

Wenn die „gute Hoffnung“ stirbt

Welche Bedürfnisse und Wünsche haben betroffene Paare zwischen der Diagnosestellung intrauteriner Fruchttod und der Beendigung der Schwangerschaft?

Bachelor-Thesis

Rahel Bichsel

Raphaela Liechti

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Hebamme

Bern, 4. August 2014

„Die Hebamme und die Ärztin versteiften sich und wirkten gestresst, sie sprachen einen Moment lang gar nicht, dann fingen sie an, in ihrer Fachsprache miteinander zu reden“

(Maurer & Gassmann, 2006, S. 152)

Inhaltsverzeichnis

1	Abstract	4
2	Einleitung	5
	2.1 Ziele und Fragestellung.....	6
	2.2 Ein- und Ausgrenzung.....	7
3	Theoretische Grundlagen	7
	3.1 Intrauteriner Fruchttod.....	7
	3.2 Rund um den Zeitpunkt der Diagnosestellung.....	8
	3.3 Trauer	11
	3.3.1 Trauerphasen nach Kast	11
	3.3.2 Konzept nach Lammer	13
	3.3.3 Fazit	15
	3.4 Verarbeitungsmodelle	15
	3.4.1 Coping-Prozess nach Lazarus.....	15
	3.4.2 Familiencoping	16
	3.4.3 Krisenverarbeitung nach Schuchardt.....	17
4	Methoden	18
	4.1 Suchstrategie	19
	4.2 Literatúrauswahl.....	19
	4.3 Literaturanalyse.....	20
5	Ergebnisse	21
	5.1 Ergebnisse der Literatúrauswahl	22
	5.2 Stärken und Schwächen der gewählten Literatur	28
	5.3 Ergebnisse der Literaturanalyse	31
6	Diskussion	37
	6.1 Gefühle	37
	6.2 Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen Eltern	39
	6.3 Einflussfaktoren auf die Verarbeitung.....	41
	6.4 Wie kann die Hebamme diese Phase begleiten?	44
	6.5 Würdigung der Review	47
7	Schlussfolgerung	48
8	Literaturverzeichnis	52
9	Tabellenverzeichnis	58
10	Abbildungsverzeichnis	58
11	Abkürzungsverzeichnis	58

1 Abstract

EINLEITUNG UND HINTERGRUND: Stirbt ein ungeborenes Kind während der Schwangerschaft, gehören Hebammen zu den ersten Fachpersonen mit denen betroffene Eltern in Kontakt treten. Die Diagnose intrauteriner Fruchttod (IUFT) ist ein grosser Schock. Werdende Eltern haben sich darauf eingestellt, ein neues Leben zu begrüßen und nicht, eines zu verabschieden. Das Wissen um das tote Ungeborene und das Erleben der Zeit zwischen der Diagnosestellung und der Geburt sind eine grosse Belastung, welche Betroffene an ihre Grenzen bringen kann. Die bewusste Gestaltung dieser Zeitspanne ist wesentlich für eine gelingende Verarbeitung.

ZIELSETZUNG: Die vorliegende Arbeit versucht für die genannte Zeitspanne Bedürfnisse und Wünsche der Eltern zu erfassen, Faktoren, die zu einer gelingenden Verarbeitung beitragen zu benennen und förderliche Unterstützungsmöglichkeiten durch die Hebamme herauszuarbeiten, um daraus Empfehlungen für betreuende Fachpersonen zu entwickeln.

METHODEN: Mittels systematischer Literaturrecherche werden aktuelle Studien zusammengetragen, welche zur Beantwortung der Fragestellung dienen. Die eingeschlossene Literatur wird anhand von standardisierten wissenschaftlichen Kriterien analysiert und auf ihre Qualität überprüft.

ERGEBNISSE: In den neun ausgewählten qualitativen Studien wird deutlich, dass diese Zeit von starken Gefühlen geprägt ist. Betroffene Eltern haben das Bedürfnis nach Information, Unterstützung, Nicht-alleine-gelassen-Werden und einer schnellen Beendigung der Schwangerschaft. Die Hebamme wird als hilfreiche Unterstützung erlebt, wenn sie den Eltern Zeit und Raum gibt, die Gefühle und den Schmerz zulässt, die Betreuung kontinuierlich gestaltet und ehrlich und zeitnah kommuniziert.

DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNG: Die Verarbeitung des Geschehenen beginnt für Betroffene bereits mit dem Erfahren der Diagnose. Dabei ist eine elternzentrierte Betreuung gewünscht und wichtig. Sie spielt eine bedeutsame Rolle im Erleben der Betroffenen. Fachpersonen und insbesondere Hebammen beeinflussen die Trauerarbeit und die Verarbeitungsprozesse. Es ist wichtig, dass sich die Betreuenden dieser Verantwortung bewusst werden. Das Weiterbildungsangebot sollte im Bereich des Themas IUFT und der Kommunikation erweitert werden. Eine Checkliste hilft den Fachpersonen in der genannten Situation Orientierung zu erhalten.

SCHLÜSSELWÖRTER: Intrauteriner Fruchttod, IUFT, Diagnose, Bedürfnisse, Gefühle, Verarbeitung, Eltern, Hebamme, Betreuung.

2 Einleitung

Eine Schwangerschaft bedeutet im Leben eines Paares eine grosse Veränderung. Die werdenden Eltern stellen sich auf die Schwangerschaft ein, fühlen das Ungeborene wachsen, freuen sich auf die Zeit als Familie und bereiten sich darauf vor. Was aber bedeutet es, wenn dieses ungeborene Kind plötzlich stirbt? In der heutigen Zeit mit den vorhandenen medizinischen Möglichkeiten, erscheint der Tod eines Ungeborenen oft als etwas, das es gar nicht mehr geben dürfte (Maurer & Gassmann, 2006).

In der Fachsprache spricht man von einem IUFT (Frauenklinik Bern, 2006; Pfeifenberger-Lamprecht, 2007).

Hebammen gehören zu den ersten Fachpersonen, mit welchen betroffene Eltern in Kontakt treten. Dieser Kontakt kann schon vor der Diagnosestellung IUFT stattfinden, zum Beispiel wenn werdende Eltern wegen fehlenden Kindsbewegungen in Sorge sind (Maurer & Gassmann, 2006). Hebammen sind zusammen mit einem Arzt oder einer Ärztin anwesend bei der Diagnosestellung IUFT. Dabei wird von Kelley und Trinidad (2012) ein Mangel an Kommunikation durch das Personal beschrieben. Frauen merken den betreuenden Personen oft an, dass etwas nicht Ordnung ist, ohne dass diese sich dazu äussern (Kelley & Trinidad, 2012).

Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung IUFT sind werdende Eltern unvorbereitet, da sie sich auf ein neues Leben vorbereitet haben und nicht darauf, einen Tod zu verarbeiten (Schwarz, 2013). Sie haben nicht damit gerechnet, dass ihr ungeborenes Kind vor ihnen oder gar vor der Geburt sterben könnte (Samuelsson, Radestad & Segesten, 2001). Die Diagnose IUFT löst bei den werdenden Eltern starke Emotionen aus. Der Verlust des ungeborenen Kindes reisst betroffenen Eltern aus ihrem gewohnten Leben und aus ihren Vorstellungen und Hoffnungen (Maurer & Gassmann, 2006). Schlagartig befinden sie sich in einer neuen Situation, die zu den Emotionen Trauer, Schock und Lähmung führen kann (Kast, 2002). In diesem Zustand können betroffene Eltern unter einem gewissen Realitätsverlust und einem „Nicht-wahrhaben-Wollen“ leiden (Harder, 2011). Schwarz (2013) beschreibt ausserdem, dass Eltern in solchen Situationen langsam reagieren und nicht sehr aufnahmefähig sind.

Die Zeitspanne zwischen Diagnose und Geburt des toten Kindes wird für werdende Eltern als Zeit der grössten Belastung bezeichnet (Enkin et al. 2006). Der Tod des erwarteten Kindes bringt betroffene Eltern an ihre persönlichen Grenzen (Maurer & Gassmann, 2006). Das Erreichen der persönlichen Grenzen ist schmerzhaft und macht Menschen verletzlich und angreifbar (Schwemmer, 1997). Auch Cacciatore (2011) beschreibt Frauen, welche mit diesem unerwarteten Ereignis konfrontiert werden, als

vulnerabel. Kelley & Trinidad benennen diese Zeitspanne auch als eine Zeit der Orientierungslosigkeit. In dieser Phase der Orientierungslosigkeit und Belastung spielt der Faktor Zeit eine grosse Rolle. Sowohl Samuelsson et al. (2001) wie auch Maurer & Gassmann (2006) betonen die Wichtigkeit der Zeit, die man den Eltern nach der Diagnosestellung gibt. Zeit zu begreifen, dass das Ungeborene gestorben ist und Zeit sich mit der Situation auseinanderzusetzen. Die Frage, was sich betroffene Eltern in dieser Zeitspanne wünschen und was sie für Bedürfnisse haben, scheint unbeantwortet zu sein.

Die Praxis zeigt, dass bei der Diagnose eines IUFT in der Regel schnell gehandelt und den betroffenen Eltern die baldige Einleitung vorgeschlagen wird, obwohl es innerhalb der nächsten 14 Tage in 90% der Fällen zu spontaner Wehentätigkeit kommt (Dudenhausen, 2008). Die schnellst mögliche Beendigung der Schwangerschaft wird auch immer wieder von den betroffenen Eltern gefordert (Pfeifenberger-Lamprecht, 2007). Im Gegensatz zu der schnellen Beendigung der Schwangerschaft steht die Verarbeitung des Geschehenen. Untersuchungen von Condon (zitiert in Beutel, 2002) zeigen, dass die Verarbeitung eines Verlustes erheblich von der Gestaltung der Zeit nach der Diagnosestellung bestimmt wird. Lothrop (2013) unterstützt diese Aussage. Sie betont dabei die Wichtigkeit der behutsamen Begleitung der Eltern von Anfang an. Die Frage drängt sich auf ob eine sofortige Einleitung hilfreich für eine gelungene Verarbeitung ist und gleichzeitig stellt sich auch die Frage, welche Faktoren eine gelungene Verarbeitung positiv beeinflussen.

2.1 Ziele und Fragestellung

Das Ziel dieser Arbeit ist, Bedürfnisse und Wünsche von betroffenen Eltern nach der Diagnosestellung eines IUFT bis zur Beendigung der Schwangerschaft zu erfassen. Ein weiteres Ziel dieser Arbeit ist zu erfahren, welche Faktoren entscheidend und hilfreich für eine gelungene Verarbeitung der Situation sind. Zudem soll erfasst werden, wie beteiligte Fachpersonen, insbesondere Hebammen, diese Prozesse unterstützen können.

Anhand bestehender Literatur werden die Erfahrungen betroffener Eltern analysiert.

Schliesslich soll eine wissenschaftlich belegte Empfehlung für Fachpersonen entstehen. Diese soll wichtige Punkte für eine Betreuung von Eltern festhalten, die mit der Diagnose IUFT konfrontiert sind.

- Welches sind die Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen Eltern in dieser vulnerablen Phase?

- Welche Faktoren sind für die betroffenen Eltern für eine gelungene Verarbeitung der Situation entscheidend?
- Wie kann die Hebamme diese Phase unterstützend begleiten?

2.2 Ein- und Ausgrenzung

Diese Arbeit befasst sich mit den Bedürfnissen und Wünschen von betroffenen Eltern während des Zeitpunktes der Diagnosestellung eines IUFT bis zur Beendigung der Schwangerschaft. Dabei wird vor allem auf die Rolle der Hebamme eingegangen. Die Rolle der Ärzteschaft kann jedoch einfließen, da der Kompetenzrahmen der Hebamme auch in westlichen Ländern unterschiedlich und die Ärzteschaft bei der Diagnosestellung in der Regel dabei ist.

In der Arbeit wird nicht explizit auf den optimalen Zeitpunkt zur Beendigung der Schwangerschaft eingegangen. Auch wird weder die Betreuung unter der Geburt, noch die Betreuung während des Wochenbettes behandelt. Schwangerschaftsabbrüche sowie Gründe für einen IUFT sind keine Bestandteile dieser Arbeit.

3 Theoretische Grundlagen

3.1 Intrauteriner Fruchttod

Von einem IUFT wird gesprochen, wenn das Ungeborene während der Schwangerschaft und vor Geburtsbeginn stirbt (Römer & Straube, 1999). Andere Autoren beschränken sich bei der Benennung auf bestimmte Schwangerschaftswochen (SSW). So bezeichnet die Green-top Guideline No. 55 vom Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2010) einen IUFT als das späte Sterben eines Fetus nach vollendeter 24. SSW.

Weder bei der World Health Organisation (WHO) noch bei der Zivilstandsverordnung der Schweizerischen Eidgenossenschaft lässt sich eine Definition zu intrauterin verstorbenen Feten finden. Beide definieren lediglich die Totgeburt. So bezeichnet die WHO (n.d.) eine Totgeburt als Geburt eines Kindes, welches ohne Lebenszeichen mit vollendeter 27. SSW oder danach geboren wird. In der Schweiz wird von einer Totgeburt gesprochen, wenn das Kind die 22. SSW vollendet oder ein Geburtsgewicht von mindestens 500g aufweist (Zivilstandsverordnung des Bundes, 2004).

Der Vergleich zwischen RCOG, WHO und der Zivilstandsverordnung zeigt, dass es sowohl für Totgeburten wie auch für IUFT unterschiedliche Definitionen gibt, vor allem wenn man das Alter des Fetus betrachtet. In Anbetracht der unterschiedlichen Definitionen werden, um eine mögliche Definition für einen IUFT zu finden, die

Überlebenschancen eines Ungeborenen hinzugezogen. Dank intensivmedizinischen Massnahmen haben in der Schweiz Ungeborene eine Überlebenschance ab der 24. SSW. Somit wird in dieser Arbeit von einem IUFT gesprochen, wenn der Fetus die 24. SSW erreicht hat.

HÄUFIGKEIT

Weltweit gab es im Jahr 2013 rund 2,6 Millionen Totgeburten (Heavey, 2014). Das sind mehr als 7200 Totgeburten pro Tag. Schätzungen zeigen, dass die Rate an Totgeburten jedes Jahr um etwa 1,1% sinkt (WHO, 2011). Die Rate an Totgeburten in der Schweiz bleibt seit 1990 in etwa konstant. Dies entspricht 340 bis 350 Totgeburten pro Jahr (Bundesamt für Statistik, 2012). Die Statistik differenziert dabei nicht zwischen unter der Geburt verstorbenen Kinder und bereits intrauterin verstorbenen Kinder. Die WHO (2011) erwähnt, dass bei etwa der Hälfte der Anzahl Totgeburten die Kinder unter der Geburt verstorben sind. Daraus folgt, dass weltweit rund 1,3 Millionen Ungeborene bereits im Verlaufe der Schwangerschaft versterben.

GRÜNDE FÜR DEN IUFT

Warum es zu einem IUFT kommt, ist nicht abschliessend erforscht. Mögliche Gründe können kindliche Fehlbildungen, Plazentainsuffizienz, Nabelschnurkomplikationen, intrauterine Infektionen oder Blutgruppenunverträglichkeit sein (Schwarz, 2013). Die WHO (2011) nennt als weitere Gründe: Mütterliche Infektionen in der Schwangerschaft, kongenitale Auffälligkeiten und mütterliche Krankheiten wie arterielle Hypertonie und Diabetes.

3.2 Rund um den Zeitpunkt der Diagnosestellung

Die Diagnose IUFT ist bei fehlenden Kindsbewegungen und Herztönen wahrscheinlich. Bestätigt wird sie durch eine Ultraschalluntersuchung (Pfeifenberger-Lamprecht, 2007). Die Ultraschalluntersuchung hat in der heutigen Zeit einen festen Stellenwert in der Schwangerenbetreuung eingenommen (Alge, 2009). Die Eltern freuen sich einerseits ihr Kind zu sehen, haben andererseits die Erwartung, dass bestätigt wird, dass alles in Ordnung ist (Bosch, 2007). Das betreuende Personal ist bei der Diagnose IUFT oft selbst schockiert und vor den Kopf gestossen (Lothrop, 2013).

VORGEHEN BEI DER DIAGNOSESTELLUNG IUFT

Wenn per Ultraschall bestätigt ist, dass das Ungeborene nicht mehr lebt, kann ein abwartendes oder ein aktives Vorgehen gewählt werden (Enkin et al., 2006). Unter einem aktiven Vorgehen wird ein baldiges Beenden der Schwangerschaft mittels

Einleitung verstanden. Dieses schnelle Handeln ist heute vielerorts üblich (Maurer & Gassmann, 2006). Ein abwartendes Vorgehen zeichnet sich dadurch aus, dass den betroffenen Eltern Zeit gegeben wird, damit sie selber entscheiden können, wann die Einleitung stattfindet (Schwarz, 2013). Welche Herangehensweise gewählt wird, sollte den werdenden Eltern überlassen werden. Denn Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten sind hauptsächlich emotionaler und psychologischer Natur (Enkin et al., 2006). Bei einem abwartenden Vorgehen ist ein „geringes, mit der Zeit zunehmendes Risiko von Gerinnungskomplikationen zu berücksichtigen“ (Tempfer et al. zitiert in Fiala, Eppel & Schneider, 2011, S.75), weshalb eine regelmässige Kontrolle der Gerinnungsparameter empfohlen wird (Maurer & Gassmann, 2006).

DIE GUTE HOFFNUNG STIRBT

Fast alle Frauen haben eine Vorahnung, dass etwas mit ihrem Baby nicht stimmt (Malm, Lindgren & Radestad, 2011). Viele fühlen keine oder weniger Kindsbewegungen und sorgen sich um die Stille in ihrem Bauch. In dieser Phase entsteht dann oft das ungute Gefühl, dass etwas nicht stimmt. Trotzdem denken viele Mütter nicht, dass etwas Ernsthaftes mit ihrem Baby passiert ist, weil sie sich ansonsten gesund fühlen. So dauert es in den meisten Fällen ein bis zwei Tage, bis die Mütter ein Bedürfnis nach Abklärung und Information haben (Malm et al., 2011). Wenn sich die Frauen bei ihrer Hebamme, ihrem Gynäkologen oder im Spital melden, fühlen sie sich unsicher und hoffen, dass die Fachpersonen alles in Ordnung bringen können. Sie versuchen sich damit selbst zu schützen und sich einzureden, dass nichts Gravierendes vorgefallen ist. Viele Frauen haben zudem schon von einem ähnlichen Fall gehört, bei welchem sich alles zum Guten wendete, oder auch, dass sich gegen Ende der Schwangerschaft die Kindsbewegungen verringern. Daher hegen sie die Hoffnung mit einer Bestätigung nach Hause gehen zu können, dass alles in Ordnung ist (Malm et al., 2011). Manche Frauen nehmen auch noch nach dem nachweislichen Tod vermeintliche Kindsbewegungen wahr. Dies kommt vor allem von den passiven Bewegungen, die der Fetus bei Lageveränderungen der Mutter mitmacht und vom „Nicht-wahrhaben-Wollen“ des Todes ihres Kindes (Pfeifenberger-Lamprecht, 2007).

Für die Eltern bricht bei der Diagnose eine Welt zusammen (Schwarz, 2013). Die Hoffnung nach einer gut überwachten Schwangerschaft ein gesundes und lebendes Kind zu bekommen, geht abrupt zu Ende. Die Eltern werden plötzlich und unerwartet mit dem Tod konfrontiert (Maurer & Gassmann, 2006). Die Eltern sind in der Regel überhaupt nicht auf die Situation vorbereitet, denn sie haben sich auf ein neues Leben vorbereitet und nicht auf den Tod (Schwarz, 2013). Das Thema wird im

Geburtsvorbereitungskurs oder in der Literatur zur Schwangerschaft nur selten behandelt. Es gibt viele Tabus oder viel Halbwissen zum Thema IUFT (Maurer & Gassmann, 2006).

Ein Ereignis, auf welches sich die Eltern überhaupt nicht eingestellt haben ist, dass die Frau noch vaginal gebären muss (Kelley & Trinidad, 2012). Es ist für manche Frauen unvorstellbar, in dieser Situation noch die Kraft aufzubringen, vaginal zu gebären und die Geburtsarbeit zu leisten (Lothrop, 2013). Zu erfahren, dass das Kind tot ist und durch das Geburtserlebnis zu gehen, zerrt emotional an den Eltern (Kelley & Trinidad, 2012). Obwohl oft eine möglichst rasche Beendigung der Schwangerschaft verlangt wird, sollte eine vaginale Geburt angestrebt werden (Pfeifenberger-Lamprecht, 2007). Einige Frauen wünschen sich, dass das Kind möglichst bald „weg gemacht“ also dass sectioniert wird (Kelley & Trinidad, 2012; Schwarz, 2013). Viele Eltern sind sich jedoch nicht bewusst, inwiefern eine Sectio ihr Erleben der Geburt oder eine folgende Schwangerschaft beeinflusst (Maurer & Gassmann, 2006). So spielt beispielsweise der Kontakt mit dem Kind eine wichtige Rolle in der Verarbeitung einer Sectio (Büchi, 2006). Wenn jedoch nach einem IUFT zu schnell gehandelt wird, ist die Beziehung zum Kind nicht vorhanden (Maurer & Gassmann, 2006). Ausserdem wünscht sich die Hälfte der Frauen, welche ihr totes Kind per Sectio geboren haben, im Nachhinein eine natürliche Geburt (Schäfer, 2003).

ROLLE DER HEBAMME

Die betroffenen Eltern treten oft schon am Telefon mit den Hebammen in Kontakt, wenn sich die Eltern wegen fehlenden Kindsbewegungen melden (Maurer & Gassmann, 2006). Die Rolle der Hebamme besteht darin, dass sie trotz den Umständen Geburtshilfe leistet (Maurer, 2011). Maurer & Gassmann (2006) beschreiben die Rolle auch als eine Wegbegleitung von der Hoffnung zur Realisation der Tatsachen.

Der Ethikkodex der Hebammen besagt zudem: „Hebammen gehen bei den Frauen, die ihre Unterstützung suchen, auf deren psychologische, physische, emotionale und spirituelle Bedürfnisse ein, wie auch immer die Umstände sein mögen“ (Schweizerischer Hebammenverband, 1994, Artikel IID.). Die Hebamme ist verantwortlich, dass den Eltern und Familien Wahlmöglichkeiten und Zeit gegeben werden, um alles zu überdenken und ihnen damit Autonomie gewährt wird. Zudem soll sie Raum geben, damit der Trauerprozess beginnen kann (Pfeifenberger-Lamprecht, 2007). Die International Confederation of Midwives [ICM] (2011) beschreibt weiter,

dass die Hebamme die Prinzipien der Kommunikation, der Information und der Unterstützung der trauernden Frauen und oder Familien kennen muss.

Auch die involvierten Fachpersonen werden vom Tod eines ungeborenen Babys berührt. Der Umgang mit der Eigenbetroffenheit muss bewusst sein (Maurer, 2011). Mit dem Eintreten der Diagnose IUFT wird die Hebamme mit dem konfrontiert, was sie am meisten fürchtet (Schwarz, 2013). Auch Heazell et al. (2012) beschreiben die emotionale Herausforderung der Fachpersonen. Die grössten Stressoren bei Hebammen sind der Umgang mit trauernden Eltern, das fehlende gute Outcome sowie gegebenenfalls die Wut und die limitierten Ressourcen der Mütter.

3.3 Trauer

Trauer ist der natürliche Ausdruck für Abschied und Verlust (Canakis, 2007). Zum Trauern gehört das Loslassen der Vergangenheit und das Zulassen des Lebens. Es ist ein Prozess, welcher das Abschiednehmen unterstützt und den Menschen hilft am Geschehenen zu reifen (Nijs, 2003). Der Trauerprozess wird bei den meisten Autoren in drei bis vier Phasen unterteilt, welche Ähnlichkeiten haben und sich in Kleinigkeiten unterscheiden (Strehlau, 2009). Es ist nicht klar, ob das traditionelle Modell der Trauer mit einem linearen Prozess, bei dem die trauernde Person durch verschiedene Phasen geht, auch auf einen IUFT angewendet werden kann (Heazell et al., 2012). In diesem Kapitel werden die zwei Konzepte von Lammer (2013) und Kast (2013) vorgestellt.

3.3.1 Trauerphasen nach Kast

Kast (2013) beschreibt vier Trauerphasen: Nicht-wahrhaben-Wollen, Aufbrechende Emotionen, Suchen – Finden – Sich-Trennen, neuer Selbst- und Weltbezug. Diese vier Phasen werden von Harder (2011) ebenfalls bearbeitet. Sie betont dabei die Unterstützung der Hebamme in jeder Phase (Harder, 2011).

PHASE DES NICHT-WAHRHABEN-WOLLENS

Die erste Phase der Trauer wird durch eine Empfindungslosigkeit charakterisiert (Kast, 2013). Das Wissen um den Tod des Kindes löst einen Schockzustand aus, welcher mit einem Realitätsverlust, einem Nicht-wahrhaben-Wollen, einhergeht (Harder, 2011). Kast (2013) betont, dass die Empfindungslosigkeit nicht einer Gefühlslosigkeit, sondern einem Gefühlsschock entspricht. Für Hebammen ist es wichtig zu wissen, dass Trauernde so starr und empfindungslos sein dürfen, wie sie sind. Man darf ihnen nicht vorwerfen, keine Tränen zu haben und muss ihnen Raum geben eigenständig weiterzuleben. Gleichzeitig ist es wichtig, dass Trauernde in dieser Phase spüren, dass sie nicht alleine sind (Kast, 2013).

PHASE DER AUFBRECHENDEN EMOTIONEN

Wie jeder Mensch seine Eigenheiten hat, sind auch die emotionalen Reaktionen jedes Trauernden individuell. Emotionen können vielseitig sein und reichen von Wut, Trauer und Freude zu Angst, Ruhelosigkeit, Zorn und Schuldgefühlen (Kast, 2013). Obwohl solche Gefühlsstürme für alle Beteiligten erschreckend sein können, sollten sie unbedingt zugelassen werden, denn sie helfen den Trauernden in ihrer Schmerzbewältigung (Harder, 2011) und bewirken, dass Trauernde wesentlich weniger in Depressionen versinken (Kast, 2002). Der Betreuungsschwerpunkt für Hebammen in dieser Phase ist hauptsächlich, dass man das Erleben des Trauernden teilt. Das heisst, die Hebamme sollte da sein, ein offenes Ohr haben und die Emotionen der Trauernden zulassen (Kast, 2013).

PHASE DES SUCHENS UND SICH-TRENNENS

Kast (2013) sieht das Suchen nicht als Verdrängung der verstorbenen Person, sondern als eine Möglichkeit, den Verlust in das neu entstehende Lebensgefüge einzubringen. Das heisst, die Trauernden versuchen die Bedeutung der verstorbenen Person in das neue Leben einzubauen. Mit dem Suchen findet eine innere und eine äussere Auseinandersetzung mit dem Verstorbenen statt. Dazu gehört einerseits, dass Trauernde Gewohnheiten übernehmen, welche die verstorbene Person charakterisiert haben und andererseits ein stetiger Austausch mit Freunden über Verhalten und Gewohnheiten der verstorbenen Person pflegt (Kast, 2013). Im Fall eines IUFT kommt erschwerend hinzu, dass das Kind vor allem im Erleben der Eltern verankert ist und somit wenige Personen da sind, mit welchen betroffene Eltern über das verstorbene Kind sprechen können (Kast, 2002). In der Phase des Suchens kann es immer wieder zu emotionalen Ausbrüchen wie Verzweiflung und Depression kommen. Für die Hebamme ist es von Bedeutung, die Trauernden nicht zu drängen, das Suchen aufzugeben, respektive den endgültigen Verlust zu akzeptieren. Das Suchen, Finden und Sich-wieder-Trennen führt dazu, dass die Trauernden lernen, das Leben ohne die verstorbene Person zu akzeptieren. Es schafft dem Verstorbenen einen Platz, wo er nicht vergessen wird (Kast, 2013).

PHASE DES NEUEN SELBST- UND WELTBEZUGES

Wenn die Such- und Trennphase soweit verarbeitet ist, dass sie nicht mehr die gesamte Aufmerksamkeit der Trauernden beansprucht, setzt die letzte Phase des Trauerprozesses ein. Es kehrt langsam die innere Ruhe zurück, der Verlust ist akzeptiert und die Trauernden haben für die verstorbene Person einen Platz gefunden (Kast, 2013). Kast (2002) beschreibt den Beginn dieser Phase unter anderem damit,

dass „der Wunsch ein neues Kind zu bekommen, grösser ist als die Angst, auch dieses neue Kind wieder zu verlieren“ (S.131). Das Bewusstsein, dass der Tod nicht nur viel genommen hat, sondern auch neue Möglichkeiten eröffnete, kann in der Sinnggebung des Lebens ohne die verstorbene Person helfen. Die Trauernden lösen sich von ihren Helfenden und Betreuenden, welche sie durch diese schwierige Zeit begleitet haben und finden den Weg in eine neue Selbstständigkeit (Kast, 2013).

3.3.2 Konzept nach Lammer

Lammer (2013) hat eine ganz andere Auffassung der Trauer. Sie kritisiert die klassisch verbreiteten Trauerphasen und betont die Individualität im Trauerprozess.

DIE PERIMORTALE TRAUERBEGLEITUNG

Lammer (2013) hebt die Trauerbegleitung in der ganzen perimortalen Phase hervor, wobei sie die perimortale Phase als Schlüsselsituation des Trauerprozesses betrachtet.

Der erste Satz im Buch von Lammer (2013) lautet: „Die Trauerbegleitung beginnt heute zu spät.“ (S. 14). Die Begleitung soll dort angegangen werden, wo der Tod beginnt. Lammer (2013) benennt diese Phase perimortal. Damit meint sie den Todeszeitpunkt oder die Überbringung der Todesnachricht, die ersten Minuten und Stunden, unmittelbar davor und danach.

Der grösste Bedarf an perimortaler Trauerbegleitung ist im Spital, da dort die meisten Menschen sterben. Die Menschen, die sich unmittelbar mit den Trauernden vor Ort befinden, sind Fachpersonen, die es eher gewohnt sind zu heilen oder ein Leben zu verlängern. Gerade eine Hebamme ist das Begrüssen des Lebens gewohnt und nicht das Abschiednehmen vom Leben. Trotzdem bildet die Geburtshilfe eine Ausnahme dieser Regel. Nach der Geburt richtet sich die ganze Aufmerksamkeit auf die trauernden Mütter. Die Aufmerksamkeit richtet sich jedoch eher auf die Heilung der Frau als auf die eigentliche Trauerbegleitung in der perimortalen Phase (Lammer, 2013).

KRITIK TRAUERPHASEN

Es ist Lammer (2013) wichtig, dass den Trauernden kein Trauerstil aufgedrängt wird, den die Hebamme für richtig empfindet. Sie äussert die Befürchtung, dass von den Fachpersonen durch die Verinnerlichung der „klassischen“ Trauerphasen eine gewisse Erwartungshaltung entsteht. Die Trauernden werden durch die Phasenmodelle in einen vorgegebenen Prozess gedrängt, wie sie trauern sollen. Lammer (2013) sagt dazu,

dass dies wohl nicht im Sinne der Vertreterinnen und Vertreter der Phasenmodelle ist, aber es sich in der Praxis kaum vermeiden lässt. Dies liegt einerseits am Aufbau der Phasenmodelle, andererseits kann sich die begleitende Fachperson eher eine professionelle Distanz schaffen und dem meist herrschenden Chaos eine gewisse Kontrolle abringen, jedoch auf Kosten der Betroffenen. Wenn Phasenmodelle starr angewendet werden, dienen sie eher den Bedürfnissen der professionellen Begleitperson als den Bedürfnissen der Trauernden (Lammer, 2013).

ÜBERBLICK

Lammer (2013) sieht das Verschulden der zu spät ansetzenden Trauerbegleitung vor allem in den weit verbreiteten Modellen der Trauerphasen. Sie kritisiert im Besonderen die sogenannte „Schockphase“ scharf. Demnach müssten alle Trauernden in den ersten Tagen völlig erstarrt, nicht kommunikations- oder aufnahmefähig und somit auch nicht empfänglich für eine Trauerbegleitung sein (Lammer, 2013). Lammer beschreibt eine empirische Untersuchung aus Chicago von Fitchetts, (zitiert in Lammer, 2013) die über 158 Trauerreaktionen erfasst hat. Diese widerspricht der Starrheit der Trauerphasen. Auch sieht Lammer (2013) die Trauernden nicht als unfähig zur Kommunikation. Dafür spricht, dass die Hinterbliebenen, beispielsweise das Überbringen der Todesnachricht oder der Diagnose noch nach Jahren genau in Erinnerung haben (Lammer, 2013). Daraus folgert Lammer (2013), dass gerade in der beschriebenen perimortalen Phase von einer sehr hohen Aufmerksamkeit und Präsenz ausgegangen werden kann, auch wenn dies von aussen anders scheint.

Sie formuliert für die perimortale Trauerbegleitung fünf Ziele: 1. Realisation des Todes; 2. Validation des Verlustes; 3. Auslösung der Trauerreaktion; 4. Gestaltung des Abschieds und Hinwendung zum Leben; 5. Evaluation von Bewältigungsressourcen und Risikofaktoren (Lammer, 2013). Die Funktion der Trauerbegleitung ist folglich in einem ersten Schritt die Initiation des Trauerprozesses und in einem zweiten Schritt die Prävention eines fehlgeleiteten Trauerprozesses. Wichtig dabei ist die Unterscheidung, dass es sich hierbei um Ziele und nicht um nacheinander ablaufende Phasen handelt. Die Hebamme kann diese Ziele für ihre Betreuung als Orientierung nutzen.

Die Realisierung des Todes erfordert einen Lernprozess, welcher Zeit und vor allem aber die Gelegenheit zur Realisation braucht. Die Verlustreaktion soll zu Beginn des Trauerprozesses ausgelöst werden und nicht erst später mit deutlichem Mehraufwand, wenn etwas Verdrängtes freigelegt werden muss, was vorher ganz natürlich hätte geschehen können (Lammer, 2013).

3.3.3 Fazit

Die Recherche zeigt auf, dass es verschiedenen Auffassungen von Trauerprozessen gibt. Beide aufgezeigten Modelle betonen, dass Zeit und Raum zum Trauern vorhanden sein müssen. Die Individualität des Trauerprozesses spielt in beiden Modellen eine prominente Rolle, auch wenn die jeweilige Individualität anders aufgefasst wird. So beschreibt Kast (2013) die Individualität in der Phase der aufbrechenden Emotionen, während Lammer (2013) den ganzen Prozess als individuell ansieht.

3.4 Verarbeitungsmodelle

Die Verarbeitung eines Verlustes ist immer eine Aufgabe, welche sich Trauernden stellt (Znoj, 2012). Im Falle eines IUFT ist eine aufbauende Coping-Strategie vor allem zur Prävention von Depressionen von grosser Wichtigkeit (Heazell et al., 2012). Unter einer Coping-Strategie oder einem Verarbeitungsmodell wird die Möglichkeit der Bewältigung eines Verlustes verstanden (Znoj, 2012).

3.4.1 Coping-Prozess nach Lazarus

Znoj (2012) beschreibt, dass der Verlust eines Menschen ein Stress auslösendes Ereignis ist und somit Trauer eine Stressreaktion darstellt. Lazarus (2005) vertritt die Meinung, dass die Konzepte „Stress“ und „Emotion“ miteinander verbunden werden müssen. Die häufigsten Szenarien, die zu einer Emotion leiten, sind grundlegende Probleme, die sich im menschlichen Leben stellen. Dazu gehört unter anderem der Verlust (Lazarus, 2005). Einzelne Emotionen ordnet Lazarus (2005) in Kernthemen. Eines dieser Kernthemen ist die Traurigkeit, wobei er diese in Verbindung mit dem Erleben eines Verlustes bringt. Weitere relevante Kernthemen für diese Arbeit sind Angst und Hoffnung.

Laut Lazarus (2005) gibt es keine Bewältigungsstrategien, die unter allen Umständen effektiv sind. Die Wahl der geeignetsten Bewältigungsstrategie hängt von der Relevanz ab, respektive von der Bedrohung des jeweiligen Ereignisses. Die Bewältigung ist folglich eine Bemühung mit psychischem Stress klarzukommen und wird von Lazarus (2005) als integraler Prozess, „über den sich die Emotion herausbildet“ (Lazarus, 2005, S. 249) beschrieben. Die Bewältigung folgt demnach nicht einfach nach der Emotion, sondern sie ist ein Bestandteil der Emotion. Schlussendlich erklärt Lazarus (2004), dass die erfolgreiche Bewältigung „ein Zusammenwirken von Denken, Wollen, Handeln und den Realitäten der Umwelt“ ist (Lazarus, 2005, S. 244). Es muss jedoch herausgefunden werden, wie stark die Intensität der Emotion ist und was in Bezug auf

die Bewältigung von Belang ist, insbesondere auch bei einem Trauerfall, bei welchem verschiedene Umstände eine Rolle spielen (Lazarus, 2005).

3.4.2 Familiencoping

Wenn ein Kind stirbt, beginnen die anderen Familienmitglieder eine lebenslange Reise zur Heilung. Sie kämpfen zusammen, um als Individuen Antworten zu finden (Cacciatore, De Frain, & Jones, 2008).

Früher sah man es nicht als nötig an, die Eltern zu einer Auseinandersetzung mit dem Tod ihres ungeborenen Kindes zu ermutigen. Man ging davon aus, dass die Frauen keine Beziehung zu ihrem Ungeborenen aufbauen. Erste Ansätze, die das Gegenteil aussagten, wurden Ende der 60er Jahre veröffentlicht. Die Erkenntnis, dass die Eltern nach einem intrauterinen Verlust sehr grossen Schmerz und viel Leid erfahren ist vor allem in den 70er und 80er Jahren aufgekommen (Beutel, 2002).

Auch heute ist das Umfeld der Betroffenen mit einem frühen Verlust überfordert und gefordert. Durch die Überforderung kann es zu hilflosen Aussagen und Handlungen kommen, die für die Eltern in der sensiblen Phase verletzend sein können. Das Umfeld hat das Kind nie gekannt (Gassmann & Maurer, 2005). So wird auch der Status als Eltern schwer fassbar, weil keine sichtbaren Zeichen der Elternschaft vorhanden sind, um die Rolle zu bestätigen. Die meisten Menschen anerkennen zudem das tote Kind nicht als volles Mitglied einer Familie (Cacciatore et al., 2008).

Boss (zitiert in Cacciatore et al., 2008) definiert das Familiencoping folgendermassen: Ein Bewältigungsprozess der Familie als Gemeinschaft, um ein stressvolles Ereignis oder eine Situation zu bewältigen. Dabei gibt es keine nachteiligen Auswirkungen auf ein Individuum der Familie. Das Familiencoping ist ein kognitiver, affektiver und verhaltensgesteuerter Prozess, welcher das Individuum und das Familiensystem managt, anstatt dass eine stressvolle Situation einfach ausgetilgt wird.

Der Partner und eventuell weitere Kinder gehören zu den wichtigsten Ressourcen bei einem Verlust. Der Verlust eines Kindes kann für eine Paarbeziehung eine Vertiefung sein, aber auch eine grosse Zerreissprobe (Lothrop, 2013). Eltern reagieren aufgrund ihrer Geschlechterrolle unterschiedlich. Gründe dafür sind, dass Männer oft eine weniger starke Beziehung zum Kind aufbauen als ihre Frauen, sich als Beschützer verstehen oder Trauer und Stress als Schwäche sehen. Sie finden zudem auch weniger Anerkennung für ihre Gefühle und werden z.B. sofort wieder am Arbeitsplatz erwartet, ohne dass ihnen eine Verarbeitungszeit zugestanden wird. Es kann schwer sein zu akzeptieren, dass der Partner oder die Partnerin anders mit dem Verlust und Stress umgeht als man selbst (Beutel, 2002). Deshalb ist es für die trauernden Eltern

wichtig zu wissen, dass ihr Partner oder ihre Partnerin jeweils auch ausserhalb der Beziehung um ihr Kind trauern (Heazell et al., 2012). Eine offene Verständigung ist wertvoll für den gemeinsamen Umgang untereinander und mit dem Verlust (Beutel, 2002).

3.4.3 Krisenverarbeitung nach Schuchardt

„Die Krise steht im Zusammenhang mit einem emotional bedeutsamen Ereignis oder aber mit einer Veränderung der Lebensumstände, es handelt sich um einen akuten Zustand, dieser wird vom Betroffenen als bedrohlich und überwältigend wahrgenommen und überfordert momentan seine Bewältigungsmöglichkeiten“ (Berger & Riecher-Rössler, 2004, S. 19). Wenn ein Kind intrauterin verstirbt, können sich werdende Eltern in genau einer solchen Situation befinden. Das Modell von Schuchardt (2006) beschreibt einen Weg der Krisenverarbeitung in acht Phasen.

SPIRALPHASE 1: UNGEWISSHEIT

Am Anfang steht ein Ereignis, welches die Normen des täglichen Lebens auseinanderbricht. Man wird unvorbereitet mit Lebenssituationen konfrontiert, mit welchen man nicht gerechnet hat und die einen aus dem Nichts treffen. Diese Ungewissheit lässt sich weiter unterteilen in Unwissenheit, Unsicherheit und Unannehmbarkeit. Diese erste Phase prägt den gesamten Verlauf der Krisenverarbeitung (Schuchardt, 2006).

SPIRALPHASE 2: GEWISSHEIT

Das Wissen über den Verlust stellt sich ein, wird gleichzeitig aber auch verneint. Diese Ambivalenz zwischen dem Annehmen und im gleichen Wortlaut leugnen ist wichtig, um das Leben überhaupt fortsetzen zu können. Jedes Gespräch, welches an die Realität anknüpft und sie thematisiert, ist hier eine Hilfe. Es schafft die Verbindung zwischen den Emotionen und der Rationalität. Als betreuende Fachperson ist es wichtig darauf zu achten, dass die Betroffenen das Signal geben, darüber sprechen zu wollen (Schuchardt, 2006).

SPIRALPHASE 3: AGGRESSION

Erst in dieser Phase tritt die Information über das Unvorhergesehene wirklich ins Bewusstsein ein. Plötzlich wird klar, was passiert ist. Dies wiederum lässt enorme Gefühlsstürme aufkommen. Diese Gefühle lassen sich als Aggression beschreiben. Sie entlädt sich in alle Richtungen und dient unbewusst als Ventil für die gestauten Gefühle (Schuchardt, 2006).

SPIRALPHASE 4: VERHANDLUNG

Die Phase der Verhandlung ist geprägt davon, dass die Betroffenen gewillt sind, alles zu tun, um aus ihrer Not befreit zu werden. Diese Phase kann „als ein letztes Sichaufbäumen“ (Schuchardt, 2006, S. 42) verstanden werden. Es wird jede Möglichkeit geprüft, die einem in der Not helfen kann. Hier ist nicht schwer zu erkennen, wie wichtig es ist, dass Betroffene diesen Weg nicht alleine gehen (Schuchardt, 2006).

SPIRALPHASE 5: DEPRESSION

Es kommt der Punkt, wo alle nach aussen gerichteten Emotionen ausgeschöpft sind. Die Phase der Depression beginnt. Sie ist gekennzeichnet von einer grossen Traurigkeit, welche der Vorbereitung zur Annahme des Schicksals dient (Schuchardt, 2006).

SPIRALPHASE 6: ANNAHME

Typisch für diese Phase ist die Erfahrung der eigenen Grenze. Die Betroffenen haben alles gegeben, sind ausgelaugt und trotzdem befreit. Sie beginnen wieder, sich selbst zu spüren und sind bereit sich für Neues zu öffnen. Dies führt zu der Erkenntnis der Annahme (Schuchardt, 2006). „Ich bin Mensch wie jeder andere auch, jeder muss lernen, mit seiner Krise, seinen Grenzen zu leben, und jeder lebt!“ (Schuchardt, 2006, S. 44).

SPIRALPHASE 7: AKTIVITÄT

Kräfte, welche in der Phase der Annahme freigesetzt wurden, können nun genutzt werden. Es kommt zu einer Wende und Betroffene erkennen die Möglichkeit und Wichtigkeit des eigenen Handelns. Der veränderte Blickwinkel schichtet die Werte und Normen neu (Schuchardt, 2006).

SPIRALPHASE 8: SOLIDARITÄT

Wenn Betroffene in all den Phasen angemessen begleitet werden, kann dies dazu führen, dass Betroffene selbst den Wunsch verspüren, in der Gesellschaft verantwortlich handeln zu wollen. Dies ist der Ausdruck einer erfolgreichen Krisenverarbeitung (Schuchardt, 2006).

4 Methoden

In der vorliegenden Arbeit geht es darum herauszufinden, was betroffene Eltern in der Zeitspanne zwischen Diagnosestellung eines IUFT und der Beendigung der

Schwangerschaft für Wünsche und Bedürfnisse haben und wie die Hebamme diese Zeitspanne unterstützend begleiten kann. Um die Fragestellung beantworten zu können wird eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, mit dem Ziel, aktuelles Wissen zusammenzutragen. Die Auswahl geeigneter Literatur sowie die Analyse der Literatur stellt für eine Literaturreview ein wichtiger Schritt dar.

4.1 Suchstrategie

Im Zeitraum zwischen März 2014 und Juni 2014 wird die systematische Literatursuche durchgeführt. Gesucht wird auf den Datenbanken Pubmed, Midirs und PsychInfo. Mittels Handsuche wird die Literatursuche ergänzt. Um Anregungen zu Literatur zu erhalten, wird Kontakt aufgenommen mit der „Fachstelle für Fehlgeburt und perinatalen Kindstod, Schweiz“ (fpk) sowie einer Seelsorgerin eines grossen Spital, welche hauptsächlich die perinatalen Todesfälle betreut.

Aus der Fragestellung der vorliegenden Arbeit ergeben sich folgende Suchbegriffe: stillbirth, intrauterine death, died in utero, fetal loss, silent loss, perinatal death, clinical care, experience(s), diagnosis, hospital care, grief, sorrow, need(s), requirement(s), emotions, psychological, coping, copingstrategie(s), handling, support, attendance, supervision, midwife, clinical staff, stress.

Wenn mit den erwähnten Datenbanken und Suchbegriffen noch keine befriedigende Anzahl Studien gefunden wird, wird zu einem späteren Zeitpunkt, Mai 2014 bis Juni 2014, die Suche auf der Datenbank Embase fortgesetzt und mit folgenden Suchbegriffen ergänzt: fetal death, intrauterine fetal death, third-trimester fetal death, second-trimester fetal death, prenatal death, miscarriage, treatment, ultrasound. Die Suche mit den neuen Suchbegriffen wird auf den drei Datenbanken Pubmed, Midirs und PsychInfo ebenfalls durchgeführt.

Der Zeitraum beschränkt sich auf 2004-2014. Studien müssen auf Menschen bezogen, sowie in den Sprachen Deutsch oder Englisch verfügbar sein. Zur Eingrenzung der gefundenen Literatur wird als erstes eine Auswahl aufgrund der Titel getroffen, wenn es der Fragestellung dienlich erscheint. Anschliessend werden die Abstracts auf ihre Verwendbarkeit zur Beantwortung der Fragestellung geprüft und selektioniert. Bei Uneinigkeiten wird die Entscheidung aufgrund einer Diskussion der Verfasserinnen der vorliegenden Arbeit getroffen.

4.2 Literatúrauswahl

Eingeschlossen in die Literaturreview werden qualitative Studien. Eingeschlossene Studienteilnehmende sind betroffene Frauen und Männer, sowie Hebammen und

Pflegefachpersonen, welche eine Totgeburt erlebten oder mit der Diagnose intrauteriner Fruchttod konfrontiert wurden.

Studien werden für das Review ausgeschlossen, wenn sie sich nicht mit dem Zeitpunkt der Diagnosestellung befassen. Weitere Gründe für den Ausschluss sind kranke Kinder, das Sterben eines Zwillings, Kinder, welche während der Geburt gestorben sind und welche nicht unserem festgesetzten Schwangerschaftsalter entsprechen.

4.3 Literaturanalyse

Die Publikationen werden gemäss den Empfehlungen im Lehrbuch Pflegeforschung (Polit, Beck & Hungler, 2012) und Steinke (1999) beurteilt. Das Evidenzniveau wird anhand der Kernkriterien nach Steinke (1999) in folgenden drei Abstufungen beurteilt: Kernkriterien erfüllt (5-6 Kriterien erfüllt), Kernkriterien teilweise erfüllt (3-4 Kriterien erfüllt), Kernkriterien nicht erfüllt (1-2 Kriterien erfüllt). Mit Hilfe eines systematischen Analyserasters wird die Literatur standardisiert analysiert, was zu einer übersichtlichen Darstellung von Literatur und Ergebnissen führt. Das Analyseraster nach Steinke (1999) wird mit einer zusätzlichen Spalte zur Ethik nach Polit et al. (2012) ergänzt.

QUALITATIVE STUDIEN

Die qualitativen Studien werden nach Steinke (1999) analysiert. Sie definiert Kernkriterien, nach denen die Studien beurteilt werden.

In die Analysen und Beurteilungen werden die Fragestellung, das Ziel, die Methode und die Merkmale der Studienteilnehmenden der jeweiligen Studie eingeschlossen. Auch die Ergebnisse und die Diskussion spielen in den Analysen eine wichtige Rolle, sowie die Theoriebildung und Schlussfolgerung.

Die Kernkriterien nach Steinke (1999), welche zur Analyse beigezogen werden:

- Die Intersubjektive Nachvollziehbarkeit (Exakte Dokumentation des Forschungsprozess)
- die Indikation des Prozesses und der Bewertungskriterien (Adäquates Studiendesign)
- Empirische Verankerung (Empirische Begründung und Prüfung der Theorie)
- Limitationen (Grenzen des Geltungsbereich der Theorie)
- Reflektierte Subjektivität (die Subjektivität der Forschenden in Bezug auf die Theoriebildung muss reflektiert sein)
- Kohärenz (Widersprüche in Daten und Interpretation sind bearbeitet)
- Relevanz (Beziehung Theorie-Praxis)

Schliesslich wird erfasst, ob die Ergebnisse der jeweilige Studie einen Nutzen für die vorliegende Arbeit haben.

ETHIK

Die Einhaltung der ethischen Grundsätze wird bei jeder Forschungsarbeit überprüft. Wie Polit et al. (2012) beschreiben, beruht das ethische Vorgehen in der Forschung auf den folgenden drei Prinzipien: Prinzip des Nutzens, Prinzip der Achtung vor der Würde des Menschen sowie das Prinzip der Gerechtigkeit. Das Prinzip des Nutzens enthält die Aspekte des Nicht-Schadens, keine Benachteiligung der Teilnehmenden sowie das Abwägen des Risiko-Nutzen-Verhältnisses. Das Prinzip der Achtung vor der Würde der Menschen beinhaltet das Recht auf Selbstbestimmung, das Recht auf ausführliche Information und die daraus folgende informierte Zustimmung. Das Prinzip der Gerechtigkeit beinhaltet das Recht auf faire Behandlung sowie das Recht auf Privatsphäre. Bei der Studienanalyse wurden diese Prinzipien berücksichtigt, jedoch nicht einzeln bewertet. Die Aufgabe einer Ethikkommission ist sicherzustellen, dass die vorgegebenen Richtlinien bezüglich der Behandlung der Menschen, welche der Forschung dienen, gewahrt werden (Polit et al., 2012).

SYNTHESE

Nach der Analyse der Studien werden die für die Fragestellung relevanten Ergebnisse gesichtet und gesammelt. Um die Ergebnisse für die Beantwortung der Fragestellung zu strukturieren und Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede herauszufiltern, werden folgende Kategorien gebildet:

- Gefühle
- Bedürfnisse und Wünsche der Eltern
- Unterstützende Faktoren des Verarbeitungsprozesses
- Betreuungsrelevante Faktoren der Hebamme

Dazu werden Unterkategorien gebildet, welche aus den verschiedenen Texten hervorgehen. Dies geschieht so lange, bis keine neuen Themen mehr auftauchen.

5 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturrecherche, sowie die Ergebnisse der Literaturanalyse vorgestellt. Gründe für den Ausschluss von Studien werden genannt und Stärken und Schwächen der analysierten Studien werden beleuchtet.

5.1 Ergebnisse der Literatursuche

Insgesamt können neun qualitative Studien für die Analyse verwendet werden. Die Literatursuche ist im folgenden Abschnitt dargestellt. Wenn keine für die Analyse verwendbaren Treffer generiert werden, ist die Suche, der Übersicht halber, nicht dokumentiert. In der Abbildung 1 ist eine Übersicht der Literatursuche ersichtlich.

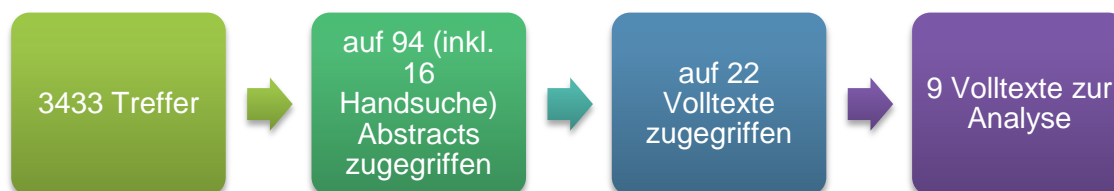


Abbildung 1: Übersicht der Literatursuche

Von den 22 Studien die gelesen und bearbeitet wurden, sind 13 aus folgenden Gründen wieder ausgeschlossen worden: 1. Befasst sich nicht mit dem Zeitpunkt der Diagnosestellung bis zur Beendigung der Schwangerschaft, 2. das Schwangerschaftsalter ist zu gering, 3. Einschluss von intrapartalen Todesfällen, 4. handelt von der Vorahnung der Eltern, 5. behandelt nicht explizit den IUFT, 6. schliesst Fetozid ein oder 7. untersuchten ausschliesslich die ärztliche Sicht. Detaillierte Informationen dazu finden sich im Anhang (12.2. Ausschluss von Volltexten).

Im Folgenden wird kurz auf die Studien eingegangen, welche in der Tabelle 1 genauer beschrieben werden.

- Die Studie von Downe, Schmidt, Kingdon & Heazell (2013) untersucht mit einem Grounded-Theory Ansatz die Interaktionen des Spitalpersonals und der Eltern kurz vor oder während der Geburt eines intrauterin verstorbenen Kindes.
- Ekelin, Crang-Svalenius, Nordström & Dykes (2008) verfolgen ebenfalls mit einem Grounded-Theory Ansatz das Ziel, die Erfahrungen und den Umgang von Frauen und ihren Partnern zu erfassen, welche die Diagnose eines nicht-lebensfähigen Kindes im 2. Trimenon erhielten.
- Erlandsson, Lindgren, Malm, Davidsson-Bremborg & Radestad (2011) untersuchen mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse, wie die Frauen die Zeit der Diagnosestellung bis zur Einleitung der Geburt verbrachten.
- Janssen & Adolfsson (2010) beschreiben mittels einer quantitativen Inhaltsanalyse die Erfahrungen von Hebammen und Pflegefachpersonen, wenn Frauen die Diagnose eines Kindsverlusts während des Routine-Ultraschalls in der 18.-20.SSW erhalten.

- Malm, Radestad, Erlandsson & Lindgren (2011) beabsichtigen durch eine qualitative Inhaltsanalyse Erfahrungen von Müttern zu erfassen, welche nach dem intrauterinen Tod ihres Kindes auf die Einleitung der Geburt warteten.
- Pullen, Golden & Cacciatore (2012) beantworten mittels Grounded Theory folgende Fragestellung: Welche Elemente der Todesnachricht lösen bei Eltern starke Gefühle aus? Dabei liegt der Fokus auf der Art und Weise wie den Eltern die Nachricht ihres verstorbenen Kindes überbracht worden ist. Es werden zwei Extremgruppen untersucht.
- Radestad, Malm, Lindgren, Petterson & Larsson (2013) erforschen ebenfalls mittels Grounded Theory die Erfahrungen der Mütter, wenn bestätigt wird, dass ihr Baby in utero tot ist. Die Autorinnen untersuchen, wie die Mütter sich erinnern und wie sie informiert wurden.
- Säflund, Sjörgen & Wredling (2004) beschäftigen sich mit der Unterstützung der Fachpersonen bei einer Totgeburt, aufgezeigt durch die Erfahrungen der Eltern. Sie analysieren ihre Daten mittels einer qualitativen Inhaltanalyse.
- Trulsson & Radestad (2004) untersuchen mit einem phänomenologischen Ansatz zwei Fragestellungen: 1. Warum sollte mit der Einleitung der Geburt nicht länger als 24 Stunden nach der Diagnose gewartet werden? 2. Wie sollte die Zeit zwischen Diagnose und Geburt gestaltet werden?

In einem zweiten Durchgang wurden für das Review auch Studien ausgewählt, welche sich nicht mit dem vorher gesetzten Schwangerschaftsalter auseinandersetzten (vergleiche Kapitel 3.1). Dies geschah aus folgenden Gründen: Beutel (2002) definiert den Begriff Totgeburt ab der 20. SSW. Er begründet dies damit, dass die Frauen zu diesem Zeitpunkt bereits Kindsbewegungen gespürt haben. Denn mit der Wahrnehmung der Kindsbewegung wird das Kind realer und es entsteht eine deutliche Verstärkung der Bindungsbereitschaft der Eltern. Die ersten Kindsbewegungen sind bei Mehrgebärenden zudem ab der 18. SSW spürbar (Romahn, 2007). Klier (2001) beschreibt, dass sich keine Unterschiede betreffend den psychischen Reaktionen aufgrund des fortgeschrittenen Schwangerschaftsalter finden lassen. Sie begründet dies mit der Entwicklungspsychologie. Maurer und Gassmann (2006) beschreiben zudem, dass die Trauer vielmehr vom Identifikationsgrad der Frau als Mutter, als vom Schwangerschaftsalter abhängt. Schliesslich wurden zwei Studien eingeschlossen, die Mütter ab der 18. SSW in die Forschung einbeziehen.

Tabelle 1: Übersicht der analysierten Studien

AutorInnen/ Jahr/Methode	Ziel der Studie	Population/ Sample	Methode/ Intervention	Relevante Ergebnisse
Downe et al., 2013 Grounded Theory	Erhalten der Sichtweise von trauernden Eltern über die Interaktion mit dem Klinikpersonal, wenn das Ungeborene kurz vor oder während der Geburt verstirbt.	22 Familien (davon 19 Frauen und 3 Ehepaare) mit Fetaltod 22.-42. SSW.	Tiefeninterview	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptthema: „Eine Chance es richtig zu machen“ • Drei Unterthemen: „Erfahrungen der Eltern (aushalten & mehrfacher Verlust)“, „Bedürfnisse der Eltern (unwiederbringliche Momente wertvoll machen)“ und „Betreuungslücke in der Betreuung“ • Emotionen, positive wie auch negative • Grosses Bedürfnis nach Information und Führung • Die Interaktion mit Gesundheitsfachpersonen sowie angepasste Information helfen bei der Verarbeitung • Kompetente und kontinuierliche Betreuung sowie eine angepasste Kommunikation sind Möglichkeiten der Unterstützung durch die Hebamme
Ekelin et al., 2008 Grounded Theory	Erfassen der Erfahrung und des Umgangs von betroffenen Eltern, welche die Diagnose nicht-lebensfähiges Kind im Ultraschall im zweiten Trimenon erhalten.	6 Paare und 3 Frauen bei welchen ein nicht-lebensfähiger Fetus diagnostiziert wurde.	Tiefeninterview	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptthema: „Unerwartete Änderung im Leben“ • Vier Unterthemen: „Getäuscht von einem falschen Sicherheitsgefühl“, „Konfrontation mit der Realität“, „Trauern“ und „Reorientierung“ • Emotionen: Täuschung, Wut, Unbehagen, Trauer, Sensibilität • Wunsch nach Informationen, Aufmerksamkeit, klarem Dialog und Nachsorge • Erklärungen helfen bei der Verarbeitung • Kontinuierliche Unterstützung durch die Hebamme sowie einheitliche und klare Informationen durch die Hebamme wird als positiv bewertet
Erlandsson et al., 2011 Qualitative Inhaltsanalyse	Beschreibung, wie Mütter die Zeitspanne zwischen der Diagnosestellung eines toten Babys in utero und der Einleitung der Geburt verbringen.	515 Mütter mit Totgeburt ≥22. SSW.	Online-Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptthema: „Streben mit dem Verlust klarzukommen, wenn man den Tod im Körper trägt“ • Zwei Unterthemen: „Einschliessen der Anderen, der eigenen Gefühle und des verlorenen Babys“ und „Sich schliessen gegenüber anderen, sich selbst und dem verlorenen Baby“ • Emotionen: Schuldgefühle, Unbehagen, Abgetrennt von der Welt und alleine, totale Anspannung und Ruhe • Hauptwunsch: Nicht-alleine-gelassen-Werden, anerkannt werden • Kontakt und Nähe mit Freunden und Gesundheitsfachpersonen hilft bei der Verarbeitung

<p>Jansson, C., Adolfsson, A., 2010</p> <p>Quantitative Inhaltsanalyse</p>	<p>Beschreibung der Erfahrungen von Hebammen und Pflegefachpersonen, wenn Frauen die Diagnose eines Aborts während des Routine-Ultraschalls in der 18. - 20.SSW kriegen.</p>	<p>4 Pflegefachpersonen und 9 Hebammen aus unterschiedlichen geburtshilflichen Abteilungen.</p>	<p>Halb-strukturiertes Interview</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vier Hauptthemen: „Erfahrung der Interviewten, wie die Frauen reagieren“, „Unterstützung von den Hebammen und Pflegefachpersonen“, „Reaktionen der Männer“ und „Kommunikation zwischen den Fachpersonen“ • Emotionen: Verlust, Angst, Verzweiflung, Trauer, Schock, Schuld, Versagen des Körpers • Wunsch nach klarer und zeitnaher Kommunikation und Nachsorge durch die Hebamme • Wichtig für die Verarbeitung ist das Verstehen der Informationen • Die Anwesenheit einer Fachperson wird geschätzt, wenn diese Sympathie zeigt, präsent ist, Zeit und Raum gibt, Fragen beantwortet, Informationen stets wiederholt und in schriftlicher sowie mündlicher Form und Kontaktdaten abgibt
<p>Malm et al., 2011</p> <p>Qualitative Inhaltsanalyse</p>	<p>Erfassen der Erfahrungen der Mütter, welche nach dem intrauterinen Tod ihres Kindes auf die Einleitung der Geburt warteten.</p>	<p>21 Frauen, welche eine Zeitlücke zwischen der Diagnosestellung des intrauterin verstorbenen Kindes und der Einleitung der Geburt erlebt haben.</p>	<p>Tiefeninterview</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vier Hauptthemen welche die Zeitspanne beschreiben: „unfreiwilliges Warten“, „Umgang mit dem Udenkbaren“, „gebrochene Erwartungen“ und „Mut dem Leben zu begegnen“ • Emotional tritt das unfreiwillige Warten stark hervor, ausserdem Gefühle von gebrochenen Erwartungen, Entscheidungsunfähigkeit, Kontrollverlust und gleichzeitig das Gefühl es meistern zu können • Wunsch nach einer schnellen Einleitung und das Kind nicht länger in sich tragen zu müssen • Fokus auf die Zukunft und Kommunikation mit dem Partner wird als hilfreich in der Verarbeitung angesehen
<p>Pullen et al., 2012</p> <p>Retrospektive Studie, Grounded Theory</p>	<p>Welche Elemente der Todesnachricht lösen bei Eltern starke Gefühle aus? Der Fokus liegt auf der Art und Weise wie den Eltern die Nachricht ihres verstorbenen Kindes überbracht worden ist. Es werden zwei Extremgruppen</p>	<p>90 betroffene Eltern welche eine Totgeburt ≥20 SSW erlebt haben. Unterteilung in zwei Extrem-Gruppen (Art der Übermittlung hat Trauerprozess negativ beeinflusst, Art</p>	<p>Online Fragebogen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beide Gruppen betreffend drei Hauptelemente: „Verspätung der Todesnachricht“, „Ausdruck von Sympathie“, „Kommunikation der Todesnachricht“ • Beide Gruppen betreffend drei weitere Elemente: „Kommunikation bezüglich weitere Optionen“, „Unsicherheit der Fachperson“, „Verlassen des Raumes durch die Fachperson“ • Drei weitere Elemente welche die Gegenstände der Gruppen in Beziehung setzen: „Unterdrückung versus Unterstützung der Emotionen der Patienten“, „Fehlen versus Präsenz von Informationengabe“, „Fehlen versus Vorhandensein von kontinuierlicher Betreuung“

	untersucht.	der Übermittlung hat Trauerprozess nicht negativ beeinflusst).		<ul style="list-style-type: none"> • Fünf weitere Elemente, ausschliesslich in der Gruppe, welche die Art der Übermittlung als negativ empfand: „Isolation“, „Scham“, „Gegensätze in der Erfahrung“, „der Tod des Kindes wird als günstig bewertet“, „Beschwichtigung versus kalte Kommunikation“ • Emotionen: Isolation, Hoffnung, Scham • Im Zusammenhang mit einer positiven Verarbeitung wird die direkte Kommunikation, genügend Erklärungen, Ausdruck von Sympathie, Beizug von Angehörigen und die kontinuierliche Betreuung als hilfreich beschrieben • Das Geben von Zeit und Raum, Präsenz, Sympathiebekundungen und das Gewährleisten einer kontinuierlichen Betreuung gehört in den Handlungsspielraum der Hebamme
Radestad, I. et al., 2013	Erfassen der Erfahrungen der Mütter wenn bestätigt wird, dass ihr Baby in utero tot ist um zu erfahren, wie sie sich daran erinnern und wie sie informiert wurden.	26 Mütter mit IUFT ≥28.SSW	Tiefeninterview	<ul style="list-style-type: none"> • Drei Hauptthemen: „Mütterliche Vorahnung“, „Bestätigung des Todes“, „die Welt des Chaos und der Einsamkeit“ • Fünf Unterthemen: „Sehen des Ultraschallmonitors“, „Körpersprache der Fachperson“, „taktlose und unklare Kommunikation“, „aufklärende Informationen“ und „Panik, Verzweiflung und totale Einsamkeit“ • Emotionen: Unsicherheit, Hoffnung, Alleinsein, Angst, Panik, Verzweiflung, Einsamkeit, Chaos, Irrealität -> freier Fall • Wunsch nach nicht-alleine-sein, schneller Entfernung des Kindes und jemandem, mit dem man die Informationen und das Leiden teilen kann • Die Hebamme soll ehrliche Informationen abgeben und diese Schritt für Schritt erklären, damit der Tod in einen Kontext gebracht werden kann
Grounded Theory	<u>Arbeitshypothese:</u> Wenn man die Perspektive der Mutter während dieses Prozesses versteht, ist man besser gerüstet um sekundäre und vermeidbare traumatische Reaktionen zu verhindern.			

<p>Säflund, K., Sjörge, B., Wredling, R., 2004</p>	<p>Erfassen der Unterstützung durch Fachpersonen bei einer Totgeburt anhand Erfahrungen von betroffenen Eltern.</p>	<p>Eltern und Mütter welche eine Totgeburt ≥ 28 SSW erlebt haben. Beim ersten Interview 24 Paare und 7 Mütter, beim zweiten Interview 16 Paare und 10 Mütter. Insgesamt 57 Interviews</p>	<p>2 Interviews: Halb-strukturiert</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sechs Hauptthemen: „Unterstützung im Chaos“, „Unterstützung im Treffen und Trennen vom Kind“, „Unterstützung im Trauern“, „Erklärung der Totgeburt“, „Organisation der Pflege“ und „Verstehen der Natur der Trauer“ • Emotionen: Verzweiflung, Hilflosigkeit, alleine gelassen, Schuld • Bedürfnisse und Wünsche: Unterstützung im Trauern durch Fachpersonen, Betreuung durch dieselbe/wenige Fachpersonen, Sympathie und Verständnis von Fachperson. Weiter kommt hervor, dass mehr Informationen abgegeben werden als aufgenommen werden können, deshalb klare Informationen • Als hilfreich für die Verarbeitung werden nachfolgende Gespräche und eine kontinuierliche Betreuung angesehen • Die Unterstützung durch die Hebamme besteht in der Aufgabe die Verzweiflung zu mindern, in einer angepasste, verständnisvoller Kommunikation sowie in einer kontinuierliche Betreuung
<p>Trulsson, O., Radestad, I., 2004</p>	<p>Beantwortung der zwei Fragen: 1. Warum sollte mit der Einleitung der Geburt nicht länger als 24 Stunden nach der Diagnose gewartet werden? 2. Wie sollte die Zeit zwischen Diagnose und Geburt gestaltet werden?</p>	<p>12 Frauen, die einen IUFT ≥ 24.SSW erlebt haben</p>	<p>Interview</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sieben Hauptthemen: „Vorahnung“, „Schwierigkeiten ihre Sorgen zu äussern“, „verbale Kommunikation mit den Fachpersonen verstummt“, „irreal und benommen“, „wollen das Baby sofort loswerden“, „durch die Geburt gehen“ und „totale Stille“ • Emotionen: Stille, Angst, Irrealität, Alleinsein, Verunsicherung, Trauer, Fokus auf Geburt, schwierig zu verstehen • Frauen wünschen sich klare Informationen, Sympathie und Verständnis, eine kleine Anzahl Menschen welche sie betreut oder eine kontinuierliche Betreuung und dass sie das furchterregende, tote Ungeborene so schnell wie möglich loswerden • Unterstützung durch die Hebamme durch Ruhe und Zeit, Unterstützung in der Trauer und kontinuierliche Betreuung

5.2 Stärken und Schwächen der gewählten Literatur

Die eingeschlossene Literatur wurde gemäss den in Kapitel 4.3 dargestellten Kriterien überprüft. Die Studien von Downe et al. (2013), Ekelin et al. (2008), Erlandsson et al. (2011) sowie Jansson & Adolfsson (2010) erfüllten die Kernkriterien nach unserer Definition vollständig. Positiv hervorzuheben ist bei diesen Studien, dass alle bis auf eine (Trulsson & Radestad, 2004) von einer Ethikkommission geprüft wurden. Weiter verfügen sie über klare und transparente Methoden und bei drei der vier Studien (Downe et al., 2013; Ekelin et al., 2008; Jansson & Adolfsson, 2010) wird die männliche Perspektive miteinbezogen. Die Studien von Malm et al. (2011), Pullen et al., (2012), Radestad et al. (2013), Säflund et al. (2004) und Trulsson & Radestad (2004) erfüllen die Kernkriterien teilweise. Positiv hervorzuheben bei diesen Studien sind die passenden Stichprobengrössen (Pullen et al., 2012; Radestad et al., 2013; Säflund et al., 2004) sowie die Prüfung durch eine Ethikkommission (Malm et al., 2011; Radestad et al., 2013; Säflund et al., 2004).

Schwächen bei den Studien, welche die Kernkriterien nur teilweise erfüllen, finden sich hauptsächlich in einer fehlenden reflektierten Subjektivität (Pullen et al., 2012; Radestad et al., 2013; Säflund et al., 2004; Trulsson & Radestad, 2004), in einer unklaren oder fehlerhaften Rekrutierung (Malm et al., 2011; Pullen et al., 2012; Radestad et al., 2013; Trulsson & Radestad, 2004) und einer nicht transparenten und nicht schlüssigen Methode (Malm et al., 2011; Radestad et al., 2013; Trulsson & Radestad, 2004). Schwächen bei Studien, welche die Kernkriterien erfüllen, finden sich unter anderem in einer kleinen Stichprobenanzahl (Ekelin et al., 2008; Jansson & Adolfsson, 2010). Eine genaue Übersicht über die Stärken und Schwächen sowie die jeweilige Einschätzung der Qualität findet sich in der Tabelle 2.

Tabelle 2: Beschreibung der Stärken und Schwächen der ausgewählten Literatur

AutorInnen Jahr	Einschätzung: Stärken	Einschätzung: Schwächen	Evidenzstärke
Downe et al., 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Männliche Perspektive miteinbezogen • Durch die Ethikkommission genehmigt • Ausführliche reflektierte Subjektivität 	<ul style="list-style-type: none"> • Ungenauer Beschrieb Datenanalyse 	Kernkriterien erfüllt
Ekelin et al., 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Männliche Perspektive miteinbezogen • Klare Analysemethode, gut dokumentiert • Methode verständlich dargelegt und passend • Durch Ethikkommission genehmigt 	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine Stichprobe, n=15 	Kernkriterien erfüllt
Erlandsson et al., 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Grosse Stichprobe, n=515 • Durch Ethikkommission genehmigt • Schwächen und Limitationen selbstkritisch aufgezeigt • Methoden passend, gut umgesetzt 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende männliche Perspektive • Gewinnung der Studienteilnehmenden nur über Internet, Selbst-Rekrutierung • Fragebogen nur über Internet ausfüllbar • Keine direkte Konfrontation, kein Nachfragen möglich • Reflektierte Subjektivität fehlt 	Kernkriterien erfüllt
Malm et al., 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Durch Ethikkommission genehmigt • Diskussion breit angelegt, eigene Limitationen werden erkannt • Schlüssige Schlussfolgerung 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende männliche Perspektive • Unklare Rekrutierung • Methoden nicht durchgehend schlüssig • Fehlende Samplingstrategie 	Kernkriterien teilweise erfüllt
Pullen et al., 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Die Methoden sind klar beschrieben • Das Vorwissen sowie Lücken werden benannt • Limitationen werden genannt (Extremgruppen) • Grosse Stichprobe n=90 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende ethische Aspekte (Mutterstudie?) • Rekrutierung bleibt offen • Reflektierte Subjektivität fehlt, wird beschrieben, dass die 1. Autorin selbst einen IUFT hatte, bleibt dann aber so stehen. 	Kernkriterien teilweise erfüllt
Jansson & Adolfsson, 2010	<ul style="list-style-type: none"> • Männliche Perspektive mit einbezogen • Ausführliche Beschreibung der Methoden • Indikation des Designs und Methode werden genannt • Limitationen werden ausgeführt • Durch Ethikkommission genehmigt 	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine Stichprobe n=15 • Reflektierte Subjektivität fehlt 	Kernkriterien erfüllt

Radestad et al., 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Viele Interviewauszüge in den Ergebnissen • Design angepasste Stichprobengrösse n=26 • Indikation der Methode klar beschrieben • Ethische Aspekte werden genannt 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstrekrutierung (repräsentative Stichprobe?) • Analyse Methode nicht klar benannt • Limitationen werden nicht klar aufgeführt • Reflektierte Subjektivität fehlt 	Kernkriterien teilweise erfüllt
Säflund et al., 2004	<ul style="list-style-type: none"> • Methoden sind nachvollziehbar • Grosse Stichprobe 57 Interviews • Indikation des Designs wird begründet • Arbeitshypothese wird kritisch hinterfragt 	<ul style="list-style-type: none"> • Unerfahrene Psychologen führten die Interviews (keine Erfahrung mit dem Thema) • Reflektierte Subjektivität fehlt 	Kernkriterien teilweise erfüllt
Trulsson, O. et al., 2004	<ul style="list-style-type: none"> • Relevanz wird aufgezeigt • Benennt weitere Literatur • Design angepasste Stichprobengrösse n=12 • Ethikkommission beigezogen • Analysemethode beschrieben 	<ul style="list-style-type: none"> • Methode nicht transparent: Rekrutierung und Interviewsetting und -art nicht beschrieben • Reflektierte Subjektivität fehlt • Es werden keine ethischen Aspekte beschrieben 	Kernkriterien teilweise erfüllt

5.3 Ergebnisse der Literaturanalyse

Die Ausgangslage zur Beantwortung der Fragestellung bilden die Ergebnisse der analysierten Studien. Bei der Analyse der Studien ist aufgefallen, dass in dieser Zeitspanne die Gefühle der Eltern eine grosse Rolle spielen. Deshalb fliessen sie bei den Ergebnissen ein. Wegen ihrer grossen Relevanz erhalten die Gefühle der Eltern eine eigene Kategorie. Folgende weitere Kategorien werden gebildet: Bedürfnisse und Wünsche, Verarbeitungsprozess und Hebammenbetreuung. Zwischen den Kategorien kann es, wie in Abbildung 2 dargestellt, zu Überschneidungen kommen. Es ist jedoch zu beachten, dass sich die Perspektive jeweils unterscheidet. In Abbildung 2 werden sowohl die Kategorien wie auch einige der gemeinsamen Themen dargestellt.

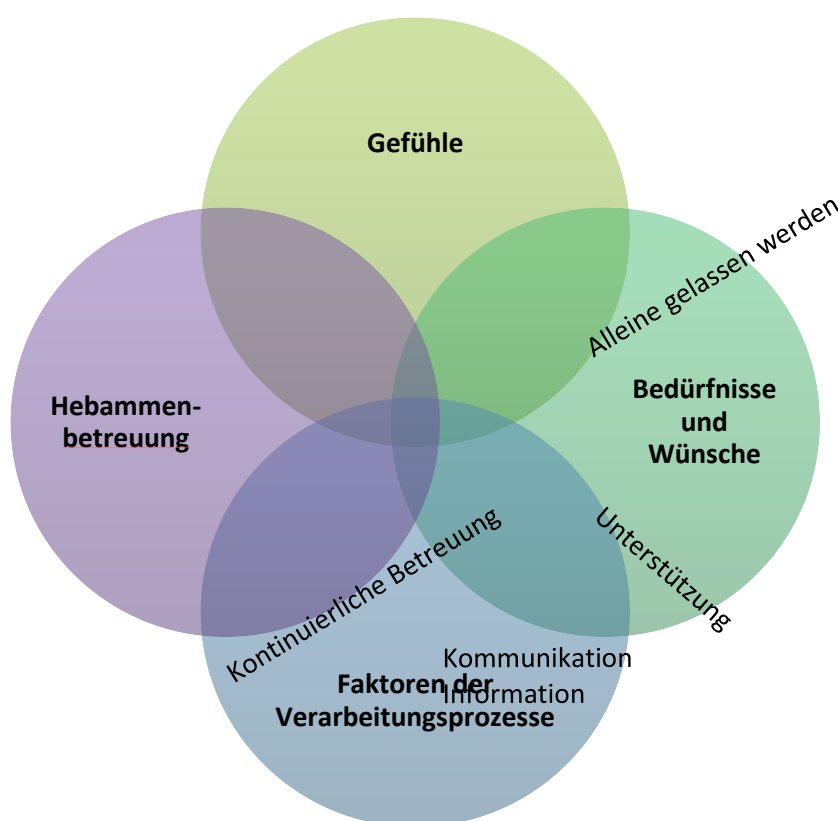


Abbildung 2: Übersicht mit vier Hauptkategorien

GEFÜHLE

Verlust: Viele Eltern beschreiben das Gefühl von Verlust (Downe et al., 2013; Jansson & Adolfsson, 2010). Dabei ist nicht nur der Verlust über das verlorene Kind, sondern auch der Verlust von Freude, vom Elternwerden und teilweise sogar vom Verlust des Lebenssinnes gemeint (Downe et al., 2013). Bei Ekelin et al. (2008) steht der Verlust eher im Zusammenhang mit einer Täuschung. Betroffene Eltern fühlen sich getäuscht in der Literatur über die Schwangerschaft, da dort meistens von den heiklen ersten

zwölf Wochen gesprochen wird und nicht von der Möglichkeit, dass das Kind zu einem späteren Zeitpunkt auch sterben kann. Diese Täuschung führt zu gebrochenen Erwartungen, welche auch von Malm et al. (2011) beschrieben werden.

Schuld: Bei Pullen et al. (2012) wird Scham beschrieben, welche Eltern empfinden, weil die Fachpersonen Andeutungen machen, dass sie Schuld am Tod des Kindes sind. Auch Säflund et al. (2004) beschreiben, dass es nicht unüblich ist, dass Eltern Schuldgefühle äussern. Der Verlust wird als persönliches Versagen angesehen und als ein Nicht-Funktionieren des Körpers (Jansson & Adolfsson, 2010). Die Studie von Erlandsson et al. (2011) zeigt ausserdem, dass sich manche Frauen verantwortlich und schuldig gegenüber Freunden fühlen, weil sie schwanger mit einem Kind sind, welches nicht mehr lebt.

Alleinsein: Das Gefühl des Alleinseins beschreiben sechs Autoren. Die Frauen fühlen sich während der Diagnosestellung alleine und haben Angst (Radestad et al., 2013; Trulsson & Radestad, 2004). Insbesondere die betretene Stille nach der Diagnosestellung ist furchterregend und verunsichert die Frauen (Trulsson & Radestad, 2004). Nach der Diagnosestellung, wenn alle Anwesenden das Zimmer verlassen, gibt dies den Frauen das Gefühl verlassen und alleine zu sein, und keine Kontrolle über die Situation zu haben (Malm et al., 2011). Pullen et al. (2012) beschreiben zudem ein Gefühl der Isolation. Erlandsson et al. (2011) nennen dieses Gefühl „von der Welt abgetrennt sein“. Downe et al. (2013) bestätigen dieses Gefühl. Nicht nur gefühlsmässig, sondern auch räumlich werden Eltern zum Teil isoliert. Die Gefühle dürfen nicht in der Öffentlichkeit gezeigt werden und werden von den Fachpersonen unterdrückt (Pullen et al., 2012). Auch Säflund et al. (2004) heben hervor, dass sich die Eltern bei fehlender Unterstützung alleine fühlen. Erlandsson et al. (2011) haben festgestellt, dass Frauen, welche nicht die gewünschte Betreuung erhalten, sich verlassen und nicht beachtet fühlen.

Hoffnung: Trotz Vorahnung haben viele Mütter bis zur definitiven Diagnose noch Hoffnung, dass mit ihrem Kind doch alles in Ordnung ist (Radestad et al., 2013). Pullen et al. (2012) beschreiben zudem die Hoffnung der Eltern, dass das Ungeborene noch lebt. Diese Hoffnung kommt davon, weil Fachpersonen gesagt haben, dass sich das Ungeborene vielleicht nur versteckt und darum keine Herztöne gefunden werden. Die meisten Eltern sind jedoch besorgt (Jansson & Adolfsson, 2010).

Zuversicht: Trotz der schwierigen Situation taucht auch das Gefühl der Zuversicht auf, das Gefühl mit der Situation umgehen zu können (Malm et al., 2011). Wenn die Frauen die mögliche Spontangeburt akzeptiert haben, sind sie fokussiert auf die Geburt

(Trulsson & Radestad, 2004). Einige Frauen beschreiben, dass sie sehnsüchtig auf die Geburt des Kindes gewartet haben, um es dann endlich zu sehen und in den Armen zu halten (Erlandsson et al., 2011).

Unbehagen/Angst: Ein totes Kind in sich zu tragen und gleichzeitig den schwangeren Bauch zu zeigen, bereitet einigen Müttern Unbehagen (Erlandsson et al., 2011). Viele Frauen möchten am liebsten vor der Situation flüchten. Das tote Kind erscheint ihnen furchterregend und undefinierbar (Trulsson & Radestad, 2004). Einige weichen zurück und sagen gar nichts mehr, sie haben Angst Emotionen zu zeigen. Andere kommunizieren, indem sie weinen. Es stehen jedoch alle Frauen unter Stress, sind verletzlich und nervös. Teilweise haben sie auch Angst vor dem weiteren Vorgehen oder vor dem Aussehen des Kindes (Jansson & Adolfsson, 2010).

Chaos: Ekelin et al. (2008) zeigen, dass der Moment der Diagnose ein unerwarteter Kontrollverlust bedeutet. Radestad et al. (2013) beschreiben die „Welt als Chaos“ als eines der Hauptthemen. Die Mütter fühlen sich hilflos. Eltern fühlen sich nicht aufnahmefähig, egal wie sehr sie versuchen Informationen aufzunehmen (Downe et al., 2013). Malm et al. (2011) unterstützen diese Aussage. Sie fügen ausserdem an, dass sich viele Frauen gar unfähig fühlen, Entscheidungen zu beeinflussen. Diese Zeit des Chaos taucht auch bei Erlandsson et al. (2011) auf. Einige Frauen erleben diese Zeit als die schlimmste Zeit überhaupt im ganzen Geschehen.

Panik/Schock: Nach der Diagnose empfinden Mütter Panik, Verzweiflung und befinden sich im „freien Fall“ (Radestad et al., 2013). Auch bei Säflund et al. (2004) ist von der Verzweiflung die Rede. Jansson & Adolfsson (2010) beschreiben zudem einen Schock. Einige der Frauen sind völlig überrascht. Manche Frauen reagieren körperlich (nicht schlafen können, nicht essen können), während andere ruhig bleiben und den täglichen Aufgaben nachgehen (Erlandsson et al., 2011). Malm et al. (2011) fügen dem an, dass viele Frauen voller Emotionen sind und sich auf die kommende Geburt konzentrieren.

Unwirklichkeit: Der Tod ist etwas völlig Unerwartetes, die Mütter waren auf die Mutterschaft eingestellt. Sie empfinden nach der Diagnosestellung ein Gefühl der Irrealität (Radestad, et al., 2013). Auch Trulsson & Radestad (2004) beschreiben, dass die Situation unreal erscheint und sich die Frauen benommen fühlen. Es ist schwierig zu verstehen, was passiert ist und was dies bedeutet (Jansson & Adolfsson, 2010; Trulsson & Radestad, 2004). Dass die Geburt nicht sofort eingeleitet wurde, verwirrte einige Frauen. Zusätzlich dieses tote Kind noch zu gebären wurde von Vielen als unvorstellbar beschrieben (Malm et al., 2011).

Trauer: Einige Eltern schwanken zwischen Trauer und Angst (Trulsson & Radestad, 2004). Jansson & Adolfsson (2010) beschreiben die Gefühle Trauer und Verlust als Reaktion auf die Diagnose. Ekelin et al. (2008) geben der Trauer unterschiedliche Gesichter: die Trauer über die geplante Zukunft sowie die Trauer über das verlorene Kind.

Offen bleiben die Gefühle der Männer. Nur zwei Studien weisen explizit auf die männlichen Gefühle hin. So zeigen sich bei den Vätern in etwa die gleichen Emotionen wie bei den Müttern (Jansson & Adolfsson, 2010). Viele Männer haben das Gefühl, dass es ihre Rolle ist, eine Unterstützung zu sein. Deshalb versuchen sie selbst ruhig zu bleiben (Jansson & Adolfsson, 2010; Ekelin et al., 2008).

BEDÜRFNISSE UND WÜNSCHE

Information: Das Bedürfnis nach Information wird von mehreren Autoren beschrieben. So nennen Downe et al. (2013) ein starkes Bedürfnis nach Informationen über den Vorgang der Einleitung, den Ablauf der Geburt und was nach der Geburt passiert. Schon beim Eintritt ins Spital wollen die Mütter klare Informationen, was passieren wird. Oft bekommen die Eltern mehr Informationen, als sie aufnehmen können. Sie brauchen einen Moment, um sich zu sammeln, bevor sie Informationen einordnen können (Säflund et al., 2004). Ekelin et al. (2008) zeigen ein dringendes Bedürfnis nach Information auf, welches vor allem in der ersten Phase des Schocks gewünscht ist.

Unterstützung: Manchmal wissen Eltern nicht, wie sie im Moment mit der Situation umgehen sollen und was das Beste für die Zukunft ist. Sie erwarten von den Betreuungspersonen, geführt zu werden (Säflund et al., 2004). Angebrachte Unterstützung und Rat beim Trauern ist für die Eltern wichtig (Säflund et al., 2004). Die Frauen wünschen sich nur eine kleine Anzahl von Menschen und dafür eine kontinuierliche Betreuung, vor allem wenn die Frauen nach Hause gehen und später wieder ins Spital eintreten (Trulsson & Radestad, 2004). Eltern wünschen sich auch Führung und Unterstützung im Treffen von Entscheidungen. Sie sind froh, wenn sie mitbestimmen können (Downe et al., 2013).

„Nicht-alleine-gelassen-Werden“: Viele Frauen haben das grosse Bedürfnis, dass sie von Hebammen oder anderem Spitalpersonal in der Zeitspanne von der Diagnose bis zur Einleitung der Geburt nicht allein gelassen werden. Weiter wünschen sich einige Frauen Anerkennung (Erlandsson et al., 2011). Die Mütter möchten die Information mit jemandem teilen, um besser verstehen zu können (Radestad, 2013).

Kommunikation: Die Frauen erwarten Sympathie und Verständnis von den Fachpersonen (Säflund et al., 2004; Trulsson & Radestad, 2004). Sie wünschen sich eine Step-by-step-Kommunikation, das heisst, dass zeitgleich erklärt wird, was auf dem Ultraschallmonitor zu sehen ist, damit der Tod in einen Kontext gebettet werden kann, um ihn zu verstehen (Jansson & Adolfsson, 2010; Radestad et al., 2013). Ausserdem wird ein klarer und direkter Dialog gewünscht und geschätzt (Ekelin et al., 2008).

Nachsorge: Nachfolgende Gespräche mit der betreuenden Hebamme sind für die Eltern wichtig. In einer nachfolgenden Schwangerschaft scheint es den Eltern Sicherheit zu geben, wenn die gleichen Betreuungspersonen involviert sind (Säflund et al., 2004). Auch Jansson & Adolfsson (2010) beschreiben, dass die Eltern ein follow-up schätzen. Die Nachsorge kann auch nur ein kurzer Telefonanruf sein (Ekelin et al., 2008).

Wünsche bezüglich der Geburt: Einige Frauen verlangen nach einer Sectio (Radestad et al., 2013) und wollen das Baby sofort loswerden (Trulsson & Radestad, 2004). Ein sofortiges Einleiten der Geburt war auch der Wunsch einiger Frauen in der Studie von Malm et al. (2011). Viele Frauen empfinden die Zeitspanne zwischen der Diagnose und der Einleitung der Geburt zudem als ein „unfreiwilliges Warten“ (Malm et al., 2011).

FAKTOREN DER VERARBEITUNGSPROZESSE

Erinnerungen: Die Qualität der Erinnerungen ist ein wichtiger Punkt für eine gute oder schlechte Verarbeitung. Mit den Erinnerungen sind nicht nur Fotografien des Kindes gemeint, dazu gehören beispielsweise auch regelmässige Informationen über den Geburtsfortschritt (Downe et al., 2013).

Kommunikation: Die direkte Kommunikation, offene begründete Erklärungen und Antworten auf alle Fragen der Eltern zeigen eine positive Auswirkung auf den Verarbeitungsprozess (Pullen et al., 2012). Die Informationen und die Diagnose müssen erst verstanden werden, bevor der Trauerprozess beginnen kann (Jansson & Adolfsson, 2010). Downe et al. (2013) heben die Wichtigkeit der positiven Kommunikation hervor und betonen die fortlaufenden, angepassten und ehrlichen Informationen als eine Unterstützung für die bessere Verarbeitung des Geschehenen. Es wird von einigen Frauen unterstützend erlebt, wenn sie Erklärungen und Informationen zu den Ultraschall-Bildern erhalten (Ekelin et al., 2008).

Betreuung: Weitere Einflussfaktoren, die in der Studie von Pullen et al. (2012) bei der Gruppe mit einem positiven Verarbeitungsprozess genannt werden: Sympathiebekundungen und Präsenz der Fachperson, sowie der Wunsch mögliche

Ursachen für den Tod des Kindes abzuklären. Zeit und Raum für Emotionen werden zugelassen, auch in der Öffentlichkeit. Ein Ort um zum Trauern wird zur Verfügung gestellt. Die Fachpersonen bestätigen die Gefühle der Eltern und zeigen Verständnis dafür (Pullen et al., 2012). Es zeigt sich zudem, dass die kontinuierliche Betreuung den Verarbeitungsprozess ebenfalls positiv beeinflusst (Pullen et al., 2012, Säflund et al., 2004). Dazu gehören nachfolgende Besprechungen mit der betreuenden Hebamme, welche sich positiv auf den Trauerprozess auswirken (Säflund et al., 2004). Kleine Gesten wie das Halten der Hand, Berührungen und Umarmungen werden von betroffenen Eltern sehr geschätzt (Downe et al., 2013).

Unterstützung: Unterstützende Personen wie Familienmitglieder und Freunde werden einbezogen (Erlandsson et al., 2011; Pullen et al., 2012). Vor allem die Kommunikation mit dem Partner wird als grosse Unterstützung angesehen (Malm et al., 2011).

Zukunft: Von einigen Frauen wird der Fokus auf die Zukunft und der Gedanke an ein neues Kind als hilfreich erlebt (Malm et al., 2011).

HEBAMMENBETREUUNG

Die Eltern schreiben den Fachpersonen eine wichtige Rolle zu, sie können beispielsweise ihre Verzweiflung mindern, im negativen Fall aber auch vergrößern (Säflund et al., 2004). Für die Hebammen ergeben sich aus den Studien folgende wichtige Punkte:

Kommunikation: Die Mutter wartet bei der Diagnosestellung auf eine definitive Antwort auf ihre Vorahnung. Die Step-by-step-Kommunikation hilft den Kontext zu verstehen (Jansson & Adolfsson, 2010; Radestad et al., 2013). Die direkte Kommunikation, offene, begründete Erklärungen und Antworten auf alle Fragen der Eltern zeigen ebenfalls positive Auswirkungen (Pullen et al., 2012). Die Mütter sagen zudem, dass alle Verspätungen in der verbalen Nachrichtenüberbringung Angst machen (Radestad et al., 2013). Die Eltern beschreiben verschiedene Charakteristika der Überbringung von Informationen: Einerseits warme und verständnisvolle Kommunikation, andererseits viel zu mechanische und kalte Kommunikation (Säflund et al., 2004). Einige schätzen es ausserdem sehr, wenn ihnen die Freiheit gelassen wird, ob sie den Ultraschall-Monitor sehen möchten oder nicht (Ekelin et al., 2008). Die Hebammen erklären den Mütter und Paaren die Diagnose immer und immer wieder. Sie geben Informationen sowohl in mündlicher als auch in schriftlicher Form ab. Auch die Vorgehensweise wird immer wieder erläutert und alle Fragen werden beantwortet. Sie erklären den Eltern auch, weshalb es wichtig ist, den Fetus später zu sehen (Jansson & Adolfsson, 2010).

Zeit und Raum: Um den Kontext zu verstehen brauchen die Eltern Zeit und Raum (Pullen et al., 2012). Ruhe, Sympathie und Zeit der Fachpersonen ist ebenfalls ein wichtiger Punkt. Insgesamt fühlen sich die Frauen von den Hebammen gut unterstützt in ihrer Trauer (Trulsson & Radestad, 2004). Auch die Hebammen selbst beschreiben, dass sie die Frauen berühren, weinen lassen, Zeit und Raum geben und einfach präsent sind (Jansson & Adolfsson, 2010).

Betreuung: Pullen et al. (2012) beschreiben einige Aspekte in Bezug auf die Betreuung, welche sich positiv auswirken. Sympathiebekundungen einer Fachperson, sowie den Wunsch mögliche Ursachen für den Tod des Kindes abzuklären, wirken sich positiv aus. Auch die kontinuierliche Betreuung ist ein positiver Faktor (Ekelin et al., 2008; Pullen et al., 2012; Säflund et al., 2004; Trulsson & Radestad, 2004). Ein wichtiger Punkt in der Betreuung ist das klare und einheitliche Informieren (Ekelin et al., 2008).

6 Diskussion

Aus den oben aufgeführten Ergebnissen, wird ersichtlich, welch aufwühlendes Erlebnis ein IUFT für die Eltern wie auch für die betreuenden Fachpersonen ist. Die individuellen Gefühle, die verschiedenen Bedürfnisse und Wünsche, wichtige Faktoren für den Verarbeitungsprozess und die bedeutungsvolle Rolle der Hebamme kommen dabei zum Ausdruck. Die relevanten Ergebnisse werden in Anlehnung an die Abbildung 2 differenziert betrachtet, mit den bereits vorhandenen Modellen und Literatur verglichen und so in einen grösseren Zusammenhang gestellt. Die Beantwortung, der zu Beginn dieser Arbeit gestellten Fragestellungen, geht mit der folgenden Diskussion einher. Um die Review bewerten zu können wird schlussendlich eine kritische Betrachtung erarbeitet.

6.1 Gefühle

Setzt man sich mit den Ergebnissen der Analyse auseinander, fällt auf, dass die Gefühle eine grosse Rolle einnehmen. Es zeigt sich eine breite Palette von Gefühlsäusserungen. Verlust (Downe et al., 2013; Ekelin et al., 2008; Jansson & Adolfsson, 2012; Malm et al., 2011), Schuld (Erlandsson et al., 2011; Jansson & Adolfsson, 2010; Pullen et al., 2012; Säflund et al., 2004) und das Gefühl des Alleinseins (Downe et al., 2013; Erlandsson et al., 2011; Pullen et al., 2012; Radestad et al., 2013; Säflund et al., 2004; Trulsson & Radestad, 2004) sind nur ein kleiner Teil der Gefühle welche genannt werden (vergleiche Kapitel 5.3).

Dass die unterschiedlichen Gefühle eine solch präzise Rolle bei der Diagnosestellung IUFT einnehmen, ist nachvollziehbar. Denn mit der Diagnosestellung werden betroffene Eltern mit einer Realität konfrontiert, mit welcher sie nicht gerechnet haben. Plötzlich befinden sie sich in einer Extremsituation (Maurer & Gassmann, 2006). Dass in einer solchen Situation die unterschiedlichsten Gefühle ausgelöst werden, ist eine natürliche Reaktion (Schwemmer, 1997). Die in den Ergebnissen auftauchenden Gefühle nur als Ausdruck der Trauer zu bezeichnen wäre falsch. Die Trauer umfasst viel mehr als den Verlust. Sie bedeutet, sich in einem starken emotionalen Zustand zu befinden (Znoj, 2012). Somit sind auftauchende Gefühle nicht nur ein Ausdruck der Trauer (Capitulo, 2005), sondern sie sind auch ein Ausdruck der Überforderung und des Verlustes (Canakis, 2007; Mitteregger-Hauser, 2009). Für die Trauerarbeit und eine gelungene Verarbeitung ist das Zulassen dieser Gefühle von grosser Wichtigkeit, denn sie helfen den betroffenen Eltern mit der Situation umzugehen und diese zu realisieren (Kast, 2013; Schäfer, 2003; Schuchardt, 2006). In der Trauerarbeit ist es wichtig zu beachten, dass Trauern ein individueller Prozess ist und unterschiedlich abläuft (Heazell et al., 2012; Kast 2013; Mitteregger-Hauser, 2009).

In den Ergebnissen werden auch positive Gefühle wie Zuversicht und Hoffnung genannt (Erlandsson et al., 2011; Jansson & Adolfsson, 2010; Malm et al., 2011; Pullen et al., 2012; Radestad et al., 2013). Dass auch solche Gefühle auftauchen, erscheint merkwürdig, da der Verlust eines Ungeborenen als ausserordentlich schmerzhaft gilt und viele Eltern machtlos macht (Schwarz, 2013). Dennoch spielen diese positiven Gefühle eine Rolle. So werden sie von Kast (2013) mit dem Abschliessen der Trauerarbeit erwähnt. Schuchardt (2006) beschreibt die Zuversicht in einer späteren Phase der Krisenverarbeitung. Znoj (2012) betont dabei die Wichtigkeit der positiven Gefühle, da sie eine Ressource für die Trauerverarbeitung darstellen.

FAZIT

Das Wissen um diese unterschiedlichen Gefühle ist für die Hebamme und für alle Beteiligten enorm wichtig. Die Gefühle spielen eine entscheidende Rolle. Sie beeinflussen die Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen Eltern entscheidend und sind ein wichtiger Aspekt bei der Verarbeitung der Situation. Sie bilden auch eine Grundlage dessen, wie die Hebamme betroffene Eltern unterstützend begleiten kann.

Spannend zu sehen ist, dass positive Gefühle bei Kast (2013) und Schuchardt (2006) erst gegen Ende des jeweiligen Modells auftauchen. Gleichzeitig werden die positiven Gefühle genannt, wenn es um die erste Zeit der Diagnosestellung geht. Es stellt sich die Frage, ob betroffene Eltern mit der Diagnosestellung eines IUFT bereits einen

ersten Verarbeitungsprozess durchmachen (Lammer 2013). Weitere Faktoren im Zusammenhang mit der Verarbeitung werden in Kapitel 6.1.3 besprochen.

6.2 Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen Eltern

In den Ergebnissen zeichnet sich ab, dass es immer wieder vorkommt, dass sich Eltern eine sofortige Entfernung des ungeborenen Kindes wünschen (Malm et al., 2011; Radestad et al., 2013; Trulsson & Radestad, 2004). Ein weiterer wichtiger Wunsch betrifft die Information. Sie soll kongruent, verständlich, fortlaufend, kontextbezogen und empathisch sein (Downe et al., 2013; Ekelin et al., 2008; Jansson & Adolfsson, 2010; Radestad et al., 2013; Säflund et al., 2004; Trulsson & Radestad, 2004). Im Gegensatz dazu steht, dass Säflund et al. (2004) in ihrer Studie zum Ausdruck bringen, dass Frauen in der untersuchten Phase die Information nicht aufnehmen können. Neben diesen Faktoren besteht das Bedürfnis nach Unterstützung und Führung der Fachpersonen (Downe et al., 2013; Säflund et al., 2004). Dabei stehen eine kontinuierliche Betreuung und das Nicht-alleine-gelassen-Werden hervor (Erlandsson et al., 2011; Trulsson & Radestad, 2004).

SCHNELLE BEENDIGUNG DER SCHWANGERSCHAFT

Die Situation, die nach der Diagnosestellung eintritt, ist schwierig auszuhalten und die Entfernung des ungeborenen Kindes aus dem Mutterleib scheint eine einfache Lösung des Problems zu sein. Der Wunsch nach der sofortigen Entfernung des Kindes ist eine natürliche Reaktion der Eltern. Das unfassbare Ereignis löst den Drang aus, vor der Situation zu flüchten (Maurer & Gassmann, 2006).

Ohne klare Erklärungen, des Fachpersonals werden die Eltern mit ihren Fragen alleine gelassen und es entsteht ein Wissensdefizit. Dies bedeutet, dass die Eltern zu wenig oder ungenügende Informationen haben, um adäquate Entscheidungen betreffend ihres Zustands zu treffen. Es ist in dieser Situation von Bedeutung, dass der grosse Anteil an Halbwissen und Tabus beseitigt wird, die es rund um das Thema IUFT gibt (Maurer & Gassmann, 2006). Der Wunsch nach einer Beendigung der Schwangerschaft kommt auch wegen des grossen Anteils an Halbwissen auf (Maurer & Gassmann, 2006). So zum Beispiel der Mythos vom Leichengift, welcher grosse Angst auslösen kann (Schwarz, 2013).

KOMMUNIKATION UND INFORMATION

Die Situation ist für die Eltern unbekannt und sie benötigen Informationen (Lothrop, 2013). Der Widerspruch zwischen Erhalten von Informationen und Unfähigkeit, die

Informationen überhaupt aufzunehmen, entsteht dadurch, dass die Bedürfnisse der Eltern als sehr individuell angesehen werden müssen und dementsprechend reagiert werden soll (Fenwick, Jennings, Downie, Butt & Okanaga, 2007). Zudem stellt der Verlust des Kindes für die Eltern eine Stresssituation dar (Lazarus, 2005), welche die Informationsaufnahme verschlechtert (Gasch, 2008). Dieser Gedanke wird von der Salutogenese mit den protektiven Gesundheitsfaktoren unterstützt. Sie unterstreicht mit zwei ihrer Säulen „Bedeutsamkeit“ und „Verstehbarkeit“ nochmals die Wichtigkeit der Informationsgabe, um zur dritten Säule der „Handhabbarkeit“ zu gelangen (Antonovsky, 1997). Wie schlussendlich die Information und die Kommunikationstechnik gestaltet werden kann, hängt von der jeweiligen Fachperson ab (siehe Kapitel 6.1.4).

FÜHRUNG UND UNTERSTÜTZUNG

Die Eltern sind in einer völlig neuen Situation, der Boden wird ihnen unter den Füßen weggezogen (Lothrop, 2013). Dass in dieser Situation der Wunsch nach Führung und Unterstützung auftritt, wird von Gravensteen et al. (2013) ebenfalls beschrieben. Auch der Wunsch nach kontinuierlicher Betreuung ist nachvollziehbar, weil sie den Eltern zusätzliche Sicherheit vermittelt und sie eine Vertrauensbeziehung aufbauen kann (Fenwick et al, 2007). Lothrop (2013) hebt zudem die Wichtigkeit der Unterstützung beim Treffen von Entscheidungen hervor. Es ist Aufgabe der Fachpersonen, die Eltern auf dem Weg von der Hoffnung zur Realisation der Tatsachen zu begleiten (Maurer & Gassmann, 2006). Dabei muss ein gutes Gleichgewicht zwischen Führung und Raum lassen vorhanden sein, da beide Aspekte von betroffenen Eltern gewünscht werden. Ist dies der Fall, können die Eltern an Entscheidungen teilhaben und sie gelangen zu einer Selbstkontrolle, die dafür sorgt, dass die Hilflosigkeit verringert wird (Fenwick et al., 2007).

FAZIT

Die Bedürfnisse und Wünsche entstehen bis zu einem gewissen Teil aus der Überforderung durch die Situation, mit welcher die Eltern völlig unerwartet konfrontiert werden (Lothrop, 2013; Maurer & Gassmann, 2006). Lammer (2013) beschreibt im Modell der perimortalen Trauerbegleitung viele verschiedene Bedürfnisse und Reaktionen, welche auf einen Verlust folgen können. Dabei steht die Individualität der unterschiedlichen Personen im Vordergrund. In Anlehnung an Lammer (2013) kann die Review die Frage nach Wünschen und Bedürfnissen nicht abschliessend beantworten. So haben auch die Ergebnisse und Diskussion dieser Review nicht den Anspruch, eine

abschliessende Aufstellung der Bedürfnisse der Eltern darzustellen. Sie kann Anhaltspunkte für die betreuenden Fachpersonen bieten.

6.3 Einflussfaktoren auf die Verarbeitung

Die Ergebnisse der analysierten Studien ergeben, dass die Betreuung der betroffenen Eltern in der untersuchten Zeitspanne einen grossen Einfluss auf die erfolgreiche Verarbeitung des Geschehenen hat (Pullen et al., 2012; Säflund et al., 2004; Trulsson & Radestad, 2004). Das Geben von Raum und Zeit (Pullen et al., 2012), die kontinuierliche Betreuung (Pullen et al., 2012; Säflund et al., 2004) und eine empathische Begleitung stechen bei den Ergebnissen als die wichtigsten Faktoren der Betreuung hervor.

Weiter heben die Ergebnisse die Wichtigkeit der Kommunikation als Hilfe bei der Verarbeitung hervor. Sie soll offen, direkt, angepasst, fortlaufend, positiv und verbunden mit genügend Erklärungen sein (Downe et al., 2013; Ekelin et al., 2008; Jansson & Adolffson, 2010; Pullen et al., 2012). Ein letzter Punkt, welcher die Verarbeitung positiv beeinflusst, ist die Unterstützung durch den Partner, durch eine Vertrauensperson oder durch die Familie (Erlandsson et al., 2011; Malm et al., 2011; Pullen et al., 2012).

BETREUUNG

Betrachtet man die Trauerphasen nach Kast (2013) und die Krisenverarbeitung nach Schuchardt (2006) wird klar, dass der Prozess der Verarbeitung im Falle eines IUFT bereits bei der Diagnosestellung beginnt, spätestens mit dem Aufbrechen der Gefühle. Lammer (2013) bezeichnet die Todesnachricht ebenfalls als Start der Trauerarbeit. Kast (2013) beschreibt die Phase der aufbrechenden Emotionen an zweiter Stelle und Schuchardt (2006) nennt Gefühlsstürme in der dritten Phase der Verarbeitung. Die Verarbeitung eines schlimmen Ereignisses ist immer ein Prozess, welcher Zeit beansprucht (Hemmerich, 2000). Dass betroffene Eltern im Moment der Diagnosestellung viel Zeit und auch Raum brauchen, erscheint somit verständlich. Die Krisenverarbeitung von Schuchardt (2006) widerspiegelt dieses Verlangen. Bevor in die Phase der Verhandlung eingestiegen werden kann, müssen die Gefühle entladen werden (Schuchardt, 2006). Gassmann & Maurer (2006) betonen die Wichtigkeit der Zeit ebenfalls. Wird zu schnell gehandelt und betroffenen Eltern keine Zeit gelassen, fällt es ihnen später umso schwerer, an die Realität anzuknüpfen. Die Eltern müssen Schritt für Schritt verstehen, was geschehen ist. Es ist wichtig, dass die Geburt als transformierender Prozess wirklich wahrgenommen wird (Maurer & Gassmann, 2006).

Auch Lothrop (2013) betont, dass den Angehörigen überhaupt erst die Gelegenheit gegeben werden muss, den Tod zu begreifen. Ist dies nicht der Fall, erschwert dies eine gelungene Verarbeitung (Maurer & Gassmann, 2006). Auch Lammer (2013) unterstützt diese Aussage, indem sie hervorhebt, dass die Realisation des Todes ein Prozess ist, welcher Zeit braucht. Gleichzeitig ist bei ihr das Realisieren des Todes der Start der Verarbeitung. Wird dieser Start nicht gewährt, führt dies zu einer erschwerten Verarbeitung (Lammer, 2013).

Sympathiebekundungen, Verständnis und eine Bestätigung der Gefühle in der Betreuung, helfen betroffenen Eltern in einer gelungenen Verarbeitung (Pullen et al., 2012; Säflund et al., 2004; Trulsson & Radestad, 2004). Mit anderen Worten spielt das „Mit-Sein“ eine grosse Rolle und somit auch die Empathie. Sie bildet die Grundlage des Helfens und erlaubt, auf betroffene Eltern zuzugehen und ihnen gleichzeitig den Raum zu lassen, welchen sie benötigen (Tschudin, 1990). Dies bedeutet, dass von der Hebamme eine gewisse Verantwortung übernommen, jedoch viel Raum für eigene Entscheidungen gelassen wird. Betroffene Eltern und Hebammen befinden sich dabei auf der gleichen Ebene (Schmid, 2009).

Die kontinuierliche Betreuung durch Fachpersonen taucht wie der Aspekt des Raumgebens und -lassens in den gewählten Modellen nicht als ein Aspekt der Verarbeitung, sondern als Aspekt der unterstützenden Betreuung auf. Deshalb wird diese Thematik im Kapitel 6.1.4 besprochen.

KOMMUNIKATION

Die Auswirkung der Art der Kommunikation zeigt sich auch im Modell der Krisenverarbeitung von Schuchardt (2006). Dabei hebt Schuchardt (2006) die Bedeutsamkeit einer offenen und ehrlichen Kommunikation hervor. Sie betont, dass Gespräche, welche sich auf die Realität beziehen und diese thematisieren, eine grosse Hilfe bei der Verarbeitung sind. Das Verlangen nach verständlichen Informationen wird von Cacciatore & Bushfield (2007) unterstützt. Sie beschreiben in ihrer Studie, dass das Spitalpersonal viele Möglichkeiten verpasst hat, zusätzliche Informationen - vor allem über das weitere Vorgehen - abzugeben. Dies hätte den betroffenen Frauen bei der Verarbeitung wesentlich geholfen.

Die Verstehbarkeit von Informationen ist für betroffene Eltern wesentlich. Damit die Verarbeitung und der Trauerprozess überhaupt beginnen können, muss die Information „das Ungeborene ist verstorben“ zuerst verstanden werden (Lammer, 2013). Dies deckt sich mit der klassischen Auffassung der Trauerarbeit, dass ein

Verlust zuerst realisiert und akzeptiert werden muss, bevor die eigentliche Verarbeitung beginnt (Znoj, 2012).

UNTERSTÜTZUNG

Für viele betroffene Eltern ist es unangenehm, dass der Tod eines ungeborenen Kindes ein Tabuthema ist. Das bedeutet für sie Stress (Kelley & Trinidad, 2012). Betroffene Eltern wollen über das Kind sprechen, werden aber von der Gesellschaft zurückgehalten (Schäfer, 2003). Dieses Tabu sollte unbedingt beseitigt werden, da das Gespräch und der Austausch über das Geschehene einen wesentlichen Einfluss auf die Verarbeitung haben (Schuchardt, 2006). Gerade die Unterstützung durch den Partner, jemanden Vertrauten oder Bekannten wird von unterschiedlichen Autoren bestätigt. Bergant (2009) schreibt dem Zuzug einer Vertrauensperson einen wichtigen Beitrag an eine konstruktive und gelungene Verarbeitung zu. Lothrop (2013) hebt den Partner als wichtige Ressource bei Verlust hervor und die Green-top Guideline No. 55 vom RCOG (2010) empfiehlt, dass wenn die Frau bei der Diagnose alleine ist, sofort jemand aus dem Freundeskreis oder der Verwandtschaft hinzugezogen werden soll. Die Wichtigkeit der Unterstützung durch Freunde und Familie wird auch von Schäfer (2003) festgestellt. Er sieht Freunde, Familie und Verwandte als soziales Netz, welches die Betroffenen in dieser schwierigen Situation auffangen können. Die Wichtigkeit des Einbeziehens von Vertrauenspersonen und Freunden wird auch von Kast (2013) beschrieben. Sie hebt hervor, dass Menschen einander helfen müssen, damit ein Verlust überhaupt überwunden und verarbeitet werden kann (Kast, 2013).

FAZIT

Wie eine gelungene Verarbeitung in dieser akuten Phase aussieht, ist schwer zu erfassen. So gibt es keine gängigen Modelle oder Konzepte, welche sich, direkt mit dieser Situation auseinandersetzen. Klaus und Kennell (zitiert in Bowlby, 2006) sagen, dass Eltern, welche ihr Kind in der Schwangerschaft verlieren, ähnliche Muster aufzeigen wie Verwitwete. So bieten sich Modelle der Trauerverarbeitung wie die von Lammer (2013) oder Kast (2013) an. Diese Modelle widersprechen sich allerdings zum Teil. Gängige Modelle wie der Coping-Prozess von Lazarus (2005) oder die Krisenverarbeitung nach Schuchardt (2006) beziehen sich oft „nur“ auf das Ereignis des Verlustes an sich und gehen nicht differenziert auf von IUFT betroffenen Eltern ein.

Aus den Ergebnissen und der Diskussion lässt sich die Frage nach entscheidenden Faktoren für eine gelungene Verarbeitung der Situation nicht abschliessend beantworten. Die Relevanz der einzelnen, aufgezählten Faktoren ist aber deutlich erkennbar. So sticht hervor, dass für eine gelungene Verarbeitung die sozialen

Ressourcen sowie die Zeit eine wesentliche Rolle spielen. Es fehlen jedoch Untersuchungen, welche sich explizit mit diesen Faktoren und der untersuchten Zeitspanne auseinandersetzen.

6.4 Wie kann die Hebamme diese Phase begleiten?

Bei der Betrachtung der Ergebnisse in Bezug auf die positiven Faktoren für die Verarbeitungsprozesse und den Möglichkeiten wie die Hebamme Unterstützung bieten kann, ist aufgefallen, dass sich dies weitgehend deckt. Eine Erklärung für diese Deckung findet sich in der Tatsache der Wichtigkeit der Betreuung für die Verarbeitung. Die Hebamme ist dabei die Fachperson, welche die meiste Zeit mit betroffenen Eltern verbringt. Je nach Setting ist auch die Ärzteschaft in die Betreuung der Eltern einbezogen. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich jedoch auf die Aufgaben der Hebamme und es wird nicht weiter auf die Beziehung der Ärztinnen und Ärzten und den betroffenen Eltern eingegangen. Die folgenden Aspekte lassen sich dennoch teilweise auf die Ärzteschaft übertragen.

Ergänzend zu den im Kapitel 6.1.3. aufgeführten Ergebnissen kommen bei der Betreuung durch die Hebamme folgende Aspekte hinzu: Die Charakteristika, wie etwas gesagt wird, hat eine grosse Bedeutung für den Informationsempfänger (Säflund et al., 2004). Zudem soll die Information wiederholt weitergegeben werden, sowohl in schriftlicher als auch in mündlicher Form (Jansson & Adolfsson, 2010).

BETREUUNG

Die Zeitspanne zwischen Diagnosestellung IUFT und Beendigung der Schwangerschaft kann als eine Übergangsphase angesehen werden. Die Hebamme ist grundsätzlich eine geeignete Begleiterin für diese Phase. Um auf die individuellen Bedürfnisse eingehen zu können, ist eine kontinuierliche Betreuung oder eine Bezugspflege anzustreben (Maurer & Gassmann, 2006). Bei einer Bezugspflege hat eine Betreuungsperson die Verantwortung für die Betreuung der Frau. Entscheidungen werden mit der Frau in Kooperation getroffen. Somit entsteht eine Basis des Vertrauens und gibt der Mutter eine Orientierung (Ahrendt, 2007; Hauser, 2006). Die Eltern erhalten durch die kontinuierliche Betreuung den benötigten Halt. Eine behutsame Beziehungsgestaltung ist nötig, wenn sich die Eltern und die betreuende Hebamme nicht kennen. Erst nach einem gelungenen Beziehungsaufbau kann dem Kommenden gemeinsam begegnet werden. Es kann auch sinnvoll sein, bereits bestehende Kontakte zu aktivieren. So kann beispielsweise der zuweisende Arzt, die zuweisende Ärztin oder Hebamme beigezogen werden (Maurer & Gassmann, 2006).

Die kontinuierliche Betreuung fördert die Qualität der Betreuung. Deshalb sollten die Hebammen von den zuständigen Institutionen besonders in der kontinuierlichen Betreuung unterstützt werden. Dies wird auch von den Hebammen sehr geschätzt (Fenwick et al., 2007). Die Kontinuität in der Betreuung wird von Eltern generell geschätzt, auch ausserhalb des Rahmen IUFT (Williams, Lago, Lainchbury & Eagar, 2010).

Steht der Tod des Ungeborenen fest, ist dies auch für die Hebamme eine schwierige Situation und es kann auch ihrerseits eine Hilflosigkeit entstehen. Fachpersonen brauchen Hilfe oder ein Stützwerk, um ihre eigene Hilflosigkeit zu überwinden (Lothrop, 2013). Distanziert sich die Hebamme nicht genug, kann es zu einem Ausbrennen kommen. Distanziert sie sich zu sehr, merken dies die Eltern in ihrer Sprache und ihrer Körperspannung. Die Hebamme sieht sich mit den Eltern gemeinsam mit der Vergänglichkeit des Lebens konfrontiert (Kelley & Trinidad, 2012; Maurer & Gassmann, 2006). Es verunsichert die Hebamme und löst auch bei ihr starke Gefühle aus (Gassmann & Maurer, 2005; Fenwick et al., 2007). Man geht davon aus, dass auch die Fachpersonen die Trauerphasen mehr oder weniger ausgeprägt durchleben (Maurer & Gassmann, 2006). Um eine adäquate Betreuung zu gewährleisten, ist es als Hebamme wichtig, sich über die eigenen Trauererfahrungen bewusst zu sein (Maurer & Gassmann, 2006; Lothrop, 2013). Wenn sie sich derer nicht bewusst ist, kann dies zu einer unreflektierten Handlungsweise aus bisherigen Prägungen führen (Gassmann & Maurer, 2005). Auch wenn die Hebamme sich selbst manchmal unbehaglich fühlt, ist es für die Eltern am wichtigsten, dass die Hebamme authentisch ist und ihre Gefühle mit ihnen gemeinsam ausdrückt (Lothrop, 2013; Gassmann & Maurer, 2005). Das heisst, bei den Frauen präsent zu sein und in Beziehung mit ihnen zu stehen, ist sowohl für die Hebamme wie auch für die Mütter wichtig (Fenwick et al., 2007).

INFORMATION UND KOMMUNIKATION

Es ist in der Verantwortung der Hebamme, dass immer wieder erklärt wird, was geschehen ist, damit die Eltern den Tod begreifen können (ICM, 2011). Die Kommunikation muss folglich der individuellen Situation angepasst werden (Maurer & Gassmann, 2006). Für Hebammen ist es von enormer Wichtigkeit, über gute Kommunikationsfähigkeiten zu verfügen. Als hilfreich und einführend wird eine Kommunikation dann angesehen, wenn die Kriterien, fester und sicherer Blick, zugewandte Körperhaltung, gelegentliche Zustimmung, lebhafte Gestik sowie ein professionell-kompetenter Tonfall eingehalten werden (Lohmann, 2007). Jedes Sprachmuster wirkt auf die sinnliche Aufmerksamkeit und steuert so das Erleben

(Schmidt, 2010). Damit die Eltern sich gut aufgehoben fühlen, sind solche kleine Faktoren entscheidend. Es darf nicht vergessen werden, dass der nonverbale Aspekt ein wichtiger Bestandteil der Kommunikation ist (Schulz von Thun, 2011). Die Eltern merken, wenn die Fachpersonen herausfinden, dass etwas mit dem Kind nicht stimmt, obwohl ihnen dies noch nicht mündlich mitgeteilt wird (Maurer & Gassmann, 2006).

Eine Vorbereitung auf die Geburt soll möglichst immer durchgeführt werden. So kann sich die Frau innert sehr kurzer Zeit auf die Geburt vorbereiten (Maurer & Gassmann, 2006). Die Frauen sollen über mögliche Vorgehensweisen informiert werden. Auch die Anerkennung für die kommende Geburtsarbeit unter den sonst schon schwierigen Verhältnissen ist bedeutsam (Lothrop, 2013).

ZEIT UND RAUM

Es ist von Bedeutung nicht nur körperlich bei den Frauen zu sein, sondern auch mental in Beziehung zu stehen (Fenwick, et al., 2007). Dies kann für die Hebamme eine grosse Herausforderung darstellen, da sie vielleicht in einem Zimmer mithilft, sich von einem Leben zu verabschieden und kurz darauf zu einer Geburt muss, um dort das Leben zu begrüssen (Lothrop, 2013). Eine solche Situation, bei der man zwei Extremen ausgesetzt wird, ist für die betreuenden Personen sehr schwierig. Dabei ist es auch anspruchsvoll, den betroffenen Eltern angemessen beizustehen (Burkard, 2006). Zudem spielt der Zeitfaktor eine grosse Rolle und die Hebamme hat oft nicht genug Zeit, um vollumfänglich für die Eltern da zu sein (Lothrop, 2013).

Das „Zeit-zu-Haben“ wird oft auch von den Hebammen selbst als positiver Faktor gewertet. Genügend Zeit zu haben, erlaubt der Hebamme individuell auf die Eltern einzugehen (Fenwick et al., 2007). Dies führt dazu, dass die anschliessende Betreuung elternzentrierter gestaltet werden kann (Maurer & Gassmann, 2006). Die elternzentrierte Betreuung vereinfacht für die Hebamme die Anerkennung und Bestätigung der individuellen Erfahrung der Eltern und fördert die kontinuierliche Betreuung (Fenwick, et al., 2007). Dies wird auch von Lammer (2013) unterstützt, die die Individualität der perimortalen Phase betont.

FAZIT

Die Hebamme muss sich mit ihrer eigenen Trauerbiografie auseinandersetzen. Dies hat nicht nur einen Einfluss auf sie selbst, sondern beeinflusst auch massgebend die Betreuung, die sie den Frauen zukommen lässt (Gassmann & Maurer, 2005; Maurer & Gassmann, 2006; Lothrop, 2013). Es ist wichtig, dass die Hebammen sich auf ihre Institution verlassen können, um eine kontinuierliche Betreuung leisten zu können

(ICM, 2011). Das heisst, sie soll ihre anderen Aufgaben abgeben können, um sich ganz auf die betroffenen Eltern konzentrieren zu können.

Die Hebammen müssen sich den Faktoren der Betreuung, der Information und Kommunikation sowie dem Zeit und Raum geben und lassen, bewusst sein. Manche Frauen können nur wenige Informationen aufnehmen und sind zu Beginn möglicherweise ein wenig verlangsamt (Lothrop, 2013), andere wissen nach Jahren noch jedes Wort, das gesagt wurde (Lammer, 2013). Daher braucht es unbedingt Trainings und Wissen, um die Betreuung der Eltern zu verbessern (Lothrop, 2013).

Mit dieser Review kann die gestellte Frage teilweise beantwortet werden. So wird deutlich, dass die Hebamme auf den Prozess einen grossen Einfluss hat. Die Aspekte der weiterführenden Möglichkeiten der Betreuung durch die Hebamme werden jedoch mit den analysierten Studien nicht abschliessend durchleuchtet. Lothrop (2013) schlägt zwar einige Möglichkeiten vor, wie Bachblütentherapie und Massage. Ob jedoch weitere Behandlungen, wie beispielsweise Aromatherapie, Akupunktur oder weitere Elemente wie Spiritualität, Musik, Seelsorge usw. unterstützende Faktoren wären, bleibt offen. Auch wenn sich einiges entwickelt hat, sind entsprechende Ausbildungen der Hebammen und anderer involvierter Fachpersonen wichtig und nötig. So könnte eine Qualitätssteigerung erfolgen, welche sich auch wirtschaftlich lohnt, da bei einer qualitativ hochstehenden, professionellen Begleitung weniger Langzeitfolgen zu erwarten sind (Maurer & Gassmann, 2006).

6.5 Würdigung der Review

STÄRKEN

Eine Stärke der vorliegenden Arbeit besteht darin, dass die Methoden während des Prozesses in Bezug auf die Fragestellung erweitert wurden. Weiter ist ein Kontakt mit der „Fachstelle für Fehlgeburt und perinatalen Kindstod Schweiz“ und einer Seelsorgerin aufgenommen worden. Positiv zu werten ist der Einschluss vieler aktueller Studien. Bis auf drei Studien sind alle eingeschlossenen Studien in den letzten fünf Jahren publiziert worden. Die vielen qualitativen Studien sind dem Thema angepasst. Das Thema erfordert eine ganzheitliche Herangehensweise, was ein qualitatives Design durchaus aufweist (Polit et al., 2012).

Bei vier Studien wurden die Kernkriterien erfüllt, bei den restlichen fünf Studien wurden die Kernkriterien teilweise erfüllt, keine der Studie erfüllt jedoch die Kernkriterien ganz und gar nicht. Weiter ist positiv hervorzuheben, dass alle Studien, bis auf eine, von einer Ethikkommission geprüft und somit die ethische Aspekte beachtet wurden.

SCHWÄCHEN

Eine Einschränkung der vorliegenden Arbeit stellt die Tatsache dar, dass von den neun analysierten Studien sechs Studien in Schweden durchgeführt wurden. Die Objektivität der untersuchten Studien ist nicht vollumfänglich garantiert, da bei zwei Studien, mit einer Abweichung, dieselbe Autorengruppe fungierte. Darüber hinaus sind einige Autoren in mehreren Studien vertreten, so zum Beispiel Ingela Radestad, die in vier Studien als Autorin mitgearbeitet hat. Weiter stellt die kleine Stichprobenanzahl bei den meisten Studien eine Schwäche dar. In Bezug auf die Väter liefert dieses Review nur eine schwache Aussagekraft, da die Mehrheit der Studienteilnehmenden Frauen sind. Da alle analysierten Studien in englischer Sprache verfasst waren, besteht ausserdem die Möglichkeit einer Verfälschung der Daten durch die Übersetzung in die deutsche Sprache.

7 Schlussfolgerung

Der Zeitpunkt der Diagnosestellung ist für betroffene Eltern ein sehr intensiver Moment, in dem wichtige Weichen für die Trauerarbeit und somit auch für die Verarbeitung gestellt werden. Dabei spielt die Art und Weise der Betreuung zu diesem Zeitpunkt eine bedeutende Rolle, welche Einfluss auf den Verarbeitungsprozess und die Unterstützung durch die Hebamme hat. Ausserdem kann die Betreuung die Wünsche und Bedürfnisse von betroffenen Eltern beeinflussen. Es ist somit wichtig, dass Fachpersonen und insbesondere Hebammen sich bewusst sind, dass sie das Erleben der Situation der betroffenen Eltern und den Verarbeitungsprozess nachhaltig prägen. Konkret heisst das, dass Fachpersonen einen Einfluss auf die Trauerarbeit und den Verarbeitungsprozess von betroffenen Eltern haben. Um diese Betreuung gewähren zu können, muss das Bewusstsein von Fachpersonen gestärkt werden. Dies führt zu der folgenden Empfehlung, welche für geburtshilfliche Institutionen gilt:

Im Rahmen der internen Weiterbildungen von geburtshilflichen Institutionen sollte das Weiterbildungsangebot um folgende Punkte erweitert werden:

- Diagnose IUFT. Dabei wäre wünschenswert, dass der Zeit vor der Geburt und dem Setting während der Diagnosestellung genauso viel Aufmerksamkeit gewidmet wird, wie der Zeit während und nach der Geburt
- Kommunikation mit Augenmerk auf das Übermitteln von schwierigen Informationen

Damit Fachpersonen eine Orientierung in der Zeitspanne zwischen Diagnosestellung IUFT und Beendigung der Schwangerschaft erhalten und wie sie ihre Betreuung

optimieren können ist folgende Checkliste in Anlehnung an die Ergebnisse und die Diskussion (Abbildung 3) erstellt worden. Sie kann als mögliche Grundlage zur Optimierung der Betreuung angesehen werden.

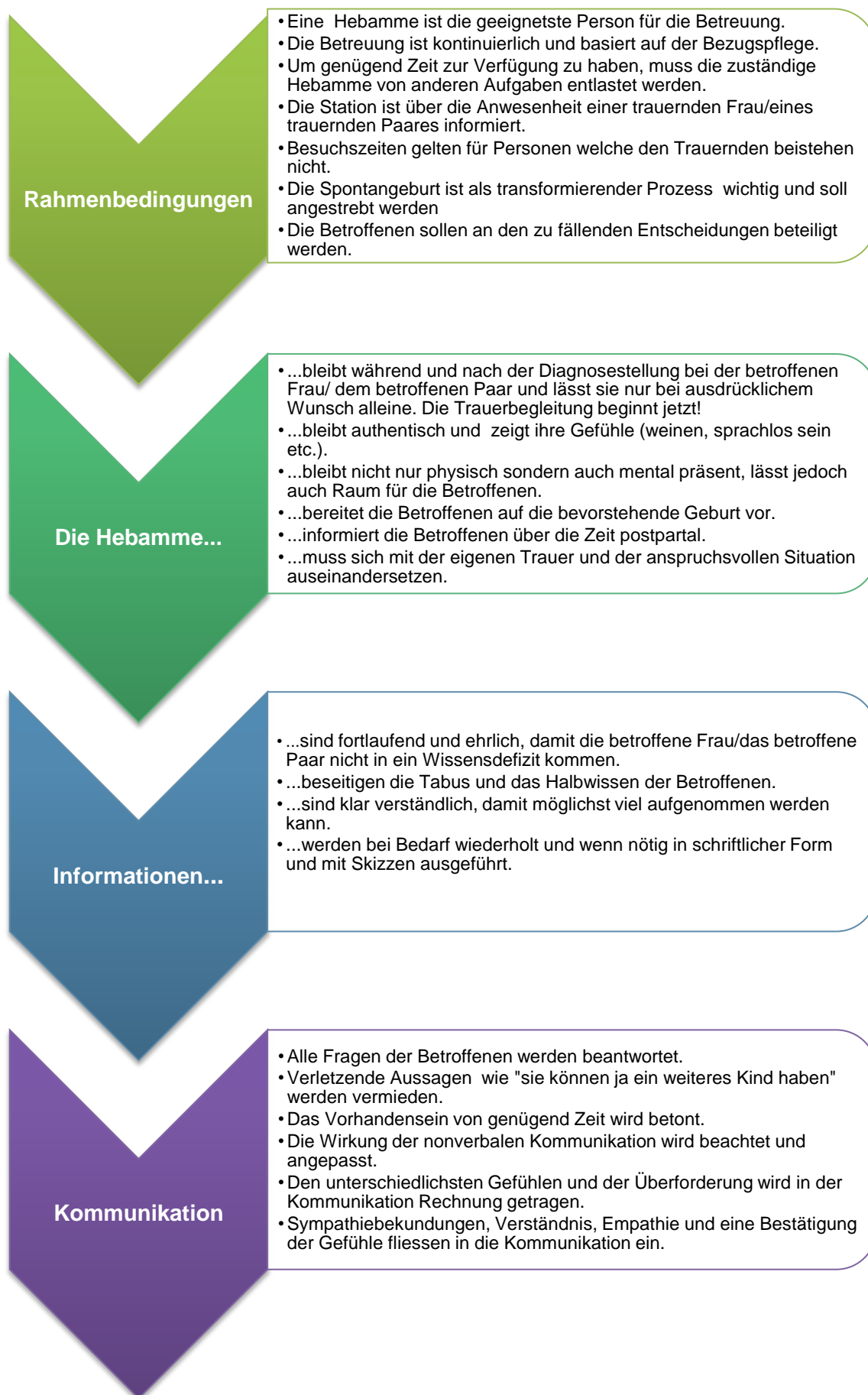


Abbildung 3: Betreuungsscheckliste

Die Zeitspanne Diagnosestellung IUFT bis zur Beendigung der Schwangerschaft wird in der Literatur generell nicht ausführlich behandelt. Die Wichtigkeit dieser Zeitspanne in Bezug auf die Verarbeitung und die Trauerarbeit konnte mit dieser Review gezeigt werden. Vorhandene Studien beziehen sich jedoch mehr auf das Erleben von betroffenen Eltern als auf konkrete Auswirkungen der bearbeiteten Phase. Insofern ist weitere Forschung, welche sich mit folgenden Punkten auseinandersetzt notwendig:

- Die männliche Perspektive fehlt in den meisten der analysierten Studien. Partner spielen eine wichtige Rolle in der akuten Situation wie auch bei der Verarbeitung des Ereignisses. Es fehlen Untersuchungen in Bezug auf:
 - Empfinden des Mannes
 - Bedürfnisse und Wünsche des Mannes
 - Rolle des Mannes in Bezug auf
 - Beziehung
 - eigene Persönlichkeit
 - Verarbeitung als Paar
 - Verarbeitungsprozess des Mannes
- Es gibt viele Modelle und Konzepte wie die Verarbeitung in Verlustsituationen aussieht. Dabei ist zu beachten, dass die Diagnose IUFT nicht eine übliche Verlustsituation ist. Obwohl einige Aspekte der gängigen Modelle und Konzepte übernommen werden können, stellt sich die Frage, inwiefern ein eigenes, auf IUFT ausgelegtes Konzept sinnvoll ist. Dazu bräuchte es Forschung in Bezug auf:
 - Vorhandensein oder Absenz von Unterschieden zwischen einer üblichen Verlustsituation und dem Verlust eines Ungeborenen
 - Besonderheiten der Verarbeitung im Zusammenhang mit IUFT
- Es konnten einige unterstützende Aspekte zur Hebammenbetreuung in der genannten Zeitspanne identifiziert werden. Diese sind jedoch nicht abschliessend. Spannend wäre die Betrachtung folgender Punkte:
 - Unterstützende alternativmedizinische Behandlungen und Massnahmen
 - Auswirkungen des Schaffens von Erinnerungen vor der Geburt (Beispielsweise Gipsbauch, Fotoshooting mit schwangerem Bauch etc.)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Zeitspanne von der Diagnosestellung eines IUFT bis zur Beendigung der Schwangerschaft ein sehr emotionaler und intensiver Moment ist. Denn wie Downe et al. (2013) sagen: „Man hat nur eine Chance, es richtig zu machen“.

8 Literaturverzeichnis

- Ahrendt, C. (2007). Hebammenrolle, Kommunikation und pädagogische Hebammenaufgaben. In C. Geist, U. Harder & A. Stiefel (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. Aufl., S. 33-60). Stuttgart: Hippokrates.
- Alge, A. (2009). Das verlorene Paradies. In T. Müller & A. Krzyzan (Hrsg.) *Frohes Warten – früher Tod. Erfahrungen. Rituale. Trauerbegleitung* (S. 51-56). Innsbruck: Tyrolia.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Bergant, A. (2009). An den Grenzen der Machbarkeit. In T. Müller & A. Krzyzan (Hrsg.) *Frohes Warten – früher Tod. Erfahrungen. Rituale. Trauerbegleitung* (S. 46-51). Innsbruck: Tyrolia.
- Berger, P., & Riecher-Rössler, A. (2004). Definition der Krise und Krisenassessment. In A. Riecher-Rössler, P. Berger, A. T. Yilmaz & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention: Grundlagen, Techniken und Anwendungsgebiete* (S. 19-30). Göttingen: Hogrefe.
- Berger, T. M., Bernet, V., El Alama, S., Fauchère, J.-C., Höfli, I., Irion, O., ... Zimmermann, R. (2011). Perinatal care at the limit of viability between 22 and 26 completed weeks of gestation in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*. 2011;141:w13280. doi:10.4414/smw.2011.13280
- Beutel, M. (2002). *Der frühe Verlust eines Kindes: Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und Plötzlichem Kindstod* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Bosch, A. (2007). Methoden der fetalen Überwachung in der Schwangerschaft und Geburt. In C. Mändle & S. Opitz-Kreuter (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (5. Aufl., S. 253-295). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Bowlby, J. (2006). *Verlust. Trauer und Depression* (S. 81-204). München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.
- Büchi S. (2006). Sectio caesarea – Förderung des Bindungsprozesses durch die Hebamme. In E. Cignacco (Hrsg.), *Hebammenarbeit* (S. 223-254) Bern: Huber.
- Bundesamt für Statistik. (2012). *Totgeburten und Säuglingssterblichkeit 2003-2010: Entwicklungen, Todesursachen und Risikofaktoren*. Abgefragt unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/dos/01.html>
- Burkard, I. (2006). Geboren werden und sterben. In C. Fleck-Bohaumiltzky & C. Fleck (Hrsg.), *Du hast kaum gelebt. Trauerbegleitung für Eltern, die ihre Kinder vor, während oder kurz nach der Geburt verloren haben* (S. 66-69). Stuttgart: Kreuz.

- Cacciatore, J. (2011). Psychosocial Care. In C. Y. Spong (Ed.), *Stillbirth. Prediction, Prevention and Management* (pp. 203-228). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Cacciatore, J., & Bushfield, S. (2007). Stillbirth: The Mother's Experience and Implications for Improving Care. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 3(3), 59-79. doi: 10.1300/J457v03n03_06
- Cacciatore, J., DeFrain, J., Jones, K. L. C. (2008). When a Bay dies: Ambiguity and Stillbirth. *Marriage and Family Review*, 44(4), 439-454. doi: 10.1080/01494920802454017
- Canakis, J. (2007). *Ich begleite dich durch deine Trauer: lebensfördernde Wege aus dem Trauerlabyrinth*. Stuttgart: Kreuz.
- Capitulo, K. L. (2005). Evidence For Healing Interventions With Perinatal Bereavement. *American Journal Of Maternal Child Nursing*, 30(6), 389-396. Retrieved from http://www.nursingcenter.com/Inc/journalarticle?Article_ID=609109
- Downe, S., Schmidt, E., Kingdon, C., & Heazell, A. E. P. (2013). Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. *British Medical Journal Open* 2013; 3(2), e002237. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002237
- Dudenhausen, J. W. (Hrsg.) (2011). *Praktische Geburtshilfe mit Geburtshilfflichen Operationen* (21. Aufl.). Berlin: de Gruyter.
- Ekelin, M., Crang-Svalenius, E., Nordström, B., & Dykes, A.-K. (2008). Parents' Experiences, Reactions and Needs regarding a Nonviable Fetus Diagnosed at a Second Trimester Routine Ultrasound. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(4), 446-54. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00258.x
- Enkin, M., Keirse, M. J. N. C., Neilson, J. P., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hoymeyr, J. (2006). Intrauteriner Fruchttod. In M. Enkin, M. J. N. C. Keirse, J. P. Neilson, C. Crowther, L. Duley, E. Hodnett & J. Hofmeyr (Hrsg.), *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt: ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und Geburtshelferinnen* (2. Aufl., S. 219-221). Bern: Huber.
- Enkin, M., Keirse, M. J. N. C., Neilson, J. P., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hoymeyr, J. (2006). Tod und Trauer in der Perinatalzeit. In M. Enkin, M. J. N. C. Keirse, J. P. Neilson, C. Crowther, L. Duley, E. Hodnett & J. Hofmeyr (Hrsg.), *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt: ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und Geburtshelferinnen* (2. Aufl., S. 399-407). Bern: Huber.
- Erlandsson, K., Lindgren, H., Malm, M.-C., Davidsson-Bremborg, A., & Radestad, I. (2011). Mothers' experiences of the time after the diagnosis of an intrauterine death until the induction of the delivery: A qualitative Internet-based study. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, (37)11, 77-84. doi: 10.1111/j.1447-0756.2011.01603.x

- Fenwick, J., Jennings, B., Downie, J., Butt, J., & Okanaga, M. (2007). Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth*, 20(4), 153-60. doi: 10.1016/j.wombi.2007.09.002
- Fiala, C., Eppel, W., & Schneider, H. (2011). Ungewollte Schwangerschaft. In H. Schneider, P. Husslein & K. T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Aufl., S. 59-80). Berlin: Springer.
- Frauenklinik Bern (2006). *Verlust eines Kindes: Ein Betreuungskonzept für Eltern die ein Kind verloren haben* (2. Aufl.). Bern: Frauenklinik des Inselspitals Bern.
- Gasch, B. (2008). Kommunikation in Notfallsituationen. In F. Lasogga & B. Gasch (Hrsg.), *Notfallpsychologie: Lehrbuch für die Praxis* (S. 429-433). Springer: Heidelberg.
- Gassmann, M. C., & Maurer, F. (2005). *Wochenbett bei Kindsverlust: theoretische Grundlagen und praktische Ansätze für die Hebammenarbeit*. Bern: Hebammen-Qualitätszirkel.
- Gravensteen, I. K., Helgadottir, L. B., Jacobsen, E. M., Radestad, I., Sanset, P. M., & Ekeberg, O. (2013). Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. *British Medical Journal Open* 2013, 3(10), e003323. doi: 10.1136/bmjopen-2013-03323
- Harder, U. (2011). Betreuung nach Kindsverlust. In U. Harder (Hrsg.), *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (3. Aufl., S. 174-184). Stuttgart: Hippokrates.
- Hauser, R. (2006). Frühe Geburt – Frühe Elternschaft. In E. Cignacco (Hrsg.), *Hebammenarbeit* (S. 117-140) Bern: Huber.
- Heavey, S. (2014). *Poorer Countries Lack Midwives to Cut Birth Deaths – Report*. Retrieved from <http://www.medscape.com/viewarticle/>
- Heazell, A. E. P., Leisher, S., Cregan, M., Flenady, V., Frøen, J. F., Gravensteen, I.K., ... Erwich, J. J. H. M. (2012). Sharing experiences to improve bereavement support and clinical care after stillbirth: report of the 7th annual meeting of the International Stillbirth Alliance. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(3), 352-361. doi: 10.1111/aogs.12042
- Hemmerich, F. H. (2000). *In den Tod geboren: Ein Weg für Eltern und Helfer bei Fehlgeburt, Abbruch, Totgeburt*. Westheim: Hygias.
- International Confederation of Midwives. (2011). Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2010. Retrieved from <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/English/Essential%20Competencies%20ENG.pdf>
- Jansson, C., & Adolfsson, A. (2010). A Swedish study of midwives' and nurses' experiences when woman are diagnosed with a missed miscarriage during a routine ultrasound

- scan. *Sexual and Reproductive Health care*, 1(2), 67-72. doi: 10.1016/j.srhc.2010.01.002
- Kast, V. (2002). Wenn Geburt und Tod zusammenfallen. Trauer aus der Sicht der Psychotherapeutin. In B. Künzer-Riebel & G. Lutz (Hrsg.), *Nur ein Hauch von Leben* (5. Aufl., S. 120-135). Lahr: Kaufmann.
- Kast, V. (2013). *Trauern: Phasen und Chancen des psychischen Prozess* (35. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Kreuz Herder GmbH.
- Kelley, M. C., & Trinidad, S. B. (2012). Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth – a qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(137). doi: 10.1186/1471-2393-12-137
- Klier, C. M. (2001). Fehlgeburt und das Risiko der affektiven Erkrankung. *Speculum* 3(19), 13-16. Abgefragt unter <http://www.kup.at/kup/pdf/850.pdf>
- Lammer, K. (2013). *Den Tod begreifen: Neue Wege in der Trauerbegleitung* (6. Aufl.). Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Theologie.
- Lazarus, R. S. (2005). Stress, Bewältigung und Emotionen: Entwicklung eines Modells. In V. Hill Rice (Hrsg.), *Stress und Coping: Lehrbuch für Pflegepraxis und –Wissenschaft* (S.231-263). Bern: Huber.
- Lohmann, S. (2007). Beziehungsgestaltung zwischen Hebamme und Frau. In Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.), *Psychologie und Psychopathologie für Hebammen. Die Betreuung von Frauen mit psychischen Problemen* (S. 90-99). Stuttgart: Hippokrates.
- Lothrop, H. (2013). *Gute Hoffnung – jähes Ende: Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit. Begleitung und neue Hoffnung für Eltern* (17. Aufl.). München: Kösel.
- Malm, M.-C., Lindgren, H., & Radestad, I. (2011). Losing contact with one's unborn baby - mother's experiences prior to receiving news that their baby has died in utero. *Omega*, 62(4), 353-367. doi: 10.2190/OM.62.4.c
- Malm, M.-C., Radestad, I., Erlandsson, K., & Lindgren, H. (2011). Waiting in no-man's-land – Mothers' experiences before the induction of labour after their baby has died in utero. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(2), 51-55. doi: 10.1016/j.srhc.2011.02.002
- Maurer, F. (2011) Tod eines Kindes. *punktum. - Verbandsorgan des Schweizerischen Berufsverbandes für Angewandte Psychologie*, 2, 24-25. Abgefragt unter http://www.fpk.ch/pdf/Punktum2-2011_000.pdf
- Maurer, F., & Gassmann, M. C. (2006). Der perinatale Kindstod – Hebammenarbeit in Verlustsituationen. In E. Cignacco (Hrsg.), *Hebammenarbeit* (S. 141-171) Bern: Huber.

- Mitteregger-Hauser, S. (2009). Die Konfrontation mit dem Schmerz. In T. Müller & A. Krzyzan (Hrsg.), *Frohes Warten – früher Tod. Erfahrungen. Rituale. Trauerbegleitung* (S. 73-84). Innsbruck: Tyrolia.
- Nijs, M. (2003). *Trauern hat seine Zeit: Abschiedsrituale beim frühen Tod eines Kindes* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Pfeifenberger-Lamprecht, B. (2007). Intrauteriner Fruchttod. In C. Mändle & S. Opitz-Kreuter (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (5. Aufl., S. 495-502). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2012). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern: Huber.
- Pullen, S., Golden, M. A., & Cacciatore, J. (2012). „I'll never forget those cold words as long as I live“: Parent perception of death notification for stillbirth. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 8(4), 339-355. doi: 10.1080/15524256.2012.732022
- Radestad, I., Malm, M.-C., Lindgren, H., Pettersson, K., & Franklin Larsson, L.-L. (2013). Being alone in silence – mother's experiences upon confirmation of their baby's death in utero. *Midwifery*, 30(3), 91-95. doi: 10.1016/j.midw.2013.10.021
- Romahn, M. (2007). Physiologische Entwicklung in der Schwangerschaft. In C. Mändle & S. Opitz-Kreuter (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (5. Aufl., S. 83-113). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Römer, T., & Straube, W. (1999). *Psychrembel Wörterbuch: Gynäkologie und Geburtshilfe* (2. Aufl.). Berlin: de Gruyter.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2010). *Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth*. Retrieved from [www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG 55 31072013.pdf](http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG_55_31072013.pdf)
- Säflund, K., Sjörgen, B., & Wredling, R. (2004). The role of caregivers after a stillbirth: views and experiences of parents. *Birth*, 31(2), 132-137. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0730-7659.2004.00291.x/pdf>
- Samuelsson, M., Radestad, I., & Segesten, K. (2001). A Waste of Life: Fathers' Experience of Losing a Child Before Birth. *Birth*, 28(2), 124-130. doi: 10.1046/j.1523-536X.2001.00124.x
- Schäfer, K. (2003). *Wege unter'm Regenbogen. Eltern stillgeborener Kinder berichten. Daten der Umfragen*. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Schmid, V. (2009). Die Kunst der Mäeutik: Ressourcen der Frau stärken. *Deutsche Hebammenzeitschrift* 7, 6-8.
- Schmidt, G. (2010). Was für Krisen braucht und wie viel Krise verträgt der Mensch? Neurobiologie der Krisenentstehung und Krisenbewältigung. In G. Schmidt, A. Dollinger & B. Müller-Kalthoff (Hrsg.), *Gut beraten in der Krise: Konzepte und*

- Werkzeuge für ganz alltägliche Ausnahmesituationen* (S. 21-64). Bonn: managerSeminare GmbH.
- Schuchardt, E. (2006). *Warum gerade ich? Leben lernen in der Krise* (12. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schulz von Thun, F. (2011) *Miteinander Reden: 1 - Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation.* (Sonderaufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Schwarz, S. (2013). Geburt eines toten, fehlgebildeten oder kranken Kindes. In C. Geist, U. Harder & A. Stiefel (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. Aufl., S. 471-478). Stuttgart: Hippokrates.
- Schweizerischer Hebammenverband. (1994). *Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen.* Abgefragt unter http://www.hebamme.ch/x_dnlld/doku/ethikkodexd.pdf
- Schwemmer, S. J. (1997). *Den Tod durchdringt das Leben.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung.* Weinheim: Juvent.
- Strehlau, B. (2009). „Verwaiste“ Eltern begleiten. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 1, 24-27.
- Trulsson, O., & Radestad, I. (2004). The Silent Child – Mothers' Experiences Before, During, and after Stillbirth. *Birth*, 31(3), 189-195. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0730-7659.2004.00304.x/abstract>
- Tschudin, V. (1990). *Helpen im Gespräch: eine Anleitung für Pflegepersonen* (S. 43-55). Basel: Recom.
- Williams, K., Lago, L., Lainchbury, A. & Eagar, K. (2010). Mothers' views of caseload midwifery and the value of continuity of care at an Australian regional hospital. *Midwifery*, 26(6), 615-621. doi: 10.1016/j.midw.2009.02.003
- World Health Organization. (2011). *2.6 million babies stillborn in 2009.* Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/stillbirth/Press_release_stillbirths_2011/en/
- World Health Organization. (n.d.). *Stillbirths.* Retrieved from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/#
- Zivilstandsverordnung des Bundes. (2004). *Artikel 9 Geburt.* Abgefragt unter <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20040234/index.html>
- Znoj, H. (2012). *Trauer und Trauerbewältigung: psychologische Konzepte im Wandel.* Stuttgart: Kohlhammer.

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht der analysierten Studien..... 26

Tabelle 2: Beschreibung der Stärken und Schwächen der ausgewählten Literatur.....31

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Übersicht der Literatursuche..... 23

Abbildung 2 Übersicht mit vier Hauptkategorien..... 33

Abbildung 3 Betreuungsscheckliste..... 52

11 Abkürzungsverzeichnis

fpk	Fehlgeburt und perinatalen Kindstod, Schweiz
ICM	International Confederation of Midwives
IUFT	Intrauteriner Fruchttod
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
SSW	Schwangerschaftswoche
WHO	World Health Organization