

Pflegerische Betreuung der Postpartum Depression: Eine systematische Literaturübersicht

Bachelor-Thesis

von

Ramona Bärtsch
Bachelor 2009-2012

Erstgutachterin: Rebecca Osterwalder

Hochschule für Gesundheit Freiburg
Studiengang Bachelor of Science in Pflege

2. Juli 2012

Abstract

Hintergrund: Eine Depression gehört nach der Geburt eines Kindes zu den häufigsten psychischen Erkrankungen der Mutter. Die Anzahl Frauen, welche postpartum in solch eine Krisensituation geraten, nimmt stetig zu. Gleichzeitig werden weltweit nur die Hälfte der Postpartum Depressionen als solche erkannt. Trotz der Relevanz dieser Thematik werden Unterstützungsangebote und Pflegeinterventionen durch Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich als unzureichend und mangelhaft beschrieben. Diese Umstände führen dazu, dass viele betroffene Frauen nicht die nötigen Hilfestellungen erhalten. **Ziel:** Das Ziel dieser systematischen Literaturübersicht besteht darin, professionelle Pflegeinterventionen für die Betreuung von Frauen mit einer Postpartum Depression zu formulieren. Diese Empfehlungen bieten sich für spitalinterne Dienste aber auch für Angebote ausserhalb von Institutionen an und richten sich ebenso an die Familien der Betroffenen. **Methode:** Zur Erreichung des Ziels wird eine systematische Literaturübersicht erarbeitet. Auf den zwei Datenbanken PubMed und CINAHL wurden geeignete Studien gesucht und anschliessend kritisch beurteilt. Anhand für das Thema relevante Kriterien konnten 14 passende Studien einbezogen werden. **Ergebnisse:** Aus den Studien sind folgende vier Hauptthemen für die Bearbeitung der Ergebnisse entstanden: Schulung/Beratung, Gruppentherapie, kognitive Verhaltenstherapie und soziale Unterstützungssysteme. Daneben sind eine gute Aufklärung sowie der Kontakt zur Familie und zu anderen betroffenen Müttern für Frauen mit einer Postpartum Depression besonders hilfreich. Wichtige Kompetenzen für Pflegende sind somit der Einbezug der Familie, das Eingehen auf die Bedürfnisse aber auch gute Kommunikationsfähigkeiten und die Koordination mit weiteren Gesundheitsdiensten. **Schlussfolgerung:** Die Betreuung von Frauen mit einer Postpartum Depression stellt eine grosse Herausforderung für die Pflege dar. Fachpersonen sollten vermehrt darauf aufmerksam gemacht und mittels Weiterbildungen für die Thematik sensibilisiert werden, um eine adäquate pflegerische Unterstützung zu gewährleisten. Obwohl das Ziel der Arbeit erreicht wurde, besteht weiterhin Forschungsbedarf zu dieser Thematik.

Schlüsselbegriffe: Postpartum Depression – Pflegeinterventionen – Familie – Unterstützungssysteme

Danksagung

An dieser Stelle möchte die Autorin all denjenigen Personen, die sie während der Erstellung der Bachelorarbeit tatkräftig unterstützt haben, ihren Dank aussprechen.

Ein grosses Dankeschön richtet sich an die Erstgutachterin Rebecca Osterwalder für die kompetente Begleitung während dem Erstellen der systematischen Literaturübersicht. Ausserdem bedankt sich die Autorin herzlich bei Heidi Kolly, welche die Arbeit sorgfältig durchgelesen und korrigiert hat. Die Autorin möchte sich ganz besonders bei ihrem Partner Martin Kolly für die Hilfestellung bei der Formatierung und die motivierenden Worte bedanken.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1.1 Problembeschreibung	6
1.2 Fragestellung	9
1.3 Ziele und Absichten.....	9
2. Theoretischer Rahmen	10
2.1 Die Postpartum Depression.....	10
2.2 Das Konzept Krise.....	11
2.3 Die Familie.....	14
2.4 Die Pflege	16
3. Methodologie.....	17
3.1 Design	17
3.2 Ablauf der Literaturrecherche	17
3.2.1 Suchbegriffe und Suchkriterien.....	18
3.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	19
3.2.3 Auswahl der Studien.....	20
3.3 Analyse	20
3.3.1 Kritische Beurteilung und Bewertung	20
3.4 Gütekriterien.....	21
3.4.1 Reliabilität	21
3.4.2 Validität.....	21
3.5 Ethische Überlegungen.....	22
4. Ergebnisse.....	23
4.1 Schulung und Beratung.....	24
4.2 Gruppentherapie.....	26
4.3 Die kognitive Verhaltenstherapie.....	28
4.4 Soziale Unterstützungssysteme.....	29
5. Diskussion.....	31
5.1 Schulung und Beratung.....	31
5.2 Gruppentherapie.....	33

5.3 Die kognitive Verhaltenstherapie.....	35
5.4 Soziale Unterstützungssysteme.....	35
6. Schlussfolgerungen.....	39
6.1 Beantwortung der Fragestellung.....	39
6.2 Relevanz für die Pflegepraxis.....	40
6.3 Empfehlungen für die Implementierung der Ergebnisse in die Praxis	40
6.4 Kritische Würdigung der Arbeit.....	42
6.5 Lernprozess.....	43
6.5.1 Lernprozess zur Thematik.....	43
6.5.2 Lernprozess zum methodischen Vorgehen.....	43
7. Literaturverzeichnis	44
8. Anhang.....	48
Anhang A: Schritte zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht.....	48
Anhang B: Suchprotokoll.....	49
Anhang C: Überblick über alle einbezogenen Studien.....	52
Anhang D: Zusammenfassungen der Studien.....	54
Anhang E: Beurteilungsraster für quantitative Studien.....	78
Anhang F: Beurteilungsraster für Interventionsstudien.....	91
Anhang G: Beurteilungsraster für qualitative Studien.....	119
Anhang H: Tabelle Punkte-Noten.....	127
Anhang I: Evidenzlevel nach dem Oxford Centre for Clinical Evidence.....	128
Anhang J: Schematische Darstellung der Ergebnisse.....	129
Anhang K: Die sechs Schritte der EBN-Methode.....	132
Anhang L: Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala (EPDS).....	133
Anhang M: Selbständigkeitserklärung.....	134

1. Einleitung

In der folgenden Arbeit wird zur Vereinfachung häufig die männliche Form verwendet. In diese Bezeichnung sind jedoch Frauen gleichermassen eingeschlossen.

Eine Depression gehört nach der Geburt eines Kindes zu den häufigsten Psychischen Erkrankungen der Mutter (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2009). Meist tritt solch eine Depression Wochen bis Monate nach der Geburt auf und kann mehrere Monate andauern. Betroffen sind 10 bis 15% der Frauen, woraus sich eine mittlere Prävalenzrate von 13% ergibt (Mikoteit & Riecher-Rössler, 2010). In der Schweiz sind dies ca. 10'000 Frauen jährlich (Verein Postnatale Depression Schweiz, 2011), wobei der Anteil der Frauen, die nach der Geburt in solch eine Krisensituation geraten, stetig zunimmt (BAG, 2010). Die Postpartum Depression (PPD) kann grundsätzlich im gebärfähigen Alter auftreten, doch nach einer Studie von Dalton (2003) liegt das Durchschnittsalter bei 28,4 Jahren, wobei in den ersten drei Monaten nach der Geburt das Risiko an einer Depression zu erkranken am höchsten ist (Wimmer-puchinger & Riecher-Rössler, 2006). Zwei Drittel der betroffenen Frauen erleben bei einer erneuten Schwangerschaft einen Rückfall (Dalton, 2003). Zu Unterscheiden von einer Postpartalen Depression ist der Post-Partum-Blues und die Wochenbettpsychose. Beim sogenannten Baby-Blues handelt es sich um ein Stimmungstief, welches einige Tage nach der Geburt auftritt und in den meisten Fällen nach spätestens 10 Tagen wieder abklingt. Bei 20 bis 30% führt dieses Stimmungstief jedoch zu einer ernstzunehmenden PPD (Kemp, Bongartz & Rath, 2003). Es werden lediglich 50% der Postpartalen Depressionen erkannt. Diese Zahl ist erschreckend hoch. Denn unbehandelt dauert die Depression durchschnittlich 7 Monate und kann fatale Folgen für die ganze Familie mit sich bringen (Kemp et al., 2003). Darauf und auf weitere Probleme dieser Thematik wird im nächsten Abschnitt eingegangen.

1.1 Problembeschreibung

Weltweit werden nur die Hälfte der Postpartum Depressionen als solche erkannt und aufgedeckt (Verein Postnatale Depression Schweiz, 2011). Somit fehlt häufig eine angemessene Behandlung. Das kann damit erklärt werden, dass betroffene Frauen sich oftmals nicht trauen, professionelle Hilfe zu suchen. Dies wegen Scham- und

Schuldgefühlen dem Umfeld und vor allem dem Kind gegenüber. Ein weiterer Grund ist, dass Frauen das Auftreten depressiver Symptome nach der Geburt nicht richtig einordnen können und nicht wissen, dass es sich um eine PPD handelt, welche einer Behandlung bedarf (Dalton, 2003). Dies führt dazu, dass die Mütter sehr spät oder überhaupt nicht Hilfe beanspruchen und die Krankheit somit verlängert wird und überflüssige Gesundheitskosten entstehen. Hierbei spielt auch die Angst, vom Kind getrennt zu werden, eine wichtige Rolle. Somit sollte der Kontakt zum Kind auch bei stationärem Aufenthalt ermöglicht werden (Mikoteit & Riecher-Rössler, 2010).

Die Schwangerschaft, die Geburt und das Gestalten des Lebens als Familie bedeutet eine grosse Veränderung innerhalb der Partnerschaft. Somit stellt die erste Zeit nach der Geburt eine Belastungsprobe für die Eltern und deren Beziehung dar. Die Rollenbilder werden angepasst und erweitert. Die Rolle des Vaters wird beschrieben als eine Stütze, welche sich haltend auf die Mutter und das Kind auswirkt. Ist diese emotionale und physische Unterstützung nicht möglich oder nicht vorhanden, so stellt dies ein erheblicher Risikofaktor für die Entstehung oder Verschlimmerung einer PPD dar. Unter solchen Auswirkungen haben nicht nur die betroffenen Frauen, sondern auch die Partnerschaft und die engsten Angehörigen zu leiden (Mikoteit & Riecher-Rössler, 2010).

Die starke Erschöpfung, die Reizbarkeit sowie der Verlust des Selbstvertrauens sind nur einige Symptome, mit denen alle Beteiligten zu kämpfen haben. Vor allem der Partner oder die engste Bezugsperson sind von dem depressiven Verhalten und den aggressiven Ausbrüchen der Frau betroffen. Werden diese Symptome nicht als solche einer psychischen Erkrankung erkannt und behandelt, können sie einer Beziehung dauerhaften Schaden zufügen. Denn solche Persönlichkeitsveränderungen während der PPD führen meist zu starken Konflikten und stellen eine Ursache für Beziehungs- und Ehekrisen dar. Dies hat dann nicht selten einen Rückzug oder eine Trennung zur Folge, was den Zustand der Mutter noch verschlimmern kann. Auch ältere Geschwister leiden enorm unter dem depressiven Zustand ihrer Mutter. Die gesamte Situation ist verwirrend und belastend für die Kinder. Es ist schwierig, das Verhalten der Mutter einzuordnen und zu verstehen (Dalton, 2003).

Es wird ersichtlich, dass Frauen mit einer PPD an einer ernstzunehmenden Erkrankung leiden. Betroffene Frauen sind meist auf Unterstützung von aussen angewiesen und verdienen eine adäquate und fachliche Betreuung. Nach Empfehlung des National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] (2007) sollten Pflegende, welche mit betroffenen Frauen in Kontakt treten, unter anderem folgende Kompetenzen aufweisen: Gute Kommunikationsfähigkeit, Unterstützung der betroffenen Person, des Partners und der Familienmitglieder, sowie die Involvierung dieser bei wichtigen Entscheidungen. Zusätzlich sollten evidenz-basierte Interventionen abgeschnitten auf die persönlichen Bedürfnisse der Betroffenen angeboten werden. Auch die Organisation und Koordination verschiedener Netzwerke ist unumgänglich für eine ganzheitliche, adäquate Betreuung (NICE, 2007).

Dies erweist sich jedoch nicht immer als einfach, wenn man bedenkt, dass in der Schweiz ein Mangel an angemessenen Versorgungsleistungen für Frauen besteht, welche nach der Geburt in eine Krisensituationen geraten (BAG, 2009). Das heisst, dass in einigen Gebieten in der Schweiz nach dem Spitalaustritt Versorgungslücken bestehen und dass es an Angeboten für Mütter in schwierigen sozialen Lebenslagen fehlt. Im Bereich der psychologischen Unterstützung ist vor allem die Übermittlung an weiterführende Betreuungspersonen problematisch. Auch durch die frühe Spitalentlassung kommt es nicht selten zu Überforderungssituationen, welche wiederum zu gesundheitlichen Problemen der Eltern führen können. Somit werden die aktuellen Versorgungskonzepte den Eltern und dem Kind auch auf gesundheitsfördernder- und präventiver Ebene nicht gerecht. Solche Umstände führen dazu, dass viele betroffene Frauen nicht die nötigen Hilfestellungen auf ambulanter und vor allem stationärer Ebene finden. Diese Tatsache stellt ein Problem für die Betroffenen, aber auch für das Gesundheitspersonal dar. Denn Postpartale Erkrankungen erfordern fachspezifische Kompetenzen und die Fähigkeit zur Umsetzung des Wissens seitens der Pflegenden. Doch da hierbei klare Mängel bestehen, ist es von grosser Wichtigkeit, dieser Problematik genauer auf den Grund zu gehen, um herauszufinden, welche konkreten Massnahmen nötig sind, um betroffenen Frauen sowie den Angehörigen eine angemessene Pflegequalität zu bieten.

Anhand dieser Problembeschreibung wird die Autorin folgender Fragestellung nachgehen:

1.2 Fragestellung

Welche pflegerische Betreuung benötigt eine Frau mit einer Postpartum Depression und ihre Familie spitin und spitex?¹

1.3 Ziele und Absichten

Die Autorin wird anhand einer systematischen Literaturreview der Fragestellungen mit all ihren Komponenten nachgehen. Durch die Ergebnisse, welche die Bearbeitung der Thematik und der Studien hervorbringen werden, erhofft sich die Autorin neue Erkenntnisse im Bereich der Behandlung der Postpartum Depression. Ein Fokus wird hierbei auf die pflegerische Betreuung betroffener Frauen sowie die Unterstützung der Angehörigen gelegt. Das Ziel dieser Review besteht darin, herauszufinden, welche pflegerische Betreuung eine Frau mit einer PPD innerhalb von Institutionen, aber auch ausserhalb braucht und welche Pflegeinterventionen optimiert werden können. Weiterhin soll untersucht werden, wie Pflegefachpersonen die Familie adäquat in die Betreuung miteinbeziehen können.

Im folgenden Kapitel werden wichtige Begriffe aus der Fragestellung erklärt sowie die Konzepte und Theorien beschrieben.

1 Spitin: Alle spitalinternen Institutionen
Spitex: Spitalexterne Hilfe und Pflege (Dienstleistungen)

2. Theoretischer Rahmen

2.1 Die Postpartum Depression

Eine Postpartum Depression (PPD) ist in der ICD-10² nicht als eigenständiges Krankheitsbild aufgeführt. Im DSM-IV³ gibt es ein Unterkapitel für depressive Störungsbilder "mit postpartalem Beginn". Dies gilt jedoch nur für die ersten vier Wochen nach der Entbindung (Gröhe, 2004). Nach Wimmer-puchinger et al. (2006) gehören jedoch zu den Postpartum Depressionen alle schweren und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen, welche im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten.

Die Symptomatik der PPD ist multifaktoriell. Grundsätzlich handelt es sich um ein ähnliches Krankheitsbild, wie bei typischen Depressionen. Trotzdem gibt es einige Zeichen, welche sich unterscheiden. Hierzu gehört zum Beispiel die starke Reizbarkeit, welche vor allem bei der PPD zu beobachten ist. Ausserdem beziehen sich die Symptome häufig auf das Kind (Dalton, 2003). Die Mütter empfinden dem Kind gegenüber fehlende, ambivalente oder negative Gefühle. Einige leiden auch unter Zwangsgedanken, dem Kind etwas anzutun. Solche Gefühle und Gedanken sind für die Frauen sehr schwer zu ertragen und führen zu starken Schuldgefühlen. Weitere Zeichen einer Depression in der Postpartumperiode ist eine depressive Verstimmung, welche sich in Antriebsmangel, Freudlosigkeit und Interessenverlust äussert. Hinzu kommen Ein- und Durchschlafprobleme, welche trotz extremer Müdigkeit bestehen bleiben. Auch Appetit- und Konzentrationsstörungen können hinzukommen. Viele Betroffene haben zusätzlich starke Ängste und Sorgen, welche sich zu Suizidgedanken- und handlungen ausweiten können.

Zu den Risikofaktoren einer PPD gehören bio- psycho- soziale Faktoren. Der wohl grösste Risikofaktor ist die Prädisposition. Besteht solch eine genetische Veranlagung, muss nichts weiter, ausser die Geburt selber, hinzukommen um eine Depression auszulösen. Auch die Hormone scheinen einen Einfluss auf die Stimmungslage zu haben (Riecher-Rössler, 2006). Nach der Geburt fällt der Östrogen- sowie der

2 International Classification of Diseases

3 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Progesteronspiegel rasant in die Tiefe was zu einer PPD beitragen kann (Dalton, 2003), Weitere Risikofaktoren sind der Baby-Blues und psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte. Aus psychischer Sicht kann also gesagt werden, dass die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett ein kritisches Lebensereignis und eine grosse Umstellung darstellen und psychische Anpassungsleistungen erfordern. Dies kann zu Ängsten, Überforderung und Stresszuständen führen, was bei mangelhaften Copingstrategien (Bewältigungsstrategien) das Auftreten einer PPD begünstigt. Auf sozialer Ebene wurde nachgewiesen, dass Frauen, welche nur wenig soziale Unterstützung erhalten und eine schlechte Beziehung zum Partner oder zu ihrer Bezugsperson aufweisen, eher an einer PPD leiden. Von einer Postpartum Depression wird also gesprochen, wenn die Frau depressive Gefühle empfindet, die Symptome innerhalb eines Jahres nach einer Entbindung, Fehlgeburt oder Abtreibung auftreten sowie länger als zwei Wochen andauern (Riecher-Rössler, 2006).

Um diese Aspekte noch gezielter theoretisch zu vertiefen, wird nun auf zwei Themenbereiche eingegangen, welche in direktem Zusammenhang mit der Problematik stehen.

2.2 Das Konzept Krise

Nach Zeller-Forster (2004) ist eine Krise ein Ereignis im Leben, welches durch hohe Belastung gekennzeichnet ist. Solche Ereignisse führen zur Umorientierung im Denken und Handeln. Der Begriff Krise wird aus dem griechischen Wort „Krisis“ abgeleitet und bedeutet „entscheidende Wendung.“ Das Wort Krise existiert in verschiedenen Bereichen, wie etwa in der Medizin, Psychologie oder Wirtschaft. In all diesen Bereichen geht es um einen Moment, der über Sieg oder Niederlage entscheidet. Somit ist Krise eine negativ empfundene Veränderung des Gleichgewichts zwischen Individuum und Umwelt, welche sich auf die gesamte Persönlichkeit auswirkt und dazu führt, dass sich der Betroffene in seiner Identität bedroht fühlt. Er empfindet eine wachsende Angst den drängenden Problemen gegenüber, die er in der Situation nicht zu lösen glaubt. Es gibt verschiedene Arten von Stressoren welche in eine Krise führen können. Dazu zählen psychosoziale Stressoren, Stress am Arbeitsplatz, umweltbedingter Stress oder die Krankheit als Krise (Zeller-Forster, 2004).

Das Auslösen einer Krise wird von folgenden Faktoren beeinflusst: Bedeutung, welche dem Ereignis zugemessen wird, aktueller psychischer und physischer Zustand, Copingstrategien, das soziale Netz sowie die Stärke und Dauer der Stressoren (Zeller-Forster, 2004).

Dies wird auch von Lazarus und Folkman (1984) bestätigt, welche das transaktionale Stressmodell begründet haben. Der theoretische Ansatz besagt, dass verschiedene Menschen nicht gleich auf Situationen reagieren und eine bestimmte Situation Anforderungen an den Menschen stellen kann, die seine Möglichkeiten zur Bewältigung überfordern. Also kann jeder Reiz und jede Krisensituation als Bedrohung erlebt werden, womit das Coping und die Ressourcen notwendig werden.

Zeller-Forster (2004) beschreibt die Krise in vier verschiedenen Phasen:

1. Phase der angepassten und routinierten Reaktionen

Hierbei wendet der Betroffene bekannte Bewältigungsstrategien an, um mit einem belastenden Ereignis umzugehen. Scheitern mehrere Lösungsansätze, wird die Person vermehrt unsicher und verliert den Glauben an sich selbst. Die Bedrohung wird immer schlimmer.

2. Phase der Unsicherheit und Überforderung

Der Betroffene hat mit seinen Abwehrstrategien keinen Erfolg und ist überfordert. Angst, Unsicherheit, Spannung und innerer Druck nehmen zu. Der Betroffene sieht immer weniger Perspektiven und wird zunehmend hilflos und fühlt sich als Versager.

3. Phase der Abwehr

Alle Ressourcen werden genutzt, um das Problem zu lösen. Auch solche, welche normalerweise nicht angewendet werden. Es ist möglich, dass der Betroffene in dieser Phase das Problem angehen und lösen kann und wieder an Selbstwertgefühl gewinnt. Das emotionale Gleichgewicht stellt sich allmählich wieder ein.

4. Phase der Erschöpfung

In dieser Phase wird bestimmt, ob der weitere Verlauf positiv oder negativ ist. Wenn die bedrohende, überfordernde Situation anhält, verschlechtert sich das seelische und körperliche Wohlbefinden stark. Dies kann zu Verschlussenheit, Hilflosigkeit und Wut bis hin zu Erschöpfungszuständen und zum Zusammenbruch führen. Dies erfordert nicht selten fachliche Hilfe, um den betroffenen Menschen zu wirksamen Bewältigungsstrategien anzuleiten.

Die Gründung einer eigenen Familie und die Geburt eines Kindes können ein Lebensereignis für die Eltern darstellen, welches zu einer Krise führt. Je nach dem wie beispielsweise die Mutter mit solchen Einschnitten umgeht, können starke physische und psychische Reaktionen, wie etwa eine Depression ausgelöst werden. Eine Krise kann jedoch gleichzeitig auch ein Wendepunkt und eine Chance bedeuten. Dieses Wissen über Auftreten, Ursachen sowie die Phasen einer Krise können Pflegefachpersonen helfen, das Krisenmanagement in die Behandlung der Postpartum Depression einzubeziehen und Betroffene mit deren Angehörige durch ressourcenorientierte Gespräche aktiv in der Bewältigung zu unterstützen. Denn die Gefahr, dass eine ähnliche Krise erneut auftritt, ist ziemlich gross (Zeller-Forster, 2004).

Um den Schweregrad einer Krise postpartum zu beurteilen, eignet sich ein Einschätzungsinstrument sehr gut. Ein sehr häufig angewandter Fragebogen ist die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, siehe Anhang L). Das ist ein Fragebogen, der die Stimmungslage der letzten 7 Tage erhebt (Verein Postnatale Depression Schweiz, 2011). Er besteht aus insgesamt 10 Fragen, bei denen es u.a. um Schlafstörungen, Schuldgefühle, die Fähigkeit sich zu freuen sowie um Suizidabsichten geht. Diese Selbstbeurteilungsskala kann auch während der Schwangerschaft Auskunft über eine mögliche Depression geben. Denn die Früherkennung kann Möglichkeiten eröffnen, um die Verschlechterung bis zur klinischen Depression aufzuhalten. Das Resultat gibt einen Anhaltspunkt, ob die Betroffene Frau Fachhilfe zur genaueren Abklärung aufsuchen sollte. Werte über 13 sind ein Zeichen für eine depressive Erkrankung. Jedoch muss nach solch einem Resultat ein genaues Assessment durchgeführt und der Test wiederholt werden (Dalton, 2003).

2.3 Die Familie

Seit Mitte des letzten Jahrhunderts wurde die Familie als Gemeinschaft von Mann und Frau mit unmündigen und unverheirateten Kindern definiert. Heute wird die Familie eher als Einheit angesehen, welche von der Person beschrieben und erlebt wird. Dazu gehören nicht nur Blutsverwandte, sondern auch Menschen, welche einem sehr nahe stehen, wie beispielsweise Freunde oder Nachbarn. Die Familie wird als System beschrieben. Das heisst, dass sich die Familienmitglieder gegenseitig beeinflussen und bei Problemen unterstützen. Wird ein Familienmitglied jedoch mit etwas Schwerwiegendem, wie etwa einer psychischen Erkrankung konfrontiert, so kann das Familiensystem ausser Kontrolle geraten. Denn eine Krankheit stellt für den Betroffenen und die Angehörigen eine Belastung dar, welche sich zur Krise entwickeln kann. Eine Erkrankung oder eine Hospitalisation führt bei Betroffenen und Angehörigen zu einem Unterbruch im Alltag. Dies kann vor allem bei Notfalleintritten überraschend geschehen. Es kann jedoch auch einen positiven Aspekt haben, weil die Hoffnung auf Besserung besteht. Durch die Veränderung muss sich jedoch jedes Familienmitglied seiner Gefühle und seiner Rolle bewusst werden. Die starken Gefühle, wie Ungewissheit, Angst und Überforderung, welche in solchen Situationen auftreten, können sich positiv oder negativ auf gegenseitige Beziehungen auswirken. Somit kann die Familie entweder Sicherheit und Halt geben und somit eine Ressource darstellen, sie kann jedoch die Belastung auch verstärken in dem sich z.b. der Partner durch eigene Ängste und Überforderung von der Frau distanziert oder die Familienmitglieder sich zurückziehen. Meist ist die Familie jedoch ein Unterstützungssystem für den Patienten. Einerseits sorgen sie sich stark um den Kranken und auf der anderen Seite treten Verlassenheitsgefühle auf, welche der Partner oder andere Angehörige erleben können (Holzer-Pruss, 2004).

Es gibt verschiedene Gründe, warum es zu einer Belastung von Angehörigen kommen kann (Holzer-Pruss, 2004).

- **Krankheitsbedingt:** Bei chronischer Krankheit oder wenn die Erkrankung plötzlich auftritt, kann die Belastung sehr hoch sein. Auch die Stigmatisierung oder finanzielle Probleme im Zusammenhang mit der Krankheit, sind Gründe für eine Belastung der Angehörigen.

- **Verhalten des Kranken:** Verweigerung von notwendigen Interventionen und Verhalten, welches von der Norm abweicht wie etwa Drogenabhängigkeit, suizidales Verhalten, Gewalttätigkeit, Isolation und Beschimpfungen.
- **Verhalten der Familie:** Ungelöste Konflikte, Schuldgefühle und verminderte Copingstrategien können zu ineffizienter Kommunikation und zu veränderten Rollenerwartungen führen, was familiäre Spannungen zur Folge haben kann.
- **Faktoren in Zusammenhang mit Krankheit und Pflege:** Mangelhaftes Wissen über die Krankheit, schlechte Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient, Personalmangel, Überforderung und fehlende Pflegeeinrichtungen.

Pflegende werden mit dem Familiensystem des Patienten konfrontiert und müssen sich in der Pflege der Patienten damit auseinandersetzen. Die Familie sollte auch informiert und in die Behandlung miteinbezogen werden. Dies bedeutet zum Teil eine zusätzliche Aufgabe, es kann jedoch auch eine Entlastung darstellen. Denn die Familie ist eine wichtige Informationsquelle für die Pflege und den Arzt. (Holzer-Pruss, 2004). Auch das Kind muss adäquat versorgt werden und seinen Platz in der Familie finden (Dalton, 2003). Es wird ersichtlich, dass alle einen wichtigen Teil zur Genesung beitragen und daher in der professionellen Betreuung nicht fehlen sollten (Holzer-Pruss, 2004).

In diesem Zusammenhang ist das Calgary Family Assessment zu erwähnen. Hierbei wird die Familie als eine Einheit betrachtet, in der die einzelnen Mitglieder durch ihre Beziehungen untereinander definiert werden. Das Calgary Assessment ist ein anerkanntes und empirisch erforschtes Modell mit systemischem Ansatz. Eine wichtige Aussage dieses Modells ist, dass Erkrankungen Patienten und Angehörige gleichermassen betreffen kann und jedes Familienmitglied nur in Zusammenhang mit der gesamten Familie erfasst und verstanden werden kann. Denn nur dann erhalten auch Kinder, Geschwister und der Partner adäquate Unterstützung. Auch Interventionen können gemeinsam geplant, umgesetzt und überprüft werden. Die familiäre Struktur kann mittels graphischen Darstellungen, wie etwa dem Genogramm oder Ecomap strukturiert veranschaulicht werden (Osterwalder, 2009).

Im nächsten Kapitel wird die Bedeutung der soeben aufgeführten Theorien und der Postpartum Depression für die Pflege aufgezeigt.

2.4 Die Pflege

Professionelle Pflege von Müttern wird sowohl in Institutionen wie auch ausserhalb ausgeübt. Pflegende haben in der Prä- und Postpartalzeit unter anderem die Aufgabe der Gesundheitsberatung. Sie haben auf einer Wochenbettstation neben den Angehörigen, am meisten Kontakt zu Müttern in der postpartalen Periode und sollten daher postpartale psychische Veränderungen als erste wahrnehmen können. Denn je früher diese erkannt werden, umso besser ist die Prognose. Pflegende benötigen Wissen über die PPD und ihre Symptome, damit Frauen mit einem erhöhten Risiko oder einer bereits beginnenden Erkrankung frühzeitig erfasst werden. Erst dann können adäquate Interventionen eingeleitet und Unterstützung angeboten werden (Rittiner, 2006).

Dies ist jedoch nur möglich, wenn die Pflegenden eine Vertrauensbeziehung zu der betroffenen Mutter aufbauen können. Dies gelingt unter anderem durch das Eingehen auf die Bedürfnisse der Patientin zum Beispiel durch die Förderung eines entspannten Mutter-Kind-Kontaktes. Hierbei ist eine gute Aufmerksamkeit erforderlich, um wahrzunehmen, wann die Betroffene und die Angehörigen Entlastung benötigen. Auch eine gute Informationsvermittlung und Beratung, welche sich an die Beteiligten richtet und an deren Zustand angepasst ist, gehört dazu. Denn eine professionelle Betreuung durch die Pflegenden in einer offenen, verständnisvollen Atmosphäre kann sich positiv auf den Heilungsprozess auswirken (Lintner & Gray, 2006).

Dies bestätigt auch der personenzentrierte Ansatz von Carl Rogers (1977). Er sieht den Patienten und dessen Gefühle und Erleben als Mittelpunkt eines Gespräches zwischen ihm und einer Gesundheitsfachperson. Deshalb sollten Pflegende folgende therapeutische Grundhaltungen aufweisen:

- Kongruenz (Echtheit) sich selbst und dem Patienten gegenüber.
- Bedingungslose Wertschätzung, ohne über das Verhalten zu urteilen.
- Empathie (Einfühlungsvermögen), wobei die Pflegenden sich auf die Gefühle des Patienten einlässt und versucht diesen zu verstehen.

Um die Methodik und den Ablauf der systematischen Literaturübersicht aufzuzeigen, werden im nächsten Kapitel die einzelnen Etappen systematisch dargelegt.

3. Methodologie

In den folgenden Abschnitten wird die Auswahl des Designs begründet, die nötigen Schritte zum Erstellen einer systematischen Literaturübersicht erläutert, sowie ethische Überlegungen aufgeführt.

3.1 Design

Diese Bachelorarbeit wird anhand einer systematischen Literaturübersicht geschrieben. Solche Reviews gehören zu den sekundären Publikationen, weil hierbei erarbeitete Studien ausgewählt, zusammengefasst und mittels einer Analyse neue Ergebnisse abgeleitet werden. Die Literaturrecherche erfolgt systematisch, nach streng festgelegten Richtlinien, welche nur Studien einschliessen, welche bestimmte Qualitätskriterien erfüllen. Die ausgewählten Studien müssen vergleichbar und somit analysierbar sein. Durch die Beurteilung mehrerer Studien wird eine Übersicht über den aktuellen Forschungsstand dargelegt. Durch die Bearbeitung werden Lücken in der Forschung ersichtlich, sowie Hypothesen und Interventionen entwickelt. Die Suchstrategie wird in einem Tabellensystem schriftlich festgehalten. Jede Studie wird je nach kritischer Beurteilung ein- oder ausgeschlossen und anschliessend zusammengefasst. Diese Zusammenfassung beinhaltet folgendes: Autoren, Jahr, Fragestellung, Ziel, Forschungsdesign, Setting, Stichprobe, Methode, Ergebnisse, Diskussion und Ethische Aspekte. Die Zusammenfassungen der einzelnen Studien sind im Anhang D zu finden. Für die vorliegende Bearbeitung ist das Design einer Literaturübersicht gut geeignet, weil solch eine Arbeit kostengünstig und relativ schnell durchgeführt werden kann. Es wird gezielt Literatur beigezogen, welche pflegerelevante und aussagekräftige Ergebnisse zur Fragestellung geben können (Schorro, 2011a).

3.2 Ablauf der Literaturrecherche

Die Autorin hat sich nach dem Zusammentragen der relevanten Fachliteratur in die Thematik eingelesen. Um den Forschungsstand zu identifizieren, wurde auf der Datenbank "PubMed" zuerst grob nach entsprechenden Studien gesucht. Durch die gewonnenen Informationen ergab sich die Problembeschreibung und die Fragestellung, welche sich jedoch im Verlauf der Bearbeitung leicht verändert hat.

Die zielgerichtete Literaturrecherche fand von Mitte September 2011 bis Ende Februar 2012 auf verschiedenen Datenbanken statt. Zuerst wurde auf "Cochrane" gesucht, um mögliche bereits vorhandene Literaturübersichten zu diesem Thema auszuschliessen. Danach wurde auf folgenden Datenbanken passende Studien recherchiert: "PubMed", "CINAHL" und "PsychInfo". Auf diesen Datenbanken wurde mittels konkreten Suchbegriffen sowie Ein- und Ausschlusskriterien nach geeigneten Studien recherchiert. Die Datenbank "Psychinfo" lieferte kaum Studien, welche gebraucht werden konnten. Somit wurde nur noch mit "PubMed" und "CINAHL" weiter gesucht.

Die einzelnen Schritte der systematischen Literaturübersicht werden anhand des Schemas von Polit, Beck und Hungler (2004) durchgeführt. Dieses ist im Anhang A ersichtlich.

3.2.1 Suchbegriffe und Suchkriterien

Um eine einheitliche und systematische Vorgehensweise zu gewährleisten, wurden bei beiden Datenbanken mit gleichen oder ähnlichen Begriffen gesucht (auf Englisch). Da bei "PubMed" wenn möglich mit „MeSH-Terms“ gearbeitet wurde und einige Begriffe nicht existieren, hat dies teilweise zu Unterschieden in der Begriffswahl geführt. In folgender Kombination wurde mit den Suchbegriffen recherchiert: Postpartum Depression AND Social Support (Soziale Unterstützung) * Postpartum Depression AND Inpatients (stationäre Behandlung) * Postpartum Depression AND relatives (Angehörige) AND nursing support (Pflegerische Unterstützung) * Postpartum Depression AND relatives (Angehörige) AND care unit (Stationäre Abteilung) * Postpartum Depression AND care unit (Stationäre Abteilung) AND nursing (Pflege) * Postpartum Depression AND Nursing (Pflege) * Postpartum Depression AND Psychiatry (Psychiatrie) AND Nursing Care (Pflegerische Betreuung) * Postpartum Depression AND Family (Familie) AND Nursing (Pflege) * Postpartum Depression AND Psycho-therapy-Group (Psychotherapie-Gruppe) * Postpartum AND emotional illness (psychische Krankheit) AND care (Pflege) * Postpartum depression AND care (Pflege) AND interventions (Massnahmen/Interventionen) * Postpartum depression AND nursing (Pflege) AND support (Unterstützung) * Postpartum Depression AND treatment (Behandlung) AND care (Pflege) * Postpartum depression AND care (Pflege) AND support (Unterstützung).

Zusätzlich wurde mit folgenden Limits recherchiert: Sprache: Deutsch, Englisch, Alter: Erwachsene (19+), Studien der letzten 10 Jahre. Auf Grund geringer Trefferquoten wurde bei "CINAHL" auf die Alterseingrenzung verzichtet. Wenn die Autorin eine passende Studie gefunden hat, so wurde die Funktion "Related Articles" eingesetzt, um ähnliche Studien zu finden. Auch Autoren, welche auf bereits gelesenen Studien aufgeführt waren, wurden gesucht und gegebenenfalls miteinbezogen (Schneeballprinzip). Das Suchprotokoll mit allen Begriffen und Kombinationen ist im Anhang B im anhand einer Tabelle ersichtlich.

3.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Um den gezielten Einbezug der Studien zu optimieren, wurde während dem Lesen der Abstracts und der Bearbeitung der Studien folgende Ein- und Ausschlusskriterien berücksichtigt:

- Das Setting, welches spitalinterne- sowie externe Dienste einschliesst. Zum Beispiel: Psychiatrie, Wochenbettstation, eine speziell dafür eingerichtete Einheit oder zu Hause bei der Person.
- Im Bezug zur Forschungsethik ist anzumerken, dass vorwiegend Studien miteinbezogen wurden, welche von der Ethikkommission überprüft und genehmigt wurden.
- Abgesehen von zwei Studien, wurden nur Forschungsarbeiten, welche in den letzten 10 Jahren publiziert wurden, einbezogen.
- Es wurden keine Literaturübersichten oder Fachartikel einbezogen, da genügend Studien vorhanden waren.
- Passend zur Fragestellung wurden vorwiegend quantitative Studien integriert. Trotzdem wurden drei qualitative Studien einbezogen, weil sich diese sehr gut zur Ergänzung der Beantwortung der Fragestellung eigneten und die Sicht der betroffenen Mütter integriert.
- Die meisten Studien beziehen sich auf die Arbeit von Pflegefachpersonen. Es wurden jedoch auch Studien integriert, bei denen andere Qualifikationen vorkamen, wie z.b. Hebammen, Psychologen oder Pflegeexperten.

3.2.3 Auswahl der Studien

Nachdem die Literaturrecherche abgeschlossen war, wurden drei Studien auf der Onlinebibliothek Subito bestellt. Eine davon konnte nach sorgfältigem Lesen integriert werden. Die restlichen ausgewählten Studien konnten direkt aus den Datenbanken entnommen und ausgedruckt werden. Es folgte die Zusammenfassung und die kritische Beurteilung, woraus sich 14 geeignete Studien ergaben, welche in die Literaturübersicht integriert werden konnten. 11 Studien entsprechen einem quantitativen Design oder einer Interventionsstudie und 3 sind qualitativ. Eine Übersicht über alle einbezogenen Studien mit Autoren und Design befindet sich im Anhang C.

3.3 Analyse

Im folgenden Abschnitt werden die kritische Beurteilung der ausgewählten Studien und die Vorgehensweise bei der Bewertung der Literatur verdeutlicht.

3.3.1 Kritische Beurteilung und Bewertung

Quantitative Studien: Um die Qualität dieses Designs so gut wie möglich einzustufen, wird der Fragebogen von LoBiondo-Wood und Haber (2005) benützt (Anhang E). Dieser Fragebogen setzt sich aus 14 Hauptfragen mit Teilfragen zusammen und untersucht unter anderem die Stichprobe, das Design, die Validität und Reliabilität, die Methodik sowie die Datenanalyse.

Interventionsstudien: Quantitative Interventionsstudien wurden mittels Fragebogen von Behrens und Langer (2004) beurteilt (Anhang F). Auch dieser Bogen beinhaltet 14 Fragen, womit maximal 14 Punkte vergeben werden konnten (pro Frage ein Punkt). Um festzulegen, ob die Beurteilung der Studien den Qualitätskriterien entspricht, wurden sie mittels eines Punktesystems validiert. Die einzelnen Kriterien erhielten je nach Beurteilung 1 Punkt, 0.75 Punkte, 0,5 Punkte, 0.25 Punkte oder 0 Punkte. Anschliessend wurde die Summe zusammengezählt. Die quantitativen- sowie die Interventionsstudien wurden in die Literaturübersicht integriert, wenn sie 65% der Punkte, also mindestens 9.5 Punkte erreicht haben. (= Note 4).

Qualitative Studien: Passende qualitative Studien wurden mittels Kriterien von Behrens und Langer (2004) beurteilt, welche anhand von 12 Fragen die

Glaubwürdigkeit, die Aussagekraft, sowie die Anwendbarkeit der Studien prüft und einschätzt (Anhang G). Die Schlusserwertung der Studie musste mindestens ein Punktetotal von 8 (= Note 4) ergeben, damit sie in die Literaturübersicht einbezogen wurde (mindestens 65% der Punkte). Das Punktesystem ist im Anhang H dargestellt.

In den folgenden zwei Unterkapiteln werden die Gütekriterien und die damit verbundenen Begriffe der Reliabilität und Validität erklärt. Ausserdem wird auf die ethischen Grundsätze eingegangen.

3.4 Gütekriterien

„Gütekriterien der empirischen Forschung sind Massstäbe, die entwickelt wurden, um die Qualität von Forschung bestimmen zu können. Sie geben darüber Auskunft, ob die Art und Weise, wie die Forschungsergebnisse in einer Studie zu Stande gekommen sind, wissenschaftlich korrekt war. Die Gütekriterien beziehen sich in der Regel auf die Erhebung und die Auswertung der Daten“ (Mayer, 2007, S. 98).

3.4.1 Reliabilität

Reliabilität als Gütekriterium zeigt an, inwiefern wiederholte Messungen mit dem selben Gegenstand oder Vorgang die gleichen Ergebnisse anzeigen. Somit ist ein Instrument reliabel, wenn die Resultate nach mehrmaligem Messen mit dem gleichen Instrument gleich oder zumindest ähnlich sind (Mayer, 2007). Die vorliegende Literaturrecherche wurde so beschrieben, dass bei einer erneuten Durchführung die selben, oder ähnliche Ergebnisse erzielt würden. Die systematische Vorgehensweise, welche die Autorin während der Bearbeitung verfolgt hat, stellt ein wichtiges Merkmal für eine gute Reliabilität einer Literaturübersicht dar.

3.4.2 Validität

Nach Mayer (2007) zeigt die Validität (Gültigkeit) an, ob ein Messinstrument tatsächlich das misst, was es messen soll. Die Reliabilität ist eine Voraussetzung für die Validität. In einer Literaturrecherche bedeutet das eine gezielte und strukturierte Planung. Um dies zu gewährleisten, wurden nach den Schritten von Polit, Beck & Hungler (2004) vorgegangen. Trotzdem ist es möglich, dass Literatur übersehen wurde, da die Datensammlung lediglich durch die Autorin selber erfolgte.

Wie bereits in der Theorie erwähnt, ist es wichtig, dass die Pflegende eine Beziehung zum Patienten anstrebt, welche von Empathie und Wertschätzung geprägt ist sowie dessen Ansichten und Gefühle ernst nimmt (Rogers, 1977). Um diese Aspekte zu vertiefen, wird im nächsten Abschnitt auf die ethischen Grundsätze eingegangen.

3.5 Ethische Überlegungen

Wissenschaftliche Forschung, die sich auf Menschen bezieht, wirft immer ethische Fragen auf (Mayer, 2007). Auch in der Forschung haben Pflegende die Pflicht, die Menschenwürde und die Rechte der Patienten zu schützen. Diesbezüglich erwähnt Mayer (2007) zwei bedeutende Anliegen in der Pflegeforschung:

- Die Rechte der Patienten, welche an der Forschung teilnehmen zu schützen.
- Die Forschungsmethoden nach bestem Wissen korrekt anzuwenden.

Diese ethischen Anliegen beruhen auf folgenden vier Grundprinzipien: Autonomie, Gutes-Tun, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit. Daraus lassen sich die drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes ableiten: Umfassende Information und freiwillige Zustimmung, Anonymität und Schutz der Einzelnen vor Schäden (Mayer, 2007). Die Autorin untersucht, inwiefern die einbezogenen Studien den ethischen Richtlinien entsprechen und hat dies bei den Zusammenfassungen integriert (Schorro, 2011b). Es wurde auf folgende Punkte geachtet:

- Überprüfung und Genehmigung von der Ethikkommission.
- Einverständnis der Institution für die Durchführung.
- Informierte Zustimmung der Probanden (Schwierigkeit bei vulnerablen Personen).
- Gewährleistung der Massnahmen zum Datenschutz.

Die Autorin hat lediglich eine Studie miteinbezogen, bei welcher keine Angaben über die ethischen Aspekte aufgeführt waren. Die Studie wurde trotzdem integriert, weil sie sich gut für die Beantwortung der Fragestellung eignet und bei der Beurteilung durch die Autorin eine gute Benotung erzielte.

Beim folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der jeweiligen Studien erläutert.

4. Ergebnisse

In die systematische Literaturübersicht wurden die Ergebnisse von insgesamt 14 Studien integriert. Acht davon stammen aus dem europäischen Raum. Jeweils eine aus der Schweiz (Hofecker-Fallahpour et al., 2003), und aus Deutschland (Grube, 2005), eine aus der Türkei (Tezel & Gözümlü, 2008) sowie eine aus Wales (Davies & Allen, 2007). Vier der europäischen Studien kommen aus Skandinavien. Zwei davon aus Finnland (Tammentie et al., 2009; Kuosmanen, Vuorilehto, Kumpuniemi & Melartin, 2010), eine aus Norwegen (Glavin, Smith, Sorum & Ellefsen, 2009) und eine aus Schweden (Wickberg & Hwang, 1996). Die restlichen sechs Studien wurden ausserhalb von Europa durchgeführt. Diese von Ugarriza (2004) in den USA und diese von Fleming, Klein & Corter (1992) wurde in Kanada gemacht. Weitere drei Studien entstanden in Australien (Buultjens, Robinson & Liamputtong, 2008; Mulcahy, Reay, Wilkinson & Owen, 2010; Yelland, Sutherland & Brown, 2010) und eine in Neuseeland (McCarthy & McMahon, 2008). Die einzelnen Studien wurden in die fünf Evidenzstufen nach dem Oxford Centre for Clinical Evidence (2009) eingeteilt (Anhang I). Die meisten Studien erreichten die ersten zwei Evidenzstufen. Leider liess es sich nicht vermeiden, einige Studien aus der 3. Stufe miteinzubeziehen. Das Evidenzlevel der Studien wurde von der Autorin folgendermassen eingeschätzt: Stufe 1: Zwei Studien, Stufe 2: Acht Studien, Stufe 3: Vier Studien, Stufen 4 und 5: Keine Studien.

Die Darstellung der Befunde ist ein wichtiger Schritt bevor die Auswertung und Interpretation erfolgt. Somit werden in diesem Kapitel die Ergebnisse von den ausgewählten Studien genau beschrieben. Dies dient dazu, die folgende Fragestellung zu beantworten: "Welche pflegerische Betreuung braucht eine Frau mit Postpartum Depression und ihre Familie?"

Beim Bearbeiten der Studien haben sich Themenbereiche herauskristallisiert. Um eine logische Darstellung zu gewährleisten, werden die wichtigsten Ergebnisse anhand von folgenden vier Themen erläutert: Schulung und Beratung, Gruppentherapie, kognitive Verhaltenstherapie sowie soziale Unterstützungssysteme. Eine Signifikanz der Ergebnisse besteht, wenn $p \leq 0.05$. Die Ergebnisse sind im Anhang J schematisch dargestellt.

4.1 Schulung und Beratung

Die folgenden vier Studien haben die Wichtigkeit von Schulungen im Sinne von Aufklärungsprogrammen, Informationsübermittlung, Beratungsgesprächen und das Erlernen von Problemlösungsfähigkeiten aufgezeigt: Buultjens et al. (2008), Wickberg & Hwang (1996), Glavin et al. (2009) und Tezel & Gözüml (2006).

Bei der Untersuchung von Buultjens et al. (2008) wurde ein psychosoziales Programm sowie evidenzbasierte Gruppentherapien angeboten. Das Programm bestand aus drei Stufen: 1. Fähigkeits- und Wissensvermittlung 2. Kommunikation und Bindung mit dem Kind 3. Positiver Umgang mit Problemen und Ängsten. Alle 10 teilnehmenden Frauen äusserten bei den anschliessenden Interviews positive und lehrreiche Erfahrungen in der Gruppe (Von insgesamt 100 Evaluationsbogen vergaben alle mindestens 8 von 10 Punkte). Die Sessionen halfen eine Bindung zwischen Mutter und Kind aufzubauen, sowie die Genesung positiv zu unterstützen. Das bestätigt auch die randomisiert kontrollierte Studie von Wickbern und Hwang (1996), welche sich mit der Wirksamkeit von Beratungsgesprächen für Frauen mit PPD beschäftigt hat. Die Stichprobe belief sich auf 41 Frauen aus jeweils 17 verschiedenen schwedischen Pädiatrie-Kliniken. Vor der Intervention wurden sie anhand eines Fragebogens eingeschätzt. 17 Pflegefachfrauen erhielten Trainingssessionen in Nicht-direktiven Beratungsmethoden und wurden während den Beratungsgesprächen von einem Supervisor beaufsichtigt. Die Interventionsgruppe erhielt in einem Zeitraum von sechs Wochen sechs Beratungsstunden. Zu dieser Zeit wurden keine anderen Therapien durchgeführt. Die Kontrollgruppe erhielt die normale Grundversorgung. Die Auswertung wurde mittels halb-strukturierten Interviews und anhand der Montgomery Asbern Depression Rating Skala (MADRS) durchgeführt. Die Ergebnisse waren eindeutig: Bei der Interventionsgruppe zeigten 12 von 15 Frauen (80%) nach den sechs Wochen Beratung keine Anzeichen für eine Depression. Bei der Kontrollgruppe waren es 4 von 16 Frauen (25%). Der Unterschied der Genesungsrate zwischen den Gruppen belief sich auf: 55% $p < 0.01$. Zudem gab es eine signifikante Reduktion innerhalb der Interventionsgruppe in der MADRS-Rate vom ersten zum zweiten Interview: $p < 0.001$. Auch der Wert zwischen den Gruppen ist vom ersten zum zweiten Interview signifikant gesunken: $p < 0.0058$. Bei der Selbstbeurteilung über den mentalen Zustand nach sechs

Wochen gaben die meisten in der Interventionsgruppe (17 Personen) an, dass ihr Zustand viel besser oder besser ist. Keine fühlte sich schlechter als zuvor. Die meisten fühlten sich frei, mit der Pflegenden über alles zu sprechen. Sie wurde als professionell und interessiert beschrieben und gab ihnen das Gefühl normal zu sein. Bei der Kontrollgruppe fühlten sich auch die meisten besser (12 Personen), trotzdem schätzten 3 ihren Zustand als viel schlechter oder schlechter ein. Hier wurden die Pflegenden als eher am Kind und nicht an der Mutter interessiert beschrieben. Ausserdem hätten sie keine Zeit für die Probleme der Mutter und seien immer in Eile. Sie fühlten sich nicht ausreichend unterstützt. Es zeigt sich, dass sich die Beratungsmethode sehr gut für betroffene Frauen eignet, welche an einer Depression leiden und auf Grund des Stillens oder des Schweregrades keine Antidepressiva nehmen wollen.

Die Studie von Glavin et al. (2009) zeigte ähnliche Ergebnisse und trägt somit zur Beantwortung der Fragestellung bei. 228 Frauen nahmen an dieser aktuellen Studie teil. 64 in der Kontrollgruppe und 164 in der Interventionsgruppe. Die Intervention war unterstützende Beratung durch eine Pflegefachfrau. 26 Pflegefachfrauen wurden ausgebildet Postpartum Depressionen zu identifizieren und unterstützende Beratung anzuwenden. 6 Wochen postpartum wurden Vortests gemacht mit der Edinburgh Postnatal Depressionsskala (EPDS). 3 und 6 Monate postpartum wurde erneut der selbe Bogen ausgefüllt. Die Depressionsrate sank statistisch signifikant bei der Interventionsgruppe verglichen zu der Kontrollgruppe nach drei und sechs Monaten postpartum. Nach drei Monaten haben 45 % bei der Kontrollgruppe ≥ 10 Punkte beim EPDS erreicht und nur 22% bei der Interventionsgruppe. Das bedeutet signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen nach drei Monaten: $p < 0.01$ und nach sechs Monaten: $p < 0.01$

Die Untersuchung von Tezel und Gözümlü (2006) hat zwei verschiedene Behandlungsansätze miteinander verglichen: Pflegeinterventionen nach NANDA, welche den individuellen Bedürfnisse zugeschnitten waren, sowie Schulungen, bei denen Problemlösungsstrategien erlernt wurden. Es nahmen insgesamt 62 Frauen teil, die ein Risiko für eine PPD aufwiesen ($EPDS > 11$). Die Schulung beinhaltete fünf Phasen: 1. Problemorientierungsphase, 2. Definition und Formulierung des Problems, 3. Bildung von Alternativen, 4. Entscheidungsfindung, 5. Problemlösung und Reflexion.

Die depressiven Symptome wurden vor und nach den Interventionen gemessen. Beide Strategien verminderten die Prävalenz der Symptome nach der Intervention signifikant. Doch die individuellen Pflegediagnose- und Interventionen waren wirksamer als das Problemlösungstraining: $p < 0.001$ im Vergleich zur Problemlösungsstrategie: $p < 0.05$.

4.2 Gruppentherapie

Auch verschiedenste Arten der Gruppentherapie wurden in diversen Studien beschrieben und scheinen Einfluss auf die Genesung zu haben. Bei den vorliegenden Forschungsarbeit wird vor allem auf das Krisenmanagement, Paargespräche sowie auf Stressreduktions- und Entspannungstechniken eingegangen. Bei der bereits erwähnten Studie von Buultjens et al. (2008) führten die Interventionen während der Gruppentherapie zu einer Verbesserung der Mutter-Kind Beziehung. Auch das Ausmass der Angstzustände der Mutter wurde effizient reduziert. Die Teilnehmer fühlten sich sehr wohl in der unterstützenden Umgebung. Alle Frauen äusserten positive und lehrreiche Erfahrungen in der Gruppe.

Bei einer randomisiert kontrollierten Studie von Mulcahy et al. (2010) wurde untersucht, ob die interpersonelle Gruppentherapie verglichen mit einer gewöhnlichen Therapie bei einer PPD einen besseren Effekt auf folgende Symptome erzielt: Depressive Symptome, soziale Unterstützung, Paarbeziehung und Mutter-Kind-Bindung. Die Untersuchung wurde in einer psychiatrischen Klinik in Australien mit 50 Frauen durchgeführt. In fast allen bearbeiteten Studien wurde das Einschlusskriterium der Forschungsethik beachtet. So auch in dieser: Denn die Teilnehmer erhielten eine informierte Zustimmung und mussten diese Unterschreiben. Das Ethikkomitee hat die Zustimmung für die Durchführung der Studie gegeben. Die Ergebnisse zeigen, dass am Ende der Intervention beide Gruppen signifikante Verbesserungen im Bereich Depression erzielten. Die Interventionsgruppe verbesserte sich jedoch signifikanter und konnte die Fortschritte nach drei Monaten beibehalten oder weiter verbessern. $p < 0.01$. Auch die Mutter-Kind-Beziehung hat sich bei der Interventionsgruppe signifikant verbessert: $p < 0.05$. Die Untersuchung des Mittelwerts zeigt eine konsistente Verbesserung in der sozialen Unterstützung bei der Interventionsgruppe. Bei der Kontrollgruppe zeigten sich mit der Zeit Verschlechterungen bei dieser Kategorie.

Eine Vor- Nachtest Pilotstudie, welche von Ugarriza (2004) durchgeführt wurde, ergab ähnliche Resultate. Es geht um ein Gruppentherapie-Modell. Die 10-wöchige Intervention für die Behandlungsgruppe beinhaltete folgende vier Aspekte: 1. Aufklärung und Information 2. Stressreduktionstechniken 3. Entwicklung von Unterstützungssystemen 4. Kognitive Verhaltens-Restrukturierung. Die Depression wurde mit dem Beck Depression Inventory (BDI) jeweils vor und nach der Intervention gemessen. Die Kontrollgruppe erhielt keine Intervention und wurde zur selben Zeit wie die Behandlungsgruppe eingeschätzt. Nach der Behandlung waren die Ergebnisse des BDI bei der Interventionsgruppe signifikant tiefer: $p < 0.04$. Die Teilnehmer wurden von milder Depression zu minimaler Depression eingeschätzt. Alle Frauen waren sehr zufrieden mit den Trainings und fühlten sich viel besser. Der Umgang mit Stresssituationen und Ängsten fiel ihnen durch gelernte Entspannungstechniken und Atemübungen leichter. Auch das Wissen nicht alleine zu sein in der unterstützenden Gruppe, sowie der Austausch untereinander, half den Müttern nach eigenen Aussagen sehr. Dieses Wissen kann dem Gesundheitspersonal helfen, die pflegerelevanten Aspekte zu optimieren.

Die Autoren der Studie von Hofecker-Fallahpour et al. (2003) haben ein ähnliches Pilotprojekt in Basel gemacht. Die Gruppentherapie beinhaltete insgesamt 12 Sitzungen von je 90 Minuten. Die Frauen wurden in jeweils 5 Gruppen eingeteilt. Nach der 6. Sitzung wurde der Partner einbezogen, indem ein Paargespräch geführt wurde, wobei Beziehungen zum Kind und Partner analysiert wurden. Nach den Gruppentherapien kam es in den Gruppen 2, 3 und 4 zu signifikanten Verbesserungen der Symptome. Die Gruppen 1 und 5 waren knapp unter der Signifikanzgrenze. Die Mittelwerte des Tests sind durchschnittlich von 21.5 auf 12.9 gesunken. Alle Teilnehmer zusammen ergeben ein hochsignifikantes Ergebnis vor und nach der Intervention bei den Depressionswerten ($P < 0.001$). Die Teilnehmer äusserten eine hohe Zufriedenheit mit der Therapie und bestätigten, ihren Alltag nun besser bewältigen zu können.

Eine weitere Studie, welche sich mit Gruppentherapien befasst hat, ist die von Fleming et al. (1992). Hierbei geht es jedoch um den Einfluss einer sozialen Unterstützungsgruppe in der ersten 5 Monaten postpartum. In der Gruppe waren sowohl Frauen mit als auch ohne Symptome einer PPD. Das Ziel der Intervention war:

Soziale Kontakte, Erfahrungsaustausch, gemeinsamer Austausch von Konflikten sowie Lösungsfindungen bei Problemen. Die Gruppentherapie führte zu signifikanten Verbesserungen bei der gesamten Population: $p < 0.005$. Frauen mit Depression zeigten bessere Stimmungswerte nach 5 Monaten als nach 6 Wochen. Auch verbesserte Mutter-Kind-Interaktion wurden bei ihnen beobachtet: $p < 0.05$. Diese ohne Depression waren stabil: $p < 0.04$. Trotzdem gab es eine Verschlechterung des Selbstbildes bei den Frauen mit Depression in der Interventionsgruppe: $p < 0.05$. Es wird davon ausgegangen, dass das Zusammensein von depressiven und nicht depressiven Müttern in einer Gruppe dafür verantwortlich ist.

4.3 Die kognitive Verhaltenstherapie

Bei dieser Kategorie geht es um verschiedene Behandlungsansätze, welche jedoch alle die kognitive Verhaltenstherapie als wichtigste Form der Behandlung beinhalten. Diese Therapieform wurde ursprünglich von Aaron T. Beck und Albert Ellis begründet und bezieht sich auf die Kognitionen. Diese umfassen die Einstellungen, Gedanken, Bewertungen und Überzeugungen eines Menschen (Walter, 2009).

Die erste Studie, welche vor zwei Jahren von Kuosmanen et al. (2010) durchgeführt wurde, hatte zum Ziel durch eine kognitive Verhaltenstherapie und kognitive Präventionsgruppen ein besseres Verständnis für den Schweregrad und die Dauer der depressiven Symptome zu erhalten und somit die nötige Unterstützung auf der Basis der individuellen Bedürfnisse der Frauen und ihren Angehörigen zu beurteilen. Die Pflegefachfrau unterstützte das Coping der Mütter in stressigen Situationen und arbeitete mit ihnen an praxisorientierten Lösungen. Die Ergebnisse waren positiv, aber trotzdem nicht signifikant: Mittelwert EPDS: 9.04; Das ergibt eine Abnahme von 5.71 im Vergleich zu vorher. $p = 0.062$. Weiteres Vorgehen nach der Studie: Keine weitere Behandlungen: 32%. Unterstützung von Pflegenden und Psychologe: 36%. Überweisung in spezialisierte Psychiatrie: 9%. Wunsch nach weiterer Behandlung in Angeboten wie Familienberatung und Psychotherapie: 14%.

Die bereits in der vorherigen Kategorie beschriebene Studie von Hofecker-Fallahpour et al. (2003), welche die Gruppentherapie untersuchte, beinhaltet auch die kognitive Verhaltenstherapie. Der Ablauf der Therapien gliederte sich in 3 Phasen:

1. Erlernen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Strategien. 2. Auseinandersetzung mit rollen-spezifischen Themen aus der frühen Mutterschaft und gezielte Anwendung dieser im Alltag anhand von Rollenspielen. 3. Krisenmanagement. Ausweitung erlernter Strategien und Planung der Zukunft nach der Therapie. Nebst signifikanten Verbesserungen der depressiven Symptome ($P < 0.001$), verbesserte sich auch die Mutter-Kind-Beziehung subjektiv. Die Studie von Ugarriza (2004) geht in eine ähnliche Richtung. Das breite Behandlungsspektrum (Aufklärung und Information, Stressreduktionstechniken, Unterstützungssysteme, Kognitive Ansätze) hat zu signifikanten Ergebnissen bei der Interventionsgruppe geführt. $p < 0.04$

4.4 Soziale Unterstützungssysteme

Vier Studien haben unter anderem soziale Unterstützungssysteme untersucht: (Grube, 2005; Yelland et al., 2010; McCarthy & McMahon, 2008; Davies & Allen, 2007). Hierbei wird näher auf den zweiten Teil der Fragestellung eingegangen, welcher die Familie integriert. Somit geht es bei den vorliegenden Studien darum, inwiefern die Familie und der Partner in die Behandlung miteinbezogen werden können und welche Unterstützung sie bieten, aber auch benötigen.

Bei der Studie von Grube (2005) wurde das Verhalten des Partners der betroffenen Frau in verschiedenen sozialen Rollen untersucht und eingeschätzt, welche Auswirkungen dies auf die Frau hat, welche an einer starken PPD leidet. 31 Partner wurden untersucht. Die Studie ergab, dass ein Drittel der Männer als unterstützend eingestuft wurden und dass diese Ergebnisse mit der subjektiven Einschätzung der Frauen korrelierte. Wenn die Frau einen unterstützenden Partner hatte, reduzierte sich die Aufenthaltsdauer in der Klinik signifikant (11.36 vs. 17.91 Wochen: $p = 0.011$). Unterstützende Partner korrelierten mit dem Unterpunkt "starkes Selbstwertgefühl. Frauen mit einem unterstützenden Partner haben eine grössere Chance, ambulant behandelt zu werden und für längere Zeit nicht stationär aufgenommen zu werden. $p = 0.0396$. Bei der Untergruppe der Frauen, welche bereits vor der Entbindung psychiatrische Symptome zeigten, waren ein Grossteil der Männer als nicht-unterstützend eingestuft. Zehn dieser Männer litten auch an einer psychischen Erkrankung. Sechs davon nahmen ambulante Hilfe und Beratung in Anspruch, was sich positiv auf die Behandlung der Mutter auswirkte und half, das gesamte Familiensystem zu stabilisieren.

Die Untersuchung von Yelland et al. (2010) geht auf die sozialen Probleme von Frauen in den ersten sechs Monaten Postpartum ein und sieht Zusammenhänge beim Auftreten von Depressionen während dieser Zeit. Angstzustände sind 12.7 % höher als normal und das Vorkommen von Depressionen sogar 17.4 %. Fast die Hälfte der Teilnehmer äusserte kritische Lebensereignisse oder soziale Probleme postpartum. Frauen, welche drei oder mehr soziale Probleme aufwiesen, waren signifikant mehr gefährdet an einer Postpartum Depression (OR = 5.11, 95% CI = 3.9-6.7) und / oder Angstzuständen (OR = 4.12, 95% CI 3.0-5.5) zu leiden.

Die nächsten zwei Studien sind qualitativer Art, wobei die Frauen mittels Interviews ihre Situation beschreiben, woraus sich die Ergebnisse ableiten lassen. Bei der Studie von McCarthy und McMahon (2008) bemerkten die Frauen zwar, dass etwas mit ihnen nicht stimmte, die meisten wussten jedoch nicht, dass es sich um eine Depression handelt. Dieses Unwissen und die Angst vor dem Stigma, eine schlechte Mutter zu sein oder in einer psychiatrischen Klinik als verrückt abgestempelt zu werden, hinderte sie lange, Hilfe zu suchen. Beim Genesungsprozess waren für die Frauen Gespräche über ihre Erfahrungen mit Personal aus dem Gesundheitswesen und mit anderen Müttern vordergründig. Ausgehend von den Daten wurden 3 deskriptive Feststellungen gemacht: 1. Frauen mit PPD akzeptieren professionelle Hilfe erst sehr spät, 2. Sie entscheiden selten alleine, Hilfe zu suchen, 3. Andere Leute (Familie, Partner) sind weitgehend verantwortlich, die Behandlung einzuleiten.

Die Autoren Davies und Allen (2007) stellten sich bei ihrer qualitativen Studie die Frage, welchen Herausforderungen Mütter ausgesetzt sind, welche an einer psychischen Krankheit leiden, und wie Pflegende betroffenen Frauen helfen können. Auch in dieser Untersuchung wurden die ethischen Aspekte berücksichtigt: Die Studie hat die Zusage vom lokalen Ethikkomitee erhalten und die Anonymität der Teilnehmerinnen war durch Namensänderungen gewährt. Die Resultate haben ergeben, dass sich das Pflegefachpersonal während Gesprächen mit den betroffenen Frauen häufig zwischen zwei Themen bewegt. Einerseits ist die Frau Mutter und andererseits ist sie eine Person mit einer psychischen Krankheit. Beide Anteile sollten akzeptiert und in das Leben der Frau integriert werden. Denn einige Frauen äusserten in den Interviews, dass sie sich bei den Hausbesuchen durch Pflegende überwacht und beurteilt fühlten.

5. Diskussion

Im nachfolgenden Teil werden die Ergebnisse diskutiert und interpretiert. Sie werden mit der Problembeschreibung, dem theoretischen Rahmen und der Fragestellung in Zusammenhang gebracht. Somit werden die Erkenntnisse aus der Literaturübersicht mit bestehendem Wissen verknüpft. Die Gliederung wird gleich wie im Ergebniskapitel gestaltet.

5.1 Schulung und Beratung

Die Studien, welche in den nächsten zwei Unterkapitel beschrieben werden, wurden alle anhand des Fragebogens von Behrens und Langer (2004) kritisch beurteilt.

Eine Forschungsarbeit zeigt die Wichtigkeit von Schulungen mit Hilfe eines psychosozialen Programms und evidenzbasierten Gruppentherapien auf (Buultjens et al., 2008). Die Studie wurde mit einer Note 4.5 (befriedigend) beurteilt. Abzug gab es vor allem bei der Stichprobengröße, welche sich auf 10 Frauen beschränkte. Hinzu kommt, dass die Ergebnisse zu wenig statistisch beschrieben werden. Trotzdem halfen die Sessionen den Müttern, eine Bindung zu ihrem Kind aufzubauen. Das Programm wurde gut aufgenommen und wäre leicht anzuwenden für Hebammen, Pflegefachpersonen und andere Personen aus dem Gesundheitsbereich. Des Weiteren ist es gut übertragbar auf andere Spitäler und private Settings. Die positiven Ergebnisse sind gegebenenfalls darauf zurückzuführen, dass die Studie an verschiedenen Ebenen angesetzt hat. Die Aufklärung und Beratung, sowie das Zusammentreffen mit anderen Betroffenen Müttern und der Einbezug des Kindes scheinen die Genesung positiv zu unterstützen. Die Evidenz der Pilotstudie ist mit 2b recht gut.

Unterstrichen werden diese Ergebnisse von der Studie von Wickbern und Hwang (1996). Die Studie wurde von der Autorin in das erste Evidenzlevel eingestuft und bekam die Note 6 (Sehr Gut). Somit können die Ergebnisse stark gewichtet werden. Die nicht-direktiven Beratungsgespräche, welche von Pflegefachpersonen durchgeführt wurden, lassen sehr positive Ergebnisse erkennen. Die meisten Frauen fühlten sich während den Gesprächen frei, mit der Pflegenden über alles zu sprechen. Sie wurde als professionell und interessiert beschrieben und gab ihnen das Gefühl, normal zu sein.

Es zeigte sich, dass Beratung auch für Frauen geeignet ist, welche bereits eine depressive Erkrankung hatten. Glavin et al. (2009) bestätigen diese Erkenntnisse in ihrer Studie. Es kann jedoch nicht beurteilt werden, ob die Genesung der Frauen auf die Gespräche selbst zurückzuführen sind oder auf unspezifische Faktoren, wie einen regelmässigen Plan oder die persönliche Interaktion. Die Beratungsmethode durch Pflegefachpersonen ist gemäss Autoren sehr gut geeignet für betroffene Frauen, welche an einer Depression leiden und auf Grund des Stillens oder des Schweregrades keine Antidepressiva nehmen wollen (Wickbern und Hwang, 1996). Auch in der Problembeschreibung der systematischen Literaturübersicht ist die Wichtigkeit einer angemessenen Aufklärung und Unterstützung aufgezeigt. Eine gute Kommunikationsfähigkeit der Pflegenden wird als Voraussetzung für einen positiven und konstruktiven Umgang mit den Betroffenen betrachtet (NICE, 2007). Zusätzlich wird ein stabiler Beziehungsaufbau, welcher durch das Eingehen auf die Bedürfnisse, Verständnis sowie Entlastungsangebote gefördert wird, als unumgänglich bei der Betreuung angesehen (Lintner & Gray, 2006).

Bei der Studie von Tezel und Gözümlü (2006) wurden nicht nur Schulungen, sondern auch Pflegeinterventionen nach NANDA angeboten. Die individuellen Pflegediagnosen- und Interventionen waren wirksamer als das Problemlösungstraining in den Schulungen. Diese Studie zeigt als einzige der bisher genannten, dass das Vorgehen nach Pflegediagnosen, doch wirksamer zu sein scheinen, als Schulungen und Beratungen. Trotzdem muss angemerkt werden, dass auch die Schulungen signifikante Ergebnisse erzielt haben. Die Studienautoren betonen, dass beide Ansätze mit Zuversicht von Pflegenden in der Primärversorgung von Frauen mit PPD angewendet werden können. Beratungen dienen auch zur Prävention. Denn Pflegende spielen eine wichtige Rolle beim Erkennen depressiver Symptome. Sie sollten die Frauen über ihre Gefühle und Emotionen befragen, um die spezifischen Bedürfnisse herauszufinden und frühzeitig Interventionen einleiten zu können. Diese Erkenntnis wird auch in der Literatur beschrieben. Denn Pflegende haben auf einer Wochenbettstation oder auf ähnlichen Abteilungen in der Regel am meisten Kontakt zu Müttern in der postpartalen Periode und sollten daher als erste depressive Symptome wahrnehmen können. Je früher eine PPD erkannt wird, umso besser ist die Prognose. (Rittiner, 2006).

Die Studie wurde von der Autorin als "befriedigend" bewertet. Die Stichprobengrösse ist mit ihren 64 Teilnehmern eher gering. Doch da es sich um ein kontrolliertes, halb-experimentelles Design handelt, wird das Evidenzlevel 2a angegeben. Trotzdem ist die Anwendbarkeit und Generalisierbarkeit nur begrenzt möglich, da die Studie in der Türkei durchgeführt wurde und sich die Bedingungen zu Spitälern in der Schweiz unterscheiden können.

Diese vier Studien weisen also darauf hin, dass Information und Aufklärung sowie das Ansprechen von Problemen und das Erlernen von Copingstrategien in Krisensituationen und bei Ängsten wichtige Aspekte in der Behandlung einer PPD darstellen können. Pflegefachpersonen können das Wissen über Auftreten, Ursachen sowie die Phasen einer Krise helfen, das Krisenmanagement in die Behandlung der PPD einzubeziehen und Betroffene mit deren Angehörige durch ressourcenorientierte Gespräche aktiv in der Bewältigung zu unterstützen (Zeller-Forster, 2004). Schulungen und Beratungsgespräche eignen sich auch für Frauen, welche sich nicht auf einer stationären Abteilung befinden. Denn sie können gut auf ambulanter Ebene durchgeführt werden.

5.2 Gruppentherapie

Auch Gruppentherapien haben sich in den Forschungen als durchaus effiziente Behandlungsstrategie erwiesen. Viele Studien haben die Gruppentherapie untersucht und signifikante Resultate erhalten. So auch die randomisiert kontrollierte Studie von Mulcahy et al. (2010), welche durch das Erfüllen der meisten Kriterien die Note 5.5 erhalten hat (Evidenzlevel 1b). Die Depressionswerte der Interventionsgruppe verbesserten sich signifikant und konnten nach drei Monaten beibehalten werden. Bei dieser Studie sind die Ergebnisse jedoch nur limitiert generalisierbar, weil die Population aus einer bestimmten Gegend in Australien kommt und nicht repräsentativ für die Schweizer Bevölkerung ist. Die Teilnehmerzahl beschränkt sich auf 50 Personen. Nichts desto trotz bekunden die Autoren, dass derartige Behandlungen viel Potential aufweisen können. Denn sie bringen nicht nur viele Vorteile für die Mutter, sondern auch die Paarbeziehung und die Bindung zum Kind kann effizient verbessert werden. Vielleicht hängt dies auch damit zusammen, dass nach der Gruppentherapie noch ein Informationsabend für die Väter organisiert wurde. Hierbei wurde in erster Linie auf ihre Probleme und Ohnmachtsgefühle eingegangen (Mulcahy et al., 2010).

Die Wichtigkeit dieser Vorgehensweise wird auch im Kapitel "Die Familie" erklärt: Denn Pflegende werden mit dem Familiensystem des Patienten konfrontiert und müssen sich damit auseinandersetzen (Holzer-Pruss, 2004). Der Einbezug der Angehörigen bedeutet zum Teil eine zusätzliche Aufgabe, es kann jedoch auch eine Entlastung darstellen. Die Situation kann auch beim Partner oder nahen Angehörigen zu depressiven Symptomen und Erschöpfungszuständen führen, was wiederum Auswirkungen auf das Familiensystem haben kann.

Die Forschungsarbeit von Hofecker-Fallahpour et al. (2003) bestätigt diese Resultate mit hochsignifikanten Resultaten nach der Intervention. Die Schweizer Pilotstudie wurde von der Autorin mit einem Evidenzlevel von 2b beurteilt und anhand des Bewertungsbogens von Behrens und Langer (2004) mit einem "Gut" bewertet. Die ambulante Gruppentherapie gab einen Anstoss zum Aufbau sozialer Kontakte und wird als Vorteil gegenüber Einzeltherapien gesehen. Dies wird auch in der Studie von Ugarriza (2004) erwähnt. Am meisten hat den Frauen in der Gruppentherapie der Austausch untereinander sowie das Wissen, nicht alleine zu sein, geholfen. Hofecker-Fallahpour et al. (1993) betonen, dass unter dem Gesichtspunkt, dass eine schlechte Paarbeziehung ein Risikofaktor für eine PPD darstellen kann, künftig vermehrt Instrumente entwickelt werden sollten zur Beurteilung der psychischen Befindlichkeit des Partners und der Qualität der Beziehung. Dieser soziale Aspekt betont auch Riecher-Rössler (2006), welche äussert, dass Frauen, welche nur wenig soziale Unterstützung erhalten und schlechte Beziehungen aufweisen, eher an einer PPD leiden.

Die Übereinstimmungen zwischen den jeweiligen Studien sind ein Zeichen der Qualität und Reliabilität der Forschungsarbeiten und werten die Ergebnisse auf. Gleichermassen wird ersichtlich, dass die Studien vergleichbar und somit analysierbar sind.

Die nächste Studie unterscheidet sich von den oben genannten dahingehend, dass in den sozialen Unterstützungsgruppen sowohl Frauen mit als auch ohne Symptome einer PPD teilnahmen (Fleming et al., 1992). Dies wirkte sich überaus negativ auf das Selbstbild der Frauen mit Depression aus. Es ist gut möglich, dass die gesunden, selbstbewussten Frauen das Selbstwertgefühl der depressiven Mütter noch mehr verschlechtert haben. Somit wäre eine getrennte Gruppentherapie von Vorteil, was einen wichtigen Hinweis für das Gesundheitspersonal darstellt.

5.3 Die kognitive Verhaltenstherapie

Über diese Behandlungsform wurden nur wenige Studien mit mässiger Aussagekraft gefunden. Kuosmanen et al. (2010) haben in ihrem Forschungsartikel die kognitive Verhaltenstherapie und kognitiv-basierte Präventionsgruppen untersucht, welche durch Pflegende durchgeführt wurden. Die Ergebnisse waren positiv, aber trotzdem nicht signifikant. Es wurde ersichtlich, dass die Zusammenarbeit zwischen einer Psychiatrie-Pflegefachfrau, einer Pflegenden auf der Abteilung und einem Psychiater ein effizienter Weg sind, die Pflege von Müttern mit PPD zu optimieren. Diese interprofessionelle Zusammenarbeit wird auch in der Problembeschreibung als sehr wichtig betrachtet (BAG, 2009). Auf Grund dessen, dass es in einigen Gebieten zu Versorgungslücken kommt, ist die Organisation und Koordination verschiedener Netzwerke unumgänglich für eine ganzheitliche, adäquate Betreuung (NICE, 2007). Trotz der nicht-signifikanten Ergebnisse, sind die Resultate ermutigend. (Evidenzlevel: 2b). Die Studie wurde als folgenden Gründen mittels Fragebogen von LoBiondo-Wood und Haber (2005) lediglich als genügend beurteilt: Die interne- und externe Validität, sowie die Anwendung in der Praxis werden nicht oder nur geringfügig beschrieben.

Einige Studien, bei denen die Gruppentherapie als Intervention angeboten wurden, beinhalteten unter anderem die kognitive Verhaltenstherapie. So zum Beispiel die Studie von Hofecker-Fallahpour et al. (2003) oder diese von Ugarriza (2004). Beide Studien berichten signifikante Ergebnisse. Es ist jedoch schwierig zu sagen, inwiefern die kognitive Verhaltenstherapie zu diesen Ergebnissen beigetragen hat. In der Theorie wird eher wenig darüber berichtet. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Behandlung eher von Ärzten und Psychotherapeuten, als von Pflegenden angewendet wird. Der Vorteil ist jedoch, dass die Therapie in mehreren Sitzungen ambulant ausgeführt werden kann (Walter, 2009).

5.4 Soziale Unterstützungssysteme

Die soziale Unterstützung wird in der Arbeit immer wieder als bedeutend betrachtet. Sei dies als Risikofaktor für eine PPD bei einem Mangel oder als Ressource bei der Behandlung (Riecher-Rössler, 2006; Zeller-Forster, 2004). Dies wird durch die folgenden Forschungen bestärkt:

Bei der ersten Studie geht es um das Verhalten des Partners und die Auswirkungen auf die Frau. Die wichtigsten Ergebnisse sehen wie folgt aus: Wenn die Frau einen unterstützenden Partner hatte, reduzierte sich die Aufenthaltsdauer in der Klinik signifikant und wirkte sich positiv auf das gesamte Familiensystem aus (Grube, 2005). Diese Ergebnisse werden in der Problembeschreibung anhand von Literatur bestätigt. Denn Die Rolle des Vaters wird beschrieben als eine Stütze (Mikoteit & Riecher-Rössler, 2010). Ist diese Mithilfe nicht möglich, so stellt dies ein erheblicher Risikofaktor für die Entstehung oder Verschlimmerung einer PPD dar.

Bei der Studie von Yelland et al. (2010) geht es um soziale Probleme von Frauen postpartum. Fast die Hälfte der Teilnehmerinnen äusserte folgende kritische Lebensereignisse oder soziale Probleme nach der Geburt, welche in eine Krise führten: Tod oder Krankheit eines Freundes/Familienmitglieds, Umzug, Geldmangel und Konflikte in der Familie. Dies stimmt mit dem Konzept Krise, welches im theoretischen Teil beschrieben wurde, überein. Zusätzlich können die Gründung einer eigenen Familie und die Geburt eines Kindes solch ein kritisches Lebensereignis darstellen (Zeller-Forster, 2004). Je nachdem wie das Individuum mit solchen Einschnitten umgeht, können starke physische und psychische Reaktionen, wie etwa eine Depression ausgelöst werden. Hierbei ist auch die Aufklärung der beteiligten Personen wichtig, denn soziale Unterstützung durch eine offene, verständnisvolle Atmosphäre können sich positiv auf den Heilungsprozess auswirken.

Aus den Studienergebnissen von Yelland et al. (2010) haben sich erhöhte Depressionswerte und Angstzustände bei einer grossen Population ergeben. Somit ist es überaus wichtig, dass Gesundheitspersonal wie Hebammen, Pflegefachfrauen und Ärzte über die sozialen Umstände und wichtige Lebensereignisse der Frauen, welche in der perinatalen⁴ Zeit stattfinden, Bescheid wissen und die Zusammenhänge zwischen sozialen Problemen und psychischen Faktoren kennen. Denn so können sie angemessen darauf reagieren. Allgemein benötigen Pflegende Wissen über die PPD und ihre Symptome, damit Frauen mit einem erhöhten Risiko oder einer bereits beginnenden Erkrankung frühzeitig erfasst werden (Rittiner, 2006). Gewöhnliche Therapiemassnahmen wie kognitive Verhaltenstherapie oder pharmakologische

4 Perinatal: Zeit um die Geburt herum. Von der 28. Schwangerschaftswoche bis zum 7. Lebenstag.

Therapien könnten bei sozialen Problemen nicht angemessen sein. Somit ist es wichtig, perinatale Betreuung durch interdisziplinäre Zusammenarbeit zu koordinieren, damit auf die sozialen Probleme eingegangen werden kann und somit das emotionale Wohlbefinden gefördert wird.

Da die nächsten beiden Studien dem qualitativen Design entsprechen, wurde zur Beurteilung der Studien der Fragebogen von Behrens und Langer (2004) verwendet. Der Evidenzgrad ist auf eine 3b zu reduzieren. Trotzdem wurde die erste Studie von McCarthy und McMahon (2008) als „Gut“ bewertet. Die Autoren beschreiben fünf Hauptthemen, welche die Frauen beschäftigt haben: 1. Eine anfängliche Beunruhigung, dass etwas nicht stimmte. 2. Erreichen der Krise und Hilfe erhalten. 3. Akzeptieren der Diagnose. 4. Das schrittweise Herausbrechen aus dem Stigma durch die Erkenntnis, dass viele Frauen an den selben Problemen leiden. 5. Genesung (Recovery). Diese Phasen sind ähnlich wie diese von Zeller-Forster (2004), welche die Stufen einer Krise beschreibt. Die Frauen sind oftmals auf Grund ihrer Symptome und des Unwissens unfähig, Hilfe zu beanspruchen (McCarthy und McMahon, 2008). Genau diese Thematik wird auch in der Problembeschreibung genannt. Denn da nur die Hälfte der Postpartum Depressionen erkannt werden, fehlt häufig eine angemessene Behandlung (Dalton, 2003). Das kann damit erklärt werden, dass betroffene Frauen sich oftmals nicht trauen, professionelle Hilfe zu suchen. Hierbei spielen Scham- und Schuldgefühle der Frau sowie die Unfähigkeit, die Symptome richtig einzuordnen, eine grosse Rolle. Somit sind der Einbezug von Familie und Partner, aber auch Aufklärungsprogramme von grosser Relevanz (McCarthy & McMahon, 2008). Dadurch dass die Betroffenen Frauen Mühe haben, von sich aus professionelle Hilfe zu suchen, ist es erforderlich, dass das Thema nicht tabuisiert, sondern bereits während der Schwangerschaft angesprochen wird. Auch der Partner und die Familie sollten anhand von Kursen und Aufklärungsprogrammen involviert werden. Somit können sich auch die Angehörigen aktiv beteiligen, wenn der Verdacht einer PPD aufkommt. Dies besagt auch die Familientheorie, welche im theoretischen Rahmen beschrieben wurde. Denn die gesamte Familie und der Kreis der Angehörigen sind von der Erkrankung betroffen (Holzer-Pruss, 2004). Meist stellt die Familie ein Unterstützungssystem für die betroffene Person dar. Auch die Hebamme/Gynäkologin sollte bei Routine- und

Nachuntersuchungen Ängste und negative Gefühle thematisieren sowie gegebenenfalls den EPDS durchführen. Ansonsten wird die Wichtigkeit von sozialen Kontakten allgemein und zu anderen betroffenen Müttern als zentraler Punkt im Genesungsprozess aufgezeigt (McCarthy & McMahon, 2008). Auch hier werden Parallelen zur beschriebenen Theorie gesehen.

Die Autoren Davies und Allen (2007) stellten sich bei ihrer qualitativen Studie die Frage, welchen Herausforderungen Mütter ausgesetzt sind, welche an einer psychischen Krankheit leiden und wie das Gesundheitsfachpersonal betroffenen Frauen im spitalexternen Bereich helfen kann. Betroffene Frauen müssen sich mit ihrer Identität und Rollen auseinandersetzen. Das Gesundheitspersonal kann laut Ergebnissen der Studie ihre Position auf eine positive Art durch Beobachtung und Hilfestellung nützen, um Frauen in dieser schwierigen Lebenslage zu helfen. Sie sollten jedoch nicht zu viel Kontrolle ausüben und die Frauen in ihrem Empowerment (Selbstbestimmung) unterstützen, um die Hilfe zur Selbsthilfe zu fördern. Für die Frauen in der Studie war es äusserst wichtig, dass sie das Personal und die Gesellschaft nicht als schlechte Mutter ansieht, sondern als Frau, welche trotz Krankheit in der Lage ist, ihre Kinder zu lieben. Auch das Wohl des Kindes darf nicht vergessen werden. Wird es nötig, dass die Mutter stationär aufgenommen wird, soll der Kontakt zur Familie und den Kindern immer möglich sein. Darauf wird von Mikoteit und Riecher-Rössler (2010) auch in der Problembeschreibung hingewiesen. Die Studie erhielt die Note 5.5 (Sehr Gut). Abzug gab folgender Punkt: Die Auswahl der Teilnehmer wird nicht spezifisch begründet.

Aus diesen Forschungen wird folglich ersichtlich, dass die Familie, der Partner, soziale Kontakte zu Freunden aber auch zu Mitbetroffenen und eine gute Beziehung zum Gesundheitspersonal wesentlich zur einer adäquaten Betreuung und Versorgung beitragen und den Verlauf begünstigen können. Auch eine angepasste Informationsübermittlung und Beratungen, in Einzel- oder Gruppensitzungen, scheinen einen positiven Effekt auf Betroffene und ihre Familie zu haben.

Diese Erkenntnisse werden im nachfolgenden Schlussteil weiter vertieft.

6. Schlussfolgerungen

Nachdem die Ergebnisse diskutiert und interpretiert wurden, folgen nun die Schlussfolgerungen, welche daraus gezogen wurden. Diese beinhalten die Beantwortung der Fragestellung, die Relevanz sowie Empfehlungen für die Pflegepraxis. Zusätzlich wird die Arbeit kritisch gewürdigt und anschliessend der Lernprozess mit den Stärken und Schwächen aufgezeigt.

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung lautet: "Welche pflegerische Betreuung benötigt eine Frau mit Postpartum Depression und ihre Familie spitin und spitex?"

Frauen, welche wegen einer PPD stationär aufgenommen werden oder ambulante Hilfe benötigen, befinden sich in einer tiefen Krise. Häufig war ihnen in der Zeit zuvor nicht bewusst, dass sie an einer psychiatrischen Erkrankung leiden, welche professioneller Hilfe bedarf. Somit gehören zu den wichtigsten Massnahmen seitens der Pflegenden erstmals eine gute Informationsvermittlung und Aufklärung. Diese sollten sich an die Betroffene und an die engsten Angehörigen richten. Denn dadurch können sie die Bedeutung dieser Erkrankung und des Verhaltens verstehen und einordnen. Somit sollte bei der Behandlung der Einbezug des Partners, zum Beispiel anhand von Paargesprächen, auf keinen Fall fehlen. Denn dieser kann durch eine unterstützende Haltung den Heilungsprozess der Frau positiv beeinflussen. Dies jedoch nur, wenn die Beziehung zum Partner gut ist.

Da die Erkrankung und damit zusammenhängende Probleme einen starken Einschnitt in das Leben der Betroffenen darstellen können, ist das Krisenmanagement in der Betreuung von grosser Relevanz. Pflegefachpersonen sollten fähig sein, das Coping der Mütter positiv zu unterstützen und gemeinsam mit der betroffenen Frau, dem Partner und gegebenenfalls mit den engsten Familienmitgliedern an praxisorientierten Lösungen zu arbeiten. Hierzu gehört auch das Angebot von Stressreduktions- und Entspannungstechniken, um das Wohlbefinden und einen konstruktiven Umgang mit Problemen zu fördern. In einem späteren Schritt geht es dann darum, das Erlernte in den Alltag zu integrieren.

Eine Pflegende, welche in diesem Bereich arbeitet, sollte im Kontakt mit den Müttern professionell, aber auch empathisch handeln und wahres Interesse an der Person und an ihren Problemen zeigen. Weitere Kompetenzen sind gute Kommunikations- und Problemlösungsfähigkeiten sowie das Eingehen auf die Bedürfnisse der Betroffenen aber auch das Erkennen und Einbeziehen der persönlichen Ressourcen. Ebenso die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Koordination mit Gesundheitsdiensten ausserhalb der Institution sowie das Empfehlen von weiteren Angeboten, wie kognitive Verhaltenstherapien oder Gruppentherapien, gehören zu den Aufgaben einer Pflegefachperson. Was Betroffene als sehr wichtig empfinden, ist Respekt und Wertschätzung trotz der Erkrankung.

6.2 Relevanz für die Pflegepraxis

Es ist eine Tatsache, dass viele psychische Erkrankungen, wie auch die Postpartum Depression, in der Gesellschaft nach wie vor ein Tabu-Thema darstellen. Dies führt dazu, dass viele Betroffene keine Eigeninitiative ergreifen, wenn es um die Suche nach Hilfe geht. Auch die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten ist bislang zögerlich. Dies führt auch dazu, dass zu wenig spezifische Angebote und Standards für Frauen mit einer PPD existieren. Trotz zunehmender Forschung in den letzten Jahren und dem Vorhandensein wichtiger Literatur, erhalten betroffene Frauen und ihre Familie nicht die erforderlichen Hilfsangebote auf stationärer- und ambulanter Ebene. Diese Lücke in der Pflegepraxis stellt in vielen Einrichtungen ein Problem dar. Dasselbe gilt für die Fachkompetenz von Gesundheitspersonal, welche mittels Aus- und Weiterbildungen angeeignet werden könnte. Denn auch die Pflegenden müssen auf diese Erkrankung aufmerksam gemacht und dafür sensibilisiert werden. Mit Hilfe solcher Weiterbildungen können sie der grossen Herausforderung der Betreuung dieser Patientengruppe mit all den erforderlichen Kompetenzen gerecht werden.

6.3 Empfehlungen für die Implementierung der Ergebnisse in die Praxis

Da die Implementierung von Forschungsergebnissen in die Praxis einen besonderen Prozess benötigt, eignen sich die 6-Schritte des Evidence-Based-Nursing-Modells von Behrens und Langer (2004). Dieses Modell ist im Anhang K ersichtlich. Die ersten vier Schritte wurden bereits durchgeführt (Aufgabenstellung, Fragestellung,

Literaturrecherche und kritische Beurteilung) Nun geht es darum, zu den letzten zwei Schritten (Implementierung/Adaptation und Evaluation) Empfehlungen für die Pflegepraxis herzuleiten: Als erstes ist wichtig anzumerken, dass die Thematik und der Forschungsstand diesbezüglich bereits in der Ausbildung zur Pflegefachperson angesprochen werden sollte. Dadurch können die Studierenden in Praktikas oder später im Berufsalltag einschätzen, was die Abteilung an Interventionen anzubieten hat und ob gegebenenfalls Änderungen von Nöten sind. Eine wichtige langfristige Empfehlung ist der Ausbau spezialisierter Einheiten für Frauen mit einer PPD. Hierbei sollte auch der Partner und das Kind stark involviert werden. Doch da gegenwärtig viele Betroffene in psychiatrischen Kliniken behandelt werden und die Forschung immer wieder neue Erkenntnisse bringt, sollten laufende Fort- und Weiterbildungen für das Personal angeboten werden. So können die Pflegenden spitin und spitex die erforderliche Fachkompetenz erreichen. Die Pflegefachpersonen werden bei den Weiterbildungen für die Erkrankung und den pflegerischen Umgang sensibilisiert und erhalten neues professionelles Wissen. Der Inhalt der Weiterbildungen könnte wie folgt aussehen:

- Risikofaktoren und Symptome der Postpartum Depression
- Abgrenzung zum Baby-Blues und zur Postpartum Psychose
- Die Rolle der Pflegenden im Umgang mit Betroffenen
- Möglichkeiten zum Einbezug der Familie
- Weitere Angebote und Unterstützungssysteme
- Kommunikative Strategien

Auch ein Standard über die Betreuung und Interventionen sollte vorhanden sein, damit alle die selben Ziele verfolgen. Zugleich wäre so die Qualität messbar. Hinterher müsste der Erfolg der Fort- und Weiterbildungen beurteilt werden. Dies kann mittels Fragebogen und Interviews geschehen (Evaluation). Erzielen die Weiterbildungen die gewünschte Wirkung, können sie weiterhin durchgeführt und auf andere Abteilungen übertragen werden. Bewähren sie sich nicht, so wären inhaltliche oder formale Anpassungen der Weiterbildungen angezeigt. Wird auch damit das Ziel nicht erreicht, so wäre eine weitere Literaturübersicht nötig, um neues Wissen zu mobilisieren.

6.4 Kritische Würdigung der Arbeit

Die 14 Studien, welche in die systematische Literaturübersicht eingeschlossen wurden, konnten alle dazu beitragen, die Absichten und Ziele der Arbeit zu erreichen. Somit kann gesagt werden, dass die Fragestellung beantwortet werden konnte. Die Autorin konnte grösstenteils quantitative Studien in die Arbeit integrieren, wobei einige auch randomisiert kontrollierte Designs aufwiesen. Lediglich drei qualitative Studien, welche über eine geringere wissenschaftliche Qualität verfügen, wurden miteinbezogen. Dennoch konnten die allermeisten Forschungen signifikante Ergebnisse präsentieren. All diese Aspekte werten die wissenschaftliche Qualität der einzelnen Studien und diese der gesamten Literaturübersicht auf.

Ein Kritikpunkt der Arbeit besteht darin, dass nur wenige Studien ausschliesslich Interventionen für die Angehörigen beinhalten. Solche Massnahmen waren jedoch Bestandteil vieler Studien. Auch die Tatsache, dass lediglich auf zwei Datenbanken gesucht wurde, könnte dazu geführt haben, dass wichtige Studien übersehen wurden. Zusätzlich wurde das Kriterium, dass nur Studien der letzten 10 Jahre integriert werden, bei zwei Forschungen missachtet. Ein weiterer Schwachpunkt liegt darin, dass einige der aufgeführten pflegerischen Interventionen eher in den Bereich medizinischer Fachpersonen gehören. Solche Studien wurden auf Grund ihrer Übertragbarkeit auf die pflegerische Tätigkeit trotzdem integriert.

Aus diesen Gründen besteht weiterer Forschungsbedarf. Denn der aktuelle Forschungsstand bezüglich pflegerischer Interventionen für Frauen mit PPD und deren Angehörige wird von der Autorin trotz Verbesserungen in den letzten Jahren, als gering eingeschätzt. Vor allem Forschungen, welche eine grosse Stichprobe beinhalten und einer hohen Evidenzstufe entsprechen, sollten vermehrt durchgeführt werden. Denn nur so kann die Wirkung bestimmter pflegerischer Interventionen weiter optimiert und wissenschaftlich belegt werden.

6.5 Lernprozess

6.5.1 Lernprozess zur Thematik

Während dem Studium wurde Wissen bezüglich psychischen Erkrankungen angeeignet, welches in den Praktikas umgesetzt werden konnte. Auch die Postpartum Depression wurde im Unterricht thematisiert. Sobald die Autorin erfuhr, dass diese Krankheit noch immer ein Tabu-Thema in der Gesellschaft darstellt und viele Betroffene keine Hilfe erhalten, wurde das Interesse geweckt. Es stand fest, dass sie diese Thematik genauer untersuchen wollte. Durch die Bearbeitung der Literatur konnte die Autorin ihr Wissen vertiefen, sowie neue Erkenntnisse bezüglich Interventionen gewinnen.

6.5.2 Lernprozess zum methodischen Vorgehen

Es war das erste Mal, dass sich die Autorin mit einer wissenschaftlichen Arbeit beschäftigt hat. Das theoretische Wissen zur Pflegeforschung, welches im Unterricht übermittelt wurde, konnte anhand dieser Arbeit umgesetzt werden. Das Einfinden in die Arbeit, sowie die Suche auf den Datenbanken erwies sich anfangs als ziemlich schwierig. Auch das Lesen und Zusammenfassen der englischen Studien war ziemlich herausfordernd. Doch mit der Zeit ging alles sehr schnell voran und die Autorin konnte ungehindert an der Arbeit schreiben. Die Fähigkeiten zur Analyse und kritischen Beurteilung von Forschungsartikeln konnte ohne Zweifel optimiert werden, was sich auch später im Berufsalltag bewähren wird.

7. Literaturverzeichnis

- Baumann, T. (2009). Entwicklungspädiatrische Säuglingsuntersuchung. *Pädiatrie up 2 date*, (1), 51-67.
- Behrens, J. & Langer, G. (2004). Evidence-based Nursing. Bern: Huber.
- Buultjens, M., Robinson, P. & Liamputtong, P. (2008). A holistic programme for mothers with postnatal depression: pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (2), 181–188.
- Bundesamt für Gesundheit. (2009). *Gesundheitszustand und Betreuungssituation der Wöchnerinnen in der Schweiz*. [Website]. Verfügbar unter: http://www.bag.admin.ch/suchen/index.htmlkeywords=wochenbett&go_search=Suchen&lang=de&site_mode=intern&nsb_mode=yes&search_mode=AND#volltextsuche [Zugriff am 1. Mai 2011].
- Bundesamt für Gesundheit. (2010). *Bestandesaufnahme des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz, Schlussbericht*. [Website]. Verfügbar unter: http://www.bag.admin.ch/suchen/index.html?keywords=wochenbett&go_search=Suchen&lang=de&site_mode=intern&nsb_mode=yes&search_mode=AND#volltextsuche [Zugriff am 11. Mai 2011].
- Dalton, K. (2003). *Wochenbettdepression. Erkennen-Behandeln-Vorbeugen*. Bern: Huber.
- Davies, B. & Allen, D. (2007). Integrating 'mental illness' and 'motherhood': The positive use of surveillance by health professionals. A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (11), 365-376.
- Fleming, A.S., Klein, E. & Corter, C. (1992). The Effects of a Social Support Group on Depression, Maternal Attitudes and Behavior in New Mothers. *Department of Psychology*, 33 (4), 685-698.
- Glavin, K., Smith, L., Sorum, R. & Ellefsen, B. (2009). Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *Journal of advanced nursing*, 66 (6), 1317-1327.

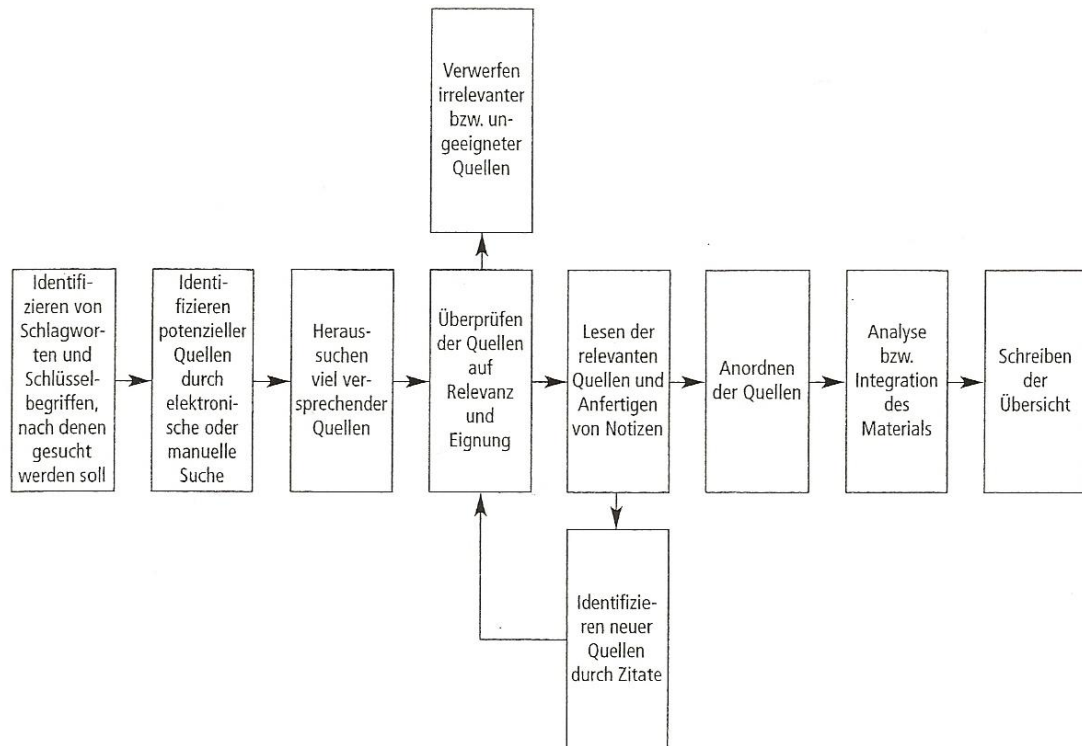
- Grube, M. (2005). Inpatient treatment of women with postpartum psychiatric disorders – the role of the male partners. *Archives of Women's Mental Health*, 8 (6), 163-170.
- Gröhe, F. (2004). *Postpartale Depressionen- ein eigenständiges Krankheitsbild?* [Website]. Verfügbar unter: <http://web.qualitative-forschung.de/publikationen/postpartale-depressionen/pd-definition.htm> [Zugriff am 1. Mai 2011].
- Hofecker-Fallahpour, M., Zinkernagel-Burri, C., Stöckli, B., Wüsten, G., Stieglitz, R.D. & Riecher-Rössler, A. (2003). Gruppentherapie bei Depression in der frühen Mutterschaft-Erste Ergebnisse einer Pilotstudie. *Nervenarzt*, 74 (7), 767-774.
- Holzer-Pruss, C. (2004). Belastung der Angehörigen. In S. Käppeli (Hrsg.), *Pflegekonzepte-Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*, Band 3 (S. 9-45). Bern: Huber.
- Kemp, B., Bongartz, K. & Rath, W. (2003). Postpartale psychische Störungen - ein unterschätztes Problem in der Geburtshilfe. *Z Geburtsh Neonatol*, (207), 159-165.
- Kuosmanen, L., Vuorilehto, M., Kumpuniem, S. & Melartin, T. (2010). Post-natal depression screening and treatment in maternity and child health clinics. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17 (4), 554-557.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban & Fischer.
- Mayer, H. (2007). Pflegeforschung anwenden. *Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung* (2. akt. Aufl). Wien: Facultas.
- McCarthy, M. & McMahon, C. (2008). Acceptance and Experience of Treatment for Postnatal Depression in a Community Mental Health Setting. *Health Care for Women International*, 29 (6), 618-637.
- Mikoteit, T. & Riecher-Rössler, A. (2010). Depression in der frühen Mutterschaft. *Therapeutische Umschau*, (67), 576-580.

- Mulcahy, R., Reay, R.E., Wilkinson, R.B. & Owen, C. (2010). A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Arch Womens Ment Health*, 13 (8), 125 – 139.
- Lintner, N. & Gray, B. (2006). Childbearing and depression. What nurses need to know. *AWHONN Lifelines*, 10 (3), 52-57.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2007). *Antenatal and postnatal mental health . Clinical management and service guidance*. [Website]. Verfügbar unter: <http://publications.nice.org.uk/antenatal-and-postnatal-mental-health-cg45/key-priorities-for-implementation> [Zugriff am 5. Juni 2012].
- Osterwalder, R. (2009). *Das Calgary Family Assessment Modell*. Unterrichtsunterlagen Modul 6. Freiburg: Hochschule für Gesundheit.
- Oxford Centre for Clinical Evidence. (2009). Evidence-based Medicine – Levels of Evidence. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.cebm.net/?o=1025> [Zugriff am 10.06.2012].
- Polit, D. F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern: Huber.
- Rittiner, C. (2006). *Pflegeinterventionen im Wochenbett zur Prävention von postpartaler Depression*. Systematische Literaturübersicht, Fachhochschule Wallis, Bereich Gesundheit und Soziale Arbeit.
- Rogers, C. (1977). *Therapeut und Klient – Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Schorro, E. (2011a). *Systematische Literaturübersicht als Bachelorarbeit*. Unterrichtsunterlagen Modul 16.1. Freiburg: Hochschule für Gesundheit.
- Schorro, E. (2011b). *Wissenschaftliches Arbeiten: Ethische Aspekte und Datenschutz*. Unterrichtsunterlagen Modul 7.1. Freiburg: Hochschule für Gesundheit.
- Tammentie, T., Paavilainen, E., Tarkka, M.T. & Astedt-Kurki, P. (2009). Families' experiences of interaction with the public health nurse at the child health clinic in connection with mother's post-natal depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16 (4), 716-724.

- Tezel, A. & Gözümlü, S. (2006). Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in post partum women. *Patient Education and Counseling*, 63 (8), 64–73.
- Ugarriza, D.N. (2004). Group Therapy and its Barriers for Women suffering from Postpartum Depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2 (4), 39-48.
- Verein Postnatale Depression Schweiz. (2011). *Willkommen beim Verein Postnatale Depression Schweiz!* [Website]. Verfügbar unter: http://www.postnatale-depression.ch/joomla/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1 [Zugriff am 27. März 2011].
- Walter, O. (2009). *Kognitive Therapien*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychotherapie/Verhaltenstherapie/Beck/beck.htm> [Zugriff am 25. Muni 2012].
- Wickberg, B. & Hwang, C.P. (1996). Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders*, 39 (3), 209-216.
- Wimmer-Puchinger, B. & Riecher- Rössler, A. (Hrsg.). (2006). *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis*. Wien: Springer.
- Yelland, J., Sutherland, G. & Brown, S.J. (2010). Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*, 10 (12), 1-11.
- Zeller-Forster, F. (2004). Krise. In S. Käppeli (Hrsg.), *Pflegekonzepte - Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*, Band 1 (S. 45-64). Bern: Huber.

8. Anhang

Anhang A: Schritte zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht (Polit et al., 2004)



Anhang B: Suchprotokoll

Pubmed

Suchbegriffe	Limits	Treffer	Relevante Studien	Einbezogene Studien	Nicht einbezogene Studien
Depression, Postpartum [Mesh] AND Social Support [Mesh]	-English German -19+ years -Last 10 years	196	1		Slade, P., Morrell, C.J., Rigby, A., Ricci, K., Spittlehouse, J. & Brugha, TS. (2010)
Depression, Postpartum [Mesh] AND Inpatients [Mesh]		2	2		Grube, M. (2004)
				Related articles: Grube, M. (2005)	
Depression, Postpartum [Mesh] AND relatives AND nursing support		230	1		Letourneau, N., Duffett-Leger, L. & Salmani, M. (2009)
Depression, Postpartum [Mesh] AND relatives AND care unit		52	2	Tammentie et al. (2009)	
					Buultjens, M. & Liamputtong, P. (2007)
Depression, Postpartum [Mesh] AND care unit AND nursing		12	1		Tammentie, T., Tarkka, MT., Astedt-Kurki, P., Paavilainen, E. & Laippala, E. (2004)
Depression, Postpartum [Mesh] AND Nursing [Mesh]		125	2		Serge, LS., O'Hara, MW., Arndt, S. & Beck, CT. (2010)
				Tezel et al. (2006)	
Depression, Postpartum [Mesh] AND Psychiatry [Mesh] AND Nursing Care [Mesh]		2	2		Kuosmanen, L., Vuorilehto, M., Kumpuniemi, S. & Melartin, T. (2010)
				Yelland et al. (2010)	
Depression, Postpartum [Mesh] AND Family [Mesh] AND Nursing [Mesh]		58	2	Buultjens et al. (2008)	
					Related articles: Meager, I. & Milgrom, J. (1996)
Depression, Postpartum [Mesh] AND Psycho-		18	5	Hofecker-Fallahpour et al. (2003)	

therapy-Group [Mesh]				Fleming et al. (1992)	
				Literatur- verzeichnis von Fleming et al. (1992): Ugarriza, D.N. (2004)	
					Klier, CM., Muzik, M., Rosenblum, KL. & Lenz, G. (2001)
				Related articles: Mulcahy et al. (2010)	
Postpartum AND emotional illness AND care		25	2		Wohlreich, M. (1994)
					Related articles: Vaiva, G., Maron, M., Chapoy, V., Thomas, P., Codaccioni, X. & Goudemand, M. (2002)

Cinahl

Suchbegriffe	Limits	Treffer	Relevante Studien	Einbezogene Studien	Nicht einbezogene Studien
Postpartum depression AND care AND interventions	-English, German -Last 10 years	97	2		Robertson, K. (2010)
				Davies et al. (2007)	
Postpartum Depression AND nursing		254	2	Glavin et al. (2009)	
				Cited references: Wickberg et al. (1996)	
Postpartum depression AND nursing AND support		78	1		Scranderis, D.A. (2005)
Postpartum Depression AND treatment AND care		137	1	Kuosmanen et al. (2010)	
Postpartum depression AND care AND support		188	2	McCarthy et al. (2008)	

Anhang C: Überblick über alle einbezogenen Studien

Titel der Studie	Autoren und Jahr	Datenbank	Design
A holistic programme for mothers with postnatal depression: pilot study	Buultjens, M., Robinson, P. & Liamputtong, P. (2008)	Pubmed	Quantitative Studie
Acceptance and Experience of Treatment for Postnatal Depression in a Community Mental Health Setting	McCarthy, M., McMahon, C. (2008)	Cinahl	Qualitative Studie (Grounded Theory)
A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression	Mulcahy, R., Reay, R.E., Wilkinson, R.B & Owen, C. (2010)	Pubmed	Quantitative Studie
Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in post partum women	Tezel, A. & Gözümlü, S. (2006)	Pubmed	Quantitative Studie
Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample	Wickberg, B., Hwang, C.P. (1996)	Cinahl	Quantitative Studie
Group Therapy and its Barriers for Women suffering from Postpartum Depression	Ugarriza, D.N. (2004)	Pubmed	Quantitative Studie
Gruppentherapie bei Depression in der frühen Mutterschaft-Erste Ergebnisse einer Pilotstudie	Hofecker-Fallahpour, M., Zinkernagel-Burri, Ch., Stöckli, B., Wüsten, G., Stieglitz, R.D. & Riecher-Rössler, A. (2003)	Pubmed	Quantitative Studie
Integrating 'mental illness' and 'motherhood': The positive use of surveillance by health professionals	Davies, B. & Allen, D. (2007)	Cinahl	Qualitative Studie
Post-natal depression screening and treatment in maternity and child health clinics	Kuosmanen, L., Vuorilehto, M., Kumpuniemi, S. & Melartin, T. (2010)	Cinahl	Quantitative Studie
Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women	Yelland, J., Sutherland, G & Brown, S.J. (2010)	Pubmed	Quantitative Studie
Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression	Glavin, K., Smith, L., Sorum, R. & Ellefsen, B. (2009)	Cinahl	Quantitative Studie

Titel der Studie	Autoren und Jahr	Datenbank	Design
Inpatient treatment of women with postpartum psychiatric disorders – the role of the male partners	Grube, M. (2005)	Pubmed	Quantitative Studie
Families' experiences of interaction with the public health nurse at the child health clinic in connection with mother's post-natal depression.	Tammentie, T., Paavilainen, E., Tarkka, M.T. & Astedt-Kurki, P. (2009)	Pubmed	Qualitative Studie
The Effects of a Social Support Group on Depression, Maternal Attitudes and Behavior in New Mothers.	Fleming, A.S., Klein, E. & Corter, C. (1992)	Pubmed	Quantitative Studie

Anhang D: Zusammenfassungen der Studien

Grube, M. (2005). Inpatient treatment of women with postpartum psychiatric disorders – the role of the male partners. <i>Archives of Women's Mental Health</i>, 8 (6), 163-170.
Ziel: Das Verhaltens des Partners der betroffenen Frau in verschiedenen sozialen Rollen zu untersuchen und einzuschätzen, welche Auswirkungen dies auf die Frau hat, in Bezug auf den Umgang mit der Postpartalen Erkrankung.
Forschungsdesign: Quantitative Studie (Beobachtungsstudie)
Setting: Eine Mutter-Kind-Station in einer Psychiatrischen Klinik in Deutschland.
Stichprobe: 31 Partner von insgesamt 34 Frauen, welche an einer starken Postpartalen Erkrankung litten, wurden untersucht. Drei Männer konnten nicht erreicht werden.
Methode: Bei der Untersuchung wurden die Kategorien, welche von Willi (1975) beschrieben wurden modifiziert. Hierbei gab es Vater, Partner- und Beziehungskategorien, welche jeweils vier bis fünf Verhaltensweisen beinhalteten, die von den Mitgliedern der therapeutischen Teams über einen Zeitraum von 3 Wochen beobachtet und dokumentiert wurden. Die Teammitglieder wussten nicht, welche Bewertungen andere anstellten. Anschliessend wurden die Ergebnisse in einer Konsens Konferenz besprochen, wobei jeder Teilnehmer je einer Hauptkategorie zugeordnet wurde. Die Männer wurden als unterstützend eingeschätzt, wenn alle drei Kriterien erfüllt wurden. Doch auch die Partnerinnen wurden mittels Fragebogen befragt, ob sie sich unterstützt fühlen oder nicht. Zusätzlich wurde die Stärke der Psychischen Erkrankung anhand der ‘Clinical Global Impression Scale’ eingeschätzt, sowie die Ausbildung, das Einkommen und die Arbeitsstelle.
Statistik: Es wurden nicht parametrische Test für die kategorischen Daten benutzt wie etwa ein chi-square-, und Fisher-Exact Test sowie ein T-test, eine Kaplan-Meier Analyse mit einer Cox-Regression für intervall-eingeteilte Daten.
Hypothesen: Unterstützende Männer tragen zu einer Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer bei und erhöhen die Chance einer guten Kindererziehung (Betreuung) zu Hause.
Ergebnisse: Die Studie ergab, dass ein Drittel der Männer als unterstützend eingestuft wurden und dass diese Ergebnisse mit der subjektiven Einschätzung der Frauen korrelierte. Wenn die Frau einen unterstützenden Partner hatte, reduzierte sich die Aufenthaltsdauer in der Klinik (11.36 vs. 17.91 Wochen: $p = 0.011$). Unterstützende Partner korrelierten mit dem Unterpunkt “starkes Selbstwertgefühl”, welches anhand des standardisierten Fragebogens “operationalisierte psychodynamische Diagnostik” (OPD) festgelegt wurde. Frauen mit einem unterstützenden Partner haben eine grössere Chance, ambulant behandelt zu werden und für längere Zeit nicht stationär aufgenommen zu werden. $p = 0.0396$. Bei der Untergruppe der Frauen, welche bereits vor der Entbindung psychiatrische Symptome zeigten, waren ein Grossteil der Männer als nicht-unterstützend eingestuft. Zehn dieser Männer litten auch an einer Psychiatrischen Erkrankung nach DSM-IV oder ICD-10. Der zweite Teil der Hypothese konnte in der Studie nicht nachgewiesen werden.
Diskussion: Es gab eine ganz klare Unterteilung in unterstützende Partner/Väter und

nicht unterstützende. Nur wer alle drei Kriterien erfüllte, kam in die Gruppe der Unterstützenden. Der Nachteil dabei ist, dass es das Potential der anderen unterschätzt. Es erlaubt auch keine Beschreibung von Veränderungen des Verhaltens. Sechs Männer, welche an einer psychischen Erkrankung litten, nahmen ambulante Hilfe und Beratung in Anspruch, was sich positiv auf die Behandlung der Mutter auswirkte und hilft, das gesamte Familiensystem zu stabilisieren. In weiteren Studien planen die Forscher grössere Stichproben und den Gebrauch von Instrumenten, welche mehr standardisiert sind.

Ethik: Alle Teilnehmer wurden über die Untersuchung informiert und gaben ihre informierte Zustimmung.

Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005) und Evidenzgrad:
Benotung: 10.5 Punkte = 4.5 (Befriedigend) Evidenzgrad: 2b

Kuosmanen, L., Vuorilehto, M., Kumpuniem, S. & Melartin, T. (2010). Post-natal depression screening and treatment in maternity and child health clinics. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17 (4), 554-557.

Fragestellung: Können Symptome von Müttern mit einer Postpartum Depression durch Trainingssessionen mit einer Psychiatrie-Pflegefachperson vermindert werden?

Ziel: Das Erkennen und Behandeln von Postpartum Depressionen anhand von Trainingssessionen zu verbessern, welche von einer Psychiatrie-Pflegefachfrau durchgeführt werden.

Forschungsdesign: Ein quantitatives, praktisches Entwicklungsprojekt.

Setting: Auf einer Abteilung für Geburtshilfe und in der Kinderklinik im Gesundheitswesen von Vantaa, Finnland.

Stichprobe: 166 Frauen aus drei verschiedenen Kliniken nahmen an der Studie teil. Das finnische Gesundheitssystem erreicht praktisch alle Mütter prä- und postpartal, was eine sehr gute Möglichkeit für Screening und Behandlung von Postpartum Depressionen bietet.

Methode: Durchführung der Studie in drei Kliniken über eine Dauer von 3 Jahren. Eine erfahrene Pflegefachfrau aus dem Gebiet der Psychiatrie arbeitete in jeder Klinik für jeweils ein Jahr. Alle Frauen wurden bei der Routineuntersuchung acht Wochen Postpartum gefragt, die EPDS auszufüllen. Diejenigen, welche über 13 Punkte erreichten, wurden eingeladen, an der Studie teilzunehmen. (n=166) Eine zweite Messung mit der EPDS wurde nach der letzten Session durchgeführt. Intervention: Eine kognitive, zielorientierte Verhaltenstherapie. Ziel: Ein besseres Verständnis des Schweregrades und der Dauer der depressiven Symptome zu erhalten und somit die nötige Unterstützung auf der Basis der individuellen Bedürfnisse der Frauen und ihren Angehörigen zu beurteilen. Die Pflegefachfrau unterstützte das Coping der Mütter in stressigen Situationen und arbeitete mit ihnen an praxisorientierten Lösungen. Anstelle dieser individuellen Meetings, hatten die Frauen auch die Möglichkeit eine kognitivbasierte Präventionsgruppentherapie zu besuchen. Andere Pflegenden nahmen wenn möglich auch an den Sitzungen teil, was zusätzlich einen lehrenden Zweck hatte. Zusätzlich leistete ein Psychiater systematische, klinische Supervision.

Ergebnisse: 53% der Frauen hatten nur 1-2 Treffen, 22% hatten 3-8 Treffen und 25 % hatten nur Gruppentreffen. Ergebnisse nach den Treffen:

Mittelwert EPDS: 9.04; Das ergibt eine Abnahme von 5.71 im Vergleich zu vorher. $p = 0.062$.

Keine weitere Behandlungen: 32%

Unterstützung von Pflegenden und Psychologe: 36%

Überweisung in spezialisierte Psychiatrie: 9%

Überweisung an Pflegefachfrau mit Fachgebiet Depression: 9%

Wunsch nach weiterer Behandlung in Angeboten wie Familienberatung und Psychotherapie: 14%

Diskussion: Eine oder zwei Sessionen mit der Pflegefachfrau waren für mehr als die Hälfte der Frauen ausreichend. Fast zwei Drittel der Frauen konnten in der selben Klinik betreut werden, wo ihre Kinder überwacht wurden, ohne psychiatrische Hilfe.

Es wurde ersichtlich, dass die Zusammenarbeit zwischen einer Psychiatrie-Pflegefachfrau, einer Pflegenden auf der Abteilung und einem Psychiater ein effizienter Weg sind die Pflege von Mütter mit Postpartum Depression zu optimieren. Trotz der nicht-signifikanten Ergebnisse vor und nach den Trainingseinheiten, sind die Ergebnisse ermutigend. Die adäquate Verschreibung antidepressiver Medikation ist sehr wichtig bei Frauen mit Postpartum Depression.

Ethische Aspekte: Die Mütter gaben ihre persönliche Zustimmung zur Teilnahme. Sie hatten die Möglichkeit ihre Kinder und Partner zu dem Terminen mitzunehmen.

Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005) und Evidenzgrad:
Benotung: 9.75 Punkte = 4 (Genügend) Evidenzgrad: 2b

Bultjens, M., Robinson, P. & Liamputtong, P. (2008). A holistic programme for mothers with postnatal depression: pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (2), 181–188.

Ziel: Die Wahrnehmung von Frauen zu identifizieren, welche an einem ganzheitlichen Interventionsprogramm für Postpartum Depressionen teilnehmen.

Forschungsdesign: Eine Pilotstudie (Quantitatives Design, Interventionsstudie)

Setting: Ein städtisches Spital in Australien, auf einer Mutter-Kind-Abteilung, welche Beratung und Unterstützung für Mütter mit einer Postpartum Depression und deren Familien anbieten.

Stichprobe: Eine ausgewählte Stichprobe von 10 Frauen wurden von der Abteilung rekrutiert. Alle waren über 18 Jahre alt und die Kinder unter einem Jahr.

Methode: Hebammen, Pflegefachpersonen (Psychiatrie und Wochenbettbereich) luden die Frauen ein, an der Studie teilzunehmen. Der Abteilungsmanager erklärte jeder Teilnehmerin die Studie. Es wurden Tiefeninterviews vor und nach der Intervention durchgeführt. Die Interventionen sollten durch Ausbildung eine positive und interaktive Verbindung zum Kind erleichtern (EPIC). Die Intervention beinhaltet ein diskretes, ganzheitliches und psychosoziales Programm. Das Konzept ist von direkten Beobachtungen depressiver Mütter in Interaktion mit ihrem Kind und von Evidenzbasierten Gruppenbehandlungen abgeleitet. Die Mütter besuchten drei Klassen: 1. Ausbildung (Fähigkeits- und Wissensvermittlung) 2. Aktivitätskreis (Kommunikation und Bindung mit dem Kind) 3. Kreativität (Positiver Umgang mit Problemen und Ängsten)

Die Datensammlung wurde anhand von Tiefeninterviews durchgeführt, welche den Teilnehmern durch offene Fragen das freie, detaillierte Sprechen ermöglichen. Es fanden zwei Interviews mit einer Dauer von ungefähr einer Stunde, jeweils vor und nach der Intervention statt. Die Teilnehmer füllten nach jeder Gruppentherapie einen Evaluationsbogen aus, welcher ihr Wohlbefinden und ihre Erfahrungen beschreibt (Likertskala). Die Daten wurden transkribiert und anonymisiert. Dazu wurde die Thematische Analyse verwendet.

Ergebnisse: Die Interventionen waren geeignet, um eine positive Mutter-Kind Beziehung zu fördern, sowie den Grad der Angstzustände der Mutter effizient zu reduzieren. Die Teilnehmer fühlten sich sehr wohl in der unterstützenden Umgebung. Es fiel ihnen auf Grund der Depression anfangs schwer, mit ihren Babys zu spielen. Hierbei benötigten sie Führung und Unterstützung. Alle Frauen äusserten positive und lehrreiche Erfahrungen in der Gruppe (100 Evaluationen: mindestens 8 Punkte). Die EPIC-Sessionen halfen eine Bindung zwischen Mutter und Kind aufzubauen, sowie die Genesung positiv zu unterstützen.

Diskussion: Das Pilotprogramm wurde gut aufgenommen und wäre leicht anzuwenden für Hebammen, Pflegefachpersonen und andere Personen aus dem Gesundheitsbereich. Ein Programm wie das EPIC ist leicht übertragbar in andere Spitäler, Gesundheitszentren für Mütter und private Settings. Die Grenzen der Studie beinhalten die kleine Stichprobe und die Durchführung in lediglich einem Spital.

Ethische Aspekte: Die ethischen Universitäts- und Spitalkomitees genehmigten das Durchführen der Studie. Es wurde ein Informationsblatt an alle Teilnehmer abgegeben.

Diese erhielten eine Instruierung durch den Abteilungsmanager. Die Teilnahme war freiwillig ohne Konsequenzen eines Rückzugs. Es wurde eine schriftliche Zustimmung abgeholt.

Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad:

Benotung: 10.5 Punkte = 4.5 (Befriedigend) Evidenzgrad: 2b

Mulcahy, R., Reay, R.E., Wilkinson, R.B. & Owen, C. (2010). A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Arch Womens Ment Health*, 13 (8), 125 - 139.

Fragestellung: Ist die Interpersonelle Gruppentherapie wirksamer als die gewöhnliche Therapie gegen Postpartum Depression?

Ziel: Die Wirksamkeit der interpersonellen Gruppentherapie verglichen mit gewohnter Therapie bei Postpartum Depression zu untersuchen.

Forschungsdesign: Eine randomisiert Kontrollierte Studie, welche von 2004 bis 2006 durchgeführt wurde.

Setting: Eine Psychiatrische Klinik in Australien.

Stichprobe: Die Bögen von 50 Frauen mit Postpartum Depression wurden ausgewertet, nachdem sie durch verschiedene Gesundheitsfachpersonen rekrutiert wurden.

Methode: Die Teilnehmerinnen wurden randomisiert und der jeweiligen Gruppe zugeteilt. Beide Gruppen konnten nebst der Therapie oder der Intervention noch andere Therapieangebote in Anspruch nehmen. Folgende Symptome und Variablen wurden miteinander verglichen: Depressive Symptome, soziale Unterstützung, Paarbeziehung und Mutter-Kind-Bindung. All dies wurde am Anfang der Studie, in der Mitte und 3 Monate danach untersucht. Chi-square wurde verwendet, um die Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen zu messen. Ausserdem wurden t-tests gemacht, um die Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug zu den Variablen am Anfang der Studie zu messen. Folgende Instrumente wurden benutzt: Edinburgh Postnatal Depressionsskala (EPDS) Beck-Depression-Inventory (BDI-2) und drei weitere Instrumente zur Einschätzung der Symptome. (DAS, ISEL, MAI) Nach der achtwöchigen Gruppentherapie gab es noch einen 2 Stündigen Informationsabend, bei dem die Väter eingeladen wurden und vor allem auf sie eingegangen wurde. Die Untersucher erhielten mindestens 20 Stunden Unterricht und Supervision.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass am Ende der Intervention beide Gruppen signifikante Verbesserungen im Bereich Depression erzielten. Die Interventionsgruppe verbesserte sich jedoch signifikanter in allen Bereichen (v.a. Gut funktionierende Ehe, soziale Unterstützung und Beziehung zum Kind) und konnte die Fortschritte nach drei Monaten beibehalten oder weiter verbessern.

Diskussion: Behandlungen, welche auf interpersonaler Gruppentherapie basieren haben viel Potential, weil sie nicht nur viele Vorteile für die Symptome der Mutter bringen, sondern auch die Paarbeziehung und die Bindung zum Kind effizient verbessert werden kann.

Ethische Aspekte: Die Teilnehmer erhielten eine informierte Zustimmung und mussten diese Unterschreiben. Das ACT Ethikkomitee hat alle Protokolle angenommen und die Zustimmung für die Durchführung der Studie gegeben.

Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad:
Benotung: 12 Punkte = 5.5 (Sehr Gut) Evidenzgrad: 1b

Tezel, A. & Gözü, S. (2006). Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in post partum women. *Patient Education and Counseling*, 63 (8), 64–73.

Ziel: Ein Vergleich zwischen der Wirksamkeit von Pflegeinterventionen und Problemlösungstraining bei Frauen mit depressiven Symptomen postpartum.

Hypothese: Pflegeinterventionen und Problemlösungstraining werden depressive Symptome in der Zeit postpartum vermindern.

Forschungsdesign: Ein korrelatives, halb experimentelles Vortest-Nachtest Modell.

Setting: Die Rekrutierung fand in einem Spital im Zentrum von Erzurum, Türkei statt. Die Interventionen wurden dann bei den Frauen zu Hause durchgeführt.

Stichprobe: 62 Frauen, dessen EPDS-Score über 11 war und die somit ein Risiko für eine Postpartum Depression aufwiesen, jedoch keine schweren Symptome hatten, nahmen an der Studie teil.

Methode: Jede Frau wurde über sechs Wochen einmal wöchentlich für 30 bis 50 Minuten besucht. Keine der Frauen erhielt eine pharmakologische oder psychotherapeutische Behandlung. Intervention Pflegegruppe: Flexibel, den individuellen Bedürfnissen zugeschnitten. Die 33 Pflegediagnosen und Interventionen wurden anhand des North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) durchgeführt und dokumentiert. Die Taxonomie und standardisierte Sprache war das Nursing Intervention Classification (NIC). Die Ergebnisse wurden mit dem Nursing Outcomes Classification (NOC) evaluiert. Fortlaufend wurde markiert, wenn ein Ziel erreicht wurde. Intervention Trainingsgruppe: Lernen von Problemlösungsfähigkeiten anhand der Prinzipien von D'Zurilla und Goldfield, welche 5 Phasen beinhalten: 1. Problemorientierungsphase, 2. Definition und Formulierung des Problems, 3. Bildung von Alternativen, 4. Entscheidungsfindung, 5. Problemlösung und Reflexion. Die Datenanalyse erfolgte mittels deskriptiven, statistischen t-tests, Chi-square-Signifikanztests und McNemar Test.

Ergebnisse: Die depressiven Symptome wurden vor und nach den Interventionen gemessen. Beide Strategien verminderten die Prävalenz der Symptome nach der Intervention signifikant. Doch die individuellen Pflegeinterventionen waren wirksamer als die Problemlösungsstrategie.

Diskussion: Pflegeinterventionen und Problemlösungsstrategien könnten mit Zuversicht von Pflegenden in der Primärversorgung von Frauen mit Postpartum Depression durchgeführt werden. Pflegende spielen eine wichtige Rolle beim Erkennen depressiver Symptome. Sie sollten die Frauen über ihre Gefühle und Emotionen befragen, um die spezifischen Bedürfnisse herauszufinden und frühzeitig Interventionen einleiten zu können. Weitere Pflegeforschungen bezüglich Interventionen und Best-Practice-Standards sind erforderlich. Problemlösungstraining kann als präventive Massnahme angewendet und eingeführt werden. Die Hypothese wurde von den Resultaten bestätigt.

Ethische Aspekte: Alle Teilnehmerinnen gaben ihre informierte Zustimmung.

Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad:
Benotung: 11 Punkte = 5 (Befriedigend) Evidenzgrad: 2a

Wickberg, B. & Hwang, C.P. (1996). Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders*, 39 (3), 209-216.

Ziel: Die Ergebnisse von Holden et al. (1989) zu erweitern, indem die Wirksamkeit von Beratungsgesprächen für Frauen mit Postpartum Depression untersucht wird.

Forschungsdesign: Randomisiert Kontrollierte Studie. (Quantitatives Design)

Setting: Frauen aus 17 verschiedenen schwedischen Pädiatrie-Kliniken wurden befragt.

Stichprobe: Es gab eine bevölkerungsbezogene Stichprobe im Schwedischen Gesundheitssystem, welches den Vorteil bringt, dass es fast 100% der Familien mit Kinder erreicht. 41 Frauen mit einer Postpartum Depression aus 17 verschiedenen Kliniken nahmen an der Studie teil.

Methode: Teilnehmer: 17 Pflegefachfrauen, welche auf einer Pädiatrieabteilung in zwei verschiedenen Städten in Schweden arbeiten. Alle erhielten Trainingssessionen in Nicht-direktiven Beratungsmethoden und erhielten während den Beratungsgesprächen Supervision.

Es wurden 1874 Frauen gebeten, zwei und drei Monate Postpartum, die Edinburgh Postnatal Depressionsskala auszufüllen. Der Grenzwert wurde auf 12 und mehr gesetzt. 81 Frauen lehnten eine Teilnahme ab und 138 füllten nur den ersten Teil aus. 1655 Frauen vervollständigten die Skala zwei Mal. Die 94 Frauen, welche beide Male eine Punktezahl von 12 oder mehr erreichten, wurden vom ersten Autor zu Hause anhand der Montgomery Asbern Depression Rating Skala (MADRS) eingeschätzt und anhand der DSM-3-R-Kriterien für Depressionen diagnostiziert. 57 Frauen erzielten einen Wert von 10 oder mehr und wurden eingeladen, an der Studie teilzunehmen. 16 davon wurden ausgeschlossen. Somit nahmen 41 Frauen an der Studie teil und wurden per Randomisierung einer Interventions- bzw. Kontrollgruppe zugeteilt. Erstere erhielt in einem Zeitraum von sechs Wochen, sechs Beratungsstunden von einer Pädiatrie-Pflegefachfrau. Sie erhielten keine anderen Therapien. Die Kontrollgruppe erhielt die normale Grundversorgung. Danach wurden anhand von halbstrukturierten Interviews die Frauen zu ihrer Wahrnehmung bezüglich ihres Zustandes und der Beziehung zur Klinik und der Pflegefachfrau befragt.

Ergebnisse: Interventionsgruppe: 12 von 15 Frauen (80%) zeigten nach den sechs Wochen Beratung keine Anzeichen für eine Depression. Bei der Kontrollgruppe waren es 4 von 16 Frauen (25%). Unterschied der Genesungsrate zwischen den Gruppen: 55% $p < 0.01$

Signifikante Reduktion innerhalb der Interventionsgruppe in der MADRS-Rate vom ersten zum zweiten Interview: $p < 0.001$

Signifikanter Wechsel zwischen den zwei Gruppen in der MADRS-Rate vom ersten zum zweiten Interview: $p < 0.0058$

Selbstbeurteilung über mentalen Zustand nach sechs Wochen und Interview-Ergebnisse:

Interventionsgruppe: 17: viel besser oder besser, 3: nicht besser und nicht schlechter, keine fühlte sich schlechter. Die meisten fühlten sich frei, mit der Pflegenden über alles zu sprechen. Sie wurde als professionell und interessiert beschrieben und gab ihnen das Gefühl normal zu sein.

Kontrollgruppe: 12: viel besser oder besser, 6: nicht besser und nicht schlechter, 3: viel schlechter oder schlechter. Hier wurden die Pflegenden als eher am Kind und nicht an der Mutter interessiert beschrieben. Ausserdem hätten sie keine Zeit für die Probleme der Mutter und seien immer in Eile. Sie fühlten sich nicht ausreichend unterstützt.

Diskussion: Die Resultate der Studie bestätigen diese von Holden et al. (1989). Der Unterschied war, dass diese Studie populationsbasiert war und dass die Frauen keine Antidepressiva einnahmen. Es zeigte sich, dass Beratung auch für Frauen geeignet ist, welche bereits eine Depressive Erkrankung hatten. Es kann nicht beurteilt werden, ob die Genesung der Frauen auf die Gespräche selbst zurückzuführen sind oder auf unspezifische Faktoren wie einen regelmässigen Plan oder die persönliche Interaktion. Die Beratungsmethode ist sehr gut geeignet für betroffene Frauen, welche an einer Depression leiden und auf Grund des Stillens oder des Schweregrades keine Antidepressiva nehmen wollen.

Ethische Aspekte: Alle Pflegefachfrauen, welche teilnahmen, bekamen die Zustimmung der Institution und gaben ihre eigene Zustimmung.

Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad:
Benotung: 13 Punkte = 6 (Sehr Gut) Evidenzgrad: 1b

Ugarriza, D.N. (2004). Group Therapy and its Barriers for Women suffering from Postpartum Depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2 (4), 39-48.

Fragestellung: Werden Mütter mit einer Postpartum Depression durch das "Gruen" Gruppentherapie-Modell eine Verminderung ihrer Symptome erleben?

Ziel: Mittels einer Pilotstudie das Postpartum Depressions Behandlungsprogramm (Gruen) anzuwenden, um die Umsetzbarkeit und Wirkungen sowie die Vorteile und Grenzen dieser Behandlungsstrategie zu identifizieren.

Forschungsdesign: Eine Vor- Nachtest Pilotstudie.

Setting: Wöchentliches Treffen: Universität von Miami (Pflegeschule).

Stichprobe: 34 Frauen mit der Diagnose Postpartum Depression wurden von angehenden Pflegefachpersonen gefragt, an der Studie teilzunehmen. 16 nahmen teil. In jeder Gruppe jeweils acht. Zwei aus der Interventionsgruppe stiegen aus, was dann zu lediglich 6 Teilnehmern führte. Alle Frauen haben innerhalb des letzten Jahres ein Kind geboren.

Methode: Bei Studienbeginn wurden die Frauen per Randomisierung jeweils in die Interventions- oder Kontrollgruppe eingeteilt.
Intervention für die Behandlungsgruppe: 10 Wochen Gruppentherapie, welche vier Aspekte beinhalten: 1. Aufklärung und Information 2. Stressreduktionstechniken 3. Entwicklung von Unterstützungssystemen 4. Kognitive Verhaltens-Restrukturierung. Die Depression wurde jeweils vor und nach der Intervention gemessen. Instrument: Beck Depression Inventory 2. Die Kontrollgruppe erhielt keine Intervention und wurde zur selben Zeit wie die Behandlungsgruppe eingeschätzt.
Datensammlung: Ausfüllen des soziodemographischen Fragebogens und Assessment durch den BDI. Die Datensammlung geschah über E-Mail und Telefon. Die Gruppentherapien dauerten ca. 60 Minuten. Während dieser Zeit wurden die Kinder von Studentinnen der Pflegeschule beaufsichtigt. Die Mütter wurden ermutigt über die Aktivitäten zu diskutieren und bekamen Hausaufgaben, welche im nächsten Training besprochen wurden. Datenanalyse: Der Vergleich der Gruppen geschah anhand des t-tests. Statistische Analysen erfolgten mittels statistischen Einheiten für soziale Wissenschaft (SPSS).

Ergebnisse: Nach der Behandlung waren die Ergebnisse des BDI bei der Interventionsgruppe signifikant tiefer. Die Mitglieder wurden von milder Depression zu keiner oder minimaler Depression eingeschätzt. Alle Frauen waren sehr zufrieden mit den Trainings und fühlten sich viel besser. Der Umgang mit Stresssituationen und Ängsten fiel ihnen durch gelernte Entspannungstechniken und Atemübungen leichter. Auch das Wissen nicht alleine zu sein in der unterstützenden Gruppe, sowie der Austausch untereinander, half den Müttern sehr.

Diskussion: Einige Grenzen sind während der Studie aufgetaucht. Keine der Frauen besuchte alle 10 Trainingseinheiten. Dies aus verschiedenen Gründen: Kinderbetreuung (wegen Krankheit), Familienaktivitäten, welche Vorrang hatten und die Scham, welche immer noch da ist, offen mit der Thematik Postpartum Depression umzugehen. Viele Frauen sind zurückhaltend, die Probleme zu gestehen und verharmlosen diese häufig. Eine weitere Grenze der Studie ist der Mangel von gleichwertigen Abgrenzungen zwischen den Gruppen. Auch die Stichprobengröße ist

eher klein, womit eine Generalisierung schwierig erscheint.

Ethische Aspekte: Die Teilnehmer gaben ihre schriftliche Informierte Zustimmung, welche durch die zuständige Behörde an der Universität von Miami bestätigt wurde. Danach erläuterte der Untersucher die Studie und half den Müttern beim Lesen und Verstehen der Zustimmung.

Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad:
Benotung: 11.5 Punkte = 5 (Gut) Evidenzgrad: 2a

Hofecker-Fallahpour, M., Zinkernagel-Burri, C., Stöckli, B., Wüsten, G., Stieglitz, R.D. & Riecher-Rössler, A. (2003). Gruppentherapie bei Depression in der frühen Mutterschaft-Erste Ergebnisse einer Pilotstudie. *Nervenarzt*, 74 (7), 767-774.

Fragestellung: Kann durch Gruppentherapie ein signifikanter Rückgang depressiver Symptome erreicht werden?

Ziel: Einen signifikanten Rückgang depressiver Symptome bei Frauen ab der Schwangerschaft bis zum Vorschulalter des Kindes zu erreichen.

Forschungsdesign: Quantitative Pilotstudie.

Setting: Psychiatrische Universitätspoliklinik Basel.

Stichprobe: Die Zuweisung erfolgte durch die Poliklinik Basel und durch eine Öffentlichkeitskampagne: Ärzte, Mütterberatungsstellen, Kliniken und Selbstzuweisungen. Die Entscheidung über eine Aufnahme fand in einem einstündigen Aufnahmegespräch statt. Schlussendlich nahmen 31 Frauen an der Studie teil. Doch nur 30 Bögen waren auswertbar. Die Frauen wurden 5 Müttergruppen zugeteilt und besuchten durchschnittlich 10 Sitzungen.

Methode: Die Gruppentherapie beinhaltete insgesamt 12 Sitzungen, welche 90 Minuten dauerten. Nach der 6. Sitzung wurde ein Paar- bzw. Elterngespräch geführt, wobei Beziehungen zum Kind und Partner analysiert wurden. Der Ablauf der Therapien gliederte sich in 3 Phasen: 1. Erlernen kognitiv-verhaltenstherapeutischer antidepressiver Strategien. 2. Auseinandersetzung mit rollen-spezifischen Themen aus der frühen Mutterschaft und gezielte Anwendung dieser im Alltag anhand von Rollenspielen. 3. Krisenmanagement. Ausweitung erlernter Strategien und Planung der Zukunft nach der Therapie. Als Evaluationsinstrumente wurde das Beck-Depressions-Inventar (BDI), Die Symptom-Check-Liste und die Familienbögen zur Zweierbeziehung benützt. Zur Datenanalyse wurden Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet, sowie t-Tests zur Signifikanzprüfung.

Ergebnisse: Nach den Gruppentherapien kam es in den Gruppen 2, 3 und 4 zu signifikanten Verbesserungen der Symptome. Die Gruppen 1 und 5 waren knapp unter der Signifikanzgrenze. Alle Teilnehmer zusammen ergeben ein hochsignifikantes Ergebnis ($p=0.001$) Durch die Gruppentherapie kam es zu signifikanten Verbesserungen der depressiven Symptome. Weiterhin verbesserte sich die Mutter-Kind-Beziehung subjektiv.

Diskussion: Die neu entwickelte Gruppentherapie für Mütter mit Depressionen hat effiziente Wirkungen erzielt. Die Teilnehmerinnen äusserten eine hohe Zufriedenheit mit der Therapie und äussern, ihren Alltag nun besser bewältigen zu können. Eine weitere Studie, welche eine Kontrollgruppe miteinbezieht wird zur Zeit durchgeführt. Die Therapie gab einen Anstoss zum Aufbau sozialer Kontakte und wird als Vorteil gegenüber Einzeltherapien gesehen. Einige Teilnehmerinnen nahmen zusätzlich Antidepressiva ein. Doch da auch bei den anderen Frauen signifikante Rückgänge erzielt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass ausschliesslich die Therapie dafür verantwortlich war. Eine Einschränkung ist, dass ausschliesslich Selbstbeurteilungsinstrumente verwendet wurden. Es ist möglich, dass die Teilnehmerinnen ihre Symptome z.t. Bagatellisierten oder überschätzten. Weiterhin

sollen unter dem Gesichtspunkt, dass eine schlechte Paarbeziehung ein Risikofaktor für eine Postpartum Depression darstellen kann, künftig auch Instrumente zur Beurteilung der psychischen Befindlichkeit des Partners und der Qualität der Beziehung eingesetzt werden.

Ethische Aspekte: Auf ethische Aspekte wurde nicht spezifisch eingegangen. Es wird lediglich berichtet, dass die Teilnehmerinnen durch eine Kampagne und Selbstzuweisungen aufgenommen wurden und in einem klinischen Aufnahmegespräch entschieden wurde, wer definitiv teilnehmen kann.

Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad:
Benotung: 11.75 Punkte = 5 (Gut) Evidenzgrad: 2b

Yelland, J., Sutherland, G. & Brown, S.J. (2010). Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*, 10 (12), 1-11.

Fragestellung: Wie häufig kommen Angstzustände und depressive Symptome, sowie komorbide Symptome bei Frauen in den ersten sechs Monaten Postpartum vor und welche Zusammenhänge gibt es zwischen Ängsten, Depression, Lebensereignisse und sozialen Problemen?

Ziel: 1. Festlegen der Prävalenz von Angstzuständen, depressiven und komorbiden Symptomen bei Müttern in den ersten sechs Monaten Postpartum. 2. Die Zusammenhänge zwischen Ängsten, Depression, kritische Lebensereignisse und sozialen Problemen untersuchen.

Forschungsdesign: Eine quantitative, populationsbasierte Untersuchung an australischen Frauen.

Setting: Frauen aus 109 verschiedenen Spitälern in Victoria und Südaustralien nahmen an der Studie teil.

Stichprobe: Der Bogen wurde an 8464 Frauen geschickt. Geantwortet haben 4366 Personen. Es handelt sich um Frauen zwischen 16 und 46 Jahren. 95 % waren verheiratet oder lebten in einer Partnerschaft. Die Teilnehmerinnen waren repräsentativ bezüglich Anzahl Kinder, Geburtsart und Geburtsgewicht der Kinder.

Methode: Eine Umfrage wurde mit allen Frauen, welche im September / Oktober 2007 ein Kind geboren haben, durchgeführt. Der Fragebogen wurde per Mail geschickt. Beiliegend war ein Einladungsschreiben in 6 verschiedenen Sprachen. Der Fragebogen war jedoch nur in Englisch. Gemessen wurden Angstzustände und Depression anhand der Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). Mittels eines anderen Fragebogens wurden kritische Lebensereignisse erfragt (Scheidung, Umzug, Arbeitsverlust, Tod einer nahen Person, Geldprobleme oder ernsthafte familiäre Konflikte).

Ergebnisse:

Angst: 12.7 % höher als normal.

Depression: 17.4 % höher als normal.

Komorbidität Angst und Depression: 8.1 %

Fast die Hälfte der Teilnehmer äusserte kritische Lebensereignisse oder soziale Probleme während den sechs Monaten Postpartum. Frauen, welche drei oder mehr soziale Probleme aufwiesen, waren signifikant mehr gefährdet an Postpartum Depressionen, Angstzuständen oder an beiden Symptomen zusammen zu leiden. Die meist genannten Ereignisse waren Tod oder Krankheit eines Freundes / Familienmitglieds oder Umzug. Häufige soziale Probleme waren: Geldmangel und Konflikte in der Familie. Frauen, welche drei oder mehr soziale Probleme hatten, wiesen folgende Merkmale auf: Unter 25 Jahre, ledig, kein Schulabschluss, niedriges Einkommen und keine Krankenversicherung.

Diskussion: Aus den Ergebnissen haben sich hohe Werte von Ängsten und Depression bei einer grossen Population ergeben. Somit ist es überaus wichtig, dass Gesundheitspersonal wie Hebammen, Pflegefachfrauen und Ärzte über die sozialen Umstände und wichtige Lebensereignisse der Frauen, welche in der perinatalen Zeit

stattfinden, Bescheid wissen und die Zusammenhänge zwischen sozialer und emotionaler Gesundheit kennen, damit sie angemessen darauf reagieren können. Gewöhnliche Therapiemassnahmen wie kognitive Verhaltenstherapie oder Pharmakologische Therapien könnten bei sozialen Problemen nicht angemessen sein. Somit ist es wichtig, perinatale Betreuung zu koordinieren, damit auf die sozialen Probleme eingegangen werden kann und somit das emotionale Wohlbefinden gefördert wird.

Ethische Aspekte: Die Zustimmung für die Studie gab das Ethikkomitee in Victoria, das Südaustralische Departement für Gesundheit, die Universität von Südaustralien, das Kinderspital und 10 Spitäler, welche teilgenommen haben. Die Teilnehmer gaben ihre informierte Zustimmung.

Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad:
Benotung: 11.5 Punkte = 5 (Gut) Evidenzgrad: 3a

Glavin, K., Smith, L., Sorum, R. & Ellefsen, B. (2009). Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *Journal of advanced nursing*, 66 (6), 1317-1327.

Fragestellung: Ist unterstützende Beratung durch eine Pflegefachfrau wirksam für Frauen, welche an einer Postpartum Depression leiden?

Ziel: Die Wirkung von unterstützender Beratung für Frauen mit Postpartum Depression zu untersuchen und die Hypothese zu bestätigen, dass sich die Symptome bei denjenigen Frauen in der Interventionsgruppe verringern werden.

Forschungsdesign: Eine pragmatische Untersuchung wurde durchgeführt. Diese werden genutzt, um die Wirksamkeit von Behandlungen zu erklären.

Setting: Die Studie fand in zwei verschiedenen norwegischen Gemeinden/Kliniken statt.

Stichprobe: Norwegische Frauen, welche zwischen Juni 2005 und Dezember 2006 ein lebendes Kind geboren haben. 228 Frauen nahmen teil. 64 in der Kontrollgruppe und 164 in der Interventionsgruppe.

Methode: 26 Pflegefachfrauen wurden ausgebildet Postpartum Depressionen zu identifizieren und unterstützende Beratung anzuwenden. 6 Wochen postpartum wurden Pre-tests gemacht mit der Edinburgh Postnatal Depressionsskala. 3 und 6 Monate postpartum wurde erneut der selbe Bogen ausgefüllt.

Ergebnisse: Die Depressionsrate sank statistisch signifikant bei der Interventionsgruppe verglichen zu der Kontrollgruppe nach drei und sechs Monaten postpartum. Nach drei Monaten haben 45 % bei der Kontrollgruppe ≥ 10 Punkte beim EPDS erreicht und nur 22% bei der Interventionsgruppe. Nach drei Monaten war eine Abnahme von 2.5 Punkten erreicht und nach 6 Monaten 2.7 Punkte.

Diskussion: Es wurden keine anderen Instrumente als die EPDS benützt. Dies kann als Grenze gesehen werden, jedoch ist diese Skala stark akzeptiert und wird häufig bei der Einschätzung von Postpartum Depressionen verwendet. Die Ergebnisse wären noch aussagekräftiger, wenn die Teilnehmer durch Randomisierung den Gruppen zugeteilt geworden wären. Der Unterschied der Geburtenrate (Parität) zwischen den Frauen in den Gruppen könnte einen Bias bei den Ergebnissen verursacht haben. Einige individuelle Informationen konnten nicht in die Daten aufgenommen werden.

Ethische Aspekte: Das Regionale Komitee für medizinische Forschungsethik gab die Zustimmung für diese Studie. Den Müttern wurde versichert, dass die Vertrauenswürdigkeit gewahrt wird. Die Pflegefachfrauen kannten die Identität der Teilnehmerinnen, die Untersucher jedoch nicht. Die Fragebögen waren nur mit Nummern gekennzeichnet.

Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad:
Benotung: 12.75 Punkte = 5.5 (Sehr Gut) Evidenzgrad: 2a

Fleming, A.S., Klein, E. & Corter, C. (1992). The Effects of a Social Support Group on Depression, Maternal Attitudes and Behavior in New Mothers. *Department of Psychology*, 33 (4), 685-698.

Fragestellung: Hat eine soziale Unterstützungsgruppe postpartum einen Effekt auf die Stimmung, die Einstellung und Verhaltensweisen von frischen Müttern?

Ziel: Herauszufinden, ob eine soziale Unterstützungsgruppe die eine positive Wirkung auf Frauen in den ersten 5 Monaten postpartum hat.

Forschungsdesign: Eine quantitative Interventionsstudie.

Setting: Eine Geburtsstation in einem grossen Vorstadt Spital in Kanada.

Stichprobe: Frauen, welche während der Untersuchungszeit ein Kind geboren haben und folgende Kriterien aufweisen: Primipara, verheiratet oder in einer Partnerschaft, englisch-sprechend, keine vergangenen psychischen Probleme und vaginale Entbindung. Die Frauen waren zwischen 22 und 36 Jahre alt.

Methode: Die Frauen füllten einen Fragebogen nach 6 Wochen, 5 Monaten und nach einem Jahr aus. Diese schickten sie per E-Mail zurück. Der bogen heisst Current Experience Scale (CES). Weitere zwei Bögen wurden eingesetzt, u.a. Der EPDS. 20 % erzielten Depressionswerte über dem Grenzwert. Es gab drei Gruppen: Die Interventionsgruppe, welche an den Gruppensitzungen teilnahmen, die Kontrollgruppe, welche keine Intervention erfuhr und die E-Mail Gruppe, welche Zusammenfassungen und Aussagen der Gruppensitzungen schriftlich geschickt bekamen. In allen Gruppen gab es Frauen mit und ohne Depression. Die Frauen in der Interventionsgruppe wurden in 8er Blöcke aufgeteilt und nahmen an den sechs Sessionen statt. Zwei Psychologen leiteten die Gruppen. Das Ziel war: Soziale Kontakte, Erfahrungsaustausch, gemeinsamer Austausch von Konflikten und Problemen und Lösungsfindungen. Die Gruppensessionen beinhalteten verschiedene Themen: Vorstellung, Schwangerschaft, Emotionen und Stimmungen, Depression, die neue Rolle als Mutter, Babymassage und Beziehung zum Partner.

Ergebnisse: Alle Frauen erlebten eine Stimmungsverbesserung von 2 Wochen bis 5 Monate Postpartum. Trotzdem hatte die Soziale Unterstützungsgruppe keinen Einfluss auf die Depressionswerte der Frauen mit Depression. Im Gegenteil, die Gruppe hat sich eher negativ auf das Selbstwertgefühl der Frauen ausgewirkt. Trotz dieser Ergebnisse hat sich die Aufmerksamkeit und Zuwendung zum Kind verbessert.

Diskussion: Es wird davon ausgegangen, dass das Zusammensein von depressiven und nicht depressiven Müttern in einer Gruppe für die Resultate verantwortlich ist. Es wird beschrieben, dass die gesunden, selbstbewussten Frauen das Selbstwertgefühl der depressiven Mütter noch mehr verschlechtern kann. Somit wäre eine getrennte Gruppentherapie, bei der lediglich Frauen mit der selben Problematik teilnehmen, von Vorteil.

Ethische Aspekte: Die Teilnehmerinnen gaben ihre Zustimmung für die Teilnahme an der Studie und das Ausfüllender Fragebögen.

Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad:
Benotung: 11.5 Punkte = 5 (Gut) Evidenzgrad: 2a

McCarthy, M. & McMahon, C. (2008). Acceptance and Experience of Treatment for Postnatal Depression in a Community Mental Health Setting. *Health Care for Women International*, 29 (6), 618-637.

Ziel: 1. Faktoren zu identifizieren, welche die Entscheidung beeinflussen, Hilfe bei einer Postpartum Depression zu suchen und anzunehmen. 2. Die Erfahrungen der Frauen während der Behandlung zu beschreiben, um beeinflussende Faktoren zu verstehen.

Forschungsdesign: Qualitatives Design, Grounded Theory.

Setting: Gemeinschaftliche Psychiatrische Einrichtung in Neuseeland.

Stichprobe: 15 Frauen, welche an einer Postpartum Depression litten und bei der Psychiatrischen Einheit für Postpartale Depressionen in Behandlung waren. Sie waren zwischen 27 und 41 Jahren.

Methode: Pflegefachpersonen nahmen mit allen Frauen, welche während den letzten 18 Monaten aus der Klinik entlassen wurden, telefonisch Kontakt auf. 18 Frauen entsprachen den Kriterien der Studie und erhielten schriftlich Informationen und gaben ihre informierte Zustimmung, welche dem Forscher zugeschickt wurden. Darauf hin hat dieser jeweils ein Interview bei den Teilnehmern zu Hause arrangiert. Zwei Frauen wollten nicht teilnehmen und eine konnte nicht kontaktiert werden, weil sie weggezogen war. Das Interview wurde aufgenommen (offene Fragen) und später transkribiert und wortgetreu analysiert anhand der "modified analytic induction."

Ergebnisse: Zwei Hypothesen wurden aufgestellt:

1. Frauen welche von sich aus Hilfe akzeptieren, werden bemerken, dass etwas nicht stimmt, bevor sie von einem Experten aufgeklärt werden.
2. Frauen, welche die Behandlung akzeptieren, werden ihre Erkrankung mit identifizierbaren Stressoren und hormonellen Ursachen in Verbindung setzen, um sich von Stigmata zu schützen.

Die erste Hypothese konnte durch die Aussagen der Frauen bestätigt werden. Die Frauen bemerkten zwar, dass etwas mit ihnen nicht stimmte, die meisten wussten jedoch nicht, dass es sich um eine Depression handelt. Dieses Unwissen und die Angst vor dem Stigma, eine schlechte Mutter zu sein oder in einer psychiatrischen Klinik als verrückt abgestempelt zu werden, hinderten die Frauen lange, Hilfe zu suchen. Sie erreichten den schlimmsten Punkt der Krise, kurz bevor sie in Behandlung waren. Die Frauen waren unfähig zu unterscheiden, ob es sich um normale Phasen des postpartalen Stresses handelt oder um depressive Symptome, welche Behandlung erfordern. Beim Genesungsprozess waren für die Frauen Gespräche über ihre Erfahrungen mit Personal aus dem Gesundheitswesen und mit anderen Müttern am wichtigsten. Die Teilnehmerinnen haben der Postpartum Depression ganz verschiedene Ursachen zugeschrieben. Die meisten haben sie jedoch mit biomedizinischen und persönlichen Ursachen, wie etwa Stress in Zusammenhang gebracht. Diese hatten jedoch keine Verbindung dazu, wie und wann sie Hilfe suchten. Ausgehend von den Daten wurden 3 deskriptive Feststellungen gemacht: 1. Frauen akzeptieren professionelle Hilfe, wenn sie bemerken, dass sie keine Wahl haben. 2. Frauen entscheiden selten alleine, Hilfe zu suchen und anzunehmen. 3. Andere Leute sind weitgehend verantwortlich, die Hilfe anzunehmen, um den Prozess einzuleiten.

Diskussion: Es wurden fünf Hauptthemen ersichtlich, welche die Frauen beschäftigt haben. 1. Eine anfängliche Beunruhigung, dass etwas nicht stimmte. 2. Erreichen der Krise und Hilfe erhalten. 3. Akzeptieren der Diagnose. 4. Das schrittweise Herausbrechen aus dem Stigma durch das Offenlegen und die Erkenntnis, dass viele Frauen an den selben Problemen leiden. 5. Genesung (Recovery). Die Frauen sind oftmals auf Grund ihrer Symptome und des Unwissens unfähig, Hilfe zu beanspruchen. Somit sind Einbezug von Familie und Partner sowie Aufklärungsprogramme von grosser Relevanz.

Ethik: Die Teilnehmer mussten die informierte Zustimmung geben und die Studie wurde von den relevanten, institutionellen Ethikkomitees überprüft und angenommen.

Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad:
Benotung: 10.75 Punkte = 5.5 (Gut) Evidenzgrad: 3b

Tammentie, T., Paavilainen, E., Tarkka, M.T. & Astedt-Kurki, P. (2009). Families' experiences of interaction with the public health nurse at the child health clinic in connection with mother's post-natal depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16 (4), 716-724.

Ziel: Eine Theorie der Interaktion zu bilden zwischen der Pflegefachfrau im Kinderspital und der Mutter, welche an einer Postpartum Depression leidet. Herausfinden, welche Aspekte aus dem Blickwinkel der Familie wichtig sind.

Forschungsdesign: Grounded Theory als weiterführende, komparative Methode (Qualitatives Design)

Setting: Die Teilnehmer beschrieben in Form eines Interviews, welches bei ihnen zu Hause stattfand, die Erfahrungen, welche sie in einem Kinderspital in Finnland gemacht haben.

Stichprobe: Die Frauen, welche im Universitätsspital entbunden haben und ihre Partner wurden gefragt, an der Studie teilzunehmen. 13 Frauen erreichten die Kriterien (≥ 13 Punkte bei der Edinburgh Postnatal Depressionsskala, EPDS). Vier Familien wurden ausgeschlossen. Somit nahmen neun Frauen, fünf Männer und ein Kind an der Studie teil.

Methode: Die Interviewfragen waren breit, offen und beinhalteten keine vorher festgelegten Fragen. Sie ermöglichten den Teilnehmern die Interaktion mit der Pflegefachfrau zu beschreiben. Zum Teil wurden zusätzliche Fragen gestellt, um die Antworten zu vertiefen. Die Interviews fanden zu Hause statt und wurden immer vom selben Untersucher durchgeführt. Sie dauerten zwischen 40 und 90 Minuten und wurden auf Band aufgenommen. Danach wurden die Daten transkribiert, was eine Anzahl von 191 geschriebenen Seiten ergab. Die Datensammlung- und Analyse wurden fortlaufend, nebeneinander durchgeführt. Alle Wörter/Sätze mit substantiven Codes wurden in Kategorien bezüglich Gemeinsamkeitn gegliedert. Relevante Aspekte wurden dann zu Konzepten gebildet, welche die Theorie beschreiben.

Ergebnisse: Die Konzepte der Theorie bildeten sich folgendermassen heraus: Ein Mangel an fortlaufender Beziehung, das Bedürfnis gleichwertige Partner zu sein, Mangel an Individualität und Betreuung für die gesamte Familie. Die Beziehungen zwischen den Kategorien: Zu wenig Diskussionen und Hilfestellung und kein Aufbau einer Vertrauensbeziehung. Die Hauptkategorie, welche sich daraus ergeben hat ist ein Mangel an ganzheitlicher Kooperation mit der jeweiligen Familie.

Diskussion: Bei den Ergebnissen kam ein deutlicher Wunsch nach mehr Kontinuität, Individualität und Zeit in der Betreuung heraus. Die Familien wünschten sich mehr Gespräche über den gesundheitlichen Zustand und den Umgang mit Problemen in der Familie. Die Frauen fühlten sich durch ihre Depression bereits als schlechte Mutter. Hinzu kam dass die Pflegenden z.t. eine vorwurfsvolle Haltung eingenommen haben. Dies hat die Gefühle zusätzlich verstärkt und die Eltern gehemmt, um Hilfe zu bitten. Falls sie dies trotzdem taten, fühlten sie sich gut unterstützt. Ausserdem wünschten die Eltern mehr Klientenzentriertheit und nicht nur den Fokus auf Technische Dinge und z.b. Das Stillen. Die Väter fühlten sich ausgeschlossen und Fehl am Platz. Die meisten blieben somit den Untersuchungen künftig fern. Die professionellen Fähigkeiten und Kompetenzen der Pflegenden, sowie die Persönlichkeit hatten einen starken Einfluss

auf das Wohlbefinden der Eltern.

Ethische Aspekte: Das Ethikkomitee des Spitals hat das Durchführen der Studie genehmigt. Die Familien gaben ihre Bereitschaft und das Einverständnis zur Teilnahme. Sie hatten die Möglichkeit, jederzeit um Hilfe zu bitten, wenn die Teilnahme Probleme ergeben würde. Das Interviewmaterial war für Aussenstehende nicht erreichbar und die Teilnehmer können durch Ergebnisse nicht identifiziert werden.

Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad:
Benotung: 10.5 Punkte = 5.5 (Gut) Evidenzgrad: 3b

Bultjens, M., Robinson, P. & Liamputtong, P. (2008). A holistic programme for mothers with postnatal depression: pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (2), 181–188.

Ziel: Die Wahrnehmung von Frauen zu identifizieren, welche an einem ganzheitlichen Interventionsprogramm für Postpartum Depressionen teilnehmen.

Forschungsdesign: Eine Pilotstudie (Quantitatives Design, Interventionsstudie)

Setting: Ein städtisches Spital in Australien, auf einer Mutter-Kind-Abteilung, welche Beratung und Unterstützung für Mütter mit einer Postpartum Depression und deren Familien anbieten.

Stichprobe: Eine ausgewählte Stichprobe von 10 Frauen wurden von der Abteilung rekrutiert. Alle waren über 18 Jahre alt und die Kinder unter einem Jahr.

Methode: Hebammen, Pflegefachpersonen (Psychiatrie und Wochenbettbereich) luden die Frauen ein, an der Studie teilzunehmen. Der Abteilungsmanager erklärte jeder Teilnehmerin die Studie. Es wurden Tiefeninterviews vor und nach der Intervention durchgeführt. Die Interventionen sollten durch Ausbildung eine positive und interaktive Verbindung zum Kind erleichtern (EPIC). Die Intervention beinhaltet ein diskretes, ganzheitliches und psychosoziales Programm. Das Konzept ist von direkten Beobachtungen depressiver Mütter in Interaktion mit ihrem Kind und von Evidenzbasierten Gruppenbehandlungen abgeleitet. Die Mütter besuchten drei Klassen: 1. Ausbildung (Fähigkeits- und Wissensvermittlung) 2. Aktivitätskreis (Kommunikation und Bindung mit dem Kind) 3. Kreativität (Positiver Umgang mit Problemen und Ängsten)

Die Datensammlung wurde anhand von Tiefeninterviews durchgeführt, welche den Teilnehmern durch offene Fragen das freie, detaillierte Sprechen ermöglichen. Es fanden zwei Interviews mit einer Dauer von ungefähr einer Stunde, jeweils vor und nach der Intervention statt. Die Teilnehmer füllten nach jeder Gruppentherapie einen Evaluationsbogen aus, welcher ihr Wohlbefinden und ihre Erfahrungen beschreibt (Likertskala). Die Daten wurden transkribiert und anonymisiert. Dazu wurde die Thematische Analyse verwendet.

Ergebnisse: Die Interventionen waren geeignet, um eine positive Mutter-Kind Beziehung zu fördern, sowie den Grad der Angstzustände der Mutter effizient zu reduzieren. Die Teilnehmer fühlten sich sehr wohl in der unterstützenden Umgebung. Es fiel ihnen auf Grund der Depression anfangs schwer, mit ihren Babys zu spielen. Hierbei benötigten sie Führung und Unterstützung. Alle Frauen äusserten positive und lehrreiche Erfahrungen in der Gruppe (100 Evaluationen: mindestens 8 Punkte). Die EPIC-Sessionen halfen eine Bindung zwischen Mutter und Kind aufzubauen, sowie die Genesung positiv zu unterstützen.

Diskussion: Das Pilotprogramm wurde gut aufgenommen und wäre leicht anzuwenden für Hebammen, Pflegefachpersonen und andere Personen aus dem Gesundheitsbereich. Ein Programm wie das EPIC ist leicht übertragbar in andere Spitäler, Gesundheitszentren für Mütter und private Settings. Die Grenzen der Studie beinhalten die kleine Stichprobe und die Durchführung in lediglich einem Spital.

Ethische Aspekte: Die ethischen Universitäts- und Spitalkomitees genehmigten das Durchführen der Studie. Es wurde ein Informationsblatt an alle Teilnehmer abgegeben.

Diese erhielten eine Instruierung durch den Abteilungsmanager. Die Teilnahme war freiwillig ohne Konsequenzen eines Rückzugs. Es wurde eine schriftliche Zustimmung abgeholt.

Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad:

Benotung: 11 Punkte = 5.5 (Sehr Gut) Evidenzgrad: 3b

**Anhang E: Beurteilungsraster für quantitative Studien
(LoBiondo-Wood & Haber, 2005)**

Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen

Darstellung des Problems und des Ziels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie? 2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar? 3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich? 4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers? 	
Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen. 2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus? 3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen? 4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an. 5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen? Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter? 	
Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert? 2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie? 3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage? 4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen? 5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese? 6. Sind die Hypothesen überprüfbar? 	

Stichprobe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt? 2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet? 3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist? 4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet? 5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung? 	
Forschungsdesign	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches Design wird in der Studie verwendet? 2. Wie wird das Design begründet? 3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf? 	
Interne Validität	<ol style="list-style-type: none"> 1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie. 2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen? 	
Externe Validität	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung? 	
Methoden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt? 2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich? 	
Rechtlich-ethische Probleme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt? 2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde? 	
Instrumente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Physiologische Messungen <ol style="list-style-type: none"> a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen? 2. Beobachtungsmethoden <ol style="list-style-type: none"> a) Wer führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat? 3. Interviews <ol style="list-style-type: none"> a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche? 	

	4. Fragebögen a) Welchem Typ ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein? 5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zur Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?	
Reliabilität und Validität	1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben? 2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel? 3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben? 4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?	
Datenanalyse	1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt? 2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben? 3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable? 4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend? 5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanz-niveau an? Wenn ja, welches? 6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten. b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert. c) Im Text findet keine blosser Wiederholung der Tabellen statt.	
Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen	1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt? 2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert? 3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe? 4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein? 5. Welche Verallgemeinerungen gibt es? 6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus? 7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?	

Anwendung und Verwertung in der Praxis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben? 2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen? 3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden? 4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt? 5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar? 6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden? 7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? 	
---	--	--

Literatur:

LoBiondo, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.

Grube, M. (2005). Inpatient treatment of women with postpartum psychiatric disorders – the role of the male partners. *Archives of Women's Mental Health*, 8 (6), 163-170.

<p>Darstellung des Problems und des Ziels</p> <p>1P</p>	<p>1. Das Ziel war, das Verhaltens des Partners in verschiedenen sozialen Rollen zu untersuchen und einzuschätzen, welche Auswirkungen dies auf die Frau hat, in Bezug auf den Umgang mit der Postpartalen Erkrankung.</p> <p>2. Es werden Beziehungen hergestellt zwischen den Ergebnissen, welche die Analyse des Behandlungsteams ergeben haben und den Resultaten des Fragebogens, welche die Frauen ausgefüllt haben. Die unabhängige Variable ist das Verhalten der Männer und die abhängige Variable ist der Umgang der Frau mit ihrer Erkrankung.</p> <p>3. Es wurden insgesamt 31 Partner von Frauen mit einer Postpartum Depression untersucht. 10 Männer litten an einer psychiatrischen Erkrankung, welche in einer Tabelle anhand des ICD-10 aufgelistet sind.</p> <p>4. In der untersuchten Gruppe hatten viele Männer psychische Erkrankungen, was Einfluss auf das Verhalten in den Rollen hat. Der Forscher zeigt die Wichtigkeit auf, beide Partner in die Behandlung einzubeziehen, um das Familiensystem aufrechtzuerhalten. Zugleich ist noch wenig bekannt über das Verhalten des Vaters in seinen verschiedenen Rollen als Partner, Vater und in der Beziehung zur Mutter.</p>
<p>Literaturrecherche und theoretischer Bezugsrahmen</p> <p>1P</p>	<p>1. In der Literaturübersicht werden bereits bekannte Verhaltensweisen der Männer und Einflussfaktoren beschrieben. Depressionen und Angststörungen der Partner wurden in einer Studie mit der Edinburgh Postnatal Skala untersucht.</p> <p>2. Die Beziehungen zwischen den Variablen werden zum Ausdruck gebracht. Es geht darum, den Einfluss des Verhaltens des Partners auf die Frau zu untersuchen.</p> <p>3. Viele vorangegangene Studien beschreiben depressive Symptome der Männer oder beider Partner. Es gibt jedoch wenig empirisches Wissen über die Verhaltensweisen des Vaters in verschiedenen Rollen und dessen Auswirkungen auf die Frau.</p> <p>4. Die Literaturhinweise beruhen hauptsächlich auf primären Quellen. (z.b. Matthey et al., 2001 oder Zerkowitz und Milet, 2001)</p> <p>5. Es gab einen standardisierten Fragebogen: "operationalisierte psychodynamische Diagnostik" (OPD) und Diagnosen, welche anhand des DSM-IV und ICD-10- Systems definiert wurden. Folgende Variablen wurden operationalisiert und messbar gemacht: Stärke der Psychischen Erkrankung anhand der 'Clinical Global Impression Scale', die Ausbildung, das Einkommen und die Arbeitsstelle.</p>
<p>Hypothese(n) oder</p>	<p>1. Unterstützende Männer tragen zu einer Verkürzung der</p>

Forschungsfrage(n) 0.75P	Spitalaufenthaltsdauer bei und erhöhen die Chance einer Kindererziehung (Betreuung) zu Hause. 2. Es wurde keine Forschungsfrage gestellt. 3. Die unabhängige Variable ist das unterstützende versus das nicht unterstützende Verhalten der Männer und die abhängige Variable ist die Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer der Frauen und die Kinderbetreuung zu Hause. 4. Es ist eine wissenschaftliche Hypothese, da davon ausgegangen wird, dass das Verhalten der Männer dieses der Frauen beeinflusst hat. 5. Die Richtung der Beziehungen ist nicht angegeben. 6. Die Hypothesen sind überprüfbar.
Stichprobe 0.5P	1. Es wurden Partner von insgesamt 34 Frauen, welche an einer starken Postpartalen Erkrankung litten, angefragt, ob sie bei der Studie teilnehmen wollen. Drei Männer konnten nicht erreicht werden. Somit nahmen 31 Männer an der Studie teil. 2. Die Methode zur Stichprobenbildung ist geeignet. Nach der Zustimmung wurden die Teilnehmer anhand eines Fragebogens auf psychische Erkrankungen untersucht. 3. Es gab keine Kontrollgruppe von gesunden Frauen in der Postpartalzeit und ihren Partnern. Ausserdem litten ein eher grosser Teil der Männer selbst an einer psychischen Erkrankung. 4. Die Stichprobe von 31 Männer ist für eine quantitative Studie ziemlich gering. 5. Die Ergebnisse können auf Paare übertragen werden, welche ähnliche Kriterien erfüllen. Da jedoch die Stichprobe ziemlich klein ist, können die Resultate nicht auf die Gesamtbevölkerung generalisiert werden.
Forschungsdesign 0.75P	1. Quantitative, nicht-experimentelle Studie. 2. Die Auswahl der Designs wurde nicht explizit begründet. 3. Es ist eine logische Abfolge ersichtlich.
Interne Validität 0.5P	1. Die Gefahren der Internen Validität wurden nicht explizit beschrieben. Doch in der Diskussion wurde erwähnt, dass in zukünftigen Studien spezifischere und spezialisiertere Instrumente benützt werden würden. 2. Es wurden nur Frauen einbezogen, deren Säuglinge 6 Monate alt waren. Sonst gab es keine weiteren Kontrollen.
Externe Validität 0.5P	1. Die Limits der Verallgemeinerung bestehen vor allem darin, dass die Stichprobe sehr klein ist und dass sich die Teilnehmer auf Grund einiger Kriterien ziemlich unterscheiden.
Methoden 1P	1. Zuerst wurden anhand eines Fragebogens (operationalisierte psychodynamische Diagnostik) allfällige psychische Krankheiten der Männer nach den Kriterien von DSM-IV oder ICD-10 diagnostiziert. Anschliessend wurden sie über einen Zeitraum

	<p>von den Teammitgliedern beobachtet. Die Teilnehmer wurden schliesslich mittels verschiedener Kategorien, welchen jeweils Verhaltensweisen untergeordnet wurden, von jedem Teammitglied eingeschätzt. Danach mussten zusätzlich jeweils die Partnerinnen anhand eines Fragebogens den Grad an Unterstützung angeben.</p> <p>2. Die Methoden zur Datensammlung sind für alle Teilnehmer gleich.</p>
<p>Rechtlich- ethische Probleme</p> <p>0.5P</p>	<p>1. Die Anonymisierung der Teilnehmer und der Schutz der Daten wurde nicht beschrieben. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass dies trotzdem der Fall war.</p> <p>2. Die informierte Zustimmung aller Teilnehmer wurde eingeholt.</p>
<p>Instrumente</p> <p>0.75P</p>	<p>1. Ein nicht-parametrischer Test wurde für die Kategorisierung ausgewählt, um die zwischen-Korrelationen der verschiedenen Singel-Variablen der Interessen zu beschreiben. Dieses Prozedere wurde sehr ausführlich beschrieben. Zusätzlich wurde eine Analyse der Regression berechnet, um die Auswirkungen auf die Single-Variable zu beschreiben.</p> <p>2. a. Die Beobachtungen wurden von einem interdisziplinären Team in einer psychiatrischen Klinik auf einer Mutter-Kind-Station durchgeführt: Psychiater, Psychologe, Sozialarbeiter und Pflegefachpersonen aus dem psychiatrischen und pädiatrischen Setting.</p> <p>b. Während der Beobachtungsphase versuchten sie eine Blindheit einzuhalten, in Bezug auf die jeweiligen Einschätzungen und vorhergehende Assessments.</p> <p>c. Es werden keine Richtlinien aus dem Text ersichtlich.</p> <p>d. Erst bei den gemeinsamen Besprechungen wurden Folgerungen abgeleitet.</p> <p>e. Es ist nicht auszuschliessen, dass die Anwesenheit der Beobachter, das Verhalten der Teilnehmer beeinflusst hat. Hinzu kommt, dass die Möglichkeit besteht, dass bei den wöchentlichen Rapporten doch einige Sichtweisen und Interpretationen einzelner Beobachter zum Vorschein kamen.</p> <p>3. a. Es wird nicht ersichtlich, wer die Interviews durchgeführt hat. Jedoch ist anzunehmen, dass dies auch von den Teammitgliedern durchgeführt wurde.</p> <p>b. Es gibt keine Anzeichen zur Verfälschung der Interviews.</p> <p>4. Der Fragebogen ‘Operationalisierte psychodynamische Diagnostik’ besteht aus fünf verschiedenen Bereichen und misst einen spezifischen Aspekt der psychodynamischen Diagnostik.</p> <p>5. Die Erhebung der Daten werden dem Problem gerecht und dient der Überprüfung der Hypothesen.</p>
<p>Reliabilität und Validität</p>	<p>1. Die Reliabilität wird mit 0.72 als gut bezeichnet.</p> <p>3. und 4. In Bezug auf die Validität ist der Studie nichts zu</p>

0.5P	entnehmen.
<p>Datenanalyse</p> <p>1P</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falls die Variable ordinal ist, sind die Kategorien auf einer geraden Linie. Die Richtung dieser veranschaulicht die Korrelation der Variable mit anderen (kategorischen) Variablen. Sie sind definiert bis zum Nullpunkt. Die Korrelationen sind anhand der Distanzen zwischen einander in einem zweidimensionalen Diagramm festgehalten. 2. Die Daten werden mittels deskriptiver Statistik zusammengefasst. Die Diagnosen, das Verhalten der Partner in verschiedenen Rollen sowie die Korrelationen der Variablen wurden in einer Tabelle aufgelistet. Zugleich wurde in einer graphischen Darstellungen Assoziationen der einzelnen Variablen dargestellt. In einem Kaplan-Meier Diagramm wurden zudem die Ergebnisse bezüglich Aufenthaltsdauer graphisch dargestellt. Es werden Mittelwerte angegeben und eine schliessende statistische Methode (T-Test) 3. Die statistischen Methoden entsprechen dem Messniveau der Variablen. 4. Die schliessenden statistischen Methoden sind im Bezug auf die Zielsetzung geeignet. Verschiedene statistische Test wurden benützt, um die Variablen "unterstützender Partner" zu untersuchen. Der erste und dritte waren erfolgreich. Der zweite erreichte einen statistischen Trend. 5. Das Signifikanzniveau der Studie wird nicht angegeben. 6. Die Tabellen und graphischen Darstellungen helfen, den Text zu verstehen und die Titel sind präzise formuliert. Es sind keine sinnlosen Wiederholungen vorkommend.
<p>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</p> <p>1P</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es konnte bestätigt werden, dass unterstützende Männer zu einer Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer beitragen. Die zweite Hypothese konnte nicht bestätigt werden. 2. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der Problemstellung, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens interpretiert. 3. Der Forscher äussert, dass einige methodische Mängel vorkamen. In Bezug auf die Stichprobe wird betont, dass diese ziemlich klein war. 4. Vor allem die Erkenntnis, dass die Männer miteinbezogen werden müssen und dass auch ihnen individuelle Beratungen und Therapien angeboten wurden, wird als sehr wichtig für die zukünftige Berufspraxis angesehen. 5. Verallgemeinerungen sind eher schwierig, da die Gruppe stark selektiert und eher klein war und es gab keine Kontrollgruppe. 7. In zukünftigen Studien wollen die Forscher die Studie mit einer grösseren Anzahl Probanden wiederholen sowie spezifischere und standardisiertere Instrumente benützen.

	Ausserdem würden sie gerne die Interaktionen zwischen Mutter, Vater und Kind anhand von Videoaufnahmen analysieren.
Anwendung und Verwertung in der Praxis 0.75P	1. Die Studie konnte eine Hypothese bestätigen und aus den Ergebnissen Vorschläge für die Praxis machen, was sicherlich sehr sinnvoll ist. Es werden Schwächen der Stichprobe und Methodik diskutiert. 2. Es wurden Erkenntnisse herausgefunden, welche grosse Ähnlichkeit mit Ergebnissen anderer Studien aufwiesen. Zum Beispiel fand Meighan et al. (1999) heraus, dass eine Erstmanifestation einer Postpartum Depression den Partner stark motiviert, nicht unterstützendes Verhalten zu vermeiden. 3. Die Frauen von unterstützenden Männern könnten früher entlassen werden und sie würden mehrheitlich ambulant therapiert und nicht stationär. Hinzu kommt die Einführung der Beratungsgespräche für die Männer. 4. Dazu wird nichts beschrieben. 5. Es ist möglich, dass Kliniken individuelle- und Paartherapien anbieten, um die Familien koordiniert und langfristig zu unterstützen. 6. Die Ergebnisse und die daraus gefolgerten Massnahmen sollten in der Pflegepraxis Anwendung finden. 7. Es wäre nur begrenzt möglich, die Studie in einem anderen klinischen Setting durchzuführen, als in einer Mutter-Kind-Station.
Note und Bewertung	10.5 / 14 = 4.5 (Befriedigend)

Kuosmanen, L., Vuorilehto, M., Kumpuniem, S. & Melartin, T. (2010). Post-natal depression screening and treatment in maternity and child health clinics. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17 (4), 554-557.

<p>Darstellung des Problems und des Ziels 1P</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Das Erkennen und Behandeln von Postpartum Depressionen anhand von Trainingssessionen zu verbessern, welche von einer Psychiatrie-Pflegefachfrau durchgeführt werden. 2. Die unabhängige Variable sind die Trainingssessionen und die abhängige Variable die depressiven Symptome der Teilnehmer. Es herrscht eine Beziehung zwischen den beiden Variablen, welche überprüft werden kann. 3. Es handelt sich um 166 Frauen, welche an einer Postpartum Depression leiden. Sie kommen aus Finnland. Das Durchschnittsalter ist 28.7 Jahre. 20% waren Primiparas und 32% hatten bereits Kontakt mit einem Psychiater. 11% nahmen Antidepressiva ein. 4. Es existiert ein klares Bedürfnis für eine neuartige Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen aus verschiedenen Bereichen und Psychiatern. Somit muss diese Problematik untersucht werden.
<p>Literaturrecherche und theoretischer Bezugsrahmen 1P</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es geht um die Häufigkeit von Depressionen Postpartum und um die Wichtigkeit der Früherkennung und dass das Risiko, diese nicht zu erkennen, ziemlich gross ist. Zudem wird auf die Gefahr für die Kinder eingegangen. Es wird auf Leitlinien für ein Screening hingewiesen. 2. Die Beziehungen werden nicht explizit zum Ausdruck gebracht. 3. Das finnische Gesundheitssystem erreicht praktisch alle Mütter prä- und postpartal, was eine sehr gute Möglichkeit für Screening und Behandlung von Postpartum Depressionen bietet. 4. Es werden vorwiegend primäre Quellen angegeben (z.b. O'Hara & Swain, 1996 oder Karlsson et al., 2007) 5. Die Messungen wurden anhand des EPDS durchgeführt und operationalisiert.
<p>Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n) 1P</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Können Symptome von Müttern mit einer Postpartum Depression durch Trainingssessionen mit einer Psychiatrie-Pflegefachperson vermindert werden? 2. Die Forschungsfrage wird nicht zusätzlich zu einer Hypothese gestellt. 3. Die unabhängige Variable in der Forschungsfrage sind die Trainingssessionen mit der Pflegefachfrau und die abhängige Variable die Verbesserung der depressiven Symptome der Frauen. 4. Da ein Zusammenhang besteht, ist es eine wissenschaftliche Hypothese. 5. Die Richtungen sind nicht angegeben. 6. Die Fragestellung ist überprüfbar.

Stichprobe 1P	<p>1. Alle Frauen wurden bei der Routineuntersuchung acht Wochen Postpartum gefragt, die EPDS auszufüllen. Diejenigen, welche über 13 Punkte erreichten, wurden eingeladen, an der Studie teilzunehmen (n=166).</p> <p>2. Die Frauen konnten selbst bestimmen, wie viel mal sie in welchem Treffen teilnehmen wollen. Die Stichprobenbildung war geeignet.</p> <p>3. Die Stichprobe ist für die beschriebene Population repräsentativ, da fast alle Frauen Zugang zum Gesundheitssystem haben.</p> <p>4. Die Grösse der Stichprobe beträgt 166. Näher wird nicht darauf eingegangen.</p> <p>5. Die Ergebnisse können auf Populationen mit einem ähnlichen Gesundheitssystem übertragen werden.</p>
Forschungsdesign 0.5P	<p>1. Ein quantitatives, praktisches Entwicklungsprojekt.</p> <p>2. Das Design wird nicht genauer begründet.</p> <p>3. Es weist eine logische Abfolge auf.</p>
Interne Validität 0.5P	<p>1. Es wird nicht genau darauf eingegangen. Doch es wird erwähnt, dass detailliertere Analysen für die Evaluationen nötig wären.</p> <p>2. Es werden keine Kontrollen aufgeführt. Doch da es keine Veränderungen des Messinstruments oder der Teilnehmer gab und auch keine Ausfälle während der Studie vorkamen, waren die Gefahren sehr niedrig.</p>
Externe Validität 0.5P	<p>1. Eine Verallgemeinerung auf die Grundgesamtheit der Population ist auf Grund der nicht-signifikanten Ergebnisse nur limitiert möglich. Ausserdem können die Ergebnisse nur mit ähnlichen Gesundheitssystemen und Settings verglichen werden.</p>
Methoden 1P	<p>1. Der Grad der Postpartum Depression wurde vor und nach der Intervention anhand der EPDS gemessen.</p> <p>2. Diese Art der Datensammlung wurde bei allen Müttern acht Wochen Postpartum angewendet und ist somit bei allen gleich.</p>
Rechtlich- ethische Probleme 0.25P	<p>1. und 2. Auf diese Thematik wird nicht genauer eingegangen. Es wird lediglich berichtet, dass die Frauen gefragt wurde, an der Studie teilzunehmen.</p>
Instrumente 1P	<p>1. a: Die EPDS wurde als Einschätzungsinstrument ausgesucht, doch eine genaue Begründung wird nicht angegeben. Die Auswahl der kognitiven Verhaltenstherapie wird mit folgendem Ziel begründet: Ein besseres Verständnis des Schweregrades und der Dauer der depressiven Symptome zu erhalten und somit die nötige Unterstützung auf der Basis der individuellen Bedürfnisse der Frauen und ihren Angehörigen zu beurteilen.</p> <p>b: Die kognitive Verhaltenstherapie beruht auf Evaluationen der Finnischen Geburtshilfe und Kinderkliniken.</p> <p>2. Die gut ausgebildete Psychiatrie-Pflegefachfrau, welche in allen Kliniken gearbeitet hat, führte die Intervention durch.</p>

	<p>Andere Pflegende nahmen wenn möglich auch an den Sitzungen teil, was zusätzlich einen lehrenden Zweck hatte. Zusätzlich leistete ein Psychiater systematische, klinische Supervision.</p> <p>3. Es wurden keine Interviews durchgeführt.</p> <p>4. Der Typ des Fragebogens wird nicht beschrieben, er stimmt jedoch mit dem Definitionen überein.</p> <p>5.a: Die Aufzeichnungen werden dem Problem gerecht.</p> <p>b: Die Daten werden zur Beschreibung der Stichprobe und zur Beantwortung der Forschungsfrage benützt.</p>
<p>Reliabilität und Validität</p> <p>0.5P</p>	<p>1. Es wird beschrieben, dass durch das systematische Screening mit einem reliablen Instrument, wie das EPDS, Frauen mit einem Risiko für Postpartum Depressionen einzuschätzen. Der Mittelwert vor der Intervention liegt bei 14.75 und danach bei 9.04 Punkten.</p> <p>2. Auf die Validität wird nicht explizit eingegangen.</p>
<p>Datenanalyse</p> <p>0.5P</p>	<p>1. Die Ergebnisse werden vor allem anhand von absoluten Zahlen und Prozentzahlen angegeben.</p> <p>2. Die Datenanalyse erfolgt v.a. Anhand von Deskriptiver Statistik. Die Daten der Ergebnisse werden mittels Grafiken illustriert.</p> <p>3. Die Statistiken sind für diese Studie angemessen.</p> <p>4. Der angewandte Test zur Hypothesenüberprüfung war geeignet, um Schlussfolgerungen aus dem Datensatz zu ziehen.</p> <p>5. Es wird kein Signifikanzniveau festgelegt.</p> <p>6.a: Die Tabellen und Grafiken sind sinnvoll und hilfreich für ein besseres Verständnis der Resultate.</p> <p>b und c: Die Titel sind genau und verständlich formuliert und es kommt keine unnötige Wiederholung im Text vor.</p>
<p>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</p> <p>0.5P</p>	<p>1. Die Hypothesen werden zwar bestätigt, doch es wird angemerkt, dass keine signifikanten Unterschiede der EPDS-Resultate herauskam.</p> <p>2. Bei der Beschreibung der Ergebnisse wird auf das Ziel und die Frage eingegangen.</p> <p>3. Eine detailliertere Analyse wäre nötig für eine bessere Evaluation.</p> <p>4. Es hat sich ergeben, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit sehr wichtig für eine Verbesserung der Betreuung ist. Somit ist die Relevanz für den Autor gegeben.</p> <p>5. und 6. Darauf wird nicht eingegangen</p> <p>7. Nach Abschluss der Studie wurden nachträgliche Telefone mit den Teilnehmern geführt, um ihr Wohlbefinden zu beurteilen. Über die Daten wird in einem späteren Zeitpunkt berichtet.</p>
<p>Anwendung und Verwertung in der Praxis</p> <p>0.5P</p>	<p>1. Darauf wird nicht eingegangen. Doch es wird angenommen, dass durch die dreijährige Durchführungszeit und die nicht signifikanten Ergebnisse, der Nutzen nicht sehr gross ist.</p> <p>2. Es werden kurz vorangegangene Studien erwähnt, doch nicht</p>

	<p>explizit darauf eingegangen.</p> <p>3. Der Vorteil wäre, dass die Frauen einen Ansprechpartner in der selben Klinik haben, wo ihr Kind untersucht wird und durch die gute Zusammenarbeit nicht auf weitere psychiatrische Angebote angewiesen sind.</p> <p>4. Dazu wird nicht beschrieben. Doch der Aufwand scheint nicht übermässig gross zu sein.</p> <p>5. Es wurde ersichtlich, dass die Zusammenarbeit zwischen einer Psychiatrie-Pflegefachfrau, einer Pflegenden auf der Abteilung und einem Psychiater ein effizienter Weg sind, die Pflege von Mütter mit Postpartum Depression zu optimieren.</p> <p>6. Wenn die Ergebnisse noch weiter erforscht werden, ist eine Anwendung in der Praxis nicht auszuschliessen.</p> <p>7. Das Wiederholen in einem ähnlichen klinischen Setting wäre möglich.</p>
Note und Bewertung	9.75 / 14 = 4 (Genügend)

Anhang F: Beurteilungsraster für Interventionsstudien (Behrens & Langer, 2004)

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?
Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?
Werden die Ausfallraten begründet, z.B. Umgang, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?
Wenn nicht: wäre eine Verblindung möglich und abwaschbar gewesen?
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?
Geschlecht, Alter, Komorbiditäten, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?
Unterschiede, die andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen könnten?
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?
Wechselschein-Tafel ohne 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-R, ARR, NNT? Median, Mittelwert?
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?
p-Wert?
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?
Konfidenzintervalle?

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.medizin.uni-halle.de/pdf/gesundheitsdienst/index.php?id=358>

V.15

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004). Evidence-based Nursing. Hans Huber: Bern.

Buultjens, M., Robinson, P. & Liamputtong, P. (2008). A holistic programme for mothers with postnatal depression: pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (2), 181-188.

Forschungsfrage: Wie nehmen Frauen mit Postpartum Depression die Teilnahme an einem ganzheitlichen Interventionsprogramm wahr?

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? 1P	Die 10 Teilnehmer der Studie eignen sich gut, um das Ziel zu erreichen. Da alle Frauen an einer Postpartum Depression leiden und in einer Mutter-Kind-Abteilung stationiert sind. Die Stichprobe geschah per Selbstauswahl. Es gab nur eine Gruppe, welche vor und nach der Intervention befragt wurde.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? 1P	Eine selbtausgewählte Stichprobe von 10 Frauen wurden von der Abteilung rekrutiert. Keine verliess die Studie.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? 0.5P	Die Teilnehmer, das Personal sowie die Untersucher waren nicht verblindet, da dies bei dieser Pilotstudie nicht nötig war.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? 1P	Es gab nur eine Untersuchungsgruppe, womit diese Frage nicht beantwortet werden kann. Alle Teilnehmer waren über 18 Jahre alt und ihre Kinder unter einem Jahr alt. Zudem unterschieden sie sich nicht signifikant bezüglich Zivilstand, Anzahl Kinder und Ausbildungsstand.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? 1P	Alle Teilnehmer hatten die selben Interventionen und wurden gleich behandelt.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? 0.5P	Die Teilnehmer wurden alle in der selben Gruppe bewertet, da es nur eine Gruppe gab.
7. War die Grösse der Stichprobe	Die Stichprobengrösse beschränkt sich auf 10 Frauen und die Interventionen wurden lediglich in einem Spital durchgeführt.

ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? 0P	Dies sind klare Grenzen der Studie.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet? 1P	Zu Beginn der Studie wird eine Literaturrecherche, welche relevante Themen miteinbezieht, aufgeführt. Sie beinhaltet die Mutter-Kind-Bindung und nicht pharmakologische Interventionen mit ihren Auswirkungen. Zudem wurden die Ergebnisse durch Literatur bestätigt, welche in der Diskussion beschrieben werden.
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? 1P	Die Interventionen waren geeignet, um eine positive Mutter-Kind Beziehung zu fördern, sowie das Ausmass der Ängste der Mutter effizient zu reduzieren. Die Teilnehmer fühlten sich sehr wohl in der unterstützenden Umgebung. Es fiel ihnen auf Grund der Depression anfangs schwer mit ihren Babys zu spielen. Hierbei benötigten sie Führung und Unterstützung.
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? 1P	Alle Frauen äusserten positive und lehrreiche Erfahrungen in der Gruppe (Von insgesamt 100 Evaluationsbogen vergaben alle mindestens 8 Punkte). Die EPIC-Sessionen halfen eine Bindung zwischen Mutter und Kind aufzubauen, sowie die Genesung positiv zu unterstützen.
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? 0P	Darüber wird nichts berichtet.
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? 1P	Das Interventionsprogramm ist nicht invasiv und kann im Spitalsetting eingebaut und für betroffene Frauen umgesetzt werden. Es ist leicht auf andere Spitäler, Gesundheitszentren und private Settings übertragbar. Nebst medikamentöser Therapien, können natürliche Angebote, wie das EPIC, gut in Behandlungspläne miteinbezogen werden.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? 1P	Die Ergebnisse sind gemäss Themen ausführlich dargelegt und werden durch Zitate der Mütter verständlicher gemacht. Folgende Themen wurden aus den Daten identifiziert: 1. Die mütterliche Bindung zum Kind, 2. Die Ansicht der Mutter bezüglich Spielen mit dem Kind, 3. Die Einschätzung und Gedanken über das EPIC.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? 0.5P	Durch die positiven Ergebnisse kann gesagt werden, dass ein grosser Nutzen daraus gezogen werden könnte. Trotzdem war die Stichprobe sehr klein, womit weitere Studien von Nöten sind. Durch die persönlichen Ausführungen der

	Studienteilnehmer wird ersichtlich, inwiefern ein derartiges Interventionsprogramm helfen kann. Dies kann Fachpersonen im Gesundheitsbereich unterstützen im Umgang und einem besseren Verständnis gegenüber betroffenen Frauen.
Note und Bewertung	10.5 / 14 = 4.5 (Befriedigend)

Mulcahy, R., Reay, R.E., Wilkinson, R.B. & Owen, C. (2010). A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. <i>Arch Womens Ment Health</i>, 13 (8), 125-139.	
Forschungsfrage: Ist die interpersonelle Gruppentherapie wirksamer als die gewöhnliche Therapie gegen Postpartum Depression?	
Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? 1P	Die Teilnehmer wurden durch verschiedene Personen aus dem Gesundheitswesen rekrutiert (Psychiater, Psychologen, Ärzte, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter u.s.w.) Ein Untersucher machte ein Telefonscreening, um herauszufinden, wer die Kriterien für die Studienteilnahme erfüllt. Diese wurden dann eingeladen, für ein genaueres Assessment. Anschliessend wurden die Teilnehmer per Randomisierung der jeweiligen Gruppe zugeteilt.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? 1P	Anfangs wurden 90 Frauen eingeladen teilzunehmen. Am Schluss nahmen 50 Frauen teil von denen zwei ausgeschlossen wurden. Ausfälle sind folgendermassen begründet: Verweigerung, Gewalt zu Hause, starke Verbesserungen der Symptome oder das Bevorzugen einer individuellen Therapie. Die Ausfallrate beträgt 14.5 %, was verglichen mit anderen Studien eher gering ist.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? 0P	Von einer Verblindung ist in der Studie nichts erwähnt. Eine Verblindung wäre beim vorliegenden Studiendesign möglich gewesen.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? 1P	Die Untersuchungsgruppen unterschieden sich nicht signifikant bezüglich demographische Daten wie: Alter, Alter und Anzahl der Kinder, Dauer der Depression, Zivilstand, Wohnort, Ausbildung u.s.w. Alle Teilnehmer kamen aus der selben Gegend in Australien.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? 1P	Da beide Gruppen die Möglichkeit hatten, andere Therapien zu besuchen, wurden beide Gruppen nebst der Intervention gleich behandelt. Es werden keine Unterschiede bei der Baseline ersichtlich.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? 1P	Beide wurden in der entsprechenden Gruppe bewertet. Kein Teilnehmer wechselte die Gruppen. Lediglich zwei Teilnehmer stiegen während der Intervention aus.

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? 0.5P	Die Grösse beschränkt sich auf 50 Teilnehmer. Es wird erwähnt, dass es ähnliche Studien gibt mit kleineren Stichproben, jedoch weitere Studien mit einer grösseren Teilnehmerzahl nötig sind, um die Ergebnisse zu bestätigen.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet? 1P	Viele andere Studien auf diesem Gebiet bestätigen die Ergebnisse: Vergleich von Gruppentherapie während 12 Wochen (O'Hara et.al 2000) Weitere Studien werden aufgeführt.
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? 1P	Mittelwert für EPDS: über dem klinischen Grenze von 13 oder mehr. BD-2: Interventionsgruppe: 16.95 nach 8 Wochen Kontrollgruppe: 23.11 nach 8 Wochen HAM-D: Interventionsgruppe: 9.52 Kontrollgruppe: 12.81 Die Untersuchung des Mittelwerts zeigt eine konsistente Verbesserung in der sozialen Unterstützung bei der Interventionsgruppe. Bei der Kontrollgruppe zeigten sich mit der Zeit Verschlechterungen bei dieser Kategorie.
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? 1P	Vergleich der Gruppen bzgl. Depressive Symptome: $p < 0.01$ Ergebnis signifikanter bei der Interventionsgruppe. Mutter-Kind-Beziehung: Signifikante Verbesserung: $p < 0.05$ MAI-Test, ISEL und EPDS: Signifikante Unterschiede: $p < 0.05$ Die Interventionsgruppe machte nach 3 Monaten weitere Fortschritte bzgl. Depressive Symptome: $p < 0.01$
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? 1P	CI: 95 % Da viele verschiedene Test gemacht wurden und diverse Skalen benutzt wurden und jeweils ähnliche Resultate herauskamen, können die Ergebnisse als präzise betrachtet werden.
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? 0.5P	Es wird ersichtlich, dass die Ergebnisse nur limitiert generalisierbar sind, weil die Population aus einer bestimmten Gegend in Australien kommt. (Weisse Mütter, in einer stabilen Beziehung, gute Ausbildung, gutes Einkommen) Somit kann es sein, dass die Resultate nicht auf eine breite Population übertragbar ist.
13. Wurden alle für	Es wurden alle Ergebnisse genau betrachtet und anhand von

mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? 1P	Beschreibungen und Illustrationen dargelegt.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? 1P	Da Gruppentherapien Zeit- und Kosteneffizient sind und die Studie positive Ergebnisse erzielt hat, kann von einem grossen Nutzen der Studie ausgegangen werden.
Note und Bewertung	12 / 14 = 5.5 (Sehr Gut)

Quelle: Tezel, A. & Gözü, S. (2006). Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in post partum women. *Patient Education and Counseling*, 63 (8), 64-73.

Forschungsfrage: Vermindern Pflegeinterventionen und/ oder Problemlösungsstrategien die Depressiven Symptome Postpartum?

Glaubwürdigkeit	
Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? 1P	Die Rekrutierung geschah über einen Zeitraum von neun Monaten in zehn verschiedenen Abteilungen zur Primärversorgung in der Türkei. 567 Frauen, welche zur Postpartum-Untersuchung gingen, wurden eingeladen, den EPDS in der ersten Woche postpartum auszufüllen. Interview zu Hause mit dem Beck Depressionenverzeichnis (Grad der depressiven Symptome) und Interview mit einem Leitfaden (SCID-DSM-4). N = 62. Pflegegruppe: 30, Trainingsgruppe: 32. Die Einteilung geschah per Randomisierung.
Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? 1P	70 Frauen erfüllten die Kriterien nach dem Interview und wurden eingeladen. Drei benötigten weitere Behandlungen und wurden in die Psychiatrie überwiesen. Weitere acht wurden aus folgenden Gründen ausgeschlossen: 4: Ablehnung, 3: Umzug, 1: Verweigerung durch Ehemann. N = 62. Follow-up = 88.5 %
Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? 0P	Über eine Verblindung wurde in der Studie nichts berichtet. Die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher wussten, wer sich in welcher Gruppe befindet. Eine Verblindung wäre aus ethischer Sicht möglich gewesen.
Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? 1P	Es gab zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Ausbildungsstand, Anzahl Kinder, der BDI-Punktzahl und demographischen Charakteristika wie Alter, Einkommen, Soziale Versicherung, Verfügbarkeit von Hilfe zu Hause und depressive Symptome in der Vergangenheit.
Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? 1P	Die Untersuchungsgruppen wurden gleich behandelt und es gibt keine Hinweise darauf, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben.
Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Die Teilnehmer wurden in der jeweils zugeteilten Gruppe bewertet. Der Wert beider Gruppen vor und nach der Intervention wurde unabhängig voneinander gemessen. Dann wurden die Ergebnisse noch untereinander verglichen. Kein Mitglied hat die Gruppe gewechselt.

1P	
War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? 0.5P	Verglichen mit anderen Studien ist die Stichprobe mit 62 Teilnehmern eher klein. Trotzdem ist der Wert des kontrollierten, halb-experimentellen Designs gut und es konnte eine starke Signifikanz, und somit für die ausgewählten Teilnehmer, ein Effekt nachgewiesen werden.
Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet? 1P	Die Resultate stimmen mit mindestens elf anderen Studien auf diesem Gebiet überein, welche in der Literaturübersicht aufgelistet sind.
Aussagekraft	
Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? 1P	Der Behandlungseffekt war ausgeprägt. Der Mittelwert beider Gruppen bzgl. Der BDI-Punktezahl beträgt 21.0. Beide Gruppen zeigten eine signifikante Reduktion des Mittelwertes vor- und nach dem Test. Pflegeinterventionen: $p > 0.05$ Problemlösungstraining: $p > 0.05$
Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? 1P	Pflegeinterventionen: Vor und nach der Intervention gibt es einen signifikanten Unterschied in der Prävalenz der Depression: McNemar Test: $p < 0.001$ Problemlösungstraining: Vor und nach der Intervention gibt es einen signifikanten Unterschied in der Prävalenz der Depression: McNemar Test: $p < 0.05$
Wie präzise sind die Ergebnisse? 0.5P	Ein Konfidenzintervall ist nicht angegeben. Vergleich Gruppen: Pflegeinterventionen wirksamer: $p < 0.05$.
Anwendbarkeit	
Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? 0.25P	Da die Studie in der Türkei durchgeführt wurde und sich die Umgebung in einigen Bereichen unterscheidet, ist eine Verallgemeinerung nur limitiert möglich.
Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? 0.75P	Die Prävalenz von früheren Depressionen wurde in der Studie nicht gemessen. Professionelle Weiterbildungen sind erforderlich um die Fähigkeiten der Pflegenden im Umgang mit depressiven Symptomen zu fördern. Die Ergebnisse haben ergeben, dass solche Programme sehr bedeutungsvoll sind und vielleicht in künftigen Untersuchungen anhand von Rahmenbedingungen genauer darauf eingegangen werden sollte.
Ist der Nutzen die	Das Ziel der Studie wurde erreicht, die Hypothese bestätigt und

möglichen Risiken und Kosten wert? 1P	somit alle wichtigen Ergebnisse einbezogen. Durch die Ergebnisse konnte ein grosser Nutzen und gezielte Empfehlungen abgegeben werden.
Note und Bewertung	11 / 14 = 5 (Befriedigend)

Quelle: Wickberg, B. & Hwang, C.P. (1996). Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders*, 39 (3), 209-216.

Forschungsfrage: Sind Beratungsgespräche durch Pflegefachfrauen bei der Genesung einer Postpartum Depression wirksam?

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? 1P	1878 Frauen aus 17 verschiedenen Pädiatrie-Kliniken in Schweden wurden gefragt, an der Studie teilzunehmen. Die 41 Teilnehmer wurden per Randomisierung einer Interventions- bzw. Kontrollgruppe zugeteilt.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? 0.5P	1655 Frauen füllten zwei und drei Monate postpartum die Edinburgh Postnatal Depressionsskala aus. 81 Frauen lehnten eine Teilnahme ab. Es folgten Assessments und Diagnose von 94 Frauen. Davon waren 57 potentielle Teilnehmer. 16 davon wurden ausgeschlossen. Somit nahmen 41 Frauen an der Studie teil. Drop-out-Rate: 29% Die Gründe für die Ausfälle wurden klar geschildert: Umzug, Nicht erreicht, bereits einem Psychiater zugewiesen, Ablehnen der Teilnahme und Sprachschwierigkeiten.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? 1P	Der Autor, welche das Assessment durchführte, war blind bezüglich der EPDS-Resultate. Die Pflegefachfrauen wussten nicht, wer in der Interventions- bzw. Kontrollgruppe war. Eine Woche nach der Untersuchung machte ein klinischer Psychologe erneut das MADRS und die DSM-3-R-Einschätzung. Dieser wusste nichts über die Behandlungskonditionen. Die Teilnehmerinnen wurden gebeten, ihre Antworten mit niemandem zu besprechen.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? 1P	Demographische Daten wie Alter, Anzahl Kinder, Entbindungsart, Zivilstand, Berufsstatus und vorangegangene Depressionen wurden verglichen. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? 1P	Die Untersuchungsgruppen wurden gleich behandelt und es gibt keine Hinweise darauf, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe	Alle Teilnehmer wurden in der Gruppe bewertet, in der sie am Anfang der Studie eingeteilt wurden. Es sind zwar Teilnehmer ausgestiegen, aber niemand hat die Gruppe während der Untersuchung gewechselt.

bewertet? 1P	
7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? 0.5P	Die anfängliche Zahl von 1878 Frauen, welche die EPDS ausgefüllt haben, ist sehr gross. Doch da sehr viele ausgeschieden sind, gab es am Schluss eine Stichprobe von 41 Teilnehmerinnen. Diese Anzahl ist für eine Randomisiert kontrollierte Studie ziemlich klein.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet? 1P	Die Resultate der Studie bestätigen diese von Holden et al. (1989). Der Unterschied war, dass diese Studie populationsbasiert war und dass die Frauen keine Antidepressiva einnahmen. Auch die Studie von Scott und Freeman (1992) bestätigt, dass Frauen die Beratungen als sehr positiv bewerten.
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? 1P	Der Behandlungseffekt war sehr ausgeprägt: Interventionsgruppe: 12 von 15 Frauen (80%) zeigten nach den sechs Wochen Beratung keine Anzeichen für eine Depression. Kontrollgruppe: waren es 4 von 16 Frauen (25%) zeigten nach den sechs Wochen Beratung keine Anzeichen für eine Depression. Unterschied der Genesungsrate zwischen den Gruppen: 55% $p < 0.01$
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? 1P	Die Ergebnisse sind nicht auf einen Zufall zurückzuführen: Signifikante Reduktion innerhalb der Interventionsgruppe im MADRS-Wert vom ersten zum zweiten Interview: $p < 0.001$ Signifikanter Wechsel zwischen den zwei Gruppen im MADRS-Wert vom ersten zum zweiten Interview: $p < 0.0058$
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? 1P	Der Unterschied der Genesungsrate zwischen den Gruppen ist 55%. $\chi^2 = 7.24$ $P < 0.01$.
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? 1P	Die Ergebnisse sind übertragbar, weil die Studie eine sehr breite Population miteinbezogen und praktisch alle Schichten der Bevölkerung erreicht hat. Das schwedische Gesundheitssystem und die Patienten unterscheidet sich nicht erheblich von dem der Schweiz. Somit kann eine Generalisierung gemacht werden.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse	Es wurden alle wichtigen Ergebnisse betrachtet. Die Autoren erwähnen, dass zukünftige Studien gezielt die verschiedenen Untergruppen der Postpartalen Depression und die

betrachtet? 1P	individuellen Verknüpfungen zwischen diesen Gruppen untersuchen sollten. Auch verschiedene Behandlungen sollten untersucht werden, wie etwa Beratung in Kombination mit Antidepressiva, Mutter-Kind-Psychotherapie, Familientherapie u.s.w.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? 1P	Durch die aussagekräftigen Ergebnisse scheint es, dass die Studie einen grossen Nutzen erzielen konnte und ihr Ziel erreicht hat.
Note und Bewertung	13 / 14 = 6 (Sehr Gut)

Ugarriza, D.N. (2004). Group Therapy and its Barriers for Women suffering from Postpartum Depression. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>, 2 (4), 39-48.	
Forschungsfrage: Werden Mütter mit einer Postpartum Depression durch das “Gruen” Gruppentherapie-Modell eine Verminderung ihrer Symptome erleben?	
Glaubwürdigkeit	
Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? 1P	34 Frauen mit der Diagnose Postpartum Depression wurden von angehenden Pflegefachpersonen gefragt, an der Studie teilzunehmen. 16 nahmen teil. In jeder Gruppe jeweils acht. Zwei aus der Interventionsgruppe stiegen aus, was dann zu lediglich 6 Teilnehmern führte. Alle Frauen haben innerhalb des letzten Jahres ein Kind geboren. Bei Studienbeginn wurden die Frauen per Randomisierung jeweils in die Interventions- oder Kontrollgruppe eingeteilt.
Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? 0.5P	Anfang: 16 Teilnehmer. Schluss: 14 Teilnehmer. Die Gründe für die Ausfälle werden nicht angegeben. Follow-up > 80 %
Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? 0.75P	Darauf wird in der Studie nicht eingegangen, womit angenommen wird, dass keine Verblindung stattfand. In dieser Studie war eine Verblindung nicht nötig/möglich.
Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? 1P	Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich soziodemographischen Variablen, wie Alter, Ausbildung, sozialer Status, Herkunft, Zivilstand und Depression in der Vorgeschichte.
Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? 1P	Die Untersuchungsgruppen wurden abgesehen von der Intervention gleich behandelt, abgesehen davon, dass sie während der Intervention Essen serviert bekamen und die Kinderbetreuung sichergestellt war.
Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? 1P	Alle Teilnehmer wurden in der anfänglich zugeteilten Gruppe bewertet. Zwei aus der Interventionsgruppe sind zwar ausgestiegen, doch keiner hat die Gruppe gewechselt.
War die Grösse der Stichprobe	Die Grösse der Stichprobe ist mit ihren 14 Teilnehmern sehr klein, was in der Diskussion als klare Grenze betrachtet wird.

ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? 0.5P	Eine Generalisierung ist somit nicht vollständig möglich. Trotzdem war es eine Pilotstudie und das Ziel (Testen der Umsetzbarkeit) wurde erreicht.
Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet? 1P	Die Ergebnisse stehen teilweise im Einklang mit anderer Forschung. Z.b. Die Wirksamkeit von Gruppentherapien, interpersoneller Therapie und Beratung. (O'Hara et al., 2000).
Aussagekraft	
Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? 1P	Signifikanter Unterschied zwischen dem Vor- und Nachtest bei der Interventionsgruppe: Vortest: M=14.3 SD = 0.81 Nachtest: M = 13.0 SD = 1.90 Von milder zu minimaler Depression. Kontrollgruppe: Vortest: M = 15.6 SD = 1.41 Nachtest: M = 16,0 SD = 1.31
Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? 1P	Die Ergebnisse sind signifikant beim BDI vom Vor- zum Nachtest bei der Interventionsgruppe: t = 2.70 p = 0.04
Wie präzise sind die Ergebnisse? 0P	Darüber ist nichts aufgeführt. Der Konfidenzintervall ist nicht ersichtlich.
Anwendbarkeit	
Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? 0.75	Die Frauen, welche in der Studie teilnahmen, unterscheiden sich nicht stark von Frauen mit Postpartum Depression hierzulande. Beides sind Industriestaaten, somit sind die Ergebnisse teilweise übertragbar.
Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? 1P	Alle wichtigen Ergebnisse wurden ausführlich erklärt und es wurde darauf eingegangen. Zusätzlich wurden vier Empfehlungen für die Pflegepraxis abgegeben. Ziele für weitere Studien: Aufklärungsprogramme für die gesamte Bevölkerung, Entwicklung und Implementierung von alternativen Unterstützungssystemen für Mütter sowie web- und telefonbasierte Unterstützung.
Ist der Nutzen die möglichen Risiken	Obwohl die Rekrutierung und die kleine Stichprobe einige Probleme darstellten, sind die Autoren zufrieden mit den

und Kosten wert? 1P	Ergebnissen. Die Trainingseinheiten haben für die Frauen einen ziemlich grossen Nutzen gebracht, obwohl sie teilweise überfordert waren, weil die Gruppentherapie eine zusätzliche Aufgabe darstellte. Auch die Erkenntnisse, welche für die Pflegepraxis daraus gewonnen wurden, sind nützlich.
Note und Bewertung	11.5 / 14 = 5 (Gut)

Quelle: Hofecker-Fallahpour, M., Zinkernagel-Burri, Ch., Stöckli, B., Wüsten, G., Stieglitz, R.D. & Riecher-Rössler, A. Gruppentherapie bei Depression in der frühen Mutterschaft-Erste Ergebnisse einer Pilotstudie. *Nervenarzt*, 74 (7), 767-774.

Forschungsfrage: Kann durch Gruppentherapie ein signifikanter Rückgang depressiver Symptome erreicht werden?

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? 1P	Die Zuweisung erfolgte durch die Poliklinik Basel und durch eine Öffentlichkeitskampagne: Ärzte, Mütterberatungsstellen, Kliniken und Selbstzuweisungen. Die Entscheidung über eine Aufnahme fand in einem einstündigen Aufnahmegespräch statt. Schlussendlich nahmen 31 Frauen an der Studie teil. Die Frauen wurden 5 Müttergruppen zugeteilt und besuchten durchschnittlich 10 Sitzungen. Es gab keine Kontrollgruppe.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? 1P	46 Frauen wurden aufgenommen und den Müttergruppen zugeteilt. 15 Frauen besuchten weniger als 6 Sitzungen, 8 davon kamen lediglich einmal. Somit verblieben 31 Frauen, von denen schlussendlich 30 Bögen auswertbar waren. Die Ausfalldaten sind somit gut begründet. Drop-out-Rate: 33%
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? 0P	Da es keine Kontrollgruppe gab fand keine Verblindung statt.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? 1P	Die Teilnehmer waren ähnlich in Bezug auf: Alter, Ausbildungsstand, Anzahl Kinder und Diagnose.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? 0.75P	Die einzelnen Teilnehmer wurden alle gleich behandelt. 14 Teilnehmerinnen nahmen jedoch Antidepressive Medikamente zu sich. Acht davon bereits über drei Monate. Das Therapieprogramm wurde durch ein speziell dafür entwickeltes Manual von einer Leiterin mit Facharztausbildung in Psychiatrie und Psychotherapie und Zusatzausbildung in kognitiver Therapie und Systemtherapie sowie einer Ko-Leiterin durchgeführt.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe	Alle Teilnehmer wurden in den verschiedenen Kategorien anhand der jeweiligen Beurteilungsbögen bewertet. Da es keine Vergleichsgruppe gab, konnte auch kein Teilnehmer die Gruppe wechseln.

bewertet? 0.5P	
7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? 0.5P	Die grösse der Stichprobe beträgt 30 Personen. Auf diese Zahl wird in der Studie nicht genauer eingegangen.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet? 1P	Die Ergebnisse können mit anderen verglichen werden wie z.b. Einer Studie von Fleming et al. Welche Gruppensitzungen bei 127 Frauen verglichen hat. Eine weitere vergleichbare Studie ist diese von Meager und Milgrom, welche kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapien mit einer Kontrollgruppe verglichen.
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? 1P	Mittelwert: Die Mittelwerte sind durchschnittlich von 21.5 auf 12.9 gesunken.
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? 1P	P-Wert: Der t-Test für abhängige Stichproben vor Therapiebeginn und nach Therapieende: $p < 0.001$ Die Besserung des depressiven Syndrome erwies sich als stabil, sowohl bei Patientinnen mit Antidepressiva wie auch ohne.
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? 1P	Effektstärken: BDI: 1.01 Symptom-Check-Liste: 0.99 Dies entspricht einem guten Therapieeffekt.
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? 1P	Da die Studie in der Schweiz durchgeführt wurde sind die Umgebung und die Teilnehmer auf jeden Fall auf meine Patienten übertragbar.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? 1P	Im Diskussionsteil wurden ausführlich auf alle wichtigen Ergebnisse und Limits der Studie eingegangen. Zugleich wurden Vorschläge für zukünftige Studien gemacht.
14. Ist der Nutzen die	Da die Signifikanz der Ergebnisse sehr hoch war, ist der Nutzen

möglichen Risiken und Kosten wert? 1P	sehr gross. Doch um die Wirksamkeit noch effizienter zu gestalten, müssen noch weitere, randomisiert kontrollierte Studie in diesem Bereich gemacht werden. An einer derartigen Studie sind die Autoren im Moment beschäftigt.
Note und Bewertung	11.75 / 14 = 5 (Gut)

Yelland, J., Sutherland, G. & Brown, S.J. (2010). Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*, 10 (12), 1-11.

Forschungsfrage: Wie häufig kommen Angstzustände und Depression, sowie komorbide Symptome bei Frauen in den ersten sechs Monaten Postpartum vor und welche Zusammenhänge gibt es zwischen Ängsten, Depression, kritische Lebensereignisse und sozialen Problemen?

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? 1P	Eine populationsbasierte Umfrage wurde mit allen Frauen, welche im September / Oktober 2007 ein Kind geboren haben, durchgeführt. Der Fragebogen wurde per Mail nach Hause geschickt und konnte kostenlos zurückgesendet werden. Da der Bogen 6 Monate Postpartum geschickt wurde, sind die Teilnehmer für die Kriterien der Studie geeignet.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? 1P	Frauen aus 109 verschiedenen Spitälern in Victoria und Südaustralien nahmen an der Studie teil. Der Bogen wurde an 8464 Frauen geschickt. Von insgesamt 4415 zurückgesendeten Bögen wurden 49 Frauen ausgeschlossen, weil sie ausserhalb der Studienzeit geboren haben. Somit blieben 4366 übrig. Dies beinhaltet eine Follow-up Rate von 98 %.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? 0.5P	Darüber wird nichts berichtet. Doch da es sich um eine Umfrage handelt, wird nicht davon ausgegangen.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? 1P	Es handelt sich um Frauen zwischen 16 und 46 Jahren. 95 % waren verheiratet oder lebten in einer Partnerschaft. Die Teilnehmerinnen waren repräsentativ bezüglich Anzahl Kinder, Geburtsart und Geburtsgewicht der Kinder. Die demographischen Daten der Teilnehmer wurden im Text und in einer Tabelle ausführlich dargelegt: Alter, Zivilstand, Herkunft, Ausbildung, Einkommen, Krankenversicherung, Anzahl Kinder u.s.w
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? 1P	Alle Teilnehmer wurden gleich behandelt.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung	Die Untersuchung befragte nur eine Gruppe. Die Messungen wurden unter anderem mit dem DASS-Instrument durchgeführt. Die Datenanalyse erfolgte anhand der STATA

zugeteilten Gruppe bewertet? 1P	Version 11.0. Die Frauen wurden anhand von anhand von cut-off-Werten klassifiziert und folgenden Kategorien zugeteilt: Normal, mild, stark, sehr stark.
7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? 1P	4366 Teilnehmer ist eine sehr grosse Stichprobe, womit ein Effekt klar nachgewiesen werden kann.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet? 1P	Am Anfang der Untersuchung wurde eine Literaturrecherche durchgeführt bei der verschiedene Autoren und ihre Studien aufgeführt werden. z.b. O'Hara, welche herausfand, dass kritische Lebensereignisse in der Schwangerschaft oder nach der Geburt einen Auslöser für depressive Symptome postpartum sein kann. Weitere Studien aus Australien und den USA haben ähnliche Ergebnisse erzielt.
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? 0.5P	Angst: 12.7 % höher als normal. Depression: 17.4 % höher als normal. Komorbidität Angst und Depression: 8.1 %
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? 0.5P	Die Ergebnisse sind sehr ausführlich beschrieben. Sie werden anhand von Prozentangaben dargelegt und sind in Tabellen dargestellt. Fast die Hälfte der Teilnehmer äusserte kritische Lebensereignisse oder soziale Probleme während den sechs Monaten Postpartum. Frauen, welche drei oder mehr soziale Probleme aufwiesen, waren signifikant mehr gefährdet an Postpartum Depressionen, Angstzuständen oder an beiden Symptomen zusammen zu leiden.
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? 1P	CI: 95 %
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? 0.5P	Da es sich um Südastralien handelt, sind die Ergebnisse nur bedingt übertragbar. Trotzdem ist das Verallgemeinern dadurch eingeschränkt, dass junge, fremdsprachige, nicht privat versicherte, ledige Frauen unterrepräsentiert sind in der Studie.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Es wird ersichtlich, dass soziale Probleme und kritische Lebensereignisse einen grossen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden von Frauen nach der Geburt haben können. Die Erkenntnisse können Gesundheitsfachpersonen helfen, besser

1P	auf die Frauen einzugehen und frühzeitig Veränderungen zu erkennen, um geeignete Behandlungen vorzuschlagen und einzuleiten und diese koordiniert mit anderen Berufsgruppen anzugehen.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? 0.5P	Darauf wird nicht eingegangen. Doch da eindeutige Ergebnisse erzielt werden konnten und die Teilnehmerzahl sehr gross ist, wird davon ausgegangen, dass der Nutzen die Risiken/Kosten wert war.
Note und Bewertung	11.5 / 14 = 5 (Gut)

Glavin, K., Smith, L., Sorum, R. & Ellefsen, B. (2009). Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *Journal of advanced nursing*, 66 (6), 1317-1327.

Forschungsfrage: Ist unterstützende Beratung durch eine Pflegefachfrau wirksam für Frauen, welche an einer Postpartum Depression leiden?

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? 1P	Die Teilnehmer wurden durch die Pflegefachfrauen bei Kontrolluntersuchen eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Sie füllten den EPDS an einem ruhigen Ort in derjenigen Klinik aus, in der sie ihr Kind geboren haben.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? 0.5P	Anfangs waren 3111 Frauen dabei. 603 wurden aus folgenden Gründen ausgeschlossen: Unter 18 Jahren, schlechte Sprachkenntnisse, wurden bereits gegen die Depression behandelt, sind umgezogen. 261 wollten nicht teilnehmen. Schlussendlich wurden 228 aufgenommen in die Studie, wovon mehr in der Interventionsgruppe waren, weil es in dieser Klinik mehr Geburten gab.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? 1P	Die Pflegefachfrauen kannten die Identität der Frauen, die Untersucher jedoch nicht. Die Fragebögen waren anhand von Nummern und nicht Namen angegeben.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? 0.5P	Die Untersuchungsgruppen unterschieden sich in Bezug auf folgende Parameter nicht signifikant: Alter, Anzahl Kinder, Ausbildungsstand und Diagnose. Auch die zwei Gemeinden unterschieden sich demographisch bezüglich sozialer und ökonomischer Parameter nicht stark. Trotzdem konnten einige Daten nicht erhoben werden.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? 0.75	Die Untersuchungsgruppen wurden abgesehen von der Intervention gleich behandelt. Der einzige Unterschied ist, dass es bei der Interventionsgruppe mehr Teilnehmer gab.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? 1P	Alle Frauen wurden in der anfangs zugeteilten Gruppe bewertet und keine Teilnehmerin wechselte die Gruppe.

7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? 1P	Mit 228 Teilnehmern ist die Zahl der Teilnehmer für eine Interventionsstudie ziemlich gross, womit eine Wirkung der Intervention nachgewiesen werden kann. Es wurde berechnet, dass 64 Teilnehmer erforderlich waren für jede Gruppe, basiert auf einer Power von 0.8 und einem Alphalevel von 0.05, was einen Wirkungsgrad von 0.5 ergibt.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet? 1P	Diverse andere Studien haben ähnliche Ergebnisse herausgefunden. Z.b. Eine Studie von Mac Arthur et al. (2002). Andere Studien bestätigen, dass psychologische und psychosoziale Hilfe durch Pflegefachfrauen eine gute Behandlungsoption darstellen für Frauen mit Postpartum Depression. (Holden et al., 1989) Viele der vorangegangenen Studien hatte kleine Stichproben. Somit sind weitere Studien nötig, um die Resultate zu bestätigen.
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? 1P	Der Mittelwert für den EPDS-Wert der Gruppen war 12.6.
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? 1P	Unterschiede zwischen den Gruppen nach drei Monaten: $p < 0.01$ Unterschiede nach sechs Monaten: $p < 0.01$ Aufgrund dieser Ergebnisse kann gefolgert werden, dass die Ergebnisse auf keinen Zufall zurückzuführen sind.
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? 1P	Der Mittelwert ergibt einen Konfidenzintervall von 95%. Womit die Ergebnisse als präzise gelten können.
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? 1P	Da sich Norwegen und das norwegische Gesundheitswesen nicht stark vom Schweizerischen unterscheiden und somit ähnliche Populationen vorliegen, können die Ergebnisse auf die Schweiz übertragen werden.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? 1P	Es wurde auf alle wichtigen Ergebnisse eingegangen. Diese wurden im Ergebnis- und Diskussionsteil genau beschrieben und untereinander verglichen.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? 1P	Da die Studie signifikante Ergebnisse herausgefunden hat und das Ziel erreicht wurde, kann gefolgert werden, dass der Nutzen klar überwiegt. Trotzdem müssen noch weitere Studien in diesem Bereich durchgeführt werden, um die Ergebnisse zu

	festigen und weiterzuentwickeln.
Note und Bewertung	12.75 / 14 = 5.5 (Sehr Gut)

Quelle: Fleming, A.S., Klein, E. & Corter, C. (1992). The Effects of a Social Support Group on Depression, Maternal Attitudes and Behavior in New Mothers. *Department of Psychology*, 33 (4), 685-698.

Forschungsfrage: Hat eine Soziale Unterstützungsgruppe Postpartum einen Effekt auf die Stimmung, die Einstellung und Verhaltensweisen von Müttern?

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? 1P	Frauen, welche während der Untersuchungszeit (3 Jahre) ein Kind geboren haben und gewisse Kriterien aufweisen, wurden zwei Tage postpartum gefragt, an der Studie teilzunehmen. Es gab insgesamt drei Gruppen: Die Interventionsgruppe (44 Frauen), die Kontrollgruppe (83 Frauen) und die E-Mail-Gruppe (15 Frauen). Die Aufteilung war nicht zufällig mit einem minimalen Selektionsbias ausgeführt. Weil minimum 8 Frauen in der Interventionsgruppe benötigt wurden, wurden 8er Blocks gemacht. Während den Acht-Wochen-Perioden war es aus personellen Gründen nicht möglich, mehrere Gruppen zu bilden, womit die höhere Anzahl bei der Kontrollgruppe zu erklären ist.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? 1P	1081 Fragebogen wurden abgegeben. Davon wurden 781, also 72 % beantwortet.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? 0.25P	Darüber wird nichts gesagt. Eine Verblindung wäre schwierig gewesen bei diesem Design.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? 1P	Alle Frauen waren primipara, verheiratet oder in einer Partnerschaft, englisch sprechend und hatten keine vergangenen psychischen Probleme. Auch bezüglich Ausbildungs- und Zivilstand, Wohnort u.s.w. Gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Einzig die Frauen in der Interventionsgruppe waren signifikant älter als diese in der Kontrollgruppe.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? 0.75P	Es wurden keine Störvariablen untersucht. Die Kontroll- und Interventionsgruppe wurde gleich behandelt. Von der E-Mail-Gruppe wurde diesbezüglich nichts erwähnt. Doch in die Auswertungen bzgl. Stimmungen wurden diese auf Grund der kleinen Stichprobe nicht miteinbezogen.

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? 1P	Alle Teilnehmer wurden in ihrer Gruppe bewertet. Niemand hat die Gruppe während der Untersuchungszeit gewechselt.
7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? 1P	Die Stichprobengrösse beträgt 142 Teilnehmer, was aus Autorensicht ziemlich gross ist, um einen Effekt nachweisen zu können.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet? 1P	Einige andere Untersuchungen, welche die Ergebnisse teilweise bestätigt haben, sind im Diskussionsteil aufgeführt. Tabachnick et al. (1983) berichtet auch, dass Frauen in einer Sozialen Gruppe sein sollten, in welcher Frauen mit gleichen Problemen sind.
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? 0P	Es wurde kein Mittelwert angegeben.
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? 1P	Signifikante Verbesserungen des CES-Score bei der gesamten Population: $p < 0.005$ Frauen mit Depression zeigten bessere Stimmungswerte nach 5 Monaten als nach 6 Wochen. Diese ohne Depression waren stabil: $p < 0.04$ Verschlechterung des Selbstbildes bei den Frauen mit Depression in der Interventionsgruppe: $p < 0.05$ Verbesserte Mutter-Kind-Interaktion bei der Interventionsgruppe: $p < 0.05$
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? 1P	Konfidenzintervall: 95 %
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? 1P	Da die Studie in Kanada durchgeführt wurde und die Kriterien durchaus auf Schweizer Betroffene übertragbar sind, so können die Ergebnisse auch hier Anwendung finden.
13. Wurden alle für	Alle wichtigen Ergebnisse mit ihren Grenzen wurden sehr

mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? 1P	ausführlich beschrieben und dargestellt.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? 0.5P	Darüber wird nichts geschrieben. Doch die Resultate können helfen, weitere derartige Studie durchzuführen unter Berücksichtigung der Erkenntnisse, welche gewonnen wurden.
Note und Bewertung	11.5 / 14 = 5 (Gut)

Anhang G: Beurteilungsraster für qualitative Studien (Behrens & Langer, 2004)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

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

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? Auch die Perspektive des Forschers?

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? Methode der Datensammlung?

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? Wenn nein: warum nicht?

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Anwendbarkeit

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

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

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

McCarthy, M., McMahon, C. (2008). Acceptance and Experience of Treatment for Postnatal Depression in a Community Mental Health Setting . *Health Care for Women International* , 29 (6), 618-637.

Forschungsfrage: Welche Faktoren beeinflussen die Entscheidung, Hilfe bei einer Postpartum Depression anzunehmen und welche Erfahrungen machen die Frauen während der Behandlung?

Glaubwürdigkeit	
Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? 1P	Es wurde keine Forschungsfrage aufgeworfen, doch es wurden zwei Hypothesen aufgestellt und zwei konkrete Ziele formuliert, welche so ausführlich sind, dass sich die Fragestellung davon ableiten lässt.
Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? 1P	Um die Interviews zu analysieren, wurde die modifizierte Analyseinduktion gewählt, welche einen Teil der Grounded Theory darstellt. Es wurde dieses Design gewählt, weil somit gut die sozialen Prozesse, welche dem Verhalten zu Grunde liegen, aufgedeckt werden können und um deskriptive, universelle Konzepte abzuleiten, welche in der Erfahrung der Person liegen. Gleichzeitig kann der Forscher durch die modifizierte Analyseinduktion bereits Ideen und Erwartungen aufstellen, welche er von vorhergehender Literatur ableiten kann.
Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? 1P	Zu Beginn der Studie wurde eine sehr ausführliche Literaturrecherche durchgeführt, in der viele wesentliche Aspekte rund um die untersuchte Thematik vorkommen. Es wird jedoch immer wieder erwähnt, dass auf die Akzeptanz und das Erleben der Behandlung noch zu wenig eingegangen wurde. Somit will diese Studie auf vorangegangener Literatur aufbauen.
Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? 1P	Die Teilnehmer wurden passend zur Forschungsfrage ausgewählt. Es waren 15 Frauen mit diagnostizierter Postpartum Depression, welche bei der Psychiatrischen Einheit für Postpartale Depressionen in Behandlung waren. Sie waren zwischen 27 und 41 Jahren. Alle Frauen mit den Kriterien für eine Postpartum Depression, welche in den letzten 18 Monaten ausgetreten sind, wurden von der zuständigen Pflegefachfrau kontaktiert.
Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? 0.75P	Die Teilnehmer und ihr Umfeld wurden ziemlich ausführlich beschrieben anhand von Zivilstand, Schul- und Berufsabschluss, Anzahl Kinder und medikamentöser Behandlung. Die Forscher wurden zwar erwähnt, aber ihre Ansicht wurde nicht explizit beschrieben.
Wurde die Datensammlung	Die Datensammlung wurde ausführlich beschrieben. Es wurden Tiefeninterviews mit offenen Fragen durchgeführt, welche ein

detailliert beschrieben? 1P	bis zwei Stunden dauerten, mit Tonband aufgenommen und später transkribiert und wortgetreu analysiert wurden. Die Interviewfragen wurden im Anhang aufgelistet.
Wie erfolgte die Analyse der Daten? 1P	Die Analyse der Daten erfolgte anhand der “Modifizierten Analyseinduktion” Das Ziel davon sind Befunde, welche eine bestimmte Auswahl von Teilnehmern beschreiben, ohne Anspruch auf Verallgemeinerbarkeit. Die Hypothesen wurden während den Interviews kontinuierlich verglichen und angepasst, um neu auftauchende Daten einzubeziehen. Somit erfolgte die Analyse anhand von Codes. Zitate wurden benutzt, um die Themen zu illustrieren.
Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? 0.25P	Dazu wird in der Studie nichts berichtet. Es wird jedoch davon ausgegangen, weil das Gegenteil nicht beschrieben wurde.
Aussagekraft	
Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? 1P	Die Ergebnisse werden sehr ausführlich dargestellt, in dem Zitate der Frauen und eine Zusammenfassung dieser dargestellt werden. Bei der Schlussfolgerung wird nochmal sehr detailliert auf die Resultate und die damit verbundenen Konsequenzen eingegangen. Somit sind die Ergebnisse gut nachvollziehbar.
Wurden die Ergebnisse bestätigt? 1P	Die Ergebnisse werden im Kapitel “Schlussfolgerungen und klinische Auswirkungen” von diversen Forschungsartikeln bestätigt.
Anwendbarkeit	
Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? 1P	Die Ergebnisse sind sehr hilfreich, die Teilnehmer besser zu verstehen. Denn es werden verschiedene Gründe aufgezeigt, warum Frauen nicht von sich aus oder erst sehr spät Hilfe beanspruchen und akzeptieren können. Dies führt in einem gewissen Masse zu einer Entstigmatisierung. Auch haben die Teilnehmerinnen beschrieben, was und wer ihnen beim Genesungsprozess am besten hilft.
Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung? 0.75P	Es werden im Text konkrete Verbesserungsvorschläge gemacht: Dadurch dass die Betroffenen Frauen Mühe haben, von sich aus professionelle Hilfe zu suchen, ist es wichtig, dass das Thema nicht tabuisiert, sondern bereits während der Schwangerschaft besprochen wird und dass verschiedenste Personen wie etwa der Partner und die Familie anhand von Kursen und Aufklärungsprogrammen miteinbezogen und aufgeklärt werden. Somit können auch die Angehörigen aktiv mithelfen, wenn sie bemerken, dass eine Postpartum Depression vorliegen könnte. Auch die Hebamme/Gynäkologin sollte bei Routine- und Nachuntersuchungen die Thematik sowie mögliche Ängste und

	negative Gefühle ansprechen. Zudem wird die Wichtigkeit von sozialen Kontakten allgemein und zu anderen betroffenen Müttern als zentraler Punkt im Genesungsprozess aufgezeigt.
Note und Bewertung	10.75 / 12 = 5.5 (Gut)

Tammentie, T., Paavilainen, E., Tarkka, M.T. & Astedt-Kurki, P. (2009). Families' experiences of interaction with the public health nurse at the child health clinic in connection with mother's post-natal depression. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 16 (4), 716-724.	
Glaubwürdigkeit	
Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? 0.5/1	Es wurde keine Forschungsfrage formuliert. Doch das Forschungsthema wurde sehr ausführlich in seinem Umfeld diskutiert. Die Absicht und das Ziel der Studie wurde genau erläutert.
Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? 1/1	Grounded Theory als weiterführende, komparative Methode. Dies ist ein angemessener Ansatz in Forschungsbereichen mit wenig bestehender Theorie. Es eignet sich, Verhalten in komplexen Situationen zu konzeptualisieren und ungelöste, soziale Probleme zu verstehen. Es gibt die induktive und induktiv-deduktive Form.
Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? 1/1	Vor Beginn der Untersuchungen wurde eine ziemlich ausführliche Literaturrecherche durchgeführt. Zuerst werden allgemeine Erkenntnisse im Zusammenhang mit Postpartum Depression und sozialer Unterstützung aufgeführt. Danach wird noch auf Studien eingegangen, welche die Erwartungen und Wünsche der Familien untersuchten.
Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? 1/1	Frauen, welche im Universitätsspital entbunden haben, sowie ihre Partner wurden gefragt, an der Studie teilzunehmen. Sie füllten die Edinburgh Postnatal Depressionsskala (EPDS) aus, wobei 13 Frauen die Kriterien für eine Postpartum Depression erfüllten. Vier Familien wurden ausgeschlossen. Somit nahmen neun Frauen, fünf Männer und ein Kind an der Studie teil. Fast alle Frauen, welche ein Kind gebären, werden im finnischen Gesundheitssystem erreicht. Somit eignen sich die Teilnehmer für die Untersuchung.
Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben 1/1	Die Teilnehmer wurde bezüglich Wohnort, Zivilstand, Kinderanzahl und Alter beschrieben. Die Forscher, ihre Aufgaben in der Studie sowie die Wichtigkeit, die Thematik gut zu kennen und den analytischen Prozess präzise zu beschreiben, wurden erwähnt.
Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? 1/1	Die Datensammlung wurde sehr detailliert beschrieben: Die Interviewfragen waren offen und ermöglichten den Teilnehmern ihre Wahrnehmung zu beschreiben. Wenn nötig, wurden zusätzliche Fragen gestellt, um die Antworten zu vertiefen. Die Interviews fanden zu Hause statt und dauerten zwischen 40 und 90 Minuten. Die Daten wurden mit Tonband aufgenommen und transkribiert.
Wie erfolgte die	Die Datensammlung- und Analyse wurden fortlaufend,

Analyse der Daten? 1/1	nebeneinander durchgeführt. Alle Wörter/Sätze mit substantiven Codes wurden in Kategorien bezüglich Gemeinsamkeiten gegliedert. Relevante Aspekte wurden dann zu Konzepten gebildet, welche die Theorie beschreiben.
Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? 0.5/1	Darauf wird nicht eingegangen. Doch da die Teilnehmer ziemlich frei ihre Erfahrungen äussern konnten und zum Teil genauer darauf eingegangen wurde, kann davon ausgegangen werden, dass die Datensammlung bis zur Sättigung erfolgte.
Aussagekraft	
Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? 1/1	Die Ergebnisse wurden jeweils anhand der Themen beschrieben. Die Aussagen wurden mittels Schilderungen und Zitaten wiedergegeben. Im Diskussionsteil wird noch einmal auf die Resultate und die Gemeinsamkeiten eingegangen. Somit sind die Ergebnisse zwischen den Teilnehmern vergleichbar und nachvollziehbar.
Wurden die Ergebnisse bestätigt? 1/1	Die Ergebnisse werden in der Diskussion von mehreren Autoren bestätigt. Zum Beispiel, die Tatsache, dass die Familien Gespräche über ihr Wohlbefinden und Copingstrategien bei Problemen als sehr wichtige Themen empfinden, wurde von Gunn et al. (1989) und Viljanen (1999) bestätigt.
Anwendbarkeit	
Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? 1/1	Die Ergebnisse sind sehr hilfreich, die Familien besser zu verstehen. Sie haben ihre Wahrnehmung, Gefühle und konkrete Bedürfnisse in Bezug zur Beziehung mit einer Pflegefachperson beschrieben. Es wurde ersichtlich, dass Pflegende trotz Stress versuchen sollten, die Patienten ernst zu nehmen und Interesse zu zeigen. Denn dies fördert das Wohlbefinden.
Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung? 1/1	Die Besuche in der Klinik könnten individueller und patientenzentrierter gestaltet werden. Dies wäre möglich, indem Frauen, welche aus diversen Gründen sehr viel Beratung und Betreuung benötigen, diese auch erhalten und dass gezielt Zeit für die Bedürfnisse eingeplant wird. Frauen hingegen, welche bereits mehrere Kinder haben, benötigen in der Regel weniger Besuche. Zudem wird die Möglichkeit der Bezugspflege erwähnt.
Note und Bewertung	10.5 / 12 = 5.5 (Gut)

Davies, B. & Allen, D. (2007). Integrating 'mental illness' and 'motherhood': The positive use of surveillance by health professionals. A qualitative study. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 44 (11), 365-376.	
Forschungsfrage: Welchen Herausforderungen sind Mütter, welche an einer psychischen Krankheit leiden, ausgesetzt und wie kann das Gesundheitsfachpersonal betroffenen Frauen helfen?	
Glaubwürdigkeit	
Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? 1P	Das Ziel der Studie sowie die Forschungsfrage wurden formuliert und erklärt.
Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? 1P	Ein qualitatives, deskriptives Design. (Nachkriegsfeministen-Theorie) Bei diesem Design haben die Teilnehmer die Möglichkeit, ihre eigene Sicht und die persönlichen Erfahrungen mit eigenen Worten auszudrücken.
Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? 1P	Es wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Mehrere Studien, welche bereits Ähnliches untersucht haben, wurden aufgeführt. z.b. Eine von McIntosh 1990 wobei es um Überwachung und Resistenz der Patienten ging. Weitere Studien sind erwähnt und wurden kurz erläutert.
Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? 0.75P	Die Teilnehmer wurden passend zur Forschungsfrage ausgewählt, da diese bereits an einer Studie teilgenommen haben. Alle haben eine psychische Krankheit. Die Auswahl wird nicht spezifisch begründet.
Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? 0.75P	Die Teilnehmer und ihr Umfeld werden anhand einer Tabelle beschrieben. Folgende Punkte sind aufgeführt: Psychische Probleme vor der Schwangerschaft, jetzige Diagnose, Vorhergehende Postpartale Depression, momentane Medikation, Suizidgedanken, Aufnahme in eine Klinik, Eigene Mutter (Unterstützung). Die Forscher werden nicht ausführlich beschrieben.
Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? 1P	Die Datensammlung- und Analyse wurden gleichzeitig durchgeführt. Es wurden individuelle, halb strukturierte Interviews durchgeführt, welche durch einen der Autoren geführt und transkribiert wurde.
Wie erfolgte die Analyse der Daten? 1P	Für die Auswertung der Daten wurde das Konzept der 'Interaktionalen Rahmen' benutzt. Fast 200 deskriptive Kategorien wurden identifiziert und in Gruppen sowie Themen und Subthemen gegliedert. Einige Themen waren Teil der Fragen und andere ergaben sich bei den Interviews.

Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? 1P	Die Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung.
Aussagekraft	
Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? 1P	Die Ergebnisse sind nachvollziehbar und werden durch Zitate aus den Interviews ausgeführt und anschliessend erklärt.
Wurden die Ergebnisse bestätigt? 0.75P	Es kann davon ausgegangen werden, dass das Gesagte aus den Interviews als valide angesehen werden kann. Es wird nicht berichtet, dass sich die Forscher nicht einig gewesen wäre, somit wird von einem Konsens ausgegangen.
Anwendbarkeit	
Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? 1P	Die Ergebnisse sind hilfreich bei der Betreuung der untersuchten Personengruppe. Es wird ersichtlich, wie wichtig es ist, die Frauen nicht nur als psychisch krank zu sehen, sondern auch als Mütter, welche häufig noch fähig sind, sich um ihre Kinder zu kümmern.
Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung? 0.75P	Es ist wichtig, betroffenen Frauen bei Hausbesuchen oder stationär die nötige Unterstützung anzubieten und ihr Empowerment zu fördern, ohne zu viel Kontrolle auszuüben. Die Fähigkeiten der Frau als Mutter sollen geschätzt werden.
Note und Bewertung	11/12 = 5.5 (Sehr Gut)

Anhang H: Tabelle Punkte-Noten

Punktezahl Quantitative Studie und Interventionsstudie	Punktezahl Qualitative Studie	Note	Wissenschaftliche Qualität
13.5-14	11.75-12	6	Ausgezeichnet
12.5-13.25	11-11.75	5.5 - <6	Sehr gut
11.5-12.25	10-10.75	5 - <5.5	Gut
10.5-11.25	9-9.75	4.5 - <5	Befriedigend
9.5-10.25	8-8.75	4 - <4.5	Genügend
<9.5	<8	<4	Ungenügend

Anhang I: Evidenzlevel nach dem Oxford Centre for Clinical Evidence (2009)

Level	Therapy/Prevention Aetiology/Harm	Prognosis	Diagnosis	Differential diagnosis/symptom prevalence study	Economic and decision analyses
1a	SR (with homogeneity*) of RCTs	SR (with homogeneity*) of inception cohort studies; CDR† validated in different populations	SR (with homogeneity*) of Level 1 diagnostic studies; CDR† with 1b studies from different clinical centres	SR (with homogeneity*) of prospective cohort studies	SR (with homogeneity*) of Level 1 economic studies
1b	Individual RCT (with narrow Confidence Interval‡)	Individual inception cohort study with > 80% follow-up; CDR† validated in a single population	Validating** cohort study with good††† reference standards; or CDR† tested within one clinical centre	Prospective cohort study with good follow-up****	Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; systematic review(s) of the evidence; and including multi-way sensitivity analyses
1c	All or none§	All or none case-series	Absolute SpPins and SnNouts††	All or none case-series	Absolute better-value or worse-value analyses ††††
2a	SR (with homogeneity*) of cohort studies	SR (with homogeneity*) of either retrospective cohort studies or untreated control groups in RCTs	SR (with homogeneity*) of Level >2 diagnostic studies	SR (with homogeneity*) of 2b and better studies	SR (with homogeneity*) of Level >2 economic studies
2b	Individual cohort study (including low quality RCT; e.g., <80% follow-up)	Retrospective cohort study or follow-up of untreated control patients in an RCT; Derivation of CDR† or validated on split-sample§§§ only	Exploratory** cohort study with good††† reference standards; CDR† after derivation, or validated only on split-sample§§§ or databases	Retrospective cohort study, or poor follow-up	Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; limited review(s) of the evidence, or single studies; and including multi-way sensitivity analyses
2c	"Outcomes" Research; Ecological studies	"Outcomes" Research		Ecological studies	Audit or outcomes research
3a	SR (with homogeneity*) of case-control studies		SR (with homogeneity*) of 3b and better studies	SR (with homogeneity*) of 3b and better studies	SR (with homogeneity*) of 3b and better studies
3b	Individual Case-Control Study		Non-consecutive study; or without consistently applied reference standards	Non-consecutive cohort study, or very limited population	Analysis based on limited alternatives or costs, poor quality estimates of data, but including sensitivity analyses incorporating clinically sensible variations.
4	Case-series (and poor quality cohort and case-control studies§§)	Case-series (and poor quality prognostic cohort studies***)	Case-control study, poor or non-independent reference standard	Case-series or superseded reference standards	Analysis with no sensitivity analysis
5	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on economic theory or "first principles"

Anhang J: Schematische Darstellung der Ergebnisse

Schulung und Beratung

Studie	Intervention	Ergebnisse (Signifikanz)
Buultjens et al. (2002)	Psychosoziales Programm und evidenzbasierte Gruppentherapien	Von insgesamt 100 Evaluationsbogen vergaben alle Teilnehmer mindestens 8 von 10 Punkte.
Wickbern & Hwang (1969)	Nicht-direktive Beratungsgespräche	Interventionsgruppe: 80% nach sechs Wochen keine Anzeichen für eine Depression. Kontrollgruppe: 25%
Glavin et al. (2009)	Unterstützende Beratung	Signifikant tiefere EPDS-Werte bei der Interventionsgruppe: Nach 3 Monaten: $p < 0.01$. Nach 6 Monaten: $p < 0.01$
Tezel & Gözümlü (2006)	Pflegeinterventionen nach NANDA und Schulungen (Problemlösungsstrategien)	Pflegeinterventionen wirksamer als das Problemlösungstraining: Pflegeinterventionen: $p < 0.001$ Problemlösungsstrategie: $p < 0.05$

Gruppentherapie

Studie	Intervention	Ergebnisse (Signifikanz)
Mulcahy et al. (2010)	Interpersonelle Gruppentherapie	Interventionsgruppe: Signifikante Verbesserung der Depression $p < 0.01$. Mutter-Kind-Beziehung: $p < 0.05$
Ugarriza (2004)	Gruppentherapie-Modell	Interventionsgruppe: Nach der Intervention signifikant tiefere BDI-Werte: $p < 0.04$
Hofecker-Fallahpour et al. (2003)	Gruppentherapie und ein Paargespräch	Hochsignifikantes Ergebnis vor und nach der Intervention bei den Depressionswerten: $p < 0.001$
Fleming et al. (1992)	Soziale Unterstützungsgruppe	Signifikante Verbesserungen der Stimmung bei der gesamten Population: $p < 0.005$. Interventionsgruppe Depression: Verbesserte Mutter-Kind-Interaktion: $p < 0.05$. Verschlechterung des Selbstbildes: $p < 0.05$

Kognitive Verhaltenstherapie

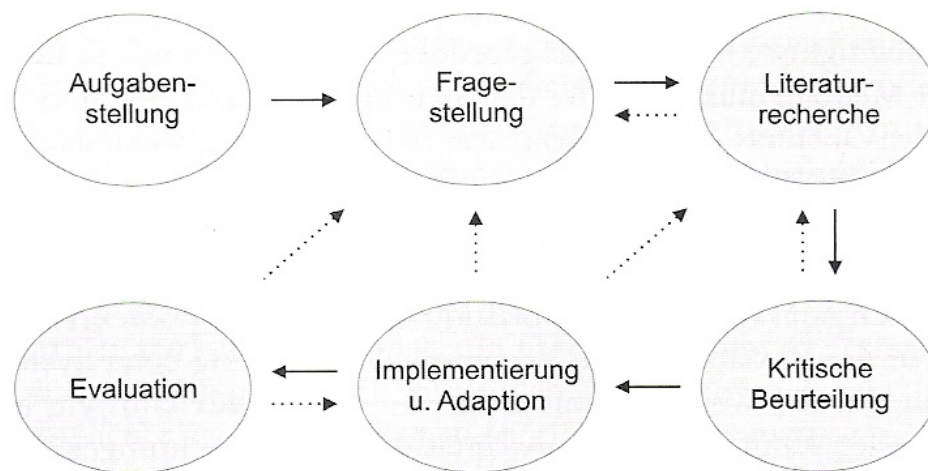
Studie	Intervention	Ergebnisse (Signifikanz)
Kuosmanen et al. (2010)	Kognitive Verhaltenstherapie und kognitiv-basierte Präventionsgruppen	Die Ergebnisse waren positiv: Abnahme Mittelwert EPDS: 5.71. $p = 0.062$. Nach der Studie: 32% keine weitere Behandlung. 36% psychologische Unterstützung. 9% Überweisung Psychiatrie.
Hofecker-Fallahpour et al. (2003)	Kognitive Verhaltenstherapie (Krisenmanagement, Anwendung erlernter Strategien anhand von Rollenspielen)	Nebst signifikanten Verbesserungen der depressiven Symptome ($P < 0.001$) verbesserte sich auch die Mutter-Kind-Beziehung subjektiv.
Ugarriza (2004)	Kognitive Verhaltens-Restrukturierung, Aufklärung, Stressreduktionstechniken, Einbezug Unterstützungssysteme	Signifikante Ergebnisse bei der Interventionsgruppe: $p < 0.04$

Soziale Unterstützungssysteme

Studie	Intervention	Ergebnisse (Signifikanz)
Grube (2005)	Das Verhalten des Partners wurde in verschiedenen sozialen Rollen untersucht und eingeschätzt, welche Auswirkungen dies auf die Frau hat.	1/3 der Männer: unterstützend. Bei unterstützendem Partner: Signifikante Reduktion der Klinik-Aufenthaltsdauer: $p = 0.011$. Signifikant mehr ambulante, als stationäre Behandlungen. $p = 0.0396$
Yelland et al. (2010)	Untersuchung sozialer Probleme und Zusammenhänge mit dem Auftreten von Depressionen.	Angstzustände: 12.7% höher als normal. Depressionen: 17.4% höher. 50% der Frauen: Kritische Lebensereignisse oder soziale Probleme postpartum. Bei ≥ 3 sozialen Problemen: Signifikant grössere Gefahr an Postpartum Depressionen und / oder Angstzuständen zu leiden. (Depression: 95% CI = 3.9-6.7)
McCarthy & McMahon (2008)	Interviews: Die Erfahrungen der Frauen	Die meisten Frauen: Unwissen über eigene Depression und Symptome und

	während der Behandlung zu beschreiben, um beeinflussende Faktoren zu verstehen.	Angst vor dem Stigma, eine schlechte Mutter zu sein oder in eine Psychiatrie eingewiesen zu werden. Dies hinderte sie, Hilfe zu suchen. Hilfreich beim Genesungsprozess: Gespräche mit dem Gesundheitspersonal und mit anderen Müttern.
Davies & Allen (2007)	Die Schwierigkeiten und Herausforderungen von Müttern aufzeigen, welche Kinder haben und an einer psychischen Krankheit leiden. Herausfinden, wie das Gesundheitsfachpersonal betroffenen Frauen helfen kann.	Hausbesuche: Viele Frauen fühlten sich überwacht und beurteilt von Pflegepersonal. Fachkräfte können Betroffenen helfen, sich trotz der Krankheit als gute Mutter zu fühlen, indem sie die Frau als vollwertige Person und Mutter ansehen und nicht nur als jemanden mit einer psychischen Erkrankung. Dieses Wissen sollten sie an andere Fachpersonen weitergeben.

Anhang K: Die sechs Schritte der EBN-Methode (Behrens & Langer, 2004)



Anhang L: Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala, EPDS
(Verein Postnatale Depression Schweiz, 2011)

In den letzten 7 Tagen oder in den Tagen seit der Geburt...	Punkte
1. ...konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen	
<input type="checkbox"/> so wie ich es immer konnte	0
<input type="checkbox"/> nicht ganz so wie sonst	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher	2
<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	3
2. ...konnte ich mich so richtig auf etwas freuen	
<input type="checkbox"/> so wie immer	0
<input type="checkbox"/> etwas weniger als sonst	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher	2
<input type="checkbox"/> kaum	3
3. ...fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief	
<input type="checkbox"/> ja, meistens	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht so oft	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals	0
4. ...war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen	
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht	0
<input type="checkbox"/> selten	1
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> ja, häufig	3
5. ...erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen	
<input type="checkbox"/> ja, oft	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht oft	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht	0
6. ...überforderte mich verschiedenste Umstände	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden	2
<input type="checkbox"/> nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden	1
<input type="checkbox"/> nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig	0
7. ...war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht sehr oft	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht	0
8. ...habe ich mich traurig und schlecht gefühlt	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> selten	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht	0
9. ...war ich so unglücklich, dass ich geweint habe	
<input type="checkbox"/> ja, die ganze Zeit	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nur gelegentlich	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals	0
10. ...überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen	
<input type="checkbox"/> ja, ziemlich oft	3
<input type="checkbox"/> manchmal	2
<input type="checkbox"/> kaum	1
<input type="checkbox"/> niemals	0

Zählen Sie die Punkte zusammen. Haben Sie eine Gesamtpunktzahl von 10 oder höher, kontaktieren Sie eine Fachperson zur genaueren Abklärung.

Anhang M: Selbständigkeitserklärung

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

Fribourg, 11.06.2012
Ramona Bärtsch

