



# Bacheloroppgave

"Hvordan diagnostiserer osteopater spedbarnskolikk?"

Av

Sarah Elise Bringa Lindberg/101467

Innleveringsfrist: 18.mai.2015

VF200 - Vitenskap, metode og statistikk

Bachelor i Osteopati, kull 2012

Antall ord: 6499

Mai, 2015

Norges Helsehøyskole - Campus Kristiania

"Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdanningen ved Norges Helsehøyskole Campus Kristiania. Norges Helsehøyskole er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger."



## **Forord**

Denne bacheloroppgaven er utarbeidet våren 2015 som en del av osteopatistudiet ved Norges Helsehøyskole - Campus Kristiania. Bakgrunnen for oppgaven er å finne ut av hvordan osteopater diagnostiserer spedbarnskolikk ved hjelp av en kvalitativ metode og semistrukturerte intervjuer av osteopater som har erfaring med spedbarn. Problemstillingen vil også ses opp imot tilgjengelig relevant faglitteratur.

En stor takk til min veileder, Torill Hafskolt for nyttig og lærerik informasjon gjennom skriveprosessen. I tillegg vil jeg rette en stor takk til osteopatene som har deltatt i undersøkelsen til denne studien og bidratt med å belyse problemstillingen.

*Sarah B. Lindberg*

Sarah Bringa Lindberg, Fredrikstad, 16.mai 2015.



## Innholdsfortegnelse

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 Innledning</b> .....                  | <b>5</b>  |
| 1.1 Bakgrunn og formål med oppgaven.....   | 5         |
| 1.2 Problemstilling .....                  | 6         |
| 1.3 Oppgavens avgrensninger.....           | 6         |
| <b>2 Metode</b> .....                      | <b>7</b>  |
| 2.1 Utvelgelse av deltagere.....           | 7         |
| 2.2 Innhenting av informasjon.....         | 8         |
| 2.2.1 Intervjuene.....                     | 9         |
| 2.3 Analyse og tolkning.....               | 9         |
| 2.4 Etisk vurdering .....                  | 10        |
| <b>3 Resultater</b> .....                  | <b>10</b> |
| 3.1 Definisjonen av spedbarnskolikk.....   | 10        |
| 3.2 Differensialdiagnoser .....            | 11        |
| 3.3 Anamnesen .....                        | 13        |
| 3.4 Undersøkelse .....                     | 14        |
| 3.5 Hyppige funn ved spedbarnskolikk ..... | 16        |
| <b>4 Diskusjon</b> .....                   | <b>17</b> |
| <b>5 Konklusjon</b> .....                  | <b>18</b> |
| <b>Referanseliste</b> .....                | <b>19</b> |

## Sammendrag

### Bakgrunn

Spedbarnskolikk er et velkjent problem i dagens samfunn som påvirker både foreldre og spedbarn de første måneder etter fødsel. Til tross for det velkjente problemet er fortsatt årsaken til spedbarnskolikk ukjent, og kriteriene for definisjonen av kolikk er vage<sup>3</sup>. En definisjon som er mye brukt er Wessels definisjon fra 1954<sup>1</sup>. Definisjonen er beskrevet som et ellers frisk spedbarn med normal vektøkning som gråter minst tre timer om dagen, i mer enn tre dager i uken i en periode på tre uker<sup>1</sup>. Basert på en osteopatisk evaluering går spedbarn som presenterer med kolikk inn under tre grupper; funn som somatisk dysfunksjon tyder på vedvarende nociceptiv eller smertefull stimulering, funn som funksjonelle gastrointestinale forstyrrelser, og funn som tyder på en kombinasjon av begge. Spedbarnskolikk er et samfunnsrelevant tema, og siden det vises å ha uklare årsaker, vil det i denne oppgaven undersøkes nærmere på hvordan osteopater diagnostiserer spedbarnskolikk.

### Problemstilling

Problemstillingen i denne oppgaven er: "Hvordan diagnostiserer osteopater spedbarnskolikk?" Oppgaven har avgrensede områder hvor det fokuseres på hvordan osteopater definerer kolikk, differensialdiagnoser de vil utelukke, hvordan de undersøker og hvilke funn de ofte finner.

### Metode

I denne oppgaven er det tatt i bruk en kvalitativ metode. Det er brukt ustrukturerte dybdeintervjuer av osteopater som har erfaring med spedbarn og kolikk til å innhente informasjon til problemstillingen. Intervjuene var basert på spørsmål fra intervjuguiden som ble laget i denne sammenheng. Det ble brukt åpne spørsmål som hadde rom for utdypelser og med tilleggende underspørsmål der det sås nødvendig. Fire osteopater med en DO grad og med minst fem års erfaring med undersøkelse og behandling av spedbarn deltok på undersøkelsen. Intervjuene ble transkribert, tolket og analysert, og deretter sett opp i mot relevant tilgjengelig faglitteratur på området. Transkriberingen og analyseringen foregikk i et Microsoft Word dokument, og deltagerne ble anonymisert med tall fra en til fire i tilfeldig rekkefølge.

### Resultater

Resultatene viste at det var uenighet i hva som var årsaken og definisjonen på spedbarnskolikk. Alle osteopatene var enig i at kolikk ofte var tilstede hos babyer som gråt mye og ellers var frisk. Noen mente det var forskjell i om babyen hadde mageproblemer og eller somatiske dysfunksjoner og funksjonelle forstyrrelser med tanke på kolikk. Det var viktig for alle å utelukke tegn til alvorlig patologi. Siden symptom som gråt kunne være tegn til mye og ikke bare kolikk, da det også er babyens eneste måte å si ifra på. Svangerskapet og fødselen var en viktig del av anamnesen i tillegg til en rekke andre spørsmål. De undersøkte hele babyen fra tå til hodet, og hyppige funn hos babyer med kolikk var ofte dysfunksjoner i kraniet og øvre del av cervicalen, i tillegg til økt tonus i sphinkterne i abdomen.

### Konklusjon

Det er i dag lite forskning på osteopaters diagnostisering av spedbarnskolikk. Med tanke på at respondentene fra intervjuene svarte noe forskjellig til spørsmålene, og teorien viser en uklar definisjon og etiologi av spedbarnskolikk, blir det vanskelig å få et tydelig svar på problemstillingen. Det ses derfor en nødvendighet av videre større forskning innen feltet.



## 1 Innledning

Vi vet i dag at det er mange spedbarn og foreldre som påvirkes av spedbarnskolikk de første måneder etter fødsel. Spedbarnskolikk eller overdreven gråting er et velkjent problem blant foreldre, noe som pådrar de både stress og bekymringer<sup>3</sup>. Tross det velkjente problemet er årsaken til spedbarnskolikk fortsatt ukjent, og kriteriene for definisjonen av kolikk er vage<sup>3</sup>. Wessel et al. definerte i 1954 spedbarn med kolikk som: "et ellers friskt spedbarn med normal vektøkning som er urolig og gråter minst tre timer per dag, i minst tre dager i uken i en periode på tre uker<sup>1</sup>". Selv om det er over 50 år siden det først var definert, er etiologien fortsatt vag<sup>13</sup>.

I en foreldrebrosjyre fra Apotekforeningen, nr. 7, står det at kolikk kjennetegnes av en urotilstand som bemerkes hos babyer i alderen null til fire måneder<sup>5</sup>. Uroen eller gråtingen starter ofte når babyen er null til to uker gammel, og når som regel "det maksimale" ved seks til åtte uker, for videre litt etter litt å avta til de er tre til fire måneder gamle<sup>5</sup>. Babyen vises å ellers å være frisk og ha en normal vektøkning<sup>5</sup>.

Carreiro (<sup>2</sup>, s. 234) skriver i sin bok at teorier om etiologi og patofysiologi av kolikk er bredt og variert, alt fra sensitivitet for visse matvarer, til mage og nervesystemets umodenhet, og til mangelfulle effektive behandlinger. Fra et osteopatisk perspektiv, har hver av disse noen fortrinn, og den kliniske presentasjonen av kolikk kan faktisk representere ulike sykdommer som manifesterer seg med lignende symptomer og tegn, akkurat som mange ulike patologiske prosesser indikeres som hodepine(<sup>2</sup>, s. 234). I en prospektiv studie om gastrointestinale symptomer hos 2879 spedbarn, viste resultatene at 54,9 % av spedbarna led av et av de gastrointestinale symptomene<sup>14</sup>. Den mest vanlige forstyrrelsen var oppstøt som var presentert hos 23,1% fulgt av kolikk som var presentert hos 20,5%<sup>14</sup>.

En rapport fra Kunnskapssenteret, nr. 14, om behandling av spedbarnskolikk viser Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten til at det finnes lite forskningsbasert fagkunnskap om spedbarnskolikk for helsepersonell i Norge, noe som fører til at det blir gitt forskjellige anbefalinger til foreldre<sup>4</sup>. Ifølge Carreiro (<sup>2</sup>, s. 234) skriver hun fra et osteopatisk ståsted at funn som tyder på funksjonell gastrointestinal forstyrrelse inkludert restriksjoner i thorax, abdomen eller pelvis sammenlignes med irritabel tarm, forstoppelse eller sensitivitet for mat. I tradisjonell osteopatisk lærdom, har kolikk blitt beskrevet som et resultat av vagus nerveirritasjon assosiert med restriksjonsmønstre i kraniebasen, petrobasilære og occipitomastoide områder (<sup>2</sup>, s. 235).

### 1.1 Bakgrunn og formål med oppgaven

Siden spedbarnskolikk vises å ha ulike teorier og uklarhet i hva gråtingen hos spedbarn skyldes, virker det interessant å finne ut av hvordan osteopater undersøker babyer med antatt kolikk. Spedbarnskolikk er et samfunnsrelevant tema og har plass for mer lærdom. I denne oppgaven vil det fokuseres nærmere på hvordan osteopater diagnostiserer spedbarnskolikk, hvordan de undersøker babyen, hva de ser etter og baserer seg på i forhold til kolikk.

Barn som presenterer med kolikk går inn i tre grupper basert på osteopatisk evaluering skriver Carreiro (<sup>2</sup>, s.234): funn som somatisk dysfunksjon tyder på vedvarende nociceptiv eller smertefull stimulering; funn som funksjonelle gastrointestinale forstyrrelser; og funn som tyder på en kombinasjon av begge. Denne hypotesen er basert på observasjon av somatisk dysfunksjon man finner hos babyer med kolikk, som er lik funnene man finner hos eldre



pasienter som har mulighet til å uttrykke sine plager via språk og kommunikasjon<sup>(2)</sup>, s. 234). Det er sannsynlig at somatisk dysfunksjon fremstiller like symptomer hos spedbarnet, men som har begrenset mulighet for kommunikasjon<sup>(2)</sup>, s. 234).

Formålet med oppgaven er å finne ut av hvordan osteopater undersøker babyer med kolikk, alt fra hva de spør om i anamnesen, differensialdiagnoser de vil utelukke, hvordan de undersøker, og funn de ofte finner. Dette vil foregå gjennom intervjuer av osteopater som har erfaring innen feltet.

## 1.2 Problemstilling

Problemstillingen i denne oppgaven er:

"Hvordan diagnostiserer osteopater spedbarnskolikk?"

Med dette menes det hvordan osteopater undersøker spedbarn med antatt kolikk, og hva de ser etter som de mener kjennetegner dette. Spedbarnskolikk er et samfunnsrelevant tema, samt en pasientgruppe som osteopater undersøker og behandler i sin klinikk. Det vil settes fokus på å klargjøre hvordan osteopater undersøker og hva de tenker i forhold til diagnostisering av spedbarnskolikk. Grunnet mangel på klarhet i teori og etiologi rundt spedbarnskolikk som referert i innledningen virker det interessant å utforske dette.

## 1.3 Oppgavens avgrensninger

For å avgrense studien og for å få svar på problemstillingen er det presisert noen underspørsmål som skal besvares i undersøkelsen. Spørsmålene som skal undersøkes er: Hva mener osteopater definerer spedbarnskolikk? Hva vil de spørre om i anamnesen? Hvilke differensialdiagnoser vil de utelukke? Hvordan undersøker de babyer med antatt kolikk? Hvilke funn finner de ofte under undersøkelsen? Disse spørsmålene skal besvares gjennom ustrukturerte intervjuer av osteopater sett opp imot relevant teori.

## 2 Metode

Problemstillingen ble undersøkt ved å gjøre en kvalitativ studie basert på halvstrukturerte eller såkalt semistrukturerte dybdeintervjuer av norske osteopater. Det var en intervjuer og osteopaten som respondent. Olsson (<sup>7</sup>, s. 68) skriver at med kvalitative metoder menes forskningsprosedyrer som gir beskrivende data; menneskets egne skrevne eller talte ord og observerbare atferd. Denne metoden virket å være den mest passende i forhold til problemstillingen for å få relevante besvarelser fra osteopaters erfaringer. Det vil også komme frem til osteopater sine forskjellige synspunkter og kunnskap som vil belyse temaet.

Det ble brukt en intervjuguide (vedlegg 1) med hovedspørsmål, men med ganske åpne spørsmål slik at det var rom for utdypelser og uforberedte spørsmål. Deltagerne kunne da tolke spørsmålene slik de ville, og man kunne gå litt "i dybden" av subjektivitet, deres egne erfaringer og kjennskap til problemstillingen. Intervjuguiden ble lagt opp med åpne spørsmål med "hvordan.." og "hva.." for å unngå ledende svar. Artikler og fagbøker ble brukt for å klargjøre kunnskap og bakgrunn for temaet før intervjuet. Det ble gjort et pilotintervju, et prøveintervju for å få erfaring og å bli tryggere på å intervju, samt om det skulle være noe man burde gjort annerledes, bedre eller andre ting som burde vurderes å gjøre om på.

### 2.1 Utvelgelse av deltagere

Samling av deltakere ble gjort på bakgrunn av hva som var nødvendig i forhold til problemstillingen. Inklusjonskriteriene for et karakterrepresentativt utvalg var osteopater med en D.O grad, og med minst fem års erfaring med undersøkelse og behandling av spedbarn med kolikk. Deltagerne som stilte opp hadde erfaring helt fra 5 til 18 år, og bestod av både menn og kvinner. Deltakerne ble søkt opp gjennom Norsk Osteopat Forbund (NOF) sin hjemmeside<sup>8</sup>. Der kunne man finne osteopater med kontaktinformasjon fra hele Norge.

På NOF sin hjemmeside under kvalitetssikring<sup>8</sup> står det: "*Dersom du velger å gå til en av våre registrerte medlemmer (Osteopat MNOF), så vil du møte en osteopat som har minimum en fireårig heltidsutdanning, eller en femårig deltidsutdanning om osteopaten har en annen offentlig godkjent helsehøyskole utdanning i bunnen*".

Man kan finne sin nærmeste Osteopat MNOF på hjemmesiden, som har minimum 48 timer faglig oppdatering over de tre siste årene, og som har forpliktet seg til deres yrkesetiske retningslinjer<sup>8</sup>. Til studien var det nødvendig med omtrent fem personer som var villige til å stille opp. Det ble brukt e-post (vedlegg 2) som kontakt, og det ble sendt ut til sammen 22 e-poster. Det var en del som ikke svarte, samt noen som ikke hadde noe erfaring med spedbarn, og noen som ville stille opp til undersøkelsen.

I e-posten ble det spurt om de ville stille opp til intervju om problemstillingen enten i deres klinikk eller et annet sted, om konfidensialitet og anonymisering av å delta, og informasjon formålet med studien. I tillegg ble det skrevet at de kunne få tilsendt spørsmålene i forkant av intervjuet om det var ønskelig. Det ble informert om at intervjuet ville ta omtrent 30 minutter. Etter hvert ble det erfart at det tok lang tid å sende og å få svar over e-post. Derfor ble det tatt kontakt over telefon med de som hadde sagt de kunne stille opp slik at det ble lettere og mer effektivt å avtale tid for intervjuet. De fleste hadde ikke mulighet til å stille opp på dagtid siden de hadde fullt opp med pasienter, men kunne heller stille opp over telefon på kveldstid. Siden det var få som hadde svart på e-posten som ble sendt, var det en utfordring å skaffe deltakere så telefonintervju ble sett på som en god løsning da dette virket bedre for de, samt enklere for meg å skaffe deltakerne.



Pilotintervjuet som ble gjennomført foregikk ansikt til ansikt på grunn av at en deltaker svarte ganske fort og det var ansikt til ansikt intervju som var planlagt fra starten. Da det ble bestemt å utføre telefonintervjuer under hovedintervjuene, ble det gjort noen forandringer av rekkefølgen på spørsmålene fra prøveintervjuet, men spørsmålene var de samme. Det ble også erfart fra prøveintervjuet at det tok omtrent 15-20 minutter istedenfor 30 minutter, noe som ble informert om i nye e-poster og til de som ville stille opp i hovedintervjuene. Det ble til sammen tre hovedintervjuer, men disse ved bruk av telefonintervjuer.

Det ble valgt å ta med pilotintervjuets besvarelser i oppgaven da det kunne ses på som nyttig informasjon, selv om det foregikk ansikt til ansikt. Siden det ble stilt de samme spørsmålene sås det ikke på som noen stor betydning for ikke å ta det med, men heller til sammen et større spekter av svar som kan være med å belyse problemstillingen. Istedenfor fem deltakere som var planlagt, ble det til slutt fire deltagere som var med i undersøkelsen og som gikk innenfor inklusjonskriteriene.

## 2.2 Innhenting av informasjon

I forkant av intervjuene var det viktig å hente inn relevant informasjon som kunne være med å belyse tema og problemstillingen. I tillegg fikk man da mulighet til å sammenligne resultatene fra intervjuene opp mot faglige teorier.

Det første som ble gjort var å gå inn på internett på Norges Helsehøyskole Campus Kristiania (NHCK) sin hjemmeside for biblioteket<sup>9</sup>. Der ble det gjort søk på spedbarnskolikk, og fant en interessant rapport og systematisk oversikt som ble gjort av nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten<sup>4</sup>. Det er en kilde som kommer fra bibsys oria som er under NHCK sitt bibliotek og skal være gode kilder for studenter. På biblioteket sin hjemmeside<sup>9</sup>, ble det gått videre inn på "hvor skal jeg søke", der kom det opp mange databaser. Deretter kunne man gå videre inn på emnet helse og medisin hvor det kom databaser innen det feltet. Videre kunne man gå direkte inn til databaser gjennom innlogging i helsebiblioteket.no og startet søkeprosessen etter relevante artikler i blant annet Medline, Pubmed og Embase. Det ble brukt søkeord som "infantile colic", "infant and colic and diagnose", "colic and diagnose". Da det kom opp artikler om tema, var det også lett tilgjengelig å klikke videre på andre artikler som stod oppført på siden innenfor samme felt.

I flere av artiklene som ble lest, var det mange som refererte de til Wessel's kriterium for definisjon av spedbarnskolikk som referert i innledningen av denne oppgaven<sup>1</sup>. Det er en forholdsvis gammel artikkel fra 1954, men inntrykket tilsier at det ikke har endret seg mye siden den gang, og det er flere som referer til hans definisjon trolig grunnet mangelfull etiologi på emnet. Det er også en kilde som er publisert i pubmed som tilsier at det er en faglig, vitenskapelig og seriøs kilde.

Utenom artikler brukt fra databaser som ble funnet gjennom NHCK's bibliotek ble det tatt i bruk fagbøker som er fra pensum i osteopati studiet, samt støttelitteratur til emnet pediatri, og referanser høyskolelærer har brukt i sin undervisning. Noen av referansene som ble brukt i bøkene ble videre søkt opp i medline og pubmed. I denne oppgaven har det også blitt tatt i bruk en referanse fra apotekforeningen<sup>5</sup> om gode råd når spedbarnet er urolig og gråter mye. Dette fordi apotekforeningen er en kilde som går til hele Norge landet rundt som foreldre og andre bruker i det daglige og som skal vise til oppdatert og seriøs informasjon om helse til folket.



### 2.2.1 Intervjuene

Det andre som ble gjort var så å innhente informasjon fra deltakerne i studien gjennom intervjuer. Før intervjuene startet ble deltakerne informert om hva studiet gikk ut på, de skrev under en samtykkeerklæring om at de ville bli behandlet helt anonymisert, samt at svarene kunne brukes i studiet. Til intervjuet ble det tatt i bruk en Sony diktafon 2GB ICD-BX312 for å ta opp intervjuet. Under telefonsamtalen var høytaleren på samtidig som lydopptakeren ble brukt for å ta opp samtalen. Dette ble gjort på et lydtett rom. Intervjuene startet med litt løs prat og videre informasjon om selve undersøkelsen som de også hadde fått tilsendt i e-post. Deretter ble det gått videre til selve intervjuet hvor intervjuguiden med hovedspørsmålene ble tatt i bruk, og rom for tilleggsspørsmål, utdypelser og uforutsette emner kunne bli inkludert.

Det ble brukt seks åpne spørsmål som alle ble spurt om, med videre underspørsmål der det sås nødvendig. På slutten av intervjuet ble de spurt om det var noe de synes var relevant for temaet som ikke hadde kommet med. Dette ble spurt om for å muligens kunne få flere relevante svar til oppgaven som deltakerne kunne tilføye. Intervjuene ble gjennomført i perioden mars 2015 til slutten av april 2015.

### 2.3 Analyse og tolkning

Etter intervjuene ble lydopptakene overført til filer til datamaskinen som ble brukt under skriveprosessen. Etter overføringen ble opptakene slettet fra den digitale lydopptakeren som var brukt. Datamaskinen var låst med brukernavn og passord slik at ingen utenforstående kunne logge seg inn. Videre ble intervjuene lyttet til i hodetelefoner så ingen kunne lytte, og transkriberingen startet. Transkriberingen fra intervjuene ble ført rett inn i et Microsoft Word-dokument.

For beskyttelse av respondentene ble det brukt nummerering fra 1 til 4 i tilfeldig rekkefølge uavhengig av tidspunktet for når intervjuene var gjennomført. Svarene fra respondentene ble skrevet direkte slik det ble sagt fra hver enkelt respondent, med unntaksvis ord og uttrykk som "hmm", "ehmm", latter og lignende uttrykk som ble gjort om til et mer skrevet format. Etter at alle intervjuene var skrevet over, ble det startet med å renskrive setningene samtidig med at det ble forsøkt å tolke svarene på best mulig måte i forhold til den enkelte respondent. I tillegg ble dialektuttrykk renskrevet med tanke på beskyttelse av respondenten. Pauser, løs prat og andre ting som ble sagt som ble sett på som urelevant ble ikke tatt med.

Videre da alt hadde blitt renskrevet og lest igjennom flere ganger, ble et nytt Microsoft Word-dokument åpnet, og en tabell ble opprettet for å skape mer oversikt. I tabellen ble spørsmålene fra intervjuguiden brukt, og deretter ble det kopiert og limt inn de relevante svarene til den enkelte respondent under hvert spørsmål slik at det ble mulig å svare på problemstillingen. Under hele skriveprosessen ble det tatt i bruk en ekstern harddisk som ekstra forsikring, og både datamaskinen og harddisken ble oppbevart hver for seg.

Så startet analyseringen av den innhentede informasjonen fra intervjuene. Det ble lest gjennom hvert enkelt hovedspørsmål og svarene fra de ulike respondentene og så på sammenhenger mellom respondentene og opp mot tilgjengelig teori. I denne oppgaven legges noen av svarene fra de osteopatiske klinikerne inn i resultatdelen som sitater sammen med tilgjengelig teori.



## 2.4 Etisk vurdering

Alle deltagerne i denne studien har signert på et samtykkeerklæringsskjema (vedlegg 3). Denne innebærer at deltageren gir samtykke på at besvarelsene de utgir til intervjuet kan bli brukt i studien. I tillegg til at de vil bli behandlet anonymisert og konfidensielt. De ble informert om at det var frivillig, og kunne trekke seg fra studien om de følte for det når som helst før intervjuene startet.

Opptakene fra intervjuene ble slettet fra lydopptakeren etter at alle intervjuene hadde blitt lagt inn på datamaskinen i filer. Filene fra intervjuene som ble lagt inn på datamaskinen ble slettet etter hele studien var ferdig skrevet. Dette for å kunne ha tilgang til intervjuene om det var nødvendig å høre på de flere ganger under skriveprosessen. Datamaskinen var låst med eget brukernavn og passord, og logget av etter hver bruk under skriveprosessen. Under fremstillingen av svarene fra respondentene ble ingen navn eller uttrykk som kunne belyse noe personlig informasjon om den enkelte brukt. Svarene fra deltagerne ble delt inn i (osteopat) en til fire i tilfeldig rekkefølge.

## 3 Resultater

Det ble til sammen fire osteopater som deltok og fullførte undersøkelsen gjennom intervju. Et av intervjuene foregikk ansikt til ansikt, mens de resterende over telefon. Alle de rekrutterte hadde erfaring med spedbarnskolikk, og hadde jobbet med dette i minst fem år.

### 3.1 Definisjonen av spedbarnskolikk

Det første spørsmålet til problemstillingen omhandlet definisjonen av kolikk. Det var mange likheter i svarene, men også noen variasjoner. Noen gikk ut i fra Wessel's definisjon fra 1954<sup>1</sup> som referert i innledningen, men de fleste så på det helhetlige bilde av babyen.

En av klinikerne fortalte:

*"I forhold til definisjonen om tre timer gråting, i minst tre timer i døgnet, i minst tre uker hos et ellers friskt barn med normal vektøkning, det tenker jeg sjeldent på etter at jeg har jobbet så lenge, for kommer det en baby som skriker nesten 24 timer i døgnet, så er det sjeldent bare mageproblematikk", (osteopat 4).*

Moeckel (<sup>6</sup>, s. 251) skriver i sin bok at overdreven kolikkgråt er definert som et spedbarn som gråter ofte og i en ekstremt lang varighet, uten identifiserbar årsak, hvor et ellers friskt barn på mellom to uker og tre måneder gamle er vanskelig å trøste.

*"Gråt hos babyen tre timer om dagen, tre ganger i uka i tre uker, en veldig misfornøyd baby er for meg kolikk, og gulping, oppkast, irritert mage og lite søvn for både baby og foreldre, en generelt veldig stresset familie" (osteopat 3).*



Stone (<sup>10</sup>, s. 252-253) forteller at årsakene til spedbarnskolikk ikke er klargjort, men er en veldig vanlig lidelse, definert som irritabilitet eller gråting hos et spedbarn som varer mer enn tre timer om dagen, i mer enn tre dager i uken i minst tre uker hos et ellers friskt spedbarn. Som referert i innledningen kan kolikk gå inn i tre grupper basert på osteopatisk evaluering: funn som somatisk dysfunksjon tyder på vedvarende nociceptiv eller smertefull stimulering; funn som tyder på funksjonell gastrointestinal forstyrrelse og funn som tyder på en kombinasjon av begge (<sup>10</sup>, s. 252).

*"Jeg vil si det er to forskjellige typer kolikk; de som har vondt i magen, og de som har nakke, rygg og bekken problematikk. For å definere kolikk, da spør jeg alltid foreldrene om hvor ofte babyen skriker og når de faller til ro. De med magekolikk faller ofte til ro på en annen måte enn de med nakke, rygg og bekken problematikk, for de faller ofte ikke til ro i det hele tatt. Hvis det er problemer der, da er det restriksjoner og en funksjonell forstyrrelse, mens de som har magesmerter har ofte en skrikeperiode på tre til fire timer, og så er det oftest greit ellers av døgnet" (osteopat 4).*

I en komparativ studie fra pubmed om analyse av lyden eller akustikken til "normale" og "irritable" spedbarn når de gråter, kommer de frem til at kolikk eller spedbarnsirritabilitet er mer enn bare overdreven gråt, de har en økning i stressopphisselse og har en høyere lyd og ansenhet enn gråtingen hos de "normale" spedbarna<sup>11</sup>. I en artikkel fra US National Library of Medicine, står det at når babyen får utbruddene med voldsom skriking, så rødmer ansiktet, pannen furer, og så drar de beina opp og knytter nevene i tillegg til høyfrekvente skrik som ikke stopper når babyen blir løftet opp<sup>12</sup>. Spedbarnskolikk kan ikke tydelig defineres på grunn av dens variabilitet, men likevel er definisjonen gitt av Wessel<sup>1</sup> fortsatt bredt og allment akseptert<sup>13</sup>. Et stresset og irritert sentralnervesystem kan muligens være et av hovedetiologiene til spedbarnskolikk, som sekundært kan forårsake raske peristaltiske sammentreknninger i tarmen(<sup>6</sup>, s. 251).

### 3.2 Differensialdiagnoser

Det var viktig for alle osteopaterne at de forsikret seg om at babyen var frisk, samt utelukke alvorlig patologi. Tidspunktet for inntreden av symptomer er en av de viktigste kriterier for differensialdiagnose, som ved eksempelvis borborygmi som forekommer umiddelbart ved inntak av mat indikerer at tarmen er overstimulert og klar til å overreagere (<sup>6</sup>, s.252). Mange tilfeller av spedbarnskolikk kan være assosiert med laktoseintoleranse, refluksøsofagitt (en umodenhet av lukkemuskelens utvikling), samt uerfarenhet hos foreldre og fødselsdepresjon hos mor, osteopater vil også vurdere flere andre etiologiske faktorer (<sup>10</sup>, s. 253).

Al Hajeri<sup>13</sup> skriver i sin artikkel om mulige årsaker til overdreven gråt hos spedbarn; hos 5% kan ha organiske årsaker i gastrointestinale systemer som gastroøsofageal refluks, forstoppelse, kumelk intoleranse, laktoseintoleranse og anale fissurer, nevrologiske problemer som chiari malformasjon type 1, migrene og subduralt hematom, infeksjoner som meningitt, otitis media, urinveisinfeksjon og virus, samt traumer som misbruk, korneal abrasjon, fremmedlegeme i øyet, frakturer og tourniquet syndrom. Av ikke-organiske årsaker hos 95%



står det om gastrointestinale forstyrrelser som hyperperistaltikk, mye luft, muligens psykologiske faktorer men ikke bevist og den nevrologiske utviklingen<sup>13</sup>.

*"Det viktigste er å forsikre seg om at babyen er frisk, for babyer som har kolikk er ikke syke. Det kan være at de er obstiperte med tanke på ileus men det er veldig sjeldent. Da er det i tilfelle nødvendig med videre utredning på sykehus. Det kan også være at de reagerer på morsmelka, kumelk eller annen mat hvis de har begynt med det. Ellers så er det viktig å sjekke at de legger på seg nok, får i seg nok næring og ikke har sprutoppkast eller feber" (Osteopat 1).*

Differensialdiagnoser som bør vurderes i forhold til spedbarnskolikk er smertefulle patologier som infeksjoner lik otitis media, pyelonefritt eller invaginasjon, cerebral ødeleggelse hvor barn kan vise en bekreftet opistotonus holdning som vil opprettholdes i lengre tid, samt laktoseintoleranse og gastroøsofageal refluks bør man tenke på (<sup>6</sup>, s. 251). Laboratorietesting av avføringen er kanskje en av de mest pålitelige indikatorer på en bekreftet laktoseintoleranse (<sup>6</sup>, s. 252).

*"Det er viktig å utelukke dysfunksjon i sentralnervesystemet. Da kan man i tilfelle se at det er økt tonus som ikke vil forandre seg uansett hva man gjør og refleksene vil være veldig hyperrefleksive selv om babyer normalt har litt mer refleksrespons enn hos voksne. Man vil være sikker på at det ikke er hypoksi i hjernen, hvis noe spesielt skjedde under fødselen vil jeg være sikker på at det ikke er noe CP (når hjernen ikke får nok oksygen i et stadiet under graviditeten som kan påvirke alt), det kan også påvirke hvordan magen virker" (osteopat 3).*

I en studie fra Archives of Familie Medicine om hvilke diagnostiske undersøkelser som er gunstig før man kan diagnostisere kolikk, står det at ytterligere utredelse bør vurderes hos spedbarn som har hyppige oppstøt på mer enn 28g, apné, cyanotiske episoder, feber puste vansker, dårlig vektøkning eller unormale funn ved nevrologisk undersøkelse<sup>15</sup>.

*"Man prøver å skaffe seg et godt bilde av babyen, og om det er noen sentrale lidelser og gjør tester for det. Og ellers er det å se om det kan være noe problemer i magen. Du vet at for babyer så er jo gråting den eneste muligheten å si ifra på, så det kan egentlig være symptomer på alt mulig. Derfor er det viktig å alltid gå igjennom noen sikkerhetstester for å utelukke alvorlige lidelser og patologi. Symptomer som gråting og kramper kan være mye forskjellig, det kan være tegn på sentrale affeksjoner også" (osteopat 2).*

Hos erfarne klinikere kan en enkel titt på babyen vise om han/hun er "syk" eller "alvorlig syk", for spedbarn kan bli veldig syke veldig fort, så tiden er essensen hvis man får misstanke om en alvorlig tilstand, som for eksempel ved en intrakraniell blødning (<sup>16</sup>, s. 504).



*"Som osteopat må man alltid utelukke patologi og alvorlige tilstander hvis det misstenkes. Det er vår oppgave å undersøke pasienten om det er generelle tilstander eller patologi, og vi må gjøre opp vår egen mening uavhengig av hva legen eller andre har sagt. Man kan komme borti alle mulige slags diagnoser, så det er viktig å stole på sine egne budskaper og sin egen vurderlighet. Er man i den minste tvil så må man sørge for å henvise til videre utredning" (osteopat 1).*

### 3.3 Anamnesen

Innhenting av informasjon om sykehistorien til et spedbarn kommer vanligvis fra mor og eller far, andre familiemedlemmer eller omsorgspersoner, og noen ganger kan det finnes avvik i informasjonen om flere personer er involvert (<sup>16</sup>, s. 504).

De fire osteopatene som deltok i undersøkelsen hadde en rekke spørsmål de brukte å spørre om under anamnesen. Det var mange spørsmål som gikk igjen hos samtlige. Hvordan svangerskapet var og hvordan fødselen foregikk var vesentlig. Om fødselen var blitt utført med tang, vakuum, gjennom keisersnitt, og om det var styrtfødsel eller en lang fødsel. Dette var noe de mente var relevant informasjon med tanke på innvirkning av blant annet kraniet og dens nærliggende strukturer.

*"Det første jeg spør om er hvordan fødselsforløpet var. For de som har kolikk, har ofte blitt født med keisersnitt, tvangsfødsel, vakuum eller en lang fødsel. Det er som regel noe med fødselsforløpet som gjør at de blir som de blir. Det er veldig mange som har blitt tatt ut med tang eller vakuum, og da pleier jeg ofte å fokusere mer kranialt" (osteopat 4).*

Er det tegn til tilfeller av traume må det bli fullstendig evaluert, og hvis det er noen indikasjon fra sykehistorien eller funn til å mistenke misbruk (eller uaktsomhet), må de nødvendige tiltakene iverksettes (<sup>16</sup>, s. 504).

*"Det er viktig å spørre moren om matinntak og kosthold, alkoholinntak og eventuelle andre rusmidler. Som for eksempel babyer til foreldre som inntar narkotika får jo abstinenser og skriker, men det er veldig sjeldne tilfeller man får i klinikken, men slike ting man bør vite om" (Osteopat 1).*

Spørsmål om babyens alder, når det startet, gråtemønster, søvnmønster, hvilke tiltak som forbedrer og forverrer var noe de alle ønsket svar på. I tillegg var babyens inntak av mat og avføringsmønster betydningsfullt.



*"Det er litt avgjørende hvilken situasjon det er i hva man spør etter, men jeg prøver å danne meg et bilde av hverdagen til babyen, hvordan babyen oppfører seg, om det er variasjoner i døgnnet, og om problemet er før under eller etter matinntak" (Osteopat 2).*

Kort oppsummert fra Chila (<sup>16</sup>, s. 504) skriver han at en anamnese hos et spedbarn innebærer fosterdiagnostikk som mors helse, infeksjoner, bruk av tobakk, alkohol eller rusmidler, fødselsforløpet, hodeformen, favorittside, akutte og kroniske lidelser som sykehusinnleggelses og antibiotika bruk.

*"Jeg vil vite hvordan avføringen er i forhold til mengde og konsistens, og om de er komfortable før avføring eller ikke. Har de oppblåsthet og eller mye luft, er noe som er et stort tegn på kolikk. Foreldrene kjenner ofte en stram mage på babyen og sier: "ahh babyen min har en veldig hard mage", noe som forsterker misstanken om kolikk. Muligens har de kanskje en foretrukken side å ligge på, og da spør jeg ofte om babyen liker best å bli matet på den ene siden mer enn den andre, noe som kan være tegn på dysfunksjoner i øvre del av cervicalen og eller kranialt. Ved torsjon i SSB vil babyen ofte ligge på den ene siden, noe som kan føre til irritasjon av nervus vagus og eller nervus hypoglossus hvor tungen kan ha dårligere bevegelse samt at de svelger mye luft" (Osteopat 3).*

### 3.4 Undersøkelse

Det første de osteopatiske klinikerne ville gjøre under undersøkelse av mistenkt spedbarnskolikk var å observere hele babyen. De så etter om de hadde kramper i magen, om det var tegn til asymmetri, kompensasjoner, vevsforandringer, hevelse, hudforandringer, samt at de ser på muskeltonusen på hele kroppen. Deretter palperer de hele babyen oppover fra tå til hodet. De ville kjenne på bevegelse i leddene, muskeltonus og vevskvaliteten, både i det viscerale og muskuloskeletale system. Noen gikk alltid gjennom reflekser som babinski, søkereflex og andre reflekser, mens noen utførte kun reflekstesting ved røde flagg eller tegn til alvorlig patologi. Klinikerne var enige om at alle delene av tarmen og kraniet var områder de alltid undersøkte med tanke på kolikk, i tillegg til en generell screening av hele kroppen.

*"I forhold til babyer som er født med vakuumbarn, er det ofte nakkeproblemer, da bør man tenke på vagusnerven som går ut gjennom foramen jugulare og palpere muskulaturen opp mot processus mastoideus og rundt i området etter restriksjoner. I tillegg er undersøkelse av øvre del av cervicalen og rundt foramen magnum etter eventuelle spenninger vesentlig. Tarmen innerveres av vagusnerven frem til omtrent to tredjedeler av colon transversum, og den siste delen er innervert fra den sacrale parasympatiske plexus. Sjekker så torakalt i forhold til sympatiske nerver og tarmen" (Osteopat 1).*





Chila (<sup>16</sup>, s. 505) mener at ved undersøkelse av hodet til et spedbarn bør man evaluere symmetri, fasong og omkrets av hodet, craniosynostose, caput succedaneum, kontroll av hodets posisjon og bevegelse, cefalohematom, plagiocefali, fontaneller og utvidede vener i skalpen. Man må evaluere ansiktet, eventuelle lammelser, asymmetri, farge, tekstur og posisjon av øyne og ører (<sup>16</sup>, s.505).

Under observasjon av spedbarnet, bør nedsatt muskeltonus, slapphet og dårlig hudperfusjon bemerkes, i tillegg til rektal temperatur på høyere enn 38 grader, takypné og dårlig vektøkning krever videre medisinsk utredning<sup>15</sup>. Huden i ansiktet og skalpen er en veldig god indikator for allergiske manifestasjoner, som en del av mucosa associated lymphoid tissues (MALT), som også utgjør slimhinnen i tarmen og lungesystemet (<sup>6</sup>, s. 252). Fokale tegn på infeksjon i ørene, hud, vev, bein og ledd må vurderes, studering av hornhinnen og vregning av øyenlokk, samt undersøkelse av endetarm og buken bør utføres når babyen ikke gråter for å eventuelt avklare presentasjon av unormale tarmlyder, diffus ømhet, stivhet, masser eller blod<sup>15</sup>.

*"Først observerer jeg hvordan babyen svelger og om det er stivt (som det ofte er hos kolikkbabyer), deretter sjekker jeg at sentralnervesystemet fungerer optimalt og går igjennom en full nevrologisk undersøkelse. Jeg palperer hele kroppen og kjenner på tonus og tenker om det er alderstilpassende eller ikke" (Osteopat 3).*

Moeckel og Mitha (<sup>6</sup>, s. 252) skriver om sin erfaring av den osteopatiske undersøkelsen av affekterte spedbarn at det ofte er palpable forandringer i kvaliteten på vevet og fascien føles stram og irritert. Refluksirritabilitet av øsofagus kan resultere i tensjon av øsofagus som kan kjennes fra farynx, det vil spesielt trekke occiput i et ekstensjonsmønster i kraniebasen på grunn av dens tilknytning til farynx og til den faryngeale tuberculum av den inferiore overflaten av basiocciput (<sup>6</sup>, s. 252).

Under undersøkelsen av babyen er det ofte at han/hun sover eller blir matet, da er det lettere å grundig undersøke kraniet og SSB, og når babyen gråter kan man få et innblikk i den åpne munnen og det kan være mulig å se den posteriore del av farynx (<sup>16</sup>, s. 505).

*"Ved osteopatisk undersøkelse sjekker jeg hele kroppen fra topp til tå, kvaliteten på bevegeligheten i leddene, og palperer og føler om det er noe man blir "dratt til". Det er veldig viktig å undersøke kraniet nøyaktig, bevegelighet, og hvordan virker rtm og prm, hvordan virker væsken, flyter den hele veien eller ikke, og er det en generell god motilitet i alt vevet. Hvor frisk virker babyen, virker den kanskje sliten, er det økt tensjon, og er nerveaktiviteten høy, du vil definitivt føle om det er en høy adrenal aktivitet" (osteopat 3).*



Med "Mechanical Link", kan det utføres en global osteopatisk undersøkelse på spedbarn lik den man utfører på voksne med mål om å finne den primære lesjonen, uten noen spesiell fokus på kraniet eller til noen andre funksjonelle enheter (<sup>17</sup>, s. 159).

*"Jeg bruker å undersøke spedbarn med mechanical link system for å få et inntrykk av hvor babyen eventuelt er spent og hva som kan være den primære årsaken. Da palperer jeg hele abdomen og columna, samt bløtvevet fra halsen og ned. Jeg undersøker bevegelser i alle ledd og kjenner etter om de har fri bevegelse. Kjenner om det er skjevheter eller innskrenket bevegelighetsmønster i kraniet, og er det skjevheter så er det naturlig at de har forskyvninger i occiput og dermed foramen jugulare med tanke på vagusnerven" (osteopat 2).*

Selv om enkelte lesjoner som for eksempel ossifikasjons delene i kraniet, torakale spiserøret, hodet på bukspyttkjertelen eller intraossøs bøyning av tibia statistisk sett er vanlig hos spedbarn, må man systematisk teste en baby like fullstendig som man gjør hos en voksen, og uten forutinntatte ideer (<sup>17</sup>, s. 159).

### **3.5 Hyppige funn ved spedbarnskolikk**

De fleste av osteopatene fortalte at de ofte fant restriksjoner i cervicalcolumna, særlig øvre del, og dysfunksjoner i den kranielle basen, spesielt hvis babyen hadde blitt tatt ut med vakuum eller tang. Økt tonus i lukkemuskulaturene og generelt i abdomen var også et hyppig funn, i tillegg til dysfunksjoner i diafragma, pelvis og thorax.

*"Dysfunksjoner i diafragma, umbilicusstrain og sibsons fascie er ofte veldig stram hos babyer med kolikk, noe som nesten alltid henger sammen med diafragma. Definitivt dysfunksjoner i den kranielle basen og cervicalcolumna forekommer ofte. Hvis det har vært en lang fødsel og babyen har blitt presset og presset sammen er det ofte en kompresjon hele veien gjennom columna" (Osteopat 3).*

*"Det er noen som har thoraxproblemer også, som er skjeve i hele columna, og det er ofte tilstede når man har kraniosacrle problemer og man kan se den skjevheten nedover hele columna" (Osteopat 2).*





Det er også en gruppe spedbarn med kolikk som viser en presentasjon som ikke nødvendigvis er relatert til reaksjoner av matinntak, og foreldre forteller ofte at symptomene startet plutselig istedenfor i den andre eller tredje uken (<sup>2</sup>, s. 235). Osteopatiske evalueringer av disse babyene viser ofte somatiske dysfunksjoner i øvre del av cervicalen og i den kranielle basen, like funn som dette hos voksne, blir ofte assosiert med hodepine og trigeminal irritasjon (<sup>2</sup>, s. 235).

*"Man kan jo tenke seg at når et barn blir født, så er ikke tarmen i "førsteklasses form" med en gang fra å ligge inni fostervannet og få sirkulasjon fra mor, så skal de ut å puste for seg selv i tillegg til at lunge, hjerte og nervesystemet skal fungere, så det er mange prosesser som skal fungere før tarmfunksjon. De babyene som blir utsatt for veldig press, viljepress under fødsel, de får ofte kolikk" (Osteopat 1).*

#### 4 Diskusjon

Man kan diskutere hvorvidt man skal kalle spedbarnskolikk for et fenomen eller en diagnose. Som resultatdelen viser, finnes det ingen klar etiologi eller klar definisjon for spedbarnskolikk, men som observert i flere søk i studier etter teori om spedbarnskolikk benytter mange seg av Wessels definisjon<sup>1</sup> som referert i innledningen. I tillegg mener noen av osteopatene fra intervjuene og Carreiro (<sup>2</sup>, s. 234) at det kan være forskjellige årsaker til kolikk, babyer som har gastrointestinale symptomer, og andre opplever en tilstand av hyperaktivitet eller irritabilitet, mens noen kan ha en kombinasjon av de to.

For å stille en diagnose så må man kunne vite hva som kjennetegner diagnosen og hva som er årsaken, og i dette tilfelle blir det vanskelig å svare klart og presist på problemstillingen siden spedbarnskolikk vises å ha en uklar definisjon. Det som er interessant med problemstillingen er å kunne skaffe nærmere informasjon om hvordan osteopater undersøker babyer med antatt kolikk, og hva de går ut ifra da det i dag er mange babyer som er rammet av dette fenomenet eller diagnosen.

De osteopatiske klinikerne fra undersøkelsen var alle enige om at gråting fra spedbarn kan være symptomer på mange ting, og som regel er det gråting foreldrene kommer med som problem fordi de ofte har vanskeligheter med å roe ned babyen. Noen av osteopatene fortalte at spedbarnskolikk er en ufarlig tilstand som vanligvis vil gå over etter lengre tid, men selvfølgelig må være ubehagelig for babyen. For at de kunne kalle det for spedbarnskolikk så var det viktig at babyen var ellers frisk og hadde normal vektøkning og ingen tegn til alvorlig patologi. Osteopatene var opptatt av å gjennomføre en grundig anamnese og undersøkelse av hele babyen.

Det var ingen tilgjengelige artikler om hvordan osteopater diagnostiserer spedbarnskolikk, og generelt er det få artikler innenfor osteopati. Så de artiklene som er brukt, er mer med tanke på definisjonen og etiologien av kolikk. I forhold til det osteopatiske ble det mer relevant å lese i fagbøker. Siden problemstillingen var rettet mot osteopater, ble mye av svarene til problemstillingen rettet mot svarene fra intervjuene og fagbøker samt artikler i forhold til definisjon.

Den kvalitative metoden som ble brukt fikk innhentet mye informasjon fra hver enkelt deltager. Med dybdeintervjuer kan man få mye informasjon som man ellers ikke ville fått i andre kvalitative studier. Dessuten omhandlet oppgaven om hvordan osteopater diagnostiserer



spedbarnskolikk, noe som det virket best å få svar på ved hjelp av en kvalitativ metode og med ustrukturerte intervjuer. Man kunne utført observasjoner, men da ville det trolig vært vanskeligere å skaffe deltagere med tanke på at man måtte være i klinikken å observere mens klinikerne hadde hatt en spedbarnskolikk pasient. De har som regel ikke kolikk pasienter hver dag, så det kunne blitt en utfordring å få alt til å klaffe, men det kunne absolutt vært en fin måte å undersøke problemstillingen på.

Funnene var som forventet. Definisjonen av kolikk er fortsatt uklar, og Wessel's definisjon<sup>1</sup> fra 1954 er fortsatt en mye brukt kilde. Osteopater undersøker spedbarnskolikk grundig med anamnese og utelukker alvorlig patologi. De utfører en klinisk undersøkelse av hele babyen og kjenner etter blant annet kvaliteten i leddbevegelsene og vevskvaliteten. Hyppige funn var ofte kraniale dysfunksjoner hvor vagusnerven kunne være affektert som også Carreiro (<sup>2</sup>, s. 235) beskriver. I tillegg til dysfunksjoner i øvre cervicalen og økt tensjon av sphinkterne i abdomen var hyppige funn hos barn med kolikk. Av mulighet for praktisk anvendelse kan man ta i betraktning disse svarene ved undersøkelse hos samme pasientgrupper.

I denne oppgaven ble det gjennomført fire intervjuer. Alle deltagerne fikk forespørsel i e-post om å få spørsmålene tilsendt på forhånd før intervjuet. Dette var noe kun en benyttet seg av, så kan man jo tolke det som en muligens fordel i forhold til forberedelse, og i forskjell fra de andre som ikke forberedte seg med tanke på svarene. For å kunne få en enda bredere belysning av temaet, ville det vært mer ideelt om flere osteopater hadde deltatt i undersøkelsen. Samtidig er det mye jobb å analysere og tolke svar i en slik kvalitativ undersøkelse, men en større studie er nødvendig innenfor feltet.

## 5 Konklusjon

Det er i dag lite forskning på osteopaters diagnostisering av spedbarnskolikk. Med tanke på at respondentene fra intervjuene svarte noe forskjellig til spørsmålene, og teorien viser en uklar definisjon og etiologi av spedbarnskolikk, blir det vanskelig å få et tydelig svar på problemstillingen. Men hyppige funn som kranielle dysfunksjoner, øvre cervicale dysfunksjoner og økt tonus av sphinkterne i abdomen som alle osteopatene nevnte er noe å ta med videre i undersøkelse av spedbarn med kolikk.

Det kan være interessant å gå nærmere inn på fysiologien og hva som skjer med hodet til et spedbarn hvis han/hun blir født på spesielle måter, og hvilke ulike innvirkninger det kan ha i kroppen. Siden alle osteopatene nevnte fødselen som en veldig viktig del av diagnostiseringen.

På grunn av etiologien og definisjonen av kolikk er uklar, og det er vanskelig å vite hva en skal forholde seg til, ses det derfor en nødvendighet av videre større forskning innen feltet.



## Referanseliste

---

1. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS Jr, Detwiler AC. Paroxymal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics*. 1954 Nov;14(5):421-35.
2. Jane E Carreiro. *Gastroenterology. An Osteopathic Approach to Children: The perfect companion to pediatric manual medicine by Carreiro; second edition*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2009. 318 s.
3. Helseth S, Begnum S. A comprehensive definition of infant colic: parents' and nurses' perspectives. *J Clin Nurs*. 2002 sep [hentet 2015-04-28];11(5):672-80. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12201895>
4. Myrhaug HT, Helseth S, Håvelsrud K, Kirkehei I, Kjellemyr GT et al. Behandling av spedbarnskolikk. *Bibsys ils [elektronisk artikkel]*. Rapport fra Kunnskapssenteret. 2009 Juni [hentet 2015-01-12];14:44. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/behandling-av-spedbarnskolikk>
5. Apotekforeningen. Gode råd når spedbarnet er urolig og gråter mye. Oslo: Apotekforeningen; 2007. *Foreldrebrosjyre 2010:nr.7*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/pasientgrupper/barn/foreldrebrosjyre-n%C3%A5r-spedbarnet-er-urolig-og-gr%C3%A5ter-mye>
6. Moeckel E, Mitha N. *Textbook of Pediatric Osteopathy*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2008. 495 s.
7. Olsson H, Sörensen S. *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. 1.utgave, 4. opplag. Oslo: Gyldendal; 2009. s. 68.
8. Norsk Osteopati Forbund [Internett]. [Hentet 2015-01-18]. Tilgjengelig fra: [www.osteopati.org](http://www.osteopati.org)
9. Norges Helsehøyskole bibliotek [Internett]. Norge, Oslo. [hentet 2015-02-02] Tilgjengelig fra: <http://biblioteket.c-k.no/>.
10. Stone AC. *Visceral and Obstetric Osteopathy. Patient management in visceral osteopathy*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2007. 349 s.
11. Fuller BF., Keefe MR., Curtin M. Acoustic analysis of cries from "normal" and "irritable" infants. *Wet J Nuurs Res [Elektronisk artikkel]*. 1994 Jun [hentet 2015-04-10];16(3):243-51. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=8036801&myncbishare=helsebiblioteket>
12. Illingworth RS. 'Three Months' Colic'. *Arch Dis Child [Elektronisk artikkel]*. 1954 Jun [hentet 2015-05-02];29(145):165-174. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2011617/?page=1>



13. Al-Hajeri A. Myths and facts about Infantile Colic. Bahrain Med Bulletin [Elektronisk artikkel]. 2008 Des [hentet 2015-05-02];30(4):5. Tilgjengelig fra: [http://www.bahrainmedicalbulletin.com/issue\\_dec2008.htm](http://www.bahrainmedicalbulletin.com/issue_dec2008.htm) (under Family Physician Corner)
14. Iacono G, Merolla R, D'Amico D, Bonci E, Cavataio F et al. Gastrointestinal symptoms in infancy: A population-based prospective study. Dig.Liver Dis. [Elektronisk artikkel]. 2005 Jun [hentet 2015-05-06];37(6):432-438. Tilgjengelig fra: <http://www.dldjournalonline.com/article/S1590-8658%2805%2900049-6/abstract>
15. Reust CE, Blake RL Jr. Diagnostic Workup Before Diagnosing Colic. Arch Fam Med [Elektronisk Artikkel]. 2000 Mar [hentet 2015-05-06];9(3):282-283. Tilgjengelig fra: <http://triggered.clockss.org/ServeContent?url=http://archfami.ama-assn.org%2Fcgi%2Fcontent%2Ffull%2F9%2F3%2F282>
16. Chila AG. Foundations of Osteopathic Medicine. Third Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer; 2011. 1131 s.
17. Chauffour P, Prat E. Mechanical Link: Fundamental Principles, Theory, and Practice Following an Osteopathic Approach. Berkely, California: North Atlantic Books; 2002. 184 s.



## Vedlegg

### Vedlegg 1: Intervjuguide

| Emne                           | Spørsmål  |
|--------------------------------|---|
| <b>Erfaring med spedbarn</b>   | Hvor lenge har du jobbet med spedbarn?  |
| <b>Definisjon</b>              | Hva vil du si definerer spedbarnskolikk? Hva mener du kjennetegner spedbarnskolikk? |
| <b>Anamnese</b>                | Hva vil du spørre om i anamnesen og hvorfor?  |
| <b>Differensialdiagnoser</b>   | Hvilke diagnoser vil du utelukke?   |
| <b>Undersøkelsen</b>           | Hvordan undersøker du babyen?   |
| <b>Funn</b>                    | Hvilke funn finner du ofte hos babyer med kolikk? Er det funn som ofte går igjen?   |
| <b>Tilleggende informasjon</b> | Er det noe du synes er relevant for temaet som du vil tilføye?                      |



**Vedlegg 2: E-post**

Fra:\*\*\*

Til:\*\*\*

Emne: Osteopati

Hei

Jeg studerer osteopati på Norges Helsehøyskole. Det er mitt tredje år på studiet og skal derfor skrive en bacheloroppgave. Oppgaven handler om hvordan osteopater diagnostiserer spedbarnskolikk. Lurer på om du er interessert i å sette av ca. 15-20 minutter til å svare på noen spørsmål helt anonymt angående dette? Jeg er veldig fleksibel når det gjelder møtested og tid. Kan på forhånd sende deg spørsmålene om du ønsker det. Hadde vært til stor hjelp om du deltok. Takk på forhånd.

Med vennlig hilsen

Sarah Bringa Lindberg

Osteopatistudent 3.år, Norges Helsehøyskole – Campus Kristiania

T:\*\*\*



### Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

#### SAMTYKKEERKLÆRING

Bacheloroppgavens tittel:

Hvordan diagnostiserer osteopater spedbarnskolikk?

---

Student(er):

Sarah Bringa Lindberg

---

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet om formålet med bacheloroppgaven. Jeg er også gjort kjent med at opplysninger om meg vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert, slik at det ikke kan etterspores. Jeg er videre kjent med at den ferdige, beståtte bacheloroppgaven i fremtiden kan bli gjort tilgjengelig for studenter i Norges Helsehøyskoles bibliotek.

Jeg samtykker i å delta som pasient/intervjuobjekt/annet i prosjektet.

Jeg er gjort kjent med at jeg når som helst kan trekke meg fra å delta, uten å måtte oppgi noen grunn til det.

Stryk det som ikke passer. Hvis annet spesifiser her:

---

---

Navn: \_\_\_\_\_

Sted: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_