



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät für Management, Kultur und Technik
Institut für Duale Studiengänge
Studiengang Pflege B.Sc. (dual)

BACHELORARBEIT

Die psychosoziale Situation eines beatmeten Frühgeborenen mit Atemnotsyndrom - eine Fallanalyse

Erstgutachterin: Prof. Dr. Stefanie Seeling
Zweitgutachterin: Britta Blotenberg, M.Sc. Pflegewissenschaft

Eingereicht von: Henrike Prinz
Matrikelnummer: 750665

Eingereicht am: 09.06.2020

Abstract (deutsch)

Hintergrund

Das gesellschaftliche Bild der Frau und der Geburt hat sich grundlegend verändert, wodurch Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes durchschnittlich älter sind. Daraus resultiert eine erhöhte Anzahl von Frühgeburten, welche durch den medizinischen Wandel eine immer höhere Überlebenschance besitzen. Vor allem Frühgeborene im Gestationsalter von der 32. bis zur 35. Schwangerschaftswoche haben häufig schwere respiratorische Adaptionsprobleme, welche viele Einschränkungen für das Kind, durch z.B. Beatmung, mit sich bringen und die Frage aufwirft, was dieses für Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes haben.

Methodisches Vorgehen

Die Bachelorarbeit richtet sich nach der hermeneutischen Fallarbeit nach Schrems. Dabei wurde ein Fall aus der Praxis zur psychosozialen Situation analysiert und innerhalb eines Konzeptes eingegliedert. Es wurde deutsch- und englischsprachige Literatur in Form von Monografien, Sammelwerken, Forschungsaufsätzen, Artikeln, Dokumentationen und Studien verwendet.

Ergebnis

Die psychosoziale Situation wird durch die Einschränkung der Grundbedürfnisse und emotionalen Erfordernisse stark belastet. Jan kann kein Gefühl von Behaglichkeit und Sicherheit vermittelt werden und der Aufbau einer festen Beziehung und das Geben von Zuneigung seitens der Eltern sind aufgrund der Therapie so gut wie nicht möglich.

Schlussfolgerung

Aufgrund dieser oben genannten Einschränkungen ist die Entwicklung der Persönlichkeit für den Frühgeborenen bis zum jetzigen Zeitpunkt kaum möglich. Der Frühgeborene kann keine optimistische Lebenseinstellung entwickeln und ist damit für psychische Verhaltensauffälligkeiten, Erkrankungen oder Störungen gefährdet. Die Hauptursache liegt dabei der unzureichenden Bedürfnisbefriedigung zu Grunde, da diese die Grundlage einer Persönlichkeitsentwicklung innerhalb des ersten Lebensjahres ist.

Abstract

Background

Through the years, the social image of women has changed, which causes an increasing age of women giving birth to a first born child. The amount of premature children, that is affected by the higher age of the mother, rises, but due to the steadily increasing medical progress, most of the premature babies have a high chance of survival. Especially babies with gestational age between week 32 to 35 of pregnancy are often influenced by respiratory insufficiency leading to the use of medical ventilators. This induces the question of how the usage of such heavy medical treatments influences a newborns personality development.

Methods

This bachelor thesis is based on the hermeneutical casework by Schremps. Therefore, a case of practical experience will be analysed on psychosocial situations and embedded into a specific concept. Accordingly, german and english literature was used consisting of monographs, collected editions, research papers, articles, documentaries and research studies.

Results

The psychosocial situation is heavily affected by the limitation of basic needs and emotional requirements. The premature Jan is unable to experience safety and comfort, due to the therapy it is not possible for the premature and its parents to build up a steady relation and to improve their attachment.

Conclusions

Based on the prior mentioned limitations, the premature is unable to develop its personality up until now. Also, the newborn cannot evolve an optimistic view on life and is therefore endangered to develop psychological behavioural problems as well as medical conditions and malfunctions. The leading cause for such conditions is mainly induced by the limitations of basic needs, as these are the foundation for ones personality development during the first year of life.

I. Inhaltsverzeichnis

II. Abkürzungsverzeichnis	VIII
III. Abbildungsverzeichnis	IX
1. Einleitung.....	1
1.1 Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit	2
1.2 Aufbau der Arbeit	2
2. Problemhintergrund.....	3
3. Theoretischer Rahmen	7
3.1 Frühgeburtlichkeit.....	7
3.1.1 Ursachen einer Frühgeburt	7
3.2 Mögliche Problematiken eines Frühgeborenen	7
3.2.1 Mimik.....	8
3.2.2 Körpertemperatur	8
3.2.3 Wasser- und Elektrolythaushalt inklusive der Niere	8
3.2.4 Leber, Energiehaushalt und Immunsystem.....	8
3.2.5 Verdauung	9
3.2.6 Lunge und Atemzentrum.....	9
3.2.7 Herz-Kreislaufsystem und Gehirn.....	9
3.3 Atemnotsyndrom.....	10
3.4 Die invasive Beatmung.....	11
3.4.1 Die Intubation	11
3.4.2 SIMV Beatmung	11
3.4.3 Risiken der invasiven Beatmung.....	12
4. Methodisches Vorgehen	13
4.1 Die hermeneutische Fallanalyse	13

4.2	Die Literaturrecherche	14
5.	Beschreibung des Falles	15
5.1	Mittelpunkt des auf menschlichen Bedürfnissen beruhendes Modell für Neugeborene/Frühgeborene– Jan und seine Eltern	15
5.2	Körperliche Bedürfnisse des Frühgeborenen	16
5.2.1	Atmen-Atmung	16
5.2.2	Gefüttert werden- Ernährung	16
5.2.3	Ausscheiden- Ausscheidung	16
5.2.4	Sauber sein- Hygiene	17
5.2.5	Es warm halten- Temperaturüberwachung	17
5.2.6	Es wieder gut haben- Therapie.....	17
5.3	Emotionale Grunderfordernisse des Frühgeborenen.....	17
5.3.1	Sicherheit- eine sichere Umgebung aufrechterhalten	17
5.3.2	Behaglichkeit- von Schmerz frei sein.....	18
5.3.3	Entwicklung- aufwachsen und lernen	18
5.3.4	Kommunikation- Bedürfnisse ausdrücken und befriedigen können	18
5.3.5	Ausruhen- ruhe und schlafen	18
6.	Analyse des Falles.....	19
6.1	Angst	19
6.2	Stress.....	23
6.3	Machtlosigkeit.....	27
6.4	Die Eltern von Jan	30
7.	Theoretischer Transfer	32
7.1	ES.....	34
7.2	Orale Phase	39
7.3	Bewusstsein	42

8. Fazit	44
9. Ausblick.....	46
10. Kritische Reflexion	47
IV. Literaturverzeichnis.....	VIII
V. Anhang.....	XIII
Eidesstattliche Erklärung	

II. Abkürzungsverzeichnis

ANS : Atemnotsyndrom (Respiratory Distress Syndrom)

CPAP : Continuous positive airway pressure-Atmung

SIMV : Synchronized intermittend mandatory ventilation

NIPS : Neonatal Infant Pain Scale

NANDA : North American Nursing Diagnosis Association

III. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die psychosoziale Situation von Jan33

1. Einleitung

Diese Bachelorarbeit basiert auf einem Fall aus der Praxisphase, welchen die Autorin selbst begleiten durfte. Die Daten des Pflegeempfängers werden dabei datenschutzrechtlich behandelt und gepflegt. In dem Fall geht es um einen frühgeborenen Jungen, welcher unter einem Atemnotsyndrom leidet. Aufgrund einer Frühgeburt treten im Laufe der Behandlung daraus resultierende, weitere Probleme inklusive der Notwendigkeit des Beatmens auf. Es stellte sich heraus, dass dieser zu früh geborene Junge also als hochkomplexer und pflegerisch anspruchsvoller Fall einzuordnen ist. Eine mögliche Frage seitens der Leser dieser Bachelorarbeit könnte lauten: Warum thematisiert die Autorin die psychosoziale Situation? Die Autorin durfte selbst als Kind eine sehr familiäre und sozialbasierte Erziehung genießen, welche sie bereits im frühen Alter schon zu einem ausgeprägten sozialen Engagement verleitete. Sie interessierte sich daher schon immer für entwicklungs- und gefühlsabhängige pädagogische Aspekte, sodass sie mit diesem Interesse auch das Pflegestudium begann. Als es um die Frage des Bachelorthemas ging, überlegte die Autorin über verschiedene Möglichkeiten, wobei angemerkt werden sollte, dass die Autorin ein sehr kopflastiger Mensch ist. Somit bestand ihre erste Themenauswahl aus bereits vielseitig behandelten Themen mit viel bestehender Literatur, welche die noch nicht allzu erforschte, jedoch seitens der Autorin präferierten Psychosozialität bei Frühgeborenen erstmals in den Hintergrund rückte. Zur Unterstützung der Themenfindung durfte jeder Student/ jede Studentin seinen/ihren Fall noch einmal einer Expertenrunde präsentieren. Dabei sagte eine Person, aus der Sicht des Säuglings gesprochen: „Ich habe Angst!“. Dieser Satz brachte die Autorin einen kurzen Moment zum Innehalten, da ihr bewusst wurde, dass genau dieses Angst verschuldete hintergründige Thema ihre Identitätsstiftung bezüglich ihrer ganz persönlichen, pädagogisch-geprägten Arbeitsweise widerspiegelt.

1.1 Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit

Diese Arbeit definiert, welche Merkmale die psychosoziale Situation von dem Frühgeborenen, hier genannt Jan¹, beeinflussen und beschäftigt sich somit der Forschungsfrage: „Wodurch kennzeichnet sich die psychosoziale Situation eines beatmeten Frühgeborenen mit Atemnotsyndrom?“ Die Zielsetzung dieser Arbeit ist es, die psychosoziale Situation des beatmeten Frühgeborenen Jan mit Atemnotsyndrom zu veranschaulichen.

1.2 Aufbau der Arbeit

Der Problemhintergrund und die darin herausgestellte Relevanz für die Pflege bilden den Anfang dieser Arbeit. Darauf folgt der theoretische Rahmen der einzelnen Aspekte, welche für das Verständnis dieser Arbeit hilfreich sind, erläutert. Danach wird das methodische Vorgehen in der Bachelorarbeit veranschaulicht, welches sowohl die Themenfindung als auch die Literaturrecherche beinhaltet. Anschließend wird der in der Praxis erlebte Fall vorgestellt und analysiert. Die Analyse umfasst dabei ein Spektrum an Punkten, welche die psychosoziale Notsituation des Frühgeborenen Jan darstellen. Mit den gewonnenen Erkenntnissen zur psychosozialen Notsituation von Jan beginnt der theoretische Transfer. Bei diesem werden diese Erkenntnisse und Ergebnisse in einem Konzept eingebunden, um letztendlich die Kennzeichen der psychosozialen Situation eines beatmeten Frühgeborenen mit Atemnotsyndrom, so wie in dem benannten Fall Jan, herauszustellen. Es folgt ein persönliches Fazit der Ergebnisse seitens der Autorin und ein möglicher Ausblick dieser. Beendet wird diese Arbeit durch eine kritische Selbstreflektion der Forschungsarbeit, Literaturverweise und einen Anhang, indem sich inhaltliche Ergänzungen befinden.

¹ Der Name des Kindes wurde von der Autorin aus Datenschutzrechtlichen Gründen geändert

2. Problemhintergrund

*„Mit jedem Menschen ist etwas Neues in die Welt gesetzt,
was es noch nicht gegeben hat,
etwas Erstes und Einziges.“ – Martin Buber*

Dabei besteht gerade in der heutigen Zeit häufig die Frage: „Wann ist der richtige Zeitpunkt, etwas Neues in die Welt zu setzen?“ Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich das Bild und der Zeitpunkt der Geburt maßgeblich verändert. Die größte Veränderung in der demographischen Laufbahn war wohl der berühmte Pillenknicke um die 1960 Jahre. Mit der damaligen Einführung der Pille besteht die Wirklichkeit des eigenen Entscheidens und des Planens. Laut dem statistischen Bundesamt ist das errechnete Durchschnittsalter der Frau bei der Geburt des ersten Kindes 30 Jahre (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018, o.S.). Dies ist ein Resultat der zeitlichen Anpassung des Familienfindungsprozesses in den individuellen Lebensverläufen, der Emanzipation der Frau und der sozialen Absicherungsmöglichkeit auch ohne Kinder (vgl. Huinink, 1987, S. 382f.).

Durch den Wandel des wachsenden Alters der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes steigen aber auch die Risikofaktoren der Inzidentalität, der Gefahr eines erkrankten Neugeborenen sowie die Wahrscheinlichkeit einer Frühgeburt (vgl. Blanchard, 1976, S. 32f.).

„Etwa 6-7% aller Neugeborenen kommen zu früh auf die Welt.“ (Garbe, 2002, S. 49)

In Deutschland beläuft sich die Anzahl von Frühgeborenen auf etwa 50.000 Kinder jährlich, wobei mehr als 10.000 sogar vor der 32. Schwangerschaftswoche geboren werden.

Durch die medizinisch-technischen Fortschritte in der Geburtshilfe und der Kinderheilkunde steigt aber die Prognose/Überlebenschance der zu frühgeborenen Kinder stetig an, sodass sich die Überlebensrate im Gegensatz zu dem letzten Jahrzehnt von 70 auf 85-90 Prozent bei frühgeborenen Kindern mit einem Gewicht von unter 1500 Gramm verbesserte (vgl. Bundesverband "das frühgeborene Kind" e.v., 2005, S. 17ff.).

Diese positive Entwicklung des Fortschrittes kann aber auch einer großen ethischen Frage entgegengesetzt werden: Inwieweit ist die Autonomie des Kindes gegeben und möchte überhaupt jedes Frühgeborene gerettet werden? Die Antwort auf diese Frage ist gar unmöglich, denn aufgrund ihres Alters sind die Kinder nicht in der Lage, ihren eigenen Willen auf irgendeinem Weg zu vermitteln. In der neonatalen Pflege übernehmen dies erstmal die Eltern, aber in akuten, essenziell bedrohten Situationen ist es ihnen aufgrund der emotionalen Befangenheit nur bedingt möglich, diese Verantwortung zu tragen, und sie bedürfen einer Unterstützung des therapeutischen Teams. Für das Pflegefachpersonal ergeben sich daraus die Anforderungen, dass sie den Eltern die Angst nehmen und die Sicherheit sowie die Autonomie vermitteln müssen. Nur in einem Sicherheit gebenden Umfeld und mit ausreichendem, für die Eltern verständlichem Material, können diese ihr Sorgerecht mit Gewissen ausüben (vgl. Messall et al., 2015, S. 2ff.).

Ein weiterer Punkt dieses positiven medizinischen Fortschritts sind die daraus resultierenden wachsenden Anforderungen an das Pflegefachpersonal, welches sich diesen bedingt anpassen muss. Eine solche Anforderung stellt z.B. die Kommunikation und die disziplinierte Zusammenarbeit des gesamten therapeutischen Teams dar. Durch die stetig steigende Überlebenschance immer früher geborener Kindern mit weit umfassenderen Adaptionsproblemen steigt auch die Notwendigkeit anderer und verschiedener Berufsgruppen, wie z.B. Physiotherapeuten, im Einklang mit der Pflege und des therapeutischen Prozesses. Dieses wiederum erfordert von der Pflegefachkraft viel Koordination und eine Abhängigkeit von Informationsweitergabe und geplanten Handlungsabläufen. Anderenfalls können Konflikte und Ungewissheit über die laufende Behandlung entstehen und die Arbeit sowohl in dem medizinischen als auch im pflegerischen Bereich belasten. Die Leidtragenden bei derartigen Defiziten sind dann meist die Eltern, aber noch viel mehr das Kind, da ihnen keiner den genauen Ablauf der Behandlung benennen kann. Für das generell schon gestresste und gegebenenfalls erkrankte Kind gibt es durch diese fehlende Kommunikation häufig keine Ruhezeiten mehr, ein ständiges `Herumgezupfe` an dem Körper von ihm unbekanntem Personen in einer komplett neuen Umgebung und lärm erzeugende Diskussionen im Patientenzimmer (vgl. Sparshott, 2009, S. 184f.).

Nach der Darstellung des Leid tragenden Frühgeborenen wird noch einmal auf den Aspekt der allgemeinen Frühgeburtlichkeit und deren Probleme eingegangen. Denn grundsätzlich kann erstmals gesagt werden, dass die Frühchen meist gesund geboren werden, allerdings aufgrund

ihres noch nicht ausgereiften Organsystems, welches für ein extrauterines Leben noch nicht weit genug entwickelt ist, nach ihrer Geburt mit Problemen konfrontiert werden. Diese Probleme belaufen sich vor allem auf die Lunge, die Augen, den Verdauungstrakt und das Gehirn (vgl. Bundesverband "das frühgeborene Kind" e.v., 2005, S. 17ff.). Am häufigsten betrifft es aber die Lunge, da diese als letztes großes Organsystem funktionsfertig heranreift und damit auch ausschlaggebend für die Prognose des Frühgeborenen ist (vgl. Singer, 2018, S. 123f.). Deswegen haben Frühgeborene vor allem mit einem Gestationsalter von 32-34 Wochen ein hohes Risiko für ein Respiratory Distress Syndrom (Atemnotsyndrom). Das liegt der Ursache zu Grunde, dass aufgrund der physiologischen Unreife eine verminderte Surfactantproduktion vorhanden ist (vgl. Bundesverband "das frühgeborene Kind" e.v., 2005, S. 17ff.).

Frühgeborene werden allgemein viel zu früh von ihrem intrauterinen Leben getrennt, sie sind noch nicht ausgereift und müssen dies nun in einer lärmbelasteten, hellen und kalten Welt ohne eine kontinuierliche Verbindung zur Mutter tun. Um diese entwicklungsbeeinträchtigte `extrauterine Nachreifungszeit` und somit den Start in ein Leben optimal zu gestalten, besteht nicht nur eine Anforderung auf die Genesung und Therapie. Die Pflegefachkraft ist auch für eine entwicklungsfördernde Adaption in die Welt, für eine angepasste Umgebungsgestaltung und natürlich für eine angemessene Eltern-Kind-Beziehung verantwortlich (vgl. Sparshott 2009, S. 24ff.).

Wie auch im anfänglichen Zitat beschrieben ist jedes Kind etwas Erstes und Einziges, dementsprechend hat auch jedes Kind ganz individuelle Bedürfnisse und emotionale Anforderungen, die es zu befriedigen gilt.

Vor 50 Jahren gab es noch keine wissenschaftliche oder tiefenpsychologische Betrachtung des innerlichen Wesens Daseins eines Neu-/Frühgeborenen (vgl. Biedermann et al., 2017, S. 25). Denn es wurde davon ausgegangen, dass Neu-/Frühgeborene keine pränatale Erfahrungen mitbringen, dass diese keine traditionellen Werte oder gar ein soziales Bewusstsein, welches ihr späteres Verhalten prägt, besitzen (vgl. Sparshott, 2009, S. 33). Sparshott sagt hierzu: „Es wurde angenommen, sie seien passive Empfänger äußerer Erfahrungen ohne Kontrolle über ihre unmittelbare Umgebung.“ (Sparshott, 2009, S. 33)

Im Verlauf der letzten 20-30 Jahre gab es jedoch eine Revolution dieser Denkweise, denn umso mehr die beobachtende Wissenschaft das Seelenleben der Geborenen betrachtete, wurde erkenntlich, wie präzise und fein diese die Welt bereits mit einem umfassenden Bewusstsein wahrnehmen. Es stellt sich sogar heraus, dass bereits intrauterin eine Vorbereitung auf das extrauterine Leben von dem Kind selber vorgenommen wird (vgl. Biedermann et al., 2017, S. 25).

Fakt ist also, dass ein gerade Geborenes ist bereits ab der Geburt und auch schon in der Schwangerschaft ein fühlendes und Bewusstsein beständiges Wesen ist, welches seine Bedürfnisse wahrnimmt und kund gibt (vgl. Amrhein und Bley, 2015, S. 25).

Dabei kann das Neu-/Frühgeborene seine Bedürfnisse und Emotionen, im Gegensatz zu einem Erwachsenen, gelegentlich nur über Bewegung, weinen oder wimmern äußern (vgl. Biedermann et al., 2017, S. 26). Das wiederum bedeutet, dass die betreuende Pflegefachkraft unmöglich wissen kann, was genau in einem Kind vorgeht oder wie es überhaupt ist, ein Baby zu sein. Diese Psychologie fußt lediglich auf unterbewussten Erinnerungen und Theorien können nur durch den Bezug auf die inneren und äußeren entwicklungsbeeinflussenden Faktoren aufgestellt werden (vgl. Sparshott, 2009, S. 33f).

Die Pflegefachkraft muss also die Zeichen des Neu-/Frühgeborenen verstehen lernen, um überhaupt adäquat darauf eingehen und reagieren zu können. Dieses fordert ihr ein multiperspektivisches, feinfühliges, aufmerksames und flexibles Engagement ab. Denn:

„Um für das fragile Neugeborene eine Umgebung zu schaffen, die sein Wohlbefinden fördert, muss man zunächst einmal verstehen, was ein Baby ist: seine Fähigkeiten, seine Art des Kommunizierens, seine Entwicklung und was es aus seiner Umgebung macht.“ (Sparshott, 2009, S. 24)

Um dieses Engagement und dieses Verständnis grundsätzlich erstmal erfüllen bzw. aufbauen zu können, stellt sich doch die Frage, was das Erleben und Verhalten im Einklang mit der Umwelt eines Frühgeborenen ausmachen.

3. Theoretischer Rahmen

In diesem Kapitel werden für die Bachelorarbeit und dem Verständnis relevante Aspekte aufgezeigt, definiert und erläutert.

3.1 Frühgeburtlichkeit

Als Frühgeburtlichkeit werden alle Geburten vor der 37+0 SSW bezeichnet. Dieses betrifft sowohl Lebgeburten als auch Todgeburten ab einem Gewicht von über 500 Gramm (vgl. Roos et al., 2010, S. 79).

3.1.1 Ursachen einer Frühgeburt

Die Gründe einer Frühgeburt unterteilen sich in eine absichtlich oder nicht-absichtlich herbeigeführte Frühgeburt.

Gründe für eine nicht absichtlich herbeigeführte Frühgeburt sind vorzeitige Wehen, ein vorzeitiger Blasensprung oder eine Zervixinsuffizienz, wobei diese nicht klar voneinander abzugrenzen sind und pathologisch meist Zusammenhänge aufweisen.

Bei einer absichtlich herbeigeführten Frühgeburt, also einer vorzeitigen Einleitung der Geburt aufgrund von medizinischen Indikationen, bestehen mehrere Risikofaktoren. Dies kann aufgrund von mütterlichen Infektionen während der Schwangerschaft oder aufgrund der fetalen Pathologie, durch bestehende Fehlbildungen oder auch durch Mehrlingsschwangerschaften geschehen. Des Weiteren kann eine Frühgeburt aufgrund von Plazentastörungen, wie Präeklampsie oder Plazenta praevia, eingeleitet werden (vgl. Amrhein und Bley, 2015a, S. 1200).

3.2 Mögliche Problematiken eines Frühgeborenen

Generell gilt: Je früher ein Kind zur Welt kommt, desto unreifer sind seine Organe, das bedeutet, dass das Gehirn, das Herz, die Niere, die Lunge, das Darm- und Immunsystem ein Leben

außerhalb des Mutterleibs nur schwer bewältigen können. Im Folgenden wird die Autorin diese einzelnen Aspekte in einer kurzen Form beschreiben, sodass ein Verständnis der übergreifenden Auswirkung einer frühzeitigen Geburt und der Unreife vermittelt werden kann (vgl. Gortner et al., 2012, S. 95ff.).

3.2.1 Mimik

Die Mimik der Kinder wird noch nicht willkürlich gesteuert, die Augen bleiben meist noch geschlossen und Ohr- und Nasenknorpel sind häufig noch nicht vollständig ausgebildet. Ebenfalls erscheint der Kopf sehr groß, da er ein Größenverhältnis von 1:3/1:2 zum restlichen Körper hat (vgl. Gortner et al., 2012, S. 100f.).

3.2.2 Körpertemperatur

Die Körpertemperatur kann von den Frühgeborenen meist nicht gehalten werden, sodass es schnell zu einer Unterkühlung kommen kann, um dies zu vermeiden, ist das Benutzen von Mützen, Wärmebetten oder einem Inkubator sowie das Herstellen einer Raumtemperatur von 20-25 °C sinnvoll. Aber auch eine zu hohe Körpertemperatur kann zu negativen Folgen führen, sodass diese einer stetigen Kontrolle bedarf (vgl. Gortner et al., 2012, S. 95).

3.2.3 Wasser- und Elektrolythaushalt inklusive der Niere

75-80% des Körpergewichtes der Frühgeborenen besteht aus Wasser, welches diese über die Niere und die unreife Haut schnell verlieren. Daher ist es wichtig, eine grundsätzliche erhöhte Luftfeuchtigkeit, meist mittels eines Inkubators, zu bieten. Außerdem kann die noch nicht ausgereifte Niere den Urin nicht ausreichend konzentrieren, sodass lebenswichtige Elektrolyte, wie Natrium oder Kalium, verloren gehen und es zu einer Verschiebung innerhalb des Elektrolythaushaltes kommen kann (vgl. Gortner et al., 2012, S. 96).

3.2.4 Leber, Energiehaushalt und Immunsystem

Die Leber der Frühgeborenen ist noch nicht vollständig ausgereift und nimmt ihre Funktion nur bedingt an. So können anfallende Abbauprodukte häufig nicht vollständig abgetragen werden und es kann z.B. zur kindlichen Gelbsucht kommen. Auch für Frühgeborene ist Glucose die Energiequelle, welche in der unreifen Leber in die Speicherform Glykogen umgewandelt werden muss. Generell können Frühgeborene kaum einen Glykogenvorrat anlegen, sodass eine Gefahr für eine Unterzuckerung besteht. Auch aus der daraus resultierenden Schwäche

und der allgemeinen Unreife sind Frühgeborene sehr infektanfällig, was es zu vermeiden gilt (vgl. Gortner et al., 2012, S. 98f.).

3.2.5 Verdauung

Der Verdauungstrakt eines Frühgeborenen ist häufig noch nicht in der Lage für eine natürlichen Nahrungsaufnahme, sodass es schnell zu Entzündungen im Dünn- und Dickdarm, Obstipation oder zu Nahrungsunverträglichkeiten kommen kann. Ein weiterer Punkt bei der Nahrungsaufnahme ist die mangelnde Kraft zum Saugen an der mütterlichen Brust oder einer Flasche, sodass die Frühgeborenen häufig zusätzlich oder gar ganz über eine Magensonde und/oder einer Infusion ernährt werden müssen (vgl. Gortner et al. 2012, S. 96).

3.2.6 Lunge und Atemzentrum

Das Atemzentrum sowie die Lunge selbst sind noch nicht vollständig ausgereift. Wie bereits im Problemhintergrund beschrieben, ist die Lunge das letzte ausreifende Organ. Daher ist es von großer Bedeutung, die Atmung des Kindes vorerst dauerhaft zu überwachen, da es z. B. zu Atemaussetzern kommen kann. Gegebenenfalls muss die Atmung des Frühgeborenen mithilfe von Medikamenten oder Beatmungsgeräten unterstützt werden (vgl. Gortner et al., 2012, S. 95f.).

3.2.7 Herz-Kreislaufsystem und Gehirn

In der intrauterinen Zeit umgeht das Blut des Kindes den Lungenkreislauf mithilfe von Shunts (Verbindungen/Ductus Botalli und Foramen ovale), da es in diesem Entwicklungsstadium normalerweise noch über die Plazenta der Mutter mit Sauerstoff versorgt wird. Erst nach der Geburt bewirkt der Luftdruck in der Umgebung, dass sich die Lunge entfaltet, woraufhin der Lungenkreislauf seine Funktion übernimmt. Bei reifgeborenen Kindern schließen sich die Verbindungen mittels der veränderten Druckverhältnisse im Kreislauf spontan, endgültig aber erst nach Tagen. Bei Frühgeborenen sollte dieser Vorgang gut beobachtet werden, da sie ein erhöhtes Risiko auf das Nichtschließen haben und die nicht geschlossenen Verbindungen weitere Komplikationen verursachen kann. Ebenfalls sind das Blutgerinnungssystem und die Blutgefäße noch nicht voll ausgereift, sodass das Risiko der Hirnblutung besteht. Dieses sollte durch vermehrtes Kontrollieren beobachtet werden und setzt ein vorsichtiges Handling voraus. Generell ist das Gehirn des Frühgeborenen noch nicht voll entwickelt, welches sich vor allem an den Gehirnstrukturen sichtbar macht (vgl. Gortner et al., 2012, S. 95ff.).

3.3 Atemnotsyndrom

Das Atemnotsyndrom ist eine pulmonale Erkrankung einer morphologischen und funktionell unreifen Lunge. Die Unreife bezieht sich vor allem auf die Pneumozyten Typ II, die das oberflächenaktivierende Surfactant bilden. Die Surfactantbildung beginnt schon mit der 22/23 SSW, es ist aber erst ab der 35 SSW ausreichend vorhanden. Durch das Surfactant wird die Oberflächenspannung der Alveolen herabgesetzt und verhindert damit einen endexpiratorischen Alveolenkollaps. Bei einem Surfactantmangel kommt es dementsprechend zu einer verminderten Lungencompliance, welche zu einer Beeinträchtigung der Entfaltung der Lunge und damit zu einer verstärkten Atemarbeit für das Frühgeborene führt (vgl. Ullrich et al., 2005, o.S.).

Risikofaktoren für ein Atemnotsyndrom sind vor allem die Frühgeburtlichkeit, familiäre Dispositionen, Diabetes mellitus der Mutter, Asphyxie und die primäre Sectio.

Die Symptome des Atemnotsyndroms sind Atemnot mit Einziehungen (interkostal, subkostal, jugulär, sternal, xiphoidal). Dazu begleitend können Dyspnoen, Tachypnoe, expiratorisches Stöhnen, erhöhter Sauerstoffbedarf und Nasenflügeln vorhanden sein. Je nach Schweregrad sind die Symptome weniger oder mehr ausgeprägt. Diagnostiziert wird das Atemnotsyndrom durch das klinische Bild, die Anamnese, Blutgasanalysen und einem Röntgen-Thorax. Durch das Röntgen-Thorax ist eine klare Einteilung in den Schweregrad des Atemnotsyndroms möglich (vgl. Roos et al., 2010, S. 174f.).

Bei einem bestehenden Atemnotsyndrom benötigen die Früh-/ Neugeborenen häufig eine maschinelle Unterstützung der Atmung. Bei einer leichten Form des ANS ist eine Unterstützung der Spontanatmung mithilfe eines nasalen oder pharyngealen CPAP ausreichend. Schwere Formen erfordern meist eine vollständige Beatmung und die endotracheale Gabe von Surfactant. Das Surfactant wird über einen steril gelegten Tubus der Lunge zugeführt. Bei gutem Ansprechen wird dieser häufig wieder extubiert (Insure-Ansatz). Häufig zeigen die Kinder eine starke Verbesserung der Atmung, welche aber nach 1-2 Stunden wieder abnehmen kann, in diesem Fall ist nach frühestens 6-8 Stunden eine weitere Surfactantgabe und meist eine längerfristige maschinelle Beatmung notwendig (vgl. Roos et al., 2010, S. 174f.).

3.4 Die invasive Beatmung

Die invasive (künstliche) Beatmung übernimmt und sichert die Atmung des Patienten. Aufgrund von Erkrankungen, Störungen oder Reifungsproblemen kann oder soll der Patient nicht selbstständig oder ohne Unterstützung atmen. Dabei wird zwischen einer vollkontrollierten Beatmung, bei der die komplette Atmung von der Maschine übernommen wird, und einer assistierenden Beatmung, bei der Patienten die Möglichkeit zu eigenen Atemzügen unter der Beatmung gegeben wird, unterschieden (vgl. Amrhein und Bley, 2015b, S. 799).

3.4.1 Die Intubation

Um die invasive Beatmung überhaupt durchführen zu können, muss eine endotracheale Intubation durch einen Arzt erfolgen. Darunter wird verstanden, dass man einen Tubus durch den Kehlkopf in die Trachea legt. Dieses Vorgehen kann orotracheal (über den Mund) oder nasotracheal (über die Nase) durchgeführt werden. Ist der Tubus ordnungsgemäß in der Trachea platziert, kann dieser mittels eines aufblasbaren Ballons in der Trachea und durch eine Fixierung im Gesicht befestigt werden. Mit dem Tubus ist nun der Zugang zu der Trachea gesichert und der Patient kann endotracheal beatmet und abgesaugt werden (vgl. Messall et al., 2015, S. 204ff.).

3.4.2 SIMV Beatmung

Die SIMV Beatmung (synchronized intermittend mandatory ventilation) ist eine druckkontrollierte Beatmung, bei der das Gerät eine festgelegte Mindestfrequenz druckkontrollierter Atemzüge, die das Kind triggern kann, verabreicht. Dem Patienten wird durch eine Druckunterstützung zu einem eigenen, vollwertigen Atemzug beholfen. Sollte er keinen Atmungshub im normalen Verhältnis, also seinem Atemzyklus, absetzen, so erhält er trotzdem den druckkontrollierten Beatmungshub. Es ist empfohlen, Patienten während dieses Vorgangs zu sedieren, um sie daran zu hindern, sich selbst zu verletzen, und um die Schmerzen zu minimieren. Eine Sedierung ist aber kein Ersatz zum Schmerzmittel, sondern wirkt unterstützend (vgl. Messall et al. 2015, S. 216f.).

Die patientengesteuerte Beatmung ist weniger belastend für Früh-/Neugeborene als eine vollständige Beatmung (vgl. Greenough und Robertson, 1985, S. 598ff.).

3.4.3 Risiken der invasiven Beatmung

Durch die Notwendigkeit eines Tubus für die Beatmung besteht die Gefahr von Verletzungen an dem Larynx und/oder der Trachea durch mögliches Verschieben oder Verrutschen des Tubus innerhalb der Trachea. Durch eine zu klein gewählte Tubusgröße kann diese Gefahr noch vergrößert werden. Des Weiteren besteht die Möglichkeit der Reizung des Nervus vagus bei der Intubation, welcher eine Verschlechterung des allgemeinen Zustandes des Kindes verursachen könnte. Da der Tubus eine Zuführung in die Trachea, also ins Körperinnere, ist, ist dieses immer mit einem zu beachtenden Infektionsrisiko verbunden. Über den Luftdruck kann Luft in den Magen gelangen, sodass das Legen einer Magensonde notwendig ist. Durch diese kann eine Überdehnung des Magens vermieden und gleichzeitig die Ernährung des Kindes gesichert werden. Denn ebenfalls durch den Tubus, aber auch aufgrund der Sedierung und dem Allgemeinzustand des Kindes ist die Nahrungsaufnahme beeinträchtigt oder sogar gar nicht möglich. Allgemein können der Intubationsvorgang und teils auch die Beatmung mit großen Schmerzen für das Frühgeborene verbunden sein (vgl. Sparshott, 2009, 105ff.).

Es gibt Studien, die zeigen, dass es immer noch eine beträchtliche Mortalität und Morbidität bei Kleinkindern mit sehr niedrigem Geburtsgewicht gibt, die zur Behandlung des Atemnotsyndroms länger als 10 Tage beatmet werden mussten (vgl. Isomaa und Sjöblom, 1975, S. 599).

Der meist vergessene und unterschätzte Aspekt der Beatmung und dessen Einschränkung ist die fehlende Selbstbestimmung. Dem Kind wird durch die Beatmung zwar eine Möglichkeit zur Beteiligung am Atmen gegeben, dennoch ist das völlig selbstbestimmte Atmen nicht möglich, da der Atem-Vorgang dauerhaft maschinell unterstützt und von fremden Menschen reguliert und/oder irgendwann entfernt wird. Ebenfalls ist die Selbstbestimmung stark unterdrückt, da dem Früh-/Neugeborenen durch die Beatmung die Stimme genommen wird. Es kann seine Bedürfnisse und Erfordernisse nicht mehr durch Weinen oder Wimmern kundtun und willkürliche Bewegungen, wie z.B. Handzeichen oder Kopfschütteln als Alternativen, sind entwicklungsabhängig ausgeschlossen. Ein weiterer Punkt gilt den Manipulationen am Tubus oder am Atemgerät, denn damit wird die Beatmung unterbrochen und das kann starke Erstickungsängste bei dem Frühgeborenen auslösen. Generell empfindet das Früh-/Neugeborene den Tubus als störenden Fremdkörper, der reizt und Schmerzen verursacht (vgl. Messall et al., 2015, S. 208f.).

4. Methodisches Vorgehen

In dem folgenden Kapitel wird die Autorin ihr methodisches Vorgehen in ihrer Bachelorarbeit erläutern. Als erstes wird die hermeneutische Fallanalyse, an die sich die Bachelorarbeit anlehnt, beschrieben und darauf folgt ein Verweis zu den durchgeführten Literaturrecherchen.

4.1 Die hermeneutische Fallanalyse

Hermeneutik kommt von dem griechischen Wort *hermeneuein* und bedeutet so viel wie erklären, auslegen oder dolmetschen. Dabei nimmt es Bezug auf den Götterboten Hermes, welcher den Menschen die Nachrichten der Götter vermittelt hat. Das Ziel der hermeneutischen Fallarbeit ist es „Unverständliches verstehbar zu machen“ (Schrems, 2016, S. 55).

Es geht also darum, einer konkreten und hochkomplexen Pflegesituation, vor dem Hintergrund theoretischer und evidence basierter Kenntnisse, eine individuelle und verständliche Lösung zuzuführen. Dabei wird ein Praxisvorkommen beschrieben und beurteilt, um die empirische und linguistische Bedeutung herauszustellen. Darauf basiert eine multiperspektivische Analyse der zu in Betracht nehmenden Dimensionen und Perspektiven und ein Umsetzen in einem gewählten Rahmen (vgl. Schrems, 2016, S. 55ff.).

Die hermeneutische Fallanalyse umfasst also erstmal ein vorliegendes Grundwissen, um ein Fallverständnis entwickeln zu können. Mit der Einbindung von diesem Fallverstehen wird in dem nächsten Schritt die Dimension des Zustandes des Falles bzw. der Person dargelegt. Die daraus resultierenden Ergebnisse von den verschiedenen Dimensionen werden benötigt, um dann eine Auskunft zu individuell und optimierten Lösungen in Form von z.B. Therapie, Aufklärung oder Entscheidungsfindungen geben zu können.

4.2 Die Literaturrecherche

Für die Bachelorarbeit nutzte die Autorin Literatur in Form von Monografien, Sammelwerken, Forschungsaufsätzen, Artikeln, Dokumentationen und Studien. Kriterien für die Literatursuche waren dabei die deutsche oder englische Sprache.

Mesh Terms bei der Studienfindung waren premature babys, premature infant, infant, children, ventilated, intubated, psychosocial situation, psychosocial, prä-and perinatal, relationship, very low birth, morbidity and survival, surfactant, newborn nursery, pain, oral character, psychology, infant institution.

Einschlusskriterien hierbei waren, dass es sich um Früh-/Neugeborene oder Säuglinge im klinischen Setting handelt. Themenabhängige Kriterien waren auch die Beatmung und das Vorhandensein von respiratorischen Adaptionsproblemen. Dementsprechend waren die Ausschlusskriterien Studien mit Einbindung von Kindern über dem Säuglingsalter und je nach Inhalt und Sinn der Studie andere Gesundheitsprobleme als der hauptsächlich respiratorischen Insuffizienz bzw. dem Atemnotsyndrom.

Insgesamt wurden 7355 Studien gefunden. Durch die Betrachtung des Titels konnten bereits 2312 Studien ausgeschlossen werden. Nach Bewertung der Abstracts konnten weitere 1509 Studien ausgeschlossen werden. Nach Betrachtung des Volltextes von 69 Studien wurden letztendlich 12 Studien in diese Bachelorarbeit mit einbezogen. Im Anhang unter der Nummer eins befindet sich ein Flow Chart zur Suche, den Treffer und letztendlich der Einbindung der Studien, dieser Bachelorarbeit.

5. Beschreibung des Falles

Die Fallbeschreibung von Jan richtet sich nach dem auf menschlichen Bedürfnissen beruhenden Pflegemodell für Neugeborene im klinischen Umfeld nach Sparshott von 1990. Dieses besagt, dass die Bedürfnisse eines Neugeborenen Schutz, liebevolle Zuwendung, Ernährung und Pflege sind. Ziel dieses Modells ist es, eine fördernde Umgebung für das körperliche Wachstum, das Lernen und die Entwicklung von Identität zu gewährleisten. Das Modell unterteilt sich in die körperlichen Bedürfnisse, die emotionalen Grunderfordernisse und die Pflegeziele, wobei die Autorin bei der Fallbeschreibung nur auf die für den Fall relevanten Punkte aus den körperlichen Bedürfnissen und den emotionalen Grunderfordernissen eingeht (vgl. Sparshott, 1990, S. 8ff.). Zur genaueren Betrachtung des Pflegemodells befindet sich eine Abbildung im Anhang unter Nummer zwei. Die Informationen des Patienten hat die Autorin durch Beobachtung, Gespräche und der Dokumentation von examinieren Pflegefachkräften der Station gesammelt.

5.1 Mittelpunkt des auf menschlichen Bedürfnissen beruhendes Modell für Neugeborene/Frühgeborene– Jan und seine Eltern

Den Mittelpunkt in diesem Modell bilden der Frühgeborene Jan mit seinen Eltern. Jan wurde Anfang Januar gegen 6 Uhr per Sectio in der 33+3 Schwangerschaftswoche in einem Krankenhaus in einer Region in Westdeutschland geboren. Der Grund für seine Frühgeburt waren vermehrte vaginale Blutungen bei Plazenta praevia totalis. Zudem war ein maternaler Protein Z Mangel, ein diabetisch eingestellter Gestationsdiabetes und eine Hypothyreose vorhanden. Jan ist das erste Kind seiner Eltern und war auch die erste Schwangerschaft seiner Mutter. Seine Mutter und sein Vater sind Ende 30/Anfang 40 Jahre alt und beide Berufstätig. Sie führen ein strukturiertes und harmonisches Leben. In der Familiengeschichte gibt es keine bekannten Vorerkrankungen oder Gendefekte, bis auf eine leichte Form von Asthma bronchiale bei seiner Mutter, welches aber seit vielen Jahren keine Beschwerden mehr verursacht hat.

5.2 Körperliche Bedürfnisse des Frühgeborenen

In dem Kapitel 5.2 werden die für Jan relevanten, körperlichen Bedürfnisse nach Sparshott aufgeführt und erläutert.

5.2.1 Atmen-Atmung

Jan hat eine respiratorische Insuffizienz mit einem Atemnotsyndrom zweiten Grades. Er begann nach der Erstversorgung vermehrt an zu stöhnen und sternal einzuziehen. Trotz einer 50-prozentigen Sauerstoffvorlage und danach assistierender Atemunterstützung (CPAP- Continuous positive airway pressure) stöhnte er weiterhin. Er wies weiterhin sternale und dann auch interkostale Einziehungen und starke Sättigungsschwankungen mit einhergehendem wechselnden Sauerstoffbedarf auf. Nach steigendem Sauerstoffbedarf wurde Jan Surfactant nach dem Insure-Prinzip verabreicht. Nach kurzer Besserung zeigte Jan wieder Sättigungsschwankungen und seine Atmung war tachypnoeisch. Nach weiter steigendem Sauerstoffbedarf und schlechter Oxygenierung wurde Jan mit einem 2,5 Tubus mit Position auf 8,5 cm intubiert und ihm wurde eine zweite Surfactantgabe verabreicht. Nach der Intubation hatte Jan eine wieder steigende Oxygenierung und einen sinkenden O² Bedarf. Jan erhielt eine SIMV-Beatmung mit einem FiO₂ von 40 Prozent, welche im stabilen Verlauf verringert wurde. Die Beatmungsmaschine alarmierte vermehrt aufgrund großen Lecks, da der Tubus zu klein war und Jan nebenher atmete. Daraufhin entschieden sich die Ärzte zu einer Reintubation mit einem 3.0er Tubus. Dieses gestaltete sich sehr schwierig, da Jans Kehlkopf bereits geschwollen war, sodass es zu leichten Verletzungen im Mund- und Rachenraum kam.

5.2.2 Gefüttert werden- Ernährung

Jan wird in einem dreistündigen Abstand mithilfe einer Magensonde mit Muttermilch oder Pre Aptamil HA ernährt. Aufgrund seines Gesundheitszustandes und der daraus resultierenden Beatmung und Sedierung ist das selbstständige Trinken nicht möglich. Die zuzuführende Menge an Nahrung wird anhand seines noch vorhandenen Magenrestes angepasst.

5.2.3 Ausscheiden- Ausscheidung

Die Diurese von Jan war zu Beginn sehr gut, verschlechterte sich aber allerdings durch die Nebenwirkungen der Medikamente. Es kam zu Ödemen im Genitalbereich, am Hals und an

den Augenlidern, welches die Verabreichung von Furosemid notwendig machte. Nach späterer Verordnung von Fentanyl bekam er zusätzlich einen Blasenkatheter gelegt.

5.2.4 Sauber sein- Hygiene

Jan wird von dem Pflegefachpersonal auf allen hygienischen Ebenen versorgt. Aufgrund seines Gesundheitszustandes wird die Körperpflege bei Jan nur in einem sehr geringen Maße ausgeführt. Jan wird bei jeder zweiten Nahrungsgabe gewickelt und aufgefrischt. Ein Schwerpunkt der Körperpflege bei Jan bildet die Mund- und Gesichtspflege, da diese Region aufgrund der Beatmung sehr gereizt ist. Sein Mund wird mithilfe eines großen Wattestäbchens ausgewischt und rund um die Nase und dem Mund wird er eingecremt.

5.2.5 Es warm halten- Temperaturüberwachung

Jan ist aufgrund seiner Unreife noch nicht in der Lage, seine Körpertemperatur zu halten, sodass er in einem luftbefeuchteten Inkubator mit einer Lufttemperatur von 32°C lag.

5.2.6 Es wieder gut haben- Therapie

Der Gesundheitszustand von Jan war kritisch, aber durch die Therapie stabil. Der Therapieansatz zeigte im Verlauf ein gutes Annehmen seitens Jan und eine Verbesserung. Während der Therapie kamen zwischenzeitlich Konflikte innerhalb des therapeutischen Teams auf, welche die Behandlung von Jan nicht immer ganz deutlich machten und Abläufe in Frage stellten.

5.3 Emotionale Grunderfordernisse des Frühgeborenen

Welche emotionalen Grundbedürfnisse ein Frühgeborenes nach Sparshott benötigt, wird in diesem Kapitel aufgezeigt.

5.3.1 Sicherheit- eine sichere Umgebung aufrechterhalten

Die Eltern von Jan konnten ihre Hände während der Versorgungen auflegen und Jan Begrenzung, etwas Bekanntes und damit ein wenig Sicherheit vermitteln. Des Weiteren wurde versucht, auf die Geräuschkulisse zu achten. Diese wird auf der Station mit einer Lautstärken-Ampel gemessen, wodurch die Pflegefachpersonen auf ihren Lautstärkengrad mittels Lichtsignale hingewiesen werden. Durch das Abdunkeln des Lichtes in den Zimmern der Pflegeemp-

fänger und dem Flur während der Nacht wird versucht, einen physiologischen Tag- und Nachtzyklus zu initiieren. Die Betreuung von Jan wurde dabei von examinierten Pflegefachpersonen übernommen, die mit den verwendeten Maschinen und Materialien vertraut waren.

5.3.2 Behaglichkeit- von Schmerz frei sein

Jan bekam Paracetamol gegen seine Schmerzen, welches nach dem Drängen der Pflegefachkräfte auf Fentanyl umgestellt worden ist. Daraufhin zeigte Jan ein entspannteres Bild.

5.3.3 Entwicklung- aufwachsen und lernen

Es wurden entwicklungsfördernde Konzepte wie Kinästhetik und basale Stimulation angewandt. Des Weiteren besuchte Jan in regelmäßigen Abständen eine spezialisierte Physiotherapeutin, welche ihn entwicklungsfördernd bewegte und eine Atemtherapie durchführte.

5.3.4 Kommunikation- Bedürfnisse ausdrücken und befriedigen können

Die Kommunikationsmöglichkeit von Jan ist aufgrund der Intubation und der Sedierung stark eingeschränkt. Er kann kaum Laute von sich geben und ist innerhalb seiner Bewegung aufgrund der Sedierung beeinträchtigt. Dennoch wird mit Jan durch Mitteilungen oder auch Initialberührungen kommuniziert.

5.3.5 Ausruhen- ruhe und schlafen

Jan zeigte im Allgemeinen ein sehr unruhiges Bild und ließ sich häufig kaum beruhigen. Innerhalb der Pflege von Jan wird das Prinzip „minimal Handling“ durchgeführt. Das bedeutet, dass man das Kind so wenig wie möglich präpariert, um es nicht weiter zu belasten oder zu reizen. Während der fest geplanten Versorgungszeiten hatte Jan Ruhe- und Schlafphasen, welche aufgrund von ärztlichen-diagnostischen- Notwendigkeiten zwischenzeitlich unterbrochen werden mussten.

6. Analyse des Falles

In dem Kapitel „Analyse des Falles“ wird auf einige Ereignisse und Situationen während der ersten Lebenstage von Jan eingegangen, um seine Notsituation zu verdeutlichen. Dabei gliedert es sich in die Angst, den Stress und die Machtlosigkeit, welche Jan durchlebt. Dies ist die Voraussetzung für den darauffolgenden theoretischen Transfer.

6.1 Angst

Die North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) definiert Angst als ein „[u]nbestimmtes Gefühl des Unbehagens oder der Bedrohung , das von einer autonomen Reaktion begleitet wird (häufig unbestimmte oder dem Individuum unbekanntem Quelle); eines Besorgnis, die durch die vorweggenommene Gefahr hervorgerufen wird. Es ist ein Warnsignal für drohende Gefahr und ermöglicht dem Individuum, Maßnahmen zum Umgang mit der Gefahr einzuleiten.“ (Doenges et al., 2014, S. 199).

Jan hat Angst, weil er dauerhaft in einer Unwissenheit geplagt ist. Er weiß zu keiner Zeit, was passiert und was mit ihm gemacht wird. Diese Unwissenheit beginnt bereits vor und mit der Geburt in Form der notfallmäßigen Sectio caesarea (Kaiserschnitt). Jan ist in dem Mutterleib seiner Mutter und bemerkt plötzlich, dass sich ihr Herzschlag bedeutend erhöht. Er hört sie und ihren Mann aufgeregt und beängstigt reden und bemerkt, wie er durch die hektischen Bewegungen hin und her gedrückt wird. Er bemerkt, dass er gar nicht mehr so viel Sauerstoff bekommt und etwas nicht in Ordnung ist, weiß aber nicht was (vgl. Schenk-Danzinger, 1999, S. 16f.). Er hört etwas später viele fremde, gedämpfte Stimmen, die er gar nicht zuordnen kann. Plötzlich wird es immer heller und es kommt ein bedrohendes, spitzes Ding in die ihn umhüllende Blase, welches er nicht zuordnen kann. Die warme und sanft umhüllende Flüssigkeit, die ihn umgibt, fließt einfach ab. Er weiß gar nicht, was das für ihn bedeutet und was dadurch nun auf ihn zukommt. Denn er hatte aufgrund der nicht vorhandenen Wehen und damit der nicht vorhandenen Stimulation keine Möglichkeit, sich selbst hormonell auf die Geburt vorzubereiten und wurde dadurch auch nicht über die anstehende Geburt informiert (vgl.

Taschner und Scheck, 2012, S. 37f.). Jan ist also ohne Vorbereitung zur Welt gekommen und weiß innerhalb des ganzen vorgeburtlichen Prozesses und dem des Kaiserschnitts nicht, dass er zur Welt kommt oder was mit ihm passiert. Das ist für Jan verwirrend, aber vor allem beängstigend. Auch im weiteren Verlauf der Behandlung weiß Jan nie, was mit ihm passiert. Er bemerkt bzw. sieht zwar, dass jemand vor ihm steht, er weiß aber nicht, dass diese Pflegefachperson eine Absaugvorrichtung zwischen dem Tubus und dem Beatmungsschlauch anschließen möchte. Dieses hat für Jan aber zur Folge, dass er aufgrund der kurzen Diskonnection keinen Sauerstoff bzw. keinen Atemhub über die Beatmungsmaschine bekommt (vgl. Sparshott, 2009, S. 108). Jan weiß also nicht, dass ihm der Sauerstoff nur für kurze Zeit genommen wird und kann sich darauf auch nicht einstellen. Er weiß in dem Moment auch nicht, wie lange diese Situation ohne Atemunterstützung und Sauerstoff noch andauern wird. Das löst große Angst vor dem Erstickten und eine Art Todesangst in ihm aus (vgl. Sparshott, 2009, 42f.). Jan zeigt diese Angst durch einen angstgeprägten Gesichtsausdruck in Form von zusammengekniffenen Augen, zusammengezogenen Augenbrauen, einer blassen Hautfarbe und dem Versuch des Schreiens, welcher stumm bleibt. Laut dem Arbeitsmodell von Sparshott (vgl. Sparshott, 1996, zitierte nach Sparshott, 2009, S. 227) würde er zum jetzigen Zeitpunkt zwei von drei möglichen Punkten erreichen, welche auf eine starke und prägnante Angst hinweisen. Jan stagniert dabei teilweise und zeigt dann keine Reaktion mehr auf die therapiebedingten Manipulationen. Dabei zeigt er dann einen starren Blick und eine herabgesetzte Wachheit, seine Hautfarbe ist immer noch blass und seine Teilnahme ist nur noch gering vorhanden, sodass Jan laut dem Arbeitsmodell von Sparshott (vgl. Sparshott, 1996, zitierte nach Sparshott, 2009, S. 227), wie bereits oben beschrieben, zwischenzeitlich sogar mit drei Punkten bewertet werden kann, welches auf ein Unmaß von Angst deutet. Dieses ist vor allem in den Situationen von Manipulationen an ihm und der Beatmungsmaschine, wie z.B. bei der Diskonnection, also in den beschriebenen Momenten der Todesangst der Fall. Jan ist also dem größten Maß an bestehender Angst ausgesetzt. Diese Angst kann anhand der Angsteinstufung nach Peplau auch als Panik beschrieben werden (vgl. Lamprecht und Anästhesiepflege, o.J., S. 5).

Seit dem Zeitpunkt seines extrauterinen Lebens hat Jan ebenfalls Angst, weil er alleine ist. Jan wird aus dem Mutterleib heraus direkt in den Erstversorgungsraum gebracht, welches bedeutet, dass er nach 33 Wochen und drei Tagen kontinuierlicher Verbindung zu seiner Mutter von

ihr getrennt wird. Er kann also, nachdem er 33 Wochen und drei Tage permanent den Herzschlag seiner Mutter gehört hat, diesen plötzlich nicht mehr wahrnehmen. Die extrauterine Welt, in der er sich jetzt befindet und die unmittelbare Umgebung des Erstversorgungsraumes sind ihm vollkommen fremd. Er hört viele andere nicht zuordbare Geräusche und viele fremde Menschen. Diese Menschen sind alle um ihn herum und schauen auf ihn von oben und auf die Reha-Einheit, auf der er liegt, herab. Jan kann dabei seine gewohnte, eingerollte Hockerlage auf der flachen Matratze nicht mehr einhalten (vgl. VandenBerg und Hanson, 2015, 31ff.). Ihm wird die umgebende Stützung des Mutterleibs, von der er sich abhängig gemacht hat, genommen. Er wurde in der intrauterinen Zeit immer von dem Mutterleib getragen und umarmt, was er jetzt nicht mehr spürt und was ihm Angst macht, denn es war für ihn ja selbstverständlich. Zudem fangen diese fremden Menschen, die alle um ihn versammelt sind, an, Jan anzufassen und mit Handtüchern abzutrocknen und stark damit abzureiben, er ist sehr verwirrt und beängstigt. Fast durchgängig besteht ein Piepen, mal ganz laut und schnell und dann mal wieder ganz leise, wovon er nicht weiß, was es damit auf sich hat. Er vernimmt Stimmen, mal laut und hektisch und mal ganz beruhigend. Es ist hell und alles blendet, sodass er seine Augen gar nicht aufmachen mag. Außerdem ist es von jetzt auf gleich mindestens zehn Grad Celsius kühler als im Mutterleib, was ihn erschreckt. Auch nach der Erstversorgung kann es aufgrund des Gesundheitszustandes von Jan und der notwendigen Beatmung zu keinem ersten richtigen Haut-auf-Haut Kontakt kommen. Dieses zieht sich auch im weiteren Verlauf der Behandlung weiter hin, sodass Jans Eltern ihm erstmal fernbleiben und dadurch fremd werden. Dementsprechend kann hier auch von vornherein keine feste Beziehung aufgebaut bzw. die bestehende Verbindung aus der intrauterinen Zeit extrauterin fortgesetzt werden. Jan ist also auf sich allein gestellt und das macht ihm Angst, weil er weiß, dass er allein nicht zurechtkommen kann. Jan sehnt sich also viel mehr nach dem Nicht-Existieren in dieser Umwelt, also dem Rückzug in sein intrauterines Leben. Das bedeutet, Jan möchte nicht mehr hier sein, er möchte lieber nicht leben, als dieses weiter aushalten zu müssen. Er sehnt sich nach dem anorganischen Zustand und damit nach Ruhe, Dunkelheit, Sicherheit und Schmerzfreiheit, sodass er auch seine Machtlosigkeit nicht mehr spüren muss (vgl. Hobmair, 2012, S. 238f.).

Jan kann keine feste Bindung zu seinen Eltern aufbauen, aber auch keine feste Bindung zu einer der Pflegefachpersonen. Durch den nicht zu vermeidenden Schichtwechsel und damit den Wechsel der für Jan zuständigen Pflegefachkraft kann keine Vertrautheit entstehen, was

bei Jan zu erneuten Trennungsängsten führen kann. Jan fehlt die Möglichkeit, eine feste Vertrauensperson zu haben und dadurch ist er immer wieder von Unsicherheit und Ängstlichkeit geprägt.

Ein wichtiger Punkt bei dem Beziehungsaufbau und Kennenlernen zwischen dem Kind und der Pflegefachperson, aber auch vor allem zwischen den Eltern und Jan ist das Nicht-Kennenlernen können des Schreis von Jan. Denn die Stimme bzw. der Schrei ist wie ein Fingerabdruck, unverwechselbar und individuell (vgl. Frings und Müller, 2019, S. 227). Die Eltern und auch die Pflegefachperson haben nicht die Chance, Jan anhand seines Schreiens überhaupt wahrnehmen zu können oder sogar vielleicht schon anhand des Schreis zu erkennen, wie groß und worum sich Jans Bedürfnis, welches er dort äußert, ist bzw. handelt. Aber genau dieser Aspekt ist eine Art Identifikation auch für Jan. Der Schrei hilft Jan somit auch, sich selbst zu hören und damit sich selbst kennenzulernen. Jan entwickelt also auch keine Beziehung zu sich selbst, genauso wie er dies nicht zu seiner Umwelt tun kann. Und ist damit nicht nur allein von seiner Umgebung, sondern auch allein von sich selbst, aufgrund seiner nicht stattfindenden Selbstentdeckung. Er zeigt also kein Vertrauen zu sich selbst und keine Identifizierung mit sich selbst, durch das nicht Erforschen können seiner selbst. Er kann verschiedenen Schreie nicht abgeben, sondern ist aufgrund des Tubus dauerhaft still.

Im Behandlungsprozess von Jan befinden sich fehlende Einigungen über die Verfahrensweisen innerhalb des therapeutischen Teams. Diskussionspunkte dabei waren zum einen die Schmerzmedikation und die Zeitpunkte verschiedener diagnostischer oder Behandlungsverfahren. Die Pflegefachpersonen können nicht nachvollziehen, warum die Ärzte kein stärkeres Schmerzmittel anordnen wollen. Sie drängen auf das Geben von Fentanyl, weil sie merken, dass Jan unter Schmerzen leidet. Die Ärzte empfinden dies als noch nicht so stark und haben Angst davor, dass Jan zu viel Wasser einlagert. Ebenfalls fühlen sich die Ärzte überrannt und genötigt dazu, Fentanyl anzuordnen (vgl. Sparshott, 2009, S. 195f.). Die Pflegefachpersonen fühlen sich für Jan zuständig und können seinen Ausdruck von Leid nicht mit ansehen und fühlen sich nicht ernst genommen. Sie bekommen das Gefühl, Autonomie los zu sein und nicht wertgeschätzt zu werden. Sie können das Gefühl nicht ertragen, zu wissen, dass Jan Schmerzen hat, können dieses Leid also nur schwer für sich aushalten und fühlen sich teils auch persönlich angegriffen und haben Angst um Jan (vgl. Sparshott, 2009, S. 195). Diese Thematik

wird dementsprechend dann auch im Rahmen der Übergabe der Pflegefachpersonen diskutiert und besprochen, da die Pflegefachpersonen nach Zustimmung und Hilfe streben. Viele Pflegefachpersonen bringen sich in diesen Konflikt nun mit ein und fangen an, auch für Jan zu kämpfen und die Ärzte zu hinterfragen und bedrängen. Dadurch sind die Ärzte auch negativ gestimmt und es kommt bei jeder Begegnung zu einer Auseinandersetzung, welche sich in lauten Diskussionen im Aufenthaltsraum und im Patientenzimmer zeigen. Keiner der beiden Parteien hört dem anderen richtig zu und beharrt auf seiner Meinung. Es herrscht ein generell angespanntes Klima auf der Station, welches jeder Zeit schon bei kleinsten Hinterfragungen zu Jan oder seinem Zustand zu eskalieren droht. Viele dieser Diskussionen verlaufen hauptsächlich innerhalb der Versorgung von Jan und in dessen Zimmer, da dort der Ort ist, wo sich die Ärzte und Pflegefachpersonen am häufigsten begegnen. Die Ärzte kommen immer mal wieder herein und schauen nach dem Gesundheitszustand, welchen die Pflegefachperson dauerhaft überwacht. Die generell schon ständig wechselnden, fremden Stimmen und Gesichter, die Jan hört und sieht, sind einschüchternd, da er zu keinem eine feste Beziehung hat und dementsprechend auch kein Vertrauen zu ihnen aufbauen kann. Wenn diese dann aber zusätzlich an seinem Bett, also über ihm, anfangen, laut und mit einem bösen Unterton zu diskutieren, sind diese Personen nicht mehr nur fremd, sondern auch angsteinflößend. Ebenfalls merkt er die Anspannung der Pflegefachkraft innerhalb dieser Diskussionen, welche er im Zusammenhang auf sich selbst projiziert. Er fühlt sich als der Grund der Diskussion und spürt die Unsicherheiten und den Kampf um sich selbst, welches ihm Angst um sich selbst macht. Er entwickelt also Angst vor den behandelnden Personen und Angst davor, vielleicht seine Existenz zu verlieren.

6.2 Stress

Stress wird als „[ü]bermäßige Anzahl und Arten der Herausforderung, die Handlung erfordern“ von der NANDA definiert (Doenges et al., 2014, S. 774).

Bei Jan beginnt auch der Stress bereits bei der Geburt, denn ab dem Zeitpunkt werden enorm viele Anforderung an ihn gestellt, die er zum großen Teil gar nicht bewältigen kann. Er wird einfach von zwei großen Händen gepackt und aus dem Mutterleib genommen. Jan, der völlig

in sich existierende, narzisstische Fetus (vgl. Sparshott, 1990, S. 42) muss sich plötzlich nicht nur auf sich, sondern auch auf alles um ihn herum konzentrieren. Er spürt das erste Mal das Gesetz der Schwerkraft und bemerkt, dass es ganz schön schwer ist, die Extremitäten selbstständig halten zu müssen. Es ist mindestens zehn Grad Celsius kälter als im Mutterleib, er spürt, wie ihm kalt wird und sein Körper abkühlt. Er steht vor der Herausforderung, dass er plötzlich seine Körpertemperatur selbst halten muss, was er nicht kann. Hier kommt auch die unreife Lunge mit der nicht ausreichenden Surfactanteinkleidung und somit dem Atemnotsyndrom zu tragen. Jan muss selbstständig atmen, obwohl seine Lunge dafür noch gar nicht bereit ist. Er versucht, die zähen Alveolen mit Luft zu füllen, welche sich aber nur mit starker Anstrengung füllen lassen. Dies erwartet von ihm eine starke Anstrengung, welche er rein durch die Atmung nicht schafft, sodass er seine Atemhilfsmuskulatur einsetzen muss, welche an seinen starken interkostalen und sternalen Einziehungen erkennbar werden. Da Jan nicht in der Lage ist richtig, tief einzuatmen, atmet er flach und schnell und gegen einen dauerhaften Druck an, welches für Jan sehr anstrengend und stressbehaftet ist. Diese Energie, die er für den Vorgang der Atmung braucht, kann er gar nicht erzeugen und wird immer schwächer, welches sich auch auf die Atmung projiziert. Er merkt, dass er dieser Anforderung, die an ihn gestellt wird, gar nicht standhalten kann und signalisiert dieses mit erhöhtem Sauerstoffbedarf und es besteht die Notwendigkeit einer Therapie. Ebenfalls wird ihm die umgebende Stützung des Mutterleibs, von der er sich abhängig gemacht hat, genommen. Jan muss also darum kämpfen, sein gleichmäßiges Funktionsmuster aus dem Mutterleib irgendwie aufrecht zu erhalten, welches für ihn gar unmöglich ist (vgl. VandenBerg und Hanson, 2015, 31ff.). All diese neuen Gegebenheiten, an die er sich nun anpassen soll, sind für ihn eine übermäßige Anzahl von Herausforderungen, die von ihm unzählige Handlungen erwarten, welche er aber aufgrund seiner Unreife noch nicht erbringen kann. Dieses schwere Atmen verursacht auch langsam Schmerzen. Ebenfalls spürt er mehrmals einen stechenden Schmerz aufgrund der Nadel für das Anlegen eines peripheren Venenkatheters. Jan ist gar nicht in der Lage zu verstehen, dass dieser Schmerz, den er spürt, ein Resultat von Gewebeschädigung ist und kann dieses negative Gefühl nur schlecht einordnen (vgl. Biedermann et al., 2017, S. 394). Dieses negative Gefühl dauert auch in der weiteren Therapie an. Denn für die Beatmung und die Gabe von Surfactant über den Insure-Ansatz wird Jan zweimal intubiert und später sogar in einen geschwollenen Kehlkopf reintubiert, inklusive leichter Verletzung der Schleimhaut. Das waren unglaublich prägende Schmerzen für Jan, welche er trotz vorhandener Sedierung auch zeigte.

Um eine Einschätzung der Schmerzen von Jan treffen zu können, verwenden die Pflegefachkräfte ein Assessmentinstrument namens Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) (vgl. Sparshott, 2009, S. 88f.). Mithilfe dessen kann man anhand von möglichen Anzeichen, wie z.B. dem Gesichtsausdruck, dem Atemmuster oder dem Wachzustand des Kindes, beurteilen, ob dieses keine bis starke Schmerzen hat. Jan zeigte bis zur Fentanylgabe eine angespannte Gesichtsmuskulatur und eine gerunzelte Stirn, weshalb er innerhalb der Bewertung des Gesichtsausdruckes einen Punkt erhielt. Das Atemmuster von Jan ist häufig tachypnoeisch, was ebenfalls als ein Anzeichen von Schmerz gilt und mit einem Punkt bewertet wurde. Wie auch in der Fallbeschreibung dargestellt, ist Jan sehr unruhig und teilweise gar nicht zu beruhigen. Zudem ist seine Aufmerksamkeit eingeschränkt, da er sich nur noch auf den Schmerz konzentriert und die Reize der Eltern und der Pflegefachpersonen in dem Moment nicht wahrnimmt, sodass er auch dort einen Punkt erhält. Die Einschätzung des Weinens/Schreiens und der Bewegung ist bei Jan nur geringfügig möglich, da er durch die Intubation und die Sedierung in der Ausführung dieser stark eingeschränkt ist. Dazu muss gesagt werden, dass Jan trotz Sedierung die Bepunktung eins erhält, welches das unruhige Bild, das er abgibt, verdeutlicht. Dennoch ist ein generell erhöhter Muskeltonus zu erkennen und bei genauem Hinhören kann ein ganz leises, angestregtes Stöhnen vernommen werden. Jan wird in diesen beiden Kategorien mit jeweils einem Punkt bewertet. So kommt Jan von sechs möglichen Punkten auf fünf, welches auf starke Schmerzen hinweist. Die Pflegefachkraft kann dabei nicht genau wissen, welche bzw. in welchem Ausmaß Jan seine Schmerzen fühlt, da das Wissen der Pflegefachkraft auf ihrer Fremdeinschätzung basiert. Es besteht sogar ein Zusammenhang zwischen dem Schmerz bzw. den allgemeinen Reizen der Umwelt und dem nicht Halten können der Körpertemperatur. So hat Jan bereits durch das Öffnen der Inkubatorklappe einen Abfall seiner Körpertemperatur, da er durch den entstehenden Stress seine Energieressource verbraucht.

Die Schwierigkeit, die Jan dabei hat, bestehen darin, dass er durch diese negativen Gefühle und den Stress aufgrund der Anforderung und Herausforderung in eine starke Anspannung verfällt (vgl. Biedermann et al., 2017, S. 391f.), welche für ihn nicht zu lösen ist. Denn das Schreien selbst wäre für Jan nicht nur eine Art der Kommunikation, sondern auch ein spannungslösender Mechanismus. Jan ist von so vielen negativen Erlebnissen und Ereignissen durch die Therapiemaßnahmen, welche mit Schmerz und Angst einhergehen, geprägt, die ihn jeden Tag wieder angespannt und gestresst sein lassen. Diesen innerlichen Anspannungs- und

Gefühlszustand kann er nicht kompensieren, da er sich nicht davon befreien kann. Jan würde eigentlich anfangen zu weinen und/oder stark zu schimpfen, um diesen Frust herauszulassen, aber er kann weder schreien noch weinen. Denn innerhalb der ersten Lebenswochen können Kinder noch keine Tränen vergießen (vgl. Biedermann et al., 2017, S. 391f.), sodass Jan weder seinen Frust in Form von Tränen herausfließen lassen oder in Form von Schreien auslassen kann. Jan wird also die komplette Chance genommen, sich zu entladen und damit sein innerliches Wohlbefinden zu bereinigen. Er muss all seine unerträglichen, akkumulierten Spannungen und Frustrationen (vgl. Biedermann et al., 2017, S. 391f.), zu denen täglich neue hinzukommen, aushalten und durchleben. Diese Spannungen zeigt Jan in Form von Stress, welcher durch seine physiologischen Veränderungen sichtbar werden. Jan zeigt seinen Stress durch eine erhöhte Herzfrequenz, einem gesteigerten Blutdruck, einer tachypnoeischen Atmung, Abnahme der Oxygenierung inklusive eines Anstieges des intrakraniellen Druckes, einem gesteigerten Muskeltonus und einer zunehmenden Spanne zwischen der Kerntemperatur und der peripheren Temperatur, wobei die periphere Temperatur deutlich sinkt. Diese Anzeichen weisen auf ein hohes Stresspotential hin, denn laut Sparshott sind genau diese physiologischen Anzeichen und dieser Zustand das Signal des Erlebens von erhöhtem Stress innerhalb Jans befindender Lebensphase (vgl. Sparshott, 1996, zitierte nach Sparshott 2009, S. 226). Dieses dauerhafte Aushalten beeinträchtigt Jan, sich auf seine körperliche Entwicklung zu konzentrieren und lässt ihn sogar auf die Gefahr hinauslaufen, dass er weitere körperliche und psychische Probleme entwickelt (vgl. Biedermann et al., 2017, S. 391f.).

Aber auch die Pflegefachpersonen haben im Verlauf ihrer Arbeit häufig Stress. Es wird eine kompromisslose Hingabe gefordert, um Frühgeborene wie Jan zum Überleben zu helfen. Dadurch entsteht ein hoher Stress, welcher in der momentanen Situation zusätzlich noch von Personalmangel, schlechter Bezahlung und dem Mangel an Respekt und Anerkennung des Berufes gefördert wird (vgl. Sparshott, 2009, S. 188f.). Den bereits gestressten Pflegefachpersonen fehlen zusätzlich häufig die zeitliche Bestimmung von der Therapie oder/und diese werden ihr zu spät mitgeteilt, was ein personelles Kommunikationsproblem darstellt. Dieses hat zur Folge, dass trotz offensichtlicher Versorgungszeiten der Pflegefachpersonen Jan auch außerhalb dieser, also in seinen Ruhe- und Schlafphasen, gestört werden muss. Jan wird also in der einzigen Zeit, in der er einigermaßen mal Zeit dafür hat, sich zu entspannen und zu genesen, gestört, sodass er so gut wie kein Angebot an Ruhe hat. Jan schüttet Stresshormone wie

Katecholamine bei Schlafunterbrechungen aus (vgl. Villach, 2012, S. 123), was das wieder zur Ruhe Kommen hemmt oder bei häufigem Vorkommen sogar verhindert. Zudem werden bei dem ungestörten Schlaf Wachstumshormone produziert, sodass Jan aufgrund der Störung auch ein gehemmtes Wachstum und damit eine langsamere Genesung erfährt (vgl. Villach, 2012, S. 123), was dazu führt, dass Jan länger beatmet und therapiert werden muss. Dabei ist ebenfalls nicht zu vergessen, dass die Kinder in einer Umgebung voll mit Technik liegen. Der Monitor und die Beatmungsmaschine geben durchgehend Licht- und Geräuschsignale von sich ab, sodass teilweise sogar flackernde Lämpchen oder lautes schnelles Piepen die Ruhephasen stören und allgemein das Stresslevel durch die dauerhafte Bewegung von Licht in den Augen und den starken Geräuschpegel, der zwischenzeitlich nicht zu vermeiden ist, zu weiterem Stress führen.

Schlafunterbrechungen führen zur Ausschüttung von Stresshormonen wie Katecholaminen, Adrenalin und Cortisol (vgl. Villach, 2012, S. 23). Diese erschweren die Heilungsprozesse. Der Tag-Nacht-Rhythmus wird durch ständige Schlaf- und Ruheunterbrechungen gestört und erschwert später häufig die Umstellung auf das Leben zu Hause. Wachstumshormone werden während des ungestörten Schlafes produziert und führen zu einer besseren Heilung und zu einem effizienteren Energieverbrauch. Deshalb ist ein ungestörter und regelmäßiger Schlaf-Wachrhythmus für die Entwicklung frühgeborener Kinder von großer Bedeutung.

6.3 Machtlosigkeit

Die NANDA beschreibt Machtlosigkeit als die „Wahrnehmung, dass das eigene Handeln ein Ergebnis nicht entscheidend beeinflussen wird; wahrgenommener Mangel an Kontrolle über eine aktuelle Situation oder ein unmittelbares Geschehen.“ (Doenges et al., 2014, S. 482). Es besteht also ein Mangel an Kontrolle, also eine Machtlosigkeit, welche in Jans Fall vor allem gegenüber der Umwelt besteht.

Jan kann aufgrund seines Alters generell nur in Form von Weinen, Lächeln, Blickkontakt und frühkindlichen Imitationen kommunizieren (vgl. Lohaus und Vierhaus, 2013, S. 95ff.).

Das bedeutet, dass er auch sein Unbehagen, sowie das Bedürfnis nach etwas nur in Form von Weinen, Wimmern oder Bewegung kundtun kann. Diese Kommunikationswege werden Jan aber durch die Beatmung und die Sedierung genommen bzw. stark eingeschränkt. Aufgrund der Intubation kann Jan seine Stimme nicht mehr einsetzen, da seine Stimmbänder von dem Tubus getrennt werden. Dabei sind gerade das Schreien und Stöhnen für ihn von hoher Bedeutung. Er kann seine Bedürfnisse wie Hunger und den Wunsch nach Zuneigung genauso wenig wie sein Unbehagen von Schmerz, Überreiztheit oder Müdigkeit nicht äußern. Jan kann sich der Therapie bzw. dem Tubus als Fremdkörper aber auch nicht verwehren, da er von ihr/ihm abhängig ist (vgl. Messall et al., 2015, S. 208f.). Jan benötigt die Therapie und den Tubus, um seine Existenz zu erhalten und kann somit seine Situation nicht beeinflussen. Er kann sich auch den Blutentnahmen oder ähnlichen Manipulationen nicht verweigern, da er sich nicht kommunikativ oder mithilfe von Bewegung von diesen entfernen kann. Jan kann also nicht kommunizieren, dass er etwas braucht oder dass er etwas möchte, wie z.B. dass der Schmerz aufhört. Jan kann also nicht signalisieren, dass jemand auf ihn schauen soll und ihm helfen soll. Er ist seiner Außenwelt also machtlos ausgeliefert und hat keine Kontrolle über die aktuelle Situation und dem unmittelbaren Geschehen. Er kann nur darauf hoffen, dass die Pflegefachpersonen ihn mithilfe ihrer individuellen Wahrnehmung versorgen. Jan kann, wie bereits erwähnt nicht äußern, dass er gerade Hunger hat, indem er weint oder in einem erregten Zustand im Bett liegt, da dieses durch die notwendige Beatmung in Form des Tubus und der dafür notwendigen Sedierung nicht funktioniert. Dabei kennt Jan gar nicht das Gefühl, Hunger haben zu müssen und er kennt in dem Zusammenhang auch keine Uhr, keine Zeit (vgl. Karch, 1994, S. 137). Jan liegt also mit einem sedierten, schwachen und schweren Körper, welchen er nicht bewegen kann, im Bett und versucht, einen Ton herauszubringen. Dies wird aber nicht funktionieren, sodass er darauf warten muss, dass die Pflegefachkraft kommt, wenn sie denkt, dass er Hunger hat. Des Weiteren kann er nicht auf sich aufmerksam machen, wenn also die Pflegenden sich gerade nicht unmittelbar in seiner Nähe befindet, wird sie ihn nicht hören. Hinzu kommt, dass er seine Art und die Möglichkeiten seiner Kommunikation aufgrund seiner Unreife noch nicht vollständig organisieren, aber durch die Einschränkungen im Behandlungsalltag, auch nicht üben kann oder eine Verbindung zu möglichen Reaktionen seiner Eltern üben kann. Er lernt also nicht, seine Kommunikationswege einzusetzen, da seine Kommunikation im Allgemeinen völlig eingeschränkt ist.

Zu diesem Nicht-Äußern-Können mithilfe der Stimme kommt zusätzlich das beschränkte Äußern in Form der Bewegung. Aufgrund der Sedierung kann Jan nur minimale Bewegungen ausführen. Er kann also seine Bedürfnisse und Erfordernisse auch nicht in Form von Strampeln oder ähnlichem ausdrücken, sodass er sich auch hier durch machtlos fühlt. Generell kann Jan seine motorischen Fähigkeiten nur zu einem geringen Grad wahrnehmen, kennenlernen, ausbauen und spezifizieren. Jan ist zwar in der Lage, kleine Bewegungen mit seinen Extremitäten zu machen, ist aber von dem richtigen Bewegtwerden und Lagern der Pflegefachkraft abhängig. Ebenfalls wie das Gefühl von Hunger, kann er seinen Wunsch nach Nähe nur wenig signalisieren, sie sich aber auch nicht einfordern. Jan kann seinen Kopf aufgrund der Sedierung und Lagerung zum Schutz der Beatmung nicht in die Richtung der Eltern drehen, wenn sie mit ihm sprechen. Zudem wird er durch die Bewegungseinschränkung nicht in der Lage sein, seine Hand selbstständig auf die seiner Eltern zu legen, geschweige denn deren Finger kräftig zu umfassen, sodass die Bindungseinforderung seitens Jan neben der generell schon beeinträchtigten Beziehung auch von Jan selbst nur begrenzt möglich ist. Dadurch ist er also von seiner Umgebung in Hinsicht der Einforderung von Zuneigung abhängig und kann nur darauf hoffen, diese zu bekommen, er ist also auch in der Forderung nach spürbarer Liebe machtlos. Ein weiteres Problem des Nicht-Bewegen-Könnens ist das eingeschränkte Ausführen-Können der Reflexe, er kann also auch seine Bewegung nicht entscheidend selbst beeinflussen. Die Reflexe sind für Jans Entwicklung in der Hinsicht von Bedeutung, dass sich aus diesen seine späteren willkürlichen Bewegungen und seine allgemeine Motorik formt, sowie erste Zusammenhänge, wie z.B. die Verbindung zwischen Saugen und dem Bekommen von Nahrung, entstehen (vgl. Kasten, 2013, S. 84ff.). Jan ist selbst auch machtlos in seiner Bewegungsentwicklung und kann diese nur durch das Bewegtwerden der Pflegefachpersonen und Physiotherapeuten erreichen.

6.4 Die Eltern von Jan

Die Eltern von Jan entwickeln Ängste, welche bereits zu Anfang mit dem Auftreten der vaginalen Blutungen entstehen, da diese in der Schwangerschaft meist mit einem Abbruch assoziiert werden. Auch für die Eltern besteht, durch die notwendige Frühgeburt, keine abgeschlossene Vorbereitung auf die Geburt. Dabei wirkt dieser notfallmäßige Kaiserschnitt für die Mutter wie eine Art Kino, das Kämpfen um das Leben und die Bedrohung des eigenen Kindes, aus erster Reihe. Das Einzige, was nun in dem Kopf der Mutter vorherrscht, ist bitterliche Angst und das Haftenbleiben einer immer bestehenden negativen Erfahrung (vgl. Grin, 2004, S. 93f.). All ihre Hoffnungen und Wünsche auf ein gesundes Neugeborenes werden ihr abrupt genommen. Es entstehen Schuldgefühle, Gefühle von Versagen und der Umstand, dass sie sich nicht in der Lage sieht, ein Kind austragen zu können. Auch der Vater hat das Gefühl, seiner Rolle als Beschützer nicht gerecht werden zu können und entwickelt ebenfalls Schuldgefühle. Es entwickelt sich bei beiden die Angst, nicht allein für das Kind sorgen zu können (vgl. Messall et al., 2015, S. 24). Daraus resultiert, dass sie sich auch später unsicher im Umgang mit Jan fühlen und seine Bedürfnisse nur schwer wahrnehmen können, welches zusätzlich durch den fehlenden Erstkontakt verstärkt wird. Denn auch für sie besteht kein erster Haut-zu-Haut-Kontakt. Die Mutter kann also ihr lang ersehntes Kind nicht direkt spüren und ist immer noch geprägt von den Ängsten und Schuldgefühlen. Hinzukommend muss sie auch noch das Leben ihres Kindes in fremde Hände geben und ihre Sorge fremdbestimmen lassen (vgl. Messall et al., 2015, S. 21). Diese Ängste nehmen die Eltern und Jan auch mit in das erste Kennenlernetreffen und sind daher beide sehr angespannt und unsicher. Allein der erste Anblick der Intensivstation, die Geräusche und Gerüche lassen die Eltern sowohl übel als auch schwindelig werden. Die Eltern stehen vor dem Inkubator und schauen apathisch durch die Plexiglasscheibe und fühlen sich hilflos und verängstigt, genau wie Jan ebenfalls auf der anderen Seite. Dazu kommen die ganzen Kabel, Sonden und Schläuche, piepende Monitore, Infusomaten und die Beatmungsmaschine, die Jan umgeben, welche nochmals die Angst der Eltern um das Leben ihres Kindes steigern. Außerdem haben die Eltern durch die ganzen Behandlungsmaterialien große Berührungsangst und eine Unsicherheit, inwieweit sie überhaupt an ihr Kind herantreten dürfen, welches die Bindung zu Jan ebenfalls beeinträchtigt und das Alleinsein von Jan aufgrund der Angst fördert (vgl. VandenBerg und Hanson, 2015, S. 69ff.). Diese vorhandene

Angst der Eltern betrifft aber nicht nur sie selbst, sondern diese gehen auch auf Jan über, da sie mit Jan verbunden sind. Jan wird die äußerlichen Faktoren der Angst, wie die schweißnassen Hände und den rasenden Puls seiner Eltern, spüren. Diese Angst der Eltern, die Jan deutlich spüren kann, überschreiben sich somit teilweise auch auf ihn (vgl. Biedermann et al., 2017, S. 99).

Jans Eltern sehen und spüren den Zustand, das Leid und die Schmerzen, die ihr eigenes Kind ertragen muss, aus aller erster Reihe und wissen, dass sie nicht viel für ihn tun können. Sie halten sich erstmal zurück, aber suchen auch gleichzeitig den Kontakt (vgl. Melzack und Wall, 1988, zitiert nach Sparshott, 2009, S. 183). Denn sie wissen auch, dass Jan sie gerade jetzt mehr denn je braucht, was sie auch durch das dauerhafte Dasein vermitteln möchten. Dazu kommt, dass sie aufgrund der unerwarteten Frühgeburt auch ihr Zuhause noch für Jan passend herrichten müssen, welches alles noch nicht geschehen ist. Zudem möchten Krankenkasse, Versicherung, Ärzte und die Pflegepersonen viel Informationen über sie und fordern Zeit zu Gesprächen, Informationsgaben oder dem Ausfüllen von notwendigen Formularen. Und natürlich ist dabei auch nicht zu vergessen, dass dessen Umgebung natürlich auch dauerhafte Berichterstattung über Jans Gesundheitszustand einfordern. Auf den Eltern warten dementsprechend eine große Menge Herausforderung, die alle ihr Erledigen und Handeln erwarten. Sie sind also stark gestresst und können die vorherrschende Situation noch immer nicht ganz verarbeiten und/oder akzeptieren, was in einem gewissen Rahmen aber zusätzlich auch noch von ihnen erwartet wird.

Durch den Stress der Sectio und der jetzigen Situationen werden Hormone bei der Mutter freigesetzt, die die Stillhormone unterdrücken (vgl. Taschner und Scheck, 2012, S. 36ff.). Dazu kommt auch noch der erste fehlende Hautkontakt und das fehlende Anlegen, sodass die Milchbildung der Mutter hormonell dauerhaft eingeschränkt ist. Diese führt bei der Mutter dazu, dass der Milchspendereflex und der Milchfluss negativ beeinflusst sind, sodass Jans Mutter nicht mehr in der Lage ist, genügend Muttermilch für Jan zur Verfügung zu stellen. Jan kann also nicht ausschließlich mit der für ihn individuell optimierten Muttermilch ernährt werden. Die Vollernährung mit Muttermilch wäre aber für seine unreife Darmflora und dem noch nicht ausgereiften Immunsystem und somit auch für seine Entwicklung von positiver Bedeutung (vgl. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V., 2006, S. 4), welches die Mutter erneut in Stress versetzt, da sie ausreichend trinken muss und den Stress ablegen muss bzw. den Kopf

frei machen muss, um diesen Milchbildungsprozess nicht mehr zu stören. Dies wird dann zu einer Art Teufelskreis, denn die Mutter fühlt sich gestresst, weil sie weiß, dass sie handeln muss, um den Stress als Herausforderung wieder abzulegen, um Jan Muttermilch bieten zu können.

7. Theoretischer Transfer

In dem theoretischen Transfer möchte die Autorin die psychosoziale Situation mithilfe der psychoanalytischen Grundannahmen von Freud darstellen. Dafür bezieht sie sich auf die ES-Bildung, der oralen Phase und die Annahme von Trieben und dem Bewusstsein von Freuds Theorie. Innerhalb der Umsetzung der Ergebnisse von der Analyse in die Theorie verstärkt sie diese auch mit Einbindungen aus weiteren psychologischen Entwicklungstheorien/-modellen von Maslow, Pawlow, Bowlby und Erikson. Das Ergebnis stellt die Autorin mithilfe einer eigenen erstellten Abbildung dar und erläutert die Entwicklung des ES, der oralen Phase und des Bewusstseins chronologisch.

Um die psychosoziale Situation darzustellen, wird diese in Bezug auf Jan zu Beginn kurz erläutert.

Die psychosoziale Situation umschreibt die Wechselwirkungen zwischen Jan und seiner sozialen und soziokulturellen Umwelt (vgl. Radebold et al., 1997, S. 18). Das bedeutet, dass Jans Erleben und Verhalten davon abhängig ist, was ihm seine soziale und soziokulturelle Umwelt ermöglichen. Dabei ist die soziale Umwelt die Gegebenheit der Eltern. Er wird in ein Familiensystem hereingeboren, welches gilt, es jetzt mit Jan zu verbinden, um eine mögliche Beziehung zu Jan und dieser Umwelt, also erstmals seiner Eltern, aufzubauen. Ebenfalls ist er abhängig von dem Erleben innerhalb der Therapie, also dem Hilfsangebot der soziokulturellen Welt. Alles Erlebte von Jan prägt sein jetziges und späteres Verhalten und entscheidet darüber, ob er eine Verbindung zu seiner Umwelt annimmt oder sich dieser verweigert.

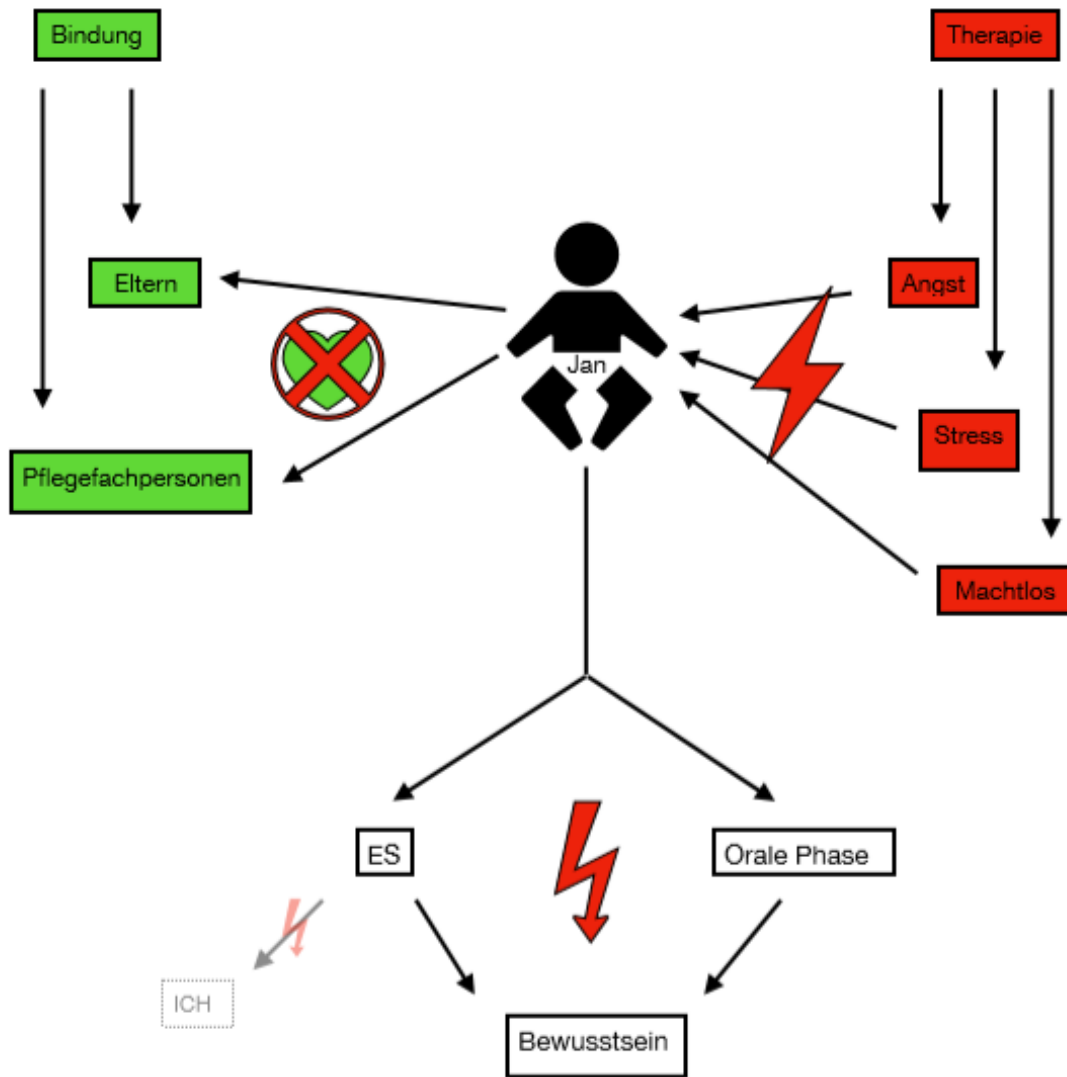


Abbildung 1: Die psychosoziale Situation von Jan
(eigene Darstellung)

7.1 ES

Mit Jan besteht eine Existenz, welche durch das Erleben und Verhalten in der machtlosen, stressigen und angstvollen Situation geprägt und verändert wird. Er ist also von Anfang an ein lebender Organismus mit Grundbedürfnissen und emotionalen Erfordernissen. Jan ist also von Tag eins ein Mensch, welcher dem Bestreben nachgeht, eine Individualität zu fördern und zu entwickeln. Aufgrund dieser Annahme bildet Jan auch den Mittelpunkt der Abbildung. Jan besitzt also ab seinem ersten Lebenstag auch die Persönlichkeitsinstanz des ES (vgl. Hobmair, 2012, S. 227f.). Das bedeutet, Jan wird versuchen, seine Grundbedürfnisse und emotionalen Erfordernisse, die er verspürt, ab dem ersten Tag seines Lebens zu kommunizieren und erwartet eine sofortige Befriedigung zur Sicherung dieser und einer lustvollen Entspannung (vgl. Hobmair, 2012, S.228). Jans Bedürfnisse, Wünsche und Triebe kann er stimmlich und körperlich aufgrund seiner Machtlosigkeit nur sehr wenig darstellen, sodass es nur zur Bedürfnisbefriedigung kommt, wenn die Umwelt, in diesem Fall die Pflegefachkraft oder die Eltern, dieses als sinnvoll oder angebracht ansehen. Die Befriedigung der Bedürfnisse von Jan können erst zeitverzögert vollzogen werden. Das hat zur Folge, dass Jan mit der Realität konfrontiert wird (vgl. Hobmair, 2012, S. 228f.). Er muss sich der Außenwelt anpassen und das Versagen und die Enttäuschung und somit das Annehmen dieser lernen. Er wird seine Grenzen, seine eigene eingeschränkte Kommunikation, wahrnehmen und sich diesen hingeben müssen. In der Abbildung sind daher die Angst, Machtlosigkeit und der Stress durch Rot gekennzeichnet, da dieses aus der Therapie resultierende, negative Erleben sich auf Jan auswirkt und gleichzeitig auch die Gegenseite, also die Beziehung, beeinträchtigt. Dieses führt zu den erkenntlichen Einschränkungen, die in diesem und den zwei nachfolgenden Kapiteln beschrieben werden.

Nach der Bindungstheorie von John Bowlby (vgl. Grossmann et al., 1989, S. 60ff.) wird Jan sein Bindungssystem aktivieren und zwanghaft versuchen, seine bedrohten Bedürfnisse zu äußern, dies aber kommt aufgrund der Machtlosigkeit kaum zum Ausdruck. Daraus resultiert, dass die Eltern und die versorgende Pflegefachperson nicht auf seine Bedürfnisse reagieren können und ein angepasstes und angemessenes Fürsorgesystem nur schwer bis gar nicht entwickeln können und es so zu einer erschwerten bis zu keiner Erfüllung des ES kommt. Jans Eltern können sich also nur schwer feinfühlig gegenüber Jans Bedürfnissen zeigen. Deshalb ist Jan nicht in der Lage, seine Angst aufgrund der immer noch bestehenden Bedrohung zu bewältigen und

fühlt sich somit nicht sicher in seiner Umgebung. Jan bekommt also das Gefühl, seine Umgebung nicht kontrollieren und nicht auf diese einwirken zu können, und fühlt sich somit unsicher. Die Folge dieses Erlebens ist ein mangelndes Vertrauen seitens Jan zu der Welt, in die er gerade erst hinein geboren ist, hinzu kommt eine Störung in der Beziehungsentwicklung und damit der Eltern-Kind-Bindung. Dabei ist es gerade jetzt und innerhalb der ersten neun Lebensmonate von Jan von Bedeutung, seine Bedürfnisse nach Liebe, gehalten und angenommen zu werden, spüren zu können und befriedigt zu bekommen. Studien zeigen, dass Jan durch diesen verringerten Körperkontakt aufgrund der Berührungsängste und dem somit ausbleibenden vollwertigen Körperkontakt zu seinen Eltern einem erhöhten Risiko für Ekzeme ausgesetzt ist (vgl. Petrilowitsch, 1961, S.39). Jan entwickelt aufgrund des geringen Hautkontaktes eine verstärkte Hautwahrnehmung, welche ein noch stärkeres Bedürfnis nach Hautkontakt zur Folge hat (vgl. Petrilowitsch, 1961, S.39). Das unbefriedigte Bedürfnis nach Liebe und Zuneigung kann zu einem gehemmten Wachstum (vgl. Gardner, 1972, S. 76ff.), mentalem Zurückbleiben (vgl. Provence und Lipton 1962, o.S.), verminderter Wachsamkeit (vgl. Solkoff und Matuszak, 1975, S. 35ff.), Neigung zu Gewalt (vgl. Restak, 1979, o.S.) und/ oder zu vermehrtem Weinen (vgl. Hunziker und Barr, 1986, S. 644ff.) führen. Ein extremes Nicht-Befriedigen-Können von diesem emotionalen Bedürfnis kann sogar zu einer erhöhten Sterblichkeitsrate führen (vgl. Spitz und Wolf, 1946, S. 313ff.).

Jan würde unter normalen Umständen, also ohne der Notwendigkeit der Beatmung und mit einem weniger kritischen Gesundheitszustandes, z.B. lernen, dass seine Mutter oder die Pflegefachkraft kommt, wenn er weint, um ihm zu helfen, sein Unbehagen zu beseitigen. Da dieses bei Jan durch die Machtlosigkeit nicht möglich ist, lernt er nicht, auf sich aufmerksam zu machen und somit lernt er für die Zukunft ebenfalls nicht, dass er über seine Ängste oder seinen Stress, der unweigerlich immer wieder in seinem Leben auftreten wird, zu „reden“ bzw. sich Hilfe zu suchen und einzufordern. Ihm wird das auf sich aufmerksam machen von dem Zeitpunkt seiner Geburt immens erschwert, aus diesem Kontext verlernt er dies. Laut Kegan ist der Versuch von Jan, seinen Stress und die Angst seinen Eltern oder der Pflegefachperson zu zeigen, etwas, was er sein ganzes Leben machen wird (vgl. Kühne und Gewicke, 2006, S. 226). Jan hegt den Wunsch nach der Wahrnehmung seines Selbst von einer Person, seien es seine Eltern oder eine Pflegefachperson. Dieser Fall tritt jedoch nicht in Form seines aufmerksamen Machens auf, sondern aufgrund der routinierten Fürsorge. In Jan hegt sich das Gefühl

der Bedeutungslosigkeit und die Tatsache, dass seine Relevanz für seine Umwelt zu klein erscheint. Er fühlt sich wertlos, was später auch zu einem geringen Selbstwertgefühl und Selbstwertvertrauen führt. Jan wird immer denken, dass sich niemand für ihn interessiert und das Vorhandensein seiner Existenz erscheint gleichgültig. Hierbei ist ebenfalls der Aspekt zu betrachten, dass Jan aufgrund seiner Einschränkungen hinsichtlich der Aufmerksamkeit anderer nicht erkannt wird. Ebenfalls wird er aufgrund des ausbleibenden Kennenlernens seiner eigenen Stimme sich ebenfalls später nur schwer erkennen. Jan kann sich also zudem auch nicht einmal mit sich selbst identifizieren, was diese Aspekte nochmals verstärkt (vgl. Frings und Müller, 2019, S. 227). Hinsichtlich der erschwerten Bildung seiner Identität kann Jan seine Fähigkeiten samt Stärken und Schwächen nur bedingt erproben. Somit wird er in seiner Selbstsicht immer ein Minimum darstellen und durch den Mangel an Selbstvertrauen sein Potential nicht kennenlernen, wodurch ein Ausschöpfen von diesem ausbleibt. Er erlebt sich also selbst als machtlos und wertlos und nimmt damit die Rolle des Opfers und des Versagers ein. Seine Entwicklung kann aber auch das Erlebte in einen Kontrast stellen und zu einem ausgeprägten Aufmerksamkeitsyndrom (vgl. Villach, 2012, S. 26) führen, da Jan mit aller Kraft versucht, diese Gefühle zu kompensieren und die lange fehlende Aufmerksamkeit einzufordern. Des Weiteren ist durch die dauerhafte Stressbelastung, die Jan erfährt, die kognitive Entwicklung, welche eigentlich noch intrauterin und ohne äußere Einflüsse abgelaufen wäre, ebenfalls beeinträchtigt. Denn wiederholte und anhaltende Stresssituationen lösen eine Zellintoxikation aus, welche durch fehlende soziale Stimulationen der Außenwelt den natürlichen Zelltod steigert. Der daraus resultierende Abbau von Nervenzellen kann kognitive, psychosoziale und verhaltensbezogene Entwicklungsprobleme fördern (vgl. Villach, 2012, S. 26). Dieses hat Auswirkung auf die spätere Konzentrationsfähigkeit von Jan, welches dieses Syndrom begünstigt. Generell kann durch die unreife kognitive Entwicklung von Jan, welche durch dauerhaften Stress aus der Umgebung beeinträchtigt wird, zu einem mentalen Zurückbleiben und einer späteren Lernschwäche führen. Ebenfalls begünstigt dies allgemeine Störungen von Verknüpfungen von Handlungsabläufen innerhalb des Denkens, der Bewegung oder des Verstehens. Das bedeutet, Jan hat ein erhöhtes Risiko auf Sprachverständnisstörungen, Sprachentwicklungsstörungen, Gleichgewichtsstörungen oder Bewegungseinschränkungen in Form von z.B. visuomotorischer Integrationsstörungen.

Jan wird ebenfalls seine Bedrohung von Angst und Stress nicht äußern können, was bedeutet, dass seine Bedürfnisse nach Behaglichkeit und Sicherheit auch nicht gerecht befriedigt werden können. Aus dem also weiterhin bestehenden Stress und der Angst von Jan resultiert zwangsläufig eine hohe Frustration und ein Motivationsverlust an seinem Lebenswillen (vgl. Sparshott, 2009, S. 85ff.). Jan hat die Welt von Anfang an als ein Ort, an dem Stress aufgrund von z.B. Schmerzen und Angst als Normalität erlebt wird, kennengelernt und hat aufgegeben, sich dagegen verteidigen zu wollen. Bei dem Versuch der Mutter oder der Pflegefachkraft, Jan unter Schmerzen und Angst eine Reaktion zu entlocken, wird er ihr mit Indifferenz begegnen. Jan wird ihnen die Anerkennung mit einem ausweichend geprägten Verhalten entgegenbringen. Jan stagniert und es entsteht ein Bild der Trägheit und erstarrter Wachheit. Er wird zu einem abwesenden und in sich gekehrten Frühgeborenen. Das führt dazu, dass Jan sich von seiner Umwelt abkapselt und seine Umwelt nicht mehr erkunden wird, seine Neugier wird sich nicht durchsetzen können. Er hat keine Kraft, keine Konzentration und/oder keine Lust dazu, sich mit ihr anzufreunden oder es gar zu versuchen. „Ein Gefühl der Isolation und Depression kann nicht ausgeschlossen werden.“ (Gauvain-Piquard et al., 1998, zitiert nach Sparshott 2009, S. 87). Jan lernt, dass selbst, wenn er auf den Schmerz versucht zu reagieren und ihn zu signalisieren, ihm keine Hilfe geboten wird, sodass er dem Schmerz völlig hilflos ausgesetzt ist und somit wütend wird. Er wird nicht mehr erkennen, dass eine Reaktion ein Ergebnis mit sich bringt und das ein Entkommen vor dem Stress und der Angst möglich ist (vgl. Sparshott, 2009, S. 44). Das wiederum kann dazu führen, dass Jan nicht anfängt zu lernen, sich von Gefahren abzuwenden, sondern sie auf sich zukommen lässt. Das wirkt zwar in dem Säuglingsalter noch nicht so bedeutend, aber im Laufe der Kindheit kann dies schwerwiegende Folgen mit sich bringen. Jan kann seine Fähigkeiten durch die mangelnde Selbstidentität, wie schon beschrieben, nicht selbst einschätzen und nun auch die Bedrohung, z.B. eines fahrenden Autos oder einem großen beißendem Hund, nicht, sodass er diese kommende Gefahr auf sich zukommen lässt. Jan lernt also das Gut des Lebens nicht kennen und wird jegliche Gefahr auf sich zukommen lassen oder sich nicht vor bestehenden Gefahren zur Wehr setzen. Er würde also nicht vor dem Hund weglaufen, er würde sich gegen den Hund auch nicht wehren, er würde sich einfach beißen lassen, solange bis der Hund selbst aufhören würde.

Jans Bedürfnisse und emotionale Erfordernisse weder nach Beziehung noch nach Zuneigung noch nach Behaglichkeit und/oder Sicherheit werden ihm befriedigt. Maslow sagt dazu, dass

durch die nicht Befriedigung der Bedürfnisse, es zu keiner Motivation, aber vor allem auch keiner Selbstverwirklichung kommen kann (vgl. Kleine-Katthöfer, 2012, S. 184ff.). Jan wird also nicht nach Weiterentwicklung streben. Daraus könnte man für die Zukunft sagen, dass Jan sich nur langsam bis gar nicht weiterentwickelt und er in seinem Leben keine Ziele verfolgen wird, da er womöglich gar kein Ehrgeiz entwickeln wird. Dabei bilden die Bedürfnisse den Kern der Motivation für Jan, das Streben um das Überleben und seiner Entwicklung. Daraus ableitend kann man nun mit der Verbindung zur Annahme von Freud sagen, dass die Motivation für Überleben und auch des aktiven Durchmachens der Entwicklung bei Jan nicht gegeben ist (vgl. Kleine-Katthöfer, 2012, S. 184ff.). Denn Jan spürt die Grenzen seiner Umwelt und wird ohne Erfüllung der Bedürfnisse, also keiner ausgereiften ES-Entwicklung viel zu früh in eine Auseinandersetzung mit einem Teil der Annahmen des ICHs konfrontiert. Das ICH fordert von Jan eine Auseinandersetzung mit seiner Realität, aufgrund der wahrnehmenden Grenzen und der Nicht-Befriedigung seiner Bedürfnisse. Bei Jan kann durch das nicht angemessene Befriedigen der Wünsche des ES im späteren Verlauf also auch kein starkes ICH entwickeln, was dazu führt, dass Jan seine Bedürfnisbefriedigung über alle Normen und Werte der Gesellschaft stellt oder er sich von der Realität, wie bereits beschrieben, beherrschen lässt. Dieses wird in der Grafik durch die erhöhte Transparenz und den Blitz dargestellt, da Jan eigentlich noch keine solch verschwommene Auseinandersetzung mit dem ICH haben sollte und dieses zu den genannten Problemen führt. Jan wird sich also mit seinem Befriedigungswunsch überall durchsetzen, ohne Rücksicht auf andere zu nehmen, oder er wird seine Bedürfnisse weiterhin der Realität anstellen und sich der Überfüllung immer wieder unterziehen, etwa gleich der wiederkommenden Opferrolle.

In dieser jetzigen Situation fühlt Jan nur die negativen Ereignisse der Angst und des Stresses und urteilt damit über seine Umwelt. Jan empfindet seine Umwelt als unerträglich und kann sich dieser auch aufgrund seiner Machtlosigkeit nicht anpassen. Dieses kann aber nicht nur zu einer stagnierten Entwicklung führen, sondern auch eine Verbindung zu dem Todestrieb herstellen. Jan sehnt sich bereits in der jetzigen Situation wieder zurück in den Mutterleib seiner Mutter, also zurück in einem nicht auf dieser Welt existierenden Zustand. Dieser bestehende Todestrieb führt bei Jan einmal zu einem Trieb des Selbsthasses und der Selbstvernichtung, aber auch zu einem unglaublichen Hass und zu einer starken Aggression gegenüber seiner Umwelt (vgl. Hobmair, 2012, S. 238f.). Diese Aggression und der Hass zeigen sich in seinem

späteren kindlichen Verhalten, z.B. durch die nicht Beziehung zu anderen Kindern, keinem Eingehen einer festen Beziehung und Bindung. Jan wird also zu einem Einzelgänger, der zu Vandalismus und Verletzung anderer oder sich selbst neigt.

7.2 Orale Phase

Bei Jan besteht das Problem, dass durch die Beatmung der orale Aufnahmeweg verwehrt ist. Des Weiteren ist er durch die Sedierung in seiner Bewegung und seiner Wahrnehmung eingeschränkt. Die einzige orale Erfahrung, die Jan sediert und intubiert in seinem Inkubator durchlebt, ist das Schnullern und die Mundpflege. Jan kann also keine Gegenstände, die er durch z.B. Drehen seines Kopfes unmittelbar in seiner Umgebung erreichen könnte, mit dem Mund spüren oder erfühlen. Das bedeutet, Jan kann seine Umgebung nicht kennenlernen und keine Erfahrung, z.B. durch das Fühlen verschiedener Oberflächen, sammeln. In Betracht zu ziehen ist hier eine weitere Sinneswahrnehmung, der Geruchssinn. Die Eltern müssen, identisch wie das Pflegefachpersonal, ihre Hände vor dem Kontakt mit dem Kind waschen und desinfizieren. Das bedeutet, dass Jans Wahrnehmung des Geruches seiner Eltern durch den beißenden Geruch des Desinfektionsmittels nicht ermöglicht werden kann. Somit ist eine weitere Möglichkeit, über ein anderes Sinnesorgan Vertrautheit aufzubauen, ebenfalls wie bei dem Körperkontakt eingeschränkt. So ist auch die Beziehungsgestaltung durch das nicht Zuordnen und Erkennen des Geruchs der Eltern beeinträchtigt. Durch die gegebene Bewegungseinschränkung aufgrund der Sedierung ist Jan auch nicht in der Lage, die Position seiner Extremitäten stark zu verändern, sodass die Möglichkeit, seine Umwelt mit seinem Tastsinn zu entdecken, ebenfalls stark eingeschränkt ist. Ein weiterer Punkt der Beeinträchtigung der oralen Phase ist die Nahrungsaufnahme. Aufgrund seiner Unreife, seines Gesundheitszustandes und der Therapiemaßnahmen ist die Möglichkeit des Stillens nicht gegeben. Dabei wäre vor allem das Anlegen und somit der orale Kontakt zur Brustwarze der Mutter die optimale Entwicklungsförderung auf allen Ebenen. Das Stillen bietet nicht nur eine gute Gelegenheit, die Mutter-Kind-Bindung zu fördern, sondern auch Jans Grundbedürfnisse inklusive der emotionalen Erfordernisse zu befriedigen. Jan fehlt die richtige Aufnahme der Nahrung über den Mund, da er mit-

tels einer Magensonde ernährt wird. Er hat zwar durch das Schnullern, welches in der Situation des Sondierens als sinnvoll angesehen werden sollte, eine Verbindung des Saugens und dem Füllen seines Magens, spürt aber die Nahrung selbst nicht in seinem Mund und lernt den Geschmack von der Muttermilch nicht kennen. Dabei sind Säuglinge zwei Wochen nach ihrer Geburt in der Lage, die Muttermilch der Mutter von anderer Milch zu unterscheiden (vgl. Sparshott, 2009, S. 150). Jan lernt auch den Vorgang des Runterschluckens nicht kennen, welcher der grundlegende Baustein des Einverleibens ist. Anders gesagt, Jan muss mittels seines Mundes nichts aufnehmen und erfassen und erlernt somit kein gesundes Verhältnis zur Nahrungsaufnahme. Man spricht bei der oralen Phase auch von dem mündlichen Charakter oder der mündlichen Persönlichkeit, die sich in dieser Zeit bilden soll (vgl. Hobmair, 2012, S. 254). Durch die Aufnahme und das Schmecken der Nahrung und den Erkenntnissen durch das Erspüren und Halten von Gegenständen mit dem Mund, wie z.B. der Brustwarze oder der Flasche, würde Jan Informationen aufnehmen, etwas zu sich nehmen, etwas erwerben, etwas fest bei sich halten. Er würde also bereits jetzt schon die Grundlagen für seine Erwerbsfähigkeit, Entschlossenheit und Hartnäckigkeit erwerben und diese Fähigkeiten erlernen und einverleiben. Auch das Ausspucken von Dingen ist die Voraussetzung für Jans späteres, angepasstes Ablehnungsverhalten. Er würde lernen, ein angemessenes Verhalten von Ablehnung und Negativismus aufzubauen, also einen individuellen Ausdruck für Missfallen. Durch eine dauerhafte Einschränkung dieses Kennenlernens kann Jan Minderwertigkeitskomplexe mit Eifersucht und/oder starkes Ichbezogenheit mit Riesenansprüchen und Gier entwickeln. Ebenfalls wäre das Risiko einer Entwicklung von Süchten, wie z.B. das Rauchen, für die Zukunft erhöht (vgl. Hobmair, 2012, S. 254).

Die Beeinträchtigung der Erfahrung und somit der Entwicklung von Jan in der oralen Phase wird also durch zwei negative Aspekte überlagert, die ungenügende Konfrontation, sowohl mit der Nahrungsaufnahme als auch der zur Umwelt. Das hat zur Folge, dass bis zum jetzigen Zeitpunkt die orale Phase bei Jan nicht vollzogen werden kann, was in der Abbildung mit dem Blitz verdeutlicht werden soll. Denn diese positiven Erfüllungen der oralen Phase, inklusive der Erfüllung der Grundbedürfnisse als dessen Voraussetzung, wären die Grundlage für das Aufbauen einer positiven Lebenseinstellung und dem Verbindungsaufbau mit der Umwelt. Hobmair fasst die positiven Einflüsse auf das erste Lebensjahr folgendermaßen zusammen: „Posi-

tive Erfahrungen im ersten Lebensjahr führen zur Ausbildung einer optimistischen Lebensgrundeinstellung, die es mit sich bringt, dass das Kind aufgrund seines Vertrauens zu den Mitmenschen, der Welt und sich selbst den Mut aufbringt, sich entdeckend und lernend mit unbekanntem Personen und Gegenständen einzulassen.“ (Hobmair, 2012, S. 239)

Jan entwickelt dementsprechend nicht den Wunsch, Unbekanntes zu erforschen oder kennenzulernen, da er das allgemeine Kennenlernen durch die nicht vorhandene Nahrungsaufnahme bzw. die allgemeine Kontaktaufnahme über den Mund nicht kennengelernt hat. Jan wird also furchtsam, was die Gewinnung von neuen Erfahrungen und Erlebnissen erschwert (vgl. Mosak, H.,H., 1959, S. 193ff.). Dieses kann dadurch seine weiteren Lernmöglichkeiten und die Intensität seines Lerninteresses für die Zukunft hemmen. All diese Grundbausteine für die Bildung seiner Persönlichkeit können ihm durch die Ernährung mit der Magensonde und der Einschränkung der Wahrnehmung durch die Sedierung nicht ermöglicht werden. Das Verhältnis von Vertrauen und Misstrauen zur Umwelt nimmt auch Erikson als Bestandteil der ersten Lebensphase in seine Theorie auf (vgl. Kasten, 2013, S. 56). Er definiert diese ebenfalls als einen generellen Aufbau von Jan selbst zu der sozialen und soziokulturellen Umwelt. Wenn Jan es nicht gelingt, seine dauerhaften Ängste und das Glauben an das Immer-Wieder-Verlassen werden abzulegen, können für ihn daraus bleibende Persönlichkeitsstörungen resultieren. Denn Jan wird es schwerfallen, überhaupt Vertrauen zu Mitmenschen oder Lebewesen aufzubauen und sich auf Situationen und Menschen einzulassen. Jan könnte also schwere Bindungsängste oder sogar Phobien gegenüber anderen oder anderem entwickeln. Jan kann bis zum jetzigen Zeitpunkt keine optimistische Lebensgrundeinstellung zu seiner Umwelt und seinem Leben aufbauen (vgl. Kasten, 2013, S. 56). Er misstraut seiner Umwelt und verschließt sich vor ihr, was ihn zu einem Pessimisten und Alleingänger macht, was er ja bereits jetzt schon durch sein abwehrendes Verhalten zeigt. Wenn Jan nach dem Beenden der Beatmung nicht bestimmte Muskelpartien durch die Nahrungsaufnahme beginnt zu beanspruchen, entsteht die Gefahr, dass die Nahrungsaufnahme aufgrund der fehlenden Kraft gehemmt wird. Außerdem kann das ausbleibende Kennenlernen der Nahrung als eine Form des Genießens und die nicht gegebene Heranführung der Nahrungsaufnahme über den Mund dazu führen, dass Jan Essen nicht als Genuss oder Wohltat erlebt, sondern dementsprechend lediglich eine Befriedigung eines Hungertriebs, er erfährt durch die Nahrungsaufnahme somit keine lustvolle Entspannung, da er das Hungergefühl somit als reine Forderung des Körper abgrenzt. In Disposition

dazu kann es durch das ständige Aushalten eines Hungergefühls bei Jan zu einer erhöhten Gier nach der reinen Nahrungsaufnahme als Entspannung führen, sodass er auch über sein Sättigungsgefühl hinaus isst (vgl. Hobmair, 2012, S. 254). Der übermäßige Konsum kann zu einer Adipositas im Kindesalter führen, was ihn für Stoffwechselerkrankungen anfälliger macht. Dabei hat Jan aufgrund des Gestationsdiabetes seiner Mutter bereits ein erhöhtes Risiko, selbst an Diabetes mellitus aufgrund des erhöhten Konsums und der genetischen Gegebenheit zu erkranken.

7.3 Bewusstsein

Jan schafft ein Bewusstsein von Zusammenhängen, welche sich, wie in der Abbildung ersichtlich, stark durch die Einschränkungen seines Erlebens in seinen Entwicklungsstufen vollziehen. Dieses Phänomen wird von Iwan Petrowitsch Pawlow als klassische Konditionierung beschrieben (vgl. Hobmair, 2012, S. 156f.). Die Pflegefachpersonen sind untrennbar von der Therapie, da sie die therapeutischen Maßnahmen, wie die kapilläre Blutentnahme, durchführt. Aufgrund der Beatmung und damit der Sauerstoffproblematik hat sie diese fast regelmäßig zu den großen Versorgungsgängen entnommen. Jan erfährt bei jeder Blutentnahme durch das Stechen in die Ferse Schmerzen und damit großen Stress. So kann es sein, dass Jan die Schmerzen und z.B. die Initialberührung, also das Herantreten der Pflegefachkraft, miteinander verbindet. Es geht darum, dass eine angeborene, unbedingte Reaktion (Stress) von einem unbedingten Reiz (Schmerz durch Gewebeschaden vom Stechen) ausgeht. Geht diesem Ereignis ein neutraler Reiz (Initialberührung der Pflegefachkraft) voran, entsteht erstmal keine Reaktion. Tritt nun aber dieser neutrale Reiz, also die Initialberührung der Pflegefachkraft immer in Verbindung mit dem unbedingten Reiz, dem Schmerz durch das Stechen auf, so wird eine kognitive Verbindung von Jan, zwischen Initialberührung der Pflegefachkraft und dem Schmerz, hergestellt. Die Initialberührung der Pflegefachkraft wird von dem neutralen Reiz zu einem bedingten Reiz, der aufgrund der mehrmaligen Reaktion Stress bei Jan hervorruft. Das bedeutet also, Jan verspürt bei jeder Initialberührung der Pflegefachkraft wahrscheinlich schon die Angst, Schmerzen zugefügt zu bekommen. Somit befindet sich Jan bei jedem Herantreten der Pflegefachpersonen in einem Erregungszustand, der sich in Stress äußert.

Jan nimmt die vielen Situationen, welche von Angst, Machtlosigkeit und Stress geprägt sind, in der Gegenwart bewusst wahr und speichert diese unweigerlich in seinem Vorbewussten und Unbewussten ab. Die Psyche bzw. Seele von dem wenige Tage alten Jan ist also bereits jetzt schon von Traumatisierungen geprägt, welche ihn sein Leben lang begleiten werden. Denn so wie Freud sagt und/oder es auch immer wieder in den Werken des Psychologen, Körperpsychotherapeuten und Supervisoren Thomas Harms und dessen mitwirkenden Personen erkennbar ist, können selbst im späten Erwachsenenalter von Jan diese Traumatisierungen wieder oder erstmals sichtbar werden und dieses bereits Erlebte großes Unbehagen wiederaufleben lassen (vgl. Hobmair, 2012, S. 225). Das bedeutet, dass es bei Jan auch nach z.B. 20 Jahren dazu kommen kann, dass er diese unbewussten Erfahrungen, an die er sich nicht mal mehr bewusst erinnern kann, aufgrund von hoher Stresserfahrung, z.B. bei dem Verfassen seiner Bachelorarbeit, auf großes Unwohlsein stoßen kann. Dieses hochkommende Unwohlsein kann dann z.B. eine Depression oder ein Gefühl von Wertlosigkeit oder des Nichts-Könnens hervorrufen und ihn in dieser jetzt erlebten Gefühlswelt zurückwerfen. Hier ist auch die Regression erneut sichtbar, denn Jan kann immer wieder in Situationen von Angst, Machtlosigkeit oder Stress in diese unbeholfene Situation des Säuglings treten. Dieses Erwachen der Gefühle und Ängste in Form ihrer Traumatisierung können zu jeglichen psychischen Verhaltensauffälligkeiten, Störungen und Erkrankungen bei Jan führen. Es könnten Psychosen mit Warnvorstellung aufgrund einer Verzerrung der Realität, durch die nicht angemessene Erfüllung der Bedürfnisse resultieren oder z.B. zu Depression aufgrund seines Minderwertigkeitskomplexes und dem mangelnden Selbstvertrauen führen. Selbst wenn diese Traumatisierungen bei Jan teilweise durch z.B. das Nachholen des Aufbaus einer intensiven Beziehung überwunden werden können, kann es sein, dass er im Kinder-, Jugend- oder Erwachsenenalter durch eine neue, traumatisierende Trennungserfahrung, wie z.B. dem Tod einer geliebten Person, dieser jetzigen, erlebten Gefühle oder/und Ängste erneut ausgesetzt wird.

Zusammengefasst kann also gesagt werden, dass es durch die Vernachlässigung der Befriedigung der Bedürfnisse und die emotionalen Erfordernissen zu einem Ungleichgewicht des ES kommt. Durch dieses Ungleichgewicht des ES können ebenfalls die anderen Instanzen nur schwer angemessen entwickelt werden, da es aufgrund dieser Triebfrustration von Jan zu einer Fixierung seiner psychosozialen Entwicklung kommt, er bleibt also in dem unbefriedigten

Zustand. Dies wiederum führt zu einem Auftreten von unangemessenen Ängsten oder dem Einsatz möglicher Abwehrmechanismen und dem Zwang der Befriedigung, welche wiederum zu einer Leugnung, Verfälschung und Verzerrung der Realität führen. Jan kann durch sein Bewusstsein aber auch immer wieder durch die Regression in diesen Zustand der Unbefriedigung und des Todestriebes zurückfallen. Die Folge dessen ist dann eine seelische Fehlentwicklung und dessen möglichen Konsequenzen aufgrund des Verhaltens von Jan auf diese Fehlbildung, welche den Todestrieb zu Grunde hat. Jans psychosoziale Situation ist also von dem Erleben von Machtlosigkeit, Angst und Stress und dem daraus entstehenden Verhalten von dem Todestrieb, Wut, Aggression und starkem Selbstzweifel inklusive fehlender Selbstidentität zu sich und der Umwelt gekennzeichnet.

8. Fazit

Wie in der Abbildung und in der Darstellen der einzelnen Punkte deutlich wird, ist eine klare Abgrenzung der einzelnen Aspekte nicht möglich, da diese alle unweigerlich miteinander verknüpft sind. Die psychosoziale Situation von Jan hängt also von allen Disponenten ab, welche sich wiederum alle auch gegenseitig überschneiden. Dabei wird dennoch deutlich, dass der Hauptbestandteil der starken Belastung der psychosozialen Situation von Jan aus der Nicht-Befriedigung des ES, also der fehlenden Befriedigung der Bedürfnisse und emotionalen Erfordernisse, resultiert. Die psychosoziale Situation von Jan wird also durch die Einschränkung der Bedürfnisbefriedigung gekennzeichnet. Jans psychosoziale Situation ist somit geprägt von Angst, Machtlosigkeit und Stress und dementsprechend nicht entwicklungsfördernd. Allgemein ist seine Verfassung in der Situation seines Krankenhausaufenthaltes und vor allem für seine Zukunft als diffus zu beschreiben.

Im Laufe dieser Arbeit ist der Autorin immer wieder bewusst geworden, dass zwar Jan als Individuum mit seinen Problemen gesehen wird, die Annahme von Jan als Persönlichkeit aber häufig unterschätzt wird. Als außenstehende Person ist man sich nicht über die derartigen

Auswirkungen vermeidlich 'kleiner' Gegebenheiten bewusst, da sie in diesem Behandlungsbereich von den Klienten nicht geäußert werden können. Hierbei möchte die Autorin daher appellieren, sich als Pflegefachkraft immer wieder für die befindliche Lage des zu behandelnden Früh-/Neugeborenen oder Säuglings zu sensibilisieren. Die Augen zu schließen und sich versuchen in die Lage des Kindes hineinzusetzen, um nachzuempfinden wie es sich z.B. anfüllen muss, wenn man wach wird, weil man durch dem Absaugvorgang keine Luft mehr bekommt, als würde jemanden einem dem Staubsauger an den Mund halten und die Luft absaugen.

Hierbei wird auch noch einmal deutlich, welche enormen Anforderung an die versorgende Pflegefachperson gestellt werden. Sie ist, wie in dem Problemhintergrund schon angeschnitten, nicht nur für die Umsetzung der Therapie und dem 'schlichten' Erfüllen der Grundbedürfnisse zuständig, sondern muss diese Grundbedürfnisse inklusive der emotionalen Erfordernisse mit einer unglaublichen Sensibilität erspüren und angemessen befriedigen. Sie muss die Umgebung so gestalten, dass das Frühgeborene seine Entwicklung auch extrauterin weiterführen kann, ohne dass mögliche Schäden daraus resultieren. Sie muss ein interdisziplinäres Team organisieren und es zu dem Rhythmus des Kindes koordinieren. Ebenfalls ist sie das heranziehende Glied der Bezugsperson, welche ebenfalls vor allem emotionale Belastungen zeigt. Jedes Kind ist dabei schon ein Individuum für sich selbst oder wie im eingangs angeführten Zitat etwas Neues und Einziges, welches in seinem kompletten System berücksichtigt werden muss und dementsprechend auch, manchmal mit viel Kreativität, individuell angepassten Lösungen bedarf. Hiermit möchte die Autorin die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 'Kritiker' ansprechen, welche häufig betonen, dass die Arbeit nur aus Füttern und etwas Trösten besteht, diese Arbeit besagt das Gegenteil. Angesichts der momentan vorherrschenden Situation und dem Jahr 2020 als Jahr der Pflege ist es der Autorin ein Anliegen, auch auf die großen Herausforderungen und die Leistung des Berufes, welche die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in täglich erbringen, um das Wohl unserer kleinen Patienten zu gewährleisten und zu sichern.

9. Ausblick

Die Autorin hofft, mit dieser teilweise hart dargestellten und stark gefühlsvorhebenden Arbeit die pflegenden Personen zu sensibilisieren und einen Einblick in die psychosoziale Situation und vor allem deren Weitläufigkeit geben zu können. Denn genau diese Erkenntnisse, die sie hier machen durfte, werden sie im weiteren Verlauf ihres Arbeitslebens prägen und stark für ihre kommenden Klienten sensibilisieren. Natürlich sind diese Erkenntnisse auch dafür da, das Gesundheitssystem und die Einrichtungen mit einem solchen Kompetenzbereich auf derartige Probleme innerhalb der Versorgung aufmerksam zu machen und ein Handeln herbeizuführen. Auch im Laufe der Erarbeitung dieser Arbeit ist die Autorin auf mehrere Studien und Literaturhinweise zur optimalen Begegnung solcher Probleme gestoßen, sodass sie ebenfalls auf einen positiven Ausblick zur evidence basierten Lösungsfindung mit auf dem Weg geben möchte. Denn es ist nun an der Aufgabe der Pflegefachpersonen, die Eltern ab den Zeitpunkt der Ablösung der Beatmung an Jan heranzuführen und vor allem sein Bedürfnis nach Beziehung und Zuneigung zu gewährleisten. Es liegt dann daran eine Verbindung und die nicht statt gefundene Kennlernphase nachzuholen und Jan mit einer angemessenen Bedürfnisbefriedigung mit seiner neuen Möglichkeit der Kommunikation ein Ausblick in eine entwicklungsfreundliche, psychosozial angemessene Ebene zu bringen. Aufgrund des Kennenlernens der Eltern und ihrer Mühe hat die Autorin hierbei auch keine Zweifel, dass sich die drei davon nicht erholen können und wünscht ihnen hiermit, auch nochmal als persönliche Ablösung, alles Gute. An dieser Stelle möchte die Autorin auch noch darauf hinweisen, wie Thomas Harms dies auch in seinen Werken verdeutlicht, dass diese Traumatisierungen, wenn sie sich bei Jan trotzdem stigmatisieren sollten, therapeutisch behandelt werden können und dabei meist eine erfolgreiche, nachholende Verarbeitung erfolgt. Die Autorin wünscht sich mit den Erkenntnissen dieser Arbeit einen Grundstein gelegt zu haben, dass diese Erkenntnisse sowohl in ihrem Arbeitsalltag als auch in ihrem beruflichen Umfeld ein Gehör finden. Dabei steht nicht nur ein Qualitätsmerkmal im Fokus, sondern viel mehr eine Arbeitsmoral, die vor allem von Pflegenden als Selbstverständlichkeit angesehen werden sollte. Die Autorin dieser Bachelorarbeit sieht nicht nur das Ziel dieser Arbeit als erfüllt, sondern legt damit eine neue Dimension des Weiterdenkens als Statement. Und wer weiß, welche großartigen Entwicklungen später diese Arbeit als Grundbaustein haben.

10. Kritische Reflexion

Die Bearbeitung und Erstellung dieser Arbeit hat der Autorin sehr viel Freude bereitet, da sie auch dort immer wieder gemerkt hat, welche Relevanz dieses Thema auch in der Pflegepraxis haben sollte. Nachdem die Gliederung der Arbeit bestand, war die Bearbeitung der einzelnen festgelegten Punkte für die Autorin relativ gut umzusetzen. Eine große Problematik stellte die Herangehensweise nach der hermeneutischen Fallarbeit für die Autorin dar, denn sie ist sehr auf den Pflegeprozess und die biomedizinische Sinnhaftigkeit gefestigt, was zwischenzeitlich immer nochmal wieder zum Überarbeiten einzelner Aspekte geführt hat. Schwierig empfand sie auch das Trennen der Inhalte zur Analyse und des theoretischen Transfers. Gerade durch die Arbeit sind Pflegende dazu bestrebt, den festgestellten Problemen mit direkten Maßnahmen und Lösungen zu begegnen, wobei der Prozess häufig in eins übergeht und nicht so klar, wie in dieser Arbeit, voneinander getrennt wird. Eine weitere Herausforderung für die Autorin war die Verfassung des theoretischen Transfer, da die Ergebnisse, wie in der Arbeit auch zu sehen, stark ineinander übergehen und alle in einer gewissen Art und Weise zusammenhängen oder teilweise auch der Auslöser des nächsten Aspektes sind. Dieses konnte mithilfe der Abbildung aber erfolgreich gegliedert und sinngemäß abgebildet werden. Die Autorin ist mit dem Ergebnis ihrer erstellten Bachelorarbeit sehr zufrieden und vor allem auch stolz. Hierbei möchte sie auch einen Dank an die betreuende Dozentin richten, da diese sie in ihrem Entwicklungsprozess der Arbeit sehr hilfreich zur Seite stand. Die Autorin hofft, wie auch im Fazit und Ausblick erwähnt, mit dieser Arbeit einen Grundbaustein für die Sensibilisierung gelegt zu haben, und freut sich auf die kommende Arbeit mit ihren eigenen erstellten Erkenntnissen.

IV. Literaturverzeichnis

Amrhein, P.; Bley, C-H. (Hg.) (2015a): Krankheitslehre. Unter Mitarbeit von Peter Amrhein, Annette Gann und Gesa-Astrid Hahn. 2. korrigierter Nachdruck. Stuttgart: Georg Thieme Verlag (I care, Anatomie, Physiologie, Krankheitslehre, Pflege ; Band 2).

Amrhein, P.; Bley, C-H. (2015b): Pflege. Unter Mitarbeit von Friederike Baumgärtel, Eva Eißing und Gabi Fleischmann. 2. korrigierter Nachdruck. Stuttgart: Georg Thieme Verlag (I care, Anatomie, Physiologie, Krankheitslehre, Pflege ; Band 3).

Biedermann, Heiner; Castellino, Raymond; Chamberlain, David B.; Claußen, Heidrun; Deyringer, Mechthild; Diederichs, Paula et al. (2017): Auf die Welt gekommen. Die neuen Baby-Therapien. Erweiterte Neuauflage. Hg. v. Thomas Harms. Gießen: Psychosozial-Verlag (Neue Wege für Eltern und Kind).

Blanchard, M. G. (1976): Sex education for spinal cord injury patients and their nurses. In: *Supervisor nurse* 7 (2), 20-2, 24-6, 28.

Bundesverband "das frühgeborene Kind" e.v. (Hg.) (2005): Neue Wege gehen. Dokumentation einer interdisziplinären Fachtagung zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie. Unter Mitarbeit von Unter Mitarbeit von Projektgruppe Entwicklung und Beratung in der Neonatologie. Entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie, 05.05.2005. Augsburg: SENSER DRUCK GmbH.

Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (2006): Leitsätze zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie. Frankfurt.

Chalupka, Cathrine (2018): Wochenbett und Neugeborenenpflege. 1. Auflage. Wien: facultas.

Doenges, Marilyn E.; Moorhouse, Mary Frances; Murr, Alice C.; Müller Staub, Maria; Herrmann, Michael (Hg.) (2014): Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen. 5., überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Pflegeprozess).

Frings, Stephan; Müller, Frank (2019): *Biologie der Sinne. Vom Molekül zur Wahrnehmung*. 2., korrigierte und aktualisierte Auflage

Garbe, Werner (2002): *Das Frühchen-Buch. Schwangerschaft, Geburt, das reife Neugeborene, das Frühgeborene - praktische Tipps für Eltern : 29 Abbildungen*. 3., überarbeitete Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Gardner, Lytt I. (1972): Deprivation dwarfism. In: *Scientific American* 227 (1), S. 76–83.

Gortner, Ludwig; Meyer, Sascha; Sitzmann, Friedrich Carl (2012): *Pädiatrie*. 304 Tabellen ; [plus DVD mit Videofilmen. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme (Duale Reihe). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1055/b-002-35702>.

Greenough, A.; Robertson, N. R. (1985): Morbidity and survival in neonates ventilated for the respiratory distress syndrome. In: *British medical journal (Clinical research ed.)* 290 (6468), S. 597–600. DOI: 10.1136/bmj.290.6468.597.

Grin, Wolfgang (2004): *Kaiserschnitt - Wunsch oder Notwendigkeit? Eine Analyse*.

Grossmann, Klaus E.; August, Petra; Fremmer-Bombik, Elisabeth; Friedl, Anton; Grossmann, Karin; Scheuerer-Englisch, Herrmann et al. (1989): *Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung*. In: *Handbuch der Kleinkindforschung*: Springer, S. 31–56.

Hobmair, Hermann (Hg.) (2012): *Pädagogik, Psychologie für die berufliche Oberstufe*. 3. Aufl., 1. korr. Nachdr. Troisdorf: Bildungsverl. EINS - Stam.

Huinink, Johannes (1987): Soziale Herkunft, Bildung und das Alter bei der Geburt des ersten Kindes. In: *Zeitschrift für Soziologie* 16 (5). DOI: 10.1515/zfsoz-1987-0504.

Hunziker, U.; Barr, B. (1986): Increased carrying reduces infant crying. In: *Pediatrics* 77, S. 641–648.

Isomaa, B.; Sjöblom, G. (1975): The effect of CTAB, a cationic surfactant, on the absorption rate of ¹⁴Ctripalmitate from a test meal in the rat. In: *Food and cosmetics toxicology* 13 (5), S. 517–520. DOI: 10.1016/0015-6264(75)90005-x.

- Karch, Dieter (Hg.) (1994): Risikofaktoren der kindlichen Entwicklung. Klinik und Perspektiven. Heidelberg: Steinkopff. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-93682-1>.
- Kasten, Hartmut (2013): 0 - 3 Jahre. Entwicklungspsychologische Grundlagen. 4., überarb. Aufl. Berlin: Cornelsen (Frühe Kindheit).
- Kleine-Katthöfer, Günter (2012): Grundbausteine Sozialpädagogik. Arbeitsbuch für den Didaktik- und Methodikunterricht. 3. Aufl. Köln: Bildungsverl. EINS (Ausbildung und Studium).
- Kühne, Norbert; Gewicke, Monika (2006): Psychologie. Für Fachschulen und Fachoberschulen. 8. Aufl. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.
- Lamprecht, Sandrina; Anästhesiepflege, NDSHF: Die Angst vor der Anästhesie.
- Lohaus, Arnold; Vierhaus, Marc (2013): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor. Lesen, Hören, Lernen im Web. 2., überarb. Aufl. Berlin: Springer Medizin (Springer-Lehrbuch). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-34435-0>.
- Messall, Anja; Löscher, Diana; Rohrbach, Christiane (Hg.) (2015): Fachpflege Neonatologische und Pädiatrische Intensivpflege. 2. Aufl. München: Urban & Fischer in Elsevier.
- Mosak, H.,H. (1959): The getting Typ, a parsimonious social interpretation of the oral character. In: *Journal of Individual Psychology* (15), S. 193–198. Online verfügbar unter <https://sarch.proquest.com/docview/1303452672?accountid=15919>.
- Petrowitsch, N. (1961): Die Persönlichkeitsinstanzen unter Entwicklungs-Psychologischem Aspekt. In: *Acta Psychologica* 19, S. 223–228. DOI: 10.1016/S0001-6918(61)80083-8.
- Provence, Sally; Lipton, Rose C. (1962): Infants in institutions.
- Radebold, H.; Hirsch, R. D.; Kipp, J.; Kortus, R.; Stoppe, G.; Struwe, B.; Wächtler, C. (Hg.) (1997): Depressionen im Alter. Heidelberg: Steinkopff. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-85440-8>.
- Restak, Richard M. (1979): The brain. The last frontier. Garden City, N.Y.: Doubleday.

Roos, Reinhard; Genzel-Boroviczény, Orsolya; Proquitté, Hans Michael (2010): Checkliste Neonatologie. 99 Tabellen. 4., überarb. Aufl. Stuttgart: Thieme (Checklisten der aktuellen Medizin). Online verfügbar unter https://eref.thieme.de/ebooks/898446#/e-book_898446_SL32715292.

Schenk-Danzinger, Lotte (1999): Von der Geburt bis zur Schulfähigkeit. 3. Aufl., Nachdr. Stuttgart: Klett-Cotta (Entwicklung, Sozialisation, Erziehung, / Lotte Schenk-Danzinger).

Schrems, Berta (2016): Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Wien: facultas. Online verfügbar unter <http://digitaler-semesterapparat.de/media/detail/56e19109-7754-409d-a5a1-29b5b0dd2d03>.

Singer, D. (2018): Physiologie des Feten. In: Peter Kranke (Hg.): Die geburtshilfliche Anästhesie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 121–135.

Solkoff, N.; Matuszak, D. (1975): Tactile stimulation and behavioral development among low-birthweight infants. In: *Child psychiatry and human development* 6 (1), S. 33–37. DOI: 10.1007/BF01434430.

Sparshott, Margaret (1990): The human touch. In: *Paediatric Nursing* (2), S. 8–10.

Sparshott, Margaret (2009): Früh- und Neugeborene pflegen. Stress- und schmerzreduzierende, entwicklungsfördernde Pflege. 2., korrigierte und erw. Aufl. Bern: Huber (Kinderkrankenpflege).

Spitz, René A.; Wolf, Katherine M. (1946): Anaclitic Depression. In: *The Psychoanalytic Study of the Child* 2 (1), S. 313–342. DOI: 10.1080/00797308.1946.11823551.

Statisches Bundesamt (Destatis) (2018): Daten zum durchschnittlichen Alter der Mutter bei Geburt nach der Geburtenfolge für 1. Kind, 2. Kind, 3. Kind und insgesamt 2018. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-mutter-biologischesalter.html;jsessionid=80F2B5D9DCCF57883E4FEF6ACD6D4BFA.internet8732>, zuletzt aktualisiert am 03.09.2019, zuletzt geprüft am 13.05.2020.

Taschner, Ute; Scheck, Kathrin (2012): Meine Wunschgeburt. Selbstbestimmt gebären nach Kaiserschnitt: Begleitbuch für Schwangere, ihre Partner und geburtshilfliche Fachpersonen ; [Aufklärung und fundierte Informationen - auch für Erstgebärende und Frauen mit spontanen Geburten ; Erfahrungsberichte von Kaiserschnittmüttern ; Hilfe bei der Geburtsplanung]. Orig.-Ausg. Salzburg: Ed. Riedenburg.

Ullrich, Lothar; Stolecki, Dietmar; Grünewald, Matthias (Hg.) (2005): THIEMEs Intensivpflege und Anästhesie. 188 Tabellen ; [von führenden Weiterbildungseinrichtungen empfohlen ; mit 25 Filmen auf DVD. Stuttgart: Thieme.

VandenBerg, Kathleen A.; Hanson, Marci J. (2015): Frühgeborene pflegen - Eltern beraten und begleiten. Praxishandbuch zur Elternberatung und Entlassungsplanung von Früh- und Neugeborenen. 1. Auflage. Hg. v. Natascha Schütz-Hämmerli. Bern: Hogrefe (Programmbe- reich Pflege). Online verfügbar unter <http://elibrary.hogrefe.de/9783456955155>.

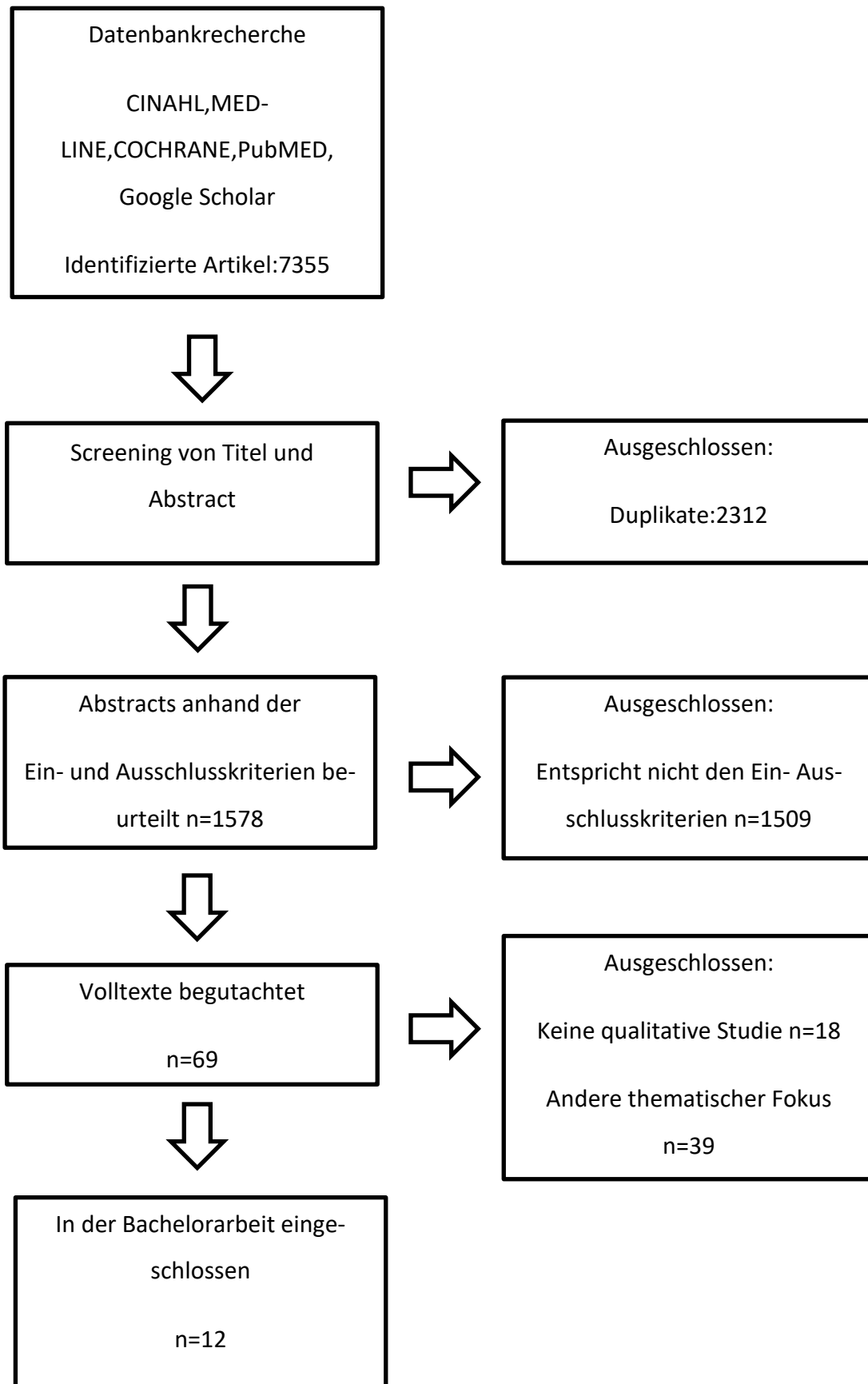
Villach, L. K.H. (2012): Auswirkungen von Lärm und Stress auf die Entwicklung frühgeborener Kinder.

V. Anhang

Anhang 1: Flow ChartXIV

Anhang 2: Grafik zur Anforderung eines NeugeborenenVII

Anhang 1: Flow-Chart



Anhang 2: Grafik zur Anforderung eines Neugeborenen

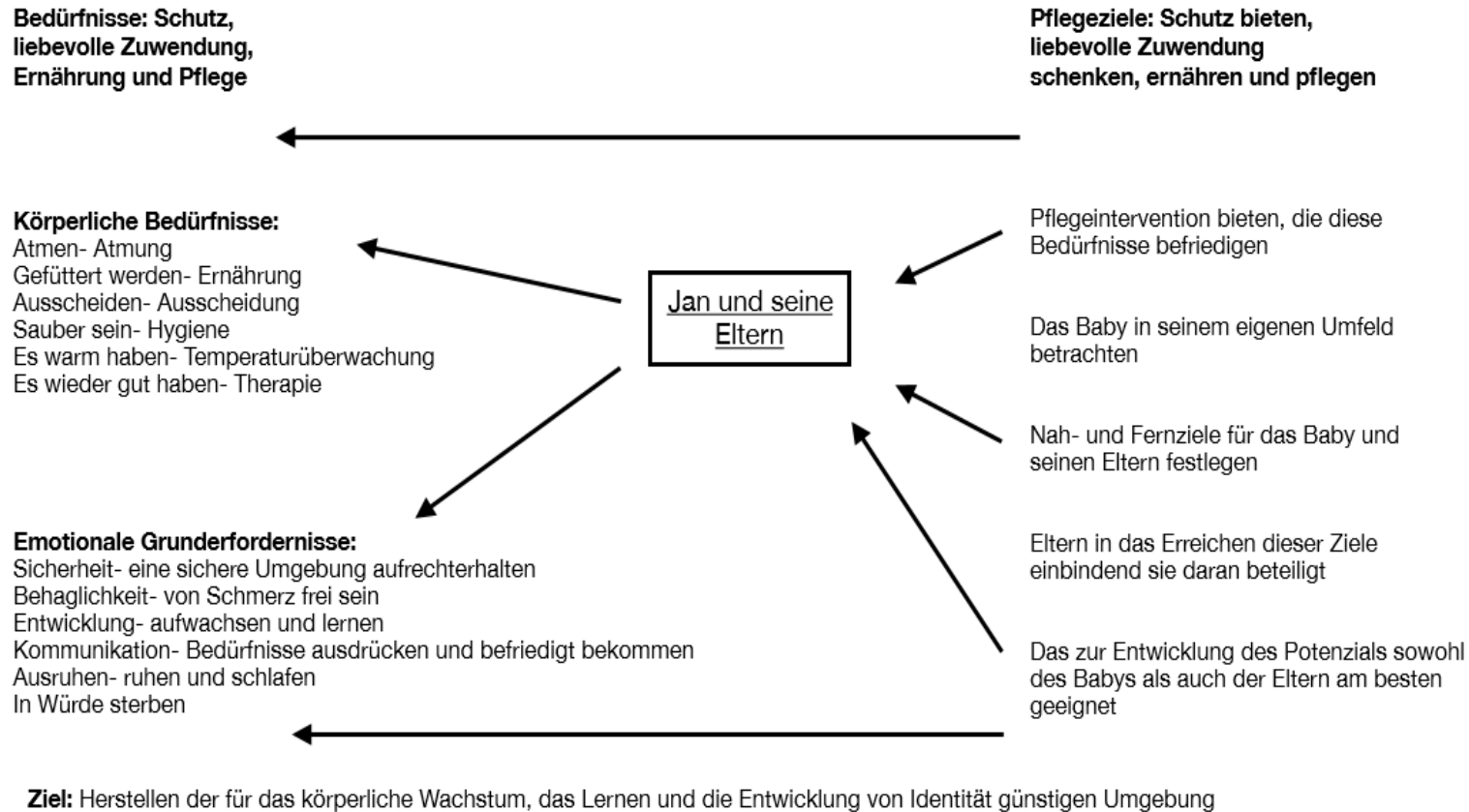


Abbildung 2: Anforderung eines Neugeborenen
Eigene Darstellung nach Sparshott, 1990, o.S.

Eidesstaatliche Erklärung

Erklärung zur selbstständigen Abfassung der Bachelorarbeit:

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche einzeln kenntlich gemacht. Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift

Urheberrechtliche Einwilligungserklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass meine Arbeit zum Zwecke des Plagiatsschutzes bei der Fa. Ephorus BV bis zu 5 Jahre in einer Datenbank für die Hochschule Osnabrück archiviert werden kann. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift