

**Unterstützung von Eltern mit einem
frühgeborenen Kind:
Eine systematische Literaturübersicht**

Bachelor–Thesis

Noémie Buchs

Bachelor 2009–2012

Erstgutachter: Ewald Schorro

Hochschule für Gesundheit Freiburg

Studiengang Bachelor of Science in Pflege

02. Juli 2012

Abstract

Die vorliegende Bachelor – Thesis hat den Charakter einer systematischen Literaturübersicht. Das Ziel dieser Bachelorthesis besteht im Analysieren und Ermitteln von evidenzbasierten Pflegeinterventionen zur Unterstützung von Eltern mit extrem Frühgeborenen.

Für die Literaturanalyse wurden zwei Datenbanken auf Interventionsstudien für den Zeitraum von 2003–2010 abgesucht. Alle Studien, die Pflegeinterventionen untersuchten, wurden von der Autorin auf Inhalt und methodische Qualität geprüft. Danach folgte eine tabellarische Zusammenfassung der ausgewählten Studien.

Fünfzehn Studien gaben Antwort auf die Fragestellung: „Mit welchen Pflegeinterventionen können Eltern mit extrem Frühgeborenen unterstützt werden?“. Alle einbezogenen Studien entsprachen den Einschlusskriterien und wurden in die Literaturübersicht integriert. Dabei wurden vier Hauptfaktoren von Interventionen herauskristallisiert; Informationsvermittlung, Umgang mit Frühgeborenen, Mutter – Kind Interaktion und psychische Unterstützung. Die Unterstützung von Eltern mit Frühgeborenen ist eine grosse Herausforderung, bei der die individuelle Betreuung sehr wichtig ist. Die Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz der Thematik und die Wichtigkeit, dass so früh wie möglich interveniert werden muss. Die Fragestellung konnte mittels der fünfzehn Studien beantwortet werden, doch der Forschungsbedarf zu dieser Thematik besteht weiterhin.

Danksagung

Die Autorin möchte sich ganz herzlich bei allen Personen bedanken, die sie während dem Schreiben der Bachelorthesis in irgendeiner Art und Weise unterstützt haben.

Einen grossen Dank möchte sie an die Begleitperson, dem Erstgutachter Ewald Schorro aussprechen, der während mehr als einem Jahr der Autorin zur Seite gestanden ist. Die Autorin wurde bei Fragen sowie Unklarheiten tatkräftig unterstützt und gewann durch Herrn Schorro Einblick in die Forschung.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
1.1. Problembeschreibung	7
1.2. Fragestellung und Ziele	10
2. Theoretischer Rahmen	11
2.1. Begriffserklärung	11
2.1.1. extrem Frühgeborene	11
2.1.2. Unterstützung	11
2.2. Konzepte	12
2.2.1. Pflegemodell nach Peplau	13
2.2.2. Empowerment	16
3. Methodologie	18
3.1. Design	18
3.2. Suchstrategie	19
3.2.1. Suchbegriffe und Suchkriterien	19
3.2.2. Ein- bzw. Ausschlusskriterien	20
3.2.3. Anzahl und Auswahl der gefundenen Studien	20
3.3. Analyse der Literatur	21
3.3.1. Kritische Beurteilung der Studien	21
3.3.2. Synthese der Ergebnisse	21
3.4. Ethische Überlegungen	22
4. Ergebnisse	23
4.1. Einbezogene Studien	23
4.2. Interventionen	23
4.2.1. Informationsvermittlung	24
4.2.2. Umgang mit Frühgeborenen	25
4.2.3. Mutter-Kind Interaktion	26
4.2.3. psychologische Unterstützung	27
4.2.4. Andere Interventionen	29
5. Diskussion	31
5.1. Informationsvermittlung	31
5.2. Umgang mit Frühgeborenen	34
5.3. Mutter-Kind Interaktion	36

5.4. psychologische Unterstützung.....	38
5.5. Andere Interventionen	39
5.6. Stärken und Schwächen der Arbeit	41
6. Schlussfolgerung	43
6.1. Beantwortung der Fragestellung.....	43
6.2. Empfehlungen für die Implementierung in die Pflegepraxis.....	45
6.3. Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten.....	46
7. Lernprozess	48
7.1. Lernprozess zur Thematik	48
7.2. Lernprozess zur Forschung und zum methodologischen Vorgehen.....	48
8. Literaturverzeichnis	50
Anhang	54
Anhang A: Hierarchie der Forschungsevidenz.....	54
Anhang B: Suchprotokoll	55
Anhang C: Überblick der ausgewählten Literatur.....	58
Anhang D: Beurteilungsraster für eine Interventionsstudie	60
Anhang E: Zusammenfassung und kritische Beurteilung der Studien	61
Anhang F: Prisma Flow – Diagram.....	91
Anhang G: Die 6 Schritte der EBN Methode.....	92
Anhang H: Selbstständigkeitserklärung	93

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Die vier Phasen der Interaktion	13
Abbildung 2: Beurteilung einer Interventionsstudie	60
Abbildung 3: Die 6 Schritte der EBN-Methode	92

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Suchstrategie	55
Tabelle 2: Überblick der ausgewählten Literatur	58

1. Einleitung

Die neonatologische Intensivmedizin hat in der Vergangenheit immense Fortschritte gemacht. Dies hat zu wesentlich verbesserten Überlebenschancen von sehr unreif geborenen Kindern geführt (Christ, 2005). Die Frühgeburt ist ein Thema, welches Menschen immer wieder bewegt. Die Autorin kam zu diesem Thema, da sie eine Situation in der Familie ziemlich berührt hat. Dabei geht es um Zwillinge, die 3 Monate zu früh zur Welt kamen. Im Nachhinein bekam die Verfasserin die Situation von der Mutter beschrieben. Sie war sehr erstaunt, welchen Belastungen die Eltern dort ausgesetzt waren und wie man sie unterstützt hat. Die Eltern kamen an ihre Grenzen, als die Zwillinge wegen Platzmangel getrennt werden mussten. Dadurch waren sie gezwungen, die ganze Zeit zwischen zwei Spitälern hin und her zu pendeln. Als die Mutter der Autorin erzählte, wie sie teilweise von der Pflege unterstützt wurde, erschreckte sie. Mit dieser Arbeit möchte die Autorin den Pflegenden professionelle Massnahmen zur Unterstützung der Eltern näher bringen. Im weiteren Teil wird die Autorin das Problem näher beschreiben.

Zum Thema Unterstützung von Eltern mit Frühgeborenen wird eine systematische Literaturübersicht durchgeführt. Dazu wird in diesem Kapitel als Erstes die Problematik dargestellt, woraus folglich die zu untersuchende Fragestellung entsteht. Weiter werden Ziele und Absichten formuliert.

1.1. Problembeschreibung

Die Anzahl der frühgeborenen Kinder hat sich in den letzten Jahren stark erhöht, ca. jedes 13. Baby kommt heute zu früh auf die Welt. Die Statistik der Frühgeburten zeigt, dass die Schweiz vor Frankreich und Italien, aber hinter Deutschland und Österreich liegt. 7,5 Prozent der Babys in der Schweiz sind 2008 zu früh zur Welt gekommen. Knapp 92 Prozent wurden termingerecht zwischen der 37. und der 41. Schwangerschaftswoche (SSW) geboren (Der Bund, 2010). Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat eine Frühgeburten-Rate errechnet. Insgesamt wurden 2008 knapp 76'700 Lebendgeburten gezählt. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Anfang Jahr gibt es im südlichen Afrika die meisten Frühgeburten, nämlich 17,5 Prozent. In Zentralasien liegt die Quote bei 3,8 Prozent, in Europa bei 6,2 und in Nordamerika bei 10,6 Prozent. Der weltweite Schnitt liegt nach WHO-Angaben bei rund 10 Prozent. Ein Viertel aller Frühgeburten (27 Prozent) sind Zwillings- und

Drillingsgeburten. Das Risiko einer Frühgeburt ist bei Mehrlingsschwangerschaften rund zehnmal höher als bei einfachen Schwangerschaften. Von den erfassten 76'691 Lebendgeburten waren im Jahr 2008 3,5 Prozent Mehrlingsgeburten. Das BFS hatte die im internationalen Vergleich hohe Zahl von Frühgeburten in der Schweiz bereits 2007 in einer Studie nachgewiesen. Fachleute erklärten sich die Zahlen damals unter anderem mit dem hohen Alter der Mütter bei der ersten Geburt und mit mehr Mehrlingsgeburten (Der Bund, 2010). Wie oben bereits erwähnt, werden daher immer mehr Eltern mit extrem frühgeborenen Kindern konfrontiert. Weil extrem Frühgeborene unreif sind, vor der 32. SSW auf die Welt kommen und ein niedriges Geburtsgewicht von nur 1000 Gramm haben, sind die Eltern oft mit der Situation überfordert. Auch die Zukunft macht ihnen Angst, da die noch unreifen Organe zu verschiedenen Komplikationen führen können. Besonders überlebensentscheidend ist das Ausmass der Lungenreife und je unreifer ein Kind geboren wird, desto höher ist das Risiko, eine bleibende Körperbehinderung oder kognitive Beeinträchtigung zu bekommen. Dadurch ist eine zu frühe Geburt ihres Kindes für Eltern mit grossen Belastungen verbunden. Die Eltern sind oft überfordert. Da die Schwangerschaft verkürzt ist, werden wichtige Phasen, die den Eltern helfen, sich auf ihr Kind einzustellen, nicht durchlaufen. Die Entbindung findet meist notfallmässig statt. Die Eltern können anfangs nur eingeschränkt Kontakt mit dem Kind aufnehmen, weil das Kind von der Mutter getrennt wird und stationär versorgt werden muss. Zudem löst der Inkubator bei den Eltern Angstgefühle aus (Porz, 2004). Die Mutter liegt dann allein in der Geburtsklinik, nicht mehr schwanger, aber auch nicht mit dem Kind. Die Mütter fühlen sich leer. Es werden drei Gefühlsempfindungen beschrieben, die für die Mutter nach der Geburt eines Risikokindes vorrangig von Bedeutung sind (Huter, 2004).

- Angstgefühle: Diese beinhalten die Angst um das Genesen und Überleben des Kindes, aber auch die Angst vor bleibenden Schäden, sowie Angst vor dem Tod.
- Niedergeschlagenheit: Die Stimmung der Mütter zeichnet sich aus durch Schlafstörungen und innere Unruhe trotz Müdigkeit und Energieverlust, Appetitmangel, Unfähigkeit, sich auf andere Dinge konzentrieren zu können. Sie fühlen sich wie gelähmt und niedergeschlagen.
- Gefühle des Ungenügens: Hier kommen Gefühle des Versagens und der Schuld zum Tragen. Die Mutter hat es nicht geschafft, ihre Schwangerschaft bis zum Ende auszutragen, ein gesundes, hübsches Kind auf die Welt zu bringen, und ist dazu noch nicht in der Lage, sich um ihr Kind zu kümmern, sondern ist auf Hilfe angewiesen. Und das Schlimmste ist, dass sie das Gefühl hat, ihr Kind gar nicht richtig zu kennen,

da sie es anfangs nur von Fotos und dann nur durch den Inkubator zu sehen bekommt (Huter, 2004).

Die Eltern werden in einen Kreislauf von sorgenvollen Gefühlen geworfen: Schock, Verdrängung, Schuldgefühle, Zorn, Traurigkeit und Angst. Angst und Schuld liegen nah beieinander. Die Lebensgefährdung des extrem frühgeborenen Kindes, sein äusserlich aversives Aussehen und die notwendige Abschirmung lösen in der Mutter aggressive Impulse aus. Diese wiederum führen zu Schuldgefühlen. Sie sind hilflos (Huter, 2004). Den Vätern kommt in jener Phase eine wichtige Botengänger-, Vermittler-, Organisations-, Puffer- und Unterstützungsfunktion zu. Sie pendeln zwischen Frauen- und Kinderklinik hin und her und müssen sich mit den Bedürfnissen, Wünschen und Ängsten ihrer Partnerin, den Einstellungen und Haltungen der Ärzte bzw. Ärztinnen der Neonatologie und denen der Frauenklinik sowie der Existenz des frühgeborenen Babys und den eigenen Empfindungen auseinandersetzen (Friedrich, Hantsche, Henze & Piechotta, 1997). Häufig ist durch die Belastungen des Frühgeborenen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erschwert, oder die Väter haben höhere Fehlzeiten durch eine notwendig werdende Versorgung des Geschwisterkindes bei stationärer Aufnahme der Mutter (Porz, 2004).

Die Studie von Watson (2010) bestätigt die oben erwähnten Gefühle der Eltern. Die Ergebnisse der qualitativen interpretativen Studie haben gezeigt, dass sich die Eltern von Frühgeborenen unsicher und machtlos fühlen und sich in einer Krise befinden. Daher ist es wichtig unterstützende Interventionen in den frühen Phasen des Übergangs für die Eltern von sehr Frühgeborenen zu ermitteln und umzusetzen. Dass ein Bedarf an Informationen und Unterstützung seitens der Eltern besteht, zeigt die Studie von Hasse (2012). Die Ergebnisse der Studie erläutern, dass ein signifikanter Bedarf an Information und Unterstützung für Mütter von Frühgeborenen besteht. Es wurden weltweite Befragungen in 13 Ländern von 1300 Müttern und Vätern durchgeführt. Der Schwerpunkt dieser Studie war es, das Verständnis und das Bewusstsein für Frühgeburtlichkeit im Allgemeinen zu beurteilen, und die Last einer Frühgeburt mit den dazu verbundenen Risiken, welches die Notwendigkeit von Informationen über Frühgeburt und die damit verbundenen Gefahren für Mütter und Väter darlegt. Die Erkenntnisse der Studie unterstreichen zudem die emotionale Belastung von Müttern mit Frühgeborenen. Über die Hälfte der Mütter fühlten sich nach der Geburt gestresst, hatten Angst und Schuldgefühle. Die Umfrage zeigte auch, dass 42 Prozent der Mütter mit langfristigen gesundheitlichen Komplikationen betroffen sind. Aus dieser Studie geht hervor, dass es wichtig ist, dass der Zugang zu Informationen und Unterstützung für

angehende und junge Eltern verstärkt wird. Dies weist daraufhin, dass seitens der Pflege ein enormes Bedürfnis an Unterstützung erwünscht ist.

1.2. Fragestellung und Ziele

Durch die Problembeschreibung wird erkennbar, dass Eltern, welche eine Frühgeburt erleben, verschiedenen Belastungen ausgesetzt sind. Die Eltern werden in einen Kreislauf sorgenvoller Gefühle geworfen und bangen um das Leben ihres Kindes. Besonders in einer solchen schwierigen Situation ist die Unterstützung durch die Pflege sehr wichtig. Damit eine Pflegende die Eltern kompetent unterstützen kann, müssen sie die Belastungen und entsprechende Interventionen kennen. Mit dieser Bachelor–Thesis will die Autorin herausfinden, mit welchen Massnahmen die Eltern kompetent unterstützt werden können. Nur so können Pflegende sie adäquat begleiten und betreuen. Es muss herausgefunden werden, welche Massnahmen für die Pflege nützlich sind. Aus diesem Problembeschrieb ergibt sich folgende Frage:

- **Mit welchen Pflegeinterventionen können Eltern von extrem Frühgeborenen unterstützt werden?**

Die Ziele dieser Arbeit liegen darin, quantitativ gute Studien zur Beantwortung der Fragestellung zu finden und eine systematische Übersicht der Ergebnisse dieser Studien anzufertigen. Die systematische Darstellung der Ergebnisse erlaubt eine evidenzbasierte Antwort auf die Fragestellung. Ein weiteres Ziel dieser Arbeit liegt darin, die evidenzbasierten Erkenntnisse in die Praxis zu implementieren. Dies geschieht indem Interventionen auf Basis der Literaturübersicht angeboten werden, die zu einer besseren Unterstützung von Eltern mit extrem Frühgeborenen führen. Die Interventionen sollen den Pflegefachpersonen helfen, eine wissenschaftlich begründete Auswahl von Massnahmen zu treffen.

2. Theoretischer Rahmen

Im folgenden Kapitel wird aufgezeigt, was unter den Begriffen „extrem Frühgeborene“ und „Unterstützung“ verstanden wird. Die zwei nachfolgenden Begriffe werden definiert, um Verwechslungen und Missverständnisse zu vermeiden. Zusätzlich wird die Theorie von Peplau und das Konzept „Empowerment“ erklärt, diese verleihen der Arbeit die nötige Grundlage. Letzteres wird in der Schlussfolgerung wieder aufgegriffen, inwiefern die gelieferten Ergebnisse die Theorie bestätigen.

2.1. Begriffserklärung

In den nächsten zwei Unterkapiteln werden die Begriffe extrem Frühgeborene und Unterstützung erläutert.

2.1.1. extrem Frühgeborene

Von einer Frühgeburt spricht man bei der Geburt eines Säuglings vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche (SSW) oder wenn der Säugling bei der Geburt weniger als 2500 Gramm wog (Illing, 1993). Eine übliche Schwangerschaft dauert 40 Wochen (280 Tage nach der letzten Regelblutung). Bei frühgeborenen Kindern dauert sie weniger als 260 Tage; gerechnet vom ersten Tag der letzten Menstruation. Sehr kleine Frühgeborene sind Babys, die weniger als 1500 Gramm wiegen und in der Regel unreifer als die 32. SSW sind, als extrem kleine Frühgeborene (ELBW = *Extremely Low Birth Weight*) bezeichnet man Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1000 Gramm, diese kommen vor Vollendung der 28. SSW auf die Welt (Berufsverband für Frauenärzte, 2011).

2.1.2. Unterstützung

Im folgenden Teil werden Interventionen zur psychosozialen Unterstützung beschrieben. Die darauffolgenden einzelnen Bereiche der Unterstützung zeigen auf, inwiefern Interventionen zur Unterstützung abgeleitet werden können.

- Emotionale Unterstützung: Verminderung von Ohnmachts-, Abhängigkeits- und Isolationserfahrungen, Regulation der Emotionalität, wie Wut, Angst,

Verzweiflung, Niedergeschlagenheit, Trauer usw.: Stärkung des Selbstwertgefühls durch die Wertschätzung und Ich-stützende Anerkennung.

- Instrumentelle Unterstützung: Bereitstellung von Hilfen, konkreten Handlungstechniken und praktischen Alltagshilfen im Umgang mit einem kritischen Lebensereignis, Vermittlung von entlastenden Hilfen (z.B. Geschwisterbetreuung), Unterstützung der Eltern bei der schwierigen Suche nach Lebensroutine.
- Kognitive Unterstützung: Aufklärung und Information über Klinik interne Strukturen und verfügbare Dienstleistungen im System, Hinweise auf weitere hilfreiche Personen in privater Lebenswelt, Orientierungshilfe.
- Aufrechterhaltung der sozialen Identität: Stärkung des Selbstwertgefühls und der sozialen Identität durch Kommunikation und Wertschätzung, Anerkennung und Zuwendung.
- Vermittlung von neuen sozialen Kontakten: Selbsthilfegruppen, Vermittlung eines Zugehörigkeitsempfindens und Stärkung des Gefühls des sozialen Eingebunden seins (Elterngruppe) (Christ, 2005).

Die Verfasserin wird nun durch die Erläuterung von zwei Konzepten die Fragestellung in einen theoretischen Rahmen einbetten.

2.2. Konzepte

Für ein besseres Verständnis der Beziehung zwischen Pflegefachfrau und Patient wird in diesem Kapitel das Pflegemodell nach Peplau beschrieben. Einerseits werden die verschiedenen Phasen aufgezeigt und andererseits die Interaktion der Beziehung beschrieben. So kann dessen Bedeutung besser mit der oben dargestellten Problembeschreibung, Fragestellung und Zielsetzung in Verbindung gebracht werden. Durch die möglichen Auswirkungen von Beziehungen wird im zweiten Teil des Kapitels auf das Konzept Empowerment eingegangen. Dies zeigt auf, inwiefern die Pflegenden die Eltern in den verschiedenen Phasen unterstützen können. Die Autorin hat sich auf ein Modell und ein Konzept eingeschränkt, da diese aus ihrer Sicht am besten den Problembeschrieb verdeutlichen.

2.2.1. Pflegemodell nach Peplau

Das Pflegemodell nach Hildegard E. Peplau stellt die psychodynamischen, zwischenmenschlichen Beziehungen zwischen Pflegefachkraft und Patient, in diesem Fall Patienteltern, in den Mittelpunkt. Verschiedene Phasen der Eltern–Pflegekraft Beziehung werden beschrieben (Christ, 2005).

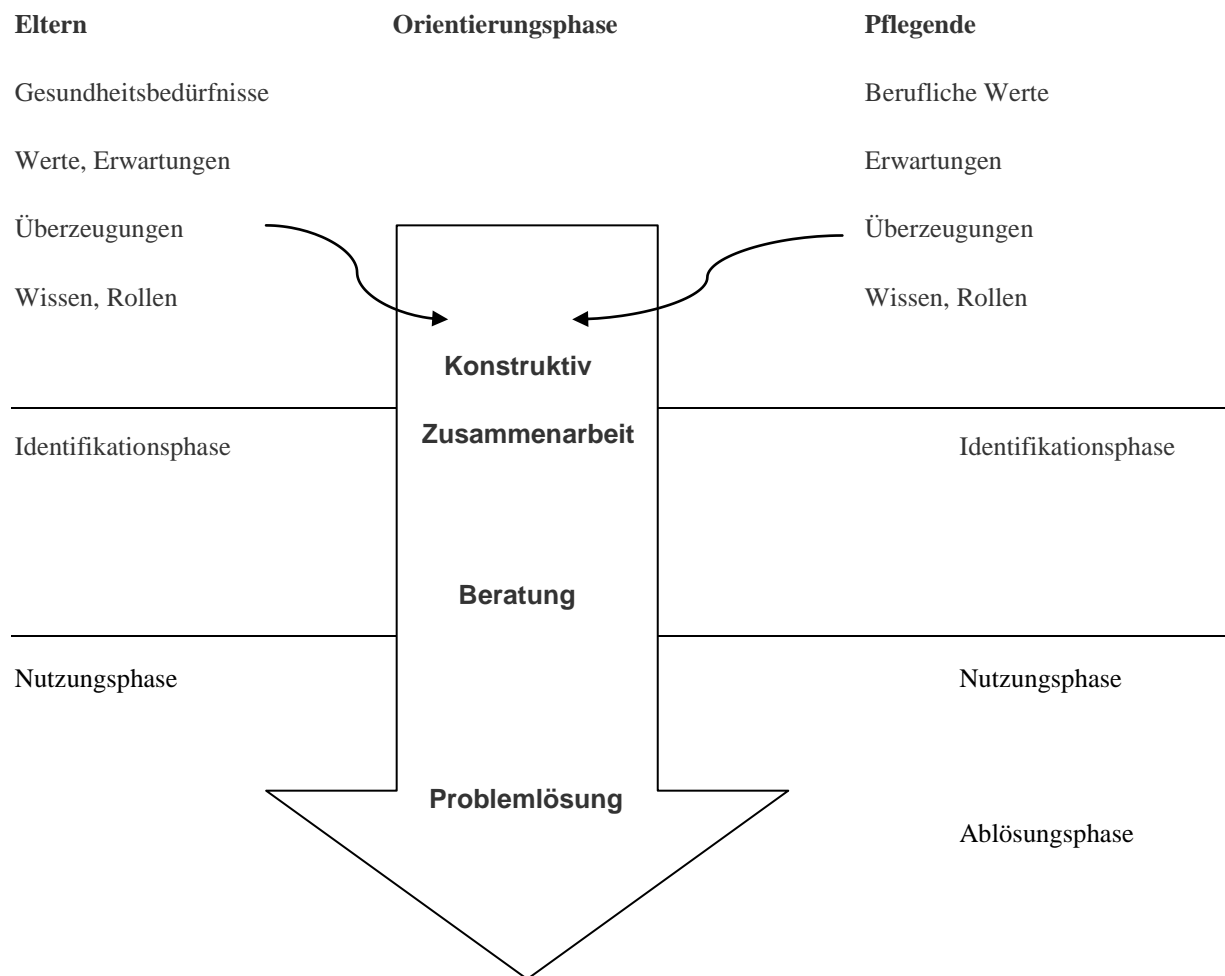


Abbildung 1: Die vier Phasen der Interaktion

Quelle: Abb. 1: Die vier Phasen der Interaktion. (S. 10). (Christ, S., C. (2005). *Elternberatung in der Neonatologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Die 4 Phasen interpersonaler Beziehung nach Peplau sind:

- Orientierungsphase
- Identifikationsphase
- Nutzungsphase
- Ablösungsphase

Im Pflegealltag überlappen sich diese Phasen sehr häufig. Durch das Wissen, in welcher Phase die Beziehung zu den Eltern sich gerade befindet, ist es möglich, effizienter zu arbeiten (Christ, 2005). Im folgenden Teil wird die Autorin die Phasen einzeln beschreiben.

➤ Orientierungsphase:

Am Anfang des stationären Aufenthaltes, wenn sie zum ersten Mal auf der neonatologischen Intensivstation ist, braucht die Frau vor allem Orientierung. Das heisst, sie benötigt viele Informationen, die ihr helfen, sich in der Situation zu orientieren und bestenfalls Sicherheit zu erlangen. Die Pflegenden haben die Aufgabe, sich ganz auf ihre Bedürfnisse einzustellen, auf ihre Ängste, Unsicherheiten und Nöte. Auch schriftliches Informationsmaterial kann hilfreich sein, ersetzt aber nicht das Gespräch. Diese Phase ist sehr wichtig. Wenn die Bedürfnisse der Eltern berücksichtigt werden, können sie ihre Situation besser einschätzen. In dieser Phase werden die Grundlage der Pflegekraft – Eltern – Beziehung gelegt.

➤ Identifikationsphase:

In dieser Phase geht es um die Vertiefung der Beziehung zwischen den Eltern, den Pflegekräften und anderen Personen aus dem sozialen Umfeld. Die Pflegenden sammeln im Gespräch weitere Informationen und beobachten, wo ihre Bedürfnisse und ihr Unterstützungsbedarf liegen. Andererseits gewinnen die Eltern Vertrauen durch den Umgang mit den Pflegenden und die Beobachtung der Pflegehandlungen mit ihrem Kind. Das führt dazu, dass die Eltern sich sicherer fühlen und sich ihrer Probleme und Belastungen bewusst werden. In dieser Phase kann sich die Beziehung in verschiedene Richtungen entwickeln. Es ist wichtig, genau auf die Äusserungen und das Verhalten der Eltern zu achten, damit wir ihr Denken und Fühlen besser verstehen und darauf eingehen können.

➤ Nutzungsphase:

Durch die gute Information und Orientierung können die Eltern ihre Situation einschätzen und ihre Bedürfnisse erkennen. In der Folge beginnen sie, alle angebotenen Dienstleistungen zu nutzen. Indem die Eltern ihre Situation überdenken, verändert sich auch ihre Abhängigkeit von den Pflegenden und auch insgesamt vom neonatologischen Team. Die Pflege – Eltern – Beziehung verändert sich, aus der Abhängigkeit wird eine gleichberechtigte Beziehung. Beide, Pflegende und Eltern erkennen, dass sie zugleich voneinander abhängig und unabhängig sind, und beginnen auf partnerschaftliche Weise zusammenzuarbeiten. Auf

diesem Weg können immer wieder Probleme auftauchen, für die Pflegefachpersonen (PP) ist es wichtig, diese zu erkennen und darauf einzugehen.

➤ Ablösungsphase

Diese Phase beginnt, wenn die Eltern erste Schritte unternehmen, um sich auf die Entlassung ihres Kindes aus dem Krankenhaus vorzubereiten oder um zu Hause wieder ganz normal zu leben. Die Eltern sollten auf die Entlassung und den Übergang in die ambulante Situation vorbereitet werden. Die Eltern der extrem untergewichtigen Frühgeborenen unter 1000 Gramm Geburtsgewicht verbringen nicht selten an die 100 Tage Pflege- und Behandlungszeit in der Klinik. Das Wissen der Eltern über Nachsorgetelefonate kann für die Eltern hilfreich und beruhigend im Hinblick auf den Ablösungsprozess sein.

Die wichtigste Fähigkeit für die Pflegenden ist die Kommunikation. Denn ohne diese Ressource ist es unmöglich, die Eltern in den einzelnen Interaktionsphasen professionell zu unterstützen. Die Anwendung des Modells nach Peplau erfordert jedoch in der Praxis viel Zeit. Dies ist im Hinblick auf den Pflegealltag auf der neonatologischen Intensivstation häufig ein Problem. Dieser Bereich ist dadurch auch in Zukunft ein Schwerpunkt in der Neonatologie, da man mit extrem hohem Personalmangel rechnen muss (Christ, 2005).

Im nächsten Kapitel wird die Autorin das Thema Empowerment begreiflich machen.

2.2.2. Empowerment

Nach Christ (2005) heisst Empowerment wörtlich übersetzt „Selbstbemächtigung“, „Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung“. Empowerment ist ein fachliches Selbstverständnis, dass bei den Menschen nicht mehr nur die Defizite betrachtet werden, sondern sie werden als Experten in eigener Sache wahrgenommen und gestärkt. Der Paradigmenwechsel geht von dem Grundgedanken aus, dass die Aufgabe von Pflegenden die Betroffenen so unterstützen, dass sie sich ihrer eigenen Kompetenzen bewusst werden und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer selbstbestimmten und sozialverträglichen Lebensverwirklichung nutzen. Im Empowerment Konzept stehen die individuellen Stärken und Potenziale im Mittelpunkt. Es geht um eine aktivierende und mutmachende Beratung. In der Literatur finden sich weitere Umschreibungen von Empowerment:

- Die Fähigkeit, aus den angebotenen Lebensoptionen auswählen und eigenverantwortende Entscheidungen für die eigene Person treffen zu können
- Die Fähigkeit, für die eigenen Bedürfnisse, Interessen und Wünsche aktiv einzutreten
- Die Erfahrung, als Subjekt die Umstände des eigenen Lebens (Selbst–, Sozial–, und Umweltbeziehungen) produktiv zu gestalten
- Die Bereitschaft und die Fähigkeit, sich belastenden Lebensproblemen aktiv zu stellen, wünschenswerte Veränderungen zu buchstabieren und hilfreiche Ressourcen der Veränderung zu mobilisieren
- Die Fähigkeit, sich aktiv Zugang zu Informationen, Dienstleistungen und Unterstützungsressourcen zu eröffnen und diese „zum eigenen Nutzen“ einzusetzen
- Die Einsamkeit überwinden und die Bereitschaft, sich in solidarische Gemeinschaften einzubeziehen
- Das Einfordern der eigenen Rechte

Durch diese oben aufgeführten Punkte lernen die Patienten ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, indem sie sich ihrer Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen. Solche positiven Lebenserfahrungen, in denen Menschen Sicherheit und Selbstwert finden, entfalten eine bemächtigende Kraft (Herriger, 2006).

In Zusammenhang mit der Pflege von Eltern geht es nicht darum, dass die Pflegefachpersonen (PP) den richtigen Weg für die Eltern wissen, sondern, dass die PP den Rahmen schaffen, damit die Eltern den für sie richtigen Weg entwickeln können. Die Eltern werden als

Spezialisten in eigener Sache wahrgenommen. Sie sind die Fachleute für ihre Familie und für das körperliche und seelische Wohlbefinden ihrer Kinder. In der besonderen Situation der Betreuung benötigen sie eine fachliche Unterstützung, Anleitung und Beratung. Das angestrebte Ziel ist, dass sie durch die kompetente, ermutigende Begleitung aller PP des neonatologischen Teams frühzeitig in die Lage versetzt werden, mit ihrem Kind eigene Wege zu gehen, in Beziehung zu sein. Die Pflegenden können die Eltern bei der Entfaltung der Stärken und Fähigkeiten unterstützen. Ein Teil dieser Unterstützung besteht in der Anleitung und Information der Eltern, d.h. in der Vermittlung von Fakten und Kenntnissen, die sich auf die Pflege und Behandlung des Kindes beziehen. Die andere Art der Unterstützung bietet die Beratung. Die Belastungen und Ängste der Eltern werden soweit es geht geklärt und sie werden nach ihren Stärken und Lösungen begleitet. Wenn es den Pflegenden gelingt, den Bewältigungsprozess der Eltern stützend zu begleiten, entwickeln sie Handlungskompetenz und können gestärkt auf ihr Frühgeborenes zugehen. Stabile und zugewandte Eltern sind für das Frühgeborene ein sehr wichtiger protektiver Faktor in seinem Reifungs- und Entwicklungsprozess. Empowerment in der Beratung braucht Zeit, da es sich auf die Zeitbedürfnisse der Eltern, der Familie einstellt. Das Konzept Empowerment hat auch eine grosse Bedeutung in der Entlassung. Für Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf werden Hilfen organisiert und koordiniert (Christ, 2005).

Beim Empowerment-Konzept werden die 5 Elemente psychosozialer Unterstützung, die oben bei der Begriffserklärung bereits erklärt wurden, genutzt und umgesetzt. Mit diesen Interventionen sollen die Eltern in ihrer Bewältigung und Anpassungsarbeit unterstützt werden. Je nachdem, wo die Mutter oder der Vater ihren/seinen Schwerpunkt hat, in der Informationssuche, im Austausch mit anderen Betroffenen, im Verbalisieren des Erlebten und der starken Emotionen usw., können die Pflegefachpersonen ihnen den entsprechenden Rahmen zur Verfügung stellen (Christ, 2005). Die Literaturrecherche soll aufzeigen, in wie fern das Konzept „Empowerment“ bei den Forschern in Bezug auf die Unterstützung von Eltern mit Frühgeborenen bekannt ist und welche dieser Ansätze in die Studieninterventionen integriert wurden.

Im folgenden Teil geht die Autorin auf die Methodologie ein.

3. Methodologie

3.1. Design

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, führt die Autorin eine systematische Literaturübersicht durch. Eine systematische Literaturübersicht ist eine Übersichtsarbeit, die zu einem bestimmten Thema durch geeignete Methoden versucht, alles verfügbare Wissen zu sammeln, zusammenzufassen und zu bewerten. Die systematischen Übersichtsarbeiten werden mit Punkten ausgewertet, welches die Höhe der Beweiskraft nachweist. Laut Behrens & Langer (2006) gehören systematische Literaturübersichten zu der Gruppe der sekundären Publikationen, weil sie Daten von Studien übernehmen, welche bereits abgeschlossen sind, diese zusammenfassen, die Ergebnisse kombinieren, analysieren und daraus neue Ergebnisse ableiten. Die Übersicht ist systematisch, weil die ausgewählten Studien festgelegten Kriterien entsprechen müssen. Laut Polit, Beck und Hungler (2004) ist das Ziel einer systematischen Literaturübersicht, das Zusammentragen von Wissen und das Feststellen von Lücken in der Forschung.

Dieses Design ist aufgrund seines Charakters ideal für das Erforschen dieses Themas. Es bestehen bereits Daten zu diesem Thema. Da Forschungen bestehen, aber noch keine systematische Literaturübersicht, kann eine Übersicht den aktuellen Stand der Forschung aufzeigen. Zudem kann es auch eine Basis für einen Leitfaden in der Praxis sein. Mit diesem Design erhalten auch Pflegende mit kleinem Aufwand einen Einblick in den aktuellen Wissensstand. Eine systematische Literaturübersicht verlangt keine enormen finanziellen Mittel und auch vom Zeitaufwand her ist sie kleiner als andere Designs. Die Lücken im heutigen Stand der Forschung können mit dieser Übersicht aufgezeigt werden.

3.2. Suchstrategie

Zu Beginn wurde in Büchern und im Internet in die Thematik eingelesen, um einen Überblick zu erhalten. Zur Identifikation des Forschungsstandes wurde auch in Datenbanken erstmals grob nach Studien gesucht. Daraus wurde dann die Problembeschreibung und die Fragestellung formuliert. Danach konnte in den Datenbanken eine zielgerichtete Literaturrecherche durchgeführt werden. Zuerst wurde auf der Datenbank „Cochrane“ recherchiert, um mögliche Reviews zu identifizieren, in diesem Zeitpunkt bestanden keine Reviews zu der Thematik. Um Studien zu erhalten, welche Antwort auf die Fragestellung geben, wurden die Datenbanken Pubmed und Cinahl genutzt. Dies sind die bekanntesten Datenbanken für die Pflege. In Betracht gezogen werden nur die Studien, welche eine konkrete Antwort auf die Forschungsfrage geben. Es wurde mit konkreten Suchbegriffen und Ein- bzw. Ausschlusskriterien in den Datenbanken recherchiert.

3.2.1. Suchbegriffe und Suchkriterien

Die ausgewählten Suchbegriffe wurden in unterschiedliche Kombinationen gebracht und in beiden der oben genannten Datenbanken in gleicher Kombination gesucht, so dass eine systematische Durchsuchung sichergestellt ist. Die Autorin entschied sich für folgende Suchbegriffe in unterschiedlichen Kombinationen:

„very preterm infants“, „support“, „intervention“, „parents“, „children“, „neonates“, „nursing“, „parenting“, „stress“, „infant premature“, „NICU“, „coping“, „nurse“, „neonatal care“, „family centered care“, „parental support“, „social support“.

Diese Begriffe kommen zum Zug, weil sich während der Suche in den Datenbanken herausstellte, dass sie die Fragestellung am Treffendsten repräsentieren. Die konkrete Suchstrategie mit den Begriffen ist anhand einer Tabelle im Anhang B im Suchprotokoll ersichtlich.

Da sich zu Beginn der Suche bereits Einschränkungen von Ergebnissen und zum Teil sehr geringe Trefferzahlen zeigten, erfolgten nur minime Suchkriterien und –limiten, es wurde nur nach deutsch-, französisch- & englischsprachigen Artikeln mit den Jahrgängen 2002 bis 2012 gesucht. Wegen hoher Anzahl Treffer auf den Datenbanken wurde manchmal zusätzlich mit „randomized Trial“ und „newborn–1 month“ eingegrenzt. Da bei einigen Begriffen keine

„MeSH–Terms“ bestanden, wurde auf Pubmed ohne „MeSH–Terms“ gearbeitet. So konnte in beiden Datenbanken mit der gleichen Suchmethode vorgegangen werden, was das systematische Vorgehen stärkte.

3.2.2. Ein–bzw. Ausschlusskriterien

Der Fokus dieser Arbeit liegt bei Akutsituationen. Daher wurden nur Studien einbezogen, in denen das Setting auf Intensivstationen untersucht wird. Um die Population einzugrenzen, bezieht sich die Autorin auf Eltern mit extrem frühgeborenen Kindern. Es wurden nur Studien eingeschlossen mit Frühgeborenen die vor der 37. Schwangerschaftswoche auf die Welt kamen und weniger als 2000 Gramm wogen. Nur die Studien der letzten 10 Jahre wurden berücksichtigt, damit die Aktualität garantiert werden kann. Die Autorin hat gezielt nach Interventionsstudien recherchiert, da die durchgeführten Massnahmen überprüft und evaluiert werden. Da die Verfasserin auf Pubmed auf mehr Treffer stiess, hat sie diese zusätzlich mit Limiten eingegrenzt, diese liess die Verfasserin bei Cinahl weg. Im Anhang F ist das Vorgehen des Ausschlussverfahrens der Studien anhand des Prisma Flow–Diagramms zu sehen.

3.2.3. Anzahl und Auswahl der gefundenen Studien

Insgesamt wurden fünfzehn Studien identifiziert, welche für die systematische Literaturübersicht geeignet sind und somit einbezogen werden. Diese Studien überstanden alle die kritische Beurteilung und die oben dargestellten Ein – und Ausschlusskriterien. Wenn Studien während der Bearbeitung, inhaltlich (dem Thema) und den Kriterien nicht entsprachen, wurden sie nicht weiter angeschaut oder kritisch beurteilt. Im Anhang C sind die einbezogenen Studien in Tabellenform und im Anhang E als Zusammenfassungen und mit kritischer Beurteilung ersichtlich. Studien, bei denen auf den Datenbanken nur die Abstracts zugänglich waren und die Autorin unsicher war, ob sie für das vorliegende Thema geeignet sind, wurden nicht bestellt und somit ausgeschlossen. Die Studie von Maquire, C. M., Bruil, J., Wit, J. M. & Walther, F. J. (2007) wurde auf keiner der Datenbanken mit den durchgeführten Suchstrategien gefunden. Die Autorin stiess während dem Abschlusspraktikum durch eine Pflegeexpertin auf diese Studie.

3.3. Analyse der Literatur

In diesem Unterkapitel geht es um die kritische Beurteilung der ausgewählten Studien und um die Beschreibung der Datenauswertung.

3.3.1. Kritische Beurteilung der Studien

Die Studien müssen konkret Antwort auf die gestellte Frage geben. Zudem werden die Studien, wie schon oben erwähnt, nach ihrer Beweiskraft bewertet. Hierzu werden Richtlinien für eine kritische Bewertung von quantitativen Forschungsarbeiten von Behrens & Langer (2010) angewendet. Der Beurteilungsbogen besteht aus 14 Kriterien, welches die Glaubwürdigkeit, die Aussagekraft und die Anwendbarkeit überprüft. Die Autorin arbeitete mit einem Punktesystem, wobei maximal 14 Punkte verteilt werden konnten (pro Kriterium max. 1 Punkt). Bei einem vollständig erfüllten Kriterium gab es 1 Punkt, wenn nur teilweise 0.5 Punkte und für Nichterfüllte 0 Punkte. Die quantitativen Studien werden einbezogen, wenn sie 65 Prozent der Punkte, also mindestens 9.5 Punkte erhalten haben. Zum besseren Verständnis ist der Beurteilungsbogen im Anhang D anzutreffen. Die erhaltenen Punktezahlen sind in der kritischen Beurteilung im Anhang E integriert.

3.3.2. Synthese der Ergebnisse

Um aus den ausgewählten Studien Resultate zu erhalten, werden deren Ergebnisse zusammengefasst. Die Hauptsache einer Analyse ist, dass die Bedeutung des Textes so gut wie möglich beibehalten wird. Aus den Resultaten sollten Kernstücke herauskristallisiert oder Themen herausgefiltert werden. Die herausgefilterten Themen bilden Kategorien, welche im Ergebniskapitel aufgeführt sind. Die Beziehungen zwischen den Kategorien können so neue Perspektiven und besseres Verständnis erbringen. Der Prozess beginnt mit dem Lesen der Studie und endet in der Bildung eines Gitternetzes der Themen. Die Resultate werden nebeneinander gestellt und miteinander verglichen (Behrens & Langer, 2006). Es ist entscheidend, dass beim Auflisten der Resultate, diese nicht verschönert oder zusammengefasst werden (Mayer, 2007).

Die folgenden identifizierten Hauptkategorien werden das Kapitel Ergebnisse aufbauen: *Informationsvermittlung, Umgang mit Frühgeborenen, Eltern–Kind Interaktion psychologische Unterstützung und andere Interventionen.*

3.4. Ethische Überlegungen

Die Durchführung von Forschungsprojekten mit menschlichen Probanden wirft unumgänglich ethische Fragen auf. Die Forschenden stehen unter der Pflicht die Menschenwürde und die Rechte der Patienten/Innen zu erhalten sowie zu schützen. Die Achtung der Würde der Personen und ihrer Autonomie, Gutes tun, nicht Schaden und Gerechtigkeit sind ethische Grundsätze aus der Pflegepraxis. Die Forscherin ist verpflichtet, die Rechte der Probanden zu schützen und darauf zu achten, dass die Forschungsmethoden gewissenhaft umgesetzt werden (Mayer, 2007). Die Sachlage muss in jeder Untersuchung aufs Neue und individuell bewertet werden. Dabei hat sich der Forschende seiner ethischen und rechtlichen Verantwortung bewusst zu sein, um zum Nutzen aller Beteiligten handeln zu können. Die drei aus der biomedizinischen Ethik abgeleiteten Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes lauten folgendermassen: informierte Zustimmung, Anonymität und der Schutz vor physischen und psychischen Schäden der Probanden (Mayer, 2007).

Auf die systematische Literaturübersicht der Autorin übertragen, bringt die Einhaltung der beschriebenen Grundlagen folgendes Handeln mit sich. Es werden nur Studien einbezogen, bei denen eine informierte Zustimmung von den Teilnehmenden eingefordert wurde. Dies bedeutet, dass die Probanden über die Informationen der Studie aufgeklärt wurden, diese verstanden haben und in der Lage waren, ihre Einwilligung abzugeben und der Teilnahme freiwillig zustimmten. Die Anonymität muss gewahrt werden, indem die Identität der Probanden nicht preisgegeben wird und die Daten vertraulich behandelt werden. Gerade bei kontrollierten Experimenten muss aufgepasst werden, dass die Gruppe der unabhängigen Variabel nicht durch die Manipulation bzw. von der Intervention einen Schaden nimmt und gegensätzlich, dass die Kontrollgruppe nicht unter der Abwesenheit der Massnahme leidet. Im Anhang E werden in der kritischen Beurteilung jeweils die ethischen Gesichtspunkte aufgezeigt.

4. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel geht es um die Ergebnisse der fünfzehn ausgewählten und einbezogenen Studien. Durch das Lesen, der Bewertung und der Zusammenfassung der Studien bildeten sich nach und nach verschiedene Interventionskategorien. Die Ergebnisse sollen auf die zu Anfang der Arbeit formulierte Frage antworten. Diese lautet: „Mit welchen Pflegeinterventionen können Eltern mit extrem Frühgeborenen unterstützt werden?“

4.1. Einbezogene Studien

Zum Thema, mit welchen Pflegeinterventionen Eltern von extrem Frühgeborenen unterstützt werden können, fand die Autorin 15 Interventionsstudien. Bei den einbezogenen Studien handelt es sich um 11 randomisiert kontrollierte Experimente (RCT's) und um 4 Experimente, diese befinden sich innerhalb der Evidenzhierarchie auf oberster Stufe (siehe Anhang A). Aus diesen 15 Studien wurden fünf Hauptkategorien herauskristallisiert, welche Pflegemassnahmen zur Unterstützung von Eltern mit Frühgeborenen beschreiben.

4.2. Interventionen

In allen 15 einbezogenen Studien wurden zusammenfassend die Interventionen Informationsabgabe, der Umgang mit den Frühgeborenen, die Mutter–Kind Interaktion und die psychische Unterstützung untersucht. Viele Studien zeigen auf, dass im Bereich Informationsvermittlung ein enormes Bedürfnis seitens der Eltern besteht, da die belastende Situation für die Eltern meist neu ist. Dadurch sind die Eltern im Umgang mit dem Frühgeborenen zurückhaltend und ängstlich. Somit wird in vielen Studien der Umgang mit einem Frühgeborenen als Intervention identifiziert. Auch die Mutter–Kind Interaktion, welche anfangs ebenfalls eingeschränkt ist, wird identifiziert. Zudem wird allgemein der Einfluss der psychischen Unterstützung durch professionelle Hilfe bewertet.

4.2.1. Informationsvermittlung

Die Informationsvermittlung ist eine weit verbreitete Intervention um Eltern zu unterstützen. Alle einbezogenen Studien haben diese Thematik untersucht. Die Informationen werden durch Broschüren, Gespräche, CD's, Videoaufnahmen und Folien vermittelt. Melnyk et al. (2008) und Melnyk et al. (2006) beschreiben 4 Phasen der Informationsübermittlung: In der ersten Phase, die 2 – 4 Tage nach Aufnahme der Frühgeborenen auf der Intensivstation stattfindet, erhalten die Eltern durch Pflegefachpersonen Informationen über das Programm, welches durchgeführt wird. Zusätzlich erhalten sie Materialien, Informationen zum Lesen und Hören, eine Einführung in die Elternaktivität und ein Foto für ihr Lerntagebuch. In der zweiten Phase, welche am 4. – 8. Tag nach der ersten Intervention durchgeführt wird, erläutern die geschulten Pflegefachpersonen den Eltern das Verhalten von Frühgeborenen, welche Beobachtungen man erkennen kann, wie Stresszeichen zu erkennen sind und welche Interventionen zur Beruhigung durchgeführt werden können. In der 3. Phase, welche 1 – 7 Tage vor der Entlassung aus dem Krankenhaus stattfindet, geben die Pflegenden Informationen über die Bewusstseinszustände eines Frühgeborenen ab und wie andere Geschwister mit einbezogen werden können. Auch Informationen für die weitere Pflege zu Hause werden weitergegeben. In der 4. Phase, etwa eine Woche nach der Entlassung, wird telefonischer Kontakt mit den Eltern aufgenommen, wobei nach dem Befinden gefragt wird und Fragen geklärt werden. Die Informationen der Pflegenden an die Eltern sind, wie in der Problembeschreibung beschrieben, notwendig und erzielen mehr Wissen bei den Eltern. Den Eltern wird durch ihr erweitertes Wissen die Angst und Unsicherheit genommen. Die Intervention Informationsvermittlung konnte zudem den Stress der Eltern mindern.

In 6 Studien (Browne & Talmi 2005; Turan, Basbakkal & Özbek 2008; Schroeder & Pridham 2006; Zellkowitz et al., 2008; Shieh et al., 2010; Kaarsen et al., 2006) werden Informationen über Säugling Reflexe, Aufmerksamkeit, Motorik und Schlaf–Wach–Phasen durch Pflegende vermittelt. Den Eltern wird die optimale Zeit der Interaktion, das Äussern von Hunger, das Stillen, Informationen über Gewichtszunahme und –abnahme, Selbstregulierung und Informationen über die Entwicklung mitgegeben. Die Pflegenden geben auch Informationen über Personal und Betreuung ihrer Frühgeborenen, sowie Therapien (Medikamente, Ernährung, Ernährungssonden etc.) ab. Zudem wird das Aussehen eines Frühgeborenen und Gefühle, die den Eltern aufkommen können, vermittelt. Mittels dieser aufgeführten Massnahmen erlangen die Eltern auch, wie oben beschrieben, mehr Wissen. Die Eltern werden auf das Aussehen sensibilisiert, dadurch wird ihre Angst vermindert und sie gehen

kompetenter mit ihren Frühgeborenen um. Da die Eltern geschult wurden, wie sie Verhaltensweisen der Frühgeborenen erkennen können, ist es ihnen möglich kritische Situationen zu erkennen und sind dadurch entspannter und ruhiger während des Aufenthaltes.

In den 5 Studien (Van der Pal et al., 2007; Maquire et al., 2007; Glazebrook et al., 2006; Meijssen et al., 2010 & Wielenga et al., 2006) wurden Informationen über das Verhalten von Frühgeborenen und den Umgang mit Frühgeborenen vermittelt. Die Säuglinge wurden dadurch genau beobachtet und dies wurde dann gemeinsam besprochen. Die Pflegenden weisen die Eltern darauf hin, wie sie ihre Säuglinge begrüßen können und wie Streichungen angewendet werden können. Mit Hilfe der Interventionen geben die Eltern mehr Selbstvertrauen an. Zusätzlich wird der Glaube an ihre Fähigkeiten gestärkt, die sie durch Ermutigung von Pflegenden erlangt haben.

In Preyde et al., 2003 & Jotzo et al., 2005 geben die Pflegenden ihr Wissen über das Konzept, erkennen von eigenen Grenzen und die Stärkung des Selbstbewusstseins weiter. Ausserdem werden die Eltern über mögliche Copingstrategien wie Entspannung informiert. Durch diese Infos seitens der Pflege wurden bei den Eltern deutlich weniger Stresszeichen beobachtet.

4.2.2. Umgang mit Frühgeborenen

Die Eltern werden auch im Umgang mit ihren Frühgeborenen durch die Pflege unterstützt. In der Pflege von Eltern mit extrem Frühgeborenen sind Pflegefachpersonen mit Unsicherheit und Angst der Eltern im Umgang mit ihren Säuglingen konfrontiert. Um die Eltern im Umgang mit ihren Frühgeborenen zu sensibilisieren, werden die Pflegenden extrem gefordert.

In zehn Studien wurde spezifisch der Umgang mit den Frühgeborenen aufgezeigt, indem Pflegefachpersonen die Eltern angeleitet und bei der Pflege unterstützt haben. In Melnyk et al., (2008) leiten die Pflegenden die Eltern dazu an, wie sie ihr Frühgeborenes am Besten beruhigen können. Dies führte zum Ergebnis, dass die Eltern mehr Sicherheit erlangt haben und die Angst im Umgang vermindert werden konnte.

In den Studien (Melnik et al., 2008; Turan et al., 2008; Schroeder & Pridham 2006; Van der Pal et al., 2007) wurden Interventionen wie: Lagerung des Frühgeborenen, Griffe zum Halten, Wickeln, Ankleiden, Temperatur, Stillen, Aktivitäten zur Frühförderung und Pflege des Frühgeborenen im Inkubator durchgeführt und bewertet. Die Ergebnisse der durchgeführten

Interventionen zeigen auf, dass die Mütter kompetenter mit ihren Frühgeborenen umgehen und sich dadurch sicherer fühlen.

In Glazebrook et al., (2006) & Meijssen et al., (2010) wurde den Eltern aufgezeigt, wie sie ihr Säugling begrüßen (am Kopf oder Fuss), verschiedene Streichungen, Massagen, Känguru – Pflege und wie das Frühgeborene nach entwicklungsfördernde Pflege aufgenommen wird. Die Pflegenden haben die Eltern in ihrer Autonomie und Selbstbestimmung gefordert und sie möglichst alle Pflegemassnahmen selbstständig durchführen lassen. Daher haben sie stark mit Ansätzen des Empowerment – Konzepts gearbeitet. Die Ergebnisse schliessen daraufhin, dass die Eltern weniger Stress im Umgang mit ihren Frühgeborenen empfinden und dass der Empowerment – Ansatz sie in ihrer Sicherheit stärkt.

Im Weiteren haben die Pflegenden sich auf das Anleiten der täglichen Aktivitäten konzentriert. Den Eltern wurde das Stillen und das Baden eines Säuglings aufgezeigt, welches sie dann durch Unterstützung der Pflegefachfrauen durchführen konnten. Zudem wurden sie zur Mund– und Augenhygiene angeleitet. Ausserdem wurde den Eltern der richtige Umgang mit Medikamenten, Temperaturmessung und Ausscheidung erklärt. Die Eltern wurden immer zur aktiven Beteiligung an die Aktivitäten motiviert. Die Ergebnisse wiesen eine erhöhte Kompetenz im Umgang mit den Frühgeborenen auf. Es wurden signifikant niedrigere Stresswerte im Umgang bewertet. Auch das Vertrauen in sich selbst, sowie das Wissen konnte gestärkt werden (Shieh et al., 2010; Kaaresen et al., 2006; Wielenga et al., 2006).

4.2.3. Mutter–Kind Interaktion

Durch 6 von 15 Studien wurde ersichtlich, dass die Mutter–Kind Interaktion durch die Pflegenden gefördert werden kann.

In der Studie von Browne & Talmi (2005) wird untersucht, ob die Intervention einen Anstieg des Wissens erzielt und ob durch die Mutter Kind–Interaktion eine Abnahme der Belastung erfolgt. Die Eltern werden mit Kamera aufgenommen und anschliessend wird ihnen die Mutter – Kind Interaktion aufgezeigt und diskutiert. Es wird festgestellt, dass die kurzfristigen Interventionen im Krankenhaus die Interaktion mit dem Kind und den Eltern fördert und bei den Eltern weniger Stress wahrgenommen wird. Zudem konnte aufgezeigt werden, dass durch die Mutter – Kind Dokumentation die Belastung der Eltern reduziert werden konnte.

Ein Ziel von Melnyk et al., (2006) war es, die Eltern – Kind Interaktion zu verbessern und bei Turan et al., (2008) & Kaarensen et al., (2006) wurde untersucht, ob die Pflegeinterventionen den Stress der Eltern reduzieren. In allen 3 Studien wurde auf die Interaktion eingegangen. Die Pflegenden beziehen die Eltern möglichst viel in die Pflege ihrer Säuglinge mit ein. Sie fördern den Kontakt kommunikativ, wie auch taktil. Auch zu Hause wurden die Eltern noch durch professionelle Unterstützung der Pflegenden in der Interaktion mit den Säuglingen unterstützt und angeleitet. Aus den 3 Studien geht hervor, dass die Interaktion verbessert werden konnte. Die Eltern nehmen ihre Rolle besser wahr und sind, indem was sie tun überzeugt. Ausserdem berichteten die Eltern über signifikant weniger Stress. Es wurde festgestellt, dass die Mütter mehr Stress erfahren, als die Väter. Bei einer späteren Datenauswertung wurde ersichtlich, dass der Stresswert bei den Müttern nach 12 Monaten wieder zunahm.

In der Studie von Schreoder et al., (2006) wurde die Auswirkung der Intervention auf die Förderung der Kompetenzen ermittelt. Die Eltern – Kind Beziehung wurde anhand informeller Diskussionen und einem gezielten Beziehungsaufbau durch die Pflegenden gefördert. Die Beziehung und die Kompetenzen wurden einmal pro Woche durch Beobachtung beurteilt. Die Ergebnisse zeigten auf, dass die Mütter kompetenter mit den Säuglingen umgehen und sich daher sicherer fühlen, wodurch der Beziehungsaufbau gefördert werden kann.

Der Hauptzweck der Studie von Shieh et al., (2010) war es, die Wirksamkeit eines Bildungsprogramms auf das mütterliche Vertrauen, die Fürsorge und das Wissen der Mütter zu untersuchen. Die Pflegenden animierten die Eltern die täglichen Aktivitäten selbstständig durchzuführen, um ihren Säuglingen ihre Präsenz zu zeigen und den Beziehungsaufbau zu begünstigen. Anhand der ausgewerteten Fragebögen wurde belegt, dass die mütterliche Fürsorge, das Vertrauen, sowie das Wissen der Mütter signifikant gestiegen war. Dies weist darauf hin, dass auch die Mutter – Kind Interaktion gefördert wird.

4.2.3. psychologische Unterstützung

In 10 von 15 Studien wurden die Eltern auf der psychologischen Ebene unterstützt. Dies geschah zum Beispiel durch telefonische Unterstützung, Entspannung und Beruhigung, Einbezug der Angehörigen und Elterngruppentreffen.

In den Studien von Melnyk et al., (2008) und Browne & Talmi (2005) werden die Interventionen Unterstützung in den ATL's, Entspannung und Beruhigung der Eltern untersucht. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Eltern weniger Angst und Stress verspüren. Zudem konnte festgestellt werden, dass bei Müttern in der Interventionsgruppe nach dem Spitalaufenthalt signifikant weniger depressive Symptome aufgetreten sind.

Das Ziel eines „Buddy“ Programms war es, die Stress- und Angstsymptome, sowie die Depressionssymptome zu lindern und die soziale Unterstützung zu fördern. Die Eltern erhielten telefonische und pädagogische Unterstützung, beiläufig konnten sie an Gruppentreffen teilnehmen, welches ihnen ermöglichte, mit Eltern, die dasselbe Schicksal erlitten, Erfahrungen auszutauschen. Des Weiteren erhielten sie 5 Trainingsstunden, um ihre kommunikativen Fähigkeiten und ihr Selbstbewusstsein zu stärken und lernten dabei ihre eigenen Grenzen kennen. Bei der Interventionsgruppe konnte signifikant weniger Angst, Stress und Depressionssymptome bewiesen werden (Preyde & Ardal, 2003).

Die Auswirkung einer psychologischen Intervention auf Eltern mit Frühgeborenen wurde in Jotzo & Poets (2005) und Turan et al., (2008) untersucht. Die Eltern wurden durch die Pflegenden mittels Entspannungstechniken, Beruhigung, Rekonstruktion der Ereignisse und Einbezug der Angehörigen unterstützt. Jederzeit konnten die Eltern eine Beratung in Anspruch nehmen. Die Ergebnisse erzielten eine signifikant geringere symptomatische Reaktion auf den traumatischen Stressor „Frühgeburt“. Auch die posttraumatische Belastungsstörung war signifikant niedriger bei der Entlassung aus dem Spital.

In Melnyk et al., (2006) wird die Wirksamkeit eines Eltern Empowerment Programms überprüft. Die Eltern werden ermutigt viel selbstständig zu machen und auch bewusst von den Pflegefachpersonen so viel wie möglich gelobt. Ebenfalls werden sie auf den Austritt vorbereitet, indem sie z.B. zum Thema Erschöpfung sensibilisiert werden. Dazu werden sie 1–2 Wochen nach der Entlassung nochmals angerufen, um Fragen zu klären und sie zu ermutigen. Auch wird ihnen angeboten, sich jederzeit melden zu dürfen, falls Fragen oder Unklarheiten auftauchen sollten. Dieses Empowerment Programm zeigte, dass die Eltern über signifikant weniger Stress, Angst und Depressionssymptome berichteten. Das Programm erzielte zudem eine kürzere Aufenthaltsdauer um ca. 3.9 Tage.

In der Studie von Van der Pal et al., (2007) wird untersucht, wie die Unterstützung durch die Pflegefachpersonen wahrgenommen wird. Dies wird durch Fragebögen erfragt. Die

Ergebnisse schliessen daraufhin, dass es keinen signifikanten Unterschied, durch die wahrgenommene Unterstützung der Pflegefachfrauen, zwischen den beiden Gruppen gab.

Zelkowitz et al., (2008) überprüft die Hypothese, dass Mütter nach der Intervention weniger ängstlich sind und die posttraumatischen Belastungsstörungen minimiert werden. Dabei müssen die Eltern ihre eigene Angst einschätzen, des Weiteren verändern sie ihre Denkmuster und führen Entspannungsübungen durch. Jederzeit erhalten sie Konsultationen mit psychologischen Fachkräften oder Selbsthilfegruppen. Die Studie zeigte, dass die Angst reduziert werden konnte. Auch der Stress konnte durch die Interventionen abgebaut und die posttraumatische Belastungsstörung konnte vermindert werden.

In zwei weiteren Studien wurde überprüft, ob ein Empowerment – Ansatz und psychologische Interventionen den Stress der Eltern reduzieren kann. Die Eltern erhielten Besuche von Pflegefachpersonen nach Hause, wobei sie aufgeklärt und unterstützt wurden. Die Pflegefachleute gingen auch auf allfällige Fragen und Sorgen ein. Auch die Angst, Sorgen und Schuldgefühle werden in den Hausbesuchen angesprochen. Die Ergebnisse zeigten, dass Mütter in der Interventionsgruppe glücklicher eingeschätzt wurden. Jedoch berichteten Mütter der Interventionsgruppe über mehr Gefühle der sozialen Isolation. Es wurde festgestellt, dass sowohl Mütter und Väter signifikant niedrigere Stresswerte bei allen Gelegenheiten aufzeigten (Meijssen et al., 2010 & Turan & Ötzbek 2008).

4.2.4. Andere Interventionen

Es wurden zusätzliche Interventionen durchgeführt und überprüft, welche in den Ergebnissen der einbezogenen Studien nicht sehr ergiebig beschrieben sind. Daher werden sie in dieser Kategorie zusammengefasst;

In der Studie von Zellkowitz et al., (2008) wurde untersucht, was der Effekt von einer kurzen Skill-Based-Intervention auf Angst, Nervosität und Sorge bei Müttern mit extrem Frühgeborenen ist. Eine Intervention hierfür war ein Videofeedback. Die Eltern wurden zu Hause jeweils 10 Minuten gefilmt, worauf sie anschliessend den Film mit den geschulten Pflegefachfrauen angesehen und beurteilt haben. Anhand diesem Feedback leiteten die Pflegefachfrauen mit den Eltern neue Massnahmen ab. Die Studie konnte aufzeigen, dass die Angst und die posttraumatischen Belastungsstörungen bei Müttern vermindert werden konnte. Ferner konnte Stress abgebaut und die Mutter-Kind Interaktion konnte verbessert werden.

Die Hypothese, dass der Ansatz eines Programms und der Empowerment – Ansatz den Stress der Eltern von Frühgeborenen senken würde, wurde in Meijssen et al., (2010) untersucht. In dieser Studie bekamen die Eltern Unterstützung von Physiotherapeuten. Diese besuchten mit den ausgebildeten Pflegefachfrauen die Eltern 6 – 8 mal zu Hause. Dort werden sie aufgeklärt und zur richtigen Pflege, sowie Lagerung und in den Aktivitäten des täglichen Lebens geschult. Die Ergebnisse wiesen daraufhin, dass die Stärke-basierten Ansätze und das Programm Mütter in ihren Gefühlen unterstützen und sensibilisieren.

In Wielang et al., (2006) wurde untersucht, ob das NIDCAP Programm die Zufriedenheit der Eltern und die Qualität der Pflege fördert. Dort wurde das Verhalten der Säuglinge 3 Tage nach der Geburt beobachtet. Diese Beobachtungen wurden alle 7 bis 10 Tage wiederholt, solange das Kind auf der Station blieb. Die Beobachtungen wurden im Detail mit dem Profi und den Eltern diskutiert, woraufhin Empfehlungen aufgezeigt wurden. Im Ergebnis wurde aufgezeigt, dass die Eltern deutlich zufriedener waren. Die Eltern haben auch positive Rückmeldungen über die Güte der Pflegefachfrauen, sowie ihre Art der Kommunikation, Engagement, Interesse und Unterstützung abgegeben.

5. Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert und in Verbindung mit der Problembeschreibung und dem theoretischen Rahmen gebracht. Die Studien erhalten je nach wissenschaftlicher Qualität und Evidenz des Designs an mehr oder weniger Gewicht, was es ermöglicht, gewisse Ergebnisse zu relativieren und andere zu unterstützen. So können schlussendlich Interventionen mit der grössten Beweiskraft hervorgehoben werden. Die Diskussion der Studien ist der Darstellung der Ergebnisse identisch. Die Interventionen sind in der Diskussion in derselben Reihenfolge wie im vorherigen Kapitel aufgelistet. Zudem wird am Schluss dieses Kapitels auf die Stärken und Schwächen der Arbeit eingegangen.

5.1. Informationsvermittlung

Die Thematik Informationsvermittlung wurde von allen 15 Studien thematisiert (Melnik et al., 2008; Melnik et al., 2006; Browne & Talmi 2005; Turan et al., 2008; Schroeder & Pridham 2006; Zellkowitz et al., 2008; Shieh et al., 2010; Kaarsen et al., 2006; Van der Pal et al., 2007; Maquire et al., 2007; Glazebrook et al., 2006; meijssen et al., 2010; Wielenga et al., 2006; Preyde et al., 2003 & Jotzo et al., 2005). Bei den einbezogenen fünfzehn Studien handelt es sich um randomisiert kontrollierte oder andere experimentelle Studien, die sich innerhalb der Evidenzhierarchie auf oberster Stufe befinden (siehe Anhang A). Die einbezogenen Studien zeigen alle eine genügende Beweiskraft auf. Dies widerspiegelt sich bei der Bewertung dieser RCT's und Experimente bezüglich derer wissenschaftlichen Qualitäten, die bei allen genügend ausgefallen ist (siehe Anhang E). Alle der 15 Studien stellen eine präzise Fragestellung auf, so dass durch die Eingrenzung präzise Ergebnisse präsentiert werden. Alle in der Arbeit einbezogenen Studien wurden bezüglich deren Glaubwürdigkeit bewertet, so dass eine Gewichtung der Ergebnisse ersichtlich ist. In allen Interventionsstudien werden die Einschlusskriterien der Säuglinge, sowie der Müttern, erwähnt. Bei allen wird das Gestationsalter und das Geburtsgewicht eingegrenzt. Säuglinge mit Fehlbildungen, Anomalien, Infektionen und Behinderungen wurden ausgeschlossen. In Meissen et al., (2010); Zelkowitz et al., (2008); Kaarsen et al., (2006); Jotzo & Poets (2005) & Schroeder et al., (2006) wird auch die Sprache der Mütter eingegrenzt. In all den fünfzehn Studien sind die ethischen Standpunkte vertreten, dies zeigt die Vulnerabilität der Arbeit auf. Die Informationsvermittlung wird überall genau beschrieben, auch wie die Umsetzung erfolgt

und von wem sie durchgeführt wird, also in diesem Fall durch eine geschulte Pflegefachfrau. Da die Informationen meist nur aufgelistet werden, könnten sie noch mehr konkretisiert werden. Die Interventionsstudien sind hilfreich, um sich einen Überblick zu verschaffen. Indem die Thematik in allen fünfzehn Studien vorkommt, können die Ergebnisse innerhalb der Population verallgemeinert und übertragen werden.

Die Ergebnisse der Studien zeigen Massnahmen auf, mit welchen die Eltern von Pflegenden kompetent unterstützt werden können. Die Ergebnisse legen dar, dass die in der Problembeschreibung dargestellten Belastungen wie: Angst, Stress, Niedergeschlagenheit und Schuldgefühle durch die Informationsvermittlung minimiert werden konnte. Interventionen im Bereich der Informationsvermittlung scheinen eine gute und vor allem billige Massnahme zu sein. Bei guter Umsetzung erfordert dies jedoch Verständnis und Akzeptanz durch die Führungspositionen, da eine gute Informationsvermittlung viel Zeit in Anspruch nimmt und auch geschultes Pflegepersonal fordert.

Die Ergebnisse der Informationsvermittlung haben eindeutig gezeigt, dass die Eltern nach der Informationsvermittlung mehr Wissen, weniger Angst, mehr Selbstvertrauen erlangten und kompetenter waren. Daraus kann man schliessen, dass Informationsvermittlung eine signifikante Intervention ist. Die Informationsvermittlung fand schon beim Eintritt der Säuglinge statt und hörte dann meist nach dem Austritt auf. Nur bei Melnyk et al., (2008); Melnyk et al., (2006); Jotzo & Poets (2005); Zellkowitz et al., (2008); Shieh et al., (2010) & Meijssen et al., (2010) wurden die Eltern noch zu Hause begleitet und von Pflegefachpersonen mit Informationen beliefert. In Meijssen et al., (2010) wurde nach 12 Monaten eine Datenerhebung gemacht, welche beschrieb, dass die Eltern nach 12 Monaten wieder mehr Stresszeichen aufzeigten und Gefühle der Isolation auftauchten. Auch in Shieh et al., (2010) wurde festgestellt, dass es kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden untersuchten Gruppen bezüglich des Wissens der Mütter, einen Monat nach der Entlassung gab. Dies zeigt auf, dass die Kontinuität der Informationsvermittlung gewährleistet sein sollte, um die Wirksamkeit zu erhalten. Daher wäre es sinnvoll, eine längerfristige Lösung zu finden und evtl. mit der Mütter – Väter Beratung oder Kinderspitex weiter zusammenarbeiten.

Wie im theoretischen Kontext beschrieben, unterstützten die Pflegenden die Eltern auf kognitiver Ebene, durch Aufklärung, Informationen und Orientierungshilfen. Zudem stärken sie ihr Selbstwertgefühl und die soziale Identität durch Kommunikation und Wertschätzung. Ebenfalls vermitteln sie Adressen von sozialen Kontakten. Die Eltern durchlaufen während des Spitalaufenthaltes alle 4 Phasen der interpersonalen Beziehung nach Peplau. Dies zeigt

auf, dass es wichtig ist, dass die Pflegefachpersonen einerseits die Wichtigkeit der Phasen kennen, sie umsetzen und die Informationen angepasst abgeben können. Obwohl sie manchmal überlappen, muss jede der vier Phasen durchlaufen werden. Vor allem darf die Orientierungsphase nicht zu schnell durchlaufen werden, da diese am Anfang des stationären Aufenthaltes stattfindet und die Mütter insbesondere Orientierung brauchen. Das heisst, dass diese viele Informationen benötigen, die ihr helfen, sich in der Situation zu orientieren und Sicherheit zu erlangen. Auch beim Austritt ist es daher wichtig, dass man die Eltern über Nachsorgetelefonate informiert welches hilfreich und beruhigend für die Eltern sein kann. Im Hinblick zum Empowerment kann es nützlich sein, dass das Pflegepersonal eine aktivierende und mutmachende Beratung vornimmt. In der besonderen Situation brauchen die Eltern eine fachliche Unterstützung, Anleitung und Beratung. Welches, wie in den fünfzehn Studien gezeigt hat, den Stress und die Angst reduziert, sowie das Wissen der Eltern erweitert.

Um diese optimale Informationsvermittlung zu verwirklichen, braucht dies einerseits eine Bereitstellung von genügend Personal, damit das Pflegepersonal eine vollumfängliche Pflege durchführen kann. Mit genügend Mitarbeitern würde mehr Zeit bestehen, welches den Pflegenden ermöglicht, nach den Bedürfnissen der Eltern zu agieren. Doch diese Massnahme scheint nicht sehr realistisch durch den Spardruck der überall anzutreffen ist, welcher nicht erlaubt mehr Stellen zu besetzen. Ein Vorteil liegt in der Anpassung des Tagesablaufs, welcher ohne zusätzliches Personal erfolgen kann. Das bedeutet, dass meist die Zeiten der Medikamentenabgaben vorgegeben sind. Somit besteht die Möglichkeit, die restliche Zeit gut einzuteilen und zu nutzen. Denn eine gut vorbereitete Informationsvermittlung kann auch während der Pflege passieren. Um gut geschultes Pflegepersonal zu erhalten, braucht ein Betrieb für alle Pflegepersonen genügend Bildungsmöglichkeiten. Eine neonatologische Station existiert meist in einem einzigen Raum oder in mehreren kleinen, wo sich die Eltern nirgends zurückziehen können. Demzufolge ist ein wichtiger Aspekt das Bereitstellen von Unterstützungsmöglichkeiten und Raum für den Austausch durch die Pflegefachfrau und Eltern, auf welche die Eltern zurückgreifen können, wenn sie sich belastet fühlen oder schwierige Situationen erleben.

5.2. Umgang mit Frühgeborenen

Bei der systematischen Literatursuche ist die Verfasserin insgesamt auf zehn Studien gestossen, die Interventionen im Umgang mit Frühgeborenen untersucht haben (Melnik et al., 2008; Melnik et al., 2006; Turan et al., 2008; Schroeder & Pridham 2006; Van der Pal et al., 2007; Glazebrook et al., 2006; Meijssen et al., 2010; Shieh et al., 2010; Kaaresen et al., 2006 & Wielenga et al., 2006). Acht dieser Studien sind randomisiert kontrollierte Studien (Melnik et al., 2008; Melnik et al., 2006; Turan et al., 2008; Glazebrook et al., 2006; Meijssen et al., 2010; Shieh et al., 2010; Kaaresen et al., 2006 & Wielenga et al., 2006) und bei zweien handelt es sich um Experimente (Van der Pal et al., 2007 & Schroeder & Pridham 2006). Die Beurteilung der Interventionsstudien zeigte signifikante Ergebnisse auf (siehe Anhang E). Alle der zehn Studien sind auf der obersten Stufe der Hierarchie der Forschungsevidenz einzugliedern, was ein gut methodologisches Vorgehen darstellt (siehe Anhang A).

Ein Mangel jedoch stellt teilweise die kleine Stichprobenauswahl dar, dies ermöglicht nur bedingt glaubwürdige Ergebnisse zu präsentieren. Dies zeigt sich vor allem in den Studien von Wielenga et al., (2006) mit einer Stichprobe von $n=43$ und bei Turan et al., (2006) mit einer Stichprobe von $n= 36$ Mütter mit ihren Frühgeborenen. Hingegen bei der Bewertung der wissenschaftlichen Qualität konnte jede der zehn Studien eine genügende Punktezahl nachweisen. Bei jeder der Interventionsstudien werden ethische Standpunkte eingenommen. In allen der 10 Interventionsstudien wird eine präzise Fragestellung formuliert und das methodische Vorgehen wurde genau beschrieben. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass die Intervention präzise organisiert wurde. Dies zeigt eine gute wissenschaftliche Qualität auf. Zudem wurden alle neun Studien in Industrieländern durchgeführt, wo eine ähnliche Umgebung wie in der Schweiz besteht. Dies zeigt auf, dass die Interventionen gut umsetzbar sind. Nur die Studie von Turan et al., (2008) wurde in der Türkei durchgeführt, die Ergebnisse können trotzdem verallgemeinert werden, da ein signifikanter Effekt nachgewiesen wurde.

Die Ergebnisse dieser eingezogenen Studien zeigen auf, dass die Sicherheit der Eltern im Umgang mit ihren Frühgeborenen erhöht werden kann, die Eltern weniger Angst haben und sie mehr Kompetenzen im Umgang mit Frühgeborenen erlangen.

Wie bereits in der Problematik beschrieben, ist der Umgang der Eltern mit ihren Frühgeborenen schwierig zu gestalten. Für die Pflegepersonen ist es eine grosse

Herausforderung ist, die Eltern im Umgang mit den extrem Frühgeborenen zu sensibilisieren. Viele wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass das Ansehen der Frühgeborenen den Eltern Angst bereitet und sie dadurch im Umgang sehr unsicher sind. Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen diese Annahme und zeigen Interventionen auf, welche die Angst reduziert und wie Sicherheit im Umgang erlangt werden kann. Den Ergebnissen kann man entziehen, dass der Umgang mit extrem Frühgeborenen eine komplexe Pflege aufweist. Dies kann so verstanden werden, dass die Pflege von extrem Frühgeborenen von Pflegepersonen mehr erfordert, als termingerechte Säuglinge, welches mehr Wissen und Fähigkeiten seitens der Pflege verlangt. Die Pflege wird dadurch aufwändiger und intensiver. Die Frühgeborenen müssen engmaschig überwacht und versorgt werden, dabei sollte das Minimalhandling nicht vergessen gehen, da die extrem Frühgeborenen möglichst viel Ruhe brauchen. Eine gute Anleitung der Eltern im Umgang mit den Frühgeborenen kann den Pflegenden etwas Spielraum verschaffen. Die signifikanten Ergebnisse der Anleitung von Eltern im Umgang mit Frühgeborenen zeigten auf, dass die Sicherheit der Eltern zunimmt. Indem die Eltern in allen Aktivitäten des täglichen Lebens angeleitet werden, erlangen sie einen kompetenten Umgang mit ihren Frühgeborenen.

In Verbindung mit dem Pflegemodell nach Peplau werden die Eltern in jeder Phase angeleitet. Der Umgang mit den Frühgeborenen wird ihnen in jeder der 4 Phasen aufgezeigt. Das Ziel ist es, dass die Eltern bei der Ablösungsphase möglichst selbstständig die Pflege durchführen und somit auch sicher im Umgang mit ihren Frühgeborenen sind. Dies verdeutlicht nochmals die Wichtigkeit des schnellstmöglichen Intervenierens in der Orientierungsphase, um den Eltern die Ängste zu nehmen um mit einem sicheren Gefühl nach Hause gehen zu können. Auch die Identifikationsphase spielt eine wichtige Rolle, da die Eltern im Umgang mit den Frühgeborenen Vertrauen gewinnen, sich folglich sicherer fühlen und ihrer Probleme und Belastungen bewusst werden, welches in den Ergebnissen der Studien belegt wird.

Im Hinblick auf das Empowerment – Konzept verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Eltern, durch Anleitung im Umgang mit ihren Frühgeborenen von Pflegefachpersonen, in ihrer Autonomie gestärkt werden. In Melnyk et al., (2006) wurde ein Empowerment Programm in seiner Wirksamkeit überprüft. Das Empowerment Programm verbesserte die Sicherheit der Eltern und ihre Selbstbemächtigung wurde gestärkt. Die Eltern wurden in Entscheidungen mit einbezogen und aufgefordert, soviel wie möglich selbst an Pflege durchzuführen. Die Pflegenden haben einen Rahmen geschaffen, damit die Eltern für sie den richtigen Weg entwickeln konnten und ihnen nicht im Gegenteil den Weg aufgezeigt. Diese Massnahmen

sind in der Pflege gut durchführbar. Jedoch braucht es Empowerment spezifische Bildungsprogramme, in dem Fachwissen und Fähigkeiten im Umgang mit ihnen angeeignet werden können. So kann mit der Komplexität einer Situation besser umgegangen werden und die Eltern fühlen sich verstanden und kompetent betreut. Die Studie konnte zudem eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer aufzeigen, was zu einer Kostenminderung führt. Daraus kann man schliessen, dass kompetente und geschulte Pflegefachfrauen dazu beitragen können an Kosten zu sparen.

5.3. Mutter–Kind Interaktion

Verschiedene Studien untersuchten Interventionen und deren Einfluss auf die Eltern mit Frühgeborenen. In sechs Studien wurde die Mutter–Kind Interaktion überprüft (Browne & Talmi 2005; Melnyk et al., 2006; Turan et al., 2008; Kaarensen et al., 2006; Schroeder et al., 2006 & Shieh et al., 2010). Fünf (Browne & Talmi 2005; Melnyk et al., 2006; Turan et al., 2008; Kaarensen et al., 2006 & Shieh et al., 2010) der sechs Studien sind RCT's. Nur Schroeder & Pridham (2006) weist ein experimentelles Design auf. RCT's und Experimente befinden sich an oberster Stufe der Forschungsevidenz–Hierarchie (siehe Anhang A). Der Vergleich der fünf RCT's mit der Experiment Studie Schroeder & Pridham (2006), zeigt auf, dass die Ergebnisse von ersteren ein wenig stärker gewichtet werden können. Die fünf Studien haben im Vergleich zu der Schroeder & Pridham (2006) mehr Evidenz (siehe Anhang A) und sind wegen der guten wissenschaftlichen Qualität beweiskräftig (siehe Anhang E).

Die Studie von Schroeder & Pridham (2006) hat eine sehr geringe Stichprobenzahl (n=16), die nicht unbedingt verallgemeinert werden kann. Die Studie legt zwar die Notwendigkeit der Pflegeinterventionen für Mütter dar und was sie bewirken, jedoch weist die minime Stichprobenzahl auf ein Qualitätsmangel hin. Die Mütter wurden während 6 Wochen, je einmal pro Woche, beobachtet und bewertet. Um die Kontinuität zu gewährleisten, mussten die Eltern langfristig beurteilt werden, was auch auf einen Mangel zurückführt. Die RCT Studie von Melnyk et al., (2006) kann auf Grund der ausführlichen Datenerhebung und der adäquaten Auswertung dieser Daten gute Qualitätskriterien vorweisen, daher erhält diese in der Beurteilung auch 13.5 Punkte (siehe Anhang E). Ausserdem wurden alle fünf RCT's Studien mit Literatur untermauert, was die Glaubwürdigkeit der Studie bestätigt. In den Studien ist immer ersichtlich, welche Berufsgruppe diese Interventionen durchführen. In allen

einbezogenen Studien ist für die Durchführung von den Interventionen eine geschulte Pflegefachperson involviert, die das nötige Wissen hat.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mutter–Kind Interaktion durch Interventionen von Pflegenden gefördert werden kann, welches den Beziehungsaufbau verbessert. Im Problembeschrieb wird dargestellt, dass die Mutter–Kind Interaktion bei extrem Frühgeborenen anfangs erschwert ist, da die Mutter mit Angst und Schuldgefühlen zu kämpfen hat. Das aversive Aussehen und die Lebensgefährdung des Frühgeborenen löst in der Mutter aggressive Impulse aus, dadurch müssen Pflegefachpersonen zuerst die Gefühle sensibilisieren, um dann die Mutter–Kind Interaktion fördern zu können. Die aufgeführten Interventionen in den oben beschriebenen Ergebnissen konnten die Interaktion verbessern, den Beziehungsaufbau fördern und die Verhaltensweisen der Mütter verändern. Fast immer wurde jedoch nur die Mutter–Kind Interaktion gefördert, da erfahrungsgemäss die Mütter anwesend waren. Allerdings ist wie im Problembeschrieb dargestellt, dass die Väter vorwiegend vergessen werden, obwohl es von Nutzen wäre, sie möglichst viel einzubeziehen und ihnen genauso viel Aufmerksamkeit wie den Müttern zu widmen. Die informelle Diskussion und die Verhaltensbeobachtung sollte also bestmöglich bei Müttern und Vätern durchgeführt werden.

Die Ergebnisse in Bezug auf das Pflegemodell Peplau weisen daraufhin, dass die Interaktion von Anfang an da ist, die Interaktion wird jedoch im Lauf dieser Phasen gestärkt und verändert. In der Identifikationsphase ist die Mutter–Kind Interaktion am Intensivsten. In der Phase geht es um die Vertiefung der Beziehung zwischen den Eltern und Pflegekräften und der Eltern–Kind Beziehung. Das Modell unterstreicht die Ergebnisse, da Peplau sagt, dass es wichtig ist, auf die Äusserungen und das Verhalten der Eltern zu achten, damit die Pflegenden das Denken und Fühlen besser verstehen und darauf eingehen können.

Empowerment braucht Zeit, dies wird auch in den Ergebnissen aufgezeigt. Denn die Eltern werden noch zu Hause, durch eine professionelle Unterstützung, von Pflegenden in der Interaktion mit den Säuglingen unterstützt. Wie im Empowerment Konzept beschrieben, sind stabile und zugewandte Eltern ein wichtiger Faktor, um den Entwicklungsprozess des Frühgeborenen zu fördern. Shieh et al., (2010) beweist diese Theorie, die Studie zeigte, dass sich das mütterliche Vertrauen auf das Wachstum der Körpergrösse des Frühgeborenen auswirkt. Dies müsste jedoch langfristig geprüft werden. Aber somit kann entnommen werden, dass das Fördern der Mutter–Kind Interaktion nicht nur Einfluss auf die Eltern hat, sondern auch auf das Frühgeborene.

5.4. psychologische Unterstützung

Die psychologische Unterstützung der Eltern und deren Wirkung wurde von zehn Interventionsstudien (Melnik et al., 2008; Browne & Talmi 2005; Preyde & Ardal, 2003; Jotzo & Poets 2005; Turan et al., 2008; Melnik et al., 2006; Zelkowitz et al., 2008; Van der Pal et al., 2007; Meijssen et al., 2010 & Turan & Ötzbek 2008) aufgezeigt. Die Ergebnisse aller Studien in Bezug zu dieser Thematik weisen darauf hin, dass die psychologische Unterstützung wichtig ist, um den Stress und die Angst der Eltern zu minimieren und auch posttraumatische Belastungsstörungen, sowie Depressionen zu senken. Die Interventionsstudien zeigen anhand der hohen Stufe in der Hierarchie der Forschungsevidenz (siehe Anhang A) und der Punktezahl der Beurteilung der Interventionsstudie (siehe Anhang E) eine hohe Evidenz auf. Sieben Studien sind RCT's (Melnik et al., 2008; Browne & Talmi 2005; Turan et al., 2008; Melnik et al., 2006; Zelkowitz et al., 2008; Meijssen et al., 2010 & Turan & Ötzbek 2008) und drei (Van der Pal et al., 2007; Preyde & Ardal, 2003; Jotzo & Poets 2005) davon sind Experimente. Die RCT's und die Experimente befinden sich in Bezug auf die Evidenzhierarchie auf gleicher Ebene (siehe Anhang E).

Die Tatsache, dass die Verfasser dieser Studien die Ethikkommission eingeschaltet haben, bildet ein Qualitätsmerkmal der Arbeit. Die wissenschaftliche Qualität der Studien wurde als genügend eingestuft (siehe Anhang E). Ein Qualitätsmangel aller Studien ist, dass die Ergebnisse der Studien nichts über mögliche Langzeiteffekte der Interventionen aussagen, die Daten wurden höchstens bis zu 7 Monaten (Jotzo & Poets 2005) ausgewertet. Aus der Analyse aller Studien wird ersichtlich, welche Berufsgruppe Ansätze zur psychischen Unterstützung der Eltern umsetzen. Die Ergebnisse von Jotzo & Poets (2005), Preyde & Ardal (2003), Schreoder & Pridham (2006) & Turan et al., (2008) haben weniger Aussagekraft, da die Stichprobengröße zwischen $n=16$ und $n=36$ liegt. Daher weisen die drei Studien eine schlechtere wissenschaftliche Qualität auf (siehe Anhang E). Bei Preyde & Ardal (2003) sind zudem die Forscher nicht verblindet, welches auch ein Qualitätsmangel aufweist. Da die Studie ein Quasi – experimentelles Design aufweist, wird die Validität der Studie in Frage gestellt.

Die Interventionen: Selbsthilfegruppen, telefonische Unterstützung, Eltern Gruppentreffen, Entspannung, Beruhigung, Einbezug der Angehörigen, Rekonstruktion der Ereignisse, Seelsorge, konnten bei den Eltern weniger Stress, Angst, Depressionen, psychische Traumatisierung und posttraumatische Belastungsstörungen erzielen. Zudem wurden die

Eltern glücklicher und stärker eingeschätzt. Dies zeigt auf, dass die drei Gefühlsempfindungen (Angst, Niedergeschlagenheit & Schuldgefühle) wie im Problembeschrieb dargestellt, durch die angewendeten Interventionen signifikant gesenkt werden konnten.

In Bezug zur Unterstützung, welche im theoretischen Rahmen erläutert wird, ist ersichtlich, dass die Pflegefachpersonen in den jeweils einzelnen Bereichen die Eltern unterstützen. Diese Bereiche werden durch die Ergebnisse der einbezogenen Studien bestätigt.

Im Hinblick auf das Modell nach Peplau, kann man erkennen, dass die psychologische Unterstützung möglichst früh einbezogen werden sollte. Die Ergebnisse der Studien bestätigen, dass ein frühes Einschreiten von Unterstützung sich positiv auf die Eltern und das Kind auswirkt. Auch ist es wichtig, die Eltern in der Ablösungsphase richtig zu unterstützen, indem man sie noch weiterhin betreut oder man die Eltern an neue soziale Kontakte vermittelt.

Die psychologische Unterstützung im Bezug auf das Empowerment Konzept zeigt auf, dass sich die Eltern durch eine psychologische kompetente Unterstützung stärker fühlen und Entscheidungen eigenständiger treffen können. Die Ergebnisse beweisen somit die Theorie des Empowerments-Konzepts.

5.5. Andere Interventionen

In drei Interventionsstudien wurden andere Interventionen thematisiert (Zellkowitz et al., 2008 Meijssen et al., 2010 & Wielang et al., 2006). In Bezug auf die Evidenzhierarchie nehmen die Literaturübersichten zwar eine gute Stufe ein, trotzdem können nicht alle dieser Studien gewichtet werden. Die Studien von Wielang et al., (2006) & Meijssen et al., (2010) haben die stärkere Beweiskraft, denn sie weisen 12.5 Punkte von möglichen 14 Punkten die bessere wissenschaftliche Qualität auf (siehe Anhang E). Man kann davon ausgehen, dass bei beiden systematisch vorgegangen wurde, wie in der Methode genau beschrieben wurde. Zellkowitz et al., (2008) kommt in der kritischen Beurteilung nur auf 10.5 Punkte. Die Resultate wurden nicht ersichtlich dargestellt, da nur eine Statistik aufgezeigt wurde. Daher können die Resultate wegen der geringen wissenschaftlichen Qualität nur gering gewichtet werden. Zudem wurden in dieser Studie die Väter nicht einbezogen, was auf einen Mangel hinweist, da die Verfasserin Interventionen für beide Elternteile aufzeigen möchte.

Die Ergebnisse der Studien zeigen auf, dass die Eltern durch Videofeedback, Unterstützung durch Physiotherapeuten und durch das Einschätzen des Verhaltens ihrer Frühgeborenen die Angst und posttraumatischen Belastungsstörungen vermindern wurde. Wie schon im Problembeschrieb angedeutet, sind die Eltern mit Frühgeborenen meist mit langfristigen Komplikationen betroffen, daher ist es wichtig den Eltern die Möglichkeit anzubieten, auch noch zu Hause weiter betreut zu werden. Diese Massnahmen wurden in den Studien untersucht und bestätigt. Die Eltern gaben positive Rückmeldungen und waren zufriedener.

In Bezug auf das Modell von Peplau werden die Interventionen erst nach der Ablösungsphase durchgeführt, wobei auch schon während des Spitalaufenthaltes darauf eingegangen wird. Wie die Ergebnisse der Studien zeigten, ist es wichtig, dass die Eltern langfristig durch professionelle Hilfe betreut werden.

Meijssen et al., (2010) belegt, dass ein Empowerment–Ansatz den Stress von Eltern senkt. Wie im Konzept beschrieben, stehen die individuellen Stärken und Potenziale im Mittelpunkt. Es geht um eine aktivierende und mutmachende Beratung. Die Ergebnisse der Studien belegen, dass die Stärke–basierten Ansätze des Empowerments die Mütter in ihren Gefühlen unterstützen und sensibilisieren.

5.6. Stärken und Schwächen der Arbeit

Stärken:

Die Verfasserin folgte für die Erstellung der Arbeit dem vorgeschlagenen Vorgang in Polit et al. (2004). Die Durchführung der Literaturrecherche wird im Suchprotokoll (siehe Anhang B) klar beschrieben. Aus diesem Grund sollte die Literaturrecherche wiederholbar sein und dieselben oder ähnliche Ergebnisse hervorbringen. Dies soll eine gute Validität und Reliabilität gewährleisten.

Die Thematik ist mit den wachsenden Zahlen der Frühgeburten in vielen Ländern für die Pflege aktuell. Eltern von Frühgeborenen haben spezifische Bedürfnisse, was für die Pflege dieser Bevölkerung eine bedeutende Herausforderung bietet.

Die einbezogenen Studien wurden zwischen 2003 und 2010 publiziert, also in den letzten neun Jahren, was die Aktualität der Ergebnisse garantiert. Diese Literaturübersicht deutet jedoch auf eine Lücke in der Forschung, was die Väter der Frühgeborenen anbetrifft.

Die Fragestellung konnte beantwortet und die Ziele erreicht werden. Interventionen wurden durchgeführt und untersucht.

In die systematische Literaturübersicht konnten 15 Studien einbezogen werden, was eine genügende Anzahl ist. Zukünftige Studien könnten zusätzliche Massnahmen integrieren.

Die Qualitäten der Studien sind alle ausreichend. Durch die mehrmaligen Entdeckungen gleicher Ergebnisse bestätigen sich diese gegenseitig, was die Aussagekraft und der Einbezug dieser Studien erlaubt. Zusätzlich sichert es die Verallgemeinerungen der Ergebnisse.

Die Studien sind alle im quantitativen Design, was eine grössere Qualität bietet. Alle einbezogenen 15 Studien befinden sich auf höchster Stufe der Hierarchie der Forschungsevidenz.

Schwächen:

Die Autorin kann nicht mit Sicherheit bestätigen, dass alle möglichen Publikationen erfasst wurden, da eine Studie, nicht mit der durchgeführten Suchstrategie identifiziert wurde (die Verfasserin stiess durch eine Pflegeexpertin auf diese Studie). Um diese Lücke zu decken,

hätte eine neue Suche gestartet werden müssen mit anderen Suchbegriffen und Kombinationen. Dies hätte aber den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

Die Studien wurden nur durch die Autorin der Arbeit ausgewählt und beurteilt, welches nur eine Sichtweise ermöglicht. Dasselbe gilt für die Kategorienbildung der Ergebnisse.

Es wurden nur 15 Studien zusammengetragen. Eine grössere Anzahl an Studien würde die Repräsentativität der Arbeit erhöhen. Die Aussagekraft der Ergebnisse wird dadurch minimiert.

Eine Grenze der Arbeit befindet sich in der unterschiedlichen Herkunft der Studien. Wie zuvor erwähnt gibt es bedeutungsvolle Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen den Industrieländern, welche die Vergleichbarkeit der Ergebnisse beeinträchtigen.

Die Muttersprache der Verfasserin ist deutsch und es konnten nur englischsprachige Artikel einbezogen werden. Daher ist eine Garantie für fehlerfreie Übersetzung und bester Qualität nicht möglich.

6. Schlussfolgerung

Diese Arbeit verfolgte das Ziel, anhand der Ergebnisse der aufgezählten Literatur Interventionen zur Unterstützung von Eltern mit Frühgeborenen zu identifizieren und Kategorien von Bedürfnissen zu bilden.

6.1. Beantwortung der Fragestellung

Die zu beantwortete Fragestellung lautete: „Mit welchen Pflegeinterventionen können Eltern von extrem Frühgeborenen unterstützt werden?“

Bereits zu Beginn der Arbeit wird die Wichtigkeit des Empowerments für die Pflege von Eltern mit Frühgeborenen betont. Die Literaturrecherche hat diesbezüglich Studien hervorgebracht, deren Ergebnisse aufgrund ausreichender Beweiskraft verallgemeinert werden konnten. Die Verfasserin der vorliegenden Arbeit konnte feststellen, dass viele der präsentierten Interventionen Empowerment-Ansätze beinhalten, diese jedoch nicht so benannt werden.

Die Pflege von Eltern mit Frühgeborenen spielt sich auch im Rahmen der Pflegepersonen–Elternbeziehung ab. Qualifizierte Pflege zu gewährleisten ist eine Sache der Kompetenz und wie die therapeutische Beziehung gestaltet wird. Das Endziel der Beziehung ist, den Patienten in die letzte Phase der Interaktion zu begleiten. Bei der Pflege von Eltern mit Frühgeborenen scheinen alle verschiedenen Phasen der Eltern–Pflegekraft Beziehung von Bedeutung zu sein. Dies wird zwar in den Ergebnissen nicht genau so benannt, jedoch konnten vor allem die Interventionen von der Mutter–Kind Interaktion die Aussagen bekräftigen (Browne & Talmi 2005; Melnyk et al., 2006; Turan et al., 2008; Kaarensen et al., 2006; Schreoder et al., 2006 & Shieh et al., 2010). Die Resultate können verallgemeinert werden, da diese Studien keine Mängel aufweisen, welche die Beweiskraft in Frage stellen. Daher geht die Autorin davon aus, dass die Eltern–Pflegekraft Beziehung den Beziehungsaufbau von Eltern mit ihren Frühgeborenen fördert. Diese Annahme wird vor allem durch die Ergebnisse der Studie von Jotzo und Poets (2005) unterstützt.

Mit Hilfe von fünfzehn Studien konnte die Fragestellung beantwortet werden. Es konnten vier Hauptfaktoren identifiziert werden, welche unter sich zum Teil viele Interventionen beinhalten.

Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, dass die Pflegenden den Eltern möglichst sofort, praktische und mit viel Zuwendung, wissenschaftlich fundierte Pflege erbringen müssen, welches eine Herausforderung aufweist.

Die Informationsvermittlung wurde in allen Studien untersucht und als signifikant bewertet. Durch die vermittelten Informationen anhand von Broschüren, CD's, Videoaufnahmen und Folien erlangten die Eltern bzgl. ihrer Frühgeborenen mehr Wissen, hatten weniger Angst und wurden kompetenter.

Eine weitere Intervention, um die Eltern von Frühgeborenen wirksam zu unterstützen, scheint die Eltern im Umgang mit ihren Frühgeborenen zu fördern. Die Unterstützung der Pflegenden im Umgang mit den Frühgeborenen zeigte, dass die Eltern mehr Sicherheit erlangten, weniger Angst hatten und mehr Kompetenzen im Umgang erzielten, welches die Sicherheit erhöhte.

Die Eltern wurden mittels verschiedenen Massnahmen wie: Lagerung, Griffe zum Halten, Wickeln, Ankleiden, Massagen, Känguru, Baden etc. angeleitet. Die Anleitung der Pflege im Umgang mit den Frühgeborenen wurde in 10 Studien untersucht und die Ergebnisse zeigten eine Signifikanz der Untersuchung auf.

Die Förderung der Mutter – Kind Interaktion konnte in sieben Studien bestätigt werden. Mit Hilfe der Beobachtung vom Verhalten der Eltern durch Experten, konnte festgestellt werden, dass der Beziehungsaufbau, sowie die Interaktion verbessert werden konnte.

Auch die psychologische Unterstützung kann als erfolgsversprechend angesehen werden, da die zehn beweiskräftigen Studien positive, stress- und angstreduzierende, sowie verminderte posttraumatische Belastungsstörungen und Depressionen, Effekte aufgewiesen haben. Die Interventionen Entspannung, telefonische Unterstützung, Eltern Gruppentreffen, Einbezug der Angehörigen, Rekonstruktion der Ereignisse sowie Selbsthilfegruppen konnten anhand der zehn Studien bestätigt werden.

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass auch kurzfristige Interventionen positive Auswirkungen auf die Säuglinge sowie die Mütter mit erhöhter Belastung aufzeigen. Zudem konnten die Ergebnisse bestätigen, dass die Kombination der frühen Krisenintervention, psychologische Hilfe der Mütter auf der Intensivstation und intensive Unterstützung in kritischen Zeiten, Symptome der Traumatisierung im Zusammenhang mit Frühgeburten reduziert.

Im folgenden Paragraph folgt nun die Empfehlung, wie die dargelegten Ergebnisse in die Praxis implementiert werden können.

6.2. Empfehlungen für die Implementierung in die Pflegepraxis

Die Verfasserin empfiehlt für die Praxis, aufgrund ihres aktuellen Wissenstandes, pflegerische Massnahmen, welche auf den Studien der vorliegenden Arbeit basieren. Aufgrund der hohen Beweiskraft einer systematischen Literaturübersicht, empfiehlt die Autorin die folgenden vier Massnahmen: Informationsvermittlung, Umgang mit Frühgeborenen, Mutter–Kind Interaktion und psychische Unterstützung, welche die Pflegenden durchführen können, um die Eltern professionell zu unterstützen.

Zur Implementierung der Ergebnisse aus der Literaturübersicht in die Praxis muss für die Pflegenden die Möglichkeit geschaffen werden, Zugriff zu diesem Wissen zu erhalten. Dazu empfiehlt die Verfasserin, die Implementierung des Wissens anhand der sechs Schritte nach Evidence–Based Nursing (EBN) durchzuführen. Diese sechs Schritte beeinflussen sich gegenseitig und sind anhand eines Modells dargestellt, welches im Anhang G ersichtlich ist. Die ersten vier Schritte des Modells, die Aufgabenklärung, Fragestellung, Literaturrecherche und kritische Beurteilung der Literatur wurden durch die Verfasserin durchgeführt. In Zusammenarbeit mit einer Abteilung eines Spitals werden die gefundenen Ergebnisse im fünften Schritt (Implementierung und Adaptation) implementiert. Vorzugsweise wird ein Spital gewählt, welches eine neonatale Intensivstation besitzt. Um die erarbeiteten Erkenntnisse den Pflegenden näher zu bringen, empfiehlt die Verfasserin eine Fort– und Weiterbildung zu dieser Thematik durchzuführen. Die vorliegende systematische Literaturübersicht bietet dazu folgende Inhalte:

- Wissen bezüglich extrem Frühgeborene
- Wissen bezüglich Belastungen und Bedürfnisse der Eltern
- Kompetenzen der Pflegenden
 - Umgang mit den extrem Frühgeborenen
 - Anleitung der Eltern
- Informationsvermittlung: Arten und Inhalt
- Förderung und Beobachtung der Mutter – Kind Interaktion
- Psychische Unterstützung der Eltern

Nach der Durchführung der Fort– und Weiterbildung, müssen die angewandten Interventionen nach einer gewissen Zeit evaluiert werden (z.B. anhand von Fragebögen, Interviews, usw.), um die Effektivität der Fort– und Weiterbildung zu messen (Schaffer et al.,

2006). Nach der Auswertung kann festgestellt werden, ob die gefundenen Ergebnisse relevant für die Pflegepraxis sind. Dies wurde in Wielang et al., (2006) bereits durchgeführt, welche eine Qualitätsverbesserung bestätigte. Die gewonnenen Erkenntnisse dieser Literaturrecherche haben Auswirkungen auf die Eltern gezeigt. Mit Hilfe der Empfehlungen können Guidelines mit evidenzbasierten Interventionen entwickelt werden, um die Eltern zu unterstützen. Die Unterstützung der Eltern anhand der Guidelines setzt das Wissen der Fachpersonen bezüglich der Interventionen (Informationsvermittlung, Umgang mit Frühgeborenen, Mutter – Kind Interaktion & psychologische Unterstützung) voraus. Weiter ist es wichtig zusätzliche Interventionen auszuwerten, um festzustellen, ob die gefundenen Ergebnisse relevant für die Pflegepraxis sind. Falls die Interventionen einen positiven Ausgang beschreiben, empfiehlt die Autorin, diese Fort- oder Weiterbildungen in weiteren Spitälern durchzuführen, damit Anpassungen erarbeitet werden können und die Qualität verbessert werden kann.

Da es der Verfasserin als wichtig erscheint, dass die Unterstützungsmassnahmen bei Eltern mit Frühgeborenen umgesetzt werden können, empfiehlt es sich, Richtlinien zu erstellen. Die Gefahr durch das Erstellen von Richtlinien ist jedoch, dass das persönliche Handeln der Pflegenden nicht hinterfragt wird. Deswegen ist es sinnvoll, dass die Richtlinien den Schwerpunkt auf die möglich verschiedenen Unterstützungsmassnahmen setzen, damit man sie den individuellen Bedürfnissen der Eltern jeweils anpassen kann. Falls die Interventionen keine positiven Auswirkungen auf die Eltern zeigen, muss die Autorin eine erneute systematische Literaturrecherche durchführen, um weiteres Wissen bezüglich der Thematik aufzuzeigen (Schaffer et al., 2006).

6.3. Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten

Die momentan veröffentlichten Forschungsartikel der vorgelegten Problematik sind vorhanden. Jedoch weisen viele nur eine kleine Stichprobe auf, weshalb die Aussagekraft der Ergebnisse nicht optimal ist. Aufgrund dessen sind zukünftig Studien nötig, welche eine grössere Stichprobe erfassen, die sowie die bisher gefunden Studien randomisiert kontrolliert zusammengestellt sind. Denn so konnten die bis anhin vorgeschlagenen Pfleginterventionen durch eine Interventions- und Kontrollgruppe getestet und aussagekräftige Resultate erlangt werden. Die klaren wissenschaftlich basierenden Massnahmen helfen den Pflegenden, Eltern mit Frühgeborenen kompetent zu unterstützen. Da sich die Interventionen teilweise nicht

langfristig bewährt haben, ist der Bedarf an weiteren Forschungen angebracht, die den langfristigen Nutzen untersuchen. Daher müssten weitere Studien durchgeführt werden, in denen man die Eltern langfristig begleitet und unterstützt, da nur dadurch die Kontinuität gewährleistet werden kann und man so die langfristige Wirkung aufzeigen kann. Damit später ein Betrieb die Interventionen und Veränderungen durchführen kann, brauchen die Führungskräfte Ergebnisse, mit welchen sie Standards und Richtlinien erarbeiten können.

7. Lernprozess

In diesem Kapitel schildert die Autorin ihre persönlichen Weiterentwicklungen, die sie durch die Fertigung der systematischen Literaturübersicht durchlebt hat. Das Verfassen dieser systematischen Literaturübersicht war ein erster Schritt in die Forschungswelt.

7.1. Lernprozess zur Thematik

Die Autorin verfügte vor dem Erstellen der systematischen Literaturübersicht über ein mässiges Grundwissen zu extrem Frühgeborenen. Durch praktische Erfahrungen konnte die Verfasserin Beobachtungen machen bzgl. Belastungen bei Eltern mit Frühgeborenen. Dies führte zum grossen Interesse dieser Thematik. Mittels der Erstellung einer systematischen Literaturübersicht konnte sich die Autorin damit beschäftigen und erhielt Interventionen zur Unterstützung von Eltern mit Frühgeborenen. Da die Autorin lediglich über ein Grundwissen zu extrem Frühgeborenen verfügte, musste sie sich ausgiebig in die Thematik einlesen. Dabei wurde ihr erst die Komplexität des Krankheitsbildes bewusst, weshalb sie die Bearbeitung dieses Themas als besondere Herausforderung empfand.

Alles in Allem profitierte die Verfasserin stark für ihre zukünftige Arbeit in einer Pädiatrie. Sie ist sich nun über die Bedeutung der Belastungen mehr denn je bewusst und verfügt über genügend Wissen, um andere Pflegende in Bezug auf diese Thematik zu sensibilisieren. Weiter lernte die Verfasserin neue Interventionen kennen und vermag nun über mehr Kompetenzen in der Betreuung von Eltern mit Frühgeborenen. Die Autorin hat durch diese Arbeit eine Grundlage für die weitere Zukunft erhalten.

Zusammengefasst gesagt erhielt die Autorin die Bestätigung, dass die Pflege von Eltern mit extrem Frühgeborenen schwierig ist, da nicht nur das Frühgeborene gepflegt wird sondern die ganze Familie.

7.2. Lernprozess zur Forschung und zum methodologischen Vorgehen

Die Autorin arbeitete vor Beginn dieser Arbeit bereits mit wissenschaftlichen Artikeln und erhielt Grundkenntnisse aus der Forschung. Doch das Erstellen einer systematischen Literaturübersicht war Neuland, das sich als sehr anspruchsvoll erwies.

Diese Arbeit begann mit Gedanken zum Thema. Die Autorin hatte die ersten Unterrichte zum Thema Forschung und musste sich langsam mit der Literatur befassen und vor allem die ersten Such-Versuche auf Pubmed oder Cinahl starten. Die Verfasserin hatte den Überblick in all diesen Studien verloren. Mit der Zeit jedoch, erkannte sie, was alles zum ausgewählten Forschungsthema besteht und mit welchen Begriffen sie suchen musste, um zum gesuchten Thema zu gelangen. Die nächste Hürde war das Lesen und Zusammenfassen von englischen Texten. Doch dies fällt der Verfasserin nach einem Jahr um einiges leichter. Texte können nun gelesen werden, ohne dass konstant Übersetzungen gemacht werden müssen.

Der Umgang mit den wissenschaftlichen Studien war zu Beginn nicht einfach. Vor allem das Bewerten durch Behrens und Langer (2010) war für die Autorin schwierig. Nach längerem Bearbeiten der Studien, würde es der Verfasserin vermutlich leichter fallen, die Studien anhand der Richtlinien für die kritische Bewertung von Forschungsarbeiten zu bewerten. Dies war für die Autorin ein wichtiger Lernprozess bezüglich der Methodologie. Es konnten auch Lücken im Basiswissen identifiziert werden, welches Nachlesen und Wiederholen erforderten. Sie findet Studien auf den Datenbanken, kann diese flüssiger lesen und weiss, wo im Text die Informationen zu suchen sind. Weiter konnte sich die Autorin im Interpretieren und Argumentieren üben, was ebenfalls nicht einfach erschien.

Mit dieser systematischen Literaturübersicht konnten viele Erfahrungen mit lehrreichen Stolpersteinen in der Forschungswelt gesammelt und das Fachwissen erweitert werden. Die Autorin erkannte, dass der Aufwand für die Erstellung eines systematischen Literaturreviews enorm gross ist. Dadurch wurde ihr die Wichtigkeit der Pflegeentwicklung in der Praxis bewusst. Denn die Aufgabe für Pflegende ist, welche Vollzeit arbeiten, nebenbei kaum zu bewältigen um die Pflegequalität zu sichern mit der Implementierung neuer Erkenntnisse aus der Forschung.

Da es die erste systematische Literaturübersicht der Autorin ist, war sie auf die Begleitung eines Dozenten angewiesen und für die Führung durch den Forschungsprozess sehr dankbar.

8. Literaturverzeichnis

- Behrens, J. & Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing*. Bern: Hans Huber.
- Behrens, J. & Langer, G. (2006). *Evidence-based Nursing and Caring* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Berufsverband für Frauenärzte. (2011). *Früh- und Fehlgeburt*. [Website]. Verfügbar unter: http://www.frauenaerzte-im-netz.de/de_frueh-und-fehlgeburt-fruehgeburt_203.html [Zugriff am 21. März 2011].
- Browne J.V. & Talmi A. (2005). Family – Based Intervention to Enhance Infant – Parent Relationship in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Psychology*, 30 (8), 667–677.
- Christ, S. C. (2005). *Elternberatung in der Neonatologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Der Bund. (2010). *Jedes 13. Baby ist ein Frühchen*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.derbund.ch/schweiz/standard/Jedes-13-Baby-ist-ein-Fruehchen/story/24849605> [Zugriff am 22. März 2011].
- Friedrich, H., Hantsche, B., Henze, K.H. & Piechotta G. (Hrsg.). (1997a). *Betreuung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen*, Band 1. Bern: Huber.
- Friedrich, H., Hantsche, B., Henze, K.H. & Piechotta G. (Hrsg.). (1997b). *Betreuung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen*, Band 2. Bern: Huber.
- Glazebrook, C., Marlow, N., Israel, C., Croudace, T., Johnson, S., White, I. R. & Whitelaw, A. (2006). Randomised trial of a parenting intervention during neonatal intensive care. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 92, 438–443.
- Hasse, K. (2012). International survey: mothers of premature infants need more information and support. *Kinderkrankenschwester*, 31 (1), 33.
- Herriger, N. (2006). *Empowerment in der sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Huter, B.M. (Hrsg.). (2004). *Sanfte Frühgeborenenpflege: Auswirkungen auf die Bindung und emotionale Entwicklung des Kindes*. Bern: Huber.

- Illing, S. (Hrsg.). (1993). *Das gesunde und das kranke Neugeborene*, Band 2. Stuttgart: Enke.
- Jotzo M. & Poets C. F. (2005). Helping Parents Cope With the Trauma of Premature Birth: An Evaluation of a Trauma-Preventive. Psychological Intervention, *American Academy of Pediatrics*, 114, 915–919.
- Kaarensen, P. I., Ronning, J. A., Ulvund, S. E. & Dahl, L. B. (2012). A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of an Early-Intervention Program in Reducing Parenting Stress After Preterm Birth. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 118, e9–e19.
- Käppeli, S. (Hrsg.). (2004). *Pflegekonzepte, Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*. Bern: Huber.
- Maquire, C. M., Bruil, J., Wit, J. M. & Walther, F. J. (2007). Reading preterm infants' behavioral cues: An intervention study with parents of premature infants born <32 weeks. *Department of Pediatrics*, 83, 419–424.
- Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung kennenlernen*, 4. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: Facultas.
- Meijssen, D. E., Wolf, M. J., Koldewijn, K., Wassenaar, A. G., Kok, J. H. & Baar, A. L. (2010). Parenting stress in mothers after very preterm birth and the effect of the Infant Behavioural Assessment and Intervention Program. *Child: care, health and development*, 37 (2), 195–202.
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Apert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., Stone, P. W., Small, L., Tu, X. & Gross, S. J. (2006). Reducing Premature Infants' Length of Stay and Improving Parents' Mental Health Outcomes With the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A Randomized, Controlled Trial. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 118, 1414–1427.
- Melnyk B. M., Crean H.F., Feinstein F. N. & Fairbanks E. (2008). Maternal Anxiety and Depression After a Premature Infant's Discharge From the Neonatal Intensive Care Unit. Explanatory Effects of the Creating Opportunities for Parent Empowerment Program, *57* (6), 383–393.

- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Lehrbuch für Pflegeforschung*. Bern: Huber.
- Porz, F. (2004). *Das Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik*. [Website]. Verfügbar unter: http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_aktuelles/a_gesundheit/s_709.html [Zugriff am 20. März 2011].
- Preyde M. & Ardal F. (2003). Effectiveness of a parent “buddy” program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *Canadian Medical Association or its licensors*, 168 (8), 969–973.
- Schaffer, S., Stolle, C. & Grossmann, K. (2006). Evidence-based Nursing (EBN) im Überblick: Forschung und Praxis verbinden. *Pflege*, 59, 702–705.
- Schroeder M. & Pridham K. (2006). Development of Relationship Competencies Through Guided Participation for Mothers of Preterm Infants. *Awhonn, the Association of Womens's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 35 (3), 358–368.
- Shieh, S. J., Chen, H. L., Liu, F. C., Liou, C. C., Lin, Y. H., Tseng, H. & Wang, R. H. (2010). The effectiveness of structured discharge education on maternal confidence, caring knowledge and growth of premature newborns. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3307–3313.
- Turan, T., Basbakkal, Z. & Özbek S. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2856–2866.
- Van der Pal, SM., Maguire CM., Wit, JM., Walther, FJ. & Bruil, J. (2007). Parental experiences during the first period at the neonatal unit after two developmental care interventions. *Foundation Acta Paediatrica*, 96, 1611–1616.
- Watson, G. (2010). Parental liminality: a way of understanding the early experiences of parents who have a very preterm infant. *J Clin Nurs*, 20 (9–10), 1462–71.

Wielenga, J. M., MSN, RN, Smit, B. J., MD, PhD, Unk, L. K. A. & RN. (2006). How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP Model of Care for Their Preterm Infant? *Journal of Nursing Care Quality*, 21 (1), 41–48.

Young, J.(Hrsg.). (1997). *Frühgeborene fördern und pflegen*. Berlin: Ullstein Mosby.

Zelkowitz, P., Feeley, N., Shrier, I., Stremler, R., Westreich, R., Dunkley, D., Steele, R., Rosberger, Z., Lefebvre, F. & Papageorgiou, A. (2008). The Cues and Care Trial: A randomized controlled trial of an intervention to reduce maternal anxiety and improve developmental outcomes in very low birthweight infants. *BMC Pediatrics*, 1–10.

Anhang

Anhang A: Hierarchie der Forschungsevidenz

1.	A	Systematische Literaturübersichten/Metaanalysen
	B	Randomisiert kontrollierte Experimente (RCT's)
	C	Experimente
2.	A	Kohortenstudien
	B	Fallkontrollstudien
3.	A	Expertenmeinungen
	B	Beobachtungsstudie
	C	Andere Studientypen, z.B. Interviews
	D	Quasi-Experimente, qualitative Studien

Quelle: University of Westminster [UWM], (2006).

Anhang B: Suchprotokoll

Tabelle 1: Suchstrategie

Datenbank	Kombination Suchbegriffe	Limiten	Treffer	Näher gelesene und überarbeitete Studien	Anzahl definitiv ausgewählter Studien	Autoren der ausgewählten Studien
Pubmed	–very preterm infants, support, interventions, parents	10 years, randomized controlled Trial, English, French, German, newborn – 1 month	10	4	4	– Melnyk B. M., Crean H.F., Feinstein F. N. & Fairbanks E. (2008). – Melnyk et al., (2006). – Schroeder M. & Pridham K. (2006). – Van der Pal, SM., Maguire CM., Wit, JM., Walther, FJ. & Bruil, J. (2007).
	– Children, neonates, nursing, parenting, stress	10 years, randomized Trial, English	5	3	1	– Browne J.V. & Talmi A. (2005).
	–Infant premature, intervention, NICU, coping	10 years, English	6	2	2	– Preyde M. & Ardal F. (2003). – Jotzo M. & Poets C.F. (2005).
	–Premature infants and parents and nurse	10 years, English, French, German	213	1	0	–
	–Neonatal care, parents, interventions	10 years, English, French, German, newborn–1 month	17	1	1	– Zelkowitz et al. (2008).
	–Preterm birth, nursing, parenting	10 years, English, French, German, newborn–1 month	3	1	1	– Glazebrook, C., Marlow, N., Israel, C., Croudace, T., Johnson, S., White, I. R. & Whitelaw, A. (2006).
	–Parents, family centered care, neonatal nursing,	10 years, English, French, German	3	2	0	–

	parenting					
	–Parental support and preterm birth and nurse	10 years, English, French, German	79	2	1	– Kaaresen, P. I. et al. (2006).
	–Social, support, preterm birth, parents	10 years, English, randomized	5	3	1	– Meijssen, D. E., Wolf, M. J., Koldewijn, K., Wassenaar, A. G., Kok, J. H. & Baar, A. L. (2010).
	–Social support, preterm birth, nursing, parents	10 years, English, French, German	35	2	0	–
	–Premature and nurse and parents support	10 years, English, French, German	128	3	2	– Shieh, S. J. et al. (2010). – Wielenga, J. M. et al. (2006).
	–Premature infants, parents, support	10 years, English, French, German, randomized controlled Trial	54			– Melnyk B. M., Crean H.F., Feinstein F. N. & Fairbanks E. (2008). –Van der Pal, SM., Maguire CM., Wit, JM., Walther, FJ. & Bruil, J. (2007). 5. (Melnik et al., 2006).
Cinahl	–Premature infants, parents, support		53	2	1	– Melnyk et al., (2006).
	–very preterm infants, support, interventions, parents		1	0	0	–
	– Children, neonates, nursing, parenting, stress		0	0	0	–
	–Infant premature, intervention, NICU, coping		0	0	0	–
	–Premature infants and		25	2	0	–

	parents and nurse					
	–Neonatal care, parents, interventions		3	3	2	– (Melnik et al., 2006). – Melnik B. M., Crean H.F., Feinstein F. N. & Fairbanks E. (2008).
	–Preterm birth, nursing, parenting		6	1	1	– Melnik B. M., Crean H.F., Feinstein F. N. & Fairbanks E. (2008).
	–Parents, family centered care, neonatal nursing, parenting		9	0	0	–
	–Parental support and preterm birth and nurse		0	0	0	–
	–Social, support, preterm birth, parents		3			–
	–Social support, preterm birth, nursing, parents		0			–
	–Premature and nurse and parents support		44	4	1	– Melnik B. M., Crean H.F., Feinstein F. N. & Fairbanks E. (2008). – Wielenga, J. M. et al. (2006). – Glazebrook, C., Marlow, N., Israel, C., Croudace, T., Johnson, S., White, I. R. & Whitelaw, A. (2006).

Weitere Quellen:

Eine Studie wurde durch eine andere Quelle identifiziert (Kontakt durch Pflegeexpertin):

9. Maquire, C. M., Bruil, J., Wit, J. M. & Walther, F. J. (2007).

Anhang C: Überblick der ausgewählten Literatur

Tabelle 2: Überblick der ausgewählten Literatur

Autor und Jahr	Titel	Design	Setting und Stichprobe
Melnyk B. M., Crean H.F., Feinstein F. N. & Fairbanks E. (2008).	Maternal Anxiety and Depression After a Premature Infant's Discharge From the Neonatal Intensive Care Unit.	Quantitative Studie. (RCT)	246 Mütter mit ihren Frühgeborenen aus zwei Neonatal Intensivstationen in Upstate New York.
Browne J.V. & Talmi A. (2005).	Family – Based Intervention to Enhance Infant – Parent Relationship in the Neonatal Intensive Care Unit.	Quantitative Studie. (RCT)	88 Mütter von Frühgeborenen aus dem Universitätsspital in Oklahoma.
Preyde M. & Ardal F. (2003).	Effectiveness of a parent “buddy” program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit.	Quantitative Studie. (Quasi Experiment)	49 Teilnehmer vom Mount Sinai Hospital und vom Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre in Toronto.
Jotzo M. & Poets C.F. (2005).	Helping Parents Cope With the Trauma of Premature Birth: An Evaluation of a Trauma–Preventive.	Quantitative Studie. (RCT)	54 Teilnehmer von einer Neonatal Intensivstation mit 12 Betten in Tuebingen (Germany).
Melnyk, B.M., Feinstein, N. F., Apert–Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., Stone, P. W., Small, L., Tu, X. & Gross, S. J. (2006).	Reducing Premature Infants' Length of Stay and Improving Parents' Mental Health Outcomes With the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A Randomized, Controlled Trial.	Quantitative Studie. (RCT)	221 Mütter von den neonatal Intensivstationen vom University of Rochester Medical Center von New York.
Turan, T., Basbakkal, Z. & Özbek S. (2008).	Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit.	Quantitative Studie. (deskriptiv, randomisierte)	36 Teilnehmende aus einer neonatal Intensivstation im University Hospital in Denizli.
Schroeder M. & Pridham K. (2006).	Development of Relationship Competencies Through Guided Participation for Mothers of Preterm Infants.	Quantitative Studie. (experimentell)	16 Mütter mit ihren Frühgeborenen aus einer neonatalen Intensivstation im mittleren Westen in der U.S. Stadt.
Van der Pal, SM., Maguire CM., Wit, JM., Walther, FJ. & Bruil, J. (2007).	Parental experiences during the first period at the neonatal unit after two developmental care interventions.	Quantitative Studie. (experimentell)	150 Mütter und Frühgeborene auf einer neonatal Intensivstation im University Medical Center in den Niederlanden.

Maquire, C. M., Bruil, J., Wit, J. M. & Walther, F. J. (2007).	Reading preterm infants' behavioral cues: An intervention study with parents of premature infants born <32 weeks.	Quantitative Studie. (randomisiert)	22 Mütter aus einem Universitätsspital in den Niederlanden.
Zelkowitz, P., Feeley, N., Shrier, I., Stremmer, R., Westreich, R., Dunkley, D., Steele, R., Rosberger, Z., Lefebvre, F. & Papageorgiou, A. (2008).	The Cues and Care Trial: A randomized controlled trial of an intervention to reduce maternal anxiety and improve developmental outcomes in very low birthweight infants.	Quantitative Studie. (RCT)	98 Mütter auf einer Neugeborenen-Intensivstation in 2 Montreal Krankenhäuser.
Glazebrook, C., Marlow, N., Israel, C., Croudace, T., Johnson, S., White, I. R. & Whitelaw, A. (2006).	Randomised trial of a parenting intervention during neonatal intensive care	Quantitative Studie. (Crossover)	204 Mütter aus zwei Regionen des Vereinigten Königreichs, der Süd-West und Trent Regionen.
Meijssen, D. E., Wolf, M. J., Koldewijn, K., Wassenaar, A. G., Kok, J. H. & Baar, A. L. (2010).	Parenting stress in mothers after very preterm birth and the effect of the Infant Behavioural Assessment and Intervention Program.	Quantitative Studie.(RCT)	162 Mütter aus zwei Krankenhäusern auf einer NICU und in fünf städtischen Krankenhäusern in Amsterdam.
Shieh, S. J., Chen, H. L., Liu, F. C., Liou, C. C., Lin, Y. H., Tseng, H. & Wang, R. H. (2010).	The effectiveness of structured discharge education on maternal confidence, caring knowledge and growth of premature newborns.	Quantitative Studie. (RCT)	59 Mütter aus einem Krankenhaus in Taiwan.
Kaarensen, P. I., Ronning, J. A., Ulvund, S. E. & Dahl, L. B. (2012).	A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of an Early-Intervention Program in Reducing Parenting Stress After Preterm Birth	Quantitative Studie.(RCT)	146 Mütter aus einem Universitätsspital in Norwegen.
Wielenga, J. M., MSN, RN, Smit, B. J., MD, PhD, Unk, L. K. A. & RN. (2006).	How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP Model of Care for Their Preterm Infant?	Quantitative Studie. (RCT)	43 Mütter aus einer Kinderklinik in Amsterdam.

Anhang D: Beurteilungsraster für eine Interventionsstudie

Abbildung 2: Beurteilung einer Interventionsstudie

Beurteilung einer Interventionsstudie	
Quelle:	
Forschungsfrage:	
Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Selektion? Randomisierung? Zuteilung?
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	Wurden die Ausfälle begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	Wenn nein: war eine Verblindung möglich und würde verlässliche gewesen?
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Unschutzensicht, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Wurden alle Teilnehmer in die Gruppe?
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Power?
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	z. B. RR, RR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	p-Wert?
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Konfidenzintervall?
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Nebenwirkungen? Compliance?
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Kostenanalyse?
Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
http://www.medscale.tafcc.co/plegweterrtrial/Video.php?ID=101	

Quelle: Behrens & Langer, (2004).

Anhang E: Zusammenfassung und kritische Beurteilung der Studien

Autor	Fragestellung Design	Intervention, Datenerhebung, Erhebungszeitpunkt	Stichprobe	Ergebnisse	Kommentare
Melnyk B. M., Crean H.F., Feinstein & Fairbanks E. (2008).	Der Zweck dieser Studie war es, ein theoretisches Modell (COPE) zu testen, um herauszufinden, ob es positive Auswirkungen auf die Angst und depressive Symptome der Mütter hat. RCT: randomisiert kontrollierte Studie	Interventionsgruppe: COPE Modell (Informationen, Bedürfnisse, Rolle, Verhaltensweisen, Handling) Eltern erhielten magnetische Karten (Entwicklung), CD, Heft. Kontrollgruppe: ohne Modell Phase I: 2 bis 4 Tage nach Aufnahme ihrer Säugling auf die Intensivstation: Infos über Programm, Materialien, Infos lesen und hören, Einführung Elternaktivität, Foto für Lerntagebuch Phase II: 4 bis 8 Tage nach der ersten Intervention: Beobachtung, Verhalten, Stresszeichen, Beruhigung Phase III: 1 bis 7 Tage vor der Entlassung aus dem Krankenhaus: Bewusstseinszustände, Geschwister, Vorbereitung–nach Hause Phase IV: etwa eine Woche nach der Entlassung: Tel. Fragen klären, Abschluss	246 Mütter im Alter von 18 – 43 Jahre mit Frühgeborenen Mittlere Gestationsalter : 31.4 Wochen Mittlere Geburtsgewicht: 1661.2 Gramm	Die COPE–Intervention (z.B. Wissensvermittlung) zeigt auf, wie Eltern mit ihren Kindern am besten interagieren, in Bezug auf die Unsicherheit ihrer Rolle), bietet Müttern mit Frühgeborenen stärkeren Glauben an ihre Fähigkeit zu finden, zu verstehen und vorherzusagen, Verhaltensweisen zu erkennen und der Umgang mit ihren Frühgeborenen zu üben, welches Sicherheit vermittelt. Als Ergebnis haben sie weniger Angst und Depression bei der Neugeborenen–Intensivstation, was zu weniger depressiven Symptomen nach dem Aufenthalt führt.	Zukünftige Studien sollten zusätzliche Massnahmen integrieren. Um die Zuverlässigkeit der Beobachtungen zu etablieren, z. B. Interviews mit einem Psychologen einführen. Die Beobachtungen sollten über einen längeren Zeitraum ablaufen.

Autor	Fragestellung Design	Intervention, Datenerhebung, Erhebungszeitpunkt	Stichprobe	Ergebnisse	Kommentare
Browne J.V. & Talmi A. (2005).	<p>Wir wirkt sich die Intervention auf das Wissen, Verhalten und die Stressreduktion bei den Eltern aus?</p> <p>Untersuchung der Hypothese: erzielen eines Anstiegs des Wissens, Mutter Kind Interaktion und eine Abnahme der Belastung.</p> <p>RCT experimentelles Design</p>	<p>Interventionsgruppen:</p> <p>Gruppe1: Wissen über Säugling Reflexe, Aufmerksamkeit, Motorik und Schlaf–Wach–Phasen.</p> <p>Gruppe2: Bildung: Wissen über optimale Zeit der Interaktion, Hunger,Selbstregulierung fördern.</p> <p>Gruppe 3: informelle Diskussion (30–45min), Eltern–Kind–Interaktion (auf Video), Verhalten des Säuglings, Nachsorge.</p> <p>Kontrollgruppe: wurden nicht informiert. Fragebogen nach zwei Wochen und einem Monat.</p> <p>Analysen der Fragebögen,Videoaufnahmen durch NCAFS Beobachter</p>	<p>88 Mütter und Säuglinge</p> <p>< 36 SSW</p> <p>Mütter über 17 Jahre</p> <p>Mind. 2 Wochen Aufenthalt</p>	<p>Mütter der Interventionsgruppen hatten mehr Wissen und mehr sensiblen Umgang mit ihren Kindern, als die Kontrollgruppe. Kurzfristige NICU Interventionen erhöhen das Wissen der Mütter, die Sensibilität, Kontingenz und den Stress.</p> <p>Die Pflegeinterventionen bei Mütter mit Frühgeborenen beeinflussen das Wissen des kindlichen Verhaltens, die Interaktion mit dem Kind und der Stress der Eltern wird vermindert. Bei Müttern in der Kontrollgruppe wurde mehr Stress wahrgenommen und der Beziehungsaufbau war weniger intensiv als bei der Interventionsgruppe.</p>	<p>Es wäre von Vorteil, langfristige Mutter–Kind Interaktionen zu dokumentieren, um die Kontinuität zu gewährleisten.</p> <p>Zukünftige Forschung könnte aus der Bestimmung dieser Ergebnisse der Eltern profitieren.</p>

Autor	Fragestellung Design	Intervention, Datenerhebung, Erhebungszeitpunkt	Stichprobe	Ergebnisse	Kommentare
Preyde M. & Ardal F. (2003).	Das Ziel war es, die Wirksamkeit des „Buddy“ – Programms auf ein Elternteil zu bewerten. Dies ist eine Krankenhaus-basierte Intervention für Eltern von extrem Frühgeborenen – zur Linderung von Stress, Angst und Depression und Förderung der sozialen Unterstützung Quasi-experimentelles Design	Interventionsgruppe: Buddy-Programm bestand aus einzelnen Eltern-Selbsthilfegruppen, sie hatten telefonische und pädagogische Unterstützung und hatten Eltern Gruppentreffen. 5 Training Stunden, um ihre kommunikativen Fähigkeiten und ihr Selbstbewusstsein zu stärken und lernen, ihre Grenzen kennenzulernen. Kontrollgruppe: keine Interventionen Mütter und Kinder erhielten medizinische Versorgung und soziale Dienste wie gewohnt. Nach 4 und 16 Wochen	24 Mütter & 25 Mütter (verschiedene Standorte) =49 Mütter Kinder vor 30 SSW, Geburtsgewicht t < 1500g, weniger als 10 Tage alt und keine Komplikation- en	Nach 4 Wochen berichteten Mütter in der Interventionsgruppe weniger Stress als in der Kontrollgruppe. Nach 16 Wochen berichtete die Interventionsgruppe weniger Angst, weniger Depression und eine grö- ssere wahrgenommene soziale Unterstützung als die Kontrollgruppe. Es gab keinen Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf Ängstlichkeit. Von den 24 Müttern, die das Programm ausgewertet haben, sagten 21 der Frauen (87,5%), dass es sehr hilfreich war.	Quasi Experiment: Validität? fehlende langfristige, objektive Ma- ssnahmen der Kinder-und Mütter in Bezug auf Wohlbefinden und die fehlende Verblindung der Forscher, grössere Stichprobe

Autor	Fragestellung Design	Intervention, Datenerhebung, Erhebungszeitpunkt	Stichprobe	Ergebnisse	Kommentare
Jotzo M. & Poets C.F. (2005).	<p>Feststellen, ob eine präventive psychologische Intervention für Eltern von Frühgeborenen während des Krankenhausaufenthaltes die Schwere der Symptome als Reaktion auf die traumatischen Auswirkungen einer Frühgeburt verringern kann.</p> <p>Experimentelles Design</p>	<p>Interventionsgruppe: Krisenintervention durch psychologische Unterstützung, (Entspannung, Beruhigung, Rekonstruktion der Ereignisse, Einbezug der Angehörigen...) 5 Tage nach Geburt</p> <p>Kontrollgruppe: Konnten Beratung in Anspruch nehmen, Seelsorge.</p> <p>Wurden über 7 Monate begleitet. Bei der Entlassung beantworteten Mütter einen Fragebogen zu wichtigen Outcome-Variablen (Symptome einer Traumatisierung).</p>	<p>54 Mütter</p> <p>Mutter deutsch-sprachig</p> <p>Frühgeborene < 37 Woche</p> <p>Krankenhaus-aufenthalt > 14 Tage</p>	<p>Bei der Entlassung zeigten Mütter der signifikant geringeren symptomatischen Reaktion auf den traumatischen Stressor "Frühgeburt" als diejenigen in der Kontrollgruppe.</p> <p>In der Kontrollgruppe zeigten 19 Mütter (76%) Symptome ein klinisch signifikantes psychologisches Trauma bei der Entlassung, verglichen mit der Interventionsgruppe. Es gab keine signifikante Korrelation zwischen dem Ausmass des Eingriffs, Wirkung und Schwere der Erkrankung oder Gestationsalter.</p>	<p>Unzureichende Stichprobengrösse, mangelnde Randomisierung, die als unvermeidlich begründet war, aus ethischen Gründen</p>

Autor	Fragestellung Design	Intervention, Datenerhebung, Erhebungszeitpunkt	Stichprobe	Ergebnisse	Kommentare
Melnyk et al., (2006).	<p>Ziel: Die Wirksamkeit einer pädagogischen Verhaltenstherapie (Eltern Empowerment Programm) (z. B. Schaffung von Möglichkeiten für Eltern, um Eltern–Kind–Interaktionen und psychische Gesundheit der Eltern zu verbessern.</p> <p>RCT (randomisierte Kontrollstudie)</p>	<p>Interventionsgruppe: Eltern in der Schaffung von Möglichkeiten für Eltern Empowerment–Programm sensibilisieren. Sie erhalten Informationen und Verhaltens–Aktivitäten über das Aussehen und die Verhaltensmerkmale von Frühgeborenen und wie man am besten mit ihnen umgeht.</p> <p>Kontrollgruppe: Informationen über Krankenhausleistungen, allg. Infos, und Informationen über Impfungen.</p> <p>Alle Teilnehmer erhielten 4 Intervention:1: Infos über Frühgeborene, Umgang, Rolle... 2: Implementierung der Informationen, Stress– & Angst –beobachtungen, 3:Interaktion, Austritt, Beziehung 4:Beziehung zu Hause, Aktivitäten mit Kind zu fördern</p> <p>Alle bekamen die Informationen über Tonband und erhielten schriftliche Materialien.</p> <p>Innerhalb von den ersten 7 Tagen und nach 2 Monaten mit korrigiertem Alter wurden sie</p>	<p>221 Familien</p> <p>Gestationsalter: 26–34 Woche</p> <p>Gewicht: <2500g</p>	<p>Mütter im Empowerment–Programm berichteten über signifikant weniger Stress in der Neugeborenen–Intensivstation und weniger Depression und Angst wurden bei den Eltern gemessen. Beobachter bewerteten Mütter und Väter mit Empowerment Interventionen besser, vor allem war die Interaktion mit ihren Säuglingen verbessert. Mütter und Väter berichteten auch über stärkere Überzeugungen ihrer elterlichen Rolle und welche Verhaltensweisen und Merkmale ihrer Kinder während des Krankenhausaufenthaltes aufzeigten. Säuglinge der Eltern im Empowerment–Programm hatten eine 3,8–Tag kürzeren NICU Aufenthaltsdauer und 3,9–Tag kürzer insgesamt Krankenhaus Aufenthaltsdauer.</p>	<p>Positiv: Verwendung einer RCT und Einbeziehung der Väter. Einbeziehung der Aufenthaltsdauer: Kostenverminderung</p> <p>relativ gesunde und grössere Frühgeborenen (~60% der Kinder wurden > 1500 g miteinbezogen</p>

		durch verblindete Beobachter bewertet. Fragebögen wurden ausgeteilt.			
Autor	Fragestellung Design	Intervention, Datenerhebung, Erhebungszeitpunkt	Stichprobe	Ergebnisse	Kommentare
Turan, T., Basbakal, Z. & Özbek S. (2008).	Bestimmung der Wirkung von Stress–reduzierenden Pflegeinterventionen der Mütter und Väter von Frühgeborenen in der NICU. Deskriptive, randomisierte Studie	Interventionsgruppe: 30 minütiges Bildungsprogramm über ihre Säuglinge und NICU während der ersten Woche. (Informationen über Personal & Betreuung ihrer Kleinkinder, technische Ausstattung, Therapien (Medikamente oder Ernährung, Ernährungssonden etc.), Informationen über das Aussehen eines Frühgeborenen, Gefühle, die Eltern haben können die Teilnahme an der Betreuung ihrer Kleinkinder, stillen, Gewichtszunahme. Fragen wurden beantwortet. Informationen über den kindlichen Zustand und die durchgeführten Behandlungen.) Kontrollgruppe: Routinemassnahmen Stress nach 10 Tagen Über 6 Monate lang	36 Mütter und Väter Gestationsalter: 24 – 37 Wochen, ohne Anomalien	Der Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe der Mütter erwies einen statistisch signifikanter Stress Score. Es wurde festgestellt, dass der Stress Scores für die Väter in der Interventionsgruppe niedriger war. Aber der Unterschied zwischen den beiden Gruppen konnte nicht gefunden werden. Fazit: Es wurde festgestellt, dass die Eltern sehr hohen Stress erleben, wenn ihre Kinder auf eine Neugeborenen–Intensivstation sind und dass Pflegeinterventionen, die implementiert werden, den Stress verringern können. Mütter von Säuglingen mit einem niedrigen Gestationsalter (<1500g) erleben mehr Stress.	Resultat ist signifikant. Ergebnisse sind für die klinische Praxis relevant. Studie aus Türkei.

Autor	Fragestellung Design	Intervention, Datenerhebung, Erhebungszeitpunkt	Stichprobe	Ergebnisse	Kommentare
Van der Pal, SM., Maguire CM., Wit, JM., Walther, F.J. & Bruil, J. (2007).	Die Wirkung von Betreuung und Newborn Individualisierte Developmental Care und Assessment Programm (NIDCAP) auf den elterlichen Stress und das Selbstvertrauen der Eltern und wie die Unterstützung durch die PP wahrgenommen wird. Experimentelles Design	Interventionsgruppe: NIDCAP Intervention: Aufklärung des Verhaltens, individuelle Bedürfnisse, Umgang und Pflege des Frühgeborenen. Unterstützung durch Kommunikation und Vorzeigen. Pflege und Psychologie waren geschult. Kontrollgruppe: Umgang mit Lagerung, Unterstützung der Pflege im Inkubator. Fragebögen nach der ersten Woche des Eintritts und im Durchschnitt in der 2 Woche postnatal.	150 Mütter Frühgeborene: <32 Wochen Keine mit Drogen-süchtigen Müttern, Anomalien und Herz-krankheiten.	Keine signifikanten Unterschiede wurden im Vertrauen, wahrgenommene Unterstützung durch eine Krankenschwester oder elterlichen Stress gefunden. Der Unterschied des elterlichen Stress zwischen Mutter und Vater war weniger in der NIDCAP Interventionsgruppe. Es wurde erwähnt, dass die Väter mehr Stress erlebten als die Mütter.	Die Studie konnte kein signifikanter Effekt in Bezug Vertrauen nachweisen. Zuwenig lange Zeitspanne

Autor	Fragestellung Design	Intervention, Datenerhebung, Erhebungszeitpunkt	Stichprobe	Ergebnisse	Kommentare
Maquire , C.M., Bruil, J., Wit, J.M. & Walther F. J. (2007).	Die Wirkung einer kurzfristigen Intervention in der Neugeborenen– Intensivstation (NICU) auf das Wissen der Eltern über Säuglingsverhalten und das Vertrauen in die Pflege wurde geprüft. Randomisiertes Design	Interventionsgruppe: 4 Sitzungen mit Anweisungen auf Frühgeborenen–Verhalten für einen Zeitraum von 2 Wochen. Kontrollgruppe: Erhielten keine spezifischen Anweisungen in den Wochen 1 und 3 erhielten die Eltern einen kurzen Fragebogen über Krankenpflegunterstützung. In der 3. Woche absolvierten Eltern einen Pre–und Post–Test zur der Kenntnis der Frühgeborenen Verhaltensstörungen. Cues in den Wochen 1 und 3. Wurden über 8 Monate bewertet.	22 Eltern mit ihren Frühgeborene, 32 SSW	Es gab eine signifikante Verbesserung der Post– Testergebnisse über Kenntnisse von Verhaltensstörungen der Frühgeborenen V und einen höhere Pflege Unterstützung Score für Mütter in der Interventionsgruppe. Intervention Mütter zeigten keine signifikante Verbesserung des Vertrauens in Pflege. Nur die Hälfte der Interventionsgruppe Väter nahmen an den Sitzungen teil, die Intervention hat deutlich das mütterliche Wissen übers Kind und Verhaltensstörungen erhöht. Nur sehr wenige Väter nahmen an der Bewertung teil.	Ein längeres, intensives Programm mit einer grösseren Stichprobe wäre angemessen und den mit Einbezug der Väter wäre auch wichtig zu beachten.

Autor	Fragestellung Design	Intervention, Datenerhebung, Erhebungszeitpunkt	Stichprobe	Ergebnisse	Kommentare
Zelkowitz et al. (2008).	Was ist der Effekt von einer kurzen Skill-Based-Intervention (Cues-Programm) auf Angst, Nervosität und Sorge, bei Müttern von Säuglingen mit VLBW? Die primäre Hypothese: Mütter sind nach Intervention weniger ängstlich Sekundäre Hypothesen : posttraumatische Belastungsstörung kann minimiert werden Randomisierte, kontrolliertes Design	Interventionsgruppe: Mütter erhalten allgemeine Informationen über Säuglingspflege. 1 Sitzung: Angsteinschätzung, 2:Entspannungsübungen, Denkmuster verändern 3&4 Sitzung: Verhalten der VLBW Säuglinge 5:Interaktion während der Nahrungsaufnahme 6: Videofeedback zu Hause (10 min Filmen) 60–90 min pro Sitzung, jeweils eine Broschüre zuvor zur Bearbeitung Beide Gruppen: Konsultationen mit psychologischen Fachkräften, Selbsthilfegruppen Pfleger sind geschult, jede Teilnehmerin ist einer Pflegenden zugeteilt Beide Gruppen haben 6 Kontakte mit einer geschulten Pflegenden; 5 der 6 Sitzungen finden während des Krankenhausaufenthalts statt und der sechste Kontakt tritt nach der Entlassung zu Hause statt.	98 Säuglinge Säugling: GG < 1500, labiler Zustand Keine mit Anomalien, Behinderungen, Mutter: Deutsch, Englisch	Die Cues und Care-Studie liefert wichtige Informationen über die Wirksamkeit von einer kurzen Skill-Based-Intervention. Die Angst konnte reduziert werden und die Empfindlichkeit bei Müttern von Säuglingen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht konnte minimiert werden. Die posttraumatischen Belastungsstörungen wurden vermindert, Stress konnte durch die Interventionen abgebaut werden und die Mutter – Kind Interaktion konnte verbessert werden.	Ein kurzes Eingreifen dieser Art kann leichter implementiert werden Die Väter wurden nicht mit einbezogen.

Autor	Fragestellung Design	Intervention, Datenerhebung, Erhebungszeitpunkt	Stichprobe	Ergebnisse	Kommentare
Glazebrook et al. (2006).	<p>Ziel: den Einfluss der elterlichen Intervention auf die Reaktionsfähigkeit der Mutter und neuropsychologischen Entwicklung des Säuglings. PBIP zielt darauf ab, die Beobachtungen der Eltern zu verbessern und die Eltern auf die Verhaltensweisen der Säuglinge zu sensibilisieren und den Stress der Eltern abzubauen.</p> <p>Randomisierte, kontrollierte Studie mit Crossover – Design</p>	<p>PBIP(Eltern–Baby–Intervention–Programm)</p> <p>Interventionsgruppe: kann auf vier Arten eingeteilt werden: Umgang (z.B. taktile, Streicheln des Säugling), Diskussion (z. B. die Entwicklung des Kindes), verbale (z.B. Begrüßung Säugling) und Beobachtung (z.B. Identifizierung verschiedener Verhalten). Es enthält auch einige Prinzipien der Entwicklungsbiologie Pflege. Die Mutter war der Hauptempfänger der Intervention, die in der Neonatologie zugestellt wurde. Wöchentliche, einstündige Sitzungen beginnen in den ersten Wochen nach Geburt. Die Mütter wurden bis zu sechs Wochen nach der Entlassung begleitet.</p> <p>Kontrollgruppe: Pflegeinterventionen wie bisher</p>	<p>204 Mütter mit ihren Säuglingen</p> <p>< 32 Schwangerschaftswoche</p>	<p>Hohe Konzentrationen von Parenting Stress (Werte über der 85. Perzentile) wurden gefunden. Sie fand kein signifikanter Unterschied in der Wirkung zwischen dem Eingreifen bei Erstgeborenen und anderen Säuglingen oder zwischen mehr und weniger Frühgeburten. Reaktionsfähigkeiten der Interventionen unterschieden sich nicht signifikant von denen in der Kontrollgruppe. Trotz einer kontrollierten Parenting Intervention, während der Neonatalperiode & nach der Entlassung, konnten sie keine Unterschiede von Massnahmen der Elternschaft und Säugling Verhaltensweisen zwischen der Interventions–und Kontrollgruppe erkennen.</p>	<p>Eine Erklärung durch die PBIP keine signifikanten Ergebnisse zu erhalten könnte sein, dass die Dosis der Intervention zu gering war, um die Einstellungen und das Verhalten der Mutter zu beeinflussen.</p>

Autor	Fragestellung Design	Intervention, Datenerhebung, Erhebungszeitpunkt	Stichprobe	Ergebnisse	Kommentare
Shieh, S. J. et al. (2010).	<p>Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit eines Bildungsprogrammes auf das mütterliche Vertrauen die Fürsorge, das Wissen der Mütter und das Wachstum ihrer Frühgeborenen zu untersuchen.</p> <p>Randomisierte kontrollierte Studie</p>	<p>Der Inhalt des Programms war die strukturierte Bildung. Die Pflegenden haben sich auf die täglichen Aktivitäten wie Füttern und Baden konzentriert. Dies wurde den Müttern mit Folien aufgezeigt. Die Mütter erhielten eine Broschüre: Untersuchungen, Neugeborenen–Screening, Management, Notfallsituationen, Fütterung, Temperaturmessung, Baden, Mundhygiene und Augenpflege, Stuhl und Urin, Medikamente und Impfungen.</p> <p>Mütter der beiden Gruppen erhielten einen Fragebogen über das mütterliche und fürsorgliche Vertrauen und ihr Wissen bzgl. der Themen. jeweils drei Tage vor der geplanten Entlassung und 1 Monat nach der Entlassung.</p>	59 Mütter Frühgeborene < 37 SSW	Die mütterliche Fürsorge, das Vertrauen und Wissen der Mütter in der experimentellen Gruppe waren signifikant höher als jene der Kontrollgruppe am Tag vor der Entlassung, jedoch gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen einen Monate nach der Entlassung. Die Studie zeigte, dass die frühe Verbesserung des mütterlichen und fürsorglichen Vertrauens und das Wissen sich positiv auf das Wachstum von Körpergrösse, anstatt Körpergewicht auswirkt.	Die Ergebnisse der Studie konnten keine langfristige Wirkung aufzeigen.

Autor	Fragestellung Design	Intervention, Datenerhebung, Erhebungszeitpunkt	Stichprobe	Ergebnisse	Kommentare
Wieleng a, J. M. et al. (2006).	Der wichtigste Zweck der Durchführung der Beurteilung des Neugeborenen– Individualisierte Developmental Care (NIDCAP ®) Programm war die Zufriedenheit der Eltern und die Qualität der Pflege zu fördern. Randomisierte Studie	Interventionsgruppe(18 FG): Verhalten der Säuglinge wurde 3 Tage nach der Geburt beobachtet. Diese Beobachtungen wurden alle 7 bis 10 Tage wiederholt, solange das Kind blieb auf der Station blieb. Die Beobachtungen wurden im Detail mit dem Profi und den Eltern diskutiert und Empfehlungen wurden aufgezeigt. Die Kontrollgruppe (25 FG): Traditionelle Pflegemassnahmen. Gemessen 2 Fragebögen wurden abgegeben, um die Zufriedenheit der Eltern herauszufinden (62–Item–Fragebogen mit Close–und offenen Fragen)	43 Eltern Säuglinge: <30 Gestations– alter, wohnen in der Region von Amsterdam Ausge– schlossen: Anomalien, sowie Säuglinge mit Infektionen	Die Eltern waren deutlich zufriedener nach NIDCAP Prinzipien. Die Eltern haben auch einige Bemerkungen über die Güte von Krankenschwestern und ihre Art der Kommunikation mit den Eltern mitgeteilt. Die Eltern der Interventionsgruppe bemerkten, dass die Pflegefachfrauen vor allem auf die Unterstützung, Engagement, Interesse, Ehrlichkeit und die Erklärung des Verhaltens/ Beobachtungen eingegangen sind. Manche Eltern machten eine Bemerkung über Nationalfeiertag, wo sie Geschenke erhielten und über die Fortschritte ihres Kindes	Eine Rücklaufquote von 60% für Fragebögen ist sehr hoch. Der Wert der Messung der Zufriedenheit der Eltern mit NIDCAP wird zunehmend wichtig und notwendig für eine Qualitätsverbesserun g.

Kritische Beurteilung der Studien

- Mit dem Raster „Beurteilung einer Interventionsstudie“ nach Behrens und Langer (2004).

Quelle: Melnyk B. M., Crean H.F., Feinstein F. N. & Fairbanks E. (2008). Maternal Anxiety and Depression After a Premature Infant's Discharge From the Neonatal Intensive Care Unit. Explanatory Effects of the Creating Opportunities for Parent Empowerment Program, 57 (6), 383 –393.

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Die Mütter mit ihren Frühgeborenen aus zwei Neonatal Intensivstationen in Upstate New York wurden per Randomisierung mittels Blöcken in einer Tabelle mit Zahlen und Namen in zwei Gruppen eingeteilt. (1)

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Alle 246 Mütter waren von Anfang an bis zum Schluss dabei. (1)

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Die Pflegenden und Teilnehmenden waren nicht verblindet, aufgrund der Intervention, die Forschenden hingegen waren verblindet. (1)

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Ja, sie waren ähnlich: Geschlecht Alter & Gestationsalter etc. (1)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention– gleich behandelt?

Ja, beide Gruppen wurden abgesehen von der Intervention gleich behandelt. (1)

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Ja, es wurden alle Teilnehmer bewertet. (1)

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Es wird eine Power von 95% beschrieben und ist somit genügend. (1)

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Ja es wurde bereits untersucht, dass Eltern von Frühgeborenen grosse Angst und depressive Symptome aufzeigen. Die Ergebnisse stimmen teils mit diesen überein. (1)

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

Der Behandlungseffekt war ausgeprägt. Nach der Intervention wurde festgestellt, dass die Angst und die Depressionsymptome bei den Müttern gesunken ist. (1)

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Der p – Wert von $p < 0.01$ zeigt eine durchgehende Signifikanz. (1)

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse wurden präzise und ausführlich ausgewertet. Der Konfidenzintervall betrug 90%. (1)

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ja, die Ergebnisse sind auf Eltern mit Frühgeborenen aus Industrieländern übertragbar, da die Interventionen mit den bestehenden Unterlagen gut durchführbar sind. (0.5)

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die Ergebnisse wurden umfangreich bearbeitet. (1)

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Von Kosten und Risiken wurde nichts erwähnt. Die Ethikkommission genehmigte die Studie, die schriftliche Einwilligung wurde bei den Teilnehmern eingeholt. (0.5)

Die Studie erhält 13 von 14 möglichen Punkten

Quelle: Browne J.V. & Talmi A. (2005). Family – Based Intervention to Enhance Infant – Parent Relationship in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Psychology*, 30 (8), 667–677.

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Mütter von Frühgeborenen aus dem Universitätsspital in Oklahoma wurden durch Ziehungen randomisiert und in drei Gruppen eingeteilt, in 2 Interventionsgruppen und eine Kontrollgruppe. (1)

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

112 Mütter haben die Kriterien zur Aufnahme in die Studie erfüllt. 99 Mütter haben der Studie zugestimmt. Schlussendlich wurden 88 Mütter bewertet. Es gab 10 Drop outs, die Gründe wurden genannt. 1 Säugling ist gestorben und konnte nicht ausgewertet werden. (0,5)

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Die Pflegenden und Teilnehmenden waren nicht verblindet, aufgrund des visuellen Aspektes der Intervention. Die Untersucher hingegen waren verblindet. (1)

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Ja, Teilnehmer waren alle ähnlich: Bildung, Beruf, Geschlecht, Alter etc. (1)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?

Ja, alle 4 Gruppen wurden gleich behandelt. (1)

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Ja alle Teilnehmer wurden bewertet, kein Teilnehmer wechselte die Gruppe. (1)

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Es wird eine Reliabilität von 85% beschrieben. (1)

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Ja, es wurden bereits Studien über die Mutter Kind Interaktion durchgeführt. Die Ergebnisse stimmen teils mit diesen überein. (1)

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

Der Behandlungseffekt war ausgeprägt. Die Mütter in der Interventionsgruppe zeigten mehr Wissen auf und deutlich weniger Stress. (1)

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Der p – Wert von $p < 0.05$ zeigt eine durchgehende Signifikanz. (1)

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse wurden analysiert und gut aufgelistet. (1)

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ja, die Ergebnisse sind auf Eltern mit Frühgeborenen aus Industrieländern übertragbar. Da die Intervention gut durchführbar ist und die Umgebung ähnlich ist. (0.5)

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die wichtigsten Ergebnisse wurden beachtet. (1)

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Von Kosten und Risiken wurde nichts erwähnt. Die Ethikkommission genehmigte die Studie, die schriftliche Einwilligung wurde bei den Teilnehmern eingeholt. (0.5)

Die Studie erhält 12 von 14 möglichen Punkten

Quelle: Preyde M. & Ardal F. (2003). Effectifness of a parent “buddy” program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *Canadian Medical Association or its licensors*, 168 (8), 969–973.

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Teilnehmer der Interventionsgruppe wurden im Mount Sinai Hospital und Teilnehmer der Kontrollgruppe im Sunnybrook and Women’s College Health Siences Centre in Toronto rekrutiert. Der Vorgang der Randomisierung wurde nicht beschrieben. (0.5)

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Von anfangs 69 Müttern, waren am Ende noch 49 Mütter dabei. Die Gründe für die 20 Drop outs in einer Tabelle aufgeführt und genannt. (1)

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Die Teilnehmenden und das Personal war nicht verblindet, die Untersucher hingegen schon. (0.5)

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Ja, sie waren ähnlich: Alter, Frühgeborene, Gewicht, Aufenthalt etc. (1)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention– gleich behandelt?

Ja, die Gruppen wurden gleich behandelt. (1)

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Kein Teilnehmer wechselte während der Studie die Gruppe. (1)

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Es wird keine Power erwähnt. Die Stichprobenzahl ist höher als in anderen Studien. (0.5)

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Ja, es wurden bereits Studien durchgeführt z.B. über die Symptome der Eltern mit Frühgeborenen. Die Ergebnisse stimmen teils mit diesen überein. (1)

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

Der Behandlungseffekt war ausgeprägt. Stress, Angst und die Depressionen konnten bei den Müttern in der Interventionsgruppe gesenkt werden. (1)

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Der p – Wert von $p < 0.001 - 0.05$ zeigt eine durchgehende Signifikanz. (1)

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse wurden analysiert und gut aufgelistet. Der Konfidenzintervall betrug 95%. (1)

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ja, die Ergebnisse sind auf andere Patienten übertragbar, da Kanada auch ein Industrieland ist und daher die Umgebung ähnlich ist. Das Buddy Programm ist gut umsetzbar. (0.5)

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die wichtigsten Ergebnisse wurden umfangreich bearbeitet. (1)

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Von Kosten und Risiken wurde nichts erwähnt. Die Ethikkommission genehmigte die Studie, die schriftliche Einwilligung wurde bei den Teilnehmern eingeholt. (0.5)

Die Studie erhält 11.5 von 14 möglichen Punkten

Quelle: Jotzo M. & Poets C.F. (2005). Helping Parents Cope With the Trauma of Premature Birth: An Evaluation of a Trauma-Preventive. Psychological Intervention, *American Academy of Pediatrics*, 114, 915–919.

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Die Teilnehmer wurden in einer Neonatal Intensivstation mit 12 Betten in Tuebingen (Germany) per Randomisierung mittels Namen und Zahlen der involvierten Stichprobe, in zwei Gruppen eingeteilt. (1)

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Nur 54 Mütter von anfangs 100 Müttern waren am Ende noch dabei. Dies ergibt ein Drop out von 46. Die Gründe der Drop outs wurden genannt. (0.5)

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Nein, nicht alle Teilnehmer waren verblindet. (0.5)

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Ja, sie waren ähnlich: Alter, Frühgeborene, Gewicht, Aufenthalt etc. (1)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?

Ja, beide Gruppen wurden abgesehen von der Intervention gleich behandelt. (1)

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Kein Teilnehmer wechselte während der Untersuchung die Gruppe. (1)

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Es wird keine Power erwähnt. Die Stichprobe von 25 ist sehr gering. (0)

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Ja, das Programm und die Symptome wurden bereits untersucht und nun wurde es getestet. (1)

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

Der Behandlungseffekt war ausgeprägt. Bei Müttern in der Interventionsgruppe konnte der Stress bei den Müttern vermindert werden. (1)

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Der p – Wert von $p < 0,05$ zeigt eine durchgehende Signifikanz. (1)

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse wurden präzise und ausführlich ausgewertet. (1)

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ja, die Ergebnisse sind auf meine Patienten übertragbar, da Deutschland ein Nachbarland ist und die Umgebung ähnlich ist. Die Massnahmen sind hier gut durchführbar. (1)

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die Ergebnisse wurden umfangreich bearbeitet. Jedoch war die Stichprobengrösse zu minim. (0.5)

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Die Studie wurde von der Ethikkommission genehmigt. Von Kosten und Risiken wurde nichts erwähnt. (0.5)

Die Studie erhält 10 von 14 möglichen Punkten

Quelle: Melnyk, B.M., Feinstein, N. F., Apert–Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., Stone, P. W., Small, L., Tu, X. & Gross, S. J. (2006). Reducing Premature Infants' Length of Stay and Improving Parents' Mental Health Outcomes With the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A Randomized, Controlled Trial. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 114(12), 1414–1427.

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Eltern, die teilnehmerberechtigt waren und die Einwilligung gaben, wurden in den neonatal Intensivstationen vom University of Rochester Medical Center von New York per Randomisierung mittels 4 er Blöcken und Stratifizierung nach Abteilung in einer Tabelle mit Randomisierungszahlen und Namen in 2 Gruppen eingeteilt. (1)

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Es wurden 1278 Familien mit Frühgeborenen rekrutiert. Davon wurden 221 in die Studie aufgenommen, da sie die Kriterien erfüllten. Schlussendlich konnten nur 228 Familien bewertet werden. Die Ausfallraten wurden begründet. (1)

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Die Teilnehmer und das Personal waren nicht verblindet, aufgrund des visuellen Aspekts der Intervention. Die wissenschaftlichen Mitarbeiter waren verblindet. (1)

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Ja, die Eltern (Alter, Sprache) und das Frühgeborenen musste 6 Kriterien erfüllen. (1)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention– gleich behandelt?

Ja, beide Gruppen wurden abgesehen von der Intervention gleich behandelt. (1)

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Ja, es wurden alle Teilnehmenden bewertet. (1)

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Es wird eine Reliabilität von 90 % beschrieben. (1)

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Es werden verschiedene Ergebnisse aufgezeigt, die teils mit diesen übereinstimmen. (1)

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

Der Behandlungseffekt war anhand des p und Power Wert ausgeprägt. In der Interventionsgruppe wurde aufgezeigt, dass der Stress, Angst und die Interaktion zwischen Mutter–Kind verbessert worden ist. (1)

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Der p – Wert von $p < 0,05$ zeigt eine durchgehende Signifikanz. (1)

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse sind präzise. (1)

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ja, die Ergebnisse sind auf Eltern mit Frühgeborenen aus Industrieländern übertragbar, da die Umgebung ähnlich ist und die Massnahmen gut umsetzbar sind. (0.5)

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die wichtigsten Ergebnisse wurden beachtet. (1)

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Die Intervention hat gezeigt, dass die Kosten durch die verminderte Spitalaufenthaltsdauer gesenkt werden kann. (1)

Die Studie erhält 13.5 von 14 möglichen Punkten.

Quelle: Turan, T., Basbakkal, Z. & Özbek S. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2856–2866.

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Eltern und Frühgeborene die teilnehmerberechtigt waren und die Einwilligung gaben, wurden auf der neonatal Intensivstation im University Hospital in Denizli per Randomisierung mittels Liste der Stichprobe in 2 Gruppen eingeteilt. (1)

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Es wurden 36 von anfangs insgesamt 40 Eltern mit Frühgeborenen am Ende bewertet. Die Drop-outs wurden begründet. (1)

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Die Teilnehmer waren verblindet, der Rest jedoch nicht, da dies nicht möglich war. (0.5)

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Ja, es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen. (1)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?

Die Untersuchungsgruppen wurden gleich behandelt. (1)

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Es wechselte niemand die Gruppe. (1)

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Die Stichprobe der Teilnehmer war nicht sehr gross. Es wird keine Power erwähnt (0)

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Die Ergebnisse zu dieser Intervention sind verschieden, und stimmen somit auch teilweise mit diesen Ergebnissen überein. (1)

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

Zeigte einen signifikanten Effekt auf den Stress der Eltern. Es wurde jeweils ein Mittelwert von über 84 beschrieben. (1)

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Dies kann nicht ausgeschlossen werden. P – Wert: < 0.05 zeigt eine durchgehende Signifikanz. (0.5)

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse sind präzise, jeweils durch Tabellen mit den nötigen Ergebnissen werden aufgezeigt. (1)

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ja, die Ergebnisse sind auf Eltern mit Frühgeborenen teilweise übertragbar. Die Umgebung ist jedoch nicht gleich, da die Studie in der Türkei durchgeführt wurde. (0.5)

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die wichtigsten Ergebnisse wurden beachtet. (1)

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Die Intervention ist nicht teuer, braucht jedoch Zeit und Personal. Die ethischen Gesichtspunkte wurden berücksichtigt. (0.5)

Die Studie erhält 11 von 14 möglichen Punkten.

Quelle: Schroeder M. & Pridham K. (2006). Development of Relationship Competencies Through Guided Participation for Mothers of Preterm Infants. *Awhonn, the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 35 (3), 358–368.

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Mütter und Frühgeborene die teilnehmerberechtigt waren und die Einwilligung gaben, wurden auf einer neonatalen Intensivstation im mittleren Westen in der U.S. Stadt per Randomisierung mittels Münze werfen in 2 Gruppen eingeteilt. (1)

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Von insgesamt 43 Müttern waren am Schluss noch 16 dabei. Die Drop-outs wurden begründet. (1)

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Das Personal und die Teilnehmenden waren nicht verblindet. Die Beobachter jedoch schon. (1)

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Ja, es wurden nur geringe, keine signifikanten Unterschiede festgestellt. (1)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?

Ja, die beiden Gruppen waren gleich behandelt. (1)

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Von einem Gruppenwechsel wurde nichts beschrieben. (1)

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Die Stichprobe der Teilnehmer war nicht sehr gross, daher konnten auch nur 2 von 3 Hypothesen bestätigt werden. Es wird keine Power erwähnt. (0.5)

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Es wird erwähnt, dass die GP Intervention einen positiven Nutzen für die Mütter bringen kann. (1)

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

Der Behandlungseffekt wird mit dem Median als aussagekräftig dargestellt. (1)

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Ein p Wert von 0.01 konnte nicht erreicht werden. (0.5)

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse werden teils präzise aufgezeigt. (0.5)

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ja, die Ergebnisse sind auf Mütter mit Frühgeborenen aus Industrieländern übertragbar, da die Umgebung ähnlich ist. Die Intervention ist gut umsetzbar. (0.5)

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die wichtigsten Ergebnisse wurden beachtet. (1)

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Die Intervention ist nicht teuer, braucht jedoch Zeit und Personal. Die ethischen Gesichtspunkte wurden berücksichtigt. Durch die Intervention wurden die Teilnehmer keinem Risiko ausgesetzt. Es wird nicht auf die Kosten eingegangen. (0.5)

Die Studie erhält 11.5 von 14 möglichen Punkten.

Quelle: Van der Pal, SM., Maguire CM., Wit, JM., Walther, FJ. & Bruil, J. (2007). Parental experiences during the first period at the neonatal unit after two developmental care interventions. *Foundation Acta Paediatrica*, 96, 1611–1616.

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Mütter und Frühgeborene die teilnehmerberechtigt waren und die Einwilligung gaben wurden auf einer neonatal Intensivstation im University Medical Center in den Niederlanden durch Randomisierung mittels Tabelle mit Zahlen und Namen der Stichprobe in 2 Gruppen eingeteilt. (1)

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Es waren noch 150 von insgesamt 192 Müttern mit Frühgeborenen am Ende noch dabei. Die Drop-outs wurden begründet. 3 Kinder sind gestorben, 2 wurden transferiert und 1 ist mit einer Anomalie geboren, daher konnten sie nicht bewertet werden. (1)

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Das Personal war nicht verblindet, aufgrund des visuellen Aspekts der Intervention, auch die Teilnehmenden waren nicht verblindet, die Untersucher hingegen schon. (1)

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Ja, es wurden nur geringe, keine signifikanten Unterschiede festgestellt. (1)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention– gleich behandelt?

Es ist davon auszugehen, dass die Gruppen gleich behandelt wurden. (1)

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Von einem Gruppenwechsel wurde nichts beschrieben. (0.5)

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Es wird keine Power beschrieben. Die Stichprobenzahl war nicht sehr gross. (0.5)

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Im Gegensatz zu anderen Studien fand diese Studie keinen Behandlungseffekt. (0.5)

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

Der Behandlungseffekt wird in den aufgeführten Ergebnissen als aussagekräftig dargestellt. (0.5)

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Ein Zufall ist nicht auszuschliessen. (0.5)

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse werden teils präzise aufgezeigt. Die Ergebnisse werden nur in einer Statistik aufgezeigt. Der Konfidenzintervall beträgt 99%. (0.5)

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ja, auf Elterngruppen mit Frühgeborenen aus Industrieländern. Die Umgebung in der Schweiz ist ähnlich und die beschriebenen Interventionen sind gut umsetzbar. (0.5)

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die wichtigsten Ergebnisse wurden beachtet. (1)

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Die Genehmigung wurde von der Ethikkommission eingeholt. Die Informierte Zustimmung wurde von den Verantwortlichen gegeben. Es wird nichts von möglichen Risiken und Kosten erwähnt. (0.5)

Die Studie erhält 10,5 von 14 möglichen Punkten.

Quelle: Maquire, C. M., Bruil, J., Wit, J. M. & Walther, F. J. (2007). Reading preterm infants' behavioral cues: An intervention study with parents of premature infants born <32 weeks. *Department of Pediatrics*, 83, 419–424.

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Mütter und Frühgeborene die teilnehmerberechtigt waren und die Einwilligung gaben, wurden durch Randomisierung per Zufallsprinzip in einem Universitätsspital in den Niederlanden in 2 Gruppen eingeteilt. (1)

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Es waren von anfangs 28 Mütter, am Schluss noch 22 dabei. Die Drop-outs wurden begründet. 3 Kinder sind gestorben, daher konnten sie nicht bewertet werden. (1)

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Das Personal war nicht verblindet, aufgrund des visuellen Aspekts der Intervention. Die Teilnehmenden auch nicht, die Untersucher jedoch waren verblindet. (0.5)

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Ja, es wurden nur geringe, keine signifikanten Unterschiede festgestellt. (1)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?

Es ist davon auszugehen, dass die Gruppen gleich behandelt wurden. (1)

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Von einem Gruppenwechsel wurde nichts beschrieben. (1)

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Es wird von einem Power von 80% beschrieben und ist somit genügend. (1)

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Zuvor wurden bereits verschiedene Massnahmen zur verbesserten Eltern–Kind Bindung durchgeführt, welches die erhöhte Sicherheit im Umgang mit den FG nachweisen konnte. (1)

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

Es ist ein Behandlungseffekt vorhanden. Denn die Mütter der Interventionsgruppe zeigten eine signifikante Verbesserung der Kenntnisse von Frühgeborenen Verhaltensstörungen und eine erhöhte Sicherheit im Umgang mit den Frühgeborenen. (0.5)

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Ein Zufall ist nicht auszuschliessen. (0.5)

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Studie hat gezeigt, dass die Eltern in der Interventionsgruppe ein besseres Wissen in Bezug auf Verhaltensweisen der FG aufzeigten. (1)

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ja, auf Elterngruppen mit Frühgeborenen aus Industrieländern, da die Umgebung ähnlich ist. Die Interventionen könnten in der Schweiz gut umgesetzt werden. (0.5)

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die wichtigsten Ergebnisse wurden beachtet. (1)

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Die ethischen Gesichtspunkte wurden berücksichtigt. Es wird nichts von möglichen Risiken und Kosten erwähnt. (0.5)

Die Studie erhält 11,5 von 14 möglichen Punkten.

Quelle: Zekowitz, P., Feeley, N., Shrier, I., Stremler, R., Westreich, R., Dunkley, D., Steele, R., Rosberger, Z., Lefebvre, F. & Papageorgiou, A. (2008). The Cues and Care Trial: A randomized controlled trial of an intervention to reduce maternal anxiety and improve developmental outcomes in very low birthweight infants. *BMC Pediatrics*, 1–10.

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Mütter von Säuglingen mit weniger als 1500 g werden auf der Neugeborenen-Intensivstation in 2 Montreal Krankenhäuser rekrutiert, und werden nach dem Zufallsprinzip mittels 4, 6 er Blöcken von aussenstehendem Personal in die zugewiesene Gruppe eingeteilt. (1)

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Es waren 98 Mütter vom Anfang bis am Ende dabei. Die Drop-outs wurden keine genannt. (1)

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Den Teilnehmenden in beiden Gruppen wurde eine Intervention mitgeteilt, obwohl die Kontrollgruppe keine bekam. Das Personal war nicht verblindet, die Untersucher jedoch schon. (0.5)

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Es wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt. (1)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?

Es ist davon auszugehen, dass die Gruppen gleich behandelt wurden. (1)

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Von einem Gruppenwechsel wurde nichts beschrieben. (1)

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Es wird eine Power von 0.8 beschrieben und ist somit genügend, da sie Minimum 40 Teilnehmer pro Gruppe brauchten, um einen Effekt nachzuweisen. (1)

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Es wird erwähnt, dass die GP Intervention einen positiven Nutzen für die Mütter bringen kann. (0.5)

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

Ein Behandlungseffekt ist vorhanden. Die Studie hat gezeigt, dass der Stress und die Angst in der Interventionsgruppe reduziert werden konnte. (0.5)

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Ein Zufall ist nicht auszuschliessen. (0.5)

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse werden nicht präzise aufgezeigt, es ist nur eine Tabelle ersichtlich, ansonsten wird keine Statistik aufgezeigt. (0.5)

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ja, auf Elterngruppen mit Frühgeborenen aus Industrieländer, da die Umgebung ähnlich ist. Die Interventionen können gut bei Eltern mit Frühgeborenen durchgeführt werden. (0.5)

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die 2 Hypothesen wurden beachtet und beantwortet. (1)

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Eine schriftliche Einverständniserklärung wird von allen Teilnehmenden erhalten und wird von der Ethikkommission genehmigt. Auf den Kostenpunkt wird nicht eingegangen. (0.5)

Die Studie erhält 10,5 von 14 möglichen Punkten.

Quelle: Glazebrook, C., Marlow, N., Israel, C., Croudace, T., Johnson, S., White, I. R. & Whitelaw, A. (2006). Randomised trial of a parenting intervention during neonatal intensive care. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 92, 438–443.

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Eine Cluster-randomisierte, kontrollierte Studie mit einer Crossover-Design wurde in zwei Regionen des Vereinigten Königreichs, der Süd-West und Trent Regionen durchgeführt. Sechs Neugeborene Zentren haben teilgenommen, je drei aus jeder Region.

Mütter und Frühgeborene die teilnehmerberechtigt waren und die Einwilligung gaben, wurden durch Randomisierung mittels Zufallsprinzip in 2 Gruppen eingeteilt. (1)

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Es waren noch 204 Mütter von anfangs insgesamt 496 Mütter mit Frühgeborenen noch dabei. Die Drop-outs wurden begründet. Drop outs, 143 in der Interventionsgruppe und 149 in der Kontrollgruppe. 33 Kinder sind gestorben, daher konnten sie nicht bewertet werden. (1)

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Weder die Forscher noch die Pflegefachfrauen waren verblindet. Die Angestellten für die Gruppeneinteilung waren blind. (0.5)

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Ja, es wurden nur geringe, keine signifikanten Unterschiede festgestellt. (1)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?

Es ist davon auszugehen, dass die Gruppen gleich behandelt wurden. (1)

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Von einem Gruppenwechsel wurde nichts beschrieben. (1)

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Die mangelnde statistische Signifikanz war nicht auf Low-Power zurückzuführen, denn die Power war genügend. Bei 172 Teilnehmenden wird eine Power von 99% beschrieben, welches genügend ist. (1)

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Im Gegensatz zu anderen Studien fand diese Studie keinen Behandlungseffekt. (0.5)

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

Der Behandlungseffekt wird mit dem Median als aussagekräftig dargestellt. (1)

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Ein Zufall ist nicht auszuschliessen. (0.5)

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Es wird ein Konfidenzintervall von 95% aufgezeigt. (0.5)

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ja, auf Elterngruppen mit Frühgeborenen aus Industrieländer. Die Umgebung in der Schweiz ist ähnlich und die Pflegemassnahmen sind gut umsetzbar. (0.5)

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die Ergebnisse werden präzise aufgezeigt. Die Resultate werden anhand von Statistiken aufgezeigt, auch ein Flow Diagramm wird benutzt. (0,5)

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Die Studie wurde von der Süd-West Research Ethikkomitee und der Forschungsethik genehmigt. Auf die Kosten wird nicht eingegangen (0.5)

Die Studie erhält 10,5 von 14 möglichen Punkten.

Quelle: Meijssen, D. E., Wolf, M. J., Koldewijn, K., Wassenaar, A. G., Kok, J. H. & Baar, A. L. (2010). Parenting stress in mothers after very preterm birth and the effect of the Infant Behavioural Assessment and Intervention Program. *Child: care, health and development*, 37 (2), 195–202.

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Eine randomisierte kontrollierte Studie wurde in zwei Krankenhäuser in der NICU und in fünf städtischen Krankenhäusern in Amsterdam. Mütter und Frühgeborene die teilnehmerberechtigt waren und die Einwilligung gaben, wurden durch Randomisierung mittels Zufallprinzip in 2 Gruppen eingeteilt. (1)

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Von insgesamt 315 Müttern waren am Ende noch 162 dabei. Die 153 Drop-outs wurden begründet und aufgezeigt. 11 Kinder sind gestorben, daher konnten sie nicht bewertet werden. (1)

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Das Personal und die Teilnehmenden waren nicht verblindet, aufgrund des visuellen Aspekts der Intervention. Die Untersucher hingegen waren verblindet. (1)

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Ja, es wurden nur geringe, keine signifikanten Unterschiede festgestellt. (1)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?

Die Gruppen sind abgesehen von der Intervention gleich behandelt worden. (1)

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Von einem Gruppenwechsel wurde nichts beschrieben. (1)

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Es wird keine Power beschrieben, die Stichprobenzahl war jedoch genügend. (1)

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Es wird erwähnt, dass die GP Intervention einen positiven Nutzen für die Mütter bringen kann. (1)

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

Es ist kaum ein Behandlungseffekt vorhanden. Die Forscher konnten keine Unterschiede von den angewendeten Massnahmen zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe erkennen. (0.5)

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Ein Zufall ist nicht auszuschliessen. (0.5)

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Studie hat gezeigt, dass die Eltern in der Interventionsgruppe ein besseres Wissen in Bezug auf Verhaltensweisen der FG aufzeigten. (1)

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ja, auf Elterngruppen mit Frühgeborenen aus Industrieländern, da die Umgebung ähnlich ist. Die Intervention könnte man gut umsetzen, jedoch wird sie nicht als signifikant dargestellt. (1)

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die wichtigsten Ergebnisse wurden beachtet. (1)

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Die Genehmigung wurde von der Ethikkommission eingeholt. Alle Teilnehmenden unterzeichneten die Einverständniserklärung. Es wird nichts von möglichen Risiken und Kosten erwähnt. (0.5)

Die Studie erhält 12,5 von 14 möglichen Punkten.

Quelle: Shieh, S. J., Chen, H. L., Liu, F. C., Liou, C. C., Lin, Y. H., Tseng, H. & Wang, R. H. (2010). The effectiveness of structured discharge education on maternal confidence, caring knowledge and growth of premature newborns. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3307–3313.

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Mütter und Frühgeborene die teilnehmerberechtigt waren und die Einwilligung gaben, wurden in einem Krankenhaus in Taiwan durch Randomisierung mittels Randomisierungszahlen und Namen in einer Tabelle der involvierten Stichprobe mit Zufallsprinzip in 2 Gruppen eingeteilt. (1)

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Von insgesamt 63 Müttern waren am Ende noch 59 Mütter dabei. Die Drop-outs wurden begründet. (1)

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Das Personal, sowie die Teilnehmenden waren nicht verblindet, aufgrund der Intervention. Die Untersucher hingegen schon. (1)

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Ja, es wurden nur geringe, keine signifikanten Unterschiede festgestellt. (1)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention– gleich behandelt?

Es ist davon auszugehen, dass die Gruppen gleich behandelt wurden. (1)

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Von einem Gruppenwechsel wurde nichts beschrieben. (1)

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Eine Power wird nicht beschrieben, die Grösse der Stichprobe ist jedoch nicht ungenügend. (0.5)

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Geb

Die Ergebnisse der Studie waren kongruent mit anderen Studien. (1)

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

Es ist kaum ein Behandlungseffekt vorhanden. Das Wissen der Mütter in der Interventionsgruppe war signifikant höher als in der Kontrollgruppe. (0.5)

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Ein Zufall ist nicht auszuschliessen. (0.5)

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse werden präzise in Tabellen aufgezeigt. Der Konfidenzintervall liegt über 80%. (1)

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Obwohl die Studie in China durchgeführt wurde, sind die Interventionen auch gut auf die Elterngruppen in der Schweiz übertragbar. (0.5)

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die wichtigsten Ergebnisse wurden beachtet. (1)

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Die Genehmigung wurde von der Ethikkommission eingeholt. Es wird nichts von möglichen Risiken und Kosten erwähnt. (0.5)

Die Studie erhält 11,5 von 14 möglichen Punkten.

Quelle: Kaaresen, P. I., Ronning, J. A., Ulvund, S. E. & Dahl, L. B. (2012). A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of an Early-Intervention Program in Reducing Parenting Stress After Preterm Birth. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 118, e9–e19.

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Mütter und Frühgeborene die teilnehmerberechtigt waren und die Einwilligung gaben, wurden durch Randomisierung in einem Universitätsspital in Norwegen in 2 Gruppen eingeteilt. Die Teilnehmenden wurden in statistischen 4 er und 6 er Blöcken mit Computer-generierten Zufallszahlen stratifiziert. (1)

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Von insgesamt 203 Müttern und Vätern mit Frühgeborenen waren am Ende noch 146 Mütter und Väter dabei. Die Drop-outs wurden begründet. (1)

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Die Untersucher waren verblindet. Das Personal und die Teilnehmenden waren nicht verblindet, aufgrund der Interventionen. (0.5)

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Ja, es wurden nur geringe, keine signifikanten Unterschiede festgestellt. (1)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention– gleich behandelt?

Es ist davon auszugehen, dass die Gruppen gleich behandelt wurden. (1)

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Von einem Gruppenwechsel wurde nichts beschrieben. (1)

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Es wird von einem Power von 80% beschrieben und ist somit genügend. (1)

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Viele Studien haben gezeigt, dass Mütter mehr Stress als Väter sowohl während des Aufenthalts- und Neugeborenen-Intensivstation empfinden und es wurden auch schon Interventionsprogramme durchgeführt, welches den Stress minimieren sollte. Jedoch ist dies die erste Studie, die die Väter in das Programm mit einbezieht. (1)

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

Der Behandlungseffekt wird mit dem Median als aussagekräftig dargestellt. (1)

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Ein Zufall ist nicht auszuschliessen. (0.5)

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Studie hat gezeigt, dass sich die Eltern in der Interventionsgruppe kompetenter im Umgang mit dem FG fühlen. Es wird ein Konfidenzintervall von 95% beschrieben. Die Ergebnisse werden in verschiedenen Tabellen aufgezeigt. (1)

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ja, auf Elterngruppen mit Frühgeborenen aus Industrieländern, da die Umgebung ähnlich ist und die Interventionen gut umsetzbar sind. (1)

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Die wichtigsten Ergebnisse wurden beachtet. (1)

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Die ethischen Gesichtspunkte wurden berücksichtigt und von der norwegischen Datenschutzbehörde genehmigt. Es wird nichts von möglichen Risiken und Kosten erwähnt. (0.5)

Die Studie erhält 12.5 von 14 möglichen Punkten

Quelle: Wielenga, J. M., MSN, RN, Smit, B. J., MD, PhD, Unk, L. K. A. & RN. (2006). How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP Model of Care for Their Preterm Infant? *Journal of Nursing Care Quality*, 21 (1), 41–48.

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Mütter und Frühgeborene die teilnehmerberechtigt waren und die Einwilligung gaben, wurden in einer Kinderklinik in Amsterdam per Randomisierung mittels Zufallsprinzip in 2 Gruppen eingeteilt. (1)

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Von insgesamt 50 Müttern waren am Ende noch 43 Mütter dabei. Die Drop-outs wurden begründet. 2 Kinder sind verstorben, daher konnten sie nicht bewertet werden. (1)

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Das Personal wie auch die Beobachter waren nicht verblindet. Die Untersucher jedoch waren verblindet. (1)

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Ja, es wurden nur geringe, keine signifikanten Unterschiede festgestellt. (1)

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?

Ja, die beiden Gruppen waren gleich behandelt. (1)

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Von einem Gruppenwechsel wurde nichts beschrieben. (1)

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Die Stichprobe der Teilnehmer war nicht sehr gross. Eine Power wird nicht erwähnt. (0.5)

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Es wird erwähnt, dass das NIDCAP Programm einen positiven Nutzen für Eltern mit Frühgeborenen bringen kann. (1)

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

Der Behandlungseffekt wird mit dem Median als aussagekräftig dargestellt. Die Eltern waren mit der NIDCAP Intervention deutlich zufrieden. (1)

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

Der p-Wert von 0.015 zeigt eine durchgehende Signifikanz.. (0.5)

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Die Ergebnisse der Fragebögen werden präzise aufgezeigt. (1)

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ja, die Ergebnisse sind auf Mütter mit Frühgeborenen aus Industrieländern übertragbar, da die Umgebung ähnlich ist. (1)

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

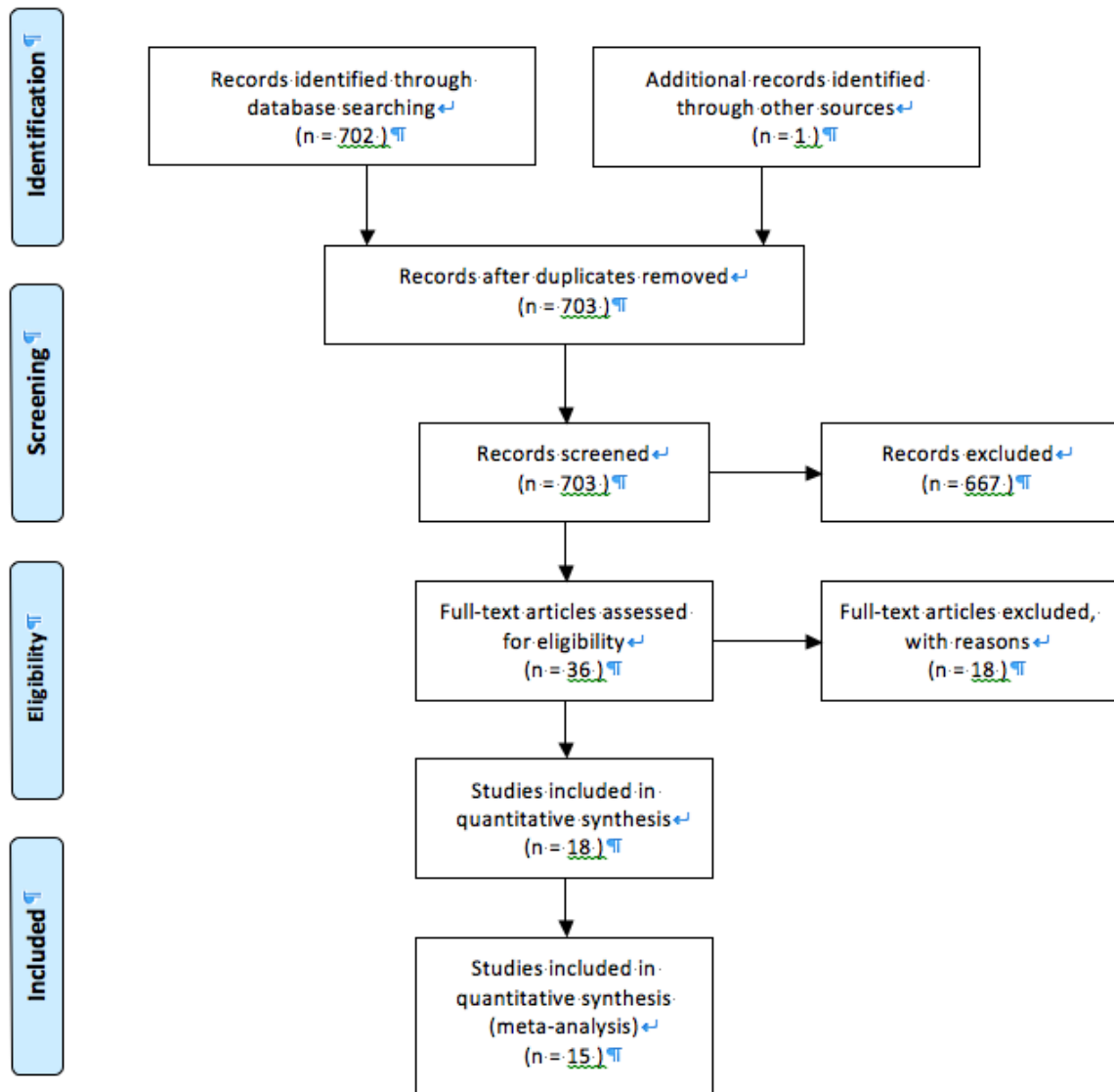
Die wichtigsten Ergebnisse wurden beachtet. (1)

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Die Intervention ist nicht teuer, braucht jedoch Zeit und Personal. Die ethischen Gesichtspunkte wurden berücksichtigt. Durch die Intervention wurden die Teilnehmer keinem Risiko ausgesetzt. Es wird nicht auf die Kosten eingegangen. (0.5)

Die Studie erhält 12.5 von 14 möglichen Punkten.

Anhang F: Prisma Flow – Diagram



Quelle: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Anhang G: Die 6 Schritte der EBN Methode

Die 6 Schritten der EBN-Methode

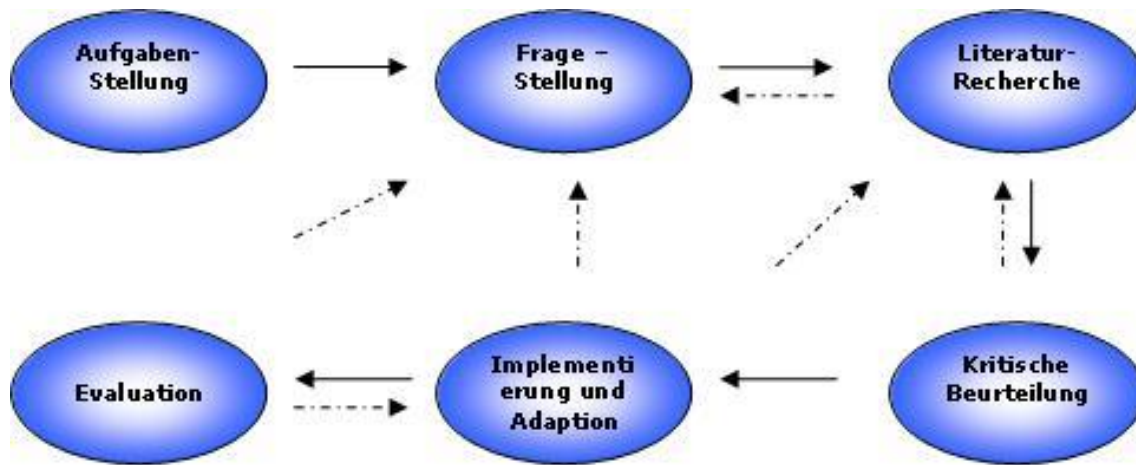


Abbildung 3: Die 6 Schritte der EBN-Methode

Quelle: Behrens & Langer, 2004, S.37.

Anhang H: Selbstständigkeitserklärung

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, habe ich als solche erkenntlich gemacht.“

Ulrichen, den 02. Juli 2012

Noémie Buchs