Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 80 (1982)

Heft: 4

Artikel: Risikogeburt : das Beziehugnsdreieck Eltern-Kind-Schwester in der Pflege von frühgeborenen Kindern

Autor: Velan, Liselotte

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950557

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 26.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Risikogeburt

Das Beziehungsdreieck Eltern–Kind–Schwester in der Pflege von frühgeborenen Kindern

Vortrag von Liselotte Velan anlässlich der Tagung «Mutterschaft trotz Risiko» am 21. Oktober 1981 in Zürich

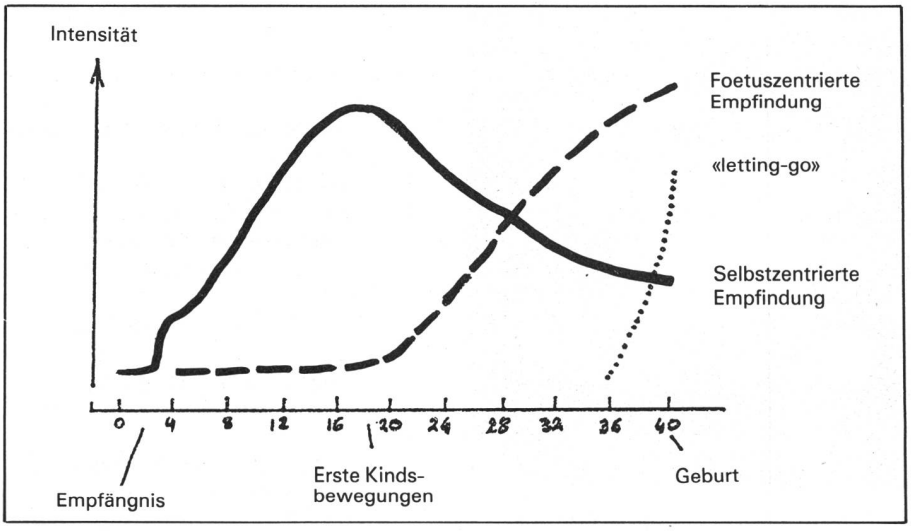
Das frühgeborene Kind stellt an das Pflegeteam Anforderungen von äusserst vielfältiger Art. Einerseits verlangt die Intensivpflege feinste Beobachtung, hochstehende Technik und spezifisches Fachwissen. Andrerseits ist die werdende Familienzelle durch die Risikosituation einem belastenden Stress ausgesetzt mit allen individuell sehr verschiedenen Reaktionsmöglichkeiten; diese Problemsituation muss in die Optik einer umfassenden Pflege einbezogen werden.
Im Waadtland wurde seit 1971 an 400 Familien auf Anregung von Dr. A. Calame[1] eine Forschungsarbeit durchgeführt. Sie umfasste den Spitalaufenthalt des Kindes und die nachfolgenden Sprechstunden und Hausbesuche. Es wurde von dem Leitgedanken ausgegangen, dass das ganze Spitalteam unter Anwendung hoher medizinischer Technologie alles in Bewegung setzt, um eine optimale Betreuung und Entwicklung des Risikokindes zu gewährleisten. Dabei darf aber nie vergessen werden, dass dieses Kind das Glied einer Familieneinheit ist, dass sein Vater, seine Mutter, eventuell seine Geschwister an seinem Ergehen in stark gefühlsbetonter Weise Anteil nehmen – offen oder insgeheim. Trotz aller Anteilnahme und Antwort von seiten der Ärzte, Schwestern und Sozialarbeiter hinterlässt das Erlebnis in der Familie oft während langer Zeit schmerzhafte Spuren. Eine ausreichende Kenntnis dieser emotionellen Faktoren ist deshalb die Vorbedingung zur umfassenden Pflege der betroffenen Familie.

Einer Frühgeburt geht oft eine Risikoschwangerschaft voraus. Schon dies kann für das werdende Elternpaar belastend sein. Es ist leicht verständlich, dass mütterliche und väterliche Gefühle dem «Risikokind» gegenüber schon von mancherlei Tönungen gefärbt sind, die wir gegenüber dem gesunden Neugeborenen nicht kennen: die durchgemachten Ängste, Einschränkungen, häufigen Sprechstundenbesuche, Diät, Bettlägrigkeit, Abhängigkeit, Arbeitsverlust, finanziellen Schwierigkeiten, Veränderung der Lebensgewohnheiten, Einschränkung der Freizeitbeschäftigung usw. – dies alles sind Lastschriften, die sich um die Wiege des Frühgebornen lagern.
Kommt nun dazu eine Frühgeburt, das heisst ein zu frühes Abbrechen der Nabelschnur, der körperlichen Bindung, so ist nicht nur der köperliche Reifungsprozess des Kindes, sondern auch der psychische Reifungsprozess der Eltern–Kind-Bindung nicht vollständig. Das Schema 1 aus der angelsächsischen Literatur illustriert diesen Prozess.

Wenn nun beispielsweise die Schwangerschaft in der 30. Schwangerschaftswoche zu Ende geht, so ist die foetuszentrierte Empfindung noch stark im Werden; es besteht noch keine Bereitschaft, das Kind natürlicherweise «gehen zu lassen», und die Besorgnis um das eigene Wohl steht bei der Mutter noch etwas zu hoch. Dies kommt als zusätzliche Schwierigkeit zur prognostischen Besorgnis um das Frühgeborene hinzu, was sich oft über Jahre auf Anpassung und Bereitschaft zur Eingliederung des Kindes von seiten der Eltern auswirkt. Es ist statistisch bewiesen, dass Kindsmisshandlungen an ehemaligen Frühgeborenen wesentlich häufiger sind als an normal ausgetragenen Kindern.
Die Trennung vom Kind durch Verlegen auf die Frühgeburtenstation löst bei den Eltern intensive Gefühlsreaktionen aus. Es ist nicht nur die Angst um das Leben des Kindes, die man bei günstigem Verlauf im Gespräch verhältnismässig rasch beheben kann. Es sind Gefühle der Unfähigkeit und Schuld, das Kind hergeben zu müssen, auf andere angewiesen zu sein, sich nicht selbst darum kümmern zu können, kurz, das Gefühl, versagt zu haben und schliesslich mit leeren Armen nach Hause geschickt zu werden. Dazu kommt, dass der Besuch auf einer hochspezialisierten Frühgeborenenstation für den Laien sehr beeindruckend ist.

Wie passen sich nun die Eltern ihrer Rolle an? – Einige bagatellisieren, andere weichen aus, wieder andere intellektualisieren, oder man sucht einen Sündenbock – bei sich oder in der Umgebung. Andere werden aggressiv, depressiv oder verfallen in eine kindische Abhängigkeit usw.
Nach der Heimkehr des Kindes beobachtet man zunächst eine Art «Wonnemond», der ungefähr zwei Wochen andauert. Dann stellen sich oft die ersten Störungen ein: übertriebenes Umsorgen, Müdigkeit, Unsicherheit, dazu kommen oft gutgemeinte Ratschläge von unberufenen Bekannten. Dies alles stört das Gleichgewicht des Familienlebens, worüber sich die Eltern nicht immer leicht aussprechen.
Dr. Calame hat diese Folgeerscheinungen nach der Trennung von Kind und Eltern nach der Geburt durch eine langfristige Untersuchung zusammengestellt, die in den Jahren 1972 bis 1975 von einer Sozialfürsorgerin durchgeführt wurde. 120 Kinder, in je

Schema 1 **Eltern–Kind-Bindung** Nach Taylor and Hall, 1979



[1] Calame, Dr. André: Développement de la relation parent–enfant à la naissance d'un nouveau-né à risque élevé. Revue médicale Suisse Romande 100, 205–211, 1980.

drei Gruppen von 40 aufgeteilt, ergaben folgendes Bild (1. leichte Störungen, 2. mittelschwere Störungen, 3. schwere Störungen):

Schema 2
Anhaltende Symptome während des ersten Lebensjahres nach Eltern–Kind-Trennung bei der Geburt

Nach A. Calame

	Gesunde Kinder %	Small for date %	Frühgeborene %
1. Leichte Enttäuschung,			
Missstimmung	2,5	10,0	10,0
Müdigkeit	20,0	17,9	22,5
Angst, Sorge	12,5	20,5	32,5
2. Störungen im			
Muttergefühl	5,0	12,5	25,0
Eheschwierigkeiten	10,0	12,5	20,5
3. Schwere Bindungsstörungen:			
Das Kind wird als Fremdling,			
Eindringling empfunden	2,5	10,0	7,5
Anhaltende Depression	0,0	2,5	12,5

Langfristige Begleitung von Risikokindern und ihren Familien zeigen demnach deutlich, dass mit den spezifisch medizinischen Problemen Ehe-und Gemütsprobleme einhergehen. Diese Beobachtung bleibt unverändert, auch wenn die Entwicklung des Kindes keine bleibenden Schäden an den Tag legt, was in der Gruppe «small for date» bei 1:2, in der Gruppe Frühgeborene bei 2:3 der Fall ist. Die Notwendigkeit einer systematisch ganzheitlichen Betreuung durch ein gut ausgebildetes Spitalteam an der ganzen Familieneinheit unterliegt somit keinem Zweifel.

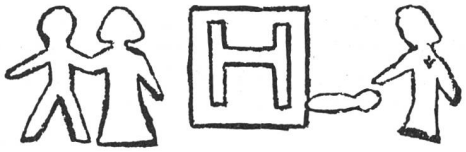
Aber wie? – Welche konkreten Mittel habe ich als Schwester, haben wir als Spitalteam zur Verfügung, um an der Familieneinheit, an der Eltern–Kind-Bindung therapeutisch-fördernd mitzuwirken?

Es mag auffallend erscheinen, von der Eltern–Kind-Einheit, einer Triade, zu sprechen und nicht den klassischen Ausdruck der Mutter–Kind-Dyade nach R. Spitz[2] anzuwenden.

Ich möchte dies mit einem Ausspruch von Herrn Prof. Bossart des Frauenspitals Lausanne begründen. Er sagte bei der Einführung des «rooming-in» in seiner Ansprache an das Pflegepersonal: «Vor 50 Jahren war die grösste Gefahr, die in einem Frauenspital über Mutter und Kind schwebte, die Infektion. Heute ist die grösste Gefahr der Zerfall der Familie.» Unser Bestreben, unser Verständnis dem hospitalisierten Kind gegenüber hat deshalb seine richtige Dynamik in dieser Dreiheit.

Nach obigen Ausführungen wird deutlich, dass die «zu früh abgebrochene Nabelschnur» sich auf alle drei Teile auswirkt.

Kommt nun dazu eine Notfallsituation mit der Notwendigkeit der Intensivpflege, so stellt sich die Frage, wie sich die Rollen und Standorte optimal verteilen. – Kurzfristig gesehen, kann es sich zunächst um einen Kampf um Leben und Tod handeln, in dem wir alle – versteht sich – dazu neigen, die Eltern aus dem Spiel zu lassen ... was nicht heisst, dass wir damit bedingungslos recht haben!



Wann und wie nun den Weg zu den Eltern finden? Wie die Nabelschnur verlängern oder wieder anflechten? Mit welchem «Material»? Können wir uns in einer Notfallsituation auf langfristige Ziele besinnen und Zeit und Kraft dafür einsetzen? Ist nicht unsere Sorge um Sauerstoffzufuhr und Asepsie im Moment wichtiger?

Ein Hauptanliegen ist es dabei sicher, mit den Eltern so früh wie möglich ein Vertrauensverhältnis aufzubauen – bei voraussichtlicher Früh- oder Risikogeburt schon vor der Entbindung. Diese Kontaktaufnahme verlangt viel Takt und Einfühlungsvermögen. Es ist dabei vorteilhaft, von Anfang an für ein Elternpaar mindestens zwei Bezugspersonen zu bestimmen, Teamglieder, die bereit sind, dieses Verhältnis aufzubauen. Die Methode der Kontaktaufnahme mag von einem zum andern Teamglied verschieden sein, es gibt aber wertvolle Richtlinien hierzu, die uns in unserem Vorgehen helfen können.

Nach Madeline Petrillo[3] ist die Geschicklichkeit in der Fragestellung ausschlaggebend für die Kontaktaufnahme mit den Eltern. Einerseits brauchen wir als Team bestimmte Angaben, andererseits wird durch empathisch-verständnisvolles Fragen das Vertrauen der Eltern gestärkt. Sie fühlen sich ernst genommen, nicht beiseite geschoben. Damit wird die dem Kinde schädliche Angststimmung wirksam bekämpft. Folgende sieben Punkte, die persönlich ausgebaut und angepasst werden können, erweitern die üblichen ärztlichen Anamnesefragen (Punkt 3) um ein Wesentliches und tragen zum optimalen Verständnis des Elternpaares bei:

1. Die Last früherer Erlebnisse: Kindheitsträume, Spital- oder Krankheitserlebnisse, vorausgegangene Schwangerschaftsunterbrechung, Trennung, Schmerz, Vorstellungen von Spital, Arzt, Schwester.

2. Zusammenhänge in der unmittelbaren Gegenwart: Wie ging es Ihnen in letzter Zeit, wie kam es, was geschah? Was haben Sie beide dabei empfunden, gedacht, mitgemacht?

[2] Spitz, René: Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart, E. Klett Verlag, 1967, 403 S.

[3] Petrillo, Madeline R.N. M.Ed. et al. Emotional Care of Hospitalized Children. En Environmental Approach. J.B. Lippincott Company, Philadelphia-Toronto 1972: Kap. 4, S. 53 ff.: Child, Parent, Staff Interaction.

3. Diagnostische Fragen durch den Arzt. Sie werden am besten erst an dritter Stelle eingeflochten.

4. Das «Unaussprechliche» und sein Ersatz: Ursachen, Naivglaube, vorgeschobene Gründe und was sich dahinter verstecken kann: Ausweichen
- aufs Technisch-Medizinische,
- auf Ehe- oder Familienzwiste, äussere Umstände (Abwesenheit des Vaters, Boshaftigkeit der Schwiegermutter usw.)
- auf Selbstanklage, um nicht von der Wahrheit sprechen zu müssen.

5. «Audiatur et altera pars», sagt das römische Recht. Es soll auch der andere Teil angehört werden: Wer gehört zum engeren Kreis dieses Ehepaares? Wie reagieren und denken diese Leute? Sind sie Stütze, Hilfe ... oder sind sie anklagend? «Ich habe ihr ja immer gesagt, es sei unverantwortlich, in ihrem Zustand noch eine Meerfahrt zu riskieren!»

6. Wie wird dieser engere Kreis in der Zukunft reagieren? Wo können die Eltern Beistand, Ermutigung finden, das Geschehen positiv zu durchleben?

7. Lebensrichtungen, Auffassungen:
- religiös, philosophisch,
- War das Kind gewünscht? Von allen?
- Bevorstehende Einschränkungen: Freizeit, Hobbies, Beruf, Finanzen?

Diese Kontaktaufnahme gibt uns ein global umfassendes Bild, sie ist ausschlaggebend für unser Begleiten, vorausgesetzt, dass uns diese Angaben nicht zum Verurteilen, sondern – im Anliegen unseres vorbeugenden Wirkens für das Kind – zum einfühlenden Verständnis weiterhelfen.

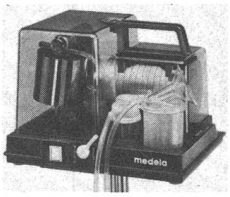
Daneben gibt es freilich mancherlei konkrete Mittel, um im Alltag unseres Spitallebens auf die Familieneinheit positiv einzuwirken. Es seien abschliessend hier nur einige genannt:
- Vor der Geburt die Eltern mit dem Kinderarzt bekannt machen. Die Möglichkeiten der heutigen Medizin erklären. Die Frühgeburtenstation besuchen lassen.
- Das Kind möglichst bald den Eltern zeigen; Polariodfoto aufnehmen.
- Gründe des Verlegens knapp fassen. Wochenbett- und Frühgeburtenstation möglichst nahe beieinander haben.
- Vater–Kind-Beziehung sofort aufbauen: Postbotendienst zwischen Mutter und Kind. Mutter möglichst bald kommen lassen.
- Regelmässige Nachrichten an die Mutter durch Besuche von Arzt und Schwester auf der Wöchnerinnenabteilung.
- Auskünfte nicht schwallartig-belastend, sondern kanpp, klar, verständlich abfassen. Vermutungen ausschliessen. Eltern anhören, Fragen stellen lassen.
- Für gute Information des ganzen Teams sorgen. Sozialfürsorgerin in das Team miteinbeziehen. Eltern zu häufigen Besuchen auffordern. Wenn nötig Transport- oder Wohnmöglichkeiten ausfindig machen.
- Eltern bei der Ankunft empfangen, mitgehen, erklären, ihr Kind berühren lassen. – Empfang möglichst immer durch Bezugsperson.
- Berichte über Nahrungsaufnahme und Gewicht am Kinderbett erstatten. Für schwerverständliche Erklärungen ins Büro gehen, Platz nehmen lassen. Schlechte Ergebnisse erst mitteilen, wenn sie ganz sicher sind.
- Muttermilchernährung und baldmöglichstes Stillen fördern.
- Besuche der ältern Geschwister hinter schützender Scheibe ermöglichen.
- So bald wie möglich den Eltern Pflegeverrichtungen anvertrauen; gründlich unterrichten. Erfolgserlebnisse unterstreichen. Wert der Mutter- und Vaterberührung hervorheben. Verantwortung aufbauen.
- Rückkehr nach Hause frühzeitig vorbereiten. Je nach Möglichkeit, den Kinderarzt, die Säuglingsfürsorgerin, Sozialarbeiter, Hauspflegerin schon mit den Eltern in Verbindung setzen.
- Telefonnummer angeben, auf den 24-Stunden-Dienst hinweisen ... «Wir lassen Sie nicht fallen, Sie dürfen jederzeit anläuten.»
- Erste Sprechstunde sehr früh festlegen. «Kommen Sie wieder einmal bei uns vorbei, zeigen Sie uns das Kind.»

Man könnte diese Liste unbegrenzt weiter ausbauen, sie würde auch dann noch nicht erschöpft sein. Das Wichtigste bleibt dabei die spontane und individuelle Beziehung zwischen Schwestern und Eltern und die Zusammenarbeit im Team als Garantie, dass Gefühle nicht vernachlässigt, sondern stets von der Gruppe getragen werden. Nur so können wir das Beziehungsdreieck als therapeutisch-förderndes Element benützen.

Die Verfasserin des Artikels, Madame Liselotte Velan, ist Kinderkrankenschwester und Lehrerin für Krankenpflege, zurzeit tätig an der Ecole cantonale des infirmières et infirmiers des CHUV, Lausanne.

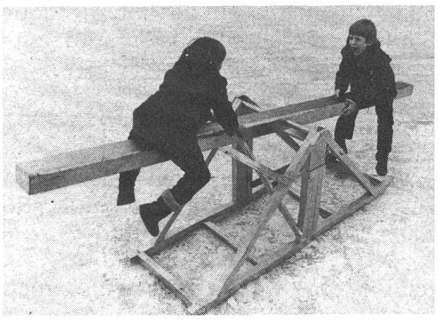
Neu auf dem Markt

Die Medela-Brustpumpe – die angenehmste Hilfe bei Stillproblemen



Immer mehr Mütter wollen das Erlebnis des Stillens wieder erfahren. Leider gibt es dabei öfters gewisse Schwierigkeiten wie zuviel Milch, zuwenig Milch, Milchstauungen, Frühgeburten, Saugschwierigkeiten des Kindes, wunde Brustwarzen usw. Bei all diesen und weiteren Problemen hilft die Medela-Brustpumpe auf eine angenehme und sichere Weise.
Das neue Modell hat sich für den Spital- und den Heimgebrauch bestens bewährt. Das Zylinder-Kolben-System simuliert automatisch den Saugvorgang des Kindes. Eine neu entwickelte Überlaufsicherung verhindert das Eindringen der Milch ins Pumpensystem. Die Absaughauben sind an die Anatomie der Brust angepasst. Die sichtbare Arbeitsweise der Pumpe hat einen beruhigenden Einfluss auf die Mutter. Die Pumpe ist formschön, geräuschlos und einfach zu bedienen und zu reinigen.
Medela verfügt über ein Netz von mehr als 300 Ausgabestellen, wo die Pumpe für den Heimgebrauch vermietet wird. Informationsbroschüren sowie Adresslisten erhalten Sie direkt von Medela AG, Lättichstrasse 4b, 6340 Baar, Telefon 042 31 16 16

Wer schaukeln will, braucht einen Partner



Es gibt Kinder, die haben keinen Partner ..., besonders während den Schulferien.
Wir suchen deshalb Ferienfamilien mit eigenen schulpflichtigen Kindern, die während den Schulferien ein 7- bis 15jähriges Kind ohne «Schaukelpartner» unentgeltlich bei sich aufnehmen möchten.
Pro Juventute, Aktion Ferien in Familien, Telefon 01 251 72 44.