UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
Specialistsjuksköterskeprogrammet

SPÄDBARNSKOLIK

föräldrars upplevelser av kolikperioden och en informationsbroschyr

Författare

Therése Lindström Busatta

Handledare

Eva-Lotta Funkquist

Examinator

Helena Fabian

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp

Inriktning mot barn och ungdom

2017

ABSTRACT

Introduction: Inconsolable infant fussing and/or crying is a common reason for parent´s to seek help with professionals and is a cause of great stress within the family.

Aim: To produce and evaluate a leaflet about infantile colic and elucidate how parents experienced their child's colic period.

Method: The study was based on a descriptive survey containing thirteen open questions assessing parents' experiences of the colic period and the support from the Child Health Care (CHC) nurse. The questions also addressed the design and content of the leaflet. Ten mothers completed the survey and the results were analysed using qualitative content analysis.

Results: The main theme found was; *"The infantile colic overshadowed everything – and created feelings of insufficiency in the parenting role"*. Seven categories were identified; *Wessel's definition of infantile colic agreed, Sleep- and breastfeeding experiences, Thought´s about the colic period, Strong emotions developed during the colic period, Coping strategies, Support and advice, Content in the information brochure*.

Conclusion: Infantile colic effected the entire family, caused crisis and strong feelings such as powerlessness when nothing would calm or ease the baby´s cry. The feeling of being insufficient would create problems with the attachment to the baby. The CHC nurse should support the family members and strengthen them in their ability to cope with their baby´s cry. The leaflet *"Infantile colic – the infant´s cry the first months in life"* could reduce parents' self-accusation and feelings of insufficiency. It could help parents´ attain a sense of control over the situation and encourage the development of a secure attachment. The leaflet will be corrected with advice of using a diary to elucidate the time of crying. It will also contain information about the risk of shaken baby syndrome.

Keywords: Infant, colic, parent, experiences

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Skrikighet hos spädbarn är en vanligt förekommande orsak till att föräldrar söker hjälp hos hälso- och sjukvården. Orsaken till spädbarnskolik är okänd och någon effektiv behandling finns inte.

Syfte: Att utarbeta och utvärdera en informationsbroschyr samt att beskriva föräldrars upplevelser av spädbarnskolik.

Metod: Studien genomfördes som en deskriptiv enkätstudie innehållande 13 öppna frågor. Frågorna berörde upplevelser av kolikperioden, stödet från barnhälsovården och åsikter om en utarbetad informationsbroschyr. Tio mammor, som levt med barn med kolik, besvarade enkäten. Svaren analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen resulterade i det övergripande temat; *”Kolikperioden överskuggade allt – att inte kunna trösta sitt barn, gav känslan av att vara otillräcklig som förälder”.* Vidare framkom sju kategorier; *Wessel´s definition på spädbarnskolik stämde, Sömn- och amningserfarenheter, Tankar om kolikperioden, Kolikperioden orsakade starka känslor, Copingstrategier, Rådgivning och stöd, Informationsbroschyrens innehåll.*

Slutsats: Koliken påverkade hela familjen. Den orsakade känslor av maktlöshet när mammorna inte kunde trösta det skrikande barnet. Otillräckligheten i föräldrarollen kunde skapa problem med bindningen till barnet. Barnsjuksköterskan har en viktig uppgift att stödja och hjälpa vilsna föräldrar, att stärkas i sin förmåga att hantera barnets skrik. Informationsbroschyren *”Spädbarnskolik – barnets skrik de första månaderna”* kunde minska självanklagelsen över att vara en otillräcklig förälder. Den kan hjälpa föräldrarna att bibehålla känslan av kontroll och på så sätt främja utvecklingen av en trygg anknytning. Utvärderingen av broschyren resulterade i tillägg med tips om att föra dagbok över tiden av skrik och med risken för shaken baby syndrome.

Nyckelord: Spädbarn, kolik, föräldrar, upplevelser

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND 7
Spädbarnets sätt att kommunicera 7
Definition spädbarnskolik 8
Orsaker till skrikighet/gnäll 8
Interventioner för att lindra koliken 9
Att bära barnet 10
Komjölksfri kost 10
Probiotika 10
Spädbarnsmassage 10
Akupunktur 10
Koliken i familjen 11
Påverkan på hela familjen 11
Postpartumdepression 11
Barnhälsovårdens roll 12
Anknytningsteorin som teoretisk ram 12
Barnets band till sin förälder – anknytningen 12
Anknytning och bindning 13
Anknytningsbeteende 13
Omvårdnads- och anknytningssystemet 14
Inre arbetsmodeller 14
Coping 14
Anknytningsmönster 15
Säker hamn och trygg bas 15
Trygg anknytning 15
Otrygg - Undvikande anknytning 16
Otrygg - Ambivalent anknytning 16
Problemformulering 16
Syfte 17
METOD 17
Författarens förförståelse 17
Design 17
Spädbarnskolik – och barnets skrik de första månaderna 18
Urval 18

Datainsamlingsmetod 18
Tillvägagångssätt 19
Forskningsetiska överväganden 20
Bearbetning och dataanalys 20
Innehållsanalys 20
Tabell 1. Del av analysen, innehållande meningsbärande enheter, kondensering och koder 21
RESULTAT 21
Tabell 2. Teman, kategorier och underkategorier som framkom under analysen 22
Kolikens karaktär 23
Wessel´s definition på spädbarnskolik stämde 23
Skrikmönster identifierades 23
Magrelaterade besvär 24
Barnets temperament 24
Sömn- och amningserfarenheter 25
Kolikens inverkan på sömnen 25
Kolikens inverkan på amningen 25
Tankar om kolikperioden 26
Minnet är svagt 26
Positiva tankar 26
Kolikens inverkan på parrelationen 26
Kolikperioden orsakade starka känslor 27
Bara att överleva 27
Blandade känslor 28
Påfrestande negativa känslor 28
Känsla av makt- och hopplöshet 29
Känslan av att vara otillräcklig 29
Hämmad känslomässig anknytning 30
Copingstrategier 30
Viljan att göra allt för att lindra koliken 30
Isolering 31
Flyktkänslor 32
Acceptans inför situationen 32
Rådgivning och stöd 33
Råd och stöd från Barnhälsovården 33
Familjen och anhörigas stöd och hjälp 34
Söka råd och stöd av andra i samma situation 34

Informationsbroschyrens innehåll 35
Positiva tankar om broschyren 35
Önskvärd information 36
Negativa tankar om broschyren 36
DISKUSSION 37
Resultatdiskussion 37
Kolikens karaktär 37
Kolikperioden orsakade starka känslor 39
Copingstrategier 39
Rådgivning och stöd 42
Informationsbroschyrens innehåll 43
Metoddiskussion 44
Trovärdighet 45
Etik och samhälle 47
Slutsats 48
Bilaga 1 55
Bilaga 2 59
Bilaga 3 60

BAKGRUND

I Sverige besöker nästintill alla föräldrar barnhälsovården (BHV) med sina barn. Besöken är frivilliga och kostnadsfria (Hallberg, Lindbladh, Petersson, Råstam & Håkansson, 2005). Sjuksköterskan har till uppgift att skapa en förtroendefull relation till barnet och dess föräldrar. I enlighet med 2 c § i hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som BHV lyder under, ska hälso- och sjukvården arbeta med att förebygga ohälsa och ge förslag på metoder som kan förhindra skada eller sjukdom. Enligt HSL 1 § ska hälso- och sjukvården arbeta med individinriktade förebyggande åtgärder (SFS, 1982:763). Socialstyrelsens vägledning för barnhälsovård (2014) beskriver övergripande det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och ger kunskaps- och handläggningsstöd till den verksamma sjuksköterskan. Rikshandboken för barnhälsovård är en nätbaserad nationell riktlinje som tillhandahåller mer kunskapsbaserad information och råd som sjuksköterskan kan erbjuda föräldrar till barn med kolik. Där betonas bland annat betydelsen av lyhördhet hos rådgivande personal och att aktivt lyssna in föräldrarna (Delvert & Jonsell, 2014). Vårdguiden 1177 ger till exempel allmänna råd till föräldrar med att barnet ska erbjudas hud mot hud-kontakt, få ligga vid bröstet och bli buret (Rydin, 2012).

Spädbarnets sätt att kommunicera

Gnällighet och skrik är barnets primära sätt att kommunicera med omvärlden och är således normalt (Bleah & Ellet, 2010; Landgren & Hallström, in press; Zeifman, 2001). Det är en signal om att barnet har behov av omvårdnad och omtanke (Bleah & Ellet, 2010; Zeifman, 2001), och är ett förväntat normalt beteende hos spädbarn (Bleah & Ellet, 2010). Däremot kan durationen av skriket variera, från 30 minuter till mer än fem timmar sammanlagt på ett dygn, vid sex veckors ålder (Wolke, Bilgin & Samara, in press). Studier har påvisat att spädbarn generellt sett har ökad gnällighet/skrikighet kvällstid, från eftermiddagen med ökande intensitet under kvällen, under de första tre levnadsmånaderna (Barr, Konner, Bakeman & Adamson, 1991a; Hunziker & Barr, 1986). Skrikmönstret anses vara universellt, vilket innebär att det förekommer hos alla spädbarn barn (Hunziker & Barr, 1986; St. James-Roberts, Bowyer, Varghese & Sawdon, 1994; Walker & Menahem, 1994). Spädbarnets "normala" skrikbeteende kan ha kulturella orsaker, bero på biologiska faktorer eller vara ett resultat av omvårdnadens utformning av spädbarnet i det västerländska samhället (Hunziker & Barr, 1986). Det finns teorier om att skriket kan ha neurofysiologiska orsaker och påverkas

av barnets mognadsprocess. Det första skriket efter förlossningen och de kommande första dagarna har positiv inverkan på barnets hjärt-och lungfunktion (Zeifman, 2001).

Definition spädbarnskolik

Ihållande otröstligt och plötsligt spädbarnsskrik, kolik, uppskattas drabba från omkring tio procent av alla nyfödda (Landgren & Hallström, 2011; Landgren, Lundqvist & Hallström, 2012; Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2014) upp till 20 procent (Landgren & Hallström, 2011; Landgren et al., 2012). Huruvida spädbarnet skriker mer än normalt och uppfyller kriterierna för spädbarnskolik bedöms utifrån Wessels kriterier (Wessel, Cobb, Jackson, Harris & Detwiler, 1954; Wolke et al., in press). Definitionen innebär att ett för övrigt friskt barn med viktuppgång, skriker och/eller gnäller mer än tre timmar per dag i mer än tre dagar per vecka i minst tre veckor (Lucassen, Assendelft, Gubbels, van Eijk, van Geldrop & Knuistingh Neven, 1998; Wessel et al., 1954). Den mest använda definitionen idag är en modifierad variant av Wessel´s ”tre-regel”, vilken är skrik/gnäll mer än tre timmar per dag i minst tre dagar på en vecka (Wolke et al., in press). Koliken startar under barnets första levnadsveckor och når sin topp vid sex veckors ålder (Lucassen, 2010; Wolke et al., in press), minskar därefter gradvis och från levnadsvecka åtta till nio minskar skrikandet drastiskt (Wolke et al., in press). Koliken försvinner spontant vid tre till fyra (ibland fem) månaders ålder. Kolik är ofarligt och försvinner spontant, men etiologin är oklar (Lucassen et al., 1998). Studier visar att förstagångsföräldrar oftare får barn med kolik, jämfört med flergångsföräldrar (Canivet, 2002). Skriket, hos ett barn med kolik, kan av föräldrar tolkas som att det upplever svår smärta (Ellet, Bleah & Parris, 2004) och lider (Helseth, 2002). En av sex familjer söker sjukvården för spädbarnets skrikighet (Lucassen et al., 1998), oftare förstagångsföräldrar (Canivet, Östergren, Rosén, Jakobsson & Hagander, 2005) men sällan hittas någon somatisk orsak (Lucassen et al., 1998).

Orsaker till skrikighet/gnäll

En möjlig orsak till spädbarnets skrik och gnäll kan vara uppstötningar, så kallad gastroesofageal reflux. I en studie var skrikigheten kopplat till matningssvårigheter, främst till uppstötningar och små kräkningar (spottningar) (Heine, Jordan, Lubitz, Meehan & Catto-Smith, 2006). Jordan (2014), å andra sidan, menar att spädbarnets skrik orsakas av låg avföringsfrekvens. Skriket som särskilt uppträder direkt efter mat, orsakas av barnets behov att ha avföring. Maten har satt igång den gastrokoliska reflexen. Barnet uppvisar då bland

annat gnällighet, spänd kropp och rött grimaserat ansiktsuttryck. Författaren menar att koliken avhjälps genom att föräldern tolkar barnets skrik som signalen för att barnet behöver ha avföring (Jordan, 2014). En annan studie visade motsatt resultat nämligen att spädbarnen med kolik hade högre avföringsfrekvens än barn utan kolik (Landgren, Kvorning & Hallström, 2011). Skriket behöver heller inte ha någon särskild orsak (Zeifman, 2001).

Kulturella skillnader

Ihållande skrik finns hos spädbarn i alla kulturer, det som skiljer sig är förväntningar och hur vårdaren reagerar och agerar. I afrikanska kulturer lever man tillsammans med flera generationer som stöttar och hjälper den barnafödande familjen. Barnen bärs i tygstycken på magen eller ryggen och barnet kan amma när det vill. Ofta sover barnen nära mamman nattetid (Bleah & Ellet, 2010). En systematisk litteraturöversikt (Wolke et al., in press) menar att det finns forskning som visar att skrikdurationen påverkas både av kulturella faktorer och även hur barnet vårdas och tröstas. Barr och medarbetare (1991a) påvisar att spädbarn i !Kung San (Afrika) skriker hälften så länge som spädbarn i Nederländerna, men att de har lika antal skrikepisoder. Liknande resultat återfinns i St. James-Roberts et al., (1994) forskning, som påvisar markant lägre skrikduration enligt mammor i Manali till skillnad mot mammor i London. Wolke och medarbetare (in press) undersökte skrikdurationen utifrån dagböcker som föräldrar hade fört under spädbarnstiden. Resultatet kunde inte fastställa att skriket ökade under de första sex veckorna, däremot bekräftade studierna i metaanalysen en ”universell” minskning i skrikduration från sex till tolv veckors ålder. Resultatet påvisar att spädbarn i England skriker mer än genomsnittet och att de danska spädbarnen skriker mindre och har låg kolikprevalens.

Interventioner för att lindra koliken

Det finns ingen säker och effektiv behandling för spädbarnskolik, men flera olika strategier finns och kan provas (Iacovou, Ralston, Muir, Walker & Truby, 2012; Landgren & Hallström, in press). Minifom-droppar (dimethicon) har rekommenderats av hälso-och sjukvårdspersonal mot gaser i magen, men har i en litteratursammanställning bedömts att inte ha någon effekt (Biagioli, Tarasco, Lingua, Moja & Savino, 2016).

Att bära barnet

Barnets ihållande oro och gnäll kan till viss del hindras om föräldrarna förekommer barnet genom att bäras, gärna hud mot hud, och genom att amma eller mata barnet frekvent. Barnet kan med fördel bäras i kombination med rörelse, variera mellan att stå och gå. Det visar i interventionsstudier minska tiden barnet skriker (Barr & Hunziker, 1986; Barr et al., 1991a). Å andra sidan påvisar en randomiserad kontrollerad studie ingen minskning på spädbarnskolik av just bärande (Barr et al., 1991b). Det finns dessutom risk att föräldrar som kontinuerligt bär ett skrikande barn upplever ökad stress och oro (Lucassen, 2010). Bleah och Ellet (2010) redovisar i sin forskning att antalet timmar med skrik kunde minskas genom att hålla barnet hud mot hud.

Komjölksfri kost

Uteslutande av komjölksprotein påvisar i studier minska kolik (Iacovou et al., 2012; Landgren & Hallström, in press). En studie visar att koliken försvinner hos fem till 20 procent spädbarn som får exklusiv komjölksfri kost i fem dagar (Iacovou et al., 2012) och rekommenderas i första hand som strategi för att minska spädbarnskoliken (Landgren & Hallström, in press).

Probiotika

Lactobacillus reuteri visar god effekt på spädbarnskolik, (Chau et al., 2015; Landgren & Hallström, in press; Sung, Collett, de Gooyer, Hiscock, Tang & Wake, 2013) med markant reducering av tiden det ammade barnet med kolik, skriker och gnäller (Chau et al., 2015).

Spädbarnsmassage

Särskild magmassage rekommenderas mot kolik vid besvär av gaser och knip, av Vårdguiden 1177 (Rydin, 2012), men har ingen påvisad evident effekt (Bennett, Underdown & Barlow, 2013; Lucassen, 2010).

Akupunktur

Akupunktur kan minska smärtupplevelsen hos spädbarn, bibehålla mag-tarmkanalens funktion och ha lugnande effekt (Takashi, 2013). En svensk randomiserad kontrollerad studie påvisar positiva effekter av minimal akupunktur mot spädbarnskolik med minskad tid av skrikighet och snabbare tillfrisknande (Landgren & Hallström, in press).

Koliken i familjen

Påverkan på hela familjen

Forskning visar att kolik påverkar hela familjen. Föräldrarna beskriver enorm trötthet och anstormning av starka känslor som maktlöshet och frustration. Det är vanligt att föräldrar söker efter strategier för att återfå kontroll över livet och härda ut. De kan också känna tacksamhet och styrka över att finna strategier som minskar barnets kolik (Landgren & Hallström, 2011). Spädbarnskolik orsakar påfrestning och ofta upplevs kaos i familjen som påverkar såväl mamma-barn relationen som hela familjen negativt (Landgren et al., 2012; Long & Johnson, 2001). Stödet från omgivningen är betydelsefullt och minskar risken att få ett barn med kolik (Alexander, Zhu, Paul & Kjerulff, in press). Wessel och medarbetare (1954) fann redan på 50-talet att osäkerhet och spänning inom familjen i sin tur kunde orsaka att spädbarnet skrek mera.

Förstagångsföräldrar kan ha höga förväntningar på det kommande föräldraskapet. Barnet som sedan skriker otröstligt orsakar rädsla för att tappa kontrollen och att inte orka (Landgren & Hallström, 2011). Det är stressande för föräldrar att ta hand om ett skrikande barn och kan om det eskalerar utvecklas till en krissituation (Zeifman, 2001) och i värsta fall orsaka att barnet blir övergivet och fysiskt misshandlat (Ellet, Bleah & Paris, 2004; Zeifman, 2001). Forskning visar att barn som skriker mycket och ihållande i högre grad riskerar att utsättas för fysiskt våld, särskilt hög risk påvisar barn som är tvillingar (Talvik, Alexander & Talvik, 2008).

Postpartumdepression

Studier har påvisat att mammor till barn med kolik har högre risk att utveckla depressiva symtom (Akman et al., 2006; Canivet, Östergren, Rosén, Jakobsson & Hagander, 2005; Vik et al., 2009). En studie visar att en lycklig parrelation kan verka skyddande mot kolik även då mamman lider av post-partumdepression (Alexander et al., 2006, in press). Även socioekonomiska faktorer inverkar, så som mammans utbildningsnivå och ålder (Canivet et al., 2005). Vik och medarbetare (2009) beskriver att spädbarnskolik vid två månaders ålder kunde kopplas till depressiva symtom hos mammor fyra månader senare, det vill säga när barnet var sex månader och koliken hade gått över. Vik et al., (2009) menar vidare att särskild uppmärksamhet inom primärvården bör riktas mot mammor som upplever att spädbarnet skriker mycket och ihållande, oavsett om det klassas som kolik eller inte, eftersom det är en stark riskfaktor för utvecklandet av depression. Högre risk, för att få barn med kolik, kan ses

hos yngre nyblivna mammor, mammor med sjukhistoria av ångest/oro och om de inte samlever med pappan/partnern (Canivet et al., 2005).

Barnhälsovårdens roll

Föräldrarna kommer ofta till BHV för råd med sitt skrikande barn (Helseth, 2002). Forskning visar att föräldrar ofta får motstridiga råd angående barnets skrikighet (Akhnikh, Engelberts, van Sleuwen, L'Hoir & Benninga, 2014). Både föräldrarna själva och sjuksköterskorna ifrågasätter sin förmåga och kunskap att kunna hjälpa föräldrarna. Föräldrarna har ofta negativa erfarenheter och uppfattning om bemötandet och stödet från BHV (Landgren et al., 2012). Helseth (2002) menar att det viktigaste är att sjuksköterskan etablerar en förtroendefull relation, vilket för den skull inte är enkelt.

Anknytningsteorin som teoretisk ram

Den teoretiska utgångspunkten kan liknas vid glasögonen som används vid genomförandet av studien; hur tolkningen av materialet görs och genom hur förståelse skapas för situationen som undersöks (Malterud, 2001). Anknytningsteorin beskriver nära känslomässiga relationers betydelse för barnets utveckling (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Mothander, 2006). Barnsjuksköterskans kunskap om anknytningsteorin och dess begrepp är centralt i arbetet med barn och föräldrar, särskilt då familjen utsätts för påfrestning (Kearney & Byrne, 2014). Historiskt sett påbörjades anknytningsteorins framväxt under 1930- och 1940-talen när kliniker både i Europa och USA såg hur långvarig institutionsvård eller utbyte av föräldern under barnets första levnadsår hade negativ inverkan på dess personlighetsutveckling. Separation från föräldern orsakade lidande och akut nöd för de små barnen (Bowlby, 1982).

Barnets band till sin förälder – anknytningen

Anknytningsteorins upphovsman, den engelske psykoanalytikern John Bowlby (1907-1990), intresserade sig för och studerade risker med tidiga separationer mellan barn och föräldrar. Eftersom han motsatte sig början av 1900-talets idé om att barnets anknytning till mamman i synnerhet kopplades till att hon gav det mat och sekundärt till den personliga relationen som benämndes ”beroende”. Bowlby motsatte sig detta och började studera djurens prägling för att söka svar på om människan kunde ha någon slags instinkt. Resultatet av den undersökningen visade att vissa djurarter kunde utveckla ett starkt band till en särskild modersgestalt utan att det gav ungen mat, vilket bekräftade Bowlbys teorier. Bowlby betonade livshändelsernas

inflytande på människans utveckling och grundade sin teori på egna observationer av beteenden. Vid slutet av 1950-talet hade forskningsresultaten börjat vinna mark och acceptans bland annat hos dem som arbetade inom pediatrik och barnsjukvård (Bowlby, 1982). I trilogin Attachment and Loss, som publicerades 1969, 1973 och 1980, beskriver Bowlby anknytningens betydelse för människans utveckling. Bowlby (1983) menade att barnets beteende utvecklas och förändras som ett resultat av interaktionen med miljön runt barnet, särskilt interaktionen med den primära vårdgivaren. Han menade att flera faktorer påverkade anknytningens utveckling som det stressreglerande systemet och betydelsen av samhällets och förälderns förmåga att ge omvårdnad av god kvalitet (Broberg, Almqvist, Risholm Mothander & Tjus, 2015).

Anknytning och bindning

Begreppet *anknytning* beskrivs inom teorin som en fundamental form av beteende och inre motivation, lika betydelsefull för överlevnaden som mat och sexualitet (Bowlby, 1982). Broberg och medarbetare (2006) menar att anknytningen, det känslomässiga bandet, kännetecknas av att den är varaktig över tid, riktas mot en särskild person som inte är utbytbar, där båda personerna söker varandras närhet och upplever obehag vid ofrivillig separation från den andre. Slutligen, barnet som är anknutet till en vuxen söker trygghet, tröst och beskydd. Bowlby (1982) menar att den anknutna individens beteende, att söka närhet, kvarstår som en egenskap hela livet, men förändras långsamt med tiden. Förälderns relation till barnet särskiljs genom att beskrivas i termer med *bindning*. Skillnaden i begreppen är att bindning inte innehåller samma skyddsaspekt och är inte beroende som anknytningen är för barnet. Det är en process som skapas utifrån förälderns emotionella engagemang i att ge omvårdnad till barnet (Broberg m.fl., 2006).

Anknytningsbeteende

Anknytningsbeteende är alla former av beteenden som håller barnet nära en särskilt identifierad person, någon som barnet anser är i bättre stånd att säkra dess överlevnad. Det blir mer uttalat då barnet upplever rädsla, sjukdom eller behöver tröst och omvårdnad. Anknytningsbeteendet är tydligast tidigt i barndomen, men finns kvar genom hela livet, om än mer uttalat vid kriser. Biologiskt sett är beteendet skyddande för individen. De flesta barn föredrar en särskild person men kan nöja sig med någon annan som det känner väl när

huvudpersonen inte är i närheten. Barn som inte uppvisar en tydlig urskiljning av en stark anknytningsperson har utsatts för bristande omsorg (Bowlby, 1982).

Omvårdnads- och anknytningssystemet

Anknytning och omvårdnad, beteendesystemen, är genetiskt betingade, ankytningen hos barnet och omvårdnaden hos föräldern (Broberg m.fl., 2006). Omvårdnadssystemet styrs kognitivt, känslo- och beteendemässigt och samverkar kontinuerligt hos föräldern för att skydda och vårda barnet (Kearney & Byrne, 2014). Anknytningssystemet avser hur olika beteenden samordnas för att barnet ska bibehålla/upprätta fysisk närhet med föräldern och samtidigt utforska omvärlden (Broberg m.fl., 2006). Det aktiveras när barnet upplever något som hotfullt och söker närhet. När barnet känner sig tryggt kan det fortsätta att utforska och utvecklas. Utöver att ge skydd och trygghet ger anknytningsrelationen barnet hjälp att reglera sina egna känslor (Kearney & Byrne, 2014).

Inre arbetsmodeller

Både anknytningssystemet och omvårdnadssystemet styrs på ett psykologiskt plan genom inre arbetsmodeller, så kallade mentala representationer av verkligheten. Dessa består av förälderns tankar och känslor både om sig själv och andra och guidar föräldern i vården av barnet. Särskilt viktigt för utvecklingen av inre arbetsmodeller hos barnet är tillfällen då anknytningssystemet är högaktiverat, som när det blir ledset (Broberg m.fl., 2006). Vid upplevelse av stress eller kris i föräldrarollen förändras de inre arbetsmodellerna. Efter en tid av bearbetning skapar föräldern sig en ny bild av sin roll, vilket av anknytningsteoretiker kallas för att uppnå ”resolution”. Det innebär att föräldern har omarbetat tidigare inre arbetsmodeller och anpassat sig till barnets nuvarande verklighet (Kearney & Byrne, 2014).

Coping

Begreppet coping betyder bemästringsstrategier eller copingstrategier, handlingar, både psykologisk och praktisk problemlösning att hantera uppkommen stress. Svaret ligger i hur personen tolkar uppkomna stressorer och den egna värderingen av personliga resurser. Om en person saknar fungerande copingstrategier minskar chansen att kunna anpassa sig till stress. Copingstrategier kan vara både känslofokuserad riktad mot undvikande av obehagliga känslor som uppstår eller problemfokuserad coping riktad mot själva situationen (Lazarus & Folkman, 1985).

Anknytningsmönster

Förälderns lyhördhet och känslomässiga tillgänglighet påverkar kvaliteten på barnets anknytningsrelation. Mary Ainsworth (1913-1999) bidrog till utvecklandet av teorin i samarbete med Bowlby, genom sina empiriska studier av anknytningsbeteenden. Hennes mest betydelsefulla forskningsarbete blev *Strange Situation Procedure* (SSP) där samspelet och anknytningen mellan barnet och mamman undersöktes i en laboratoriesituation. Barnet utsattes för separationer och återföreningar med sin primära vårdgivare, här mamman. Målet med forskningen var att klassificera barnets anknytning till sin mamma utifrån dess beteende. Hur barnet reagerade på återföreningen efter en stund separation bestämde typen av anknytningsmönster (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Mothander, 2008). Arbetet med framtagande och etablering av SSP resulterar i boken *Patterns of Attachment* (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Den innehåller beskrivningar av hur bedömningen av barnets anknytningsmönster ska utföras.

Säker hamn och trygg bas

Forskningen med SSP påvisar att anknytning handlar om hur barn och vuxna utvecklar förmågan att använda sig av utvalda människor som trygg bas och säker hamn när faror hotar (Broberg m.fl., 2008). Begreppet *trygg bas* beskriver hur barnet använder sig av en särskild anknytningsperson som bas varifrån barnet kan upptäcka omgivningen (Kearney & Byrne, 2014). Begreppet *säker hamn* illustrerar personen som barnet alltid kan återkomma till efter en stunds utforskande eller när fara hotar. Ainsworth´s forskning lade således grunden för bedömning av de olika anknytningsmönstren under de två första levnadsåren (Broberg m.fl., 2008), vilka beskrivs enligt följande.

Trygg anknytning

Barnet tillåter sig att tröstas av föräldern när det återvänder efter en stunds separation och vill vara nära. Barnet har vid en trygg anknytning förvissning om att det finns en trygg hamn att återvända till när faror hotar på upptäcktsfärden. Det är en grundtrygghet och flexibilitet i utforskandet och trygghetssökandet. Den trygga anknytningen är ett resultat av förälderns lyhördhet gentemot barnet och förutsägbarhet i sitt beteende. Det har givit barnet tilltro till sin egen förmåga och för att inte vara rädd för att söka hjälp när barnet behöver det. Den bidrar till god känslomässig reglering, tolerans mot negativa händelser, förutsatt det inte inträffat

alltför frekvent (Broberg m.fl., 2015). Omkring 60 till 70 procent barn uppvisar detta anknytningsmönster åtminstone till en förälder (Broberg m.fl., 2008).

Otrygg - Undvikande anknytning

Detta anknytningsmönster särskiljs utifrån hur barnet agerar när det återförenas med sin mamma genom att bete sig undvikande, genom att inte söka tröst snarare genom att vända bort blicken (Ainsworth & Bell, 1970). Detta anknytningsmönster definieras utifrån att barnet inte använder föräldern som trygg bas. Eftersom barnet har lärt sig att det inte lönar sig att ge uttryck för behov av tröst och omsorg för att få närhet. Barnet har fått lära sig att det bästa är att hålla behov inombords och ”stänga av”. Detta barn förväntar sig inte att vuxna ska uppmärksamma eller svara positivt på deras behov av trygghet och beskydd (Broberg m.fl., 2015). Den känslomässiga tonen i relationen är i princip neutral för undvikande barn (Broberg m.fl., 2008).

Otrygg - Ambivalent anknytning

Motspänstig anknytning kännetecknas av en maximering av anknytningsbeteenden. Här aktiveras barnets anknytningssystem konstant. Men närhetssökandet och kontakten bidrar inte med trygghet för det ambivalent anknutna barnet. Det blir inte lugnat av föräldern. Den känslomässiga tonen präglas av negativitet (Broberg m.fl., 2008). Barnet reagerar med ilska och frustration vid återförening med sin mamma (Ainsworth & Bell, 1970). Cassidy och Berlin (1994) identifierade ett samband mellan mammans låga tillgänglighet (availability) för barnet och otrygg ambivalent anknytning. Författarna kom fram till att mammor till otryggt ambivalenta barn höll barnet fysiskt nära, hälften så ofta som mammor till tryggt anknutna barn, vilket stärker vikten av mammans närvaro och samspel främjar barnets utveckling för en trygg anknytning.

Problemformulering

Spädbarnskolik är vanligt förekommande i den västerländska kulturen och för att kunna hjälpa och stödja föräldrar till barn med kolik genom den intensiva och påfrestande perioden, krävs förståelse för vad familjen genomgår (Landgren & Hallström, 2011). Få studier beskriver föräldrarnas upplevelser under kolikperioden och det är därför av intresse att skapa djupare förståelse och öka kunskapen om hur föräldrar till barn med kolik upplever situationen och stödet från BHV. En evidensbaserad informationsbroschyr om spädbarnskolik

och hur det kan lindras skulle kunna öka föräldrars känsla av att kunna hantera situationen och därför stärka dem i föräldraskapet, samt ge den rådgivande specialistsjuksköterskan ytterligare redskap i arbetet med att stödja föräldrar med barn med kolik.

Syfte

Studiens syfte var att utarbeta en evidensbaserad informationsbroschyr om spädbarnskolik. Ytterligare ett syfte var att beskriva föräldrars upplevelser av spädbarnets kolikperiod och utvärdera informationsbroschyren.

METOD

Författarens förförståelse

Förförståelsen kan liknas vid ryggsäcken som forskaren bär med sig genom hela forskningsprocessen. Ryggsäcken rymmer både personliga och yrkesmässiga erfarenheter om problemområdet (Malterud, 2001). Författaren till studien har erfarenhet av att leva med ett spädbarn med kolik. Barnet hade intensivt och otröstligt skrik nattetid och var missnöjd dagtid, därtill hade han svårigheter med sömnen. Problemen ledde till bindnings- och anknytningsproblem.

Design

För att genomföra studien valdes en deskriptiv enkätstudie med öppna frågor. Svaren analyserades med kvalitativ ansats. Det kvalitativa förhållningssättet har ingen, enligt Backman (2008), i förväg bestämd design, utan fokus ligger på individens subjektiva uppfattning och tolkning av en viss kontext. Innan datainsamlingen påbörjades genomfördes en litteraturgenomgång med syfte att sammanställa en evidensbaserad informationsbroschyr om spädbarnskolik. Litteraturgenomgången innefattade sökning i PubMed och Cochrane Library. Sökord som: infant colic treatment crying randomized etiology, parents, parents experience, excessive infantile crying, användes. Fritextsökningar på dessa termer utfördes i samtliga databaser. Även manuella sökningar utfördes i relevanta artiklars referenslistor. Artiklarna var vetenskapligt publicerade och engelskspråkiga. Intressanta artiklar, utifrån titel och abstract, lästes genomgående och inkluderades till broschyren om resultatet involverade syftet med föreliggande studie. Broschyrens innehåll baserades slutligen på 32 vetenskapligt publicerade artiklar och en bok om anknytningsteorin.

Spädbarnskolik – och barnets skrik de första månaderna

Litteraturgenomgången och sammanställningen av innehållet resulterade i informationsbroschyren *Spädbarnskolik – och barnets skrik de första månaderna* (Bilaga 4). Informationen riktar sig främst till spädbarnsföräldrar och beskriver initialt barnets naturliga sätt att kommunicera med sin vårdgivare. Därefter följer kortare beskrivningar av kulturella skillnader vad gäller barnets skrik, men även evidensbaserade råd om vad man kan prova att göra för att lindra, som att låta barnet äta lite och ofta och gärna bära barnet hud mot hud. Ammande barn har lägre förekomst av spädbarnskolik (Alexander et al., in press). I det avslutande stycket presenteras myter angående spädbarnskolik.

Urval

Urvalet till enkätstudien genomfördes på tre olika sätt. Det ena sättet var genom *volontärt bekvämlighetsurval* som enligt Polit & Beck (2012) fördelaktigt kan användas när forskare behöver deltagare med olika erfarenheter inom ett specifikt kontext. Bekvämlighetsurvalet skapade möjlighet för lämpliga deltagare att anmäla intresse via annonsering på Internet. Till viss del användes även *snöbollsurval*, genom att vänner/studiekollegor/arbetskollegor tillfrågades om de hade kännedom av någon med erfarenhet av spädbarnskolik. Volontärt bekvämlighetsurval liksom snöbollsurval utvecklas ofta enligt Polit & Beck (2012) genom att medvetet välja ut deltagare som är mest lämpliga för deltagande i studien. Urvalet var även *strategiskt* med målsättningen att informanterna skulle kunna belysa problemområdet på bästa sätt (Malterud, 2014).

Urvalsförfarandet bedömdes lämpligt för studiens upplägg eftersom den kvalitativa ansatsen optimeras av en bred och varierad deltagargrupp (Polit & Beck, 2004). Syftet var inte att generalisera resultatet för en viss population. Huvudkriteriet för deltagande i studien var att individen skulle ha upplevt fenomenet (Polit & Beck, 2012), med andra ord, föräldrarna skulle ha levt med ett barn med kolik. När studien genomfördes skulle barnet vara mellan sex veckor och maximalt tio år gammalt. Föräldrarna skulle förstå svenska i tal och skrift. Exklusionskriterier var barn med konstaterad somatisk orsak till skrikighet.

Datainsamlingsmetod

En självrapporterande insamlingsmetod, som enkät, används då forskaren är intresserad av att undersöka människors tankar, känslor och erfarenheter. Metoden skapar möjligheter för

forskaren att ta reda på hur något har upplevts och känts men även beskriva hur det är just nu (Polit & Beck, 2004). En enkät med öppna frågor om föräldrars erfarenheter utarbetades med utgångspunkt från studiens syfte. Alla uppgifter och svar behandlades utan inblick av obehöriga. Polit & Beck (2004) menar att enkäter med öppna frågor skapar möjlighet för deltagarna att svara med egna ord. Enkäten (bilaga 3) innehöll 13 frågor, där de första fyra handlade om förälderns upplevelser och känslor i samband med barnets kolikperiod. Därefter följde frågor om relationen till partnern och avslutningsvis tre frågor om informations-broschyrens innehåll. Enkäten testades före utskick på en informant och därefter reviderades den första frågan för att förtydliga att den hänvisade till definitionen av spädbarnskolik. Deltagarna hade möjlighet att svara med obegränsat antal ord.

Tillvägagångssätt

Inbjudan om deltagande i studien skickades till medlemmar i Facebook-gruppen ”Kolikbarn stödgrupp” i mars 2017. Första dagen besvarade sammanlagt elva personer inlägget och visade intresse för deltagande i studien. Författaren till studien skrev personligt meddelande via Facebook Messenger till varje enskild person som anmält intresse. Andra dagen anmälde tre mammor sig frivilligt inlägg under den formella inbjudan. Sammantaget hade 18 mammor från Facebook- gruppen anmält intresse för att delta i studien i april 2017. En av mammorna svarade därefter inte och föll ur studien. Via vänner, anhöriga och studentkollegor eftersöktes också föräldrar till barn med spädbarnskolik. Eftersökningen i slutet av mars 2017 resulterade i medgivande från ytterligare sju föräldrar för deltagande i studien. Föräldrarna fick samma beskrivning av studien som föräldrarna i Facebook-gruppen. Sammanlagt 22 mammor inkluderades i studien, och erhöll utskickat material, i början av april 2017. Det bestod utav; informationsbrev (Bilaga 1) kombinerat med informerat samtycke (Bilaga 2), enkät (Bilaga 3), informationsbroschyr (separat Bilaga 4). Påminnelse utgick i Facebook-gruppen den 19 april 2017. Tre mammor hade inkommit med svar när en vecka på svarstiden återstod. Därefter inhämtades ytterligare två svar per mail och restrerande fem inkom per post. Enkäten initierades med en beskrivning av definitionen på spädbarnskolik och föräldrarna fick därefter bestämma huruvida det stämde in på deras barn. Åldern på barnen som hade haft kolik var fyra månader till sju år. Det var nio av mammornas första barn och en mamma vars andra barn som hade haft kolik. Således inkom sammalagt tio enkäter som kunde analyseras.

Forskningsetiska överväganden

All forskning som involverar människor ska ge deltagarna information om studien och att deltagande är frivilligt, samt att de när som helst avbryta medverkan utan att ange orsak (Codex, 2016). Det är viktigt att föräldrar som tackar ja till deltagande i studien har fått information om vad studien handlar om (Kjellström, 2012). Det informerade samtycket återfinns i lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460) och innebär att forskning bara får utföras om forskningspersonen har samtyckt. All insamlad data presenterades avidentifierad. Det var enbart författaren som hade koppling mellan svar och föräldrar. Ingen obehörig har fått veta vilken förälder som svarat vad.

Bearbetning och dataanalys

Innehållsanalys

Informationen och rådgivningen i broschyren baseras på evidensbaserad kunskap (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006) om barnets medfödda sätt att kommunicera via skriket. Föräldrarna hade möjlighet att via den självrapporterade enkäten ge synpunkter på informationsbroschyren. Målet med att använda kvalitativ induktiv ansats för analysen av enkätsvaren var att utveckla djupare förståelse genom att beskriva föräldrarnas upplevelse (Polit & Beck, 2004). Analysen innefattade förutsättningslös granskning och tolkning av texten samt försök att skönja variationer. Mening med texten skapades av mig som läsare, där också flera tolkningar var möjliga och lika giltiga. Analysarbetet växlade kontinuerligt mellan närhet och distans (Lundman & Graneheim Hällgren, 2012). Det huvudsakliga syftet med analysarbetet var att fånga en helhetsbild och därefter eventuella underliggande orsaker till föräldrarnas upplevelser och känslor (Graneheim & Lundman, 2004). Varje enkät, representerade en *analysenhet*, som lästes upprepade gånger för att skapa en känsla av sammanhanget (Lundman & Graneheim Hällgren, 2012). Därefter sorterades särskilda delar ut ur texten som utgjorde en grov struktur, så kallade *domäner*. Vidare kunde lagom stora *meningsbärande enheter* utses, meningar eller stycken av texten, som svarade till studiens syfte som hörde ihop genom innehållet. Därefter påbörjades *kondenseringen*, reduceringen, av de meningsbärande enheterna, genom *kodning*, dessa innefattades enbart av några ord, där det mest centrala innehållet i texten bevarades. Kodningen innebar att innehållet abstraherades, där det lyftes till en högre logisk nivå. *Kategorier* formulerades utifrån koder med liknande textnära och uppenbart innehåll, där ingen text uteslöts på grund av avsaknad av kategori. Flera kategorier kunde i analysarbetet bilda *teman*, som sammanband det underliggande,

latenta, budskapet. Variationer, skillnader och likheter i textinnehållet, uttrycktes i kategorier och teman. För exempel på analysprocessen med meningsbärande enheter, kondensering, koder, underkategorier samt kategorier, se Tabell 1.

Tabell 1. Del av analysen, innehållande meningsbärande enheter, kondensering och koder

Meningsenhet	**Kondenserad meningsenhet**	**Kod**	**Underkategori**	**Kategori**
Ingenting hjälpte inte ens att vara nära. Min sambo och jag turades om att bära och vyssja men det var ändå tufft.	Inget hjälpte. Inte att vara nära. Vi turades om att bära men tufft	Vi hjälptes åt att bära men inget hjälpte	Viljan att göra något som kunde lindra koliken	Copingstrategier
BVC ville inte säga att han hade kolik. Han skrek ju inte tre timmar i sträck. Jag kände inte att jag fick stöd.	Han skrek inte tre timmar i sträck och hade inte kolik enligt BVC.	Inget stöd från BVC.	Råd och stöd från BHV	Rådgivning och stöd
Jag var tvungen att gå ut på gården. Jag funderade på att bara köra där ifrån, bara sätta mig i bilen och köra norrut.	Jag gick ut och ville köra därifrån.	Jag ville därifrån.	Flyktkänslor	Kolikperioden orsakade starka känslor
Började avta vid 10 veckor för att långsamt försvinna sen.	Avtog vid 10 veckor och försvann långsamt	Skriket minskade	Wessel´s definition överensstämde	Kolikens karaktär
Första tiden med honom är som ett töcken.	Som ett töcken	Töcken	Minnet av kolikperioden är svagt	Tankar om kolikperioden

Citat ur enkättexter återfinns i resultatdelen. Utifrån innehållsanalysens resultat kan eventuellt framkomna teman beskrivas kort och komplettera informationen i den utvecklade informationsbroschyren.

RESULTAT

Föräldrar som deltog i studien var mammor, som hade haft barn med kolik. Mammorna hade varierad ålder mellan 22 och 45 år och barnen som hade haft kolik var vid undersökningstillfället som yngst fyra månader och som äldst sju år. Under analysen framträdde det övergripande temat; *”kolikperioden överskuggade allt – att inte kunna trösta sitt barn, gav känslan av att vara otillräcklig som förälder”.*

Efter bearbetningen av textmaterialet framkom sammanlagt sju kategorier, med tillhörande underkategorier (tabell 2) gällande föräldrarnas upplevelser av kolikperioden och av informationsbroschyren ”*Spädbarnskolik – och barnets skrik de första månaderna*”.

Tabell 2. Teman, kategorier och underkategorier som framkom under analysen

Kolikperioden överskuggade allt – att inte kunna trösta sitt barn gav känslan av att vara otillräcklig som förälder	
Kategorier	**Underkategorier**
Kolikens karaktär	Wessel´s definition på spädbarnskolik stämde
	Skrikmönster identifierades
	Magrelaterade problem
	Barnets temperament
Sömn- och amningserfarenheter	Kolikens inverkan på amningen
	Kolikens inverkan på sömnen
Tankar om kolikperioden	Minnet är svagt
	Positiva tankar
	Kolikens inverkan på parrelationen
Kolikperioden orsakade starka känslor	Bara att överleva
	Blandade känslor
	Påfrestande negativa känslor
	Känsla av makt- och hopplöshet
	Känslan av att vara otillräcklig
	Hämmad känslomässig anknytning
Copingstrategier	Viljan att göra allt för att minska koliken
	Isolering
	Flyktkänslor
	Acceptans inför situationen
Rådgivning och stöd	Råd och stöd från Barnhälsovården
	Familjen och anhörigas råd och stöd
	Söka råd och stöd av andra i samma situation
Informationsbroschyrens innehåll	Positiva tankar om broschyren
	Önskvärd information
	Negativa tankar om broschyren

Kategorierna framträdde utifrån informanternas svar och dessa presenteras nedan med underkategorier och citat. Citat som presenteras nedan är återgivna ordagrant från informanternas enkätsvar.

Kolikens karaktär

Wessel´s definition på spädbarnskolik stämde

Första frågan i enkäten berörde själva definitionen på spädbarnskolik och huruvida föräldern ansåg att barnet uppfyllde kriterierna, vilket alla tio informanter ansåg att barnet gjorde. Två informanter beskrev också att barnet för övrigt var friskt och gick upp i vikt.

”Hon skrek otröstligt. Detta fortsatte varje kväll fram tills hon var ca 4 månader. Hon var för övrigt frisk, gick upp bra i vikt och ganska nöjd på dagarna” (enkät 8, första barnet)

Det otröstliga skriket började plötsligt.

”Skrek hysteriskt, otröstligt apropå ingenting. Som att trycka på en start knapp” (enkät 1, andra barnet)

En informant beskrev att skriket kunde variera mellan en till tre timmar cirka två till tre gånger dagligen. För en annan varade skriket dygnet runt, men var fortfarande värst kvällstid. Flera informanter menade att koliken började vid omkring två till tre veckors ålder och avtog vid tio veckor och försvann sedan långsamt. Det som varierade något var vid vilken ålder koliken startade och slutade. Två informanter beskrev att det började vid tre veckor och slutade omkring fyra månader. Andra menade att koliken började omkring två veckors ålder och slutade omkring tre månaders ålder. En informant angav att det slutade vid fem månaders ålder. Två informanter menade att startpunkten för koliken var först vid två till tre månaders ålder och det var som värst vid fem till sex månaders ålder. Flera informanter menade att ingenting kunde dämpa det otröstliga skriket och en informant beskrev att koliken lika plötsligt var borta och aldrig mer kom tillbaka.

Skrikmönster identifierades

Flera informanter uttryckte att det fanns ett tydligt mönster som barnet följde gällande skrikperioden. Alla tio deltagare beskrev det klassiska kvällsskriket som startade omkring 18-tiden.

”efter kl 18 på kvällarna var det nästan alltid konstant skrik fram till kl 01” (enkät 3, första barnet)

”som en inställd klocka så blev hon ledsen och mer känslig på kvällen runt 18 tiden” (enkät 8, första barnet)

Antalet timmar av skrik varierade enligt uppgift från deltagarna. Någon nämnde att skriket varade konstant sju till åtta timmar per dag, för andra ännu längre.

”Vid 6 veckor började hon skrika kl 12 och fortsatte till 22-23” (enkät 4, första barnet)

”Det började tidigare och tidigare. Först hade det börjat på kvällen och sen blev det på eftermiddagen. Han hade alltid samma skrikmönster. En kväll började han skrika kl 17-18 och skrek i ett streck till kl 23” (enkät 7, första barnet)

Magrelaterade besvär

Några mammor beskrev att koliksymtomen verkade härstamma från barnets mage. De funderade även över om barnet fick ont i magen av för mycket ersättning eller av gaser eftersom magen ofta kändes spänd.

”kanske gav vi honom lite för mycket ersättning? (magen fick en chock) för han däckade totalt efter flaskan och sen vaknade han och var hysteriskt ledsen (säkert magen) Sen fortsatte skrikandet.. Tänk om vi hade gett honom ersättning från dag ett, hade det blivit annorlunda då med hans mage? (mamma 10, första barnet)

Barnets temperament

Flera av mammorna uppgav att barnet, när det inte skrek otröstligt, var allmänt gnälligt och missnöjt med tillvaron. Dagarna kunde upplevas som en kamp med gnäll och skrik om vartannat.

”Vi fick knappt ett leende de första tio veckorna” (enkät 9, andra barnet)

”På dagarna var han sällan glad och vissa dagar var värre än andra.. Men han var liksom aldrig en glad bebis” (enkät 10, första barnet)

”Hon var alltid missnöjd, kunde inte ligga själv i tex vagnen utan var alltid tvungen att vara nära” (enkät 2, andra barnet)

En mamma tyckte att hennes barn var relativt nöjt dagtid, utanför skrikperioderna.

”Ofta verkade det som att hon hade mycket gaser. Magen kändes ofta spänd” (enkät 8, första barnet)

Sömn- och amningserfarenheter

Kolikens inverkan på sömnen

Stora variationer sågs vad gäller nattsömnen hos spädbarnen med kolik och indirekt hos mamman. En mamma beskrev att barnet ofta skrek från tidig kväll och ibland hela natten när det var som värst. Ett annat barn gnällde mer nattetid och kämpade med benen, i flera timmar. Beskrivningar av intermittenta uppvaknanden förekom också. Barnets sömn varade då mellan en till två timmar i taget, upp till nio månaders ålder. För några barn fungerade nattsömnen oftast bra. Efter en kväll med skrik sov barnet under natten. Medan andra barn bara sov åkandes i vagnen eller i bilen. Svårigheter med insomning beskrevs också, en mamma berättade att det kunde ta två till tre timmar att få barnet att somna. En mamma ansåg att barnets sömn förändrades och blev sämre vid ungefär två veckors ålder, i takt med att skriket ökade. En informant ansåg att leva med spädbarnskoliken var kamp mellan trötthet, orkeslöshet och konstant skrik.

”Nätterna fungerade bra. Hon var helt slut efter 6 timmars skrik så då sov hon alltid i alla fall” (enkät 3, första barnet)

”sömnlösa nätter. Jag promenerade ut med vagnen mitt i natten i ösregn medan hela världen sov. Klockan tre gick jag runt tills han äntligen somnade och då försökte jag smyga in. Sedan vaknade han och så var det igång igen. Ingen fick sova” (enkät 9, andra barnet)

”När det var som värst vaknade hon en till två gånger i timmen och skrek hela nätterna. Jag sov max 2-3 timmar per natt” (enkät 2, första barnet)

Kolikens inverkan på amningen

Denna underkategori framkom ur flera informanters svar, trots att ingen fråga berörde precis amningen. Någon beskrev att svårigheter med bröstmjölksproduktionen var stressande och var i desperat behov av hjälp men upplevde inte att hon fick det. Hon upplevde ett slags tvång att

fortsätta enbart erbjuda bröstet, absolut inte ersättning. En annan upplevde att det inte gick att amma barnet. En annan avslutade amningen helt på grund av koliken.

”Ena dagen åt han hela tiden, nästa dag fick han så ont i magen att jag fick mjölkstockning. Mjölkstockning på mjölkstockning. Jag fick 40 graders feber och frossa” (enkät 7, första barnet)

”När det var som värst skrek hon och fäktade vid varje amning” (enkät 3, första barnet)

”min son ammades i upprätt ställning samt att han sov nattetid på magen på min mans lår i en mer upprätt ställning (min man satt uppe)” (enkät 5, första barnet)

”jobbigt att “agera napp” och amma timme efter timme konstant sittandes i soffan, men det kändes samtidigt bra att det var något som kunde lugna henne” (enkät 8, första barnet)

Tankar om kolikperioden

Minnet är svagt

Av fyra informanters beskrivningar verkade minnet av den intensiva perioden suddats ut med tiden.

”Det är 7 och ett halvt år sedan min son hade kolik. Jag minns inte allting glasklart” (enkät 7, första barnet)

”Första tiden med honom är som ett töcken” (enkät 1, första barnet)

”Jag minns inte så mycket från koliktiden mer än att jag mådde fruktansvärt dåligt” (enkät 3, första barnet)

Positiva tankar

Sparsamt med positiva beskrivningar återfanns. Enkom en informant nämnde något positivt.

”En bra dag började inte med skrik, då kunde man få i sig lite frukost” (enkät 3, första barnet)

Kolikens inverkan på parrelationen

Två informanter beskrev att trots den påfrestande perioden fungerade relationen med sambon bra genom att de avlastade och ställde upp för varandra. Spädbarnskoliken blev vardag det

med. Ett par delade upp bördan, genom att fördela dygnet. En pappa var delvis hemma från arbetet för att stödja. Utöver det menade informanterna att relationen fungerade dåligt under perioden med spädbarnskoliken. Någon nämnde att de inte ens kunde prata med varandra vissa dagar.

”den tuffaste tiden i vår relation. Mot slutet pratade vi om att göra slut för att vi helt hade tappat bort känslan av att vi ville vara en familj...vi grät och bröt ihop i omgångar. Efter ett tag bestämde vi att vi fick vänta. Vår relation sattes på paus” (enkät 9, andra barnet)

”Det var jobbigt. Han kände sig otillräcklig också. Vi försökte se tiden an bara” (enkät 1, första barnet)

”Hon blev också väldigt känslig mot andra personer. Var nästan bara nöjd hos mig och skrek mest när hon var hos sin pappa. Jag blev ledsen över att hon inte kunde vara nöjd hos sin pappa, vad han än gjorde så skrek hon. det tärde på relationen att hon inte ville vara hos pappa. Han blev ledsen och uppgiven. Ofta var jag arg då vår dotter oftast bara nöjde sig med mig. Min sambo kände sig ofta maktlös och utanför. När min man/hennes pappa tog henne för att jag till exempel behövde duscha på kvällen kunde hon bli alldeles förtvivlad, och skrek otröstligt. Vi blev båda frustrerade” (enkät 8, första barnet)

”Vi fungerade inte som det team vi annars brukar. Vi levde bredvid varandra men inte tillsammans. Jag var hemma och fick ta det största lasset, som gav mig känslor av att vara oförstådd och ensam i det” (enkät 6, andra barnet)

Kolikperioden orsakade starka känslor

Bara att överleva

Starka känslor där perioden i princip gick ut på att hålla ut och ta en dag i taget för att överleva. En informant uttryckte att hennes sambo gav henne mat och på så sätt höll henne vid liv. När barnet skrek trodde någon att barnet skulle dö. Två informanter beskrev perioden som den svåraste någonsin i livet.

”Jag minns att jag tänkte att jag måste hålla honom vid liv bara. Min enda uppgift” (enkät 1, första barnet)

”Jag ville bara att kl skulle bli 01 för att slippa höra skriket så jag skulle kunna andas igen” (enkät 3, första barnet)

”önskade flera gånger varje dag att tiden bara skulle gå så att koliken försvann och vi kunde börja lära känna varandra på ett lugnt sätt” (enkät 6, första barnet)

”Att leva med spädbarnskolik är som att leva i ständig kris” (enkät 9, andra barnet)

Blandade känslor

För en av informanterna var det inför andra barnets födelse anspänning och oro för att räcka till, ovetandes av vad som väntade. Intensiva, blandade och mycket känslor fanns hos de flesta informanter. Att perioden var omvälvande var återkommande i beskrivningarna av första tiden med spädbarnet. Någon beskrev att hon grät av lycka när barnet var lugnt. En annan kände blandad glädje och osäkerhet.

”Första tiden var omvälvande, eftersom det var mitt första barn. Många frågor men inte så många svar” (enkät 5, första barnet)

”Känslosam, obeskrivlig första tid...utmattande, härligt, fruktansvärt och underbart på samma gång” (enkät 6, första barnet)

”Ofta kollapsade vi bredvid storebror när han äntligen hade somnat mellan skrikpassen. Då fick vi äntligen ta det lugnt. Vi var så tacksamma över att åtminstone ha ett barn som inte skrek” (enkät 9, andra barnet)

Påfrestande negativa känslor

Övergripande orsakade barnets ihållande skrik stress hos informanterna och beskrevs som psykiskt jobbigt och påfrestande. Någon upplevde att inget annat barn någonsin skrikit lika högt som hennes gjorde. Koliken orsakade rädsla och oro hos flera, liksom besvikelse. Oro för att det var något fel hos barnet fanns. För någon orsakade situationen rädsla för tankarna som dök upp, liksom avundsjuka gentemot andra föräldrar.

”Ofta var jag avundsjuk på föräldrar till nöjda barn” (enkät 2, första barnet)

Någon kände panik, som om barnet ”försvann” i skriket. Tre informanter beskrev att de kände sig ensamma särskild oro över att vara ensam med barnet förekom. En mamma tog ensam hand om barnet de värsta skriktimmarna varannan vecka då partnern arbetade skift. Två andra informanter kände sig mycket ledsna, osäkra och förvirrade över vad de skulle göra och vilsekomna.

”Jag kunde inte förstå hur människor kunde säga att det var så underbart att skaffa barn” (enkät 3, första barnet)

”kommentarer som – jag vill inte leva längre, kunde jag säga flera dagar i rad” (enkät 6, första barnet)

Någon informant beskrev känslor av ångest.

”Det hände att jag bad om att få bli kvävd i sömnen för att slippa vakna upp till samma ångest nästa dag igen” (enkät 6, första barnet)

Känsla av makt- och hopplöshet

Känslor av hopplöshet infann sig hos en del informanter och att inte orka. Någon beskrev ilska och frustration över maktlösheten som att vara rådlös i en bubbla.

”Jag kände hopplöshet, maktlöshet och oro över att något var allvarligt fel” (enkät 2, första barnet)

”Jag kände maktlöshet när inget jag gjorde fick henne att sluta skrika” (enkät 3, första barnet)

”Det kändes som att de där månaderna bara var svarta. Jag tappade energi och kände mig låst, som om mitt liv var på halt” (enkät 7, första barnet)

”Kände hopplöshet och frustration, hade sett fram emot några minuters avlastning från min man när han kom hem från jobbet, men jag kunde inte lämna henne ifrån mig då hon skrek” (enkät 8, första barnet)

Känslan av att vara otillräcklig

Frekvent återkommande var beskrivningar av känslor kopplat till otillräcklighet och i vissa fall värdelöshet som mamma. Flera informanter funderade över vad de gjorde fel eftersom de

inte hade förmåga att trösta eller lugna barnet. En mamma trodde att det var fel på henne själv.

"..jag var en dålig mamma som inte kunde hjälpa mitt barn" (enkät 4, första barnet)

"En period av känslor och tårar som aldrig skulle ta slut...det kändes som mitt hjärta skulle gå i bitar...eftersom jag var en värdelös mamma" (enkät 6, första barnet)

"Jag grät mig igenom kvällarna under fem månader och kände mig som den absolut sämsta mamman i hela världen" (enkät 6, andra barnet)

"Jag slets mellan vanmakt över att jag inte kunde trösta min lilla kolikbebis och det ständigt dåliga samvetet över att storebror aldrig fick någon tid över" (enkät 9, andra barnet)

Hämmad känslomässig anknytning

Att inte ha förmåga att skapa band till ett barn som skriker hela tiden var kopplat till starka känslor hos en av informanterna. Någon beskrev att man blev galen av att behöva bära barnet hela dygnet.

"jag kände verkligen stress över att anknytningen var skadad och att kärleken inte kommit som den skulle" (enkät 9, andra barnet)

"den viktiga första tiden för anknytning gav mig djup ångest. Det gick inte att knyta an till en bebis som skrek hela dagarna. Jag kände väldigt lite kärlek för honom. Ibland väste jag att jag hatade honom, men efteråt började jag alltid gråta och sa att jag älskade honom så mycket, så mycket, men att det var så svårt" (enkät 9, andra barnet)

Copingstrategier

Informanterna beskrev olika copingstrategier för att härda ut den intensiva perioden. Dessa utmynnade i följande underkategorier.

Viljan att göra allt för att lindra koliken

Sammantaget uttryckte alla informanter att de provade allt möjligt som eventuellt kunde minska skriket. Men problemet var att oavsett vad, hjälpte i princip inget. De önskade innerligt att de kunde hitta en lösning på koliken och att barnet skulle vara nöjd. Bärsele var

en återkommande strategi och lugnade ibland. Att bära och gunga. Något barn blev lugnat av att åka bil. Liksom att rulla vagnen över tröskel var också en användbar strategi. Att ligga naken på skötbordet lugnande något barn när det hos ett annat hade motsatt effekt. Någon beskrev att de kände sig tvungna att hitta egna lösningar som passade dem.

”Ingenting fungerade bra. Men i bärselen på mage samtidigt som jag dammsög kunde ibland få henne att slappna av utan att skrika sig till sömns” (enkät 6, första barnet)

”började ett desperat sökande efter vad vi skulle göra för att hon skulle slippa skrika hela kvällarna. Vi sökte runt på internet, i böcker och föräldratidningar” (enkät 8, första barnet)

”Jag satt i soffan guppandes med honom i famnen.. Han grät och jag grät.. Så satt vi i flera flera timmar..” (enkät 10, första barnet)

”Jag vet att vår dotter hade samma body på sig i fyra dygn för att hon bara gallskrek när jag la ifrån mig henne på skötbordet” (enkät 3, första barnet)

”Det var jobbigt för vi visste inte vad det berodde på och vad vi kunde/skulle göra. Innan vi hittade de knep som hjälpte oss” (enkät 5, första barnet)

”Minifom fungerade inte, droppar av olika slag, massage var det många som gav, pysventiler att få ut luft” (enkät 1, första barnet)

”Jag ville hitta ett botemedel. Det är 2017, vi måste väl ha kommit längre än såhär?! Men tydligen inte” (enkät 9, andra barnet)

”..testade akupunktur som funkade första veckan sen började hon skrika igen men inte som innan utan oftast bara någon timme på kvällen” (enkät 3, första barnet)

Isolering

Ett sätt att hantera situationen beskrevs av fyra informanter var att isolera sig. Någon ville minska risken att känna sig anklagad av andra människor när barnet skrek.

”När han var 6-8 veckor. Då hade koliken, med skrik dygnet runt, hållit på i en månad. Då var jag knäckt. Då grät jag och ville inte längre gå ut. Jag kände mig helt isolerad och undrade var allt hade gått så snett” (enkät 9, andra barnet)

”Rädd för att vistas på offentliga platser och oförstådd av andra föräldrar, för att folk skulle påpeka eller kommentera att jag inte kunde trösta mitt eget barn” (enkät 6, första barnet)

”jag vågade/ville inte hitta på saker utanför mitt hus, för tänk om hon skulle börja skrika, då kunde jag ju inte få tyst på henne”

Flyktkänslor

Någon beskrev känslan av att vilja byta ut det skrikande barnet, till ett som inte skrek.

”Jag ville bara lämna tillbaka mitt barn och byta till ett ”A” barn” (enkät 9, andra barnet)

Extremt starka känslor av att vilja fly från situationen tydliggörs i följande citat:

”Jag var tvungen att gå ut på gården. Jag funderade på att bara köra där ifrån, bara sätta mig i bilen och köra norrut” (enkät 1, första barnet)

”Jag började få tankar om hur jag skulle klara av detta. På kvällarna kom tankar om att hon skulle få det bättre utan mig” (enkät 6, första barnet)

”Jag fick förståelse för de som överger sina barn i det läget” (enkät 1, första barnet)

Acceptans inför situationen

Trots besvikelse och hopplöshet kunde acceptans för situationen vara en väg ut ur stressen för vissa. Att planera livet utifrån att barnet hade kolik underlättade för vissa.

”Oftast accepterade jag det och tänkte att det går över” (enkät 2, första barnet)

”Något som hjälpte för mig var att tillslut “acceptera läget”. Att försöka hitta en lösning och leta efter vad som är fel stressade upp mig mycket. Men när jag tillslut insåg att det inte var att vi gjorde något fel, att jag inte åt fel osv och bara accepterade att hon hade kolik kändes det mycket lättare” (enkät 8, första barnet)

”Vi som familj skapade rutiner kring detta så vi var beredda när han började sin skrikperiod. Då blev det öronproppar och teckenspråk” (enkät 10, första barnet)

Rådgivning och stöd

Råd och stöd från Barnhälsovården

Tre informanter nämnde att BVC gav rådet att prova ge Minifom, vilket ingen förutom en tyckte hjälpte. Fyra informanter beskrev att de fick råd att prova ta bort mjölkprotein ur kosten, vilket inte hjälpte någon. Någon hade önskat få höra att det var okej att ge ersättning eller napp. Tre informanter uttryckte att de fick råd om magmassage, som ingen av dem tyckte hjälpte. Magdroppar nämnde några också, men det hjälpte inte heller.

”Råd fick vi av BVC med minifom, och att testa att ta bort lök samt mjölk. Vi fick testa på magmassage men det hjälpte ingenting..” (enkät 5, första barnet)

Andra praktiska råd erbjöds också.

”BVC gav mig rådet att använda öronproppar, hörlurar med musik för att vila öronen från skriket” (enkät 10, första barnet)

..”fick flera olika råd från BVC, bl a att jag skulle koppla av” (enkät 4, första barnet)

”Barnmottagningen gav rådet att köra fem-minutersmetoden samt att utesluta mjölkprotein. Jag är mycket besviken på den hjälp vi fick. Ingen tog oss på allvar. Att man rekommenderar fem minutersmetoden tycker jag är skrämmande” (enkät 2, första barnet)

Sammantaget upplevde alla informanter utom en, att stödet från BHV var dåligt. Flera mådde mycket dåligt och hade önskat mer stöd och hjälp än vad som erbjöds. Någon menade att det var svårt att själv be om hjälp, trots att BVC visste vad familjen genomgick.

”Jag kände att jag behövde hjälp med hur jag mådde och inte bara praktiska saker om mitt barn. Fick inget stöd, inga råd och ingen sa ens att han hade kolik. Jag frågade jämt varför han var så ledsen och om det var normalt att ett barn skriker sådär. Fick inga svar utan mest lite hmmm och ja..ne..” (enkät 7, första barnet)

”Jag berättade vid flera tillfällen om att hon skrek otröstligt på kvällarna, och att jag funderade på om det kunde vara kolik. Jag fick aldrig några tydliga svar från bvc på om det var det hon hade” (enkät 8, första barnet)

”Mina tankar om BVC är enbart negativa, vi fick ingen hjälp, de var negativa till akupunkturen och när jag mådde dåligt fick jag ingen hjälp. Jag fick till svar att det inte var konstigt att jag mådde dåligt för att det var lite tufft” (enkät 3, första barnet)

En informant menade att stödet från BVC var bra.

”Stödet från BVC var bra. Vår BVC-sköterska hade själv haft barn med kolik. Gick dit ibland enbart för avlastning” (enkät 4, första barnet)

Familjen och anhörigas stöd och hjälp

Någon fick rådet att sova när barnet sov. En informant fick stöd av sin mamma som kände igen symtomen då brodern hade haft kolik som nyfödd. Här återkom råd från bekanta om att ge magdroppar.

”Av äldre släktingar fick vi råd att hon måste få rapa efter varje amning, och de sa också att jag ammade för ofta” (enkät 8, första barnet)

”någon gång kom mina familjemedlemmar och hjälpte till men nästan alltid var det bara jag och min man som tog hand om honom” (enkät 7, första barnet)

Söka råd och stöd av andra i samma situation

Två informanter deltog i gruppaktivitet för de med behov av extra stöd i föräldraskapet. Den ena tyckte inte att det var speciellt bra men ändå skönt att ha möjlighet att gå dit. Den andra informanten uppskattade gruppen mycket.

”Jag gick med i en grupp för mammor som behövde hjälp en gång i veckan. Jag tyckte inte att den gruppen hjälpte jättemycket men det var skönt att gå dit” (enkät 7, första barnet)

”BVC tipsade om Rosetten. En gruppaktivitet för mammor som hade det tufft. Den var guldvärd och hjälpte massor! Man insåg att man inte var ensam” (enkät 10, första barnet)

Flera sökte råd och stöd av andra på internet via sökmotorer och sociala medier.

”På forum på internet fick jag rådet om diverse droppar, mjölkproteinallergi etc. Jag testade mjölkfritt utan framgång men aldrig droppar” (enkät 6, första barnet)

”På nätet (familjeliv) läste jag mycket om att jag skulle utesluta alla mjölkprodukter, lök och bönor ur min kost. Och inte dricka kaffe” (enkät 8, första barnet)

”Hej, andra föräldrar på Facebook. Jag testade allt under flera veckor innan jag gav upp. Magdroppar från Polen, konstiga teer, akupunktur, äta konstiga dieter” (enkät 9, andra barnet)

”Goggle skriver mycket om kolik.. Vi masserade magen, uteslöt mjölk (vassel, kassel och allt vad det hette) och gav minifom men inget hjälpte” (enkät 10, första barnet)

Informationsbroschyrens innehåll

Positiva tankar om broschyren

Överlag upplevde informanterna att innehållet i broschyren var bra. Någon nämnde att det inte var varken dömande eller svårt att förstå innehållet, lättläst. Dessutom var det positivt att all information var samlad i en broschyr. Den kunde med fördel delas ut tidigt ansåg flera, innan koliken hade startat. Myterna i slutet uppskattades av flera.

”Bra innehåll. Bra att det står att man inte skämmer bort barnet om man har det nära sig eller bär det mycket. Det är kommentarer vi har fått höra väldigt ofta...det hade varit skönt att få bekräftat att det sättet vi reagerar och tänker på inte är fel” (enkät 5, första barnet)

”Jättebra! En sån hade jag behövt. Jag visste inte om allting som stod där hade jag gjort det hade jag inte gjort så många misstag” (enkät 7, första barnet)

Broschyrens information kunde hos en del minska anklagelsen på sig själv över koliken.

”Tydlig och bra, relevant information...den kan öka förståelsen och minska anklagelsen av mig själv som dålig förälder. Jag hade lättare kunnat förstå vad som hände, men också att det inte var jag som var en dålig mamma, det hade kanske lättat mitt hjärta” (enkät 6, första barnet)

”Ja biten med myter om kolik hade ju hjälpt mig mycket! Då hade jag kanske inte stressat upp mig med minifomen och allt skit..” (enkät 10, första barnet)

”När jag läser den ser jag ju hur många myter jag gått på och blivit påprackad av andra runt mig. Det är lätt att hitta information på nätet som stödjer myterna därför känns det viktigt med ett bra

underlag till föräldrar som grundar sig på den forskning som faktiskt finns. När jag läser den blir jag ju också säker på att det var kolik hon hade" (enkät 8, första barnet)

Önskvärd information

En fråga i enkäten berörde huruvida informanten hade förslag på information som inte fanns i broschyren. Några saknade uppmaning om att följa sin magkänsla. Praktisk information önskades också.

"Information om sjukskrivning, dubbeldagar och utmattningssyndrom. Psykiska tankar.." (enkät 1, första barnet)

"Saknar tips om att man ska testa sig fram, att det som funkar för vissa kanske inte funkar för alla. Men det skapar ändå känslan av att försöka hjälpa sitt barn" (enkät 3, första barnet)

"En uppmaning att följa sin magkänsla och göra det man själv tror är bra för barnet. Finns det någon förening kanske, man kan ringa för att få stöd?" (enkät 5, första barnet)

Information om risken för shaken baby syndrome önskades av en informant.

"Otroligt viktigt: råden kring shaking baby syndrome. Broschyren tog inte upp det alls. till slut är man så körd, över alla gränser, att man gör vad som helst – VAD SOM HELST – för att få sitt barn att tystna. Och det är då man ramlar över kanten" (enkät 9, andra barnet)

"Att föräldrarna ska försöka slappna av i jakten på ett botemedel. Försöka hitta rutiner och acceptera att barnet har kolik och att det inte finns så mycket man kan göra för att hjälpa barnet" (enkät 10, första barnet)

Negativa tankar om broschyren

Flera informanter menade att informationen hade sökts fram på nätet tidigare. En informant saknade något konkret tips.

"...hade inte hjälpt så mycket mot själva skriket" (enkät 5, första barnet)

DISKUSSION

Analysen av textmaterialet utmynnade i ett övergripande tema som genomsyrade alla kategorier; *”kolikperioden överskuggade allt – att inte kunna trösta sitt barn, gav känslan av att vara otillräcklig som förälder”.* Det otröstliga skriket fanns i alla beskrivningar och överensstämde med *Wessel´s definition på spädbarnskolik.* Det otröstliga skriket initierades ofta omkring 18-tiden. Skrikdurationen varierade, från ett par timmar i sträck upp till hela dygnet. *Magrelaterade besvär* beskrevs och skriket ansågs av vissa orsakas av magsmärtor. *Sömn- och amningserfarenheter* varierade, men påverkades ofta av barnets kolik. *Amningen* fungerade bra för någon mamma och en annan hade det besvärligt. En mamma avslutade amningen helt på grund av koliken. *Kolikens inverkan på sömnen* varierade också. En del uppgav att barnet sov gott nattetid någon annan beskrev att barnet var vaket och skrek eller hade svårigheter med insomningen. *Tankar om kolikperioden* innefattade att *minnet var svagt* för någon informant. *Positiva tankar* uttrycktes av en mamma, som var glad den morgon frukosten kunde ätas. *Kolikens inverkan på parrelationen* varierade. Några upplevde att separationen var nära, medan vissa beskrev ett välfungerade teamarbete. *Kolikperioden orsakade starka känslor*. *Påfrestande negativa känslor* återfanns såsom *känsla av makt- och hopplöshet* och över att ingenting hjälpte. Det gav *känslan av att vara otillräcklig* som förälder och *hämmade en känslomässig anknytning* då mamman hade svårt att knyta band till barnet som skrek. Olika *copingstrategier* beskrevs, såsom den starka *viljan att göra allt för att lindra koliken* eller genom i*solering,* som också var ett sätt att hantera situationen. Känslan av att vilja *fly* tolkades som ett uttryck för en oförmåga att hantera situationen. Slutligen var en copingstrategi att komma till *acceptans inför situationen*. Vad gäller *rådgivning och stöd* hade många negativa erfarenheter av *råd och stöd från Barnhälsovården.*. Att *söka råd och stöd av andra i samma situation* innebar att söka sig till sociala medier och prova olika metoder. *Informationsbroschyrens innehåll* uppfattades till stor del som positivt. Den upplevdes minska självanklagelser och beskrivningen av myterna uppfattades som positivt. Att våga lita på magkänslan var för någon *önskvärd information* i broschyren. *Negativa tankar* innefattade en besvikelse över att broschyren inte beskrev några nyheter eller konkreta råd.

Resultatdiskussion

Kolikens karaktär

Samtliga informanter menade att barnet skrek otröstligt och uppfyllde kriterierna för spädbarnskolik. Kvällsskriket som kom kontinuerligt varje dag/kväll liknade ett mönster.

Resultatet stämmer överens med Wessel´s et al., (1954) definition på kolik. Sammantaget beskrev det övergripande temat att koliken överskuggade allt och genomsyrade livet för föräldrarna i studien. Parrelationen sattes på prov för flera. Landgren och Hallström (2011) visade liknande resultat, där föräldrarna led med sitt barn och tolkade skriket som frustration. Skriket orsakade också irritabilitet, bland annat på grund av trötthet och oro. Det påverkade alla familjemedlemmar och ansträngde relationen emellan dem.

Broberg m.fl., (2006) uttryckte att barnets temperament påverkar relationen till föräldrarna. Flera informanter menade att deras barn var gnälligt och missnöjt när det inte skrek (se citat sida 24, enkät 2). Broberg m.fl., (2006) menade att ju mer ansträngande barnets temperament uppfattades av föräldern desto större blev effekten. En studie påvisade att mammor till barn som, enligt Ainsworth bedömning av anknytningsmönster, hade undvikande anknytning, upplevde att barnet hade ett ”lätt” hanterligt temperament och tycktes ge mindre motstånd (Coffman, Levitt & Guacci-Franco, 1995). Så påverkar barnets temperament bindningen, det vill säga förälderns anknytning till barnet? När Coffman och medarbetare (1995) jämförde mammans känslighet och lyhördhet för barnets signaler med barnets temperament, visade det att temperamentet hade störst betydelse för anknytningsmönstret. Men om det är barnets temperament som påverkar hur mamman svarar på barnets signaler eller vice versa, som orsakar en undvikande anknytning kunde inte förklaras. Förslagsvis är det som med koliken, att det inte är en enskild orsak, utan anknytningsmönstret påverkas troligtvis av interaktionen och balansen i relationen och inverkar på så sätt anknytningens utgång. Å andra sidan visade Ainsworth och medarbetare (1978) tvärtom att mammans känslighet för barnets signaler i högre grad inverkade på vilket anknytningsmönster barnet utvecklade, mer än barnets temperament. Å en tredje sida av myntet menade författarna att hur mamman interagerade med barnet också påverkade barnets temperament.

Vad gäller minnet av kolikperioden mindes någon enbart hur påfrestande det var (se citat sida 24, enkät 3) och en annan menade att det inte var glasklart längre (se citat sida 24, enkät 7). Trots det beskrev flertalet målande och detaljerade beskrivningar av kolikperioden. Landgren et al., (2012) beskrev i en uppföljande studie av föräldrar till barn med kolik att det var slående hur känslosamt och detaljerat minnet var av kolikperioden. De menade också att minnet till viss del hade suddats ut och ”såret hade läkt” och familjerna hade återfått balans fyra år senare.

Kolikperioden orsakade starka känslor

Starka främst negativa känslor beskrevs även om någon upplevde glädje kombinerat med osäkerhet. Den ständiga oron både över när barnet skulle börja skrika igen och när det skulle bli tyst, kan härledas till forskning av Landgren och Hallström (2011), i likhet med denna, att föräldrarna kände sig frustrerade och maktlösa över situationen (Landgren et al., 2012). Resultatet i föreliggande studie påvisade svårigheter med bindningen till barnet som skrek ihållande och otröstligt (se citat sida 28, enkät 9). Oldbury och Adams (2015) forskning visade att bindningen mellan föräldern och barnet påverkades när föräldern upplevde negativa känslor som frustration, ilska och uppgivenhet. Depressiva symtom som ledsenhet, nedstämdhet och gråt, beskrevs i likhet med ovan nämnda författare. Landgren et al., (2012) fann att mammor som upplevde dessa känslor både före och efter förlossningen löpte ökad risk att få barn med kolik och vice versa.

I föreliggande studie uttryckte en informant att koliken hämmade anknytningen (se citat sida 28, enkät 9). Akman et al., (2006) menade att postpartumdepression, otrygg anknytning och spädbarnskolik kunde sammankopplas, men inte explicit hur. Eftersom forskningen ändock visade det sambandet är det en viktig åtgärd inom barnhälsovården att sprida kunskap om anknytningsteorin. Målet borde vara att yrkesverksamma inom områden som berör barn och familj, besitter kunskap om sambandet mellan depressiva symtom hos mamman, spädbarnskolik med anknytningen och bindningen. Det förebyggande arbetet är betydelsefullt genom att mödravården identifierar mammor med ökad risk för depression. Eftersom forskning (Canivet, 2002) visar att låg socioekonomisk standard, högutbildad tjänstekvinna eller unga mammor har ökad risk att få barn med kolik. Förebyggande arbete inom mödra- och barnhälsovården skulle kunna hjälpa föräldrar att förbereda sig inför föräldraskapet och till spädbarnets skrik, vilket kan ha betydelse för utgången. Det handlar om att skapa möjligheter och bibehålla öppenhet för blivande och nyblivna föräldrar att diskutera och ventilera känslor om spädbarnet som skriker. Det kan kanske minska den negativa inverkan koliken har på bindningen och anknytningen. Om föräldrarna får hjälp, stärks de i förmågan att ta hand om sitt barn och genom det underlättar det och gör situationen hanterbar (Oldbury & Adams, 2015).

Copingstrategier

Viljan att göra allt för att minska koliken beskrevs ihärdigt. Frustrationen föräldrarna känner när de prövat allt och inget hjälper mot koliken, fanns i tidigare studier (Landgren &

Hallström, 2011; Landgren et al., 2012). Det desperata sökande efter en lösning på situationen och barnets ihärdiga skrik var mentalt nedbrytande. När barnet skrek konstant oavsett vad eller hur de försökte trösta störde balansen inom familjen. Det febrila sökandet efter information från vänner, familj, anhöriga, internet och tidningar är en utmaning för BHV att följa upp (Landgren et al., 2012) och aktivt hjälpa föräldrarna att bedöma de olika råden som prövas av föräldrarna. Helseth (2002) menade att det är till BHV som föräldrarna kommer med det skrikande barnet och att föräldrarnas respektive sjuksköterskans syfte och mål med vården skiljer sig åt. Sjuksköterskans uppgift är att hjälpa föräldrarna att finna strategier att hantera situationen. Medan utifrån föreliggande studie menade föräldrarna att de helst önskade lösning på barnets ihållande skrik. Att föra dagbok över skriket över dygnet (Landgren & Hallström, 2011; Landgren & Hallström, in press) kan vara ett bra sätt att förtydliga och konkretisera tiden barnet skriker (Helseth, 2002) både för föräldrarna och BHV. Det kan också avslöja föräldrar som upplever att barnet skriker mer än det faktiskt gör. Dessa föräldrar behöver mycket stöd och uppmuntran och information om spädbarnets normala sätt att kommunicera, via skriket. Dagboken kan också skydda barnet från att behöva genomgå onödiga undersökningar (Landgren et al., 2012; Landgren & Hallström, in press). Tillägg i informationsbroschyren kommer att vara tips om att föra dagbok över barnets skrik.

Flertalet strategier prövades och beskrevs i föreliggande studie, utan framgång. Att ge Minifom före varje måltid eller förändra kosten för den ammande mamman, främst komjölksfri. Andra dieter prövades också, såsom uteslutande av kaffe, bönor och stark mat. I enlighet med forskning av Iacovou et al., (2012) hade komjölksfri kost god effekt hos flertal spädbarn med kolik. Däremot är det enbart cirka fem procent av barnen med ihållande skrik som har någon enskild orsak till som kan åtgärdas (Akhnikh et al., 2014), såsom komjölksproteinallergi. I denna studie hade det inte någon påvisbar effekt på koliken. Akupunktur har enligt svensk forskning (Landgren & Hallström, in press) påvisat positiva resultat på kolik. Men rekommenderas av författarna som tredje alternativ till behandling, efter komjölkselimination och genomförande av dagbok av skrikduration. Eftersom kolik är mångfacetterat och har oklar orsak men troligtvis beror på flera faktorer, kan troligtvis inte en enskild intervention, som akupunktur, ha effekt på alla spädbarn med kolik.

Informanterna uttryckte innerlig stark önskan att finna något som kunde hjälpa barnet och minska koliken. Det resultatet relaterades till Kearney & Byrne´s (2014) idé om anknytningsteorin koppling till fenomenet att föräldrarna gör vad som helst för att skydda sitt

barn. Författarna menade att föräldrarna inte gör det för att vara besvärliga, utan för att omvårdandesystemet förmedlar till föräldern att det är dennes viktigaste uppgift. Någon menade att man till slut blir galen och gör vad som helst för att få barnet att sluta skrika (se beskrivning sida 28). Oavsett vad informanten menade kan det härledas till forskningen om kolik och dess koppling till risk för shaken baby syndrome (Talvik et al., 2008).

I den aktuella studien påtalades en vilja att fly från situationen och överge barnet (se citat sida 29, enkät 1) men även känslor och tankar om att separera från sambon (se citat sida 25, enkät 9). Känslan av att vilja fly tolkades som ett sätt att känna oförmåga att hantera situationen och icke färdigt omarbetade inre arbetsmodeller hos föräldern. Det kan också göra att föräldern distanserar sig från barnet. Omvårdnadssystemet är skört och nära kollaps, att fly blir ett sätt att hantera och skydda sig mot hotet inifrån (Kearney & Byrne, 2014). Resultatet kan kopplas till Lazarus & Folkmans (1985) beskrivning av hur människor hanterar stress i livet, tillika otröstligt spädbarnsgråt som genom acceptans kan göra att situationen blir hanterbar.

Anknytningsteorin kan således hjälpa barnsjuksköterskan att förstå processen som föräldern genomgår vid en kris. Bowlbys och Ainsworth´s beskrivning av begreppet trygg bas kan tolkas som barnsjuksköterskans roll till föräldern i kris. Kearney & Byrne (2014) menade att ju mer hälso- och sjukvårdspersonal kan agera trygg bas för föräldern som utsätts för utmaningar i vården av sitt barn, desto bättre kapacitet får föräldern att hantera utmaningarna och förmåga att utforska vad barnet behöver.

Förälderns inre arbetsmodeller, både för sig själv och barnet, styr som nämnts i bakgrunden, dennes beteende. Kearney & Byrne (2014) menade att de inre arbetsmodellerna är känsliga för förlust och svårigheter i förälderns egen barndom. Särskilt starka känslor som uppkommer inom föräldra-barn relationen kan framkalla föräldrastress, undvikande beteende och oförmåga att hantera situationen. Omvårdnadssystemet kan vara starkare rustat, hos föräldrar som inte har upplevt svårigheter i sin egen barndom, att hantera uppkomna svårigheter i relationen till barnet. Sjuksköterskans viktigaste roll vid möte med dessa föräldrar är att stärka deras omvårdnadssystem, vilket görs genom att skapa en förtroendefull relation (Kearney & Byrne, 2014). Bowlby (1982) menade exempelvis att en förälder som själv upplevt negativa barndomsupplevelser, exempelvis blivit försummad, lämnad ensam kan påverka beteendet som förälder. Han menade att den föräldern har ökad risk att misshandla barnet och på så sätt påverka personlighetsutvecklingen negativt (Bowlby, 1982).

En mamma beskrev att det som till slut hjälpte henne var att acceptera läget (se citat sida 29-30, enkät 8). Så hur kan *acceptansen* förstås ur ett anknytningsteoretiskt perspektiv? Kearney & Byrne (2014) menade att de föräldrar som hade accepterat läget kanske fortfarande sökte efter en lösning och hopp om att det skulle bli bättre. Samtidigt som de gradvis förstod barnets beteende och lärde sig vad som fungerade för just deras barn. Föräldrarna processade och bearbetade situationen genom att finna egna lösningar. Precis som en informant nämnde om betydelsen av att finna egna knep som fungerade för dem (se citat sida 28, enkät 5).

Rådgivning och stöd

En mamma upplevde att barnet troligtvis hade kolik men kände aldrig att hon fick svar från BHV om det var det barnet hade (se citat sida 30, enkät 8). I litteratur (Helseth, 2002), återfinns beskrivning av skillnaden på förälderns oro och sjuksköterskans. Sjuksköterskan fokuserade i högre grad på förälderns situation och föräldern på att minska barnets troliga smärtupplevelse. Således visade forskningen att deras fokus skiljde sig åt, såsom nämndes under *copingstrategier*. Forskning visade också att sjuksköterskor inom BHV känner rädsla för att använda ordet kolik. När det kanske istället skulle lugna oroliga föräldrar att få det bekräftat. Helseth (2002) studie påvisade att föräldrarna till barn med kolik upplevde begränsad tilltro till BHV sjuksköterskans förmåga att hjälpa familjen. Författaren menade, för att lyckas hjälpa föräldrarna att hantera det kaosartade livet med spädbarnskolik krävdes först förmåga att fånga föräldrarnas förtroende och etablera en förtroendefull relation. Helseth (2002) forskning påvisade att barnets skrikduration och intensitet minskade när föräldrarna erhöll stöd från sjuksköterskan och kunde etablera strategier som fungerade för dem. Författaren menade dessutom att det var betydelsefullt för föräldrar att sjuksköterskan var öppen och ärlig med vad hon kunde erbjuda för hjälp och att det inte fanns någon enskild lösning. Eftersom sjuksköterskorna beskrev att de också kände sig begränsade vad gäller hjälpen de kunde erbjuda till föräldrarna (Helseth, 2002).

De flesta informanter upplevde begränsat stöd från BHV (se flera citat sida 30-31, enkät 2, 4, 7, 8). Även om resultatet från föreliggande studie inte kan generaliseras talar ändock tidigare forskning för att det finns grund för resultatet. Föräldrarna uttryckte i andra studier (Landgren & Hallström, 2011; Landgren et al., 2012) en negativ upplevelse av bemötandet och brist på förståelse och stöd från BHV. Föräldrarna påverkades av det otröstliga barnet men också av stödet och hur de behandlades av sjukvårdspersonal. Känslan av att oron föräldern upplevde

inte tas på allvar eller förstås av de som ska stödja var slående (Landgren & Hallström, 2011). Därför är det avgörande för familjens utgång att BHV tryggar föräldrarna i att koliken inte är farlig och läker ut av sig själv. I den uppföljande studien av Landgren et al., (2012) menade föräldrarna att de hade förlorat förtroendet för BHV. Främst önskade föräldrarna effektiv behandling mot koliken men också mer inkännande personal som visade lyhördhet inför kaoset familjen led av.

Förmågan att få föräldrarna att känna tilltro och vetskap om att BHV sjuksköterskan fanns tillgänglig närhelst föräldrarna kände osäkerhet och behövde stöd var viktigt. Det kan likställas med begreppet *säker hamn* där föräldern alltid har möjlighet att återvända, har positiv inverkan hos dem (Kearney & Byrne, 2014). En informant menade att stödet från BVC var bra och hon hade själv haft barn med kolik (se citat sida 31, enkät 4). Troligtvis inverkade sjuksköterskans egen erfarenhet förståelsen för vad föräldrarna går igenom och kunde därigenom möjligtvis på ett lättare och naturligt sätt, utifrån erfarenheten, erbjuda anpassat stöd.

Minifom droppar ska utifrån vetenskaplig evidens inte rekommenderas till spädbarn med kolik (Biagioli et al., 2016; Lucassen, 2010), vilket flesta av informanterna hade fått råd om att använda. Författaren till föreliggande studie anser att den kunskapen måste spridas och bli allmänt vedertaget. Risken vid användandet av Minifom, som ska ges till barnet före varje måltid, inverkar negativt på exempelvis amningen och kan göra ett hungrigt barn irritabelt, kanske svårare att ta bröstet och bli nöjt.

Bowlby (2010) beskrev bakgrunden till nära relationers känslomässiga betydelse och att kunskapen är befogad all vårdpersonal som möter barn och föräldrar. Eftersom förälderns behov av råd och stöd påverkas både av förälderns eget anknytningsmönster liksom råden sjuksköterskan ger kan i sin tur påverkas av dennes anknytningsmönster (Kearney & Byrne, 2014).

Informationsbroschyrens innehåll

Trots att studier visar motstridiga resultat vad gäller att bära barnet för att minska spädbarnskolik (Barr et al., 1991; Hunziker & Barr, 1989). Kan det fortfarande vara en bra rekommendation till föräldrar med spädbarn med kolik eftersom det både är en samhällelig kostnadseffektiv metod och stödjer föräldra-barn bindningen (Ellet et al., 2004). Lucassen

(2010) påvisade å ena sidan att föräldrar som bär ett otröstligt skrikande spädbarn kan öka känslan av stress och oro. Tillägg av innehåll i broschyren kommer att göras med text om att ifall föräldern inte känner att man kan tolerera skriket mer, att då lämna barnet ensamt en stund (Lucassen, 2010). En mamma påtalade starkt önskemål om det i broschyren (se citat sida 33, enkät 9). Risken för shaken baby syndrome kommer även kort att lyftas, såsom Talvik et al., (2008) redovisade i forskningen. Författarna betonade vikten av att ta föräldrar som klagar över spädbarnsskrik på allvar, vilket förhoppningsvis kan minska risken för fysisk misshandel. Det förebyggande arbetet är a och o. Tillägg kommer även att göras med tips att föra dagbok över barnets skrik. Det rekommenderas bland annat inför akupunktur behandling (Landgren & Hallström, in press) och förtydligar både för föräldern själv och barnsjuksköterskan den faktiska skrikdurationen.

Sammanfattningsvis visade den teoretiska utgångspunkten i studien hur anknytningen bearbetades och utvecklades hos barnet i så kallade inre arbetsmodeller och således var betydelsefull för barnets personlighetsutveckling och lade grunden för människan genom hela livet (Broberg m.fl., 2008). Den bristande kunskapen i samhället vad gäller föräldrars olika förutsättningar och förmåga att utveckla en trygg anknytning och vad dessa faktorer påverkas av, skulle genom utbildning bättre sprida kunskapen, främst för vårdpersonal. Kunskap om att det har betydelse för hur föräldern utvecklar och har förmåga att ge sitt eget barn en trygg anknytning. Kritik mot teorin kan dock riktas mot att alla relationer inte baseras på den vuxnes tidigare anknytning.

Metoddiskussion

Kvalitativ innehållsanalys ansågs lämplig eftersom syftet med studien bland annat var att identifiera skillnader och likheter i texten. Tolkningen av textmaterialet behövdes för att kunna bilda ett meningsfullt och begripligt resultat (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Den kvalitativa metoden stärks av djup (Malterud, 2014), som genom förförståelsens förmåga till igenkännande, kan skönja underliggande budskap som utan min förförståelse hade riskerats att missas (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Förmågan att påvisa motsägelser och paradoxer i textmaterialet som analyserats, eftersom det minskar risken för snabba slutsatser, anses vara en styrka med kvalitativ metod (Malterud, 2014).

Snöbollsurvalet var praktiskt eftersom det förenklade screeningen av lämpliga deltagare, men även eftersom dessa deltagare troligtvis önskade bidra till studien med sina svar (Polit &

Beck, 2012). Textmaterialets kvalitet förstärktes till viss del troligtvis av att författaren hade personlig anknytning till några deltagare. Enligt Polit & Beck (2012) är det risk att volontärt bekvämlighetsurval inte ger det mest informationsrika materialet, vilket det inte gjorde heller. Å andra sidan var det en enkel och kostnadseffektiv metod som fungerade väl när deltagarna skulle ha upplevt någon kolikperiod. Några av deltagarna hade troligtvis, liksom Polit & Beck (2012) menade var risk med detta urval, ökat fokus på själva hälso-och sjukvården och inte på själva upplevelsen i lika stor utsträckning. Svagheten med enbart snöbollsurval försvann eftersom metoden kombinerades med andra urvalsmetoder.

Enbart mammor deltog i studien, vilket enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012) kan ha begränsat möjligheten att ämnet belystes utifrån olika erfarenheter. Styrkan kan dock vara att deltagarna hade blandad ålder, vilket skapade förutsättning för olikartade upplevelser och uppfattningar. Huruvida dessa tio informanter hade upplevt en extremt pressad och påfrestande kolikperiod eller ej kan enbart spekuleras i. Resultatet ska inte generaliseras och mammornas upplevelser var sanna för dem.

Författaren hade kännedom om tre av informanterna genom gemensamt deltagande i stödgrupp under kolikperioden, vilket kan ha präglat tolkningen av materialet både medvetet och omedvetet. Informationsrikedomen kunde möjligtvis förklaras genom att författaren själv öppnade sig vid inbjudan till studien i kolikgruppen på Facebook genom att kort beskriva det genuina intresset och förståelsen för föräldrar som går igenom detta. Detaljrikedomen i informanternas svar kan även ha påverkats av den personliga kopplingen som fanns från början och en sann vilja att bidra till studien. Författarens erfarenhet av kolik var en förförståelse som inte kunde tas bort eller på något sätt undvika att påverka analysarbetet och resultatet av detta, vilket kan vara både en styrka och svaghet. I en kvalitativ studie som denna anser författaren att det var positivt med erfarenheten för att kunna beskriva, se och tolka mönster och djupare förståelse av informanternas beskrivningar.

Trovärdighet

Huruvida resultatet är trovärdigt eller inte påverkas av hur min förförståelse har präglat analysen och min tolkning av materialet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Min förförståelse innefattades av den teoretiska kunskap som etablerades i förstudierna och arbetet med informationsbroschyren. Men även personliga erfarenheter av att leva med barn med kolik påverkade omedvetet analysarbetet. Det som i störst utsträckning påverkade tolkningen

var omedvetet och kunde därför heller inte sättas åt sidan. Trovärdigheten innebar dessutom att relevant data inte systematiskt exkluderats eller exkluderats av misstag, men även att irrelevant data inte heller har inkluderats (Graneheim & Lundman, 2004). Följande begrepp används för att bedöma den kvalitativa studiens trovärdighet.

Giltighet

Giltigheten i studien handlar om hur sanna resultaten är (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Studiens framtagna koder, kategorier och teman har granskats av handledare Eva-Lotta Funkquist, utifrån den tolkning som har gjorts. Beskrivningen av variationer har delvis uppnåtts genom den åldersvariationen och att det var andra barnet för en av informanterna. Variationen av beskrivningar har däremot begränsats av att inga pappor har deltagit. Strategier för val av informanter har betydelse för studiens giltighet enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012). Studiens inkludering av deltagare gick ut via Internet och ett socialt forum och nådde således bred geografisk variation. Eftersom tre urvalsmetoder användes nåddes enligt Polit & Beck (2012) vidare dimension av textmaterial att analysera, både genom åldersmässig variation hos deltagarna och eventuellt blandad socioekonomisk status.

Presenterade citat i resultatet förstärker dock giltigheten då läsaren själv har möjlighet att göra en egen bedömning av giltigheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Datamaterialet utgjorde bra underlag för att beskriva studiens syfte och bidrog med ny lärdom och kunskap inom området (Malterud, 2014). Gällande utformningen av broschyren utfördes sökningar i databaser för att finna aktuell forskning inom området spädbarnskolik. Men även sökningar på forum och sociala medier utfördes för att få en inblick vad för tankar och strategier som florerade hos föräldrarna. Utifrån detta söktes forskning fram och resultatet sammanställdes i informationsbroschyren. Det finns möjlighet att inte all befintlig forskning inom varje enskild del av området spädbarnskolik har identifierats vid sökningarna. Men de studierna som texten bygger på är evidensbaserade. Såtillvida att de ändå byger på befintlig publicerad vetenskaplig litteratur.

En informant ställde frågan i samband med utskicket av enkäten om utgångspunkten skulle vara utifrån erfarenheten av första eller andra barnets kolikperiod. Eftersom hon menade att upplevelsen var annorlunda andra gången. Hon ombads beskriva upplevelsen utifrån första barnet. Anledningen var att forskning har visat att föräldrar till första barnet i ökad

utsträckning tenderar att söka vård för skrikigheten, bland annat på grund av oerfarenheten av spädbarnsskrik (Canivet, Östergren, Jakobsson & Hagander, 2004).

Tillförlitlighet

Studiens trovärdighet handlar också om hur tillförlitligt resultatet var, vilken stärks av en noggrann beskrivning av analysen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Analysen i studien genomfördes enkom av författaren, vilket kan ha sänkt studiens tillförlitlighet. Varje steg i analysarbetet innefattade reflektion över möjliga tolkningar innan beslut om kategorier och koder har fattades.

Överförbarhet

Gällande studiens överförbarhet var målet med den kvalitativa forskningsdesignen att påvisa möjligheter och begränsningar för var analysens och resultatets beskrivningar var giltiga, det vill säga i det område där de förekom. Således ska resultatet inte automatiskt kunna överföras till en särskild population, snarare stärks överförbarheten av informationsrikedom i textmaterialet (Malterud, 2001). Läsaren avgör däremot huruvida resultatet är överförbart och till vilket kontext. Författaren till studien menar att förutsättningar för överförbarhet återfinns i informanternas starka beskrivningar och upplevelser.

Etik och samhälle

Barnsjuksköterskan har stora möjligheter att observera barnets och mammans interaktion med varandra och på så sätt avläsa huruvida relationen utvecklas till en trygg anknytning. Genom att observera hur föräldern hanterar barnets beteende och temperament kan barnsjuksköterskan antyda vilket stöd som behövs. Skrikighet hos spädbarn är vanligt förekommande och kan vara en omständighet värd att diskutera med föräldrarna. Barnsjuksköterskan har en viktig uppgift att hjälpa vilsna föräldrar att tolka barnets skrik men också att förklara det normala och universella skrikmönstret hos spädbarn. Den utarbetade, testade och reviderade broschyren kommer att bli tillgänglig för allmänheten. Examensarbetet ska dessutom göras fritt tillgängligt i DiVA med målet att information kommer till nytta för barn och föräldrar samt anhöriga. Studien kan även fungera som stöd för vårdpersonal som möter familjer med skrikiga barn i sin yrkesverksamhet.

Huruvida det är etiskt att be vänner, anhöriga och bekanta beskriva personliga upplevelser kan ifrågasättas. Vill man som deltagare öppna sig helt i djupa frågor, som kanske dessutom river

upp obearbetade inre ”sår”? Vidare skulle forskning kunna undersöka upplevelser hos föräldrar till det andra barnets kolikperiod. Eftersom en informant nämnde att hennes upplevelse och sätt att hantera det var annorlunda andra gången. Genom att bredda och fördjupa förståelsen av upplevelser av kolikperioden kunde exempelvis intervjuer med pappor och mammor genomföras var för sig. För att på ett mer systematiskt sätt, som barnsjuksköterska, ha förmåga att hjälpa och stötta föräldrarna bör forskningen närma sig en orsaksförklaring. Således vidare forskning inom området spädbarnskolik och dess mekanismer är obegränsat.

Slutsats

Koliken påverkade hela familjen. Den orsakade känslor av maktlöshet när mammorna inte kunde trösta det skrikande barnet. Otillräckligheten i föräldrarollen kunde skapa problem med bindningen till barnet. Barnsjuksköterskan har en viktig uppgift att stödja och hjälpa vilsna föräldrar, att stärkas i sin förmåga att hantera barnets skrik. Informationsbroschyren ”*Spädbarnskolik – barnets skrik de första månaderna”* kunde minska självanklagelsen över att vara en otillräcklig förälder. Utvärderingen av broschyren resulterade i tillägg med tips om att föra dagbok över tiden av skrik och med risken för shaken baby syndrome. Broschyren kan i kombination med stöd, uppmuntran och bekräftelse från barnsjuksköterskan vara ett verktyg för föräldrar att kunna hantera situationen. Det i sin tur kan hjälpa föräldrarna att bibehålla känslan av kontroll och främja utvecklingen av en trygg anknytning.

REFERENSER

Akhnikh, S., Engelberts, A., van Sleuwen, B., L'Hoir, M., Benninga, M. (2014). The excessively crying infant: etiology and treatment. *Pediatric Annals; Thorofare*, *43*(4), 69-75. doi:10.3928/00904481-20140325-07

Akman, I., Kuscu, K., Özdemir, N., Yurdakul, Z., Solakoglu, M., Orhan, L,...Özek, E. (2006). Short report. Mothers postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Archives of Disease in Childhood, 91*, 417-419. doi:10.1136/adc.2005.083790

Alexander, C. P., Zhu, J., Paul, I. M., & Kjerulff, K. H. (in press). Fathers make a difference: positive relationships with mother and baby in relation to infant colic. *Child: Care, Health and Development.* doi: 10.1111/cch.12445

Ainsworth, M. & Bell, S. (1970). Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation, *Child Development, 41*(1), 49-67. doi: 10.2307/1127388

Ainsworth, M.D.S,. Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur.

Barr, R.G., Konner, M., Bakeman, R. & Adamson, L. (1991a). Crying in !kung san infants: a test of the cultural specificity hypothesis. *Developmental Medicine & Child Neurology, 33*(7), 601-610. doi: 10.1111/j.1469-8749.1991.tb14930.x

Barr, R.G., McMullan, S.J., Spiess, H., Leduc, D.G., Yaremko, J., Barfield, R., Francoeur, T.E., Hunziker, A.U. (1991b). Carrying as Colic "Therapy": A Randomized Controlled Trial, *Pediatrics, 87*(5), 623-630.

Bennett, C., Underdown, A. & Barlow, J. (2013). Massage for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six months. *Cochrane Database Systematic Review, 30*(4). doi: 10.1002/14651858.CD005038.pub3.

Biagioli, E., Tarasco, V., Lingua, C., Moja, L. & Savino, F. (2016). Pain-relieving agents for infantile colic. *Cochrane Database Systematic Review, 16*(9).
doi: 10.1002/14651858.CD009999.pub2.

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Enkäter. I M. Henricson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 139-149). Lund: Studentlitteratur.

Bleah, D.A. & Ellet, M.L. (2010). Infant crying among recent African immigrants. *Health care for women International, 31*(7), 652-663. doi: 10.1080/07399331003628446

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry, 52*(4), 664-678. http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x

Bowlby, J. (1983). *Attachment and Loss Volume 1*. The Tavistock Institute of Human Relations Library of Congress Catalog: United States of America. New York: Basic Books. Hämtad 14 april, 2017, från http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/John-Bowlby-Attachment-Second-Edition-Attachment-and-Loss-Series-Vol-1-1983.pdf

Broberg, A., Almqvist, Risholm Mothander, P. & Tjus, T. (2015). *Klinisk barnpsykologi – utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori: Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och Kultur.

Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2008). *Anknytning i praktiken: Tillämpningar av ankytningsteorin*. Stockholm: Natur & Kultur.

Canivet, C. (2002). Infantile colic. Risk factors in pregnancy, maternal reports and outcome at 4 years of age. *Doctoral thesis*, University of Lund, Malmö.

Canivet, C., Östergren, P. O., Jakobsson, I. & Hagander, B. (2004). Higher risk of colic in infants of nonmanual employee mothers with a demanding work situation in pregnancy. *International Journal of Behavioral Medicine, 11*(1), 37-47. doi:10.1207/s15327558ijbm1101_5

Canivet, C-A., Östergren, P-O., Rosén, A-S., Jakobsson, I. & Hagander, B. (2005). Infantile colic and the role of trait anxiety during pregnancy in relation to psychosocial and socioeconomic factors. *Scandinavian Journal of Public Health, 33*(1), 26-34. doi:10.1080/14034940410028316

Cassidy, J. & Berlin. L.J. (1994). The Insecure/Ambivalent Pattern of Attachment: Theory and Research. *Child Development, 65*(4), 971-991. http://www.jstor.org/stable/1131298

Chau, K., Lau, E., Greenberg, S., Jacobson, S., Yazdani-Brojeni, P., Verma, N. & Koren, G. (2015). Probiotics for infantile colic: A Randomized, double-blind, placebo-controlled trial investigating Lactobacillus reuteri DSM 17938. *The Journal of Pediatrics, 166*(1), 74–78. doi:10.1016/j.jpeds.2014.09.020

Codex. (2016). *Informerat samtycke*. Uppsala: Codex – regler och riktlinjer för forskning. Hämtat den 23 januari 2017, från http://www.codex.uu.se/manniska2.shtml

Coffman, S., Levitt, M.J. & Guacci-Franco, N. (1995). Infant-mother attachment: Relationships to maternal responsiveness and infant temperament. *Journal of paediatric nursing, 10*(1), 9-18. doi:10.1016/S0882-5963(05)80094-6

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 329-343). Lund: Studentlitteratur.

Delvert, J. & Jonsell, R. (2014). Rikshandboken för Barnhälsovård. *Spädbarnskolik*. Hämtad 23 mars, 2017, från http://://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Allmant/Spadbarnskolik

Ellet., M.L., Bleah., D.A. & Parris, S.(2004). Feasibility of Using Kangaroo (Skin-to-Skin) Care With Colicky Infants. *Gastroenterology Nursing, 27*(1), 9-15. doi:

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today, 24*(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hallberg, A C., Lindbladh, E., Petersson, K., Råstam, L. & Håkansson, A. (2005). Swedish child health care in a changing society. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 19*, 196–203. doi: 10.1111/j.1471-6712.2005.00339.x

Helseth, S. (2002). Help in times of crying: nurses' approach to parents with colicky infants. *Journal of Advanced Nursing, 40*(3), 267-274. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02368.x

Hunziker, U.A. & Barr, R.G. (1986). Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. *Paediatrics, 77*(5), 641-648.

Iacovou, M., Ralston, R.A., Muir, J., Walker, K.Z. & Truby, H. (2012). Dietary management of infantile colic: a systematic review. *Maternal Child Health, 16*(6), 1319-1331. doi: 10.1007/s10995-011-0842-5

Jordan, G.J. (2014). Elimination communication as colic therapy. *Medical Hypotheses, 83*(3), 282-285. doi: 10.1016/j.mehy.2014.05.018

Kearney, J. & Byrne, M. (2014). Understanding parental behaviour in pediatric palliative care: Attachment theory as a paradigm. *Palliative and supportive care, 13*(6), 1559-1568. doi: 10.1017/S147895151300134X

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 69-94). Lund: Studentlitteratur.

Landgren, K. & Hallström, I. (2011). Parents′ experience of living with a baby with infantile colic – a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25*, 317–324. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00829.x

Landgren, K. & Hallström, I. (in press). Effect of minimal acupuncture for infantile colic: a multicentre, three-armed, single-blind, randomised controlled trial (ACU-COL). *Acupuncture Medicine,* doi:10.1136/acupmed-2016-011208

Landgren, K., Kvorning, N. & Hallström, I. (2011). Feeding, stooling and sleeping patterns in infants with colic - a randomized controlled trial of minimal acupuncture. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *11*(93). doi: 10.1186/1472-6882-11-93

Landgren, K., Lundqvist, A. & Hallström, I. (2012). Remembering the chaos - but life went on and the wound healed. A four year follow up with parents having had a baby with infantile colic. *The Open Nursing Journal, 6,* 53-61. doi: 10.2174/1874434601206010053

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*(1), 150-170. doi: 10.1037/0022-3514.48.1.150

Long, T. & Johnson, M. (2001). Living and coping with excessive infantile crying. *Journal of advanced nursing, 34*(2), 155-162. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01740.x

Lucassen, P. (2010). Colic in infants. Child Health, *BMJ Clinical Evidence*, 0309.

Lucassen, P., Assendelft, W.J., Gubbels, J.W., van Eijk, J.T., van Geldrop, W.J. & Knuistingh Neven, A. (1998). Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *British Medical Journal*, *316*(7144), 1563–1569.

Lundman, B. & Graneheim Hällgren, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys (ss 187-201) I M. Granskär. & B. Höglund-Nielsen (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The Lancet, 358*(9280), 483-488.

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning, en introduktion*. Tredje uppl. Lund: Studentlitteratur.

Oldbury, S. & Adams, K. (2015). The impact of infant crying on the parent-infant relationship. *Community Practitioner*, *88*(3), 29-34.

Polit, D. & Beck, C. (2004). *Nursing research - principles and methods*. (Seventh edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. & Beck, C. (2012). *Nursing Research - Generating and assessing evidence for nursing practice*. (Ninth edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rydin, M. (2012). Vårdguiden, 1177. *Fakta och råd - Spädbarnskolik*. Hämtat 29 april, 2017, från https://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Spadbarnskolik/

SBU. (2014). *Åtgärder för att lindra spädbarnskolik*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtat 25 januari, 2017, från http://www.sbu.se/kolik

SFS, 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat 31 januari, 2017, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

Socialstyrelsens vägledning för barnhälsovården. (2014). Hämtat den 23 januari, 2017, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf

St James-Roberts, I., Bowyer, J., Varghese, S. & Sawdon, J. (1994). Infant crying patterns in Manali and London. *Child: Care, Health and Development*, *20*, 323-337.

Sung, V., Collett, S., de Gooyer, T., Hiscock, H., Tang, M. & Wake, M. (2013). Probiotics to prevent or treat excessive infant crying: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, *167*(12), 1150-1159. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.2572

Takashi, T. (2013). Effect and mechanism of acupuncture on gastrointestinal diseases. *Int Rev Neurobiol*, *111*(13), 273-294. doi: 10.1016/B978-0-12-411545-3.00014-6

Talvik, I., Alexander, R C. & Talvik, T. (2008). Shaken baby syndrome and a baby´s cry. *Acta Paediatrica*, *97*(6), 782-785. doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.00778.x

Vik, T., Grote, V., Escribano, J., Socha, J., Verduci, E., Fritsch, M.,…Koletzko, B. (2009). Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. *Acta Pædiatrica*, *98*, 1344–1348. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01317.x

Walker, A.M. & Menahem, S. (1994). Normal early infant behaviour patterns. *Journal of Paediatrics and Child Health, 30,* 260–262. doi:10.1111/j.1440-1754.1994.tb00630.x

Wessel, M.A., Cobb, J.C., Jackson, E.B., Harris, G.S. & Detwiler, A.C. (1954). Paroxysmal fussing in infants, sometimes called colic. *Pediatrics*, *14*(5), 421-435.

Wolke, D., Bilgin, A. & Samara, M. (in press). Systematic Review and Meta-Analysis: Fussing and Crying Durations and Prevalence of Colic in Infants. *The Journal of Pediatrics,* doi: 10.1016/j.jpeds.2017.02.020

Zeifman, D.M. (2001). An ethnological analysis of human infant crying: Answering Tinbergen´s four questions. *Developmental Psychobiology, 39,* 265-285.

Bilaga 1

UPPSALA UNIVERSITET

Enkätfrågor till föräldrar om spädbarnskolik

Använd så mycket plats du behöver för att kunna svara så utförligt som möjligt på frågorna. Tack för din medverkan!

Spädbarnskolik innebär att ett för övrigt friskt barn skriker och/eller gnäller mer än tre timmar/dag i mer än tre dagar/vecka i minst tre veckor. Koliken startar under barnets första levnadsveckor och når sin topp vid 6-8 veckors ålder för att därefter sakta minska och försvinna spontant helt vid tre-fyra (ibland fem) månaders ålder.

1. Beskriv hur du tycker att det stämmer/stämde på ditt barn.

2. Beskriv hur det var första tiden med ditt barn.

3. Vad kände du då?

4. Beskriv hur det var när ditt barn började skrika.

5. Vad kände du då?

6. Beskriv hur det var när det var som värst.

7. Var det något som fungerade bra, i så fall vad?

8. Beskriv vilka råd du fick och varifrån?

9. Hur fungerade det mellan dig och din partner?

10. Beskriv dina tankar kring stödet och rådgivningen från Barnhälsovården.

11. Vad har du för tankar om erhållen informationsbroschyr?

12. Tror du att råd i broschyren hade varit till hjälp när ditt barn hade kolik? Beskriv.

13. Saknar du någon information i broschyren? Och i så fall vad

UPPSALA UNIVERSITET

Bilaga 2

Informationsbrev till deltagare

Jag är sjuksköterska som studerar Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning barn och ungdom, vid Uppsala universitet. Under vårterminen 2017 skriver jag ett examensarbete med syfte att undersöka föräldrars upplevelse av barnets kolikperiod och deras uppfattning av tilldelad informationsbroschyr.

Varför görs undersökningen?

Det är normalt att spädbarn skriker. Studier visar även att det är generellt/universellt att skrikigheten ökar på eftermiddagen mot kvällen, och är som mest intensiv runt 6-8 veckors ålder. Spädbarnskolik, som innebär att barnet skriker otröstligt och högfrekvent, drabbar uppskattningsvis ca 10 % av alla barn. Det kan vara en mycket påfrestande tid för hela familjen. Fördjupad kunskap om hur föräldrar upplever kolikperioden och stödet från t.ex. barnhälsovården kan bidra till att stöd- och hjälpinsatserna anpassas och görs utifrån föräldrarnas önskemål och perspektiv.

Hur går studien till?

Enkäten består av öppna frågor där föräldrar får möjlighet att med egna ord beskriva kolikperioden. Du som frivilligt väljer att delta i undersökningen tilldelas en *informationsbroschyr* om kolik och besvarar *enkäten* i mailet och sänder tillbaka till mig. Skriv ditt namn och datum på: *Informerat samtycke* (behöver inte skrivas ut) genom detta samtycker du till deltagandet.

Hur behandlas data, det vill säga de upplysningar som deltagarna lämnar?

Alla uppgifter och svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem och är anonyma. Resultatet av undersökningen presenteras i ett examensarbete där enstaka värdefulla citat kan komma att presenteras, dock utan att du kan identifieras.

För ytterligare information kontakta oss:

Student specialistprogram

Therése Lindström Busatta

E-post: tlindstrom83@gmail.com

Tel: 070 497 99 22

Leg sjuksköterska

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap,

Uppsala Universitet

Handledare

Eva- Lotta Funkquist

E-post: eva-lotta.funkquist@kbh.uu.se

Tel: 018 611 91 04

Universitetslektor, Barnmorska, Barnsjuksköterska

Institutionen för kvinnors- och barns hälsa,

Uppsala universitet

UPPSALA UNIVERSITET

Bilaga 3

Informerat samtycke

Jag samtycker till deltagande i enkätundersökningen om spädbarnskolik och tar del av informationsbroschyren.

Jag är medveten om att deltagandet är helt ***frivilligt*** och att jag när som helst kan avbryta deltagandet i studien utan att ange anledning.

…… .....

Underskrift Datum