



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Wenn das Lebensende dem Lebensanfang vorausgeht“

Das Erleben von Pflegepersonen einer gynäkologischen  
Normalstation bei einer stillen Geburt

verfasst von / submitted by

Lisa Brunhuber

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2015 / Vienna 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

A 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer



## **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt den neun Pflegepersonen, die mir ihr Vertrauen geschenkt haben und bereit waren, mit mir über dieses sehr schwierige und emotionale Thema zu sprechen. Es war für mich wirklich eine Bereicherung in deren Erleben und Sichtweisen bezüglich der Thematik Einblick nehmen zu dürfen. Herzlichen Dank für die sehr offenen und interessanten Gespräche.

Ich danke auch den Pflegedienst- sowie Stationsleitungen der teilnehmenden gynäkologischen Abteilungen, ohne die ein Kontakt zu den Probandinnen nicht möglich gewesen wäre.

An dieser Stelle möchte ich mich auch bei Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer für ihre fachliche Unterstützung, ihre stets motivierenden Worte und ihre positive Kritik bedanken. Ich habe mich während des gesamten letzten Jahres trotz erlebter Höhen und Tiefen gut betreut und beraten gefühlt.

Ein herzliches Dankeschön auch an Andrea und Franz für all ihre Anregungen, das Korrekturlesen sowie ihre aufbauende Unterstützung und Motivation, besonders in den letzten Wochen.



# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Einleitung.....                                                                     | 1  |
| 1.1 Zentrale Begrifflichkeiten .....                                                   | 3  |
| 1.2 Spezifische Situation auf einer gynäkologischen Normalstation.....                 | 6  |
| 2. Theoretischer Hintergrund.....                                                      | 9  |
| 2.1 Paradigmenwechsel in der klinischen Versorgung rund um eine stille<br>Geburt ..... | 9  |
| 2.2 Abbildung der stillen Geburt in der Literatur .....                                | 10 |
| 2.3 Erleben der stillen Geburt aus Sicht der Eltern.....                               | 11 |
| 2.3.1 Begegnung mit dem stillgeborenen Baby .....                                      | 13 |
| 2.4 Erwartungen der Eltern an die Betreuung im Krankenhaus.....                        | 15 |
| 2.5 SANDS Guidelines (Schott et al., 2007) .....                                       | 17 |
| 2.6 Erleben des Krankenhauspersonals allgemein .....                                   | 21 |
| 2.7 Gemeinsames Erleben von Pflegepersonen und Hebammen .....                          | 22 |
| 2.7.1 Erleben und Belastungen.....                                                     | 24 |
| 2.7.2 Persönlicher Umgang .....                                                        | 25 |
| 2.7.3 Interventionen .....                                                             | 26 |
| 2.7.4 Kulturelle Spezifika .....                                                       | 26 |
| 2.7.5 Wunsch nach Fortbildung .....                                                    | 27 |
| 2.8 Spezifisches Erleben von Pflegepersonen .....                                      | 28 |
| 2.8.1 Erleben und Belastungen.....                                                     | 29 |
| 2.8.2 Persönlicher Umgang .....                                                        | 31 |
| 2.8.3 Wunsch nach Fortbildung .....                                                    | 33 |
| 2.9 Diskussion des Forschungsstands bezüglich des Erlebens von<br>Pflegepersonen ..... | 34 |

|       |                                                               |    |
|-------|---------------------------------------------------------------|----|
| 2.10  | Umgang von Pflegepersonen mit dem stillgeborenen Kind .....   | 38 |
| 2.11  | Forschungsziel und Forschungsfragen.....                      |    |
| 3.    | Methodisches Vorgehen .....                                   | 42 |
| 3.1   | Qualitatives Forschungsdesign .....                           | 42 |
| 3.2   | Definition des Samples.....                                   | 44 |
| 3.3   | Rekrutierungsprozess.....                                     | 44 |
| 3.4   | Ethische Aspekte .....                                        | 45 |
| 3.5   | Methode der Datenerhebung.....                                | 46 |
| 3.6   | Genauere Beschreibung des Samples .....                       | 47 |
| 3.7   | Methode der Datenauswertung .....                             | 48 |
| 3.7.1 | Offenes Kodieren .....                                        | 49 |
| 3.7.2 | Axiales Kodieren .....                                        | 50 |
| 4.    | Ergebnisse .....                                              | 52 |
| 4.1   | Schlüsselphänomen .....                                       | 55 |
| 4.1.1 | Eigenschaften und Dimensionen .....                           | 56 |
| 4.2   | Ursächliche Bedingungen.....                                  | 57 |
| 4.3   | Kontextuelle Bedingungen.....                                 | 59 |
| 4.4   | Handlungen und Strategien.....                                | 63 |
| 4.4.1 | Individuelle Betreuung der Patientin – körperliche Ebene..... | 64 |
| 4.4.2 | Individuelle Betreuung der Patientin – emotionale Ebene.....  | 65 |
| 4.4.3 | Mit dem Kind liebevoll umgehen .....                          | 68 |
| 4.4.4 | Ressourcen miteinbeziehen.....                                | 72 |
| 4.4.5 | Der Rolle als Pflegeperson entsprechen.....                   | 75 |
| 4.4.6 | Auf sich selbst achten .....                                  | 76 |
| 4.5   | Intervenierende Bedingungen .....                             | 82 |

|       |                                                                                                                                       |     |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.5.1 | Interne, von der Pflegeperson abhängige intervenierende Bedingungen.....                                                              | 82  |
| 4.5.2 | Externe, von außen abhängige intervenierende Bedingungen .....                                                                        |     |
| 4.6   | Konsequenzen.....                                                                                                                     | 99  |
| 4.6.1 | Positive Konsequenzen .....                                                                                                           | 100 |
| 4.6.2 | Negative Konsequenzen .....                                                                                                           | 101 |
| 5.    | Diskussion .....                                                                                                                      | 104 |
| 5.1   | Allgemeines Erleben einer stillen Geburt, damit verbundene Belastungen der Pflegepersonen sowie deren persönlicher Umgang damit ..... | 105 |
| 5.2   | Spezifisches Erleben, Belastungen und persönlicher Umgang der Pflegepersonen bezogen auf das stillgeborene Baby.....                  | 113 |
| 5.3   | Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten .....                                                                                         | 115 |
| 5.4   | Limitationen der Arbeit.....                                                                                                          | 119 |
| 6.    | Conclusio und Implikationen für die Pflegepraxis & -forschung.....                                                                    | 121 |
| 7.    | Literaturverzeichnis .....                                                                                                            | 124 |
|       | Anhang I: Informationsschreiben an Probandinnen.....                                                                                  | 129 |
|       | Anhang II: Einverständniserklärung der Probandinnen .....                                                                             | 131 |
|       | Anhang III: Lebenslauf.....                                                                                                           | 132 |
|       | Anhang IV: deutsche Zusammenfassung .....                                                                                             | 134 |
|       | Anhang V: englische Zusammenfassung .....                                                                                             | 136 |
|       | Anhang VI: Eidesstattliche Erklärung .....                                                                                            | 138 |





## 1. Einleitung

Nicht jede Schwangerschaft nimmt einen glücklichen Ausgang. Einige Mütter und Väter müssen die traurige Erfahrung machen, dass ihr freudig erwartetes Kind nicht lebend zur Welt kommt. Sie sind mit einer zerschlagenen Hoffnung konfrontiert und müssen sich mit einem unbeschreiblichen Verlust auseinandersetzen (Kast, 2005). Oftmals bleibt die Ursache für eine Fehl- oder Totgeburt ungeklärt (WHO, 2006). Auch wenn die Totgeburtenrate in Österreich in den letzten Jahren unter 0,5% der Gesamtgeburtenrate lag<sup>1</sup>, gibt es dennoch eine große Dunkelziffer an nicht lebend geborenen Kindern. Dies ergibt sich daraus, dass in Österreich allein die Totgeburten meldepflichtig sind. Die Fehlgeburten jedoch werden weder gemeldet noch in irgendeiner Statistik berücksichtigt. Weltweit gibt es ebenso nur Schätzungen (WHO, 2006). Dies liegt unter anderem an den unterschiedlichen kontinent- und länderspezifischen Definitionen von Fehl- und Totgeburt (Froen et al., 2009).

Der Verlust eines noch ungeborenen Kindes ist für die betroffenen Eltern allerdings unabhängig von der Schwangerschaftswoche tragisch und mit diversen Emotionen verknüpft (Kelley & Trinidad, 2012). Es wird oftmals von einer tiefgreifenden Trauer der betroffenen Mütter und Väter gesprochen (Badenhorst & Hughes, 2007; Cacciatore & Bushfield, 2007). Wochenlange depressive Verstimmungen, Angstzustände und posttraumatische Belastungsstörung sowie Auswirkungen auf die Folgeschwangerschaften werden als (Spät)Folgen einer stillen Geburt für Eltern in der wissenschaftlichen Fachliteratur genannt (Kelley & Trinidad, 2012; Turton et al., 2009). Auch wirkt sich dieser Verlust auf die Paarbeziehung der Eltern aus. Sie müssen sich von der erhofften neuen Phase ihres Lebens, eine Familie zu gründen bzw. ihre bestehende Familie um ein neues Mitglied zu erweitern, verabschieden (Kast, 2005).

Für die professionellen Helfer im Spitalssetting ist die Betreuung von trauernden Eltern, deren Kind bereits im Mutterleib oder bei der Geburt verstorben ist, ebenfalls mit Stress und Belastungen verbunden (Kelley & Trinidad, 2012; Wallbank & Robertson, 2013). Wehkamp (2005) beschreibt, dass sich das klinische Personal

---

<sup>1</sup> Statistik Austria; Statistik der Lebend- und Totgeborenen seit 1871; URL:

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/geborene/025423.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/geborene/025423.html) [aufgerufen am 05.11.2015]

selbst schützen muss, um seine Tätigkeit aushalten zu können, indem es sich einer geistigen Reflexion unterzieht und eine zu starke emotionale Betroffenheit abwehrt. Auch die professionellen Helfer zeigen Verhaltensweisen, wie beispielsweise Abwehrmechanismen der Verleugnung und des Nicht-Wahrhaben-Wollens, da auch für sie der Tod eines ungeborenen Kindes einen großen Verlust darstellt und dieser betroffen und sprachlos macht. Auch sie brauchen Unterstützung bei der Überwindung der eigenen Hilflosigkeit. Denn nur wenige Menschen, die im Krankenhaus tätig sind, haben selbst gelernt mit Sterben, Tod und Trauer umzugehen. Jedoch gerade sie können beeinflussen, wie so eine schwierige Verlustssituation von der trauernden Familie wahrgenommen wird und somit in weiterer Folge verarbeitet werden kann. Somit lastet auf dem klinischen Personal eine sehr große Verantwortung (Lothrop, 2010; Wehkamp, 2005).

Auch die Begegnung und der Umgang mit dem toten Baby ruft oftmals Hilflosigkeit und Verzweiflung bei Pflegepersonen, Hebammen und Ärzten bzw. Ärztinnen hervor. Doch gerade bei der ersten Begegnung der Eltern mit ihrem Kind sollten die professionellen Helfer als Vorbild unterstützend fungieren. Ein natürlicher und ungezwungener Umgang mit dem Kind ihrerseits ist erwünscht und sogar erwartet, damit es den Eltern leichter fällt ihrem Baby zu begegnen (Lothrop, 2010). Ob dies mit den eigenen Emotionen vereinbar ist, steht hier außen vor (Grützner, 1999).

Die Betreuung, Versorgung und Begleitung von Elternpaaren rund um eine stille Geburt ist eine wichtige Aufgabe im klinischen Setting. Auch wenn Totgeburten vermehrt im Kreißsaal stattfinden, kommt es dennoch vor, dass Pflegepersonen auf gynäkologischen Normalstationen mit stiller Geburt in Berührung kommen. Einerseits sind sie für die Betreuung der Mutter vor und nach der Geburt zuständig. Andererseits findet die Entbindung von Fehlgeburten, also von Kindern unter 500 Gramm, vermehrt auf den Stationen selbst statt und wird oftmals auch von Pflegepersonen in Zusammenarbeit mit Ärzten bzw. Ärztinnen und/oder Hebammen durchgeführt (Grützner, 1999). Weiters erleben sie das verstorbene Kind auf der Station, wenn sie es versorgen oder es bei der Familie im Zimmer ist.

Das Forschungsinteresse dieser Arbeit gilt daher dem Erleben einer stillen Geburt aus der Sicht von Pflegepersonen einer gynäkologischen Normalstation und deren damit

verbundenen Belastungen sowie deren Bewältigungsverhalten. Denn nur wenn die Bedürfnisse der Pflegepersonen berücksichtigt werden, können diese unbefangener an das Thema stille Geburt herantreten und nur dann kann in weiterer Folge die Betreuung von trauernden Eltern auf gynäkologischen Normalstationen optimiert werden. Es wird neben dem allgemeinen Erleben der Betreuungssituation während und unmittelbar vor bzw. nach der stillen Geburt auch ein Fokus auf das spezifische Erleben der Versorgung des stillgeborenen Kindes bzw. auf den Umgang mit diesem gelegt, da dies bisher in der wissenschaftlichen Literatur noch nicht thematisiert wurde. Ebenso soll der Unterstützungsbedarf der Pflegekräfte beleuchtet werden, um so in weiterer Folge spezifischere Ideen formulieren zu können, wie Pflegepersonen besser mit Situationen rund um eine stille Geburt umgehen sowie sich gegenseitig unterstützen können und wie eine Hilfestellung seitens der Organisation aussehen kann.

Bevor nun die Beschreibung des Forschungsinteresses fortgesetzt wird, ist es wichtig einige der Arbeit zugrunde liegende Themen und Begrifflichkeiten näher aufzugreifen, damit eine bessere Verständlichkeit dieser Arbeit für die Leser und Leserinnen gewährleistet werden kann. Auch soll der klinische Ablauf in seinen Grundzügen beschrieben werden, in dessen Kontext die Pflegepersonen tätig sind.

## **1.1 Zentrale Begrifflichkeiten**

Es gibt einige relevante Begriffe, die bezüglich des hier behandelten Themas von Bedeutung sind und immer wieder auftauchen. Sie stellen die Ausgangslage dieser Arbeit dar. Auch wenn es nicht immer leicht ist diese voneinander abzugrenzen und genau zu definieren, werden sie nun näher beschrieben.

Der Terminus der *stillen Geburt* wird vom englischen Wort „stillbirth“ abgeleitet. Es besteht jedoch keine weltweit einheitliche Definition dieses Begriffes. Manchmal wird ab dem intrauterinen Fruchttod in der 20. Schwangerschaftswoche von stiller Geburt

gesprochen, manchmal erst ab der 24. Woche<sup>2</sup>. Die WHO empfiehlt für internationale Vergleiche, dass es sich ab der 28. Schwangerschaftswoche und ab einem Geburtsgewicht von 1000 Gramm um „stillbirth“ handelt<sup>3</sup> (siehe z.B. auch Cousens et al., 2011; Froen et al., 2009; Stadtlander, 2012). In einem Bericht über perinatale und neonatale Sterblichkeit definiert die WHO (2006) jedoch „stillbirth“ als die Geburt eines im Mutterleib verstorbenen Fetus. Dies bezieht daher Fehl- und Totgeburten ab der achten Schwangerschaftswoche, nach Abschluss der Embryonalphase, mit ein.

Wie man hier erkennen kann, koexistieren einige Definitionen. Im Zuge dieser Arbeit wird jedoch die zuletzt angeführte Definition der WHO (2006) herangezogen, da der deutsch übersetzte Begriff „stille Geburt“ oftmals weiter gefasst verwendet wird als sein englisches Pendant. Ebenso soll im Zuge dieser Arbeit das Erleben der Pflegepersonen bei Fehl- und Totgeburt erforscht werden. In diesem Kontext ist das Gestationsalter des verstorbenen Kindes nicht ausschlaggebend.

Medizinisch korrekt wären die Bezeichnungen „*Embryo*“ bis inklusive der achten Schwangerschaftswoche bzw. „*Fetus*“ nach der Embryonalphase bis zur Geburt (Waldmann-Rex & Straßburger-Lochow, 2007). Eltern bauen jedoch bereits in der Frühschwangerschaft eine starke Bindung zu ihrem Kind auf und bezeichnen es somit als „ihr Baby“ bzw. „ihr Kind“ (Henley & Schott, 2008; Schott et al., 2007). Der Begriff der stillen Geburt wird ebenso gerne von betroffenen Eltern und Selbsthilfegruppen verwendet, wie beispielsweise von der SHG Regenbogen<sup>4</sup> oder dem Verein Verwaiste Eltern<sup>5</sup>. Dies rührt daher, dass Mütter und Väter die eher „lieblosen“ und nicht so wertschätzenden medizinischen Begrifflichkeiten nicht gebrauchen, da diese den wichtigen Stellenwert herabsetzen, der ihr verstorbenes Kind für sie hat (Henley & Schott, 2008). Auch Pflegepersonen gebrauchen diese Bezeichnungen im Umgang mit den Eltern.

---

<sup>2</sup> URL: <https://www.uk-sands.org/why-babies-die/stillbirth> [aufgerufen am 05.11.2015]

<sup>3</sup> URL: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/) [aufgerufen am 05.11.2015]

<sup>4</sup> URL: <http://www.shg-regenbogen.at/index.php/home.html> [aufgerufen am 05.11.2015]

<sup>5</sup> URL: <http://www.verwaisteeltern.at/> [aufgerufen am 05.11..2015]

Aus diesem Grund werden im Zuge dieser Arbeit ebenso die Begriffe „Baby“ und „Kind“ sowie der Terminus der stillen Geburt verwendet und es wird von den medizinischen Bezeichnungen abgesehen.

Als *Fehlgeburt* oder *Abort* gilt eine Leibesfrucht laut österreichischem Hebammengesetz §8 dann, wenn keine Lebenszeichen erkennbar sind und sie bei der Geburt weniger als 500 Gramm wiegt (RIS\_BKA, HebG, 2013). Hier wird zwischen Frühabort, welcher bis zur 12. bzw. 13. Schwangerschaftswoche stattfindet, und Spätabort, bei dem die Fehlgeburt zwischen der 12. bzw. 13. und 24. Schwangerschaftswoche geschieht, unterschieden (*Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*, 2014; Waldmann-Rex & Straßburger-Lochow, 2007).

Totgeborene oder bei der Geburt verstorbene Leibesfrüchte, die keine Lebenszeichen zeigen und mindestens ein Geburtsgewicht von 500 Gramm aufzeigen, gelten als *Totgeburt* (*Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*, 2014; RIS\_BKA, HebG, 2013). Dies ist meist nach der 24. Schwangerschaftswoche der Fall und wird medizinisch als ein intrauteriner Fruchttod bezeichnet (*Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*, 2014; Waldmann-Rex & Straßburger-Lochow, 2007).

Wird in weiterer Folge in dieser Arbeit von einem totgeborenen, stillgeborenen oder verstorbenen Kind bzw. Baby gesprochen, sind hiermit Spätabort und Totgeburt gemeint. Frühaborte werden ausgeschlossen, da diese nicht mittels natürlicher vaginaler Geburt entbunden, sondern per operativer Ausschabung der Gebärmutter entfernt werden (Ulsenheimer, 2010).

Als Ursachen für Fehl- oder Totgeburten gelten beispielsweise genetische Defekte, diverse Probleme in der Schwangerschaft, wie zum Beispiel Plazentainsuffizienz oder Nabelschnurkomplikationen, oder auch Erkrankungen der Mutter, wie etwa Bluthochdruck, Diabetes mellitus oder Infektionen (*Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*, 2014; Waldmann-Rex & Straßburger-Lochow, 2007; WHO, 2006). Oftmals kann die Ursache jedoch nicht festgestellt werden.

Fehl- und Totgeburt werden zumeist durch eine Ultraschall- oder Kardiotokografie (CTG) -Untersuchung diagnostiziert. Es können keine Herztöne des ungeborenen

Kindes mehr festgestellt werden. Ebenso sind für die Mutter keine Kindsbewegungen mehr spürbar (*Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*, 2014).

Diese Diagnose ist für die Eltern ein Schock, sie können nicht mehr klar denken und sind wie versteinert. Sie versuchen das Unbegreifliche zu begreifen. Auch das betreuende Personal ist wie vor den Kopf gestoßen. Nicht selten herrscht erstmals betretenes Schweigen (Lothrop, 2010).

Anschließend kommt es meist zur stationären Aufnahme der Mutter. Handelt es sich um einen Frühabort, wird dieser mittels Ausschabung (medizinisch: Curettage) operativ entfernt (Ulsenheimer, 2010). Da es sich um einen operativen Eingriff handelt, wird oftmals die Tatsache übersehen, dass es sich auch hier um einen Verlust eines Kindes handelt. Ebenso bei einer Fehlgeburt in einer sehr frühen Schwangerschaftswoche trauern die Eltern, da sie bereits eine Bindung zu ihrem Kind aufgebaut haben und mit ihm auch viele Hoffnungen und Wünsche für die Zukunft verbunden waren (Kast, 2005; Lothrop, 2010; Schott et al., 2007).

Bei Spätabort und Totgeburt wird die vaginale Geburt mittels Medikamenten eingeleitet und die Mutter bringt ihr Kind auf natürlichem Weg auf die Welt. Hierfür werden Prostaglandine und bzw. oder Oxytocin verabreicht, um den Muttermund zu erweichen und Wehen anzuregen (*Hunnius Pharmazeutisches Wörterbuch*, 2014; Waldmann-Rex & Straßburger-Lochow, 2007). Oftmals ist der Wunsch nach einem Kaiserschnitt sehr groß, dennoch wird dieser nur bei dringlicher medizinischer Indikation durchgeführt. Einerseits birgt eine natürliche vaginale Geburt weniger Risiken für die Mutter, andererseits wird vermehrt der Standpunkt vertreten, dass die Mutter die Geburt so ganz bewusst miterleben und wahrnehmen sowie ihr Baby ebenso gleich in Empfang nehmen kann. In weiterer Folge kann hiermit das Abschiednehmen vom Kind erleichtert werden und der gesamte Trauerprozess wird davon positiv beeinflusst (Lothrop, 2010).

## **1.2 Spezifische Situation auf einer gynäkologischen Normalstation**

Mütter, bei denen die Geburt aufgrund des Todes ihres Kindes im Mutterleib eingeleitet wird, werden in der Regel stationär auf einer gynäkologischen Normalstation aufgenommen. So soll ihnen der Kontakt mit glücklichen Elternpaaren auf der

Wochenbettstation, die gerade ein gesundes Kind auf die Welt gebracht haben, erspart werden. Somit ist die allgemein diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson auf der gynäkologischen Normalstation eine wichtige Ansprech- und Bezugsperson für die trauernden Eltern. Zusätzlich zum ärztlichen Aufklärungsgespräch klärt sie die Mütter und Väter über den Krankenhausaufenthalt auf. Dies bezieht die pflegerisch relevanten Aspekte der Geburtseinleitung, der Geburt an sich und der Zeit danach mit ein. Wichtige Themen, die ebenso angesprochen werden, sind das Aussehen des Kindes, ob die Eltern es nach der Geburt sehen möchten und die Bestattungsmöglichkeiten. Die Pflegeperson leistet emotionale Unterstützung und steht den Eltern in dieser schwierigen Situation bei.

Es sind auch andere Berufsgruppen miteingebunden, wie beispielsweise Hebammen, ärztliches Personal, Psychologen und Psychologinnen sowie Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Seelsorge.

Meistens erfolgt die medikamentöse Geburtseinleitung einer Fehl- oder Totgeburt auf der gynäkologischen Normalstation. Setzen die Wehen bei der betroffenen Mutter ein, wird sie, sofern es sich um eine Totgeburt handelt, meistens in den Kreißsaal verlegt, um dort zu gebären. Die Entbindung einer Fehlgeburt findet häufig im Patientinnenzimmer auf der Normalstation statt. Dennoch gibt es Krankenhäuser, in denen auch Kinder unter der 24. Schwangerschaftswoche im Kreißsaal entbunden werden.

Betreut die Pflegeperson eine Mutter bei der stillen Geburt ihres Babys, verabreicht sie die vom Arzt bzw. von der Ärztin angeordnete wehenfördernde sowie auch die schmerzstillende Medikation und ist für die Patientinnenbeobachtung zuständig. Sie informiert ärztliches Personal bzw. eine Hebamme bei einer Veränderung des Zustandes der Mutter.

Die Austreibungsphase der Geburt passiert bei einer Fehlgeburt häufig sehr schnell, daher kommt es manchmal vor, dass die Pflegeperson auch das Abnabeln des stillgeborenen Babys übernimmt, sofern kein Arzt bzw. Ärztin oder eine Hebamme anwesend sind.

In vielen Krankenhäusern werden diese geburtsbezogenen Aufgaben jedoch von einer Hebamme durchgeführt, die auf die Station kommt, um die Mutter zu betreuen.

Des Weiteren wird nach der Versorgung der Mutter auch das Kind versorgt. Dies wird entweder von der zuständigen Hebamme oder von der Pflegeperson übernommen.

Das stillgeborene Baby wird abgewogen, abgemessen und wenn möglich das Geschlecht identifiziert. Zumeist wird das Kind gewaschen, gekleidet, in ein Bettchen oder Körbchen gelegt und fotografiert. Es werden Hand- und Fußabdrücke genommen und eine Erinnerungskarte für die Eltern gestaltet. Den Eltern beim ersten Kontakt mit ihrem Baby beizustehen, zählt ebenfalls zu den Aufgaben der Pflegekraft.

Diese hier beschriebene Betreuungssituation ist sicherlich auch von krankenhausinternen Regelungen und den infrastrukturellen Gegebenheiten der einzelnen Spitäler abhängig und auch die dabei involvierten Fachkräfte variieren. Dennoch ist diese Situation, unabhängig von ihrer individuellen Gestaltung, für Pflegepersonen mit großen Herausforderungen verbunden. Die damit einhergehenden Belastungen gilt es im Zuge dieser Arbeit herauszufinden.

In weiterer Folge wird nun der theoretische Hintergrund des Themas näher betrachtet. So werden die Leser und Leserinnen durch das Erleben der betroffenen Eltern, deren Erwartungen an ihre Betreuung im Krankenhaus und die sich daraus ergebenden Herausforderungen für die Pflege sowie die Belastungen des klinischen Personals bis hin zum Forschungsziel und den konkreten Forschungsfragen geführt.



## 2. Theoretischer Hintergrund

Es wurde eine umfassende Literaturrecherche in den Datenbanken PUBMED, CINAHL und SCIENCEDIRECT durchgeführt. Anfangs wurde nach allgemeinen Begriffen wie „*stillbirth OR „perinatal death“ OR stillborn*“, „(*stillbirth OR stillborn OR „perinatal death“*) AND (*qualitative OR parents*)“ gesucht, um sich vom allgemeinen Stand der wissenschaftlichen Literatur zu diesem Thema ein Bild machen zu können. Die meisten relevanten Treffer bezüglich des spezifischen Erlebens von Pflegepersonen wurden mit der Begriffskombination „(*stillbirth OR stillborn OR "intrauterine death" OR "perinatal death" OR "dead baby in utero"*) AND (*nurs\* OR professional*)“ erzielt.

Des Weiteren wurden Lexika und themenbezogene Lehr- und Sachbücher als Quellen verwendet. Auch Ratgeber für trauernde Eltern und solche, welche auch das Erleben der professionellen Helfer im klinischen Setting miteinbeziehen, wurden als Grundlage für die Darstellung des Themas genutzt.

Um sich den allgemeinen pflegerischen Herausforderungen bei der Betreuung von Eltern, die eine stille Geburt erleben, thematisch nähern zu können, werden nun die Veränderung der Versorgung im Krankenhaus im Wandel der Zeit, das Erleben der Eltern und die sich daraus ergebenden Anforderungen an die Betreuung im Spitalssetting näher beleuchtet.

### 2.1 Paradigmenwechsel in der klinischen Versorgung rund um eine stille Geburt

Ende der 1980er-Jahre bzw. Anfang der 1990er-Jahre fanden ein Umdenken und ein Paradigmenwechsel im Umgang mit der stillen Geburt und somit auch in der Betreuung der betroffenen Eltern und des totgeborenen Kindes statt.

Bis zu diesem Zeitpunkt war es üblich, dass Ärzte bzw. Ärztinnen, Hebammen und Pflegepersonen den betroffenen Eltern den Schmerz des Verlustes ihres Kindes „ersparen“ wollten. Es wurden den Müttern vermehrt Beruhigungs- und Sedierungsmedikamente verabreicht und das Baby wurde nach der Geburt weggebracht und den Eltern nicht gezeigt. Dies geschah damals, um die Eltern vor

dem Anblick des Kindes zu schützen. Dass dadurch die Verarbeitung und Trauerbewältigung der betroffenen Mütter und Väter nur erschwert wurde, wusste man zu diesem Zeitpunkt noch nicht (Bode & Roth, 2002; Lothrop, 2010; O'Leary & Warland, 2013; Wehkamp, 2005).

Nach und nach hat sich diese Einstellung jedoch geändert. Cameron et al. (2008) haben britische Hebammen-Lehrbücher zwischen den Jahren 1937 bis 2004 auf deren Beschreibung von Ritualen und Betreuung bei perinatalen Sterbefällen untersucht. In diesem Literaturreview wird erkennbar, dass in den 1980er-Jahren erstmals von dem Verlust eines Babys, einer realen Person und dem Verlust der Elternschaft gesprochen wurde. Die tiefe Trauer der Eltern und deren Bedarf an Unterstützung wurden anerkannt. Ebenso durften Mütter und Väter ihr verstorbenes Kind im Arm halten, sich von ihm verabschieden und Erinnerungsstücke sammeln, wie beispielsweise Fotos oder Haarlocken.

Somit wurde zu dieser Zeit nicht nur die Versorgung und Begleitung der trauernden Eltern verändert, sondern auch das stillgeborene Kind wird seitdem als verstorbener Mensch angesehen. Seit den 80er- bis 90er-Jahren herrscht im klinischen Setting bezüglich dieses Themas ein vermehrt an den Bedürfnissen der Eltern orientierter Umgang.

## **2.2 Abbildung der stillen Geburt in der Literatur**

Zu dieser Zeit erschienen auch die ersten Ratgeber für trauernde Eltern. Das erste Buch in deutscher Sprache erschien 1988 von Künzer-Riebel und Lutz. In diesem sind nicht nur Betroffenenberichte von trauernden Eltern und Geschwistern niedergeschrieben, sondern in der fünften überarbeiteten und erweiterten Ausgabe werden zusätzlich etliche Fachbeiträge zu Trauer und Bewältigung erwähnt (Künzer-Riebel & Lutz, 2005). Künzer-Riebel gilt als Pionierin in diesem Themenbereich und ist ebenso die Gründerin der Initiative Regenbogen, der ersten Selbsthilfegruppe für trauernde Eltern in Deutschland (Bode & Roth, 2002; Künzer-Riebel & Lutz, 2005). Ein weiteres mehrmals zitiertes Buch und das erste, das auch professionelle Helfer und Helferinnen bei der Trauerbegleitung unterstützen soll, wurde von Lothrop 1998 verfasst. Auch ihr Buch liegt bereits in der 15. aktualisierten Auflage vor und stellt einen großen Stützpfeiler im Umdenken in der Betreuung rund um die stille Geburt im

deutschsprachigen Raum dar (Lothrop, 2010). Nach diesen Anfangswerken erschienen etliche weitere Ratgeber, die auf Erfahrungsberichten von Eltern basieren und Fachbeiträge über Trauer, Verlust, Bewältigung, Begräbnis aber auch Pränataldiagnostik, Betreuungsvorschläge für die Praxis und Wissenswertes über die Rechte der Eltern beinhalten (Bode & Roth, 2002; Fleck-Bohaumilitzky, 2006; Hohn, 2008; Körner-Armbruster, 2005; Zebothsen & Ragosch, 2013).

Auch das wissenschaftliche Interesse für die Thematik der stillen Geburt steigerte sich zunehmend und die ersten Studien zu Trauersituationen in der Geburtshilfe sowie Belastungen von Müttern entstanden. Badenhorst und Hughes (2007) greifen in ihrem Literaturreview einige dieser ersten wissenschaftlichen Erkenntnisse auf.

Weiters finden sich derzeit Studien zur Risiko- und Ursachenforschung der stillen Geburt (z.B. Froen, 2001), Erleben und Belastungen der Eltern (z.B. Downe et al., 2013) sowie Auswirkungen auf diese (z.B. Turton et al., 2009). Ebenso gibt es ansatzweise welche über das Erleben und die Belastungen der Professionisten bzw. Professionistinnen im Spitalssetting (z.B. Maria Pastor Montero et al., 2011; Wallbank & Robertson, 2008; Wallbank & Robertson, 2013).

Die Literatur hat sich in den letzten Jahren ebenfalls auf die unterschiedliche geschlechtsspezifische Trauer und vor allem auf die spezifische Trauer der Väter von stillgeborenen Kindern konzentriert (z.B. Badenhorst & Hughes, 2007; Badenhorst et al., 2006; Cacciatore et al., 2008; McCreight, 2004; Rihm, 2008).

## **2.3 Erleben der stillen Geburt aus Sicht der Eltern**

Das Thema der stillen Geburt gilt jedoch nach wie vor als Tabuthema, auch wenn sich der Umgang im stationären Setting über die Jahre verändert hat. In der Gesellschaft wird kaum darüber gesprochen. Eltern werden in Schwangerschaftsratgebern wenig bis gar nicht über die Möglichkeit des intrauterinen Fruchttodes aufgeklärt (Kelley & Trinidad, 2012). Gegebenenfalls wird dieses Thema am Rande gestreift, im Rahmen eines Kapitels zu Problemen in der Schwangerschaft, bzw. gibt es Ratgeber für Folgeschwangerschaften nach einer erlebten stillen Geburt (Wolter, 2010). Auch in Vorbereitungskursen für Schwangere wird nicht oder nur ansatzweise darüber gesprochen. Jedoch sollten Sorgen von Eltern, dass etwas schief gehen könnte vor

oder während der Geburt, auch in diesem Rahmen aufgegriffen werden. Erst wenn diese Ängste ausgesprochen sind, können sie adäquat verarbeitet werden (Lothrop, 2010).

Aufgrund dieser Tabuisierung sehen sich trauernde Eltern mit Stillschweigen, einem Mangel an Redebereitschaft und Unverständnis in ihrem engeren sozialen Umfeld konfrontiert. Sie fühlen sich stigmatisiert, was in weiterer Folge zu höherem Stress und Verzweiflung führt (Kelley & Trinidad, 2012). Der Kontakt mit anderen trauernden Müttern und Vätern, privat oder im Rahmen von Selbsthilfegruppen, wird als am meisten hilfreich für die Verarbeitung des Verlustes des Kindes angesehen. Auf diese Art und Weise anderen trauernden Eltern im Austausch helfen zu können, wird von betroffenen Müttern als positiv bewertet (Cacciatore, 2007; Cacciatore & Bushfield, 2007; Crawley et al., 2013; Kelley & Trinidad, 2012).

Bei der Diagnosestellung des intrauterinen Fruchttodes äußern Mütter Gefühle wie „überwältigt sein“, „wütend sein“, „sich betäubt fühlen“ und „von Schmerz erfüllt sein“ (Kelley & Trinidad, 2012; Ryninks et al., 2014). Malm et al. (2011) beschreiben vier Hauptmerkmale im Erleben von Müttern in der Zeit zwischen der Diagnosestellung und der Geburtseinleitung, *„involuntary waiting“*, *„handling the unimaginable“*, *„broken expectations“* und *„courage to face life“*. Sie beschreiben, dass diese Zeitspanne geprägt ist von unfreiwilligem Warten gepaart mit einem Erleben einer neuen (Sur)Realität und von einem Umgang mit dem Unvorstellbaren, da viele Mütter es als bizarr und unglaublich ansehen, ein totes Kind zu entbinden. Ebenso zeigen Malm et al. (2011), dass sich Mütter von ihren Erwartungen ein gesundes Kind zu bekommen verabschieden müssen, um erneut Mut zu fassen und in die Zukunft blicken zu können. Dieselben Autoren beschreiben in einer weiteren Studie zwei Arten von Umgang bzw. Bewältigung mit der Situation zwischen der Diagnosestellung und der Geburtseinleitung. Manche betroffene Mütter wollen andere Personen um sich haben, diese mit einbeziehen, sich mit den eigenen Emotionen auseinandersetzen und bewusst die Verbindung mit dem ungeborenen Baby aufbauen sowie Erinnerungen an das Kind schaffen. Andere Mütter wollen sich abkapseln, alleine sein, sie fühlen sich ihrem ungeborenen Kind nicht verbunden und erleben die Geburt als eine Art Befreiung von etwas Fremden (Erlandsson et al., 2011).

Downe et al. (2013) beschreiben die Trauer der Eltern, welche mit einer stillen Geburt konfrontiert sind, als lange anhaltend bis dauerhaft. Ebenso wird nicht nur der Verlust des Kindes betrauert, sondern auch der Verlust der Elternschaft sowie der Verlust dessen, was hätte sein sollen, nämlich eine gemeinsame Zukunft mit diesem Kind. Eltern, die eine stille Geburt erleben, haben das Verlangen nach Erinnerungsstücken und Andenken an das verstorbene Baby. Ebenso möchten die meisten den Grund des Versterbens erfahren und entscheiden sich daher für eine Obduktion.

Das Erlebnis einer stillen Geburt kann einige Folgen nach sich ziehen. Als Beispiel für emotionale bzw. psychologische Folgen werden wochenlange depressive Verstimmungen von betroffenen Müttern und Vätern genannt (Badenhorst & Hughes, 2007; Kelley & Trinidad, 2012). Turton et al. (2009) beschreiben einen Zusammenhang zwischen dem Erleben einer stillen Geburt und posttraumatischer Belastungsstörung als Langzeitfolge, vor allem bei einer Folgeschwangerschaft.

Auch die Partnerschaft der Eltern kann unter dem erlebten Verlust des Kindes leiden (Badenhorst & Hughes, 2007).

### **2.3.1 Begegnung mit dem stillgeborenen Baby**

Oft stellen sich betreuende Professionisten bzw. Professionistinnen in der Praxis die Frage, ob sie Eltern bestärken sollen ihr stillgeborenes Kind kennenzulernen und sich somit auch von ihm zu verabschieden.

Diesbezüglich finden sich in der Fachliteratur widersprüchliche Studienergebnisse. Es bestehen viele Studien, in denen das Ermutigen der Mütter und Väter ihr Kind zu sehen, zu halten und Andenken zu sammeln zu positiven Ergebnissen führt, wie beispielsweise zu verringerten Angstzuständen oder Depressionen (Henley & Schott, 2008; Kelley & Trinidad, 2012; O'Leary & Warland, 2013).

Ebenso ist in der Literatur beschrieben, dass einige Eltern, die das Angebot, ihr Kind sehen zu können, abgelehnt haben, es im Nachhinein bereuen, da sie die einzige Möglichkeit ihr Baby kennenzulernen verstreichen haben lassen (Downe et al., 2013; Ryninks et al., 2014).

Rådestad et al. (2009) beschreiben einen förderlichen und positiven Langzeiteffekt, welcher durch das Halten des stillgeborenen Kindes, vor allem nach der 37. Schwangerschaftswoche, hervorgerufen wird.

Der erste Kontakt mit dem stillgeborenen Baby wird von Müttern als ein Moment der Liebe und Freude gepaart mit Stolz beschrieben, der vorerst den Tod und die Trauer in Vergessenheit geraten lässt. Ebenso verspüren die meisten Mütter ein Verlangen danach ihr Kind in den Arm zu nehmen und zu halten (Downe et al., 2013; Ryninks et al., 2014).

Die Begegnung mit dem verstorbenen Baby wird nicht nur als emotional, sondern auch als surreal wahrgenommen. Jedoch erst durch den Kontakt zum Kind kann die Endgültigkeit des Abschiednehmens realisiert werden. Er wird als hilfreich für den weiteren Bewältigungsprozess gesehen (Ryninks et al., 2014).

Eine Studie von Sun et al. (2014) zeigt sowohl positive als auch negative Sichtweisen zu dieser Thematik auf. Sie beschreiben, dass sich einige Eltern bewusst dazu entscheiden, ihr Baby zu sehen. So können diese realisieren, dass ihr Kind tot ist und die Gelegenheit nutzen, sich von ihm zu verabschieden. Dennoch werden in dieser Studie auch Mütter und Väter erwähnt, die vom Anblick des Kindes schockiert waren und nicht davon profitiert haben. Ebenso beschreiben Sun et al. (2014) Elternpaare, die sich bewusst gegen ein Kennenlernen ihres Babys entscheiden. So möchten diese verhindern eine engere Bindung zu ihm aufzubauen oder schlechte Erinnerungen zu sammeln. Ebenso befürchten sie ihre Schuldgefühle zu verstärken bzw. ihr Leiden zu verschlimmern.

Andererseits gibt es auch Studien, die sich gegen den Kontakt mit dem verstorbenen Kind aussprechen. Hughes et al. (2002) beschreiben, dass Eltern, die ihr Kind gehalten haben, vermehrt depressive Verstimmungen hatten, als jene die ihr Baby nur gesehen haben. Am wenigsten Depressionen weisen jene Mütter und Väter auf, die keinen Kontakt zu ihrem stillgeborenen Kind hatten.

Da beide Sichtweisen koexistieren, ist es in der Praxis wichtig, den trauernden Eltern den Kontakt mit ihrem Kind nicht aufzudrängen. Dies wirkt auf sie erschreckend und ist für die Betroffenen unangenehm (Erlandsson et al., 2013).

Als betreuende Person gilt es daher die Eltern über beide Möglichkeiten zu informieren und sie mit sehr viel Feingefühl bei ihrer Entscheidung zu unterstützen.

Das Erleben der stillen Geburt ihres Kindes ist für Mütter und auch Väter äußerst belastend und komplex, wie oberhalb beispielhaft beschrieben. Die Betreuung, die Eltern von Pflegepersonen und anderem Krankenhauspersonal erhalten, beeinflusst deren Wahrnehmung der gesamten Situation im stationären Setting, deren Erinnerungen daran, deren Bewältigung des Verlustes ihres Kindes und deren Wohlbefinden im weiteren Lebensverlauf (Downe et al., 2013; Henley & Schott, 2008). Unterstützungsleistenden im Krankenhaus und somit auch Pflegepersonen werden gewisse Erwartungen von Seiten der trauernden Eltern entgegengebracht. Werden diese als erfüllt angesehen, wird in der Fachliteratur von „*good practice*“ bzw. „*good care*“ gesprochen.

## **2.4 Erwartungen der Eltern an die Betreuung im Krankenhaus**

Eltern wünschen sich von Professionisten bzw. Professionistinnen, dass diese sie in Momenten von emotionalen Chaos und Verzweiflung unterstützen. Ebenso sind eine gut strukturierte Informationsweitergabe an die Eltern bezüglich der bevorstehenden Geburt und Beistand sowie Beratung bei Entscheidungen, die getroffen werden müssen, willkommen (Säflund et al., 2004). Trauernde Eltern wünschen sich häufig mehr Zeit zu haben die erhaltene Information zu verarbeiten und somit ihre Entscheidungen gut überlegen zu können. Dies wird im hektischen Spitalsalltag oftmals nicht berücksichtigt (Henley & Schott, 2008; Malm et al., 2011). Das kann bei den betroffenen Müttern und Vätern zu Frustration, Angst und aggressiven Verhalten gegenüber des klinischen Personals führen (Downe et al., 2013).

Für die Eltern ist besonders wichtig Informationen über die Begegnung mit ihrem verstorbenen Kind zu bekommen (Säflund et al., 2004).

Bei der Informationsweitergabe ist es besonders bedeutend als betreuende Person im Gefühl zu haben, wie viel Information auf einmal von den Eltern aufgenommen werden kann. Oftmals wird die Aufnahmefähigkeit von trauernden Eltern überschätzt (Henley & Schott, 2008; Säflund et al., 2004).

Auch die interdisziplinäre Kommunikation und Informationsweitergabe soll gut strukturiert funktionieren. Ist dies nicht der Fall, fühlen sich Mütter und Väter verunsichert und ihr Vertrauen in die Versorgung und Betreuung sinkt (Henley & Schott, 2008).

Empathische Kommunikation ist für trauernde Eltern enorm wertvoll. Teilnahmsvolle und einführende Worte, sowie sensible Wortwahl werden als immens wichtig gesehen und beeinflussen den Trauerprozess auf positive Weise (Henley & Schott, 2008; Säflund et al., 2004). Hingegen bei einem Ausbleiben von Feingefühl und Verständnis für die schmerzhaft Situation der Eltern kann dies die Bewältigung des Todes des Kindes verlangsamen (Säflund et al., 2004). Somit ist auch die emotionale Einstellung der Ärzte bzw. Ärztinnen, Hebammen und Pflegekräfte ein wichtiger Einfluss nehmender Faktor in der Betreuung.

Das Zuhören können ist, aus Sicht der Eltern, ein essentieller Bestandteil von guter Begleitung. Auch wenn es für gestresstes Personal oftmals schwierig ist sich Zeit zu nehmen und einfach nur zuzuhören, wird dies von Müttern und Vätern außerordentlich geschätzt (Henley & Schott, 2008). Einfach nur „da zu sein“, nonverbal Empathie zu zeigen und gegebenenfalls die Hand zu halten, wird ebenso positiv erwähnt (Kelley & Trinidad, 2012).

Auch die Wortwahl bezogen auf das Baby ist den Eltern sehr wichtig. Wörter wie „Embryo“ bzw. „Fetus“ oder „Abort“ werden ungern gehört und werden als Abwertung des Kindes empfunden. Krankenhauspersonal soll daher das Baby auch als solches bezeichnen und nach Identifikation des Geschlechts des Kindes von diesem auch als „er“ bzw. „sie“ sprechen. Haben Eltern ihrem Kind bereits einen Namen gegeben, kann dieser ebenso vom Personal gebraucht werden (Henley & Schott, 2008).

Säflund et al. (2004) bezeichnen die Unterstützung der Eltern durch Pflegekräfte bzw. Hebammen gerade bei der Begegnung und der Verabschiedung des stillgeborenen Kindes als Grundpfeiler der guten Betreuung. In solchen Situationen bedarf es eines flexiblen Zeitmanagements, individuell abgestimmt auf das jeweilige Elternpaar. Ebenso soll eine mehrmalige Begegnung mit dem Kind ermöglicht werden, nicht nur direkt nach der Geburt, sondern auch zu einem anderen Zeitpunkt im Patientinnenzimmer. Weiters sollen Rituale, wie beispielsweise das Waschen und Kleiden des Kindes, von professionellen Helfern bzw. Helferinnen im Krankenhaus ermöglicht werden (Kelley & Trinidad, 2012; Säflund et al., 2004). Darüber hinaus schätzen Eltern jene Professionisten bzw. Professionistinnen, die das verstorbene Kind respektvoll behandeln und einen würdevollen Umgang mit diesem zeigen (Henley & Schott, 2008). Da Eltern sich oftmals in einem Schockzustand befinden, ist es



wichtig, dass das betreuende Personal sie daran erinnert Erinnerungsstücke zu sammeln bzw. dies für sie übernimmt. Hierzu zählen beispielsweise Fotos, Haarlocken, Gedenkbillets mit Fußabdrücken, Namensbändchen oder die Kleidung des Kindes (Cacciatore & Bushfield, 2007; Downe et al., 2013; Henley & Schott, 2008; Kelley & Trinidad, 2012).

Um diesen beispielhaft angeführten Wünschen und Erwartungen der Eltern, die ein Kind verloren haben, in der Praxis adäquat zu begegnen, wurden in den letzten Jahren Guidelines entwickelt. Klinische Praxisleitlinien werden in der Literatur als wichtig und notwendig angesehen, um die Betreuung von trauernden Eltern zu optimieren sowie dem betreuenden Personal ein Instrument zur Verfügung zu stellen, welches sie bei ihrem Tun unterstützt (Maria Pastor Montero et al., 2011). In Europa sind diese leider kaum und im deutschsprachigen Raum gar nicht vorhanden.

Die Guidelines der „Canadian Paediatric Society“ (2001) sowie der „Stillbirth and Neonatal Death Society (SANDS)“ (Schott et al., 2007) können hier als Beispiele genannt werden. Steen (2015) gibt in ihrer Studie zusätzlich zu diesen beiden auch jene der „American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists“<sup>6</sup> an.

An dieser Stelle wird nun die Guideline der SANDS für Professionisten und Professionistinnen im klinischen Setting kurz beleuchtet. Die Leitlinie der SANDS ist eine bekannte und viel zitierte im europäischen Raum und stammt aus dem Vereinigten Königreich. Auch bei der Betrachtung der Ergebnisse dieser Arbeit soll sie eine Grundlage darstellen.

## **2.5 SANDS Guidelines (Schott et al., 2007)**

Mit dem Werk *„Pregnancy Loss and the Death of a Baby: Guidelines for professionals“* haben Schott et al. (2007) einen wichtigen Grundstein für die Betreuung von Eltern,

---

<sup>6</sup> <http://www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Deliveries-Before-39-Weeks/ACOG-Clinical-Guidelines> [aufgerufen am 05.11.2015]

die eine Fehl- oder Totgeburt erlebt haben, in Europa gelegt. Es ist bereits in seiner dritten Auflage erschienen und ist umfassend mit wissenschaftlichen sowie rechtlichen Quellen untermauert.

Diese Guideline hebt einige wichtige Punkte bezüglich der Betreuung von trauernden Eltern hervor. Schott et al. (2007) beschreiben einerseits das emotionale Erleben der Eltern und zitieren hierbei einige Studien, die auch im Rahmen dieser Arbeit in Kapitel 2.3 verwendet wurden. Andererseits wird auf die Bedürfnisse und Wünsche der Mütter und Väter bezüglich ihrer Betreuung im Krankenhaus Bezug genommen. Es werden unter anderem ebenso die unter Kapitel 2.4 genannten Aspekte erwähnt. Dem hinzu kommen Ausführungen zu kulturellen, religiösen und spirituellen Bedürfnissen der betroffenen Eltern. Hier darf jedoch deren Individualität nie vergessen werden und es wird vermehrt darauf hingewiesen, dass kultur- oder religionsspezifische Stereotypisierungen unterlassen werden sollen.

Auch die unterschiedlichen Arten der Trauer, kultur- sowie geschlechtsspezifisch, werden von den Autorinnen thematisiert.

Der adäquaten Kommunikation wird ebenso ein eigenes Kapitel gewidmet. Hier besteht ein Fokus auf verbale und nonverbale Kommunikation mit trauernden Eltern sowie der Auswahl des richtigen Ortes und des richtigen Zeitpunkts für wichtige Gespräche. Darüber hinaus wird auf die richtige Wortwahl, das Zuhören und das Reagieren auf Emotionen der trauernden Eltern eingegangen. Die interdisziplinäre Kommunikation wird ebenfalls als wichtig hervorgehoben.

Ein Kapitel der Leitlinie bezieht sich auf den Ablauf nach der Geburt des Kindes. Hier werden einerseits das Schaffen von Erinnerungen und andererseits die Begegnung mit dem verstorbenen Baby beschrieben. Es wird hervorgehoben, dass stets nach den Wünschen der Eltern gehandelt werden soll.

Schulungen und Fortbildungen für das betreuende Personal, um dieses unterstützen zu können, sind ebenso ein Thema in dieser Guideline. Gute Unterstützung kann das Wohlbefinden und das Selbstbewusstsein der betreuenden Personen steigern. Durch Fortbildungen beschäftigen sie sich mit ihren eigenen persönlichen Emotionen und Vorstellungen. Auch lernen sie diese beiseitezulegen, um sich so in weiterer Folge auf die Bedürfnisse der Eltern einlassen zu können.

Die Autorinnen der Leitlinie beschreiben, dass Geburten bis ins zweite Trimester oftmals auf gynäkologischen Stationen stattfinden, was dem Setting dieser Arbeit

entspricht. Sie postulieren, dass die Pflegepersonen, die sich dort um die Eltern kümmern, die erforderlichen Kompetenzen aufweisen und Schulungen bezüglich notwendiger Fähigkeiten haben sollen.

Es ist wichtig, dass die Organisation erkennt, dass betreuendes Personal, welches nach Unterstützung und Schulung verlangt, verantwortungsbewusst und professionell handelt. Demzufolge soll ein Zugang zu Fortbildungsangeboten gewährleistet sein. Auch regelmäßige Supervisionen sollen angeboten werden, ebenso die Möglichkeit bestimmte Fälle zu diskutieren und die eigenen Emotionen und Belastungen anzusprechen. Es ist die Aufgabe des leitenden Personals diesen Wünschen entgegenzutreten und sie zu verwirklichen.

Schott et al. (2007) beschreiben weiters 17 Prinzipien von „*good practice*“, welche an das Personal adressiert sind. Diese fassen die Eckpunkte der Leitlinie kurz und bündig zusammen:

1. Die Betreuung soll sich stets nach den Bedürfnissen der Eltern richten.
2. Gute Betreuung bedeutet zusätzliche Zeit mit den Eltern zu verbringen. Dies soll von der Leitung und von den übrigen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen anerkannt und berücksichtigt werden.
3. Die Eltern sollen mit Würde und Respekt behandelt und vom Personal mit aufrichtiger Empathie, Sensibilität und Feingefühl unterstützt werden.
4. Die einzelnen persönlichen Einstellungen der Eltern sowie deren kulturellen und religiösen Bedürfnisse sollen berücksichtigt werden.
5. Die Kommunikation mit den Eltern soll klar, sensibel und ehrlich geschehen und auf individuelle Bedürfnisse angepasst sein. Auch professionell geschulte Dolmetscher und Dolmetscherinnen sollen zur Verfügung stehen.
6. Es sollen keine voreiligen Schlüsse und Vermutungen über die Dauer und die Tiefe der Trauer der Eltern geschlossen werden. Die individuellen Emotionen der einzelnen Eltern sollen vom Personal akzeptiert und anerkannt werden.
7. Auch die Trauer der Väter soll Berücksichtigung finden und anerkannt werden.
8. Der Verlust eines Kindes ist mit Ungewissheit verbunden. Dies soll anerkannt und berücksichtigt werden.

9. Eltern sollen stets die Information erhalten, die sie brauchen, um eigene Entscheidungen betreffend des weiteren Prozederes treffen zu können. Bei dieser Entscheidungsfindung sollen Eltern ermutigt und unterstützt werden.
  10. Neben emotionaler Unterstützung sollen Mütter auch exzellente medizinische Betreuung erhalten.
  11. Mütter sollen in einer den Umständen entsprechend angemessenen Räumlichkeit untergebracht sein.
  12. Das betreuende Personal soll speziell ausgebildet sein, um nicht nur den körperlichen bzw. den medizinischen sondern auch den emotionalen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden zu können.
  13. Eltern, die ihr Kind im zweiten oder dritten Trimester verloren haben, soll die Gelegenheit gegeben werden Erinnerungen an ihr Kind sammeln zu können.
  14. Das verstorbene Kind bzw. der Babyleichnam sollen stets mit Respekt behandelt werden.
  15. Es soll ein nahtloser Übergang von der Versorgung im Krankenhaus zur extramuralen Weiterbetreuung zu Hause gewährleistet sein.
  16. Weiterführende Betreuung ist essentiell und soll somit jenen, die es möchten, zur Verfügung stehen.
  17. Dem Personal, welches sich um trauernde Eltern kümmert, soll die Möglichkeit geboten werden ihr bestehendes Wissen und ihre Fähigkeiten weiterzuentwickeln. Auch der Zugang zu guter Unterstützung für sie selbst muss gegeben sein.
- (Schott et al., 2007)

Um so einer Praxisleitlinie, wie der hier beispielhaft beschriebenen SANDS Guideline, folgen und den in Kapitel 2.4 angeführten Erwartungen der Eltern entsprechen zu können, sollten zuvor die Bedürfnisse sowie die Belastungen der Pflegepersonen bei Fehl- und Totgeburten betrachtet werden. Nur mit spezifischem Wissen darüber kann den Pflegepersonen die Möglichkeit zur Reflexion gegeben und ihnen Unterstützung angeboten werden. Erst wenn die Pflegepersonen reflektiert und ohne Scheu an das Thema „stille Geburt“ herantreten, kann eine optimale Betreuung der trauernden Eltern und eine gute Versorgung des verstorbenen Kindes erfolgen.

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich einige Studien, die sich mit dem Erleben von Krankenhauspersonal bezüglich stiller Geburt und perinatalen Tod befassen. Es findet sich Literatur zum Erleben von Krankenhauspersonal allgemein, welche Ärzte, Hebammen, Pflegepersonen aber auch beispielsweise Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Seelsorge zu ihrer Zielgruppe macht. Weiters gibt es Studien über das Erleben von Pflegepersonen und Hebammen im geburtshilflichen Setting bzw. welche alleinig über die Berufsgruppe der Hebammen. Außerdem finden sich ein paar vereinzelte über das Erleben von Pflegepersonen im Speziellen.

Dabei handelt es sich um unterschiedlichste Probanden- und Probandinnengruppen, die sicherlich mehrere Gemeinsamkeiten in ihrem Erleben aufweisen, aber dennoch auch einige Unterschiede. Aus diesem Grund werden die wissenschaftlichen Studien hier in weiterer Folge je nach Samplegruppe getrennt dargestellt.

Um einen Einstieg in die Erlebniswelt jener Personen zu geben, welche die Unterstützung und Betreuung im klinischen Setting leisten, werden ein paar beispielhafte Studien ausgewählt, die das Erleben von Krankenhauspersonal allgemein widerspiegeln. Da jedoch die Gruppe der Pflegepersonen relevanter für diese Arbeit ist, wird das folgende Kapitel kurz gehalten.

## **2.6 Erleben des Krankenhauspersonals allgemein**

Studien über das Erleben und die Belastungsfaktoren von Krankenhauspersonal allgemein besagen beispielsweise, dass es schwierig ist emotionale Unterstützung zu leisten, wenn man gleichzeitig mit seinen eigenen Emotionen beschäftigt ist. Oftmals wissen Hebammen, Ärzte bzw. Ärztinnen und auch Pflegepersonen nicht, was sie in Momenten der Trauer tun oder sagen sollen. In diesem Fall wird vom betreuenden Personal öfters ungeeignete Verhaltens- und Bewältigungsweisen herangezogen, wie beispielsweise das Wahren von (emotionaler) Distanz. Wallbank und Robertson (2013) beschreiben einen signifikanten negativen Stress bei knapp 80% des befragten Krankenhauspersonals und begründen diesen in maladaptiven Copingstrategien. Diese resultieren wiederum in Angst, Hilflosigkeit und Frustration beim involvierten Personal sowie auch bei den zu betreuenden Personen. Um dem entgegenzuwirken, sind Fortbildungen nötig (Henley & Schott, 2008; Maria Pastor Montero et al., 2011;

Roehrs et al., 2008; Wallbank & Robertson, 2013). Auch von Seiten der Betreuungspersonen im Krankenhaus selbst wird ein Unterstützungsbedarf signalisiert (Rock, 2004; Wallbank & Robertson, 2013).

## 2.7 Gemeinsames Erleben von Pflegepersonen und Hebammen

Es gibt nur vereinzelt wissenschaftliche Literatur, die sich alleinig mit dem spezifischen Erleben von Pflegepersonen auseinandersetzt. Einige Studien beziehen sich vermehrt auf die Berufsgruppe der Hebammen, da diese in den meisten Ländern als die Hauptansprechperson und somit auch als die Bezugsperson für trauernde Eltern bei Fehl- oder Totgeburt gelten. In diesen Studien geht es prioritär um das Erleben von Hebammen sowie deren Belastungen und Strategien mit stiller Geburt umzugehen (Begley, 2003; Fenwick et al., 2007; Mitchell, 2005). Auf diese wird an dieser Stelle jedoch nicht näher Bezug genommen, da es sich um eine für diese Arbeit nicht relevante Probandinnengruppe handelt.

Des Weiteren gibt es Studien, welche sich mit dem Erleben von Hebammen und Pflegepersonen bezüglich stiller Geburt beschäftigen. Hierbei wird jedoch neben den Hebammen auf Pflegepersonen Bezug genommen, welche im geburtshilflichen Sektor arbeiten. Deren Berufsbezeichnung wird als „*perinatal nurse*“, „*obstetric nurse*“, „*delivery nurse*“ oder „*labo(u)r nurse*“ beschrieben. Hierbei handelt es sich nicht um allgemein diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, welches auf gynäkologischen Normalstationen arbeitet. Die Aufgabe dieser speziellen Pflegepersonen ist, die Mütter vor, während und nach der Geburt zu begleiten. Auch zählen die Beobachtung der Mutter sowie des Neugeborenen nach der Geburt und die Unterstützung der Mutter im Umgang mit ihrem Kind zu ihren Tätigkeiten.

Bei Durchsicht derer Stellenbeschreibungen wird evident, dass diese mit den im österreichischen Kontext vorkommenden Berufsbildern der Hebamme und Pflegepersonen des Wochenbetts in Kombination vergleichbar sind.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Vgl. General Healthcare Resources Inc., Job Description „Labor & Delivery Nurse“:

URL: <http://www.ghresources.com/wp-content/uploads/2014/06/Labor-and-Delivery-Nurse.pdf>

[aufgerufen am 05.11.2015]

Dennoch sind die Ergebnisse dieser Studien für diese Masterarbeit relevant, wenn auch in einem eingeschränkten Rahmen. Gewisse Gemeinsamkeiten bzw. Ähnlichkeiten im Erleben von Hebammen und Pflegepersonen im geburtshilflichen Setting mit jenem von Pflegepersonen im Setting einer gynäkologischen Normalstation sind zu erwarten. Da es sich hier aber um eine subsumierte Darstellung des Erlebens von Hebammen und Pflegepersonen handelt, werden die folgenden Studien getrennt von jenen, die sich alleinig auf Pflegepersonen beziehen, dargestellt (Vgl. Kapitel 2.8).

*Wallbank und Robertson (2008)* betrachten in ihrem Review acht qualitative Studien bezüglich Reaktionen von Hebammen und Pflegepersonen auf Fehl- und Totgeburt sowie neonatalen Tod. Zu berücksichtigen ist, dass nicht alle dieser erwähnten Studien auf das Thema dieser Masterarbeit passen. Daher werden auch nur die Betrachtungen der relevanten Studien in diese Darstellung miteinbezogen.

*Gardner (1999)* untersucht in ihrer Studie die Bedürfnisse von Hebammen und Pflegepersonen bezüglich perinatalen Tods sowie hilfreiche Interventionen der Trauerbewältigung, welche in den USA, England und Japan von den Probandinnen durchgeführt werden. Somit geht sie auch auf kontinent- bzw. länderspezifische sowie kulturelle Besonderheiten ein. Ihre Studie stellt eine der von Wallbank und Robertson (2008) untersuchten Studien dar. Gardner gilt als eine der Pionierinnen in diesem Forschungsfeld. Dies ist auch der Grund, warum sie in weiterer Folge miteinbezogen wird, obwohl sie ihre in dieser Studie beschriebene Forschung in den 80er- und 90er-Jahren betrieben hat.

*Steen (2015)* erhebt mittels eines Fragebogens, welcher 1999 von Gardner entwickelt wurde, die Bedürfnisse und Anliegen von Hebammen und Pflegepersonen in den USA und in Spanien, die mit perinatalen Todesfällen in Berührung kommen. Ebenso werden in dieser rezenten Studie Interventionen zur Trauerbewältigung erfasst, welche von

---

URL: [http://study.com/articles/Labor\\_and\\_Delivery\\_Nursing\\_Vocations\\_Job\\_Duties\\_Career\\_Options\\_and\\_Requirements\\_for\\_Becoming\\_a\\_Labor\\_and\\_Delivery\\_Nurse.html](http://study.com/articles/Labor_and_Delivery_Nursing_Vocations_Job_Duties_Career_Options_and_Requirements_for_Becoming_a_Labor_and_Delivery_Nurse.html) [aufgerufen am 05.11.2015]

URL: [http://study.com/articles/Obstetrics\\_Nurse\\_Job\\_Description\\_and\\_Requirements\\_for\\_Becoming\\_an\\_Obstetrics\\_Nurse.html](http://study.com/articles/Obstetrics_Nurse_Job_Description_and_Requirements_for_Becoming_an_Obstetrics_Nurse.html) [aufgerufen am 05.11.2015]

den befragten Personen im beruflichen Alltag angewandt werden. Auch Steen (2015) zeigt kulturelle Unterschiede in der Betreuung zwischen Amerika und Europa auf.

Es werden nun die Ergebnisse dieser oberhalb beschriebenen Studien unter Betrachtung von ausgewählten thematischen Aspekten dargestellt.

### **2.7.1 Erleben und Belastungen**

Die Betreuung von trauernden Eltern ist herausfordernd, komplex und stark emotional behaftet. Gerade auch deshalb, weil es sich hierbei um eine immer wiederkehrende Situation für das betreuende Personal handelt, hingegen für die Eltern um ein einmaliges einschneidendes Erlebnis. Es wird verlangt, dass die betreuenden Hebammen und Pflegepersonen ihre eigenen Emotionen und Reaktionen beiseiteschieben und sich auf die Erwartungen und Wünsche der Eltern einlassen (Wallbank & Robertson, 2008). Genauso wird erwartet, dass Hebammen und Pflegepersonen mit den trauernden Eltern in einer unterstützenden Art und Weise interagieren, unabhängig davon, ob sie sich der Situation gewachsen bzw. ausreichend darauf vorbereitet fühlen oder nicht (Gardner, 1999).

Auch in diesen Studien wird hervorgehoben, dass Hebammen und Pflegepersonen sich unsicher sind, was sie sagen sollen bzw. Angst haben das Falsche zu sagen. Weiters wissen sie öfters nicht, wie sie in solchen Situationen reagieren sollen, um eine optimale Betreuung leisten zu können. Es fehlt ihnen an Kommunikationsfertigkeiten und Wissen (Gardner, 1999; Steen, 2015; Wallbank & Robertson, 2008). Ebenso die schwierige Aufgabe der Kommunikation, vor allem wenn Dolmetscher miteinbezogen werden, wird von Gardner (1999) angesprochen. Außerdem trägt der Umgang mit den eigenen Emotionen zu einer reduzierten Kommunikationsbereitschaft mit den Eltern bei (Steen, 2015). Des Weiteren sind die Emotionen und Reaktionen der Eltern oftmals schwierig einzuschätzen und deren Interpretation fällt den Professionisten bzw. Professionistinnen schwer. Aus diesem Grund wird von den betreuenden Personen oftmals auf den familiären Support der Betroffenen zurückgegriffen und ziehen sich somit ein Stück aus der Emotionsarbeit zurück (Gardner, 1999).



Vielen Hebammen und Pflegepersonen fällt es schwer den eigenen Emotionen und der eigenen Trauer Ausdruck zu verleihen. Weiters sind manche über die Abgestumpftheit anderer Kollegen und Kolleginnen, sowie deren scheinbar gefühlslosen Umgang und fehlende Empathie schockiert (Gardner, 1999; Steen, 2015).

Betreuende Personen, welche selbst privat Erfahrung mit Tod und Trauer gemacht und jene, die bereits mehr Erfahrung in der Betreuung von Eltern rund um eine stille Geburt haben, können in der Regel besser mit solchen Situationen umgehen als jene Kollegen und Kolleginnen, die diese Erfahrungen noch nicht gemacht haben (Gardner, 1999).

Auch das Fehlen von ausreichend Zeit, um sich adäquat um die trauernden Eltern zu kümmern, wird von Gardner (1999) aufgegriffen. Betroffene Hebammen und Pflegepersonen erhoffen sich emotionale Unterstützung, einen Ort für Nachbesprechungen und offene Diskussionen über das Thema. Ebenso wäre es laut ihnen wünschenswert selbst Erfahrungen unter Anleitung und Begleitung von mehr erfahrenen Kollegen bzw. Kolleginnen zu sammeln.

Es werden auch positive Gefühle beschrieben, welche mit der Betreuung von trauernden Eltern einhergehen. Die Fähigkeit mit seinem Handeln Unterstützung zu leisten und Trost zu spenden, sowie die Trauer und den Verlust zu teilen sind nur Beispiele dafür. Auch durch einfaches Dasein und Zuhören den Eltern ihren Verlust etwas zu erleichtern sowie sich gebraucht und nützlich zu fühlen, birgt positive Emotionen (Gardner, 1999; Steen, 2015). Einige Pflegepersonen äußern sich geehrt zu fühlen, dass sie mit der Familie so einen intimen Moment teilen dürfen. Auch wird positiv angemerkt, dass mit steigender Erfahrung und ebensolchen Wissen der Umgang mit der Situation leichter wird (Steen, 2015).

### **2.7.2 Persönlicher Umgang**

Als Arten des persönlichen Umgangs werden das Darüber-Reden mit Kollegen und Kolleginnen sowie mit Familienmitgliedern genannt. Weiters werden das Weinen, sei es nun alleine oder mit der trauernden Familie gemeinsam, und auch das Beten sowie der religiöse Glaube als persönliche Bewältigung erwähnt. Bei den Eltern zu sein und

sie unterstützen zu können, wird von einigen betreuenden Personen als positiv und für sich selbst als hilfreich erachtet (Gardner, 1999; Steen, 2015). Einige Hebammen und Pflegepersonen schreiben gerne Briefe an Eltern, um auch noch nach deren Entlassung nach Hause ihr Mitgefühl zu zeigen und um so auch selbst besser abschließen zu können (Gardner, 1999).

### **2.7.3 Interventionen**

Hebammen und Pflegepersonen setzen bestimmte Interventionen bei der Betreuung von trauernden Familien nach einem perinatalen Tod. Beispielsweise ermutigen sie sie zu reden und ihre Gefühle zu zeigen. Ebenso gewähren sie den Eltern Privatsphäre und sorgen für ausreichend Zeit alleine. Auch einfach für die Eltern da zu sein, sie auf ihrem Weg zu begleiten und ein guter Zuhörer zu sein wird als Intervention bezeichnet. Das Bestärken zum Ansehen und Halten des verstorbenen Kindes sowie das Schaffen von Erinnerungen und Mementos zählen ebenfalls zu diesen gesetzten Handlungen. Hebammen und Pflegepersonen nehmen außerdem Kontakt zu weiteren unterstützenden Personen auf, wie zum Beispiel zur Seelsorge, und geben den Eltern Informationsmaterialien bezüglich Trauer, Bestattung etc. mit. Das Angebot von unlimitierter Besuchszeit, von Erinnerungsstücken und Fotos sowie das Ermöglichen einer Taufe werden zudem beschrieben (Gardner, 1999; Steen, 2015).

Die Interventionen variieren allerdings je nach Kultur und werden zumeist inkonsequent eingesetzt. Letzteres wird der Ausbildung, der Fort- und Weiterbildung sowie institutionsabhängigen Protokollen bzw. klinischen Leitlinien zugeschrieben (Gardner, 1999; Steen, 2015). Steen (2015) beschreibt, dass in den USA klinische Leitlinien und Guidelines konsequenter eingesetzt werden wie beispielsweise in Spanien. Dies kann etwa darauf zurückgeführt werden, dass die wissenschaftliche Literatur und Forschung in Spanien noch nicht offiziell flächendeckend in die Praxis implementiert wurde. Dies kann auch auf andere Länder Europas übertragen werden.

### **2.7.4 Kulturelle Spezifika**

Gardner (1999) geht in ihrer Studie speziell auf kulturelle Besonderheiten ein und macht somit auf eine notwendige Sensitivität bezüglich des Kulturaspekts der Betreuung aufmerksam. Die kulturelle Perspektive der betreuenden Personen sowie

deren Religion und damit verbundene Einstellungen zu Sterben und Tod kann ebenso Einfluss nehmen auf die Betreuung trauernder Eltern. Auch kulturspezifische Rituale sollen in die Begleitung einfließen und respektiert werden (Gardner, 1999; Steen, 2015).

### **2.7.5 Wunsch nach Fortbildung**

Schon Gardner (1999) stellt fest, dass Pflegepersonen und Hebammen unzureichend Erfahrung und Aus- bzw. Weiterbildung im Bereich des Umgangs mit trauernden Eltern haben und daher in Interaktion mit diesen ängstlich sind. Die Befragten äußern einen Wunsch nach Fortbildung bezogen auf den Trauerprozess der Eltern, spezifische Interventionen der Trauerbewältigung sowie unterstützende Kommunikationstechniken.

Hebammen und Pflegepersonen fühlen sich unzureichend unterstützt, um eine optimale Betreuung leisten zu können. Adäquate Aus- und Fortbildung würde es den Betreuungspersonen ermöglichen, besser auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten, um so in weiterer Folge die trauernde Familie optimaler begleiten zu können (Steen, 2015). Die Realisierung von Fort- und Weiterbildungsangeboten ist jedoch nur mit Unterstützung und Initiative der oberen Instanzen einer Organisation möglich. Wallbank und Robertson (2008) kommen zu der Erkenntnis, dass in fast all ihren in das Literaturreview miteinbezogenen Studien organisatorische Unterstützung und benötigte Ressourcen nur limitiert verfügbar oder ganz abwesend sind. Dies steht laut den Autorinnen im Widerspruch mit der Pflicht der Organisation auf ihre Angestellten zu achten. Ebenso werden zwar in allen Studien Vorschläge für Veränderungen und vor allem für Unterstützungsmöglichkeiten des betroffenen Personals oberflächlich erwähnt, jedoch nicht ausreichend spezifiziert. Ein Beispiel hierfür sind die Ausführungen von Gardner (1999), welche spirituelle, psychologische und emotionale Unterstützung nennt. Ebenfalls als wichtig erachtet sie einen höheren Personalschlüssel, das Schaffen von zusätzlicher Zeit für die Unterstützung des Personals sowie für die optimalere Betreuung der betroffenen Familien. Ebenso können multidisziplinäre Konferenzen und Besprechungen von Vorteil sein. Neue Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen brauchen die Unterstützung und Anleitung von mehr erfahrenen Kollegen und Kolleginnen. Wie dies jedoch spezifisch realisiert werden könnte, bleibt auch bei den Ausführungen von Gardner (1999) offen.

Dessen ungeachtet lässt sich aufgrund der konstanten Erwähnung von nötiger Unterstützung erkennen, dass das Bedürfnis nach Support durchwegs unbefriedigt ist und von den einzelnen Gesundheitssystemen nicht erkannt wird (Wallbank & Robertson, 2008).

## 2.8 Spezifisches Erleben von Pflegepersonen

Es gibt ein paar Studien, die sich nur auf das Erleben von Pflegepersonen konzentrieren und somit eine Trennung des Erlebens von Pflegepersonal und von Hebammen vornehmen.

Wie bereits im vorherigen Kapitel beschrieben, wird in der wissenschaftlichen Literatur in diesem thematischen Kontext alleinig Bezug auf Pflegepersonen genommen, welche im geburtshilflichen Bereich tätig sind. Das Setting der gynäkologischen Normalstation ist in der bisherigen Literatur nicht repräsentiert, mit Ausnahme der Studie von McCreight (2005).

Folgende Studien werden in diesem Kapitel betrachtet:

*McCreight (2005)* führte qualitative narrative Interviews mit Pflegekräften auf gynäkologischen Stationen in Nordirland durch, um unter anderem die emotionale Auswirkung der Betreuung von Eltern, die eine stille Geburt erleben, auf die Pflegepersonen zu erforschen. Sie möchte die Wichtigkeit der „*emotional labour*“, der emotionalen Unterstützungsarbeit, und der eigenen Emotionen der Pflegepersonen hervorheben. Diese Studie ist eine von denen, die in das Literaturreview von Wallbank und Robertson (2008) eingeflossen sind, welches im vorherigen Kapitel erwähnt wird.

*Roehrs et al. (2008)* erheben in ihrer Studie das Erleben von „*labour nurses*“ und deren Bedürfnisse bezüglich Unterstützung bei der Betreuung von Familien, welche den perinatalen Tod ihres Kindes erleben.

*Rock (2004)* hat sich in einer quantitativen Korrelationsstudie mit dem Erleben und dem „*comfort level*“, dem Grad des Wohlbefindens von „*obstetrics nurses*“ befasst.

In einer Longitudinal- und in einer Querschnittsstudie beschäftigen sich *Ben-Ezra et al. (2014)* mit der mentalen Gesundheit und dem Wohlbefinden von „*obstetrics nurses*“ nach dem Erleben eines perinatalen Todes.

*Chan et al. (2004)* gehen der Frage nach, wie die verschiedenen demografisch- und erfahrungsabhängigen Einstellungen der Pflegepersonen bezüglich perinataler Trauerbegleitung mit deren Bedarf an Training und Ausbildung und der vorherrschenden Krankenhauspolitik zusammenhängen.

In einer weiteren Studie befassen sich *Chan et al. (2009)* mit möglichen beeinflussenden Faktoren auf die unterschiedlichen Einstellungen der Pflegepersonen.

Die Ergebnisse der hier angeführten Studien werden nun gemeinsam dargestellt.

### **2.8.1 Erleben und Belastungen**

McCreight (2005) unterstreicht in ihrer Studie die Wichtigkeit der emotionalen Unterstützungsarbeit, welche durch die Pflegepersonen geleistet wird, sowie deren eigenen Emotionen als positive Ressource für eine professionelle Betreuung von trauernden Eltern. Die eigenen Emotionen zuzulassen und zu zeigen ist eine gefühlsbetonte und kognitive Art dem Mitgefühl Ausdruck zu verleihen. Mit diesem durch ihre Interviews generierten Standpunkt versucht die Autorin von der immer noch allgegenwärtigen Sichtweise abzuweichen, Emotionen zu zeigen sei unangemessen und als persönlicher Schwachpunkt der Pflegepersonen anzusehen. Jedoch bleibt zu beachten, dass die emotionale Unterstützungsarbeit mit Sorgen verbunden und für die Pflegepersonen belastend und schwierig ist. Pflegepersonen entwickeln eine persönliche Beziehung zu ihren Patientinnen und sind in deren Schicksal emotional involviert.

Es wird als ein Teil der pflegerischen Aufgabe gesehen, sich auch um die emotionalen Bedürfnisse der Patientinnen zu kümmern (McCreight, 2005). So kommt es zu einem Aufeinanderprallen der Gefühlswelten der Eltern und der eigenen Emotionen der Pflegepersonen. Dies wird zusätzlich als erschwerend erachtet (Roehrs et al., 2008). Diese emotional intensive Arbeit resultiert in Stress für die betreuenden Pflegekräfte (McCreight, 2005). Auch Ben-Ezra et al. (2014) postulieren, dass das Erleben von perinatalen Todesfällen einen zusätzlichen signifikanten Stress zu den ohnedies

bestehenden Belastungen der Pflegepersonen hinzufügt. Dies führt in weiterer Folge zu einem erhöhten Level an psychosomatischen Symptomen sowie Symptomen von posttraumatischer Belastungsstörung und Depression beim betreuenden Pflegepersonal.

Roehrs et al. (2008) und McCreight (2005) beschreiben, dass sich Pflegepersonen oftmals unwohl fühlen bei der Trauerbegleitung von Eltern, die eine stille Geburt erleben und häufig nicht wissen was sie sagen sollen. Dieser Aspekt wurde auch in den zwei vorangehenden Kapiteln (2.6 & 2.7) erwähnt und scheint somit ein sehr präsent Problem zu sein.

Ungefähr 90% der Pflegepersonen, die von Chan et al. (2009) befragt wurden, gaben an, dass sie mit den trauernden Eltern in klarer, sensibler und ehrlicher Weise kommunizieren.

Weiters wird der administrative Aufwand und die zusätzliche Betreuung anderer Patientinnen als belastend angesehen. Vor allem wenn sich ein und dieselbe Pflegeperson gleichzeitig um eine Familie mit einer Lebendgeburt und um eine Familie mit einer Fehl- oder Totgeburt kümmern soll (Roehrs et al., 2008).

Pflegepersonen fühlen sich von anderen Professionen alleine gelassen, die sich oftmals aus dem emotionalen Aspekt des Patientinnenkontaktes heraushalten. Beispielsweise ist es zwar die Aufgabe des Arztes bzw. der Ärztin die schlechte Nachricht der Diagnose zu überbringen, jedoch sind es die Pflegepersonen, die sich einfühlsam mit dem daraus resultierenden emotionalen Stress der Eltern auseinandersetzen und ihnen unterstützend beistehen (McCreight, 2005).

Externe Trauerbewältigungsprogramme oder –seminare und auch Selbsthilfegruppen für betroffene Eltern werden von Pflegepersonen als positiv und hilfreich empfunden. Den Müttern und Vätern Informationen über solche Unterstützungsangebote weitergeben und ihnen somit in ihrer Bewältigung helfen zu können, wirkt auf Pflegepersonen entlastend (Chan et al., 2004; Chan et al., 2009).

Auch wenn die Arbeit schwierig ist, wird das positive Ergebnis, nämlich anderen Menschen zu helfen, vor Augen gehalten. Der stete Fokus auf die pflegerische Beziehung zur Familie erhöht das Wohlbefinden der Pflegeperson in der Betreuungssituation, was wiederum die Betreuung selbst optimiert (Roehrs et al., 2008). Auch McCreight (2005) unterstützt diesen Aspekt indem sie beschreibt, dass gerade auch die emotionale Involvierung und Auseinandersetzung der Pflegepersonen mit der einzelnen Betreuungssituation bereichernd und positiv sein kann.

Das Gefühl der Familie in ihrer Trauer beizustehen und somit eine Hilfe sein zu können, nennen Pflegepersonen als einen der positiven Effekte ihres Tuns (Roehrs et al., 2008).

Eigene Erfahrungen mit perinatalen oder auch anderen Verlusten können sowohl positiv als auch negativ auf die Betreuung trauernder Eltern einwirken. Pflegepersonen, die selbst ein Kind verloren haben, geben an, dass dieses Erlebnis ihre Arbeit positiv beeinflusst (Roehrs et al., 2008). Hingegen postuliert McCreight (2005), dass eine Pflegeperson, die bereits selbst eine stille Geburt erlebt hat, sich nicht nur mit der Trauer der Eltern auseinandersetzen muss, die sie betreut, sondern auch mit ihrer eigenen. Ist eine Pflegeperson selbst schwanger, erhöht das die eigene Besorgnis und erschwert somit auch die Betreuung (McCreight, 2005).

Oftmals findet sich auch der Wunsch nach einem „Time-Out“, der Wunsch Abstand zur Arbeit nehmen zu können nach der Betreuung von Eltern, die ein Kind verloren haben. Dies ist jedoch aufgrund von Zeit- und Personalmangel häufig nicht möglich (McCreight, 2005).

### **2.8.2 Persönlicher Umgang**

Durch kritische Selbstreflexion und Auseinandersetzung mit dem Erlebten bzw. den eigenen Emotionen können Pflegepersonen aus eigener Sicht ihre Betreuung von trauernden Eltern verbessern und auch gegenüber neuen Kollegen und Kolleginnen effektive Copingstrategien kommunizieren (McCreight, 2005). Denn in der Praxis werden andere Arbeitskollegen bzw. -kolleginnen und die eigene Erfahrung als wichtigste Wissens- aber auch Entlastungsquellen gesehen. Fällt die kollegiale Unterstützung weg, wirkt dies zusätzliche belastend (Chan et al., 2004; Chan et al.,

2009; McCreight, 2005; Roehrs et al., 2008). Gerade junge, eben erst ausgebildete neue Kollegen und Kolleginnen benötigen Anleitung durch und Unterstützung von bereits erfahreneren Pflegepersonen bei der Betreuung von trauernden Eltern. Dies führt zu einer weniger stressvollen Lernsituation, steigert das Selbstbewusstsein und den Erfahrungsschatz der neuen Kollegen und Kolleginnen und in weiterer Folge auch die Pflegequalität (Chan et al., 2009).

Roehrs et al. (2008) beschreiben in ihrer Studie subjektive Copingstrategien, die von den Probandinnen genannt wurden. Einerseits fokussieren sie sich auf die pflegerische Beziehung zu den Eltern, auf die notwendigen Pflegehandlungen und die Unterstützung, die die Mütter brauchen, um ihren Verlust gut verarbeiten zu können.

Andererseits suchen sie selbst bei Kolleginnen oder der eigenen Familie nach Unterstützung. Mit den Kollegen und Kolleginnen über die Vorkommnisse zu reden und bei diesen Unterstützung zu suchen, wird von sehr vielen Pflegepersonen als positiv für den eigenen Umgang angesehen (Chan et al., 2009; Roehrs et al., 2008). Auch Mander (2009) besagt, dass Pflegepersonen vermehrt bei arbeitsbezogenen Problemen und somit auch bei Belastungen bezüglich stiller Geburt zu ihren Kollegen und Kolleginnen sowie ihren Vorgesetzten gehen und bei diesen Unterstützung suchen. Auch McCreight (2005) hebt die wichtige Vorbildrolle der Stationsleitung hervor. Sie soll auch als Hauptansprechperson bezüglich Schulung und Fortbildung gelten.

Den Ausgleich zur Arbeit suchen einige Pflegepersonen im privaten Umfeld mit Freunden und Familie (Roehrs et al., 2008). Ben-Ezra et al. (2014) beschreiben in ihrer Studie, dass verheiratete Personen ein geringeres Level an Symptomen posttraumatischer Belastungsstörung in Verbindung mit beruflicher Erfahrung bezüglich perinatalem Tod aufzeigen.

Weiters wird auch die Spiritualität als Entlastungsquelle genannt (Roehrs et al., 2008). Auch gemeinsam mit den trauernden Eltern zu weinen wird oftmals angeführt (McCreight, 2005; Roehrs et al., 2008). Einige Pflegepersonen vertreten den Standpunkt, dass dies als unangemessen angesehen wird, von den Eltern sowie auch



von der Institutionsleitung. Ferner möchten sie die Eltern mit den eigenen Emotionen nicht noch zusätzlich belasten (McCreight, 2005).

Pflegepersonen erzählen auch, dass sie manchmal ihre Gefühle einfach abschalten, um ihre Arbeit weiterhin tun zu können (Roehrs et al., 2008).

Des Weiteren stellt sich die Frage, wie entschieden wird, welche der im Dienst anwesenden Pflegepersonen die Betreuung der trauernden Eltern übernimmt. Die meisten Probandinnen in einer Studie sprechen sich dafür aus, dass sich eine Pflegekraft freiwillig melden sollte. Ist dies nicht der Fall, solle jene die Versorgung übernehmen, die am meisten Erfahrung mit der Begleitung einer stillen Geburt hat oder jene, die sich an diesem Tag am ehesten dazu in der Lage sieht. Sich abwechselnd um betroffene Eltern zu kümmern, um sich selbst zu entlasten, wird ebenfalls mehrmals genannt (Roehrs et al., 2008).

Eine klare und verständliche Richtlinie für das Management von Trauerbegleitung ist aus Sicht der Pflegepersonen wünschenswert und würde ihnen den Umgang in solchen Situationen erleichtern (Chan et al., 2004; Chan et al., 2009).

### **2.8.3 Wunsch nach Fortbildung**

Pflegepersonen merken an, dass die Grundausbildung auf pflegespezifisches Wissen abzielt, was jedoch nicht unbedingt hilfreich ist bei der Bewältigung und dem Umgang mit den emotionalen Ansprüchen, welche die Pflegearbeit birgt. Erst recht auf Verlusts- und Trauersituationen fühlen sie sich nicht ausreichend vorbereitet (Chan et al., 2004; McCreight, 2005). Vor allem perinatale Sterbefälle und der Umgang mit diesen wird in der Grundausbildung meist ausgespart (Roehrs et al., 2008).

Werden in der beruflichen Praxis umfangreiche und ausführliche Fortbildungen von Pflegepersonen besucht, wird das von den meisten als positiv und hilfreich erachtet. Das Wohlbefinden der Pflegeperson im Umgang mit stiller Geburt steigt und somit auch die Betreuungsqualität (Roehrs et al., 2008). Nicht immer werden Fortbildungen jedoch als nützlich angesehen. Dies resultiert laut McCreight (2005) wahrscheinlich daraus, dass die meisten Programme nicht auf die Bedürfnisse der teilnehmenden Pflegepersonen abgestimmt sind. Meist sind diese auf die Optimierung der Betreuung

der Eltern fokussiert und nicht auf das subjektive Erleben der Pflegepersonen selbst. Am dienlichsten wurden jene Fortbildungen empfunden, bei denen Eltern über ihre Erfahrungen gesprochen haben, da diese authentische Lernerfahrung bieten.

Prinzipiell besteht jedoch der Wunsch nach mehr Fortbildung, bevorzugt mit dem Fokus auf Trauer, Verlust und Kommunikation (Chan et al., 2009; Roehrs et al., 2008). Nur wenn die Bedürfnisse und Wünsche von Pflegepersonen bezüglich Fortbildung berücksichtigt und erfüllt werden, kann eine optimale Qualität einer holistischen Betreuung von trauernden Eltern gewährleistet werden (Chan et al., 2004; Chan et al., 2009).

## **2.9 Diskussion des Forschungsstands bezüglich des Erlebens von Pflegepersonen**

Anzumerken ist, dass es sich in allen der beschriebenen Studien um ein geburtshilfliches bzw. perinatales oder neonatales Setting handelt, mit Ausnahme der Arbeit von McCreight (2005).

Die Pflegepersonen in der oberhalb dargestellten Literatur sind durchwegs „*labo(u)r nurses*“, „*obstetrics nurses*“, „*perinatal nurses*“ oder „*delivery nurses*“ und haben teilweise Zusatzqualifikationen. Ben-Ezra et al. (2014) beschreibt beispielsweise, dass alle „*obstetrics nurses*“ in Israel auch gleichzeitig den Beruf der Hebamme lernen und auch praktizieren. Ihr Tätigkeitsprofil kann also grundsätzlich nicht mit dem der allgemein diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson verglichen werden, wie es im deutschsprachigen Raum üblich ist.

Das Pflegepersonal arbeitet also im Kreißaal oder auf geburtshilflichen Stationen und ist mit dem Thema „Geburt“ im Allgemeinen vertraut. Dies ist höchstwahrscheinlich auch der Grund, wieso es einige Studien gibt, die sich mit dem Erleben von Pflegepersonen und Hebammen beschäftigen, da diese im selben Arbeitsumfeld gemeinsam arbeiten und ähnliche Qualifikationen und Arbeitsaufgaben haben. Da es sich in diesen Studien jedoch um eine subsumierte Darstellung des Erlebens zweier im deutschsprachigen Raum unterschiedlicher Berufsgruppen handelt, ist es nur schwer möglich die Ergebnisse dieser Studien auf die spezielle Situation umzulegen, wie sie in Kapitel 1.2 beschrieben ist.

Die Studien von Chan et al. (2004 & 2009) beschäftigen sich mit Pflegepersonen auf geburtshilflichen und gynäkologischen Stationen. Hierbei handelt es sich prinzipiell um ein gemischtes Setting. Dennoch haben die Pflegepersonen Erfahrung mit Geburt, was sie von jenen unterscheidet, die alleinig auf gynäkologischen Stationen arbeiten. Somit sind auch diese Ergebnisse nicht unbedingt auf das Setting „gynäkologische Normalstation“ übertragbar. Auch Roehrs et al. (2008) stellen in ihrer Studie fest, dass ihre Ergebnisse, welche durch die Befragung von „*labor nurses*“ entstanden, nicht auf andere Gruppen von Pflegepersonal generalisiert werden können. Dies streicht hervor, dass eine Erhebung von allgemein diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen bezüglich deren Erleben bei stiller Geburt sinnvoll ist.

McCreight (2005) stellt eine Ausnahme dar. Sie befasst sich mit Pflegepersonen, die auf gynäkologischen Stationen tätig sind und somit auch die Probandinnengruppe dieser Arbeit darstellen. Jedoch fokussiert sie sich alleinig auf Fehlgeburten unter der 20. Schwangerschaftswoche, da es in den von ihr untersuchten Krankenhäusern in Nordirland nicht üblich ist, dass Patientinnen über dieser Schwangerschaftswoche auf gynäkologischen Normalstationen liegen. Dies ist in der speziellen Situation, welche in dieser Arbeit untersucht wird, anders (Vgl. Kapitel 1.2). In dieser Untersuchung wird das Erleben von Pflegepersonen untersucht, welche Eltern begleiten, die ihr Kind entweder durch einen Spätabort oder durch eine Totgeburt verloren haben. Neben McCreight (2005), die lediglich Erfahrungen bis in die 20. Schwangerschaftswoche miteinbezieht, fokussieren sich die anderen Studien meist auf die Perinatalperiode, welche von der 24. Schwangerschaftswoche bis einschließlich der ersten sieben Lebenstage des Kindes andauert (*Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*, 2014, p.1634). Somit schließen diese Studien auch den Tod eines Neugeborenen bis zu seinem siebten Lebenstag mit ein, welcher jedoch innerhalb dieser Arbeit ausgeschlossen wird.

Auch spezialisiert sich McCreight (2005) auf das Thema der emotionalen Unterstützungsarbeit und der emotionalen Involvierung der Pflegepersonen in die Verlustsituation. Generelles Erleben und Belastungen werden in dieser Studie nicht wirklich aufgegriffen. Die Ergebnisse ihrer Studie sind weiters leider nicht detailliert und übersichtlich beschrieben. Die Stichprobengröße und somit die Anzahl der durchgeführten Interviews ist ebenso nicht erwähnt. Auch Wallbank und Robertson

(2008) kritisieren in ihrem Review, dass die Datenanalyse nicht systematisch erscheint, die Ergebnisse nicht unbedingt immer in den Daten begründet wirken und nicht ersichtlich ist, ob tatsächlich das gesamte Datenmaterial berücksichtigt wurde.

Vor allem Gardner (1999) und Steen (2015) weisen auf die Wichtigkeit kultureller Spezifika hin. Einerseits sei es essentiell, die kulturelle Herkunft der trauernden Eltern in deren Betreuung und Begleitung zu berücksichtigen. Andererseits haben sie auch kontinent- bzw. länderspezifische Unterschiede im Erleben und im Umgang der Pflegepersonen und Hebammen mit perinatalem Tod festgestellt. Dies weist darauf hin, dass eine im deutschsprachigen europäischen Raum durchgeführte Erhebung, wie sie im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt wird, durchaus auf andere Ergebnisse stoßen könnte und unterstreicht somit ebenso das Forschungsinteresse dieser Masterarbeit.

Ein weiterer zu diskutierender Punkt ist der stete Wunsch nach Aus- und Fortbildung, welcher von den Probandinnen der Studien genannt wird.

Die Grundausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege fokussiert im Bereich der Gynäkologie hauptsächlich auf medizinisch fachliches Wissen, wobei die emotionalen Anforderungen des Pflegeberufes oft außer Acht gelassen werden. Gardner (1999), McCreight (2005) und Roehrs et al. (2008) haben bereits gezeigt, dass Pflegekräfte diesbezüglich unzufrieden sind und sich unzureichend ausgebildet und nicht angemessen auf die Betreuungssituation bei einer stillen Geburt vorbereitet fühlen.

Auch in den deutschsprachigen Gynäkologie-Lehrbüchern für den Pflegeberuf wird der emotionalen Betreuung der Eltern lediglich ein kleiner Abschnitt gewidmet (z.B. Waldmann-Rex & Straßburger-Lochow, 2007). Vergleichend hierzu wird in Lehrbüchern für Hebammen in eigenen Kapiteln mehr dazu geschrieben. Hier fließt auch ein kleiner Absatz über die eigene Bewältigung von Hebammen mit ein (z.B. Stiefel et al., 2013). Dies wird in der Pflegeausbildung ausgespart. Da aber genau das nicht erwähnt wird, kommt es bei vielen Pflegepersonen zu Angst, Unsicherheit und unzureichendem Selbstvertrauen. Dies kann in weiterer Folge zu maladaptivem Coping führen. Würde dies jedoch in Fortbildungen angesprochen werden, könnte ein besserer persönlicher Umgang entwickelt und somit auch die Betreuung von trauernden Eltern in weiterer Folge verbessert werden.

In Österreich gibt es vereinzelt Fort- und Weiterbildungsangebote, die jedoch oftmals alleinig auf das allgemeine Thema „Sterben, Tod und Trauer“ abzielen<sup>8</sup>, was nicht unbedingt den Bedürfnissen der Pflegepersonen entspricht, die stille Geburten betreuen. Am meisten wären Fortbildungen bereichernd, bei denen betroffene Eltern über ihre Erfahrungen sprechen (DiMarco et al., 2002; McCreight, 2005).

Da der Austausch von betroffenen Müttern mit Gleichgesinnten in Selbsthilfegruppen einen positiven Effekt auf deren Bewältigung zeigt (Cacciatore, 2007; Cacciatore & Bushfield, 2007; Kelley & Trinidad, 2012), lässt sich vermuten, dass dies auch bei Pflegepersonen der Fall sein könnte. Spitalsübergreifende Supervisionsveranstaltungen mit Pflegepersonen, die Familien bei einer stillen Geburt betreuen, würden sich hierfür anbieten. Auch in der Literatur wird über einen signifikanten Benefit von Supervisionsangeboten für Krankenhauspersonal berichtet (Hyrkäs et al., 2006).

Vereinzelt existieren Evaluationsstudien und Studien zu Auswirkungen von Fortbildungsprogrammen sowie Workshops (Cartwright & Read, 2005; DiMarco et al., 2002). Cartwright und Read (2005) beschreiben beispielsweise, dass durch interaktive Workshops, welche auf gemeinsame Diskussion der persönlichen und professionellen Erfahrungen fokussieren, das Wissen und das Bewusstsein bezüglich der Wichtigkeit des Themas gesteigert werden. Ebenso kann das klinische Personal so sein Vertrauen in sich selbst bezüglich ihrer Betreuung von trauernden Eltern stärken. Von solchen Workshops können laut DiMarco et al. (2002) alle im Spital tätigen Personen profitieren, unabhängig von ihrer Erfahrung bzw. Dauer ihrer bisherigen praktischen Tätigkeit. Aber vor allem wären sie für jene empfehlenswert, welche sich in den ersten Monaten ihrer Praxis befinden (Cartwright & Read, 2005; Gardner, 1999; Steen, 2015). Ebenso postulieren DiMarco et al. (2002), dass durch Fortbildungen die Wahrnehmung der emotionalen Bedürfnisse von Familien, die eine Fehl- oder Totgeburt erlebt haben, bei klinischen Personal signifikant gesteigert werden kann. Was die Autorinnen dieser Studie ebenfalls feststellen, ist, dass Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, welche nicht im geburtshilflichen Setting arbeiten, sondern in anderen Bereichen, wie beispielsweise auf chirurgischen oder gynäkologischen Normalstationen, kaum an

---

<sup>8</sup> z.B. Fortbildungsangebot des Wiener Krankenanstaltenverbundes;

URL: [http://www.wienkav.at/kav/fanz/FANZ\\_auswahl.asp?veranstalter=AKH-PFLEGE](http://www.wienkav.at/kav/fanz/FANZ_auswahl.asp?veranstalter=AKH-PFLEGE)

[aufgerufen am 05.11.2015]

solchen doch geburtsorientierten Fortbildungen und Workshops teilnehmen. Obwohl auch sie mit Fehl- und Totgeburt konfrontiert sein können, werden ihnen solche Seminare nicht angeboten.

Genau hier wäre anzusetzen, jedoch werden Pflegepersonen auf gynäkologischen Normalstationen, die mit stiller Geburt konfrontiert sind, oftmals übersehen. Denn gerade auf gynäkologischen Stationen wird dem Thema der stillen Geburt nicht sehr viel Bedeutung zugesprochen. An dieser Stelle wäre Unterstützung von Seiten der Institution wünschenswert, welche allerdings oftmals ausbleibt, wie bereits Wallbank und Robertson (2008) festgestellt haben.

An dieser Stelle bleibt abschließend zu sagen, dass Aus- und Fortbildung essenziell wichtig sind und dass das Thema „stille Geburt“ einerseits in die Curricula der Grundausbildung sowie in das Fortbildungsangebot in der Praxis implementiert gehört (Steen, 2015). Weil wie Steen (2015, p. 86) formuliert: *„As we improve the education and support of nurses and midwives, they will be better prepared to care for families at this difficult time.“*

Bevor nun das Forschungsziel und die genauen Forschungsfragen ausführlich erläutert werden, wird noch auf ein bisher nicht erwähntes Thema eingegangen. Der Umgang mit dem verstorbenen Kind und dessen Versorgung ist in der wissenschaftlichen Literatur bisher weitgehend unerforscht und wird nicht oder nur am Rande erwähnt.

## **2.10 Umgang von Pflegepersonen mit dem stillgeborenen Kind**

Der Umgang mit dem stillgeborenen Baby selbst ist ebenfalls eine Hürde, die von Pflegepersonen überwunden werden muss. Eltern können sich entweder für oder gegen den Kontakt mit ihrem verstorbenen Kind entscheiden. Pflegekräfte hingegen, die die Entbindung durchführen bzw. bei dieser anwesend sind oder das stillgeborene Baby anschließend versorgen, können dies nicht. Auch wenn die Pflegepersonen sich lediglich um die Mutter kümmern, haben sie dennoch Kontakt zum Kind, wenn es bei der Mutter bzw. bei der Familie im Patientinnenzimmer ist.

Steen (2015) erwähnt lediglich in einer tabellarischen Darstellung, dass für 10 bis 20% der befragten Probandinnen der Umgang und die Versorgung des verstorbenen Kindes eine Hemmschwelle ist, um die betroffene Familie effektiv zu begleiten. Im Fließtext ihrer Studie wird dieser Aspekt jedoch nicht erneut aufgegriffen.

McCreight (2005) beschreibt, dass Pflegepersonen besonders den Umgang mit einem fehlgeborenen Kind als schwer empfinden. Sie sind über dessen Anblick bestürzt, da auch dessen Körper bereits ausgebildet und diverse Körperteile erkennbar sind. Aber auch in dieser Studie wird hier nicht genauer darauf eingegangen.

Schott et al. (2007) sprechen dieses Thema in den SANDS Guidelines auch nur am Rande an. Sie beschreiben, dass die Babys während und nach der Geburt von den betreuenden Personen mit viel Mitgefühl und Würde behandelt werden sollen. Dies soll auch den Eltern so kommuniziert werden. Das Kind soll versorgt, gewaschen und angezogen sowie in ein geeignetes Moses-Körbchen gelegt werden. Dadurch fühlen sich die Eltern nicht gezwungen es anfassen zu müssen. Eine betreuende Person sollte das Baby zuerst auf den Arm nehmen, um den Eltern die Angst davor zu nehmen. All diese Beschreibungen in den Guidelines geschehen ohne eine Angabe dessen, wie belastend dies für das betreuende Personal sein kann.

Schon Grützner (1999) sprach diesbezüglich Handlungsbedarf an. Es wird oftmals wie selbstverständlich erwartet, dass die Pflegekraft selbstsicher handelt und für die Eltern eine angenehme Atmosphäre schafft, in der sie, wenn sie es möchten, in Ruhe ihr Kind begrüßen und zugleich verabschieden können. Dabei soll die Pflegeperson würdevoll mit dem Kind umgehen, keine Abscheu oder Ekel zeigen und ihre eigenen Ängste zurückstecken (Grützner, 1999). „ *An diesem Punkt muß [sic!] angesetzt werden. Nur die Forderung nach professioneller Pflege zu stellen, ist in diesem sensiblen Gebiet weitaus zu wenig, denn findet die Krankenschwester kein Ventil für ihre Gefühle, keine Möglichkeit mit sich selbst behutsam umzugehen, dann wird sie zu ihrem eigenen Schutz versuchen, die Problematik zu vermeiden.*“ (Grützner, 1999, p. 91) Aus diesem Grund wird sich diese Arbeit auch mit dem spezifischen Erleben der Pflegepersonen im Umgang mit dem stillgeborenen Kind widmen. Es gilt erste Ergebnisse hervorzubringen, um einerseits erstmals in der pflegewissenschaftlichen Literatur dieses spezifische Erleben genauer zu thematisieren und andererseits den Pflegepersonen diesbezüglich eine Stimme zu verleihen.

Resümierend ist zu sagen, dass die Geburt eines toten Kindes nicht nur für die betroffenen Eltern ein tragisches Erlebnis ist. Auch für die betreuenden Professionisten bzw. Professionistinnen bringt dies Belastungen mit sich. Sie sehen sich vermehrt mit diversen Anforderungen und Wünschen der Eltern konfrontiert (siehe Kapitel 2.4), sollen deren Belastungen und Emotionen in ihrer Betreuung berücksichtigen und zusätzlich ihre eigenen Ängste und Belastungen hinten anstellen. Dies ist oft nur sehr schwer realisierbar und Pflegepersonen wissen oftmals nicht, wie sie mit solchen Situationen umgehen sollen. Im Kontext der in Kapitel 1.2 beschriebenen spezifischen Situation auf einer gynäkologischen Normalstation gibt es hierzu keine wissenschaftlichen Ergebnisse, mit Ausnahme der Studie von McCreight (2005). Aus diesem Grund soll sich diese Arbeit darauf konzentrieren.

## **2.11 Forschungsziel und Forschungsfragen**

Das Ziel dieser Arbeit ist die nähere Betrachtung des Erlebens von Pflegepersonen einer gynäkologischen Normalstation bei einer stillen Geburt. Auch wenn in der oberhalb beschriebenen Literatur bereits ein paar Ergebnisse zum Erleben von Pflegekräften vorliegen, können diese nicht einwandfrei für die Beantwortung der Fragestellungen dieser Arbeit übernommen werden. Einerseits beziehen sich die oben erwähnten Studien vermehrt auf diverses betreuendes Krankenhauspersonal im Allgemeinen. Es ist jedoch fraglich, ob das Erleben von Ärzten bzw. Ärztinnen, Hebammen und Pflegepersonen gleich und somit verallgemeinerbar ist. Pflegekräfte haben oftmals den meisten Kontakt zu ihren Patientinnen, vor allem in der in Kapitel 1.2 beschriebenen Situation, und somit eine andere Beziehung zu ihnen. Daher lässt sich vermuten, dass sich auch ihr Erleben von jenem anderer Berufsgruppen unterscheidet. Andererseits beziehen sich die Studien auf spezielle Pflegekräfte, die größtenteils im geburtshilflichen Setting tätig sind. Es stellt sich jedoch in Kapitel 1.2 die spezielle Situation dar, dass Pflegepersonen, die Eltern bei einer stillen Geburt betreuen, ein allgemeines Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege haben und auf einer gynäkologischen Normalstation arbeiten. Sie sind daher mit dem geburtshilflichen Setting nicht vertraut. Deshalb wird vermutet, dass deren Erleben und die damit verbundenen Belastungen und das herangezogene Bewältigungsverhalten sich von den bereits in der Literatur beschriebenen unterscheiden. Aus diesem Grund soll das



Erleben der Pflegepersonen in dieser spezifischen Situation (siehe Kapitel 1.2) betrachtet werden, um so in weiterer Folge die Betreuung trauernder Eltern in diesem Setting zu optimieren.

Des Weiteren soll in dieser Arbeit zusätzlich ein neuer Fokus auf das spezifische Erleben und die Belastungen von Pflegepersonen bezogen auf den Umgang mit und die Versorgung von stillgeborenen Kindern gelegt werden, da dies bisher noch kein Gegenstand der pflegewissenschaftlichen Forschung war.

Auch soll in dieser Forschungsarbeit auf den Unterstützungsbedarf der betroffenen Pflegepersonen eingegangen werden. So können spezifischere Ideen formuliert werden, wie Pflegepersonen besser mit Situationen rund um eine stille Geburt umgehen können, wie sie sich gegenseitig unterstützen können und wie eine Hilfestellung seitens der Organisation aussehen kann.

Deshalb lauten die Forschungsfragen, die im Zuge dieser Arbeit beantwortet werden sollen, wie folgt:

- **Wie erleben Pflegepersonen eine stille Geburt im Setting einer gynäkologischen Normalstation? Was belastet sie? Wie gehen sie damit um?**
- **Wie erleben Pflegepersonen einer gynäkologischen Normalstation im Speziellen den Umgang mit und die Versorgung von stillgeborenen Babys? Mit welchen spezifischen Belastungen ist dies verbunden? Wie gehen sie im Speziellen damit um?**
- **Wie können diese Pflegepersonen unterstützt werden?**

### **3. Methodisches Vorgehen**

Aufgrund des Forschungsthemas und der oben genannten Forschungsfragen wird ein qualitativer Forschungsansatz für diese Masterarbeit gewählt.

In diesem Kapitel werden nun in weiterer Folge wichtige Aspekte der qualitativen Forschung erläutert. Des Weiteren werden das Sample, der Rekrutierungsprozess sowie die Datenerhebung und die Datenauswertung näher beschrieben.

#### **3.1 Qualitatives Forschungsdesign**

In der qualitativen Sozialforschung bestimmt der zu untersuchende Gegenstand die angewandte Methode, welche wiederum so offen und flexibel gewählt wird, dass sie der Komplexität dessen gerecht werden kann. Dies wird auch als Gegenstandsangemessenheit bezeichnet. Der Untersuchungsgegenstand wird in seiner Ganzheit und in seinem alltäglichen Kontext betrachtet. Es geht vor allem darum, unterschiedliche Perspektiven zu einem Gegenstand und dessen subjektiven und sozialen Bedeutungen herauszufinden. Das Aufdecken von Neuem steht hier im Mittelpunkt und wird als Ziel der qualitativen Forschung angesehen (Flick, 2014).

Mit einem qualitativen Ansatz können also die persönlichen Erfahrungen der Pflegepersonen und somit deren subjektive Handlungs- und Sichtweisen aufgedeckt, näher betrachtet, analysiert und in weiterer Folge verstanden und nachvollzogen werden (Flick, 2014; Strauss & Corbin, 1996).

Ein weiterer wichtiger Aspekt des qualitativen Designs ist, dass der Forscher bzw. die Forscherin in das zu untersuchende Forschungsfeld sowie auch in Interaktion mit den Probanden und Probandinnen tritt. Dies geschieht beispielsweise durch teilnehmende Beobachtungen oder, wie im Fall dieser Arbeit, durch Interviews. Somit werden nicht nur die Subjektivität der Befragten Teil der Forschung, sondern auch die Subjektivität des Forschers bzw. der Forscherin sowie dessen bzw. deren Interpretationen (Flick, 2014).

Zudem orientiert sich diese Arbeit an den Gütekriterien qualitativer Forschung. Es werden die im deutschsprachigen Raum weit verbreiteten Gütekriterien nach Mayring (2002) herangezogen:

- Auf die *Verfahrensdokumentation* wird besonderer Wert gelegt. Der gesamte Forschungsprozess wird nachvollziehbar und detailliert dokumentiert, damit auch für Außenstehende klar ist, wie die beschriebenen Ergebnisse zustande gekommen sind.
- Ebenso wichtig ist die *argumentative Interpretationsabsicherung*. Die Interpretationen des Forschers bzw. der Forscherin spielen in der qualitativen Forschung eine große Rolle und müssen in sich schlüssig argumentiert werden.
- Auch wenn das Vorgehen in der qualitativen Forschung von Offenheit und Flexibilität geprägt ist, muss dennoch an einer *Regelgeleitetheit* festgehalten werden. Die erhobenen Daten sollen systematisch bearbeitet werden. Im Fall dieser Forschung werden bei der Datenanalyse gewisse Regeln der Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996) eingehalten (siehe Kapitel 3.7).
- Die *Nähe zum Gegenstand* stellt ein weiteres Gütekriterium dar. Wie zu Beginn dieses Kapitels bereits erwähnt, soll eine Gegenstandsangemessenheit in der qualitativen Forschung gegeben sein. Diese wird dadurch erreicht, dass sich der Forscher bzw. die Forscherin direkt in die Alltagswelt der Probanden und Probandinnen begibt.
- Unter *kommunikative Validierung* versteht man die Rückspiegelung der Ergebnisse an die Probanden und Probandinnen und deren gemeinsame Diskussion. Finden sich die befragten Personen in den Ergebnissen wieder, kann diesen eine gewisse Gültigkeit zugesprochen werden.
- Die *Triangulation* stellt das sechste Gütekriterium dar. Hierbei ist die Betrachtung aus mehreren Perspektiven gemeint. Beispielsweise kann die Ergebnisqualität durch Kombination von Erhebungsmethoden gesteigert werden.

(Mayring, 2002)

Im Zuge dieser Forschung wird aufgrund der begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen von den letzten beiden Gütekriterien abgesehen. Eine abgeänderte Art der kommunikativen Validierung findet jedoch durch Diskussion und kritische Betrachtung der Ergebnisse gemeinsam mit der Betreuerin dieser Masterarbeit statt.

### **3.2 Definition des Samples**

Im Zuge dieses Forschungsprojekts werden als Probanden- und Probandinnengruppe Pflegepersonen herangezogen, die stille Geburten in dem in Kapitel 1.2 beschriebenen spezifischen Setting einer gynäkologischen Normalstation erleben. Diese Pflegekräfte sollen nicht nur Erfahrungen bezüglich der Betreuung von betroffenen Eltern und Familien während des Krankenhausaufenthalts auf gynäkologischen Normalstationen haben, sondern ebenso spezifische Erlebnisse wiedergeben können, welche sich auf die Geburtseinleitung, die stille Geburt an sich oder die Versorgung des verstorbenen Babys bzw. den Umgang mit diesem beziehen. Bei der Rekrutierung der Probanden und Probandinnen wird ein Mix an Pflegepersonen mit wenig Berufserfahrung und jenen mit bereits langjähriger Erfahrung im gynäkologischen Fachgebiet angesteuert, um so ein möglichst breites Ergebnisspektrum zu erhalten.

Somit wird die Samplestruktur vorab zweckgebunden festgelegt und auf ihre Nützlichkeit und Angemessenheit geachtet. Grundsätzlich wird auf eine homogene Probanden- und Probandinnengruppe abgezielt, die alle in einem bestimmten Umfeld arbeiten (gynäkologische Normalstation) und ein ähnliches Erlebnis beschreiben können (die stille Geburt) (Flick, 2014; Mayer, 2011). Alleinig in Hinblick auf das Erfahrungsspektrum wird Heterogenität angestrebt.

### **3.3 Rekrutierungsprozess**

Im Rahmen der Rekrutierung wurde nach Pflegepersonen gesucht, die dem oben beschriebenen Sample entsprechen.

Es wurde mit 19 Krankenhäusern in Wien und Umgebung Kontakt aufgenommen. Ein Informationsschreiben über das Forschungsprojekt wurde im März 2015 per Email an die jeweilige Pflegedirektion und bzw. oder an die jeweiligen Bereichsleitungen der Gynäkologie und Geburtshilfe versandt. In diesem Schreiben wurde unter anderem um Mithilfe am Rekrutierungsprozess und ebenso um das Weiterleiten der Informationsblätter für die Studienteilnehmer und –teilnehmerinnen gebeten.

Weiters wurde mit dem Hebammengremium Wiens Kontakt aufgenommen, um so gegebenenfalls herauszufinden in welchen gynäkologischen und geburtshilflichen

Abteilungen in Wiener Krankenhäusern ausschließlich Hebammen für stille Geburten zuständig und wo auch Pflegepersonen in die Patientinnenbetreuung involviert sind. Von sieben der angeschriebenen Krankenhäuser kam trotz mehrmaliger Kontaktaufnahme keine Antwort. Des Weiteren wurden acht Absagen erteilt. Gründe hierfür waren vor allem einerseits die Zuständigkeit der Berufsgruppe der Hebammen für stille Geburten und andererseits unzureichende personelle und zeitliche Ressourcen, um an der Studie teilzunehmen.

Vier Krankenhäuser haben sich bereit erklärt an dem Forschungsprojekt teilzunehmen und so konnten insgesamt neun weibliche Krankenpflegepersonen rekrutiert werden, die der Probanden- und Probandinnengruppe entsprechen. Eine nähere Beschreibung und Charakterisierung dieser neun befragten diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern folgt in Kapitel 3.6.

### **3.4 Ethische Aspekte**

Im Rahmen dieser Arbeit werden die ethischen Grundsätze für ein Forschungsvorhaben eingehalten. Die Probandinnen konnten freiwillig am Interview teilnehmen und sind über das Ziel, den Zweck, die Abfolge und die Rolle als Subjekt in der Studie informiert worden. Auch im Zuge der Rekrutierung wurde der Aspekt der Freiwilligkeit beachtet. Weiters wird im gesamten Forschungsprozess völlige Anonymität aller Studienteilnehmerinnen gewährleistet. Dies geschieht indem im Zuge der Bearbeitung der Daten weder Namen noch Orte erwähnt werden, die auf die einzelnen Probandinnen Rückschlüsse zulassen könnten. Ebenso werden die Tonbandaufnahmen und die Transkripte der Interviews alleinig von der Forscherin bearbeitet und eingesehen. Durch die Teilnahme an diesem Projekt sind keine physischen und psychischen Schäden für die Beteiligten zu erwarten und somit werden auch keine prophylaktischen Maßnahmen gesetzt. Die Studienteilnehmerinnen wurden zudem im Vorfeld der Erhebung persönlich über das Forschungsvorhaben durch die Forscherin detailliert informiert und erhielten ebenso ein schriftliches Aufklärungsblatt. Eine informierte Einwilligung (informed consent) musste von den Studienteilnehmerinnen vor dem Interview unterschrieben werden (Flick, 2014; Körtner, 2012). Beides befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

Zudem wird von Flick (2014) gefordert, dass auch während der Analyse der Daten darauf geachtet wird, dass die Interpretationen der Forscher bzw. Forscherinnen den Probanden bzw. Probandinnen gerecht werden. Dies bedeutet, dass die angestellten Interpretationen tatsächlich in den Daten begründet sein müssen und auf eine wertfreie Art und Weise präsentiert werden. Dieser interessante Aspekt wird in dieser Arbeit zusätzlich zu dem zuvor erwähnten grundlegenden ethischen Vorgehen beachtet.

### **3.5 Methode der Datenerhebung**

Zur Datenerhebung wurden qualitative leitfadengestützte Interviews geführt. Der Leitfaden wurde von den Forschungsfragen abgeleitet und diente der Forscherin als Orientierung für die Gespräche.

Eröffnet wurden die Interviews jeweils mit einer Erzählaufforderung, welche auf die Beschreibung des Ablaufs einer stillen Geburt auf der Abteilung der Befragten abzielte. Einerseits wurde so ein Einstieg in das Gespräch geschaffen, welcher nicht so stark emotional behaftet ist. Andererseits konnte sich so die Forscherin ein Bild über die vorherrschende institutionsspezifische Situation auf den unterschiedlichen gynäkologischen Normalstationen machen.

Danach folgte ein Fragenblock bezogen auf das individuelle Erleben der Probandinnen, ihre damit verbundenen Belastungen und ihren persönlichen Umgang mit einer stillen Geburt. Als dritte Einheit des Interviews wurden Fragen bezüglich des Umgangs mit und der Versorgung des stillgeborenen Babys gestellt. Des Weiteren wurden die Interviewpartnerinnen aufgefordert ein abschließendes Statement oder einen bisher nicht erwähnten, aber dennoch wichtigen Gedankengang zum Thema der stillen Geburt zu äußern.

Alle im Leitfaden vorbereiteten Fragen sind sehr offen gestaltet und lassen narrative Erzählungen der befragten Personen zu. Darauf wurde während der gesamten Datenerhebung besonders Wert gelegt, da so die subjektive Wirklichkeit der Probandinnen umfassend dargestellt werden kann (Flick, 2014). In der Studie von McCreight (2005) wird beschrieben, dass vor allem Pflegepersonen dazu neigen ihr professionelles und persönliches Erfahrungswissen in „Geschichten“ zu verpacken. So können sie das Erlebte reflektieren und gleichzeitig ihre eigenen Erklärungsformen

dafür konstruieren. Dies war aufgrund der Erhebungsmethode für die Probandinnen möglich.

Auch wenn die drei oberhalb beschriebenen Blöcke des Leitfadens immer in derselben Reihenfolge erfragt wurden, wurden dennoch gewisse, für Leitfadeninterviews spezifische Spielräume bei der konkreten Interviewgestaltung in Anspruch genommen. Es wurde beispielsweise individuell entschieden, wann und in welcher Reihenfolge die einzelnen Fragen gestellt werden. Ebenso ergab sich aus den einzelnen Interviewsituationen, welche Fragen weggelassen werden konnten, da sie bereits an anderer Stelle beantwortet wurden oder aber der Forscherin als für die individuelle Situation unpassend oder ungeeignet erschienen (Flick, 2014).

Im April und Mai 2015 wurden neun Interviews mit allgemein diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern geführt, welche jeweils zwischen 20 und 45 Minuten dauerten. Zwei der Interviews fanden im häuslichen Umfeld der Probandinnen und sechs der Interviews fanden während der Dienstzeit im Krankenhaus statt. Ein Interview wurde zwar im Krankenhaus, aber noch vor Dienstbeginn der befragten Person geführt.

Die Interviews wurden tonbandaufgezeichnet und anschließend wurden kommentierte Transkripte verfasst, wobei das Gesprochene dabei in normales Schriftdeutsch übertragen wurde (Mayer, 2011).

### **3.6 Genauere Beschreibung der Probandinnengruppe**

Abgesehen von dem gewünschten Mix an Erfahrung konnte auch eine Variation im Alter und Familienstand der Probandinnen erzielt werden. Ebenso haben einige Probandinnen bereits Kinder, manche wünschen sich Nachwuchs und andere haben ihre Familienplanung bereits abgeschlossen. All diese Aspekte können in der Interpretation der Daten eine Rolle spielen. Daher werden nun die einzelnen Interviewsituationen und die Probandinnen tabellarisch dargestellt.

| Nr. | Spital | Dauer     | Alter | Berufserfahrung                      | Familienstand | Kinder                         |
|-----|--------|-----------|-------|--------------------------------------|---------------|--------------------------------|
| 1   | A      | 42:34 min | 33 J. | 3 J. Gyn.                            | Beziehung     | 1 minderjährig                 |
| 2   | B      | 41:25 min | 44 J. | 3 J. Interne, 22 J. Gyn.             | verheiratet   | 2 erwachsen                    |
| 3   | B      | 33:35 min | 45 J. | 15 J. Interne, 10 J. Gyn.            | verheiratet   | 2 minderjährig,<br>1 erwachsen |
| 4   | C      | 44:42 min | 35 J. | 16 J. Gyn.                           | Beziehung     | 0, Wunsch                      |
| 5   | C      | 30:20 min | 27 J. | 4 J. Interne und Chir.,<br>3 J. Gyn. | Beziehung     | 0, Wunsch                      |
| 6   | A      | 45:21 min | 27 J. | 5 J. Gyn.                            | Beziehung     | 0, Wunsch                      |
| 7   | D      | 26:54 min | 46 J. | 1 1/2 J. Gyn.                        | ledig         | 0                              |
| 8   | D      | 18:06 min | 27 J. | 5 J. Gyn.                            | ledig         | 0, Wunsch                      |
| 9   | A      | 35:00 min | 30 J. | 7 J. Gyn                             | ledig         | 0, Wunsch                      |

Tabelle 1: tabellarischer Vergleich der neun Probandinnen

Bei den vier Institutionen handelt es sich um zwei Wiener Gemeindespitäler (A,D), um ein Wiener Krankenhaus mit privatem geistlichem Träger (C) und um ein Klinikum in Niederösterreich (B). In zwei dieser Häuser findet die stille Geburt per se normalerweise im Kreißsaal statt und in zwei auf der gynäkologischen Normalstation.

### 3.7 Methode der Datenauswertung

Zur Datenauswertung werden das offene und axiale Kodieren in Anlehnung an die Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996) herangezogen. Mit dieser interpretativ-reduktiven Analyse­methode sollen die Interviewtexte weitgehend aufgebrochen werden, um ein tieferes Textverständnis zu entwickeln (Flick, 2014; Mayer, 2011).

*„Die Grounded Theory ist eine qualitative Forschungsmethode bzw. Methodologie, die eine systematische Reihe von Verfahren benutzt, um eine induktiv abgeleitete, gegenstandsverankerte Theorie über ein Phänomen zu entwickeln.“* (Strauss & Corbin, 1996, p. 8) Die Grounded Theory ist sehr komplex und geht über eine bloße Methode weit hinaus. Ihr Ziel ist die Erstellung einer Theorie, die die Wirklichkeit theoretisch darstellt.



Diese Arbeit hat jedoch nicht den Anspruch eine fundierte Theorie zu entwickeln, sondern bedient sich lediglich an der Logik und der beschriebenen Methode der Datenanalyse.

Strauss und Corbin (1996) erwähnen selbst, dass nicht jeder Forscher bzw. jede Forscherin das Erstellen einer dicht konzeptualisierten Theorie als Ziel hat. Ist der Zweck der Datenanalyse die Erstellung eines Categoriesystems, um die Ergebnisse in geordneter Form darzustellen, kann man dennoch von der Methode profitieren und gewisse Abkürzungen in dieser vornehmen. Allerdings merken sie hier kritisch an, dass es sich dann um eine sehr oberflächliche und wenig ausführliche Arbeit handeln würde. Die dadurch erworbenen Ergebnisse würden nur vorläufige Interpretationen darstellen und keinesfalls als überprüft gelten.

Unter Berücksichtigung dieser Aussage wurden aufgrund des begrenzten Zeitfensters dieser Masterarbeit alleinig die Verfahren des offenen und des axialen Kodierens herausgenommen, um die Daten zu analysieren. Auf ein theoretisches Sampling, eine besondere Art der Stichprobengewinnung, sowie auf das selektive Kodieren wurde verzichtet. Auch Truschkat et al. (2011) betonen, dass gerade in Qualifikationsarbeiten nicht erwartet wird, dass eine komplett neuartige theoretisch fundierte Theorie entwickelt wird und daher gewisse Anpassungen an der Methode, vor allem beim Sampling, vorgenommen werden dürfen.

### 3.7.1 Offenes Kodieren

Das offene Kodieren stellt den AnalyseEinstieg und einen „*Prozeß (sic!) des Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von Daten*“ (Strauss & Corbin, 1996, p. 43) dar. Es geht also in weiterer Folge darum, die *Phänomene*, welche auch als *Konzepte* bezeichnet werden, zu benennen (Strauss & Corbin, 1996). Breuer (2010) bezeichnet das auch als assoziatives Brainstorming über mögliche Bezeichnungen, Bedeutungen oder denkbare Lesarten eines Wortes, einer Zeile oder eines Textabschnittes, was das Herausarbeiten einer verallgemeinerbaren Benennung zum Ziel hat.

In weiterer Folge werden ähnliche Konzepte gruppiert und unter einer abstrakteren *Kategorie* zusammengefasst. Um später Beziehungen zwischen Kategorien und ihren Subkategorien herausarbeiten zu können, müssen auch die *Dimensionen und Eigenschaften* der einzelnen Kategorien entwickelt werden (Strauss & Corbin, 1996).

Durch zusätzliches *generatives Fragenstellen* und *Anstellen von Vergleichen* soll einerseits die *theoretische Sensibilität* des Forschers bzw. der Forscherin bezogen auf die einzelnen generierten Kategorien erhöht und andererseits seine bzw. ihre Vorannahmen in Frage gestellt werden (Breuer, 2010; Strauss & Corbin, 1996).

Die theoretische Sensibilität wird als für den Forschungsprozess wichtige, persönliche Fähigkeit des Forschers bzw. der Forscherin definiert. Es beschreibt die Fähigkeit den erhobenen Daten Bedeutung zu verleihen, sie zu verstehen und Wichtiges von Unwichtigem trennen zu können. Es gibt verschiedene Quellen der theoretischen Sensibilität. Einerseits wird die vorangehende Literaturrecherche als solche bezeichnet, andererseits auch berufliche und persönliche Erfahrungen bezogen auf das erforschte Thema. Auch der Forschungsprozess selbst kann zu einer tieferen Sensibilisierung des Forschers bzw. der Forscherin führen (Breuer, 2010; Strauss & Corbin, 1996). Im Zuge des Forschungsprozesses dieser Arbeit werden all diese Quellen berücksichtigt. Es wurde eine vertiefende Literaturrecherche im Vorfeld der Datenerhebung durchgeführt. Ebenso hat die Forscherin berufliche Erfahrung zum Thema stille Geburt und auch im Zuge des Forschens selber wurde ein immer tieferes Verständnis für das Erleben der Pflegepersonen bezogen auf die Thematik erzielt. Die persönliche Erfahrung stützt sich auf ähnliche, wenn nicht ganz vergleichbare Verlusterlebnisse.

An das offene Kodieren schließt das axiale Kodieren an. Wobei hier angemerkt werden sollte, dass es sich dabei um keine strikte Abfolge handelt. Diese beiden Kodiervorgänge können sich durchaus auch abwechseln oder ineinander übergehen (Strauss & Corbin, 1996).

### 3.7.2 Axiales Kodieren

Das axiale Kodieren fügt anschließend die durch das offene Kodieren erschlossenen Kategorien auf neue Weise zusammen, *indem Verbindungen zwischen den Kategorien und ihren Subkategorien* erstellt werden. Diese Beziehungen werden in einem Kodierparadigma bzw. *paradigmatischen Modell* dargestellt und dadurch wird ein systematisches Nachdenken über die Daten ermöglicht (Breuer, 2010; Strauss & Corbin, 1996; Strübing, 2008). Die Kategorien werden hier nicht bezogen auf ihre Eigenschaften und Dimensionen, wie beim offenen Kodieren, sondern in Bezug auf

unterschiedliche Bedingungen betrachtet, die aufgedeckt und beschrieben werden sollen. Auch hier gelten das Stellen von Fragen und das Vergleichen als unterstützende Methoden.

- Zu diesen Bedingungen zählen die *ursächlichen Bedingungen*, welche zum Auftreten eines Phänomens beitragen.
- Des Weiteren gehört der *Kontext* dazu. Dieser bezieht sich entweder auf die spezifischen Eigenschaften eines Phänomens oder auf Bedingungen, innerhalb derer die Handlungen stattfinden, um das Phänomen zu bewältigen, auszuführen oder auch darauf zu reagieren.
- *Intervenierende Bedingungen* beschreiben jene, die entweder förderlich oder hindernd für die Handlungsstrategien sind und stellen den breiten strukturellen Kontext dar.
- Auch *Handlungs- und Interaktionale Strategien*, die auf das Phänomen gerichtet sind, sind Bestandteil des paradigmatischen Modells. Diese sind zweckgerichtet und zielorientiert und können absichtlich oder aber auch unbeabsichtigt gesetzt werden. Ebenso nicht gesetzte Handlungen oder Interaktionen sind bedeutsam und sollen daher bei der Analyse bedacht werden.
- Diese Handlungen und Interaktionen haben stets Ergebnisse bzw. *Konsequenzen*, in der Gegenwart oder aber auch in der Zukunft.

(Breuer, 2010; Strauss & Corbin, 1996)

Während dieses Prozesses des In-Beziehung-Setzens soll stets zu den Daten zurückgekehrt werden, um vermutete Verbindungen zu bestätigen bzw. auch zu widerlegen. Daher wird das axiale Kodieren auch als ein Wechselspiel zwischen induktivem und deduktivem Denken beschrieben. Hypothesen und Vermutungen aufstellen wechselt sich stets mit Überprüfen ab. Genau das macht die Ergebnisse gegenstandsverankert (Strauss & Corbin, 1996).

## 4. Ergebnisse

Die zu Beginn des Forschungsprozesses formulierten Forschungsfragen und der verwendete Interviewleitfaden richten sich fast ausnahmslos auf eigene Empfindungen und Erlebnisse von Pflegepersonen sowie deren Belastungen bezogen auf die Betreuung von Familien, die eine stille Geburt erleben. Die Fragen sind zum Teil sehr persönlich und einige Probandinnen taten sich sichtlich mit der Beantwortung schwer. Oftmals gaben sie ausweichende Antworten und kamen immer wieder auf den krankenhausspezifischen Ablauf und die Beschreibung ihrer Tätigkeiten in so einer speziellen Situation zurück. Ebenso erzählten sie viel über Maßnahmen, welche sich auf die Erfüllung der Bedürfnisse der Patientin und ihrer Familie richten. Erst bei genauerer Durchsicht der Daten konnten Belastungen und persönliche Emotionen der Befragten herausgefiltert werden.

Im Zuge der Datenerhebung und der -analyse wurde weiters evident, dass trotz konkreter Fragestellungen die befragten Pflegepersonen stets den Bogen zu den Bedürfnissen und zum Wohlbefinden der Patientinnen spannten. Es stellte sich heraus, dass das Wohl der Patientin für die Pflegekräfte im Mittelpunkt steht und einen wichtigen Faktor darstellt, wenn es um die Definition der eigenen Zufriedenheit und das Ausmaß der persönlichen Belastungen der Pflegepersonen in solchen spezifischen Situationen rund um eine stille Geburt geht.

Zu Beginn des Analyseprozesses wurde versucht Konzepte und Kategorien zu benennen, die die Forschungsfragen im Einzelnen konkret beantworten. Jedoch wurde deutlich, dass diese gebildeten Kategorien zusammenhängen, sich gegenseitig beeinflussen bzw. bedingen und somit nicht nur einer spezifischen Forschungsfrage als Antwort dienen. Bei vertiefender Analyse der Daten kristallisierte sich ein wesentlich größeres und allumfassenderes Konzept heraus.

Es konnte im Zuge des offenen und axialen Kodierens ein zentrales Schlüsselphänomen herausgearbeitet werden: *„Als Pflegeperson das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt stellen“*. Alle zuvor benannten Kategorien und Konzepte können diesem Phänomen untergeordnet bzw. um es herum angeordnet werden. In einem paradigmatischen Modell in Anlehnung an Strauss und Corbin (1996) wird dies grafisch dargestellt.

Auf den ersten Blick mögen nun die Forschungsfragen für den Leser bzw. die Leserin nicht sofort strukturiert beantwortet sein, jedoch bei Betrachtung des gesamten Paradigmas zeigen sich nicht nur Antworten auf die zuvor gestellten Fragen, sondern es ergibt sich zusätzlich ein neuer Blickwinkel auf die aufgegriffene Thematik.

### ursächliche Bedingungen:

- Definition des Belastungsgrads der Pflegeperson über das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Patientin
- eigenes Rollenverständnis als Pflegeperson
- Fokus auf Wohl der Patientin bedingt Ablenkung von sich selbst

### kontextuelle Bedingungen:

- Tabuisierung des Themas „stille Geburt“
- emotional behaftete Thematik
- Betroffenheit der Pflegeperson
- Tatsache, dass das Kind tot ist
- infrastrukturelle Gegebenheiten
- Art des Aufenthalts
- Schwangerschaftswoche
- Patientin

### Schlüsselphänomen:

## Als Pflegeperson das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt stellen

#### Eigenschaften:

1. Definitionen des Wohls
2. Bereiche des Schlüsselphänomens
3. Intensität des Schlüsselphänomens
4. Häufigkeit des Schlüsselphänomens
5. Dauer des Schlüsselphänomens
6. Motivation des Schlüsselphänomens

#### Dimensionen:

1. Selbstdefinition ----- Fremddefinition
2. Mehrdimensional ----- eindimensional
3. Hoch ----- nieder
4. Immer ----- nie
5. Lange ----- -kurz
6. Hoch ----- nieder

### intervenierende Bedingungen:

#### interne (von Pflegeperson abhängige) I.B.

- Umgang mit den eigenen Emotionen
- Tagesverfassung der Pflegeperson
- Erfahrungsschatz der Pflegeperson
- Ausmaß von Berührungssängsten
- Vorannahmen der Pflegeperson
- Umgang mit Ausnahmesituationen
- Grad der Vorbereitung und der Vorinformation
- Schulungsausmaß
- Verwendung von Hilfsmitteln
- Dauer der bisherigen Begleitung der Patientin
- Selbstbewusstsein bezüglich geleisteter Arbeit

#### externe (von außen abhängige) I.B.

##### personenbezogene

- Patientin und Familie
- Kulturaspekt
- Sprachbarriere
- Zustand des stillgeborenen Kind
- Kollegen/Kolleginnen
- mangelnde Einsicht bezüglich Belastungen der Pflegepersonen

##### institutionsbezogene

- Zeit
- Personalstand
- zusätzliche Patientinnenbetreuung
- Kontinuität der Betreuung
- Ort der Geburt und Person, die begleitet
- Ausnahmesituationen

### positive Konsequenzen:

- geringere Belastung der Pflegeperson
- Zufriedenheit der Patientin und der Angehörigen
- Dankbarkeit
- positives Feedback
- gute Bewältigung und guter Umgang mit Trauer der Patientin und ihrer Familie
- Zufriedenheit der Pflegeperson

### negative Konsequenzen:

- sich alleine gelassen fühlen
- Überforderung
- Hilflosigkeit
- Machtlosigkeit
- Sprachlosigkeit
- Angst
- Resignation

### Handlungen/Strategien:

#### Angehörige mitbetreuen

#### Patientin individuell betreuen

- körperlich
  - Monitoring-Aufgaben
  - für Schmerzfreiheit sorgen

#### emotional

- Vertrauen aufbauen
- kommunizieren und Gespräche führen
- Trauerbewältigung unterstützen
- Privatsphäre schaffen
- Patientin schützen
- Entscheidungen der Patientin respektieren und unterstützen

#### mit dem Kind liebevoll umgehen

- wie mit lebenden Kind umgehen
- körperlicher Kontakt
- Kind versorgen
- Moment der Begegnung gestalten

### Ressourcen miteinbeziehen

- Infrastruktur
- Patientin
- soziales Umfeld der Patientin
- betreuende Pflegeperson
- Kollegen/Kolleginnen
- Selbsthilfegruppe Regenbogen

### der Rolle als Pflegeperson entsprechen

- Ruhe bewahren
- Empathie zeigen
- Einfühlungsvermögen zeigen
- Mitgefühl zeigen
- Feingefühl zeigen
- sich darauf einlassen
- sich Zeit nehmen und Da sein

### auf sich selbst achten

- offen damit umgehen
- darüber reden
- Ausgleich schaffen
- eigene Emotionen zulassen
- eigene Rituale
- eigene Umgangsmuster zurechtlegen
- hausinternes Unterstützungsangebot in Anspruch nehmen

Auf den nun folgenden Seiten wird dieses oberhalb dargestellte paradigmatische Modell näher beschrieben und ausführlich erklärt. So sollen die zentrale Stellung des Schlüsselphänomens und die Zusammenhänge der Kategorien und Konzepte um dieses herum näher begründet und auch die gestellten Forschungsfragen beantwortet werden. Untermuert werden diese Ausführungen mit Zitaten aus den geführten Interviews.

#### 4.1 Schlüsselphänomen

Hierbei handelt es sich um eine zentrale Idee, um die sich Ursachen, diverse Handlungen, Strategien, kontextuelle und intervenierende Bedingungen sowie Konsequenzen gruppieren.

Das Schlüsselphänomen *„Als Pflegeperson das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt stellen“* ist das zentrale Ergebnis dieser Arbeit. Es taucht in den Interviews immer wieder auf, sei es direkt oder indirekt „zwischen den Zeilen“. Für die Pflegekräfte ist das Wohlbefinden der Patientinnen sehr wichtig und sie setzen es sich als Ziel, dass es diesen gut geht, sie sich gut begleitet fühlen und mit der Betreuung zufrieden sind.

*„Es geht allgemein darum, dass sich die Leute gut begleitet fühlen, gut behandelt fühlen und informiert fühlen.“ (I5, Z112-114)*

Ist dies der Fall, sind auch die Pflegekräfte zufrieden, beschreiben ihre Arbeit als befriedigend und fühlen sich in ihrem Handeln bestätigt.

*„Prinzipiell, ich mach's schon irgendwie gern. Auch wenn's irgendwie schlimm klingt. Aber wie gesagt, wenn man die Leute gut betreut und die wirklich mit einem guten Gefühl da weg gehen und sich auch dafür bedanken, find ich, hat man seinen Job gut gemacht.“ (I5, Z277-280)*

Sie schöpfen aus den Betreuungssituationen Kraft und Motivation für weitere.

*„Das war die, aus der ich die Kraft geschöpft habe, andere schöner zu leiten.“ (I1, Z395-396)*

Können Pflegekräfte das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt stellen, bringt es positive Konsequenzen mit sich, auf welche später noch näher eingegangen wird. Ist

es den Pflegepersonen nicht möglich das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt zu stellen, kann dies negative Folgen haben und führt vermehrt zu Belastungen.

Dieses Phänomen hat einige Eigenschaften, welche dimensionalisiert werden können. Auf diese wird nun näher eingegangen, da so die verschiedenen Ausprägungen des Schlüsselphänomens sowie dessen unterschiedliches Auftreten aufgezeigt werden können.

#### 4.1.1 **Eigenschaften und Dimensionen**

Ausschlaggebend ist vor allem wer das Wohl definiert. Hier treffen *Selbstdefinition und Fremddefinition* aufeinander. Patientinnen äußern ihre Bedürfnisse und Wünsche vermehrt selbstständig und treffen eigenständig Entscheidungen. Sie definieren somit jene Faktoren, die zu ihrem eigenen Wohlbefinden gehören. Die betreuenden Pflegepersonen unterstützen diese Entscheidungen und gehen auf die geäußerten Bedürfnisse ein. Dennoch gibt es Momente, in denen Pflegekräfte Vorannahmen und Erfahrungswerte heranziehen, um für sich zu definieren, was für sie als betreuende Person zum Wohl der Patientin gehören könnte. Dieser Aspekt der unterschiedlichen Definitionen des Wohls soll während der Betrachtung der Ergebnisse stets im „Hinterkopf“ behalten werden.

Das Schlüsselphänomen variiert auch in der Anzahl seiner *Bereiche*. Je nachdem wie die Pflegeperson individuell mit der Betreuungssituation umgeht und auf sich selbst achtet, kann sie das Wohl der Patientin in unterschiedlich vielen Bereichen in den Mittelpunkt stellen. Hier beeinflussen ebenso die internen, von der Pflegeperson abhängigen intervenierenden Bedingungen (siehe Kapitel 4.5.1). Eine Pflegekraft ist beispielsweise gut selbstreflektiert und geht mit der emotionalen Betreuung der Patientin offen um, jedoch hat sie Berührungsängste und Hemmungen im Umgang mit dem stillgeborenen Kind. Dies führt dazu, dass sie zum Beispiel das Wohl der Patientin in Hinblick auf deren emotionalen Bedürfnisse in den Mittelpunkt stellen kann. Hingegen bei der Gestaltung des Moments der Begegnung mit dem Kind kann sie dies nicht, da sie mit ihren eigenen Emotionen und Ängsten beschäftigt ist.

Eng damit verbunden ist die *Intensität*, in der das zentrale Phänomen von den Pflegepersonen umgesetzt wird. Je nach eigenem Belastungsgrad bezogen auf die



einzelnen Handlungen und Strategien (Kapitel 4.4), unter Berücksichtigung der kontextuellen und intervenierenden Bedingungen (Kapitel 4.3 und 4.5), kann situationsspezifisch das Wohl mal mehr und mal weniger ins Zentrum gerückt werden.

Der persönliche Umgang und vor allem die internen, intervenierenden Bedingungen (Kapitel 4.5.1), besonders die Tagesverfassung der Pflegeperson, sind ausschlaggebend dafür, wie häufig das Schlüsselphänomen von den Pflegekräften verwirklicht wird. Die *Häufigkeit* und aber auch die *Dauer* sind speziell vom Faktor „Zeit“ abhängig (siehe Kapitel 4.5.2). Der Zeitmangel beeinflusst bedeutsam wie oft und wie lange Pflegepersonen das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt stellen können. Natürlich spielt hier auch die Bereitschaft der Pflegekraft das Schlüsselphänomen umzusetzen eine tragende Rolle. Auch dies wird vom persönlichen Umgang und der Belastung der Pflegeperson beeinflusst.

Ebenso gibt es unterschiedliche Gründe für die *Motivation* der Pflegeperson das Schlüsselphänomen zu verwirklichen. Hierbei handelt es sich um die ursächlichen Bedingungen (Kapitel 4.2) und ebenso die positiven Konsequenzen (Kapitel 4.6.1).

Es werden nun jene Kategorien näher betrachtet, die um das Schlüsselphänomen gruppiert sind. Sie sind die, die auf das zentrale Phänomen und seine Ausprägung Einfluss nehmen und die es somit zu dem machen, was es ist.

## **4.2 Ursächliche Bedingungen**

Als Grund bzw. als Ursache für das Auftreten des Schlüsselphänomens werden in den erhobenen Daten von den befragten Personen ein paar Aspekte genannt.

*Die Pflegepersonen definieren ihren eigenen Belastungsgrad über das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Patientin.* Je wohler sich die Patientin fühlt und je zufriedener sie mit ihrer Betreuung ist, desto geringer fühlen sich die betreuenden Pflegekräfte belastet. Fühlt sich eine Patientin hingegen nicht gut betreut und begleitet, birgt dies auch vermehrt Belastungen für die Pflegepersonen. Aus diesem Grund setzen es sich

die Pflegekräfte als Ziel, das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt zu stellen, um somit auch in weiterer Folge selbst weniger belastet zu sein und mit der geleisteten Arbeit zufrieden sein zu können.

*„Ich sags halt so, für mich ist so, wenn die sich gut betreut und begleitet fühlen, ist es für mich nicht so schlimm.“ (I6, Z67-68)*

*„Man kann das ... für beide Seiten so positiv begleiten, dass das (,) die Endstimmigkeit eine gute ist, auch wenns das furchtbarste Erlebnis auf Gottes Erden ist, aber ... es kann auch schön sein so eine Geburt begleiten zu dürfen, wenn man dann eintauchen kann und für die Familie so lösen kann, dass es zwar schrecklich ist, aber schön.“ (I1, Z581-587)*

Weiters zählt es zum eigenen *Rollenverständnis der Pflege*, dass die zu betreuende Person im Mittelpunkt steht. Das Wohl der Patientinnen hat für das Pflegepersonal eine zentrale Stellung. Dies macht sich in den Interviews besonders dadurch bemerkbar, dass die Befragten mit einer Selbstverständlichkeit von individueller Betreuung und Begleitung erzählen.

*„Man muss halt immer individuell auf die Frau eingehen, gell.“ (I4, Z120-121)*

Eine Interviewpartnerin erzählt beispielsweise auch von einem reflektierenden Gespräch während einer Teamsitzung, bei dem über dieses Thema gesprochen wurde.

*„und da ging halt schon auch hervor, dass für uns alle die Begleitung das Wichtigste ist. Dass die Patienten sich gut begleitet fühlen.“ (I5, Z109-111)*

Ein weiterer Grund für das Schlüsselphänomen kann sein, dass die betreuenden Pflegekräfte ihren *Fokus auf das Wohl ihrer Patientin legen, um sich so nicht zu ausführlich mit den eigenen Belastungen und Bedürfnissen auseinandersetzen zu müssen*. Dies wird speziell bei jenen Pflegepersonen deutlich, die sich stärker von der Betreuungssituation abgrenzen und sich von der Emotionalität der stillen Geburt

distanzieren. Diese weichen während den Interviews persönlichen Fragen ebenso vermehrt aus.

*„ich versuch halt trotzdem, dass ich irgendwie ein bisschen eine Distanz (,) also ich versuch da gar nicht mehr so viel zu denken, ja [...] ich versuch halt da das (,) einfach ein bisschen eine Wand aufzustellen“ (I4, Z249-255)*

### 4.3 Kontextuelle Bedingungen

Das Schlüsselphänomen ist stets in einen Kontext eingebettet. Dieser ist immer und zumeist auch in selber Form und Ausprägung vorhanden. Somit unterscheiden sich die kontextuellen Faktoren von den intervenierenden Bedingungen, die stark variieren können. Die Handlungsstrategien, welche ergriffen werden, um mit dem Schlüsselphänomen umgehen bzw. dieses umsetzen zu können, finden in diesem Kontext statt und sie werden von diesem beeinflusst.

Hier wird beispielsweise die prinzipielle *Tabuisierung des Themas „stille Geburt“* genannt.

*„Das ist halt schon irgendwo ein bisschen ein Tabuthema irgendwie. Das ist für alle irgendwie (,) man mag da nicht so drüber reden, weil das halt einfach (,) aber es ist schade, weil es kommt ja auch gar nicht so selten vor, darum geht's halt auch.“ (I4, Z472-475)*

Diese Thematik findet keine bzw. kaum Erwähnung, weder in der Gesellschaft noch in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege.

*„Und ich find schon, dass das so wie Sterbe (,) also sterbenden Patienten zu begleiten auch das was Wichtiges ist, was auch schon in die Schulausbildung schon mit hinein gehört.“ (I5, Z382-385)*

Es wird fast nie darüber gesprochen. Dies wäre in den Augen einiger der befragten Pflegekräfte jedoch wichtig, da es eigentlich gerade in den früheren Schwangerschaftswochen recht häufig vorkommt. Pflegepersonen haben auch die Erfahrung gemacht, dass auch betroffene Frauen nicht darüber reden, was wiederum dazu führt, dass diese sich in ihrem Schicksal alleine fühlen.

*„Weil es ja eigentlich total häufig ist. Gerade ein Abortus ist total häufig. Also das hat man alle paar Tage liegen, so eine Frau mit einem Abortus. Und viele Frauen wissen das auch gar nicht.“ (I2, Z426-428)*

Weiters handelt es sich um ein stark *emotional behaftetes Thema* und dies beeinflusst auch die Pflegepersonen in ihrem Handeln.

Somit zählt auch die *Betroffenheit der Pflegekräfte*, welche von allen Befragten erwähnt wurde, zu den kontextuellen Bedingungen.

*„Ja, also eigentlich ist schon so (,) also es ist jedes Mal halt schon ein Schock, wenn man das hört. Natürlich betrifft es einen.“ (I6, Z44-45)*

*„im Grunde genommen tun dir die Eltern mörderisch leid. Ja, also die stehen (,) also der Vater eigentlich, der ist da gestanden wie ein Häufchen Elend mit dem kleinen Kind in der Hand. Also das ist schon ein Bild, wo du sagst (,) da schluckst du schon einmal, ja.“ (I7, Z151-155)*

Vor allem vordergründig ist, dass auf den gynäkologischen Stationen der Befragten ausschließlich weibliche Pflegepersonen arbeiten, welche zumeist entweder bereits Kinder oder einen Kinderwunsch haben. Dies verstärkt ihre Betroffenheit.

*„Es ist schon ext ... also es ist einfach traurig. Vor allem wenn man selber in dem Alter jetzt ist, wo man sagt, ja man hat Kinder oder man wünscht sich ein Kind oder ... man ist schwanger.“ (I4, Z243-245)*

Eine gewisse Sorge vor einer eigenen Schwangerschaft wird in manchen Interviews ebenso evident.

*„Hoffentlich passiert mir das nie. Echt, Wahnsinn.“ (I9, Z13)*

*„Weil man denkt dann halt, wenn du dann selber schwanger bist irgendwie hat man schon so (,) die ganze Schwangerschaft denkt man, hoffentlich ist nichts, weil man weiß, was es alles gibt.“ (I4, Z318-321)*

Diese Betroffenheit der Pflegepersonen ist stets vorhanden. Wie die Pflegekräfte jedoch individuell mit den eigenen Emotionen umgehen, ist unterschiedlich und beeinflusst ihre Strategien im Umgang mit stiller Geburt und mit dem

Schlüsselphänomen. Darauf wird bei den intervenierenden Bedingungen näher eingegangen.

Die *Tatsache, dass das Kind tot ist*, ist allgegenwärtig, schwebt über jeder Betreuungssituation und beeinflusst diese. Der Tod eines Kindes ist stets tragisch und belastend und kann durch nichts aufgehoben werden. Daher zählt auch das zu den kontextuellen Bedingungen.

*„Andererseits ist das auch total schlimm, weil ich mir denk ja, es ist einfach (,) es lebt einfach nicht. Es ist einfach tot. Es ist ja (,) einfach kein Leben da“ (I6, Z535-537)*

*„Es berührt mich auch viel mehr, als wenn ein Erwachsener stirbt, viel viel mehr.“ (I4, Z418-419)*

Auch *infrastrukturelle Gegebenheiten* sind stets vorhanden und können nicht geändert werden. Somit stellen sie einen Teil des Kontextes dar, in welchem Pflegepersonen das Schlüsselphänomen umsetzen. Wird die infrastrukturelle Situation von den Pflegepersonen als positiv bewertet, kann sie auch als Ressource fungieren.

Es kommt vor, dass die Geburtshilfe und die allgemeine Gynäkologie eine Station bzw. nur durch einen Gang getrennt sind. Somit gibt es keine räumliche Trennung und Mütter von totgeborenen Kindern sind unmittelbar mit glücklichen Familien und mit gesunden Neugeborenen konfrontiert.

*„...weil links liegen die Operativen, rechts liegt das Wochenbett und dazwischen ist nur ein Gang. [...] Und sobald sie jetzt aber das Zimmer verlassen, sind sie am Gang heraußen und sind einfach konfrontiert, weil sie einfach (,) da fahren einfach ganz viele Frauen mit Ihren Babywagerln oder tragen es oder gehen einfach glücklich mit ihrer Familie am Gang spazieren oder sitzen im Tagraum, also das ist unausweichlich.“ (I3, Z115-122)*

Vermehrt besteht jedoch eine räumliche Trennung. Dennoch kommt es vereinzelt vor, dass Mütter mit gesunden Säuglingen auf der gynäkologischen Normalstation liegen. Solche Situationen sind nicht nur für Familien, die eine stille Geburt erleben, ungut,

sondern auch die betreuenden Pflegepersonen wissen damit oftmals nicht umzugehen.

*„Oder wenn dann oft im Nebenzimmer die Kinder liegen und schreien. Jetzt schauen wir eigentlich, dass wir sie [, die Mütter von stillgeborenen Kindern] nicht auf die Geburtsabteilung legen, sondern auf die Gyn. Damit sie abgeschottet liegen und dann hast sie im Nebenzimmer liegen.“ (I5, Z223-226)*

*„Ich mein, da sind immer die ganzen Mütter und die Babys hört man schreien. Ich mein, dass kannst wirklich niemanden eigentlich zumuten.“ (I4, Z91-93)*

Ein weiterer kontextueller Aspekt ist die *Art des Aufenthalts*. In den verschiedenen Krankenhäusern ist für Patientinnen, die einen Abort bzw. eine Totgeburt erleben, eine unterschiedliche Dauer des Aufenthalts vorgesehen. Diese reichen von ambulanten bzw. tagesklinischen Behandlungen bis zu mehrtägigen Spitalsaufenthalten.

Die Länge des Aufenthalts beeinflusst die Intensität der Beziehung zwischen den betroffenen Frauen und den betreuenden Pflegepersonen. Laut den befragten Pflegekräften ist erst bei einem längeren Aufenthalt ab mindestens einer Nacht die Zeit für tiefere und entlastende Gespräche und somit für eine nicht nur körperliche, sondern auch psychische und emotionale Betreuung.

*„...es ist leider das, durch das das immer mehr in tagesklinisch umgewandelt wird, äh bleibt nicht viel Zeit. Weil die Frau, wenn sie zurückkommt vom OP, [...] dann schlafen die Frauen dann nachmittags meistens, weils einfach total erschöpft sind und von der Narkose her und am Abend gehen sie dann aber heim. Du hast nicht viel ... viel Zeit ähm, dass du eine Beziehung aufbaust, muss ich sagen.“ (I3, Z44-54)*

Weiters wird bemerkt, dass die Patientinnen je länger sie im Krankenhaus bleiben auch mehr Zeit für wichtige Entscheidungen haben.

Die Länge des Aufenthalts wird des Weiteren maßgeblich von der *Schwangerschaftswoche* beeinflusst, in welcher der Tod des Kindes intrauterin

eingetreten ist. Wie weit fortgeschritten die Schwangerschaft bereits ist, beeinflusst aber nicht nur die Aufenthaltsdauer sondern auch den Belastungsgrad der Pflegepersonen. Oftmals wird ein Abort von ihnen gelassener genommen als eine Totgeburt.

*„Das war 16., 17. Woche. Also da ist ein Unterschied, ob das jetzt eine 30. Woche oder so wäre. Also mit dem ist es sicherlich leichter umzugehen, als mit ... einem Kind von einer 30. Woche, ja.“ (I8, Z238-240)*

So wird auch in weiterer Folge das Schlüsselphänomen beeinflusst, indem Pflegekräfte je nach Schwangerschaftswoche in unterschiedlichen Intensitäten das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt stellen.

Ein stets vorhandener und sehr wichtiger Kontextfaktor ist die *Patientin* selbst. Jede Patientin ist anders, hat individuelle Wünsche und Bedürfnisse, auf die bei ihrer Betreuung eingegangen werden soll. Diese beeinflussen maßgeblich die Umsetzung des Schlüsselphänomens. Auch ob von ihrer Seite Gesprächsbereitschaft gegeben ist, wird von Pflegepersonen als ausschlaggebend genannt, wenn es darum geht befähigt zu sein das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt zu stellen.

*„Und je nachdem wie das Bedürfnis der Frau halt ist, ob sie reden möchte drüber oder nicht oder die Psychologin, ob sie mit der sprechen will. Oder eher dass man sie in Ruhe lässt und wirklich nur nach Bedürfnisse, Schmerzen wie auch immer etc. fragt. Das kommt auf die Frau unabhängig drauf an.“ (I8, Z69-73)*

*„Es kommt auch immer von Frau zu Frau drauf an, manche sind offener, der andere ist eher verschlossener, die tauscht sich eher mit dem Partner aus. Es ist jedes Mal anders.“ (I3, Z75-77)*

#### **4.4 Handlungen und Strategien**

Es werden von den befragten Pflegepersonen mehrere zielgerichtete Sets an Handlungen und Strategien genannt, welche zur Umsetzung des Schlüsselphänomens dienen. Im Idealfall können die meisten dieser Handlungen und

Strategien von den Pflegekräften durchgeführt und verwirklicht werden. Somit kann das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt gestellt werden. Es gibt intervenierende Bedingungen, die dies zusätzlich erleichtern können. Dennoch gibt es auch solche, die die Realisierung des Schlüsselphänomens erschweren können und somit eine Situation abseits der gewünschten schaffen. Auf diese beeinflussenden Faktoren wird in Kapitel 4.5 eingegangen.

Als zentral werden *die individuelle Betreuung der Patientin und die Mitbetreuung ihrer Familie und Angehörigen* angesehen. Hier ist es sehr wichtig ein gutes Gleichgewicht zu halten und als betreuende Pflegeperson die Wünsche und Bedürfnisse aller im Auge zu behalten.

Pflegekräfte geben an, dass es wichtig ist, das eigene Verhalten an die verschiedenen Familientypen und -charaktere anzupassen. Je nach Familiengefüge ist eine geringere bzw. verstärkte Involvierung der Pflegeperson von Nöten.

*„Je nachdem, wies die Familie auch zulässt. Es gibt Familien, da ist man sehr distanziert, zwar offen, aber eher zurückhaltend, weil ein guter Familienverband besteht, der auch gut mit dem Thema umgehen kann und wo die Kommunikation gut forciert wird und da sehr offen damit umgegangen wird. ...] Es gibt dann auch Paare, die wollen eine absolute Unterstützung, das ist ganz unterschiedlich.“ (I1, Z67-80)*

#### **4.4.1 Individuelle Betreuung der Patientin – körperliche Ebene**

Die individuelle Betreuung der Patientin geschieht auf *körperlicher und auf emotionaler Ebene*. Auch hier ist es wichtig ein Gleichgewicht zu halten. Oftmals jedoch fokussieren sich Pflegepersonen bei kurzer Aufenthaltsdauer der Patientin auf die körperliche Versorgung, da die emotionale Betreuung aufgrund von Zeitproblematik oftmals hinten angestellt wird.

*„es wird eigentlich eher körperlich betreut und am Abend gehen sie nach Hause. (I2.Z11-12)*

Auf körperlicher Ebene werden *Monitoring-Aufgaben* genannt, wie beispielsweise Blutungs- und Parameterkontrollen sowie das Verabreichen von ärztlicherseits angeordneter Medikation. Ein wichtiger Aspekt, der fast in allen Interviews erwähnt



wird, ist die *angestrebte Schmerzfreiheit* der Patientin. Es wird als eine Entlastung für die Patientin aber auch für die Pflegeperson angesehen, dass man ihr die schlimme Situation wenigstens dadurch ein Stück weit erleichtern kann.

#### 4.4.2 Individuelle Betreuung der Patientin – emotionale Ebene

Auch wenn es laut Aussagen der befragten Pflegepersonen aus zeittechnischen Gründen oftmals schwierig ist, wird dennoch ein Hauptaugenmerk auf die emotionale Unterstützung der Patientin gelegt. Es wird als eine zentrale Aufgabe gesehen, wenn es darum geht das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt zu stellen.

Als Pflegeperson *Vertrauen zur Patientin aufzubauen* bildet die Voraussetzung, um alle weiteren Aspekte umsetzen zu können, die zur emotionalen Unterstützung zählen.

*„Wir schauen dann schon auch, dass eher immer nur ein und dieselbe Schwester reingeht, eben dass da eben ein bisschen ein Vertrauen aufgebaut wird zur Pflegeperson, dass die sich da auch ein bisschen öffnen können.“ (I5, Z28-31)*

Es ist unerlässlich mit der Patientin und auch mit ihrer Familie zu *kommunizieren und Gespräche zu führen*. Ein Punkt hierbei ist es die Patientin zu *informieren*. Es werden von Seiten der Pflegeperson beispielsweise Informationen über den Ablauf des Krankenhausaufenthalts, die Geburt per se sowie den möglichen Kontakt zum stillgeborenen Kind weitergegeben. Auch werden eigens angefertigte Informationsmaterialien und Broschüren an die Eltern ausgeteilt. Ebenso dass der Informationsfluss mehrmals wiederholend geschieht, damit die Eltern alle Informationen aufnehmen und verarbeiten können, wird von Pflegepersonen bedacht.

*„Sie kriegen es eh öfters (,) den Informationsfluss, weil die einfach echt in einer Ausnahmesituation sind, dass die das oft gar nicht mitkriegen.“ (I5, Z13-15)*

Bei der Gesprächsführung wird vor allem eine *sensible und bedachte Wortwahl* von den befragten Pflegekräften empfohlen. Es wird bevorzugt sich zwar mit einer

gewissen Sorgfalt, aber trotzdem offen und direkt auf Fragen von betroffenen Frauen zu äußern.

*„dass ich der Mama in (,) nicht im Fachjargon, sondern wirklich in vorsichtig formulierten Sätzen ihr die Vorgehensweise erklär“ (I1, Z159-160)*

Auch das *Abwägen des richtigen Zeitpunkts* für längere und tiefere Gespräche ist wichtig. Einige Pflegepersonen wollen Patientinnen nicht bedrängen und keine Gespräche aufzwingen. Daher wählen sie die Strategie abzuwarten, wann die Patientin selbst das Gespräch sucht. In solchen Fällen ist es für die Pflegekräfte vordergründig einfach da zu sein, sich hinzusetzen und zuzuhören und die betroffene Frau einfach reden zu lassen. Ihr dabei gut zureden, die eigene Betroffenheit äußern und auf Floskeln wie „es wird wieder gut“ zu verzichten, ist für Pflegepersonen ebenso wichtig.

*„Man setzt sich hin und meistens ist es so, dass die Frauen dann einfach reden, weinen, reden, weinen und man einfach das (,) also für mich ist es so, ich lass sie halt einfach, gell. Man ist einfach da und gibt kurze Statements dazu. Aber es ist einfach (,) reden lassen und es kommt dann einfach auch ganz viel.“ (I2, Z257-262)*

*„also ich sag, wenn ich rein geh das erste Mal ins Zimmer einfach, sag ich einfach dass es mir fürchterlich leid tut was ihnen passiert ist. Was anderes kannst du da nicht sagen, ja.“ (I4, Z273-275)*

Auch soll der Patientin durch Gespräche die Angst genommen werden.

*„Ich find das wichtig, dass sie einfach das Gefühl haben, okay, es kann mir nicht viel passieren, es ist eh jemand da, der sich um mich kümmert einfach, gell.“ (I4, Z658-661)*

Pflegepersonen setzen es sich weiters als Aufgabe Patientinnen und ihre Familien in ihrer *Trauerbewältigung* zu *unterstützen*. Es sollen Bräuche respektiert und ermöglicht werden, die von der Familie zelebriert werden.

Ebenso ist es Pflegepersonen wichtig *Erinnerungen* für die Eltern an ihr verstorbenes Kind zu *schaffen*. Es wird beispielsweise eine eigens entworfene Fotokarte gestaltet

oder ein Tonembryo gegossen. Weiters verweisen Pflegekräfte auch an Orte der Erinnerung, wie zum Beispiel an Gedenkstätten verstorbener Babys auf den verschiedenen Friedhöfen oder eigens gestalteter Gedenkorte auf den Stationen bzw. in der Spitalskapelle.

*„Wir haben ein kleines Zweigerl mit Schmetterlingen, wo die Eltern ihren Schmetterling, ihren geborenen Schmetterling noch draufhängen dürfen und auch besuchen dürfen, wenn sie das wollen.“ (I1, Z572-575)*

Ganz wichtig für die Trauerbewältigung der Familie ist aus Sicht der Pflegepersonen, dass sie sich von ihrem Baby verabschieden können. Daher ist es ein Ziel den Eltern und auch den weiteren Angehörigen den *Kontakt mit dem Kind zu ermöglichen*.

*„Und im Nachhinein dann, dass sie sich verabschieden hat können von dem Kind. [...] Eben dass sie selber auch mit der Trauer umgehen kann. Dass find ich persönlich wichtig, für mich selbst auch.“ (I6, Z68-75)*

Pflegekräfte sorgen ebenso für *Privatsphäre* für die trauernde Familie. Ein Einzelzimmer bzw. ein kleines Zimmer stellt hier das Ideal dar. Auch wird zumeist darauf geachtet, dass keine andere Patientin mit im Zimmer liegt. So kann auch dem Partner oder einer anderen Begleitperson der Aufenthalt ermöglicht werden.

*„Und wir schauen halt, dass wir ein kleines Zimmer haben für die, dass die alleine sind und dass der Mann halt auch dableiben kann und ja und so ist das halt dann.“ (I4, Z34-36)*

Hierzu zählt auch eine Privatsphäre zu schaffen im Sinne einer Abschottung von der Wochenbett- und Säuglingsstation, um einen Kontakt zu glücklichen Eltern zu unterbinden. Auch ein Babygeschrei aus dem Nebenzimmer sollte vermieden werden (siehe auch Kapitel 4.3).

Die *Patientin zu schützen* ist laut den befragten Pflegekräften auch eine wichtige Aufgabe, die sie sich selber setzen. Diese ist stark mit dem Schaffen der Privatsphäre und infrastrukturellen Gegebenheiten verknüpft, da es den Pflegepersonen oftmals

darum geht die betroffene Patientin vor glücklichen Müttern und gesunden Säuglingen zu schützen.

Dennoch ist hier beispielsweise auch der Schutz vor einem nicht förderlichen Verhalten ihrer Angehörigen oder vor Streitigkeiten bezüglich der medizinischen und pflegerischen Betreuung gemeint.

*„Oder wenn sie vor der Frau zu streiten anfangen. Weil wenn ich mir denk, dass muss nicht sein. Das haben wir auch einmal gehabt, wo die Angehörigen mit den Ärzten angefangen haben zu streiten.“ (I5, Z162-165)*

Ganz besonders wichtig ist es als betreuende Pflegeperson die *Entscheidungen der Patientin zu respektieren und zu unterstützen*.

*„Weil wenn einer total ablehnend ist, dann darf keiner von uns sagen, ja aber es ist (,) sie müssen, sondern es gehört respektiert.“ (I5, Z351-353)*

Die Interviewpartnerinnen erwähnen an dieser Stelle Entscheidungen, die den Zeitpunkt der Einleitung, den Ort der Geburt und den Kontakt mit dem Baby betreffen. Sie heben ebenfalls hervor, dass es essentiell ist, den Patientinnen Zeit für ihre Entscheidungen zu geben.

*„Es gibt, wenns noch eine ganz eine relativ frühe Woche noch ist (,) und es gibt halt schon auch Frauen, die sagen, nein, sie wollen auf gar keinen Fall in den Kreißsaal. Dass man das auch im Zimmer (,) dass die Geburt dann im Zimmer gemacht wird.“ (I4, Z39-42)*

*„Die kommen auch oft ambulant, das können sich die Frauen oft aussuchen. Entweder es wird gegeben und sie gehen nach Hause, oder manche Frauen sagen, nein mir ist lieber ich bleibe da, damit das irgendwie unter Aufsicht ist und dann bleibt sie halt da, entweder ein Tag zwei Tage.“ (I2, Z59-63)*

#### **4.4.3 Mit dem Kind liebevoll umgehen**

Ein weiteres Set an Strategien bezieht sich auf den Umgang der Pflegepersonen mit dem verstorbenen Kind, sei es alleine oder in Anwesenheit der Patientin und ihrer

Angehörigen. Auch diese Handlungen werden von den Pflegepersonen vor allem zum Wohl der Patientin gesetzt.

*„ja es ist schwer teilweise zum Beschreiben. Weil es was Schlimmes ist, aber gleichzeitig gibt man der Familie auch wieder was damit. Indem man das einfach vor Ihnen macht, einfach nett und liebevoll macht, dann können die das auch besser abschließen.“ (I5, Z326-330)*

Pflegekräfte finden es wichtig mit stillgeborenen Kindern genauso *respektvoll und liebevoll umzugehen, wie mit lebenden und gesunden Babys.*

*„Es wird wie ein Baby behandelt, genauso liebevoll und genauso mit Streicheln und... wie ein richtiges Baby eben erstversorgt wird.“ (I1, Z529-531)*

Hierzu gehört für einige Pflegepersonen mit dem Kind zu reden und es mit seinem Namen oder einem Kosenamen anzusprechen.

*„ich erzähl dem toten Baby auch, dass ich jetzt einen Handabdruck mach und einen Fußabdrucknehm. Dass ich vorsichtig sein werde, wir ihn oder sie schön machen werden für die Mami und für den Papa. Das es in Ordnung ist, dass er gehen durfte, und dass es wirklich gehen darf, wo immer er hinmöchte.“ (I1, Z475-479)*

Ein weiterer Aspekt, der von Pflegekräften im Zusammenhang mit dem liebevollen Umgang mit dem Kind genannt wird, ist der *körperliche Kontakt* mit diesem. Sie nehmen das Kind hoch, tragen es oder legen es liebevoll zur Mutter ins Bett.

*„ich habs dann in so eine weiße Stoffwindel trotzdem nur so eingeschlagen, dass ichs mir da so her gelegt hab [auf die Brust] und dann bin ich (,) [...] dann bin ich gleich mit dem Kind direkt hinein [ins Zimmer]“ (I9, Z83-86)*

Es ist ihnen wichtig, dass es den Eltern und vor allem der Mutter im Kontakt mit ihrem Baby gut geht und sie keine Angst davor haben. Daher versuchen Pflegepersonen selbst keine Scheu im Umgang mit dem stillgeborenen Kind zu zeigen, auch wenn dies den meisten schwer fällt.

*„Weil wenn du selber Angst vor der Situation hast, dann wirst du sie nicht fragen, na möchten sie ihr Kind jetzt sehen? Wenn du Angst hast, selbst das zu tun.“ (I6, Z412-416)*

In einigen beschriebenen Situationen wird das stillgeborene Kind von den Pflegepersonen nach der Geburt versorgt. Auf zwei gynäkologischen Stationen ist dies üblich, auf anderen nur eine Ausnahme, da die *Versorgung des Babys* im Normalfall von den Hebammen im Kreißsaal übernommen wird.

*„also bei uns ist es so, dass wir wirklich nur für die Frau zuständig sind, für die Patientin. Und mit den Kindern (,) durch das wir da einfach auch nicht ausgebildet sind mit Kindern, haben wir eigentlich gar nicht wirklich was zu tun. Das macht immer eigentlich die Hebamme.“ (I4, Z176-180)*

Es werden Tätigkeiten beschrieben, die zur Versorgung des Kindes zählen. Einerseits werden der Kopfumfang, das Gewicht und die Körperlänge gemessen sowie, wenn möglich, das Geschlecht bestimmt. Andererseits wird das Kind gekleidet bzw. zugedeckt. Pflegepersonen bemühen sich das Baby für die Eltern liebevoll und schön herzurichten. Fehlbildungen des Kindes oder Mazerationen der Haut werden gegebenenfalls verdeckt. Die Schönheiten des Kindes werden besonders hervorgehoben.

*„Und jedes Baby hat eine Schönheit. Es gibt immer ein schönes Teil, auch wenns nur ein schöner Wangenknochen ist oder das Baby schaut aus wie wenns lächeln würde.“ (I1, Z242-244)*

Hierbei ist Feingefühl gefragt und die Pflegepersonen versuchen das Kind mit den Augen der Eltern zu betrachten. So soll den Eltern ermöglicht werden ihr Baby in schöner Erinnerung zu behalten. Dies wird von Pflegepersonen als ihr vordergründiges Ziel beschrieben.

*„ich möchte das jetzt schön herrichten eben, dass die Mama das (,) die Eltern das eben sehen, wie lieb das ist und wie schön das eigentlich ist und hin und her. Ja. Da denk ich eigentlich (,) also ich [...] versuch, dass die Mutter dann quasi sich wirklich gut verabschieden kann und eine gute Erinnerung auch an das hat.“ (I6, Z568-573)*

Zusätzlich werden Fotos vom Kind gemacht, Fotokarten gestaltet und Fuß- und Handabdrücke genommen sowie gegebenenfalls Locken des Babys als Erinnerungsstücke gesammelt.

Von den Pflegepersonen wird als besonders wichtig gesehen, dass sie den *Moment der Begegnung der Eltern mit dem stillgeborenen Kind gestalten*. Er soll so sein, wie ihn sich die Eltern wünschen. Daher ist es wichtig sich als betreuende Pflegeperson mit ihnen abzusprechen. Vor allem die Entscheidung, ob die Eltern das Baby sehen wollen oder nicht, wird von allen befragten Pflegekräften respektiert. Dennoch werden Eltern von den meisten betreuenden Pflegepersonen vermehrt ermutigt ihr Kind zu sehen und sich so von ihm zu verabschieden.

*„Und auch (,) ja es wird halt den Müttern schon sehr empfohlen, also darauf legen wir schon sehr großen Wert, dass sie das Kind wirklich lange lange Zeit haben, damit sie sich verabschieden können, gell. Weil das eben sehr wichtig ist, dieser Prozess halt“ (I4, Z162-166)*

Der Moment der Begegnung wird von den Pflegepersonen selbst als durchwegs schöner und rührender Moment beschrieben.

*„Ich freu mich immer, wenn ich es bringen darf. Weil ich mir denk, die Mama will es sehen. Und das ist eigentlich mein Ziel, dass ich mir wünsch, dass die Mutter sich verabschieden kann und das sie es sieht. Das seh ich eigentlich für mich als positiven Moment, als traurig positiven Moment.“ (I6, Z550-554)*

Um das bisherig Genannte umsetzen zu können, sei es die individuelle körperliche und emotionale Betreuung der Patientin, die Mitbetreuung der Angehörigen oder der liebevolle Umgang mit dem Kind, sind weitere Sets an Handlungen und Strategien von Nöten. Die Verwirklichung des Idealfalls ist erst möglich mit Einbezug von Ressourcen, einem rollenspezifischen Handeln der Pflegepersonen und einem Bewusstsein der Pflegekräfte über die Wichtigkeit auf sich selbst zu achten. Daher wird hierauf nun näher Bezug genommen.

#### 4.4.4 Ressourcen miteinbeziehen

In den Interviews werden von den befragten Pflegepersonen verschiedene Quellen an Ressourcen genannt, die bei den bereits oberhalb beschriebenen Handlungen und Strategien unterstützend wirken können und daher von ihnen in die Betreuung miteinbezogen werden.

Eine dieser Ressourcen ist die *Infrastruktur* des Krankenhauses, im Besonderen die der Station mit ihren räumlichen Gegebenheiten. Sind Einzelzimmer bzw. Zweibettzimmer vorhanden, die es ermöglichen Privatsphäre für die betroffene Frau und eine Begleitperson zu schaffen, werden diese auch in Anspruch genommen.

Die *Patientin* selbst wird nicht nur als Kontextfaktor gesehen, sondern auch als Ressource. Ihre Bereitschaft sich auf eine vertrauensbasierende Beziehung zur betreuenden Pflegeperson einzulassen, ist für die Durchführung der beschriebenen Strategien ausschlaggebend. Auch das Ausmaß ihrer Gesprächsbereitschaft beeinflusst das Handeln der Pflegeperson. Die Patientin wird in ihre Betreuung betreffende Entscheidungen und in die Gestaltung der Verabschiedung des Kindes miteinbezogen.

Ebenso das *soziale Umfeld* der Patientin ist eine wichtige Ressource, die von Pflegepersonen in die Betreuung miteinbezogen wird. Das vorhandene Partnerschafts- bzw. Familiengefüge wird als solches berücksichtigt und kann zum Wohlbefinden der Patientin während ihres Krankenhausaufenthalts beitragen. Das soziale Umfeld wird von den Pflegepersonen evaluiert. So wissen sie die weitere Versorgung der Patientin zu Hause gewährleistet und können sich versichern, dass sie auch daheim eine emotionale Unterstützung hat.

*„Dass man das soziale Umfeld miteinschließt, das ist ganz wichtig. Man sagt, okay, ist der Mann da, ist der Freund da, ist da Familie da? Wie sind die? Wie stehen die zueinander? Also das ist für mich einfach wichtig.“ (I2, Z148-151)*



Eine weitere Ressource stellt die *betreuende Pflegeperson* selbst dar. Viele der befragten Pflegekräfte beschreiben, dass sie selbst viel *Eigeninitiative* aufbringen, damit der Krankenhausaufenthalt der Patientin reibungslos verlaufen kann und sie sich während diesem wohlfühlt. Dazu gehört zum Beispiel das Erstellen von Informationsmappen, Richt- bzw. Leitlinien und Checklisten.

*„Das haben wir uns dann angefangen, weil immer so viel vergessen worden ist (lacht) (,) also so viel, aber immer irgendwas, gell.[...] Und wenn du nach der Checkliste wirklich vorgehst, dann müsste im Grunde alles erledigt sein.“*  
(I4, Z400-405)

Weiters beschreibt eine Pflegeperson, dass sie sich mit dem Thema „stille Geburt“ während ihres Praxisanleiterkurses näher beschäftigt hat, um eine Leitlinie für neue Mitarbeiterinnen erstellen zu können und diesen in weiterer Folge den Einstieg in den Arbeitsalltag auf der gynäkologischen Normalstation zu erleichtern.

Auch bei der Versorgung des Kindes wird oftmals viel *Eigeninitiative* von den Pflegepersonen investiert. Auf manchen Stationen gestalten sie beispielsweise Fotokarten, basteln Schachteln für die Haarlocken des Kindes und nähen oder stricken Bekleidung bzw. besorgen welche.

*„Ja ich glaub halt, dass [...] es wichtig ist, dass es Leute gibt, die da Eigeninitiative zeigen und sagen, so ich mach da jetzt eine schöne Broschüre oder ich kümmer mich drum (,) also wie es den Verein Regenbogen noch nicht gegeben hat mit dem Gewand, wir besorgen uns schöne Stoffe oder so oder machen irgendwelche Umhänge oder irgendwie so, damit wir sie eben nicht nackt haben oder so. Ist halt sehr geprägt von der Eigeninitiative.“* (I9, Z100-107)

In einem der Krankenhäuser, in welchem Pflegepersonen interviewt wurden, gibt es eine interdisziplinäre Projektgruppe, die von Einzelpersonen aus diversen Berufsgruppen ins Leben gerufen wurde. In diesem Arbeitskreis zur stillen Geburt werden während regelmäßigen Treffen Krankenhausabläufe und klinische Leitpfade optimiert. Ebenso finden Fallbesprechungen statt und hausinterne Fortbildungen werden organisiert.

*Intradisziplinäre Kolleginnen* sind wichtige Ressourcen bei der Betreuung von Familien, die eine stille Geburt erleben.

*„Ich hab nette Kollegen. Das hilft dann, das ist das Um und Auf.“ (I3, Z220-221)*

Es wird angestrebt, dass es eine bis maximal zwei Bezugspflegepersonen gibt. Diese werden gegebenenfalls vom restlichen Pflgeteam entlastet, in dem ihnen andere anfallende Tätigkeiten abgenommen werden. So können sich die betreuenden Pflegekräfte verstärkt auf die Begleitung dieser Patientin konzentrieren und somit auch deren Wohl in den Mittelpunkt stellen.

*„Es wird im Team auch so ausgemacht, dass die Person die für diese Geburtsbegleitung da ist, auch abgestellt wird und nach Möglichkeit, oder eigentlich bei uns zu 100 prozentig, nicht weggerufen wird von dort.“ (I1, Z11-14)*

Die Kolleginnen im Pflgeteam werden auch als wichtige Stütze genannt, wenn es darum geht seine eigene Betroffenheit und die eigenen Emotionen zu zeigen. In den meisten Teams wird hierfür Zeit und Raum geschaffen.

Bei der Einteilung der Zuständigkeit im jeweiligen Dienst gehört ebenfalls Teamgeist dazu. In einem guten Pflgeteam ist es möglich je nach Tagesverfassung der einzelnen Pflegepersonen zu entscheiden, wer an diesem Tag die betroffene Patientin betreut. Auch kann das Stoßen an Grenzen und eine persönliche Überforderung bei der Betreuung kommuniziert werden. Befragte beschreiben auch, dass ihre Kolleginnen von sich aus merken, wenn es einem nicht gut geht und bieten von sich aus Unterstützung an.

*„es hat auch schon Situationen gegeben, wo ich nachher hineingegangen bin in den Aufenthaltsraum und einmal geweint hab und eine Kollegin dann kommt und sagt, na wie geht's dir und dass man sich einfach untereinander also ausspricht.“ (I4, Z425-428)*

*„und es gibt auch die Situation, wo man sagt man kann jetzt nicht mehr und es geht einfach nicht mehr und bitte können wir uns das ein bisschen aufteilen. Dann wird eben eine zweite Person dazugezogen.“ (I1, Z252-255)*

Besonders für neue Mitarbeiterinnen stellt das Team eine große Ressource dar. Sie werden unterstützt und wenn möglich auch nicht alleine gelassen in solchen Betreuungssituationen rund um eine stille Geburt.

Außerdem können Pflegepersonen sich gegenseitig etwas abschauen und voneinander lernen, wenn es beispielsweise um die Kommunikation mit der trauernden Familie oder um die Versorgung des verstorbenen Kindes geht.

*„ja am Anfang war das natürlich schwieriger. Wie sag ich was und wie bring ich es rüber? Aber wenn man ein paar Mal dabei ist und begleitet wird von einer Schwester und das dann selber macht (,) und wir sind ja auch nie alleine, das ist wichtig. Find ich.“ (I6, Z86-90)*

*Interdisziplinäre Kollegen und Kolleginnen* sind ebenfalls wichtige Ressourcen. Eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit wirkt sich positiv auf die gesetzten Handlungen der Pflegepersonen und somit auch auf die Erfüllung des Schlüsselphänomens aus. In dieser spezifischen Betreuungssituation spielen viele Berufsgruppen eine wichtige Rolle. Hierzu zählen neben den Ärzten bzw. Ärztinnen und Hebammen auch Psychologen bzw. Psychologinnen, das Team des Notfalls- und Krisenmanagements, Seelsorge, Pastoralassistenten bzw. –assistentinnen, Klosterschwestern und Priester sowie Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen der Aufnahme.

Die *Selbsthilfegruppe Regenbogen* wird von den Pflegepersonen eines Hauses als Unterstützungsquelle genannt. Diese stellt zum Beispiel mehrsprachige Informationsmappen für betroffene Eltern und Kleidung für die stillgeborenen Babys zur Verfügung.

#### **4.4.5 Der Rolle als Pflegeperson entsprechen**

Es bestehen einige Ansichten darüber, welche Eigenschaften eine Pflegeperson haben soll. Dieses Rollenverständnis der Pflege entsteht einerseits durch Vorstellungen der Pflegepersonen selbst und andererseits durch Erwartungen von Patientinnen und deren Angehörigen. Die meisten Pflegekräfte agieren nach diesem Rollenbild und setzen es sich selbst als Aufgabe diesem zu entsprechen. Wenn sie

das tun, dann trägt dies dazu bei, dass sich die Patientin wohl und gut begleitet fühlt sowie mit der Betreuung zufrieden ist. Somit stellt das Handeln gemäß des Rollenbilds der Pflege nicht nur eine Ursache für das Schlüsselphänomen, sondern auch ein Set an Strategien dar, welche für dessen Umsetzung von den Pflegepersonen gesetzt werden. Zu diesen rollenspezifischen Eigenschaften zählen Ruhe zu bewahren bzw. auszustrahlen sowie Empathie und Mitgefühl zu zeigen.

*„Ja ich sag einmal ... ahm für mich ist das wichtig, dass Mitgefühl da ist ... aber nicht Mitleid. Einfach, dass man da ist für die Frauen, wenn sie das brauchen.“ (I2, Z146-148)*

*„Aber natürlich mit viel Empathie. Feinfühligkeit, Ruhe vor allem, nicht zu hektisch nicht zu laut.“ (I1, Z80-82)*

Als positive Eigenschaft wird ebenso Einfühlungsvermögen beschrieben.

Des Weiteren sind Feingefühl und die Bereitschaft sich als Pflegeperson auf diese Situation einzulassen sehr wichtig. Außerdem ist es essentiell, dass sich die betreuenden Pflegepersonen Zeit nehmen und einfach für die Patientin und ihre Familie da sind.

*„wenn man die Geburt gut begleiten kann und sich auch Zeit nimmt und sich darauf einlässt“ (I1, Z103-104)*

#### **4.4.6 Auf sich selbst achten**

Ein weiteres Set an Handlungen, welches notwendig ist, um die Patientin bestmöglich zu betreuen, bezieht sich darauf, dass Pflegepersonen auf sich selbst achten müssen. Seine Grenzen zu kennen und bei Bedarf emotional stark belastende Situationen zu verlassen bzw. etwas Abstand zu diesen zu nehmen ist besonders wichtig für die Psychohygiene der Pflegekräfte.

Es ist wichtig einen *offenen Umgang* mit dem Thema der stillen Geburt zu pflegen. Laut Aussagen von befragten Pflegepersonen ist es essentiell sich bereits im Vorfeld mit der Thematik zu befassen, da eine Konfrontation damit im Pflegeberuf auf einer gynäkologischen Station unausweichlich ist. Man soll sich bereits vorher mental darauf einstellen, sich vorbereiten und nicht erst wenn es wieder einmal so weit ist.

Wenn es zu einer Betreuungssituation mit einer betroffenen Patientin kommt, beschreibt eine Pflegeperson, dass sie versucht es so zu nehmen wie es ist.

*„weil man muss die Situation eh so nehmen wie sie ist. Man kann es ja nicht ändern, aber man kann so viel dazu beitragen, dass es auch für die Frau ein halbwegs erträglicher Moment ist.“ (I6, Z66-68)*

Ganz wichtig ist im Zusammenhang mit einem offenen Umgang sich vermehrt einer *Selbstreflexion* zu unterziehen. Einige Pflegepersonen sind hierbei lieber für sich und denken selbst darüber nach, was beispielsweise in einer bestimmten Situation gut gelaufen ist und was sie selbst noch verbessern könnte an der geleisteten Betreuung. Andere wiederum reden lieber mit anderen Personen darüber.

Das *Darüber-Reden* ist fast allen befragten Pflegekräften ganz wichtig. Pflegepersonen entscheiden meist je nach eigenem Belastungsausmaß, ob sie es in den individuellen Situationen für sich als notwendig erachten.

*„Also ganz selten einmal, dass er (,) dass ich ihm mal was erzähl, aber dann muss es schon extremst schlimm gewesen sein.“ (I6, Z343-345)*

Nehmen sie jedoch ein Gespräch mit Anderen in Anspruch, hilft ihnen dies dabei mit einem bestimmten „Fall“ abzuschließen, damit besser umgehen und ihn besser verarbeiten zu können.

*„Und damit war die Sache eigentlich auch gegessen, weil ich habs ja eh (,) bin es ja eh gleich losgeworden. Ich hab es ja nicht in mich hineinfressen müssen.“ (I7, Z315-317)*

Oftmals werden Kolleginnen aus dem Pfllegeteam als Gesprächspartner herangezogen. Je nach Arbeitsklima und Vertrauensbasis innerhalb des Teams variieren die Häufigkeit, die Dauer und der Inhalt der Gespräche. Auf manchen Stationen wird im Rahmen von Teamgesprächen hierfür Zeit geschaffen, jedoch nicht auf allen.

Auch die Stationsleitung ist für manche ein wichtiger Gesprächspartner, wenn es um persönliche Gespräche, Reflexion und Einzelsupervision geht.

*„Also für mich war dann da also unsere Stationsschwester, die Schwester B. Also die hat gesehen, dass mir das nicht alles eins war und hat mich dann da hereingeholt und da gequatscht. Also das ist überhaupt kein Thema. Halt schon, dass du nicht alleine bist, dass du sagst, du bist (,) oder irgendeiner täte dich belächeln, dass dir das jetzt nahe geht. Also überhaupt nicht.“ (I7, Z184-190)*

Familienmitglieder, Partner und gute Freunde werden ebenso gerne von Pflegepersonen als Zuhörer gewählt.

*„und man erzählt das und es kommt an. So wie man das eigentlich bei der Frau macht. Die Frau erzählt das und man ist da und genauso geht das dann weiter bei der Familie, man erzählt das, die sind da und das passt dann. Und dann kommt man eigentlich ganz gut zurecht damit, ja.“ (I2, Z275-279)*

*„Gott ich hab das einmal kurz angebracht bei meiner Mutter [...] und ja Gott eine Mutter kennt einen. Die hat gesagt, was war? Na gut, der erzählst du dann den Tag, aber jetzt nicht so...nicht so ins Detail jetzt so.“ (I7, Z299-304)*

Freunde und Familie hingegen wissen laut einigen Befragten oftmals nicht, wie stille Geburten ablaufen und können sich nichts darunter vorstellen. Auch wollen Pflegepersonen ihre Partner und Freunde nicht mit solch einem Wissen konfrontieren und belasten.

*„Aber das kann sich ein Außenstehender nicht so vorstellen. Und das (,) ich will ihn auch gar nicht irgendwie konfrontieren, weil (P) ja das ist Arbeit und das ist privat irgendwo, gell. Und das muss man schon halt find ich ein bisschen trennen, ja.“ (I4, Z433-437)*

Kolleginnen, mit denen sich befragte Pflegepersonen privat gut verstehen und mit denen eine Reflexion über stille Geburt erfolgen kann, werden in den Interviews speziell hervorgehoben. Gerade bei solchen Gesprächen fühlen sich die Pflegekräfte am meisten verstanden, da sich eine Kollegin am besten hineinversetzen kann.

*„die versteht mich auch anders [...] die versteht dann auch (,) die kann sich auch mehr in mich hineinversetzen, wie es mir dabei gegangen ist.“ (I6, Z364-367)*

*„Aber es gibt Gott sei Dank Kolleginnen, mit denen man sich auch privat gut versteht und kann dann sehr gut positiv darüber reflektieren.“ (I1, Z374-376)*

Um auf sich selbst zu achten ist es in der Freizeit essentiell einen *Ausgleich zu schaffen*. Hier werden einerseits diverse Sportarten und Unternehmungen in der Natur genannt und andererseits der Ausgleich durch Aktivitäten mit der Familie.

*„...das glaub ich, ist dann schon wichtig, dass man eben nach solchen Diensten oder nach solchen Situationen auf jeden Fall irgendwo einen Ausgleich schafft. Weil sonst setzt sich das natürlich irgendwo fest.“ (I2, Z298-301)*

*„Naja da kommt eh die Freizeit, Freunde. Einfach Abstand von der Station, ja.“ (I8, Z143-144)*

Die Freizeit mit gesunden Kindern verbringen, seien es die eigenen oder die einer Freundin, wird ebenso in diesem Zusammenhang erwähnt.

*„Meistens ruf ich dann eine Freundin an, die ein Kind hat und sag, wart ich komm auf einen Kaffee und dann spiel ich mit dem Kleinen. Ich sag das ist dann so, okay, ich brauch jetzt ein lebendiges Kind.“ (I5, Z123-125)*

*Eigene Emotionen zuzulassen* ist ebenso ein wichtiger Punkt im persönlichen Umgang der Pflegepersonen mit stiller Geburt. Hier wird vor allem das *Weinen und Mitweinen* von den befragten Pflegekräften genannt.

*„wenn die Eltern zum Weinen beginnen, dann passiert es mir auch manchmal, dass mir auch die Tränen kommen, weil es einfach total traurig ist.“ (I6, Z524-526)*

*„Also das war (,) da war mir auf Deutsch gesagt zum Weinen zumute. Und ich sag man darf das auch machen. Weil es ist eine furchtbare Sache und da darf man das auch zulassen [...] mit dieser Frau auch mitweinen.“ (I2, Z335-339)*

Das Weinen wird von einigen Pflegepersonen als etwas Notwendiges und keineswegs Peinliches angesehen. Andere hingegen betrachten das Zeigen von Emotionen und im Speziellen das Weinen als eine Art Missgeschick, etwas das passiert oder als ein Zeichen der Schwäche.

*„und mir ist es schon passiert, dass ich nach so einer Geburt gehen (,) rausgehen musste, weil ich geweint hab.“ (I1, Z82-83)*

Auch seine persönliche Betroffenheit als Pflegeperson zu kommunizieren, sei es im Team oder bei den trauernden Eltern, ist eine vielbeschriebene Art seine Emotionen zuzulassen und zu zeigen.

Ein paar Pflegepersonen haben sich *eigene Rituale* geschaffen, um selbst mit stillen Geburten besser umgehen zu können. Als Beispiel kann hier das *Führen eines Tagebuchs* genannt werden. In einem Team wird ein solches gemeinsam geführt, wo nicht nur das Geschehene per se Platz findet, sondern auch persönliche Emotionen.

*„Wir haben dann auch noch ein Tagebuch, wo man persönliche Emotionen reinschreiben darf, kann und soll. Und eben auch wichtige Übergabepunkte die dann dort abgehandelt werden zusätzlich zur normalen Dokumentation einfach.“ (I1, Z32-36)*

Ebenso gibt es in zwei Teams eigens errichtete *Gedenkstellen*, an denen nicht nur Eltern sondern auch die betreuenden Pflegepersonen schriftliche Gedanken bzw. Erinnerungsstücke hinterlassen können.

*Spirituelle Gedanken* und das *Sprechen mit dem verstorbenen Kind* werden auch zu dieser Art von Ritualen gezählt.

*„Ja Fenster aufmachen ist auch immer so eine ganz wichtige Sache für mich, dass ich nachher bei der Spüle wirklich alles aufmache, dass wirklich alles raus kann.“ (I6, Z504-506)*

*„Ich red mit dem Kind und das hilft mir eigentlich.“ (I9, Z20)*

*„Und ich bin mir sicher das hört das irgendwie. Das Seelchen ist sicher irgendwo da.“ (I1, Z526-527)*

Eine Pflegeperson erzählt, dass sie in der Kirche öfters eine Kerze anzündet, wenn sie wieder einmal eine stille Geburt begleitet hat.



Von manchen Pflegepersonen werden *eigene Umgangsmuster* für die bessere Bewältigung der Thematik zurechtgelegt.

*„Und da musst dir was zurecht richten, weil sonst hältst du das nicht aus.“ (I3, Z207-208)*

Befragte äußern, dass es notwendig ist sich im beruflichen Alltag *abzugrenzen* und eine gewisse *Distanz zu schaffen*, um das Geschehene nicht zu nah an sich heranzulassen. Ein gewisses Maß an Selbstschutz ist nötig und wird von Befragten auch als gut empfunden.

Auch ist es manchen wichtig eine klare Grenze zwischen Privatleben und Arbeitsalltag zu ziehen sowie die beruflichen Belastungen nicht mit nach Hause zu nehmen.

*„wenn ich da jetzt hinausgeh, dass ich wirklich versuch meinen Rucksack da unten beim Portier aufzuhängen und einfach das da zu lassen, das ist ein schwieriger Prozess. Aber das lernt man irgendwann mal.“ (I9, Z171-174)*

Einerseits haben sich manche eine gewisse Wand aufgebaut, um es nicht zu sehr an sich herankommen zu lassen und eine Distanz zu den einzelnen Situationen und zum Thema im Allgemeinen zu schaffen.

*„bei mir wird alles ausgeschaltet. Ich bin da (,) Scheuklappen (,) nehmen, das ja (,) nein das würde ich nicht zulassen einfach, gell. Das geht nicht.“ (I4, Z586-588)*

Andererseits gibt es Pflegekräfte, die versuchen *eigene Erklärungen* zu schaffen, warum das Kind gestorben ist und warum es eventuell so auch besser war. Dies hilft ihnen dabei, den Tod eines noch ungeborenen Babys besser verarbeiten zu können.

*„Auf der anderen Seite muss man dazu sagen, ja die Natur wird sich wahrscheinlich etwas dabei gedacht haben, ja. Also das kann man ja nur so nehmen.“ (I7, Z219-221)*

Auf der anderen Seite gibt es Pflegepersonen, die versuchen *das Positive in jeder Betreuungssituation zu sehen*.

*„aber wenn ich dann alleine bin und in Ruhe bin, dann denk ich schon, naja was war eigentlich gut an der Sache auch, weil es war ja nicht alles nur schlecht, ja.“ (I6, Z333-335)*

In manchen Krankenhäusern gibt es ein *hausinternes Unterstützungsangebot*, sei es eine Fortbildung, eine Supervision oder eine Gesprächsrunde. Werden diese von den Pflegepersonen in Anspruch genommen, werden sie zumeist als hilfreich erachtet.

All diese erläuterten Kategorien werden im Idealfall von den Pflegepersonen als Handlungen gesetzt, um das Wohl der Patientin in der individuellen Betreuungssituation in den Mittelpunkt zu stellen. Nun gibt es intervenierende Bedingungen die diese Strategien begünstigen oder aber auch behindern bzw. sogar verhindern können.

#### **4.5 Intervenierende Bedingungen**

Diese Gegebenheiten können unterteilt werden in von der Pflegeperson abhängige und somit interne intervenierende Bedingungen und in von äußeren Faktoren abhängige, externe intervenierende Bedingungen.

In der nun näheren Beleuchtung werden auch jene Handlungen beispielhaft genannt, welche von diesen Bedingungen beeinflusst werden können.

##### **4.5.1 Interne, von der Pflegeperson abhängige intervenierende Bedingungen**

Es ist unbestritten, dass es sich bei einer stillen Geburt um ein stark emotionales Thema handelt und es auch die betreuenden Pflegepersonen betroffen macht (Kontext, Kapitel 4.3). Essentiell ist jedoch, wie die jeweilige Pflegeperson *mit ihren eigenen Emotionen umgeht*.

Die persönlichen Emotionen in einer Betreuungssituation rund um eine stille Geburt werden als situations- und fallspezifisch beschrieben. Sie sind vermehrt vom Verhältnis der Pflegeperson zu den betroffenen Eltern abhängig. Eine stille Geburt wird von den Befragten als eine Ausnahmesituation, als traurig, schwierig, anstrengend und belastend beschrieben.

*„das war für mich Katastrophe am Anfang, muss ich ganz ehrlich sein. Ja also mit dem fertig zu werden.“ (I8, Z7-10)*

Genau deshalb ist es wichtig als betreuende Pflegeperson zu wissen, wie man mit seinen eigenen Gefühlen in so einer Situation umgehen muss.

Jene, die sich intensiver mit der Thematik befassen, offen damit umgehen und auf sich selbst achten, kommen mit der Betreuungssituation besser zurecht, können sich in dieser mit ihrer Rolle als betreuende Pflegekraft identifizieren und die Handlungen ungehinderter durchführen. Jene, die mit ihren eigenen Emotionen zu kämpfen haben, nicht wissen, wie sie mit Situationen rund um eine stille Geburt umgehen sollen, haben auch vermehrt Probleme die Strategien umzusetzen. Beispielsweise wahren sie vermehrt Distanz, halten sich im Hintergrund, gehen nicht von sich aus auf die Familie zu und können die Patientin nicht so sehr emotional unterstützen.

*„Und ansonsten hätte ich jetzt gesagt, wir drängen uns nicht auf, sondern sind da wenn man uns braucht, ja. Und wenn die zwei unter Anführungszeichen Zweisamkeit und mit dem Problem allein sein wollen, ist uns das auch recht, ja. Also wir treten eigentlich erst wirklich in Erscheinung, wenn du sagst, ja es ist jetzt einfach gefragt, dass da halt irgendein Außenstehender da ist.“ (I7, Z10-15)*

Sie können ihrer Rolle als Pflegeperson nicht immer entsprechen und sehen sich nicht immer als Ressource oder setzen sich selbst als Ressource in einem geringeren Ausmaß ein. Diesen Pflegekräften fällt es oftmals auch schwerer auf sich selbst zu achten, da es ihnen an Selbstreflexion fehlt.

Eine Pflegeperson, die eine distanzierende Strategie gewählt hat, um mit der Betreuungssituation umgehen zu können, spricht auch die Gefahr abzustumpfen an.

*„also man stumpft schon vielleicht irgendwo ein bisschen ab, ja. Es ist traurig, aber es (,) es ist, es ist (,) es ist eine schlimme Situation.“ (I4, Z416-417)*

Vor allem der Umgang mit den eigenen Emotionen bezogen auf das stillgeborene Baby fällt oftmals schwer. Die Tatsache, dass das Kind tot ist, ist allgegenwärtig (Kontext, Kapitel 4.3). Die vorher erwähnte Strategie, mit dem Baby wie mit einem lebenden umzugehen, erschwert es etwa einer Pflegeperson selbst loszulassen und das Kind gehen zu lassen.

*„Das Schlimmste eigentlich ist für mich, wenn ich es [...] dann in diesen Behälter da hineingeben muss [...] Also das tut einfach find ich weh. Weil wenn man sich denkt, eigentlich ein Lebewesen, man haut das da so rein, wie*

*irgendein Organ was man nicht mehr braucht, oder irgendein Fetzen. Das ist für mich das Schlimmste, das Schwierigste oft, wo es mir im Magen oft so ein Kribbeln ist oder weiß ich nicht, wo man sich einfach denkt, ja das ist jetzt (,) eigentlich will ich das nicht machen.“ (I6, Z538-548)*

Eine weitere interne intervenierende Bedingung ist jene, die die befragten Pflegepersonen als ihre *eigene Tagesverfassung* bezeichnen. Je nachdem, wie sie sich an jenem Tag fühlen, in welcher Stimmungslage sie sind, kommen sie mit der Betreuung der Familie besser oder weniger gut zurecht.

*„Ich sag einmal, je (,) auch nach meiner Lebenssituation oder Lebenslage oder Stimmungslage grad, mal nimmt es mich mehr mal weniger mit.“ (I5, Z84-86)*

*„Ja, man hat halt einfach oft irgendwie Tage, wenn ich einfach nicht gut drauf bin, wo ich sag, bitte kannst du das heute eher übernehmen, gell. Hat man einfach irgendwie so, wie es einem selber geht halt dann, gell.“ (I4, Z363-365)*

Ist sie sich darüber bewusst, kann die Pflegekraft beispielsweise die Ressource „Kollegen und Kolleginnen“ (siehe Kapitel 4.4.4) vermehrt miteinbeziehen.

Auch der *Erfahrungsschatz der Pflegeperson* nimmt auf ihre Handlungen Einfluss. Gerade die ersten Erfahrungen mit stiller Geburt bleiben im Gedächtnis und werden als die am meist belastenden beschrieben. Erst nach einem gewissen Ausmaß an Erfahrung fällt die Betreuung rund um eine stille Geburt leichter.

*„Das erste Mal muss ich sagen war schon überwältigend, da bin ich dann danach fast in Tränen ausgebrochen.“ (I8, Z104-105)*

Ein paar der Befragten geben an, dass sie mit der Zeit routinierter in ihrem Arbeiten werden und lernen mit stiller Geburt umzugehen.

*„ich glaub, das entwickelst du erst nach einigen Malen, so dieses Ganze, wie du das angehst, wie du dich selbst auch selbstreflektierst. Für dich selbst herausfindest, wie ist deine Strategie, wie gehst du mit dem ganzen um. Das dauert einfach, das ist nicht von einmal.“ (I6, Z190-193)*

*„Aber es kommen trotzdem immer wieder Situationen wo man sagt, puh, also das ist dann schon auch (,) weil da kann man nicht sagen man wird abgebrüht, weil das einfach ein Thema ist, wo man nie abgebrüht wird. Das ist (,) man wird einfach routinierter im Umgang, aber nicht abgebrüht, gell.“ (I2, Z304-309)*

Je mehr Erfahrung eine Pflegeperson hat und je länger sie schon in diesem Setting arbeitet, desto mehr schwinden anfängliche Berührungsängste.

Das *Ausmaß der Berührungsängste* und der Hemmungen, die eine Pflegeperson verspürt, zählen ebenso zu den internen intervenierenden Bedingungen. Diese hängen oftmals mit dem individuellen Erfahrungsschatz und auch mit dem Umgang mit den eigenen Emotionen zusammen.

*„Na am Anfang, muss ich sagen, wie ich gekommen bin, frisch diplomiert hergekommen bin, weil du einfach noch nicht weißt den Zugang, wie du mit der Frau reden sollst.“ (I8, Z92-94)*

Jedoch wer Berührungsängste verspürt, ist in seinem Handeln eingeschränkt, speziell wenn es darum geht, sich selbst emotional zu involvieren, um die Patientin in ihren Wünschen und Bedürfnissen individuell zu unterstützen.

Im Umgang mit dem stillgeborenen Kind und vor allem auch beim körperlichen Kontakt mit diesem werden von den befragten Pflegepersonen des Öfteren Hemmungen beschrieben.

*„Wenn das Kind, das tote Kind daliegt und das nehmen (,) das ist schon auch eine heavy Situation find ich für mich persönlich. [...] Das ist schon auch eine Überwindung für mich, muss ich ganz ehrlich sagen.“ (I2, Z350-353)*

*„Ja also am Anfang war das total schwer für mich. Ich hab gar nicht gewusst (,) ich hab mich das nicht anfassen getraut. Und ich hab irgendwie bisschen Hemmungen so gehabt.“ (I6, Z487-489)*

Oftmals besteht unter den Pflegepersonen auch eine Angst vor dem Anblick des stillgeborenen Kindes. Diese ist verstärkt, wenn das Baby Deformationen aufweist. Ebenso treten diese Ängste und Hemmungen vermehrt auf, wenn es sich um eine Geburt in einer sehr frühen Schwangerschaftswoche handelt.

*„ich war eigentlich damit (,) also überhaupt nicht darauf gefasst, dass du dieses Kind schon so genau siehst, also dass da schon wirklich schon sämtliche Gliedmaßen siehst und so. Also das heißt, da hab ich mich dann auch relativ zurückgezogen, ja weil hab das einmal selbst verkiefeln müssen, ja oder wollt da nicht neben den rärenden Eltern stehen.“ (I7, Z83-89)*

Vergleichend hierzu sehen Totgeburten in sehr späten Schwangerschaftswochen mehr wie ein gesunder Säugling aus. Daher fällt manchen betreuenden Pflegekräften auch der Anblick und der Umgang mit diesem leichter.

*„Aber so ... find ich oft schauen sie aus wie schlafende Kinder. Voll lieb sind die, voll ausgetragen und hübsche Kinder, kann man gar nichts sagen.“ (I3, Z360-362)*

Hier besteht aber auch die konträre Sichtweise, dass gerade Totgeburten in einer späteren Schwangerschaftswoche belastender als Fehlgeburten für die betreuende Pflegeperson sind.

*„grad eben bei so wirklich fortgeschrittenen Schwangerschaften ist das oft schon glaub ich (,) weil einen das natürlich auch (,) man kann nicht sagen, dass schaltet man komplett ab, das geht nicht. Man fühlt dann natürlich auch mit.“ (I2, Z203-206)*

Ein Beispiel für Hemmungen bei der Kommunikation mit der Familie ist das Ansprechen der Bestattungsmöglichkeiten. Manchen Pflegepersonen fällt vor allem dieses Thema während ihrer Gespräche schwer.

*„Weil die sind jetzt (,) die haben den Kopf so voll jetzt, dass die jetzt einfach der Gedanke des Kindes (,) mein Kind ist jetzt tot ja und dass ich (,) und dann musst du die mit der Bestattung auch noch irgendwie konfrontieren.“ (I4, Z373-376)*

Das Handeln einzelner Pflegepersonen wird manchmal zusätzlich von *Vorannahmen* beeinflusst. Diese entstehen meist aus Erfahrungswissen bzw. aus persönlichen Vorstellungen einer Situation. Eine weit verbreitete Vorannahme ist, dass es für die Trauerbewältigung der Eltern besser ist, dass sie ihr Baby sehen und sich von ihm verabschieden können.

*„Aber im Großen und Ganzen merkt man die Mamas und generell die Eltern, die das Baby gesehen haben, geht's besser als denen dies nicht gesehen haben.“ (I1, Z543-546)*

Konträr hierzu gibt es Pflegepersonen, die entscheiden, ob der Anblick des Kindes für die Eltern zumutbar ist.

*„Wir schauen halt dann schon auch (,) man muss halt schauen, wenn das Kind schon länger tot ist, wie es wirklich aussieht, ob man das der Mutter zumuten kann.“ (I4, Z151-154)*

Wie bereits im Kontext beschrieben, werden Fehlgeburten von den Pflegekräften vermehrt als nicht so schlimm wie eine Totgeburt betrachtet. Es ergibt sich die Vorannahme, dass dies auch für Eltern weniger tragisch ist. Daraus resultiert oftmals ein anderer Umgang mit den sehr früh verstorbenen Kindern.

Bezogen auf die liebevolle Versorgung sagt eine Pflegeperson zum Beispiel:

*„Wie gesagt, da wir meistens nur die in der (,) zwischen der, weiß ich nicht, 15. und 20. Woche eher da haben, da wird das nicht gemacht. Das wird zugedeckt, abgedeckt, den Eltern gezeigt und das wird dann auf die Pathologie runter.“ (I8, Z258-261)*

Auch werden auf einer Abteilung von Fehlgeburten weniger Fotos gemacht als von Totgeburten.

*„Aber generell in der Frühschwangerschaft, so achte bis dreizehnte, vierzehnte Woche, nein, haben wir eigentlich noch nie, also ich hab da kein Foto gemacht, wenn ich ehrlich bin.“ (I3, Z384-387)*

Der *Umgang mit Ausnahmesituationen* ist ebenfalls ausschlaggebend für die individuelle Betreuungssituation. Diese erfordern besonders Flexibilität und Einfühlungsvermögen.

Je tragischer eine Betreuungssituation, desto belastender ist sie für die Pflegeperson.

*„Und das waren (,) das ist so massiv gewesen, dass bei einer Dame (,) die war auf der Intensiv, die hat eine Uterusexstirpation gehabt und bei der zweiten*

*war das auch so. Bei beiden das erste Kind und kein (,) totes Kind und keine Kinder mehr bekommen. Und das ist schon sehr massiv.“ (I2, Z226-230)*

Auch die Geburt von toten Zwillingen wird als eine besonders belastende Situation wahrgenommen.

*„Problem war auch, es waren Zwillinge. Und wir haben immer noch auf das zweite Kind gewartet. Und es hat dann lange gedauert, bis das zweite gekommen ist.“ (I5, Z81-83)*

Findet eine medizinisch indizierte Geburtseinleitung statt, ist dies nicht nur für die betroffenen Eltern, sondern auch für das Pflegepersonal schwierig.

*„Also das war wo ich mir dann schon gedacht hab, das Kind ist mongolid und nur weil es mongolid ist darf es nicht leben. Also wie ich das Kind dann in der Hand gehabt hab, das war für mich schon sehr belastend.“ (I2, Z552-555)*

Vereinzelt kommt es vor, dass die Geburt des Babys ungeplanter Weise auf der Toilette stattfindet. Auch dies stellt eine oftmals belastende Ausnahmesituation dar.

*„Ja ich mein, die andere Dame hab ich auf der Toilette gehabt, wo die Oberärztin dazugekommen ist. Ist halt wieder anders, als wie wenn ich ein Zimmer hab und eine private (,) in einem kleinen Zimmer halt, nur mit dem Gatten bin oder auf der Toilette, schau dass da keine Patienten jetzt momentan (,)“ (I8, Z204-208)*

Ein weiterer beeinflussender Faktor ist der *Grad der Vorbereitung bzw. der Vorinformation* der Pflegepersonen. Einige der Befragten geben an, dass es ihnen leichter fällt sich in eine Betreuungssituation einzufinden, wenn sie im Vorfeld über die Aufnahme einer Patientin informiert werden. Auch wenn diese Vorinformation nur wenige Minuten vor der Aufnahme geschieht, können sich die betreuenden Pflegepersonen darauf einstellen und bereits einiges vorbereiten, was im weiteren Ablauf benötigt wird. Findet keine solche Vorbereitung statt, wird die Situation als belastender empfunden.

*„Wir werden vorbereitet drauf, okay das kommt. Ich sag da kann man sich ein bisschen einstellen drauf.“ (I2, Z155-157)*



*„also das muss ich sagen, das hab ich einmal erlebt und das war dann wirklich noch eine Situation schärfer. Also da habe ich wirklich auch sehr mitgelitten mit (,) also mitgelitten auch nicht, aber einfach es hat einen noch mehr berührt, ja. Weil man nicht vorbereitet drauf ist.“ (I2, Z166-170)*

Auch das *Schulungsausmaß* der Pflegekräfte ist bedeutend im Hinblick auf die Betreuung der Patientin. In dieser Kategorie nennen die Befragten vor allem, dass es an Schulungs- und Fortbildungsangebot mangelt. In zwei Häusern werden in Eigeninitiative hausinterne themenspezifische Fortbildungen organisiert. Darüber hinaus gibt es laut der befragten Pflegepersonen keine Schulung bezogen auf stille Geburt. Auch in allgemeinen Trauer- und Sterbeseminaren findet dieses Thema keinen Platz.

Eine Pflegeperson spricht auch einen nicht gedeckten Bedarf an geburtsspezifischen Schulungen an. Auch solche wären hilfreich, wenn die stille Geburt auf der gynäkologischen Station stattfindet und von der Pflegeperson zum Teil Hebammen-Tätigkeiten übernommen werden.

Eine adäquate Einschulung neuer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen wird ebenfalls als wünschenswert erwähnt.

Des Weiteren ist eine *konsequente Verwendung von Hilfsmitteln* von Nöten, wie beispielsweise Checklisten oder Leitlinien, um eine geregelte (interdisziplinäre) Betreuung gewährleisten zu können.

*„Weil immer jeder vergisst, was gehört da jetzt (,) was braucht man dazu, gell. Genau, und da [in der Mappe] haben wir das gleiche dann. Also im Grunde, wenn man nach dem klinischen Pfad vorgeht, dann passt das eigentlich recht gut.“ (I4, Z59-62)*

Werden diese vernachlässigt oder gar nicht verwendet, werden wichtige Dinge übersehen und es entstehen Probleme sowie Unsicherheiten. In weiterer Folge fühlt sich die Patientin nicht ideal betreut und somit fällt es schwer, ihr Wohlbefinden in den Mittelpunkt zu stellen.

*„Wir werden sicher einen Standard haben, ja, klar haben wir einen Standard, aber ... ja (,) wir können jetzt die Standardlinien gerne ausdrucken und da schauen. Nein weiß ich nicht, wir haben sicher irgendwo einen Standard, ja.“*  
(I7, Z42-45)

Ebenso ausschlaggebend ist die *Dauer der bisherigen Begleitung* der Patientin durch die Pflegeperson. Ist die betreuende Pflegekraft schon mehrere Tage in Folge die Bezugsperson der Patientin oder hat sie bei vorherigen Krankenhausaufenthalten bereits versorgt, so kann sie eine bessere Beziehung und tieferes Vertrauen zu dieser aufbauen. Jedoch ist es für die Pflegeperson eventuell dann auch schwieriger mit der Situation umzugehen und diese kann für sie belastender sein.

*„ja es kommt immer drauf an, wenn man eine Frau mehrere Tage lang begleitet [...], dann ist es für mich natürlich schwieriger.“* (I6, Z510-512)

Die meisten befragten Pflegepersonen haben ein gewisses *Selbstbewusstsein in ihre geleistete Arbeit*. Sie empfinden ihre Betreuung rund um eine stille Geburt gut und sind mit ihrer Arbeit zufrieden. Dies ist für ihr Handeln förderlich und sie können das Wohl der Patientin in einem höheren Ausmaß in den Mittelpunkt stellen.

*„Also ich finde, dass es bei uns wirklich passt, so wie es bei uns gemacht wird.“* (I8, Z266-268)

*„Also ich könnte mir da nichts Besseres vorstellen. Was willst du mehr haben? Mehr geht jetzt schon nicht mehr. Mehr ist nicht möglich.“* (I7, Z415-417)

Als Untermauerung der eigenen guten Betreuung werden „Horrorgeschichten“ aus anderen Krankenhäusern herangezogen.

*„hab auch Frauen erlebt, die das zum zweiten Mal hatten und vorher in einem anderen Spital oder anderem Land waren, wo die ärgsten Horrorgeschichten dann aufkommen, wie das Kind wurde in eine Grube geworfen und ich habs nie gesehen oder in die Mülltonne oder ... ganz schräge Szenarien.“* (I1, Z588-592)

Konträr hierzu ist, dass manche Pflegepersonen jedoch gleichzeitig das Gefühl haben gar keine so zentrale Rolle in der Betreuung rund um eine stille Geburt zu spielen. Sie weisen weniger Selbstwertgefühl bezogen auf ihre Arbeit auf.

*„so viel machen wir halt eh nicht.“ (I4, Z31)*

#### **4.5.2 Externe, von außen abhängige intervenierende Bedingungen**

Die externen, von außen entstehenden intervenierenden Bedingungen können wiederum in personenbezogene und institutionsbezogene unterteilt werden. Die personenbezogenen Bedingungen beziehen sich auf jene, die durch andere Personen als durch die Pflegeperson selbst entstehen. Jene, die auf institutions- und organisationsspezifische Faktoren zurückzuführen sind, werden als externe institutionsbezogene intervenierende Bedingungen bezeichnet.

##### **Personenbezogen**

Zwei große einflussnehmende Faktoren sind *die Patientin und ihre Familie*. Je nach Gesprächsbereitschaft und je nachdem, wie sehr sie sich in eine Betreuungsbeziehung einlassen möchten, gestalten sich die Möglichkeiten der Pflegeperson individuell zu begleiten und das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt zu stellen. Somit werden die Patientin und ihre Familie nicht nur als Ressourcen gesehen, sondern auch als intervenierende Bedingungen.

Oftmals beschreiben Pflegekräfte, dass besonders Angehörige vermehrt ein für das Wohl der Patientin nicht förderliches Verhalten zeigen. Hier ist es wichtig, dass die Pflegeperson ein Gleichgewicht hält zwischen einem Verständnis für die Situation der Angehörigen und dem Wohl der Patientin (siehe auch Kapitel 4.4). In schwierigen Situationen setzen die Pflegepersonen die Priorität auf das Wohlbefinden der Patientin und versuchen diese zu schützen, was jedoch nicht immer gelingt (siehe auch Kapitel 4.4.2).

*„Sein Standpunkt war verständlich, ich versteh ihn. Aber sie auch, weil ich sag okay, weil ich muss sie jetzt aber schützen, auch wenn er das nicht sieht, weil er will beide [Mutter und Kind] schützen.“ (I5, Z186-189)*

Oftmals sind es auch Angehörige, die den Pflegepersonen den Vorwurf machen, das Kind nicht retten zu wollen bzw. es sterben zu lassen, wenn es lebend zur Welt kommt,

aber nicht lebensfähig ist. Dies sind auch Situationen, die es den Pflegekräften erschweren das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt zu stellen.

*„aber die Umwelt und die Angehörigen, die das nicht so verstehen und dann nach Sauerstoff rufen oder ausfällig werden, warum man denn das arme Kind sterben lässt, aber es ist ja schon tot ... eigentlich, dem Tod geweiht zumindestens. Und das ist das Schlimmste.“ (I1, Z211-215)*

*„Wir haben mal einen Vater da gehabt, der ist total ausgerastet. Der ist mit dem toten Kind quer über die Station gerannt und hat quasi gemeint, wir müssen es wiederbeleben, wir können das nicht sterben lassen. Ich mein es war 19. Schwangerschaftswoche, es hat schon noch gelebt, wie es auf die Welt gekommen ist, und du kannst nichts machen.“ (I5, Z69-75)*

Eng verbunden mit dem vorherigen ist der *Kulturaspekt*. Dieser ist beispielsweise dafür ausschlaggebend, wie viele Angehörige anwesend sind und welche Rituale gewünscht sind. Oftmals ergeben sich daraus belastende Situationen für die Pflegepersonen. Je nach Kultur und Religion besteht ein anderer Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Auch treffen Pflegekräfte auf für sie ungewohnte Emotionalität.

*„und ich mein die äußern das noch mehr ausländische Frauen, gell, aber die hat da gesch (,) wirklich geschrien und das geht durch Mark und Bein. Wirklich, wenn man sagt natürlich für die Frauen gut weil das einfach raus kommt. Und unsere österreichischen Frauen sind da eher, sie weinen schon, es ist einfach ja (,) aber es kommt weniger heraus glaub ich einfach gell.“ (I2, Z462-467)*

Ebenso wird es als schwierig empfunden, wenn Ehemänner für ihre Frauen entscheiden und sprechen. Hier ist besonders Feingefühl gefragt.

*„Das ist in diesen Kulturen (,) das haben wir sehr oft, die was wir betreuen die Leute. Die halt oft sagen, sie will das Kind nicht sehen. Und dann im Nachtdienst kommt sie und sagt, Schwester kann ich das Kind vielleicht doch sehen? Das sind so Sachen, wo eigentlich (,) wo ich mir denk, es ist eigentlich traurig, dass jemand anderer für einen entscheiden soll oder will.“ (I6, Z401-406)*

Eine *Sprachbarriere* ist ein weiterer beeinflussender Aspekt. Die Kommunikation und Gesprächsführung ist ein ganz essentieller Punkt bei der individuellen Betreuung der Patientin. Kann dies aufgrund einer Sprachbarriere nicht zur Gänze bis gar nicht durchgeführt werden, leidet die Begleitung der Patientin darunter und die Pflegeperson fühlt sich in ihrem Handeln beeinträchtigt. Sie tut sich vermehrt schwer das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt zu stellen.

*„Die Gespräche werden dann automatisch auch kürzer. Da sagt man ja nur mehr das Nötigste.“ (I9, Z131)*

Problematisch ist auch der Einsatz von Angehörigen als Dolmetscher.

*„Also schwierig find ich wird's eben dann, wenn die Frauen eben nicht gut Deutsch können, so wie es bei uns manchmal ist. Dann hab ich manchmal auch so das Gefühl (,) bin ich mir nicht sicher, übersetzt der Dolmetscher das wirklich genau so, wenn das Angehörige sind, wie ich das frage oder sage.“ (I6, Z78-82)*

Ein sehr großer Belastungsfaktor, der von den befragten Pflegepersonen genannt wurde, ist der *Zustand des stillgeborenen Kindes*. Auch dieser Aspekt beeinflusst die Durchführung von Strategien, vor allem jene, die den Umgang mit dem Kind betreffen. Als Beispiel wurde hier die Geburt eines nicht lebensfähigen, aber bei der Geburt noch lebenden Babys genannt.

*„Weil das Baby wirklich noch lebendig kommt, man es aus der Fruchtblase birgt und der Mama eigentlich wie ein lebendiges Baby (,) es ist ja noch lebendig zu dem Zeitpunkt, auf die Brust legt, dann noch abnabelt und das eigentlich stirbt, weil es kein Luft kriegt wie ein Fisch im Wasser (,) ah ohne Wasser einfach ist.“ (I1, Z205-209)*

Ebenso eine Deformation des Kindes oder der Verlust von Körperteilen während der Geburt zählen zu dieser Kategorie.

*„Wie damals eben der Bauch offen war, der Darm (,) das ist natürlich einfach find ich schlimm zum Anschauen, auch für einen selbst. Und dann (,) dann muss man es (,) willst, wenn es die Mutter auch sehen will, dann muss man*

*es natürlich auch so (,) find ich (,) also ich richte es dann so her, dass die Mama nicht unbedingt den ersten Blick auf das legt.“ (I6, Z513-518)*

*„Oder wenn das Kind Körperteile verliert, weils schon so mazeriert ist [...] dass man dann beim raus ... beim Bergen (,) kann man nur bergen nennen, einen Arm in der Hand hält, oder einen Fuß.“ (I1, Z215-219)*

**Intra- und interdisziplinäre Kollegen und Kolleginnen** können nicht nur eine wichtige Ressource in der Betreuung der Patientin sein, sondern auch eine intervenierende Bedingung. Dies tritt vor allem dann ein, wenn die Zusammenarbeit nicht reibungslos funktioniert. Besonders in einem Krankenhaus, in dem Befragungen durchgeführt wurden, fehlt es den Pflegepersonen oftmals an Unterstützung von Hebammen und Ärzten bzw. Ärztinnen.

*„Für mich persönlich, also ich fühl mich manchmal (,) also ich muss sagen, mir wäre es lieber, wenn wir eine Hebamme dabei hätten, weil ich einfach nicht immer sicher weiß (,) wo ich mir denk, ja hoffentlich (,) ich denk mir schon oft so, na hoffentlich geht alles gut, ja.“ (I6, Z283-287)*

*„hat eher mit den Ärzten zu tun, dass die vielleicht auch ein bisschen mehr Einfühlungsvermögen in die Sache bekommen und nicht irgendwie (,) oft ist das so ein bisschen das Wegschieben oder Anschieben an die Pflegeperson, so ihr habt das eh schon gemacht, ihr habt eh schon geredet. Hört man oft.“ (I6, Z446-450)*

Auch das zeitweise Fehlen von Psychologen und Psychologinnen wird von Pflegepersonen angemerkt.

*„Ich würde mir schon wünschen, dass da jederzeit eine Psychologin [...] da wär. Ich find das einfach wichtig. Das kann ich gar nicht so (,) wir versuchen schon auch mit der Frau zu reden. [...] Aber, einfach dass das Gefühl da ist, dass da einfach wer da ist.“ (I4, Z535-543)*

Weiters beschreiben Befragte, dass es auch an Unterstützung von anderen Stationen fehlt. Ist beispielsweise auf der gynäkologischen Normalstation kein Patientenbett mehr frei für die Aufnahme einer Patientin, der eine stille Geburt bevorsteht, ist keine andere Station bereit die Betreuung zu übernehmen.

*„Weil bis jetzt ist es wirklich so, dass die anderen Stationen mit dem gar nichts zu tun haben wollen. Und maßlos mit dieser Situation auch überfordert sind. Ja, wir haben junge Männer bei uns, die können damit nicht umgehen. Oder wir haben Frauen mit Kindern da. Ja das haben wir auch alles! Unsere Mitarbeiter sind auch Mütter.“ (I5, Z262-266)*

Ein weiterer Faktor, der hier intervenierend wirkt und von Pflegepersonen negativ erwähnt wird, ist die *Insensibilität anderer Kollegen und Kolleginnen*. Manche befragten Pflegepersonen äußern enttäuscht zu sein, dass es im Kollegen- und Kolleginnenkreis nicht selbstverständlich ist, dass mit einem stillgeborenen Kind wie mit einem gesunden lebenden Baby umgegangen wird. Vereinzelt herrscht ein recht rauer Umgang mit verstorbenen Kindern und es fehlt an Einfühlungsvermögen für die belastende Situation einer stillen Geburt.

*„Meines Erachtens, aber das ist meine persönliche Empfindung, gehen die auch nicht so zart damit um, wie wenn es eine Geburt mit einem lebendigen Kind ist.“ (I1, Z52-55)*

*„Also das find ich halt irgendwie arg. Dass man das so, irgendwie nicht (,) naja hat ja eh noch nicht gelebt. Hörst ja auch oft so. Und das find ich eigentlich schlimm.“ (I6, Z609-611)*

Ein personenbezogener Aspekt ist ebenso die *mangelnde Einsicht der Führungspersonen bezüglich der Belastungen der Pflegekräfte*. Die Befragten merken an, dass vermehrt keine Zeit und kein Ort für den Austausch zwischen Pflegepersonen geschaffen wird. Dies muss vermehrt in der Freizeit geschehen.

*„Das ist dann halt so, dass man sagt, okay nach dem Dienst, man stempelt sich halt aus und dann redet man mit einer Kollegin halt noch drüber.“ (I2, Z180-182)*

Es wird kaum bis kein spezifisches Schulungs- und Fortbildungsangebot geschaffen.

*„...dass wir allgemein alle, die was die Patienten betreuen, eine Schulung für das angeboten kriegen. Das wäre vielleicht einmal nicht schlecht. Weil da lernen wir, wie man das richtig anspricht, oder .... was man nicht sagen sollte.“ (I3, Z281-284)*

Supervisionsangebote sind ebenso nicht vorhanden, auch wenn dies laut befragten Pflegepersonen wünschenswert und ein Austausch wichtig wäre.

Eine Befragte erzählt, dass andere Berufsgruppen, beispielsweise Ärzte und Hebammen, sehr wohl eine Supervision erhalten und scheinbar nur die Belastungen der Pflege als nicht vorhanden angesehen werden.

*„Und da weiß ich, da war bei den Ärzten eine Supervision, aber bei uns ist da (lacht) eigentlich ja, wäre auch sicher geschickt gewesen.“ (I2, Z230-232)*

### **Institutionsbezogen**

Der am meisten genannte institutionsbezogene beeinflussende Faktor ist die *Zeit*. Die Pflegepersonen geben an häufig zu wenig Zeit zu haben, um die Patientin individuell und gut zu betreuen und um in weiterer Folge ihr Wohl in zufriedenstellendem Ausmaß in den Mittelpunkt stellen zu können.

*„Und das ist dann schon auch (,) das ist für uns dann schon eine Belastung, wenn man weiß, die braucht uns, wir haben keine Zeit für die Frau, dass wir uns wenigstens hinsetzen und sagen (,) einfach da sind.“ (I2, Z362-365)*

Dies ist vor allem von der Aufenthaltsdauer (Kontext, Kapitel 4.3) abhängig. Speziell bei tagesklinischer Betreuung fehlt es laut Aussagen der Pflegekräfte an Zeit, um eine gute emotionale Begleitung leisten zu können.

Auch die Anzahl der anderen zu betreuenden Patientinnen ist ausschlaggebend wie viel Zeit für die Betreuung der Eltern bleibt, die eine stille Geburt erleben.

Ein sehr mit Zeit verbundener intervenierende Aspekt ist der *Personalstand* in der Pflege. Eine zu geringe Anzahl an Pflegepersonen im Dienst wirkt sich auf die individuelle Betreuung von Patientinnen aus. Einerseits sehen sich die Pflegekräfte gezwungen die Betreuung dieser einen Patientin untereinander aufzuteilen, da eine Bezugspflege im Fall eines Personalmangels nicht möglich ist. Andererseits sehen sich Pflegekräfte häufig nicht in der Lage sich vermehrt auf die Begleitung dieser einen Patientin zu konzentrieren ohne gleichzeitig die Betreuung der anderen Patientinnen zu vernachlässigen.



*„Man will sich um die Frau kümmern, denkt aber zeitgleich, dass da draußen ja noch andere sind, die einen brauchen. Man ist mit den Gedanken wo anders.“ (I9, Z15-17)*

Ein Personalmangel wirkt sich weiters auch auf die Einschulung neuer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus. Sie können nicht immer so intensiv begleitet und eingeschult werden, wie es eigentlich wünschenswert wäre. Dies wiederum beeinflusst deren Umgang mit stiller Geburt und deren zukünftige Betreuung der betroffenen Patientinnen.

*„Und ich war ... einfach aufgrund der Personalsituation ziemlich viel alleine in dem Geschehen. Und das fand ich schlimm.“ (I1, Z279-280)*

Die zusätzliche, oftmals fächerübergreifende Patientinnenbetreuung zählt ebenfalls zu den institutionsbezogenen, intervenierenden Bedingungen. Die Tatsache, dass die Pflegepersonen zusätzlich zu der von stiller Geburt betroffenen Patientin noch weitere Patientinnen zu betreuen haben, ist für sie vermehrt belastend. Als besonders belastend wird die zusätzliche Betreuung von glücklichen Familien wahrgenommen, die ein lebendes und gesundes Kind bekommen haben.

*„Wenn ich so sehe, wie arm sie ist, wie schlecht es der Frau geht. Die anderen freuen sich, denken sich, geschafft, ich hab ein gesundes Kind. Und du kommst da rein und sagst zu der einen herzlichen Glückwunsch und zu der anderen ... ja die kannst du trösten und gar nicht so viel reden.“ (I6, Z252-256)*

Auch gynäkologisch-onkologische Patientinnen werden an den gynäkologischen Stationen begleitet. Das Aufeinandertreffen von stillen Geburten und Todesfällen von Erwachsenen wird von den Pflegepersonen ebenfalls als besonders schwierig beschrieben.

*„Weil ich sag, das geht dann manchmal schon auf die Substanz. Vor allem auch mit der Onko dann gemeinsam, wenn dort auch viele Sterbende sind. Dann ist das (,) ja die Stimmung wirklich sehr drückend, aber für alle auf der Station.“ (I5, Z127-130)*

Die Mitbetreuung eines gynäkologisch-operativen Aufwachzimmers ist ebenfalls zeitintensiv und zwingt die betreuende Pflegeperson zur Prioritätensetzung zu Gunsten der überwachungspflichtigen Patientinnen. Dies führt wiederum dazu, dass die Patientin, die eine stille Geburt erlebt, hintangestellt wird und ihre individuelle Betreuung und ihr Wohl nicht in den Mittelpunkt gestellt werden kann.

Eine Unterbrechung der *Kontinuität der Betreuung* stellt ebenso eine intervenierende Bedingung dar. Diese entsteht beispielsweise durch den Schichtwechsel zwischen Tag- und Nachtdienst der Pflegepersonen. Dies wird von den Pflegekräften als ungut empfunden.

*„Blöd ist es immer find ich, wenn du im Tagdienst den ganzen Tag mit dieser Frau verbracht hast und dann kommt der Nachtdienst dann, wenn es dann bald einmal so weit ist. Gell, weil die irgendwie (,) die kennt die dann noch nicht so wirklich.“ (I4, Z331-334)*

Daher wird versucht zumindest an aufeinanderfolgenden Tagen eine Kontinuität der Betreuung durch dieselbe Pflegeperson zu gewährleisten. Dies ist jedoch aufgrund der Dienstpläne und der Einsatzplanung der Pflegekräfte nicht immer möglich.

Für die Betreuungssituation ausschlaggebend ist des Weiteren auch der *Ort der Geburt und wer diese begleitet*. Findet die Geburt auf der Station statt und wird diese von der Pflegeperson (mit)betreut, ist die Beziehung zwischen ihr und der Patientin intensiver.

Ist die Geburt jedoch im Kreißaal, kommt durch die Hebamme eine zweite Bezugsperson für die Patientin hinzu. Dies kann für die Pflegeperson entlastend sein, da sie mit der emotionalen Betreuung nicht alleine ist. Einige Pflegekräfte empfinden den Kreißaal auch als den passenderen Ort für eine Geburt.

*„...dann achten wir schon drauf, dass sie ins Kreißzimmer kommt. Weils einfach (,) ja ich finds einfach, dass das ein würdigerer Rahmen ist als im Zimmer im Bett.“ (I3, Z37-39)*

Hier besteht jedoch auch die entgegengesetzte Meinung.

*„Weil es ist natürlich eher kontraproduktiv, kann ich mir vorstellen, wenn solche Leute wo sind, wo du sagst, daneben schreit jetzt das Neugeborene. Ich glaub nicht, dass das für die Psyche des jeweiligen Paares sehr förderlich ist.“ (I7, Z36-39)*

*„Aber prinzipiell von der Psyche her ist es sicher für eine Frau, glaub ich jetzt, also so fühl ich ja, sicher in einem Zimmer, wo man alleine sein kann und wo jetzt nicht nachher noch Babyschreie hörbar sind.“ (I6, Z316-319)*

Vom befragten Pflegepersonal werden weiters *organisations- und institutionsabhängige Ausnahmesituationen* geschildert, die auf die Betreuungssituation Einfluss nehmen. Als Paradebeispiel ist hier die Situation im Nachtdienst in einem Krankenhaus erwähnenswert. In der Nachtschicht ist auf der gynäkologischen Normalstation nur eine Pflegeperson anwesend. Diese ist auf der einen Seite für die Betreuung der stationären Patientinnen zuständig und auf der anderen Seite zusätzlich für überwachungspflichtige Patientinnen im gynäkologisch-operativen Aufwachzimmer. Hier treffen Personalmangel, Zeitnot und fehlende Unterstützung durch andere aufeinander. Auch eine mangelnde Einsicht der Belastungen der Pflegepersonen ist in dieser Situation erkennbar.

#### **4.6 Konsequenzen**

Werden von den Pflegepersonen Handlungen und Strategien gesetzt und diese von den intervenierenden Bedingungen positiv unterstützt und beeinflusst, kann das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt gestellt werden. Dies bringt positive Konsequenzen mit sich. Wirken sich intervenierende Bedingungen jedoch negativ auf die Strategien aus bzw. verhindern Handlungen zur Gänze, entstehen negative Konsequenzen, welche für die Pflegepersonen belastend sind. Das Wohl der Patientin kann nicht in gewünschtem Ausmaß in den Mittelpunkt gestellt werden.

Diese Konsequenzen werden nun näher beschrieben.

#### 4.6.1 Positive Konsequenzen

Kann eine gute Betreuung unter den gegebenen Bedingungen stattfinden und fühlen sich die Patientin und ihre Familie gut begleitet, ist ein wichtiges Ziel des Pflegepersonals erreicht. Die *Zufriedenheit der Patientin und ihrer Familie* und die damit verbundene *geringere Belastung der Pflegepersonen* sind zwei der positiven Konsequenzen.

Wenn gerade in so tragischen Situationen wie einer stillen Geburt *Dankbarkeit* gezeigt wird, gibt das Pflegepersonen Kraft und ist für sie eine Bestätigung bzw. ein *Zeichen etwas richtig gemacht zu haben*. Es hilft ihnen dabei weiterhin stille Geburten zu betreuen und damit besser umgehen zu können.

*„wenn die Patienten dann zu uns kommen und uns irgendein Geschenk nachträglich bringen, irgendeine kleine Blume oder sich bedanken, dann merkt man auch, dass man das richtig gemacht hat und gut gemacht hat.“ (I6, Z52-55)*

*„Vor allem wenn mans dann auch nachreflektieren kann und die Frau soweit begleiten kann, dass sie sagt es war für mich furchtbar, ich bin jetzt froh dass es vorbei ist aber danke für die gute Betreuung.“ (I1, Z123-126)*

Auch *positives Feedback*, nicht nur von Patientinnen sondern auch von Kollegen und Kolleginnen, wird den betreuenden Pflegekräften entgegengebracht, wenn ihre Strategien fruchten und das Wohl der Patientin somit in den Mittelpunkt gestellt werden kann.

*„Natürlich geht es mir sehr nah, aber es ist auch sehr schön, wenn man dann hört, dass man das gut gemacht hat was man gemacht hat.“ (I6, Z61-63)*

Eine weitere positive Konsequenz von guter Begleitung ist die *gute Bewältigung der stillen Geburt* von Seiten der Patientin und ihrer Familie. Eine positive Atmosphäre in

der Betreuungssituation, welche unter anderem vom Pflegepersonal geschaffen wird, ist Voraussetzung für einen *guten Umgang mit Trauer und Abschied*.

*„Und ich denk mir, wenn man die Geburt gut begleiten kann und sich auch Zeit nimmt und sich darauf einlässt, dann passieren halt so schöne Dinge wie, dass die Frau wieder kommt und mit gutem Gewissen ihr Baby sogar im selben Haus bekommen kann und das gesund zur Welt bringen darf und dass einfach wunderbar ist, wenn man den Erfolg hat, dass die Dame oder die Familie dann doch keinen sag ich jetzt mal Schaden davon getragen hat und ein zweites Kind bekommen möchte und das gut begleitet auch schafft.“ (I1, Z103-110)*

Nimmt eine *Pflegeperson* diese positiven Konsequenzen wahr, ist auch sie mit ihrer Arbeit *zufrieden* und schöpft Kraft für weitere Betreuungssituationen rund um eine stille Geburt.

#### 4.6.2 Negative Konsequenzen

Eine sehr häufig beschriebene negative Konsequenz ist, dass sich Pflegepersonen in vielen Situationen *alleine gelassen fühlen*. Funktioniert die Zusammenarbeit intra- und interdisziplinär nicht gut, erfahren Pflegekräfte vermehrt zu wenig bis keine Unterstützung. Auch organisatorische Faktoren, wie beispielsweise der Einsatz von nur einer Pflegeperson im Nachtdienst, führen dazu, sich alleine gelassen zu fühlen.

*„Und ich find halt, wenn du dann wirklich alleine bist und niemanden hast, mit dem du (,) an den du dich irgendwie anlehnen kannst, he mir wird es zu viel, mach du weiter. Dann find ich das schlimm eigentlich.“ (I6, Z193-196)*

Diese beschriebene fehlende Unterstützung führt des Weiteren rasch zu *Überforderung*. Hier kann ebenso die zuvor beschriebene Ausnahmesituation im Nachtdienst (Kapitel 4.4.6) als Beispiel herangezogen werden.

*„Und dann stehst du da, ja, eigentlich (,) puh hoffentlich funktioniert alles.“ (I6, Z235-236)*

Weitere Entstehungsfaktoren für Überforderung sind einerseits die kontextuellen Faktoren (Kapitel 4.3), wie beispielsweise die generelle Tabuisierung dieses stark emotionalen Themas oder die eigene tiefe Betroffenheit der Pflegeperson. Andererseits sorgen auch unzureichendes Miteinbeziehen von Ressourcen sowie negative Auswirkungen der internen, von der Pflegeperson abhängigen intervenierenden Bedingungen dazu. Hier sind besonders der Umgang mit den eigenen Emotionen, der Erfahrungsschatz und das Ausmaß von Berührungsängsten hervorzuheben. Achten Pflegekräfte nicht auf sich, sorgen für keinen Ausgleich und somit keine Psychohygiene, kann dies ebenfalls dazu führen, dass sie sich in der Betreuungssituation überfordert fühlen.

Fühlen sich Pflegepersonen überfordert, bringt dies öfters *Hilflosigkeit* mit sich. Dieses Gefühl hilflos zu sein, tritt vermehrt in Verbindung mit *Machtlosigkeit* auf. Pflegepersonen fühlen sich machtlos, da sie der Patientin und ihrer Familie gerne den Trauerschmerz nehmen und sie vor der tragischen Situation schützen möchten, es aber leider nicht können.

*„wenn ich die Mutter entlasse und ich kann ihr nichts mitgeben. (P) Das ist für mich glaub ich (,) das ist für mich das Schlimmste.“ (I3, Z87-88)*

*„Den Trauerschmerz kann ich Ihr nicht nehmen. (P) Das ist irgendwie (,) weil so hilflos ist man da, voll.“ (I3, Z95-97)*

Eigene Betroffenheit, unzureichende Erfahrung und Berührungsängste können in *Sprachlosigkeit* resultieren. Auch hier ist eine Hilflosigkeit zu spüren, da den Pflegepersonen vermehrt die Worte fehlen und sie nicht wissen, wie sie damit umgehen sollen.

*„Weil was willst du denn sagen? Ich mein, außer dass es dir Leid tut, ja okay aber es gibt ja sonst nichts zu sagen. Ich mein, du kannst halt ein Beileid wünschen, aber ... im Grunde genommen mehr kannst du dazu auch nicht sagen, weil mehr gibt es dazu nicht zu sagen. Weil was willst du sagen? Wird schon werden?“ (I7, Z163-168)*

*„Man kann da keine (,) nicht wirklich Worte finden für sowas. Das find ich, das ist einfach schlimm. Ja.“ (I4, Z277-278)*

Eine weitere negative Konsequenz ist die *Angst*. Von den befragten Pflegepersonen werden verschiedene Ängste angesprochen, wie beispielsweise die generelle Angst vor der Betreuungssituation rund um eine stille Geburt. Eine Pflegeperson beschreibt etwa, dass sie sich zeitweise überwinden muss das Patientinnenzimmer zu betreten. Auch die Angst etwas Falsches zu sagen bzw. die Angst gewisse Themen überhaupt anzusprechen sind bei den Interviews Thema.

*„Wahrscheinlich, weil man auch selber Angst hat etwas Falsches zu sagen. Das ich (,) glaub ich ist einfach so die größte Angst die man hat, dass man was sagt, was nicht passend ist oder was falsch rüberkommt.“ (I6, Z138-141)*

Angst vor dem Anblick des Kindes und Angst vor dem Umgang mit dem Kind werden ebenso genannt.

Die *Resignation* wird genauso zu den negativen Auswirkungen gezählt. Diese stellt sich ein, wenn Pflegepersonen bemerken, dass zum Beispiel auf andere Berufsgruppen und deren Bedürfnisse mehr geachtet wird als auf ihre eigenen. Von Befragten wird beschrieben, dass auf die Pflege vergessen wird. Das Pflegepersonal resigniert und sieht kaum mehr Sinn dahinter die eigenen Wünsche überhaupt noch zu äußern.

*„du hast ja keine Ahnung von der Materie eigentlich und wirst aber trotzdem da ziemlich hingestellt und musst das machen und dass da halt schon auf uns viel vergessen wird.“ (I4, Z634-637)*

*„Und das ist irgendwie voll abgeblockt worden und seitdem verlier ich kein Wort mehr über das.“ (I9, Z223-234)*

Pflegekräfte resignieren vor allem auch, wenn es um Organisatorisches geht, was aus ihrer Sicht nicht geändert werden kann.

## 5. Diskussion

Die Ergebnisse dieser Masterarbeit wurden oberhalb anhand eines paradigmatischen Modells in Anlehnung an Strauss und Corbin (1996) grafisch dargestellt und ausführlich erläutert. Einige decken sich mit jenen aus der zu Beginn der Arbeit vorgestellten internationalen wissenschaftlichen Fachliteratur. Dennoch gibt es Erkenntnisse, die in dieser Art und Weise bisher noch nicht erlangt wurden.

Es konnte ein Schlüsselphänomen identifiziert werden, welches für die Pflegepersonen als Hauptziel für jede Betreuungssituation gilt. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass das Wohl der Patientin oberste Priorität hat und die Pflegekräfte ihr Ausmaß an Belastungen bzw. ihre eigene Zufriedenheit mit der geleisteten Arbeit über dieses definieren. Um dies erreichen zu können, setzen sie Handlungen, wie die emotionale Betreuung der Patientin und ihrer Familie, der liebevolle Umgang mit dem stillgeborenen Kind, das Miteinbeziehen von Ressourcen, das Entsprechen des Rollenbilds der Pflege und das Achten auf sich selbst. Letzteres sind jene Strategien, die von den Befragten gewählt werden, um selbst besser mit stiller Geburt und der Versorgung des Kindes umgehen zu können. Weiters gehen aus dieser Arbeit Aspekte hervor, die als mögliche Belastungen identifiziert werden, wie beispielsweise der unzureichende Erfahrungsschatz der Pflegepersonen, deren Berührungängste und Umgang mit den eigenen Emotionen, infrastrukturelle Gegebenheiten sowie ein Mangel an Zeit. Diese finden sich einerseits in den kontextuellen und andererseits in den intervenierenden Bedingungen wieder. Kann von den Pflegepersonen das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt gestellt werden, führt dies in weiterer Folge zu positiven Konsequenzen, welche als Motivatoren für weitere Betreuungssituationen gelten. Wird das Hauptziel allerdings nicht erreicht, da einige Faktoren dessen Umsetzung behindern, bringt dies negative Auswirkungen mit sich und die Pflegepersonen sind vermehrt belastet.

Die nun folgende Diskussion der Forschungsergebnisse orientiert sich an den zuvor gestellten Forschungsfragen (siehe Kapitel 2.11). Ebenso werden die Erkenntnisse mit Einbezug des derzeitigen wissenschaftlichen Forschungsstands kritisch betrachtet. Vorrangig werden vor allem jene thematisiert, welche sich aus den oberhalb beschriebenen Ergebnissen als besonders relevant herauskristallisieren und sich von denen der beschriebenen Forschungsliteratur unterscheiden bzw. bisher noch nicht untersucht wurden.



## **5.1 Allgemeines Erleben einer stillen Geburt, damit verbundene Belastungen der Pflegepersonen sowie deren persönlicher Umgang damit**

Im Zentrum des Erlebens der Pflegepersonen auf einer gynäkologischen Normalstation steht die Erfüllung der Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen, die eine stille Geburt erleben. Die Pflegekräfte stellen das Wohl der einzelnen Patientin in den Mittelpunkt und handeln diesem Ziel entsprechend.

Beim beschriebenen Schlüsselphänomen *„Als Pflegeperson das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt stellen“* handelt es sich um keine im Rahmen dieser Masterarbeit neu entwickelte Idee. In der Gesundheits- und Krankenpflege steht seit jeher der Mensch im Mittelpunkt. In patientenzentrierten Pflegesystemen, in denen Patienten und Patientinnen holistisch und individuell betreut werden, wird dieser Gedanke bereits seit langem aufgegriffen (Lieser, 2004). In unterschiedlichen Pflegemodellen finden sich ebenso Teilaspekte des Schlüsselphänomens wieder. In Bedürfnismodellen sieht es die Pflegeperson zum Beispiel als ihre zentrale Aufgabe, den Patient bzw. die Patientin in der Erfüllung seiner bzw. ihrer Bedürfnisse zu unterstützen. Interaktionsmodelle hingegen fokussieren sich wiederum auf die zwischenmenschliche Beziehung in der Pflege, welche auch in der Ergebnisdarstellung dieser Arbeit einen wichtigen Aspekt darstellt (Meleis, 2012). Diverse Pflegeleitbilder der unterschiedlichen Institutionen stellen ebenfalls den Patienten bzw. die Patientin mit seinen bzw. ihren individuellen Bedürfnissen in den Mittelpunkt.

In den Forschungsergebnissen dieser Arbeit wird ersichtlich, dass die befragten Pflegepersonen den Pflegeleitgedanken *„Mensch im Mittelpunkt“* verinnerlicht haben und in ihrem beruflichen Alltag auch nach diesem handeln. Es wird vermutet, dass erst aufgrund dessen, dass es sich um ein bereits existentes zentrales Thema in der Pflege handelt, einige Interviewpartnerinnen das Schlüsselphänomen überhaupt erst explizit als ihr Ziel benennen konnten.

Vergleichend zu den Ergebnissen der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur sticht hervor, dass in dieser Arbeit ein Phänomen herausgearbeitet wurde, welches im Zentrum steht und für die befragten Pflegepersonen am wichtigsten ist und deren Hauptziel verkörpert. Es findet eine Priorisierung dieses einzelnen komplexen Phänomens statt, um welches sich die übrigen Ergebnisse anordnen. Dadurch wurde ein anderer Blickwinkel auf das Erleben von Pflegepersonen bezogen auf stille Geburt

geschaffen, welcher sich von der durchwegs linearen Ergebnisdarstellung der zuvor diskutierten Literatur unterscheidet.

Befragte Pflegepersonen geben als einen Grund für die Umsetzung des Schlüsselphänomens die Steigerung der persönlichen Zufriedenheit und die damit verbundene gleichzeitige Abnahme der eigenen Belastungen an. Auch in der wissenschaftlichen Literatur wird dieser Aspekt bereits aufgegriffen. Menschen helfen zu können, steigert das Wohlbefinden der Pflegeperson und ihre Zufriedenheit mit der geleisteten Arbeit (Gardner, 1999; Roehrs et al., 2008; Steen, 2015). Auch wenn das Wohl der Patientin im Mittelpunkt steht, stellen die Pflegekräfte durch die Realisierung dieses Schlüsselphänomens somit nicht nur die Wünsche der Patientin ins Zentrum, sondern bezwecken sehr wohl auch die Erfüllung ihrer eigenen Bedürfnisse.

Als weitere Begründung dafür, dass die Pflegepersonen das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt stellen, wird von den Interviewpartnerinnen die Identifikation mit dem Rollenbild der Pflege und die damit verbundene Umsetzung des zentralen pflegerischen Gedankens "Mensch im Mittelpunkt" genannt. Auch dieser Aspekt ist durchaus nicht neu. Über Jahrzehnte hinweg hat sich die Pflege ein berufsspezifisches Rollenverständnis zu Eigen gemacht, welches basierend auf gesellschaftlichen Erwartungen und eigenen Ansprüchen der Pflege an sich selbst entstand. Mit diesem Rollenbild sind einige Eigenschaften verbunden, welche auch in der Ergebnisdarstellung beschrieben werden (siehe Kapitel 4.4.5). Es werden an dieser Stelle unter anderem, wenn auch mit etwas anderen Worten, die Fürsorglichkeit, Empathie und Anteilnahme, welche die grundlegenden ethischen Tugenden des Pflegeberufs darstellen, genannt (Körtner, 2012).

Erst aufgrund dessen, dass sich die Pflegepersonen mit diesem Rollenbild identifizieren, lässt sie nach diesem agieren. Dies erklärt, wieso sich dieses in den Forschungsergebnissen einerseits als Ursache bzw. Motiv für das Schlüsselphänomen wiederfindet, andererseits aber auch ein Handlungsset für dessen Erfüllung darstellt. Die Wichtigkeit des Rollenverständnisses der Pflege kam bislang in der wissenschaftlichen Literatur bezogen auf stille Geburt nicht so explizit hervor.

Aus der hier vorliegenden Forschung gehen einige Aspekte hervor, die von Pflegepersonen, die stille Geburten betreuen, als Belastungen wahrgenommen werden. Auf diese wird nun nachstehend eingegangen.

Auffallend ist, dass die infrastrukturellen Gegebenheiten in dieser Arbeit eine große Rolle spielen und einen Teil des Kontextes darstellen, in welchem die Umsetzung des Schlüsselphänomens stattfindet. Auch wenn das Schaffen der Privatsphäre durch Einzel- oder Zweibettzimmer fast immer möglich ist, so geben die Pflegepersonen an, dass die unzureichende räumliche Trennung zwischen gynäkologischer Normalstation und geburtshilflicher Wochenbettstation häufig belastend ist, sowohl für die betroffene Patientin als auch für die Pflegekräfte selbst. In der bisher vorhandenen wissenschaftlichen Literatur scheint dies für die betreuenden Pflegepersonen und Hebammen keine Belastung dargestellt zu haben. Dies kann darin begründet sein, dass es sich in den anderen Erhebungen um ein durchwegs geburtshilfliches Setting handelt und daher die hier beschriebene infrastrukturelle Problematik wegfällt. Demzufolge können die infrastrukturellen Gegebenheiten als eine Setting spezifische Belastung für Pflegepersonen auf gynäkologischen Normalstationen identifiziert werden.

Die Art und die Dauer des Aufenthalts wurden ebenso bislang noch nicht als beeinflussende Faktoren für das Erleben betreuender Pflegepersonen erwähnt. Es kann kausal angenommen werden, dass es in anderen Ländern möglicherweise einheitlichere klinische Leitpfade und Regelungen bezüglich des Krankenhausaufenthalts bei einer stillen Geburt gibt. Ein weiterer Grund kann sein, dass die Hebammen und Pflegepersonen, die im geburtshilflichen Setting tätig sind, fast durchgehend mit der betroffenen Patientin zusammen sind und mehr Zeit mit ihr verbringen. Dadurch haben sie auch bei einem kurzen Aufenthalt Zeit die Patientin emotional zu unterstützen und sehen daher die Art und die Dauer des Aufenthalts nicht als Belastungsfaktor an. Hingegen ist allgemein diplomiertes Pflegepersonal auf gynäkologischen Normalstationen beispielsweise bei der Geburt, wenn diese im Kreißaal stattfindet, nicht anwesend und hat somit keinen durchgehenden Kontakt zur Patientin. Demzufolge wird eine gute emotionale Betreuung bei einem kurzen Aufenthalt erschwert. Dieser Aspekt ist somit von der Ausbildung und dem Berufsbild

der betreuenden Pflegekraft abhängig und kann ebenso als Setting spezifisches Problem angesehen werden.

Die Betreuung einer Patientin, die eine stille Geburt erlebt, schließt automatisch die Mitbetreuung des Partners bzw. der Familie und Angehörigen mit ein. Vorrangig wird betont, dass es sich beim sozialen Umfeld der Patientin auch um eine wichtige Ressource handelt, die in die Begleitung miteinbezogen werden soll und somit auch die betreuende Pflegeperson entlasten kann. Dies geht nicht nur aus den hier beschriebenen Forschungsergebnissen hervor, sondern ist ebenso Teil des bestehenden wissenschaftlichen Forschungsstands (Gardner, 1999; Schott et al., 2007).

Angehörige können laut den Interviewpartnerinnen dennoch auch eine Belastung für die Pflegepersonen darstellen, was von der wissenschaftlichen Literatur bisher noch nicht so detailliert beschrieben wurde. Dadurch ist auch die Strategie, die Patientin schützen zu müssen, eine in dieser Arbeit neu aufgegriffene.

Es ist nicht überraschend, dass gerade in Betreuungssituationen rund um eine stille Geburt die emotionale Unterstützung ein äußerst wichtiger Bestandteil ist. Dies beschreiben nicht nur die Interviewpartnerinnen in dieser Arbeit, sondern auch McCreight (2005), die dies in ihrer Studie zu ihrem Hauptthema macht.

Die Kommunikation stellt einen sehr zentralen Teil der (emotionalen) Betreuung dar. Dies ist sowohl in den hier vorliegenden Forschungsergebnissen als auch in der vorhandenen Literatur zu finden (Chan et al., 2009; Schott et al., 2007). Eine große Belastung stellt die Angst dar, etwas Falsches zu sagen. Dies haben ebenfalls die Befragten von Gardner (1999), Steen (2015), Roehrs et al. (2008) und McCreight (2005) beschrieben. Diese Sorge scheint somit eine sehr zentrale belastende Problematik zu sein, unabhängig vom Setting oder der Ausbildung der Betreuungspersonen. Wallbank und Robertson (2008) begründen dies vorrangig in fehlenden Kommunikationsfertigkeiten, welche vor allem durch angepasste Schulungsangebote beseitigt werden könnten. Auch Befragte dieser Studie schließen sich hier an und würden sich spezifisch auf das Thema stille Geburt abgestimmte Kommunikationsschulungen wünschen.

Kommunikationsbedingte Belastungen entstehen für betreuende Pflegepersonen vor allem dann, wenn sie auf sprachliche Barrieren stoßen. In der Literatur werden ausgebildete Übersetzer gefordert (Schott et al., 2007), jedoch sieht die Realität oftmals anders aus, da die Organisationen diese nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung stellen. Folglich werden vermehrt Angehörige als Dolmetscher eingesetzt, was jedoch von Befragten als problematisch angesehen wird.

Intra- und interdisziplinäre Kollegen und Kolleginnen stellen eine der wichtigsten Wissens- und Entlastungsquellen dar und sind betreuenden Pflegepersonen eine große Unterstützung. Fehlt dieser Beistand, wirkt sich dies zusätzlich belastend auf die Pflegekräfte aus (Chan et al., 2009; Mander, 2009; McCreight, 2005; Roehrs et al., 2008). In dieser Masterarbeit wird die fehlende Unterstützung anderer Berufsgruppen noch detaillierter aufgegriffen. Es kommt hinzu, dass diese zusätzlich die negative Konsequenz „sich alleine gelassen fühlen“ mit sich bringt und somit nicht nur eine große Belastung darstellt und zu Ängsten und Überforderung führen kann, sondern auch in weiterer Folge Einfluss nimmt auf die Betreuungssituation und den persönlichen Umgang der Pflegepersonen mit stiller Geburt.

Eine weitere Belastung ist, dass einige Pflegepersonen angeben, sie seien über die Insensibilität anderer im Umgang mit stiller Geburt schockiert. Auch Steen (2015) und Gardner (1999) beschreiben bereits eine Abgestumpftheit und eine Empathielosigkeit von Kollegen und Kolleginnen als einen zusätzlichen Belastungsfaktor.

In den Interviews stellte sich heraus, dass die von den Pflegekräften geschätzten Prävalenzzahlen von stiller Geburt in den verschiedenen Institutionen stark variieren und sich demzufolge auch das allgemeine Erleben der Pflegepersonen je nach Häufigkeit einer stillen Geburt unterscheidet. Der daraus resultierende Erfahrungsschatz und die Dauer der bisherigen Beschäftigung an der gynäkologischen Abteilung nehmen darauf zusätzlichen Einfluss. Je mehr Erfahrung eine Pflegeperson mit stiller Geburt hat, desto sicherer ist sie in der Betreuungssituation und desto weniger Berührungsängste werden von ihr beschrieben. Ebenso fällt ihr der eigene Umgang mit der stillen Geburt leichter. Steen (2015) und Gardner (1999) beschreiben ebenfalls diese positive Auswirkung von persönlicher Erfahrung.

Auch ein Aspekt, der bisher von der Literatur noch nicht in dieser Form dargestellt wurde, ist das Handeln der Pflegepersonen auf Basis eigener Vorannahmen. Die Thematik wurde durchaus bereits angesprochen, jedoch eher hinsichtlich dessen, dass Entscheidungen der Eltern akzeptiert und keine voreiligen Schlüsse gezogen werden sollen. Ebenso soll die eigene Meinung der betreuenden Personen nicht in die Gestaltung der Begleitung der Eltern einfließen (z.B. Schott et al., 2007). In den hier vorliegenden Forschungsergebnissen finden sich dennoch Situationen, in denen sich die Befragten von ihren eigenen Vorstellungen und Vorannahmen leiten lassen. Dies liegt eventuell daran, dass keine ausführliche wissenschaftlich fundierte Leitlinie, wie beispielsweise die SANDS Guideline, vorliegt, welche diese oben beschriebene gewünschte Grundhaltung von Betreuungspersonen verinnerlicht. Auch fehlt es an spezifischen Schulungsangeboten und Reflexionsmöglichkeiten, bei denen über den Einfluss persönlicher Sichtweisen auf die Betreuungssituation gesprochen werden kann.

Das Selbstbewusstsein bezüglich der eigenen geleisteten Arbeit ist für einige Pflegepersonen ein Motivator und gründet sich zumeist in positivem Feedback, welches sie von betroffenen Eltern erhalten. Die befragten Pflegepersonen in den einzelnen Spitälern sind mit ihrer Betreuung zufrieden und beschreiben diese als sehr gut, obwohl hervorsteicht, dass sich die geschilderten Betreuungssituationen von Institution zu Institution zum Teil stark unterscheiden. Ohne an dieser Stelle eine Bewertung abgeben zu wollen, fällt allerdings auf, dass einige vorherrschende Aspekte der Begleitung nach Stand der Wissenschaft verbesserungswürdig wären bzw. in anderen Krankenhäusern abweichend gelöst werden. Als Beispiel kann hier vor allem die unterschiedliche Gestaltung des Moments der Begegnung der betroffenen Eltern mit ihrem stillgeborenen Kind genannt werden. Hier fehlt es definitiv an einem häuserübergreifenden Austausch. Dieser könnte eine Optimierung der Betreuung rund um eine stille Geburt unterstützen und beispielsweise durch Arbeitsgruppen oder Supervisionen geschaffen werden.

Der Kulturaspekt, welcher vor allem von Gardner (1999) erstmals aufgegriffen wurde, wird in den Ergebnissen dieser Arbeit zwar bei den externen personenbezogenen intervenierenden Bedingungen erwähnt, scheint jedoch vergleichend zu vorherigen

Untersuchungen einen nicht allzu großen Einfluss auf das Handeln und den Umgang der betreuenden Pflegepersonen zu nehmen. Dies kann eventuell darin begründet sein, dass die Untersuchung nur in Wien und Niederösterreich durchgeführt wurde. Somit handelt es sich um einen einzigen Kulturraum, in welchem die Datenerhebung stattfand. Es geht lediglich hervor, dass die Betreuung von Familien, die aus anderen Kulturen bzw. aus anderen Ländern stammen, eine Herausforderung darstellen kann.

Die Zeit ist ebenfalls ein sehr bedeutender Faktor bei der Begleitung von Familien, die eine stille Geburt erleben. Da es zumeist an Zeit und auch an Personal mangelt, kommt vor allem die emotionale Betreuung viel zu kurz und stellt für die Pflegepersonen eine zusätzliche Belastung dar. Fehlende Zeit wird auch von Gardner (1999) erwähnt, dennoch nicht mit dieser umfassenden Auswirkung, wie in den hier vorliegenden Ergebnissen.

Von Roehrs et al. (2008) wird die zusätzliche Begleitung von anderen Patientinnen aufgegriffen, indem er postuliert, dass gerade die gleichzeitige Betreuung von trauernden Familien und jenen glücklichen, die ein gesundes Baby bekommen haben, belastend für das betreuende Personal ist. Dieser Aspekt wird auch in der vorliegenden Arbeit von Probandinnen erwähnt. Die zusätzliche fächerübergreifende Patientinnenbetreuung gilt jedoch als neue und Setting spezifische Erkenntnis. Da die hier befragten allgemein diplomierten Pflegepersonen auf gynäkologischen Normalstationen arbeiten, sind sie ebenso in der prä- und postoperativen aber auch onkologischen Betreuung tätig. Gerade dies birgt zusätzliches Belastungspotential und unterscheidet diese Pflegekräfte von den Probandinnen der bisherigen wissenschaftlichen Literatur, die alleinig im geburtshilflichen Setting arbeiten.

Auch der Ort der Geburt zählt als ein Setting spezifischer Einfluss nehmender Faktor. Findet die stille Geburt im Kreißsaal statt, fallen einerseits Belastungen bezogen auf die Begleitung der Geburt für die betreuende Pflegekraft weg. Andererseits beeinflusst dies auch die Beziehung zwischen ihr und der betroffenen Patientin, da diese somit durch die Hebamme eine zweite Bezugsperson hat. Stellt jedoch das Patientinnenzimmer auf der Normalstation den Ort der Geburt dar, ist die Pflegeperson meist die erste Ansprechperson für die Patientin. Begleitet die Pflegekraft zusätzlich

die Geburt, sieht sie sich mit Belastungen konfrontiert, welche von Pflegepersonal, welches mit dem geburtshilflichen Setting vertraut ist, nicht beschrieben werden. Hier ist vor allem die Sorge prominent, pflegefremde Tätigkeiten ausführen zu müssen und diesen gegebenenfalls nicht gewachsen zu sein. Als Beispiel können die Betreuung während den Wehen bzw. der Austreibungsphase genannt werden. Dies bringt das Gefühl von fehlender Unterstützung durch andere Berufsgruppen, Überforderung und Hilflosigkeit aufgrund eines zu geringen geburtsspezifischen Schulungsausmaß mit sich.

Die unter „positive Konsequenzen“ angeführten Aspekte sind für befragte Pflegepersonen Motivatoren stille Geburten weiterhin so zu betreuen, wie sie es bisher getan haben. Die negativen Auswirkungen hingegen werden als Belastungen wahrgenommen und beeinflussen die aktuelle sowie auch die kommenden Betreuungssituationen rund um eine stille Geburt. In der wissenschaftlichen Literatur werden diese gelegentlich am Rande erwähnt (Gardner, 1999; Steen, 2015; Wallbank & Robertson, 2013), jedoch wird ihnen nicht derselbe wichtige Stellenwert eingeräumt, wie in dieser vorliegenden Arbeit.

Die Forschungsfrage bezogen auf den persönlichen Umgang der Pflegepersonen mit stiller Geburt ist vor allem mit dem Handlungsset „auf sich selbst achten“ beantwortet. Pflegekräfte setzen diverse Strategien ein, um mit den eigenen Emotionen und Belastungen umgehen zu können. Die Ergebnisse zeigen, dass gerade das Reflektieren und das Zulassen von eigenen Emotionen besonders wichtig sind. Auch das Weinen und Mitweinen wird von Befragten dieser Erhebung sowie von vorangegangenen Untersuchungen als entlastend beschrieben (McCreight, 2005; Roehrs et al., 2008). Besonders sticht hervor, dass alle befragten Pflegekräfte dieser Untersuchung das Darüber-Reden für besonders bedeutend halten, da sie so am besten mit den einzelnen Betreuungssituationen abschließen können. Dass dies eine der wichtigsten Bewältigungsformen ist, geht aus der bisherigen Literatur noch nicht ganz so deutlich hervor.

Roehrs et al. (2008) thematisieren, dass es ebenso Personen gibt, die sich lieber abgrenzen, distanzieren und ihre Gefühle abschalten. Auch dieses Verhalten wurde von Befragten erwähnt.



## **5.2 Spezifisches Erleben, Belastungen und persönlicher Umgang der Pflegepersonen bezogen auf das stillgeborene Baby**

Wie bereits im theoretischen Hintergrund beschrieben, wurde das spezifische Erleben von Pflegepersonen bezüglich des Umgangs mit stillgeborenen Kindern in der wissenschaftlichen Literatur bisher weitgehend ausgespart. In den SANDS Guidelines wird von Hebammen und Pflegepersonen erwartet mit dem Baby würdevoll umzugehen und es werden Tätigkeiten der Versorgung sowie des Sammelns von Erinnerungen beschrieben. Auch wie der Moment der Begegnung zwischen den Eltern und ihrem verstorbenen Kind bestmöglich gestaltet werden kann, ist in dieser Leitlinie Thema. Alle in diesem Zusammenhang beschriebenen Handlungen werden gesetzt, damit die betroffenen Mütter und Väter gut Abschied nehmen und den Verlust verarbeiten können (Schott et al., 2007). Aus den Ergebnissen dieser Arbeit geht ebenfalls hervor, dass das Set an Strategien „mit dem Kind liebevoll umgehen“ vor allem zum Wohl der Patientin und ihrer Familie angewandt wird. Auch hier verfolgen die handelnden Pflegepersonen das Ziel, dass die betroffene Patientin und ihre Angehörigen gut mit der Trauer umgehen und das Geschehene gut bewältigen können. Dennoch sprechen im Zuge dieser Forschung befragte Pflegekräfte auch mit dem stillgeborenen Baby verbundene Belastungen und Ängste an. Diese Beschreibungen sind bisher in der wissenschaftlichen Fachliteratur kaum bis gar nicht vorhanden.

Von den Interviewpartnerinnen aufgegriffene Belastungen sind beispielsweise Berührungsängste und Hemmungen im Umgang mit dem Kind. Steen (2015) erwähnt bereits, dass 10-20% ihrer Befragten die Versorgung des Kindes und den Umgang mit diesem als eine Hemmschwelle ansehen. In ihrer Studie sind es vor allem vermehrt die interviewten Pflegekräfte, die sich hierzu äußern. Dies gründet sich eventuell darin, dass Hebammen prinzipiell mehr Erfahrung in der Versorgung mit Neugeborenen haben, Pflegepersonen hingegen weniger und sich somit im Umgang mit einem toten Baby umso schwerer tun. Auffällig ist dennoch, dass es sich eigentlich nur um einen recht geringen Prozentteil der Interviewten handelt. Ein Grund hierfür kann das Setting sein. Pflegekräfte, die von Steen (2015) befragt wurden, sind mit dem geburtshilflichen Setting vertraut, die Interviewpartnerinnen in dieser Untersuchung arbeiten hingegen auf einer gynäkologischen Normalstation und haben somit noch weniger bis gar keine

Erfahrung in Umgang mit Babys. Auch wenn man bei dieser vorliegenden qualitativen Erhebung nicht von Prozenten reden kann, sticht hervor, dass lediglich eine von neun Pflegepersonen explizit angibt, keine Hemmungen bei der Versorgung von und im Umgang mit stillgeborenen Kindern zu haben. Alle anderen erwähnen Ängste und Belastungen diesbezüglich. Somit kann das höhere Ausmaß an Berührungsängsten als Setting spezifisch ausgelegt werden.

Wichtige Einflussfaktoren auf das Ausmaß der Hemmungen bezogen auf das stillgeborene Kind können die Dauer der bisherigen Beschäftigung an der jeweiligen gynäkologischen Normalstation sowie der individuelle persönliche und berufliche Erfahrungsschatz sein. Speziell in dieser Arbeit zeigt sich deutlich, dass die Berührungsängste und der Umgang mit dem stillgeborenen Kind variieren, je nachdem, ob die Pflegeperson aktiver in dessen Versorgung eingebunden ist, oder diese von Hebammen übernommen wird und die Pflegekraft somit eher weniger Kontakt zum stillgeborenen Baby hat.

Die Tatsache, dass es sich um einen Babyleichnam handelt, erschwert es den meisten Pflegepersonen das Kind ohne Scheu anzufassen. Auch Hemmungen vor dessen Anblick werden von den Interviewpartnerinnen beschrieben. Die Angst vor dem Aussehen eines Aborts, also von einem Kind, welches in einer sehr frühen Schwangerschaftswoche intrauterin verstorben ist, wird auch von McCreight (2005) aufgegriffen. Dass jedoch vor allem Kinder mit Deformationen und auch Totgeburten, welche bereits wie gesunde Säuglinge aussehen, mit Hemmungen und Ängsten verbunden sind, wird erst in dieser vorliegenden Forschungsarbeit beschrieben (siehe Kapitel 4.5.2, Zustand des stillgeborenen Kindes).

Des Weiteren zeigt sich erstmals in den Ergebnissen dieser Erhebung, dass die Interviewpartnerinnen die Tatsache, dass das Baby tot ist, sehr häufig hervorheben und dass ihnen genau dieser Fakt zu schaffen macht. Er schwebt über jeder Betreuungssituation rund um eine stille Geburt und wird als eine Grundbelastung gesehen.

Befragte zeigen hier zweierlei Umgangsmuster. Auf der einen Seite steht das gewünschte Verhalten, mit dem stillgeborenen Kind wie mit einem lebenden Baby umzugehen, bei dem die betreuende Pflegekraft stark emotional involviert ist und sich

auf die Situation einlässt. Auf der anderen Seite gibt es Pflegepersonen, die eine abwehrende Haltung einnehmen, bei der sie versuchen einen gewissen emotionalen Abstand zu halten, um die Situation nicht zu sehr an sich heranzulassen. Beide dieser Umgangsmuster bringen Vor- und Nachteile mit sich.

Das erste beispielsweise ermöglicht es den Pflegepersonen die betroffene Familie emotional bei ihrem Abschied zu unterstützen und sie sehen sich befähigt das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt zu stellen. Wird das verstorbene Kind wie ein lebendes angesehen und behandelt, kann dies einerseits bei der eigenen Bewältigung der Situation helfen. Als Beispiel können hier jene Pflegekräfte genannt werden, die mit dem Kind reden und es liebevoll behandeln. Andererseits kann es dazu führen, dass es einigen Pflegepersonen umso schwerer fällt die Tatsache zu akzeptieren, dass das Baby tot ist. Selbst Abschied zu nehmen und loszulassen ist für sie verstärkt mit Belastungen verbunden.

Das zweite Umgangsmuster wird von manchen Pflegepersonen als Schutzmechanismus gewählt, um sich selbst mit dem Tod eines Babys nicht zu sehr zu belasten und sich so in weiterer Folge zu befähigen weitere Betreuungssituationen zu meistern sowie das Wohl weiterer Patientinnen in den Mittelpunkt zu stellen. Jedoch kann dieses Verhalten dazu führen, dass die Pflegekräfte die betroffenen Eltern nicht so intensiv emotional unterstützen können, wie sie es vielleicht möchten und sie es diesen eventuell erschweren die Trauersituation zu bewältigen. Dies kann ein Hindernis sein das Wohl der einzelnen Patientin in ausreichendem Ausmaß und in ebensolcher Intensität in den Mittelpunkt zu stellen.

Letztendlich muss jede Pflegeperson für sich selbst definieren, welches Verhaltensmuster für sie das geeignetste ist. Um dies jedoch für sich herauszufinden, sind sicherlich Austauschmöglichkeiten mit anderen betroffenen Pflegekräften sowie Schulungs- und Supervisionsangebote von Nöten.

### **5.3 Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten**

Bereits der derzeitige wissenschaftliche Forschungsstand zeigt, dass ein großer Wunsch nach Fortbildung besteht, welcher aber weitgehend nicht erfüllt wird (z.B. Henley & Schott, 2008; Maria Pastor Montero et al., 2011; Roehrs et al., 2008; Wallbank & Robertson, 2013). Erschreckend ist, dass dieser beschriebene Schulungs-

und Fortbildungsbedarf seit Jahren besteht, denn bereits Gardner (1999) und auch Grützner (1999) weisen darauf hin, aber trotzdem bisher ungedeckt blieb. Auch die befragten Pflegepersonen in dieser Arbeit beschreiben, dass die einzigen Schulungsangebote hausintern und durch Eigeninitiative von ihnen selbst oder von intra- bzw. interdisziplinären Kollegen und Kolleginnen entstanden sind. Alle weiteren hausexternen Angebote sind nicht auf die Bedürfnisse von Personen abgestimmt, die mit stiller Geburt im beruflichen Alltag konfrontiert sind. Wie es bereits Wallbank und Robertson (2008) formulieren, mag diese Problematik in limitierter organisatorischer Unterstützung begründet sein. Im Rahmen dieser Arbeit wird dies ebenso von Befragten aufgegriffen und als mangelnde Einsicht der Führungspersonen bezüglich der Belastungen der Pflegepersonen bezeichnet. Vor allem das Pflegepersonal gynäkologischer Normalstationen wird gerne übersehen, wenn es um die Teilnahme an geburtshilflich orientierten Fortbildungen geht, da ihr Mitwirken in diesem Bereich scheinbar als nicht essentiell bzw. sogar als nicht existent angesehen wird (DiMarco et al., 2002). Jedoch wäre genau hier erhöhter Schulungsbedarf gegeben, da gerade diese Pflegepersonen Unterstützung benötigen bezüglich eines ihnen unbekannten Settings und damit verbundenen, für sie fremde Tätigkeiten (Schott et al., 2007).

Eben diese fehlende Unterstützung für Pflegepersonal gynäkologischer Normalstationen geht auch aus den Interviews hervor. Die Befragten geben diverse Unsicherheiten in der Betreuung an, vor allem bezogen auf die Kommunikation, die emotionale Unterstützung der betroffenen Familie und ihren eigenen Umgang mit stiller Geburt. Ein Weg diese Bedenken zu beseitigen, sind sicherlich auf diese Bedürfnisse angepasste Schulungsangebote.

Grundsätzlich bleibt zu bedenken, dass nicht jede Pflegeperson den Wunsch nach spezifischen Fortbildungsangeboten hat. Eine Interviewpartnerin erzählt, sie würde sich zu keiner Schulung anmelden, bei der es um stille Geburt geht. Ihr reiche die Auseinandersetzung mit diesem Thema im beruflichen Alltag. Ob es sich hierbei um eine selbstreflektierte Aussage oder um ein distanzierendes Umgangsmuster handelt, sei dahingestellt. Jedoch sollten aus diesem Grund solche Schulungen zwar angeboten werden, allerdings nicht unweigerlich verpflichtend sein.

Dennoch werden nun spezifischere Ideen formuliert, wie Pflegepersonen sich gegenseitig unterstützen können und wie eine Hilfestellung seitens der Organisation aussehen kann. Denn erhalten Pflegepersonen Unterstützung, steigert dies

erfahrungsgemäß ihr Wohlbefinden und ihr Selbstbewusstsein. Sie erlernen Strategien für den eigenen Umgang mit stiller Geburt und sind befähigt auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten. So können sie in weiterer Folge eine noch bessere Betreuung leisten (Schott et al., 2007; Steen, 2015) und das Wohl der Patientin verstärkt in den Mittelpunkt stellen.

Pflegepersonen stellen sich vermehrt die Frage, ob sich die betroffenen Eltern in der Betreuungssituation tatsächlich wohlfühlen und ob sie sich zusätzlich noch weitere Interventionen wünschen würden. Um diesen Unsicherheiten zu begegnen, wären Fortbildungen bzw. Gesprächsrunden mit betroffenen Eltern, die über ihre Erfahrungen sprechen, durchaus denkbar und eine Möglichkeit Betreuungspersonen zu unterstützen. DiMarco et al. (2002) greifen diesen Gedanken bereits auf.

Auch wäre ein multidisziplinärer Austausch ein weiterer Weg der Unterstützung. Dies würde den interdisziplinären Teamgeist stärken und könnte dem Gefühl von fehlender Unterstützung anderer sowie Ängsten alleine gelassen zu werden entgegenwirken. Eine Interviewpartnerin würde dies definitiv begrüßen, da die stille Geburt schließlich alle Berufsgruppen im klinischen Setting betreffe.

Ein weiterer Vorschlag für eine mögliche Unterstützung der betreuenden Pflegepersonen sind häuserübergreifende Fortbildungen, Supervisionen oder Gesprächsrunden. Aus den Interviews geht hervor, dass die befragten Pflegepersonen über kein Wissen verfügen, wie sich in anderen Krankenhäusern Betreuungssituationen rund um eine stille Geburt gestalten. Dennoch ist sichtlich Interesse gegeben, da in fast allen Interviews Gegenfragen an die Forscherin gestellt wurden.

Weiters geben fast alle Befragten an, dass sie die Art und Weise, wie bei ihnen auf der Station mit stiller Geburt umgegangen wird, als sehr gut empfinden und ihnen kaum Verbesserungsmöglichkeiten einfallen würden (siehe Kapitel 4.5.1, Selbstbewusstsein bezüglich geleisteter Arbeit). Da sich jedoch der Ablauf und die Gestaltung dieser spezifischen Betreuungssituationen von Institution zu Institution unterscheiden, könnten sich Pflegepersonen im Rahmen eines häuserübergreifenden Austauschs sicherlich Anregungen und Ideen holen, wie sie dennoch die Gestaltung der Betreuung

auf ihrer Station optimieren könnten. Gerade auch bezogen auf die Versorgung des Kindes und den Umgang mit diesem fehlt es an gemeinsamer Auseinandersetzung, da gerade diesbezüglich verschiedenste Vorgehensweisen bestehen. Bestünde ein Dialog zwischen Pflegepersonen und gegebenenfalls auch Hebammen aus unterschiedlichen Spitälern, könnte hier sicherlich ebenfalls eine Optimierung des Umgangs mit dem stillgeborenen Kind stattfinden.

Würde dies umgesetzt werden, könnte die Ressource „Kollegen und Kolleginnen“ als Wissensquelle optimaler genutzt werden. Hierfür würde sich vor allem eine häuserübergreifende Arbeitsgruppe anbieten, in welcher klinische Leitpfade verglichen, diskutiert und verbessert werden können.

Es kann also abgeleitet werden, dass durch häuserübergreifende Angebote Pflegepersonen nicht nur erfahren können, wie Betreuungssituationen rund um eine stille Geburt in anderen Spitälern gestaltet werden und daraus lernen bzw. sich Ideen für den eigenen beruflichen Alltag mitnehmen, sondern die Versorgung könnte flächendeckend angeglichen und optimiert werden.

Chan et al. (2004 & 2009) postulieren, dass Richtlinien den beruflichen Alltag erleichtern und daher äußerst wünschenswert sind. Jedoch werden diese laut Steen (2015) unzureichend eingesetzt. Die Verwendung von Hilfsmitteln, wie beispielsweise Checklisten und klinische Leitfäden, wird von den befragten Pflegepersonen als hilfreich erachtet. Hier ist allerdings wichtig anzumerken, dass es sich bei den Leitfäden und Checklisten, welche von den Interviewpartnerinnen dieser Untersuchung verwendet werden, um keine wissenschaftlich fundierten handelt. Sie sind vermehrt traditionsgeleitet und haben den seit jeher auf der Abteilung gepflegten Umgang mit stiller Geburt als Inhalt. Deren Nützlichkeit soll hier keinesfalls angezweifelt werden, dennoch wäre eine evidenzbasierte Guideline erstrebenswert, um die Betreuung von Familien, die eine stille Geburt erleben, weiter zu optimieren. Als Beispiel kann hier die SANDS Guideline gebracht werden, welche die meisten Teilbereiche der Betreuung auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse ausführlich beschreibt (Schott et al., 2007).

Die Umsetzung all dieser Unterstützungsmöglichkeiten ist die Aufgabe der Führungskräfte bzw. der Träger der Krankenanstalten. Ohne deren Einsatz können

diese nicht verwirklicht werden und die Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Betreuungspersonen bleiben weitgehend unerfüllt.

Dennoch können in Eigeninitiative von Pflegepersonen und Stationsleitungen Unterstützungsmöglichkeiten geschaffen werden, die weniger Aufwand erfordern.

Ein intradisziplinärer Austausch könnte beispielsweise im kleinen Rahmen auch in Teamgesprächen stattfinden. Auf manchen Stationen wird dies laut Interviewpartnerinnen bereits so gehandhabt, auf anderen dagegen leider nicht. In Teammeetings kann Zeit und auch ein geschützter Raum geschaffen werden, um Betreuungssituationen zu reflektieren, sich auszutauschen und voneinander zu lernen. Wallbank und Robertson (2008) beschreiben dies bereits als wünschenswert.

Eine Interviewpartnerin erzählt, dass in ihrem Team ein Tagebuch geführt wird, in dem eigene Emotionen aufgeschrieben werden können. Sich so vor seinen Kollegen und Kolleginnen zu öffnen und private Gedanken niederzuschreiben, ist sicher nur in Teams möglich, in denen eine gute Arbeitsatmosphäre und ein ebensolcher Zusammenhalt herrschen. Die Idee dieses Tagebuchs als Unterstützungsquelle kann jedoch auch von jeder Pflegeperson einzeln aufgegriffen werden und als private Hilfestellung für den persönlichen Umgang dienen.

Schott et al. (2007) stellen in den SANDS Guidelines das „Book of Remembrance“ vor. In diesem können trauernde Eltern ihre Gedanken schriftlich hinterlassen und so Abschied von ihrem stillgeborenen Kind nehmen. Diese Idee eines Buchs der Erinnerung kann sicherlich für betreuende Pflorgeteams übernommen werden und ähnelt dem oben erwähnten Tagebuch. Ebenso können Orte der Erinnerung Pflegepersonen bei der Bewältigung und beim persönlichen Umgang mit stiller Geburt unterstützen. Beispiele hierzu werden in Kapitel 4.4.6 erwähnt.

## **5.4 Limitationen der Arbeit**

Diese Forschungsarbeit weist Limitationen auf, welche in die Betrachtung und Diskussion der Ergebnisse einfließen sollten. Die Grenzen dieser Forschung ergeben sich einerseits dadurch, dass es sich um eine Qualifikationsarbeit handelt, mit welcher ein begrenzter Zeitrahmen für die Datenerhebung und –analyse verbunden ist. Auch

bedingt dies eine recht kleine Probandinnengruppe mit lediglich neun Personen. Ein längerer Zeitraum sowie eine höhere Anzahl an Interviewpartnerinnen hätten es ermöglicht, weitere Kriterien der Grounded Theory zu erfüllen, wie beispielsweise ein Theoretical Sampling. Ebenso hätten so die im Zuge dieser Arbeit nicht miteinbezogenen Gütekriterien nach Mayring, kommunikative Validierung und Triangulation, beachtet werden können.

Andererseits kann weiters die berufliche Vorerfahrung der Forscherin, welche selbst auf einer gynäkologischen Normalstation arbeitet und somit mit stiller Geburt konfrontiert ist, als Limitation betrachtet werden. Ihre Vorkenntnisse könnten möglicherweise unbewusst Einfluss auf die Interpretation der Daten genommen haben.

Auch wenn zu Beginn der Interviews die im Rahmen dieser Masterarbeit verwendete Definition von stiller Geburt erläutert wurde, so wurde dennoch in den Interviewsituationen evident, dass in den Institutionen verschiedene Begriffsauslegungen vorhanden sind. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die für jede Interviewpartnerin übliche Definition von stiller Geburt ihre Aussagen beeinflusst hat.



## **6. Conclusio und Implikationen für die Pflegepraxis & -forschung**

Diese Arbeit stellt einen weiteren Schritt hin zur Enttabuisierung der stillen Geburt dar. Sie hat die Aufgabe den Lesern bzw. Leserinnen die Relevanz dieses Themas für die Pflegepraxis, dessen großes Belastungspotential für die betreuenden Pflegepersonen und den diesbezüglichen Handlungsbedarf vor Augen zu führen. Des Weiteren ist diese Masterarbeit eine Ergänzung zum bisherigen Forschungsstand in Bezug auf stille Geburt, in dem sie sich speziell mit einem bisher nicht beachteten Setting und einer unzureichend erforschten Gruppe von Pflegekräften beschäftigt.

Im Rahmen dieser Forschung konnte nicht nur ein neuer Blickwinkel auf das Erleben von Pflegepersonen bezogen auf stille Geburt geschaffen werden, sondern es wurden ebenso neue Erkenntnisse erzielt, die spezifisch für das hier untersuchte Setting einer gynäkologischen Normalstation gelten. Ebenfalls konnte gezeigt werden, dass sich die Belastungen und das herangezogene Bewältigungsverhalten von allgemein diplomierten Pflegepersonen in ein paar Punkten von jenen von speziell für das geburtshilfliche Setting ausgebildeten Pflegekräften unterscheiden. Somit konnte die zuvor aufgestellte These bezogen auf ein speziell charakteristisches Erleben des hier herangezogenen Samples und Settings (siehe Kapitel 2.11) bestätigt werden. Durch eine größere Stichprobe könnten gegebenenfalls noch weitere Ergebniskategorien erschlossen bzw. die vorhandenen ausgebaut und differenzierter dargestellt werden. Besonders auf den unterschiedlichen Erfahrungsschatz könnte in weiteren Studien noch näher eingegangen werden, welcher in dieser Forschung als ein sehr einflussreicher Faktor identifiziert wurde. So würden eventuell zusätzliche Unterschiede im Erleben von Pflegepersonen mit jahrelanger Erfahrung bezogen auf stille Geburt vergleichend zu jenen mit sehr geringem Erfahrungsschatz hervorgebracht werden.

In Hinblick auf das Alter der Probandinnen sowie deren Familienstand und Familienplanung konnten in dieser Arbeit keine bedeutenden Unterschiede im Erleben der Interviewpartnerinnen identifiziert werden. Allerdings wurde im Vorfeld der Datenanalyse vermutet, dass diese Aspekte in der Interpretation der Daten eine Rolle spielen könnten. Weitere Forschung würde hier gegebenenfalls zusätzliche Erkenntnisse bringen.

Darüber hinaus gilt diese Arbeit als eine der ersten, die sich mit dem spezifischen Erleben von Pflegepersonen bezüglich des Umgangs mit bzw. der Versorgung von stillgeborenen Kindern und die damit verbundenen spezifischen Belastungen und Umgangsmuster beschäftigt. Es ist wichtig, dass auch dieser spezielle Aspekt der Betreuungssituation rund um eine stille Geburt untersucht und näher beleuchtet wird, denn Belastungen, welche mit dem stillgeborenen Baby verbunden sind, bekamen bisher keine wesentliche Bedeutung zugeschrieben. Die Ergebnisse dieser Arbeit beweisen jedoch, dass diese sehr wohl Einfluss auf das Erleben und das Handeln der Pflegepersonen nehmen. Es ist von Bedeutung, dass den Pflegekräften diesbezüglich eine Stimme verliehen wird und auch auf diese möglichen Belastungsfaktoren, vor allem bei der Gestaltung von Unterstützungsmöglichkeiten, näher eingegangen wird. Erst wenn das spezifische Erleben bezogen auf den Umgang mit dem stillgeborenen Kind thematisiert wird, können Pflegekräfte ihren persönlichen Umgang damit reflektieren sowie eine Minderung der persönlichen Belastungen und eine gesteigerte Selbstsicherheit für ihr Handeln erlangen. Mit dieser Forschung konnte ein erster Schritt in diese Richtung erzielt werden. Dennoch wären weitere Untersuchungen in Hinblick auf das Erleben im Umgang mit stillgeborenen Kindern wünschenswert. Auch im Bereich anderer Berufsgruppen, wie beispielsweise ärztliches Personal oder Hebammen, gibt es hierzu noch keine Erkenntnisse und stellt somit einen möglichen Fokus weiterer Forschung dar.

Es wurde im Rahmen dieser Arbeit auch auf den Unterstützungsbedarf der betroffenen Pflegepersonen eingegangen und einige Unterstützungsmöglichkeiten aufgegriffen. Allerdings liegt es an den betroffenen Pflegekräften selbst, ihren Wunsch nach Schulung und Fortbildung sowie Reflexionsmöglichkeiten weiterhin deutlich und wiederholt zu äußern. Nur wenn sie nicht resignieren und sich nicht frustriert zurückziehen, kann ihr Anliegen von ihren Stationsleitungen sowie von den Führungen der Krankenanstalten erhört werden. Die Einsicht der Führungskräfte bezüglich der vorherrschenden Belastungen der Pflegekräfte, die mit stiller Geburt im beruflichen Alltag konfrontiert sind, muss erweitert und gestärkt werden. Dies soll das Schaffen von angepassten Unterstützungsangeboten als Resultat haben. Denn wie bereits Grützner (1999) postuliert, ist das Stellen einer Forderung nach professioneller Pflege in diesem Bereich durchwegs zu wenig. Es erfordert vor allem ein Aktivwerden der

Führungskräfte und der Spitalsträger. Diese Arbeit soll hierzu ein wesentlicher Ansporn sein und dazu aufrufen, an der bisherigen unzureichenden Unterstützungssituation etwas zu ändern.

Abschließend kann festgestellt werden, dass das grundlegende Ziel dieser Forschungsarbeit erreicht wurde. Das auf stille Geburt bezogene spezifische Erleben von allgemein diplomierten Pflegepersonen gynäkologischer Normalstationen und dessen Bedeutung und Einfluss auf das Handeln der Pflegekräfte sowie auf die Pflegepraxis wurde aufgezeigt. Ebenso konnten spezifische Ideen bezüglich eines möglichen Unterstützungsangebots formuliert werden. Diese gilt es nun in die Praxis umzusetzen, denn erst wenn die Bedürfnisse und Wünsche des betreuenden Personals als wichtig angesehen werden, können sie reflektiert und ohne Berührungsängste bzw. Hemmungen an Betreuungssituationen rund um eine stille Geburt herantreten und lernen, selbst damit umzugehen. Erst dann können sie das Wohl der Patientin in gesteigerter Intensität und optimaleren Ausmaß in den Mittelpunkt stellen. Pflegepersonen können durch die Umsetzung des in dieser Arbeit formulierten Schlüsselphänomens *„Als Pflegeperson das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt stellen“* in weiterer Folge ihr Selbstbewusstsein in ihre Tätigkeit steigern, positiv mit den einzelnen Betreuungssituationen abschließen, aus diesen Kraft für weitere schöpfen und resümierend sagen:

*„Im Grunde kann's auch schön sein, nicht nur furchtbar.“ (I1, Z57)*

## 7. Literaturverzeichnis

- Badenhorst, W., & Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 249-259. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004>
- Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P., & Hughes, P. (2006). The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 27(4), 245-256.
- Begley, C. (2003). I cried... I had to...': Student midwives' experiences of stillbirth, miscarriage and neonatal death. *Evidence Based Midwifery*, 1(1), 20-26.
- Ben-Ezra, M., Palgi, Y., Walker, R., Many, A., & Hamam-Raz, Y. (2014). The impact of perinatal death on obstetrics nurses: a longitudinal and cross-sectional examination *Journal of Perinatal Medicine* (Vol. 42, pp. 75).
- Bode, S., & Roth, F. (2002). *Wenn die Wiege leer bleibt : Hilfe für trauernde Eltern*. Bergisch Gladbach: Ehrenwirth.
- Breuer, F. (2010). *Reflexive Grounded Theory : eine Einführung für die Forschungspraxis*. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Cacciatore, J. (2007). Effects of Support Groups on Post Traumatic Stress Responses in Women Experiencing Stillbirth. *Omega: Journal of Death & Dying*, 55(1), 71-90.
- Cacciatore, J., & Bushfield, S. (2007). Stillbirth: The Mother's Experience and Implications for Improving Care. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 3(3), 59-79. doi: 10.1300/J457v03n03\_06
- Cacciatore, J., DeFrain, J., Jones, K. L. C., & Jones, H. (2008). Stillbirth and the Couple: A Gender-Based Exploration. *Journal of Family Social Work*, 11(4), 351-372. doi: 10.1080/10522150802451667
- Cameron, J., Taylor, J., & Greene, A. (2008). Representations of rituals and care in perinatal death in British midwifery textbooks 1937–2004. *Midwifery*, 24(3), 335-343. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2006.03.010>
- Canadian Paediatric Society. Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. (2001). *Paediatrics & Child Health*, 6(7), 469-477.
- Cartwright, P., & Read, S. (2005). Working with practitioners to develop training in perinatal loss and bereavement: Evaluating three workshops. *Nurse Education in Practice*, 5(5), 266-273. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2005.01.004>
- Chan, M. F., Chan, S. H., & Day, M. C. (2004). A pilot study on nurses' attitudes toward perinatal bereavement support: a cluster analysis. *Nurse Education Today*, 24(3), 202-210. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.11.009>
- Chan, M. F., Lou, F. L., Cao, F. L., Li, P., Liu, L., & Wu, L. H. (2009). Investigating factors associated with nurses' attitudes towards perinatal bereavement care: a study in Shandong and Hong Kong. *J Clin Nurs*, 18(16), 2344-2354. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02689.x

- Cousens, S., Blencowe, H., Stanton, C., Chou, D., Ahmed, S., Steinhardt, L., . . . Lawn, J. E. (2011). National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *The Lancet*, 377(9774), 1319-1330. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62310-0
- Crawley, R., Lomax, S., & Ayers, S. (2013). Recovering from stillbirth: the effects of making and sharing memories on maternal mental health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(2), 195-207. doi: 10.1080/02646838.2013.795216
- DiMarco, M., Renker, P., Medas, J., Bertosa, H., & Goranitis, J. L. (2002). Effects of an educational bereavement program on health care professionals' perceptions of perinatal loss. *J Contin Educ Nurs*, 33(4), 180-186.
- Downe, S., Schmidt, E., Kingdon, C., & Heazell, A. E. P. (2013). Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 3(2), e002237. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002237
- Erlandsson, K., Lindgren, H., Malm, M.-C., Davidsson-Bremborg, A., & Rådestad, I. (2011). Mothers' experiences of the time after the diagnosis of an intrauterine death until the induction of the delivery: A qualitative Internet-based study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 37(11), 1677-1684. doi: 10.1111/j.1447-0756.2011.01603.x
- Erlandsson, K., Warland, J., Cacciatore, J., & Rådestad, I. (2013). Seeing and holding a stillborn baby: Mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth—Findings from an online questionnaire. *Midwifery*, 29(3), 246-250. doi: 10.1016/j.midw.2012.01.007
- Fenwick, J., Jennings, B., Downie, J., Butt, J., & Okanaga, M. (2007). Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth*, 20(4), 153-160. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2007.09.002
- Fleck-Bohaumilitzky, C. (2006). *Du hast kaum gelebt : Trauerbegleitung für Eltern, die ihre Kinder vor, während oder kurz nach der Geburt verloren haben*. Stuttgart: Kreuz.
- Flick, U. (2014). *Qualitative Sozialforschung : eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Froen, J. F. (2001). Risk factors for sudden intrauterine unexplained death: Epidemiologic characteristics of singleton cases in Oslo, Norway, 1986-1995. *Am J Obstet Gynecol*, 184, 694 - 702.
- Froen, J. F., Gordijn, S., Abdel-Aleem, H., Bergsjø, P., Betran, A., Duke, C., . . . Shankar, A. (2009). Making stillbirths count, making numbers talk - Issues in data collection for stillbirths. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(1), 58.
- Gardner, J. M. (1999). Perinatal death: uncovering the needs of midwives and nurses and exploring helpful interventions in the United States, England, and Japan. *J Transcult Nurs*, 10(2), 120-130.
- Grützner, C. (1999). *Fehl- und Totgeburt : ein Weg aus dem Tabu*. Hagen: Kunz.
- Henley, A., & Schott, J. (2008). The death of a baby before, during or shortly after birth: Good practice from the parents' perspective. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 13(5), 325-328. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2008.03.003

- Hohn, P. (2008). *Plötzlich ohne Kind*. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus.
- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., & Evans, C. D. H. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *The Lancet*, 360(9327), 114-118. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09410-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09410-2)
- Hunnius *Pharmazeutisches Wörterbuch*. (2014). Berlin [u.a.]: De Gruyter.
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Haataja, R. (2006). Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 521-535. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03936.x
- Kast, V. (2005). Wenn Geburt und Tod zusammenfallen - Trauer aus der Sicht der Psychotherapeutin. In B. Künzer-Riebel & G. Lutz (Eds.), *Nur ein Hauch von Leben - Eltern berichten vom Tod ihres Babys und von der Zeit ihrer Trauer* (Vol. 6. Auflage). Lahr: Verlag Ernst Kaufmann.
- Kelley, M. C., & Trinidad, S. B. (2012). Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth—a qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 137-137. doi: 10.1186/1471-2393-12-137
- Körner-Armbruster, A. (2005). *Totgeburt weiblich, ein Abschied ohne Begrüssung mit Ratgeber: trauern - trösten - leben*. Tübingen: Attempto-Verl.
- Körtner, U. H. J. (2012). *Grundkurs Pflegeethik*. Wien: Facultas. wuv.
- Künzer-Riebel, B., & Lutz, G. (2005). *Nur ein Hauch von Leben : Eltern berichten vom Tod ihres Babys und von der Zeit ihrer Trauer*. Lahr: Kaufmann.
- Lieser, A. (2004). Pflegesysteme. In E. Kellnhauser, S. Schewior-Popp, F. Sitzmann, U. Geißer, M. Gümmer, & L. Ullrich (Eds.), *Thiemes Pflege. Professionalität erleben*. (Vol. 10). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Lothrop, H. (2010). *Gute Hoffnung - jähes Ende : Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit ; Begleitung und neue Hoffnung für Eltern*. München: Kösel.
- Malm, M. C., Rådestad, I., Erlandsson, K., & Lindgren, H. (2011). Waiting in no-man's-land – Mothers' experiences before the induction of labour after their baby has died in utero. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(2), 51-55. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2011.02.002>
- Mander, R. (2009). Good grief: staff responses to childbearing loss. *Nurse Educ Today*, 29(1), 117-123. doi: 10.1016/j.nedt.2008.07.005
- Maria Pastor Montero, S., Manuel Romero Sanchez, J., Hueso Montoro, C., Lillo Crespo, M., Gema Vacas Jaén, A., & Belén Rodríguez Tirado, M. (2011). Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 19(6), 1405-1412. doi: S0104-11692011000600018
- Mayer, H. (2011). *Pflegeforschung anwenden : Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. Wien: Facultas.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung : eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim: Beltz.

- McCreight, B. S. (2004). A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology of Health & Illness*, 26(3), 326-350. doi: 10.1111/j.1467-9566.2004.00393.x
- McCreight, B. S. (2005). Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynae wards. *International Journal of Nursing Studies*, 42(4), 439-448. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.07.004>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing : development and progress*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Mitchell, M. (2005). Preparing student midwives to care for bereaved parents. *Nurse Education in Practice*, 5(2), 78-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2004.03.005>
- O'Leary, J., & Warland, J. (2013). Untold stories of infant loss: the importance of contact with the baby for bereaved parents. *J Fam Nurs*, 19(3), 324-347. doi: 10.1177/1074840713495972
- Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. (2014). Berlin: De Gruyter.
- Rådestad, I., Surkan, P. J., Steineck, G., Cnattingius, S., Onelöv, E., & Dickman, P. W. (2009). Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. *Midwifery*, 25(4), 422-429. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2007.03.005>
- Rihm, M. (2008). *Die vergessene Trauer der Väter*. Norderstedt: Books on Demand.
- RIS\_BKA Hebammengesetz (HebG), 2013.
- Rock, J. V. (2004). *Comfort levels of obstetric nurses caring for parents who have experienced a perinatal loss/stillborn infant*. (Ph.D.), Capella University. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2005103310&site=ehost-live> Available from EBSCOhost cin20 database.
- Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C., & Rutt, P. (2008). Caring for Families Coping With Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(6), 631-639. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00290.x
- Ryninks, K., Roberts-Collins, C., McKenzie-McHarg, K., & Horsch, A. (2014). Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 203-203. doi: 10.1186/1471-2393-14-203
- Säflund, K., Sjögren, B., & Wredling, R. (2004). The Role of Caregivers after a Stillbirth: Views and Experiences of Parents. *Birth*, 31(2), 132-137. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.00291.x
- Schott, J., Henley, A., Kohner, N., Henley, A., & Sands. (2007). *Pregnancy loss and the death of a baby : guidelines for professionals*. London: Bosun Press.
- Stadtlander, L. M. (2012). The Grief of Caring: Self Care in Helping Grieving Parents of Stillbirth. *International Journal of Childbirth Education*, 27(2), 10-13.
- Steen, S. E. (2015). Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. *Int J Palliat Nurs*, 21(2), 79-86. doi: 10.12968/ijpn.2015.21.2.79

- Stiefel, A., Geist, C., Harder, U., & Ahrendt, C. (2013). *Hebammenkunde : Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*. Stuttgart: Hippokrates.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1996). *Grounded theory : Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.
- Strübing, J. (2008). *Grounded theory : zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sun, J.-C., Rei, W., & Sheu, S.-J. (2014). Seeing or not seeing: Taiwan's parents' experiences during stillbirth. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1153-1159. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.11.009>
- Truschkat, I., Kaiser-Belz, M., & Volkmann, V. (2011). Theoretisches Sampling in Qualifikationsarbeiten: Die Grounded-Theory-Methodologie zwischen Programmatik und Forschungspraxis. In G. Mey & K. Muck (Eds.), *Grounded Theory Reader*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Turton, P., Evans, C., & Hughes, P. (2009). Long-term psychosocial sequelae of stillbirth: phase II of a nested case-control cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 12(1), 35-41. doi: 10.1007/s00737-008-0040-7
- Ulsenheimer, K. (2010). *Patientenaufklärungsbogen Abrasio Kürretage - Ausschabung der Gebärmutter*. Erlangen: Diomed - Aufklärungssystem, Thieme Compliance GmbH.
- Waldmann-Rex, S., & Straßburger-Lochow, I. (2007). *Gynäkologie und Geburtshilfe : Kurzlehrbuch für Pflegeberufe*. München [u.a.]: Elsevier, Urban & Fischer.
- Wallbank, S., & Robertson, N. (2008). Midwife and nurse responses to miscarriage, stillbirth and neonatal death: a critical review of qualitative research. *Evidence Based Midwifery*, 6(3), 100-106.
- Wallbank, S., & Robertson, N. (2013). Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(8), 1090-1097. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.022>
- Wehkamp, K.-H. (2005). Kindstod in der Frauenklinik. In B. Künzer-Riebel & G. Lutz (Eds.), *Nur ein Hauch von Leben - Eltern berichten vom Tod ihres Babys und von der Zeit ihrer Trauer* (Vol. 6. Auflage). Lahr: Verlag Ernst Kaufmann.
- WHO. (2006). *Neonatal and Perinatal Mortality - Country, Regional and Global Estimates*. Geneva, Switzerland. WHO, Department of Making Pregnancy Safer. .
- Wolter, H. (2010). *Meine Folgeschwangerschaft : Begleitbuch für Schwangere, ihre Partner und Fachpersonen nach Fehlgeburt, stiller Geburt oder Neugeborenentod*. Salzburg: Ed. Riedenburger.
- Zebothsen, B., & Ragosch, V. (2013). *Sternenkinder : [wenn eine Schwangerschaft zu früh endet]*. München: Südwest.



## Anhang I: Informationsschreiben an Probandinnen



---

UNIVERSITÄT WIEN  
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN  
INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT

### Information - pflegewissenschaftliches Forschungsprojekt zum Thema:

#### **„Das Erleben von Pflegepersonen einer gynäkologischen Normalstation bei einer stillen Geburt“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich bin Studentin des Masterstudiums der Pflegewissenschaft an der Universität Wien und beschäftige mich im Rahmen meiner Masterarbeit mit dem Thema der stillen Geburt. Die Erforschung dieser Thematik trägt zu meinem Studienabschluss bei und hierfür benötige ich Ihre Mithilfe.

Die **Betreuung und Begleitung von Elternpaaren rund um eine stille Geburt** ist eine wichtige Aufgabe von Pflegepersonen auf gynäkologischen Normalstationen und ist mit diversen **Emotionen und Belastungen** verbunden, die ich in meiner Arbeit aufzeigen möchte.

Zusätzlich lege ich einen Fokus auf den **Umgang mit und die Versorgung von dem stillgeborenen Kind**, da dies bisher noch kein Gegenstand der pflegewissenschaftlichen Forschung war.

Zu meiner **Zielgruppe** zählen **allgemein diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen**, die Eltern bei einer stillen Geburt auf einer gynäkologischen Normalstation betreuen. Ich möchte jene Pflegepersonen in meine Studie miteinbeziehen, die die **Geburtseinleitung**, die **stille Geburt an sich** und/oder die **Versorgung des verstorbenen Babys** aktiv miterleben.

Mir ist bewusst, dass es sich hierbei um ein sehr emotionales Thema handelt. Jedoch nur Sie können mir **Einblick in Ihre Erfahrungen bei einer stillen Geburt** verschaffen. Gespräche mit Ihnen über Ihre Erlebnisse helfen mir Ihre Situation, Ihre Emotionen, Ihre Belastungen und Ihre Art und Weise damit umzugehen besser zu verstehen.

Wenn Sie sich entschließen bei meinem Forschungsprojekt teilzunehmen, werde ich mit Ihnen ein Gespräch an einem von Ihnen ausgewählten Ort führen. Dabei werde ich Ihnen einige Fragen zu Ihren Erfahrungen und Erlebnissen bei einer stillen Geburt stellen. Dieses Gespräch wird auf Tonband aufgezeichnet und anschließend von mir verschriftlicht.

Die Teilnahme an meinem Projekt ist freiwillig. Sie können jederzeit abbrechen, auch nach Beginn des Gespräches, und müssen hierfür keine Begründung nennen.

Ich versichere Ihnen, dass die Gesprächsinhalte vertraulich und anonym behandelt werden. Die erhobenen Daten werden ausschließlich für dieses Forschungsprojekt verwendet und sind nur mir und dem Institut der Pflegewissenschaft der Universität Wien zugänglich.

Ihr Name und Angaben, die ausschließlich auf Sie zurückzuführen sind, werden an keiner Stelle der Forschungsarbeit erwähnt. Dies gilt auch für eine etwaige Veröffentlichung der Forschungsergebnisse. Wenn Sie es möchten, kann ich Sie gerne nach Abschluss meiner Masterarbeit über die Ergebnisse dieser Studie in Form eines Forschungsberichts informieren.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie an meinem Projekt teilnehmen!

Wenn Sie Interesse haben, wenden Sie sich bitte an mich.

Auch bei weiteren Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Brunhuber Lisa

**Kontakt Daten:**

E-Mail: [stille.geburt@gmail.com](mailto:stille.geburt@gmail.com)

DGKS Lisa Brunhuber, BSc.: 0699 121 734 16

## **Anhang II: Einverständniserklärung der Probandinnen**



**universität  
wien**

**Masterarbeit „Stille Geburt“**

**Institut der Pflegewissenschaft**

**Universität Wien**

Kontakt: stille.geburt@gmail.com

DGKS Lisa Brunhuber, BSc: 0699 121 734 16

### **Einverständniserklärung zur Mitwirkung an dem pflegewissenschaftlichen Forschungsprojekt im Zuge einer Masterarbeit mit dem Thema**

#### **„Das Erleben von Pflegepersonen einer gynäkologischen Normalstation bei einer stillen Geburt“**

Ich wurde von Frau Brunhuber Lisa vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite des oben genannten Projekts aufgeklärt. Ich habe das Informationsschreiben gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen. Ich habe die Antworten auf diese verstanden und akzeptiere sie.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen.

Ich bin mit einer Tonbandaufzeichnung des Interviews einverstanden. Mir ist bekannt, dass meine Daten anonymisiert gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Ich habe eine Kopie des Informationsschreibens und dieser Einverständniserklärung erhalten. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der/des Mitwirkenden

## Anhang III: Lebenslauf

### Persönliche Daten

---

Name **Brunhuber Lisa**

Geburtsdatum 05.05.1990, Wien

Staatsbürgerschaft Österreich

### Berufstätigkeit

---

seit 09/2011 **SMZ Süd – Kaiser Franz Josef Spital**  
Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe  
DGKS im stationären Bereich (konservativ & operativ)  
Vollzeit-Tätigkeit

### Studium

---

09/2008 - 06/2011 **FH Campus Wien**  
Bachelorstudiengang „Gesundheits- und Krankheitspflege“

09/2010 – 12/2010 **Katholieke Hogeschool Leuven**, Belgien  
Erasmus Auslandssemester und -praktikum

seit 10/2011 **Universität Wien**  
Masterstudium Pflegewissenschaft

## Schulbildung

---

|                   |                                                                |
|-------------------|----------------------------------------------------------------|
| 09/1996 – 06/2000 | <b>Private Volksschule, Notre Dame De Sion, Wien</b>           |
| 09/2000 – 06/2004 | <b>Maroltingergasse GRG16, Wien</b><br>Unterstufengymnasium    |
| 09/2004 – 06/2008 | <b>Maroltingergasse GRG16, Wien</b><br>Oberstufenrealgymnasium |
| 06/2008           | <b>Maroltingergasse GRG16, Wien</b><br>Matura - Abschluss      |

## Sprachkenntnisse

---

|                |                                          |
|----------------|------------------------------------------|
| Deutsch        | Muttersprache                            |
| Englisch       | vertiefende Kenntnisse in Wort & Schrift |
| Niederländisch | Grundkenntnisse in Wort & Schrift        |

## EDV –Kenntnisse

---

MS Office

Endnote

Effektive Recherche in wissenschaftlichen Datenbanken

Wien, November 2015

## **Anhang IV: deutsche Zusammenfassung**

**„Wenn das Lebensende dem Lebensanfang vorausgeht“**

### **Das Erleben von Pflegepersonen einer gynäkologischen Normalstation bei einer stillen Geburt**

**Hintergrund:** Der Verlust eines noch ungeborenen Kindes ist nicht nur für die betroffenen Eltern tragisch und mit Belastungen verbunden. Auch das klinische Personal im Spitalssetting weiß oftmals nicht, wie es mit diesen spezifischen Betreuungssituationen rund um einen Spätabort bzw. eine Totgeburt umgehen soll. Da betroffene Mütter vermehrt auf gynäkologischen Normalstationen für die vaginale Entbindung stationär aufgenommen werden, stellen allgemein diplomierte Pflegepersonen wichtige Ansprech- und Bezugspersonen für diese dar. Letztere sehen sich zunehmend mit Erwartungen der Eltern bezüglich ihrer Begleitung und der Versorgung des stillgeborenen Kindes konfrontiert. Um diesen jedoch besser entsprechen zu können, müssen zuvor die Bedürfnisse sowie die Belastungen der Pflegepersonen bei stillen Geburten betrachtet werden. Mit dem spezifischen Wissen darüber kann in weiterer Folge den Pflegekräften Unterstützung für deren eigenen Umgang mit diesen Situationen angeboten werden.

**Zielsetzung:** Das Ziel dieser Arbeit ist die Betrachtung des Erlebens von Pflegepersonen einer gynäkologischen Normalstation bei einer stillen Geburt. Es wird vermutet, dass sich deren Erleben von anderen Professionen unterscheidet, da es sich bei allgemein diplomierten Pflegepersonal einerseits um eine noch nicht untersuchte ProbandInnengruppe handelt, die mit dem geburtshilflichen Setting nicht vertraut ist, andererseits die gynäkologische Normalstation ein bisher nicht erforschtes Setting darstellt. Des Weiteren soll zusätzlich ein neuer Fokus auf das spezifische Erleben und die Belastungen von Pflegepersonen bezogen auf den Umgang mit und die Versorgung der stillgeborenen Babys gelegt werden, da dies bisher noch kein Gegenstand der pflegewissenschaftlichen Forschung war, jedoch ein relevanter Einfluss vermutet wird. Auch wird auf den bestehenden Unterstützungsbedarf der betroffenen Pflegepersonen eingegangen, um in weiterer Folge spezifischere Ideen zu möglichen Hilfestellungen formulieren zu können.

**Methodik:** Zur Datenerhebung werden neun qualitative leitfadengestützte Interviews mit allgemein diplomierten Pflegepersonen geführt, die auf gynäkologischen Normalstationen

arbeiten und mit stiller Geburt im Arbeitsalltag konfrontiert sind. Die Analyse des Datenmaterials geschieht mittels offenen und axialen Kodierens in Anlehnung an die Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996).

**Ergebnisse:** Es konnte das Schlüsselphänomen *„Als Pflegeperson das Wohl der Patientin in den Mittelpunkt stellen“* identifiziert werden. Dieses steht im Zentrum des Erlebens der Pflegepersonen und ist deren Hauptziel in den spezifischen Betreuungssituationen rund um eine stille Geburt. Es sticht hervor, dass die Pflegekräfte ihre eigene Zufriedenheit betreffend ihrer geleisteten Arbeit über das Wohlbefinden der Patientinnen definieren. Um ihr Ziel zu erreichen, setzen sie Handlungen, wie die emotionale Betreuung der Patientin und ihrer Familie, der liebevolle Umgang mit dem stillgeborenen Kind, das Miteinbeziehen von Ressourcen, das Entsprechen des Rollenbilds der Pflege und das Achten auf sich selbst. Letzteres sind jene Strategien, die von den Befragten gewählt werden, um selbst besser mit stiller Geburt und der Versorgung des Kindes umgehen zu können. Weiters gibt es Faktoren, die als mögliche Belastungen identifiziert werden, wie beispielsweise der unzureichende Erfahrungsschatz der Pflegepersonen, deren Berührungsängste und Umgang mit den eigenen Emotionen, infrastrukturelle Gegebenheiten sowie ein Mangel an Zeit. Hinzu kommt, dass die Tatsache, dass das Kind tot ist über jeder Betreuungssituation schwebt und als eine Grundbelastung gesehen wird. Befragte vermuten eine Unwissenheit und mangelnde Einsicht der Führungskräfte bezüglich der Belastungen der Pflegekräfte. Aufgrund dessen wird kaum Unterstützung angeboten, Pflegepersonen fühlen sich alleine gelassen und überfordert.

**Schlussfolgerungen:** Es wurden neue Setting spezifische Erkenntnisse bezogen auf die herangezogene Probandinnengruppe erzielt, die eine Ergänzung zum bisherigen Forschungsstand in Bezug auf stille Geburt darstellen. Auch wurde erstmals das spezifische Erleben von Pflegepersonen bezüglich des Umgangs mit bzw. der Versorgung von stillgeborenen Babys thematisiert. In Zukunft sollten angepasste Unterstützungsangebote geschaffen werden, wie beispielsweise häuserübergreifende Gesprächsrunden oder Arbeitsgruppen, damit die Pflegepersonen sich reflektieren und austauschen sowie lernen können, selbst mit stiller Geburt besser umzugehen. Erst dann sind eine Optimierung der Betreuung betroffener Eltern und der Versorgung des stillgeborenen Kindes sowie eine Steigerung des Selbstbewusstseins der Pflegekräfte und eine Minderung deren Belastungen möglich.

## **Anhang V: englische Zusammenfassung**

### **„When end-of-life precedes living existence“**

#### **Nurses experiencing stillbirth on gynecologic wards**

**Background:** The loss of an unborn baby is a tragic and burdening event for parents. Often clinical staff doesn't know how to handle situations of care regarding late miscarriage and stillbirth, either. Affected mothers are mostly staying on gynecologic wards for delivering their deceased baby. Therefore, nurses with a general diploma are very important caregivers and resources for these women. Nurses are confronted with parents' high expectations concerning their support and the care of the stillborn child. Before nurses can meet these expectations, their needs and concerns regarding stillbirth should be considered. Only with specific knowledge about that, support for nurses can be provided relating their personal approach to these specific situations of care.

**Aim:** The purpose of this study is to explore stillbirth related experiences of nurses, who have a general diploma and are working on gynecologic wards. It can be assumed that their experiences differ from those of other health care professionals, since nurses with a general diploma are a new sample who are not familiar with an obstetric setting. On the other hand, the general gynecologic ward is also an unexplored setting up to this point. Furthermore, there will be a new focus on the nurses' specific experiences and concerns regarding the care of the stillborn child. It wasn't part of research so far, but relevant impact can be assumed. Additionally, this study aims to explore the nurses' needs of support in order to phrase specific ideas of possible assistance and support for these nurses.

**Methods:** In order to collect data nine qualitative guided interviews were conducted with nurses who have a general diploma, work on gynecologic wards and are confronted with stillbirth in their daily routine. Data was analysed with open and axial coding following the grounded theory of Strauss and Corbin (1996).

**Findings:** A key phenomenon was identified, *„As a nurse placing special emphasis on the patient's well-being“*. This is most important for nurses and their main concern during care situations regarding stillbirth. Nurses define their own contentment with their accomplished work by the patient's well-being. To achieve their main goal, nurses pursue strategies, like caring emotionally for the patient and her family, treating the stillborn baby in an



affectionate way, including resources into the care situation, understanding their role as a nurse and acting accordingly but also taking care of themselves. These last strategies are chosen by nurses to enable themselves to handle specific care situations regarding stillbirth in a better way. Furthermore, there are factors which are identified as burdens or concerns, such as insufficient experience of the nursing staff, their inhibition with these care situations, inadequate handling of their own emotions, infrastructure of the hospital or ward and lack of time. Additionally, the fact that the child is deceased is omnipresent and nurses see it as one of their main concerns. Because of the assumed ignorance of managers and their poor awareness of the nurses' burdens and concerns, there are very few resources and offers of support. Nurses feel left alone, overwhelmed and unable to cope.

**Conclusions:** New results, which are specific for this sample and setting, were obtained and they are an addition to the current state of research. For the first time nurses' specific experience regarding the care for the stillborn baby and their associated concerns were explored. These findings demonstrate that prospectively, offers of support need to be adjusted, such as discussion groups or supervision across different hospitals, so that nurses can reflect, exchange views and ideas and are able to learn how to handle stillbirth in a better manner. Only then optimizations of affected parent's care and the affectionate care of the stillborn child are possible. As a result nurses' concerns lessen and their self-confidence increases.

## **Anhang VI: Eidesstattliche Erklärung**

### **Eidesstattliche Erklärung**

Ich, Lisa Brunhuber, erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

-----

Datum

-----

Unterschrift der Verfasserin