

Det helsevitenskapelige fakultet

## **”Å jobbe med spedbarnskolikk”**

*En kvalitativ studie av helsesøsters erfaringer med spedbarnskolikk*

**Therese Furnes Skagen**

*Masteroppgave i helsefag – retning helsesøsterfag.*

*Oktober 2015*

*Antall ord: 22 554*





## Sammendrag

**Bakgrunn:** Temaet for studien var spedbarnskolikk. Dette fordi jeg ønsket å få større kunnskap om hvordan helsesøstrene jobber med familier som opplever spedbarnskolikk. Kolikk sees på som en av de hyppigste årsakene til at foreldre søker råd og hjelp i spedbarnstiden. Forekomsten regnes å være mellom 5-25%, men det strides om hva som er den rette definisjon av kolikk og hvilke årsakssammenhenger som er reelle. Dette kan ha ført til at det varierer hvilke råd som blir gitt når et barn har kolikk. Det har i den senere tid blitt et økt fokus på viktigheten av et samspill og en god tilknytning mellom spedbarn og deres omsorgspersoner. Kolikk kan gi store frustrasjoner hos foreldrene og føre til å de blir utslitte av den intense gråten og mangelen på søvn. Dette kan videre føre til at foreldrene blir mindre sensitive til barnets signaler, noe som igjen kan føre til dårligere samspill og tilknytning.

**Problemstilling:** Hvordan møter helsesøstre familier hvor et spedbarn har kolikk?

**Teori:** Min teoretiske referanseramme består av den sykepleiefaglige verdien omsorg, samt teori fra det forebyggende og helsefremmende arbeid.

**Metode:** Det har blitt gjennomført fire kvalitative intervjuer av helsesøstre som jobber på helsestasjon med barn 0-5 år. Studien er inspirert av en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming, og helsesøstrenes erfaringer har blitt tolket i lys av dette.

**Funn:** Helsesøstrene vektlegger i utgangspunktet å definere kolikk ut fra en teoretisk grunnforståelse. Det fremkommer imidlertid også at de ikke nødvendigvis forholder seg til definisjonen i praksis. De ser på hele sammensetningen og situasjonen rundt barnet, og er opptatte av foreldrenes opplevelse av det. Det varierer i de forskjellige kommunene hvilket fokus de har på årsakssammenhenger til kolikk. Noen helsesøstre jobber mer ut fra kolikk som et relasjonelt problem, og er opptatte av å lære foreldrene på et tidlig tidspunkt og bli bedre kjent med barnet. De har fokus på samspill og tilknytning. Andre helsesøstre har fortsatt fokus på kolikk som en mage/tarm-dysfunksjon og gir råd etter dette. Det kan være råd om monotont stimuli. Støvsugerlyder eller bilkjøring blir nevnt som eksempler på dette. Noen ganger vet ikke helsesøstrene helt hva de skal gjøre for å hjelpe familiene. Det kan være vanskelig å fremme mestring hos foreldrene dersom foreldrene er utslitte og har problemer med å finne noe positivt i situasjonen.

## Summary

**Background:** The theme of the study was infant colic. This is because I wanted to gain greater knowledge about how public health nurses work with families who experiences infant colic. Colic is seen as one of the most common reasons that parents seek advice and help in the time of infancy. The incidence of colic is considered to be between 5-25%, but there are disagreements about what the correct definition of colic is, and which causality that is real. This may have led to varying advices to families who experiences infant colic. There has recently been an increased focus on the importance of interaction and a good association between infants and their caregivers. Colic can cause major frustrations for the parents, and can lead to the parents being worn out by the intense crying and lack of sleep. This can further lead to parents being less sensitive to the infant's signals, which in turn may lead to poorer interaction and attachment.

**Topic:** How do public health nurses meet families where an infant has colic?

**Theory:** My theoretical frame of reference consists of care as a nursing value, and theory of prevention and health promotion.

**Method:** It has been completed four qualitative interviews with public health nurses who work at the clinic with children 0-5 years. The study is inspired by a phenomenological hermeneutical approach, and public health nurse experiences have been interpreted in the light of this.

**Findings:** The public health nurses basically emphasize to define colic from a theoretical basic understanding. It appears, however, that they do not necessarily relate to the definition in practice. They look at the whole composition and the situation around the child, and are concerned with parental perception of it. It varies in the different municipalities which focus they have on causality to colic. Some public health nurses are working more with colic as a relational problem, and is concerned to teach parents at an early stage to become better acquainted with the child. They focus on interaction and attachment. Other public health nurses have continued focus on colic as a stomach/bowel dysfunction and gives advice for this. It may be advices about monotonous stimuli. Vacuum sounds or driving with the infant in the car being mentioned as examples. Sometimes the public health nurses do not quite know what they should do to help the families. It may be difficult to promote coping with the

parents, if the parents are exhausted and have difficulty finding something positive in the situation.

## Forord

Prosessen med å skrive denne masteroppgaven har vært spennende, utfordrende og tidkrevende. Det var vanskelig å se for seg på forhånd hvor mye energi som skulle legges i oppgaven, men jeg ville ikke vært den foruten. Jeg har gjennom dette arbeidet lært mye om et interessant tema som helsesøstre jevnlig møter på helsestasjonen. Jeg er glad og stolt over å ha gjennomført og skrevet mastergradsoppgaven.

Jeg vil gjerne få takke de fire flotte helsesøstre som stilte opp til intervju og delte sine erfaringer med meg. De klarte å lage rom i en hektisk jobbhverdag til å møte meg til intervju, noe jeg setter stor pris på. De var kunnskapsrike og erfarne helsesøstre som ga meg økt innsikt i mitt tema og min problemstilling.

Jeg vil også rette en stor takk til min supre veileder, Ellinor Beddari, ved Universitetet i Tromsø. Uten din støtte og oppmuntring, og noen spark bak, hadde ikke dette prosjektet sett dagens lys. Du er direkte, positiv og flink til å dele av din enorme kunnskap. Tusen takk for gode veiledninger og konstruktive tilbakemeldinger!

Sist, men ikke minst, vil jeg takke min fantastiske familie – spesielt min mann og våre tre flotte og humørsprende jenter. Min mann har støttet meg og motivert meg til å fortsette da jeg har hatt stunder med liten tro på å klare og fullføre. Han har også vært den jeg har kommet med beklagelser og frustrasjoner til. Tusen takk, kjære! Jeg vil også takke familien rundt meg for støtte og hjelp til barnepass når behovet har meldt seg. Dere er de beste!

Therese Furnes Skagen

Valnesfjord, oktober 2015

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Hensikt/formål.....	4
1.2 Avgrensninger .....	4
1.3 Kolikk .....	4
1.4 Tilknytning og samspill.....	5
1.5 Oppgavens oppbygning.....	6
2.0 Teoretisk utgangspunkt.....	8
2.1 Tidligere forskning.....	8
2.2 Omsorg som sykepleiefaglig verdi.....	9
2.3 Forebyggende og helsefremmende arbeid .....	11
3.0 Metode .....	15
3.1 Kvalitativt intervju.....	16
3.2 Egen for forståelse .....	16
3.3 Utvalg/rekruttering.....	17
3.4 Gjennomføring av intervju .....	17
3.5 Transkripsjon .....	19
3.6 Analyse .....	20
3.7 Ethiske overveielser .....	21
3.8 Reliabilitet og validitet.....	22
4.0 Resultat.....	24
4.1 Kort om informantene .....	24
4.2 Medisinsk tenkning og praktisk forståelse av kolikk.....	24
4.3 Helsesøsters håndtering av kolikk .....	25
4.3.1 Råd og oppfølging.....	27
4.4 Helsesøsters møte med foreldrene .....	30
4.4.1 Helsesøsters utfordringer i møte med familiene.....	32
5.0 Drøfting .....	36
5.1 Ulike måter å forstå og håndtere kolikk på.....	36
5.1.1 Flere forklaringsmodeller.....	37
5.1.2 Mestring av uro og gråt.....	38
5.1.3 Leting etter årsakssammenhenger .....	40
5.1.4 Fokus på å forstå foreldresituasjonen.....	41
5.1.5 Utfordringer i møte med familiene.....	44

5.2 Varierende tiltak og oppfølging.....	46
5.2.1 Ulike ressurser til oppfølging .....	47
5.2.2 Fokus på å støtte og styrke foreldrene som omsorgspersoner.....	48
5.2.3 Veiledning som metode.....	49
5.2.4 Helsesøstrenes kunnskapsgrunnlag.....	50
5.3 Kolikk – et relasjonelt problem? .....	52
6.0 Konklusjon .....	56
7.0 Referanseliste .....	I
Vedlegg 1 – Godkjenning fra NSD.....	IV
Vedlegg 2 – Bekreftelse fra NSD etter endring.....	VI
Vedlegg 3 - Informasjonsskriv.....	VII
Vedlegg 4 - Samtykkeerklæring.....	X
Vedlegg 5 - Intervjuguide.....	XI



## 1.0 Innledning

Tema for denne studien er helsesøsters arbeid med spedbarnskolikk. Spedbarnskolikk er en av de hyppigste årsakene til at foreldre søker hjelp og råd i spedbarnsalderen (Bellaiche et al., 2013). Kolikk viser seg som en intens og utrøstelig gråt hos spedbarnet. Barnet er mye preget av uro og forstyrret søvn (Myrhaug et al., 2009). Temaet er faglig viktig fordi håndteringen av problemet kan ha stor betydning for foreldrenes følelse av mestring med deres nyfødte barn. Samtidig er det et utfordrende tema ved at et barns gråt og mangel på tilfredshet og ro har stor betydning på foreldrenes liv, og fordi råd fra fagpersoner i noen tilfeller ikke vil medføre en løsning på problemet (Myrhaug et al., 2009). Det er også utfordrende fordi det har vært lite forskningsbasert kunnskap tilgjengelig om hvilken behandling som har god effekt. I tillegg er det omdiskutert hva som faktisk klassifiseres som kolikk, og hva som kan gi kolikk hos et barn (Helseth, 2001). Dette kan ha bidratt til at foreldrene kan få varierende råd dersom de oppsøker helsesøster på helsestasjonen med et barn som har kolikk. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester skrev i 2009 en rapport om behandling av spedbarnskolikk. Dette var et oppdrag de fikk fra Apotekforeningen. Apotekforeningen etterlyste oppdatert forskningsbasert kunnskap som de kunne bruke når de skulle revidere deres informasjonsmateriell om spedbarnskolikk til foreldre og til helsesøstre på helsestasjoner (Myrhaug et al, 2009).

I Håndbok for helsestasjoner, som blir mye brukt som oppslagsverk på helsestasjonene, står det at det første helsesøster må gjøre ved mistanke om kolikk er å forsikre seg om at barnet, ved undersøkelse, er friskt (Brigtsen et al., 2013). Det vil si å utelukke eventuelle andre sykdommer eller lidelser. Videre anbefales også å veilede foreldrene, og gjerne benytte seg av informasjonsskriv fra Apotekforeningen om spedbarnskolikk. Fokuset videre i håndboken er å støtte foreldrene og hjelpe de med å finne avlastende tiltak (Brigtsen et al., 2013).

I ”Forskrift om kommunens helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten” (2003) står det at helsestasjonstjenesten skal bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og unge. Det skal skje i et tverrfaglig samarbeid gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen. Formålet med tjenesten er å bidra til en mer helsefremmede livsstil (Helse- and omsorgsdepartementet, 2003). Dermed er oppgaven som helsesøster å tenke helsefremmende og sykdomsforebyggende i det arbeidet som gjøres. I veileder for kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og

skolehelsetjenesten (12/2004 - omtales videre som veilederen), står det at helsefremmende arbeid kan ses på som det arbeidet som gjøres for å bedre en persons forutsetninger for god helse. Dette kan gjøres ved å fremme trivsel og mulighetene den enkelte har til å mestre dagliglivets utfordringer og belastninger (Sosial- and Helsedirektoratet, 12/2004). Dette innebærer også foreldres evne til å mestre omsorgen for sitt barn. Sykdomsforebyggende arbeid handler om de tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller skader hos befolkningen (Sosial- and Helsedirektoratet, 12/2004).

Kommunene har ansvaret for å ha en helsestasjons- og skolehelsetjeneste som følger opp barna fra 0-20 år. Helsestasjonsprogrammet, som er fra 0-5 år, bør i følge veilederen inneholde følgende konsultasjoner i løpet av barnas første leveår: hjemmebesøk innen barnet er to uker, 2-4 ukers gruppe-, 6 ukers-, 3 måneders-, 4 måneders gruppe, 5 måneders-, 6 måneders-, 7-8 måneders-, 10 måneders- og 11-12 måneders- konsultasjon (Sosial- and Helsedirektoratet, 12/2004). Det varierer noe hvordan de forskjellige konsultasjonene gjennomføres i ulike kommuner, og i hvor stor grad det anbefalte programmet følges. Det er også variasjon med hensyn til om det velges å gjennomføres som gruppe- eller individuelle konsultasjoner. Vanligvis settes det av 30 minutter til en individuell konsultasjon. I veilederen er det beskrevet hvilke temaer man bør snakke om og hva man bør observere på hver enkelt konsultasjon. Her står det blant annet nevnt urolige barn, barnets søvn, og samspill mellom barnet og foreldrene (Sosial- and Helsedirektoratet, 12/2004). Dermed skal man komme inn på hvordan barnet er, om det gråter mye, om det lar seg lett trøste og lignende. Disse temaene som er listet opp, og eventuelle vaksiner, skal gjennomføres i løpet av de 30 avsatte minuttene. Helsesøstre skal altså tilby helseopplysning, helseundersøkelser og vaksinasjoner, samt veiledning. De skal også drive med oppfølging av sped- og småbarn med spesielle behov, og oppfølging av foreldre som trenger utvidet støtte. I forhold til det å fange opp tidlige signaler på mistriivsel og utviklingsavvik, har helsesøstre og helsestasjonen en sentral funksjon (Sosial- and Helsedirektoratet, 12/2004).

I følge veileder for kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (12/2004), bør barn og foreldre med spesielle behov få tilbud om ekstra individuelle konsultasjoner, utenom det faste helsestasjonsprogrammet (Sosial- and Helsedirektoratet, 12/2004). Helsesøster har selv ansvaret for å kartlegge hvem som eventuelt

trenger ekstra oppfølging, og slik jeg ser det kan kolikk defineres som et problemområde som trenger ekstra oppfølging.

Gilles (1987) hevder at kolikk er noe av det mest krevende problem foreldre kan oppleve i barnets første leveår. Frustrasjon, uro, utmattethet, engstelse og følelse av å være utilstrekkelig, er noen ord foreldre har brukt for å beskrive situasjonen. Den eventuelle frustrasjonen som foreldrene har kan påvirke deres selvfølelse. Den kan også påvirke foreldrenes tro på seg selv som gode omsorgsutøvere for sine barn. Stor frustrasjon over tid kan gjøre foreldrene mindre sensitive for barnets signaler og gjøre det vanskelig for foreldrene å gi barnet god omsorg (Gilles, 1987, i Helseth, 2001). Studien viser hvor viktig det at helsesøstre tar problemet alvorlig, og har en plan for hvordan man skal følge opp disse familiene.

Forskjellige studier viser at spedbarnskolikk er noe som rammer mellom 5 og 25% av friske spedbarn (Myrhaug et al., 2009, Steutel et al., 2014). De fleste studier finner imidlertid at andelen barn med kolikk ligger mellom 15-25% (Cowie, 2013, Kvitvær et al., 2012, Helseth, 2001). Grunnen til at tallene i de forskjellige studiene varierer kan være uenigheter om hva som klassifiseres som kolikk.

Uansett hvilken forekomstprosent man går ut fra, er spedbarnskolikk noe alle helsesøstre, som jobber på helsestasjon med barn 0-5 år, vil erfare. Dette kan være utfordrende å møte for helsesøstrene, ettersom det ikke finnes en sikker behandling som har effekt. Helsesøstre kan også møte på utfordringer som kommer av at et barn har kolikk. Studier viser at det å få et barn med kolikk kan gi en økt risiko for forstyrret samspill og dårlig tilknytning mellom barnet og foreldrene, depresjon hos mor, negative tanker om seg selv som omsorgsperson, stress, og i ekstreme tilfeller omsorgssvikt og vold mot barnet (Steutel et al., 2014, Cowie, 2013).

Ettersom spedbarnskolikk er en tilstand som går over etter noen måneder, så kan det være lett å tenke at foreldrene bare må holde ut, men de første månedene av barnets liv er viktig for tilknytning og samspill mellom barnet og foreldrene. Det antas også at kvaliteten på tidlige samspill har betydning for barns senere utvikling (Smith and Ulvund, 1999).

***Studiens problemstilling er ”Hvordan møter helsesøstre familier hvor et spedbarn har kolikk?”***

### 1.1 Hensikt/formål

Hensikten med studien var å få frem helsesøstrenes tanker og erfaringer rundt det å jobbe med spedbarnskolikk, samt eventuelle utfordringer de møter på i forbindelse med det. Jeg ønsket også å se på hvilket grunnlag helsesøster tar sine avgjørelser på, og hvilken kunnskap hun benytter i arbeidet med kolikkproblemet. Hvilke strategier helsesøster velger å jobbe ut fra i forhold til helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, var også av interesse. Jeg ville se på hvordan helsesøstrene håndterer spedbarnskolikk, og hva tenkningsgrunnlaget deres er.

### 1.2 Avgrensninger

Jeg ønsket å se på hvilke erfaringer helsesøster har i forhold til det å møte disse familiene. Det vil si at jeg har valgt å ikke ha fokus på hvordan familiene opplever det å få et barn med spedbarnskolikk. Dette kommer dog opp i form av helsesøsters beretninger om temaet. Foreldreperspektivet blir dermed tatt med fordi måten familiene opplever det på kan påvirke helsesøsters forståelse av fenomenet, og de valg hun gjør i sitt arbeid.

### 1.3 Kolikk

Kolikk defineres som spedbarnsgråt som starter i 1.-2. leveuke, hos et ellers frisk spedbarn med normal vektøkning. Denne gråten må vare over en periode på minimum tre uker der barnet gråter minst tre timer per dag, minst tre dager i uka. Det er vanlig at spedbarnskolikk avtar ved 3-4 måneders alder (Wessel 1954, i Myrhaug et al., 2009). Dette er en definisjon som det strides om fordi den ikke sier noe om hvordan eller hvorfor barnet gråter, men det er stor enighet om at kolikk karakteriseres med svært mye skriking hos spedbarnet (Helseth, 2002). Uenigheter angående hva som klassifiseres som kolikk viser seg i spriket på andel barn med kolikk i de forskjellige studiene som er gjort. De fleste av studiene viser en andel av barn med kolikk som ligger mellom 15-25% (Cowie, 2013, Kvitvær et al., 2012, Helseth, 2001).

Spedbarnskolikk er en av de vanligste årsakene til at foreldre søker hjelp i de første månedene av barnets liv. Foreldrene er slitne, engstelige og føler seg ofte ikke i stand til å trøste sitt eget barn (Bellaiche et al., 2013).

Symptomer på spedbarnskolikk er intens gråt som kommer som anfall, og der barnet er utrøstelig. Barnet er preget av mye uro, og kan ha mye plager med luft. Dette kan vise seg i form av utspilt mage, gulping, raping og mye tarmgass. Barnet kan ha forstyrret søvn og kan ofte være svært urolig rundt måltider (Myrhaug et al., 2009).

Det finnes mange ulike behandlinger som kan prøves ut når et barn har kolikk. Det kan være medikamentelle behandlinger, som Minifom, eller alternative tiltak som akupunktur, sukkervann, homøopati og lignende. Det kan også være kiropraktorbehandling eller endring av ernæring (for eksempel melkefri diett). Annen type behandling går mer på å støtte foreldrene og gi råd om bæring/vugging av barnet. Det er omdiskutert hvilken effekt de forskjellige behandlingene har på spedbarnskolikk, men sukkervann og mindre stimulering av barnet kan se ut til å ha noe effekt (Myrhaug et al., 2009). Fennikel og urtete viser seg også å ha en mulig positiv effekt på spedbarnskolikk. Ellers rapporteres det å støtte, styrke og forsikre omsorgspersonene om at barnet ellers er friskt, som et av de viktigste tiltakene (Bellaiche et al., 2013).

Forskningslitteraturen viser flere mulige årsaker til kolikk. Barnet kan ha en feilstilling i bekkenet som gjør at det blir irritabelt og gråter mye. Allergi eller plager med mage/tarm kan også være årsak til barnets symptomer. En annen mulig årsak kan være barnets personlighet og medfødte temperament. Det kan også være en forklaring i interaksjonen, altså i foreldrenes atferd rundt og mot barnet (Myrhaug et al., 2009).

Studier har vist at røyking under svangerskapet kan gi økt forekomst av spedbarnskolikk. Barn som er født for tidlig eller som er små for gestasjonsalderen har også en økt risiko for å få spedbarnskolikk (Milidou et al., 2014, Milidou et al., 2012).

#### 1.4 Tilknytning og samspill

Tilknytning handler om den følelsesmessige bindingen barnet har til sine omsorgspersoner (Smith and Ulvund, 1999). Det er tre hovedfaktorer som kan tenkes å ha betydning for utviklingen av tilknytning og for kvaliteten av denne. Den første faktoren er omsorgspersonenes sensitivitet overfor barnets emosjonelle uttrykksformer. Sensitiviteten beskrives som hvordan og hvor raskt omsorgspersonene reagerer på uttrykk som smil eller gråt. Den andre faktoren er barnets temperament. Hvorvidt det er irritabelt og om det er



vanskelig eller lett å roe ned ved gråt, kan ha betydning for omsorgspersonenes sensitivitet (Smith and Ulvund, 1999). Barn som er lette å håndtere, viser seg å ha foreldre som er mer sensitive i omsorgen, enn barn som er mer vanskelig å håndtere. (Seifer og Schiller 1995, i Smith and Ulvund, 1999). Foreldre til barn med kolikk kan bli svært frustrerte over det å ikke klare å roe barnet sitt, og det kan bli vanskelig for de å opprettholde omsorgen for barnet. Foreldrene kan da bli mindre sensitive til barnets signaler fordi de trekker seg unna barnet i sin frustrasjon (Helseth, 2001). Den tredje faktoren er betydningen av foreldrenes egne barndomserfaringer og om dette kan påvirke deres tilknytning til barnet (Smith and Ulvund, 1999).

Samspill kan man si handler om kommunikasjon mellom foreldre og barnet deres. Det handler om hvordan de forstår hverandre og hvordan foreldrene stimulerer barnet sitt. Det antas at kvaliteten i det tidlige samspillet har betydning for barnets senere utvikling (Smith and Ulvund, 1999). Gjennom samspillet lærer barnet om rekkefølgen av handlinger. Det vil si at de lærer hva som kommer etter en viss handling. Dette forutsetter at de får den samme reaksjonen fra omsorgspersonen. I samspillet handler det om å ta tur, observere hverandre og det å gi respons på hverandres uttrykk. Det antas at barn allerede i tre –til firemånedersalderen har forventninger om hvordan omsorgspersoner vanligvis reagerer på deres grimaser eller lyder i ansikt-til-ansikt samspill (Smith and Ulvund, 1999). Samspillsvansker kan oppstå dersom barnet har blitt over- eller understimulert. Det kan forekomme dersom barnet krever litt ekstra av foreldrene i nyfødtp perioden, eller foreldrene har mangel på erfaring eller ikke trives i forelderrollen (Smith and Ulvund, 1999). Et barn med kolikk er et eksempel hvor samspillsvansker kan oppstå mellom barnet og foreldrene. Dette fordi barnet krever mye i den tiden det pågår, og fordi det ofte resulterer i at foreldrene blir utslitte av all gråten, forsøkene på å roe ned barnet og mangel på søvn (Helseth, 2001).

### 1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i hovedkapitler og underkapitler. Det innledende kapitlet har presentert og redegjort for temaet spedbarnskolikk og studiens problemstilling. Det inneholder også en presentasjon av studiens hensikten og de avgrensninger som er gjort, i tillegg til at sentrale begreper blir avklart i korte trekk. I kapittel 2 presenteres et utdrag av tidligere forskning på spedbarnskolikk og studiens teoretiske grunnlag. I kapittel 3 presenteres valg av metode og fremgangsmåte for innsamling av data.

Herunder kommer utvalg/rekruttering, gjennomføring av intervju og transkripsjon. Analysemetoden som er brukt for å komme frem til resultatene vil også presenteres her. Det samme vil etiske overveielser, samt studiens reliabilitet og validitet. I kapittel 4 presenteres studiens funn, mens et utvalg av disse funnene drøftes i kapittel 5. I kapittel 6 kommer en konklusjon der studiens viktigste funn blir trukket frem.

## 2.0 Teoretisk utgangspunkt

I dette kapitlet vil jeg først vise til noe av det som ble funnet av tidligere forskning rundt temaet spedbarnskolikk. Deretter vil jeg, som del av mitt teoretiske utgangspunkt, presentere den sykepleiefaglige verdien omsorg. Helsefremmede og sykdomsforebyggende arbeid er også en svært sentral del av mitt teoretiske utgangspunkt, da dette kan sees på som grunnlaget for helsesøsters arbeid. Herunder kommer mestring, empowerment, ”sense of coherence” og evidensbasert kunnskap som sentrale begreper.

### 2.1 Tidligere forskning

Jeg har benyttet forskjellige databaser i mine søk etter tidligere forskning rundt temaet. Jeg har blant annet søkt på PubMed med å koble sammen ordene ”Coping & colic”. Det resulterte i noen relevante artikler. Jeg søkte også i andre databaser, som SveMed og Cinahl, med søkeordene nursing/ public health nurse/ colic/ infant crying/ coping, med forskjellig sammensetning, og fant noen artikler av interesse. En av disse artiklene er skrevet av Sølvi Helseth (professor på fakultet for helsefag i Oslo) og heter ”Help in times of crying: nurses’ approach to parents with colicky infants” fra 2002. Målet med hennes artikkel var å se om helsesøster kan utgjøre noen forskjell for foreldrene. Helseth har også skrevet en bok om temaet. Den heter ”Kolikk – en modell for sykepleiefaglig tilnærming”. Boken gir råd til helsesøster som arbeider med foreldre med kolikkbarn. Helseth har i tillegg skrevet en doktorgradsavhandling fra 1999, ”hjelp i skrikende stund”, som handler om utvikling av en modell for helsesøstertilnærming til foreldre og barn når spedbarnet har kolikk, og som den nevnte boken bygger på. I min forskning ønsket jeg å se på dette videre i form av hvordan helsesøstrene møter familier hvor et spedbarn har kolikk, hvilken forståelse helsesøstre har av kolikk og hvilken kunnskap de jobber ut fra. Helseths forskning ble gjort for omtrent 15 år siden, så det kan tenkes at helsesøstres erfaringer med å jobbe med spedbarnskolikk kan ha endret seg i løpet av denne tiden. Det har blitt et større fokus på samspill og tilknytning i mye av helsesøsters arbeid med familier, også når det kommer til kolikk. Det har også vært økt fokus på eventuelle årsakssammenhenger til kolikk, da også på relasjonelle sammenhenger. På bakgrunn av dette ønsker jeg å se på hvilke erfaringer helsesøstre nå har med å jobbe med problematikken. Det kan være interessant å se om det er noen endringer i måten å jobbe med spedbarnskolikk på etter at det har kommet nytt fokus på årsakssammenhenger som dårlig samspill og tilknytning.

Videre fant jeg, i søk etter tidligere forskning, noen nyere engelske artikler hvorav en handler om hvordan man kan mestre spedbarnskolikk. Artikkelen er basert på et litteraturstudie og fokuset er i all hovedsak på effekt av ulike behandlingstiltak, men den omhandler også hvordan man bør opptre for å best mulig støtte familiene som opplever spedbarnskolikk (Cowie, 2013).

En annen artikkel, basert på observasjonsstudier og spørreskjema til foreldre, diskuterer spesielle kjennetegn hos barn med kolikk. Hensikten med studien var å prøve og skape en bedre forståelse av barn med kolikk, og forsøke og finne spesifikke symptomer som kan kobles til kolikk. Det nevnes blant annet at spedbarn med kolikk oftere gråter når de våkner fra søvnen, at de oftere har astma i familien og at spedbarnet med kolikk oftere går fra glede til gråt i løpet av et øyeblikk, enn spedbarn uten kolikk (Kvitvær et al., 2012).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester ga i 2009 ut en rapport om behandling av spedbarnskolikk. Her går de gjennom forskning som viser hvilke tiltak som kan virke mot spedbarnskolikk (Myrhaug et al., 2009). Jeg tenker at dette er relevant for min studie, selv om mitt fokus er på hvordan helsesøster møter familier med kolikkproblematikk. Ulike behandlingstiltak kommer inn som et naturlig punkt under dette, da det har betydning for hvilken kunnskap og erfaring helsesøstrene støtter seg på.

Jeg har søkt i databasene etter utfordringer knyttet til spedbarnskolikk, men har ikke funnet noe som handler om dette. Inntrykket etter flere søk er at det meste av nyere forskning og utgitte artikler handler om ulike behandlingstiltak for spedbarnskolikk, og eventuell effekt av disse tiltakene (Bellaiche et al., 2013, Cowie, 2013).

Jeg vil benytte relevant tidligere forskning, sammen med teori, til å belyse og diskutere mine funn i studien.

## 2.2 Omsorg som sykepleiefaglig verdi

En helsesøster er en sykepleier med videreutdanning i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Det vil si at en helsesøster har sykepleiekompetanse som grunnlag for sitt arbeid (Glavin, 2007). I følge Martinsen (1996) handler sykepleie om hvordan man møter eller tar i mot et ønske om hjelp fra en pasient. Det handler om å ta vare på og vise omsorg, og ord som nestekjærlighet og barmhjertighet ligger sentralt under dette.

I form av nestekjærlighet har vi et ansvar ovenfor den andre. Dette innebærer makt, og det forutsetter at denne makten ikke misbrukes eller utnyttes (Martinsen, 1996). Omsorg handler om forståelse for den andres situasjon. Denne forståelsen kan sykepleiere få fra egne erfaringer eller fra sine fagkunnskaper. Det vil si at en sykepleier kan gi omsorg både som medmenneske og som fagperson (Martinsen, 2003). Det at pasienten våger å bli møtt eller våger å utlevere seg, er av stor betydning for hvordan sykepleier kan vise omsorg. Det handler mye om at man tar den andres tanker og opplevelser på alvor, slik at man ikke misbruker dens tillit. Pasienten vil også være mer sårbar for eventuelle krenkelser ved å utlevere sine tanker og opplevelser. Det kan for eksempel være hån, sladder, ydmykelse eller avvísning. Dersom man utnytter pasientens sårbarhet vil det bryte tilliten. Det å være uenig med pasienten er derimot ikke å misbruke dens tillit. Dette under forutsetning av at man har tatt i mot den andre og tatt den alvorlig. Misbruk av tilliten vil være å overse eller overhøre det pasienten ønsker å formidle (Martinsen, 1996). Når man snakker om omsorg, så snakker man om å ta ansvar for den andre. Dette forutsetter at man ikke tar ansvaret fra den andre (Løgstrup, (1956) 1991, i (Martinsen, 1996). Den andre må alltid være herre i sitt eget liv. Samtidig som man er klar over hva den andre er best hjulpet med, og har vilje til å handle eller tie ut fra dette, så må det ha sammenheng med viljen til å la den andre styre sin egen verden (Løgstrup and Fink, 2010).

Omsorg handler om hvordan man forholder seg til andre og hvordan man viser omtanke. Man gjør noe for, eller sammen med andre, og skaper en felles erfaring (Martinsen, 2003). Innenfor omsorgsarbeid er det viktig med en god situasjonsforståelse. Dette for å klare balansegangen mellom den andres selvbestemmelsesrett og det å ikke overta for mye av ansvaret som omsorgsyter (Martinsen, 2003).

Helsesøstre er først sykepleiere, deretter helsesøstre. Det betyr at de har med seg de sykepleiefaglige verdiene i sitt arbeid. Selv om helsesøstre ikke nødvendigvis ser på sitt arbeid som omsorgsarbeid, er det ikke dermed sagt at de ikke utfører arbeidet på mer eller mindre omsorgsfulle måter. Det er viktig at de forholder seg til nærhetsetiske problemstillinger, samtidig som de er bærere av en profesjonsbasert kunnskap og har en kontrollfunksjon. De nærhetsetiske problemstillingene er knyttet til kravet om å utvise skjønn, se den andre og være tilstede for den andre som person (Neumann, 2009). Det betyr at helsesøstre både skal se barnet og foreldrene, og være der for dem som person, samtidig som hun benytter sin profesjonsbaserte kunnskap i arbeidet. Omsorg kan altså vise seg i



helsesøsters oppmerksomhet til den enkelte på konsultasjonene, og hennes ivaretagelse og oppfølging av den enkelte familie. Et godt forhold mellom helsesøster og foreldre basert på tillit og oppriktighet, opprettholdes best gjennom høflighet, ærlighet og det å være direkte (Clancy, 2010).

### 2.3 Forebyggende og helsefremmende arbeid

Som helsesøster jobber man for å fremme helse og forebygge sykdom i befolkningen. Et grunnleggende mål er at barn og ungdom skal ha det så godt som mulig, sett i sammenheng med situasjon og forutsetninger (Kvarme, 2007). Med forebyggende arbeid menes det tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller skader. Herunder kommer også tiltak mot å redusere risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død (Sosial- and Helsedirektoratet, 12/2004). Det forebyggende arbeidet blir delt inn i tre deler. Det er primær, sekundær og tertiær forebygging. Det primære arbeidet er rettet mot hele befolkningen, som for eksempel tilbud om hjemmebesøk til alle nybakte foreldre. Det sekundære arbeidet er rettet mot sårbare grupper som har et problem eller en sykdom. Eksempel på slike tiltak kan være å gi råd og veiledning til foreldre som har barn med kolikk. Det tertiære arbeidet har som mål og hindre forverring av en allerede eksisterende skade eller sykdom (Kvarme, 2007).

Helsestasjonstjenesten jobber ut fra ulike strategier når det kommer til å drive effektiv forebygging. Disse strategiene kalles høyrisikostrategier og befolkningsstrategier. Høyrisikostrategier handler om tiltaksplanlegging rettet mot personer eller grupper som kan være disponerte for å utvikle helseproblem eller sykdom. Befolkningsstrategier handler om tiltaksplanlegging som tar utgangspunkt i helsetilstanden til større befolkningsgrupper. Disse er kjennetegnet ved alder, kjønn, identifiserte risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer med hensikt å fremme helse (Sosial- and Helsedirektoratet, 12/2004).

Helsefremmende arbeid handler om tiltak som virker positivt på helsen. Det handler om å styrke folks helse. For å fremme livskvalitet og mulighet til å ta vare på egen helse, er det viktig med en aktiv deltakelse. Dermed blir begrepet mestring sentralt i helsesøstertjenesten (Kvarme, 2007).

Mestring kan ses på som en stadig prosess der individet hele tiden prøver å håndtere livets utfordringer og krav (Helseth, 2007). I forhold til spedbarnsomsorg stilles det mange krav til

foreldrene på forskjellige områder. Det dukker opp utfordringer som følge av det å få omsorgen for et spedbarn. For å takle dette må foreldrene ha ulike ressurser, både indre og ytre. Mange foreldre vil, for å kunne gi barnet sitt en god omsorg, ha behov for ulike former for støtte og veiledning. Dette fordi ressursene ikke alltid er ferdigutviklet hos foreldrene, noe som kan komme av manglende erfaring med spedbarnsomsorg. Indre ressurser kan her være selvsikkerhet, trygghet og tro på at man skal mestre situasjonen. Ytre ressurser kan være det sosiale nettverket rundt foreldrene, som familie, venner og helsestasjonen (Helseth, 2007).

For de foreldrene som får et barn med spedbarnskolikk kan ressursene tenkes å ha stor betydning. De kan ha betydning for hvordan foreldrene mestrer situasjonen og hvordan de kommer seg igjennom de månedene det står på. Studier viser at foreldre til barn med kolikk rapporterer profesjonell støtte og oppmuntring som det viktigste tiltaket for å komme seg igjennom tiden med kolikk (Bellaiche et al., 2013). Det kan derfor tenkes at helsesøster har en viktig rolle i dette arbeidet.

Et viktig prinsipp i det helsefremmede arbeidet er empowerment. Det kan defineres som myndiggjøring, som igjen betyr å ta ansvaret over sitt eget liv (Kvarme, 2007). Empowerment er, i følge verdens helseorganisasjon, en prosess der personer oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører deres helse (WHO 1998, i Tveiten, 2007). Det kan fremmes ved støtte og oppmuntring. Det betyr at helsesøster gjennom informasjon og ferdighetslæring kan gi fra seg makt. I forhold til helsestasjonsarbeid handler det om å bygge opp den enkeltes selvfølelse, og lære foreldrene å se positivt på seg selv. Dette for å gjøre dem i stand til å takle vanskelig livssituasjoner (Kvarme, 2007). Et eksempel på en vanskelig livssituasjon kan da være spedbarnskolikk.

Veiledning er en sentral arbeidsmetode innenfor helsesøsterfaget. Veiledning er en metode relatert til den pedagogiske funksjonen en helsesøster har, og er et viktig middel i empowerment-prosessen (Tveiten, 2007). Det handler om at helsesøster skal legge til rette for at brukeren selv skal komme frem til gode løsninger. Veiledning kan sees på som en igangsettingsprosess der målet er å øke mestringskompetansen hos brukeren gjennom dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier (Tveiten 2006, i Tveiten, 2007). Veiledning som prosess handler om en oppdagelse, en bevisstgjøring, læring og en eventuell forandring hos den andre. Relasjonen mellom helsesøster og bruker er vesentlig i veiledning (Tveiten, 2007).

Innenfor helsesøsters praksis kan veiledningsprosessen innebære både informasjon, undervisning og rådgivning. Disse tilnæringsmåtene kan altså inngå i veiledningsprosessen, men veiledning må ikke forveksles med informasjon, undervisning eller rådgivning (Tveiten, 2007). Dette betyr at innenfor veiledningsprosessen av foreldre til spedbarn med kolikk, kan helsesøster informere om kolikk, undervise om gode måter og håndtere kolikkbarn på, samt komme med råd i forhold til tiltak som kan prøves ut. Dette er ikke det samme som veiledning, men sees på som en del av prosessen.

Læren om hva som gir god helse kalles ”salutogenese” (Walseth and Malterud, 2004). I følge Antonovsky (1996) er begrepet ”sense of coherence” (SOC) viktig innenfor det helsefremmede arbeidet. Dette kan oversettes til opplevd sammenheng (Walseth and Malterud, 2004). Det handler om at dersom en person har en sterk SOC så er han/hun motivert til å ville mestre situasjonen, forstår utfordringen og tror at han/hun innehar de ressursene som trengs for å mestre situasjonen. Personenes holdninger er altså en viktig faktor (Antonovsky, 1996). Dette kan forstås som at både personens egen forutsetning for å mestre, samt dens holdninger til å klare å mestre eller ikke mestre, er av stor betydning. Studier viser at foreldrene til spedbarn med kolikk ofte kan føle at de ikke mestrer å gi barnet en god nok omsorg. Dette fordi de ikke får til å trøste barnet sitt når det gråter intenst (Cowie, 2013, Helseth, 2001).

Health literacy er et begrep som benyttes innenfor folkehelsearbeidet. Det handler om personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for den enkeltes evne til å få tilgang til, forstå og benytte helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse (Pettersen, 2009). Dette handler om å skaffe seg kunnskap, kommunisere med andre og vite hva man kan bruke de ulike instanser i helsevesenet til, samt å kunne vurdere den helseinformasjonen man får på en kritisk måte (Pettersen, 2009). Herunder kommer evnen til å skille relevant og forskningsbasert informasjon fra annen informasjon av dårligere kvalitet. Det har altså betydning hva den enkelte forstår, og hvordan han eller hun uttrykker seg og gjør seg forstått. Det kan være et gap mellom hva den enkelte forstår av informasjon som blir gitt, og hva fagpersonene tror den enkelte har forstått (Pettersen, 2009).

Helsesøstre skal levere helsetjeneste av høy faglig kvalitet og har et ansvar for å være faglig oppdaterte, samtidig som de skal møte den enkelte der den er på en god måte. Det innebærer

at helsesøster må ha kunnskap fra mange kilder, samt evnen til å vurdere og trekke ut nyttig kunnskap av vitenskapelige publikasjoner. Helsesøstrene må ha kunnskap om effektive intervensjoner som kan ha betydning for helsen (Glavin, 2007).

Evidensbasert kunnskap er kunnskap som kommer av forskning. Det betyr kunnskap om hva som har best dokumentert virkning. Kvalitetskontroll av den kunnskapen som skal benyttes i profesjonell yrkesutøvelse er kjernen i evidenstenkningen (Grimen, 2009).

Helsestasjonsvirksomheten må baseres på relevant kunnskap, og kravet til evidensbasert praksis blir stadig større. Begrepet kunnskapsbasert kan også brukes i stedet for evidensbasert (Glavin, 2007). Det kan være kunnskap fra forskning, erfaringsbasert og/eller brukerbasert kunnskap. Gapet mellom forskning og praksis er det som er ønskelig å eliminere gjennom kunnskapsbasert praksis. På mange områder innenfor helsesøstertjenesten er det vanskelig å bevise endring eller effekt. Dette er spesielt i møte med mennesker. Likevel skal fagutøvelsen baseres på kunnskap (Glavin, 2007).

Helsestasjonstjenesten jobber ut fra en medisinsk forebyggingsmodell med identifisering av risikofaktorer, rådgivning og infeksjonsbekjempelse som viktige områder. En positivistisk vitenskapsretning med forskning på årsak/virkning og effekt av tiltak, har vært med på å utvikle kunnskapen og tiltakene på disse områdene (Glavin, 2007). Helsesøstrene kan derfor tenkes å være opptatte av årsak/virkning også når det kommer til kolikkproblematikken.

Helseproblemer i befolkningen endres over tid, og nye utfordringer i jobben som helsesøster dukker opp. Effektive intervensjoner som kan ha betydning for helse, er noe helsesøstre må ha kunnskap om. Ettersom samfunnet er i stadig utvikling, kommer det stadig nye utfordringer i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet. Samtidig er det utfordringer i form av at det finnes svært få studier som viser at helsefremmende arbeid gir resultater (Glavin, 2007).

### 3.0 Metode

Studien er inspirert av en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Fokus er på forståelse og fortolkning av helsesøstrenes erfaring. Fenomenologien legger vekt på utdypende og erfaringsnære beskrivelser (Thornquist, 2003). Det handler om å ikke komme med ferdige teorier, men la sakene selv komme til uttrykk. Man må ha en åpenhet og være litt tilbakeholdne for å unngå at det man er ute etter blir tilpasset ens forestillinger og kategorier. Respekt for det konkrete er sentralt i fenomenologien. Det å beskrive og gjøre rede for menneskers erfaringer og meninger, er noe det legges stor vekt på. Det som er vesentlig i fenomenologien er hvordan et fenomen opptrer for et subjekt (Thornquist, 2003). Med det menes at et fenomen, som kan være en hendelse, en sykdom eller lignende, kan opptre ulikt for ulike personer. I et intervju basert på et fenomenologisk perspektiv ønsker forskeren å forstå informantens opplevelser og hvordan informanten reflekterer over dette (Spradley 1979, i Tjora, 2012). Helsesøstrenes erfaringer med å møte spedbarnskolikk, og hvordan de håndterer dette, er vesentlig i min studie. Her var det viktig å la informantene selv beskrive egne tanker og meninger rundt temaet, og få frem de ulike synspunktene deres.

Hermeneutikken forsøker å redegjøre for en evne til riktig forståelse og fortolkning. Det handler om å trekke ut den riktige meningen fra de livsytringene eller tekstene man skal fortolke (Gulddal and Møller, 1999). Det vil si at man forstår og tolker den informasjonen man har fått på riktig måte. Formålet med en hermeneutisk fortolkning er å oppnå en forståelse av hva en tekst eller en handling betyr. Denne forståelsen skal være gyldig og allmenn (Kvale et al., 2009). Det er viktig å være klar over at man alltid har en forforståelse, at man møter en tekst eller en sak med en erfaring og personlige tanker. Disse er med på å bestemme det materialet vi skal tolke (Thornquist, 2003). Dette forstås som at jeg i min analyse må gjøre rette tolkninger som skal kunne anses som allmenn gyldig. Det vil si at jeg må prøve å se bort fra min egen forforståelse, slik at denne ikke påvirker de tolkningene jeg gjør av datamaterialet. Men jeg må ha i tankene at forforståelsen min er den som er med på å avgjøre hva jeg velger å tolke. Den hermeneutiske sirkel, som er sentral innenfor hermeneutikken, viser til det at man forstår delene ut fra en helhet og en helhet utfra de delene den består av. Disse påvirker hverandre. Dersom noen av delene ses på i ett nytt lys, påvirker det vår helhetsforståelse av saken (Thornquist, 2003). Det vil si at dersom det kommer frem et nytt punkt underveis i analysen, vil dette kunne påvirke synet på hele forståelsen av saken.



Formålet med studien er med på å bestemme hvor mange intervjupersoner man burde ha. Tid og ressurser til undersøkelsen har også betydning. Det er ofte en fordel å bruke mer tid på forberedelser og analysering av intervjuene, og i stedet ha et mindre antall intervjuer. Man kan også si det slik at intervjuer kan gjennomføres fram til ytterligere intervjuer ikke gir noe nytt til studien (Kvale et al., 2009). I denne studien tenkte jeg at 4-5 deltakere til et kvalitativt forskningsintervju skulle være passende, men at jeg skulle være åpen for flere dersom jeg så at materialet ikke ble tilfredsstillende stort.

### 3.1 Kvalitativt intervju

Gjennom et kvalitativt forskningsintervju søker man å forstå verden sett fra intervjuobjektets side. Målet er dermed og få frem betydningen av deres erfaring og opplevelser av verden (Kvale et al., 2009). Kunnskapen produseres gjennom interaksjon mellom intervjuperson og intervjuer i et kvalitativt forskningsintervju. Kvaliteten på intervjuers ferdigheter og kunnskaper har betydning for kvaliteten på det produserte data i et intervju. Dette fordi kunnskap om temaet kreves for å kunne stille de gode oppfølgingsspørsmålene under selve intervjuene (Kvale et al., 2009). For å få frem helsesøstrenes erfaringer med å arbeide med spedbarnskolikk, var kvalitativt intervju en passende metode for min studie.

### 3.2 Egen forforståelse

Kvalitativ forskning preges av en nærhet mellom forsker og informantene eller forskningen. Dermed vil forforståelsen til forskeren kunne prege hvordan forskningen gjennomføres. Det vil si at forskerens personlige bakgrunn, politiske syn og egne erfaringer vil kunne påvirke valget av metode, teori og analyse. Erfaringer med temaet kan også sees på som en ressurs til forskningen. Det avhenger av at man gjør rede for hvordan den erfaringen vil kunne virke inn på forskningsarbeidet og at en har det i minnet når en skal analysere dataene (Tjora, 2012).

Som utdannet helsesøster så har jeg en forforståelse om temaet spedbarnskolikk som kan ha preget forskningen. Jeg har fagkunnskap om temaet og har møtt dette selv i praksis, med de erfaringene det ga meg. Jeg har vært oppmerksom på min egen forforståelse gjennom hele prosessen og har gjort mitt beste for å legge til side egne erfaringer og se åpent på hva informantene har av erfaringer, spesielt under analyseringen av de transkriberte intervjuene. Samtidig vet jeg at dette kan ha påvirket mine valg underveis, med hensyn til hvilke spørsmål jeg stilte til informantene og hvilke temaer jeg gikk videre på i analysen. I følge

Malterud (2011) er forforståelsen alltid med forskeren på måten han, eller hun, samler og leser data på. Det handler om erfaringer, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen forskeren har ved begynnelsen av et prosjekt. Samtidig er forforståelsen en viktig del av det som gir forskeren motivasjonen for å komme i gang med forskningen rundt ett bestemt tema (Malterud, 2011).

### 3.3 Utvalg/rekruttering

Jeg ønsket å intervju 4-5 helsesøstre som jobbet på helsestasjonen med barn 0-5 år. For å sikre at de hadde erfaringer med temaet spedbarnskolikk, så ønsket jeg å intervju de som hadde minimum tre års erfaring på helsestasjonen. Jeg sendte mail til øverste leder for den sektoren helsestasjonen lå under i to kommuner. Jeg presenterte meg og min studie, og spurte om tillatelse til å kontakte ledende helsesøster i kommunene. Dette fikk jeg raskt positivt svar på. Videre sendte jeg mail til de ledende helsesøstrene med spørsmål om de kunne videresende forespørsel og informasjon til aktuelle helsesøstre på helsestasjoner i deres kommune. Jeg sendte informasjonsskriv som vedlegg (se vedlegg 3). Her kunne helsesøstre som kunne tenke seg å delta finne kontaktinformasjon for å melde sin interesse. Jeg fikk positivt svar fra ledende helsesøstre og beskjed om at de skulle videresende forespørselen. Det tok lengre tid enn jeg først hadde forventet å få tak i helsesøstre som kunne tenke seg å stille til intervju. I den ene kommunen fikk jeg en kontaktperson som skulle hjelpe meg å få tak i informanter. Etter flere uker hadde jeg til sammen fått tak i tre helsesøstre. Jeg så meg da nødt til å kontakte en ny kommune for å få tak i minimum en, helst to helsesøstre til. Jeg kontaktet den kommunen på samme måten som de førstnevnte. Etter to uker hadde jeg fått en helsesøster til som kunne stille til intervju. Med begrunnelse i vansker med å få informanter og tidsaspektet, valgte jeg å ikke kontakte flere helsesøstre.

### 3.4 Gjennomføring av intervju

Det er viktig at informantene på forhånd blir informert om formålet med studien og hvordan det er tenkt gjennomført. De skal også vite om eventuell risiko eller fordel med å delta i studien. Informert samtykke handler om å sikre at informantene deltar frivillig, at de vet hva de deltar på og at de er klare over retten de har til å trekke seg fra studien når som helst (Kvale et al., 2009). Dette ble skrevet i et informasjonsskriv og et samtykkeerklæringskjema (se vedlegg 3 og 4) som ble sendt som vedlegg på mail når jeg avtalte tidspunkt for intervju med hver enkelt helsesøster. Dette for at de skulle ha mulighet til å lese gjennom det før

intervjuet. Samtlige av de ønsket at samtykkeerklæringsskjema ble tatt med for utfylling til intervjuet. På forhånd hadde jeg planlagt å sende dette i posten med ferdig utfylt og frankert konvolutt, men de syntes det var lettere å lese gjennom det de fikk på mail og så fylle det ut på intervjudagen.

Det kan være hensiktsmessig å prøve ut intervjuguiden for å få den mer under huden, og dermed klare å løsrive seg mer fra den under intervjuene (Tjora, 2012). Det ble derfor gjennomført et prøveintervju med en helsesøster før intervjurundene startet. Etter prøveintervjuet ble jeg oppmerksom på at spørsmålene ikke ga så lange og utfyllende svar som jeg hadde håpet på. Dermed ble intervjuguiden (se vedlegg 5) revidert og det ble tilføyd flere eventuelle oppfølgingsspørsmål. Disse satte jeg bak hovedspørsmålene slik at de skulle bli lettere å benytte dersom de trengtes. Jeg så også at jeg måtte passe på å gi informantene mer tid til å svare utfyllende, og vente litt før jeg kom med neste spørsmål. Etter hvert i intervjurundene lærte jeg også at det å tørre å la det være noen sekunder stillhet kunne føre til at helsesøstrene snakket videre om temaet av seg selv, og dermed kom med interessante erfaringer.

Det anbefales, for å få informantenes nøyaktige beskrivelser, at man benytter lydopptaker under intervjuene. Dette for å sikre kvalitet på datainnsamlingen. Dersom man ikke benytter dette kan dataene bli farget av forskerens hukommelse og personlige syn (Polit and Beck, 2012). En lydopptaker gjør at forskeren kan konsentrere seg om den som snakker, og prøve å skape en god flyt i intervjuet. Den gjør det også lettere for forskeren å be om utdypende eller oppklarende svar, ettersom det er lettere å følge med på det som blir sagt (Tjora, 2012). Man må innhente tillatelse fra informantene for å kunne benytte seg av lydopptaker under intervjuet. Det skal da opplyses om hvordan man har tenkt å oppbevare opptakene, samt hvordan de skal brukes og hvor lenge de skal bli oppbevart før de blir makulert (Tjora, 2012). Dette informerte jeg om i informasjonsskrivet som ble sendt til helsesøstrene (se vedlegg 3) samt at jeg spurte informanten om tillatelse til å bruke lydopptaker før selve intervjuet startet.

Selve intervjuene hadde en varighet på mellom 40 og 65 minutter. Tre av intervjuene ble gjennomført på et kontor på helsestasjonen som helsesøstrene hørte til, mens ett intervju ble gjennomført hjemme hos informanten. Dette var etter deres eget ønske. Intervjuene ble innledet med en gjentakelse av informasjonen som de hadde fått på informasjonsskrivet. Jeg

ønsket også å vite hvor lenge det var siden de ble utdannet helsesøster og hvor lenge de hadde jobbet som helsesøster på helsestasjonen. Dette fordi det kunne ha betydning for de erfaringene de delte. Intervjuguiden, bestående av mest åpne spørsmål, ble benyttet under intervjuene. Det var noe forskjell på hvor lange svar informantene hadde til hvert spørsmål, og om de kom inn på noen av spørsmålene jeg hadde på egenhånd. Stort sett opplevde jeg at intervjuene hadde fin flyt, og at helsesøstrene kom med mange erfaringer som svar på mine spørsmål. Noen ganger ble ikke spørsmålene så åpne som det jeg hadde planlagt på forhånd, spesielt dersom helsesøsteren ikke helt forstod spørsmålet. De gangene spørsmålene ble noe ledende snakket informantene videre om temaet av seg selv, så jeg mener det ikke hadde stor betydning for svarene jeg fikk. Jeg prøvde å være oppmerksom på hvordan jeg ga tilbakemeldinger under intervjuet. Det ble en del nikking, eller ”ja, mhm, nei”. Dette ble for meg en naturlig respons på det informantene sa.

### 3.5 Transkripsjon

Etter intervjuene var gjennomført, måtte de transkriberes. Det vil si å skrive ned hele intervjuet ut fra lydopptaket man gjorde. Her anbefales det å være mest mulig nøyaktig, og gjengi det opprinnelige materialet. Dette for å få fram informantenes erfaringer og meninger på en god måte. Men man må vurdere om man skal ta med alle pauser og skrive alt som ble sagt helt ordrett. Det kan føre til en mindre forståelse av teksten enn den forståelsen man hadde under intervjuet. I de fleste tilfeller bør man redigere teksten i noen grad når man transkriberer. Men man må være klar over at all kontakt forskeren har med materialet setter spor. Dette kan påvirke meningen i teksten på ulike måter (Malterud, 2011).

Jeg transkriberte etter hvert enkelt intervju. Dette var et tidkrevende arbeid hvor de fire intervjuene til sammen kom på 58 sider. Det transkriberte materialet ble i stor grad en nøyaktig gjengivelse av intervjuet. Det eneste som ble kuttet bort var noen avbrytelser og noen ”eh, ja, nei” som jeg syntes skapte en dårligere forståelse av teksten. Stedsnavn og andre utsagn som kunne avsløre hvilke kommuner jeg hadde vært i og hvilke helsesøstre jeg hadde intervjuet, ble selvsagt også kuttet bort. Jeg valgte å skrive intervjuet om til bokmål for å sikre informantenes anonymitet.

### 3.6 Analyse

Etter transkribering skulle intervjuetekstene analyseres. Under analysen skal man organisere rådata, velge ut deler av materialet man vil konsentrere seg om, for så å fortolke og sammenfatte det til resultater. Man må da stille spørsmål til materialet man har skaffet seg, med problemstillingen som utgangspunkt. De svarene man leter etter viser seg som mønstre og kjennetegn. Disse kan man gjennom kritisk refleksjon finne fram til. Resultatene skal man bruke til å drøfte opp mot eksisterende teorier. Her er det også viktig at forskeren tar stilling til sin egen rolle, og eventuelle betydning av denne, gjennom alle ledd i forskningsprosessen. Analysen skal gjennomføres slik at andre kan forstå de konklusjonene som blir tatt. Det er viktig å gjøre rede for hvilken analysestrategi man benytter og hvilket fokus man har underveis i prosessen (Malterud, 2011).

I analysen av den transkriberte teksten fra intervjuene, har jeg benyttet meg av Malterud (2011) og hennes systematiske tekstkondensering. Her foregår analysen i flere steg. Jeg begynte med å skaffe meg et helhetsinntrykk, altså bli kjent med materialet. Det vil si at jeg leste igjennom den skrevne teksten fra intervjuene. Her var det viktig å prøve å se bort fra min forforståelse og teoretiske referanseramme, slik at jeg var åpen for de inntrykk teksten kunne gi (Malterud, 2011). Ut fra dette satt jeg igjen med fem foreløpige temaområder som gikk igjen i intervjuene; ”kolikkdiagnosen”, ”fokus, råd og oppfølging”, ”Utfordringer som helsesøster”, ”Foreldrenes forventninger og holdninger – negative tanker” og ”lært å se andre årsaker til uro/gråt”.

Neste steg var å organisere delene av materialet som jeg skulle se nærmere på. Det vil si å skille ut det som var relevant og som kunne tenkes å belyse den problemstillingen jeg har til studien. De tekstbitene jeg skilte ut kalles meningsbærende enheter. Dette skulle organiseres ved hjelp av koding. Det vil si å sette en ”merkelapp” på for å kunne samle de tekstbitene som har noe til felles. Jeg merket tekstbitene med forskjellige farger etter hva de handlet om og laget en kode som jeg skrev bak hver tekstbit. Kodene ble en forkortelse av hva tekstene handlet om. Disse kodene ble valgt ut med de foreløpige temaområdene i bakhodet, og ble organisert under fem forskjellige kodegrupper (Malterud, 2011). Det ble satt inn i et system for å lettere kunne holde oversikten over de enkelte kodene, og for å kunne se dersom noen enheter skilte seg ut fra de andre eller hørte til under en annen gruppe. Dermed var alle sidene

med tekst fra transkriberingen redusert til fem kodegrupper med meningsbærende enheter som skulle analyseres videre.

Det tredje trinnet i analyseringen var å arbeide videre med kodegruppene. Ut fra kodegruppene lager man nye subgrupper etter hva de inneholder. Ut fra disse skulle det lages et kondensat, som i følge Malterud (2011), er et kunstig sitat. Målet var å hente ut mening i tekstbitene jeg hadde valgt ut. Kondensatet skulle omsette det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene til en mer generell form. Det fjerde, og siste trinnet i analysen var å sette bitene sammen igjen. Dette kalles å rekontekstualisere (Malterud, 2011). Da skulle jeg sette sammen det jeg hadde funnet i form av gjenfortellinger. Dette skulle kunne danne grunnlag for nye beskrivelser som kunne deles med andre. Denne sammenfatningen skal være lojal overfor informantenes utsagn (Malterud, 2011). Av disse sammenfatningen skal det utvikles kategorier som skal danne grunnlag for underavsnittene i resultatkapittelet. Jeg kom til slutt frem til fire kategorier; ”medisinsk tenkning og praktisk forståelse av kolikk”, ”Helsesøsters håndtering av kolikk”, ”helsesøsters møte med foreldrene” og ”helsesøsters utfordringer i møte med familiene”, Disse kategoriene blir presentert i kapittel 4 – ”Resultater”, der den siste kategorien; ”helsesøsters utfordringer i møte med familiene” blir presentert som et underpunkt av kategorien ”helsesøsters møte med foreldrene”. Kategoriene blir presentert sammen med enkelte sitater som eksempler på utsagn helsesøstre kom med under intervjuene. I følge Malterud (2011) er sammenfatningen de egentlige resultatene, men sitater og eksempler kan brukes til å vise nyanser i den analytiske teksten (Malterud, 2011). Det fremkommer mange ulike funn i resultatdelen på denne studien. Alle disse funnene vil ikke nødvendigvis komme like tydelig frem i drøftingen, da et utvalg av de funnene som anses som de viktigste vil bli drøftet.

### 3.7 Ethiske overveielser

Når det gjelder etisk aktsomhet, har det betydning hvilke personer som skal intervjues. Det må tenkes igjennom om det er en sårbar gruppe, og om de spørsmålene som skal stilles omhandler sensitive temaer (Malterud, 2011). Informantene i denne studien er helsesøstre som jobber på helsestasjonen. Ettersom spørsmålene omhandler deres erfaringer rundt å jobbe med spedbarnskolikk, tenker jeg at det hensynet er godt ivarett.

Det stilles strenge krav til informert samtykke før informantene intervjues. Dette for å sikre at de vet hva de deltar på, og hvordan opplysningene de gir vil bli brukt (Malterud, 2011). Dette innebærer at informantene skal informeres om undersøkelsens overordnede mål, og mulige risikoer og fordeler ved å delta (Kvale et al., 2009). I min studie ble informantene på forhånd informert om tema og problemstilling, anonymisering og mulighet til å trekke seg underveis i studiet. Dette fikk de informasjon om gjennom et informasjonsskriv og samtykkeerklæringsskjema sendt via e-post før intervjuet. De skrev under på skjemaet før intervjuet begynte (se vedlegg 4).

Datamaterialet skal oppbevares nedlåst og utilgjengelig for utenforstående. Dette har Datatilsynet regler og prosedyrer på (Malterud, 2011). Datamaterialet omfatter både papirmateriale og elektroniske data. Ettersom det underveis i en forskningsprosess kan oppstå situasjoner der filer eller utskrifter kan komme på avveie, som ved tyveri, forveksling eller tap, skal tekst for analyse og persondata om deltakerne oppbevares adskilt (Malterud, 2011). Dette har blitt praktisert gjennom hele studien. Navnelister og koblingsnøkkel har blitt oppbevart atskilt fra øvrige data. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, og deres krav til samtykke og informasjon har blitt fulgt (Personvernombudet, 2012). (Se vedlegg 1). Etter endt studie skal navnelister/koblingsnøkkel, lydfiler og transkripsjon destrueres.

### 3.8 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet handler om hvor pålitelige resultatene i en studie er. Her er transkripsjonens pålitelighet vesentlig. Det kan forekomme fortolkningslementer i et transkripsjonsmateriale som kan gi forskjellig betydning hos den eller de som utfører arbeidet. Bare det å sette komma og punktum i den skrevne materialet er en fortolkningsprosess (Kvale et al., 2009). Jeg har selv utført intervjuene og transkribert etter hvert enkelt intervju. Jeg har da hatt intervjuene friskt i minne, noe som var til hjelp de få gangene det var vanskelig å høre nøyaktig hva som ble sagt av lydopptaket. Jeg har også hørt gjennom lydopptakene flere ganger, samt stoppet opp og gått tilbake dersom noe var uklart. Jeg er derfor trygg på at transkripsjonene er pålitelige og gjengir det informantene sa under intervjuene.

Validitet handler om relevans eller gyldighet. Forskeren må spørre seg selv om metoden som er brukt i forskningen representerer en relevant vei til kunnskap som kan belyse

problemstillingen (Malterud, 2011). Dersom forskeren ikke har valgt en relevant metode, så kan en ikke forvente at resultatene skal gi gyldige svar. Forskeren må, i tillegg til å stille spørsmål om relevans til formuleringen av problemstillingen, også stille spørsmål om relevans til utvalget, datainnsamlingen, den teoretiske referanserammen, analysemetoden og presentasjonsformen (Malterud, 2011). Det handler om hvorvidt studien undersøker det den er ment å skulle undersøke (Kvale et al., 2009). I min studie har jeg gjort rede for alle valg som er tatt underveis i prosessen. Jeg har presentert hvilken vitenskapelig tilnærming jeg har vært inspirert av, samt hvordan jeg har skaffet informanter, gjennomført intervju, transkribert og analysert materialet. Jeg har hele tiden hatt et kritisk blikk i forhold til mine valg når det gjelder samtlige punkter, da jeg vet at det er av stor betydning for gyldigheten til studien. I følge Tjora (2012) handler gyldigheten om hvorvidt de svarene vi finner i forskningen, faktisk er svar på de spørsmålene vi forsøker å stille. Dette har jeg hatt i tankene og det ble jobbet mye med intervjuguiden før intervjurundene. Dette for å gjøre spørsmålene gode i forhold til det å få frem flest mulig av helsesøstrenes erfaringer med å jobbe med kolikk. Prøveintervjuet som ble gjennomført før selve intervjurunden begynte hjalp meg også i forhold til dette, da jeg så at noen av spørsmålene ble litt uklare.



## 4.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres helsesøstrenes erfaringer med å jobbe med spedbarnskolikk. Resultatene kommer i form av gjenfortellinger fra de transkriberte intervjuene og vil bli belyst med enkelte sitater underveis.

### 4.1 Kort om informantene

De fire informantene var kvinnelige helsesøstre som jobbet på helsestasjon med barn 0-5 år. De hadde jobbet som helsesøstre 12-21 år, og hadde 4,5 - 17 års erfaring fra helsestasjonsarbeid. Jeg velger videre å bruke betegnelsen ”helsesøster” i stedet for ”informant” i oppgaven. Dette fordi det kan skape en større nærhet til materialet.

### 4.2 Medisinsk tenkning og praktisk forståelse av kolikk

Helsesøstre sa i utgangspunktet at de forholdt seg til definisjonen på spedbarnkolikk fra Wessel, som vektlegger en gitt varighet på gråten over en viss periode. Barnet gråter uten kjent årsak og gråten gjentar seg til faste tidspunkter på døgnet. En helsesøster beskrev det klassiske kolikkbarnet som et utrøstelig barn som tydelig trekker beina opp under seg og blir stiv i kroppen. Det betegnes som en sjelden diagnose etter definisjonen kolikk, og helsesøstre sa at det aller først må utelukkes eventuelle andre plager eller tilstander barnet kan ha. Luft smerter, som barn kan ha, og kolikk er to forskjellige ting. En helsesøster sa at noen kan være raske med å kalle spedbarnsgråt for kolikk, uten at det er kolikk etter definisjonen.

*”De synes at barnet har kolikk og så passer det ikke inn i denne teorien, så støtter jeg de på at det er kolikk smerter, altså luft smerter, barnet har, men definerer ikke nødvendigvis det som kolikk.”*

Kartlegging av barnet og situasjonen rundt ble ansett som viktig. Helsesøstre snakket om at det var mye som, på folkemunne, kunne kalles kolikk uten at det passet inn i definisjonen av det. Det er normalt at et barn gråter, og noen foreldre kunne ha et urealistisk syn på hva som er normalt. Helsesøstre mente også at det vanligvis er det første barnet som får kolikk. En helsesøster sa at kolikk ofte brukes som en samlebetegnelse for intens gråt, og sees på som en udefinerbar magevondt. En annen sa at hun måtte se på hele sammensetningen før hun tenkte at det kunne være kolikk, det inkluderte foreldrenes opplevelse av situasjonen og hvordan

foreldrene var. Hun sa videre at hun begynte ikke å argumentere mot slitne foreldre og fortelle at det ikke kunne være kolikk fordi det manglet en halvtime med gråt en dag. En helsesøster sa også at hun hadde fått et endret syn på kolikk opp gjennom de årene hun hadde jobbet som helsesøster. Hun mente at det forekom hyppigere før, og satte spørsmålsteget ved om det kunne ha sammenheng med at mange flere gravide og mødre røykte før. Hun sa også at det kanskje lettere ble kalt kolikk tidligere, når det egentlig var noe annet.

*”I praksis trenger det ikke å være definisjonen kolikk, men hele sammensetningen med hva som skjer både i samspillet og hva det utløser hos barnet og hos foreldrene. Så tar vi det jo på alvor, vi trenger ikke å forholde oss sånn til definisjonen.”*

Helsesøstrene var opptatte av å prøve finne en forklaring til kolikken. En helsesøster sa at det kunne være andre årsaker enn kolikk til at et barn gråter mye, uten at det lå en klar medisinsk årsak bak. Hennes tanker var at det tidligere ble satt en kolikkdiagnose dersom det ikke ble funnet noe annet som feilte barnet. Nå var fokuset ett annet. Nå kunne de mer se at et barn kunne ha reguleringsvansker og trenge hjelp i forhold til det.

*”Jeg tror mange ganger de her barna som gråt kjempemasse var kanskje urolige spedbarn som ikke klarer å regulere seg selv. Tidligere var det lett å si, når somatiske grunner var utelukket, at det nok er kolikk og komme med alle rådene i forhold til det.”*

Det kom også frem at det kunne være mor som var usikker eller utrygg i sin rolle som omsorgsperson, noe som igjen kunne gi et urolig barn. Samtidig fortalte en helsesøster at de hadde ett større fokus på samspillet mellom barnet og foreldrene, og det å ikke overstimulere barnet. Hun mente det hadde vist seg å ha blitt mindre av den intense gråten ved mindre stimuli av barnet. En av helsesøstrene snakket videre om dette med barnets medfødte reflekser og at det kunne gi en forsterking av uroen hos barnet dersom refleksene slo ut. Hun snakket om at barnet trengte hjelp til å samle seg for lettere å kunne finne roen.

*”Det har blitt så mye mindre når vi har fortalt dem om mindre stimuli. For det er klart at når barnet hylskriker så prøver du tv på, lyder på, synging og så gjerne sånn hopping og så går rundt omkring. Og øynene til disse små går i ball og de klarer ikke å skjerme seg for stimuli.”*

#### 4.3 Helsesøsters håndtering av kolikk

Helsesøstrene var opptatte av at tiltak som skulle prøves måtte skje på foreldrenes premisser. Det ble fokusert på å respektere deres valg, og om de trodde at tiltaket var gjennomførbart.

Dette mente helsesøstrene var viktig for hvordan foreldrene og barnet kom seg i gjennom tiden med spedbarnskolikk. En helsesøster snakket om viktigheten av å anerkjenne foreldrenes opplevelser rundt barnet. Hun sa at det handlet om å høre på hva de hadde å si, og la de få komme med sine frustrasjoner rundt situasjonen, før helsesøsteren kom med forslag på tiltak.

*”Det er respekten vi skal ha for det de står for og det de gjør, og så må du akseptere det dersom de velger en annen vei – så lenge det er omsorg for barnet de gir...”*

En annen var opptatt av at foreldrene skulle ha lov til å ikke være eksperter på egne barn. Hun sa at de hadde blitt flinkere til å ikke si til foreldrene, slik som det ble gjort tidligere, at det var de som var ekspertene på deres barn. Dette fordi de hadde fått tilbakemelding fra foreldrene på at det ikke føltes noe godt. Helsesøsteren sa at foreldrene ikke alltid følte seg som eksperten på barnet sitt, og at de ønsket hjelp fra helsesøsteren til å bli bedre kjent med barnet. Helsesøstrene sa de hadde stort fokus på at foreldrene ble bevisste på hvor viktige de var for barnet og hvor unike de var for hverandre.

*”Man må styrke de på at de er gode nok omsorgspersoner for barnet og at de er unike for nettopp deres barn!”*

En av helsesøstrene fortalte at hun, for å kunne skape en god dialog og ett godt tillitsforhold til foreldrene, måtte forstå hvor tungt de hadde det. Hun sa videre at det kunne være en slitsom start på livet med et lite barn, og en stor omstilling for foreldrene. Helsesøstrene mente at det oftest var det første barnet som fikk kolikk, og at de første månedene etter fødselen dermed kunne bli helt annerledes enn foreldrene hadde sett for seg. De var opptatte av å skape forståelse for følelsene. Det gjaldt de følelsene foreldrene hadde for barnet, for hverandre og for livet som nybakte foreldre. Helsesøstrene sa at de måtte oppmuntres til å snakke med hverandre om både glede og frustrasjoner, og tørre å sette ord på følelsene.

*”Jeg lar alltid foreldrene prate ferdig om frustrasjoner og alle tankene før – det må jeg si, jeg begynner ikke med noe tilknytning og samspill før jeg virkelig har forstått de på hvor tungt og vanskelig og utfordrende de har det...”*

En av helsesøstrene snakket om viktigheten av å være oppmerksom på at det å få et barn med spedbarnskolikk kunne gi en større risiko for samspillsvanser og dårlig tilknytning mellom

barnet og foreldrene. Hun sa at foreldrene ble slitne, og barnet ga kanskje dårligere blikkontakt enn normalt, noe som kunne føre til samspillsvansker. Når barnet hadde en rolig tid på døgnet, kunne det være at foreldrene ga lite stimuli på grunn av redsel for at barnet skulle begynne å gråte igjen. Helsesøsteren mente det var viktig å være oppmerksom på dette og snakke med foreldrene om temaet. Hun sa det var viktig å styrke foreldrefølelsen og øke tilknytningen mellom dem og barnet. Dette ved å hjelpe dem med å se de små tegnene barnet ga og vise hvor flink barnet faktisk var. Det kunne da bli lettere for foreldrene å fokusere på de små gledene et lite barn kan gi. En av helsesøstrene sa at hennes mål som helsesøster var å stå sammen med foreldrene, slik at de følte de kunne snakke med henne om hva som helst.

*”Mitt mål det er å stå sammen med de, altså målet mitt er jo at de skal bli så fortrolige med meg at de skal tørre og si sine tanker. Bare det og dele det og ikke ha det sittende fast i hodet hjelper...”*

#### 4.3.1 Råd og oppfølging

Helsesøstrene var delte i forhold til hvilke råd de ga til foreldre med kolikk. En av dem sa at de gamle rådene, som tidligere ble gitt på helsestasjonen, var borte. Fokuset nå var mer på å støtte foreldrene, og la barnet få hjelp til å bli trygg og finne seg selv. Hun ga aldri råd om støvsugerlyder, bilkjøring eller lignende lengre. En annen sa at den stimuli som eventuelt skulle gis burde være monoton, og trakk frem nettopp disse rådene som støvsugerlyder og bilkjøring. Alle helsesøstrene trakk fram brosjyre om spedbarnskolikk fra apoteket som et redskap de benyttet under konsultasjonen. Samtlige nevnte også kolikkmassasje som et tiltak som kunne ha positiv effekt på barnet. Det samme gjaldt linning av barnet. Dette fordi linning hjalp barnet å samle seg, og barnet slappet bedre av. Helsesøstrene sa at de tidlig kartla hva som var prøvd ut av forskjellige råd og tiltak, hvilket nettverk familien hadde, og hvilke tanker og følelser foreldrene hadde rundt situasjonen. De hadde erfaring med at mange hadde prøvd ut forskjellige råd før de kom til helsestasjonen. Det kunne være råd foreldrene hadde fått fra nettverket sitt, eller noe de hadde lest på nettet. Noen av rådene kunne være gode råd, lik de som ble gitt på helsestasjonen, mens andre ikke hadde så mye for seg. Det viktigste, mente en helsesøster, var at foreldrene hadde troen på at noe virket, at det kunne gjøre en forskjell for dem. Hun sa at som helsesøster så kunne man bare håpe på at ett av rådene skulle virke.

*”Er det ufarlige ting så er det jo greit å prøve det... – og troen den hjelper oss mange ganger veldig mye. Så lenge barnet er hjulpen og ting ikke er farlig for barnet, så er det ikke noe problem og prøve det ut...”*

En av helsesøstrene sa at kostråd til mor kunne være viktig. Dette fordi mange mødre trodde at de ikke kunne spise noen ting uten at barnets mage ble påvirket. De hadde ofte hørt fra forskjellige hold at mange matvarer kunne gi barnet luft i magen, og valgte derfor å holde seg unna dette for å unngå at barnet fikk større plager enn det allerede hadde.

*”Stakkars noen mødre, de kommer jo her og drikker vann og spiser tørt knekkebrød – de tør jo ikke spise noen ting. Så det med kostråd til mor er også kjempeviktig”*

Sukkervann kan, i følge helsesøstrene, ha god effekt på barn med kolikk. En av de sa at de hadde blitt litt restriktive på bruk av sukkervann fordi de hadde opplevd og hørt at det hadde blitt brukt som en form for beroligende til urolige spedbarn. De hadde fått vite om mødre som ga barna sine sukkervann mens de var på kafé, for at barnet skulle være rolig og fornøyd. Hun sa videre at de derfor hadde blitt påpasselige med å si at sukkervann kun skulle benyttes i medisinsk øyemed.

Helsesøstrene var opptatte av å dra fram det positive dersom de kom til det at alle råd var prøvd ut, og ingenting hadde vist seg å ha effekt på barnet. En helsesøster sa at det alltid vil være noe positivt med et lite barn, og da gjaldt det å få fokuset over på dette. Da måtte foreldrene bli minnet på å ta vare på de gylne stundene, og det å ta bilder av barnet når det var rolig og de hadde en fin stund sammen. Hun sa at det kunne være fint å ha i minnet, eller kunne se på bildene når det står på som verst.

*”Det er en trist utvikling som kan skje hvis ikke vi er der og på en måte hjelper de med å dra fram det som er bra, det som er positivt. Uansett hvor trist det er, så er det alltid noe som er positivt med en liten baby – et lite glimt, et blick mot mor, ikke sant ”se som han ser på deg, det er deg han liker best” ...”*

Flere av helsesøstrene sa at oppfølgingen av disse familiene ble gjort ut i fra hvordan timeboka ser ut. En annen sa at det ikke var noe problem i den kommunen hun jobbet i. Der ble de minste prioritert uansett, slik at hun alltid hadde tid til oppfølging av familier der et barn hadde spedbarnskolikk. Helsesøstrene sa at det ikke var alle som trengte den samme oppfølgingen. Dette var noe de så an fra familie til familie. Da så de på hvor slitne eller

robuste foreldrene virket, hvordan nettverket rundt dem var og selvfølgelig hvilket behov foreldrene selv ga uttrykk for.

Helsesøstrene sa at de var opptatte av å være oppsøkende og på tilbudssiden i forhold til foreldrene. De mente foreldrene trengte oppmuntring, og at de hadde behov for å møte en helsesøster som var oppriktig interessert i å hjelpe.

En helsesøster sa at de, på helsestasjonen, hadde fått et større fokus på at foreldrene tidlig skulle lære å bli kjent med barnet sitt. De ønsket å komme foreldrene i forkant og vise dem hvordan de skulle tolke urolige barn. Helsesøsteren sa at det kunne være små tegn et barn ga som respons, noe som ikke var så lett å se dersom du ikke visste hva du skulle se etter. Hun mente at det handlet om å styrke tilknytningen mellom barnet og foreldrene på et tidlig tidspunkt.

*”NBO (newborn behavioral observation) som vi bruker i vår kommune er på en måte første ledd på å sensitivisere foreldrene. I forhold til at de skal lære seg til å se og tolke barnet sitt. Og den er verdifull i forhold til å nærme seg foreldrene, og på en måte komme de i forkant og få vist de og hjulpet de med hvordan de skal tolke et urolig barn. Det handler om å komme inn så tidlig som mulig i forhold til den her tilknytningen, og det at de ikke skal få utvikle negative følelser overfor barnet sitt...”*

En annen helsesøster snakket om viktighet av å snakke med foreldrene om det å ta tur, slik at det ikke ble den ene forelderen som tok det meste med barnet og den andre ikke slapp til. Hun sa videre at det var viktig at foreldrene var innstilte på å ta imot hjelp. Hun oppfordret også dem til å snakke om frustrasjoner dem i mellom. Hun sa at foreldrene ble slitne av å ha et barn med kolikk, og det kunne være at de gikk rundt og irriterte seg over noe den andre gjorde. Hun hadde, for eksempel, hørt flere ganger at far hadde stilt spørsmålstegn til hva mor hadde spist når barnet begynte å gråte. Da, mente helsesøsteren, ble det viktig for foreldrene å kunne snakke om dette slik at det ikke bygde seg opp frustrasjoner mot hverandre.

En helsesøster sa hun hadde et stort fokus på å styrke det som var positivt i situasjonen, det foreldrene gjorde bra. Dersom det var noe som de gjorde som burde vært gjort annerledes, mente helsesøsteren at det var en fordel å veilede forsiktig i forhold til det, i stedet for å si til foreldrene at de gjorde noe feil.

Noen ganger når foreldrene hadde prøvd ut alle råd, sa en helsesøster at hun kunne føle seg tom for ideer. Da brukte hun å hente en kollega for eventuelt å få nye innfallsvinkler. På den måten så foreldrene også at det kanskje ikke var mer å prøve ut, og at de bare måtte holde ut og fokusere på det som var bra og positivt, og være flinke til å bruke nettverket rundt seg.

#### 4.4 Helsesøsters møte med foreldrene

En av helsesøstrene sa at hun ikke følte at foreldrene kom til helsestasjonen og forventet at hun skulle være en tryllekunstner som bare kunne trylle bort kolikken. Foreldrene hadde som oftest en realistisk forventning til hva hun kunne hjelpe de med. Helsesøstrene snakket alle om betydningen av hvilke typer foreldre det var for hvordan de taklet situasjonen. Hvor stort nettverk de hadde rundt seg og hvor robuste foreldrene var, mente helsesøstrene også hadde stor betydning.

De snakket om at holdningene til foreldrene var forskjellige. Noen tok lett på det og sa at det var nå slik det var, de hadde prøvd det og det og visste at det kom til å gå over etter en stund. De utnyttet mulighetene til å kose seg sammen i de rolige stundene. Andre visste ikke hvordan de skulle klare det, og syntes det var en stor påkjenning for hele familien. Som helsesøstre var de opptatte av å høre hva det å ha et barn med kolikk gjorde med foreldrene. De spurte om hvilke tanker de fikk når barnet gråt og hvordan de taklet situasjonen. Helsesøstrene sa det kunne være tøft for mange å gi barnet den optimale omsorg.

*”Det å klare å gi den optimale omsorgen som barnet har behov for når det står på, det er jo noe av det tøffeste en nybakt mor kan møte...”*

Foreldrene ble ofte helt utslitte av mangel på søvn og av den intense gråten, og en av helsesøstrene sa at hun flere ganger hadde hørt fra foreldre ”jeg er ikke god nok for barnet mitt”. De følte at de ikke strakk til, de klarte ikke å roe barnet, og dermed følte de at de ikke var en god mor eller far. Hun sa at foreldrene synets det var vondt å se at barnet deres hadde det vondt, og de ville ha hjelp til å hjelpe barnet.

Helsesøstrene erfarte at flere foreldre sa de fikk negative tanker om barnet sitt. Det kunne være at de bare hadde lyst til å forlate barnet, men at fornuften holdt de igjen. Dette mente helsesøstrene kunne ha negativ innvirkning på tilknytningen mellom barnet og foreldrene.

*”Jeg hadde en mamma som sa; ”egentlig har jeg bare lyst til å legge han i fra meg og gå, bare forlate han. Men så var det fornuften som sa at det kan jeg jo ikke gjøre!” – men det var det hun hadde lyst til å gjøre...”*

En av de sa at hun hadde inntrykk av at noen foreldre ikke turte fortelle om eventuelle negative tanker de kunne ha om barnet. Det kunne være av redsel for å bli sett på som en dårlig mor eller far. Hun sa videre at hun hadde en gang en mor som, etter å ha fortalt om sine negative tanker overfor barnet, sa: ”nå tar du vel barnet i fra meg?”. Det var ikke hensikten, i følge helsesøsteren. Hun sa at hun ville hjelpe dem slik at de kunne bli best mulig foreldre til sitt barn.

Videre kom det frem at det ikke var alle foreldre som på forhånd hadde tenkt over hvordan hverdagen med en liten baby kunne bli. Når barnet da fikk kolikk, ble det en mye tyngre tilværelse enn de kunne forestilt seg. En helsesøster sa at hun opplevde at foreldrene var redde for å skade barnet sitt. De kunne være usikre på om de gjorde de rette tingene og om de klarte å gi barnet alt det trengte.

*”Foreldrene er ofte fortvilet, og de synes at de ikke klarer, at de ikke er gode nok. Noen kan trekke seg unna og tankene kan være at jeg klarer ikke dette, jeg ante ikke at det skulle bli sånn...”*

Helsesøstrene snakket med foreldrene om hvor mye et barn kan tåle. De snakket om det å riste et barn i ren fortvilelse og hva det kan gi av skader hos barnet. Barnets hode er stort og tungt i forhold til resten av kroppen, og barnet klarer ikke å holde det oppe helt selv de første månedene. Dette var noe helsesøstrene informerte foreldrene om. De snakket også med foreldrene om at dersom barnet blir ristet, kan det føre til alvorlige skader hos barnet. En helsesøster brukte å si til foreldrene at dersom de kjente på en slik fortvilelse; at det var like før de kunne komme til å riste barnet sitt når det gråt, ”så legg det i fra deg”. Hun sa at barnet tåler å ligge litt å gråte mens mor eller far tar en liten pustepause, og at barnet merker mor eller fars frustrasjoner på håndlaget deres.

*”Det er bedre å legge barnet ned og gå å ta en pustepause når de kjenner at de tar litt hardere i barnet sitt fordi de er så slitne...”*

En helsesøster sa hun snakket med foreldrene om hvordan de oppfattet barnet og hvilke følelser de kjente på. Hun mente det var viktig å snakke om eventuelle negative følelser. Det



for å unngå at foreldrene satt og holdt det for seg selv og fikk dårlig samvittighet overfor barnet på grunn av følelsene, samt fordi hun da kunne jobbe med det sammen med foreldrene og kunne hjelpe de med å se alle de positive sidene ved barnet. Hun sa videre at hun var usikker på om barnet opplever å bli tolket rett når kontakten mellom barnet og foreldrene blir dårlig.

*”Hvordan blir kontakten når mor er så sliten og har lyst til å gå fra barnet, kanskje blir barnet enda mer fortvilt og gråter enda mer – fordi han opplever ikke å bli tolket rett og få den støtten som han trenger...”*

Noen av helsesøstrene sa at de spurte foreldrene direkte om de ble sinte på barnet sitt når det gråt intenst. En av helsesøstrene sa at hun stort sett ikke spurte direkte om foreldrene opplevde å bli sinte på barnet sitt, men at hun tenkte det eventuelt ville komme naturlig fram i kartleggingen og under samtale om negative følelser. Hun sa at det var viktig for henne å ikke tre noe over hodet på foreldrene som ikke føles greit for dem. Hun sa videre at hun ønsket å skape en tillit slik at foreldrene følte at hun tok de på alvor og at hun oppriktig ønsket å hjelpe.

#### 4.4.1 Helsesøsters utfordringer i møte med familiene

En helsesøster sa at hun ofte følte at hun kom til kort når det gjaldt familier som opplevde spedbarnskolikk. Hun sa videre at hun hadde så lyst til å hjelpe mye mer enn hun hadde anledning til, og at det da kunne være tungt å stå på utsiden og se på at det ikke ble bra. En annen sa at hun støttet foreldrene så godt hun kunne, men at hun noen ganger ble sittende igjen med en følelse av maktesløshet. Hun følte på en fortvilelse på foreldrenes vegne når hun ikke klarte å hjelpe dem. Hun sa videre at hun noen ganger hadde kjent på en lyst til å ta barnet med seg hjem. Det fordi hun så at foreldrene sårt trengte en pause og en mulighet til å sove. Hun visste at det ikke var noe hun kunne gjøre, men hun hadde kjent på lysten til det.

*”Jeg kan kjenne meg maktesløs, for noen foreldre er maktesløse selv – og ikke mottakelige for veiledning. De er negative og sier dette klarer jeg ikke, dette har jeg ikke noe tro på...og da blir man litt sånn, hva i alle dager skal jeg gjøre nå? Det er utfordrende mange ganger...men så skal jo ikke jeg sitte å være like fortvilt!”*

Noen ganger, sa en helsesøster, når hun så hvor slitne og fortvilte foreldrene var, så fikk hun en dårlig følelse. Dette fordi hun visste at de fleste råd var prøvd ut, og at det sannsynligvis

ville fortsette en stund til. Hun sa at det kunne være vanskelig å motivere foreldrene til å fokusere på det positive i hverdagen. En annen helsesøster sa at hun flere ganger hadde sett hvor sårt det kunne være for foreldrene dersom barnet gråt mye, for så å bli stille dersom hun holdt han. Hun sa videre at hun var oppmerksom på at det kunne bli en bekreftelse for foreldrene på at de ikke var gode nok som foreldre, og at det dermed kunne gå hardt ut over deres selvfølelse. Hun mente det viste seg at dersom foreldrene var urolige og fortvilte, så kunne det forsterke barnets gråt. Årsaken til at barnet roet seg hos helsesøsteren, var i følge henne, at hun var rolig og skapte en følelse av trygghet. Dette syntes helsesøsteren det kunne være vanskelig å snakke med foreldrene om, ettersom de kunne bli såret og enda mer fortvilte.

*”Det er mange ganger vanskelig og litt trist. For foreldrene kan bli lei seg, faktisk, over at jeg kan roe et barn som de ikke klarer å roe. Så det kan være utfordrende å hjelpe de noen ganger...”*

Videre kom det fram fra en av helsesøstrene at hun var opptatt av å snakke med foreldrene om begreper brukt på folkemunne som kunne være misvisende. Hun mente for eksempel at begrepet ”snill” ofte ble brukt om et spedbarn. ”Er hun snill?”. Noen sa for eksempel at jenta var så snill at hun sov hele natten. Hva skulle man da si om de barna som gråt mye, var de slemme? Hun mente det ikke var slik at et spedbarn var snilt eller slem. Det handlet om at barnet var tilfreds eller om det hadde noen plager eller smerter.

*”Vi må hjelpe foreldrene med disse begrepene som folk bruker; er hun snill? Det er ingen barn som er født onde, de har bare vondt, ikke sant...”*

Hva hun skulle velge å fokusere mest på å jobbe med, var noe en av helsesøstrene syntes var vanskelig å bestemme. Det kunne være mange utfordringer hos den enkelte familie. Noen ganger var foreldrene ambivalente og visste ikke selv hva som var viktigst for dem. Det kunne være at mor var veldig sliten og følte at hun ikke strakk til på noen områder, barnet gikk lite opp i vekt, men samtidig ønsket mor å fullamme barnet. Det kunne være motstridende følelser som hun som helsesøster måtte hjelpe foreldrene å rydde opp i. Dette for at foreldrene skulle kunne komme fram til hva som var det viktigste for dem.

En helsesøster sa at det ikke alltid var så lett å skape rom for å følge disse familiene tettere. Hun hadde en timebok å forholde seg til, og det var vanskelig å finne den tiden hun kunne trenge. Hun sa at hun noen ganger rett og slett følte seg litt rådvill.

Det kom også frem at det ikke alltid var så lett å fremme foreldrenes mestring. Foreldrene kunne være slitne og ha vanskelig for å se noe positivt i situasjonen. Dersom foreldrene var negative til alt som ble foreslått av tiltak, syntes helsesøster det var vanskelig å opprettholde en optimisme selv. Familien, inkludert eventuelle søsken, kunne bli helt på felgen av å få et barn med kolikk. Foreldrene så det kanskje ikke selv dersom de vendte barnet fra seg. Det kunne være skadelig for tilknytningen mellom barnet og foreldrene. Det kunne også være vanskelig å få mor til gi slipp på noe av ansvaret. Hun ville kanskje ikke be andre i nettverket om hjelp, eller hun følte at hun selv burde klare å trøste barnet. Helsesøsteren sa videre at det kunne være sårt å fortelle til mor at det ikke alltid er puppen som er løsningen, og at far kan gjøre en god jobb med å trøste barnet han også.

*”Det er utfordrende der de ikke ser det selv. For noen er ærlige og sier at de føler det sånn og sånn og vil ha hjelp for det. Men de som ikke ser det, som vender barnet sitt i fra seg, hvor de ikke selv ser problematikken – da er det vanskelig. Vi må tørre og stå i det og være litt direkte, i håp om å få en bedring...”*

En av helsesøstrene sa at det var vanskelig å formidle dersom en mor eller far hadde en væremåte overfor barnet som var uheldig, og som kunne forsterke eller være årsak til barnets uro.

*” Små babyer er utrolig sensitive, og det å få ei mamma til å forstå at det kan faktisk være din væremåte ovenfor barnet som gjør at barnet ditt er urolig – den er ganske sår og vond, og vanskelig å formidle...”*

Dette resultatkapittelet rommer mange ulike sider av helsesøstrenes erfaringer. Alle de ulike resultatene vil nødvendigvis ikke bli like tydelige i drøftingsdelen, men helsesøstrenes mange erfaringer har vært med i bakhodet under hele prosessen og vil på den måten være inkludert i arbeidet. Flere av erfaringene vil være nevnt under de forskjellige underpunktene i drøftingen, uten at de presenteres som et eget funn. I følge Malterud (2011) trenger man ikke å sammenfatte og presentere alt som har vært sagt i samtlige intervju i en kvalitativ studie. Forskeren skal prioritere rapportering av ny kunnskap. Med det menes kunnskap som kan

understøtte og ta allerede kjent kunnskap et hakk videre, eller kunnskap som kan utfordre kjent kunnskap på feltet (Malterud, 2011). Jeg vil derfor drøfte et overordnet utvalg av funnene i neste kapittel.

## 5.0 Drøfting

I dette kapitlet drøfter jeg et utvalg av mine funn opp mot teori og tidligere forskning på spedbarnskolikk. Drøftingen er inndelt i tre hoveddeler: ”ulike måter å forstå og håndtere kolikk på”, ”forskjeller på tiltak og oppfølging” og ”kolikk – et relasjonelt problem?”.

### 5.1 Ulike måter å forstå og håndtere kolikk på

Helsesøstrene var tydelige på at de definerte spedbarnskolikk etter definisjonen til Wessel. Med det mente de uro eller gråt som starter i 1.-2. leveuke, hos et ellers frisk spedbarn med normal vektøkning. Denne gråten må vare over en periode på minimum tre uker der barnet gråter minst tre timer per dag, minst tre dager i uka (Wessel 1954, i Myrhaug et al., 2009). Dette er den medisinske definisjonen på kolikk som helsesøstrene tok utgangspunkt i når de tenkte på selve diagnosen kolikk. Det å ha en klar definisjon på spedbarnskolikk kan på en side tenkes å ha betydning for at eventuelle andre årsaker til gråt hos barnet vurderes på en grundigere måte før en kolikkdiagnose settes. På en annen side kan det bety at barn som har alle symptomer på kolikk, kanskje ikke kommer under definisjonen kolikk fordi de den ene uken bare hadde to dager med mer enn tre timer gråt. Wessels definisjon er den som har hatt størst gjennomslag i litteraturen (Helseth, 2001). Samtidig er det stor diskusjon rundt definisjonen på kolikk, og det eneste som ser ut til å være enighet om er at kolikkbarnet gråter. Det diskuteres årsaker til gråten, hvor mye og hvordan barnet gråter (Helseth, 2001).

Wessels definisjon er også noe uklar i forhold til symptomene barnet skal ha. Det benyttes uttrykkene uro, irritabilitet eller gråt, noe som kan åpne opp for ulike grader av uro. Det kan være fra sutring til skriking av full hals, men uroen skal komme anfallsvis. Det er enighet om at hovedkriteriene til spedbarnskolikk er uro, gråt og irritabilitet (Helseth, 2001). Uklarhetene rundt intensiteten på uroen kan ha betydning for at helsesøstrene i studien sa at de ikke begynte å argumentere mot utslitte foreldre fordi barnet manglet en halv time gråt hver kveld. De var opptatte av foreldrenes erfaringer og det å se på hele sammensetningen. Noen av de mente det var like viktig å se på foreldrenes opplevelse av situasjonen, som å se på selve definisjonen av kolikk. Det kan tolkes som at det ikke er så viktig om barnet passer helt inn i definisjonen kolikk. Dersom foreldrene mener barnet har et reelt problem, så tar helsesøstrene det på alvor og hjelper de i forhold til det. De snakket om kolikk som en udefinerbar magevondt med ukjent årsak. De moderer altså definisjonen av kolikk til det mangfold

praksis utgjør. På den ene side kan dette være med på å gjøre at foreldrene føler seg tatt på alvor og sett på helsestasjonen. På den annen side kan det gjøre helsesøstrene usikre på hva de faktisk skal definere som kolikk. Det kan bli uklare skiller på hva som er kolikk og hva ligger innenfor en normalatferd hos et spedbarn, og kan dermed føre til et ”falskt” antall barn med kolikk i hver enkelt kommune.

Kvitvær et al (2012) mener at Wessels definisjon på spedbarnskolikk ikke er realistisk eller passende for frustrerte og bekymrede foreldre. Dette begrunner de med at det er et fåtall foreldre som venter å ser situasjonen an i tre uker før de tar kontakt med lege. De mener at definisjonen passer best i forbindelse med forskning, og ikke som verktøy for de som jobber med og rundt familien (Kvitvær et al., 2012). På den ene siden samsvarer dette synet mer med det helsesøstrene sa om å se på hele sammensetningen og foreldrenes opplevelse av situasjonen, og at det ikke nødvendigvis trenger å være helt i samsvar med definisjonen for å bli sett på som kolikk. På den andre siden kan et slikt syn på kolikkdefinisjonen føre til at kolikk blir, eller fortsetter å være, en samlebetegnelse på intens gråt og at det er vanskelig å si et nøyaktig forekomsttall av det. Helsesøstrene i studien kunne ikke gi noen tall på hvor mange spedbarn som kom til helsestasjonen med kolikk. At det er vanskelig å sette tall på det viser seg også i forskjellige studier som er gjort. Forskjellige studier viser forekomst på spedbarnskolikk på 5-25% ((Myrhaug et al., 2009, Long, 2003, Keefe et al., 2006a). Dette kan skyldes uenighet om hva som faktisk skal defineres som kolikk.

#### 5.1.1 Flere forklaringsmodeller

Måten helsesøstrene i studien snakket om kolikk på, kunne tyde om at de hadde et noe tvetydig forhold til begrepet kolikk, og at diagnosen ikke alltid var relevant. Noen snakket om urolige barn som trengte hjelp til å regulere seg selv. Disse barna ville kanskje tidligere kommet inn under kolikkbegrepet, uten at det nødvendigvis var der de passet inn. Noen spedbarn kan ha lav terskel for å gråte med stor intensitet og lang varighet i ukjente omgivelser, eller i situasjoner med nye objekter eller mennesker. Det kan eskalere dersom omsorgspersonen, av en eller annen grunn, ikke mestrer å hjelpe barnet med regulering (Olafsen, 2010). Dermed kan det tenkes at noen av disse barna gråter mye på grunn av dårlige eller manglete ferdigheter innenfor selvregulering, og at dette, på grunn av den intense gråten, kan komme inn under definisjonen på kolikk.

En helsesøster sa også noe om at det hadde blitt mindre kolikk de senere årene, og satte dette i sammenheng med at de hadde fått større fokus på overstimulering av barnet. Et spedbarn vil bli i stand til å kontrollere blikkfokuseringen sin i to til femmånedersalderen. Det medfører at de selv kan regulere kontakten med voksne, og veksle på å se mot eller vekk fra dem (Smith and Ulvund, 1999). Det vi si at før denne alderen vil ikke spedbarnet være i stand til å kontrollere blikkfokuset, og det kan tenkes å være mer sårbar for mye stimuli. Når barnet er nyfødt veksler det raskt imellom aktivitet og pauser. Dette mønsteret må omsorgspersonene ta hensyn til og tilpasse sin atferd etter (Smith and Ulvund, 1999). Ved overstimulering av barnet, kan det tenkes at barnet ikke klarer å ta disse pausene som det trenger mellom aktivitetsperiodene, og dermed føre til at barnet blir mer urolig. Dette kan tenkes å forekomme ved mye bæring og vugging, eller dersom foreldrene går mye fram og tilbake med barnet. Barnet er i bevegelse og får nye synsinntrykk hele tiden, uten mulighet for pauser. Det kan også være at foreldrene ikke er sensitive på, eller ikke har kunnskap om, barnets signaler på å ha fått nok stimuli og trenger pause, og dermed bare fortsetter å stimulere barnet. Tegn på at barnet avviser forsøk på samhandling kan være hodevending til siden, unngåelse av blikkontakt, og sutring/gråt. Hodevending og motvilje til å feste blikket kan imidlertid også like gjerne bety at barnet bare trenger en pause for å bearbeide informasjon, så det kan være vanskelig for foreldrene å tolke reaksjonen på rett måte (Smith and Ulvund, 1999). Noen av helsesøstrene i studien mente at et økt fokus på å lære foreldrene barnet bedre å kjenne på et tidlig tidspunkt hadde betydning for antall barn som fikk kolikk. Her kommer man da inn på eventuelle årsaker til kolikk. Dersom man tenker en sammenheng mellom kolikk og foreldrenes atferd mot barnet, så er det sannsynlig at et fokus på å lære foreldrene rett atferd på et tidlig tidspunkt vil føre til en nedgang i antall barn som får kolikksymptomer.

### 5.1.2 Mestring av uro og gråt

Utrøstelig gråt, der barnet trekker beina oppunder seg og virker til å ha smerter, er et fenomen forbundet med kolikk, som ble trukket frem av helsesøstrene. I følge Kvitvær et al. (2012) viser en undersøkelse gjort rundt spedbarnskolikk at symptomer som oftest rapporteres av foreldrene er at barnet har problemer med å få ut luft, krøller beina under seg, er mer irritabelt etter måltider og når det blir lagt ned, virker til å ha smerter, vil ha mye kos, og at barnet kan snu fra å være blid til intens gråt på et øyeblikk (Kvitvær et al., 2012). Det å ha omsorgen for et barn som gråter intenst over lengre tid, uten kjent årsak, er noe som kan være svært stressende for nybakte foreldre (Keefe et al., 2006a).

Helsesøstrene i studien fortalte at foreldrene ofte var helt utslitte på grunn av mangel på søvn, og at flere mødre sa de følte seg som en dårlig mor og at de ikke var gode nok for barnet sitt. Spedbarnsgråt kan ha direkte effekt på foreldrenes omsorg og tilbakemeldinger til barnet. Det kan også gå utover familielivet over tid. Uten suksessfull håndtering av spedbarnskolikk, kan den pågående intense spedbarnsgråten føre til negative og manglende reaksjoner på barnets signaler og usikker tilknytning mellom omsorgspersonene og spedbarnet (Keefe et al., 2006b). Dette viser seg også i det helsesøstrene sa om at noen foreldre ga uttrykk for at de noen ganger bare ønsket å legge barnet sitt i fra seg og gå. Dette var ikke noe foreldrene handlet ut fra, men likevel var det følelser de hadde overfor barnet sitt. I slike tilfeller kan det tenkes at foreldrene ikke er så sensitive mot barnets signaler. Sensitivitet handler her om hvorvidt foreldrene reagerer raskt og adekvat på de signalene barnet gir. Det kan være signaler som gråt, smil eller vokalisering (Smith and Ulvund, 1999).

Det kan tenkes at et barn som gråter mye ikke alltid blir forstått rett. Barnet kan gi signaler på sult, tretthet eller annet, som ikke nødvendigvis blir oppfattet av omsorgspersonene. Foreldrenes evne til å mestre situasjonen og hverdagen blir derfor sentralt for å sikre en god omsorg for barnet. For å kunne mestre dette vil foreldrene måtte ha ressurser som tro på seg selv og at man mestrer, støtte og hjelp fra nettverket rundt seg, samt støtte og veiledning fra helsesøster (Helseth, 2007). Det handler om empowerment – det at foreldrene må ta ansvaret for sitt eget liv. Det vil si at de må bygge opp selvfølelsen og se positivt på seg selv (Kvarme, 2007). Dette var noe helsesøstrene i studien trakk fram som et viktig punkt i jobben. Det å fokusere på det positive og styrke foreldrene som omsorgspersoner. Fra en side kan et slikt fokus på spedbarnskolikk øke foreldrenes evne til å mestre situasjonen og gjør at foreldre og barnet kommer styrket i gjennom det. Fra en annen side kan det tenkes at et slikt fokus kan føre til at foreldrene ikke føler de får den hjelpen de trenger på helsestasjonen, da de kanskje ønsker noe mer håndfast som kan hjelpe mot kolikken og den intense gråten.

I følge Antonovsky (1996) er begrepet ”sense of coherence” (SOC) viktig innenfor det helsefremmende arbeidet (Antonovsky, 1996). Dette kan sees på som opplevd sammenheng (Walseth and Malterud, 2004). En person med sterk SOC er motivert til å ville mestre situasjonen, forstår hvilken utfordring som ligger foran seg og tror at han/hun har de ressursene som trengs for å mestre situasjonen (Antonovsky, 1996). Sett i sammenheng med dette kan det tenkes at personligheten til foreldrene har betydning for hvordan de vil mestre å



få et barn med kolikk. Det kan også tenkes at helsesøster, ved å ha fokus på å støtte og styrke foreldrene som omsorgspersoner, øker foreldrenes SOC og dermed deres evne til å mestre. Det er naturlig å tro at noen foreldrene til kolikkbarn kan ha en svak SOC fordi de selv ikke tror de innehar de ressursene de trenger for å mestre situasjonen.

### 5.1.3 Leting etter årsakssammenhenger

Helsesøstrene virket til å ønske å finne årsakssammenhenger til at barnet hadde kolikk, eller symptomer på kolikk. Dette for å kunne ha eventuelle forklaringer å gi til foreldrene. En positivistisk vitenskapsretning med forskning på årsak/virkning og effekt av tiltak, har vært med på å utvikle kunnskapene og tiltakene på områder innenfor det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid (Glavin, 2007). Helsesøstrene kan derfor tenkes å være opptatte av årsak/virkning også når det kommer til kolikkproblematikken. Forskningslitteraturen viser som nevnt tidligere flere mulige årsaker til kolikk. En årsak kan være at barnet har en feilstilling i bekkenet som gjør at det blir irritabelt og gråter mye. Allergi eller plager med mage/tarm kan også være årsak til barnets symptomer. En tredje mulig årsak kan være barnets personlighet. Herunder kommer barnets medfødte temperament (Olafsen, 2010). Det kan også være en forklaring i interaksjonen, altså i foreldrenes atferd rundt og mot barnet som årsak til barnets uro eller symptomer på kolikk. (Myrhaug et al., 2009).

Den ene retningen er altså biomedisinske årsaker, og den andre retningen et mer helhetlig syn som innebærer samspillet mellom barnet og foreldrene, og barnets medfødte temperament - jamfør Olafsen, 2010. Dersom man kun ser på biomedisinske årsaker som alternativ, vil det være naturlig å fokusere på råd og tiltak i forhold til dette. Dersom man har et mer helhetlig syn på årsakene til kolikk, vil det være naturlig å se på samspill, tilknytning, barnets temperament, foreldrenes væremåte og lignende. Det har altså blitt fremstilt at det kan være mange ulike årsaker til intens gråt hos et spedbarn. Kvitvær et al. (2012) mener at å skille mellom de ulike typer gråtende spedbarn som presenteres på klinikker eller helsestasjoner vil være nødvendig for å finne best tilnæringsmåte og tiltak (Kvitvær et al., 2012).

Helsesøstrene i studien virket, i all hovedsak, til å ha et helhetlig syn på problematikken. Dette synet kan bli vanskelig å jobbe ut fra, spesielt dersom foreldrene har et rent biomedisinsk syn på kolikk og forventer å komme på helsestasjonen og få råd og tips i forhold til det. Foreldrene forventer kanskje ikke å snakke om samspill, tilknytning og mestring når det eneste de vil er å få råd som skal hjelpe mot barnets intense gråt. Det kan

derfor tenkes at det kan bli et misforhold i mellom hva foreldrene ønsker å få av hjelp på helsestasjonen, og det helsesøstrene tenker de kan hjelpe foreldrene med.

En av helsesøstrene sa hun hadde gjort seg opp noen tanker rundt en eventuell sammenheng mellom forekomst av spedbarnskolikk og mors røyking i svangerskapet og barseltiden. Hun mente forekomsten hadde blitt betydelig mindre samtidig som antall røykere hadde blitt mindre. Dette var helsesøsterens tanker etter å ha jobbet i mange år på helsestasjon. Forskning som er gjort på sammenheng mellom røyking under svangerskapet og spedbarnskolikk viser at det er en betydelig økt risiko for å få et spedbarn med kolikk dersom mor røyker under svangerskapet (Milidou et al., 2012). Samtidig gir røyking under svangerskapet økt risiko for tidlig fødsel og for å få et barn som er liten for gestasjonsalderen, noe som igjen gir økt risiko for spedbarnskolikk (Milidou et al., 2014). I følge helsedirektoratet og tall fra medisinsk fødselsregister, har det vært stor nedgang i antall gravide som røyker i svangerskapet. I 1999 var det 26% som røykte i begynnelsen av svangerskapet og 18% som røykte ved slutten av svangerskapet. I 2013 var tallene sunket til henholdsvis 8 % og 5 % (Helsedirektoratet, 2015). Dersom man ser disse tallene i sammenheng med den økte risikoen for spedbarnskolikk ved røyking under svangerskapet, så er det mulig at det har blitt mindre forekomst av spedbarnskolikk som følge av nedgangen i antall røykende gravide. I et forebyggende perspektiv vil det bety et fokus på reduksjon av røyking i svangerskapet. Andre begrunnelser for barnets helse vil også fremme dette fokuset.

#### 5.1.4 Fokus på å forstå foreldresituasjonen

Fokus på foreldrene når det gjelder å vise respekt og forstå hvor tungt de har det i tiden med spedbarnskolikk ble ansett som vesentlig av helsesøstrene. I følge Neumann (2009) er det en veksling hos helsesøstre mellom posisjonen å være på samme nivå som foreldrene ved det å selv være mor, og det å være profesjonell. Hun sier videre at det nok er naturlig å benytte relevante erfaringer fra sitt eget liv inn i arbeidet. Det kan fungere som en kunnskapsmessig og emosjonell kunnskapsramme, men det kan også konkurrere med den profesjonelle kunnskapsrammen (Neumann, 2009). På den ene siden så kan helsesøsters eventuelle personlige erfaringer som mor fungere som en måte å virkelig kunne sette seg inn i foreldrenes frustrasjoner og opplevelse av situasjonen. På den andre siden kan minnet om eventuelle egne frustrasjoner overskygge foreldrenes erfaringer, og føre til en annen hjelp og oppfølging enn foreldrenes egentlige behov.

Et sentralt tema for helsesøstres forståelse av foreldrenes situasjonen er omsorg. Omsorg handler om hvordan man forholder seg til andre og hvordan man viser omtanke. Det handler også om forståelse for andre, og en god situasjonsforståelse er viktig. Dette for å kunne se hvor mye hjelp den andre trenger uten at man tar ansvaret fra dem (Martinsen, 2003). Omsorg handler om å møte den andre på en god måte slik at tillit oppstår (Martinsen, 1996). Ut fra dette kan man tenke at måten helsesøster møter familiene på vil være av stor betydning for det videre samarbeidet. Det vil være viktig å ta det foreldrene sier på alvor, slik at de føler seg møtt. Det å forstå foreldrenes situasjon og bygge opp foreldrenes tillit til henne som fagperson var også noe helsesøstrene i studien trakk fram som viktige punkter. I følge Clancy (2010) er et godt forhold mellom helsesøster og foreldre basert på tillit og oppriktighet, og opprettholdes best gjennom høflighet, ærlighet og det å være direkte (Clancy, 2010). Dersom helsesøster klarer å skape en god relasjon basert på tillit og forståelse mellom seg selv om foreldrene, kan det ha betydning for hva og hvor mye foreldrene deler av tanker og følelser. Det kan dermed tenkes å ha stor betydning for foreldrenes håndtering av spedbarnskolikken.

Helsesøstre får informasjon ved å observere mor-barn-samspill. Det innebærer å se på om barnet blir møtt og sett, og på hvilken måte. Muligheter for observasjonen påvirkes av helsestasjonens organisering, som for eksempel antall ganger helsesøster ser barna og foreldrene, og tiden per gang. Det trenger ikke alltid være samsvar mellom de observasjonene helsesøster gjør rundt barnet, kontakten mellom barnet og omsorgspersonene, og det omsorgspersonene selv sier (Neumann, 2009). For at de observasjonene helsesøsteren gjør skal kunne festes lit til, er det avhengig av at barnet og foreldrene føler en ro og har tillit til helsesøsteren. For at helsesøster skal kunne skape tillit og ro under konsultasjonene, er hun nødt til å selv forholde seg rolig og ikke virke stresset på noen måte (Neumann, 2009). Dette kan være utfordrende å oppnå på helsestasjonen der det er lite tid til hver konsultasjon. Det kan da settes spørsmålstegn ved om de observasjonene helsesøster gjør er rette, eller om de er påvirket av manglede tillit fra foreldrenes side eller uro i konsultasjonen. Det kan derfor være vanskelig å se hva som eventuelt kan være årsaken til kolikken, og hvordan det bør håndteres. Dersom helsesøster ikke får til å etablere et godt tillitsforhold til foreldrene kan det føre til at mor eller far ikke tør å fortelle om alle tankene sine rundt barnet, og hva spedbarnskolikken gjør med dem. Helsesøsters arbeid på helsestasjonen avhenger i stor grad av foreldrenes egne fortellinger om situasjonen. Helseth (2001) har i sin studie tolket Chalmers (1993) slik at forholdet mellom helsesøstre og foreldre utvikles gjennom at begge parter gir hverandre

gjensidig respons. Foreldre som anstrender seg hardt for å bli gode foreldre, og som gir god respons på helsesøsters tilbud om hjelp, virker til å belønnes med en helsesøster som er aktiv og engasjert. I motsatt tilfelle, der foreldrene gir lite respons, virker det til at engasjementet hos helsesøstrene gradvis svekkes (Chalmers 1993, i Helseth, 2001). I lys av dette kan det på den ene siden tenkes at hvordan helsesøster jobber med familier som opplever spedbarnkolikk, avhenger av foreldrenes tillit til henne og hva de deler med henne av tanker og følelser rundt situasjonen. På den andre siden kan det være at dersom helsesøster virker uengasjert og stresset under konsultasjonen, vil det gjøre at foreldrene kanskje ikke åpner seg for henne. I følge Clancy og Svensson (2007) har mange helsesøstre en intens lojalitet til foreldrene. Denne lojaliteten illustrerer et emosjonelt svar til foreldrene, på deres bekymringer og problemer, som virker mer personlig enn profesjonelt (Clancy and Svensson, 2007). Det kan derfor tenkes at kjemien mellom helsesøstrene og foreldrene også er av betydning for hvilken oppfølging den enkelte familien får.

Når det gjelder foreldrenes forståelse av kolikk, så sa helsesøstrene at de fleste foreldrene kom på helsestasjonen med en mistanke om at barnet deres hadde kolikk, og hadde skaffet seg litt kunnskap om dette på egenhånd. Det var også noen foreldre som kom og sa at barnet deres hadde kolikk, men der barnet ved kartlegging viste seg å være innenfor normalatferd når det kom til gråt og uro. Her kan begrepet health literacy komme inn. Det handler om personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for den enkeltes evne til å få tilgang til, forstå og benytte helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse (Pettersen, 2009). En person med en lav health literacy kan ha vanskelig for å uttrykke seg om sine problemer, og evner ikke å være kritisk til den helseinformasjonen han eller hun mottar (Pettersen, 2009). Det kan da tenkes at foreldre til barn med kolikk ikke nødvendigvis klarer å forklare situasjonen på en god måte for helsesøster. På samme tid kan det tenkes at de har vanskelig for å kritisk vurdere den informasjonen eller de rådene de får av venner og familie, og det de eventuelt leser på nettet. Frustrasjonene rundt situasjonen kan bidra til at de er mindre kritiske til råd og informasjon, og er mer villig til ”å prøve alt”. Foreldrene til barna med spedbarnskolikk hadde, i følge helsesøstrene i studien, generelt forståelse for at det kunne være vanskelig å finne noe som ville hjelpe, men de syntes det var svært vondt å se at barnet deres hadde det vondt. Dette støttes også av forskningsartikler der foreldre til spedbarn med kolikk har blitt intervjuet. De sier at foreldrene bare ønsker hjelp for at barnet deres skal slippe å ha det så vondt (Landgren and Hallstrom, 2011, Helseth, 2002). På samme tid gjør

spedbarnskolikken foreldrene fullstendig utslitte, og i fare for å ikke mestre hverdagen med barnet. Noen foreldre klarer ikke å gi barnet sitt den omsorgen det skal ha. Foreldrene rapporterer støtte, oppmuntring og kunnskap som årsaker til at de kom seg igjennom tiden med kolikk (Landgren and Hallstrom, 2011, Helseth, 2002). Effekten av oppmuntring og støtte er imidlertid avhengig av at foreldrene har tillit til den personen som tilbyr støtten (Helseth, 2007). Dette viser at det å oppleve spedbarnskolikk nok er vanskeligere enn foreldrene, og andre, kan forestille seg på forhånd. Det viser også at det å jobbe for å skape tillit mellom helsesøster og foreldre, er grunnleggende for videre samarbeid.

#### 5.1.5 utfordringer i møte med familiene

Helsesøstrene i studien snakket om at det kunne være vanskelig å jobbe med familiene som opplevde spedbarnskolikk. Det ble nevnt en følelse av å komme til kort, og frustrasjoner på familienes vegne. En helsesøster sa at hun noen ganger kjente på lysten til å ta barnet med seg hjem en stund, slik at foreldrene skulle få hente seg inn igjen. Dette kunne hun jo ikke gjøre, men lysten hadde hun kjent på noen ganger fordi situasjonen var så fortvilende for foreldrene. Her kommer vi inn på helsesøsters ansvar og grenser i jobben. I følge Clancy & Svensson (2007) er det utfordrende for helsesøstre å sette grenser for hvor involvert de skal være i de enkelte familiene. Det er ingen fasitsvar på hvor grensen skal gå, og det blir opp til den enkelte helsesøsteren og sette disse for seg selv. Det er en del av det etiske ansvaret enhver helsesøster har å være oppmerksom på grenser for involvering. Ansvar er en plikt mot andre. Det kan være en plikt som ikke er valgt eller som kan forklare, men det er et krav som helsesøster må leve med. Det er et personlig og uendelig ansvar og helsesøster må akseptere at det å være omsorgsgiver kan inneholde det forutsigbare, men det kan også inneholde frykt, bekymring og usikkerhet rundt det uforutsigbare (Clancy and Svensson, 2007). På den ene siden kan det tenkes at helsesøsters følelse av ansvar blir forsterket fordi hun kommer tett innpå foreldrene og ser hvordan kolikken påvirker dem i hverdagen. Hun føler på et ansvar for å gjøre det lettere for foreldrene å mestre situasjonen, og involverer seg dermed mye. På den andre siden kan det være at helsesøster velger å involvere seg lite av årsaker som for eksempel dårlig kjemi, lite respons fra foreldrene eller lite tid til oppfølging. I følge Helseth (2001) er helsesøsters primære ansvar i kolikksituasjonen å hjelpe foreldrene og ivareta omsorgen for barnet (Helseth, 2001). Dette forutsetter at foreldrene er mottakelige for hjelpen helsesøster kan gi.

Helsesøstrene snakket også om at det noen ganger var vanskelig å fremme mestring hos foreldrene. I følge Helseth (2007) vil en aktivering av positive følelser hos foreldrene kunne virke positivt inn på deres omsorg for barnet. Aktivering av negative følelser, som bekymring, frustrasjon og uro, vil da kunne påvirke omsorgen for barnet i den andre retningen. Dette i form av at foreldrene kan få lavere tro på seg selv og bli mindre sensitive i omsorgen for barnet (Helseth, 2007). Positivitet kan altså sees på som en bærebjelke i mestringsteorien. Dersom det negative fullstendig overskygger det positive i hverdagen med et lite barn, kan det være vanskelig å få foreldrene til å fokusere på det positive, og på den måten være vanskelig å fremme mestring hos foreldrene. En av helsesøstrene i studien hadde stort fokus på dette med positivitet og brukte å be foreldrene om å ta bilder av barnet når de hadde gode stunder sammen. Disse bildene rådet hun foreldrene til å ta frem og se på når barnet gråt intenst og alt så mørkt ut. Hun jobbet mye med å få foreldrene til å fokusere på det positive i situasjonen. Dette viser seg også i Landgren & Hallstrom's (2011) forskning hvor foreldrene i deres studie uttrykte at barnet var deres største glede i livet, selv når kolikken sto på som verst. Foreldrene fokuserte på tiden da barnet var rolig og samlet energi til gråtetoktene når barnet var tilfreds og ga uttrykk for glede med smil og latter (Landgren and Hallstrom, 2011).

Hva man skal velge å fokusere på i arbeidet med disse familiene var også noe helsesøstrene i studien trakk fram som en utfordring. Noen foreldre virket å være ambivalente i forhold til hva de ønsket hjelp til. Noen mødre ga uttrykk for et sterkt ønske om å amme til tross for store vanskeligheter, samtidig som barnet hadde kolikk og foreldrene var utslitte som følge av det. Det var da vanskelig for helsesøster å finne ut hva som trengte størst fokus. På den ene siden kan det komme av at mor klarer kanskje ikke å tenke hva som er viktigst for barnet dersom hun har satt seg et bestemt mål om å amme uansett. Helsesøsteren ser kanskje mer på viktigheten av å få i barnet nok mat, uten at det går på bekostning av mors helse, og det kan da tenkes at helsesøsteren ikke fokuserer på det foreldrene ønsker hjelp og støtte til. På den andre siden kan vanskelighetene med å velge fokus skyldes dårlig kommunikasjon i mellom helsesøsteren og foreldrene. Dårlig kommunikasjon kan tenkes å komme av manglende forståelse fra helsesøsters side, eller fra foreldrenes manglende evne til å sortere og videreformidle tanker og følelser. Dette vises også i Helseth's (2002) studie hvor hun fant at hovedproblemet i situasjonen ble ansett som forskjellig av foreldrene og helsesøstrene. For foreldrene var den intense gråten tegn på at barnet deres led, og fokuset deres var på å hjelpe barnet. Helsesøstrene var mer fokuserte på foreldrenes situasjon, og så på foreldrenes

emosjonelle reaksjoner og grad og slitenhet over situasjonen som hovedproblemet (Helseth, 2002). Dette ble også trukket frem av helsesøstrene i studien, det med at foreldrene syntes det var vondt å se at barnet deres led, og at de ville ha hjelp i forhold til det.

Helsesøstrene i studien påpekte også at det var utfordrende å finne ut hva de skulle gjøre videre i en situasjon hvor mye var utprøvd på forhånd i forhold til tiltak og råd. De snakket om å søke støtte fra en kollega – der de enten fikk tips til andre tiltak, eller støtte på at det ikke var så mye mer å gjøre. Det kan tenkes at helsesøster med dette har et ønske om å vise, for foreldrene, at hun ikke mangler kunnskap. I følge Helseth (2002) var både helsesøstrene og foreldrene usikre på helsesøsters kunnskap og evne til å hjelpe når barnet hadde kolikk. Studien hennes viste imidlertid at selv om tiltakene helsesøstrene kom med ikke nødvendigvis kurerer kolikk, så kunne de gjøre det lettere for foreldrene dersom de ble tilbudt hjelp til å mestre situasjonen (Helseth, 2002). Dette viser seg også hos Keefe et al. (2006b) hvor foreldrene rapporterte noen som lyttet til dem og som kunne være en ressurs til de spørsmål de måtte ha som nyttig. Det var også til stor hjelp for foreldrene å ha noen som ringte av og til for å sjekke hvordan ting gikk (Keefe et al., 2006b).

## 5.2 Varierende tiltak og oppfølging

Når det skal kartlegges hva foreldrene trenger hjelp til, er det viktig å registrere erfaringene foreldrene har med spedbarnet. Det gjelder å lytte til deres beskrivelser av barnet og barnets atferd, og de erfaringene foreldrene har gjort seg (Helseth, 2007). Man kan ikke gå inn å endre erfaringer som foreldre har gjort seg i forhold til deres barn, men som helsesøster kan man kan hjelpe de til å bearbeide og forstå disse erfaringene bedre. Dette vil ha betydning for foreldrenes følelse av mestring (Folkman og Lazarus, 1988, i Helseth, 2007).

I samfunnet hersker det på et vis en forventning om en ubekymret barseltid med ”snille” barn som sover mye og som er blid og fornøyd. Alle håper på drømmesituasjon, men så blir det ikke alltid slik som de hadde sett for seg. Dette var noe helsesøstrene i studien snakket om. Mange foreldre kom til helsestasjonen og ga uttrykk for at de ikke hadde trodd at hverdagen med et nyfødt barn skulle bli så tung. Foreldrene hadde ikke tenkt over på forhånd hvordan det kunne bli. Helsesøstrene var opptatte av kartlegging av situasjonen rundt barnet. De så på foreldrene og deres opplevelse og følelser rundt barnet og dets uro, nettverket rundt familien, hva som var prøvd ut av tiltak og hvordan barnet var. Oppfølgingen ble fastsatt ut i fra

behovene til hver enkelt familie og hvor mye tid helsesøster hadde til rådighet. I følge helsesøstrene kom noen av foreldrene gjerne på helsestasjonene med mistanke om at barnet hadde kolikk. De fleste hadde hørt om diagnosen, og forbandt det med barn som gråt mye. Helsesøstrene snakket da om viktigheten av å kartlegge for å se om det var et reelt problem der de mistenkte kolikkdiagnose, eller om det var et misforhold mellom foreldrenes forventninger til hverdagen med et spedbarn, og hvordan det faktisk kan være. Foreldrenes erfaringer med spedbarnet og hvordan de selv vurderer disse erfaringene er viktig i kartleggingsfasen (Helseth, 2007). Det handler om å lytte til foreldrenes beskrivelse av sitt barn og barnets atferd, ettersom foreldrene er den viktigste kilden til kunnskap om barnets tilstand. Dersom helsesøster primært handler ut fra kunnskap og erfaring som helsesøster, uten å lytte til foreldrenes erfaringer, vil tilbudet foreldrene får fra helsestasjonen ikke imøtekomme deres behov. Helsesøster vil dermed ikke oppnå tillit i samarbeidet (Helseth, 2007).

#### 5.2.1 Ulike ressurser til oppfølging

Helsesøstrene i studien hadde ulike ressurser til oppfølging. Dette påvirket hvordan de kunne tilby hjelp til foreldrene. Det sprikte i mellom at de opplevde de kunne gi den oppfølgingen foreldrene trengte, og at oppfølgingen ble vurdert ut fra hvor full timeboka var. Det var forskjellig fokus i kommunene på hva de vektla i forhold til oppfølging på helsestasjonen. Noen prioriterte de aller minste barna, mens andre hadde et tidspress og opplevde det som varierende hvor mye tid de hadde til oppfølging av den enkelte familien. Det var også ulike tilnærminger og forståelse av hvor tett man skal følge opp. I følge veileder for kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (12/2004 - heretter omtalt som veilederen) skal barn og foreldre følges opp etter det anbefalte helsestasjonsprogrammet. I programmet står det når konsultasjonene skal gjennomføres, etter barnets alder. Det blir anbefalt å avsette 30 minutter til hver konsultasjon. Innenfor de 30 minuttene skal helsesøster gjennom flere tema og eventuelt vaksinerings (Sosial- and Helsedirektoratet, 12/2004). Det kan tenkes at 30 minutter kan bli kort tid for kartlegging av behov, og støtte og veiledning til de foreldrene som opplever spedbarnskolikk. Spesielt når det ellers er fastsatte tema som også bør gjennomgås. På samme tid er det ingen konsultasjoner på programmet mellom hjemmebesøket innen barnet er to uker, og seksukers-konsultasjonen. Neste anbefalte konsultasjon etter det er tremånederskonsultasjon (Sosial- and Helsedirektoratet, 12/2004). Det betyr at det, innenfor det anbefalte programmet, ikke er



så mange konsultasjoner mens kolikken vanligvis står på. Dersom foreldrene ikke selv tar kontakt utenom programmet, vil det være lite helsesøsteren får mulighet til å følge dem opp. I følge veilederen bør foreldre og barn med spesielle behov få tilbud om ekstra konsultasjoner. Helsesøster må, i følge veilederen, selv kartlegge og bedømme hvem som kan trenge denne ekstra oppfølgingen (Sosial- and Helsedirektoratet, 12/2004). Dette forutsetter da at helsesøster har kapasitet til å følge disse familiene tettere opp, noe flere av helsesøstrene i studien rapporterte som utfordrende. De opplevde ikke alltid at de hadde god nok tid til å gi den oppfølgingen de burde gi. Inntrykket er likevel at de strekker seg langt for å hjelpe den enkelte familie, og tilpasser resten av arbeidet etter de som trenger hjelp. Dette kan da gjøre at det er det sekundære sykdomsforebyggende arbeidet som får, eller tar, størst plass i helsesøsters arbeid. Det kan også tenkes at det er forskjell på hva hver enkelt helsesøster ser på som sitt ansvar og sine oppgaver, altså hvor grensene for dette går, og at oppfølgingen dermed blir forskjellig utfra det. Diffuse grenser for helsesøsters arbeid kan føre til at de tar på seg et større ansvar for den enkelte familie (Clancy and Svensson, 2007). Det betyr at det kan bli stor forskjell på hvilken oppfølging de enkelte familiene får, ut fra hva ”deres” helsesøster ser på som sine grenser for ansvar. Dette fordi diffuse grenser tenkes å kan gi store variasjoner på hvor helsesøstrene setter grensene for ansvar og involvering.

#### 5.2.2 Fokus på å støtte og styrke foreldrene som omsorgspersoner

Både foreldre og helsesøstre har samme mål, nemlig barnets velvære og trivsel. I og med at det er foreldrene som har det daglige ansvaret for barnets omsorg, blir foreldrene fokuset for helsesøsters arbeid. De jobber med å støtte og styrke foreldrene for å kunne oppnå målene, og bidra til at foreldrene mestrer omsorgen for sitt barn (Helseth, 2007). Dette kom også tydelig frem hos samtlige helsesøstre i studien. De var opptatte av å støtte foreldrene i den jobben de gjorde som omsorgsgivere. De hadde fokus på å styrke det som foreldrene gjorde bra, samtidig som de veiledet forsiktig på det som kunne vært gjort annerledes. Her kan begrepet mestring komme inn. Mestring handler, som nevnt tidligere, om en prosess der hver enkelt hele tiden forsøker å takle livets utfordringer og krav (Helseth, 2007).

Det å få barn er i seg selv en utfordring som stiller mange krav til foreldrene. Dersom foreldrene ikke selv opplever at de klarer å møte disse utfordringene, kanskje fordi barnet gråter mye og ikke lar seg trøste, vil de ha behov for støtte og veiledning for å kunne gi barnet sitt best mulig omsorg. Det kan også være at foreldrene har lite nettverk rundt seg som kan

hjelpe og støtte de i den nye hverdagen. Manglende ressurser, som lite nettverk rundt seg eller manglende erfaring med spedbarn, kan dermed gi et økt behov for oppfølging fra helsestasjonen. Det kan være at foreldrene har lite tro på seg selv som gode omsorgspersoner, og ikke føler seg trygge på rollen (Helseth, 2007). Dermed vil helsesøsters fokus på å støtte og styrke foreldrene som omsorgspersoner, kunne tenkes å ha stor betydning for hvordan foreldrene mestrer omsorgen for sitt barn.

### 5.2.3 Veiledning som metode

Helsesøstre i studien snakket om det at foreldrene måtte få lov til å ikke være eksperter på sitt eget barn. Det at foreldre er eksperter på egne barn er en ideologi som mange helsesøstre jobber ut ifra. Foreldrene kjenner barnet godt og har mye kunnskap om barnet, noe som kan være til stor nytte for den profesjonelle å få ta del i (Vannebo, 2007). Innenfor veiledning som metode er det fokus på at det er to eksperter. Disse er eksperter på hvert sitt område, brukeren som ekspert på seg selv og helsesøsteren som ekspert på helsefremmende arbeid og sykdomsforebygging. Begge kompetansene ansees som like viktige, men det kan være utfordrende å la begge kompetansene komme til uttrykk (Tveiten, 2007).

Ved bruk av veiledning som metode kan det være utfordrende dersom foreldrene og helsesøstre har ulike forventninger til hverandre, noe som kanskje ikke nødvendigvis kommer til uttrykk under konsultasjonen. Det kan være at foreldrene forventer råd fra eksperten, at helsesøsteren skal si nøyaktig hvordan de skal løse problemet, mens helsesøsteren selv har en forventning til seg selv om å legge til rette for at foreldrene selv kommer frem til de gode løsningene (Tveiten, 2007). Dette kan oppfattes av foreldrene som at helsesøster egentlig ikke kan så mye om problematikken, og derfor ikke vet hva foreldrene burde gjøre for å hjelpe barnet deres. En av helsesøstre i studien hadde fått tilbakemelding fra foreldrene om at det ikke føltes bra å få høre at de var ekspertene når de slett ikke følte at de selv kjente barnet best. Det ble bare enda et nederlag for foreldrene, når de i tillegg ikke klarte å roe og trøste barnet sitt. Helsesøsteren sa videre at de derfor hadde sluttet med å si dette til foreldrene. Helseth (2002) fant i sin studie at foreldrene så på helsesøstre som eksperter på spedbarnsomsorg, og at de dermed forventet eksperthjelp fra dem (Helseth, 2002). Det kan derfor bli helt feil for foreldrene å komme på helsestasjonen og få beskjed om at de er eksperter på sitt eget barn, og at helsesøster bare skal veilede de i forhold til å finne de beste løsningene for dem selv og barnet. Dette kan også bli forsterket dersom helsesøster ikke

har så mye tid til rådighet, og dersom hennes kompetanse innen veiledning er liten. Det kan da oppstå misforståelser om hva veiledning innebærer (Tveiten, 2007).

Veiledningsprosessen kan inneholde både informasjon, undervisning og rådgivning, selv om veiledning i seg selv er forskjellig fra disse tilnærmingene. Veiledning kan sees på som en form for samarbeid med delt ansvar. Hvordan dette ansvaret blir fordelt må vurderes fortløpende i fellesskap. Hovedhensikten med veiledning er en økt mestringskompetanse (Tveiten, 2007). Innenfor veiledning er hovedformen dialog, altså en likeverdig samtale mellom to eller flere. Hensikten med dialogen er å skape en økt felles forståelse rundt det som er aktuelt. Dialogen kan relateres til grunnlaget for all sykepleie gjennom det at den er basert på verdier som respekt, ansvar, tillit, menneskets egenverdi og det å ville den andre vel (Tveiten, 2007). Det skal altså være en dialog mellom helsesøster og foreldrene som skal skape en økt forståelse rundt deres barn og dets kolikkproblematikk. Denne dialogen skal da føre til en økt mestringskompetanse hos foreldrene. Her kan man også igjen komme inn på omsorgsbegrepet. Omsorg handler, som nevnt tidligere, om hvordan man forholder seg til andre, og hvordan man viser omtanke og forståelse for andre og deres situasjon (Martinsen, 2003). Det kan dermed tenkes at det er av stor betydning for foreldrene at helsesøster forstår hvilken situasjon de er i, og har forståelse for at de synes det er vanskelig. Dette vil være av betydning for å kunne skape en god dialog mellom helsesøster og foreldrene. Men helsesøster må også være oppmerksom på at hun ikke tar for mye av ansvaret. Hun må finne en balansegang mellom foreldrenes selvbestemmelsesrett og det å ikke overta for mye av ansvaret som omsorgsyter – jamfør Martinsen, 2003.

#### 5.2.4 Helsesøstrenes kunnskapsgrunnlag

Helsesøstre på helsestasjonen skal bygge sin praksis på relevant kunnskap. Kravet til evidensbasert kunnskap blir stadig større (Glavin, 2007). En bør da ha kunnskap om forskning som viser den best dokumenterte virkningen på ulike tiltak (Grimen, 2009). Evidensbasert kunnskap kan dreie seg om kunnskap fra forskning, erfaringsbasert kunnskap og/eller brukerbasert kunnskap (Glavin, 2007). Dette betyr at helsesøstre må oppdatere seg jevnlig på relevant forskning, samtidig som de tilegner seg kunnskap gjennom erfaringer fra praksis.

Hvilken kunnskap helsesøstrene i studien støttet seg på kunne se ut til å variere fra kommune til kommune. Det kunne se ut som det hadde blitt en enighet i kommunene at noe får forrang,

jamfør bruk av NBO (newborn behavioral observation) som tilnæringsmetode på alle spedbarn i en av kommune i studien. De var opptatte av å komme tidlig inn i familiene og lære de å bli tidlig kjent med barnet. Det innebar å lære og se de små tegnene barnet ga, slik at foreldrene kunne se når barnet hadde fått nok stimuli. Fokuset var på det å ikke overstimulere barnet og de mente det har blitt mindre urolige barn etter at de begynte med dette. De hadde en stor del av fokuset på kolikk som interaksjonsvansker mellom barnet og omsorgspersonene. Dette fokuset kan tenkes å ha kommet som følge av erfaringsbasert kunnskap fra helsestasjonene, ved at de kanskje i mange av familiene hadde sett sammenhenger mellom interaksjonsvansker og kolikk. Helsesøstrene kan også tenkes å støtte seg til kunnskap fra forskning, ettersom tidligere forskning viser at mindre stimuli kan se ut til å ha positiv effekt på kolikk (Myrhaug et al., 2009). I en annen kommune var fokuset mer på kolikk som en mage/tarm-dysfunksjon. Der ble de gamle rådene om monotont stimuli, som støvsugerlyder, bilkjøring og lignende tatt frem. Sukkervann ble også nevnt som et tiltak som ofte hadde god effekt. Helsesøstrene støttet seg til erfaringer gjort i praksis og tilbakemeldinger fra foreldrene, hvor de mente at rådene noen ganger hadde effekt på barnets intense gråt. Effekten av sukkervann kan også dokumenteres i tidligere forskning (Myrhaug et al., 2009). Linning av barnet som tiltak ble beskrevet av samtlige helsesøstre som noe som kunne gi effekt. Dette fordi det var noe som samlet barnet. Dersom spedbarn er urolige kan det utløse reflekser hos barnet, som igjen kan forsterke uroen. Moro-refleksjonen er et eksempel på en refleks spedbarn har fram til rundt tremånedersalder. Denne refleksjonen utløses når hodet til barnet mister underlaget og innebærer at barnet slår ut med armene og beveger dem mot midtlinjen av sin egen kropp (Tetzchner, 2001). Denne refleksjonen kan også sees dersom barnet blir skremt eller føler seg utrygg. Ved linning kan det tenkes at barnet slipper disse ufrivillige refleksene fordi armene blir samlet og barnet føler seg trygg. Babymassasje ble også nevnt som et tiltak som kan hjelpe barnet med å få eventuell luft som sitter i tarmene til å slippe. Det kan også tenkes at det roer ned barnet fordi foreldrene, eller de som masserer, er rolige mens de utfører massasjen. Helsesøstrene var alle opptatte av å styrke foreldrene i rollen som omsorgspersoner. De hadde fokuset på det foreldrene gjorde bra, og styrket dette. Dette viser seg også i forskningslitteratur der det blant annet står at det viktigste rapporterte tiltaket er at foreldrene opplever støtte og får forsikret seg om at det ikke er noe galt med barnet deres (Bellaiche et al., 2013).

### 5.3 Kolikk – et relasjonelt problem?

Forskjellig forskningslitteratur viser at kolikk blant annet kan være forbundet med miljø, ugunstig foreldrerrespons, foreldrenes oppførsel og væremåte, dårlig interaksjon mellom spedbarnet og omsorgspersonene, samt barnets temperament (Cowie, 2013). Helsesøstrene i studien satt ofte kolikk i sammenheng med hvordan foreldrene fremsto. De snakket om foreldrenes tilnærming til barnet, deres evne til å tolke barnets signaler og deres håndtering av barnet. I følge Bellaiche et al (2013) er en viktig del av konsultasjonene med foreldrene det å få foreldrene til å forstå at gråt ikke alltid er et tegn på at barnet har smerter. Det er også barnets måte å kommunisere på (Bellaiche et al., 2013). Yalcin et al (2010) mener at et barn som blir eksponert for et ustabilt psykososialt miljø er i større risiko for å utvikle spedbarnskolikk (Yalcin et al 2010, i Cowie, 2013). Keefe et al (2006b) ser også på miljøet som en faktor og setter kolikk i sammenheng med overstimulering av spedbarnet og et kaotisk hjemmemiljø. Dette fordi det kan være et irritabelt og sensitivt barn i utgangspunktet, og dersom det blir utsatt for overstimulering og et kaotisk hjemmemiljø vil det kunne utvikle seg til spedbarnskolikk (Keefe et al., 2006b). På samme tid kan man ikke gå ut i fra at alle spedbarn med kolikk er utsatt for et kaotisk hjemmemiljø, så dette synet må vurderes med forsiktighet (Cowie, 2013). Det kan også tenkes motsatt, at spedbarnskolikk kan føre til et kaotisk hjemmemiljø. Kolikken kan overskygge alt annet i hverdagen og føre til dårlige relasjoner i familien, både mellom omsorgspersonene og spedbarnet, og mellom omsorgspersonene som et par. Barnets smerte og frustrasjoner kan påvirke hele familien, og familiens reaksjoner på dette kan igjen påvirke spedbarnet (Landgren and Hallstrom, 2011). Det er ikke kjent om spedbarnsgråt øker mors stressnivå, eller om mors stressnivå øker barnets gråt (Landgren and Hallstrom, 2011). Dette viser at det er vanskelig å si hva som fører til hva. Det kan være et kaotisk hjemmemiljø som en del av årsakbildet til at et barn har kolikk, men det kan også være at barnets kolikk har ført til et kaotisk hjemmemiljø.

Et spedbarns temperament handler om aktivitetsnivå, grad av regularitet i forhold til matinntak og søvn, reaksjon på nye situasjoner, evne til tilpasning i nye situasjoner, barnets sensitivitet i forhold til lyder, lukt og lys, intensitet på emosjonelle uttrykk og hvor lett barnet kan distraheres med stimuli (Olafsen, 2010). Papousek og Papousek (2002) mener at foreldre, fra naturens side, er utstyrt med en intuitiv omsorgskompetanse der de intuitivt kan inntone seg til barnets behov. Dersom barnets selvreguleringsferdigheter er svekket, det vil si at barnet gråter utrøstelig, ikke ville ta til seg mat, eller har søvnproblemer, kan det skje et

sammenbrudd i foreldrenes intuitive omsorgskompetanse. Dette uttrykkes av foreldrene som en opplevelse av å ha mislyktes (Papaousek og Papaousek 2002, i Olafsen, 2010). Det kan dermed tolkes slik at den intuitive omsorgskompetansen fungerer best når foreldrene mestrer omsorgen av barnet sitt, og barnet er rolig og fornøyd.

Helsesøstrene i studien mente det oftest var det første barnet som fikk kolikk. En helsesøster sa at det hadde blitt mye mindre kolikk etter at de begynte å ha fokus på mindre stimulering av barnet. Hun snakket da om å lære foreldrene å se tegnene på at barnet trengte en pause, at det måtte skjermes fra mer stimuli. En kan da tenke at det er mange spedbarn som har fått diagnosen kolikk, som egentlig har hatt et annet problem. Noe som ikke kan kalles kolikk, men som bare har fått den diagnosen på grunn av barnets intense gråt som minner om kolikk. Kanskje handler det mange ganger om hvor sensitivt et spedbarn kan være, og at en eventuell overstimulering kan eskalere den uroen som barnet har i seg? Det sies også at kolikk har blitt brukt som en samlebetegnelse på en intens spedbarnsgråt, noe som viser seg i bruken av kolikkdiagnosen i praksis. Det hersker enighet i forskjellige studier at selve kolikkdiagnosen med fordel kunne vært inndelt på en annen måte, etter mulige årsaker til kolikk (Helseth, 2002, Keefe et al., 2006b, Myrhaug et al., 2009, Cowie, 2013). Det kan da deles inn i allergi eller mage/tarmdysfunksjon, barnets personlighet som type urolig og sensitivt, dårlig interaksjon mellom barnet og omsorgspersonene eller at barnet har en feilstilling i bekkenet (Myrhaug et al., 2009, Cowie, 2013). Det kan tenkes at med en inndeling i mulige årsaker for spedbarnskolikk, så er det lettere å komme med tiltak og råd utfra hvilken gruppe barnet faller inn under. Dette setter krav til en grundig kartlegging av situasjonen hos den enkelte familien.

I følge helsesøstrene i studien kunne noen foreldre være usikre på seg selv i rollen som omsorgspersoner. Dersom barnet da er urolig og gråter mye kan det forsterke mor eller fars utrygghet i rollen, noe som igjen kan gjøre barnet mer urolig. Dersom det er et urolig spedbarn som gråter mye, og foreldrene i utgangspunktet er usikre og utrygge i rollen som omsorgspersoner, kan det føre til at de skyver barnet i fra seg. Dette kan være en handling foreldrene selv er bevisste på, eller det kan være en ubevisst handling som de kan ha vanskeligheter med å selv se at de gjør. Utfordringen vil da spesielt være hos de som ikke ser, eller vil se, at de skyver barnet fra seg.

Helsesøstre syntes at temaet kunne være sårt å ta opp på helsestasjonen. Det var vanskelig å snakke med foreldrene om det at mors, eller fars væremåte kunne være det som forårsaket eller forsterket barnets uro. Foreldrene kommer på helsestasjonene med et ønske om hjelp til barnet sitt. De ser kanskje for seg å få noen gode råd fra helsesøster som skal gjøre hverdagen lettere. Når helsesøster da begynner å snakke om at deres væremåte som foreldre kan være del av årsaken til barnets gråt, er det ikke utenkelig at det kan oppfattes som et angrep på dem som personer, og gjøre at foreldrene får negative tanker om helsesøsteren. Dette kan igjen påvirke foreldrenes tillit til helsesøsteren i negativ retning, og dermed ha betydning for hele relasjonen dem i mellom. En kan da tenke seg viktigheten av hvordan temaet blir tatt opp. Helseth (2002) finner at foreldre ikke søker helsesøsters hjelp dersom de ikke har tillit til hennes involvering eller kunnskap om temaet (Helseth, 2002). Utfordringen kan dermed bli å ta opp temaet uten at foreldrene mister en eventuell tillit de har til helsesøsteren. Landgren & Hallstrom (2011) studie viser at noen foreldre også selv mistenker at deres irritasjon og oppførsel mot barnet kan forverre barnets gråt (Landgren and Hallstrom, 2011). Det kan tenkes å være lettere for helsesøster å ta opp dette dersom foreldrene selv mistenker en sammenheng og er åpne for å snakke om det.

Godt samspill og en god tilknytning mellom barnet og omsorgspersonene har stor betydning for barnets trivsel og oppvekst. For barnets senere utvikling og tilknytning til andre mennesker, er tilknytningsprosessen som skjer i barnets første leveår avgjørende. Barnet gråter og gir et signal til omsorgspersonene, som igjen svarer med en handling. På den måten utvikles tilknytningen. Kvaliteten av tilknytningen påvirkes av hvordan omsorgspersonene svarer på barnets signaler (Helseth, 2007). Når barnet gråter mye vil dette kunne påvirke sensitiviteten til foreldrene. Det vil si at de kanskje ikke blir så sensitive på barnets signaler som de burde vært.

Helsesøstre i studien var opptatte av og ha fokus på samspillet og tilknytningen mellom barnet og deres foreldre. En av helsesøstre delte følgende erfaring;

*” Jeg hadde en mamma som sa; ”egentlig har jeg bare lyst til å legge han i fra meg og gå, bare forlate han. Men så var det fornuften som sa at det kan jeg jo ikke gjøre!” – men det var det hun hadde lyst til å gjøre...”*

I slike tilfeller kan det tenkes at barnets og mors tilknytning til hverandre blir lidende. Dersom mor går og kjenner på en lyst til å forlate barnet sitt så vil nødvendigvis det påvirke både tilknytningen og samspillet mellom de. Barnet bruker gråten til å kommunisere med omgivelsene. Dersom omsorgspersonene vegrer seg for interaksjon med barnet i frykt for at det skal begynne å gråte igjen, vil det ikke utvikle seg et godt samspill mellom de. Samspill handler om kommunikasjon. Det handler om hvordan omsorgspersonene og barnet forstår hverandre og hvordan omsorgspersonene stimulerer barnet. Barnet lærer rekkefølgen av handlinger, men det forutsetter at barnet får samme reaksjon på handlingen hver gang (Smith and Ulvund, 1999). Det kan da tenkes at dersom et barn ikke opplever å bli tolket på rett måte som følge av de signalene de gir, så blir barnet utrygg og urolig.

Dersom et barn har spedbarnskolikk og gråter mye kan det føre til en dårlig interaksjon mellom barnet og foreldrene, i og med at når barnet endelig er ”rolig” kan foreldrene være redde for å fremprovosere gråt ved stimulering. Det kan føre til en understimulering av barnet. En studie viser at foreldrene bekymrer seg mye fordi de har vanskelig for å forstå hvordan et barn kan gråte så mye uten at det er noe alvorlig galt. Det kommer også frem at foreldrene, når barnet er stille og har en rolig stund, bekymrer seg for at barnet skal begynne å gråte igjen (Landgren and Hallstrom, 2011).



## 6.0 Konklusjon

Helsesøstrene i studien hadde definisjonen til Wessel som utgangspunkt når de snakket om spedbarn med kolikk. Etter hvert som helsesøstrenes erfaringer med spedbarnskolikk kom frem, så ble det tydelig at de i praksis jobbet ut fra et syn på kolikk som noe mer sammensatt, der de var nødt til å se på hele situasjonen rundt barnet. De kartla barnets gråt og symptomer, samt foreldrenes opplevelse av situasjonen og deres væremåte overfor barnet. Dersom barnets symptomer og foreldrenes opplevelse av situasjonen kunne peke mot kolikk, så var de ikke så opptatte av om barnet gråt nok til å kunne kalle det kolikk. Helsesøstrene forholdt seg dermed ikke så mye til definisjonen av kolikk i praksis. Dette kan komme av de uenighetene som råder i forskning i forhold til hva kolikk egentlig er og hva det kommer av, samtidig som Wessels definisjon på kolikk er en definisjon det strides om. Det kan resultere i store forskjeller på hvor mange barn som får diagnosen kolikk i hver enkelt kommune, samt hvilken tilnærming og oppfølging familiene får.

Helsesøstrene på helsestasjonen virket til å jobbe mer ut fra at kolikk kunne være et relasjonelt problem, enn det som hadde blitt gjort tidligere. Noen av dem hadde fokus på å komme tidlig inn og hjelpe foreldrene til å bli bedre kjent med barnet sitt. De hadde stort fokus på samspill og tilknytning, og mente det kunne ha betydning for en eventuell utvikling av spedbarnskolikk. De mente det hadde blitt mindre kolikk blant spedbarn etter at de begynte å fokusere på det relasjonelle mellom barnet og foreldrene. Foreldrene lærer barnet bedre å kjenne fra starten, og kan da tilpasse stimuli etter de tegnene barnet deres gir. Det var dog noe forskjellig tilnærming og fokus på de forskjellige helsestasjonene. Noen helsesøstre hadde fortsatt fokus på kolikk som en mage/tarm- dysfunksjon og ga foreldrene råd om monotont stimuli som støvsugerlyder og bilkjøring. Samtlige helsesøstre hadde fokus på å støtte foreldrene og styrke de som gode omsorgspersoner for sine barn, og mente det var viktig for å hjelpe foreldrene til å stå i situasjonen.

Mange ganger visste ikke helsesøstrene hva de skulle gjøre for familiene som opplevde spedbarnskolikk. Problemene i familien kunne bli så vanskelige at det ble utfordrende å fremme mestring hos foreldrene. Det kunne skyldes mangel på positivitet og kunne komme av at foreldrene hadde mistet troen på at noe skulle hjelpe. Helsesøstrene hadde veldig lyst til å hjelpe, og det kunne være vanskelig å stå på utsiden og se på at ting ikke bedret seg for familiene. De prøvde å få foreldrene til å ha fokuset på det som var positivt i situasjonen, men

dette var ikke alltid så lett når foreldrene var fullstendig utslitte av den intense gråten og mangelen på søvn.

## 7.0 Referanseliste

- ANTONOVSKY, A. 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18.
- BELLAICHE, M., LEVY, M. & JUNG, C. 2013. Treatments for Infant Colic. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 57 Supplement, S27-S30.
- BRIGTSEN, A. K., LAGERLØV, P. & OFTEDAL, G. 2013. Barnemedisin. In: MISVÆR, N. & LAGERLØV, P. (eds.) *Håndbok for helsestasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- CLANCY 2010. Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. *Primary Health Care Research & Development*, 11, 363-373.
- CLANCY, A. & SVENSSON, T. 2007. 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nurs Philos*, 8, 158-66.
- COWIE, J. 2013. Managing infant colic: a literature review. *Primary Health Care*, 23, 16-20.
- GLAVIN, K. 2007. Kunnskapsbasert helsesøstertjeneste. In: GLAVIN, K., HELSETH, S. & KVARME, L. G. (eds.) *Fra tanke til handling - metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS.
- GRIMEN, H. 2009. Debatten om evidensbasering - noen utfordringer. In: GRIMEN, H. & TERUM, L. I. (eds.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- GULDDAL, J. & MØLLER, M. 1999. Fra filologi til filosofi - introduksjon til den moderne hermeneutik. In: GULDDAL, J. & MØLLER, M. (eds.) *Hermeneutik - en antologi om forståelse*. København: Gyldendal.
- HELSE- & OMSORGSDEPARTEMENTET 2003. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. *FOR 2003-04-03-450*.
- HELSEDIREKTORATET. 2015. *Statistikk om røyking, bruk av snus og e-sigaretter* [Online]. helsedirektoratet.no. Available: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk-royk-og-snus/statistikk-om-royking-bruk-av-snus-og-e-sigaretter> [Accessed 03.08.2015].
- HELSETH, S. 2001. *Kolikk: en modell for sykepleiefaglig tilnærming*, Oslo, Forl. sykepleien.
- HELSETH, S. 2002. Help in times of crying: nurses' approach to parents with colicky infants. *J Adv Nurs*, 40, 267-74.
- HELSETH, S. 2007. En mestringsmodell. In: GLAVIN, K., HELSETH, S. & KVARME, L. G. (eds.) *Fra tanke til handling - metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. 1 ed. Oslo: Akribe AS.
- KEEFE, M. R., KARLSEN, K. A., LOBO, M. L., KOTZER, A. M. & DUDLEY, W. N. 2006a. Reducing parenting stress in families with irritable infants. *Nursing Research*, 55, 198-205.
- KEEFE, M. R., LOBO, M. L., FROESE-FRETZ, A., KOTZER, A. M., BARBOSA, G. A. & DUDLEY, W. N. 2006b. Effectiveness of an intervention for colic. *Clin Pediatr (Phila)*, 45, 123-33.
- KVALE, S., BRINKMANN, S., ANDERSSSEN, T. M. & RYGGE, J. F. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Gyldendal akademisk.

- KVARME, L. G. 2007. Forebyggende og helsefremmende arbeid. In: GLAVIN, K., HELSETH, S. & KVARME, L. G. (eds.) *Fra tanke til handling - metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS.
- KVITVÆR, B. G., MILLER, J. & NEWELL, D. 2012. Improving our understanding of the colicky infant: a prospective observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 63-69.
- LANDGREN, K. & HALLSTROM, I. 2011. Parents' experience of living with a baby with infantile colic--a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 317-24.
- LONG, L. 2003. Understanding a crying baby in the first three months. *Community Practitioner*, 76, 175-181.
- LØGSTRUP, K. E. & FINK, H. 2010. *Den etiske fordring*, Århus, Klim.
- MALTERUD, K. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*, Oslo, Universitetsforlaget.
- MARTINSEN, K. 1996. *Fenomenologi og omsorg: tre dialoger*, [Oslo], Tano Aschehoug.
- MARTINSEN, K. 2003. *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*, [Oslo], Universitetsforl.
- MILIDOU, I., HENRIKSEN, T. B., JENSEN, M. S., OLSEN, J. & SONDERGAARD, C. 2012. Nicotine replacement therapy during pregnancy and infantile colic in the offspring. *Pediatrics*, 129, e652-8.
- MILIDOU, I., SONDERGAARD, C., JENSEN, M. S., OLSEN, J. & HENRIKSEN, T. B. 2014. Gestational age, small for gestational age, and infantile colic. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 28, 138-45.
- MYRHAUG, H., HELSETH, S., HÅVELSRUD, K., KIRKEHEI, I., KJELLEMYR, G., STEEN- JOHNSEN, J. & AAS-JAKOBSEN, E. 2009. Behandling av spedbarnskolikk. *Rapport fra Kunnskapssenteret*. 14 ed. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester.
- NEUMANN, C. E. B. 2009. *Det bekymrede blikket: en studie av helsesøstres handlingsbetingelser*, Oslo, Novus forlag.
- OLAFSEN, K. S. 2010. Temperament i den tidlige utviklingen. In: MOE, V., SLINNING, K. & HANSEN, M. B. (eds.) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- PERSONVERNOMBUDET. 2012. *Krav til samtykke* [Online]. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Available: <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/samtykke.html> [Accessed 25.04.2014].
- PETTERSEN, S. 2009. Kostholdsinformasjon og annen helseinformasjon. In: HOLTHE, A. & WILHELMSSEN, B. U. (eds.) *Mat og helse i skolen - en fagdidaktisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2012. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, Philadelphia, Pa., Wolters Kluwer Health.
- SMITH, L. & ULVUND, S. E. 1999. *Spedbarnsalderen*, Oslo, Universitetsforlaget.
- SOSIAL- & HELSEDIREKTORATET 12/2004. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet.
- STEUTEL, N. F., BENNINGA, M. A., LANGENDAM, M. W., DE KRUIJFF, I. & TABBERS, M. M. 2014. Reporting outcome measures in trials of infant colic. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 59, 341-6.
- TETZCHNER, S. 2001. Utvikling av motorikk og bevegelse. In: TETZCHNER, S. (ed.) *Utviklingspsykologi. Barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- THORNQUIST, E. 2003. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- TJORA, A. H. 2012. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- TVEITEN, S. 2007. Veiledning. In: GLAVIN, K., HELSETH, S. & KVARME, L. G. (eds.) *Fra tanke til handling - metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS.
- VANNEBO, U. T. 2007. Foreldreveiledning. In: GLAVIN, K., HELSETH, S. & KVARME, L. G. (eds.) *Fra tanke til handling - metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. 1 ed. Oslo: Akribe AS.
- WALSETH, L. T. & MALTERUD, K. 2004. Salutogenese og epowerment i allmenmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124, 65-6.

# Vedlegg 1 – Godkjenning fra NSD

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Ellinor Beddari  
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 01.09.2014

Vår ref: 39555 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.08.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>39555</i>	<i>Å jobbe med spedbarnskolikk</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ellinor Beddari</i>
<i>Student</i>	<i>Therese Skagen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Therese Skagen [therese.skagen@gmail.com](mailto:therese.skagen@gmail.com)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices*

*OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)*

*TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)*

*TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)*

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 39555

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 30.05.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel), slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn) og slette lydopptak.

## Vedlegg 2 – Bekreftelse fra NSD etter endring

### BEKREFTELSE PÅ ENDRING

#### **Prosjektnr: 39555 Å jobbe med spedbarnskolikk**

Vi viser til statusmelding mottatt 01.06.2015.

Personvernombudet har nå registrert ny dato for prosjektslutt 01.10.2015.

Det legges til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Ved ny prosjektslutt vil vi rette en ny statushenvendelse.

Hvis det blir aktuelt med ytterligere forlengelse, gjør vi oppmerksom på at utvalget vanligvis må informeres ved forlengelse på mer enn ett år utover det de tidligere har blitt informert om.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,

Åsne Halskau - Tlf: 55 58 21 88

Epost: [asne.halskau@nsd.uib.no](mailto:asne.halskau@nsd.uib.no)

Personvernombudet for forskning,

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Tlf. direkte: (+47) 55 58 81 80



## Vedlegg 3 - Informasjonsskriv

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

#### *”Å jobbe med spedbarnskolikk”*

#### **Bakgrunn og formål**

Jeg studerer master i helsefag, retning helsesøsterfag på universitetet i Tromsø. Jeg skal nå starte med min mastergradsstudie. Temaet er spedbarnskolikk og den foreløpige problemstillingen er *”hvilke utfordringer møter helsesøster i arbeidet med familier hvor et spedbarn har kolikk?”*.

Jeg ønsker derfor å intervjuer helsesøstre som jobber på helsestasjoner med barn 0-5 år, med minimum tre års erfaring som helsesøster på helsestasjon, rundt dette temaet.

Studien er en kvalitativ studie med intervju av 5 helsesøstre. Intervjumaterialet vil bli analysert og brukt sammen med tidligere forskning som er gjort rundt temaet, samt relevant teori.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Dersom du ønsker å delta i studien, vil jeg kontakte deg og avtale tid for intervju. Intervjuet vil handle om hvordan det er å jobbe med familier som opplever spedbarnskolikk, og tankene dine rundt dette. Intervjuet vil ha en varighet på rundt 45-60 minutter.

Under intervjuet ønsker jeg å benytte meg av lydopptaker. Dette for å skape en bedre flyt under intervjuet, og for å sikre at jeg får med meg alt det du sier.

## **Oppbevaring og bruk av informasjon**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Navnelister vil bli oppbevart adskilt fra øvrige data (lydfiler/notater). Jeg har sendt, og fått godkjent, søknad til NSD for å få lov til å bruke lydopptaker under intervjuene. Disse lydopptakene vil bli transkribert og trygt oppbevart, slik som kravene til NSD tilsier, fram til destruering av lydfiler og transkribering etter endt studie.

Når resultatene av studien publiseres, skal det ikke være mulig å identifisere deg som informant. Eksamen skal etter planen avlegges våren 2015.

## **Frivillig deltakelse**

Studien er basert på ulønnet frivillig deltakelse, og det presiseres at du når som helst kan trekke deg fra deltakelsen underveis i studien. Informasjonen om deg vil da bli destruert. Jeg kan kontaktes direkte på telefon eller epost (se under). Informantene har også rett til innsyn i det materialet som jeg skal benytte meg av.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

*Mitt navn:* Therese Skagen

*E-post adresse:* [therese.skagen@gmail.com](mailto:therese.skagen@gmail.com)

*Mobilnummer:* 91169805

Jeg håper at du ønsker å delta i denne studien. Dersom du kunne tenke deg dette, vil jeg gjerne at du sender meg en mail med navn og adresse, slik at jeg kan sende deg samtykkeerklæring og ferdig utfylt konvolutt. Jeg vil kontakte deg på telefon når jeg mottar samtykkeerklæringen, slik at vi kan avtale sted og tid for intervju. Jeg kommer til å tilstrebe

at intervjuet kan gjennomføres i din arbeidstid og på egnet sted på din arbeidsplass dersom dette er ønskelig.

Med vennlig hilsen

Therese Skagen

Mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø

## Vedlegg 4 - Samtykkeerklæring

### Samtykkeerklæring: Deltakelse i mastergradsstudiet

#### Tema: Spedbarnskolikk

*”Hvilke utfordringer møter helsesøster i arbeidet med familier*

*hvor et spedbarn har kolikk”*

Jeg (ditt navn).....

har lest igjennom informasjonsskriv som ble sendt ut, og samtykker herved i å delta i mastergradsstudiet.

Det betyr at jeg er villig til å møte mastergradsstudenten til intervju om mine erfaringer med å jobbe med familier som opplever spedbarnskolikk.

Deltakelsen i mastergradsstudiet er frivillig og jeg mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for deltakelsen. Intervjuet vil bli gjennomført (hvis mulig) i arbeidstiden. Jeg er klar over at jeg kan trekke meg underveis i studien.

E-post (jobb):.....

E-post (privat):.....

Tlf jobb:..... Mob.nr:.....

Sted..... den.....2015

Signatur.....

## Vedlegg 5 - Intervjuguide

### Intervjuguide

Før jeg starter med intervjuet, vil jeg presentere meg selv og takke for at helsesøsteren ønsker å delta i studien. Jeg vil også gjenta noe av det som sto i informasjonsskrivet som ble sendt ut om tema, anonymisering og oppbevaring av materialet. Jeg må fortelle at intervjuet vil bli analysert og brukt sammen med de andre intervjuene i min masteroppgave, men at alt, som nevnt tidligere vil bli anonymisert. Jeg må også spørre informantene om det er greit at jeg benytter en lydopptaker under intervjuet.

### *Spørsmål til informantene:*

*Før jeg starter selve intervjuet må jeg få generell informasjon fra informantene.*

- *Hvor mange år er siden du ble ferdig utdannet helsesøster?*
- *hvor lang erfaring har du fra helsestasjonsarbeid?*
  
- Når vil du kalle ett barns skriking for kolikk? Hvilke faktorer, tenker du, utløser at det kalles kolikk?
  
- Hvilke erfaringer har du med spedbarnskolikk og arbeidet med dette? (noe du møter ofte?, *Foreldrenes oppfatning vs din på helsestasjonen*)
  
- Hvilke utfordringer møter du i arbeidet med spedbarnskolikk? ( og hvordan møter du disse?) (med barnet og konsultasjonen (hvilket fokus – kun kolikk??), med foreldrene – kjemi, holdninger, foreldrenes forventninger og kunnskapskilder, sensitivitet) Kan du gi et eksempel på en utfordrende konsultasjon med en familien som opplevde spedbarnskolikk)
  
- Hvilken tilnærming benytter du deg av i møtet med familiene? (forskjellig) Hvordan går du fram ved det første møtet?

- Hvordan følger du opp disse familiene? Er det en bestemt plan? Individuelt?  
Avhengig av tid? *Hva er målet?*
- Hvilke råd gir du på helsestasjon til foreldre med barn med kolikk?
- Hva tenker du er viktig å snakke med foreldrene om? Er det mest rettet mot å hjelpe foreldrene med å mestre situasjonen (*ta vare på hverandre, fokusere på annet, skrive dagbok el lign*), eller er det mest rettet mot barnet (behandlingsformer), (*men også hvordan håndtere barnet – bæring, stimulering osv*)?
- Hvilke kunnskapskilder benytter du ift arbeidet med spedbarnskolikk (Støtter du deg til noen spesiell forskning? Snakker du med kolleger, andre? Annet?)
- Opplever du noen ganger at du kommer til kort i konsultasjonene? Hva gjør/tenker du eventuelt da?
  - Hvordan synes du at du håndterer gjentatte besøk av familier der situasjonen ikke endrer seg positivt fra forrige besøk, og alle råd er ”prøvd” ut?
  - Har du erfaringer med konsultasjoner som opplevdes positivt på tross av den vanskelige situasjonen? Eksempler?
- Spør du foreldrene om hvilke følelser de opplever å få når barnet skriker? (Hvordan spør du evt)
  - Snakker du om eventuelle negative følelser (om seg selv som foreldre, om barnet)?
  - Hvordan synes du det er å ta opp dette og hvordan reagere foreldrene?