



The effect of inpatient treatment on the stress experienced by parents with an excessively crying infant

Die Auswirkungen eines Spitalaufenthaltes auf die Belastung von Eltern mit einem exzessiv schreienden Kind

Liv Solveig Wittberger^{1*}, Kurt Albermann¹,
Jessica Pehlke-Milde², Andrea Koppitz²

¹Kantonsspital Winterthur, Departement Kinder- und
Jugendmedizin, Brauerstrasse 15, 8401 Winterthur,
SWITZERLAND
*liv@wittberger.ch

²Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften,
Departement Gesundheit, Technikumstr. 81, 8401
Winterthur, SWITZERLAND

Received 30 March 2016, accepted 15 September 2016, available online 22 February 2017

Abstract

Introduction: Up to 40% of families are faced with a fussy, inconsolable high need infant in the first three months postpartum. A major reason for parents to seek professional help is the trying aspect of the situation with these children. The supportive role of health professionals has the greatest potential to reduce the parent's stress and burden. To our knowledge, there are no studies on inpatient treatment for families with such infants so far.

Aim: The aim of this study is to show how an inpatient setting may reduce the stress and burden of parents with an inconsolably crying infant.

Method: A grounded theory approach (Charmaz) was used to analyse semi-structured interviews of 13 parents from a total of 9 families.

Results: Two core categories emerged from the data: "To get out of hand" describes how parents lose the ability to control and direct family life. "To find one's way into daily routine" describes how they once again gain confidence and develop coping strategies.

Conclusion: An inpatient treatment reduces the burden on families with inconsolably crying infants. The change in the environment is helpful. Guidance and support enhance the parents' skill and ability to handling the infant. The stress on the parents can increase again upon hospital discharge. Therefore, improvement is needed in treatment planning and parental support at the conclusion of the hospital stay as well as upon hospital discharge.

Abstract

Einleitung: Bis zu 40 % der Familien im ersten Trimenon sind mit einem exzessiv schreienden Kind konfrontiert. Die belastende Situation mit diesen Kindern ist ein bedeutender Faktor, weshalb Eltern professionelle Hilfe aufsuchen. Die Unterstützung durch Fachpersonen hat grosses Potential, um die Belastung der Eltern abzubauen. Stationäre Behandlungen für Familien mit Schreiproblematik zur Belastungsreduzierung wurden in keiner der bisherigen Studien thematisiert.

Ziel: Das Ziel der Studie ist aufzuzeigen, welchen Beitrag ein stationäres Setting zur Reduzierung der Belastung von Eltern mit einem exzessiv schreienden Kind leisten kann.

Methode: Als Design wurde die Methodologie der *Grounded Theory* nach Charmaz verwendet. In halbstrukturierten Interviews wurden 13 Elternteile aus 9 Familien befragt.

Resultate: Zwei Kernkategorien wurden erarbeitet. „Aus dem Ruder laufen“ beschreibt, wie die Eltern die Steuerung im Familienleben verlieren. „In eigenen Alltag finden“ beschreibt wie sie die Sicherheit zurückgewinnen und eigene Bewältigungsstrategien erarbeiten.

Schlussfolgerung: Ein stationärer Spitalaufenthalt entlastet Familien mit einem exzessiv schreienden Kind. Hilfreich ist der Umgebungswechsel. Beratung und Begleitung erweitern die Kompetenzen der Eltern im Handling des Kindes. Die Belastung der Eltern kann beim Austritt wieder zunehmen. Deshalb sollte die Planung und Begleitung der Abschlussphase der Behandlung sowie des Austritts verbessert werden.

Keywords

Excessively infant crying – infant colic – hospital stay – parental experience – grounded theory


Keywords

Exzessives Schreien – Regulationsstörung – Spitalaufenthalt – elterliche Erfahrungen – Grounded Theory

EINLEITUNG

Je nach Definition und Diagnosekriterien von exzessiv schreienden Kindern sind bis zu 40 % der Familien im ersten Trimenon mit einem exzessiv schreienden Kind

konfrontiert (Keefe, Kajrlsen, Lobo, Kotzer, & Dudley, 2006; Landgren & Hallström, 2011; Long, 2001; Megel, Wilson, Bravo, McMahon, & Towner, 2011). Das exzessive Schreien tritt unabhängig von Geschlecht, Ethnie, Alter



der Mutter, elterlicher Bildung oder sozioökonomischem Status auf (Ellett, Appleton, & Sloan, 2009; Papoušek, Schieche, & Wurmser, 2004).

Unter exzessiv schreienden Kindern verstehen Wessel, Cobb, Jackson, Harris und Detwiler (1954) Kinder, die mehr als drei Stunden pro Tag, mehr als drei Tage pro Woche während mehr als drei Wochen schreien. Die Schreiphase beginnt zwischen der 2ten und 3ten Lebenswoche und erreicht die höchste Intensität mit 6-8 Wochen (Evanoo, 2007; Hiscock, 2006; Landgren & Hallström, 2011; Papoušek et al., 2004). Nach 3 bis 4 Monaten lassen die Schreiphasen meist deutlich nach (Evanoo, 2007; Helseth & Begnum, 2002; Hiscock, 2006).

Die Ätiologie des Schreiens ist weiterhin ungeklärt (Helseth & Begnum, 2002; Landgren & Hallström, 2011; Megel et al., 2011). In der Literatur wird ein Zusammenspiel von den angeborenen Fähigkeiten in der Regulation des Kindes, Temperamentsmerkmale sowie psychosoziale Belastungen der Eltern und elterliche Verhaltensweisen diskutiert (Bolten, Möhler, & von Gontard, 2013). Die schreienden Kinder zeigen Probleme in der Selbstregulation, d.h. sie haben eine gestörte Balance zwischen hemmenden und erregenden Prozessen. Bei den elterlichen Verhaltensweisen scheinen Kommunikation und Interaktion im Beruhigungskontext eine Schlüsselrolle einzunehmen (Papoušek et al., 2004). Studien zeigen, dass prä- und postnatale psychosoziale Belastungen der Eltern Risikofaktoren für die Entstehung von exzessivem Schreien sein können (Bolten et al., 2013; Papoušek et al., 2004). Eine Studie von Kurth et al. (2010) zeigt auf, dass Schreiprobleme in den ersten Lebensmonaten mit der physischen und psychischen Gesundheit der Mutter zusammenhängen.

Eltern sind nach der Geburt eines Kindes als vulnerabel zu bezeichnen, weil sie vielschichtige Reorganisations- und Anpassungsprozesse zu bewältigen haben. Diese beinhalten die Beziehungsaufnahme zum Kind sowie den Aufbau von Selbstvertrauen in die eigenen intuitiven Kompetenzen (Papoušek et al., 2004). Insbesondere bei der Mutter kommen mit dem Wochenbett und den postpartalen Risiken sowie der Mutterschaftskonstellation weitere Aufgaben hinzu (Papoušek et al., 2004).

Das exzessive Schreien der Kinder hat grosse Auswirkungen auf den Alltag der Familien und kann die Gesundheit dieser Kinder gefährden. Durch die enorm belastende Situation der Eltern besteht ein erhöhtes Risiko zur Misshandlung der Kinder (Bolten et al., 2013; Wade, Black, & Ward-Smith, 2005). Das Schreien ist die Hauptursache für ein Schütteltrauma, was der häufigste Grund für traumatische Morbidität und Mortalität im Säuglingsalter ist (Evanoo, 2007). Laut Karp (2004) erleiden 95 % der Kinder, denen ein Schütteltrauma widerfährt, dieses während dem Schreien.

Die Meta-Analyse von Hemmi, Wolke und Schneider (2011) lässt darauf schliessen, dass Kinder, welche im Säuglingsalter Regulationsprobleme hatten, vermehrt zu Verhaltensproblemen, im Speziellen zu ADHD (attention-deficit/hyperactivity-disorder) und Externalisierung tendieren. Besonders betroffen sind Kinder, welche zusätzlich in psychosozial belasteten Familien aufwachsen. Die psychische Erkrankung eines Elternteils, insbesondere der Mutter, stellt einen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung dar (Albermann et al., 2012). Abhängig von den Auswirkungen der elterlichen Erkrankung können die affektiven und erzieherischen elterlichen Qualitäten vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt sein. Dann müssen auch Kinderschutzaspekte berücksichtigt werden. Gemäss Ludewig, Baumer, Salzgeber, Häfeli und Albermann (2015) bedeutet dies nicht selten die Abwägung der Elternrechte gegenüber dem Kindeswohl. Durch das Schreien wird das Familienleben stark gestört. Die Eltern zeigen Symptome wie Müdigkeit, Erschöpfung, Angst, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Frustration, Wut, Angst die Kontrolle zu verlieren, Selbstzweifel, Schuldgefühle und Isolation (Bolten et al., 2013; Ellett & Swenson, 2005; Helseth, 2002; Landgren & Hallström, 2011; Megel et al., 2011).

Long und Johnson (2001) zeigen auf, dass die Unterstützung durch Fachpersonen grosses Potential hat, um die Belastung der Eltern abzubauen. Professionelle Hilfe aufgrund von exzessivem Schreien suchen in etwa 17 % aller Familien mit einem Neugeborenen auf, wie ein Review aus England zeigt (Long, 2001). Papoušek et al. (2004) empfiehlt eine integrative und kommunikationsorientierte Beratung und Therapie durch Fachpersonen und zeigt, dass ca. 40 % der Fälle vier oder mehr ambulante Termine brauchen, um ausreichend behandelt werden zu können. Da dies für die ambulante Behandlung einen erheblichen Mehraufwand bedeutet, werden Familien in der Schweiz auch stationär betreut. Alle Spitäler im Kanton Zürich, welche Kinder behandeln, nehmen Eltern mit exzessiv schreienden Kindern auf. Der Fokus dieser Studie richtet sich auf die stationäre Behandlung für Familien mit Schreiproblematik, da diese Problematik in keiner der bisherigen Studien thematisiert wurde.

ZIELSETZUNG UND FORSCHUNGSFRAGE

Das Ziel dieser Studie ist es deshalb zu untersuchen, wie ein stationäres Setting zur Belastungsreduzierung von Eltern mit einem Kind, das exzessiv schreit, beiträgt. Die Forschungsfrage lautet deshalb:

Wie entlastend erleben Eltern mit einem exzessiv schreienden Kind einen stationären Spitalaufenthalt?



METHODE

Als Design wurde der qualitative Ansatz der *Grounded Theory* (GT) nach Charmaz (2014) verwendet. Dies ermöglicht zu untersuchen wie, wann und warum Eltern mit exzessiv schreienden Kindern während dem Spitalaufenthalt mit ihrer Belastung umgehen. Zusätzlich ermöglicht diese Art von Methode, auf soziale und psychosoziale Prozesse zu fokussieren, die bei Eltern mit schreienden Kindern wesentlich sind. Der Forschungsplan wurde von der Ethikkommission des Kantons Zürich bewilligt (Ref. Nr.: KEK-ZH-Nr. 2012-0539).

Insgesamt nahmen 13 Mütter und Väter von neun Familien teil, welche hospitalisiert wurden, weil ihr Kind in den ersten 14 Lebenswochen sehr viel geschrien hat. Ausschlusskriterien waren Minderjährigkeit von mindestens einem Elternteil, sich nicht ohne Dolmetscher in deutscher Sprache ausdrücken zu können und ein ausschliesslich medizinisches Problem als Ursache für das Schreien. Rekrutiert wurden die Familien während dem stationären Spitalaufenthalt auf zwei pädiatrischen Abteilungen in zwei Spitälern im Kanton Zürich. Die Erstautorin arbeitet auf einer der beiden Abteilungen und kennt daher das Setting. Die Erstautorin hat aber keine der befragten Familien während ihrem Spitalaufenthalt auf der Abteilung betreut und hat auch die Teilnehmenden nicht selbst rekrutiert.

Die Interviews wurden nach der Entlassung aus dem Spital an einem von den Studienteilnehmenden gewählten Ort durchgeführt. Einmal fand das Interview in einem öffentlichen Café statt, ansonsten wurden die Interviews bei den Teilnehmenden zu Hause durchgeführt.

Zum Schutz der Studienteilnehmenden wurde grossen Wert auf den Respekt vor den Personen gelegt. Die Teilnahme an der Studie war für alle freiwillig und der *informed consent* wurde als fortlaufender Prozess gestaltet, der sich nicht nur auf die formale Anfrage zu Studienbeginn bezog. Bei jeder Kontaktaufnahme wurde erneut das mündliche Einverständnis eingeholt.

Die Teilnehmenden wurden einmalig in einem halbstrukturierten Leitfadenterview befragt (LW¹) (Helfferich, 2011). Das Interview begann mit einer offenen Erzählaufforderung und die weiteren Fragen waren erzählgenerierend und hörerorientiert. Der Leitfaden des Interviews wurde in Anlehnung an die SPSS-Methode nach Helfferich durch die Erst- und Letztautorin entwickelt (LW, AK) (Helfferich, 2011). Im Prozess des theoretischen Samplings wurde der Leitfaden stets angepasst, um reichhaltige Daten zu erhalten, welche das Potential hatten, die Analysetiefe zu verstärken (LW, AK). Die Hauptthemen des Leitfadens waren Situationsveränderung durch den Spitaleintritt,

Hilfsangebote während dem Spitalaufenthalt, erlebter Nutzen und erlebte Schwierigkeiten durch den Spitalaufenthalt sowie Wünsche und Erwartungen der Betroffenen. Die Interviews dauerten zwischen 35 und 69 Minuten (Mean: 56.2 Minuten, SD: 9.6). Feldnotizen wurden erhoben. Die Daten der mit einem digitalen Diktiergerät aufgenommenen Interviews wurden anonymisiert und sicher vor dem Zugriff Dritter aufbewahrt. Die Festlegung der Stichprobengrösse orientierte sich am Verfahren des theoretischen Samplings (Charmaz, 2014).

Die Datenanalyse erfolgte entsprechend dem GT-Ansatz nach Charmaz (2014) und die wörtlich transkribierten Interviews wurden mit Hilfe der Atlas.ti® Software (Version 7.1.6) verwaltet (Dresing & Pehl, 2011). Die Qualität der Interviewtranskripte wurde durch die Erst- und Letztautorin doppelt geprüft (LW, AK). Die Datenanalyse begann nach Erstellen und Prüfen des ersten Transkriptes. Die ersten Analysen wurden für das weitere Spezifizieren der Interviewfragen und zur gezielten Auswahl von weiteren Teilnehmenden genutzt (LW, AK). Einzelne Textsegmente wurden anhand des *Constant comparison* Verfahrens auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede analysiert (Charmaz, 2014). Die Analyse wurde in zwei Teile aufgegliedert: Initiales und fokussiertes Kodieren. Während des initialen Kodierens wurden Datensegmente Zeile für Zeile durch die Erstautorin kodiert (LW). Um Hauptkategorien zu entwickeln, wurden die identifizierten Datensegmente mit der Letztautorin im vierwöchigen Abstand 10-mal diskutiert, um Beziehungen und Zusammenhänge zu reflektieren (LW, AK). Zusätzlich tauschte sich die Erstautorin regelmässig, anhand von *Peer Debriefing*, über den Fortschritt im Analyseprozess mit Kommilitonen und Kommilitoninnen aus (Lincoln & Guba, 1985). Der Prozess des induktiven Begründens (Charmaz, 2014) führte zur Bildung von zwei Hauptkategorien. Im Sinne der Qualitätssicherung der Datenanalyse dienten Memos zum Dokumentieren dieses Prozesses. Die Datenkonsistenz wurde durch Konsens von Erst-, Zweit-, und Letztautor/-in erreicht (LW, AK, KA).

Die Datenanalyse wurde entsprechend einem Standardprotokoll aus den Rohdaten Schritt für Schritt zu Kategorien mit dem Ziel einer Modellentwicklung zum Erklären des Belastungserlebens von Eltern von schreienden Kindern durchgeführt. Die Dokumentation erfolgte entsprechend den Kriterien qualitativer Forschung (COREQ) nach Tong, Sainsbury und Craig (2007).

Mit der Microsoft Excel Software 2010® wurde die deskriptive Analyse der soziodemografischen Daten der Teilnehmenden durchgeführt (Häufigkeit, Standardabweichung, zentrale Tendenz).

¹ Zur Transparenz werden die Initialen der Autoren bei den Methodenschritten, bei welchen Sie beteiligt waren, in Klammer angegeben.



Tabelle 1: Demografische Angaben der Familien

Familie	Variable	Absolute und relative Häufigkeit (%)	Mittelwert (Range)	Standardabweichung
Geschlecht Kinder	männlich	5 (55.6)		
	weiblich	4 (44.4)		
Alter bei Geburt	Wochen		38.56 (36-41)	1.59
Geburtsgewicht	Gramm		3417 (2700-4300)	465.02
Geschlecht Eltern	Mutter	9 (69.2)		
	Vater	4 (30.8)		
Alter Eltern			30.78 (26-39)	4.21
Höchster Schulabschluss	Sekundarstufe II	7 (53.8)		
	Tertiärstufe	6 (46.2)		
Zivilstand	verheiratet/ Partnerschaft	9 (100)		
Anzahl Kinder der Familie	Erstes Kind	5 (55.6)		
	Zweites Kind	4 (44.4)		

Tabelle 2: Charakteristische Angaben zum Spitalaufenthalt

Spital	Variable	Absolute und relative Häufigkeit (%)	Mittelwert (Range)	Standardabweichung
Art des Eintritts	Selbst	6 (66.7)		
	Kinderarzt	3 (33.3)		
Art der Behandlung	Entlastung	4 (44.4)		
	Therapie	2 (22.2)		
	beides	3 (33.3)		
Alter Kind bei Spitalaufenthalt	Monate		3.17 (1.5-7.5)	1.71
Anzahl Tage hospitalisiert	Tage		4.11 (2-6)	1.36

RESULTATE

Alle befragten Familien waren das erste Mal mit einem Kind das exzessiv schreit konfrontiert. Die Familien hatten teilweise Migrationshintergrund (1. Generation). Weitere demografische Angaben zu den Familien sind in der Tabelle 1: ‚Demografische Angaben der Familien‘ ersichtlich. Die Familien haben sich zu zwei Dritteln selbst im Spital gemeldet. Der Spitalaufenthalt dauerte zwei bis sechs Tage (mean 4.11). Weitere Details sind der Tabelle 2: ‚Charakteristische Angaben zum Spitalaufenthalt‘ zu entnehmen.

Mit der Analysemethode der GT konnte aus den Interviews ein Modell mit zwei Kernkategorien erarbeitet werden. Nachfolgend werden diese beiden Kernkategorien und ihre begleitenden Prozesse beschrieben und das Modell in Abbildung 1: ‚Modell der Kategorien‘ grafisch dargestellt.

Kernkategorie: Aus dem Ruder laufen

„Aus dem Ruder laufen“ ist ein dynamischer Prozess, in dem die Familien durch das Schreien in eine enorme Belastungssituation geraten und die Steuerung im Familiensystem schleichend verlieren. „Es geht nicht darum, dass sie ein medizinisches Problem gehabt hat, sondern es geht darum, dass unser Familiensystem aus

dem... Gleichgewicht gekippt ist. Und ... mein Mann und ich so überfordert gewesen sind, dass wir einfach irgendeinen „cut“ haben machen müssen... Aber ... dass es dermassen aus dem Ruder laufen kann. Das ist mir vorher nicht bewusst gewesen.“ (M6:104)

Die Ungewissheit und Unsicherheit steigert sich bis hin zur Hilflosigkeit, Planlosigkeit, Verzweiflung und Erschöpfung und somit zum Verlust der Kontrolle und der Steuerung. Das Familienleben wird chaotisch und nimmt einen unerwünschten Verlauf. Die Familien brauchen Hilfe, um das Ruder wieder kontrollieren zu können. Das Spital wird für die Eltern zum Wendepunkt und zur wichtigen Option, um Unterstützung zu bekommen. „Es ist sicherlich mal Verzweiflung gewesen. Eben, zu wissen, dass man sein eigenes Kind nicht beruhigen kann, das ist natürlich eine Riesenverzweiflung.“ (M1:175) „... Und dann bin ich einfach auf einen Punkt gekommen, wo ich sagen musste: Ich brauche jetzt Unterstützung, ich schaffe es alleine nicht. Aus dem raus zu kommen.“ (M3:77). „Und irgendwann bin ich einfach zusammengebrochen. Und dann wirklich, ich bin weinend, ... die L. (Tochter) ist daneben gestanden mit so grossen Augen, ... und hat ... die Welt nicht mehr verstanden, dass die Mama nicht mehr ansprechbar ist. ... an diesem Abend habe ich den S. (Sohn) genommen, habe ihn in den Kinderwagen gelegt und bin ins R. (Spital) gelaufen. ... Und wirklich er hat einfach durchgeweint, bis wir dort gewesen sind,



weiter geweint als ich ins Spital rein bin und, ja. So, hat das seinen Lauf genommen.“ (M8:45)

Ein Aspekt des Kontrollverlustes ist die Unsicherheit der Familien. Diese beginnt mit der Geburt des Kindes und wird durch das Schreien intensiviert. Die Unsicherheit wird von den Eltern in der Rollenfindung und der Familienorganisation beschrieben und durch schlechte Vorerfahrungen und unterschiedliche Ratschläge von Fachpersonen verstärkt.

Die Verunsicherung in der Rollenfindung entsteht durch ambivalente Gefühle wie Mitleid, Wut, Traurigkeit und Hilflosigkeit. Die Mütter sind geplagt von Selbstzweifeln. Der Wechsel von der berufstätigen Frau zur Mutter verunsichert und wird als schwierig beschrieben. Die Rollenfindung der Väter wird durch das Schreien erschwert, da es zu Verunsicherung im Erlernen des Handlings führt. Auch die Balance zwischen Familie und Beruf zu finden ist erschwert. Familien berichten von Schichtdienst, langen Arbeitszeiten, Herausforderungen am Arbeitsplatz oder sehr strenger körperlicher Arbeit des Vaters. Es fällt den Vätern schwer, die Mütter am Abend und in der Nacht zu entlasten oder sie sind schon gar nicht anwesend *„Ich bin wirklich auch irgendwo zwischen Stühlen und Bänken umher geschwebt und konnte weder meinen Job richtig machen, noch irgendwo durch hier richtig zu Hause sein. Und es ist schon sehr, sehr schwierig gewesen, ja.“ (V1:204)*

Das Organisieren von Entlastung in der ambulanten professionellen Familienbetreuung oder im sozialen Umfeld wird wenig genutzt. Einerseits weil es viel Energie kostet, nur kurze Entlastungszeiten abgedeckt werden, andererseits weil sich auch das persönliche Umfeld sichtbar überfordert zeigt und die Eltern Angst haben, dass dem Kind Schaden zugefügt werden könnte. *„Jemandem Fremden sie abzugeben ... ist schwierig. Weil sie zehrt extrem. Und wenn man ein Kind nicht abgöttisch liebt, kommt man noch schnell vielleicht, sagt: Weisst du was, sei einfach einmal ruhig. Und das wäre mir ein zu hohes Risiko.“ (M2:92)*

Erfahrungen scheinen einen Einfluss darauf zu haben, wie sicher und erholt die Familie in den Alltag mit dem Kind starten kann. Die Eltern beschreiben Unsicherheit, wenn in der eigenen Kindheit schlechte Erfahrungen gemacht wurden oder bisher wenige Erfahrungen mit Säuglingen vorhanden sind. Auch eine unvorbereitete Schwangerschaft und Stress in der Schwangerschaft beeinflussen die Unsicherheit. *„Es hat einfach geheissen, er kann ... keine Kinder zeugen. Und plötzlich bin ich schwanger und seine Mami liegt im Sterben und ich muss meine Ausbildung... unterbrechen.“... „ Also es ist, dieses Jahr einfach, für alle Beteiligten... zu viel.“ (M4:210-V4:217)* Zusätzlich zu den Erfahrungen wirken sich auch die Einflüsse rund um die Geburt auf die Unsicherheit der Eltern aus.

Von Fachpersonen, wie z.B. dem ärztlichen Dienst, Mütter- und Väterberatung, Pflegefachpersonen und Hebammen in der Wochenbettbetreuung werden laut den Eltern wenig Unterstützung und Information abgegeben, die Sicherheit geben würden. *„...Ich bin total verunsichert gewesen. Die einen haben gefunden: Unbedingt Schnuller und die anderen haben gefunden: Bloss kein Schnuller... Also meine Verunsicherung ist ... ganz klar gekommen von diesen Tausenden von Ratschlägen, die ich bekommen habe.“ (M1:113)*

Als weiterer wichtiger Faktor im Prozess des Kontrollverlustes wird der Mangel an Wissen von den Eltern beschrieben. Sie können nicht einschätzen, ob das Kind gravierende gesundheitliche Probleme hat und ärztliche Therapie benötigt. Verunsichernd wirken die leichten körperlichen Beschwerden der Kinder wie z.B. Irritabilität, Bauchschmerzen oder Refluxbeschwerden, deren Einschätzung anspruchsvoll ist. *„... Ich weiss, dass die Koliken vorbeigehen, das ist mir klar, aber, dass das so ein Schreien geben kann, davor habe ich Angst gehabt, dass halt eben gesundheitlich etwas nicht ok ist.“ (M7:44)*

Die Eltern äussern, dass die Wenigsten in der Mütter- und Väterberatung oder in ärztlichen Praxen Informationen über die Möglichkeit einer Hospitalisation erhalten haben. Dies erschwert, in der Situation angemessen zu reagieren und hinterlässt bei den Eltern das Gefühl von allein gelassen zu sein. Dadurch wird auch der Spitaleintritt teilweise um Wochen verzögert und die Unsicherheit und Verzweiflung erhöht. *„Genau, ... das ist ganz schlimm gewesen, da hat er eben wirklich etwa vierundzwanzig Stunden durchgehend geschrien und da sind wir so am Ende gewesen ... Und dann hat der Kinderarzt einfach gefunden: Ich garantiere Ihnen jetzt schon, er hat nichts. Ich mache jetzt die Untersuchung, ... auch dort hat es wieder geheissen: Ja, abwarten. Irgendwann wird es besser... Aber eben, wir sind wirklich so weit gewesen, wir haben nicht mehr warten können.“ (M1:135)*

Kernkategorie: In eigenen Alltag finden

Die Kernkategorie beschreibt, dass die Familien einen Neuanfang brauchen und ihren individuellen Weg finden müssen, um mit der Situation umzugehen. Um diesen Weg zu finden, muss beobachtet, entdeckt und ausprobiert werden. Die Familien müssen im Alltag und in den grundlegenden Bedürfnissen unterstützt werden, um die Steuerung wieder selbst in die Hand zu nehmen. *„Und darum finde ich ... die Idee vom Stationären und dem herausgenommen sein, aus dem eigenen Haushalt, wirklich ... ganz wichtig. ... das ... ist das, was mir ganz ganz viel genützt hat. Wo, wo man eben jetzt zu Hause nicht hinbringen würde. Man würde nie in diesem Masse sich nur auf das eigene Kind fokussieren können und,*



also zuerst sich erholen und dann wirklich fokussieren und herausfinden, gut was braucht jetzt das Häufchen Mensch, dass es zu sich kommt.“ (M6:65) Die Entlastung, Begleitung und Unterstützung durch Fachpersonen ist wichtig, um ihre Sicherheit zurückzugewinnen. „Für uns war ganz klar, es gibt Grenzen ... für ein Paar ... Und deshalb war für uns so dieses... afrikanische Sprichwort: ... es braucht zwei Menschen um ein Kind zu zeugen, aber ein ganzes Dorf um es aufzuziehen. Dass das Q. (Spital) so ein bisschen Dorfersatz war.“ (M8:82)

Der Neuanfang, durch einen Umgebungswechsel herbeigeführt, ermöglicht den Eltern die sehr wichtige Entlastung, wodurch sie selbst zu Pausen, Rückzugsmöglichkeiten, Ruhe und Schlaf kommen. „Also sicher einmal das erste ist einfach eine Pause gewesen. Das hat sicher ganz viel genützt. ... durchatmen, schlafen... Kräfte sammeln und merken, ok, ich muss noch einmal neu beginnen...“ (M6:39) „Also, es ist dieses unheimlich wertvolle: Ich kann irgendwo hin und mir nimmt jemand das Kind ab und ich kann mich einmal kurz zurückziehen. Ich habe daheim schlafen dürfen.“ (M8:69)

Um die Verantwortung teilen zu können, ist den Eltern wichtig, durch Fachpersonen Wertschätzung zu erhalten und sich ernst genommen zu fühlen „Und was mit auch geholfen hat in V. (Spital) ist, da bin ich an einen Oberarzt geraten im Notfall, ... er hat es einfach in und auswendig gekannt... er hat es einfach gewusst und verstanden. Und der hat mich gespiegelt, wie ich mich fühle. ... wie es uns als Familie geht ... das hat mir ganz viel Entlastung gegeben.“ (M8:69) Verständnis wird erlebt, wenn die Bedürfnisse wahrgenommen, die Anliegen nicht missinterpretiert werden und genau gefragt und hingeschaut wird. Dies beinhaltet, dass die körperlichen Beschwerden der Kinder ernst genommen und gravierende körperliche Erkrankungen ausgeschlossen werden. Die medizinische Untersuchung trägt zur Sicherheit und Beruhigung der Eltern bei. „... Doktor F. ist der erste Arzt nach acht Wochen, der mich ein bisschen ernst genommen hat. Weil kennen sie das, es ist einfach ein Schreibaby und fertig... Er hat jedes Mal das Bäuchlein angeschaut... Und schon das nimmt einem 50 Prozent der Last weg.“ (M2:75)

Wichtige Aspekte in der Begleitung, Beratung und Anleitung durch Fachpersonen sind allzeitige Verfügbarkeit, Kontinuität, eine klare Tagesstruktur und gemeinsame Zielsetzungen, um die gegenseitigen Erwartungen zu klären. Die Eltern schätzen die Erfahrung, die Kompetenz, die objektive Einschätzung der Fachpersonen und das gemeinsame Erarbeiten mit dem Kind. Wichtig ist der Aspekt des gegenseitigen, individuellen Austauschs. Um neue Verhaltensweisen zu üben, wünschen die Eltern an der Hand genommen

zu werden. Die Begleitung hilft, die Bedürfnisse wahrzunehmen, konsequent zu bleiben, durchzuhalten und an eine Veränderung der Situation zu glauben. „Mein grösstes Problem ist es, dass sie einfach immer bei mir geschlafen hat. Und da gehen wir jetzt ... wir tun sie ins Bett. Und dann stehen wir da. Die Schwester steht neben dran... Es geht zwar eine halbe Stunde, wir sind fast beide eingeschlafen gestern um neun, ich und die Schwester. Aber es geht.“ (M2:71)

Der Übergang nach Hause erhöht die Belastung wieder. Viele Eltern äussern Angst vor dem Wechsel nach Hause und fürchten ein Zurückfallen in die alten Muster. „... weil ich habe wirklich Angst gehabt, vor dem nach Hause kommen. ... ich habe wirklich recht Angst gehabt, dass wir dann innert kürzester Zeit wieder am Punkt sind, wo man spitalreif ist.“ (M6:67) Als hilfreich werden telefonische Nachbetreuungen sowie die Möglichkeit, sich bei Verschlechterung wieder melden zu können, eingeschätzt. „Ich habe einfach immer gewusst gehabt im Hinterkopf, wenn es nicht geht, ich kann immer wieder auf diese Abteilung. Die Türe, die steht mir offen.“ (M4:345)

Die Eltern fordern Werkzeuge in Form von Informationen und Wissen, damit sie die Problematik verstehen und nachvollziehen können und sich Verhaltensweisen aneignen können. Die Eltern beschreiben, dass theoretische Kenntnisse zu den Bedürfnissen eines Babys generell, zur Schreientwicklung, zum ausgeprägten Schreien des Kindes und zu Regulationsstörungen, für sie essentiell sind, um das Problem einzuordnen und in der Situation gelassener und adäquat zu reagieren. „Und, und das hat er uns dann einmal aufgezeigt, der Herr Q. (Arzt), oder, was da passiert bei ihr... du musst es zuerst verstehen.“ „Und dann ist es ja dann auch logisch mit der Umsetzung ... Und dann, irgendwie hat man dann auch die Motivation um zu sagen: Ok, ok, ich bleibe dran, wie lange es auch immer dauert, ... weil man einfach das Verständnis dann hat.“ (V9:173-M9:174)

Die Erfahrungen der Eltern zeigen, dass eine Rhythmisierung durch Struktur und Beruhigungstechniken wie Schnuller oder Pucken (festes Einwickeln des Kindes) hilfreich ist. Zur Rhythmisierung helfen eine Tagesstruktur mit fixen Mahlzeiten, ein Abendritual sowie das Kind im eigenen Bett zum Schlafen zu bringen. Letzteres hilft vor allem den Eltern, bei welchen das Kind zuvor nur in ständiger Bewegung oder mit ständigem Körperkontakt zu den Eltern schlafen konnte. „Wir machen jetzt vieles anders... wie wir ihn jetzt ins Bett legen oder dass wir jetzt einen ganz klaren Rhythmus haben, was wir davor absolut nicht gehabt haben,... Und jetzt schläft er und kommt einmal in der Nacht ... das sind Welten, das ist ein Riesenerfolg.“ (M1:163).

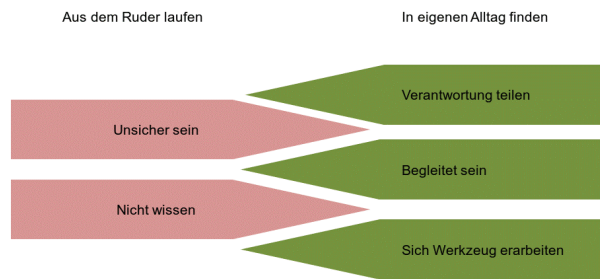


Abbildung 1.

DISKUSSION

Bedürfnisanalyse und Selbstmanagement

Die Resultate dieser Studie zeigen, welche Bedürfnisse Eltern mit einem exzessiv schreienden Kind an einen Spitalaufenthalt haben. Wright, Williams und Wilkinson (1998) weisen auf die Relevanz einer Bedürfnisanalyse (needs assessment) hin. Nur, wenn die Bedürfnisse der Eltern bekannt sind, ist es möglich, sie in ihren Belastungen im konkreten Alltag zu unterstützen, damit sie den Alltag trotz des schreienden Kindes gestalten können und in der Lage sind, beruhigend auf sich selbst und das Kind einzuwirken und Kontinuität herzustellen. Das heisst, die Bedürfnisse der Eltern zu kennen ist wichtig, um ihre Selbstmanagementfähigkeiten (SM) zu stärken (Lorig & Holman, 2003). Zudem beeinflusst die Belastbarkeit der Familie den Erfolg ihrer SM (Ryan & Sawin, 2009). Aus der Studie geht hervor, dass die Eltern eine Stärkung ihrer Selbstmanagementfähigkeiten wünschen, um als Familie in einen Alltag zu finden. SM wird durch einen schleichenden Beginn der Symptomatik, multifaktorielle Auslöser und eine unklare Diagnose erschwert (Holmann & Lorig, 2004). Auch dass nicht mit einer einmaligen Intervention geholfen werden kann, beeinträchtigt die SM (Holmann & Lorig, 2004). Diese Charakteristiken werden in der Studie von den Familien mit einem schreienden Kind beschrieben. Die drei Standbeine der SM beinhalten nach Lorig und Holmann (2003) das Management der Emotionen, der Rolle und der medizinischen, technischen Fähigkeiten. Die Entlastung und Begleitung hilft den Eltern mit dem Management ihrer Emotionen wie Angst, Frust, Wut und Depression umzugehen, wie dies auch im Konzept der SM beschrieben wird (Lorig & Holman, 2003). Das Management der Rolle beinhaltet, die Rolle zu ändern und neue Verhaltensweisen zu erlernen (Lorig & Holman, 2003). Beratung und Therapie während dem Spitalaufenthalt können den Eltern helfen, ihre Rollenkonflikte (z.B. Elternrolle, Partnerschaft) zu thematisieren und ihre Position in der

Familie zu finden und zu definieren. Zudem wünschen die Eltern die Erweiterung ihrer Kompetenzen im Handling ihres Kindes, aber auch das Erlernen von theoretischen Kenntnissen, was in der Literatur unter „medizinischem, technischem Management“ beschrieben wird (Lorig & Holman, 2003). Lorig und Holman (2003) erwähnen, dass häufig der Fokus auf dem medizinischen, technischen Management liegt, dass aber alle Bereiche gleichermaßen enthalten sein sollten. Die Interviewten bestätigen die Einschätzung aus der Literatur, da sie die technischen Inputs als wichtig, die Unterstützung in der Rollenfindung und im Management der Emotionen aber als Basis betrachten.

Soziales Netzwerk

Die Studie zeigt neu auf, dass das soziale Umfeld zur Entlastung wenig genutzt wird. Die Studienteilnehmenden bringen ihrem Netzwerk begrenztes Vertrauen zur Lösung der Schreiproblematik entgegen. Dies wird in der Studie von Landgren und Hallström (2011) bestätigt. Zudem werden auch ambulante familienentlastende Hilfsmassnahmen wenig genutzt, da das Organisieren der Hilfe mehr Energie benötigt, als die Familien aufbringen können und die Planung oft nicht den Bedürfnissen der Familien gerecht werden kann. Die Ressourcen im familiären Umfeld zu nutzen und sich selbst Unterstützung zu organisieren wird jedoch sowohl in der Literatur wie auch von Fachpersonen im persönlichen Kontakt mit den Eltern immer wieder empfohlen (Bolten et al., 2013; Papoušek et al., 2004). In der weiteren Betreuung der Familien sollten die Argumente der Eltern miteinbezogen werden und Unterstützungsangebote sehr behutsam und individuell im Umfeld empfohlen werden. Dadurch können den Eltern Wertschätzung und Akzeptanz vermittelt und ihr Selbstwertgefühl gesteigert werden. Zudem wird nochmals deutlich, wie wichtig die Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten der Eltern sind, da sie die Belastungen weitgehend selbstständig tragen.

Von den verstärkenden Faktoren für die Unsicherheit im Umgang mit dem Kind und in der Interpretation der kindlichen Signale bestätigen sich folgende in den Interviews genannte Faktoren als eventuelle Auslöser für das Schreien in der Literatur: psychosoziale Faktoren pränatal (unvorhergesehene Schwangerschaft, Stress) und postnatal (Konflikte mit der Herkunftsfamilie, soziale Isolation und psychische Störungen der Mutter) (Papoušek et al., 2004). Diese Faktoren beeinflussen sowohl die konstitutionellen Voraussetzungen des Kindes wie auch die Ressourcen der Mutter (Bolten et al., 2013; Papoušek et al., 2004). Die Auslöser wiederum könnten die Rollenfindung der Eltern zusätzlich beeinflussen. Die instabile Balance zwischen Arbeit und Zuhause, die auch



in einer anderen Studie beschrieben wird (Ellett et al., 2009), könnte von diesen Faktoren beeinflusst werden.

Umgebungswechsel

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die Familien Entlastung und einen Wechsel der Umgebung wünschen, um neu anfangen zu können. Entlastung wird auch in der Literatur empfohlen und eine kurzfristige Trennung von Mutter und Kind kann zur Beruhigung der Situation beitragen (Bolten et al., 2013; Papoušek et al., 2004). Der gewünschte Umgebungswechsel steht im Widerspruch zu anderen Studienergebnissen, die Hausbesuche der Fachpersonen in den Familien oder ambulante Beratungen bevorzugen (Keefe et al., 2006; Papoušek et al., 2004). Die Interviews zeigen weiter, dass der Austritt die Belastung der Eltern wieder erhöht. Die Eltern äussern, dass die wenigen Angebote (telefonisches Nachfragen durch Fachpersonen, sich melden können bei erneuter Verschlechterung der Situation), welche sie nach dem Austritt erhalten, sehr geschätzt werden. Sie wünschen jedoch noch mehr Unterstützung. Diese Unterstützung kann durch nachbetreuende Stellen wie zum Beispiel die Mütter- und Väterberatung oder den Kinderarzt gewährleistet werden. Eventuell könnten die Familien auch in einer ambulanten Sprechstunde weiter begleitet werden, um bei auftretenden Fragen und Unsicherheiten, aber auch entwicklungsbedingten Veränderungen, beraten und unterstützt zu werden. In der familienzentrierten Pflege wird betont, dass das Abschliessen eines Familienkontaktes zu den grossen pflegerischen Herausforderungen gehört, der Abschluss der Behandlung in der klinischen Arbeit bislang jedoch nur wenig untersucht wurde (Wright & Leahey, 2009). Wichtig ist die Art und Weise wie die Abschlussphase organisiert wird, um die Beibehaltung der erzielten Fortschritte zu gewährleisten (Wright & Leahey, 2009). Deshalb ist die Austrittsplanung und -gestaltung ein entscheidender Faktor in der Betreuung der Familien.

Beratung und Begleitung während dem Spitalaufenthalt

Diese Studie zeigt deutlich auf, dass vor dem Spitalaufenthalt die Unsicherheit der Eltern durch den fehlenden Austausch mit unterstützenden Personen und zu wenigen und widersprüchlichen Informationen erhöht wird. Diese Punkte werden auch in Winkler (2001) als Faktoren zur Verstärkung der Ungewissheit genannt. Eine ausführliche Aufklärung wird von den Eltern jedoch ausdrücklich gewünscht. In der Literatur wird bestätigt, dass Informationen und Aufklärung ein wichtiger Teil in der Begleitung der Eltern sind. Es wird empfohlen, Informationen zum Schlaf-Wach-Rhythmus und zum

Schreiverhalten eines Kindes zu vermitteln, um eine Grundlage zu legen, damit die Eltern das Verständnis für allfällige therapeutische Interventionen erhalten (Bolten et al., 2013; Wade et al., 2005). Die Beratung, z.B. hinsichtlich der Sensibilisierung für Signale der Kinder, Strukturierung der Fütter-, Schlaf- und Wachphasen, bewirkt sogar eine signifikante Reduktion der Schreiphasen (Papoušek et al., 2004). Daher sollte die Aufklärung ein Schwerpunkt in der Betreuung der Eltern sein.

Beratung und Begleitung während dem Spitalaufenthalt werden in dieser Studie von den Interviewten als wichtige Unterstützung wahrgenommen. Dabei sind „ernst genommen werden“ und „Verständnis erhalten“ wichtige Aspekte in der Betreuung. In der Literatur wird dies ebenfalls als wichtige Massnahme in der Betreuung von Familien erwähnt (Landgren & Hallström, 2011; Megel et al., 2011; Papoušek et al., 2004). Die Begleitung beinhaltet „aktives Einbinden, gemeinsames Üben, Einhalten von Regelmässigkeit und nicht ständig neues auszuprobieren“. Die Beratung wird in der Literatur als hilfreich bestätigt (Lorig & Holman, 2003; Papoušek et al., 2004). Nach Papoušek (2004) soll der Effekt von Interventionen sogar ausbleiben, wenn dies ohne persönliche Beratung und Begleitung erfolgt. In der Literatur wird das von den Eltern gewünschte „gemeinsame Erarbeiten“, um geeignete Anpassungen zu finden und konsequent umzusetzen, nicht hervorgehoben.

Beratung im Bereich der psychosozialen Faktoren der Eltern wurde von den Eltern nur vereinzelt als hilfreich erwähnt. In der Literatur besteht allerdings kein Zweifel, dass die Begleitung dieser Bereiche von hoher Bedeutung ist. Dies benötigt einen festen Platz in der Beratung, um tieferreichende Muster wie Projektionen oder Introjektionen zu durchbrechen und eine auf Verstehen basierte Haltungsüberprüfung und bestenfalls Haltungsänderung herbeizuführen (Bolten et al., 2013; Papoušek et al., 2004).

Die Intervention „vermehrtes Herumtragen“ des Kindes bei exzessivem Schreien erweist sich als wirkungslos (Akhnikh, Engelberts, van Sleuwen, L'Hoir, & Benninga, 2014). Daher kann das Schlafen im eigenen Bett ohne in Bewegung zu sein, eine sinnvolle Massnahme sein. Trotzdem muss auf die kulturellen Gewohnheiten der Familien Rücksicht genommen werden, da in vielen Kulturen das auf sich Tragen des Kindes üblich ist. Das Pucken der Kinder, welches einige Eltern als hilfreich einstufen, hat in einer Studie zu einer signifikanten Abnahme der Schreidauer geführt (Bolten et al., 2013).

EINSCHRÄNKUNGEN

Diese Studie stellt eine Momentaufnahme zum Nutzen eines Spitalaufenthaltes dar, aus der Perspektive von Eltern mit Kindern die exzessiv schreien.



Es kann angenommen werden, dass mit 13 Teilnehmenden und einer Gesamtinterviewzeit von 8.4 Stunden eine Datensättigung in den Hauptkategorien erreicht wurde, da mit den letzten beiden Interviews keine neuen Inhalte mehr hinzugekommen sind. Die Resultate enthalten wichtige Anhaltspunkte zur Verbesserung der Betreuung. Durch das kleine Sample sind jedoch einige evtl. beeinflussende Familienmerkmale nicht in dieser Studie vertreten. Zum Beispiel sind nicht deutsch sprechende Familien sowie alleinerziehende Eltern nicht vertreten. Die Väter sind weniger stark vertreten als die Mütter. Zudem wurden die Interviews regional geführt und nicht in allen Teilen der Schweiz. Diese Limitationen führen dazu, dass eventuell wichtige Aspekte dieser Familien oder Elternteile nicht oder zu wenig in der Studie enthalten sind. In dieser Studie sind nur Familien befragt worden, welche das Spital aufgesucht haben. Es gibt aber auch Familien, welche keine Betreuung in Anspruch nehmen. Andere wählen die Beratung in der Mütter- und Väterberatung, bei Hebammen oder in ärztlichen Praxen. Weitere Familien benötigen mehrwöchige oder sogar mehrmonatige stationäre Aufenthalte in spezialisierten Eltern- resp. Mutter-Kind-Einrichtungen. Einerseits fehlen die Ansichten dieser unterschiedlichen Elterngruppen, die wichtige Aspekte zur Begleitung und Betreuung beitragen könnten. Andererseits sollte geklärt werden, wie ein Angebot mit den verschiedenen Fachstellen aufgegleist werden müsste, um den Eltern ein auf sie zugeschnittenes Angebot zu ermöglichen.

SCHLUSSFOLGERUNG

Ein stationärer Spitalaufenthalt entlastet Familien mit einem exzessiv schreienden Kind. Dazu trägt der

Umgebungswechsel bei. Mit gezielten Massnahmen werden die Selbstmanagementfähigkeiten der Eltern wie Umgang mit Emotionen, Rollenfindung und Kompetenzen im Handling des Kindes gestärkt. Diese Fähigkeiten werden gefördert, indem die Eltern durch Beratung und Begleitung aufgeklärt und neue Verhaltensweisen gemeinsam erarbeitet werden. Die Belastung der Eltern nimmt beim Austritt wieder zu. Deshalb sollten die Planung und Begleitung der Abschlussphase der Behandlung, der Austritt sowie die erste Zeit nach dem Austritt noch verbessert werden, um die Nachhaltigkeit der erzielten Fortschritte zu gewährleisten. Nachfolgend sind konkrete Umsetzungstipps für Fachpersonen in der stationären Betreuung von Familien mit exzessiv schreienden Kindern in Tabelle 3: ‚Empfehlungen für die Praxis‘ dargestellt. Die Empfehlungen sind in die drei Phasen ‚Entlasten‘, ‚Beraten und Begleiten zum Unterstützen des Selbstmanagements‘ und ‚Begleiten beim Übergang in den Alltag‘ gegliedert.

DANKSAGUNG

Wir danken allen teilnehmenden Familien für Ihre Bereitschaft, mit der Erstautorin ein Interview zu führen und den pflegerischen und ärztlichen Fachpersonen der Kinderstationen für Ihre Unterstützung bei der Studie. Den Kommilitonen und Kommilitoninnen der Erstautorin danken wir für die Unterstützung während dem Analyseprozess.

INTERESSENKONFLIKT

Die Autorinnen und der Autor dieses Beitrags erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Tabelle 3: Empfehlungen für die Praxis

1. Phase: Entlasten	
Die Eltern brauchen	Umgebungswechsel: - Ermöglichen Sie der Familie ein Einzelzimmer
Ruhe	Kind abnehmen: - Planen Sie mit den Eltern den Tagesablauf
Pausen	- Planen Sie für die Eltern Auszeiten ein, wie z.B. einen Spaziergang ohne Kind oder einen Partnerabend
Schlaf	- Planen Sie ruhige Schlafmöglichkeiten für die Eltern (zu Hause schlafen, Kind in der Nacht nicht im Zimmer schlafen lassen)
Wertschätzung	- Sorgen Sie dafür, dass die Eltern ihre Mahlzeiten in Ruhe einnehmen können
Ernst genommen werden	- Bieten Sie den Eltern an, in dieser ersten Phase das Kind jederzeit abgeben zu können, wenn sie sich zurückziehen wollen
	Untersuchung des Kindes: - Zeigen Sie den Eltern gegenüber Wertschätzung, indem Sie die körperlichen Beschwerden der Kinder ernst nehmen
	- Sprechen Sie mit den Eltern ab, welche Untersuchungen beim Kind sinnvoll sind



Continued **Tabelle 3: Empfehlungen für die Praxis**

2. Phase: Beraten und Begleiten zum Unterstützen des Selbstmanagements	
Die Eltern möchten Gemeinsames Erarbeiten und Üben Gegenseitiger individueller Austausch	Beratung und Anleitung: <ul style="list-style-type: none"> - Planen Sie Ihren Tag so, dass Sie verfügbar sind, wenn die Eltern ihre Unterstützung benötigen - Treffen Sie Zielsetzungen gemeinsam - Ermöglichen Sie Kontinuität in der Betreuung der Familien - Erstellen Sie mit den Eltern eine klare Tagesstruktur, welche die Familie auch zu Hause umsetzen kann - Erstellen Sie mit den Eltern einen Handlungsplan, wie die Eltern vorgehen können, wenn ihr Kind weint
Problem einordnen Verstehen	Informationen und Wissen: Vermitteln Sie theoretische Kenntnisse <ul style="list-style-type: none"> - zu den Bedürfnissen des Babys allgemein - Zur Schreientwicklung - Zum exzessiven Schreien - Zu Regulationsstörungen
Konsequent bleiben Verhaltensweisen ändern	Interventionen: Rhythmisierung: <ul style="list-style-type: none"> - Vereinbaren Sie mit den Eltern fixe Mahlzeiten für das Kind - Gestalten Sie gemeinsam mit den Eltern ein Abendritual - Begleiten Sie das Abendritual in den ersten Tagen 1:1 - Später können Sie den Eltern immer mehr Kompetenzen übergeben Interventionsmassnahmen zur Beruhigung: <ul style="list-style-type: none"> - Stellen Sie mit der Familie für sie geeignete Beruhigungstechniken zusammen z. B. Pucken (enges Einwickeln), Schnuller angewöhnen - halten Sie diese schriftlich fest, damit die Eltern diese zu Hause immer griffbereit haben
3. Phase: Begleiten beim Übergang in den Alltag	
Die Eltern möchten Nachbetreuung Notfallplan	<ul style="list-style-type: none"> - Planen Sie den Austritt frühzeitig - Nehmen Sie Kontakt zu den nachbetreuenden Stellen auf und informieren Sie diese über das Austrittsdatum und die nachfolgende Betreuung - Planen Sie ein Treffen mit den nachbetreuenden Stellen, an dem die Eltern, die nachbetreuende Person und Sie als Fachperson beteiligt sind - Bieten Sie telefonische Nachbetreuung nach 1 Tag, 3 Tagen, 1 Woche, 2 Wochen und 4 Wochen an - Erstellen Sie gemeinsam mit den Eltern einen Notfallplan, auf den die Eltern zurückgreifen können, wenn der Handlungsplan und die Interventionsmassnahmen nicht mehr greifen - Vermerken Sie auf dem Notfallplan, dass die Eltern zu jeder Tageszeit im Spital Hilfe bekommen und sich auf der Notfallstation melden können

Literaturverzeichnis

Akhnikh, S., Engelberts, A. C., van Sleuwen, B. E., L'Hoir, M. P., & Benninga, M. A. (2014). The Excessively Crying Infant: Etiology and Treatment. *Pediatric Annals*, 43(4), 69-75.

Albermann, K., Gäumann, C., Alessi, M., Müller, B., Gutmann, R., & Gundelfinger, R. (2012). Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern (wikip) – Ein interdisziplinärer Approach der medizinischen und psychosozialen Versorgungssysteme für Kinder, Jugendliche und Erwachsene (Teil I). Das Thema zum Thema machen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 93(42), 1521-1525.

Bolten, M., Möhler, E., & von Gontard, A. (2013). Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter, Exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. London: SAGE Publications.

Dresing, T., & Pehl, T. (2011). *Praxisbuch Transkription Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen* (Vol. 3). Marburg: Eigenverlag. Marburg.

Ellett, M., Appleton, M., & Sloan, R. (2009). Out of the abyss of colic: a view through the fathers' eyes. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 34(3), 164-171.

Ellett, M., & Swenson, M. (2005). Living with a colicky infant. *Gastroenterology Nursing*, 28(1), 19-27.

Evano, G. (2007). Infant Crying: A Clinical Conundrum. *Journal of Pediatric Health Care*, 21(5), 333-338. doi: 10.1016/j.pedhc.2007.06.014

Helferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten, Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien.

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

Helseth, S., & Begnum, S. (2002). A comprehensive definition of infant colic: parents' and nurses' perspectives. *J Clin Nurs*, 11(5), 672-680.

Hemmi, M. H., Wolke, D., & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy



- and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*. doi: 10.1136/adc.2010.191312
- Hiscock, H. (2006). The crying baby. [Review]. *Aust Fam Physician*, 35(9), 680-684.
- Holmann, H., & Lorig, K. (2004). Patient Self-Management: A Key to Effectiveness and Efficiency in Care of Chronic Disease. *Public Health Reports*, 119, 239-243.
- Karp, H. (2004). The "fourth trimester": a framework and strategy for understanding and resolving colic. *Contemporary Pediatrics*, 21, 94-116.
- Keefe, M. R., Kajrlsen, K. A., Lobo, M. L., Kotzer, A. M., & Dudley, W. N. (2006). Reducing parenting stress in families with irritable infants. [Randomized Controlled Trial Research Support, N I H , Extramural]. *Nurs Res*, 55(3), 198-205.
- Kurth, E., Spichiger, E., Cignacco, E., Kennedy, H. P., Glanzmann, R., Schmid, M., . . . Zemp Stutz, E. (2010). Predictors of Crying Problems in the Early Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39, 250-262. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01141.x
- 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(2), 317-324. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00829.x
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Long, T. (2001). Review: Excessive infantile crying: a review of the literature. *Journal of Child Health Care*, 5(3), 111-116. doi: 10.1177/136749350100500304
- 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
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Ludewig, R., Baumer, S., Salzgeber, J., Häfeli, C., & Albermann, K. (2015). Richterliche und behördliche Entscheidungsfindung zwischen Kindeswohl und Elternwohl: Erziehungsfähigkeit bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. *FamPra.ch*, 3/2015, 562-622.
- Megel, M. E., Wilson, M. E., Bravo, K., McMahon, N., & Towne, A. (2011). Baby Lost and Found: Mothers' Experiences of Infants Who Cry Persistently. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(3), 144-152. doi: 10.1016/j.pedhc.2009.10.005
- Papoušek, M., Schieche, M., & Wurmser, H. (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurse Outlook*, 57(4), 217-225.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
- Wade, K., Black, A., & Ward-Smith, P. (2005). How Mothers Respond to Their Crying Infant. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(6), 347-353. doi: 10.1016/j.pedhc.2005.06.003
- Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., Harris, G. S., Jr., & Detwiler, A. C. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics*, 14(5), 421-435.
- Winkler, M. (2001). Ungewissheit. In S. Käppeli (Ed.), *Pflegekonzepte Band 3*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Wright, J., Williams, R., & Wilkinson, J. R. (1998). Development and importance of health needs assessment. *British Medical Journal*, 316, 1310-1313.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Familienzentrierte Pflege Assessment und familienbezogene Interventionen*. Bern: Verlag Hans Huber.