske fenomener som emosjoner, følelser, tanker og bevissthet er kroppslig forankret(Damasio. A, 2004).

2.5 Å hjelpe mennesker i sorg

Noen dødsfall preger oss mer enn andre. Det vil ha betydning for hvordan en skal gi støtte.

Det viktigste målet med å støtte den sørgende er lindring av smerte og hindre at den sørgende skulle sette seg fast i sorgen. Den sørgende skal evne til å leve videre på en god måte med sin sorg(Sandvik et al., 2003).

I en undersøkelse utført av Nordanger, Dyregrov & Dyregrov (2000) svarer omtrent halvparten (48%) at det er fra familie og venner en først og fremst ønsker støtte. Støtte fra profesjonelle ender som en god nummer to, på 24%.

Et dødsfall rammer samtidig en hel familie. Da er det mange som opplever at det kan være godt å ha kontakt med noen som er litt mer distansert til hendelsen(Nordanger, Dyregrov, & Dyregrov, 2003). Her kan helsepersonellet komme inn. Det kan være lettere å stille spørsmål og på samme tid være åpen og ærlig overfor utenforstående profesjonelle skriver Nordanger et.al (2003). For et helsepersonell kan det være lurt å bygge en god relasjon til den som sørger. Det kan være til god hjelp videre i sorgarbeidet(Sandvik et al., 2003).

For å forebygge at sorgen får et komplisert forløp er det viktig å vite hva behovet til den sørgende er. Nordanger et.al (2000) viser til at tidlig hjelp og en aktiv og oppsøkende

holdning fra hjelpeapparatet er viktig. En bør ha rutiner, stabilitet, kontinuitet og en god samordning mellom 1 og 2. linje tjenesten i helsevesenet. De peker på at god informasjon om dødsfallet, om hendelse og årsak kan ha stor betydning. Samtidig er informasjon om sorg generelt, at reaksjonene vil variere fra person til person og fra kjønn til kjønn være essensielt. Veiledning rettet mot hvordan familielivet kan føres videre er også vesentlig for å kunne komme i gang igjen.

Sandvik et.al (2003) peker på at det bør tilrettelegges for at hjelpen til sørgende bør få vare over tid. Det skal legges til rette for praktisk og økonomisk hjelp. En skal få hjelp til å komme i kontakt med andre etterlatte. Kommer en i kontakt med andre etterlatte oppleves dette ofte som svært positivt for den sørgende. Det er mye forskning som viser at det kan ha stor innvirkning på hvordan man mestrer sorg (Johnsen, Dyregrov, & Dyregrov, 2014).

På generell basis kan mye av hjelpen gis av helsepersonell med høyskoleutdanning skriver Sandvik et.al (2003). Skulle sorgen bli utfordrende og den sørgende samtidig skulle slite med andre lidelser. Kan den sørgende ha behov for terapi og behandling (Dyregrov, 2014).

2.5.1 Langsiktig støtte til den sørgende

Kort etter et dødsfall er det ofte mye som skjer og de sørgende er de som får fokus. Den som er i sorg får ofte støtte fra forskjellige hold, familie og venner. De blir dessuten holdt i gang med de praktiske gjøremålene som knyttes til dødsfallet.

Den vanskelige tiden begynner først når livet normaliserer seg, hverdagen kommer, og en skal leve uten den døde. Familiesituasjonen omstilles. Mange opplever at familiebandene blir tettere knyttet sammen, andre opplever at en sklir mer i fra hverandre.

I akuttperioden får mange god hjelp i fra sykehus og kommunal helsetjeneste. Over tid blir det mindre. Mange etterlatte savner mer hjelp over tid (Sandvik et al., 2003).

I langtidsperioden trenger den sørgende tid til å omstille seg til det nye livet uten å ha hverdagslivets krav og utfordringer hengende over seg.

Det er viktig å beholde forholdet til den man har mistet, men på en «sunn» måte. En skal ha minner om den avdøde. Derfor er det fint å kunne ha bilder, tenne lys, besøke grav og kanskje ha ting som den døde brukte. Dette kan bringe frem gode opplevelser og følelser i forhold til hvordan ting var. Samtidig er det viktig å akseptere de minnene som kan være negative (Dyregrov, 2006b).

Den sørgende har behov for at sorgen blir normalisert. En skal akseptere måten en sørger på. Det skal være aksept for at en reagerer ulikt på tap. Mange sørgende må godta at en ikke får til ting slik som før. Noen ting blir også mindre viktig enn før(Dyregrov & Dyregrov, 2011b). Noen blir ambivalente og utrygge. En har lyst til å delta i sosiale settinger, men orker ikke. Derfor er det viktig med pustehull i sorgen slik at en får gjort hyggelige ting. Det er lov å le og ha det moro selv om man har lidd et tap. For den som er i sorg er det viktig å få høre dette. De trenger en tilbakemelding på at det er flott og naturlig å få et avbrekk i fra sorgen. Slike samtaler om tap kan være med å lette på innadvendte og negative tanker(Dyregrov, 2014).

For mange er det et ork å komme gjennom hverdagen etter et tap. Mange har mye å fokusere på. De har jobb, barn og familie. Det blir slitsomt å måtte ta seg i sammen. Dette kan være med på å utsette ens egen sorg og mange blir overasket over at sorgen innhenter dem lenge etter tapet. Den sørgende trenger å bli gjort oppmerksom på dette. Oppfordre dem til å ta imot den hjelpen de kan få(Sandvik et al., 2003).

Tidligere tap er en sårbarhetsfaktor i møte med nye tap. Det er vesentlig å fortelle den sørgende at det aldri er for sent å ta opp og bearbeide en sorg. Det tar likevel mye kortere tid om tapet bearbeides når det er nytt og friskt(Sandvik et al., 2003). Hver og en kan velge å legge et tap bak seg til ulik tid. For de fleste kommer og går sorgen i bølger. Nye bølgedaler kommer gjerne flere år etter dødsfallet. Dette skjer ofte når andre ting er vanskelig. Samtidig er det viktig at arbeidet med sorgen ikke stagnerer (Kristensen, 2013). En bør motivere den sørgende til å ha tro på egen sorgprosess, ha tro på egen mestring i sorg(Dyregrov & Dyregrov, 2011a).

3 METODE

Dette kapittelet beskriver valg av studiens design og metode. Planlegging, forberedelser, gjennomføring av intervjuer, analyse og tolkningen av dataene beskrives her. Avslutningsvis vil de forskningsetiske refleksjonene rundt temaet bli belyst.

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Denne studien er gjennomført ut i fra et fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapssyn.

Den tyske filosofen Edmund Husserl regnes som grunnleggeren av *fenomenologien* rundt år 1900. Fenomenologien søker en forståelse av den dypere meningen det er i enkeltpersoners erfaringer. Sentralt innen dette vitenskapssynet er det å forstå fenomener ut i fra perspektivene til de personene vi studerer og beskrive omverdenen ut i fra deres erfaring. Fenomenologien bygger på en underliggende antakelse om at realiteten er slik som folk oppfatter at den er (Thagaard, 2015). Husserl fokuserte på at vi i møte med andre måtte være undrende og fordomsfri, stille åpne spørsmål uten å fortolke, slik at fenomenet en undersøkte fremstod slik som det var. Det krevdes da at en la sin forforståelse til side (Aadland, 2011).

Hermeneutikk betyr fortolkning. Opprinnelig knyttes hermeneutikken til fortolkningen av tekster, men også til forståelsen av et fenomen. Hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger gjennom å utforske dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart er innlysende. Utgangspunktet er at det ikke finnes noen sannhet. Fenomener kan tolkes på ulike nivåer. Mening kan bare forstås i lys av den sammenhengen, det vi studerer, er en del av. En forstår delene i lys av helheten. Det er en pendling mellom del og helhet som skaper ny forståelse av et fenomen. Hvordan helheten tolkes er avhengig av hvordan delene tolkes og omvendt. Vår forståelse vil derfor alltid være i bevegelse. Forståelsen endres i tråd med det vi tolker. Dette kalles også fortolkningskunst eller forståelselære (Thagaard, 2015). Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng (Malterud, 2011)

Ved bruk av en fenomenologisk - hermeneutisk tilnærming har målet med denne studien vært å tilføre feltet kunnskap og forståelse om hvordan sorgen manifesterer seg i den sørgedes kropp. I forlengelsen av dette har det samtidig vært ønskelig å kunne dra med seg kunnskap om hvordan en som helsepersonell kan møte og ivareta den sørgende på en bedre måte og å kunne fremme helse.

3.1.1 Forforståelse

Som psykomotorisk fysioterapeut stiller en med en forforståelse tuftet rundt et kroppsfenomenologisk perspektiv(Råheim, 2002) og jeg er derfor nysgjerrig på å vite hvordan sorg som fenomen påvirker den sørgedes kropp.

Det har vært mange tanker knyttet opp imot problemstillingen som er valgt og hvordan min forforståelse vil komme til å prege studien. For å møte informantene med så stor grad av åpenhet som mulig, er det å utforske sin egen forforståelse viktig. Som psykomotorisk fysioterapeut møter en sørgende, om ikke hyppig, men med jevne mellomrom.

På tidspunktet da intervjuene fant sted hadde jeg pasienter med tilsvarende problemstillinger som informantene i behandling. På samme tid avsluttet jeg også videreutdanningen i Sorg ved Universitetet i Bergen. Dermed satt jeg igjen med en del teoretisk kunnskap om sorg som lett kunne ha påvirke måten man intervjuer på.

Malterud (2011) skriver at det egentlig er et uoppnåelig mål å ikke påvirke en studie med sin forforståelse. Ingen forskning er nøytral. Som forsker og menneske vil alltid kunnskapen en sitter med på forhånd være med å prege en studie(Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). En må derfor påta seg å ha et reflektert forhold til vår egen innflytelse på materialet. Da kan vi mest mulig lojalt gjenfortelle deltakernes erfaringer og meningsinnhold uten å legge våre egne tolkninger som fasit.

3.2 Forskningsdesign

Denne studien har et deskriptivt og eksplorerende design. Deskriptivt ved at en ønsker å få informantene til å beskrive sine opplevelser og eksplorerende ved at en utforsker informantene sine opplevelser.

3.2.1 Begrunnelse for valg av metode

Jeg foretok fire individuelle kvalitative intervjuer basert på spørsmål ut i fra en semistrukturert intervjuguide.

Kvalitativ metode ble vurdert som mest hensiktsmessig med tanke på utforskningen av oppsatte problemstilling. Malterud (2011) skriver at man bør la problemstillingen bestemme hvilken metode som er best egnet for gjennomføringen av en studie. En kvalitativ tilnærming egner seg til å utforske sosiale fenomener. I denne studien er fenomenet sorg og hvordan det

manifesteres i den sørgedes kropp. Metoden egner seg godt til å studere personlige og sensitive emner som kan innbefatte private forhold i personers liv (Thagaard, 2015) slik som sorg er. For å studere menneskets erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger brukes kvalitative metoder skriver Malterud(2011). Kvalitativ metode søker etter økt forståelse omkring hvorfor mennesker gjør som de gjør(Malterud, 2011).

3.2.2 Kvalitativt forskningsintervju

Innsamlingen av data ble gjort ved hjelp av kvalitative forskningsintervju(Kvale et al., 2015). Dette skal gi et godt grunnlag for å få innsikt i informantens erfaringer, tanker og følelser. Intervjuene av hver informant ble gjennomført via dybdeintervju med en semistrukturert intervjuguide. Det betyr at temaene det ble spurt om for å få svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene, ble fastlagt på forhånd. Rekkefølgen ble bestemt underveis slik at en kunne følge intervjupersonens fortelling samtidig som at temaer som var viktig for problemstillingen ble belyst (Thagaard, 2015). Dette betyr at intervjueren hører på hva informanten selv forteller og stiller oppfølgende spørsmål i løpet av intervjuet. En gjør dette for å få en enda dypere forståelse av hva informanten har å fortelle. Kvale et.al (2015) skriver at formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider med informantens dagligliv sett fra hennes eller hans perspektiv.

3.3 Planlegging og forberedelser

Informantene var på forhånd via et informasjonsskriv og et samtykkeerklæringen informert om at intervjuet skulle ta inntil en time. Temaet skulle være sorg og kropp hos mødre som hadde mistet barn. Utenom dette var det ingen vedlagte spørsmål som informanten kunne forberede seg på.

Skal en gjennomføre et intervju stiller intervjusituasjonen allsidige krav til intervjueren skriver Thagaard (2015). I Kvale et.al (2015) fremheves intervjuerens kompetanse, faglige ekspertise og trening i å mestre sosiale situasjoner som viktig for å kunne gjennomføre et intervju. Som fysioterapeut skal en i utgangspunktet være godt trent på dette. Ved å ha jevnlig pasientkontakt skal en kunne tro at gjennomføringen av et intervju av denne typen ikke skal by på særlige utfordringer. Samtidig er utføringen at et forskningsintervju gjerne noe helt annet enn det utføring av anamnese og jevnlig dialog med pasient i klinisk praksis er. Det fremkommer forskjellige problemstillinger etter hvem man intervjuer. En må en være

forberedt på at uforutsette ting kan skje. Ofte ser en ikke informanten igjen. En har heller ikke samme mulighet til å rette opp i misforståelser eller andre utfordringer som kan skje underveis. Siden det er en viss forskjell på det jeg foretar meg i mitt daglige virke som fysioterapeut og utføringen av et kvalitativt forskningsintervju, valgte jeg å forberede meg på en litt annen måte. Kvale et.al (2015) anbefaler at en simulerer et intervju på en fiktiv informant på forhånd. For å få god oversikt, holde tiden og bli trygg i denne typen intervjusituasjon ble intervjuet utprøvd på en kollega før gjennomføring av første intervju.

Informasjon om studiet ble sendt til lederen av LUB (Landsforeningen for uventet barnedød) avdeling Hordaland for å få en tilbakemelding om hva de tenkte om gjennomføringen av en slik studie. Jeg var også interessert i hvordan deres medlemmer hadde stilt seg til å delta i en tilsvarende studie. De samme tankene ble så luftet for 4 av mine pasienter. Avslutningsvis ble professor Kari Dyregrov ved Senter for krisepsykologi kontaktet med samme spørsmål. Tilbakemeldingene fra pasienter og LUB gikk på at mange gjerne ville bidra. De var opptatt av å kunne få belyst sin problemstilling og samtidig være med å hjelpe andre. I mailsvaret fra professor Kari Dyregrov stod det at hun var glad for at flere ville skrive om sorg og synes vinklingen virket interessant.

3.3.1 Utvalg og rekruttering

I denne studien ble det intervjuet 4 mødre(informanter) som alle hadde opplevd å miste et barn. De ble rekruttert av helsepersonell som på profesjonelt vis hadde vært i kontakt med vedkommende.

Ut av faglig interesse ble det valgt å forske på mødre og deres utfordringer med sorg etter tap av barn. Denne gruppen ser og ut til ha størst utfordringer med sorg etter et barns død(Dyregrov et al., 2015)

Utvalgsriteriene var som følger:

- Mødre som har opplevd sorg etter et eller flere av deres barn mistet livet.
- Barnets død skulle ha inntruffet før barnet fylte 18 år.
- Mødrene skulle alle i løpet av tiden etter tapet ha hatt kontakt med helsepersonell.

Informantene ble rekruttert av kollegaer, helsepersonell i andre kommuner enn den jeg tilhørte. I utgangspunktet skulle informantene rekrutteres av andre psykomotoriske fysioterapeuter, altså kolleger innen samme fagfelt som forsker.

Det ble sendt ut mail til hver enkelt psykomotoriske fysioterapeut med informasjon om studiet. De som rekrutterte ble grundig satt inn i prosjektets hensikt og formål før rekrutteringen fant sted. To informanter ble ganske umiddelbart rekruttert. Noen svarte at de ikke hadde informanter tilgjengelig. Fra andre dukket det ikke opp noe svar. Det ble foretatt et par purringer. Etterhvert ble det i samråd med veileder besluttet at også annet helsepersonell kunne rekruttere informanter. Samme prosedyre ble foretatt hvor helsestasjoner, dps, fødestuer, psykologiske institutt og sykehus ble kontaktet. Det kom da opp to informanter til. Det ble på dette tidspunktet besluttet at på grunn av studiens begrensede varighet, så ville fire informanter være nok.

3.3.2 intervjuguide

Det ble laget en intervjuguide som skulle dekke problemstillingen (vedlegg 3).

Intervjuguiden bestod ut av to hovedtemaer:

- 1) Sorgen manifesterer seg i kroppen – opplevd sorg
- 2) Møte med støtteapparatet

Det ble formulert utfyllende spørsmål under hvert tema hvorpå det vesentlige var å dekke det første temaet på best mulig måte.

3.3.3 Sted for utføring av intervju

Da samtykkeerklæringen kom i posten kontaktet jeg hver enkelt informant og avtalte tid og sted for intervjuene.

For å gjøre intervjusituasjonen tryggest og mest forutsigbar lot jeg informantene selv velge hvor intervjuet skulle foregå. Dette er noe Kvale et.al (2015) signaliserer for å gjøre intervjusituasjonen så trygg og likeverdig som mulig.

To av informantene inviterte meg hjem, mens de to andre inviterte meg til sitt eget kontor på arbeid.

Varigheten av intervjuene varierte fra 30 min til 1 time, egentlig noe kortere enn det jeg som forsker var forberedt på.

3.3.4 Gjennomføring av intervjuet

Før starten av hvert intervju ble hver enkelt av informantene bedt om fylle inn et skjema hvor deres alder, sivilstand i arbeid ja/nei, i hvilken sammenheng barnet var mistet og hvor mange år siden tapet hadde hendt skulle fylles inn (vedlegg 2).

Intervjuet ble tatt opp med båndopptaker, hvor all informasjonen som stod i informasjonsskrivet på nytt ble lest inn. Her ble det bedt om informantenes muntlige samtykke for å få en avklaring på om de hadde forstått hva de hadde begitt seg ut på.

Bruken av båndopptaker var jeg delvis kjent med fra før. Jeg hadde brukt det i forskjellig terapi sammenheng ved videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi, og i opptak av noen pasientsamtaler. For sikkerhetsskyld, helgarderte jeg meg med to opptakere ved første samtale. Godt var det. Det viste seg nemlig at den ene opptakeren ved det første intervjuet ikke hadde tatt opp noen ting. Dermed ble standarden to opptakere ved de tre andre intervjuene. En hovedopptaker, en reserveløsning.

Da selve intervjuet startet ble informantene på generell basis først spurt om deres forhold til sorg. Dette for å få en oversikt over hva slags erfaring de hadde med tema og hva de hadde vært gjennom tidligere. Etter hvert gikk en dypere inn på hvordan sorgen hadde preget dem for å rette fokus opp imot problemstillingen for studien.

Som intervjuer prøvde jeg å frigjøre meg fra intervjuguiden så godt jeg kunne, men holdt meg til hovedtemaene for å opprettholde struktur. Kvale et.al (2015) skriver at et semistrukturert intervju ligger nært opp til en samtale i dagliglivet, men har som profesjonelt intervju et formål. Det er hverken en åpen samtale eller et lukket samtale som følger et spørreskjema.

Noen utfordringer oppstod underveis. Thagaard (2015) sier at en på forhånd bør ha satt seg godt inn i intervjupersonens situasjon for å få et vellykket intervju. Noe som jeg for så vidt hadde, men jeg visste ikke mer om informantene enn at de var mødre som hadde mistet barn. Jeg hadde liten oversikt over om hvem den enkelte var og i hvilke omstendigheter de hadde mistet barnet. Informantene fikk utfordringer med å svare på noen av spørsmålene. For å dekke problemstillingen ble det underveis lagt til flere spørsmål avhengig av hvilken retning intervjuet så ut til å ta. Intervjuguiden bidrog likevel godt til å holde strukturen på intervjuet

Jeg opplevde at informantene var ivrige til å fortelle, de ville dele. En av informantene gav uttrykk for at hun syntes intervjuet var kort. Samtlige informanter sa at de opplevde det som meningsfylt å delta og håpet at intervjuene ville komme godt til nytte.

3.4 Transkribering

Transkribering betyr å transformere, oversette det muntlige språk til det skriftlige språk(Kvale et al., 2015).

Mye skjer i intervjusituasjonen som ikke fanges opp i en tekst. Jeg valgte derfor å transkribere alle intervjuene selv. Jeg skrev regelrett ned det som ble sagt, markerte pauser, ord og uttrykk som ehmmm, mmmm, latter og gråt. Selv om det var en slitsom og langtekkelig prosess er det mange fordeler med å selv transkribere. Malterud (2015) peker på at dette er noe man selv bør gjøre som forsker. Hun skriver når en selv er mellomledet mellom tale og tekst får forskeren gjenoppleve erfaringene fra feltarbeidet og gjøre seg kjent med materialet fra en ny side. Samtidig forteller Malterud(2015) om «de grå informantene», som er at ved å selv transkribere, blir en kjent med sider av materialet som en ikke la så godt merke til under intervjuet, slik at kunnskap fra disse også vil komme fram i analysen. Transkriberingen var en lærerik prosess. Jeg opplevde at intervjuene satt ganske godt i ryggmargen til slutt. Dette forenklet også analyseprosessen en hel del.

3.5 Analyser av data

Hensikten med å analysere er å identifisere mønstre og sammenhenger i dataene som ikke umiddelbart er synlige. Analyse kan i prinsippet ikke skilles fra tolkning. Den bygger på hermeneutikken (Thagaard, 2015) og betyr å dele noe opp i biter eller i elementer samtidig som en forstår noe ut i fra sin forforståelse og forutsetninger(Kvale et al., 2015).

Analysemetoden jeg valgte å bruke ble tematisk analyse(Braun & Clarke, 2006). I denne metoden sorterer man data etter innhold og på bakgrunn av dette utformer en temaer.

Analysemetoden som vist i tabellen under består ut av 6 faser.

Tabell 1

Tematisk analyse

TEMATISK ANALYSE(Braun & Clarke, 2006).					
FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	FASE 5	FASE 6
BLI KJENT MED DATAMATERIALET	KODE DATAENE	SØKE ETTER TEMAER	GÅ GJENNOM TEMAENE	DEFINERE OG NAVNGI TEAMENE	PRODUSERE EN RAPPORT
Transkribere intervjuene. Lese over dataene. Notere ideer og tanker.	Kode innholdet som er relevant systematisk. Sortere data som er relevant for hver kode.	Sortere koder til aktuelle temaer. Samle relevante data til hvert aktuelt tema.	Sjekke om temaene samsvarer overens med innholdet som er kodet og alle data. Lage tematisk kart over analysen.	Analysere innholdet. Gi temaene navn som er meningsbærende for informantenes fortelling.	Velge sitater. Analyserer det som blir sagt opp imot teori. Produsere en vitenskapelig rapport.

3.5.1 Tolkning av funn

Etter å ha transkribert intervjuene, valgte jeg å høre intervjuene et par ganger på nytt for å høre etter om noen ord i forbifarten var glemt med tanke på mening. Deretter leste jeg intervjuene enda en gang for å danne meg en oversikt, et helhetlig inntrykk. I samråd med veileder delte jeg opp intervjuene for å få det mer oversiktlig slik at det ble tydelig hvor mine spørsmål kom og hvor informantens svar var. Jeg lette så etter meningsbærende enheter, trakk disse ut og kodet disse med farge. Enhetene som jeg opplevde som meningsbærende ble så systematisk plassert i grupper som inneholdt sammenlignbare temaer på tvers av de ulike intervjuene. Systematiseringen gjorde jeg ved å lage skjema med ulike kolonner der hver kolonne tilsvarte en gruppe. Basert på forskningsspørsmålene mine, navnga jeg ett tema for hver gruppe hvor hver meningsbærende enhet ble nummerert med 1, 2, 3, eller 4. Ett tall for hvert intervju, slik at det skulle bli lett å gå tilbake igjen i teksten for å finne ut hvilken

informant som hadde sagt hva. Så gikk jeg til den transkriberte teksten igjen og trakk ut sitat som jeg kunne bruke til å presentere funnene. Først endte jeg opp med 16 temaer, men fant etter en lengre prosess ut at mange av temaene samsvarte med hverandre. Jeg komprimerte det tilslutt ned til 4 hovedtemaer, med 2 undertema under hvert hovedtema. Flere av temaene ble navngitt på nytt for å dekke helheten av temaet med tanke på problemstillingen. Et par enheter ble også tatt bort etter å ha vurdert at de ikke var like relevante og meningsbærende lenger.

Temaene og andre funn som er relevante for studien vil bli grundig redegjort for i funnkapitlet.

3.6 Reliabilitet og Validitet i kvalitative studier

Reliabilitet og validitets begrepene er ofte omdiskutert i kvalitative studier, men det stilles ofte spørsmål om intervjuerens reliabilitet i intervjuforskningen og intervjutranskripsjonens gyldighet ved et kvalitativt intervju(Kvale et al., 2015). I kvalitative studier blir reliabilitet og validitet ofte endret til troverdighet, sikkerhet og bekreftbarhet(Kvale et al., 2015)

Ved å vise i metodekapittelet hva jeg som forsker har foretatt meg og være bevisst min forforståelse gjennom denne studien, vil dette være med på å øke studiens reliabilitet og validitet.

3.6.1 Reliabilitet

Jeg vil kort beskrive hva som menes med reliabilitet innenfor kvalitativ forskning.

Reliabilitet er en kritisk vurdering av prosjektet med tanke på om det er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte(Thagaard, 2015). Kvalitativ forskning vurderes med hensyn til troverdighet. Under hele prosessen har jeg som forsker forsøkt å være bevisst min forforståelse. Diskutert med veileder, medstudenter og kollegaer for å være oppmerksom på de fallgruver min subjektive opplevelse av intervjuene kan påvirke transkribering og analyse. Begrepet reliabilitet referer egentlig til spørsmålet om en annen forsker som anvender samme metode vil komme fram til samme resultat. Det er derfor et spørsmål om dette imidlertid er relevant for kvalitativ forskning skriver Thagaard (2015), men med tanke på forforståelsen man bærer på, kan det at man har stor kjennskap til i felten gi bedre kvalitet på forskningsspørsmål og problemstilling. Det som velges ut og studeres på bakgrunn av overnevnte forforståelse kan ofte bli relevant og nyttig i praksisfeltet(Sundet, 2014).

3.6.2 Validitet

Validitet er knyttet til tolkning av data. Det handler om gyldigheten av de tolkninger forskeren kommer frem til. En vurdering av validiteten i forskningen kan en se med henblikk på spørsmålet om resultatene av undersøkelsen representerer den virkeligheten en har studert(Thagaard, 2015). En må altså beskrive hva en har gjort og hvordan en har gjort det. Forskeren styrker validiteten ved å hele tiden være kritisk gjennom analyseprosessen skriver Thagaard(2015). Hun skriver også at det skal være dokumentasjon på hver en tolkning i datamaterialet. For å etterkomme dette må det også gjøres rede for fremgangsmåter i prosjektet og inkludert relasjoner i felten som er redegjort for i metodekapittelet. Dette innebærer også en over og underordning i forhold til hvordan en som forsker plasserer seg i felten med tanke på maktforholdet mellom forsker og informant som gjerne kan oppstå.

For å prøve å etterkomme validitetsgraden til studiet har jeg prøvd så godt jeg kan og følge dette. Dokumentert hvordan jeg kom frem til ulike funn, dokumentert hvordan det ble utført med alle de fallgruver det innebærer.

3.7 Forskningsetiske refleksjoner

For å ivareta forskningsetiske hensyn ble studien søkt til REK (Regional Etisk komité). Prosjektet forutsatte behandling av personopplysninger og forskning på mulig sykdom. En antok derfor at studien ville falle under helseforskningsloven. Alle prosjekt der formålet er å skaffe til veie «ny kunnskap om helse og sykdom» kan falle under helseforskningsloven § 2 og § 4 fra 2009 og må derfor søkes til godkjenning(Omsorgsdepartementet, 2009). Etter behandling av søknaden, konkluderte REK med at studiet etter komiteens syn ikke ville gi ny kunnskap om helse og sykdom. Komiteen anså sorg som et allment menneskelig fenomen og en personlig opplevelse, som ikke kommer inn under begrepet sykdom og helse som sådan. Dermed var det ikke nødvendig med noen form for fremleggsvurdering og godkjenning fra REK. For å ivareta at studien skulle gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til personvernloven ble studien meldt til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste). Informantene fikk så tilbudet om å delta. De fikk en grundig gjennomgang av studiens mål, både skriftlig og muntlig i god tid i forkant, før inkludering i studien. Informasjonen ble også gjentatt for informanten før intervjuet og samtykket opptatt på bånd. Dette gjaldt både fordeler og eventuelle ulemper ved deltakelse. Dyregrov (2004) viser til sin forskning på foreldre som hadde mistet barn i krybbedød, ulykker eller selvmord at deltakelse i forskning

ofte ikke oppleves som belastende, men heller det motsatte. Informanten ser nytten ved å kunne bidra for andre. Noen ser også på deltakelsen som en del av sin terapi. Slik var også erfaringene ved denne studien. Flere ville bidra mer. I studien ble det praktisert et informert samtykke, der samtykket er fritt, avgitt uten ytre press og informanten er altså informert om hva deltakelse innebærer (Thagaard, 2015). Det ble i forkant av inkludering tatt en vurdering på om de aktuelle informantene ville tåle intervjusituasjonen. Som forsker var jeg så oppmerksom jeg kunne på/tok hensyn til eventuelle reaksjoner underveis i intervjuene siden tematikken naturlig nok kunne berøre den enkelte. For å unngå for store utfordringer under intervjurunden, ble intervjuguiden, som tidligere nevnt testet ut på forhånd. Det ble også gjort avtale med informantens terapeut (om den hadde noen) og ekstern psykolog som ville være i stand til å kunne ivareta og håndtere vanskelige situasjoner for informantene i etterkant av intervjuene.

De digitale opptakene av intervjuene ble anonymiserte og ble oppbevart i låsbart arkivskap godkjent for å oppbevare pasientinformasjon. Kun forsker hadde tilgang på nøkkel. Digitale lydbånd overført til PC var passord beskyttet og datafilene var avidentifisert ved hjelp av ID.nr. Alt blir slettet etter prosjektets slutt.

For å ivareta anonymiteten til hver enkelt informant i denne studien har deltakerne fått fiktive navn og personopplysningene knyttet til hver enkelt er så sparsomme at en i utgangspunktet ikke skal kunne identifisere informantenes ekte identitet. Informantene tilhørte heller ikke samme institusjon eller bodde i samme kommune som forsker som foretok studien. Dialekten til hver enkelt informant er skrevet om til bokmål.

4 PRESENTASJON AV FUNN

Dette kapittelet vil gi en presentasjon av funnene i denne studien.

Informantene presenteres først. Så følger en presentasjon av hva de ulike informantene har sagt.

Det vil bli brukt direkte sitat i fra intervjuene for å virkeliggjøre funnene, slik at informantenes opplevelse av sorg ved tap av barn ville kunne bli best mulig gjengitt.

4.1 Presentasjon av informanter

Presentasjon av informantene blir gjort i tabellen under. De ble rekruttert av helsepersonell som har sitt hovedfelt innenfor psykiske helse etter utvalgsriteriene som tidligere er nevnt under metodekapittelet. For å bevare deres anonymitet er deres dialekt omskrevet til bokmål. De har alle fått fiktive navn som vil bli brukt utover i funn kapittelet.

Tabell 2

Presentasjon av informanter

Navn	Alder	Sivilstatus	Utdanning	I Arbeid	Hjelp i Etterkant
Kari	58	Gift	Lærer	Ja	Psykiater, Psykolog og Psykomotorisk fysioterapi
Marte	59	Samboer	Helsearbeider	Delvis	DPS og Rehabilitering
Silje	49	Samboer	Helsearbeider	Ja	Fastlege
Ellen	63	Gift	Helsearbeider	Ja	Psykolog Psykomotorisk Fysioterapi

Til sammen 4 mødrer ble intervjuet i denne studien. De hadde alle på ulike stadier i livet mistet et eller flere barn. Informantene hadde alle høyere utdanning, var delvis eller i fullt arbeid da intervjuene fant sted. Noen av informantene var i et utdanningsforløp da tapet hendte. En av informantene ble tvunget til å gi dette opp som følger av tapet. En av informantene gjenopptok utdanningen sin. Hun beskrev i etterkant dette som en del av sin terapi.

Halvparten av informantene opplevde samlivsbrudd kort tid etter dødsfallene. De som gjennomgikk dette beskriver at bruddet kom som et resultat av ulike måter å sørge på. En klarte ikke kommunikativt å finne en vei sammen igjen. For en av informantene ble det avgjørende for hun og ektemannen å gå i parterapi. Det pågikk over flere år etter barnets død og hun legger til grunn at uten terapi hadde ikke hun vært sammen med partneren sin i dag.

To av mødrene hadde andre barn da de opplevde tapet, to fikk to nye barn i årene som fulgte. Alle mødrene mistet sine førstefødte. Det er i dag flere år siden tapene hendte.

Informantene hadde relativt ulik erfaring med tap før de mistet sine barn. De hadde fra før kun opplevd tap av foreldre eller andre nære som resultat av et naturlig livsforløp. Det var ingen tidligere erfaring med det som anses som traumatiske tap. Informantene opplevde å miste barna sine på ulike vis. Fra dødfødsel til andre dødsfall av ulik traumatisk karakter. En av informantene hadde opplevd flere tap enn de andre. Tapene hennes hadde opptrådt med relativt korte mellomrom før hun mistet barnet sitt. Dette preget henne, hun var sliten. Det gav hun uttrykk for ved flere anledninger gjennom intervjuet.

4.1.2 Tematisk presentasjon av funn

Tabellen presenterer tematisk funnene i studien. Det er fire hovedtemaer;

- Den uvirkelige sorgen
- Sorgens kropp
- Da vi sørget
- Sorgarbeid

Under hvert hovedtema følger to undertemaer. Temaene vil utover i kapittelet bli utdypet med flere sitat og forklaringer hvor også undertemaer blir presentert.

Tabell 3

Presentasjon av funnene tematisk

TEMA							
DEN UVIRKELIGE SORGEN		SORGENS KROPP		DA VI SØRGET		SORGARBEID	
PÅ SIDEN AV MEG SELV	Å HOLDE SORGEN PÅ AVSTAND	DET ER ET SÅR SOM SITTER I KROPPEN	JEG BEGYNNTE Å FÅ VONDT I KROPPEN	DET HANDLER IKKE ALLTID OM ORD	JEG TRENGTE BARE NOEN SOM VAR DER	Å MESTRE SORGEN SELV	SORGEN TAR NYE FORMER

4.2 Den uvirkelige sorgen

Ingen kan vel på forhånd forestille seg hvordan det er å motta et dødsbudskap som omhandler ens eget barn.

Alle informantene har på hver sin måte beskrivelser av hvordan de opplevde å motta dødsbudskapet. Det var uvirkelig, det var umulig å forstå.

Under intervjuene ble informantene bedt om å utdype deres erfaring og opplevelse ved å motta dødsbudskapet og sorgen knyttet opp mot tapet av barnet sitt.

4.2.1 På siden av meg selv

På tapsdagen og dagene som fulgte hadde flere en opplevelse av at de «gikk på siden av seg selv», fokuserte på andre pårørende rundt seg, som ektemann, barn og familie, men også utenforstående, venner og kjente. De tok selv på seg en rolle som «hjelper og trøster» da de selv som mest trengte hjelp og trøst.

Flere beskrev at de ikke «var til stede», at de følte seg «lammet» og forvirret. Alt var kaos, det var uvirkelig:

«Jeg kunne ikke ta det innover meg altså, jeg gikk på siden av meg selv og gikk heller inn i en sånn trøsterolle, trøstet resten av familien» (Marte)

«Ja til å begynne med så var det helt lamma, jeg ble veldig sånn, jeg gjorde det jeg skulle og fungerte ja, fungerte, men var veldig lamma innvendig» (Ellen).

Informantene opplevde også ganske snart et tap av energi. Det ble tomt og de hadde ikke mer å gi. Opplevelsene av energitapet varierte men etterhvert ville det føre til en total kollaps for enkelte:

«Det virker jo inn på hele livsførselen der og da...mindre energi, for det går jo mye energi med til en sorg.....» (Kari)

«Etterhvert så demper hele kroppen seg på en måte ned.... klarte ingenting på en måte altså ..da ble det tomt hos meg, så da kollapset jeg nærmest fysisk ja, faktisk så ble jeg nesten liggende.»(Marte).

For noen av informantene tar det flere dager før de klarer å ta innover seg tapet. Det tar flere dager og uker før de forstår hva som har inntruffet.

4.2.2 Å holde sorgen på avstand

For å holde sorgen på avstand mobiliserer informantene frem mye energi. Omstendighetene rundt dødsfallet til barna får også mye å si i for hvordan hver enkelt håndterer hendelsen.

Flere fortalte at de bruker hverdagslige handlinger for å holde sorgen på avstand.

Ingen av informantene hadde beskrivelser av at de hadde noen form for følelsesutbrudd, det kom først etter hvert:

«Til å begynne med så hadde jeg lite gråt, jeg hadde lite følelsesutbrudd» (Ellen)

En av informantene mistet 2 barn. Det første barnet i dødfødsel på grunn av en feil begått ved sykehuset. Hun beskriver hvordan hun mobiliserte krefter ved at hun selv ble sint. Samtidig kjempet hun selv for livet for å ikke dø av komplikasjonene under og etter fødselen.

«Da var jeg kjempe sint, for det var jo en feil fra sykehuset sin side og det kunne ha vært unngått» (Silje).

Da hennes andre barn døde etter lengre tids sykeleie er hun også sint. Hun er lei seg, men like mye sint. Omstendighetene og måten hun velger å reagere på spiller en rolle for hvordan hun håndterer sorgen i den akutte situasjonen men også ved senere anledninger. Mønsteret går igjen i andre situasjoner der hun opplever sorg:

«Jeg kan ofte bli sint, det kan nok henge veldig mye igjen fra den første jeg mistet» (Silje).

Sinnet, en følelse som har handlingskraft, oppleves nesten som en styrke i sorgen for henne.

4.3 Sorgens kropp

Informantenes opplevelser av sorg i kropp ble beskrevet på forskjellige måter. Flere av informantene hadde vansker med å beskrive sorgens plassering og fornemmelse i kropp. Det ble noe enklere for dem å beskrive dette senere når en drøftet helsemessige plager. Samtidig kom det flere beskrivelser av sorg i kropp underveis i intervjuene.

4.3.1 Det er et sår som sitter i kroppen

Noen av informantene var veldig spesifikke i sine beskrivelser av hvordan sorg var i kropp, hvor den manifesterte seg.

«I magen, i spiserøret, i leggene og denne skulderen her» (Ellen).

Andre informanter skildret mer billedlige metaforer og beskrivelser av hvordan sorgen inntreffer på brutalt vis.

«Altså, når du først får beskjeden om at gutten din var død så, du får nett som et bokseshlag i magen altså, det føles nesten som om noen har slått til deg skikkelig i magen» (Marte).

Sorgens forløp beskrives som et sår, et sår som har vanskelig for å gro.

«Det er et sår som sitter i kroppen og man blir ikke kvitt det» (Kari).

Flere av informantene var opptatt av at deres sorg satt i hodet. Det ble fremmed å plassere en følelse av sorg i kropp:

«Hvor sitter det hen da, nei, det sitter i hodet, i tankene mine, for savnet er jo sånn fysisk som jeg tenker på når jeg hadde denne gutten» (Silje).

«Jeg blir veldig blank i hodet når du spør om det tema, vet ikke helt, hva kan jeg tenke meg når vi har snakket om akkurat det, nei, jeg tror det sitter rett og slett her altså (holder seg mot brystet)» (Kari).

Under intervjuet måtte det gis flere eksempler og forklaringer for at det skulle bli mer tydelig for dem, hva det ble siktet til, når en ville ha beskrivelser av sorg i kropp. En av informantene hadde ikke noen beskrivelser av sorg i kropp i det hele tatt. Nesten alle informantene skiller mellom hva de kaller for fysiske og hva de kaller psykiske plager.

4.3.2 Jeg begynte å få vondt i kroppen

Hver informant var blitt rammet av muskel/skjelettlidelser av ulik grad og karakter. Smerter i armer, skuldrer, nakke og rygg hadde opptrådt i sorgprosessen.

Plager de hadde før de mistet barnet, ble forsterket.

«Ja, jeg begynte å få vondt i kroppen, følte meg stiv i nakken, sov dårlig, pusta sikkert litt overfladisk, ble stiv i leggene og denne skulderen her låser seg jo når jeg ikke har det bra» (Ellen).

Kari som tidligere hadde vært plaget av migrene, fikk det nå enda verre:

«Og så fikk jeg jo i etterkant av det, mye sterkere migreneplager enn jeg noen gang hadde hatt» (Kari).

Hun beskrev også at hun utviklet depresjon. Selv om hun likevel ikke er sikker på om det er depresjon eller sorg hun føler på;

«Det har jo ført til en del depresjon, altså det er jo det folk kaller det da, jeg har ikke i utgangspunktet sjøl kalt det depresjon, men jeg har blitt veldig pådyttet at det er det det er, men for meg er det jo bare en dyp fortvilelse som er helt naturlig på sin plass, veldig mange depresjoner som folk har er jo bare naturlige reaksjoner på noe traumatisk» (Kari)

For tre av de andre informantene hadde sorgen påvirket helsen deres i såpass stor grad at de tidvis ikke har vært i stand til å utføre sitt arbeid eller har klart å fungere i sosiale settinger med andre;

«For meg har det å være i arbeid vært en kamp, jeg takler ikke det så godt lenger dette med stress, konsentrasjonsproblemer og søvn» (Marte).

«Og jeg spenner meg mye og har vel hatt perioder hvor jeg har gått ut i sykemelding på grunn av at jeg har hatt så innmari anspente ryggmuskler ...» (Silje).

Likevel beskriver samtlige informanter at det å kunne holde seg i arbeid kan betegnes som en styrke og en hjelp til å få et avbrekk i hverdagen for å komme seg videre med sorgen.

4.4 Da vi sørget

Alle informantene var tydelige på hva de trengte når de var i sorg. De var også tydelige på hva de ikke trengte i en sorgsituasjon.

Funnene i studien viser at det man ønsker fra familie, venner og kjente når man er i sorg, trenger man også fra helsepersonell.

4.4.1 Det handler ikke bare om ord

Da informantene ble spurt om hva de tenker er viktig når man møter noen i sorg var tilstedeværelse, å være der, det som tydeligst gikk igjen.

«Det handler jo ikke alltid om ord, det handler om å lytte mer en man snakker altså, vi har jo to ører og en munn...»(Ellen).

«Være helt vanlig, medmenneskelig og lyttende. Møte meg som et menneske» (Kari).

For en av informantene kunne små gester som det at noen ringte på dødsdagen til barnet bety alt.

Samtidig opplevde informantene gjerne at nære og kjente gjerne unngikk eller ikke turte å ta kontakt når sorgen opplevdes som verst;

«Det du opplever, spesielt med sånne ting som er traumatisk, er jo at folk trekker seg vekk» (Silje).

Flere av informantene kunne også fortelle at de opplevde press i fra omgivelsene om å ha sørget seg ferdig. Et press som gikk på forventninger om når en skulle være tilbake på arbeid igjen, og kunne delta i samfunnet på en slik måte som en hadde vært deltakende før. Dermed opplevde informantene at de måtte kjempe for å få andre til å forstå hvor alvorlig det er å miste et barn. De følte de måtte skjule sorgen for å ikke vise at de fortsatt hadde det vondt;

«Jeg pleier nok å ha mye inni meg (emosjonell)fordi jeg ønsker ikke å være et tema, jeg ønsker ikke at noen skal si at er hun ikke ferdig med det enda» (Ellen).

Informantene kunne delvis slå seg til ro med at presset de følte på tegnet på manglende innsikt utenifra hos dem presset kom fra, likevel var det tydelig at dette var en stor belastning for dem å måtte bære på.

4.4.2 Jeg trengte bare noen som var der

Møtet med helsevesenet ble beskrevet som utslagsgivende for noen av informantene. Det var avgjørende for å kunne mestre sorgen. Alle informantene var samstemt enige om at en skal søke hjelp ved sorg og krise. Dette gjaldt også de av informantene som valgte å ikke motta noen hjelp til å begynne med.

Helsepersonell er ofte noen av de første man kommer i kontakt med etter å ha mistet noen. Kontakten kan vedvare over tid, gjerne år, for noen livet ut.

Informantene opplevde at hjelpen de søkte ikke alltid var like tilgjengelig. Hjelpen var heller ikke så tilstrekkelig som de hadde kunne håpet på. Informantene gav uttrykk for at det manglet en del kunnskap og innsikt om sorg ute i felten. De følte ikke alltid de ble sett og forstått, slik de trodde de kunne forvente.

For flere av informantene handlet det bare om å ikke bli avvist. Det handlet om at de kunne stole på dem de møtte. At de var villig til å stå sammen med dem i sorgen de opplevde uten å lage så mye oppstyr ut av det.

«Det er viktig at vi kan komme med hele oss, å ikke føle at vi er til noen belastning» (Ellen).

«Å være der, jeg hadde nok trengt noen som bare var der, å ikke maste..» (Silje).

Mange trengte også å få frem at sorgen var naturlig, at den ikke ble sykeliggjort. De trengte noen som kunne gi dem trygghet på at det de kjente på var normalt:

«For meg var det viktig å få tilbakemelding på at dette ikke handlet om noe patologisk, for det er voldsomme reaksjoner man kan få». (Marte)

Den faglige kunnskapen til helsepersonellet knyttet opp imot sorg ble dermed satt i sentrum;

«Det er veldig viktig for meg å kjenne på at den som skal hjelpe meg har en faglig tyngde, at de har et system eller metode som de tror på selv å jobbe ut ifra, å ikke bare sitte å vente på mitt initiativ, når man kommer og skal ha hjelp så trenger man jo hjelp til å komme i gang». (Kari).

Informantene synes det var viktig å få frem at en skulle oppsøke dem som var i sorg. For de fleste sørgende oppsøker ikke hjelp selv;

«Du skal faktisk oppsøke, for dem som sørger dem er ikke i stand til å ta kontakt, og en skal ikke la seg avvise, for når jeg mistet den første så var jeg jo veldig sint så jeg kunne fort

kommet til å avvise, så det er jo en utfordring for et helsepersonell å stå i den situasjonen».
(Silje)

Det kom videre frem at tryggheten ved å ha et helsepersonell som kjente til deres helsetilstand fra tidligere av var viktig for informantene. Det hadde virket positivt inn på måten de hadde håndtert sorgen på.

«Fastlegen har vært veldig grei, det er så greit å komme til en som du slipper liksom å fortelle alt» (Silje).

Samtidig beskrev informantene at å få hjelp til å komme til bunns i hva som egentlig plagde dem mest rundt sorgen, var ut av stor betydning for å kunne mestre sorgen. Et tap av så traumatisk karakter er gjerne mye mer enn bare sorg. Det kan være mye som hindrer sorgarbeidet. Kari gir en beskrivelse på det;

«Det var jo en del ting hvordan hun ble syk som jeg hadde en enorm skyldfølelse for, så den skyldfølelsen var jo sterk. Men da jeg hadde fått løst opp i den, så har det egentlig blitt snudd helt rundt til noen gode nydelige minner mens jeg var gravid.» (Kari).

4.5 Sorgarbeid

Selv om alle 4 informantene gav uttrykk for at en ikke skulle stå alene i sorgen, men søke hjelp, hadde hver enkelt en opplevelse av at de på et eller annet tidspunkt måttet ha taklet sorgen selv. Hjelp var heller ikke noe som ble tilbudt alle.

4.5.1 Å mestre sorgen selv

To av informantene fikk ikke tilbud om noe hjelp. Da tilbudet ikke kom, valgte Kari og Silje heller ikke å søke hjelp til å begynne med. De hadde hver sin måte å håndtere det på, noe som tidvis fungerte bra:

«Jeg snur tankene mine fort, jeg har lært mine teknikker på det» (Silje)

Silje valgte å stole på sine ressurser og mestre sorgen selv, men hun gir også uttrykk for at måten hun håndterer sorgen på for andre gjerne kan misforstås:

«Jeg blir nok veldig sånn, nesten litt innesluttet, ja jeg bærer på det selv og kan vel opptre som sur for dem som ikke kjenner meg» (Silje)

Kari forteller at hun valgte å ikke søke hjelp etter barnets død. Hun fortrenget nærmest sorgen på grunn av en eksamen og livssituasjonen hun var i:

«Det var jo det at jeg valgte å ikke få noen som helst hjelp og liksom opparbeidet en enorm energi i kroppen min, og jeg skulle ha eksamen ja, så jeg styrte på og gjorde meg veldig, veldig sterk ...» (Kari)

Det kunne være utfordrende for informantene å håndtere sorgen på egenhånd. Alle informantene hadde beskrivelser av at de klarte å starte sorgarbeidet selv. De mobiliserte det de hadde for å mestre sorgen når det ikke så noen annen mulighet. Mange faktorer i prosessen har påvirket denne mestringen i positiv forstand. Alle beskriver det vesentlige med å ha en grav å gå til. Det å ha en urne, noe konkret å feste sorgen på. Opplevelsen av å holde barnet etter fødselen, selv om barnet var dødt var for både Silje og Kari avgjørende for å få en forståelse av hva som hadde hendt. Det ble da enklere å kunne finne ro. For Silje er tanken på at hennes to barn deler grav også en form for trøst. Kari poengterte at hun gjerne skulle hatt et bilde å feste sorgen til. Å ta bilde av dødfødte var nemlig ikke vanlig praksis på den tiden hun mistet barnet sitt.

Betydningen av å kunne bruke sin kunnskap og erfaring med sorg har vært viktig for flere av informantene. En av informantene har kunnet bidra profesjonelt med sorgarbeid. Det har betydd at å kunne bidra med kunnskap og hjelp til andre har vært ren terapeutisk hjelp for henne selv;

«Så utdanningen min er jo på en måte sånn, hjelp til selvhjelp, samtidig så har jeg jo brukt hjelpeapparatet rundt meg for å kunne bli en bedre hjelper selv» (Ellen).

Det som har vært til vel som mye terapeutisk hjelp og den viktigste bidragsyteren i sorgarbeidet har vært barna som informantene hadde igjen eller fikk på ny. Alle informantene gav uttrykk for dette. De gjenlevende barna ble nevnt med stolthet og glede, selv om det også er mye sårhet i at de mangler søsken. Mødrene beskriver at behovet for å passe på de gjenlevende barna litt ekstra, har vært utfordrende for både mødre og barn. De har på en måte gitt litt slipp på dem hver dag.

4.5.2 Sorgen tar nye former

Over tid endrer sorgen seg. Sorg blir til savn og savn blir til minner. Samtidig kommer det alltid en ny sorg.

Ellen gir en billedlig beskrivelse av sorg i endring:

«Sorg er en livslang prosess det er akkurat som et kålhode, det er lag, på lag, på lag, på lag ...». (Ellen)

Tankene og drømmene om hvordan ting kunne ha blitt er mange;

«Du tenker jo på når det kommer sånne merke dager, det er jo noe spesielt, ja det er jo da du tenker på liksom at denne eldste gutten min, ja nå ville han faktisk fylt 26 i år, ja du tenke liksom sånn og så ser du andre 26 åringer, han yngste ville jo vært 23 og så ser du på de ok, altså dette kunne vært mine barn, men de er ikke der, så det blir jo en sånn tomhet» (Silje).

«Det er veldig sårt og det endrer seg. Da han døde så tenkte jeg at da var han så stor at, jo nå skulle han klare seg selv, han var skoleflink han var sympatisk, han var pen og populær hos jentene, så han var noe vi kunne være stolte av, og når disse vennene begynte å gifte seg i slutten av 20 årene så kommer det en ny sorg» (Ellen).

Mye er sårt, men så overskygger gode minner også en del av det som er vondt med at sorgen endrer seg. Sorgen endrer seg ikke bare negativt. Flere beskriver at deres oppmerksomhet knyttet til livets små gleder har fått mer plass. En har blitt mer bevisst sine egne valg i livet. Det som framsto som utfordrende og vanskelig før fremstår mer som bagateller i dag. Flere av informantene gav uttrykk for at sorgen hadde ført meg seg noe som kan betegnes som godt:

«Nei, altså, du går ikke i dyp sorg hele tiden, du får satt livet ditt i perspektiv og du lærer alt om verdier» (Marte).

Ingen informanter gav uttrykk for at de hadde det like vondt hver dag. Sorgen kunne være fremtredende på merkedager, gjennom uker og måneder i løpet av et år, men den seiret aldri, den klarte aldri å ta overtaket.

5 DRØFTING

5.1 innledning

I denne studien har målet vært å undersøke hvordan sorg manifesterer seg i kropp hos mødre som har mistet barn. Det har også vært et ønske om å tilegne seg mer kunnskap om hvordan en som helsepersonell kan være til bedre hjelp til den som er i sorg.

Drøftingen vil ta utgangspunkt i mine to forskningsspørsmål:

- 1) «Hvordan manifesterer sorg i kropp hos mødre som har mistet barn?»
- 2) «Hvordan kan en som helsepersonell være til hjelp for den som er i sorg?»

Funnenes betydning vil bli diskutert opp imot det teoretiske rammeverket til studien, mine egne betraktninger og kliniske forståelse knyttet til problemstillingen.

For å kunne besvare problemstillingen har jeg valgt å dele inn diskusjonen i tre deler:

- Hvordan sorg kan manifestere seg i kropp.
- Hva kan være hjelpsomt når mødre sørger.
- Å mestre sorgen selv.

5.2 Hvordan sorg kan manifestere seg i kroppen

– *Kvar i kroppen din kjenner du at du er sint? spør psykologen.*

Altså, kva i helvete, tenkjer eg, men prøver å sjå uforstyrta ut.

– *Ja. Jo. Eg kjenner det vel kanskje i magen? Og så seier eg at eg kjenner det litt i augo òg, berre for å heilgardere meg.*

(Fjellanger, 2016 s. 75).

Kristian Fjellanger beskriver ganske godt her i sin bok *SORG – ei lita bok om å være lei seg* (Fjellanger, 2016) hvordan han reagerer når han får spørsmålet om hvor en følelse setter seg i kroppen.

Funnene i denne studien kan peke på at det ikke var så enkelt for informantene å beskrive hvor og hvordan følelsen sorg manifesterer seg i kroppen. For noen ble det fremmed at sorg satt i kropp. Sorg satt i hodet der følelsene befant seg. Flere forfattere bekrefter at kroppen

ikke alltid virker til å være i fokus når man ikke har det bra(Bergem, 2016). Skårderud (2011) skriver at det er først når kroppen er syk, og smertene kommer at en legger merke til den. Han viser til Merleau – Ponty(1994) som var opptatt av at kroppen alltid skulle være både subjekt og objekt samtidig. For å prøve å se en dypere mening i kroppen brukte Merleau – Ponty (1994) begrepet «den levde kroppen». Han ville ha frem at kropp var noe mer enn de fysiske egenskapene.

I tradisjonell medisin blir kroppen gjerne til et objekt når man er syk. Så kan man jo spørre seg om det er slik det er når man er i sorg også. At kroppen blir til et objekt når man er i sorg.

5.2.1 Et skille mellom kropp og sinn

Flere av informantene skiller mellom hva de kaller for psykiske og hva de kaller for fysiske plager. De gjør et skille mellom kropp og sinn.

Litteraturen bekrefter at det tradisjonelle skillet mellom kropp og sinn fortsatt er rådende hos en del helsepersonell(Nylehn, 2009). Samtidig peker dagens forskning på at skillet mellom psyke og soma er utdatert(Skårderud, 2011). Nyere nevropsykologisk forskning viser at en ikke kan skille kropp og sinn, psyke eller soma. Damasio (2004) skriver at kropp, tenking, følelser og bevissthet henger sammen.

Det kan være grunn til undring om det er den delte holdningen som råder i befolkningen. På en annen side er det nok flere årsaker til dette.

Den mest brukte definisjonen om sorg kan være med på å gi en forklaring. Den sier at; *Sorg er en i hovedsak emosjonell respons på tap med ulike psykologiske og fysiske reaksjoner»* (Stroebe, 2007, s. 883). Definisjonen skiller mellom hva som er psykisk og hva som er fysisk. En kan tolke definisjonen til å forklare at sorg er to ting. Sorg er de psykiske reaksjonene man får og de fysiske reaksjonene man får etter tap. Ved å ta utgangspunkt i denne definisjonen er det kanskje ikke så vanskelig å forstå at informanten har vanskelig for å beskrive hvordan sorg manifesteres i kropp.

Selv om flere forskere skulle mene at dualismen, skillet mellom kropp og sinn er utdatert, kan det virke som at det tradisjonelle skillet mellom kropp og sinn fortsatt henger godt igjen i dag.

På en annen side kan en mulig forklaring være at det kan være vanskelig å snakke om sorg som har vart over lengre tid. Spesielt en av informantene forteller at hun skjuler sorgen sin. Hun holder den inni seg. Det oppleves et press utenifra om å ha sørget seg ferdig. Presset kommer i fra venner og kjente. Hun vil ikke være noe tema der sier hun. Flere av

informantene forteller om tilsvarende press. De opplever at sorg som har vart en stund blir til noe som er «psykisk». Det er ikke usannsynlig at den gamle holdningen til psykiske lidelser kan spille inn. Være med å gjøre sorg til et tabubelagt tema. Litteraturen viser at psykisk sykdom tidligere ble sett på som en svakhet (Bergem, 2016). Kanskje en kan oppfatte det å kjenne på sorg som en svakhet.

5.2.2 Å være kroppen bevisst

Selv om det virker som om informantene har utfordringer med å beskrive hvordan sorg manifesterer seg i kroppen, er det likevel flere som gir beskrivelser av dette.

For meg kan det virke som om de ikke alltid er kroppen like bevisst. En kan undres om de ikke opplever en kobling mellom kropp og følelser.

Sletvold (2014) bekrefter at koblingen mellom kroppen og følelsene ikke alltid er like tydelige for dem som opplever det. Kroppslige fornemmelser kan oppleves som ubehagelige sansninger. Vi vet ikke hva de er. Identifiserer man disse sansningene som følelser vil man kunne få informasjon om hvordan vi har det. Da kan en rette fokuset mot kroppen for å prøve å gjøre situasjonen bedre.

Ut ifra en fysioterapeuts perspektiv er det rimelig å anta at dette har med nedsatt kroppsbevissthet å gjøre. En har ikke kontakt med kroppen, en vet ikke hva man kjenner på. Dette kan noen ganger bli et problem om man ikke klarer skille mellom hva som er somatisk smerte og hva som er emosjonell smerte i kroppen. Kroppen blir til en ting, en smertefull enhet. Er kroppsbevisstheten bedre er en mer rustet til å mestre kroppslige symptomer og plager. Det vil gjøre det enklere å gi uttrykk for følelser (Bergem, 2016). Samtidig kan det være at det er vondt å kjenne etter. Forskingen bekrefter at det for mange er smertefullt å kjenne på hvordan man har det (Ekerholt & Bergland, 2008). Resultatet er at en unngår å kjenne etter. Det blir til at en fortrenger følelsen i kropp. Kroppen blir brukt til å holde sorgen på avstand (Thornquist & Bunkan, 1986). En av informantene forteller at hun holder mye inni seg for å ikke slippe sorgen til. En annen informant spenner seg mye for å ha kontroll på sorgen. Iblant ender det med sykemelding. Flere av informantene forteller at de gjør dette for å fungere i sosiale sammenhenger og på jobb.

Disse funnene kan tyde på at informantene bruker kroppen for å mestre sorgen og opprettholde et normalt dagligliv. I Thornquist & Bunkan (1986) står det beskrevet at mange bruker kroppen på denne måten. De bruker kroppen til å regulere sitt følelsesliv.

Å mangle ord for følelser i kropp kan være en annen forklaring på hvorfor det kan være vanskelig å beskrive hvordan sorg manifesterer seg i kropp. Noen av funnene i studien kan peke på at det er enklere for informantene å beskrive de helsemessige plagene som sorgen har påført dem. Det er lettere å fortelle om hva som er vondt i mekanisk forstand. Som forskningen til Stroebe & Schut (2007) viser til, har de aller fleste informantene muskel og skjelettplager. Informantene beskriver at nakken er stiv, skulderen låser seg og migrenen er blitt verre. Gretland (2007) understreker i denne sammenheng, viktigheten av å være i kroppslig dialog. Via kroppslig dialog lærer en å bruke språket til å gi uttrykk for kroppslige erfaringer og fornemmelser. Mange er ikke i kroppslig dialog. Dermed kan en ikke beskrive hvordan følelser setter seg i kroppen.

Samtidig kan det virke som om noen av informantene har bedre kroppslig dialog enn noen av de andre. De beskriver hvordan sorg oppleves i kropp. En mulig forklaring på dette kan være at noen av informantene hadde fått hjelp av terapeuter som brukte en kroppslig tilnærming i behandlingsmetoden sin. Informantene kan ha blitt hjulpet med plager som var i kroppen og fått hjelp med å utvikle et språk for følelser i kropp.

Skårderud (2011) er opptatt av hvordan vi bruker språket når vi snakker om følelser og kropp. Han mener at vi sjelden reflekterer over språket vi bruker når det gjelder kroppen. Det blir ofte brukt en rekke ikke - fysiske ord om kropp. I denne studien bruker også informantene ikke -fysiske ord om kropp. De bruker ikke – fysiske ord om opplevelsen av sjokk og sorg i kropp. En informant forteller at hun fikk et slags «bokselslag i magen» når barnet hennes døde. En annen informant beskriver at sorgen hennes er et «sår som sitter i kroppen og som ikke gror». Samtidig beskriver hun at sorgen hennes har tatt plass i «hjertet». Da snakker en ikke om den anatomiske formen for hjertet, men den emosjonelle opplevelsen. Det er det Skårderud (2011) sikter til. Ulike metaforer som blir brukt om følelser i kropp og dermed gir gode beskrivelser av hvordan sorgen manifesterer seg i den (Skårderud, 2011).

Kort oppsummert kan en si at informantene beskriver at sorgen manifesterer seg i kroppen selv om de ikke alltid vet hvordan de skal gi uttrykk for det. Selv om flere forfattere er opptatt av det er gjennom kroppen vi formidler våre følelser, viser funnene i denne studien at det ikke er så lett å tenke seg at vonde følelser, etter vonde opplevelser kan sitte i kroppen (Bergem, 2016). Sorg er et mangfoldig fenomen og kan oppleves i kropp på svært individuelle måter (Sandvik et al., 2003).

5.3 Hva kan være hjelpsomt når mødre sørger

«Det er ikke så mye jeg kan si eller gjøre, men jeg kan lytte til deg og være der for deg om du ønsker det» (Nordengen & Brun -Hanssen, 2010, s.109).

Det kan være utfordrende å vite hvordan en skal møte den som sørger. Dette gjelder også for oss som er helsepersonell.

Som helsepersonell har en med sin kunnskap, et ansvar for å formidle kunnskap til de som har mistet barn. Da kan de forstå hva som skjer med dem, familien og dem andre de har rundt seg (Sandvik et al., 2003).

Nordanger et.al (2003) peker på at støtte fra familie og venner anses som det viktigste for dem som er i sorg, dernest kommer støtten fra profesjonelle.

Informantene i denne studien var ganske bevisste på hva de trengte da de var i sorg, men de var også ganske tydelige på hva de ikke trengte.

Det som kanskje ikke er så overaskende, er at funnene i denne studien viser at det man trenger hos familie, nære og kjente når man er i sorg, trenger man også hos dem man møter på i helsevesenet.

Informantene fortalte at det handlet om tilstedeværelse. De trengte bare noen som var der.

Nordengen & Brun – Hansen (2010) bekrefter at tilstedeværelse er viktigere enn ord når man er i sorg. Ofte er det slik at mange kan føle seg hjelpeløse i møte med den som sørger. I noen tilfeller fører denne usikkerheten til at man trekker seg bort. En unngår den som er i sorg. Det kan gjøre vondt verre. Sannheten er at de fleste sørgende setter pris på en klossete henvendelse enn ingenting (Nordengen & Brun-Hansen, 2010). For en av informantene var det slik. Hun hadde stor glede av at noen av venninnene hennes husker på henne hvert år. Husket på henne på dødsdagen til barnet. Det betydde mye for henne.

5.3.1 Ta kontakt med den som sørger

Informantene forteller at det er viktig å oppsøke den som er i sorg. Den sørgende har ofte ikke kapasitet eller ork til å gjøre dette selv. I studien til Nordanger, Dyregrov & Dyregrov (2000) kommer det frem at det kan være vanskelig for sørgende å be om hjelp og vite hva man skal be om hjelp til i forbindelse med et dødsfall. Flere av informantene i denne studien forteller at de opplevde et totalt kaos etter dødsfallet. De hadde en følelse av at de gikk på siden av seg selv. Da er man ikke i stand til å selv ta kontakt med hjelpeapparatet. Noen av informantene

hadde en opplevelse av at de ikke fikk hjelp. Det var ikke noe helsepersonell som tok kontakt med dem da de sørget. Det resulterte i at de heller ikke oppsøkte hjelpen selv.

For flere av informantene var det gått veldig mange år siden de mistet barnet sitt. På den tiden dødsfallet hendte er det mulig å anta at det ligger flere årsaker bak at en ikke hadde en opplevelse av å få hjelp. For det første forteller en av informantene at det ikke var vanlig å få hjelp når barnet døde. For det andre kan det være at det var en holdning som regjerte på den tiden med tanken på type dødsfall. Dette gjaldt om barnet døde i mors liv, under fødsel eller i selvmord. Noen dødsfall ble mindre snakket om. Forklaringen på dette kan handle om lite grunnleggende kunnskap og forståelse om tilknytning og sorg (Schut, 1999). Dyregrov (2014) skriver at kunnskapen blant helsepersonell på sorgfeltet fortsatt i dag er mangelfull. Ser en tilbake på tiden der flere av informantene mistet sine barn, kan en anta at kunnskapen heller ikke på det tidspunktet var noe bedre.

En annen mulig forklaring på hvorfor informantene opplevde å ikke få hjelp, er at mange beskrev at folk rundt dem rett og slett lot være å ta kontakt når de var i sorg. Kanskje kan dette overføres til en del helsepersonell også. Nordengen & Brun – Hansen (2010) bekrefter at det kan være utfordrende for den profesjonelle å ta kontakt med den sørgende. I noen tilfeller kan det handle om helsepersonellens tro på egen evne til å hjelpe den som er i sorg. En kan tro at det ikke er godt nok det en stiller med. Samtidig etterlyser en av informantene mer kunnskap hos den profesjonelle. Dermed kan det jo være grunn til å tro at det er noe i det funnet representerer. Mangelen på faglig tyngde kan i noen tilfeller være med å gjøre helsepersonellet utrygt. Det kan medføre at en velger å ikke hjelpe. På en annen side kan det være at helsepersonellet har så vondt av dem som har mistet barn at de ikke alltid klarer å forholde seg til det. På samme tid er Sandvik et.al (2003) og Dyregrov (2014) tydelig på at en ikke må gjøre det for komplisert. De bekrefter funnene om at det handler å være til stede. Dermed kan en gi veldig god hjelp til den sørgende uten å måtte ha tung faglig bakgrunn (Sandvik et al., 2003).

5.3.2 Vær med å rydd vei for den sørgende

En av informantene slet med mye skam og skyld etter at hun hadde mistet barnet sitt. Hun trengte at noen tok tak i dette for å kunne slippe sorgen til. Dyregrov (2014) skriver at bak en sorg kan det ligge mange følelser. Mødre som mister barn opplever både skam og skyld knyttet til at en ikke har evnet til å holde barnet sitt i live. Noen mødre har også tanker om at det er deres feil at barnet døde (Dyregrov, 2014). Når traumatiske opplevelser og vonde følelser stenger for sorgen, kan det i verste tilfelle føre til stillstand i sorgprosessen. Da kan

den stagnere og bli komplisert. Faren er at en kan utvikle forlenget sorg, en forlenget sorg - forstyrrelse. Forlenget sorg - forstyrrelse ser man oftere hos kvinner som har mistet barn(Kristensen, 2017).

Sorgforskningen bekrefter at mange sørgende ikke får den hjelpen de trenger til å løse opp i det som stenger for sorgen(Dyregrov et al., 2015). En av informantene som slet med mye skyld og skam, forteller at kun en av hennes behandlere torde å gripe tak i skammen hun bar på. Da ble sorgen mer håndterbar og kunne snus om til å være noen gode minner. Flere forfattere viser til at en må tørre å være med «å rydde vei». Tørre å gripe tak i utfordringene til dem som er i sorg, ikke vente på initiativ(Sandvik et al., 2003). I mange tilfeller er det lite som skal til.

Informantene forteller at helsepersonell kan bidra med mye. Dette kan være så enkelt som å gi informasjon knyttet til det å være i sorg. For en av informantene var det viktig å vite at hun ikke var syk. Det var viktig å ikke sykeliggjøre sorgen. Reaksjonene de sørgende har kan være voldsomme. Det var derfor viktig for informantene å vite at det de opplevde var normalt. Weihe & Smith – Solbakken (2012) er opptatt av å ikke sykeliggjøre det normale. I de senere årene har det likevel pågått en diskusjon om sorg som diagnose. Sorg er foreslått som diagnose i det europeiske diagnose systemet ICD -11. Selv om tanken bak forslaget er god og den skal gjøre det enklere for helsepersonell å hjelpe den sørgende, kan diagnostiseringen være med på å sykeliggjøre en normal tilstand for mange (Dyregrov, 2014).

På samme tid kan det være traumatiserende å ikke bli forstått når man er i sorg. Når den som skal hjelpe sykeliggjør og feiltolker sorgreaksjoner som er normale kan det bli vanskelig. Da kan det kanskje være fornuftig å ha en diagnose som forteller hva som skiller normal sorg fra patologisk sorg. Mor til en av de drepte jentene i Baneheia- drapene, Ada Sofie Austegaard forteller om hvor utfordrende dette kan bli når en ikke blir forstått av helsepersonell eller av pårørende. Hun opplevde ganske brutalt å bli medisinerert med beroligende som et tiltak mot en normal sorgreaksjon. Hun skriver i etterkant at det eneste hun hadde hatt behov for var at noen trøstet. At noen var der og fortalte at hun ikke trengte å være redd. Hun ville at noen skulle fortelle henne at det kom til å bli bedre (Austegard & Tobiassen, 2014). Sorgreaksjoner kan være dramatiske, spesielt for de som er pårørende. Det kan derfor ligge mange årsaker bak en avgjørelse om å medisinere. Samtidig er dette en beskrivelse som den sørgende selv gjengir, noe som kan gi et ensidig bilde av hvordan det foregikk. Slike hendelser bør likevel være med å understreke at en som helsepersonell bør være gjennomtenkt i sine avgjørelser. Det bør være med på å gi en pekepinn på hvordan en ikke skal møte de som er i sorg. Eget

stress nivå og press fra pårørende må tas med i betraktning, men ikke la det overstyre avgjørelsen en tar. For den som er i sorg kan det føre til at en ikke tørr å sørge. At vondt blir verre. Med dette i tankene er det all grunn til å mene at en i første omgang må se på sorg som en normal reaksjon på tap. Reaksjonene varierer fra individ til individ og kan i noen tilfeller være svært så dramatiske. Dermed skal en ikke sykeliggjøre sorg når en er i en akutt situasjon så sant en ikke er til fare for seg selv og andre(Dyregrov, 2014).

5.3.3 Bygg en relasjon til den som er i sorg

Studiens funn kan peke på hvor viktig det er å ha god kontakt med det helsepersonellet en har rundt seg. To av informantene beskriver at dette har gjort deres sorgprosess mye enklere. I Sandvik et al (2003) bekreftes det at en god relasjon til helsepersonellet kan være med å skape fellesskap og gi håp i sorgen. Dette gjør sorgarbeidet mer overkommelig.

Flere av informantene opplevde samlivsproblemer etter å ha mistet barnet sitt. Halvparten av informantene fortalte at de hadde gått hver til sitt. Forskning gjort på foreldre etter tap av barn bekrefter dette. 50% av de som mister barn opplever samlivsbrudd (Lynau, 2010). Mange par klarer seg likevel bra. Det er også mye forskning så peker i retning av at parene kommer nærmere hverandre i sorgen (Dyregrov, 1986).

En av informantene forteller at hun har hatt en nær og god relasjon til terapeuten sin. Hun gir han æren for at ekteskapet hennes holdt. Terapeuten hjalp både henne og hennes mann i etterkant av tapet. Hun forteller at den gode kommunikasjonen hun hadde med terapeuten var med på å påvirke måten hun og ektemannen kommuniserte på. Bare å få forståelsen av at kvinner og menn kan sørge ulikt gjorde det enklere for henne å forstå sin partner.

Lynau (2010) skriver at ulikhetene mellom kvinner og menn kan bli utfordrende etter at en har mistet et barn. Kommunikasjonen kan bli vanskelig. På en annen side reagerer kvinner og menn noe atypisk i forhold til hva man skulle tro når det gjelder sorg. Det er derfor viktig å ha med seg tanken om at sorgen er subjektiv. Om opplevelsen av dødsfallet utenifra objektivt er lik, kan reaksjonen til den enkelte være svært forskjellig fra individ til individ(Sandvik et al., 2003).

5.4 Å mestre sorgen selv

Flere av informantene i denne studien hadde en opplevelse av å kunne mestre sorgen selv. Noen opplevde at de ikke fikk tilbud om hjelp og måtte håndtere sorgen selv. Andre valgte å håndtere den selv.

Weihe & Smith -Solbakken (2012) spør om en faktisk trenger smerten, sorgen og tungsinn som oppstår etter tap. De spør om vi har behov for dette for kunne å være mennesker med et følelsesliv, som skaper gode relasjoner til andre. De gjør et poeng ut av at en grunnleggende trenger smerten for å mestre sorg og motgang i livet. Sorgen er trossalt noe vi alle vil møte og må håndtere en eller annen gang(Weihe & Smith- Solbakken, 2012).

5.4.1 Å tro på egen mestring

Sorg er personlig på lik linje som at mestring er personlig. For å mestre tapet og de påfølgende konsekvensene av tapet må den som er i sorg ta i bruk hele sitt mestringsrepertoar og hele seg selv som person(Sandvik et al., 2003).

Informantene hadde flere ulike måter å mestre sorgen på. En kan likevel forestille seg at behovet for hjelp kan være stort når man har mistet et barn. Derfor kan en undres over hvorfor noen klarte dette så fint selv, når andre trengte mer bistand.

En av informantene fortalte at hun opplevde å bli sint da hun mistet sitt første barn. Hun ble gjort oppmerksom på at sykehuset hadde gjort en feil og ble derfor sint. Samtidig ble hun selv syk og mistet nesten livet under fødselen. Omstendighetene rundt dødsfallet gjorde at hun reagerte annerledes enn det hun hadde kunne se for seg på forhånd. Sinnet overvant på en måte sorgen og var med på å holde henne i live.

Sinnet blir til en positiv ressurs i sorgarbeidet. En sterk emosjonell følelse blir en drivkraft til mestring. Det virker som hun bruker sinnet i andre sammenhenger når hun har det vondt. Hun forklarer i hvert fall at det er sinnet hun kjenner mest på når hun er lei seg.

Flere forfattere peker på at omstendighetene rundt et tap kan få store konsekvenser på hvordan en mestrer sorgen. Dette trenger ikke nødvendigvis være negativt(Dyregrov & Dyregrov, 2011b). Samtidig spiller personlige faktorer og erfaringen en har med tidligere tap inn på hvordan utfallet blir når det gjelder måten å mestre sorg på(Sandvik et al., 2003).

I studien forteller en annen informant om flere tap som hun opplevde i kort tid etter hverandre. Dette hadde gjort henne veldig sliten. Hun var mer preget av sorgen enn de andre.

Dette funnet kan forklare hvorfor hun hadde behov for mer hjelp enn de andre. På en annen side var hun også en av dem som fikk tilbud om hjelp tidlig. Dermed fikk hun kanskje ikke muligheten til å prøve å mestre sorgen selv. Flere forfattere peker på at det er viktig å få muligheten til å mestre sorg. Det vil gjøre en mer rustet til å tåle annen motgang i livet(Dyregrov & Dyregrov, 2011b).

Samtidig var alle informantene enige om at en skulle søke hjelp når en hadde opplevd å miste barn. Å søke hjelp når man er i sorg stiller Weihe & Smith – Solbakken (2012) seg undrende til. De stiller spørsmål til om en alltid skal søke terapeutisk hjelp. Kanskje kan det bli et problem at hjelpen er for tilgjengelig i dag. En kan da ha lett for å søke hjelp for noe man egentlig er rustet for å klare selv. I denne sammenheng skriver Nordengen & Brun- Hansen (2010) at det handler ikke om å mestre livet, men å ta regien over livet når man er i sorg. I noen tilfeller må man ta et valg. En av informantene forteller at hun tidlig bestemte seg for at dette skulle hun klare. Etter at det første barnet døde og det andre ble sykt, lærte hun seg egne teknikker for å mestre sorgen.

Har en ikke troen på at en skal klare dette er faren stor for at en gjør seg avhengig av andre. Noen mister troen på egen mestring(Dyregrov & Dyregrov, 2011b) I slike tilfeller kan det nesten være grunn for å tro at det er hjelperen som tar regien i livet til den som sørger. Samtidig har både den sørgende og helsepersonellet som hjelper like mye ansvar for at dette ikke skal skje. Austegard og Tobiassen (2014) skriver at den sørgende har ansvar for sin egen sorgprosess. De skal etter hvert kunne fortelle hva de trenger, gi uttrykk for hva behovet er. Når en er i sorg skal en selv mestre sorgen, men hjelperen kan være med å vise vei(Sandvik et al., 2003). Samtidig er det viktig å hele tiden være med å minne den sørgende på at en kan mestre. Gi den sørgende tro på egen sorgprosess. Vise til at en som menneske er utrustet til å tåle den mostand en møter på i livet(Dyregrov & Dyregrov, 2011b).

En av informantene opplevde å miste barnet sitt rett før eksamen. For å få gjennomført eksamen klarte hun nærmest å fortrenge tapet. Hun mobiliserte krefter hun ikke visste at hun hadde. I øyeblikket fungerte det, hun mestret sorgen. Det ble til at hun søkte hjelp i etterkant, men da var det andre følelser som sperret for sorgen, ikke sorgen i seg selv.

Flere av informantene forteller om tilsvarende opplevelser. De dro frem ressurser som de trodde ikke var der. Dette skjedde gjerne kort tid etter tapet. Mange beskriver at de støttet andre i familien, nære og kjente når de som mest trengte støtten selv. I etterkant klarer de ikke å forestille seg at de klarte det. Forskning gjort på traumatiserte forklarer dette. Dramatiske tap, slik tapet av et barn kan være, fører til at de fleste mødrer vil være i sjokk. Praktiske

gjøremål holder en i gang og en skjerner seg selv fra sitt eget følelsesliv. Opplevelsene blir for mye å håndtere for individet. En klarer ikke ta innover seg hva som har hendt(Dyregrov & Dyregrov, 2008). Tapet slår først inn senere når sjokket har lagt seg. En får en forsinket sorgreaksjon(Stroebe et al., 2007).

5.4.2 Positiv vekst i sorgen

Flere av informantene i studien beskriver at de ikke alltid er i dyp sorg. Tapet har ført med seg et endret syn på livet. De forteller at de har fått satt livet i perspektiv og at de har lært mer om verdier. Dette kan tolkes som det som kalles posttraumatisk vekst(Dyregrov & Dyregrov, 2011b). Ved positiv vekst etter livskriser skaper en mening i det meningsløse. En endrer prioriteringer og setter større pris på livet. Mange opplever økt modenhet og styrke etter en krise. Dette gir økt selvtillit, samtidig som en får økt empati, visdom og positiv omsorg for andre(Yalom & Føllesdal, 2003).

Det å oppleve mestring i løpet av sorgarbeidet kan bringe med seg mye positivt. En blir ofte mer rustet til å takle annen motgang i livet på en bedre måte. Noen av informantene tok valg som kan ha positiv innvirkning på hvordan en sørger. En av informantene hadde lært seg en teknikk for å snu om på tankene sine. Dette bidro til at hun hadde tro på at hun skulle klare å mestre sorgen, klare å komme seg gjennom den.

Flere av informantene har selv fått muligheten til å bidra med sin erfaring med sorg for å hjelpe andre. De kan fortelle at dette har vært som ren terapi. De har fått hjulpet andre samtidig som det har hjulpet dem selv. Andre forteller at utdanningen de tok har spilt en rolle i mestringen av sorgen.

Sorgforskningen viser til at mange etterlatte kan fortelle om slike positive faktorer som kan være med å påvirke mestringen av et tap(Dyregrov & Dyregrov, 2011b). Det er viktig å vektlegge positive opplevelser. Mange pårørende kan ha en oppfatning av at en svikter den døde om man har positive følelser etter et dødsfall. Derfor kan det være lurt å minne den sørgende på at dette ikke er tilfellet. Positive opplevelser kan være med å vekke gode minner fra den avdødes liv og gjøre sorgen lettere(Kristensen, 2017). Funnene i denne studien viser at alle informantene har opplevd en eller annen form for positiv vekst i sorgen. Nesten samtlige har fått et endret syn på livet. En tar ikke livet for gitt. Livets små gleder har fått større rom, utfordringer blir til bagateller og noen har fått mer tro på seg selv.

6 AVSLUTNING

Motivasjonen bak denne studien har bygget på min forforståelse og bakgrunn som fysioterapeut med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Som skrevet innledningsvis er man i psykomotorisk fysioterapi opptatt av at kropp og psyke henger sammen. Derfor har det vært interessant å få undersøke hvordan sorg manifesterer seg i kroppen. Personlig synes jeg sørgende er motiverende å jobbe med, men det kreves mye både på det personlige og faglige plan. Siden jeg ukentlig møter mødre som har mistet barn i klinisk praksis, har det betydd mye for meg å kunne få muligheten til å gjøre en studie på temaet. Det har bidratt til å gjøre meg mer trygg i faget.

I dette kapitlet vil jeg oppsummere studien i lys av problemstilling og forskningsspørsmål stilt innledningsvis i oppgaven. Avslutningsvis vil jeg presentere kliniske og forskningsmessige implikasjoner.

6.1 Oppsummering

Hensikten med denne studien var undersøke hvordan sorg manifesterer seg i kroppen hos mødre som har mistet barn. Samtidig var målet å få mer kunnskap om hvordan en som helsepersonell kan være til bedre hjelp til den som er i sorg.

Funnene i studien viser at informantene opplevde det som utfordrende å beskrive hvordan sorg manifesterer seg i kroppen. Samtidig gav alle informantene i studien en beskrivelse av hvordan sorgen manifesterte seg.

Det kan se ut som at de fleste hadde lettere for å beskrive de helsemessige plagene sorgen hadde påført dem.

Basert på studiens funn kan det virke som om flere av informantene ikke har ord for følelser i kropp. Det tolkes som det fortsatt råder en oppfatning av at kropp og sinn er to ting.

Informantene skiller mellom det man kaller «psykisk» og det man kaller «fysisk».

Oppfatningen til flere av informantene var at følelser satt i hodet og ikke i kropp. Noen av informantene har likevel lettere for å beskrive hvordan sorg manifesteres i kropp. De har flere ord for følelser i kropp.

For noen av informantene blir følelser i kropp fremmed og de har ikke ord for det. Det viser seg å være en forskjell mellom de som hadde fått oppfølging fra terapeuter med en kroppslig

tilnærming og de som ikke hadde fått det. På bakgrunn av disse funnene kan det se ut som at de som har fått en mer kroppslig tilnærming i sin behandling har flere ord for kropp.

Studien viser at informantene er bevisst på hva de trenger når de er i sorg. De ønsker at noen er der, de ønsker tilstedeværelse fra både familie, venner og helsepersonell. Det var ikke nødvendig å gjøre det mer komplisert. Det var viktig å ta kontakt med den sørgende, for den sørgende tok ikke alltid kontakt selv.

Samtidig så etterlyses det mer kunnskap hos helsepersonell om sorg. Det var og et ønske at helsepersonell skulle tørre å være mer aktive i sorgprosessen. Delta og være med å rydde vei for andre utfordringer som kunne hindre at en fikk sørget. Dette kunne være så enkelt som å gi informasjon om sorg. Fortelle om sorgreaksjoner og ikke sykeliggjøre sorgen. Informere om ulikheter mellom kjønn og individ i måter å sørge på.

Flere gav uttrykk for at de opplevde å ikke få den hjelpen de trengte. Samtidig kunne relasjonen til hjelperen de hadde være avgjørende for hvordan de mestret sorgen. Det var derfor viktig at den var god.

Flere av funnene i studien viser at informantene hadde hatt en opplevelse av å kunne mestre sorgen selv. Noen av funnene viser at omstendighetene rundt et dødsfall kan ha en betydning. Det samme gjelder valgene en tar. Det kommer frem flere måter å mestre sorgen på, men å ta regien over egen sorgprosess oppfattes som viktig.

Studien viser at en alternativt kan bruke andre følelser som en positiv ressurs i sorgmestringen. Den viser og at de som hadde gode teknikker for å mestre sorg, dro en fordel ut av det. Samtidig er troen på egen mestring vesentlig.

Nesten alle informantene opplevde det en kaller for posttraumatisk vekst etter dødsfallet. De hadde en opplevelse av positiv personlig vekst. Mange fikk satt livet i perspektiv og satte mer pris på hverdagen. Flere av funnene viser at å kunne bidra for andre når man er i sorg kan være ut av stor betydning for å mestre sorgen. Det gjorde sorgen mer meningsfull.

6.2 Kliniske implikasjoner

Som kliniker kan en dra nytte av flere av funnene i studien. Nyere forskning peker på at gjensidigheten mellom kropp og følelser har avgjørende kliniske implikasjoner. Mange skiller mellom kropp og psyke. En mangler ord for følelser i kropp. Av erfaring vil nok mange sørgende ha godt utbytte av å bli mer kroppsbevisste og få mer kunnskap om seg selv og egen kropp. Det vil gjøre de bedre rustet til å håndtere kroppslige symptomer og plager samtidig som det vil gjøre det enklere for dem å uttrykke sorg når en vet hva som sitter i kroppen av følelser.

Samtidig så tror jeg at denne studien kan være med på å bidra til at en blir tryggere i å omgås de som er i sorg. Mødrene i denne studien er tydelige på at de trenger noen som er der når de er i sorg. Dette funnet tror jeg også kan overføres til andre grupper sørgende. Som helsepersonell må vi våge å ta kontakt, våge å være der og vi må våge å hjelpe.

Sist, men ikke minst kan det være ut av stor betydning å gi den sørgende tro på egen mestring. Denne studien viser at de fleste sørgende hadde en opplevelse av å mestre sorgen selv. Det ligger en kraft og styrke i dette. Derfor må vi som helsepersonell være med på å støtte dem på det. Gi dem hjelp til selvhjelp.

6.3 Forskningsmessige implikasjoner

Funnene i denne studien tyder på at det fortsatt råder ett skille mellom kropp og sinn. Sorgforskningen har de senere årene rettet seg mot de helsemessige konsekvensene av sorg og hvordan disse kan behandles. Kroppen blir i liten grad tematisert i sorgforskningen. Blir den tematisert handler det om helsemessige plager. Jeg tenker det er viktig å bringe kroppen mer på banen på flere områder i forskningen. Dette gjelder også innen sorgforskning. Hvordan mennesker opplever egen kropp når man er i sorg kan ha stor betydning for hvordan en mestrer sorgen. Tatt i betraktning at sorg på lik linje med andre stressrelaterte plager kan føre til sykdom, kan en kroppslig innfallsvinkel på hvordan en håndterer sorg være viktig. Desto mer vi vet om kroppen, desto mer vet vi om hvordan vi kan forebygge sykdom og fremme helse. Kroppen blir fortsatt sett på som et objekt i forskningen. Det er på tide at dette synet snus om og at kroppen kommer til sin rett.

7 LITTERATURLISTE

- A. Murphy, J. L. T. B. L. C. J. K. C. C. R. D. B. R. B. S. (1999). PARENTS' HEALTH, HEALTH CARE UTILIZATION, AND HEALTH BEHAVIORS FOLLOWING THE VIOLENT DEATHS OF THEIR 12- to 28-YEAR-OLD CHILDREN: A PROSPECTIVE LONGITUDINAL ANALYSIS. *Death Studies*, 23(7), 589-616. doi: 10.1080/074811899200795
- Aaberg, L. M. (2011). *Sorg og tap av barn : etterlatte foreldres opplevelse av et partilbud*.
- Aadland, E. (2011). *"Og eg ser på deg-" : vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Albert, S., & Bowlby, J. (1982). Attachment and Loss: Sadness and Depression. *Journal of Marriage and the Family*, 44(1), 248. doi: 10.2307/351282
- Austegard, A. S., & Tobiassen, S. (2014). *Oppdrift : om sorg og vekst*. Oslo: Aschehoug.
- Barrera, M., D'Agostino, N. M., Schneiderman, G., Tallett, S., Spencer, L., & Jovcevska, V. (2007). Patterns of parental bereavement following the loss of a child and related factors.(Author abstract). *Omega - The Journal Of Death And Dying (Farmindale)*, 55(2), 145.
- Bergem, A. K. (2016). *Kroppen i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Binder, P.-E. (2011). *Et oppmerksomt liv : om relasjon, kropp og nærvær i eksistensens psykologi*. Bergen: Fagbokforl.
- Bjørlykke, O. S., & Strøm, T. (1989). *Det dirrar slik : dikt for barn*. Oslo: Samlaget.
- Bokanowski, T., Glocer Fiorini, L., & Lewkowicz, S. (2010). *On Freud's ""Mourning and Melancholia""*. London: Karnac Books.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., . . . Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150-1164. doi: 10.1037/0022-3514.83.5.1150
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde : teori og helsefremmende behandling* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid : om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforl.
- Damasio, A. (2004). *Følelsen av hva som skjer- Kroppens og emosjonenes betydning for bevisstheten*. Oslo: Pax Forlag. (Oslo)
- Dyregrov, A. (2006a). Komplisert sorg ; teori og behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(8), 779-786.
- Dyregrov, A. (2006b). *Sorg hos barn : en håndbok for voksne* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2011a). Positiv vekst etter livskriser – implikasjoner for praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(9), 873-877.
- Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2011b). Positiv vekst etter livskriser – implikasjoner for praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(9), 873-877.
- Dyregrov, A., & Gjestad, R. (2011). Sexuality Following the Loss of a Child. *Death Studies*, 35(4), 289-315. doi: 10.1080/07481187.2010.527753
- Dyregrov, A. D., Kari & Kristensen, Pål. (2014). *Hva vet vi om sorg og komplisert sorg?*, fra <https://psykologisk.no/2014/09/hva-vet-vi-om-sorg-og-komplisert-sorg/>
- Dyregrov, A. M., Stig Berge. (1986). *"En mening med alt? Foreldres tanker etter et barns død"*. 23 1986, fra https://www.researchgate.net/publication/254107614_En_mening_med_alt_Foreldres_tanker_etter_et_barns_dad
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2008). *Krisepsykologi i praksis*. Bergen: Fagbokforl.
- Dyregrov, K., Dyregrov, A., & Kristensen, P. (2015). Traumatic Bereavement and Terror: The Psychosocial Impact on Parents and Siblings 1.5 Years After the July 2011 Terror Killings in Norway. *Journal of Loss and Trauma*, 20(6), 556-576. doi: 10.1080/15325024.2014.957603

- Egidius, H. (2005). *Psykologisk leksikon* (2. udg. utg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2008). Breathing: A Sign of Life and a Unique Area for Reflection and Action. *Physical Therapy*, 88(7), 832-840.
- Espinosa, J., & Evans, W. N. (2013). Maternal bereavement: The heightened mortality of mothers after the death of a child. *Economics and Human Biology*, 11(3), 371-381. doi: 10.1016/j.ehb.2012.06.002
- Fjellanger, K. (2016). *Sorg - Ei lita bok om å vere lei seg* (1. utg. B. 1). Oslo: Forlaget Manifest.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Helsepersonelloven. (1999, 17.06.16). *Lov om helsepersonell*. fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hynson, J. L., Aroni, R., Bauld, C., & Sawyer, S. M. (2006). Research with bereaved parents: a question of how not why. *Palliative medicine*, 20(8), 805.
- Johnsen, I., Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2014). Etterlattes erfaringer med sorggruppetilbud i Norge. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(3), 227-240.
- Jystad, M. A., & Bongaard, R. (2010). Om å leve med et barn som ikke lenger er i live. En fenomenologisk deskriptiv studie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 6(1), 14-25.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid : humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristensen, P. (2013). Sorg som diagnose. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Kristensen, P. D., Kari. Dyregrov, Atle. (2017). Hva skiller forlenget sorg - forstyrrelse fra depresjon. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 7- 8, 538-539. doi: 10.4045/tidsskr.16.0629
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lannen, P. K., Wolfe, J., Prigerson, H. G., Onelov, E., & Kreicbergs, U. C. (2008). Unresolved grief in a national sample of bereaved parents: impaired mental and physical health 4 to 9 years later. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 26(36), 5870. doi: 10.1200/JCO.2007.14.6738
- Li, J., Precht, D. H., Mortensen, P. B., & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *The Lancet*, 361(9355), 363.
- Lynau, K. S., Oddbjørn. (2010). *Parforhold og sorg ved tap av barn*. fra <https://www.lub.no/wp-content/uploads/2013/12/parforhold-og-sorg10.pdf>
- Malt, U. F., Retterstøl, N., & Dahl, A. A. (2003). *Lærebok i psykiatri* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Nijenhuis, E. R. S., & Van Der Hart, O. (2011). Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 416-445. doi: 10.1080/15299732.2011.570592
- Nordanger, D., Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2003). Betydningen av skriftlige rutiner for omsorgen etter krybbedød og barneulykker. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123(7), 933-935.
- Nordengen, P. A., & Brun-Hansen, S. (2010). *Alt har sin tid : om sorg og krise, håp og muligheter*. Sandefjord: Skagerrak forl.
- Nylehn, P. (2009). Psyke og soma i helsetjenesten. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(7), 709-710.
- Omsorgsdepartementet, H. o. (2009), fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., . . . Brayne, C. (2013). Correction: Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 10(12). doi: 10.1371/annotation/a1d91e0d-981f-4674-926c-0fbd2463b5ea

- Rostila, M., & Saarela, J. M. (2011). Time Does Not Heal All Wounds: Mortality following the Death of a Parent. *Journal of Marriage and Family*, 73(1), 236-249. doi: 10.1111/j.1741-3737.2010.00801.x
- Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi - innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Sandvik, O., Eriksen, H., & Bugge, K. E. (2003). *Sorg*. Bergen: Fagbokforl.
- Schut, M. S. H. (1999). THE DUAL PROCESS MODEL OF COPING WITH BEREAVEMENT: RATIONALE AND DESCRIPTION. *Death Studies*, 23(3), 197-224. doi: 10.1080/074811899201046
- Skårderud, F. (2011). Den fenomenale kroppen ; anti-Descartes : den britiske skulptøren og billedkunstneren Antony Gormleys radikale kroppskunst. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(7), 632-649.
- Sletvold, J. (2005). I begynnelsen var kroppen- ; kroppen i psykoterapi: teoretisk grunnlag og terapeutiske implikasjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(6), 497-504.
- SSB. (2016). *Aldersavhengige dødsfallsrater for menn og kvinner*. fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode/aar/2016-03-09>
- Stroebe, M., Hansson R.O., Schut, H. & Stroebe, W. (2008). *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention* (First. utg.). Washington DC, American Psychological association: Taylor and Francis group.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61816-9
- Sundet, R. (2014). Forsker og terapeut - sammenfletting av roller som grunnlag for en forskende klinisk praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 34-43.
- Thagaard, T. (2015). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforl.
- Weihe, H. J. W., & Smith- Solbakken, M. (2012). *Sorg.Kjærlighetens pris er sorgen*. (B. 1.). Stavanger: Hertevig Forlag.
- Worden, J. W. (2002). *Grief Counseling and Grief Therapy, Fourth Edition: A Handbook for the Mental Health Practitioner* (4th ed. utg.): Springer Publishing Company.
- Wortman, C. B., Silver, R. C., Kazdin, A., & Peterson, L. (1989). The Myths of Coping With Loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 349-357. doi: 10.1037/0022-006X.57.3.349
- Yalom, I. D., & Føllesdal, V. H. (2003). *Terapiens gave : åpent brev til en ny generasjon terapeuter og deres pasienter*. Oslo: Pax.
- Youngblut, J. M., Broton, D., Cantwell, G. P., del Moral, T., & Totapally, B. (2013). Parent health and functioning 13 months after infant or child NICU/PICU death. *Pediatrics*, 132(5), e1295-1301. doi: 10.1542/peds.2013-1194

Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet:

Sorg og tap av barn.

«Hvordan manifesterer sorg seg i kropp hos mødre som har mistet barn?»

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder deltagelse til et intervju i et forskningsprosjekt om mødre i sorg og hvordan sorgen manifesterer seg i den sørgedes kropp. Hensikten med studien er å kunne bidra til å forstå mer av hvordan sorg manifesterer seg i kropp og mer av hvordan en som helsepersonell kan møte og hjelpe den sørgende til å fremme helse.

Hvem deltar i studien?

Sammen med andre mødre som har mistet et barn og opplevd konsekvensen av dette får du denne forespørselen om deltagelse i forskningsprosjektet. Du inviteres til å delta som sørgende mor som på et eller annet sted i livet har mistet et barn. Utvalget velges ut via helsepersonell som du i den forbindelse har vært i kontakt med. Henvendelsen du får gjøres via det helsepersonellet eller din behandler. Din identitet er ukjent for meg helt til du skulle samtykke. Ønsker du å delta fyller du ut vedlagte samtykkeerklæring. Vennligst oppgi mobilnummer evt. epost slik at en kan ta kontakt for å få avtalt tidspunkt for intervjuet.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at det skal gjennomføres et intervju av deg som deltaker. Temaet vil være knyttet opp til opplevelsen av sorg, hvordan du opplever at sorgen har manifestert/manifesterer seg i kropp og hvordan du som sørgende har erfart møtet med helsepersonell i den forbindelse. Undertegnede vil lede intervjuet og stille spørsmål underveis. Det gjøres lydopptak av intervjuene, som skrives ned i sin helhet og analyseres slik at det kan presenteres i en masteroppgave. Intervjuet vil ta ca. 45 min - 1 time og det er ikke nødvendig å forberede seg på forhånd. Intervjuene vil gjennomføres der hvor du som deltaker ville finne det naturlig, om det måtte være hjemme, hos din behandler eller i undertegnades praksis.

Mulige fordeler og ulemper

Som deltaker i denne studien får du muligheten til å dele viktig kunnskap om Sorg som fenomen. Være et bidrag til å kunne hjelpe helsepersonell til å møte den sørgende på en bedre måte. Bidra til å kunne forstå mer av hvordan helsepersonellet kan møte og hjelpe mennesker i sorg, og dermed bidra til at andre som strever med sorg skal få den oppfølgingen som de trenger. Dette kan gjøre det mulig å bedre praksis til det bedre. Skulle du oppleve ubehag underveis eller i etterkant av studien vil din behandler være tilgjengelig for støtte og hjelp. Det blir evt. avtalt at din behandler skal følge deg opp om du skulle få reaksjoner eller ha behov for dette. Ekstern psykolog vil også kunne bistå om det skulle bli nødvendig. Formidling og kontakt vil alltid kunne gjøres via mastergradsstudent [Bård Hallaråker Grov](#) på tlf: 930 09 5212.

Hva skjer med informasjonen om deg

Informasjonen som blir registrert om deg skal kun brukes som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller direkte gjenkjennbare opplysninger. Resultatene av studien vil bli publisert i mastergradsoppgaven og det vil bli grundig informert om på et senere tidspunkt om resultatene skulle bli brukt i tidsskrift eller bli presentert i undervisning og lignende. Det vil ikke være mulig å identifisere deg når resultatene blir presentert. Dato for prosjektslutt blir 15.11.17. Dette innebærer at lydopptak slettes og øvrig datamateriale anonymiseres innen denne datoen. Prosjektet er meldt til REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) og godkjent der før prosjektstart.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn til det. Ønsker du å delta, undertegner du vedlagte samtykkeerklæring og returnerer den i vedlagte svarkonvolutt. Skulle du si ja til å delta kan du senere trekke ditt samtykke, uten at det har noen konsekvenser for deg, ditt forhold til og/eller noen innvirkning på behandlingen du mottar hos din behandler. Om du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte mastergradsstudent [Bård Hallaråker Grov](#) på tlf: 930 95 212 eller veileder, forsker og doktorgradsstipendiat [Vibeke Krane](#) på tlf: 975 00 994.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Sier du ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å korrigere eventuelle feil i de opplysningene som blir registrert. Trekker du deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i mastergradsoppgaven.

Økonomi og roller

Studien er finansiert av Høgskolen i Sørøst-Norge og forsker selv. Den gjennomføres som en del av et mastergradsprosjekt i klinisk helsearbeid ved Høgskolen i Sørøst-Norge avd. Buskerud og Vestfold.

Informasjon om utfallet av studien

Deltakere har rett til informasjon rundt resultatene av studien. Resultatene vil bli offentlig tilgjengelig etter at studien er gjennomført. Deltakerne vil, om ønskelig, få tilsendt en kopi av mastergradsoppgaven.

Dersom du ønsker å delta kan du sende det informerte samtykke med kontaktinformasjon i den ferdig frankerte konvolutten.

Med vennlig hilsen
Bård Hallaråker Grov
Mastergradsstudent
Høgskolen i Sørøst- Norge

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

----- (Signert av
prosjektdeltaker, dato)

NAVN med blokkbokstaver

For å avtale tidspunkter for fokusgruppene trenger jeg ditt telefonnummer og e-postadresse

Tlf:

E-post:

For forsker:

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Rekruttering av informanter til Sorgprosjektet

Prosedyren i forhold til rekruttering til studien blir som følgende:

1. Vedlagt følger infoskriv, samtykkeerklæringer og utfylte svarkonvolutter som deltagerne skal bruke til å returnere samtykkeerklæringene til meg.
2. Dere kontakter de aktuelle deltagerne; mødre som har mistet et barn etter utvalgskriteriene som står nedenfor.
3. De får konvolutten med infoskriv og svarkonvolutt
4. Deltagere som ønsker å delta returnerer samtykke til meg i svarkonvolutten
5. Jeg tar kontakt med den aktuelle deltager og avtaler tid for intervjuet
6. Intervjuet avholdes der informanten måtte ønske

Nedenfor er kriterier for utvalg listet opp:

Kriterier for utvalg av den sørgende:

- Skal være mødre som på et tidspunkt i livet har opplevd sorg ved å miste barn.
- Barnet døde enten i mors liv, var dødfødt eller døde i løpet av de 18 første leveår.

Kontakt meg dersom dere lurer på noe: mobil: [93095212](tel:93095212) eller på Mail: bardgrov@gmail.com

Med vennlig hilsen
Bård Hallaråker Grov

Sorg hos mødre som har mistet barn

Kjønn?.....Alder?.....Sivilstatus?.....

Utdanning?.....I arbeid?.....

Hvor lenge siden tap?.....Barnets alder?.....

Behandling/hjelp i etterkant?.....Hvilken?.....

Intervjuguide

Sorgen manifesterer seg i kroppen – opplevd sorg

- Hva er sorg for deg?
- Kan du beskrive ditt første møte med sorg?
- Hvordan har din opplevelse av sorg vært?
- Hvordan kommer sorg til uttrykk hos deg?
- Hvordan er din/har din kroppslige opplevelse av sorg vært?
- Hva gjør sorgen med kroppen din? Kan du beskrive dette? Hvor manifesterer den seg?
- Hvordan opplever du at den kroppslige opplevelsen av sorg har forandret/utviklet seg etter som tiden har gått?
- Hvordan har din allmenne helse blitt påvirket av sorgen?

Møte med støtteapparatet

- Hva tenker du er viktig når helsepersonell møter den sørgende?
- Hvordan var det for deg å ha kontakt med støtteapparatet/helsepersonell?

Søk med treff.

Databaser	Pubmed	PsychInfo	Cinahl
Grief	10552	11864	6161
Bereavement	13355	13142	5687
Grief and death of a child	1420	337	2(relevant)
Bereavement and death of a child	1995	220	0
Grief and health	3980	3223	19(flere relevante)
Grief and mothers	571	920	12 (8 relevante)
Complicated grief and body	19(flere relevante)	22 (flere relevante)	1(relevant)