

## **BACHELORARBEIT**

# **Pflegerische Förderung der Bindungsentwicklung zwischen Frühgeborenen und Eltern nach der Geburt**

---

Vorgelegt am 03.Juni.2020

von Janine Brand

1. Prüfer: Prof. Dr. phil. Miriam Tariba Richter
  2. Prüfer: Dipl.- Medizinpädagogin Katrin Behrens
- 

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE  
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**

Department Pflege und Management

Alexanderstraße 1

20099 Hamburg

## Abstract

**Hintergrund:** In Deutschland kommen jedes Jahr 9% der Kinder als Frühchen auf die Welt. Im Anschluss an die Geburt werden die Frühgeborenen aufgrund der im direkten Anschluss an die Geburt notwendigen medizinischen Versorgung von ihren Eltern getrennt. Durch den Umstand einer Frühgeburt und die anschließende Aufnahme auf der neonatologischen Intensivstation, entstehen für die Eltern und das frühgeborene Kind erschwerte Bedingungen im Aufbau einer Bindung.

**Ziele:** Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist es, Handlungsempfehlungen für das Pflegepersonal der neonatologischen Intensivpflege zu entwickeln, die den eingeschränkten Bindungsprozess zwischen Frühgeborenen und ihren Eltern fördern.

**Methodik:** Es wurde eine systematische Literaturrecherche auf der Datenbank PubMed durchgeführt.

**Ergebnisse:** Im Fokus der Bindungsförderung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind steht die Herstellung der Autonomie der Eltern durch die Pflege bei der Versorgung ihres frühgeborenen Kindes. Die Pflegefachkräfte müssen die Eltern als festen Teil im pflegerischen Team aufnehmen und in den Pflegealltag des frühgeborenen Kindes integrieren. Die Information über den Gesundheitszustand und die pflegerische Versorgung des Kindes und die Einbindung der Eltern in Entscheidungsprozesse stellen dabei wichtige Faktoren dar, die eine Bindung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind stärken. Zusätzlich muss eine gezielte Schulung der Eltern gewährleistet werden, durch die der autonome Umgang der Eltern mit ihrem frühgeborenen Kind gewährleistet wird. Als erforderliche Rahmenbedingungen gelten dabei sowohl die Schulung der Pflegefachkräfte als Folge neuer Handlungsfelder, als auch die Veränderung ihrer pflegerischen Rolle.

**Fazit:** Pflegende sind in großem Ausmaß an der Förderung der Bindung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind beeinflusst. Mithilfe der Edukation der Eltern, soll die Herstellung der Autonomie bei der Versorgung ihrer Kinder gewährleistet werden. Gleichmaßen gilt es, Pflegefachkräfte in Hinsicht auf die neuen Handlungsfelder zu schulen. Erforderlich ist hierbei genauso die Veränderung der pflegerischen Rolle, damit die Integration der Eltern in die Pflege ihrer frühgeborenen Kinder gelingen kann

# Inhalt

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Problembeschreibung .....	1
1.2 Fragestellung .....	3
1.3 Zielsetzung.....	3
1.4 Methodik .....	3
<b>2. Bindungsgestaltung Eltern und Neugeborenes</b> .....	<b>5</b>
2.1 Die „sichere Bindung“ nach Bowlby .....	5
2.2 Entwicklung der Bindung Eltern und Neugeborenes nach der Geburt .....	6
2.3 Bindungsstärkende Maßnahmen der Eltern .....	7
2.4 Bindung Mutter und Neugeborenes .....	9
2.5 Bindung Vater und Neugeborenes .....	10
<b>3. Das Frühgeborene</b> .....	<b>12</b>
3.1 Folgen der Frühgeburt für das Kind (medizinisch/psychisch) .....	12
3.2 Belastungsfaktoren der Eltern nach einer Frühgeburt.....	14
3.3 Herausforderung Bindungsgestaltung Frühgeborenes .....	15
<b>4. Ergebnisse: Pflegerische Interventionen für eine stärkende Bindung zwischen Eltern und Frühgeborenen</b> .....	<b>17</b>
4.1 Herstellung der Autonomie der Eltern im Umgang mit ihrem frühgeborenen Kind .....	17
4.2 Aufnahme der Eltern ins pflegerische Team durch das bedarfsgerechte Informieren .....	18
4.3 Herstellung einer bindungsfördernden Umgebung .....	20
4.4 Gewährleistung der emotionalen und psychologischen Unterstützung der Eltern .....	21
4.5 Schulung der Pflege „Close Collaboration with Parents“ .....	22
4.6 Trainingsprogramme für die Eltern frühgeborener Kinder .....	23
<b>5. Diskussion der Ergebnisse</b> .....	<b>25</b>
<b>6. Handlungsempfehlungen: Förderung der Bindung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind durch die Pflege</b> .....	<b>30</b>
6.1 Familienedukation – Herstellung der Autonomie der Eltern .....	30
6.1.1 Bedarfsgerechtes Informieren der Eltern frühgeborener Kinder .....	31
6.1.2 Etablierung von Mikroschulungen für die Eltern frühgeborener Kinder.....	33
6.1.3 Spezielle Beratung für Eltern frühgeborener Kinder .....	35
6.2 Schaffung von geeigneten Rahmenbedingungen.....	36
<b>7. Fazit</b> .....	<b>38</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>40</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>49</b>

# 1. Einleitung

## 1.1 Problembeschreibung

In Deutschland kommen jedes Jahr etwa 9% der neugeborenen Kinder vor dem Erreichen der 37. Schwangerschaftswoche als Frühchen auf die Welt (vgl. World Health Organisation 2012: 1 f.). „Für Frühgeborene und ihre Mütter ist die sofortige Trennung nach der Geburt aufgrund des Risikos einer kindlichen Atemstörung das Standardvorgehen.“ (Mehler et al. 2019: 20). Diese medizinisch induzierte Trennung führt zu einer erschwerten Bindung zwischen Eltern und Kind (vgl. Sommerfeld et al. 2017: 154).

Für die Eltern ist die Frühgeburt ein traumatisches Ereignis: „Eine Frühgeburt stellt für Eltern immer eine absolute Krisensituation dar.“ (von Rahden 2019: 15). Nicht nur für das Frühgeborene, auch für die Eltern endet der Entwicklungsprozess frühzeitig (vgl. Wagner 2012: 449). Unerwartet müssen die Eltern ihre neue Rolle als Mutter und Vater vorzeitig wahrnehmen und sind infolgedessen möglicherweise unzureichend vorbereitet. Insbesondere die Kontaktaufnahme der Eltern mit dem Neugeborenen in der ersten Wachphase nach der Geburt, schafft die Grundlage für eine Entwicklung einer von beiden Seiten aus tiefen Bindung (vgl. Kasten 2011: 89). Diese fundamentale Phase des Beziehungsaufbaus direkt nach der Geburt findet bei Frühgeborenen aufgrund der anschließend notwendigen intensivmedizinischen Versorgung nicht statt, wodurch dieser Prozess des Beziehungsaufbaus bei einem frühgeborenen Kind fehlt. Auch die darauffolgende Phase der Familienbildung in den ersten Wochen nach der Geburt eines frühgeborenen Kindes ist aufgrund der intensivmedizinischen Versorgung beeinträchtigt (vgl. von Rahden/Seidenberg 2018: 715). Die Frühgeburt beeinflusst somit das gesamte Familiengefüge und lässt die Bildung und Bindung der Familie zu Anfang nicht oder nur eingeschränkt stattfinden.

Auch für das Kind stellt die Frühgeburt hinsichtlich des Bindungsprozesses zu seinen Eltern zusätzliche Herausforderungen dar. Das frühgeborene Kind ist in seiner Interaktionsfähigkeit aufgrund der unterbrochenen Entwicklung beeinträchtigt, wodurch es keine Bindungssignale vermitteln kann (vgl. von Rahden 2019: 16). Die Bindungsgestaltung wird hierbei aufgrund der eingeschränkten Interaktion von Eltern und Kind zusätzlich erschwert. Hinzu kommt die daraus resultierende erschwerte Bedürfnisbefriedigung, die fundamental für die Entwicklung einer Bindung zweier Bezugspersonen ist (vgl. Bowlby 2010: 101). Das Kind äußert ein emotionales

Bedürfnis, dem durch eine direkte Antwort des Interaktionspartners, in diesem Fall einem der Elternteile, nachgegangen wird (vgl. Grossmann 2014: 30). Aufgrund der medizinisch induzierten Trennung sowie der eingeschränkten Möglichkeit der Interaktion des frühgeborenen Kindes, kann auch dieser Prozess nur bedingt gelingen. Darüber hinaus hat direkter Hautkontakt nach der Geburt eines neugeborenen Kindes zu seinen Eltern einen positiven Einfluss auf die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes (vgl. Streit 2015: 72). Eine gestörte Bindung zwischen Frühgeborenem und Eltern kann somit zusätzlich einen bedeutenden Einfluss auf die weitere Entwicklung des Kindes nehmen (vgl. Wettig 2009: 140).

Die medizinisch induzierte Trennung unmittelbar nach der Geburt zwischen dem Frühgeborenen und den Eltern stellt damit auf beiden Seiten eine Herausforderung im weiteren Bindungsprozess dar. Die Evaluierung von Maßnahmen, die gefunden werden müssen, die den Prozess der Eltern-Frühgeborenen-Bindung im Setting der neonatologischen Intensivstation fördern, sind daher von großer Bedeutung.

Gleichermaßen ist der derzeitige medizinische Fortschritt in Betracht zu ziehen. Der Prozess der Professionalisierung der modernen Medizin lässt die frühe perinatale Sterblichkeit in Deutschland kontinuierlich sinken. Durch diesen Fortschritt sind die neonatologischen Intensivstationen in der Lage, Frühgeborene eines geringeren Gestationsalters zu versorgen (vgl. Kepler 2013: 105). Diese stetig positive Entwicklung schafft gleichzeitig Herausforderungen hinsichtlich der pflegerischen Versorgung, die mit der Zeit immer komplexer und aufwendiger werden. Dem zur Folge wird es immer mehr Frühgeborene geben, die die Problematik der Eltern-Kind-Bindung in Bezug auf die perinatale Trennung erleben und dementsprechend pflegerischer Förderung bedürfen.

Das Pflegepersonal der neonatalen Intensivmedizin kann in Hinblick dieser Problematik fördernd handeln. Die Pflege bildet während der stationären Aufnahme das Bindeglied zwischen Eltern und Kind und kann dadurch in Bezug auf die Bindungsentwicklung einen großen Einfluss nehmen.

## 1.2 Fragestellung

Wie entwickelt sich eine sicher gebundene Beziehung zwischen einem Frühgeborenen und Eltern nach der Geburt. Welche pflegerischen Maßnahmen können diesen Bindungsprozess positiv beeinflussen?

## 1.3 Zielsetzung

Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist es, Handlungsempfehlungen für das Pflegepersonal der neonatologischen Intensivpflege zu entwickeln, die den eingeschränkten Bindungsprozess zwischen Frühgeborenen und ihren Eltern fördern.

## 1.4 Methodik

Für die Beantwortung der Fragestellung wurde eine systematische Literaturrecherche auf der Datenbank PubMed durchgeführt.

Der theoretische Rahmen der Arbeit wurde mithilfe der E-Kataloge der Hochschule für angewandte Wissenschaften und der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg gegeben. Zusätzlich wurde durch die händische Suche in der hauseigenen Bibliothek der Hochschule für angewandte Wissenschaften Fachliteratur mit einbezogen, die den theoretischen Rahmen der Arbeit stützt. Somit bilden E-Artikel, Online Artikel und Fachliteratur den theoretischen Rahmen der Arbeit. Aufgrund der Corona-Pandemie konnte lediglich zu Anfang auf die Fachliteratur der Bibliothek der Hochschule für angewandte Wissenschaften zugegriffen werden.

Die Literaturrecherche in der Datenbank PubMed wurde mithilfe von Suchbegriffen durchgeführt, die zunächst in die englische Sprache übersetzt wurden. Anschließend galt es zu den Suchbegriffen, Synonyme zu finden. Diese wurden in unterschiedlicher Kombination mit den Bool'schen Operatoren „And“ und „OR“ verknüpft (siehe Anhang1: Suchstrategie Datenbank PubMed). Die Recherche auf der Datenbank PubMed mit den aufgelisteten Suchbegriffen ergab 57 Treffer, von denen sich vier Studien als relevant herausstellten und für die Bearbeitung der Fragestellung verwendet werden konnten. Fünf weitere Studien wurden mithilfe des Schneeballsystems gefunden und konnten ebenfalls für die Beantwortung der Fragestellung verwendet werden. Somit wurden insgesamt neun Studien für die Beantwortung der Fragestellung verwendet.

Die durchgeführte Literaturrecherche wurde unter bestimmten Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt. Aufgrund der sprachlichen Kenntnisse der Autorin wurde die Suche auf Studien in englischer und deutscher Sprache begrenzt. Damit die Ergebnisse der Literaturrecherche eine möglichst hohe Aktualität vorweisen, sind ausschließlich Studien aus den letzten zehn Jahren einbezogen worden. Es sind ausschließlich Frühgeborene mit einbezogen worden, die keinerlei zusätzliche Erkrankungen vorweisen. Zudem wurde versucht, in Hinblick auf die Fragestellung ausschließlich Studien zu verwenden, in denen beide Elternteile thematisiert wurden. Bis auf eine Studie beziehen sich alle verwendeten Forschungen auf beide Elternteile. Als Einschlusskriterium gelten Frühgeborene aller Klassifikationen hinsichtlich Gestationsalter und Gewicht, die im Anschluss an die Geburt auf einer neonatologischen Intensivstation aufgenommen und dadurch von ihren Eltern getrennt wurden.

## 2. Bindungsgestaltung Eltern und Neugeborenes

Im folgenden Kapitel wird zunächst der Ausdruck der „sicheren Bindung“ nach Bowlby definiert. Daran anschließend wird die Bindungsentwicklung zwischen Eltern und Neugeborenem nach der Geburt erläutert. Es wird das bindungsstärkende Verhalten der Eltern beschrieben und der Aspekt erläutert, inwieweit die Eltern den Beziehungsaufbau positiv beeinflussen können. Fortlaufend wird die mütterliche und väterliche Bindung differenziert und die jeweils besonderen Umstände herausgearbeitet.

### 2.1 Die „sichere Bindung“ nach Bowlby

Der Begriff der „Bindung“ trägt in der vorliegenden Arbeit für die Beantwortung der Fragestellung eine zentrale Bedeutung. Um auf ein durchweg einheitliches Verständnis der Definition zurückgreifen zu können, wird sich auf die Definition der „sicheren Bindung“ nach John Bowlby, der als „Begründer der Bindungstheorie“ (Brisch et al. 2018: 534) gilt, fokussiert.

John Bowlby wird im Bereich der Bindungsforschung als „Pionier“ (Wettig 2009: 97) bezeichnet. Während der durchgeführten Recherchen wurde die Bindungstheorie John Bowlbys von diversen Wissenschaftlern als Grundlage genutzt. „Jede wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Phänomen der mütterlichen Zuwendung, muß zunächst von Bowlbys Arbeiten ausgehen, da dieser Autor mit seinen Beiträgen zu diesem Thema [...] den mit Abstand stärksten Einfluß auf die Fachdiskussion ausgeübt hat.“ (Rutter 2014: 19). Es wird deutlich, welchen bedeutenden Einfluss Bowlby mit seiner Bindungstheorie auf weitere Forschungsansätze in der Thematik der Bindungsforschung hat.

Auf Grundlage der Forschung Bowlbys schaffte Mary Ainsworth „[...] eine wirkungsvolle Methode, um die Qualität der Eltern-Kind-Bindung in einer standardisierten Situation zu erfassen.“ (Farell Erickson/ Egeland 2002: 32). Diese Methode wird anhand der „Fremden Situation“ durchgeführt. Es wird dabei anhand einer aufgezeichneten Videosequenz beobachtet, wie Kinder im Alter von zwölf und 18 Monaten in Folge von zwei Trennungs- und Wiedervereinigungssituationen reagieren. Anschließend wurde untersucht, inwiefern das Kind nach den Trennungssituationen Trost bei der Mutter sucht und sich anschließend wieder dem



Explorieren widmet. Aus dieser „Fremden Situation“ entstehen die unterschiedlichen Bindungsmuster (vgl. Gloger–Tippelt 2014: 86. f.).

Ein „sicher gebundenes“ Kind empfindet die mütterliche Bezugsperson als sichere Basis und kann in Folge dessen dem Verhalten der Exploration nachgehen. In beiden Trennungssituationen während der „Fremden Situation“ zeigt das Kind emotionale Belastung, lässt sich jedoch in den anschließenden Wiedervereinigungssituationen durch die Mutter trösten und setzt anschließend das Explorieren fort (vgl. ebd.). Die Bezeichnung der „sicheren Bindung“, die in diesem Punkt erläutert wird, meint, dass das Kind in Belastungssituationen weiß, dass es sich auf die Bezugsperson verlassen kann und es somit dem Verhalten des kindlichen Entdeckens nachgehen kann. Um dem Kind diesen emotionalen Rückhalt zu vermitteln, reagiert die Mutter auf die Signale des Kindes feinfühlig (vgl. Bowlby 2010: 101). Eine sichere Bindung kann dabei genauso mit negativ behafteten Gefühlen des Kindes einhergehen, jedoch ist das Kind in der Lage diese Gefühle auszudrücken, sodass die Bezugsperson die Bedürfnisse erkennt und darauf eingehen kann (vgl. Anderssen-Reuster 2015: 61).

Die Entwicklung einer Bindung beginnt dabei bereits direkt nach der Geburt des Kindes. Das Neugeborene gilt als nicht überlebensfähig ohne eine Bezugsperson, die es versorgt. Der Aufbau einer Bindung ist demnach für das neugeborene Kind ein notwendiger Prozess, der das Überleben des Kindes sichert (vgl. Anderssen-Reuster 2015: 53).

## 2.2 Entwicklung der Bindung Eltern und Neugeborenes nach der Geburt

„Die Bindungstheorie begreift das Streben nach engen emotionalen Kontakten als spezifisch menschliches, schon beim Neugeborenen angelegtes, bis ins hohe Alter vorhandenes Grundelement.“ (Bowlby 2010: 98).

Dieses Zitat von John Bowlby legt dar, dass das menschliche Bedürfnis der Bindung zu sozialen Kontakten ein angeborenes Grundbedürfnis darstellt. Die optimalen Rahmenbedingungen einer Beziehungsentwicklung zwischen Eltern und Kind seien damit rein biologisch gegeben (vgl. ebd.). Zusätzlich zu dieser Grundvoraussetzung, die das Neugeborene mit sich bringt, ist es „aktiv, aufgeschlossen und neugierig“ (Kasten 2011: 13), wodurch eine erste Kontaktaufnahme von Eltern und Kind eingeleitet werden kann. Damit nach der Geburt des Kindes die Eltern-Kind-Interaktion gelingen kann, liegt es in der Aufgabe der Bezugsperson, die Bedürfnisse des

Neugeborenen zu erkennen und zu befriedigen, wodurch das Kind Sicherheit erlangen kann (vgl. Klein 2014: 22). Hierbei sind die Fähigkeiten der Bezugsperson, in dem Falle eines der Elternteile, gefragt. Inwieweit erkennen die Eltern die aktuelle Bedürfnislage ihres Kindes und wissen darauf für das Kind zufriedenstellend einzugehen. Wenn das Kind im Beziehungsgefüge durchweg eine direkte Reaktion durch die Bezugsperson erlangt, sei es einerseits durch die Befriedigung der Bedürfnisse oder jedoch der Reduktion belastender Situationen, entsteht eine sichere Bindung (vgl. Ahnert 2014: 74). Ein wichtiger Aspekt für einen gelungenen Beziehungsaufbau stellt in diesem Zusammenhang insbesondere der Aspekt der Feinfühligkeit dar. Wenn Mutter oder Vater dem Kind gegenüber feinfühlig sind, können sie die Signale ihres Kindes gut einschätzen und richtig interpretieren (vgl. Anderssen-Reuster 2015: 106) und somit die für eine Bindung grundlegende Bedürfnisbefriedigung ermöglichen. Der Aspekt der Feinfühligkeit mit der Bedürfnisbefriedigung bieten eine essenzielle Grundlage für die Entwicklung einer Eltern-Kind-Bindung.

Ein Kriterium, warum der Aspekt der Feinfühligkeit insbesondere bei Neugeborenen eine so große Rolle spielt, ist die Art der Kommunikation. Die Bindungspartner können rein „emotional und psychomotorisch“ (Bowlby 2010: 98) kommunizieren. Da die Sprachentwicklung zu diesem Zeitpunkt noch nicht entwickelt ist, ist die Kommunikation auf keinem anderen Weg möglich. Hierbei grenzt sich der Beziehungsaufbau zu einem älteren Kind ab, das durch verbale Kommunikation seine Wünsche und Bedürfnisse der Bezugsperson mitteilen kann.

### 2.3 Bindungsstärkende Maßnahmen der Eltern

Als bindungsstärkendes Verhalten gilt vor allen Dingen der Kontakt zwischen Eltern und Kind während der täglichen Versorgung, bei dem sowohl vom Neugeborenen als auch von den Eltern das Hormon Oxytocin ausgeschüttet wird, das zu einem zugewandten und angenehmen Gefühl beider Bindungspersonen führt (vgl. Anderssen-Reuster 2015: 45). Diese biologisch angeborene Reaktion des Körpers kann demnach durch die reine Begegnung der Bindungspersonen ausgelöst werden und ist somit durch die unkomplizierte Umsetzbarkeit ein einfaches Mittel für die Einleitung eines Bindungsprozesses. „Körperkontakt ist die Voraussetzung für die Entstehung und Ausdruck einer sicheren Bindung.“ (Kasten 2009: 57). Dabei ist bedeutend, zu welchem Zeitpunkt der Kontakt zwischen Eltern und Kind stattfindet. Der unmittelbare Kontakt nach dem Zeitpunkt der Geburt des

Neugeborenen veranlasst „ein ganz besonderes Fundament für Vertrauen, soziale Beziehungen und ein ruhiges, sicheres Grundgefühl“ (Uvnäs Moberg 2016: 84). Zudem hat der visuelle Kontakt im Zeitraum von drei Stunden nach der Geburt einen positiven Einfluss auf die Mutter-Kind-Bindung (vgl. Reichert/Rüdiger 2015: 943). Die Phase nach der Geburt spielt somit eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung einer Bindung zwischen Eltern und Kind.

Neben dem Kontakt zum Neugeborenen, zählt die elterliche Befriedigung der Bedürfnisse ihrer Kinder zu einem wichtigen Aspekt der Prägung der Eltern-Kind-Bindung (vgl. Klein 2014). Bowlby spricht in diesem Zusammenhang vom „elterliche[n] Pflegeverhalten“ (Bowlby 2010: 5), durch das die Bedürfnisse der Kinder meist automatisch befriedigt werden.

Eine Fähigkeit, die die Bedürfnisbefriedigung gelingen lässt, stellt das Containment dar. „Containment ist ein Vorgang, bei dem die Mutter dem Kind signalisiert, dass sie seine Affekte versteht, aufnimmt und modifiziert.“ (Dornes 2014: 55). Diese Eigenschaft bietet eine gute Voraussetzung für eine gelungene Bedürfnisbefriedigung, womit die Mutter des neugeborenen Kindes die Affekte einerseits wahrnimmt und zusätzlich so beeinflusst, dass diese für das Kind aushaltbar werden (vgl. ebd.). Die Fähigkeit des Containments ist nur dann erfolgreich, wenn die Bezugsperson des Kindes ihre eigenen Gefühle von denen ihres Kindes differenzieren kann. Anderenfalls geraten Bezugsperson und Kind unter Spannung, sodass ein erfolgreiches Containment nicht gelingen kann (vgl. Anderssen-Reuster 2015: 110).

Die Fähigkeit des Containments in Kombination mit dem Aspekt der Feinfühligkeit, der in Kapitel 2.1 beschrieben wurde, stellen die optimalen Bedingungen für eine erfolgreiche Befriedigung der Bedürfnisse des Kindes dar und gelten somit als ein Verhalten, das die Beziehung stärken kann.

Eine weitere Methode, die die Beziehung zwischen Eltern und Kind stärkt und über den einfachen Kontakt beider Bindungspersonen hinausgeht, ist das „Bonden“, bei dem das Neugeborene in direktem Kontakt auf den Bauch der Mutter gelegt wird (vgl. Beyer 2012: 420). Der direkte Hautkontakt soll dabei möglichst in den ersten fünf Minuten nach der Geburt und für mindestens eine Stunde ohne Unterbrechung durchgeführt werden (vgl. Mehler et al. 2019: 18). Das Bonden hat den Vorteil, dass sowohl Mutter als auch Vater die bindungsstärkende Maßnahme durchführen können (vgl. Uvnäs Moberg 2016: 99 f.). Somit werden Väter in die Pflege des Kindes

miteingebunden und können die Mutter nach der Geburt bei der pflegerischen Versorgung des Kindes unterstützen.

#### 2.4 Bindung Mutter und Neugeborenes

Die Mutter-Kind-Bindung startet bereits vor dem Zeitpunkt der Geburt, da das Kind bereits intrauterin Körperrhythmus, Herzschlag und Stimme wahrnimmt (vgl. Klein 2014: 21). Dadurch ist die Mutter nach dem Zeitpunkt der Geburt grundsätzlich die erste vertraute Bezugsperson des neugeborenen Kindes, wohingegen Väter erst später diese vertraute Bindungsperson darstellen (vgl. ebd.). Auch von Seiten der Mutter kommt es bereits während der Schwangerschaft zu einer Einstimmung auf die Geburt, aufgrund der Ausschüttung des Hormons Oxytocin (vgl. Bertsch/Herpertz 2010: 36). Das Hormon Oxytocin ist grundlegend für die Entstehung einer Bindung (vgl. Jansen/Streit 2015: 39), sodass die Mutter durch hormonelle Reize auf den bevorstehenden Beziehungsaufbau zum Kind vorbereitet wird. Das Hormon wird über die Nabelschnur, die den mütterlichen und kindlichen Blutkreislauf miteinander verbindet, an das Kind überliefert und vermittelt dadurch die emotionale Befindlichkeit der Mutter an das Kind (vgl. Rass 2011: 62). Die Gefühlslage der Mutter wird somit an das Kind übermittelt, wodurch es diese Gefühle gleichermaßen wahrnimmt (vgl. ebd.). Es entsteht bereits vor dem Zeitpunkt der Geburt ein gegenseitiges Wahrnehmen von Mutter und Kind.

Das Stillen beschreibt eine weitere, biologisch induzierte Methode, die den Bindungsprozess von Mutter und Kind positiv beeinflusst. Durch den Saugreflex an der Brust der Mutter während des Stillvorgangs, wird das Hormon Oxytocin freigesetzt (vgl. Hemmelmayr 2012: 23), sodass auch diese Maßnahme einen positiven Einfluss auf die Entwicklung einer Beziehung hat. An dieser Stelle muss jedoch erwähnt werden, dass nicht jede Mutter stillen kann und möchte. Auch wenn die biologischen Bedingungen gegeben sind, ist dies keine Garantie dafür, dass es auch in der Umsetzung in der Praxis erfolgreich durchgeführt wird oder die Mutter den Wunsch äußert, ihr Kind zu stillen. Dies kann durch bestimmte Lebensumstände, wie beispielsweise dem frühzeitigen Einstieg in das Berufsleben, aber auch in Folge von Krankheit der Mutter oder dem Kind resultieren (vgl. Bartig-Prang 2018: 44).

Die genannten Maßnahmen, die aufgrund der biologischen Gegebenheiten ausschließlich durch die Mutter durchgeführt werden können, verschaffen einen Vorteil

im Vergleich zum Bindungsaufbau des Vaters mit seinem Kind, der ohne diese Voraussetzungen den Beziehungsaufbau starten muss.

## 2.5 Bindung Vater und Neugeborenes

Im Vergleich zu den Müttern, die während der Schwangerschaft die Möglichkeit haben, sich mit der neuen Lebenssituation vertraut zu machen, erleben die Väter ihre neue Rolle erst kurz vor der Geburt (vgl. Cierpka et al. 2012: 117). Dennoch ist die Vater-Kind-Bindung von großer Bedeutung und gehört neben der mütterlichen Bindungsperson genauso zu den kindlichen Bezugspersonen. Dabei bildet die Mutter die Komponente der Bedürfnisbefriedigung und reagiert dabei feinfühlig auf die aktuelle Gefühls- und Bedürfnislage. Der Vater, der ebenfalls mit dieser Feingefühligkeit interagiert, zeigt diese jedoch eher im Kontext der Exploration und wirkt dort unterstützend (vgl. Seiffge-Krenke 2009: 201). Die Bindungsgestaltung zwischen Mutter und Vater unterscheidet sich, beide können jedoch eine Bindung zum Kind aufbauen, wenn sie in Situationen, die für das Kind belastend wirken, anwesend sind (vgl. ebd.).

Durch die Art der Vater-Kind-Bindung wirkt der Vater bedeutend auf das Explorationsverhalten des Kindes ein und kann dieses durch die spielerische Interaktion fördern (vgl. Grossmann 2014: 38). Die Bindungsgestaltung zwischen Vater und Kind basiert dabei insbesondere auf „Anregungs- und Beschäftigungssituationen“ (Ahnert/Spangler 2014: 413). Durch die Rolle des Vaters werden demnach Impulse im Bereich des kindlichen Entdeckungsverhalten gesetzt.

Der väterliche Einfluss auf die Bindung zum Kind ändert sich in Hinblick auf ein verändertes Rollenbild. „Im 20. Jahrhundert vollzog sich im westlichen Kulturkreis allmählich eine Veränderung und Erweiterung des Bildes von einem guten und verantwortungsbewussten Vater, nach dem zunächst die Versorgung und die moralische Autorität in der Familie im Mittelpunkt standen.“ (Kindler/Grossmann 2014: 245). Die Rolle des Vaters veränderte sich im Laufe der Entwicklungen, sodass aus dem ehemals „Versorger“ und „Beschützer“ ein Vater wurde, der auch seine Rolle als Bindungspartner immer mehr annimmt.

Trotz dieser Entwicklung des letzten Jahrzehntes wird in der verwendeten Literatur und Forschung hauptsächlich die Beziehung der Mutter zum Kind behandelt, wobei der Vater oftmals nicht oder nur wenig aufgegriffen wird. Aufgrund dieser wenigen

Ergebnisse bezogen auf die Vater-Kind-Bindung, basiert ein großer Teil der verwendeten Literatur auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind. Es wird hierbei deutlich, dass bezogen auf diese Thematik, gerade in Hinsicht auf das veränderte Rollenbild des Vaters, mehr Forschung betrieben werden muss. Auffallend ist, dass gerade in Bezug auf die Bindungsgestaltung zum Zeitpunkt nach der Geburt, der Vater in der Literatur keine Erwähnung findet. In dieser Phase wird überwiegend die Mutter als Bindungsperson erwähnt, weshalb auch hier in Zukunft mehr geforscht werden muss.

### 3. Das Frühgeborene

Ein Frühgeborenes bezeichnet ein Kind, das vor dem Erreichen der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt kommt (vgl. Wagner 2012: 449). Das frühgeborene Kind lässt sich zusätzlich hinsichtlich Schwangerschaftswoche und Gewicht in drei unterschiedliche Klassifizierungen einteilen. Frühgeborene Kinder, die eine verkürzte Entwicklungszeit kennzeichnet, sich jedoch bezüglich Größe und Gewicht kaum von reifgeborenen Kindern unterscheiden, werden als „late preterm infants“ bezeichnet. Frühgeborene, die meist vor der 32. Schwangerschaftswoche geborenen werden und ein Gewicht von unter 1500 Gramm wiegen, werden als „Very low birth weight infants“ definiert. Die „Extreme low birth weight infants“ mit einem Geburtsgewicht unter 1000 Gramm, sind zumeist unter der 29. Schwangerschaftswoche geboren (vgl. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. 2013). Das Ausmaß der längerfristigen medizinischen und psychologischen Auswirkungen hängt von dem jeweiligen Gestationsalter ab (vgl. Kagan et al. 2015: 687).

In der folgenden Arbeit wird sich auf die Frühgeborenen bezogen, die aufgrund ihrer frühgeburtlichen Umstände im Anschluss an die Geburt eine sofortige medizinisch induzierte Trennung erleben. Es wird keine Klassifizierung der Frühgeborenen vorgenommen, lediglich die direkte Aufnahme auf der neonatologischen Intensivstation zum Zeitpunkt nach der Geburt, gilt als Einschlusskriterium bei der Beantwortung der Fragestellung.

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die medizinischen und psychischen Folgen der Frühgeburtlichkeit des Kindes erläutert. Anschließend werden die Belastungsfaktoren aus der Perspektive der Eltern herausgearbeitet und abschließend die Herausforderung der Bindungsgestaltung zwischen einem Frühgeborenen und seinen Eltern, anhand dieser Aspekte dargestellt.

#### 3.1 Folgen der Frühgeburt für das Kind (medizinisch/psychisch)

Mit der Frühgeburt gehen diverse Risiken einher, die sowohl auf die medizinische als auch auf die psychische Verfassung der Kinder einen bedeutenden Einfluss nehmen kann. Hauptursache dieser Risiken in Verbindung mit der Frühgeburtlichkeit sind „vor allem auf eine mangelnde Organreife zurückzuführen“ (Herting 2010: 71).

Die Organentwicklung kann aufgrund der Frühgeburtlichkeit des Kindes nicht abgeschlossen werden, sodass diesbezüglich Risiken der Gesundheit auftreten

können. Die Unreife der Organe kann dabei sowohl akute als auch chronischen Erkrankungen verursachen (vgl. Glöckner 2007: 13). Dadurch kann die Frühgeburtlichkeit in Bezug auf den weiteren Gesundheitsverlauf „langfristige entwicklungsneurologische, pulmonale und gastrointestinale Probleme“ (Kagan et al. 2012: 687) des Kindes zur Folge haben.

Ein weiterer Faktor, der auf die unreife Gehirnentwicklung zurückgeht, stellt die Reiz- und Schmerzverarbeitung dar. Im Anschluss an die Geburt verlässt das Kind die intrauterine Umgebung und ist infolgedessen vielen neuen Reize ausgesetzt, die es aufnehmen und verarbeiten muss. Aufgrund der vorzeitigen Unterbrechung des Reifeprozesses des Gehirns, ist mit dieser Unterbrechung die Wahrnehmung nur unzureichend entwickelt, wodurch es zu einer Überflutung an Reizen kommen kann (vgl. Aly 1998: 34). Aufgrund des unterbrochenen Reifeprozesses ist damit einhergehend die körpereigene Schmerzabwehr bei einem frühgeborenen Kind nicht ausgereift, weshalb die Schmerzen fast ungefiltert direkt zum Gehirn weitergeleitet werden (vgl. Rass 2011: 72). Daraus kann sich im weiteren Verlauf ein vermehrtes Schmerzempfinden entwickeln, weshalb es essenziell ist, das Erleben von Schmerzen bei Frühgeborenen möglichst gering zu halten (vgl. ebd.). Mit dem Aufenthalt auf der neonatologischen Intensivstation ist das Frühgeborene diesen Reizen und Schmerzerfahrungen ausgesetzt. Das Setting der neonatalen Intensivstation, sowie die täglich pflegerischen Behandlungen verursachen dadurch ein regelmäßiges Schmerz- und Stressverhalten (vgl. Dietrich 2013: 284).

Durch die erschwerte Eltern-Kind-Bindung aufgrund der stationären medizinischen Behandlung kommt es zudem zu Einschränkungen der neuro-kognitiven und psychosozialen Entwicklung des Kindes (vgl. Sommerfeld et al. 2017: 154). Der Aspekt der eingeschränkten Eltern-Kind-Bindung kann sich im Laufe der Entwicklungen als ein Problem auf unterschiedlichen Ebenen manifestieren.

Mögliche Entwicklungsverläufe können sich anfangs anhand von Trotzverhalten und Aggressivität im Grundschulalter bemerkbar machen und führen bis hin zu schweren Störungen des Sozialverhaltens. Auch das Anfallen von Straftaten kann eine weitere potentielle Folge darstellen (vgl. Wettig 2009: 140). Eine gestörte Bindungserfahrung in der frühen Eltern-Kind-Bindung kann sich somit im späteren Verlauf mit Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen äußern (vgl. Ziegenhain 2004: 244).



Darüber hinaus kann die Frühgeburtlichkeit nicht selten den Tod bedeuten. „Weltweit sterben etwa 1,1 Mio. Kinder durch Frühgeburtlichkeit pro Jahr, und sie ist die zweihäufigste Todesursache bei Kindern unter 5 Jahren nach der Pneumonie“ (Friese/Husslein 2014: 832). Die Mortalität der frühgeborenen Kinder steht im Zusammenhang mit dem jeweiligen Gestationsalter. Je höher das Gestationsalter, desto geringer ist die Mortalität (vgl. Sommer et al. 2015: 16).

### 3.2 Belastungsfaktoren der Eltern nach einer Frühgeburt

„Die Früh- oder Risikogeburt ist eine starke Erwartungsverletzung für Eltern: statt Freude, Stolz und sozialer Anerkennung erleben sie Gefühle von Angst, Trauer, Verzweiflung, Ohnmacht, Hoffnungslosigkeit, Versagen, Schuld und Scham.“ (Jotzo 2012: 367).

Die Geburt, die im Normalfall ein freudiges Erlebnis für beide Elternteile darstellt, kann im Falle einer Frühgeburt mit negativen Gefühlen einhergehen. Die Eltern sind folglich einer starken Belastung ausgesetzt. In der Ausnahmesituation können in Bezug auf schlechte Nachrichten stimmungsschwankende Gefühle entstehen, die zwischen Angst und Hoffnung variieren können (vgl. Gross-Letzelter/Baumgartner 2010: 124). Ein zusätzlich belastender Faktor ist der Aspekt der Ungewissheit über den weiteren Gesundheitsverlauf des Kindes, sodass beide Elternteile über einen längeren unbestimmten Zeitraum mit dieser Unsicherheit leben müssen (vgl. von Rahden 2019: 16). Eltern eines frühgeborenen Kindes fühlen sich in dieser Ausnahmesituation „hilflos und ausgeliefert gegenüber Ärzten und Pflegenden“ (Vonderlin 2012: 357). In den ersten Wochen nach der Geburt wird die Pflege des frühgeborenen Kindes fast komplett von dem medizinischen und pflegerischen Personal übernommen, woraus das „Whose-Baby-Syndrom“ entstehen kann. Die Eltern stellen sich die Frage „[...] wem das Frühgeborene eigentlich gehört.“ (vgl. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. 2010: 11). Die Eltern sind in der ersten Zeit nach der Geburt auf die pflegerische Anleitung und Schulung aufgrund der komplexen Pflege des frühgeborenen Kindes angewiesen, bevor sie immer mehr eigenverantwortlich, die Pflege des Kindes übernehmen können (vgl. Vonderlin 2012: 359). Durch den Prozess der neonatologischen Versorgung werden die Eltern bezüglich der Versorgung und der Pflege des Kindes ausgegrenzt.

Ebenso das äußere Erscheinungsbild des frühgeborenen Kindes, weicht von der Vorstellung der Eltern an das eines gesunden Kindes ab, wodurch Berührungängste

entstehen können (vgl. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. 2010: 11). Der ohnehin bereits eingeschränkte Beziehungsaufbau, der in Kapitel 3.3 erläutert wird, wird durch diesen Aspekt weitergehend erschwert.

Väter und Mütter reagieren dabei auf belastungsinduzierte Gefühle unterschiedlich. Mütter, deren Kinder auf einer neonatologischen Intensivstation behandelt wurden, erlebten vermehrt Depressionen und Angstgefühle, zudem wiesen sie mindestens ein Symptom einer posttraumatischen Belastungsstörung auf (vgl. Jenewein et al. 2006: 746). Eine posttraumatische Belastungsstörung, die unter F43.1 im ICD-10 aufzufinden ist, spiegelt Symptome wie eine verzögerte Reaktion, tiefe Verzweiflung, zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitsstörung, neurotische Erkrankungen, Flashbacks, Albträume oder auch Gleichgültigkeit wider. Wichtig ist hier zudem zu sagen, dass diese Symptome innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis auftreten müssen. Der Verlauf ist von Patient zu Patient wechselhaft, es wird allerdings in den meisten Fällen von einer Heilung ausgegangen (Dilling/Freyberger 2016: 174 ff.).

Zusätzlich belasten Mütter Selbstvorwürfe und sie suchen die Ursache der Frühgeburt bei dem eigenen fehlerhaften Verhalten während der Schwangerschaft (vgl. Bruns-Neumann 2006: 151). Der Vater des frühgeborenen Kindes hingegen ist mit „familiären, beruflichen und emotionalen“ (Jotzo 2012: 368) Belastungen konfrontiert. Unsicherheit im Umgang mit dem Kind, sowie Angst und Sorge bezüglich der Prognose des Kindes und um die Partnerin sind Kriterien, die den Vater in dieser Situation beschäftigen (vgl. Wagner 2012: 449).

### 3.3 Herausforderung Bindungsgestaltung Frühgeborenes

„Statt in die Arme der Mutter, wird das Frühgeborene sofort in Tücher gelegt oder in eine Folie eingewickelt, um die Wärme des Körpers zu erhalten“ (Aly 1989: 30).

Der langersehnte Zeitpunkt der Geburt und das Kennenlernen des eigenen Kindes verläuft oft ganz anders als der Ablauf der Geburt eines frühgeborenen Kindes. Das Kind, welches im Normalfall direkt der Mutter in die Arme gelegt wird, muss im Anschluss nach der Geburt intensivmedizinisch behandelt werden. Die sofortige medizinisch induzierte Trennung von Mutter und Frühgeborenem, wird in der Regel in industrialisierten Ländern aufgrund der Gefahr von Anpassungsstörungen durchgeführt (vgl. Mehler et al. 2019: 21).

Darüber hinaus vermittelt den Eltern der Anblick des frühgeborenen Kindes im Umfeld

einer neonatologischen Intensivstation in einem Inkubator ein Gefühl von Distanz (vgl. Weigl 2018: 269). „Erscheinung und Verhalten früh geborener Babys können Eltern dazu bringen, sie weniger einfühlsam und verantwortlich zu pflegen.“ (Berk 2011:132). Die Trennung im Anschluss an die Geburt sowie das Erscheinen und Verhalten des frühgeborenen Kindes, stellen bereits ganz zu Anfang der Beziehungsentwicklung wesentliche Beeinträchtigungen dar. Auch im weiteren Verlauf ist der Beziehungsaufbau zwischen Eltern und Kind durch die anschließende Versorgung auf der neonatologischen Intensivstation eingeschränkt, da die Möglichkeit des Körperkontaktes in diesem Umfeld kaum gegeben ist (vgl. Huter 2003: 216).

Eine weitere Herausforderung beim Bindungsprozess zwischen Eltern und Kind besteht in der Tatsache, dass Frühgeborene ihre Bedürfnisse durch spezielle Signale weniger gut vermitteln können als reifgeborene Kinder (vgl. von Lilienfeld et al. 2012: 173). Mit diesem Aspekt besteht eine erschwerte Umsetzung hinsichtlich der für den Beziehungsaufbau wichtigen Bedürfnisbefriedigung, da die Befriedigung der Bedürfnisse ohne direkte Signale des Kindes für die Bezugsperson erschwert zu erkennen sind. Das frühgeborene Kind reagiert zudem aufgrund der Unreife nicht auf die von den Eltern veranlasste Interaktion einer Kontaktaufnahme (vgl. von Rahden 2019: 16). Dazu erschwerend wirkt das noch nicht vollständig entwickelte Fürsorgesystem der Mutter, das bei dem Zeitpunkt einer zu frühen Geburt nicht ausreichend ausgereift ist (vgl. Schäfer et al. 2017: 221). Die Mutter kann mit dem unzureichend entwickelten Fürsorgesystem nur weniger gut die Bedürfnisse des Frühgeborenen wahrnehmen, zusätzlich dazu erschweren die unklaren Signale des Frühgeborenen die Vermittlung seiner Bedürfnisse.

Sowohl die Mutter als auch das frühgeborene Kind wurden auf unterschiedliche Weise in ihrer Entwicklung beeinträchtigt, sodass beide erschwerte Bedingungen in Hinsicht auf einen erfolgreichen Beziehungsaufbau mit sich bringen.

Insbesondere der Zeitraum des dritten Trimesters der Schwangerschaft, bedeutet die Phase, in der sich die Mutter auf die neuen Aufgaben des Mutterseins einstellt und sich Situationen mit dem Kind bereits vorstellt (vgl. Reichert/Rüdiger 2015: 942-943). Diese wichtige Phase der Vorbereitung, bereits im Zeitraum der Schwangerschaft, fällt bei einer Frühgeburt, je nach Geburtszeitpunkt, teilweise oder sogar vollkommen weg.

## 4. Ergebnisse: Pflegerische Interventionen für eine stärkende Bindung zwischen Eltern und Frühgeborenen

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Literaturrecherche in Bezug auf die zentrale Fragestellung dargestellt. Es werden pflegerische Interventionsmaßnahmen aufgezählt, wodurch die Bindung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind gestärkt wird.

### 4.1 Herstellung der Autonomie der Eltern im Umgang mit ihrem frühgeborenen Kind

Durch pflegerisches Handeln, das die Eltern in die Pflege ihrer frühgeborenen Kinder auf der neonatologischen Intensivstation integriert, fühlen sich die Eltern mit dem frühgeborenen Kind verbunden (vgl. Treherne et al. 2017, vgl. Feeley et al. 2016, vgl. Flacking et al. 2016, vgl. Russel et al. 2014, Guillaume et al. 2013). Diese Aussage der Autoren fundiert ausschließlich auf Grundlage qualitativer Forschungsansätze. Es wurden dazu Forschungen auf internationaler Ebene durchgeführt.

Die Befähigung der Eltern zur eigenständigen Pflege ihres Kindes gilt als pflegerische Maßnahme, die ein Gefühl der Verbundenheit zwischen Eltern und Kind auslöst (vgl. Treherne et al. 2017: 742). Laut Feeley et al. (2016) gelingt die Herstellung der Autonomie der Eltern mithilfe der Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten über die pflegerische Versorgung ihrer frühgeborenen Kinder. Zusätzlich gilt die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Pflegefachkraft bei der Pflege und Versorgung der Kinder als ein Faktor, der die Autonomie der Eltern fördert. Während die Eltern ihr Kind eigenständig versorgen, gilt es als autonomiefördernd, wenn die Pflegefachkraft bei Bedarf die Unterstützung der Eltern gewährleistet (vgl. Feeley et al. 2016: 7). Treherne et al. (2017) erwähnen ebenfalls die Bedeutung der bei Bedarf erforderlichen Unterstützung der Eltern während der Versorgung ihrer Kinder, wodurch die Eltern sich ihrem frühgeborenen Kind nahe fühlen. Ebenso verhilft die Zeit, die die Eltern während der Versorgung mit ihrem frühgeborenen Kind allein verbringen und kein Bedarf an Unterstützung haben, zu einem Gefühl der Nähe. (vgl. Treherne et al. 2017: 742).

Sowohl in der Studie von Feeley et al. (2016) als auch in der Studie von Treherne et al. (2017) gilt die Autonomie der Eltern bei der Pflege ihrer Kinder als ein Schlüsselfaktor, der den Eltern das Kind Nahe bringt (vgl. Treherne et al. 2017: 737, Feeley et al. 2016: 7). Die Herstellung der Autonomie der Eltern bewirkt laut Treherne et al. (2017) die Stärkung der elterlichen Rolle (vgl. Treherne et al. 2017: 737).

Die Übernahme der typisch elterlichen Aufgabenbereiche, die die Eltern nach der Geburt ihres Kindes gewöhnlicherweise übernehmen, vermittelt den Eltern das Gefühl, dass das Kind ihnen gehört. Es gibt in diesem Zusammenhang spezielle Aufgaben, die laut Flacking et al. (2016) nach Einschätzung der befragten Eltern von besonderer Bedeutung sind. Im Fokus steht dabei die Durchführung der Körperhygiene (vgl. Flacking et al. 2016: 5).

Das Gefühl der Verbindung von Eltern und Kind wird durch die Herstellung des körperlichen Kontaktes von Eltern und Kind gestärkt (vgl. Treherne et al. 2017: 745, vgl. Feeley et al. 2016: 6, vgl. Flacking et al. 2016: 3). Durch die Maßnahmen des Fütterns, Haltens und Interagierens, die von den Eltern des frühgeborenen Kindes übernommen werden, wird die Nähe der Eltern zum Kind positiv beeinflusst (vgl. Treherne et al. 2017: 745). Durch das Halten des Kindes und die Anwendung der Känguru-Methode resultieren laut Flacking et al. (2016) sowohl für die Eltern als auch für die Kinder erkennbare Auswirkungen bezüglich der Entwicklung emotionaler Nähe. Das Kind kann in Zusammenhang mit dieser Art des körperlichen Kontakts zur Ruhe kommen und fühlt sich geborgen und sicher. Für die Eltern resultiert daraus das Gefühl von Liebe und Bindung (vgl. Flacking et al. 2016: 4.). Nach der Studie Feeley et al. (2016) ist es die Aufgabe der Pflegefachkräfte, die Eltern zu der Herstellung des Körperkontaktes mit ihrem frühgeborenen Kind zu befähigen (vgl. Feeley et al. 2016: 7).

#### 4.2 Aufnahme der Eltern ins pflegerische Team durch das bedarfsgerechte Informieren

Durch die Aufnahme der Eltern in das pflegerische Team wird das elterliche Gefühl der Nähe zum Kind gestärkt (vgl. Treherne et al. 2016: 742). Ein Gefühl der Verbundenheit der Eltern zu ihrem Kind gelingt der Pflegefachkraft, indem sie die Informationen über Gesundheitszustand und Pflegepläne teilt und die Eltern an den pflegerischen Entscheidungsprozesse des Kindes teilhaben lässt (vgl. Treherne et al. 2016: 742, vgl. Feeley et al. 2016: 7). Feeley et al. (2016) stellen in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Pflegefachkraft dar, die die Rolle der Eltern als Entscheidungsträger respektiert und fördert (vgl. Feeley et al. 2016: 7). Treherne et al. (2016) erwähnen in dem Kontext der Informationsvermittlung und der Einbindung der Eltern in die Entscheidungsprozesse die Notwendigkeit die elterliche Kompetenz anzuerkennen. Durch die Informationsvermittlung, die Einbindung der Eltern in die Entscheidungsprozesse und die Anerkennung der elterlichen Kompetenz wird den

Eltern laut Treherne et al. (2016) ein Gefühl der Kontrolle über ihr Kind vermittelt, wodurch sie sich mit ihrem Kind verbunden fühlen (vgl. Treherne et al. 2016: 742).

Die Transparenz und Zugänglichkeit der Informationen anhand einer für die Eltern jederzeit zugänglichen Krankenakte ist für die Eltern frühgeborener Kinder von großer Bedeutung (vgl. Treherne et al. 2016: 742). Die Bedeutsamkeit des kontinuierlichen Zugangs zu Informationen stellen auch Guillaume et al. (2013) anhand ihrer Studie dar und verbinden damit ein verringertes Gefühl der Hilflosigkeit der Eltern (vgl. Guillaume et al. 2013: 5). Feeley et al. (2016) führen dabei weiter aus, dass in diesem Zusammenhang die Bereitstellung von Informationen sowie der Zugang zu diesen durch die Pflegefachkräfte umgesetzt werden soll (vgl. Feeley et al. 2016: 9). Guillaume et al. (2013) erläutern dazu die Relevanz der rechtzeitigen Informationen über Veränderungen der Versorgung des frühgeborenen Kindes, da es anderenfalls für die Eltern zu unerwarteten und nicht nachvollziehbaren Situationen kommt. Durch eine rechtzeitige Weitergabe der Information sind die Eltern gelassener und es wird ihnen dadurch ermöglicht, eine Bindung zum frühgeborenen Kind herzustellen (vgl. Guillaume et al. 2013: 6).

Laut Russel et al. (2014) ist vor allem die Kommunikationsart bei der Weitergabe von Informationen an die Eltern frühgeborener Kinder von großer Bedeutung. Hierbei geht es zum einen um die verständliche Vermittlung von komplizierten Sachverhalten der medizinischen Verfassung des Kindes und zum anderen um das Zeitnehmen für das Besprechen von Sachverhalten wie diesen (vgl. Russel et al. 2014: 7). Russel et al. (2014) bemerken, dass die Masse an Informationen die Eltern überfordert. Ein Teil der Eltern kritisiert in dem Zuge, dass die Informationen nicht auf die Eltern frühgeborener Kinder zugeschnitten sind. Aus dieser Kritik heraus äußern einige Eltern den Wunsch nach speziellen Frühgeborenenberatern (vgl. ebd.). Von großer Bedeutung laut Guillaume et al. (2013) und Russel et al. (2014) ist zudem insbesondere die Einheitlichkeit der Informationen (vgl. Guillaume et al. 2013: 4, vgl. Russel et al. 2014: 6). Russel et al. (2014) erwähnen in diesem Zusammenhang die Unstimmigkeit der Informationen bei der Durchführung der Kängurupflege. Während ein Teil der Pflegefachkräfte diese Maßnahme befürwortet, lehnt ein anderer Teil der Mitarbeiter diese Methode ab, wodurch die Eltern Unsicherheit im Umgang mit dem Kind erlangen (vgl. Russel et al. 2014: 6).

Die Verbundenheit der Eltern zu ihrem frühgeborenen Kind wird laut Guillaume et al. (2013) mithilfe einer durch die Pflege gewährleisteten kontinuierlichen Kommunikation mit den Eltern, die auf die Bedürfnisse der Eltern abzielt, gewährleistet. Darüber hinaus gilt die Haltung der Pflegefachkraft als bedeutend, um eine Bindung zum Kind aufzubauen (vgl. Guillaume 2013: 7). Um die Interaktion zwischen Eltern und Kind zu fördern, ist es bedeutend, dass die Pflegefachkraft eine empathische Haltung gegenüber den Eltern annimmt. Das Verhalten der Pflegefachkräfte bestimmt in diesem Kontext, ob und unter welchen Umständen der Kontakt zum Kind ermöglicht wird (vgl. Guillaume 2013: 4).

#### 4.3 Herstellung einer bindungsfördernden Umgebung

Ein weiterer Aspekt, der in der Studie von Treherne et al. (2017) und Feeley et al. (2016) hinsichtlich der Förderung der Eltern-Frühgeborenen-Bindung genannt wird, ist die Herstellung einer bindungsfördernden Umgebung auf der neonatologischen Intensivstation.

Während der Interaktion mit dem frühgeborenen Kind ist eine ruhige Umgebung auf der neonatologischen Intensivstation ein Kriterium, das die Entwicklung der Nähe zwischen Eltern und Kind fördert. Eine laute und unruhige Umgebung verhindert das Gefühl der Nähe seitens der Eltern (vgl. Treherne et al. 2017: 743, Feeley et al. 2016: 8). Die Pflegefachkräfte haben dem zur Folge nach Feeley et al. (2016) die Aufgabe, die Umgebung der Familien vor Lärm zu schützen (Feeley et al. 2016: 10). Durch die offene Gestaltung der neonatologischen Intensivstation ist laut Treherne et al. (2017) die Privatsphäre der Familie eingeschränkt. Zusätzlich entsteht dadurch ein Gefühl der Trennung (vgl. Treherne et al. 2017: 743). Flacking et al. (2016) erwähnen in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Zeit als Familie, um sich emotional nahe zu fühlen. Räume auf der neonatologischen Intensivstation, die die Familien für ihren Rückzug und die Privatsphäre nutzen können, können diese notwendige Zeit als Familie ermöglichen und einen geeigneten Raum für die Privatsphäre der Familien schaffen (vgl. Flacking et al. 2016: 5).

Zusätzlich erschwert die Umgebung der neonatalen Intensivstation mit diversen Geräten und Kabeln die Entwicklung der Nähe zwischen Eltern und Kind. Dieser Umstand belastet die Eltern immer dann, wenn die Geräte und Kabel bei der Interaktion mit dem Kind stören. Laut Treherne et al. (2017) kann diese Problematik verhindert werden, indem den Eltern der Umgang mit den Geräten vermittelt wird. Die

Herstellung der Nähe der Eltern zu ihrem Kind kann damit trotz der Umstände gewährleistet werden (vgl. Treherne et al. 2017: 743). Das Verständnis der neonatologischen Umgebung der Eltern ist auch nach Guillaume et al. (2013) ein Kriterium, um sich mit dem Kind vertraut zu machen (Guillaume et al. 2013: 5).

Der Einbezug der Eltern in die Pflege der frühgeborenen Kinder kann demnach trotz der herausfordernden Umgebung durch die Unterstützung der Pflegefachkräfte der neonatalen Intensivstation gelingen (vgl. Treherne et al. 2017: 744).

#### 4.4 Gewährleistung der emotionalen und psychologischen Unterstützung der Eltern

Das Verständnis und Bewusstsein der Eltern über ihre eigenen Erfahrungen und Emotionen stellt eine wichtige Grundlage, um sich mit dem Kind verbunden zu fühlen (vgl. Flacking et al. 2016: 6).

Feeley et al. (2016) stellen fest, dass die emotionale Unterstützung der Eltern durch die Pflege als ein Faktor gilt, der die Nähe zwischen Eltern und Kind stärken kann. Die Eltern fühlen sich dabei dem Kind nahe, wenn sie sich psychisch und physisch wohlfühlen. Die pflegerische Aufgabe besteht darin, den Eltern Unterstützung und Ressourcen zur Verfügung zu stellen, damit sie belastende Situationen besser bewältigen können und sich somit dem Kind verbunden fühlen (vgl. Feeley et al. 2016: 10). Flacking et al. (2016) sprechen in diesem Zusammenhang von der personenzentrierten Kommunikation, die ein effektiver Ansatz ist, um die emotionale Unterstützung der Eltern zu gewährleisten (vgl. Flacking et al. 2016: 6). Die Studie von Twohig et al. (2016) beweist ebenfalls, dass der emotionale Zustand der Eltern einen Einfluss auf die Entwicklung der Eltern-Kind-Bindung zur Folge hat. Die Mitarbeiter auf der neonatologischen Intensivstation sind jedoch hinsichtlich psychologischer und emotionaler Unterstützung nur unzureichend ausgebildet (vgl. Twohig et al. 2016: 168).

Twohig et al. (2016) stellen anhand einer Querschnittfragebogenerhebung, die sich an alle Mitarbeiter der neonatologischen Intensivstation richtet, fest, dass die emotionalen Erfahrungen der Eltern frühgeborener Kinder bei den Mitarbeitern als bedeutend wahrgenommen werden. Die Mitarbeiter sind sich ebenfalls einig darüber, dass die Diskussion der emotionalen Erfahrungen und die Einschätzung des emotionalen Zustandes ein Teil ihres Berufsfeldes ausmachen. Die psychologische Unterstützung der Eltern und die Einschätzung ihrer emotionalen Verfassung werden jedoch in der



Praxis am wenigsten durchgeführt. Zwei relevante Zeitpunkte, zu denen spezielle psychologische Unterstützung der Eltern frühgeborener Kinder fehlte, umfassen sowohl die Zeit während der Aufnahme auf der Neonatologie als auch der Zeitpunkt nach der Entlassung. In der Studie wird dies mit unzureichenden Ausbildungserfahrungen psychologischer Unterstützung begründet (vgl. Twohig et al. 2016: 168). Zusätzlich wird in diesem Kontext das Fehlen der Bildung der Pflegefachkräfte angemerkt, die im Bereich der Bindung und sozioemotionale Entwicklung frühgeborener Kinder nur unzureichend ausgebildet sind (vgl. Twohig et al. 2016: 170).

#### 4.5 Schulung der Pflege „Close Collaboration with Parents“

Im Folgenden wird eine in Finnland entwickelte Maßnahme dargestellt, mithilfe der die Pflegefachkräfte in der gemeinsamen Arbeit mit den Eltern frühgeborener Kinder auf der neonatologischen Intensivstation geschult werden. Die Maßnahme „Close Collaboration with Parents“ wird zum Verständnis des Lesers zu Beginn kurz beschrieben. Es werden die zentralen Ziele der Maßnahme erläutert, sodass diese in Zusammenhang mit der Förderung der Eltern-Frühgeborenen-Bindung gebracht werden können. Aufgrund einer bisher geringen Anzahl an Studien zu der Maßnahme der „Close Collaboration with Parents“ können ausschließlich zwei Studien in die Darstellung der Ergebnisse miteinbezogen werden.

Die Schulungsmethode „Close Collaboration with Parents“ richtet sich sowohl an Pflegefachkräfte als auch an die Ärzte einer neonatologischen Intensivstation. Mithilfe dieser Schulungsmethode soll eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Pflegefachkraft und den Eltern bei der Versorgung frühgeborener Kinder gelingen. Neben einer verbesserten Bindung der Eltern zu ihren frühgeborenen Kindern, zielt die Schulungsmethode gleichermaßen auf die Verbesserung des psychischen Wohlbefindens der Eltern und der kindlichen Entwicklung ab. Durch die Schulung sollen die Teilnehmer ein Verständnis über die Verhaltensweise frühgeborener Kinder und die Individualität der Familien erlangen. Zusätzlich sollen die Pflegefachkräfte spezielle Fähigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Eltern erlernen (vgl. Ahlqvist-Björkroth et al. 2016: 303).

Nach Ahlqvist-Björkroth et al. (2016) wurde anhand der Studie nachgewiesen, dass die Pflegenden durch das Teilnehmen an der Schulung „Close Collaboration with Parents“ eine Veränderung in ihrer pflegerischen Haltung und in ihrer pflegerischen

Arbeitsweise feststellen. Sie vertrauen den Eltern bei der Pflege ihrer Kinder und lassen sie damit einhergehend an der Pflege ihrer Kinder teilhaben (vgl. Ahlqvist-Björkroth et al. 2016: 308). Laut Toivonen et al. (2019) sehen Pflegefachkräfte durch die Anwesenheit der Eltern nach fortgeschrittenem Verlauf des Programms einen Vorteil darin, dass die Eltern die Pflege des Kindes unterstützen und nehmen diese als Ressource wahr (vgl. Toivonen et al. 2019: 6). Laut Ahlqvist-Björkroth et al. (2016) beobachten Eltern und Personal nach der Schulung gemeinsam die Verhaltensweisen des Kindes. Durch eine Bewertung der elterlichen Beobachtungen durch die Pflege, verbessert sich das intuitive Erkennen der Bedürfnisse der Kinder (vgl. Ahlqvist-Björkroth et al. 2016: 308). Die aus der Schulung resultierende Fähigkeit der Pflegefachkräfte, gemeinsam mit den Eltern in Entscheidungsprozessen zu verhandeln, stärkt neben dem Gefühl der Dazugehörigkeit im Team, das eigenverantwortliche Gefühl der Eltern für ihr Kind (vgl. ebd.).

Toivonen et al. (2019) beschreiben in ihrer deskriptiv qualitativen Studie, welche Faktoren die Implementierung der Maßnahme „Close Collaboration with Parents“ gelingen lässt. Ein bedeutendes Kriterium stellt hierbei die Motivation der Pflegefachkräfte und Ärzte dar, ihre berufliche Rolle zu verändern (vgl. Toivonen et al. 2019: 1).

#### 4.6 Trainingsprogramme für die Eltern frühgeborener Kinder

Die Schulung von Eltern frühgeborener Kinder gilt als eine Maßnahme der Pflege, die eine Bindung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind fördert (Steinhardt et al. 2014, Reichert et al. 2014). Zudem stärkt die Schulung der Eltern frühgeborener Kinder die Autonomie der Familie und das eigenständige Versorgen des Kindes durch die Eltern (vgl. Reichert et al. 2014: 1014). Die Elternschulung wird dabei in erster Linie im Handlungsfeld der Pflege durchgeführt (vgl. ebd.)

Steinhardt et al. (2014) untersuchen mithilfe einer in Deutschland durchgeführten Studie die Auswirkungen eines an die Eltern ausgerichteten strukturierten Trainingsprogramms in Bezug auf die Eltern-Kind-Interaktion (vgl. Steinhardt et al. 2014: 205). Mitarbeiter des Gesundheitswesens, Psychologen und speziell ausgebildete Pflegefachkräfte bilden die Eltern in diesem Programm mithilfe einer theoretischen und praktischen Einheit aus. Themenbereiche, in denen die Eltern geschult werden, umfassen neben der kindlichen Entwicklung und Verhaltensweise, das Verständnis der Bedürfnisse von frühgeborenen Kindern. Anschließend werden

die Eltern von speziell ausgebildeten Pflegefachkräften begleitet und reflektiert. Die Studie untersucht dabei ausschließlich die Interaktion von Mutter und Kind während des Säuglingsbads und der anschließenden Bekleidung (vgl. Steinhardt et al. 2014: 206). Die Studie von Steinhardt et al. (2014) beweist, dass ein strukturiertes Trainingsprogramm für die Eltern mit einem psychosozialen Unterstützungsteam die Feinfühligkeit der Mutter verbessert. Zudem sind die frühgeborenen Kinder eher in der Lage gezielter zu antworten, wenn die Eltern an diesem Trainingsprogramm teilnahmen und reflektiert wurden (vgl. Steinhardt et al. 2014: 207). Laut Steinhardt et al. (2014) ist die Interaktion zwischen Mutter und Kind angemessener, nachdem die Mütter an dem Trainingsprogramm teilnahmen. Darüber hinaus lernten die Kinder mit der Mutter zu interagieren, sobald die Mutter in der Lage war, die Signale des Kindes richtig wahrzunehmen und darauf zu antworten (vgl. Steinhardt et al. 2014: 208).

Die Ergebnisse der Studie fokussieren sich ausschließlich auf die Mutter der frühgeborenen Kinder, es fehlt bei der Behandlung der Thematik die Untersuchung der Väter. Da die Ergebnisse der Studie jedoch trotzdem eine hohe Aussagekraft in Bezug auf die Fragestellung vorweisen, wird diese Studie in den Ergebnissen aufgenommen.

Die Bedeutsamkeit der Reaktion der Eltern auf die Signale des frühgeborenen Kindes und die damit hergestellte Nähe zwischen Eltern und Kind stellen auch Feeley et al. (2016) anhand ihrer Studie dar (vgl. Feeley et al. 2016: 7). Guillaume et al. (2013) äußern in diesem Zusammenhang den Bedarf an Erklärungen über das Bindungsverhalten und die Art der Wahrnehmung des frühgeborenen Kindes. Zusätzlich wünschen die Eltern sich Informationen über hilfreiche Maßnahmen für eine Kontaktaufnahme mit ihrem Kind, damit sich ihre Rolle als Elternteil festigt (Guillaume et al. 2013: 25).

Reichert und Rüdiger (2015) stellen in Kontext mit der Durchführung von strukturierten Trainingsprogrammen, die Notwendigkeit des medizinischen und pflegerischen Personals dar, ihre berufliche Rolle zu verändern. Neben der fachlich adäquaten Versorgung der Kinder muss nun zusätzlich die Rolle des elterlichen Moderators übernommen werden (vgl. Reichert/Rüdiger. 2015: 944).

## 5. Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden Teil der Arbeit werden die anhand der systematischen Literaturrecherche herausgearbeiteten Ergebnisse hinsichtlich der Förderung der Bindung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind eingeordnet, diskutiert und die Qualität der verwendeten Studien kritisch beurteilt. Es wird bewiesen, dass die Pflegefachkräfte auf der neonatologischen Intensivstation durch spezielle Maßnahmen und die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, die Bindung zwischen den Eltern und frühgeborenen Kindern stärken können.

Im Fokus der Ergebnisse steht die Herstellung der Autonomie der Eltern durch ihre Aufnahme in das pflegerische Team. Die Pflegefachkraft hat die fundamentale Aufgabe, die Eltern dazu zu befähigen, die pflegerische Versorgung ihres frühgeborenen Kindes weitestgehend selbstständig durchzuführen und ausschließlich bei Bedarf unterstützend zu intervenieren (vgl. Kapitel 4.1). Zusätzlich ist es fundamental, die Eltern als festen Bestandteil der Pflege zu integrieren und sie damit einhergehend kontinuierlich über die pflegerische Versorgung und den medizinischen Zustand ihres Kindes bedarfsgerecht zu informieren (vgl. Kapitel 4.2). Die Maßnahmen „Herstellung der Autonomie der Eltern im Umgang mit ihrem frühgeborenen Kind“ (vgl. Kapitel 4.1) und „Aufnahme der Eltern ins pflegerische Team durch das bedarfsgerechte Informieren“ (vgl. Kapitel 4.2) bilden die zentrale Rolle der Pflegefachkräfte bei der Förderung der Bindung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind.

Ein Blick auf die Theorie in Kapitel 3.2 zeigt, dass die Problematik der Ausgrenzung der Eltern aus der Pflege ihrer Kinder insbesondere im direkten Zeitraum nach der Geburt existent ist. In diesem Zusammenhang wird von dem „Whose Baby Syndrom“ (vgl. Egelin 2010: 11) gesprochen, wodurch deutlich wird, dass die Eltern sich möglicherweise nicht mit ihrer Rolle als Elternteil ihres frühgeborenen Kindes identifizieren können und dem zu Folge eine Integration der Eltern in die Pflege nur unzureichend stattfindet. Sowohl die „Herstellung der Autonomie der Eltern im Umgang mit ihrem frühgeborenen Kind“ als auch die „Aufnahme der Eltern ins pflegerische Team durch das bedarfsgerechte Informieren“ direkt nach der Geburt, können hinsichtlich dieser Problematik eine Lösung darstellen. Es ist hierbei essenziell, die Eltern gleich nach der Geburt im autonomen Umgang mit ihrem frühgeborenen Kind zu unterstützen, sodass diese von Anfang an ihre Rolle als

Elternteil wahrnehmen können und sich bei der Pflege ihres Kindes nicht ausgeschlossen fühlen.

Wichtig, um die beiden zentralen Maßnahmen der „Herstellung der Autonomie der Eltern im Umgang mit ihrem frühgeborenen Kind“ und der „Aufnahme der Eltern ins pflegerische Team durch das bedarfsgerechte Informieren“ zu ermöglichen, sind „Trainingsprogrammen für die Eltern frühgeborener Kinder“ (vgl. Kapitel 4.6). Anhand einer Studie von Steinhardt et al. (2014) wurde die Effektivität eines für Eltern ausgelegten strukturierten Trainingsprogramms und dem damit verbundene positiven Einfluss auf die Eltern-Frühgeborenen-Interaktion bewiesen. Die Mutter frühgeborener Kinder erlangt durch ein solches Trainingsprogramm unter anderem ein besseres Verständnis über die Bedürfnisse ihres frühgeborenen Kindes (vgl. Steinhardt et al. 2014: 208).

Die Bedeutung der Befriedigung der Bedürfnisse des Kindes als ein Kriterium für die Entstehung einer sicheren Bindung, wurde bereits im ersten Teil der Arbeit in Kapitel 1.1 durch Bowlby (2010) und Grossmann (2014) dargestellt (Bowlby 2010: 101, Grossmann 2014: 30). Die Ergebnisse der Studie von Steinhardt et al. (2014) haben daher eine Relevanz in Anbetracht auf den vorher gegebenen theoretischen Rahmen der Arbeit. Zusätzlich wird in Kapitel 3.3 die Herausforderung der Eltern in Zusammenhang mit der Bedürfnisbefriedigung frühgeborener Kinder thematisiert, da die frühgeborenen Kinder oftmals gar nicht in der Lage sind ihre Bedürfnisse auszudrücken (vgl. von Rahden 2019: 16). Diesem herausfordernden Faktor kann durch gezielt eingesetzte strukturierte Schulungsprogramme, entgegengewirkt werden. Die Entstehung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind ist daher mithilfe gezielter Schulung möglich. Kritisch anzumerken ist jedoch hier, dass Schulungen, die eine verbesserte Eltern-Kind-Bindung fokussieren, nicht auf allen neonatologischen Intensivstationen in Deutschland etabliert sind. Zudem stellt sich die Frage einer möglichen Umsetzung bezogen auf eventuell mangelnde finanzielle und personelle Faktoren.

Es wird anhand der Ergebnisse deutlich, dass neben den zentralen pflegerischen Maßnahmen, die „Herstellung der Autonomie der Eltern im Umgang mit ihrem frühgeborenen Kind“ und die „Aufnahme der Eltern ins pflegerische Team durch das bedarfsgerechte Informieren“, sowie der unterstützenden Maßnahme „Trainingsprogramme für die Eltern frühgeborener Kinder“, die Schaffung geeigneter

Rahmenbedingungen wichtig ist. Es lassen sich folgende Maßnahmen auch als Rahmenbedingungen interpretieren, um den Aufbau einer Bindung zwischen den Eltern und ihren frühgeborenen Kindern durch die Pflegefachkraft zu ermöglichen.

Die Maßnahmen, die als Rahmenbedingung interpretiert und in der Arbeit in den Ergebnissen dargestellt werden, umfassen die „Herstellung einer bindungsfördernden Umgebung“, die „Gewährleistung der emotionalen und psychologischen Unterstützung“ und die „Schulung der Pflege ‚Close Collaboration with Parents‘“. Es wird hierbei deutlich, dass zunächst geeignete Bedingungen geschaffen werden müssen, damit die Pflege die Bindung zwischen Eltern und ihrem frühgeborenen Kind fördern kann.

Die erste Rahmenbedingung, die aus den Ergebnissen abgeleitet werden kann, ist die „Herstellung einer bindungsfördernden Umgebung“. Die Pflegefachkräfte können durch die Vermeidung von Lärm und die Gewährleistung von Privatsphäre, die Bindung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind positiv beeinflussen. Auch die Erklärung des Umfeldes der neonatologischen Intensivstation kann einen Faktor der Pflegefachkräfte darstellen, der die Bindung positiv beeinflusst. Die Möglichkeit des Rückzuges als Familie, durch die Nutzung speziell zu Verfügung gestellter Räume, stellt darüber hinaus eine Möglichkeit dar, die Privatsphäre der Familie herzustellen (vgl. Kapitel 4.3). In Bezug auf die Theorie in Kapitel 3.3 äußert Weigl (2018) in Zusammenhang mit dem Umfeld der neonatologischen Intensivstation und dem im Inkubator liegendem frühgeborenem Kind ein elterliches Gefühl der Distanz zu ihrem Kind (vgl. Weigl 2018: 269). Es wird die Notwendigkeit deutlich, durch die Pflegefachkräfte Maßnahmen anzuwenden, damit ein Gefühl der Distanz verhindert werden kann. Kritisch anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass die Pflegefachkraft nicht jeglichen Lärm vermeiden kann. Sie kann zwar versuchen, die Geräusche zu reduzieren, dennoch bleibt eine gewisse Geräuschkulisse im Setting der neonatologischen Intensivstation unvermeidbar. Auch hinsichtlich der Privatsphäre gibt es Einschränkungen, in denen es sich aufgrund notwendiger medizinischer Versorgungen nicht vermeiden lässt, in das Privatleben der Familien auf Station einzudringen. Hinzu kommt, dass möglicherweise nicht jede neonatologische Intensivstation über räumliche Gegebenheiten verfügt, die einen Rückzug von Familien und die damit einhergehende Privatsphäre ermöglichen.

Als weitere Rahmenbedingung gilt die „Gewährleistung der emotionalen und psychologischen Unterstützung der Eltern“. Dieser Faktor ist laut den Ergebnissen der Literaturrecherche in Kapitel 4.4 bedeutend für die Entwicklung einer Bindung zwischen Eltern und Kind. Das physische und psychische Wohlergehen der Eltern ist in diesem Zusammenhang eine Grundlage, um sich dem Kind nahe zu fühlen (vgl. Kapitel 4.4). Im Theorieteil in Kapitel 3.2 geht bereits hervor, unter welchen starken Belastungen sowohl Mutter als auch Vater im Falle einer Frühgeburt leiden (vgl. Jotzo 2012: 367). Diesen psychischen Belastungen kann mithilfe gezielter psychologischer Unterstützung durch Pflegefachkräfte entgegengewirkt werden. Die psychologische Unterstützung der Eltern ist jedoch auf der neonatologischen Intensivstation nicht etabliert und die Mitarbeiter in diesem Gebiet nicht ausreichend ausgebildet (vgl. Twhig et al. 2016: 168). Kritisch anzumerken ist hier, dass bislang keine gezielten Schulungen der Mitarbeiter auf der neonatologischen Intensivstation stattfinden.

Eine letzte Rahmenbedingung, die sich aus den Ergebnissen der Studie herleiten lässt, ist die Schulung der Pflegefachkräfte in der Zusammenarbeit mit den Eltern der frühgeborenen Kinder. In diesem Zusammenhang wird die Maßnahme „Close Collaboration with Parents“ in den Ergebnissen dargestellt (vgl. Kapitel 4.5). Eine Voraussetzung, damit die Pflegefachkräfte diese Maßnahme anwenden können, ist ihre Motivation ihre pflegerische Rolle zu verändern (vgl. Toivonen et al. 2019: 1). Die Bedeutung der Veränderung der beruflichen Rolle stellen auch Reichert und Rüdiger (2015) dar und äußern die Notwendigkeit neben der fachlichen Expertise in der Versorgung der Kinder, die Rolle des elterlichen Moderators anzunehmen (vgl. Reichert/Rüdiger 2015: 944).

Die Schulung der Pflegefachkräfte in der gemeinsamen Arbeit mit den Eltern und die damit verbundene Notwendigkeit der Veränderung der beruflichen Rolle bilden eine grundlegende Rahmenbedingung, damit die Maßnahmen der „Herstellung der Autonomie der Eltern im Umgang mit ihrem frühgeborenen Kind“ und der „Aufnahme der Eltern ins pflegerische Team durch das bedarfsgerechte Informieren“ gelingen können. Nur, wenn die Pflegefachkräfte ihre berufliche Rolle verändern, kann damit einhergehend, die im Fokus der Ergebnisse stehende Herstellung der Autonomie der Eltern gelingen.

Zusammenfassend lässt sich herausstellen, dass die Pflegefachkräfte einen maßgeblichen Einfluss auf die Herstellung einer Bindung zwischen den Eltern und dem

frühgeborenen Kind haben. Wenn es ihnen gelingt, die Eltern durch bestimmte Maßnahmen im Umgang mit ihrem Kind in ihrer Autonomie zu stärken und zusätzlich ihre eigene berufliche Rolle zu verändern, können die Pflegefachkräfte die Bindung zwischen Eltern und ihren frühgeborenen Kindern stärken. Die Veränderung der beruflichen Rolle der Pflege, meint dabei einen Teil ihrer Aufgaben an die Eltern abzugeben und ihnen für die Bewältigung und Umsetzung dieser Aufgaben bei der Versorgung ihres Kindes, unterstützend zur Seite zu stehen. Dieses veränderte Handlungsfeld der Pflegefachkräfte ist vor allen Dingen in Zusammenhang mit der Professionalisierung der Pflege zu bringen. Die Weiterentwicklung in der pflegerischen Versorgung als Folge von gesteigerten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen öffnen neue Handlungsfelder, die in das Berufsfeld der Pflege integriert werden müssen (vgl. Lademann 2018: 104). Die Schaffung der neuen Handlungsfelder, ist mit einem finanziellen und zeitlichen Faktor durch die Notwendigkeit der Schulung für die Pflegefachkräfte verbunden. In Anbetracht auf den bereits existierenden Pflegefachkraftmangel, stellt sich hierbei die Frage, inwieweit dieser zusätzliche zeitliche Aufwand zu leisten ist, ohne dabei die Betreuung der Patienten zu vernachlässigen. Es gilt jedoch als notwendig, die neuen Handlungsfelder der Pflegefachkräfte in die Versorgung der frühgeborenen Kinder mit ihren Eltern zu etablieren und als festen Bestandteil zu integrieren.

Ein limitierender Faktor der Arbeit stellt zum einen die Suche auf ausschließlich einer Datenbank dar. Dadurch kann es sein, dass relevante Forschungsergebnisse nicht berücksichtigt wurden. Durch die Eingrenzungskriterien während der Literaturrecherche in deutscher und englischer Sprache sowie die Eingrenzung der Forschungsergebnisse auf die letzten 10 Jahre, ist es möglich, dass hier ebenfalls relevante Inhalte nicht mit einbezogen wurden.

Ein weiterer Punkt, der anhand der durchgeführten Literaturrecherche nicht aufgenommen wurde, stellt die Differenzierung der Bindungsentwicklung zum frühgeborenen Kind, zwischen Mutter und Vater dar. Aufgrund des begrenzten Umfangs der Arbeit und einer nur geringen Anzahl an Forschungsergebnissen der Vater-Frühgeborenen-Bindung, wurde die Differenzierung zwischen Mutter und Vater hinsichtlich der Bindung zu ihrem frühgeborenen Kind nicht aufgenommen.

Die Validation der verwendeten Studien wird im Anhang anhand unterschiedlicher Fragebögen dargestellt (siehe Anhang 2: Kritische Beurteilung der verwendeten Studien).



## 6. Handlungsempfehlungen: Förderung der Bindung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind durch die Pflege

Im folgenden Kapitel werden Handlungsempfehlungen für Pflegefachkräfte zur Förderung der Bindung zwischen Eltern und ihrem frühgeborenen Kind entwickelt und dargestellt. Diese Handlungsempfehlungen werden dabei aus den internationalen Forschungsergebnissen der Arbeit abgeleitet. Die Forschungsergebnisse der Arbeit legen dar, dass eine Bindung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind mithilfe spezieller pflegerischer Maßnahmen gefördert kann. Daher gilt es als relevant, für die pflegerische Praxis einer neonatologischen Intensivstation Handlungsempfehlungen zu entwickeln, wodurch die Entstehung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind trotz der Herausforderungen der Bindungsgestaltung (vgl. Kapitel 3.3) gelingen kann.

Die Herstellung der Autonomie der Eltern mit ihrem frühgeborenen Kind gilt in Hinblick auf die Forschungsergebnisse als zentrales Ziel, um die Bindung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind zu fördern. Die folgenden an die Pflegefachkräfte gerichteten Handlungsempfehlungen beziehen sich aus diesem Grund auf die Herstellung dieser Autonomie. Grundlegend dafür ist zudem, die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, damit die Maßnahmen hinsichtlich der Herstellung der Autonomie der Eltern gelingen können.

### 6.1 Familienedukation – Herstellung der Autonomie der Eltern

Eine erste Handlungsempfehlung zur Förderung der Bindung zwischen Eltern und ihrem frühgeborenen Kind beinhaltet, ist die Familienedukation. Das Erlangen von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit durch die Patienten- und Familienedukation stellt einen wesentlichen Faktor der Familienedukation dar (vgl. Kullick 2012: 154). In Hinblick darauf, dass die Herstellung der Autonomie der Eltern die Verbundenheit zwischen Eltern und frühgeborenen Kind fördert (vgl. Treherne et al. 2017: 742 f., Feeley et al. 2016: 6 f.), empfiehlt es sich, die Familienedukation auf der neonatologischen Intensivstation anzuwenden. Informieren, Anleiten, Schulen und Beraten gelten als die vier fundamentalen Maßnahmen der Familienedukation (vgl. Kullick 2012: 154), die durch die Pflegefachkräfte auf der neonatologischen Intensivstation ausgeführt werden müssen. Die vier Begriffe greifen ineinander über und können in Pflegesituationen nicht immer klar voneinander getrennt werden (vgl.

ebd.). Die Begriffe Anleiten und Schulen können daher auch als Synonym verwendet werden (vgl. Kocks/Segmüller 2012: 173). Im Kontext der Darstellung der Handlungsempfehlungen wird der Begriff der Schulung gewählt.

Die einzelnen Maßnahmen der Familienedukation werden nun in den folgenden Unterpunkten als Handlungsempfehlungen für die Pflegefachkräfte auf der neonatologischen Intensivstation formuliert. Die Familienedukation wird auf die Eltern frühgeborener Kinder bezogen und die einzelnen Maßnahmen des Informierens, des Schulens und des Beratens auf die Bedürfnisse der Eltern frühgeborener Kinder angewendet.

#### 6.1.1 Bedarfsgerechtes Informieren der Eltern frühgeborener Kinder

Die Entwicklung einer Bindung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind erfordert ein bedarfsgerechtes Informieren der Eltern durch die Pflegefachkräfte.

Zunächst werden die Inhalte dargestellt, worüber die Eltern durch die Pflegefachkräfte informiert werden müssen. Diese beinhalten sowohl Informationen zum Gesundheitszustand als auch über die pflegerische Versorgung des frühgeborenen Kindes, wodurch sich die Eltern dem Kind nahe fühlen (vgl. Treherne et al. 2016: 742).

Aufgabenbereich der Pflege ist es, auf eine einheitliche Weitergabe der Informationen im interdisziplinären Team zu achten. Abweichende Informationen innerhalb des Personals einer neonatologischen Intensivstation verunsichern die Eltern im Umgang mit ihrem frühgeborenen Kind (vgl. Russel et al. 2014: 7). Das Anwenden von Strukturhilfen und Gesprächsleitfäden dient grundsätzlich dazu, Informationen einheitlich zu vermitteln. Durch diese werden wesentliche Inhalte festgelegt, dennoch sind individuelle Freiräume im Gespräch möglich. (vgl. Kocks/Segmüller 2012: 178). Es empfiehlt sich daher, konkrete Gesprächsleitfäden für die Eltern frühgeborener Kinder auf der neonatologischen Intensivstation zu entwickeln. Diese gilt es, verpflichtend für alle Pflegefachkräfte zu etablieren. Die Einheitlichkeit der Informationen durch vorgegebene Gesprächsleitfäden sorgt dafür, dass die Verunsicherung der Eltern aufgrund abweichender Informationen vermieden wird.

Es gilt, Informationen, die komplizierte Sachverhalte beinhalten, auf eine verständliche Weise zu vermitteln und auf die Bedürfnisse der Eltern frühgeborener Kinder zuzuschneiden. (vgl. Russel et al. 2014, S. 7). Daraus entsteht die Empfehlung, Informationen so zu vermitteln, dass diese für die Eltern verständlich sind und an die

Bedürfnisse der Eltern frühgeborener Kinder angepasst sind. Dabei ist es notwendig, bei der Kommunikation von Informationen, Fachausdrücke zu erläutern und die Verwendung von Fremdwörtern zu vermeiden und alternativ verständlichere Begriffe zu verwenden (vgl. Kullick 2012: 180). Dadurch kann es der Pflegefachkraft gelingen, komplizierte Sachverhalte auf einer für die Eltern verständlichen Ebene zu vermitteln. Für das Verständnis des Kommunikationspartners ist es in diesem Zusammenhang zusätzlich notwendig, übersichtliche Sätze zu gestalten, damit die Nachvollziehbarkeit der Informationen nicht eingeschränkt wird (vgl. Kullick 2012: 180). Bei der Vermittlung von Informationen sind außerdem gezielt eingesetzte Pausen notwendig, damit die Aufnahmefähigkeit nicht durch ein Überangebot an Informationen beeinträchtigt wird. (vgl. Kocks/Segmüller 2012: 177). Die Überforderung an Informationen wird speziell durch die Eltern frühgeborener Kinder geäußert (vgl. Russel et al. 2014: 7), weshalb es diese zu vermeiden gilt. Es ist in dem Zusammenhang erforderlich, dass die Pflegefachkraft die Eltern während der Informationsvermittlung kontinuierlich beobachtet, um Anzeichen der Überforderung rechtzeitig zu erkennen.

Des Weiteren muss ein zeitlicher Rahmen geschaffen werden, in dem die Informationen vermittelt werden können (vgl. Russel et al. 2014: 7). Bezogen auf die Informationen über den Gesundheitsstatus sowie die pflegerische Versorgung des Kindes, empfiehlt es sich, bei der Ankunft der Eltern auf der neonatologischen Intensivstation, eine übersichtliche Information dieser Inhalte zu geben, sodass diese im Falle von Veränderungen rechtzeitig informiert werden. Der rechtzeitige Zeitpunkt der Informationen über die veränderte Versorgung des frühgeborenen Kindes durch die Pflege, stellt hierbei eine Notwendigkeit dar (vgl. Guillaume et al. 2013: 6). Informationen sollen zudem immer dann vermittelt werden, wenn ein Bedarf nach Wissen besteht, da die zu informierende Person die Inhalte in dieser Situation am effektivsten aufnehmen kann (vgl. Kocks/Segmüller 2012: 177). Es gilt demnach, den Informationsbedarf, wenn es der zeitliche Rahmen zulässt, dann zu befriedigen, wenn die Eltern Fragen oder Informationen bezüglich ihres frühgeborenen Kindes äußern. Es empfiehlt sich zusätzlich, die Krankenakte des Kindes für die Eltern jeder Zeit zu Verfügung zu stellen, wodurch diese aufgrund des kontinuierlichen Zugangs an Informationen sich mit ihrem Kind verbunden fühlen (vgl. Treherne et al. 2016: 742).

Um zu verhindern, dass Eltern frühgeborener Kinder mit der Fülle an Informationen überfordert sind, ist es notwendig für die Sicherung der Informationen gezielte schriftliche Informationen in Form von Flyern und Broschüren zu verwenden. Das

Anwenden von Broschüren durch die Pflegefachkräfte beziehungsweise die Weitergabe schriftlicher Informationen ist vor allen Dingen dann erforderlich, wenn es sich um umfangreiche und komplexe Informationen handelt. Dadurch können die Informationen gesichert und die Einheitlichkeit der Informationen festgelegt werden (vgl. Kocks/Segmüller 2012: 178). Durch die Weitergabe schriftlicher Informationen wird es den Eltern ermöglicht, das neu erlangte Wissen zu sichern. Dadurch wird ein Teil der Masse an Informationen, die die Eltern frühgeborener Kinder überfordert (vgl. Russel et al. 2014: 7), in schriftlicher Form festgehalten und kann somit von den Eltern bei Bedarf jederzeit zu Rate gezogen werden. Es existieren bereits diverse Broschüren und Flyer, die speziell für die Eltern frühgeborener Kinder entwickelt wurden (vgl. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.). Es gilt, diese in Kombination mit der Weitergabe mündlicher Informationen anzuwenden, sodass die Eltern einen Teil der Informationen schriftlich nachvollziehen und bei Bedarf wieder einsehen können. Zusätzlich ist es von Bedeutung, Informationen in Form von Broschüren oder Flyern zu vermeiden, wenn diese in den jeweiligen Situationen der Eltern keine Relevanz haben. Dadurch kann gewährleistet werden, dass die Eltern frühgeborener Kinder nur ausgewählte, von den Pflegefachkräften gefilterte Informationen erhalten, wodurch die Überforderung der Eltern anhand zu vieler Informationen vermieden wird. Die Pflegefachkraft hat hierbei die Aufgabe, die Aktualität der Materialien zu überprüfen, sodass vermieden wird, dass veraltete möglicherweise bereits überarbeitete Materialien bereitgestellt werden (vgl. Schütz 2012: 153).

#### 6.1.2 Etablierung von Mikroschulungen für die Eltern frühgeborener Kinder

Mit der Teilnahme der Eltern an strukturierteren Schulungen durch speziell ausgebildete Pflegefachkräfte wird durch die Herstellung der Autonomie der Eltern die Bindung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind verbessert. Es gilt als notwendig, diese Schulungen in den pflegerischen Alltag als festen Bestandteil zu integrieren (vgl. Reichert et al. 2014: 1014).

Die Aufgabe der Pflegefachkräfte ist es, Schulungen anzubieten, welche gezielt Inhalte vermitteln, wodurch die Bindungsentwicklung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind gefördert wird. Für die Schulung relevante Themenbereiche umfassen einerseits das Erkennen der Bedürfnisse des frühgeborenen Kindes (vgl. Steinhardt et al. 2014: 206). Es sind des Weiteren Schulungen notwendig, die mögliche Maßnahmen für einen Kontaktaufnahme mit dem frühgeborenen Kind für die Eltern darstellen, durch

die sie die Elternrolle kräftigen können (vgl. Guillaume et al. 2013: 6). Zusätzlich muss mithilfe der Schulungsmaßnahmen, den Eltern die eigenverantwortliche Versorgung gelehrt werden, wodurch die Autonomie der Eltern gestärkt wird (vgl. Feeley et al. 2016: 7f.). Es ist ebenso notwendig, die Eltern im Umgang mit den Geräten und Kabeln der neonatologischen Intensivstation zu schulen, sodass diese trotz der technischen Barrieren, Nähe zu ihrem Kind herstellen können (vgl. Treherne et al. 2017: 743).

Bei der Schulung von Eltern frühgeborener Kinder empfiehlt es sich, Mikroschulungen für die Eltern anzubieten, die im Handlungsfeld der Pflege durchgeführt werden müssen. Ziel ist es, die Mikroschulungen für die Eltern frühgeborener Kinder auf der neonatologischen Intensivstation als festen Bestandteil der Pflege zu etablieren. Während der Durchführung der Mikroschulung richtet sich die Pflegefachkraft an ein festgelegtes schriftliches Konzept und passt dieses individuell an die Bedürfnisse der zu schulenden Personen an. Die Schulung kennzeichnet sowohl eine kleine Gruppe an Teilnehmern, die keine zwei Personen überschreitet, als auch ein auf maximal 30 Minuten begrenztes Zeitfenster. Die Pflegefachkräfte verfassen mithilfe von Mikroschulungen ausschließlich kleinere Lerninhalte, wodurch die Überforderung der Eltern frühgeborener Kinder aufgrund der Masse an Informationen vermieden wird (vgl. Russel et al. 2014: 7). Es wird mithilfe der Mikroschulungen individuell auf die Bedürfnisse der Eltern eingegangen und zudem der jeweilige bereits vorhandene Kenntnisstand berücksichtigt. Die inhaltlichen Schwerpunkte der Schulungen legen die Eltern des frühgeborenen Kindes. Die Pflege hat es zur Aufgabe, die bedarfsorientierten Inhalte der Eltern herauszufinden und anhand der Schulung zu vermitteln.

Bisher existieren keine Mikroschulungskonzepte, die sich speziell an die Eltern frühgeborener Kinder richten. Daraus lässt sich die Empfehlung ableiten, grundlegende Konzepte zu entwickeln, um darauf aufbauend die Schulungen realisierbar zu machen und in Zukunft auf der neonatologischen Intensivstation zu etablieren. Es gilt somit die eingangs dargestellten relevanten Schulungsthemen in Bezug auf die Entwicklung einer Bindung als Mikroschulungskonzepte zu verfassen, damit diese im Anschluss daran in der Praxis der neonatologischen Intensivstation angewendet werden können.

### 6.1.3 Spezielle Beratung für Eltern frühgeborener Kinder

Mithilfe der pflegerischen Beratung erhalten die Eltern Informationen, durch die sie dazu befähigt werden, das Leben mit ihren Kindern so selbstständig wie möglich zu gestalten und in Entscheidungsprozessen autonom zu handeln (vgl. Kullick 2012: 156). Da insbesondere die Autonomie der Eltern im Umgang mit ihrem frühgeborenen Kind als ein Faktor gilt, der Eltern und frühgeborenes Kind verbindet (Treherne et al. 2017, Feeley et al. 2016), wird den Pflegefachkräften empfohlen, die Eltern frühgeborener Kinder hinsichtlich des Umgangs mit ihrem Kind zu beraten. In der Beratung müssen die Pflegefachkräfte den Eltern dabei das Wissen vermitteln, wie sie die einzelnen Pflege- und Versorgungsprozesse ihrer Kinder durchführen können (vgl. Feeley et al. 2016: 7)

Es geht bei der Beratung von Angehörigen nicht in erster Stelle um die Wissensvermittlung, insbesondere die Bewältigung einer für den Menschen individuell herausfordernden Situation ist ein entscheidender Faktor bei der Beratung von Angehörigen (vgl. Büker 2015: 91). Die Tatsache, dass die emotionale und psychologische Unterstützung der Eltern im Handlungsfeld der Pflege eine Maßnahme darstellt, die die Verbundenheit zwischen Eltern und frühgeborenem Kind fördert (vgl. Feeley et al. 2016: 10), stellt einen weiteren Grund dar, warum die Eltern in der Pflege beraten werden müssen.

Bei der Beratung der Eltern frühgeborener Kinder sollte grundsätzlich auf Basis der personenzentrierten Gesprächshaltung kommuniziert werden, wodurch die Eltern mithilfe dieser Kommunikationsart emotional unterstützt werden (vgl. Flacking et al. 2016: 6). Im Zusammenhang mit der personenzentrierten Gesprächsführung werden die Kriterien der Empathie, der Akzeptanz und der Kongruenz berücksichtigt (vgl. Kulbe 2009: 105). Um eine empathische Haltung zu wahren, sollte die Pflegefachkraft bei der Beratung aktiv Zuhören und die Methode des Paraphrasierens anwenden (vgl. Büker 2015: 101). Das Paraphrasieren zielt dabei darauf ab, dass der Gesprächspartner ein Verständnis über seine Gefühle erlangt (vgl. ebd.) Das Verständnis der Eltern über ihre eigenen Erfahrungen und Emotionen gilt als grundlegend, damit sie sich mit dem Kind verbunden zu fühlen (vgl. Flacking et al. 2016: 6). Daher ist die Paraphrasierung ein notwendiger Bestandteil, den die Pflege bei der Beratung der Eltern frühgeborener Kinder anwenden muss, damit sich die Eltern ihrer eigenen Gefühle bewusstwerden und sich dadurch mit ihrem Kind verbunden fühlen können.

Die Aufgabe der Pflege ist es, die psychische Verfassung der Eltern frühgeborener Kinder wahrzunehmen und einzuschätzen. Gegebenenfalls kann die Pflege auf die Unterstützung einer Psychologin verweisen (vgl. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. 2014: 13). Eine erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team der neonatologischen Intensivstation muss dazu vorausgesetzt werden.

Es existiert bereits seit dem Jahr 2016 eine Weiterbildung der psychosozialen Beratung, die sich gezielt an die Eltern frühgeborener Kinder (vgl. „Das frühgeborene Kind e.V.“). Aufgrund der Notwendigkeit der emotionalen Unterstützung der Eltern, die im engen Zusammenhang mit der Entwicklung einer Bindung zu ihrem frühgeborenem Kind steht (vgl. Feeley et al. 2016: 10), wird den Pflegefachkräften einer neonatologischen Intensivstation eine regelmäßige Weiterbildung in diesem Bereich empfohlen.

## 6.2 Schaffung von geeigneten Rahmenbedingungen

Im Folgenden werden die in der Diskussion bereits dargestellten Rahmenbedingungen als Handlungsempfehlung an die Pflegefachkräfte formuliert.

Zunächst ist es notwendig, die Pflegefachkräfte in der gemeinsamen Arbeit mit den Eltern zu schulen. Es empfiehlt sich in diesem Zusammenhang, die in Finnland entwickelte Schulung „Close Collaboration with Parents“ (vgl. Ahlqvist-Björkroth et al. 2016) auch für die Pflegefachkräfte einer neonatologischen Intensivstation in Deutschland zu etablieren. Gleichzeitig brauchen die Pflegefachkräfte Schulungen sowohl im Bereich der emotionalen und psychologischen Unterstützung der Eltern frühgeborener Kinder als auch bezüglich der sozio-emotionalen Entwicklung und Bindung frühgeborener Kinder (vgl. Twohig et al. 2016). Es empfiehlt sich, zum einen geeignete Schulungsprogramme zu entwickeln, die auf die Schulung dieser Inhalte zugeschnitten sind. Zum anderen ist es notwendig, diese Schulungsprogramme als einen festen Bestandteil in regelmäßigen Weiterbildungs- und Fortbildungsprogrammen für die Intensivpflegefachkräfte einer Neonatologie zu integrieren. Die Regelmäßigkeit sichert dadurch die Wissensvermittlung auf Basis aktueller Erkenntnisse (vgl. Hundenborn 2012: 12).

Notwendig ist außerdem die Veränderung der beruflichen Rolle des pflegerischen Personals. Neben der fachlichen Versorgung des Kindes nimmt die Pflege nun zusätzlich die Rolle des Moderators der Eltern ein (vgl. Reichert/Rüdiger 2015: 944).

Das erforderliche Umdenken kann dabei durch ein wissenschaftliches Handeln im Rahmen der evidenzbasierten Pflege erzielt werden. Evidenzbasierte Pflege kennzeichnet ein pflegerisches Handeln, welches auf aktuelle wissenschaftliche Erfahrungen der Forschung fundiert und individuell abgestimmt in der pflegerischen Praxis angewendet wird (vgl. Behrens/Langer 2016: 15). Mit dieser Arbeit kann anhand der aktuellen Forschungsergebnisse die Bedeutsamkeit der Eltern bei der pflegerischen Versorgung frühgeborener Kinder in Bezug auf die Entwicklung einer Bindung bewiesen werden. Die Erkenntnisse der Forschung können dadurch einen Anreiz schaffen, die berufliche Rolle zu verändern und die Eltern als festen Bestandteil der Pflege frühgeborener Kinder zu integrieren. Ein evidenzbasiertes pflegerisches Handeln auf der neonatologischen Intensivstation wird dem zu Folge in Hinblick auf die notwendige Veränderung der pflegerischen Rolle für die Integration der Eltern empfohlen.



## 7. Fazit

In der vorliegenden Arbeit wird die Herausforderung der Bindungsentwicklung zwischen den Eltern und ihrem frühgeborenen Kind dargestellt. Zentrale Aspekte umfassen hierbei die sofortige Trennung des frühgeborenen Kindes von den Eltern und die erschwerte Befriedigung der Bedürfnisse frühgeborener Kinder.

Es wird deutlich, dass die Eltern nach der Frühgeburt ihres Kindes unter schweren emotionalen Belastungen leiden und sich nicht als festen Bestandteil bei der Versorgung ihres frühgeborenen Kindes sehen. Insbesondere im Zeitraum direkt nach der Geburt ihres Kindes, erleben die Eltern eine starke Abhängigkeit von dem ärztlichen und pflegerischen Personal, bevor sie erst nach einiger Zeit in die Pflege ihres frühgeborenen Kindes integriert werden. Anhand aktueller Forschungen wird bewiesen, dass es von großer Bedeutung ist, die Eltern frühgeborener Kinder als festen Bestandteil in das pflegerische Team mitaufzunehmen und in die pflegerische Versorgung der Kinder zu integrieren. Ein bedeutender Faktor ist dabei die Herstellung der Autonomie der Eltern durch die Pflegefachkräfte bei der Versorgung ihres frühgeborenen Kindes. Die Eltern frühgeborener Kinder können auf diese Weise trotz erschwelter Umstände eine Bindung aufbauen.

Die fundamentale Rolle der Pflegefachkräfte bei der Förderung einer Bindung zwischen Eltern und frühgeborenem Kind, stellt die Edukation der Eltern dar. Es gilt, die Familienedukation als einen festen Bestandteil der neonatologischen Intensivstation zu integrieren. Die Maßnahmen der Familienedukation müssen in den pflegerischen Alltag integriert und strukturiert angewendet werden. Durch das bedarfsgerechte Informieren der Eltern über den Gesundheitszustand und die Versorgung des Kindes, die Etablierung von Mikroschulungen und eine spezielle Beratung der Eltern frühgeborener Kinder, erlangen die Eltern zum einen die Fähigkeit autonom zu handeln und zum anderen werden sie in die Pflege ihrer frühgeborenen Kinder integriert. Damit die Familienedukation erfolgreich angewendet werden kann, müssen bestimmte Rahmenbedingungen erfüllt sein. Diese umfassen neben der Schulung der Pflegefachkräfte aufgrund der Entwicklung neuer Handlungsfelder, ebenso die Veränderung der pflegerischen Rolle.

Die „sichere Bindung“ setzt Bowlby vor Allem in Zusammenhang mit dem elterlichen Erkennen und Befriedigen der Bedürfnisse ihrer Kinder. Durch die Maßnahmen der Familienedukation, die die Eltern in dieser Fähigkeit lehren und an der Pflege teilhaben

lassen, ermöglichen die Pflegefachkräfte den Eltern die Bildung einer „sicheren Bindung“ zu ihrem Kind zu gestalten. Zum einen sind die Eltern grundsätzlich in den pflegerischen Alltag integriert, wodurch der Kontakt zwischen Eltern und Frühgeborenem hergestellt wird. Zum anderen verfügen die Eltern durch die Schulung der Pflegefachkraft über die notwendigen Fähigkeiten, diese Bedürfnisse zu erkennen und darauf feinfühlig zu reagieren. Die Entwicklung einer „sicheren Bindung“ ist schlussfolgernd durch die Pflegefachkräfte möglich.

## Literaturverzeichnis

**Ahlqvist-Björkroth, Sari/ Boukydes, Zack/ Axelin, Anna Margareta/ Lehtonen, Liisa (2017):** Close Collaboration with Parents™ intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol, in: *Behavioural Brain Research*, Jg. 325, Nr. (Pt B), S. 303-310, doi: 10.1016/j.bbr.2016.10.020.

**Ahnert, Lieselotte/ Spangler, Gottfried (2014):** Die Bindungstheorie, in: Ahnert, Lieselotte (Hrsg.), *Theorien in der Entwicklungspsychologie*, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, S. 404-435, doi: 10.1007/978-3-642-34805-1. [Ebook]

**Ahnert, Lieselotte (2014):** Bindung und Bonding: Konzepte früher Bindungsentwicklung, in: Ahnert, Lieselotte (Hrsg.), *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung*, 3. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 63-81.

**Aly, Monica (2002):** *Mein Kind im ersten Lebensjahr: Frühgeboren, entwicklungsverzögert, behindert? Oder einfach anders? Antworten für Eltern*, 2. Auflage, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, doi: 10.1007/978-3-642-56264-8. [Ebook]

**Anderssen-Reuster, Ulrike (2015):** *Wie Bindung gut gelingt: Was Eltern wissen sollten*, Stuttgart: Schattauer Verlag.

**Bartig-Prang, Tatje (2018):** *Bindung macht stark: Attachment Parenting ganz entspannt im Alltag leben*, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

**Behrens, Johann/ Langer, Gero (2016):** *Evidence based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“*, 4., vollständig, überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern: Hogrefe Verlag.

**Berk, Laura E. (2011):** *Entwicklungspsychologie*, 5., aktualisierte Auflage, München: Pearson Studium, [online] <https://ebookcentral-1proquest-1com-1004fe5rj2b2e.emedien3.sub.uni-hamburg.de/lib/subhh/detail.action?docID=5133507>. [Ebook]

**Bertsch, Katja/Herpertz, Sabine (2011):** Oxytocin – ein prosoziales Hormon: Effekte in und außerhalb des Wochenbettes, in: *Gynäkologische Endokrinologie*, Jg. 9, Nr. 1, S. 36-40, doi: 10.1007/s10304-010-0388-4.

**Beyer, Haidrun (2012):** Das gesunde Neugeborene und seine Eltern, in: Hoehl, Mechthild/ Kullick, Petra (Hrsg.), *Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, 4., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 418-430.

**Bowlby, John (2010):** *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie*, 2. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag.

**Bowlby, John (2010):** *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*, 6. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag.

**Brisch, Karl Heinz/ Hilmer, Catherina/ Oberschneider, Lukas / Ebeling, Ludwig (2018):** Bindungsstörungen, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde*, Jg. 166, Nr. 6, S. 533-544, doi: 10.1007/s00112-018-0465-7.

**Bruns-Neumann, Erdmut (2006):** How do parents experience the premature birth of their child ?, in: *Pflege*, Jg. 19, Nr. 3, S. 146-55, doi: 10.1024/1012-5302.19.3.146.

**Büker, Christa (2015):** *Pflegende Angehörige Stärken: Informationen, Schulen und Beraten als Aufgabe der professionellen Pflege*, 2., überarbeitete Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

**Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (Hrsg.) (2010):** *Eltern auf der Neointensivstation*, Frankfurt am Main: Volkhardt Caruna Medien GmbH & Co. KG.

**Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (Hrsg.) (2010):** *Elternberatung in der Neonatologie*, Frankfurt am Main: Volkhardt Caruna Medien GmbH & Co. KG.

**Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (Hrsg.) (2010):** *Gut aufgehoben in der Kinderarztpraxis*, Frankfurt am Main: Volkhardt Caruna Medien GmbH & Co. KG.

**Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (2013):** *Allgemeine Informationen: Wann ist ein Neugeborenes ein „Frühchen“?*, [online]  
<https://www.fruehgeborene.de/fuer-betroffene/allgemeine-informationen> [10.05.2020].

**Dietrich, Jennifer (2013):** Schmerz- und Stressverhalten von Frühgeborenen, in: *intensiv*, Jg. 21, Nr. 6, S. 283-288, doi: 10.1055/s-0033-135974.

**Dilling, Horst/ Freyberger, Harald J. (2016):** *ICD-10: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*, 9., aktualisierte Auflage, Bern: Hogrefe Verlag.

**Dornes, Martin (2014):** Psychoanalytische Aspekte der Bindungstheorie, in: Ahnert, Lieselotte (Hrsg.), *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung*, 3. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 42-62.

**Farell Erickson, Martha/ Egelan Byron (2002):** *Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung: Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP- Programm*, 3. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag.

**Feeley, Nancy/ Genest, Christine/ Niela-Vilén, Hannakaisa/ Charbonneau, Lyne/ Axelin, Anna (2016):** Parents and nurses balancing parent-infant closeness and separation: a qualitative study of NICU nurses' perceptions, in: *BMC Pediatrics*, Jg. 16, Nr. 134, S. 1-13, doi: 10.1186/s12887-016-0663-1.

**Flacking, Renée/ Thomson, Gill/ Axelin, Anna (2016):** Pathways to emotional closeness in neonatal units – a cross-national qualitative study, in: *BMC Pregnancy and Childbirth*, Jg. 16, Nr. 170, S. 1-8, doi: 10.1186/s12884-016-0955-3.

**Friese, Klaus/ Husslein, Peter (2014):** Frühgeburt und Frühgeborenes, in: *Der Gynäkologe*, Jg. 47, Nr. 11, S. 832, doi: 10.1007/s00129-014-3361-9.

**Gloger-Tippelt, Gabriele (2014):** Individuelle Unterschiede in der Bindung und Möglichkeiten ihrer Erhebung bei Kindern, in: Ahnert, Lieselotte (Hrsg.), *Frühe Bindung und Entwicklung*, 3. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 82-109.

**Glöckner, Markus (2007):** *Ärztliche Handlungen bei extrem unreifen Frühgeborenen: Rechtliche und ethische Aspekte*, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, doi: 10.1007/978-3-540-70604-5. [Ebook]

**Grossmann, Klaus E. (2014):** Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung, in: Ahnert, Lieselotte (Hrsg.), *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung*, 3. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 21-41.

**Gross-Letzelter, Michaela/ Baumgartner, Martina (2010):** Der Umgang mit Frühchen-Eltern – ein multidisziplinäres Arbeitsfeld mit zentraler Aufgabenstellung für die Soziale Arbeit, in: Gross-Letzelter, Michaela (Hrsg.), *Frühchen-Eltern: ein sozialpädagogisches Forschungsprojekt*, Lengerich: Pabst, S. 123-151.

**Guillaume, Sonia/ Michelin, Natacha/ Amrani, Elodie/ Benier, Brigitte/ Durrmeyer, Xavier/ Lescure, Sandra/ Bony, Charlotte/ Danan, Claude/ Baud, Olivier/ Jarreau, Pierre-Henri/ Zana-Taieb, Elodie/ Caemaex, Laurence (2013):** Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents, in: *BMC Pediatrics*, Jg. 13, Nr. 18, S. 1-9, doi: 10.1186/1471-2431-13-18.

**Hemmelmayr, Andrea (2012):** Die Auswirkungen frühkindliche Ernährung auf Emotionen und Eltern-Kind Bindung: „Neben anderen Faktoren kann Stillen vor mütterlicher Kindesmisshandlung und Vernachlässigung schützen.“, in: *Pädiatrie & Pädologie*, Jg. 47, Nr. 6, S. 22-24, doi: 10.1007/s00608-012-0020-z.

**Herting, Egbert (2010):** Kinder mit besonderen Risiken, in: Jorch, Gerhard/Hübler, Axel (Hrsg.): *Neonatologie: Die Medizin des Früh- und Reifgeborenen*, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 70-76, doi: 10.1055/b-002-85528. [Ebook]

**Hundenborn, Gertrud (2012):** Gesundheits- und Krankenpflege- Ausbildung und Beruf, in: Schewior-Popp, Susanne/ Sitzmann, Franz/ Ullrich, Lothar (Hrsg.), *Thiemes Lehrbuch: Das Lehrbuch für Pflegenden in Ausbildung*, 12., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 4-23.

**Huter, Beate Marina (2003):** Der Einfluss sanfter Frühgeborenenpflege auf die Bindung und emotionale Entwicklung des Kindes: Nachuntersuchung der Frühgeborenen von Dr. Marina Marcovich, in: *Anthropologischer Anzeiger*, Jg. 61, Nr. 2, S. 215-231, [online] <https://www.jstor.org/stable/i29542450>.

**Jansen, Fritz/ Streit, Uta (2015):** Die Bedeutung von Körperkontakt und Körperkontaktstörung, in: Jansen, Fritz/ Streit, Uta (Hrsg.): *Fähig zum Körperkontakt: Körperkontakt und Körperkontaktstörungen Grundlagen und Therapie Babys, Kinder & Erwachsene IntraActPlus-Konzept*, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, S. 7-55, doi: 10.1007/978-3-642-41118-2. [Ebook]

**Jenewein, Joseph/ Fauchère, J. C./ Glaser, Anette/ Mörgerli, Hanspeter/ Büchi, Simone (2006):** Was belastet Eltern nach dem Tod ihres frühgeborenen Kindes? Eine qualitative Studie, in: *Geburtshilfe Frauenheilkunde*, Jg. 66, Nr. 8, S. 745-751, doi: 10.1055/s-2005-872980.

**Jotzo, Martina (2012):** Eltern Früh- und Risikogeborener, in: Cierpka, Manfred (Hrsg.): *Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, S. 365-373, doi: 10.1007/978-3-642-20296-4. [Ebook]

**Kagan, Karl Oliver/ Hoopmann, Markus/ Abele, Harald/ Wallwiener, Diethelm (2012):** Zukünftige Entwicklung der Geburtsmedizin: Blick in die Klinik, in: *Der Gynäkologe*, Jg. 45, Nr. 9, S. 684-689, doi: 10.1007/s00129-012-2964-2.

**Kasten, Hartmut (2011):** *0 - 3 Jahre: Entwicklungspsychologische Grundlagen*, 3. Auflage, Berlin: Cornelsen Verlag.

**Keppler, Charles J./ Schnelke, Alexander/ Fiedler, Andreas (2013):** Perinatologisches Management: Anforderungen aus Sicht des Neonatologen, in: *Der Gynäkologe*, Jg. 46, Nr. 2, S. 105-110, doi: 10.1007/s00129-012-3005-x.

**Kindler, Heinz/ Grossmann, Karin (2014):** Vater-Kind-Bindung und die Rollen von Vätern in den ersten Lebensjahren ihrer Kinder, in: Ahnert, Lieselotte (Hrsg.), *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung*, 3. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 240-255.

**Klein, Margarita (2014):** Gut verbunden, in: *Heilberufe*, Jg. 66, Nr. 4, S. 20-23, doi: 10.1007/s00058-014-0450-z.

**Kocks, Andreas/ Segmüller, Tanja (2012):** Patientenedukation- Beratung, Schulung, Information in der Pflege, in: Schewior-Popp, Susanne/ Sitzmann, Franz/ Ullrich, Lothar (Hrsg.), *Thiemes Lehrbuch: Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung*, 12., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 172-182.

**Kulbe, Anette (2009):** *Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik*, 2., überarbeitete Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

**Kullick, Kurt (2012):** Kommunizieren, in: Hoehl, Mechthild/ Kullick, Petra (Hrsg.), *Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 174-199.

**Lademann, Julia (2018):** Professionalisierung, in: Büker Christa/ Lademann, Julia/ Müller, Klaus (Hrsg.), *Moderne Pflege heute: Beruf und Profession zeitgemäß verstehen und leben*, Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

**Mehler, Katrin/ Hucklenbruch-Rother, Eva/ Kribs, Angela (2019):** Hautkontakt von Frühgeborenen im Kreißsaal, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde*, Jg. 167, Nr. 1, S. 18-25, doi: 10.1007/s00112-018-0595-y.

**Reichert, Jörg/ Eulerich-Gyamerah, Sabine/ Poets, C./ Kribs, Angela/ Roth, B./ Kühn, T./ Rossi, R./ Bindt, Carola/ von der Wense, Axel/ Rüdiger, Mario (2014):** Psychologisch- sozialmedizinische Versorgung in der Neonatologie, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde*, Jg. 162, Nr. 11, S. 1010-1017, doi: 10.1007/s0012-014-3219-1.

**Reichert, Jörg/ Rüdiger, Mario (2015):** Elternbindung, psychosoziale Betreuung und Nachsorge, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde*, Jg. 163, Nr. 9, S. 939-948, doi: 10.1007/s00112-015-3392-x.

**Russel, Gilian/ Sawyer, Alexandra/ Rabe, Heike/ Abbott, Jane/ Gyte, Gillian/ Duley, Leila/ Ayers, Susan (2014):** Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study, in: *BMC Pediatrics*, Jg. 14, Nr. 230, S. 1-10, doi: 10.1186/1471-2431-14-230.

**Schäfer, Nicole/ Karutz, Harald/ Schenk, Olaf (2017):** Die Notwendigkeit der psychosozialen Begleitung von Eltern in der Neonatologie, in: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, Jg. 221, Nr. 5, S. 217-225, doi: 10.1055/s-0043-110056.

**Seiffge-Krenke, Inge (2009):** *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie: Beziehungen: Herausforderungen Ressourcen Risiken*, 2., vollständig überarbeitete Auflage, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, doi: 10.1007/978-3-540-68300-1. [Ebook]

**Sommerfeld, Marion/ Hinner, Patricia/ Reichert, Jörg (2017):** Eltern lernen: Strukturierte Elternanleitung in der Neonatologie, in: *JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, Jg. 6, Nr. 4, S. 153-158, doi: 10.1055/s-0043-112035.

**Steinhardt, Alina/ Hinner, Patricia/ Kühn, Thomas/ Roehr, Charles C./ Rüdiger, Mario/ Reichert, Jörg (2015):** Influences of a dedicated parental training program on parent-child interaction in preterm infants, in: *Early Human Development*, Jg. 91, Nr. 3, S. 205-10, doi: 10.1016/j.earlhumdev.2015.01.012.



**Toivonen, Mirka/ Lehtonen, Liisa/ Ahlqvist-Björkroth, Sari/ Axelin, Anna (2019):** Key factors supporting implementation of a training program for neonatal family-centered care – a qualitative study, in: *BMC Health Services Research*, Jg. 19, Nr. 1, S. 1-10, doi: 10.1186/s12913-019-4256-1.

**Treherne, Stephanie C./ Feeley, Nancy/ Charbonneau, Lyne/ Axelin, Anna (2017):** Parents' Perspectives of Closeness and Separation With Their Preterm Infants in the NICU, in: *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, Jg. 46, Nr. 5, S. 737-747, doi: 10.1016/j.jogn.2017.07.005.

**Twohig, Aoife/ Reulbach, Udo/ Figuerdo, Ricardo/ Mccarthy, Anthony/ Mcnicholas, Fiona/ Molloy, Eleanor Juan (2016):** Supporting preterm infant attachment and socioemotional development in the neonatal intensive care unit: staff perceptions, in: *Infant Mental Health Journal*, Jg. 37, Nr. 2, S. 160-71, doi: 10.1002/imhj.21556.

**Uvnäs, Moberg, Kerstin (2016):** *Oxytocin, das Hormon der Nähe: Gesundheit-Wohlbefinden-Beziehung*, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, doi: 10.1007/978-3-662-47359-7. [Ebook]

**Vonderline, Eva (2012):** Das frühgeborene Kind: Entwicklungs- und familienorientierte Behandlung, in: Cierpka, Manfred (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, S. 353-363, doi: 10.1007/978-3-642-20296-4. [Ebook]

**Von Lilienfeld, Mirjam/ Wendrich, Daniela/ Ganseforth, Catharina/ Lehmkuhl, Gerd/ Roth, Bernhard/ Nußbeck, Susanne/ Mehler, Katrin, Kribs, Angela (2012):** Mutter-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen: Ein Vergleich von Früh- und Reifgeborenen im Alter von 36 Monaten, in: *Kindheit und Entwicklung*, Jg. 21, Nr. 3, S. 172-180, doi: 10.1026/0942-5403/a000078.

**Von Rahden, Oda/ Seidenberg, Jürgen (2018):** Eltern frühgeborener Kinder: Belastungen und Bewältigungsstrategien nach Geburt und während der primären Behandlung von sehr unreifen Frühgeborenen unter besonderer Berücksichtigung der Entfernung zum Wohnort, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde*, Jg. 166, Nr. 8, S. 714-720, doi: 10.1007/s00112-017-0282-4.

**von Rahden, Oda (2019):** Betreuung von Frühgeborenen und Neugeborenen mit Erkrankungen von Schwangerschaft bis Wochenbett, in: *Die Hebamme*, Jg. 32, Nr. 3, S. 12-21, doi: 10.1055/a-0893-8500.

**Rass, Eva (2011):** *Bindung und Sicherheit im Lebenslauf - Psychodynamische Entwicklungspsychologie*, Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

**Rutter, Michael (1978):** *Bindung und Trennung in der frühen Kindheit*, München: Juventa Verlag.

**Schütz, Daniela (2012):** Familienorientierte Pflege und Betreuung, in: Hoehl, Mechthild/ Kullick, Petra (Hrsg.): *Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 146-153.

**Sommer, C./ Molnar, A./ Maurer-Fellbaum, U./ Resch, B./ Urlesberger B. (2015):** Langzeitmorbidität mit extremer Unreife, in: *Pädiatrie & Pädologie*, Jg. 50, Nr. 1, S. 12-19, doi: 10.1007/s00608-014-0226-3.

**Streit, Uta (2015):** Der Einfluss von frühem Körperkontakt auf Gesundheit und Entwicklung, in: Jansen, Fritz/ Streit, Uta (Hrsg.), *Fähig zum Körperkontakt: Körperkontakt und Körperkontaktstörungen Grundlagen und Therapie Babys, Kinder & Erwachsene IntraActPlus-Konzept*, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, S. 71-79, doi: 10.1007/978-3-642-41118-2. [Ebook]

**Wagner, Eva-Maria (2012):** Pflege von Frühgeborenen, in: Hoehl, Mechthild/ Kullick, Petra (Hrsg.), *Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 449-462.

**Weigl, T. (2018):** Psychische Auswirkungen der Frühgeburt auf die Eltern, in: *Die Hebamme*, Jg. 31, Nr. 4, S. 268-273, doi: 10.1055/a-0645-0275.

**Wettig, J. (2009):** *Schicksal Kindheit: Kindheit beeinflusst das ganze Leben Fakten statt Mythen Verständlich und klar*, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, doi: 10.1007/978-3-540-68282-0. [Ebook]

**World Health Organization/March of Dimes/Save the Children/ The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (2012):** Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth, [online]  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433\\_eng.pdf;jsessionid=391FE5303E1F71B5F2A8E0955AD5D5A3?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf;jsessionid=391FE5303E1F71B5F2A8E0955AD5D5A3?sequence=1).

**Ziegenhain, Ute (2004):** Beziehungsorientierte Prävention und Intervention in der frühen Kindheit, in: *Psychotherapeut*, Jg. 49, Nr. 4, S. 243-251, doi: 10.1007/s00278-004-0375-0.

## Anhang

### Suchstrategie Datenbank Pub Med

Suchnummer	Datum der Suche	Datenbank	Suchbegriffe	Limits	Treffer	Relevante Treffer
1	20.04	Pubmed	(((((((((((preterm infant) OR premature infant) OR preterm birth) AND parents) AND NICU) OR nursing care) OR family care) OR nursing measures) OR nursing intervention) AND preterm parent attachment) OR preterm parent bond) OR preterm parent relation) AND family attachment) AND development of attachment	1)Englischer und deutscher Sprache 2)Literatur aus den letzten 10 Jahren	59	4

# Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Feeley, Nancy/ Genest, Christine/ Niela-Vilén, Hannakaisa/ Charbonneau, Lyne/ Axelin, Anna (2016): Parents and nurses' balancing and separation: a qualitative study of NICU nurses' perceptions.

Forschungsfrage: What do NICU nurses consider to be closeness or separation events in the NICU? What do nurses perceive they parents do to be close to their infant? What do nurses think they do to promote closeness or cause separation?

## Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

Forschungsfrage klar formuliert; Forschungsthema im Umfeld diskutiert; Ziel Anhand der Forschungsfragen klar formuliert

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

*z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

interpretativ; deskriptiv

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

*Wie erfolgte die Auswahl?*

Bedingt, Eltern als Teilnehmer mögl. aussagekräftiger -> Pflegefachkräfte keine direkte Zielperson -> urteilt als Außenstehender.

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?

*Auch die Perspektive des Forschers?*

Ja.

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

*Methode der Datensammlung?*

Datensammlung mithilfe Smartphone - Anwendung (HAPPY); Datenerfassung per Tonaufnahme; Zeitraum: 1 Schicht; Audiodateien auf Studienlaptop übertragen.

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

*Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

Deskriptive Statistiken wurden verwendet zu Klassifizierung; Analyse iterativ; Verwendung der induktiven thematischen Analyse; Mehrfaches Lesen der Transkripteinträge; Verwendung der offenen Codierung; Regelmäßige Datenerhebungs- und Analysesitzungen der Forscher (Diskussion und Überarbeitung -> Einigung auf einen Konsens).

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

*Wenn nein: warum nicht?*

Ja, wird beschrieben.

## Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

*Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*

Ja, Daten sind nachvollziehbar und transparent; Zitate der Befragten verwendet; Bildung von Unterpunkten; Abbildungen verwendet.

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

*Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*

Nicht beurteilbar.

## Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Ja.

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Ja, "Close Collaboration with Parents" und "Family Integrale Care" werden in Hinsicht auf die Fragestellung als fördernde Modelle beschrieben.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

# Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Flacking, Renée/ Thomson, Gill/ Axelin, Anna (2016): Pathways to emotional closeness in neonatal units - a cross-national qualitative study.

Forschungsfrage: .....

## Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

Forschungsthema klar formuliert; Forschungsthema im Umfeld diskutiert; Ziel der Forschung: Ermittlung elterlicher Gefühle der Nähe zu ihrem Kind, auf der NICU.

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

*z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

Grounded Theory

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

*Wie erfolgte die Auswahl?*

Ja, es wurden Eltern frühgeborener Kinder ausgewählt, die auf der NICU aufgenommen sind. Ausschlusskriterien: Ausreichend sprachliche Kenntnisse in Wort und Schrift (Schwedisch, Englisch, Finnisch); gesundheitlich stark belastete Frühgeborene.

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?

*Auch die Perspektive des Forschers?*

Ja.

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

*Methode der Datensammlung?*

Formular für die Eltern über emotionale Nähe, Erfahrungen zu ihrem Kind; Empfindung dieser Gefühle; Gründe der Gefühle; Zeitpunkt; Wer beeinflusste dieses Gefühl?; Notieren von Biographiedaten; Mutter und Vater getrennt.

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

*Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

Daten in Word-Datei aufgeschrieben; Übersetzung der Daten ins Englische; Separate Analyse auf induktiver Basis; Verwendung Attridge-Stirling; Wiederholendes Lesen der Daten; Ordnung in Themenbereiche -> globales Thema (zentrale Aussagen des Textes); Gemeinsame analytische Entscheidungen (gem. Diskussion und Überarbeitung) -> einvernehmliche Validierung; Kennzeichnung der unterschiedlichen Länder ((S)Schwedisch, (E) Englisch, (F) Finnisch).

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

*Wenn nein: warum nicht?*

Nicht beurteilbar.

## Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

*Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*

Ja, Daten sind nachvollziehbar und transparent; Zitate der Befragten verwendet; Bildung von Unterpunkten; Abbildungen verwendet.

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

*Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*

Nicht beurteilbar.

## Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Ja, Momente der Nähe von den Eltern zu ihren Frühgeborenen nachvollziehbar.

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Anwendungsmöglichkeiten der Pflegefachkräfte, wie sie die Nähe zwischen Eltern und Kind beeinflussen können.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

# Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Guillaume, Sonia/ Michelin, Natacha/ Amrani, Elodie/ Benier, Brigitte/ Durrmeyer, Xavier/ Lescure, Sandra/ Bony,Charlotte/ Danan, Claude/ Baud, Oliver/ Jarreau, Pierre-Henri/ Zana-Taieb, Elodie/ Caeymaex, Laurence (2013): Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a quantitative multicenter study with 60 parents.

Forschungsfrage: .....

## Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

Forschungsthema ist klar formuliert; Forschungsthema im Umfeld diskutiert; Ziel der Forschung: Kriterien einer frühen Bindung zwischen Eltern und Frühgeborenen zu erhalten und die Erwartungen an das NICU - Team.

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

*z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

prospektive länderübergreifende Studie

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

Ja -> Erstellung Interviewleitfäden

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

*Wie erfolgte die Auswahl?*

Ja, Eltern frühgeborener Kinder auf der NICU wurden ausgewählt; Einschlusskriterien: Sprachkenntnisse Französisch; Frühgeborenes SSW. unter 32; Alter des Frühgeborenen 15 - 30 Tage; Frühgeborenes stabiler Gesundheitszustand.

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?

*Auch die Perspektive des Forschers?*

Ja.

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

*Methode der Datensammlung?*

Ja, semidirektive Interviews (60 - 90 Minuten); Verwendung Interviewleitfäden.

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

*Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

Diskursanalyse; Getrennte Analyse (Psychologe / Forschungsassistent)

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

*Wenn nein: warum nicht?*

Ja, wurde durchgeführt.

## Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

*Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*

Ja, Ergebnisse sind ausführlich und transparent; Verwendung von Abbildungen; Bildung von Unterpunkten; Zitate verwendet

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

*Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*

Nicht beurteilbar.

## Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Ja.

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Keine klar formulierten Anwendungen erkennbar.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

# Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Russell, Gillian/ Sawyer, Alexandra/ Rabe, Heike/ Abbott, Jane/ Gyte, Gillian/ Duley, Lelia/ Ayres, Susan (2014): Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study.

Forschungsfrage: .....

## Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?  
*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*  
Forschungsthema formuliert; Forschungsthema im Umfeld diskutiert; Forschungsziel erkennbar, jedoch nicht klar formuliert.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?  
*z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*  
Grounded Theory
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?  
*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?  
*Wie erfolgte die Auswahl?*  
Ja, es wurden Eltern ausgewählt, deren Kinder im Zeitraum der letzten 6 Monate auf der NICU waren; Einschulskriterien: Frühgeborenes SSW. unter 32; Englischkenntnisse in Sprache.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?  
*Auch die Perspektive des Forschers?*  
Ja.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?  
*Methode der Datensammlung?*  
Ja, 45 minütiges Interview; Abschluss der Interviews bei nicht neu auftretenden Informationen und erfolgreicher Datensättigung; Fragebögen über soziodemographische Informationen.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?  
*Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*  
induktiv thematische Analyse; systematischer Ansatz für Analyse qualitativer Daten; Mehrfaches lesen der Transkripte; Codierung; Anschließende Gliederung potentieller Themenbereiche.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?  
*Wenn nein: warum nicht?*  
Ja.

## Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?  
*Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*  
Ja, Daten sind nachvollziehbar und transparent; Zitate werden gesammelt dargestellt; Unterpunkte werden gebildet; Abbildungen werden verwendet.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?  
*Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*  
Nicht beurteilbar.

## Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?  
Ja, anhand ausführlicher Zitateinsicht erlangt man ein gutes Verständnis über die Gefühlslage der Befragten.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?  
Ja. Anhand der Ergebnisse erhalten die Pflegekräfte einen Einblick darüber, welches Handeln der Pflege die Zufriedenheit der Eltern steigert.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6



# Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Toivonen, Mirka/ Lehtonen, Lisa/ Ahlqvist-Björkroth, Sari/ Axelin, Anna (2019): Key factors supporting implementation of a training program for neonatal family-centered care - a qualitative study.

Forschungsfrage: .....

## Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

Forschungsthema ist klar formuliert; Forschungsthema im Umfeld diskutiert; Ziel: Herausstellung der Ansicht in Bezug auf die Umsetzung des Schulungsprogramms "Close Collaboration with Parents".

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

*z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

länderübergreifende qualitative Studie

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

*Wie erfolgte die Auswahl?*

Ja, Stationsleitung, Oberärzte und Krankenschwestern.  
Einschlusskriterien: Vorheriges arbeiten auf der NICU.

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?

*Auch die Perspektive des Forschers?*

Ja.

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

*Methode der Datensammlung?*

Ja, 16 Fokusgruppeninterviews und zwei halbstrukturierte Einzelinterviews; Zeitpunkt der Interviews: 6 Monate nach Ausbildung; Leiter und Pflegepersonal getrennt befragt; Fokusgruppeninterviews: 2 - 7 Teilnehmer ca. 53 Minuten; Interviews wurden aufgezeichnet; auffordernde Fragen während des Interviews.

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

*Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

Deduktive thematische Inhaltsanalyse; Transkribieren der Interviews; Codierung der Aussagen; Bildung vierer Hauptthemen; Diskussion der Themen und Unterthemen; Bildung von 15 Unterthemen -> Reduzierung auf 10.

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

*Wenn nein: warum nicht?*

Nicht beurteilbar.

## Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

*Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*

Ja, Daten sind nachvollziehbar und transparent; Abbildungen wurden verwendet; Zitate wurden dargestellt; Unterpunkte gebildet.

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

*Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*

## Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Ja, detaillierte Beschreibung anhand von Zitaten.

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Es gibt Hinweise, jedoch keine konkreten Anwendungen.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

# Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Treherne, Stephanie C./ Feeley, Nancy/ Charbonneau, Lyne/ Axelin, Anna (2017): Parents' Perspectives of Closeness and Separation With Their Preterm Infants in the NICU.

Forschungsfrage: .....

## Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

Forschungsthema klar formuliert; Forschungsthema im Umfeld diskutiert; Ziel der Forschung: Wahrnehmung der Eltern von Nähe und Trennung zu ihren Frühgeborenen auf der NICU; Verhalten des Pflegepersonals welches Trennung und Pflege beeinflusst.

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

*z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

Grounded Theory; qualitativ deskriptives Design.

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

*Wie erfolgte die Auswahl?*

Ja, es wurden Eltern frühgeborener Kinder ausgewählt, die auf der NICU aufgenommen sind; Frühgeborene aller Klassifikationen; Allg. Einschlusskriterien: Gestationsalter unter 37 Wochen + Aufnahme NICU, Gesundheitszustand Säugling stabil, sprachliche Kenntnisse der Eltern Französisch oder Englisch in Wort und Schrift; Eltern fähig Entscheidungen zu treffen.

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?

*Auch die Perspektive des Forschers?*

Ja.

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

*Methode der Datensammlung?*

Datensammlung mithilfe Smartphone - Anwendung (HAPPY) -> Vermeidung von Verzerrungen der Erinnerungen; Verwendung von Tonaufnahmen; Anwendung für 24h;

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

*Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

Audiodateien auf Studienlaptop gesammelt; Transkribierung der Inhalte; Analyse mithilfe eines qualitativen Ansatzes; Wiederholender Analyseprozess; Codierung der Ergebnisse; Verwendung direkter Zitate aus Transkript; Mehrfaches Nachbesprechen des Forscherteams.

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

*Wenn nein: warum nicht?*

Ja, wird beschrieben.

## Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

*Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*

Ja, Daten sind nachvollziehbar und transparent; Bildung von Unterpunkten; Abbildungen verwendet.

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

*Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*

Nicht beurteilbar.

## Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Ja. Es werden Situationen auf der NICU beschrieben in denen sich die Eltern ihrem Kind nah und fern fühlten.

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Anwendungsmöglichkeiten der Pflegekräfte, wie sie Nähe und Trennung beeinflussen können.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): ① - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

# Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Ahlqvist-Björkroth, Sari/ Boukydis, Zack/ Axelin, Anna Margareta/ Lehtonen, Liisa (2017): Close Collaboration with Parents intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol.

Forschungsfrage: .....

## Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i> Die Teilnehmer (gesamtes Personal) wurden in zwei Gruppen eingeteilt, die eine Hälfte des Personals wurde dem Hauptausbilder zugeteilt, die andere Hälfte wurde einer Tutorengruppe zugeteilt und mit Hilfe eines Schulungshandbuchs angeleitet. Keine Randomisierung.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up &gt; 80%?</i> Nicht beurteilbar.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i> Nein.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?</i> Ja, Personal aus der selben Einheit.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i> Ja.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<i>Wechselt kein Teilnehmer die Gruppe? Intention-to-Treat-Analyse?</i> Ja.
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<i>Fallzahlberechnung? Signifikante Effekte?</i> Ja.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja, es sind mehrfach Studien zu dieser Thematik durchgeführt worden.

## Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<i>z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?</i> Das Konzept der "Close Collaboration with Parents" erzielte einen signifikanten Effekt.
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<i>p-Wert?</i> Nein.
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervalle?</i> Aufgrund der großen Anzahl an Teilnehmern sind die Ergebnisse recht präzise.

## Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> Ja, die "Close Collaboration with Parents" kann auf die Pflegefachkräfte auf der NICU angewendet werden.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> Ja.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse?</i> Nicht beurteilbar.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

# Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Steinhardt, Alina/ Hinner, Patricia/ Kühn, Thomas/ Roehr, Charles C./ Rüdiger, Mario/ Reichert, Jörg (2015): Influences of a dedicated parental training programm on parent-child interaction in preterm infants.

Forschungsfrage: .....

## Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i> Vergleich von zwei perinatalen Zentren; PC - A erhält strukturiertes Trainingsprogramm; PC - B nicht; nicht randomisiert.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up &gt; 80%?</i> Alle Teilnehmer haben an der Studie über den gesamten Zeitraum teilgenommen.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i>
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?</i> Ja.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i> Ja, auf beiden Stationen existierte ein Trainingsprogramm für die Eltern für die Versorgung der Kinder. Auch die Integration der Eltern wurde auf beiden Stationen durchgeführt.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe? Intention-to-Treat-Analyse?</i> Ja.
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<i>Fallzahlberechnung? Signifikante Effekte?</i> Ja, es wurden 60 Mutter-Kind-Dyaden einbezogen.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja.

## Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<i>z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?</i> Es war ein signifikanter Handlungseffekt zu sehen, siehe Tabellen Seite 208.
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<i>p-Wert?</i> Nein.
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervalle?</i> Teilweise, da die Untersuchungen in zwei unterschiedlichen Station mit unterschiedlicher Pflegepolitik und medizinischen Standards durchgeführt wurden.

## Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> Ja, die Ergebnisse sind gut auf die Eltern frühgeborener Kinder übertragbar.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> Nein, es wurde der Vater bei der Ergebnissdarstellung unzureichend beleuchtet.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse?</i> Nicht beurteilbar.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

## Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt habe sowie keine als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die verwendete Literatur vollständig aufgeführt und Zitate kenntlich gemacht habe. Ferner versichere ich, dass diese Arbeit nicht zu anderen Prüfungen vorgelegt wurde.

