

**Pflegeinterventionen im Wochenbett
zur Prävention von postpartaler Depression**

Systematische Literaturübersicht

Erarbeitet von: Rittiner Carmen
Sonnenstrasse 11
3953 Leuk-Stadt

Kurs: Bachelor 06

Unter Begleitung von: Franziska Heldner-Metzger
Pflegeexpertin Höfa II

Danksagung

*„Der Lohn für unsere Bemühungen ist nicht das,
was wir dafür bekommen,
sondern das, was wir dadurch werden.“ John Ruskin*

An dieser Stelle bedanke ich mich besonders bei Frau Franziska Heldner-Metzger für die wertvolle Begleitung bei dieser systematischen Literaturübersicht und Simone Borter für das Korrekturlesen. Meiner Familie, meinem Partner Stefan Seiler und meiner Mitstudierenden Lisa Paar danke ich von ganzem Herzen für die motivierende und liebevolle Unterstützung.

Zusammenfassung

Hintergrund: 50-80% aller Frauen fallen nach der Geburt in ein Stimmungstief. Die Aufklärung über Stimmungsschwankungen und Veränderungen nach der Geburt kommt oft zu kurz. Aus einem Stimmungstief kann sich eine postpartale Depression (PPD) entwickeln. Die Ursachen einer PPD sind multifaktoriell. Drei Faktoren können zu postpartalem Stress führen: der Mutterrolle gerecht werden, Mangel an Unterstützung und körperliche Veränderungen. Eine nicht erkannte oder nicht behandelte PPD kann schwere Folgen für Mutter, Kind und Familie haben. Je früher eine PPD erkannt wird, umso günstiger ist die Prognose. Frauen mit einem hohen Risiko an einer PPD zu erkranken können bereits im frühen Wochenbett identifiziert werden und präventive Interventionen eingeleitet werden.

Ziel: Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, eine Übersicht über das aktuelle Wissen in Bezug auf Pflegeinterventionen im Wochenbett zur Vorbeugung einer postpartalen Depression vorzubeugen, aufzuzeigen. Dieses Ziel wird mit der Fragestellung „Welche Pflegeinterventionen im Wochenbett zur Prävention von postpartaler Depression sind in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben?“ verfolgt.

Methode: Es wird eine systematische Literaturübersicht erstellt. Die systematische Literatursuche erfolgt mit den Suchbegriffen postpartum depression, postnatal care, nursing process, nursing interventions, midwifery, postpartum period und prevent* in den pflegespezifischen Datenbanken Pubmed, Cinahl und Cochrane und in der themenspezifischen Datenbank PsycInfo. Die Studien werden anhand von Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt. Acht Studien, welche sich mit Counseling und Debriefing sowie postpartaler Unterstützung beschäftigen, werden berücksichtigt.

Ergebnisse: Die bearbeiteten randomisiert kontrollierten Studien über präventive Pflegeinterventionen wiesen anhand des eigens erstellten Benotungssystems eine gute bis ungenügende Qualität auf. Die Studienergebnisse zeigten nur teilweise eine signifikant präventive Wirkung von Counseling- und Debriefinginterventionen sowie postpartaler Unterstützung.

Schlussfolgerungen: Pflegende im Wochenbett sollten grossen Wert auf Gespräche und Informationsvermittlung legen, weshalb Wissen über PPD unerlässlich ist. PPD muss ein Thema in der Pflegeausbildung sein. Qualitativ gute RCT sind nötig, damit evidenzbasierte Counseling- und Debriefing- sowie postpartale Unterstützungsinterventionen angewendet werden können.

Key words: postpartum depression – postnatal care – nursing process – nursing interventions – midwifery – postpartum period – prevent*

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	6
1.1	Problembeschreibung	6
1.2	Fragestellung	8
1.3	Zielsetzung	8
2	THEORETISCHER RAHMEN	9
2.1	Postpartale Depression (PPD)	9
2.1.1	Definition.....	9
2.1.2	Ursachen.....	9
2.1.3	Symptome.....	12
2.1.4	Erfassung.....	12
2.1.5	Therapie.....	13
2.2	Wochenbett.....	14
2.3	Pflegende und Hebamme.....	16
2.3.1	Aufgabenbereich einer Pflegenden	16
2.3.2	Aufgabenbereich einer Hebamme	16
2.4	Prävention.....	17
3	METHODE	19
3.1	Datensammlung.....	19
3.2	Datenauswahl	20
3.3	Datenanalyse	20
4	ERGEBNISSE.....	22
4.1	Beschreibung der Studien.....	22
4.1.1	Counseling und Debriefing	22
4.1.2	Postpartale Unterstützung.....	26
4.2	Hauptergebnisse der Studien.....	30
4.3	Qualität der Studien.....	31

5	DISKUSSION	35
5.1	Diskussion der Ergebnisse der Studien	35
5.1.1	Debriefing und Counseling	35
5.1.2	Postpartale Unterstützung.....	38
5.2	Diskussion der Qualität	43
5.3	Kritische Würdigung	49
6	SCHLUSSFOLGERUNGEN	52
6.1	Empfehlungen für die Pflegepraxis.....	52
6.2	Empfehlungen für die Pflegeausbildung	55
6.3	Empfehlungen für die Pflegeforschung.....	56
7	LITERATURVERZEICHNIS	57
8	ANHANG	61
	Anhang A: Suchstrategie.....	62
	Anhang B: Ausgeschlossenen Studien	64
	Anhang C: Zusammenfassungen der Studien	66
	Anhang D: Messinstrumente	75
	Anhang E: Beurteilungsbögen.....	78
	Anhang F: Evidenzstufeneinteilung	103

1 Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Der Rollenwechsel einer Frau zur Mutter und seine Auswirkungen werden oft unterschätzt (Riecher-Rössler, 2001, in Ebeling, 2005). Wichtige positive Ereignisse und Erfahrungen im Leben können auch zu potentiellen Quellen für psychischen Stress werden (Raphael & Praque, 1996, in Selkirk, 2006). Wirken belastende Ereignisse auf den Organismus eines Menschen, gerät dieser aus dem Gleichgewicht (Aquilera, 2000). Der Übergang zur Mutterschaft als ein Wendepunkt im Leben einer Frau kann Stress und Angst auslösen und dadurch zu einer depressiven Verstimmung führen (Charney & Manji, 2004, in Cignacco, 2006).

50-80% aller Frauen fallen nach der Geburt in ein Stimmungstief (Nispel, 2001, zit. in Ebeling, 2005). Dieses postpartale Stimmungstief wird als angemessene Reaktion auf die neue und intensive Erfahrung im Leben der Frau beschrieben (Ussher, 2004, in Cignacco, 2006). Meist verschwinden die Symptome des Stimmungstiefs innert zwei Wochen ohne weitere Therapie. Halten die Symptome jedoch länger an, besteht die Gefahr, dass sich aus dem Stimmungstief eine postpartale Depression (PPD) entwickelt. Die PPD kann auch unabhängig von einem postpartalen Stimmungstief auftreten. (Ebeling, 2005).

Die PPD ist charakterisiert durch Reizbarkeit, Schuldgefühle, Erschöpfung, Angst, Schlafstörungen und somatischen Symptomen, welche einen behindernden Effekt auf Mutter, Kind und die Familie haben (Green, 1990 & McMahon, 2006, in Heh et al., 2008).

Die Schwangerschaft und das erste Jahr nach der Geburt ist für eine Frau die Zeit des Lebens mit der grössten Wahrscheinlichkeit für eine depressive Erkrankung (Kendell, 1987, in Howard et al., 2006). Die Prävalenz einer PPD liegt laut O'Hara und Swain (1996, in Heh & Fu, 2003) bei 13%. Aus der Schweiz liegen Zahlen zur Häufigkeit einer PPD von freischaffenden Hebammen vor. In den ersten 10 Tagen postpartal wurden 31'975 Frauen von freipraktizierenden Hebammen betreut. 13.7% dieser Frauen wiesen eine physische oder psychische Erkrankung auf. Von diesen 13.7% wurde bei 9% eine PPD festgestellt. Nach dem 10. Tag postpartal wurden Kontrollen durch die Hebammen auf ärztliche Verordnung durchgeführt. 39.2% der betreuten Frauen wiesen eine physische oder psychische Erkrankung auf. Von diesen Frauen wurde bei 15% eine PPD diagnostiziert. (Schmid, 2007).

Die Ursachen einer PPD sind multifaktoriell (Cignacco, 2006). Die Entstehung kann begünstigt werden, wenn die postpartale Realität nicht mit den präpartalen Vorstellungen übereinstimmt und wenn die Frau kein Konzept zur Bewältigung von Enttäuschung und Krise entwickelt. Erfahrungsgemäss kommt die Aufklärung über Stimmungsschwankungen und Ver-

änderungen nach der Geburt zu kurz. (Ebeling, 2005). Hung und Chung (2001) benennen drei Faktoren, die zu postpartalem Stress führen: der Mutterrolle gerecht werden, Mangel an Unterstützung und körperliche Veränderungen.

Gemäss Nahas et al. (1999, in Heh & Fu, 2003), äussern Frauen mit einer PPD rückblickend, dass ihnen in erster Linie Wissen über die Möglichkeit nach der Geburt eine PPD zu entwickeln gefehlt habe. Viele depressive Frauen geben an, dass die wirkungsvollste Intervention die Aufklärung darüber war, dass sie mit ihren Erfahrungen nicht alleine seien und dass sie Informationen zur Erkrankung erhielten (McIntosh, 1993, in Heh & Fu, 2003).

Gesellschaftlich sind psychische Erkrankungen im Wochenbett tabubehaftet (Ebeling, 2005). Die Vorurteile der Gesellschaft gegenüber den psychischen Erkrankungen führen bei den betroffenen Frauen zu Scham, Schuldgefühlen und sozialem Rückzug und verhindern oder verzögern dadurch die Behandlung (Cignacco, 2006). Forscher sind sich einig, dass Frauen ohne praktische wie auch emotionale Unterstützung häufiger an einer PPD erkranken. (Ebeling, 2005).

Eine nicht erkannte oder nicht behandelte PPD kann schwere Folgen für Mutter, Kind und Familie haben. Die Depression kann sich chronifizieren, die Partnerschaft wird gefährdet und das Suizidrisiko erhöht sich. Die Mutter-Kind-Beziehung kann durch den depressiven Rückzug der Mutter nachhaltig gestört werden und das Kind kann von der Mutter zu wenig Zuwendung bekommen. Die PPD dazu führen, dass Mütter ihren Kindern gegenüber gewalttätig werden und die Gefahr der Kindstötung wird erhöht. Die Entwicklung des Kindes kann durch das Verhalten der erkrankten Mutter langfristig beeinträchtigt werden (Klier et al., 2001, in Ebeling, 2005). In der Folge können sich beim Kind Verzögerungen im Lernen, sowie Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Auffälligkeiten entwickeln (Riecher-Rössler, 2003, in Ebeling, 2005).

Laut Untersuchungen können Frauen mit hohem Risiko für eine PPD bereits im frühen Wochenbett identifiziert werden und präventive Interventionen eingeleitet werden (Ray & Hodnett, 2000, in Dennis, 2003). Je früher eine PPD erkannt wird, umso günstiger ist die Prognose (Riecher-Rössler, 2003, in Ebeling, 2005). Pflegende brauchen Wissen über die PPD und ihre Symptome, damit die PPD früh erfasst werden kann (Tezel & Gözü, 2006). Leahy-Warren & McCarthy (2007) betonen, dass die Pflegenden im Wochenbett am meisten Kontakt zu Müttern in der postpartalen Periode haben und daher als erste postpartale psychische Veränderungen wahrnehmen können. Pflegende erkennen so Frauen mit einem möglichen Risiko für PPD und dadurch können weitere Interventionen frühzeitig eingeleitet wer-

den (Tezel & Gözüml, 2006) und den Frauen Unterstützung geboten werden (Leahy-Warren & McCarthy, 2007).

Es gibt mehrere englische Literaturübersichten, die sich mit psychologischen, psychosozialen und nichtbiologischen Interventionen bei einer PPD während der Schwangerschaft und im Wochenbett auseinandersetzen. Zurzeit stehen jedoch keine aktuellen deutschen oder englischen systematischen Übersichtsarbeiten zur Verfügung, welche pflegerische Interventionen im Wochenbett zur Prävention von postpartaler Depression bearbeiten.

1.2 Fragestellung

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf folgende Fragestellung: Welche Pflegeinterventionen im Wochenbett zur Prävention von postpartaler Depression sind in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben?

1.3 Zielsetzung

Ziel der Arbeit ist es aufzuzeigen, welche Interventionen, die im Wochenbett von Pflegenden ausgeführt werden können, um eine postpartale Depression vorzubeugen, in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben sind. Die vorliegende Arbeit zeigt das Risiko der PPD auf und stellt aktuelles Wissen über die Erkrankung und ihre Prävention zur Verfügung. Die Erkenntnisse aus dieser Arbeit können dazu dienen, Interventionen durch Pflegende zur Prävention einer postpartalen Depression in die Praxis zu implementieren und die evidenzbasierte Pflege in diesem Bereich zu verbessern. Evidenzbasierte Pflege ist die Anwendung der derzeit besten wissenschaftlichen belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen und professionell Pflegenden (Behrens & Langer, 2006). Das Schweizerische Krankenversicherungsgesetz (KVG) schreibt vor, dass alle pflegerischen Handlungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen und dass die Handlungen wissenschaftlich abgestützt sein müssen (KVG, 2009).

2 Theoretischer Rahmen

2.1 Postpartale Depression (PPD)

2.1.1 Definition

Cignacco (2006) hält fest, dass es zurzeit keine einheitliche Definition der PPD gibt und dass der Schweregrad, das zeitliche Auftreten und die Dauer unterschiedlich festgelegt sind. Ebeling (2005) definiert die PPD als „alle schweren, länger andauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen im ersten Jahr nach der Geburt.“

In den ICD-10 Klassifikationen fällt die PPD unter die „leichten psychischen und Verhaltensstörungen im Wochenbett, welche anderenorts nicht klassifiziert sind und in Zusammenhang mit dem Wochenbett stehen, sowie innerhalb von 6 Wochen nach der Geburt auftreten“ (Dimdi - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2007).

2.1.2 Ursachen

Cignacco (2006) geht davon aus, dass sowohl biologische, psychische als auch soziale Faktoren Ursachen für eine PPD sein können.

Treolar et al. (1999, in Cignacco, 2006) sowie Riecher-Rössler und Rohde (2001, in Cignacco, 2006) gehen davon aus, dass die Prädisposition für eine PPD in der Veranlagung für depressive Erkrankungen allgemein liegt. Durch verschiedene Untersuchungen wurde die Prädisposition für eine psychische Erkrankung als eindeutig erwiesen (Cignacco, 2006).

Psychische Faktoren, die bei der Entstehung einer PPD eine wichtige Rolle spielen, sind Depressionen vor oder während der Schwangerschaft, Angstgefühle während der Schwangerschaft sowie stressvolle Erfahrungen prä- und frühpostpartal (Robertson et al., 2004, in Cignacco, 2006). Ebeling (2005) nennt unter anderem ein vermindertes Selbstwertgefühl, Ambivalenz zur Mutterschaft und Ängste als PPD-fördernde Faktoren. Konflikte aus bisherigen Persönlichkeitsentwicklungen und prägenden Lebensereignissen können durch die Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft ausbrechen und zu einer PPD führen (Sauer, 1993, in Cignacco, 2006). Zirka ein Drittel der Frauen mit einer PPD hatten in ihrem Leben oder während der Schwangerschaft bereits eine psychische Erkrankung (Cignacco, 2006). Blehar und Oren (1995, in Sanders, 2006) gibt an, dass Frauen mit Depressionen in der Vergangenheit ein grösseres Risiko für PPD aufweisen.

Die Hormone Progesteron und Östrogen steigen in der Schwangerschaft stark an. Nach der Geburt sinken die Hormone zurück auf den Ausgangswert (Cignacco, 2006; Ahokas et al., 2001, in Cignacco, 2006). Dalton (2003, in Cignacco, 2006) konnte bei Frauen feststellen, dass der grosse Progesteronabfall Mühe bereitet und somit ein Grund für die Entstehung einer PPD sei. Ahokas et al. (2001, in Cignacco, 2006) vermutet, dass auch der Östrogenabfall eine Ursache für die PPD sein könnte. Die Autoren¹ Gard et al. (1986, in Cignacco, 2006) und Flores und Hedrick (2002, in Cignacco, 2006) hingegen konnten im Östrogenspiegel von Frauen mit PPD und gesunden Frauen keinen Unterschied finden.

Der Körper einer Frau während der Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett verändert sich (Cignacco, 2006). Der Körper wird von vielen Frauen in der Schwangerschaft als unangenehm empfunden. Ödeme, Hautveränderungen und die beeinträchtigte Beweglichkeit werden störend erlebt. Weiter entstehen bei einigen Frauen negative Gefühle, weil sie meinen, dass sie an Weiblichkeit und Attraktivität verlieren. Vielen Frauen fehlt die Bewusstheit, dass die Rückbildung Zeit und Energie braucht. Die Gesellschaft lässt den Frauen wenig Zeit für die Erholung und unterstützt sie damit gering. Es wird erwartet, dass die Rückbildung möglichst schnell geschieht, dass die Frauen schnell wieder fit und einsatzbereit sind. Die Gesellschaft gibt den Frauen vor, dass Stillen machbar ist. Durch diese gesellschaftlichen Vorgaben und die hohen Erwartungen der Frauen selbst entsteht ein enormer Druck. So ist die Frustration umso grösser, wenn Schmerzen oder Probleme beim Stillen auftreten, was wiederum eine PPD hervorrufen kann (Salis, 2003 in Cignacco, 2006).

Die Phase der Schwangerschaft wird sehr stark von Gefühlen der Hoffnung und Erwartung geprägt und die Frau hat oft schon klare Fantasien zur Geburt und Mutterschaft. Die Anstrengungen der Geburt und des Wochenbettes sowie fehlende postpartale Erholung führen häufig zu Erschöpfung und Gefühlen der Überforderung. Die Vorstellungen, die sich die Frau während der Schwangerschaft gemacht hat, können im frühen Wochenbett oft nicht der Realität angepasst werden. Es kann Angst entstehen, den individuellen und gesellschaftlichen Ansprüchen nicht gerecht zu werden und Fehler zu machen. Sauer (1993, in Cignacco, 2006) stellte fest, dass traumatisch erlebte Geburten bei Frauen Gefühle des Versagens oder einen Schock auslösen, die das Entstehen einer PPD verursachen können. Parker (2004, in Cignacco, 2006) weist darauf hin, dass jedoch Komplikationen unter der Geburt das Risiko an einer PPD zu erkranken nicht erhöhen. Ein negatives Geburtserlebnis kann aber ein zusätzlicher Risikofaktor sein.

¹ Die männliche Form gilt auch für die weibliche Form

Ebeling (2005) weist darauf hin, dass die Auswirkungen des Rollenwechsels der Frau zur Mutter in ihrer Bedeutung unterschätzt werden, sowohl von den Wöchnerinnen, wie auch von deren Partnern und ihrem sozialen Umfeld. Auch eine Überlastung durch mehrere Rollen, beispielsweise Partnerin und Mutter, kann zu einer Erschöpfung führen und somit einen Risikofaktor darstellen (Riecher-Rössler, 2001, in Ebeling, 2005). Die PPD hat häufig einen Zusammenhang mit Stress im Allgemeinen und mit der Versorgung des Kindes sowie mit wenig sozialer Unterstützung und geringer Zufriedenheit in der Partnerschaft (Beck, 2001, in Cignacco, 2006). Bei der Prävention von Stressreaktionen durch Lebensereignisse und Krankheit ist der soziale Rückhalt ein wesentlicher Faktor (Cobb, 1976, in Aguilera, 2000). Psychosoziale Faktoren stehen laut Henze (1997, in Cignacco, 2006) sehr stark in Zusammenhang mit der PPD. Hierzu gehören gespannte Paarbeziehungen, unzureichende Wohnverhältnisse oder Arbeitslosigkeit. Cignacco (2006) führt weiter aus, dass die durch die Geburt veränderten Lebensumstände zu Verlusterfahrungen, Einsamkeit und schweren Partnerproblemen führen, was die Entstehung einer PPD beeinflussen kann.

Lazarus (1966, in Aguilera, 2000) und Lazarus et al. (1974, in Aguilera, 2000) beschreibt in seinem transaktionalen Stressmodell, dass jeder Mensch Situationen individuell wahrnimmt und bewertet. Auch einschneidende positive Ereignisse und Erfahrungen im Leben können Stress auslösen (Raphael & Praque, 1996, in Selkirk, 2006).

Laut Lazarus (1966, in Aguilera, 2000) und Lazarus et al. (1974, in Aguilera, 2000) läuft der Bewertungsprozess in zwei Phasen ab. Im primären Bewertungsprozess wird eine Situation als irrelevant, positiv/günstig oder stressend wahrgenommen. Im sekundären Bewertungsprozess werden die Bewältigungsfähigkeiten und –möglichkeiten in Bezug auf die stressende Situation eingeschätzt. Aguilera (2000) beschreibt, dass Stress viele physiologische und psychische Reaktionen auslöst. Diese Reaktionen können sowohl angenehm, wie auch unangenehm erlebt werden. Diese Alarmreaktion mobilisiert körperliche Reserven und es kommt zum Widerstand. Der Körper wehrt sich gegen den Stress bis es zur Erschöpfung kommt. Wenn die Reaktionen auf den Stress zu einer Fehlanpassung geführt haben, führt dies zu einem inneren Ungleichgewicht, zum Beispiel einer Krankheit. Befindet sich der Mensch in einem Ungleichgewicht, hat er das Bedürfnis, das Gleichgewicht wiederherzustellen. Über den Grad des psychischen Gleichgewichts entscheiden drei Ausgleichsfaktoren. Die Stärken oder Schwächen dieser Faktoren wirken sich unmittelbar darauf aus, ob es zu einer Krise kommt oder nicht. Die Ausgleichsfaktoren sind die realistische Wahrnehmung des Ereignisses, der adäquate situative Rückhalt und die adäquaten Bewältigungsmechanismen. Sind

diese Faktoren stark genug, kommt es zu einer Lösung des Problems und zur Wiedergewinnung des Gleichgewichts. Wenn die Faktoren jedoch fehlen, kommt es zu keiner Lösung, das Ungleichgewicht bleibt weiterbestehen und es entwickelt sich eine Krise.

Wie krisenauslösende Ereignisse von jedem Einzelnen wahrgenommen werden, hängt von seinen Erfahrungen in der Vergangenheit, den Erwartungen an die Gegenwart und an die Zukunft ab. Eine Krise kann sowohl eine Gelegenheit, wie auch eine Gefahr darstellen, denn ein negativer Krisenverlauf kann zu physischen und psychischen Problemen führen (Caplan, 1964, in Aguilera, 2000).

2.1.3 Symptome

Bei einer PPD kann die Betroffene physische, psychosomatische und psychische Symptome aufweisen. Zu den physischen und psychosomatischen Symptomen zählen eine verminderte Konzentrationsfähigkeit, verminderter Appetit und Schlaf, Unruhe, Schlafstörungen, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Herzbeschwerden, Taubheits- Starregefühle sowie eine eingeschränkte Funktionstüchtigkeit. Als psychische Symptome einer PPD können Verlust von Lebensfreude und Interesse, Traurigkeit und häufiges Weinen, extreme Reizbarkeit, Schuld- und Angstgefühle, Zwangsgedanken, das Gefühl verrückt zu werden und suizidale Gedanken auftreten. In Bezug auf das Kind kann die Frau eine übersteigerte Sorge oder aber eine Ambivalenz gegenüber dem Baby entwickeln (Ebeling, 2005). Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit, Beschämung, Verwirrung, Kontrollverlust (Beck, 1992, 1993; Chan et al. 2002; Ugarriza, 2000, in Leahy-Warren & McCarthy, 2007) und Verlust der früheren Identität (Nicolson, 1990, in Leahy-Warren & McCarthy, 2007) sind weitere Gefühle und Erfahrungen einer Mutter mit PPD, welche in der Literatur beschrieben werden.

2.1.4 Erfassung

Die „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (EPDS) wurde entwickelt damit Gesundheitspersonal Mütter mit einer postnatalen Depression erkennen und erfassen kann (Cox, 1987).

Die EPDS ist ein Selbsteinschätzungsinstrument mit einer Sensitivität von 95,5 % und einer Spezifität von 100 % (Bergant & Tran, 2000, in Eyholzer, 2006). Der Fragebogen besteht aus zehn kurzen Fragen, welche mit vier möglichen Antworten beantwortet werden können. Die Punkte der Antworten reichen von 0-3. Die Schlusswerte reichen von 0-30 Punkten. Der Grenzwert liegt bei 12/13 Punkten. Mütter über diesem Wert leiden mit grosser Wahrscheinlichkeit an einer Depression. Die EPDS dient nicht der Diagnose und ersetzt keine psychiatrische Untersuchung, sie dient dem Zweck des Entdecken und Erfassen. Die Skala wird von der Mehrheit der Frauen sehr gut akzeptiert, da sie eine simple Methode darstellt und in fünf

Minuten beantwortet werden kann. (Cox, 1987). Die EPDS ist validiert und in viele Sprachen übersetzt worden (Affonso et al., 2000, in Dennis, 2003). Die englische Ausgabe der EPDS ist im Anhang D ersichtlich.

Einige Untersuchungen messen mit dem 1961 entwickelten Beck-Depressions-Inventor (BDI) die Schwere der Symptome einer Depression. Der BDI diagnostiziert keine Depression, er erfasst lediglich. Der BDI wurde auf seine Validität und Reliabilität erfolgreich getestet. Dieses Selbstbeurteilungsinstrument besteht aus 21 Gruppen, welche Aussagen von A bis U mit jeweils vier Antwortmöglichkeiten enthalten. Die Gruppen umfassen folgende Themen: traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Strafbedürfnis, Selbsthass, Selbstanklage, Selbstmordimpulse, Weinen, Reizbarkeit, sozialer Rückzug/Isolierung, Entschlussunfähigkeit, negatives Körperbild, Schlafstörungen, Arbeitsunfähigkeit, Ermüdbarkeit, Appetitverlust, Gewichtsverlust, Hypochondrie und Libidoverlust. Die Skala geht von 0 bis 63 und der kritische Wert liegt bei 18 (Vieten, ohne Datum). Die BDI ist im Anhang D ersichtlich.

2.1.5 Therapie

Die ersten Schritte in der Behandlung einer PPD bestehen darin, die Mutter zu entlasten. Im Gespräch mit der Mutter sollten Lösungen gesucht werden, wie sie im Haushalt und auch in der Pflege des Kindes unterstützt und entlastet werden kann. Der erste Schritt zur Genesung ist für viele Frauen, Gespräche mit verständnisvollen Menschen führen zu können. Gespräche über das Erlebte, über Gefühle und Ängste und über Überforderung können helfen. Komplementärmedizinische Verfahren wie Homöopathie, Bachblüten, Atemtherapie, Shiatsu und ähnliche können die Mütter in der Genesung unterstützen. Vielen Müttern hilft der Austausch mit Frauen, welche ähnliche Erfahrungen gemacht haben. In Selbsthilfegruppen kann das Selbstbewusstsein der Frau gestärkt und Lösungen gefunden werden, wenn sie mit Frauen, die die Krise überwunden haben sprechen können. (Salis, 2007).

Die Therapie einer mittelschweren oder schweren postpartalen Depression erfolgt durch einen Facharzt. Meist werden eine medikamentöse Behandlung und zusätzlich psychotherapeutische Interventionen eingeleitet. Die Behandlung leichter Fälle kann ambulant durchgeführt werden und bei schwereren Formen der PPD ist eine stationäre Behandlung erforderlich (Ebeling, 2005). Wenn Medikamente eingenommen werden müssen sind die Nutzen und Risiken für Mutter und Kind individuell abzuwiegen (Salis, 2007). Klier et al. (2006, in Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006) halten fest, dass alle Psychopharmaka in die Muttermilch übertreten. Wenn ein Säugling noch sehr jung ist, ist er nur schlecht in der Lage die aufgenommenen Medikamente zu metabolisieren und auszuschcheiden. Wird eine stillende

Mutter behandelt, muss der Säugling monatlich untersucht werden, um eine eventuelle Intoxikation frühzeitig zu erkennen.

Viele Stillende wollen ihr Kind nicht gefährden. Sie entscheiden sich abzustillen. Doch eine für eine Mutter, die sich ohnehin schon schlecht fühlt, kann das Abstillen eine weitere Niederlage sein (Salis, 2007). Klier et al. (2006, in Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006) betonen, dass keine generelle Aussage für oder gegen Psychopharmaka in der Stillzeit gemacht werden kann.

In der Psychotherapie wird davon ausgegangen, dass es sich bei der PPD um eine Depression in einer Krise handelt. Daher wird sowohl die Depression behandelt, wie auch Krisenarbeit geleistet. Die Kernthemen in der Psychotherapie mit PPD-Erkrankten sind die Fakten und Gefühle rund um Schwangerschaft und Geburt, individuelle Faktoren (z.B. Prädisposition), Paarbeziehung, soziale Faktoren und zum Schluss die psychotherapeutische Arbeit. Die psychotherapeutische Arbeit umfasst unter anderem Lösungsorientiertes Arbeiten, praktische Anleitungen, Holding function und Gefühle ansprechen. Die Arbeit erfolgt auf den Ebenen kognitiv, emotional und Verhalten. (Fiegl, 2006, in Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006).

2.2 Wochenbett

Das Wochenbett ist die Zeit unmittelbar nach der Geburt der Plazenta bis zur Rückbildung aller Schwangerschaftsveränderungen. Sie dauert etwa 6-8 Wochen.

In dieser Zeit hat die Frau die Lochien, der Uterus bildet sich zurück (Uterusinvolution), es kommt zur Harnflut, der Muskeltonus nimmt wieder zu, der Herzschlag normalisiert sich und die Schwangerschaftsanämie schwindet. In der Schwangerschaft stimuliert der hohe Östrogen- und Progesteronspiegel das Wachstum des Brustdrüsengewebes. Durch das Säugen des Säuglings an der Brustwarze werden Prolaktin und Oxytocin ausgeschüttet. Prolaktin fördert die Milchbildung und Oxytocin die Milchentleerung. In der Regel erfolgt am 2.-4. Tag postpartal der Milcheinschuss. Die Frau wird zum Stillen angeleitet und unterstützt (Goerke & Bazlen, 1998).

Die Dauer der Hospitalisation nach der Entbindung hat sich in den letzten Jahren stark verkürzt. Anfang des letzten Jahrhunderts war es üblich, dass die Frau 10 bis 14 Tage im Spital verbrachte. Heute werden in der Schweiz nur noch 4 Tage von der Krankenversicherung bezahlt, wenn die Geburt normal verlief (Beck & Knoth, 2003). Ruchala und Halstead (1994, in Beck & Knoth, 2003) meinen, dass die Auffassung, dass alle glücklich sind, wenn

das Kind da ist, verantwortlich sei für den Rückgang der bezahlten Aufenthaltstage im Spital, wie auch für die mangelnde gesellschaftliche Aufmerksamkeit den Müttern gegenüber.

Von den Müttern wird nach der Geburt erwartet, dass sie so weiterleben wie bisher und mit dem Kind umgehen können. Doch die Realität sieht anders aus. Der Mangel an Schlaf, die ständige Aufmerksamkeit und Sorge um das Kind kann zu grosser Erschöpfung führen. Diese Erschöpfung schränkt die Fähigkeiten der Mutter ein und sowohl die Beziehung zum Kind, wie auch zum Partner beginnt zu leiden (Ockenden, 2000, in Beck & Knoth, 2003). Für Mütter sind die Unsicherheit im Umgang mit dem Kind, körperliche Müdigkeit und die Anpassung an die Bedürfnisse des Kindes die grössten Belastungsquellen (Felchlin, 2002, in Beck & Knoth, 2003).

Gloger-Tippelt (1985; 1988, in Wicki, 1997) beschäftigt sich mit den Auswirkungen einer Schwangerschaft und Geburt auf die Eltern. Sie teilt den Übergang zur Elternschaft in ein 8-Phasenmodell mit vier vorgeburtlichen Phasen, der Geburtsphase und drei nachgeburtlichen Phasen ein. Die Zeit von der Geburt bis zum 2. Lebensmonats des Kindes nennt Gloger-Tippelt die Erschöpfungsphase, trotz erstem Glück über das Kind. Sie beschreibt den Übergang zur Elternschaft als Verarbeitungs- und Anpassungsprozess, der sich aus den Anforderungen in der Interaktion der verschiedenen psychischen, physischen und psychosozialen Prozesse ergibt.

Innerhalb kurzer Zeit stehen die Eltern einer Anzahl von Anforderungen gegenüber, die sie bewältigen müssen. Dazu zählen die Veränderung des Tagesablaufes, Pflege, Zuwendung und Aufmerksamkeit zum Neugeborenen und materielle Veränderungen. Auch die Rolle und Identität verändert sich und die Paarbeziehung weitet sich zur Elternschaft aus (Wicki, 1997). Laut Friedemann (2003) ist der Wachstum des Menschen und der Familie dadurch gewährleistet, dass sich ihr Gleichgewicht immer wieder neu reguliert und in Bewegung ist. Friedemann (2003) hat ein Pflegemodell entwickelt, das die Vielseitigkeit und Vielschichtigkeit des Alltags der Familie für die Pflege entdeckt. Das Modell kann zur Selbsthilfe genutzt werden um sich selber kennen zu lernen und um sich der Rolle in der Familie bewusst zu werden. Die vorhandenen und potenziellen Fähigkeiten der Familienmitglieder stehen im Mittelpunkt. Die Familie umfasst alle Personen, die der Patient als Familienmitglieder betrachtet, sie müssen nicht verwandt sein. Die Familie gibt den Angehörigen durch emotionale Bindung ein Gefühl der Zugehörigkeit und unterstützt die persönlichen Entwicklungen. Die Familie gibt ihren Mitgliedern Sicherheit, Struktur, Intimität, Regeln und Schutz in Zeiten der Entwicklung, Not und Krankheit. Die Rolle der Pflegeperson in der Familienpflege ist beratend, hinweisend und unterstützend.

2.3 Pflegende und Hebamme

Die deutschen Fachbücher, welche sich mit dem Thema PPD auseinandersetzen, wurden in erster Linie für den Beruf der Hebamme verfasst. In der englischen Literatur, besonders in den Datenbanken, wird meist der Begriff „nurse“ verwendet. Die Datenbank „Pubmed“ definiert qualifizierte Fachleute, die an einer Pflegeschule ein anerkanntes Diplom erhalten haben um Pflege zu praktizieren, als „nurse“. Diese bieten Hilfe und Unterstützung an, welche ein Patient benötigt um sich zu erholen oder um die physische und psychische Gesundheit aufrecht zu erhalten. Der Begriff Geburtshilfe/Hebammenkunst wird mit „midwifery“ übersetzt, was im „Pubmed“ als „die Praxis in der Frauen bei der Geburt geholfen wird“ definiert wird.

2.3.1 Aufgabenbereich einer Pflegenden

Das Institut für Pflegewissenschaften der Universität Basel (2005) definiert: „Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitliche Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen.“ Professionelle Pflege richtet sich an Menschen in allen Lebensphasen: an Einzelpersonen, Familien, Gruppen und Gemeinden, an Kranke und deren Angehörige sowie an Behinderte und Gesunde. Aufgaben zur Gesundheitserhaltung und –förderung, zur Prävention, in der Geburtsvorbereitung und Geburtshilfe, bei akuten Erkrankungen, während der Rekonvaleszenz und Rehabilitation, in der Langzeitpflege sowie in der palliativen Betreuung gehören zur professionellen Pflege. Sie wird sowohl in Institutionen wie auch ausserhalb, überall wo Menschen leben, lernen und arbeiten, ausgeübt (Institut für Pflegewissenschaften der Universität Basel, 2003).

2.3.2 Aufgabenbereich einer Hebamme

Der Rat des Internationalen Hebammenverbands (ICM) (2005) definiert die Aufgaben einer Hebamme folgendermassen: „Die Arbeit der Hebamme umfasst präventive Massnahmen, die Förderung der normalen Geburt, das Erkennen von Komplikationen bei Mutter und Kind, die Gewährleistung notwendiger medizinischer Behandlung oder anderer angemessener Unterstützung sowie die Durchführung von Notfallmassnahmen. Die Hebamme hat eine wichtige Aufgabe in der Gesundheitsberatung, nicht nur für Frauen, auch innerhalb der Familie und der Gesellschaft. Diese Arbeit sollte vor der Geburt beginnen, die Vorbereitung auf die

Elternschaft einbeziehen, wie auch Hinweise zur Gesundheit, Sexualität und zur Entwicklung des Kindes beinhalten.“

2.4 Prävention

Prävention wird vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2005) als „alle Massnahmen, die ergriffen werden, um eine Krankheit, ein Gesundheitsproblem oder eine ungewollte Entwicklung zu verhindern“ definiert. Präventionsmassnahmen können sowohl medizinische, psychologische wie auch erzieherische Interventionen, Umweltkontrolle, gesetzgeberische Massnahmen, Lobbying und massenmediale Kampagnen enthalten.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1948) teilt Prävention in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention ein, mit dem Ziel Pathologien vorzubeugen, Therapien zu entwickeln und Patienten sozial zu reintegrieren. Primärprävention will der Entstehung von Krankheiten zuvorkommen. Sie bestrebt sowohl auf individueller, beispielsweise durch Aufklärung und Informationen, als auch auf struktureller Ebene, beispielsweise durch Jugendpolitik, Einfluss zu gewinnen. Die Sekundärprävention hat zum Ziel Symptome und Belastungen, welche zu einer Krankheit führen, möglichst frühzeitig zu erkennen. Sie greift in Situationen mit einem erhöhten Risiko ein und versucht dieses abzuwenden. Die Tertiärprävention will Folgestörungen von bereits bestehenden Krankheiten verhüten und so Rückfälle verhindern. Rehabilitation ist ein Aspekt der Tertiärprävention.

Prävention kann sowohl direkt bei einer einzelnen Person ansetzen, wie auch bei der Umwelt, in der diese Person lebt. So versucht die Verhaltensprävention Einfluss zu nehmen auf den individuellen Gesundheitszustand und das individuelle Gesundheitsverhalten, während die Verhältnisprävention Einfluss nimmt auf Gesundheit und Krankheit durch eine Veränderung der Lebensbedingungen oder der Umwelt von Personen. Die wichtigsten Methoden der Verhaltenstherapie sind psycho-edukative Verfahren, dazu gehören Information und Aufklärung, Beratung, Verhaltens- und Selbstmanagementtrainings. Diese Methoden haben das Ziel, die Motivation und Kompetenz der Person zu stärken, das gesundheitsschädliche Verhalten zu reduzieren und ein gesundheitsförderliches Verhalten zu entwickeln (Altgeld & Kolip, 2004).

Der Begriff präventive und gesundheitsförderliche Pflege hat laut Ströbel (2004) das Ziel, die Selbstständigkeit und Gesundheit zu erhalten oder dem Pflegebedarf und der Krankheit vorzubeugen. Die Hauptaufgabe dieser Pflege ist es, Risikofaktoren zu reduzieren und Ressourcen zu fördern, mit dem Ziel, dem Pflegeempfänger dadurch die grösstmögliche Selbstständigkeit und Lebensqualität zu ermöglichen. So können als pflegerische Aufgaben-

gebiete in der Gesundheitsförderung und Prävention sowohl Prophylaxen, wie auch Wissen vermitteln, Vertrauen aufbauen, positive Einstellung und Selbstkontrolle fördern, Stärken bejahen und Beeinträchtigungen handhabbar gestalten, genannt werden. Ströbel und Weidner (2003, in Ströbel, 2004) verbinden die Pflege mit Gesundheitsförderung und Prävention und kreieren so den Begriff Pflegeprävention. Pflegeprävention meint gesundheitsförderliches, präventives und rehabilitatives pflegerisches Handeln zur Erhaltung von Selbstständigkeit und Gesundheit oder zur Vorbeugung und Abmilderung von Pflegebedarf. Das Besondere an diesem Begriff ist, dass er klar benennt, wie die Pflegeprävention geschehen soll, nämlich durch pflegerisches Handeln.

3 Methode

Die Forschungsfrage wurde mit einer systematischen Literaturübersicht beantwortet. Um die Vertrauenswürdigkeit (Lincoln & Guba, 1985, zit. in Polit, Beck & Hungler, 2004) der Arbeit zu erhöhen wurde, systematisch mit verschiedenen Suchkombinationen in pflege- und themenrelevanten Datenbanken gesucht. Die Suche fand über einen Zeitraum von fünf Monaten statt. Die Auswahl wurde anhand klar definierten Ein- und Ausschlusskriterien getroffen. Es wurde Literatur, die frei zugänglich ist, verwendet. Eine systematische Literaturstudie muss nicht durch eine Ethikkommission geprüft werden. Die ethischen Aspekte wurden jedoch überprüft. Zitate und Literaturangaben wurden korrekt beschrieben um Plagiate zu vermeiden. Die Studien wurden mehrmals gelesen, zusammengefasst und in Tabellen festgehalten. Die Evidenzgrade nach Stetler et al (1998, in LoBiondo-Wood & Haber, 2005) wurden eingeschätzt und die Qualität der Studien nach Behrens und Langer (2004) beurteilt. Zur Darstellung der Ergebnisse wurden Konzepte gebildet. Die Stärken, Grenzen und Schwächen der vorliegenden Arbeit wurden in der kritischen Würdigung dargelegt. In den Schlussfolgerungen wurden Empfehlungen für die Pflegepraxis, die Pflegeausbildung und die Pflegeforschung in Bezug auf die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit formuliert. Jeder Schritt der Arbeit wurde festgehalten und regelmässige Rückmeldungen durch die Begleitpersonen und Mitschüler wurden entgegengenommen und nach Möglichkeit integriert.

3.1 Datensammlung

Die Suche der Studien erfolgte in den pflegespezifischen Datenbanken Public-Medline (Pubmed), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) und Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews) und in der themenspezifischen Datenbank PsycINFO (Datenbank psychologischer Literatur der American Psychological Association) mit den Suchbegriffen postpartum depression, postnatal care, nursing process, nursing interventions, midwifery, postpartum period und prevent* in verschiedenen Kombinationen. Die Suchstrategie wurde in allen Datenbanken wie folgt durchgeführt:

- #1 nursing process
- #2 nursing interventions
- #3 postnatal care
- #4 midwifery
- #5 #1 OR #2 OR #3 OR #4
- #6 postpartum depression

#7 prevent*

#8 postpartum period

#9 #5 AND #6 AND #7 AND #8

#10 #5 AND #6 AND #7

#11 #5 AND #6

Nach Möglichkeit wurde mit MeSH-Begriffen oder Thesaurus gesucht. Die Begriffe wurden zuerst alle einzeln eingegeben, anschliessend wurden die Synonyme oder gleichwertigen Begriffe mit OR verbunden. Zum Schluss wurden die Begriffe durch AND miteinander kombiniert. Die ausführliche Suchstrategie ist im Anhang A ersichtlich.

Einbezogen wurden alle Studien, die in englischer oder deutscher Sprache, sowie im Zeitraum von Januar 2003 bis Januar 2009 publiziert wurden. Die Datensuche erstreckte sich über den Zeitraum von Mitte August 2008 bis Ende Januar 2009.

3.2 Datenauswahl

In einer ersten Auswahl wurden die Titel und Abstracts der Studien auf ihre Relevanz zur Fragestellung überprüft. Eingeschlossen wurden nur systematische Reviews und RCTs. Anhand dieser Kriterien wurden 52 Studien ausgewählt, wovon nach Abzug der Mehrfach- und Doppelnennungen 16 Studien verblieben. Die 16 Studien wurden bestellt und mehrmals kritisch gelesen, wodurch folgende Ausschlusskriterien gewählt wurden: Intervention kann nicht durch eine Pflegendе ausgeführt werden, bereits bestehende Depressionen oder Behandlung mit Antidepressiva, Depression wird nicht explizit gemessen, Präventionsinterventionen vor der Geburt und Veröffentlichung vor 2003. Acht Studien wurden anhand dieser Kriterien ausgeschlossen. Die ausführlichen Begründungen zum Ausschluss der einzelnen Studien sind im Anhang B ersichtlich. Zum Schluss blieben acht Studien zur weiteren Bearbeitung.

3.3 Datenanalyse

Die acht eingeschlossenen Studien wurden anhand folgender Titel zusammengefasst: Ausgangslage, Design, Evidenzgrad, Setting, Sample, Ziel, Hypothese, Datensammlung, Intervention, Messinstrumente, Datenanalyse, Ergebnisse, Diskussion, Schlussfolgerungen und Ethik. Die Evidenzgrade der Studien wurden nach der Skala von Stetler et al (1998, in LoBiondo-Wood & Haber, 2005) eingeschätzt. Die Zusammenfassungen sind im Anhang C ersichtlich.

Alle Studien wurden gemäss der Konzepte Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit mit dem Beurteilungsbogen von Behrens und Langer (2004) auf ihre Qualität hin geprüft und innerhalb dieser Konzepte benotet. Zusätzlich wurde die Gesamtnote jeder Studie berechnet.

Die maximale Punktzahl betrug 29. Die Bewertung erfolgte mittels Noten, wurde aber im Text mit ungenügender bis ausgezeichnete Qualität angegeben, siehe Tabelle 1. Die Note 4 (=genügend) wurde mit 2/3 der Maximalpunktzahl erreicht. Ausserdem wurde jedes Kriterium auch einzeln benotet und musste die Note 4 erreichen um zu genügen. Die Glaubwürdigkeit wurde mit maximal 16 Punkten bewertet, die Aussagekraft mit 8 Punkten und die Anwendbarkeit mit 5 Punkten. Die Beurteilungen und Benotungen der einzelnen Studien sind in Anhang E ersichtlich.

Note	Bewertung
< 4	Ungenügende Qualität
4	Genügende Qualität
4.5	Zufriedenstellende Qualität
5	Gute Qualität
5.5	Sehr gute Qualität
6	Ausgezeichnete Qualität

Tabelle 1

4 Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Studien

Für diese Diplomarbeit wurden die Ergebnisse aus acht randomisiert kontrollierten Versuchen (RCTs), die sich mit pflegerischen Interventionen im Wochenbett zur Prävention von postpartaler Depression (PPD) befassen, analysiert. Alle acht bearbeiteten RCTs erreichten die Evidenzstufe 2 nach Stetler et al (1998, in LoBiondo-Wood & Haber, 2005). Die Studien stammen aus Kanada, Taiwan, Schweden, Australien, Grossbritannien sowie der Türkei und sind alle in englischer Sprache veröffentlicht worden. Die Stichprobengrösse reicht von 42 bis 731. In allen Studien wurde der informed consent der Frauen eingeholt und bei sechs Studien lag eine Zustimmung von mindestens einer Ethikkommission vor (Dennis, 2003; Ryding et al., 2004; Selkirk et al., 2006; Wiggins et al., 2005; Tezel & Gözüml, 2006). Bei Heh und Fu (2003) lag die Zustimmung der Direktion des Spitals und bei Heh et al. (2008) die Zustimmung eines Forschungsinstituts vor. Bei Gamble et al. (2005) ist keine Ethikkommission erwähnt.

Die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit umfasst Pflegeinterventionen im Wochenbett zur Prävention einer PPD. Es wurden sowohl Studien mit nachgewiesenem Effekt einer Intervention, wie auch Studien ohne Effekt bearbeitet. Bis auf eine Studie (Tezel & Gözüml, 2006) wurde in allen Studien das Risiko oder die Symptome einer PPD mittels der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) gemessen. Tezel und Gözüml (2006) massen ihre Resultate mit dem Beck Depression Inventar (BDI). Vier Forscher massen den EPDS als Ein- oder Ausschlusskriterium. Heh et al. (2008) und Heh und Fu (2003) schlossen nur Frauen mit einem EPDS von 10 oder höher ein. Tezel und Gözüml (2006) schlossen nur Frauen mit EPDS 11 oder höher und Dennis (2003) mit EPDS über 9 ein.

Die Beschreibungen der Studien werden in folgende Kategorien eingeteilt: Counseling und Debriefing und postpartale Unterstützung. Die Studien werden beschrieben und die Ergebnisse und ihre Signifikanz formuliert. Die Darstellung der Hauptergebnisse der Studien erfolgt mittels einer Tabelle in Kapitel 4.2.

4.1.1 Counseling und Debriefing

Die RCT von Ryding et al. (2004) aus Schweden hatte zum Ziel ein Model des Gruppen-Counselings für Mütter nach einem notfallmässigen Kaiserschnitt und seinem möglichen Effekt auf die Geburtserfahrungen, posttraumatischen Stress und postpartale Depressionen zu testen. Die Hypothese der Autoren war, dass Frauen, welche an einem Counseling teil-

nehmen weniger Angst vor einer weiteren Geburt, weniger posttraumatische Stressreaktionen und weniger Depression sechs Monate postpartal haben, als Frauen, welche die Standard-Pflege erhalten. Dazu wurden 162 Frauen randomisiert in eine Kontroll- (n=73) und eine Interventionsgruppe (n=89) eingeteilt. Zur Randomisierung wurden 18 Tage festgelegt und alle Frauen, welche an diesen Tage gebären, wurden in die Interventionsgruppe eingeteilt. Eingeschlossen wurden alle schwedisch-sprechenden Frauen nach einer Lebendgeburt durch notfallmässigen Kaiserschnitt zwischen April 2000 und April 2002. Ausgeschlossen wurden die Frauen, die umzogen. Beide Gruppen erhielten eine Visite von der Hebamme und dem Arzt. Nicht immer war ein Gespräch über die Erfahrungen der Geburt möglich.

Für die Interventionsgruppe fanden alle zwei bis drei Wochen Gruppentreffen für zwei Stunden statt. Jede Frau sollte die Gelegenheit erhalten, über ihre Erfahrungen, medizinische und psychologische, bei der Geburt zu sprechen und diese mit anderen Frauen teilen. Der Gruppenleiter unterstützte die Diskussionen, in dem er aufzeigte, wo die Ähnlichkeiten und Unterschiede in den Erfahrungen bestanden und er fasste zum Schluss die Gespräche kurz zusammen. Die Kontrollgruppe hatte nach der Studie, nach sechs Monaten, ebenfalls die Möglichkeit sich mit einem Psychologen, einer Hebamme oder einem Gynäkologen in Verbindung zu setzen. In der Interventionsgruppe nahmen 25 nicht am Gruppen-Counseling teil, da sie die Sitzungen nicht brauchten, sich nicht gut fühlten, oder ihr Kind krank war. Zwei Frauen gaben keinen Grund an und zwei Frauen meldeten sich nicht.

Nach sechs Monaten füllten beide Gruppen einen Fragebogen mit der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) aus. Zusätzlich wurden Angst vor der nächsten Geburt (W-DEQ) und Symptome im Zusammenhang mit einem traumatischen Event (IES) erfasst. 92% der Frauen der Interventionsgruppe und 89% der Frauen der Kontrollgruppe schickten den Fragebogen zurück. Die Datenanalyse erfolgte mittels Mann-Whitney U Test und Chi-square. Eine Intention-to-treat-Analyse wurde durchgeführt. Die Power wurde mit 80% errechnet.

Der EPDS der Frauen beider Gruppen zeigte nach sechs Monaten keinen signifikanten Unterschied ($p=0.1256$). Frauen der Interventionsgruppe berichteten über eine bessere mentale Gesundheit als die Frauen der Kontrollgruppe, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Bei der Interventionsgruppe zeigte sich keine Differenz in den Symptomen der PPD zwischen den Frauen, die den Gruppentreffen fernblieben (n=23) und den teilnehmenden Frauen (n=59).

Auch die Messungen zur Angst vor der nächsten Geburt, zu den Erfahrungen der Geburt und den posttraumatischen Stresssymptomen zeigten keine signifikanten Unterschiede.

Die RCT von Gamble et al. (2005) aus Australien hatte zum Ziel, die Wirkung einer kurzen Counseling Intervention durch eine Hebamme auf Wöchnerinnen mit einem Risiko für Symptome eines psychologischen Traumas aufzuzeigen. Dazu wurden 103 Frauen mit Risiko für eine traumatische Geburt im letzten Schwangerschaftstrimester mittels Computer randomisiert und anschliessend mit Hilfe von verschlossenen Briefumschlägen einer Interventions- (n=50) und einer Kontrollgruppe (n=53) zugeteilt. Eingeschlossen wurden alle Frauen über 18 Jahre im letzten Schwangerschaftstrimester mit Fähigkeit Interviews und Fragebogen auf Englisch zu beantworten und mit Aussicht auf eine Lebendgeburt. Ausgeschlossen wurden Frauen, die eine Todgeburt erwarten.

Die Interventionsgruppe erhielt nach 72 Stunden postpartal und nach vier bis sechs Wochen ein Counseling von 40 bis 60 Minuten. Die Intervention basierte auf Diskussionen über die Geburt und enthielt Elemente des Stressdebriefings. Strategien der Hebamme waren: professionelle Beziehung aufbauen, Akzeptanz und Arbeit mit Wahrnehmungen der Frau, Infos über Geburtsverlauf, Verbindung zu Emotionen und Verhalten, Unterstützungsnetzwerk zeigen, Coping stärken, Lösungen entdecken. Die Intervention benötigte keine psychotherapeutischen Fähigkeiten. Die Kontrollgruppe erhielt die postpartale Standardpflege.

Vor den Interventionen, d. h. vier bis sechs Wochen postpartal und nach drei Monaten erfolgten Messungen zur Depression mit der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) und der Depression, Anxiety and Stress Scale 21 (DASS-21). Mit derselben Skala wurden Angst und Stress und mit der Maternity Social Support Scale (MSSS) die soziale Unterstützung gemessen. Die Datenanalyse erfolgte mittels Pearson's correlation, chi square und t-Test und das Konfidenzintervall wurde mit 95% angegeben.

Nach vier bis sechs Wochen hatten 33% der Frauen in der Studie eine EPDS von mehr als 12. Nach drei Monaten zeigte sich, dass in der Interventionsgruppe die Anzahl Frauen mit einer EPDS über 12 signifikant ($p=0.002$) geringer war als bei der Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe hatten drei und in der Kontrollgruppe 14 Frauen einen DASS-21 Depressionswert über 13, die Differenz der Werte der beiden Gruppen ist signifikant ($p=0.005$). Die Messung der Symptome des posttraumatischen Stresses zeigte nach drei Monaten in der Interventionsgruppe eine signifikante ($p=0.035$) Verbesserung im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Messung der Angst zeigte keine signifikanten Ergebnisse. Der allgemeine Stress war bei den Frauen der Kontrollgruppe signifikant höher ($p=0.029$). Ergebnisse zur sozialen Unterstützung waren keine aufgeführt. 86% der Interventionsgruppe empfanden das Counseling sehr hilfreich. 90% gaben den Zeitpunkt kurz nach der Geburt als den besten Zeitpunkt für Gespräche über die Geburt an.

Die RCT aus Australien (Selkirk et al., 2006) hatte zum Ziel, einzuschätzen, welchen Effekt Postpartum Debriefing durch Hebammen auf die psychische Gesundheit von Müttern hat. Dazu wurden 149 Frauen im letzten Schwangerschaftstrimester randomisiert in eine Interventions- und in eine Kontrollgruppe eingeteilt. Sie wurden fortlaufend nummeriert. Alle ungeraden Zahlen wurden der Interventionsgruppe und alle geraden Zahlen der Kontrollgruppe zugeteilt.

Für die Interventionsgruppe fanden zwei bis drei Tage nach der Geburt 30-60-minütige Einzelsitzungen mit einer spezialisierten Hebamme statt. Die Mutter konnte über den Ablauf, Gedanken und Gefühle rund um die Geburt sprechen. Eine Aufklärung über Beschwerden rund um die Geburt fand statt und es bestand die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Die Hebamme gab Informationen zu Institutionen, welche Unterstützung bieten können. Die Interventionen der Kontrollgruppe waren nicht beschrieben.

Vor der Intervention fanden Messungen zu den demografischen Daten, zu psychologischen Symptomen (SCL 90-R), zur Qualität der Beziehung (DAS), zu Angst (STAI), zur Wahrnehmung der Geburt (POBS), zur Intensität der medizinischen Behandlung während der Geburt (IIS) und zur Depression (EPDS) statt. Nach einem Monat erfolgten erneute Messungen und beim Posttest nach drei Monaten wurde Beziehung (DAS), Angst (STAI), Wahrnehmung der Geburt (POBS), Depression (EPDS) und zusätzlich der Stress gemessen. Die Datenanalyse erfolgte mittels des Cronbach alpha Koeffizienten, der Chi square-Analyse und ANOVA.

Zwischen den Untersuchungsgruppen zeigte sich in keiner Messung ein signifikanter Unterschied. Es wurde festgestellt, dass die Teilnehmerinnen beider Gruppen signifikant ($p=0.01$) weniger depressive Symptome (EPDS) vom Zeitpunkt der Geburt bis nach einem Monat und nach drei Monaten aufwiesen.

Frauen, die während der Geburt mehr medizinische Interventionen erfuhren, zeigten eine signifikant ($p<0.05$) negativere Erfahrung der Geburt (POBS), deutlich weniger Zufriedenheit mit der Partnerschaft (DAS) ($p=0.07$) und den grösseren Stress (IES) ($p=0.07$). Alle Teilnehmerinnen, unabhängig von der Gruppe, berichteten über signifikant ($p=0.01$) weniger Angst (STAI) vom Zeitpunkt der Geburt bis nach drei Monaten. Auch der Stresslevel (IES) sank bei den Teilnehmerinnen während den ersten drei Monaten ($p=0.01$). Die Erfahrung der Geburt (POBS) war nach einem Monat besser als am zweiten Tag postpartum und war nach drei Monaten schlechter als nach einem Monat ($p=0.01$). Alle Teilnehmerinnen bewerteten ihr Debriefing ähnlich positiv.

4.1.2 Postpartale Unterstützung

Die Pilot-RCT von Dennis (2003) aus Kanada mit dem Ziel den Effekt von Peer Support auf depressive Symptome von Müttern, die ein hohes Risiko für eine PPD haben, zu evaluieren, schloss 42 Frauen ein, die randomisiert in eine Interventions- (n=20) und eine Kontrollgruppe (n=22) aufgeteilt wurden. Die Hypothese der Studie war, dass sich die depressiven Symptome von Wöchnerinnen im Vergleich zu Müttern, welche keine unterstützende Intervention erhalten, verringern, wenn sie telefonische Unterstützung durch ehemals betroffene Mütter erhalten. Die Randomisierung erfolgte mittels Nummern in Briefumschlägen durch einen verblindeten Forscher. Eingeschlossen wurden Frauen mit EPDS über 9 und ausgeschlossen wurden alle Frauen mit Psychopharmaka, psychischer Erkrankung, Psychotherapie in den letzten zwölf Monaten, chronischer Depression in der Vergangenheit und postpartaler Psychose. Beide Gruppen erhielten die herkömmliche Pflege. In der Interventionsgruppe wurde jeder Teilnehmerin eine freiwillige Mutter zugeteilt, die eigene Erfahrungen mit postpartaler Depression gemacht hatte. Diese freiwillige Mutter sollte sich nach 48 Stunden bei der Mutter melden um der Frau Informationen, Feedback und emotionale Unterstützung zu bieten.

Vor der Intervention wurde das Risiko einer Depression mit der EPDS gemessen. Nach vier und acht Wochen erfolgte die Erfassung der depressiven Symptome (EPDS) per Telefon. Zusätzlich fanden Messungen zum Selbstwertgefühl (SES), zum Stress nach der Geburt (CCSC) und zur Einsamkeit (LS) statt. Die Datenanalyse umfasste den Cronbach alpha Koeffizienten, den t-Test, Pearson's chi-square und Pearson's correlation durch einen verblindeten Forscher. Es wurde eine Intention-to-treat-Analyse durchgeführt und das Konfidenzintervall betrug 95%.

Die depressiven Symptome sanken nach 4 und nach 8 Wochen bei den Frauen der Interventionsgruppe signifikant ($p=0.02$; $p=0.01$) stärker als bei der Kontrollgruppe. Nach 4 Wochen zeigte die EPDS bei der Interventionsgruppe bedeutend ($p=0.008$) bessere Werte als bei der Kontrollgruppe.

Die Werte bei den Messungen bezüglich des Selbstwertgefühls, des Stresses und der Einsamkeit zeigten positive Trends für die Interventionsgruppe, diese waren jedoch nicht signifikant. Zwischen der Anzahl von Kontakten und den depressiven Symptomen konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. 80% der Frauen in der Interventionsgruppe empfanden die Unterstützung als sehr befriedigend. Die freiwilligen Mütter gaben das Gefühl von emotionaler, informativer und wertschätzender Unterstützung, Verständnis, Wahrhaftigkeit und hatten einen positiven Gesundheitseffekt.

Die RCT von Heh und Fu (2003) hatte zum Ziel, die Wirkung von informativer Unterstützung auf die Reduktion von PPD-Symptomen bei Frauen in Taiwan zu untersuchen. Die Hypothese der Autoren ist, dass die experimentelle Gruppe, welche sechs Wochen postpartal informelle Unterstützung erhält, nach drei Monaten postpartal eine tiefere EPDS als die Kontrollgruppe aufweist. Dazu wurden 70 Frauen, je nach Geburtsdatum des Kindes, randomisiert in zwei gleich grosse Gruppen eingeteilt. Die Randomisierung erfolgte nicht verdeckt. Eingeschlossen wurden alle verheirateten Frauen, für welche es die erste Geburt darstellte, welche 20-35 Jahre alt waren, eine spontane Geburt mit einem gesunden Baby erlebten und einen EPDS von 10 und höher aufwiesen. Ausgeschlossen wurden Frauen mit postnatalen Komplikationen und anamnestischen Hinweisen auf eine frühere psychiatrische Erkrankung.

Beide Gruppen erhielten dieselbe postpartale Pflege. Die Interventionsgruppe erhielt sechs Wochen nach der Geburt zusätzlich per Post eine Broschüre von 3 Seiten mit Informationen über postnatale Depression, welches auf seine Validität hin geprüft wurde. Beide Gruppen wurden aufgefordert und per Post erinnert 3 Monate postpartal ihr Risiko erneut mit der EPDS zu testen. Nach dieser Abschlussmessung erhielt die Kontrollgruppe ebenfalls Informationen über die postpartale Depression. Die Datenanalyse wurde mittels Statistics Package for the Social Sciences (SPSS), chi square Analyse und t-Test durchgeführt. Das Konfidenzintervall wurde mit 95% angegeben.

Der EPDS sank bis zu den drei Monaten postpartal bei beiden Gruppen signifikant ($p < 0.000$). Zwischen den Gruppen zeigte sich aber, dass die Reduktion bei der Interventionsgruppe signifikanter war ($p = 0.02$). 92% der Frauen in der Interventionsgruppe fanden die Informationen sehr hilfreich. Die Mehrheit der Frauen dieser Gruppe wusste vor den Informationen über eine postpartale Depression nicht Bescheid.

Die RCT von Wiggins et al. (2005) hatte zum Ziel, den Effekt von zwei verschiedenen Formen der postpartalen sozialen Unterstützung bei Frauen aus sozial benachteiligten Innenstädten auf deren Gesundheit und die der Kinder zu untersuchen. 731 Frauen aus zwei Stadtvierteln in Grossbritannien wurden randomisiert in zwei Interventionsgruppen und eine Kontrollgruppe geteilt. Eingeschlossen wurden alle Frauen, welche in einem der zwei Stadtviertel lebten und deren Kinder in den ersten neun Monaten 1999 geboren wurden. Ausgeschlossen wurden alle Frauen, die in einer Pflegeunterbringung lebten, deren Kinder verstorben waren, oder die Frauen, die ernsthaft krank waren.

Die erste Interventionsgruppe (n=183) erhielt zu Hause monatliche Besuche durch den Support Health Visitor (SHV) mit dem Ziel, unterstützend zuzuhören. Die Besuche begannen, wenn das Kind zehn Wochen alt war und dauerten ein Jahr. Der Fokus lag bei den Bedürfnissen der Mütter. Der SHV hörte zu, gab praktische Tipps und Informationen. Fünf erfahrene SHV führten die Interventionen durch. Den SHV standen Dolmetscher zur Verfügung. Bei der zweiten Interventionsgruppe wurden den Müttern (n=184) durch den Community Group Support (CGS) Sitzungen, Hausbesuche und telefonische Unterstützung angeboten, zu denen sie sich selber melden sollten. Und die Kontrollgruppe (n=364) erhielt nach 10 bis 15 Tagen postpartal einen Hausbesuch.

Nach 12 Monaten wurde der EPDS gemessen und nach 18 Monaten erfolgte die Messung der Depression mit der GHQ12 (General Health Questionnaire). Die Zufriedenheit über die soziale Unterstützung (DUFSS) wurde ebenfalls nach 18 Monaten gemessen. Eine Power von 80% wurde errechnet. Die Datenanalyse wurde mittels Vergleichen der Gruppe durchgeführt. Eine Intention-to-treat-Analyse wurde durchgeführt und der Konfidenzintervall betrug 95%.

Es liegen keine signifikanten Resultate vor, die bezeugen, dass die Interventionen die Prävalenz von Depressionen reduziert.

Zu Beginn suchten mehr SHV-Frauen eine Hilfe auf als die Frauen der Kontrollgruppe. Im weiteren Verlauf aber machten weniger Frauen von den beiden Interventionsgruppen Gebrauch von einem Hebammenservice. In der SHV-Gruppe fanden 85% der Frauen die Unterstützung positiv, die sie erhielten.

Die RCT von Tezel und Gözümlü (2006) aus der Türkei hatte zum Ziel, Pflegeinterventionen nach Nursing Intervention Classification (NIC) in Bezug auf Pflegediagnosen nach NANDA (Care-Gruppe) mit Problemlösungstraining (Trainingsgruppe) zu vergleichen. Die Hypothese der Autoren war, dass sowohl Pflegeinterventionen nach NIC wie auch Problemlösungstraining depressive Symptome vermindern können. Von 62 Frauen mit EPDS über 11 und Beck Depression Inventory (BDI) über 17 wurden 30 Frauen randomisiert in die Care-Gruppe und 32 Frauen in die Trainingsgruppe eingeteilt. Ausgeschlossen wurden Frauen, die unter pharmazeutischer oder psychotherapeutischer Behandlung waren.

In der Care-Gruppe wurden individuelle Pflegediagnosen nach NANDA erstellt, Interventionen nach NIC durchgeführt und nach Nursing Outcome Classification (NOC) evaluiert. Die Trainingsgruppe erhielt Problemlösungstraining in fünf Phasen: 1. Standortbestimmung: optimistischer Blick auf das Problem und bestehende Fähigkeiten zur Problemlösung, 2.

Problemdefinition und –formulierung, 3. Alternativen aufstellen: Brainstorming mit Lösungen, 4. Entscheidungen treffen: passende Lösung/-en auswählen und 5. Überprüfung: passen die Lösungen zum Problem, Evaluation durch die Frauen.

Vor und nach den Interventionen wurde die Depression mit dem Beck Depression Inventory (BDI) gemessen. Die Datenanalyse erfolgte mittels chi square und t-Test. Eine Signifikanz der Ergebnisse wurde mit $p=0.05$ angegeben.

Bei der Care-Gruppe zeigte sich nach der Intervention eine signifikante ($p<0.001$) Abnahme der Symptome. Auch bei den Frauen der Trainingsgruppe zeigte sich nach der Intervention eine bedeutende ($p<0.005$) Abnahme der Symptome. Im Vergleich zeigte sich aber, dass die Intervention der Care-Gruppe effektiver ($p<0.005$) war als das Problemlösungstraining der Trainingsgruppe.

Heh et al (2008) untersuchten in ihrer RCT die Wirkung von Körperübungen als Unterstützungsprogramm zur Reduktion von PPD-Symptomen bei Frauen in Taiwan. Die Hypothese war, dass Frauen, die vier Wochen postpartal einen EPDS von zehn und mehr aufweisen, diesen Wert im Vergleich zur Kontrollgruppe durch dreimonatige Körperübungen nach fünf Monaten reduzieren können. 80 Frauen mit EPDS über 10 wurden randomisiert und abwechselnd in zwei gleich grosse Gruppen eingeteilt. Weitere Einschlusskriterien waren: Alter von 20 bis 35 Jahren, verheiratet, erste Geburt, Spontangeburt und ein gesundes Kind. Ausgeschlossen wurden Frauen mit postnatalen Komplikationen und anamnestischen Hinweisen auf eine frühere psychiatrische Erkrankung.

Die Interventionsgruppe wurde in Kleingruppen mit je vier bis sechs Frauen eingeteilt. Die Übungen in der Gruppe fanden während fünf Monaten einmal wöchentlich im Spital statt. Das 45-minütige Programm umfasste Körperübungen und Stretching, sowie fünf Minuten Warm-up und zehn Minuten Cool-down. Zusätzlich sollte die Interventionsgruppe zweimal wöchentlich zuhause mit einer CD die Körperübungen durchführen. Zur Erinnerung wurden die Frauen jede Woche angerufen. Beide Gruppen erhielten vor der Intervention eine Infobroschüre über die postpartale Depression und Fragebogen zur körperlichen Aktivität. Nach fünf Monaten erfolgte die Abschlussmessung der depressiven Symptome mittels EPDS. Die Kontrollgruppe erhielt nach dieser letzten Messung die Informationen zu den Körperübungen. Die Datenanalyse erfolgte mittels SPSS, Chi square und t-Test und der Konfidenzintervall wurde mit 95% angegeben.

Die Messungen der EPDS zeigten eine signifikante ($p=0.000$) Verbesserung der Werte bei beiden Gruppen. Der EPDS der Interventionsgruppe hatte sich im Vergleich zur Kontroll-

gruppe signifikant verbessert ($p=0.01$). 13 von 33 Frauen in der Interventionsgruppe hatten einen EPDS von 10 oder mehr im Vergleich zu 20 von 30 Frauen in der Kontrollgruppe. 80% der Frauen in der Interventionsgruppe empfanden die Intervention als sehr hilfreich.

4.2 Hauptergebnisse der Studien

	Autor/en	Intervention/en	Ergebnisse (präventive Wirkung der Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe)
Counseling und Debriefing	Ryding et al. (2004)	Gruppenleiter führt Gruppentreffen mit Gesprächen über Erfahrungen bei der Geburt und Austausch mit anderen Frauen teilen.	Keine signifikante präventive Wirkung: EPDS, W-DEQ, IES zeigten keine Unterschiede
	Gamble et al. (2005)	Counseling: Diskussionen über die Geburt mit Elementen des Stressdebriefings.	Signifikant präventive Wirkung: Depressionssymptome gesunken: EPDS ($p=0.005$), DASS-21 ($p=0.002$) Stresssymptome gesunken: DASS-21 ($p=0.035$) Angst: DASS-21 zeigte keinen Unterschied
	Selkirk et al. (2006)	Einzelsitzung mit Hebamme mit Gesprächen über Gedanken und Gefühle rund um die Geburt	Keine präventive Wirkung: EPDS sank bei beiden Gruppen Restliche Messungen zeigten keine Unterschiede
Postpartale Unterstützung	Dennis (2003)	Telefonische Unterstützung durch geschulte, ehemals betroffene Mütter	Signifikant präventive Wirkung: Depressionssymptome gesunken: EPDS ($p=0.008$) Messungen des Selbstwertgefühls, des Stresses und der Einsamkeit zeigten positive Trends, jedoch nicht signifikant.
	Heh und Fu (2003)	Validierte Informationsbroschüre über postnatale Depression	Signifikant präventive Wirkung: Depressionssymptome gesunken: EPDS ($p=0.02$)
	Wiggins et al. (2005)	Zwei Interventionen: 1. Besuche durch den Support Health Visitor (SHV) mit dem Ziel, unterstützend zuzuhören 2. Angebot von Sitzungen, Hausbesuchen und telefonischer Unterstützung; Frauen mussten sich selber melden um Angebot zur erhalten	Keine präventive Wirkung beider Interventionen: EPDS zeigte keine Unterschiede
	Tezel und Gözümlü (2006)	Zwei Interventionen im Vergleich (keine Kontrollgruppe): 1. Pflegeinterventionen nach NIC 2. Problemlösungstraining	Signifikante präventive Wirkung beider Interventionen: Depressionssymptome gesunken: 1. BDI ($p<0.001$) 2. BDI ($p<0.005$) Pflegeinterventionen effektiver ($p<0.005$)
	Heh et al. (2008)	Körperübungen und Stretching mit Warm-up und Cool-down	Signifikante präventive Wirkung: Depressionssymptome gesunken: EPDS ($p=0.01$)

4.3 Qualität der Studien

Die acht randomisiert kontrollierten Studien mit Evidenzgrad 2 nach Stetler et al (1998, in LoBiondo-Wood & Haber, 2005) wurden anhand ihrer Gesamtqualität, ihrer Glaubwürdigkeit, ihrer Aussagekraft und ihrer Anwendbarkeit nach Behrens und Langer (2004) beurteilt. Im Folgenden werden die Beurteilungen sowie die Defizite jeder bearbeiteten Studie kurz aufgeführt.

Die RCT von Heh & Fu (2003) ist von zufriedenstellender Qualität.

Die Glaubwürdigkeit der Studie ist zufriedenstellend. Die Randomisierung erfolgte so, dass alle Frauen, die an einem bestimmten Tag gebären, in die Interventionsgruppe kamen. Die Zuteilung war nicht verdeckt, da es für alle Forscher transparent war, welche Frauen in welche Gruppe kamen. Es ist wahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben. Es besteht die Möglichkeit, dass die Frauen Hilfe durch Fachstellen in Anspruch nahmen. Ob alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet wurden ist unklar. Eine Poweranalyse ist nicht beschrieben, daher ist es unklar, ob die Stichprobengrösse ausreichend war. Die Aussagekraft ist ausgezeichnet und die Anwendbarkeit ungenügend. Die Einschlusskriterien umfassen Frauen im Alter von 20-35 Jahren, erstgebärend und verheiratet, was die Übertragbarkeit etwas erschwert. Eine Kostenanalyse ist nicht beschrieben, die Autoren betonen jedoch, dass der Nutzen die Kosten wert sei.

Die Pilot-RCT von Dennis (2003) ist von guter Qualität.

Die Glaubwürdigkeit ist zufriedenstellend. Eine Teilnehmerin fiel aus. Der Ausfall ist nicht begründet. Es ist wahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben könnten, denn die Möglichkeit des Hawthorne-Effekt wurde erwähnt. Eine Poweranalyse ist nicht erwähnt, weshalb es unklar ist, ob die Stichprobengrösse ausreichend war. Die Aussagekraft der Studie ist gut. Die p-Werte zur Depression liegen unter 0.05. Die Anwendbarkeit ist gut. Eine Kostenanalyse wurde nicht beschrieben.

Die RCT von Ryding et al. (2004) ist von ungenügender Qualität.

Die Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit sind ungenügend. Zur Randomisierung wurden 18 Tage festgelegt und alle Frauen, welche an diesen Tage gebären, wurden in die Interventionsgruppe eingeteilt. Die Zuteilung erfolgte nicht verdeckt, da die Tage transparent waren und die Forscher genau wussten, welche Frauen in welche Gruppe kamen. Die Ausfallquote liegt bei der Interventionsgruppe nach sechs Monaten bei 92% und

bei der Kontrollgruppe bei 89%, jedoch nahmen 29 Frauen der Interventionsgruppe (n=89) nicht an den Gruppentreffen teil. Die Ausfälle sind bei vier Frauen nicht begründet. Eine Verblindung der Teilnehmer war nicht möglich und eine Verblindung der Untersucher ist nicht beschrieben. Die Untersuchungsgruppen zeigten in den demografischen Daten keine Unterschiede, eine Signifikanz ist nicht angegeben. Die Frauen innerhalb der Untersuchungsgruppen wurden ungleich behandelt, denn obwohl beide Gruppen Visiten erhielten, war nicht immer Zeit für Gespräche über die Geburt. Die Ergebnisse wurden wahrscheinlich beeinflusst. 23 von 89 Frauen in der Interventionsgruppe nahmen die Intervention nicht in Anspruch. Der Behandlungseffekt ist dadurch nicht ausgeprägt. Median und p-Werte sind angegeben. Die p-Werte sind grösser als 0.05. Die Präzision der Ergebnisse ist unklar, denn die Konfidenzintervalle sind nicht angegeben. Die Ergebnisse sind nicht übertragbar, denn die Resultate der Studie können aufgrund deren ungenügenden Glaubwürdigkeit nicht angewendet werden. Eine Kostenanalyse ist nicht beschrieben.

Die RCT von Wiggins et al. (2005) ist von ungenügender Qualität.

Die Glaubwürdigkeit, die Aussagekraft und die Anwendbarkeit der Studie sind ungenügend. Eine Randomisierung ist erwähnt, aber nicht beschrieben. Ob die Zuteilung der Teilnehmer verdeckt war, geht nicht hervor. Eine Verblindung der Untersucher ist nicht beschrieben. Die Untersuchungsgruppen wurden nicht gleich behandelt, da es unklar ist, inwieweit die Kontrollgruppe über Hilfsangebote informiert war. Es ist wahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben, denn es ist anzunehmen, dass einige Teilnehmer der Kontrollgruppe Hilfe ausserhalb aufsuchten. Von 165 Frauen in einer der Interventionsgruppen, nahmen nur 35 Frauen das Angebot an. Die Ergebnisse stehen nur teilweise im Einklang mit anderen Untersuchungen, denn die Intervention fand in ärmeren Stadtvierteln statt. Die statistischen Zahlen sind nicht ausgeprägt und die p-Werte nicht angegeben. Die Resultate der Studie können aufgrund deren ungenügenden Glaubwürdigkeit nicht angewendet werden. Eine Kostenanalyse ist nicht beschrieben.

Die RCT von Gamble et al. (2005) ist von zufriedenstellender Qualität.

Die Glaubwürdigkeit der Studie ist genügend. Eine Verblindung der Teilnehmer war nicht möglich und eine Verblindung der Untersucher ist nicht beschrieben. Die Behandlung der Untersuchungsgruppen, abgesehen von der Intervention ist ungleich, denn der Inhalt der Standardpflege, welche beide Gruppen erhielten, wird nicht beschrieben. Es besteht die Wahrscheinlichkeit, dass andere Faktoren wie der Hawthorne Effekt die Ergebnisse beein-

flusst haben. Ob alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet wurden ist unklar. Es ist ausserdem nicht klar, ob die Stichprobengrösse ausreichend war, da eine Poweranalyse nicht beschrieben wird. Die Aussagekraft ist gut, es liegen jedoch nur die p-Werte zur Depression unter 0.05. Die Anwendbarkeit ist ungenügend. Die Ergebnisse sind teilweise übertragbar, denn es wurden nur Frauen mit posttraumatischen Stress-Symptomen eingeschlossen. Eine Kostenanalyse ist nicht beschrieben.

Die RCT von Selkirk et al. (2006) ist von ungenügender Qualität.

Die Glaubwürdigkeit und die Aussagekraft sind ungenügend. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind nicht beschrieben. Die Randomisierung erfolgte mittels Nummerierung der Teilnehmer und je nach gerader oder ungerader Zahl. Die Zuteilung war nicht verdeckt, da die Nummerierung für alle Forscher transparent war. Die Ausfallquote betrug mehr als 20% und ist nicht begründet. Eine Verblindung der Teilnehmer war nicht möglich und eine Verblindung der Untersucher ist nicht beschrieben. Es ist unklar, ob die Untersuchungsgruppen gleich behandelt wurden. Die Interventionen der Kontrollgruppe sind nicht beschrieben. Eine Beeinflussung der Ergebnisse durch andere Faktoren ist wahrscheinlich, da die Frauen der Interventionsgruppe während der Geburt unterschiedlich starke medizinische Interventionen erhielten. Ob alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet wurden, ist unklar. Eine Poweranalyse wird nicht erwähnt, daher ist es unklar, ob die Stichprobengrösse ausreichend war. Die statistischen Zahlen sind teilweise ausgeprägt, die Mittelwerte und Standardabweichungen im Text und in der Tabelle stimmen nicht überein. Die p-Werte liegen teilweise unter 0.05. Das Konfidenzintervall ist nicht angegeben. Die Anwendbarkeit ist ungenügend, da die Resultate der Studie aufgrund deren ungenügenden Glaubwürdigkeit nicht angewendet werden können. Es ist keine Kostenanalyse beschrieben.

Die RCT von Tezel & Gözümlü (2006) ist von ungenügender Qualität.

Die Glaubwürdigkeit ist ungenügend. Die Randomisierung wurde durchgeführt, ist aber nicht beschrieben. Ob die Zuteilung der Teilnehmer verdeckt war, geht nicht hervor. Die Ausfallquote ist nicht beschrieben. Die Behandlung der Untersuchungsgruppen, abgesehen von der Intervention, ist nicht beschrieben. Ausserdem ist auch keine Poweranalyse beschrieben. Ob alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet wurden ist unklar. Die Aussagekraft ist ausgezeichnet und die Anwendbarkeit ungenügend. Die Resultate der Studie können aufgrund deren ungenügenden Glaubwürdigkeit nicht angewendet werden. Eine Kostenanalyse ist nicht beschrieben.

Die RCT von Heh et al (2008) ist von zufriedenstellender Qualität.

Die Glaubwürdigkeit der Studie ist zufriedenstellend. Die Frauen wurden abwechselnd nach Geburtsdatum des Kindes randomisiert zugeteilt. Die Zuteilung erfolgte nicht verdeckt, denn sie war für alle Forscher transparent. Die Ausfallquote liegt bei weniger als 20% und ist nicht begründet. Ob alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet wurden, ist unklar. Eine Poweranalyse ist nicht beschrieben, weshalb es unklar ist, ob die Stichprobengrösse ausreichend war. Die Aussagekraft der Studie ist ausgezeichnet und die Anwendbarkeit ungenügend. Die Einschlusskriterien umfassen Frauen im Alter von 20-35 Jahren, erstgebärend und verheiratet, was die Übertragbarkeit etwas erschwert. Eine Kostenanalyse ist nicht beschrieben, die Autoren betonen, dass sich die Kosten für den Nutzen lohnen.

5 Diskussion

Im Diskussionsteil werden sämtliche Ergebnisse erneut aufgegriffen und einer kritischen Betrachtung unterzogen. Zunächst werden die Ergebnisse zu den pflegerischen Interventionen im Wochenbett zur Prävention von postpartaler Depression (PPD) und anschliessend werden die Resultate zur Qualität der Studien diskutiert. In der kritischen Würdigung werden die Stärken, Grenzen und Schwächen der vorliegenden systematischen Literaturübersicht dargelegt.

5.1 Diskussion der Ergebnisse der Studien

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zu den Pflegeinterventionen im Wochenbett zur Prävention von postpartaler Depression (PPD) diskutiert. Dazu werden die acht bearbeiteten Studien innerhalb der Konzepte „Debriefing und Counseling“ und „postpartale Unterstützung“ diskutiert.

5.1.1 Debriefing und Counseling

Zwei Studien untersuchten den Effekt von Counseling (Gamble et al., 2005; Ryding et al., 2004) und eine Studie den Effekt von Debriefing (Selkirk et al., 2006). Gamble et al. (2005) erläutern, dass sie bei ihrem Counseling Elemente des Stressdebriefings anwendeten. Diese Intervention beinhaltete ausschliesslich Gespräche, weshalb von der Hebamme Kommunikationsfähigkeiten sowie Gesprächsführung und keine psychotherapeutischen Fähigkeiten erwartet wurden. Ryding et al. (2004) nannten ihre Intervention ebenfalls Counseling. Obwohl zwei der genannten Autoren ihre Intervention Counseling nennen, wird bei beiden Interventionen eine Art Debriefing durchgeführt, denn Ryding et al. (2004) zitieren in ihrer Einleitung Mitchell & Dyregrov (1993), welche den Begriff Debriefing mit strukturierten Sitzungen erklären, bei denen die Teilnehmer über ihre Erfahrungen und Erlebnisse detailliert berichten können und ermutigt werden ihre Gefühle auszudrücken.

Nach dieser Ausführung ist es ersichtlich, dass, obwohl drei Studien die Interventionen unterschiedlich benennen, der Kerngedanke der Intervention der gleiche war. In allen drei Studien (Gamble et al., 2005; Ryding et al., 2004; Selkirk et al., 2006) sollten die Mütter nach der Geburt die Möglichkeit erhalten über ihr Erleben und ihre Gefühle sprechen zu können. Im theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden verschiedene Therapieansätze, jedoch keine präventiven Massnahmen, aufgeführt, welche bei einer bereits bestehenden postpartalen Depression (PPD) angewandt werden können (Salis, 2007; Ebeling, 2005; Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006). Vor allem in der Psychotherapie bei Frauen

mit einer PPD sind die Fakten und Gefühle rund um die Geburt Kernthemen. Es liegt daher nahe, das Wissen der Psychotherapie mit Counseling sprich Debriefing als präventive Massnahme zu nutzen.

Alle drei Studien (Gamble et al., 2005; Ryding et al., 2004; Selkirk et al., 2006) massen neben den Symptomen der PPD auch den Stress, was darauf zurückzuführen ist, dass die Autoren davon ausgingen, dass die Erfahrungen während der Geburt grossen Einfluss auf den psychischen Zustand der Mutter haben. Auch im theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde der Zusammenhang von Geburtserfahrungen, Stress und PPD mehrfach erwähnt: Raphael & Praque (1996, in Selkirk, 2006) äussern die Ansicht, dass alle Ereignisse und Erfahrungen im Leben Stress auslösen können und Sauer (1993, in Cignacco, 2006) betont, dass Gefühle des Versagens und des Schockes ausgelöst werden können, wenn eine Geburt traumatisch erlebt wird, und so die Entstehung einer PPD begünstigt wird. Ryding et al. (2004) wählten für ihre Stichprobe nur Frauen nach einem notfallmässigen Kaiserschnitt aus, da die Autoren davon ausgingen, dass diese Frauen die Geburt traumatisch erlebten. Parker (2004, in Cignacco, 2006) schreibt, wie bereits im theoretischen Rahmen erwähnt, dass ein negatives Geburtserlebnis auch einen Risikofaktor für die Entstehung einer PPD darstellt. Gamble et al. (2005) gingen bei ihrer Auswahl der Stichprobe noch einen Schritt weiter und schlossen nur Frauen ein, die bereits Symptome von posttraumatischem Stress aufwiesen. Wirft man einen Blick auf die Resultate der Studien, sieht man bei Gamble et al. (2005) eine bedeutende Reduktion der Depressions- und Stresssymptome durch Counseling. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der Aussage aus dem theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit, dass die PPD häufig einen Zusammenhang mit Stress aufweist (Beck, 2001, in Cignacco, 2006).

Selkirk et al. (2006) konnten feststellen, dass die Frauen der Interventionsgruppe, welche intensivere medizinische Interventionen während der Geburt benötigten, eine negativere Wahrnehmung der Geburt angaben als die Frauen mit weniger Interventionen. Dennoch konnte kein Anstieg der depressiven Symptome festgestellt werden, was im Einklang mit der in der Theorie der vorliegenden Arbeit beschriebenen Aussage von Parker (2004, in Cignacco, 2006) steht, der darauf hinweist, dass Komplikationen unter der Geburt das Risiko für eine PPD nicht erhöhen. Er führt aber weiter aus, dass ein negatives Geburtserlebnis, wie es von den Frauen mit intensiveren medizinischen Interventionen berichtet wurde (Selkirk et al., 2006), ein Risikofaktor sein kann. Die Frauen in der Studie von Selkirk et al. (2006) berichteten nach drei Monaten alle, dass die Erfahrungen der Geburt nun schlechter seien als nach einem Monat. In Anbetracht dieses Resultats nannten die Autoren es eine Einschrän-

kung ihrer Studie, dass Frauen, die erst drei Monate nach der Geburt eine Depression entwickelten, nicht berücksichtigt werden konnten, da der Versuch nur während den ersten drei Monaten postpartal erfolgte. Es ist durchaus möglich, dass die negativ erlebte Geburt, die Parker (2004, in Cignacco, 2006) im theoretischen Arbeit der vorliegenden Arbeit als Risikofaktor für eine PPD nennt, auch noch nach den drei Monaten eine Krankheitsentstehung begünstigt.

Auch bei Ryding et al. (2004) konnten keine positiven Effekte von Counseling bewiesen werden. Die Autoren kritisieren an ihrer Auswahl der Stichprobe, dass sie davon ausgegangen waren, dass die Frauen mit notfallmässigem Kaiserschnitt ihre Geburt negativ wahrgenommen haben. Die Autoren zweifelten in ihrer Diskussion diese Annahme an und auch Lazarus (1966, in Aguilera, 2000) und Lazarus et al. (1974, in Aguilera, 2000) erläutern, was in der Theorie der vorliegenden Arbeit aufgeführt ist, dass jeder Mensch Lebenssituationen unterschiedlich wahr nimmt und in einer stressigen Situation seine Bewältigungsfähigkeiten in Bezug auf den Stress einschätzt. Aguilera (2000) betont, dass das durch den Stress ausgelöste Ungleichgewicht durch Ausgleichfaktoren bewältigt werden kann.

Obwohl alle Messungen, welche die Unterschiede zwischen den Gruppen verglichen, keine signifikanten Ergebnisse zeigten, bewerten bei Selkirk et al. (2006) alle Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe das Debriefing ähnlich positiv. Dennoch diskutieren die Autoren die Möglichkeit, dass Debriefing bei Frauen mit intensiveren medizinischen Interventionen während der Geburt die negativen Gefühle verstärken könnte, da eine frühere Studie von Small (2000, in Selkirk et al., 2006) einen negativen Effekt von Debriefing bei Frauen nach traumatischer Geburt feststellte.

Gamble et al. (2005) konnte signifikant positive Effekte von Counseling auf die depressiven Symptome feststellen und 90% der Frauen gaben den Zeitpunkt kurz nach der Geburt als den besten Zeitpunkt für Gespräche über die Geburt an. Auch Selkirk et al. (2006) begannen mit ihrer Intervention nach zwei bis drei Tagen. Bei Ryding et al. (2004) begann die Intervention erst ein bis zwei Monate nach der Geburt. Riecher-Rössler (2003, in Ebeling, 2005) betonen im theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit, dass die Prognose einer PPD günstiger ist, wenn sie früh erkannt wird und auch Ryding et al. (2004) führen in ihrer Diskussion den späten Zeitpunkt als möglichen Gründe für den fehlenden Effekt des Counselings auf. Einige Frauen hätten bereits eine Erkrankung entwickeln können und nahmen daher nicht an der Intervention teil. Im theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit beschreiben Gloger-Tippelt (1985; 1988, in Wicki, 1997) die Zeit von der Geburt bis zum zweiten Lebensmonats des Kindes als Erschöpfungsphase. Der Übergang wird als Verarbeitungs- und Anpassungs-

prozess bezeichnet, der sich aus der Interaktion von verschiedenen psychischen, physischen und psychosozialen Prozessen ergibt. Von der Gesellschaft wird inmitten dieser Prozesse eine schnelle Rückbildung erwartet (Salis, 2003, in Cignacco, 2006). Die Vorurteile gegenüber einer möglichen psychischen Erkrankung, wie sie auch im theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit beschrieben sind (Cignacco, 2006), können zu Scham, Schuldgefühlen und sozialem Rückzug führen. Diese negativen Gefühle könnten laut der Autorin der vorliegenden Arbeit ebenfalls Gründe für das Fernbleiben der Frauen sein. Doch trotz diesen Vermutungen zeigte die durchgeführte Intention-to-treat-Analyse bei Ryding et al. (2004), dass zwischen den Frauen, die an der Sitzung teilnahmen und den Frauen, die die Sitzung fernblieben, keine Unterschiede in den Symptomen der PPD bestanden.

5.1.2 Postpartale Unterstützung

In fünf Studien (Dennis, 2003; Heh & Fu, 2003; Wiggins et al., 2005; Tezel & Gözümlü, 2006; Heh et al., 2008) wurden verschiedene Möglichkeiten zur postpartalen Unterstützung als präventive Massnahmen gegen postpartale Depression (PPD) untersucht. Hung und Chung (2001) nennen der Mutterrolle gerecht werden können, Mangel an Unterstützung und körperliche Veränderungen als die drei wichtigsten Faktoren für postpartalen Stress. Zu diesen im theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit beschriebenen drei Faktoren wurden verschiedene postpartale Interventionen gefunden. Dennis (2003) untersuchte die Wirkung von Peer Support auf depressive Symptome. Freiwillige Mütter mit eigenen Erfahrungen mit PPD gaben Informationen und emotionale Unterstützung am Telefon. Die depressiven Symptome sanken bei der Interventionsgruppe bedeutend und auch der Stress sowie die Einsamkeit sanken und das Selbstwertgefühl stieg. Sieht man sich die drei genannten Faktoren für postpartalen Stress (Hung & Chung, 2001) an, wurde durch die Gespräche, Informationen und die emotionale Unterstützung an allen drei Faktoren gearbeitet. Die Interventionsgruppe erhielt die Möglichkeit über körperliche Veränderungen und ihren Rollenwechsel zu sprechen und erfuhr Unterstützung. Die Frauen berichteten über das Gefühl von emotionaler, informativer und wertschätzender Unterstützung, Verständnis und Wahrhaftigkeit (Dennis, 2003).

Wiggins et al. (2005) untersuchten im Setting von zwei sozial und wirtschaftlich benachteiligten Stadtvierteln die Wirkung von zwei verschiedenen Unterstützungsformen. Keine der Interventionen konnte die Prävalenz von postpartaler Depression senken. Auffallend war, dass von 165 Frauen bloss 35 Frauen die Intervention nutzten bei der sie sich selber melden mussten um das Angebot von Sitzungen, Hausbesuchen und telefonische Unterstützung erhalten zu können. Die Autoren nahmen an, dass die Eigeninitiative fehlte oder die Interven-

tion für die gewählte Population nicht angemessen war. Diese Resultate bestätigten die im theoretischen Rahmen aufgeführte Aussage von Henze (1997, in Cignacco, 2006), dass psychosoziale Faktoren wie unzureichende Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit und gespannte Paarbeziehungen sehr stark in Zusammenhang mit der PPD stehen. Wiggins et al. (2005) diskutieren, dass es so scheint, als ob ihre Interventionen nicht ausreichen, wenn eine materielle oder soziale Benachteiligung bei den Müttern vorliegt. Jedoch erwähnen die Autoren, dass frühere Studien zum Effekt von Unterstützung auf die Gesundheit von ärmeren Personen eine positive Wirkung zeigten, jedoch methodologische Schwächen aufwiesen. Aus den Ergebnissen der Qualitätsbeurteilung der vorliegenden Arbeit geht hervor, dass die Studie von Wiggins et al. (2005) ebenfalls von ungenügender Qualität ist. Wie die Autoren der genannten Studie stellt sich auch die Autorin der vorliegenden Arbeit die Frage, ob unter den erschwerten Umständen, in denen die Frauen lebten, postpartale Unterstützung alleine genügt, oder ob nicht Interventionen bereits vor der Geburt und damit über eine längere Zeit effektiver gewesen wären. Auch besteht die Möglichkeit, dass der niedere Bildungsstand, welcher bei den demografischen Daten der Stichproben von Wiggins et al. (2005) aufgeführt wird, den Frauen bisher nicht ermöglicht haben könnte, Informationen über die PPD zu erhalten. Bereits im theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit wird erwähnt, dass laut Ebeling (2005) die Aufklärung über Stimmungsschwankungen und Veränderungen nach der Geburt oft zu kurz kommen. Heh und Fu (2003) zitieren in ihrer Einleitung der Studie Nahas et al. (1999), der erwähnte, dass Frauen mit einer PPD rückblickend äussern, dass ihnen vor allem das Wissen fehlte, dass nach der Geburt eine PPD auftreten könnte. McIntosh (1993) wird von Heh und Fu (2003) ebenfalls zitiert, denn er stellte fest, dass viele depressive Frauen die Aufklärung, dass sie mit ihren Erfahrungen nicht alleine sind und die Informationen über PPD als die wirkungsvollste Intervention angaben. Heh und Fu (2003) selber stellten in ihrer Studie den Frauen der Interventionsgruppe per Post Informationsbroschüren über die PPD zu. Die Intervention zeigte einen guten Erfolg, denn die depressiven Symptome sanken bei der Interventionsgruppe signifikant. Nach Abschluss der Studie berichteten die Frauen, dass sie vor den Informationen nicht über die PPD Bescheid wussten. Diese Resultate untermauern die in der Theorie der vorliegenden Arbeit aufgeführte Aussage von Salis (2003, in Cignacco, 2006), dass der Mangel an Informationen zu sehr viel Unsicherheit führt und die Frustration den individuellen und gesellschaftlichen Ansprüchen nicht gerecht zu werden zu einer Krise führen kann.

Die beiden qualitativ zufriedenstellenden Studien von Heh und Fu (2003) sowie Heh et al. (2008) konnten aufzeigen, dass Informationen und Unterstützung einen präventiven Effekt

haben und somit die im theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit erwähnten Inhalte der Verhaltensprävention bestätigen. Die in der Verhaltensprävention genannten Interventionen: Information und Aufklärung, sollen die Motivation und Kompetenz der Person stärken (Altgeld & Kolip, 2004). Auch die WHO (1948) strebt mit der Primärprävention Aufklärung und Information an.

Salis (2003, in Cignacco, 2006) beschreibt, wie in der Theorie der vorliegenden Arbeit erwähnt, dass der Körper in der Schwangerschaft von vielen Frauen unangenehm empfunden wird. Ödeme, Hautveränderungen und die beeinträchtigte Beweglichkeit werden störend erlebt. Heh et al. (2008) zitieren in ihrer Einleitung Stephens (1988), der nachweisen konnte, dass körperliche Aktivität einerseits depressive Symptome senken kann, andererseits positive Gefühle und das allgemeine Wohlbefinden verstärkt. Heh et al. (2008) führten mit der Interventionsgruppe einmal wöchentlich in Gruppen von vier bis sechs Frauen ein 45-minütiges Körperübungsprogramm durch. Interessant ist, dass die depressiven Symptome beider Gruppen sanken, bei der Interventionsgruppe jedoch stärker. Die Autorin der vorliegenden Arbeit vermutet, dass die Informationsbroschüre, die beide Gruppen zu Beginn der Studie erhielten, zu diesem Resultat geführt hat. Wie bereits erwähnt, beeinflussen körperliche Veränderungen das psychische Wohlbefinden von Wöchnerinnen (Hung & Chung, 2001, in Heh et al., 2008). Heh et al. (2008) konnten mit ihrer qualitativ zufriedenstellenden Untersuchung die Hypothese, dass Körperübungen die depressiven Symptome reduzieren, bestätigen.

Wie Beck und Knoth (2003) im theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit erwähnen, werden in der Schweiz, wenn die Geburt normal verlief, nur noch vier Tage Krankenhausaufenthalt von der Krankenversicherung bezahlt. Heh et al. (2008) betonen in ihrer Diskussion, dass nur eine kurze Zeit für die Pflegenden zur Verfügung steht, in der sie emotionale Probleme erfassen können. Tezel und Gözümlü (2006) schreiben in der Einleitung ihrer Studie, dass Pflegende psychische Veränderungen erfassen sollten, damit weitere Interventionen eingeleitet werden können. In der Studie untersuchen sie die Wirkung von Pflegeinterventionen nach NIC und einem Problemlösungstraining auf depressive Symptome. Beide Interventionen konnten depressive Symptome signifikant senken. Die Pflegeinterventionen nach NIC hatten im Vergleich zum Problemlösungstraining aber den grösseren Effekt. Die 13 Pflegediagnosen nach NANDA, die als Grundlagen für die Interventionen verwendet wurden, wurden nicht genannt. Die Pflegediagnosen sind ein wichtiger Teil des Pflegeprozesses und formulieren laut Doenges et al. (2002) das Wissensgebiet der Pflege. Doenges et al. (2002) äussern, dass die Liste der Pflegediagnosen nach NANDA über Definitionen, Ursa-

chen, Pflegeziele und mögliche Pflegeinterventionen Auskunft gibt. Dieser Pflegeprozess trägt zur Prävention von Krankheiten wie auch zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit oder zur Linderungen von Schmerzen und Leiden bei (Doenges et al., 2002). Die Autorin der vorliegenden Arbeit kann sich aufgrund der Resultate aus den anderen Studien und aufgrund des theoretischen Hintergrunds Pflegediagnosen wie Wissensdefizit, Angst, Gefahr eines situationsbedingt geringen Selbstwertgefühls, Gefahr eines posttraumatischen Syndroms und unwirksames Coping vorstellen. Die Frau wird im frühen Wochenbett zum Stillen angeleitet und unterstützt (Goerke & Bazlen, 1998). Salis (2003, in Cignacco, 2006) betont, wie in der Theorie der vorliegenden Arbeit beschrieben, den grossen Druck, der für die Frauen entsteht, wenn beim Stillen Probleme auftreten und äussert weiter, dass dieser Druck und die Frustration eine PPD begünstigen können. Aufgrund dieser Theorie wäre es auch durchaus möglich, dass das Stillen ein zentrales Thema und Grundlage für eine Pflegediagnose wie unwirksames Stillen darstellt.

Wie Klier et al. (2001, in Ebeling, 2005) bereits im theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit erwähnen, kann sich eine PPD, wenn sie nicht erkannt oder nicht behandelt wird chronifizieren und die Partnerschaft wird gefährdet. Die Mutter-Kind-Beziehung wird durch den depressiven Rückzug der Mutter nachhaltig gestört und ein Mangel an Zuwendung für das Kind ist die Folge davon. Die PPD kann dazu führen, dass Mütter ihren Kindern gegenüber gewalttätig werden und die Gefahr der Kindstötung, wie auch des Suizids wird erhöht. Aufgrund dieser im theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit erklärten Prozesse liegen für die Autorin der vorliegenden Arbeit folgende Pflegediagnosen nach NANDA nahe: unterbrochene Familienprozesse, Gefahr einer beeinträchtigten Eltern-Kind-Bindung, Gefahr einer selbst- oder fremdverletzenden Gewalttätigkeit und Suizidgefahr.

Beim Problemlösungstraining wurden mit den Frauen Strategien zur Problemlösung betrachtet. Die Frauen formulierten ihr Problem und ihre bestehenden Fähigkeiten. Durch diese Intervention wurde die Motivation und Kompetenz der Frau gestärkt, was wie bereits erwähnt, ein Ziel der Verhaltensprävention darstellt (Altgeld & Kolip, 2004). Kann eine Frau ihre Probleme und ihre bestehenden Fähigkeiten formulieren, sind wichtige Ausgleichsfaktoren zur Wiederherstellung des psychischen Gleichgewichts, wie sie von Aguilera (2000) im theoretischen Rahmen betont werden, gegeben. Die Frau verfügt dadurch über eine realistische Wahrnehmung des Ereignisses, sie erfährt situativen Rückhalt und kennt adäquate Bewältigungsmechanismen. Die Autorin der vorliegenden Arbeit ist sich aufgrund dieser Theorie mit Tezel und Gözümlü (2006) einig, dass Frauen an Vertrauen in ihrer Aufgabe als Mutter gewinnen, wenn sie neue Fähigkeiten im Umgang mit Problemen lernen. Den auch laut

Friedemann (2003), die im theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit zitiert wird, ist der Wachstum des Menschen und der Familie dadurch gewährleistet, dass sich ihr Gleichgewicht immer wieder neu reguliert und in Bewegung ist.

Wie die diskutierten Interventionen sind auch die Risikofaktoren einer PPD sehr verschieden. Cignacco (2006) geht von den im theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit beschriebenen multifaktoriellen Ursachen aus. Sie betont, dass zirka ein Drittel der Frauen mit einer PPD in ihrem Leben oder während der Schwangerschaft bereits eine psychische Erkrankung hatte und auch Blehar und Oren (1995, in Sanders, 2006) gibt ein grösseres Risiko für Frauen mit Depression in der Vergangenheit an. Dennis (2003) sowie Tezel und Gözüml (2006) schlossen in ihrer Studie Frauen ein, die in der Vergangenheit eine Depression hatten. Auch Selkirk et al. (2006), deren Ergebnisse im vorangegangenen Kapitel zu Debriefing und Counseling diskutiert wurden, schlossen Frauen mit Depression in der Vergangenheit ein. Da das Risiko für eine PPD durch diese Vorbelastungen erhöht ist, werden in diesen Studien (Dennis, 2003; Tezel & Gözüml, 2006; Selkirk et al., 2006) bei den betroffenen Frauen bereits Massnahmen zur Tertiärprävention, welche das Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2005) bereits im theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit definiert, durchgeführt. Tertiärprävention kann Rückfälle verhindern und umfasst „alle Massnahmen, die ergriffen werden, um eine Krankheit, ein Gesundheitsproblem oder eine ungewollte Entwicklung zu verhindern“ (BAG, 2005). Die Autorin der vorliegenden Arbeit bearbeitete deshalb im Sinne der Tertiärprävention auch Studien, in welchen Teilnehmerinnen in der Vergangenheit bereits eine Depression durchlebten. Sie schloss aber die Studien aus, in welchen klar beschrieben war, dass die Frau während der Schwangerschaft bereits an einer psychischen Erkrankung litt oder die Frau während der Studie aufgrund einer psychischen Erkrankung in Behandlung war.

Vier Forscher massen den EPDS als Ein- oder Ausschlusskriterium. Heh et al. (2008) und Heh und Fu (2003) schlossen nur Frauen mit einem EPDS von 10 oder höher ein. Tezel und Gözüml (2006) schlossen nur Frauen mit einem EPDS von 11 oder höher und Dennis (2003) nur Frauen mit einem EPDS über 9 ein. Der Grenzwert der EPDS, wie er bereits im theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit erwähnt wurde, liegt laut Cox (1987) bei 12/13. Mütter mit einem Wert über diesem Grenzwert leiden mit grosser Wahrscheinlichkeit an einer Depression und sollten sich einer psychiatrischen Untersuchung unterziehen. In den genannten Studien wurde durch die Messung mit der EPDS ein Risiko für PPD ermittelt. Wird in Situationen mit einem erhöhten Risiko eingegriffen oder versucht es abzuwenden, ist dies Sekundärprävention (WHO, 1948).

5.2 Diskussion der Qualität

Obwohl alle acht bearbeiteten Studien den Evidenzgrad 2 nach Stetler et al (1998, in LoBiondo-Wood & Haber, 2005) erreichten, sind die Qualitäten der Studien sehr unterschiedlich. Die Studie von Dennis et al. ist von guter Qualität, drei Studien sind von zufriedenstellender Qualität (Gamble et al., 2005; Heh & Fu, 2003; Heh et al., 2008) und vier Studien erreichten keine genügende Qualität (Ryding et al., 2004; Selkirk et al., 2006; Wiggins et al., 2005; Tezel & Gözüml, 2006).

Um die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse einer Studie zu überprüfen, werden die wichtigsten methodischen Vorgehensweisen des Autors in seiner Arbeit betrachtet. (Behrens & Langer, 2006)

Die Glaubwürdigkeit wird erhöht, indem verschiedene Kriterien beachtet werden. Ein wichtiges Kriterium für die Glaubwürdigkeit einer Interventionsstudie ist die Randomisierung. Bei dieser zufälligen Zuweisung haben alle Teilnehmer die gleiche Chance, in die Interventionsgruppe zu gelangen. (Behrens & Langer, 2006). Ausser in den Studien von Wiggins et al. (2005) und Tezel und Gözüml (2006) ist die Randomisierung in allen Studien nicht nur erwähnt, sondern auch beschrieben. Gamble et al. (2005) und Dennis (2003) teilten die Teilnehmerinnen mittels Nummern in verschlossenen Briefumschlägen in die Gruppen ein. Bei Gamble et al. (2005) erfolgte die Nummerierung mittels Computerprogramm und bei Dennis (2003) war der Forscher, der die Randomisierung durchführte, nicht an der restlichen Forschung beteiligt. Beide Arten der Randomisierung stellen eine verdeckte Zuteilung sicher. Bei der verdeckten Zuteilung soll sicher gestellt werden, dass man die Gruppenzugehörigkeit des Teilnehmers nicht voraussehen kann. Dadurch können Selektionsbias minimiert werden. Ist die Zuteilung nicht verdeckt und damit unangemessen, wie in den Studien von Ryding et al. (2004), Selkirk et al. (2006), Heh und Fu (2003) und Heh et al. (2008), führt das laut Schulz et al. (1995, in Behrens & Langer, 2006) im Durchschnitt zu einer Überschätzung des Behandlungseffektes um 41%. Eine unklare Zuteilung, wie es bei Wiggins et al. (2005) und Tezel und Gözüml (2006) der Fall war, führt zu einer Überschätzung des Behandlungseffektes von 30% (Schulz et al., 1995, in Behrens & Langer, 2006).

Ausfälle von Teilnehmern aus der Studie gehören laut Behrens und Langer (2006) zu den Protokollverletzungen. Protokollverletzungen werden alle Abweichungen von Studienprotokoll genannt. Sie gefährden die Glaubwürdigkeit einer Studie, denn sie treten meist nicht zufällig auf, sondern in Zusammenhang mit der Intervention. Die Ausfälle der Teilnehmer können mit der Intervention zusammenhängen und so Einfluss auf die Studienergebnisse haben. Daher muss auf die Ausfälle der Teilnehmer in der Auswertung der Studienergebnisse

se Wert gelegt werden. Die Ausfälle können zufällig sein, beispielsweise aufgrund einer Erkrankung oder nicht zufällig, wenn ein Teilnehmer aufgrund der Intervention aussteigt. Die Teilnehmer sollten, um den Vorteilen der Randomisierung nicht zu unterlaufen, in der zugeordneten Gruppe analysiert werden, auch wenn sie die Studie abgebrochen und die Interventionen nicht bekommen haben. Patienten haben verschiedene Gründe eine Studie abzubrechen. Meist sind diese Gründe Nebenwirkungen, oder dass es den Patienten viel besser oder schlechter geht. Unabhängig davon ob die Ausfälle zufällig oder nicht sind, müssen sie genannt werden, da sie das Studienergebnis hinsichtlich der Glaubwürdigkeit beeinflussen. (Behrens & Langer, 2006).

Heh und Fu (2003) und Gamble et al. (2005) hatten während der Studie gar keinen Ausfall, da alle Patienten, die aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei. Heh et al. (2008) und Dennis (2003) hatten am Ende der Studie noch ein Follow-up von mehr als 80%, die Gründe für die Ausfälle sind jedoch nicht beschrieben. Ein Follow-up von über 80% sagt aus, dass es keine verfälschten Einflüsse durch die Protokollverletzung geben sollte (Behrens & Langer, 2006). Von den anfangs 149 Teilnehmerinnen bei Selkirk et al. (2006) blieben zum Schluss noch 111 Teilnehmer, was ein Follow-up von weniger als 80% ausmacht. Auch bei dieser Studie benennen die Autoren keine Gründe für die Ausfälle. Es ist wichtig zu wissen, ob die Ausfallrate in den Gruppen ähnlich hoch war. Bei Ryding et al. (2004) und Wiggins et al. (2005) nahmen jeweils in der Interventionsgruppe eine grosse Anzahl Frauen nicht an der Intervention teil. Die Autoren nehmen diese Protokollverletzungen in ihren Diskussionen auf. Wiggins et al. (2005) vermuten, dass ihre Intervention für die gewählte Population nicht angemessen war. Ryding et al. (2004) nehmen an, dass der falsche Zeitpunkt für die Intervention gewählt wurde. Entweder war der Zeitpunkt zu spät gewählt, da einige Frauen bereits eine psychische Erkrankung entwickelt haben und daher nicht teilnahmen oder aber der Zeitpunkt wurde zu früh gewählt und die Frauen brauchten noch viel Zeit für die Pflege ihres Kindes. Bei beiden Studien hatte die unterschiedliche Ausfallrate den Effekt verzerrt und das Endergebnis verfälscht. Würde man nun nur die Patienten, die in der Studie bleiben analysieren würde der Effekt verzerrt und das Endergebnis verfälscht. (Behrens & Langer, 2006). Dennis (2003), Ryding et al. (2004) und Wiggins et al. (2005) führten eine Intention-to-treat-Analyse durch. So wurden auch die Teilnehmer in die Analyse einbezogen, welche die Studie abgebrochen hatten. Behrens und Langer (2006) erläutern, dass wenn Empfehlungen für die Praxis gemacht werden wollen, diese Analyse eine wichtige Art ist, um die Studien auszuwerten. Durch die Intention-to-treat-Analyse wird die Wirksamkeit einer Intervention im Alltag aufgezeigt und eine Studie gewinnt an Glaubwürdigkeit.

Um zu vermeiden, dass die Ergebnisse verzerrt werden und die Studie so an Glaubwürdigkeit verliert, werden die Teilnehmer, die Untersucher und die Forscher verblindet. Eine Verblindung der Teilnehmer war bei allen Studien nicht möglich, aber im Gegensatz zu Dennis (2003), Heh et al. (2008) und Heh und Fu (2003) wurden in fünf Studien auch keine Angaben zu Verblindungen der Forscher gemacht (Ryding et al., 2004; Gamble et al., 2005; Wiggins et al., 2005; Selkirk et al., 2006; Tezel & Gözümlü, 2006). Wenn keine Doppelverblindung durchgeführt wird, kann der Behandlungseffekt im Durchschnitt um 17% überschätzt werden (Schulz et al., 1995, in Behrens & Langer, 2006). Laut Behrens und Langer (2006) ist es aber häufig bei Untersuchungen von pflegerischen Massnahmen nicht möglich, den Teilnehmer und die Pflegende zu verblinden, da es für den Teilnehmer offensichtlich ist, welche Massnahmen er bekommt und die Pflegende weiss, bei welchem Teilnehmer sie welche Massnahme durchführt. Dadurch kann die Gefahr bestehen, dass die Pflegende eine Massnahme sorgfältiger durchführt als die andere. Daher sollte im besten Falle die Person, die die Datenanalyse durchführt, verblindet sein. Wie bereits aufgeführt, fand nur bei drei Studien, Dennis (2003), Heh et al. (2008) und Heh und Fu (2003), eine Verblindung der Forscher statt. Dennis (2003) verblindete sowohl den Forscher, der die Randomisierung durchführte, wie auch den Forscher, der die Datenanalyse durchführte. Laut Behrens und Langer (2006) ist eine Verzerrung innerhalb der Auswertung wahrscheinlicher, wenn psychosozialen Merkmalen eingeschätzt werden sollen, als bei objektiven Messungen. Heh und Fu (2003) und Heh et al. (2008) liessen den Posttest von einem verblindeten Forscher durchführen und minimierten so den Bias.

LoBiondo-Wood und Haber (2005) betonen die Auswahl der Teilnehmer als wichtiger methodischer Aspekt. Bei kleineren Stichproben kann die Randomisierung möglicherweise nicht die Homogenität der beiden Gruppen sichern (Behrens und Langer, 2006). Laut LoBiondo-Wood und Haber (2005) sollten die demografischen Daten der Teilnehmer in einer Tabelle oder im Text zusammengefasst werden, damit die Eigenschaften der Teilnehmer und die Vorgehensweise bei der Stichprobenauswahl beurteilt werden können. Die Homogenität der Untersuchungsgruppen wird in allen Gruppen beschrieben. Ryding et al. (2004), Tezel und Gözümlü (2006), Wiggins et al. (2005), Heh und Fu (2003), Gamble et al. (2005) und Dennis (2003) stellen die demografischen Daten mittels Tabellen dar. Selkirk et al. (2006) gibt die Daten der Teilnehmer im Text an und Heh et al. (2008) gibt zwar an, dass die Unterschiede signifikant seien, doch welche Daten verglichen wurden, ist unklar, da sie nicht aufgeführt sind. Auch Selkirk et al. (2006), Gamble et al. (2005), Heh und Fu (2003) und Tezel und Gözümlü (2006) geben an, dass die Homogenität statistisch signifikant ($p > 0.05$) ist.

Eine Studie ist nur dann glaubwürdig, wenn die Ergebnisse wirklich nur auf die Intervention zurückzuführen sind und man sicher ist, dass keine anderen Massnahmen einen Einfluss gehabt haben (Behrens & Langer, 2006). Die Gleichbehandlung der Teilnehmer ist nur dann sicher, wenn man Pflegende und Teilnehmer verblindet. Daher ist eine ungleiche Behandlung in allen beurteilten Studien möglich, weil keine Doppelverblindungen durchgeführt wurden. Nur eine Studie beschreibt, dass beide Untersuchungsgruppen die gleiche Behandlung, sprich Informationen, erhielten (Heh et al., 2008). Gamble et al. (2005) wie auch Ryding et al. (2004), Dennis (2003), Wiggins (2005) und Heh und Fu (2003) erwähnen zwar, dass beide Gruppen die Standartpflege erhielten, der Inhalt ist jedoch unbekannt. Selkirk et al. (2006) beschreiben die Interventionen der Kontrollgruppe gar nicht und Tezel und Gözümlü (2006), die zwei Interventionsgruppen verglichen, beschreiben nicht, inwieweit die Gruppen die Standartpflege erhielten. Es stellt sich für die Autorin der vorliegenden Arbeit die Frage, ob es ethisch vertretbar ist, dass die Frauen der Kontrollgruppe, obwohl sie traumatische Geburten erlebt haben (Ryding et al., 2004; Gamble et al. 2005), aus sozial benachteiligten Innenstädten stammen (Wiggins et al., 2005) oder erhöhtes Risiko für PPD aufweisen (Heh et al., 2008; Dennis, 2003; Heh & Fu, 2003; Tezel & Gözümlü, 2006), keine besonderen Angebote erhalten. In mehreren Studien betonen die Autoren, dass die Möglichkeit des Hawthorne Effektes bestanden haben könnte (Dennis, 2003; Heh & Fu, 2003; Heh et al., 2008; Gamble et al., 2005). Auch unterschiedlich intensive medizinische Behandlung während der Geburt und die Interventionen durch unterschiedliche Hebammen und Geburtshelfer (Selkirk, 2006) sowie die Wechselwirkungen Stress und PPD (Gamble, 2005) können die Ergebnisse ebenso beeinflusst haben.

Um die Wirkung einer Intervention mit statistischen Methoden wirklich auf die Intervention zurückzuführen, ist es wichtig zu wissen, ob die Grösse der Stichprobe ausreicht. Ist eine Stichprobe zu klein, ist nur ein ausgeprägter Effekt in der Lage Unterschiede zwischen den Gruppen zu bestätigen. Mit einer Poweranalyse kann im Vorfeld die benötigte Stichprobengrösse berechnet werden. (Behrens & Langer, 2006). Die Grösse der Stichprobe wurde nur in zwei Studien mittels einer Poweranalyse von 80% ausreichend gewählt (Ryding et al., 2004; Wiggins et al., 2005). Dennoch kritisieren Ryding et al. (2004) in ihren Diskussion, dass der Effekt mit einer grösseren Stichprobe möglicherweise sichtbar geworden wäre. Die Autoren, welche keine Poweranalyse beschrieben haben (Heh et al., 2008; Dennis, 2003; Heh u& Fu, 2003; Selkirk et al., 2006; Tezel & Gözümlü, 2006), geben in ihren Diskussion eine zu klein gewählte Stichprobe an. Selkirk et al. (2006) geben keine Poweranalyse an und ihre Intervention zeigte keinen signifikanten Effekt, daher ist es unklar, ob nur die Stichpro-

be zu klein war, oder ob wirklich keine Unterschiede zwischen den Interventionen bestanden, um eine signifikante Wirkung zu erkennen. Durch diese Unklarheit und eine verminderte Glaubwürdigkeit minimiert sich die Aussagekraft der Studie. Behrens und Langer (2006) äussern, dass die Aussagekraft, wenn eine zu kleine Stichprobe gewählt wurde, so stark eingeschränkt wird, dass die Resultate einer solchen Studie kaum für pflegerische Entscheidungen sinnvoll sind.

Die Ergebnisse stehen bei der Mehrheit der Studien im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet (Heh et al., 2008; Dennis, 2003; Heh u& Fu, 2003; Selkirk et al., 2006; Tezel & Gözü, 2006). Laut Behrens und Langer (2006) kann man durch die intensive Beschäftigung mit einem Thema und der dazugehörigen wissenschaftlichen Literatur in etwa einschätzen, ob die Ergebnisse mit anderen auf jenem Gebiet im Einklang sind. Bei den Studien von Wiggins et al. (2005) wie auch bei Ryding et al. (2004) sind die Ergebnisse nur teilweise vergleichbar. Laut Ryding et al. (2004) gibt es in anderen Untersuchungen sowohl positive wie auch negative Ergebnisse zu Counseling. Wiggins et al. (2005) untersuchte zwar eine bekannte Intervention, welche Informationen und soziale Unterstützung beinhaltete, jedoch in dem weniger bekannten Setting des sozial benachteiligten Stadtviertels.

Die Aussagekraft wird durch die Genauigkeit und Ausprägung der Ergebnisse interpretiert (Behrens & Langer, 2006). Ein Kriterium, um die Aussagekraft zu erhöhen, ist daher die Ausprägung des Behandlungseffektes. Heh und Fu (2003), Heh et al. (2008) und Tezel und Gözü (2006) geben die statistischen Zahlen in Tabellen und im Text an. Der ausgeprägte Behandlungseffekt ist durch die angegebenen Mittelwerte und Standardabweichungen ersichtlich. Auch Gamble et al. (2005) und Dennis (2003) zeigen die Ausprägung des Behandlungseffektes mit statistischen Zahlen an. Dennis (2003) gibt das Odd's ratio, die Mittelwerte und die Standardabweichungen an, wo hingegen Gamble et al. (2005) das relative Risiko angeben. In beiden Studien sind die Zahlen ausgeprägt und ein Behandlungseffekt ersichtlich. Behrens und Langer (2006) definieren die Odd's Ratio als eine Beschreibung der Chance, dass die Teilnehmer der Interventionsgruppe ein Ereignis erleiden, verglichen mit der Chance, dass Teilnehmer aus der Kontrollgruppe dieses Ereignis erleiden. Bei selten auftretenden Ereignissen ist die Odd's Ratio eine gute Schätzung für das relative Risiko, welches das Verhältnis der Inzidenz in der Interventionsgruppe zur Inzidenz in der Kontrollgruppe angibt (Behrens & Langer, 2006). Die drei Studien mit der ungenügenden Aussagekraft (Ryding et al., 2004; Selkirk et al., 2006; Wiggins et al., 2005) können nur einen teilweisen bis gar keinen Behandlungseffekt vorweisen und somit sind auch die statistischen Zahlen nur

teilweise bis gar nicht ausgeprägt. Selkirk et al. (2006) geben die Mittelwerte und Standardabweichungen in Tabellen an, jedoch stimmen die Mittelwerte dieser Tabelle nicht mit den Werten, die im Text stehen, überein. Ryding et al. (2004) geben den Median an, aber der Behandlungseffekt ist, wie bei Wiggins et al. (2005), nicht ausgeprägt. Wiggins et al. (2005) geben in ihrer Studie den Behandlungseffekt mit dem relativen Risiko an und ergänzen dieses im Text mit Prozent-Zahlen.

Ob es wahrscheinlich ist, dass die gewonnenen Werte der Messungen nicht auf Zufall zurückzuführen sind, wird statistisch getestet und mit dem p-Wert angegeben. Diese Angabe ist von sehr grosser Bedeutung für die gesamte Aussagekraft. Die Ergebnisse werden als statistisch signifikant angegeben, wenn man mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit sagen kann, dass die Ergebnisse nicht auf Zufall zurückzuführen sind, also der p-Wert kleiner als 0.05 ist. Der p-Wert kann aber willkürlich festgelegt werden. (Behrens & Langer, 2006) In den Studien von Heh und Fu (2003), Heh et al. (2008) und Tezel und Gözümlü (2006) sind die p-Werte alle unter 0.05 und das Konfidenzintervall ist mit 95% angegeben. Hingegen geben Wiggins et al. (2005) zwar ein Konfidenzintervall von 95% an, es werden aber keine p-Werte angegeben. Das Konfidenzintervall der Studie gibt an, wie präzise das Ergebnis der Studie geschätzt wurde. Ein Konfidenzintervall von 95% bedeutet wie eine Wahrscheinlichkeit von 95% Prozent, dass der wahre Wert innerhalb dieses Intervalls liegt. Bei Gamble et al. (2005) und Dennis (2003) liegen die p-Werte unter 0.05 bei einem Konfidenzintervall von 95%. In beiden Studien wurden noch andere Variablen wie Stress, Angst, Einsamkeit und Selbstwertgefühl gemessen. Diese Ergebnisse sind wahrscheinlich auf Zufall zurückzuführen, da die p-Werte über 0.05 liegen. Bei Ryding et al. (2004) und Selkirk et al. (2006) kann nicht ausgesagt werden, ob die Ergebnisse präzise sind, da keine Konfidenzintervalle angegeben sind. Daher ist es auch, obwohl einige p-Werte unter 0.05 liegen, unklar, inwiefern die Ergebnisse auf Zufall zurückzuführen sind.

Nach der Prüfung der Glaubwürdigkeit und Aussagekraft aller Studien lässt sich sagen, dass Wiggins et al. (2005), Selkirk et al. (2006) und Ryding et al. (2004) weder glaubwürdige noch aussagekräftige Ergebnisse aufweisen. Daher können diese Ergebnisse auch nicht auf andere Patienten angewendet werden. Tezel und Gözümlü (2006) konnten in ihrer Studie positive und aussagekräftige Ergebnisse ihrer Interventionen aufzeigen, doch die Glaubwürdigkeit ihrer Studie genügt nicht, um die Ergebnisse zu übertragen. Die vier Studien von Gamble et al. (2005), Dennis (2003), Heh und Fu (2003) und Heh et al. (2008) sind sowohl glaubwürdig wie auch aussagekräftig, denn ihre Qualität in den beiden Bereichen reicht von genü-

gend bis ausgezeichnet. Dennoch sind die Ergebnisse bei Heh und Fu (2003) und Heh et al. (2008) nicht vollkommen übertragbar. In diesen Studien wurden die Einschlusskriterien verheiratet, erste Geburt und Alter zwischen 20 und 35 gewählt, welche nicht auf alle Frauen zutreffen. Die Autoren führen jedoch mit Informationsbroschüren und Körperübungen einfache Interventionen durch, welche durchaus übertragbar sind, obwohl durch die Einschlusskriterien keine 100-prozentige Übertragbarkeit gegeben ist. Heh und Fu (2003) wie auch Het et al. (2008) äussern in ihren Diskussionsteilen, dass sich ihrer Meinung nach die geringen Kosten bei dem positiven Effekt lohnen würden. Auch Gamble et al. (2005) schliessen nur bestimmte Populationen von Frauen ein, nämlich jene Frauen, die Symptome des posttraumatischen Stresses aufweisen. Hier ist die Übertragbarkeit nicht ohne weiteres gegeben. Die Autoren untersuchen eine Intervention, die spezifisches Wissen und Techniken der Gesprächsführung auf Seiten der Hebamme, beziehungsweise Pflegenden, erfordern. Daher braucht es gewisse Voraussetzungen, um die Resultate dieser Studien übertragbar zu machen. Auch bei der Intervention von Dennis (2003), deren Resultate als übertragbar beurteilt wurden, gilt die Voraussetzung, dass ehemals betroffene Frauen gefunden werden, die bereit sind, ihre Erfahrungen zu teilen.

5.3 Kritische Würdigung

Um die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit zu beantworten, wurde das Design einer systematischen Literaturübersicht gewählt. Die Suche erfolgte in den pflegespezifischen Datenbanken Pubmed, Cinahl und Cochrane und in der themenspezifischen Datenbank PsycInfo. Die Triangulation der Datenquellen hätte erhöht werden können, indem andere spezifische Datenbanken wie Embase hinzugezogen worden wären, um mehr relevante Resultate zu finden.

Es wurde nur die Literatur verwendet, die frei zugänglich ist. Eine Handsuche wurde nicht durchgeführt, so hätten jedoch mehr relevante Resultate gefunden werden können.

Die Suche erfolgte systematisch und über einen längeren Zeitraum von mehr als fünf Monaten (Mitte August 2008 bis Ende Januar 2009). Die Suchstrategie ist detailliert und transparent beschrieben, was die Vertrauenswürdigkeit und Nachvollziehbarkeit der Arbeit erhöht. Die Suchbegriffe waren angemessen und so konnten Studien gefunden werden, welche Antwort auf die Forschungsfrage der vorliegenden Literaturübersicht geben. Andere und ergänzende Suchbegriffe hätten zu anderen Ergebnissen geführt.

Die Sprachlimiten deutsch und englisch wurden vor der Suche festgelegt. Die acht bearbeiteten Studien wurden alle in englischer Sprache publiziert. Es sind Sprachbias möglich, da

diese Sprache nicht die Muttersprache der Autorin der vorliegenden Arbeit ist. Durch die Einschränkung der Sprache und durch die Einschränkung des Zeitraumes auf sechs Jahre (Januar 2003 bis Januar 2009) konnten möglicherweise nicht alle publizierten Studien gefunden werden. Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden für die Fragestellung angemessen gewählt und transparent dargestellt. Andere Ein- und Ausschlusskriterien hätten zu anderen Ergebnissen geführt.

Die acht bearbeiteten randomisiert kontrollierten Studien konnten anhand der Evidenzstufenskala von Stetler et al (1998, in LoBiondo-Wood & Haber, 2005) problemlos eingeschätzt werden. Alle Studien wurden anhand einer Tabelle zusammengefasst und diese Zusammenfassungen sind transparent im Anhang zu finden.

Um die Qualität der Studien angemessen zu beurteilen wurde darauf geachtet, dass passende Beurteilungsbögen gewählt wurden. Alle Studien wurden mit dem Beurteilungsbogen für Interventionsstudien von Behrens und Langer (2004) beurteilt. Um die Qualitätsbeurteilung transparenter zu machen und die Studien zu vergleichen, wurde ein Punktesystem mit Benotung erstellt. Das Beurteilungssystem wurde nicht auf seine Validität und Reliabilität hin geprüft, daher sind Fehler in der Qualitätsbeurteilung möglich.

Um Plagiate zu vermeiden, wurden Zitate und Literaturangaben korrekt beschrieben.

Die ethischen Aspekte der Studien wurden überprüft und diskutiert. Die eingeschlossenen Studien weisen alle einen informed consent der Teilnehmerinnen auf. Die Zustimmung mindestens einer Ethikkommission lag bei fünf Studien vor, bei einer Studie lang die Zustimmung der Direktion des Spitals und bei einer Studie die Zustimmung eines Forschungsinstituts vor. Nur in einer Studie ist keine Ethikkommission beschrieben. Trotzdem wurden diese Studien aufgrund ihrer Resultate in die Analyse miteinbezogen.

Die Autorin der vorliegenden Arbeit konnte die Resultate der Studien nur oberflächlich analysieren und beurteilen, da sie nur über Grundlagenwissen zu Statistik verfügt. Dennoch konnten die einbezogenen Studien aktuelles Wissen zur Beantwortung der Forschungsfrage zur Verfügung stellen. Die Resultate aus den Studien wurden in zwei Konzepten dargestellt und auch innerhalb dieser Konzepte diskutiert.

Im theoretischen Rahmen wurden alle relevanten Aspekte der Fragestellung erläutert und in der Diskussion wurden diese mit den Resultaten aus den bearbeiteten Studien diskutiert.

Die Studien wurden in verschiedenen Ländern durchgeführt, dennoch kann man annehmen, dass die Ergebnisse für eine gleiche Patientengruppe im Wochenbett, sofern es die Qualität der Studie zulässt, auch für die Schweiz teilweise übertragbar sind. Die kulturellen Hintergründe und die daraus resultierenden unterschiedlichen Mutterrollen und soziale Umfeld

sollten jedoch nicht ausser Acht gelassen werden. Aufgrund der stark eingeschränkten Einschlusskriterien in einigen Studien sind die Resultate nur teilweise übertragbar. Der Fokus der Arbeit wurde eingeschränkt, da Studien, in denen Frauen bereits eine Depression in der Schwangerschaft entwickelt haben, nicht einbezogen wurden. Diese hätten eventuell weitere Erkenntnisse bieten können um die Forschungsfrage zu beantworten.

Die Rückmeldungen der Begleitperson und der Mitstudierenden wurden zur Kenntnis genommen und nach Möglichkeit integriert.

6 Schlussfolgerungen

In acht randomisiert kontrollierten Studien wurden präventive Pflegeinterventionen im Wochenbett gegen postpartale Depression (PPD) beschrieben. Counseling wird in einer qualitativ zufriedenstellenden Studie (Gamble et al., 2005) als signifikant präventive Pflegeintervention gegen eine PPD beschrieben. Informative Unterstützung (Heh und Fu, 2003), körperliche Übungen (Heh et al., 2008) und telefonische Unterstützung durch ehemals betroffene Mütter (Dennis, 2003) werden in qualitativ zufriedenstellenden bis guten Studien als postpartale Unterstützungsinterventionen beschrieben, die eine signifikant präventive Wirkung im Wochenbett aufweisen.

Weitere Counseling- und Debriefinginterventionen, welche in zwei qualitativ ungenügenden Studien beschrieben sind (Selkirk et al., 2006; Ryding et al., 2004), bewirkten keine Prävention einer PPD. Pflegeinterventionen nach NIC und Problemlösungstraining wurden in einer qualitativ ungenügenden Studie (Tezel & Gözü, 2006) als signifikant wirksame postpartale Unterstützungsinterventionen beschrieben. Postpartale soziale Unterstützung zeigte in einer Studie von ungenügender Qualität (Wiggins et al., 2005) keine präventive Wirkung gegen eine PPD.

6.1 Empfehlungen für die Pflegepraxis

Die Autorin der vorliegenden Arbeit empfiehlt Weiterbildungen zum Thema postpartale Depression (PPD) für Pflegefachpersonen, die mit Wöchnerinnen arbeiten, denn es ist von grosser Wichtigkeit, dass Pflegefachpersonen über das Risiko einer PPD Bescheid wissen, es einschätzen und präventive Interventionen anwenden können. Die Pflegefachpersonen haben im Wochenbett am meisten Kontakt zu Müttern in der postpartalen Periode und können daher als erste postpartale psychische Veränderungen erkennen (Leahy-Warren & McCarthy, 2007). Daher brauchen Pflegefachpersonen Wissen über die postpartale Depression (PPD) und ihre Symptome, damit die PPD früh erfasst werden kann (Tezel & Gözü, 2006) und eine umfassende Anamnese durchgeführt werden kann. Ein Assessment mit dem EPDS gehört zu einer umfassenden Anamnese und soll bei allen Frauen im Wochenbett erfolgen. Wird eine Frau mit potenziellem Risiko für eine PPD erkannt, muss es klare Leitlinien und Standards geben, wie die Pflegefachperson vorzugehen haben und welche anderen Disziplinen mitwirken, denn ein Assessment ist nur dann sinnvoll, wenn die Erkenntnisse auch Konsequenzen haben und Interventionen abgeleitet werden.

Die Pflegeplanung kann auf der Grundlage des Pflegemodells von Friedemann (2003) gemacht werden, denn jede Geburt hat Einfluss auf die gesamte Familie. Die Familie gibt den Angehörigen durch emotionale Bindung ein Gefühl der Zugehörigkeit und unterstützt die persönlichen Entwicklungen durch ihre vorhandenen und potenziellen Fähigkeiten (Friedemann, 2003). Daher ist es die Aufgabe der Pflegefachperson, die Familie zu beraten und Aufklärung sowie Informationen über die Veränderungen nach der Geburt allen Familienmitgliedern zu geben, damit sich das Gleichgewicht der Familie reguliert und sie gesund bleibt.

Die Möglichkeit zu Gesprächen sollte für jede Wöchnerin gegeben sein und bewusst in die Pflegeplanung aufgenommen werden, da es die Aufgabe der Pflegefachperson ist, die Frauen über Stimmungsschwankungen und Veränderungen nach der Geburt zu informieren.

Validierte Informationsbroschüren in verschiedenen Sprachen sollen entwickelt und an jede Frau nach der Geburt abgegeben werden, denn Heh und Fu (2003) zeigten die signifikant positive Wirkung von Informationsbroschüren auf die Reduktion von PPD-Symptomen. Jede Frau soll wissen, dass Stimmungsschwankungen in den ersten Tagen normal sind, aber sie soll auch wissen an wen sie sich wenden kann, wenn die Stimmungsschwankungen nicht verschwinden, denn viele Frauen stehen durch gesellschaftliche Vorgaben und die eigenen hohen Erwartungen enorm unter Druck. Den Frauen fehlen die Bewusstheit und das Wissen, dass die Erholung Zeit und Energie braucht. Daher sollen die Definition einer PPD, Ursachen, Symptome, Erfassung und Therapie einer PPD und mögliche Unterstützungsangebote Inhalt der Informationsbroschüren sein.

Eine traumatisch erlebte Geburt kann bei Frauen Gefühle des Versagens oder einen Schock auslösen, was die Entstehung einer PPD begünstigen kann. Dieses Risiko müssen Pflegefachpersonen im Wochenbett kennen und mit Gesprächen intervenieren können, denn Debriefing- und Counselinginterventionen zeigten eine signifikant präventive Wirkung bei Frauen mit Risiko für posttraumatischen Stress (Gamble et al., 2005). Um Gespräche über die Geburt führen zu können setzt es die Beherrschung von Kommunikationsfähigkeiten voraus. Die Gespräche beinhalten den Ablauf der Geburt und die damit verbundenen Gefühle. Obwohl für die Interventionen nur bei den Frauen mit Risiko für posttraumatischen Stress eine Evidenz vorliegt und die Interventionen daher nicht für alle Frauen empfehlenswert sind, äusserten die Teilnehmerinnen der Studie, dass ihnen die Interventionen gut taten. Daher ist die Autorin der vorliegenden Arbeit der Meinung, dass Frauen, die über das Erleben

der Geburt sprechen möchten, diese Möglichkeit erhalten sollen. Dabei ist eine intensive Zusammenarbeit der Pflegefachperson mit den betreuenden Hebammen unerlässlich.

Eine gute Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Team ist von grosser Bedeutung, denn nach der Geburt steht die Frau meist in Kontakt zu verschiedenen Fachpersonen und Fachstellen, wie beispielsweise Gynäkologe, Hebamme, Stillberatung, Mutter-Kindberatung, Spitex und Fachpersonen für Rückbildungsturnen. Alle diese Disziplinen haben, wenn die Frau wieder zuhause ist, ebenfalls die Möglichkeit mit Frauen die ein Risiko für eine PPD in Kontakt zu kommen und präventive Interventionen durchzuführen. Daher ist es enorm wichtig, dass diese Disziplinen über Wissen zur PPD verfügen. Bei Frauen, bei denen ein erhöhtes Risiko erfasst wurde, gehört es zur Austrittsplanung, diese Disziplinen zu sensibilisieren. Eine Pflegefachperson muss wissen, welche Unterstützung eine Frau nach dem Austritt erwartet, denn ein Mangel an Unterstützung kann eine Ursache für eine PPD sein.

Die Pflegefachperson im frühen Wochenbett und die Stillberaterin müssen sich fundiertes Wissen und viel Sensibilität aneignen, da gerade das Stillen ein enormer Druck für die Frau und ein Risiko für eine PPD darstellen kann. Die Gesellschaft vermittelt den Frauen, dass Stillen machbar sei und daher ist es die Aufgabe der Pflegefachperson den Frauen diesen Druck durch Aufklärung und Informationen im Gespräch zu nehmen.

Pflegefachpersonen sollen wissen, dass sich das Körperbild und die Rolle der Frau durch die Geburt verändert und der Körper von vielen Frauen nach der Geburt als unangenehm und unattraktiv empfunden wird. Die Studienergebnisse von Heh et al. (2008) zeigten, dass Körperübungen PPD-Symptome signifikant reduzieren, daher soll jede Pflegefachperson den Wöchnerinnen körperliche Aktivitäten empfehlen und die Wöchnerinnen über deren Wirkung informieren. Die Pflegefachperson kann die Wöchnerin in Zusammenarbeit mit einer Fachperson für Rückbildungsgymnastik oder der Physiotherapie anleiten und motivieren. Die Aktivitäten sollen mit der Wöchnerin sowohl für den Spitalaufenthalt, als auch für die Zeit nach dem Austritt geplant werden. Zur Austrittsplanung gehört, dass die Frauen zur Teilnahme an körperlichen Aktivitäten ermutigt werden und die Frauen Informationen zu verschiedenen Angeboten in ihrer Umgebung erhalten.

Telefonische Unterstützung durch ehemals betroffene Frauen (Dennis, 2003) bewirkte eine signifikante Reduktion der PPD-Symptome. Die ehemals betroffenen Frauen gaben den Teilnehmerinnen das Gefühl von emotionaler, informativer und wertschätzenden Unterstüt-

zung, Verständnis, Wahrhaftigkeit und bewirkten einen positiven Gesundheitseffekt (Dennis, 2003). Aus diesem Resultat schliesst die Autorin der vorliegenden Arbeit, dass auch Selbsthilfegruppen eine mögliche Senkung der PPD-Symptome bewirken können und Pflegende die Aufgabe haben, die Frauen im Wochenbett über Selbsthilfegruppen in ihrer Umgebung zu informieren.

Pflegefachpersonen können ehemals betroffene Frauen im Sinne der Laienpflege zum Krankheitsbild der PPD und Kommunikationstechniken schulen. Die betroffenen Frauen sollen bei der postpartalen Unterstützung, die sie Wöchnerinnen bieten, durch Pflegefachpersonen angeleitet und begleitet werden.

6.2 Empfehlungen für die Pflegeausbildung

Das Thema postpartale Depression (PPD) muss Inhalt der Pflegeausbildung sein und die Studierenden müssen wissenschaftlich fundiertes Wissen erhalten, um die Symptome zu erkennen, frühzeitig intervenieren zu können und den Wöchnerinnen gute Informationen und Aufklärung zu bieten.

Kommunikation zum Aufbau einer Pflegebeziehung ist die Grundlage für jedes Assessment und jede Intervention. Kommunikationsfähigkeiten müssen bereits in der Ausbildung trainiert werden, denn besonders bei Erkrankungen mit multifaktoriellen Ursachen wie der PPD ist es wichtig, durch Anamnesegespräche mit Assessment die individuellen Ursachen und Risiken zu erkennen, um zu reagieren. Stress, Stressbewältigung, Krise und deren grosse Auswirkung auf die Gesundheit sind bereits Themen in der Pflegeausbildung und sollten weiter Inhalt bleiben, da sie oftmals Ursachen oder Auslöser für eine psychische Erkrankung sein können.

Prävention ist ein wichtiger und unerlässlicher Inhalt der Pflegeausbildung, denn die vorliegende Arbeit zeigt auf, dass präventive Pflegeinterventionen in vielen Fällen das Risiko einer PPD senken. Durch die Pflegeforschung von Beginn der Ausbildung an lernen die Studierenden, durch evidenzbasierte präventive Interventionen die Pflege transparent zu machen und eine Professionalisierung des Berufes anzustreben.

6.3 Empfehlungen für die Pflegeforschung

Die Qualität der randomisiert kontrollierten Versuche (RCT) über Counseling oder Debriefing von Ryding et al. (2004) und Selkirk et al. (2006) wurde als ungenügend beurteilt, sowie keine signifikanten Wirkungen auf die Symptome der PPD nachgewiesen wurden. Deshalb sind weitere methodologisch gut durchgeführte RCTs notwendig, um eine klare Aussage über die Wirkung von Counseling oder Debriefing zu machen.

Es braucht weitere qualitativ gut durchgeführte RCTs um die präventive Wirkung von postpartaler Unterstützung bei sozial benachteiligten Frauen zu beweisen, da die Studie von Wiggins et al. (2005) weder von guter Qualität ist, noch eine positive Wirkung nachgewiesen werden konnte.

Obwohl Tezel und Gözümlü (2006) eine positive Wirkung von Pflegeinterventionen nach NIC auf der Grundlage der Pflegediagnosen nach NANDA und eine positive Wirkung von Problemlösetraining aufzeigen konnten, sind diese Resultate unglaubwürdig. Es ist wohl erwähnt, dass 13 Pflegediagnosen nach NANDA gestellt wurden, es jedoch unklar ist, welche dies sind. Daher braucht es weitere Forschung mit qualitativ gut durchgeführten RCTs, um die Evidenz von einzelnen präventiven Pflegediagnosen und deren Interventionen nachzuweisen. Auch qualitativ gut durchgeführte RCTs, welche die präventive Wirkung von Problemlösetraining untersuchen, sollten noch gemacht werden, da diese Intervention zwar eine Wirkung zeigte, jedoch die Studie als unglaubwürdig beurteilt wurde.

In allen bearbeiteten Studien wurden die präventiven Interventionen ausschliesslich mit den Frauen durchgeführt, ohne ihr soziales Umfeld, ihre Familie oder den Partner einzubeziehen. Da die soziale Unterstützung eine wichtige Rolle bei der Entstehung einer PPD spielt, findet es die Autorin der vorliegenden Arbeit unerlässlich, dass weitere Untersuchungen zu präventiven Pflegeinterventionen zur Unterstützung der Familie und in Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld durchgeführt werden.

7 Literaturverzeichnis

Aguilera, D.C. (2000). *Krisenintervention Grundlagen, Methoden, Anwendung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Altgeld, T. & Kolip, P. (2004). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.), *Lehrbuch für Prävention und Gesundheitsförderung* (S.41-51). Bern: Verlag Hans Huber.

AskOxford: free online dictionary resources from Oxford University Press. (2009). *Compact Oxford English Dictionary*. [Elektronische Version]. Gefunden am 10.5.09 unter http://www.askoxford.com/concise_oed/counsel?view=uk.

Beck, M. & Knoth, S. (2003). Nachbetreuung von Wöchnerinnen. *Pflege*, 16, 265-272.

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

Behrens, J. & Langer, G. (2006). *Evidence-based Nursing and Caring*. Bern: Verlag Hans Huber.

Bundesamt für Gesundheit. (2005). *Prävention*. [Elektronische Version]. Gefunden am 17.4.2008 unter <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00598/index.html?lang=de>.

Cignacco, E. (Hrsg.). (2006). *Hebammenarbeit*. Bern: Verlag Hans Huber.

Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression - development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 150, S.782-786.

Dennis, C.-L. (2003). The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry*. 48(2), S.115-124.

Dimdi - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2007). *ICD-10 – Internationale Klassifikationen der Krankheiten*. [Elektronische Version]. Gefunden am 29.3.2008 unter <http://www.dimdi.de/static/de/index.html>.

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., Geissler-Murr, A. C. (2002). *Pflegediagnosen und Massnahmen*. Bern: Verlag Hans Huber.

Ebeling, M. (2005). Psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen im Wochenbett. In Geist, C., Harder, U., Stiefel, A., *Hebammenkunde* (S.522-530). Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Eyholzer, C. (2006). *Mutter Seelen Allein – Die häufigsten psychischen Störungen im Wochenbett mit dem Schwerpunkt Postpartale Depression*. Unpublizierte Diplomarbeit. Hebammenschule, Bern.

Friedemann, M.-L. & Köhlen, C. (2003). *Familien- und umweltbezogene Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber.

Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M. & Dickson, P. (2005). Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*. 32(1), S.11-19.

Goerke, K. & Bazlen U. (Hrsg.). (1998). *Pflege konkret – Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.

Hung, C.-H. & Chung, H.-H. (2001). The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *Journal of Advanced Nursing*, 36(5), 676-684.

Heh, S.-S. & Fu, Y.-Y. (2003). Effectiveness of informational support in reducing the severity of postnatal depression in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*. 42(1), S.30-36.

Heh, S.-S., Huang, L.-H., Ho, S.-M., Fu, Y.-Y. & Wang, L.-L. (2008). Effectiveness of an exercise support program in reducing the severity of postnatal depression in taiwanese women. *Birth*. 35(1), S.60-65.

Howard, M., Battle, C. L., Pearlstein, T. & Rosene-Montella, K. (2006). A psychiatric mother-baby day hospital for pregnant and postpartum women. *Archives of Women's Mental Health*. 9, S. 213-218.

Institut für Pflegewissenschaften der Universität Basel. (2003). *Die Pflege als Beruf*. [Elektronische Version]. Gefunden am 1.5.2008 unter <http://nursing.unibas.ch/ins/deut/stellungnahmen/headlines/inhalte/inhalt-4.html>.

Schweizerische Eidgenossenschaft. *Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2009)*. [Elektronische Version]. Gefunden am: 10. Mai 2009 unter: http://www.admin.ch/ch/d/sr/c832_10.html.

Leahy-Warren & McCarthy. (2007). Postnatal Depression: Prevalence, Mother's Perspectives, and Treatments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(2), 91-100.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung – Methoden, Bewertung, Anwendung*. (2. Auflage). München: Urban und Fischer.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B.P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Rat des Internationalen Hebammenverbandes (ICM). (2005). *Definition der Hebamme*. gefunden am 19.4.2008 unter http://www.hebamme.ch/x_dnld/doku/berufsdefinitiond.pdf.

Ryding, E. L., Wirén, E., Johannsson, G., Ceder, B. & Dahlström A.-M. (2004). Group counseling for mothers after emergency section: a randomized controlled trial of intervention. *Birth*. 31(4), S.247-253.

Salis, B. (2007). *Psychische Störungen im Wochenbett*. München: Elsevier GmbH.

Sanders, L. B. (2006). Assessing and Managing Women with Depression: A Midwifery Perspective. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 51, S. 185-192.

Schmid, M. (2007). *Tätigkeitserfassung der freipraktizierenden Hebammen der Schweiz*.

[Elektronische Version]. Gefunden am 19.4.2008 unter

http://www.hebamme.ch/x_dnld/stat/Statistikbericht_2006_d.pdf.

Selkirk, R., McLaren, S., Ollerenshaw, A., McLachlan A. J. & Moten, J. (2006). The longitudinal effects of midwife-led postnatal debriefing on the psychological health of mothers.

Journal of Reproductive and Infant Psychology. 24(2), S.133-147.

Ströbel A. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. In Hurrel-

mann/Klotz/Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch für Prävention und Gesundheitsförderung* (S.243-253). Bern: Verlag Hans Huber.

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, S.64-73.

Vieten, J. (ohne Datum). Becks Depressions Inventar [Elektronische Version]. *Psychiatrie und Psychotherapie*. Gefunden am 2.5.2009 unter

http://www.drvieten.de/media/pdf/vieten_bpi.pdf.

WHO/Europa. *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. (2006). [Elektronische Version].

Gefunden am 1.5.2008 unter

http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German.

Wicki, W. (1997). *Übergänge im Leben der Familie*. Bern: Verlag Hans Huber.

Wiggins, M., Oakley, A., Roberts, I., Turner, H., Rajan, L., Austerberry, H. et al. (2005).

Postnatal support for mothers living in disadvantaged inner city areas: a randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 59, S.288-295.

Wimmer-Puchinger/Riecher-Rössler (Hrsg.). (2006). *Postpartale Depression – von der Forschung zur Praxis*. Wien: Springer-Verlag.

8 Anhang

Anhangsverzeichnis

Anhang A: Suchstrategie

Anhang B: Ausgeschlossene Studien

Anhang C: Zusammenfassungen der Studien

Anhang D: Messinstrumente

Anhang E: Beurteilungsbögen

Anhang F: Evidenzstufeneinteilung

Anhang A: Suchstrategie

Datenbank	Suchbegriffe und Kombinationen	Treffer	1. Auswahl	Mehrfachnennungen	Doppel-funde	bestellte Studien
Pubmed	#1 Postpartum Depression [Mesh]	1847				
	#2 Postnatal Care [Mesh]	2839				
	#3 Nursing Process [Mesh]	62422				
	#4 Postpartum Period [Mesh]	40464				
	#5 Midwifery [Mesh]	11230				
	#6 nursing interventions	13570				
	#7 prevent*	1268059				
	#8 (#2 OR #3 OR #5 OR #6)	84545				
Suchen mit Limits ¹⁾						
1	#1 AND #4 AND #7 AND #8	8	0	/	/	0
2	#1 AND #7 AND #8	96	10	/	/	10
3	#1 AND #8	224	13	9	/	2
Cochrane Library	#1 Postpartum Depression [Mesh]	158				
	#2 Postnatal Care [Mesh]	225				
	#3 Nursing Process [Mesh]	1552				
	#4 Postpartum Period [Mesh]	759				
	#5 Midwifery [Mesh]	196				
	#6 nursing interventions	7904				
	#7 prevent*	90805				
	#8 (#2 OR #3 OR #5 OR #6)	9047				
Suchen mit Limits ¹⁾						
4	#1 AND #4 AND #7 AND #8	0	0	/	/	0
5	#1 AND #7 AND #8	26	10	/	9	2
6	#1 AND #8	40	12	9	10 ²⁾	1
Cinahl	#1 Postpartum Depression [Mesh]	1586				
	#2 Postnatal Care [Mesh]	1755				
	#3 Nursing Process [Mesh]	2077				
	#4 postpartum period	644				
	#5 Midwifery [Mesh]	7613				
	#6 Nursing Interventions [Mesh]	3313				
	#7 prevent*	216269				
	#8 (#2 OR #3 OR #5 OR #6)	14415				
Suchen mit Limits ¹⁾						
7	#1 AND #4 AND #7 AND #8	0	/	/	/	/
8	#1 AND #7 AND #8	32	2	/	2	0
9	#1 AND #8	74	2	2	2 ³⁾	0
PsycInfo	#1 Postpartum Depression [Mesh]	1931				
	#2 postnatal care	69				
	#3 nursing process	124				
	#4 postpartum period	813				
	#5 Midwifery [Mesh]	357				
	#6 nursing interventions	580				
	#7 prevent*	92714				
	#8 (#2 OR #3 OR #5 OR #6)	1112				
Suchen mit Limits ¹⁾						
10	#1 AND #4 AND #7 AND #8	1	0	/	/	0
11	#1 AND #7 AND #8	1	0	/	/	0
12	#1 AND #8	12	3	0	2	1

¹⁾ Zeitraum Januar 2003 bis Januar 2009, Sprachen Deutsch und Englisch

²⁾ 8 Mehrfachnennungen sind auch Doppelfunde

³⁾ Beide Mehrfachnennungen sind auch Doppelfunde

Anhang B: Ausgeschlossenen Studien

Studien	Ausschlussgrund
<u>Armstrong 2004</u> The effectiveness of a pram-walking exercise programme in reducing depressive symptomatology for postnatal women	Mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen waren unter Behandlung mit Antidepressiva.
<u>Dennis 2004</u> Preventing postpartum depression part 2: a critical review of nonbiological interventions	Es besteht eine mangelnde Relevanz zur Fragestellung. Von den 30 verwendeten RCT in der Review sind sieben RCTs relevant zur Fragestellung der vorliegenden Diplomarbeit, sie sind jedoch vor 2003 erschienen. Die restlichen 23 Studien können aufgrund der Ausschlusskriterien oder der mangelnden Relevanz zur Fragestellung ausgeschlossen werden.
<u>Dennis 2004</u> Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression	Von den 15 verwendeten RCT in der Review sind sechs RCTs relevant zur Fragestellung der vorliegenden Diplomarbeit, doch nur eine dieser sechs Studien erschien nach 2003. Diese Studie konnte per Schneeballprinzip nicht gefunden werden. Die restlichen neun Studien können aufgrund der Ausschlusskriterien oder der mangelnden Relevanz zur Fragestellung ausgeschlossen werden.
<u>Dennis 2008</u> A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period	Nur eine Studie der 14 verwendeten Studien in der Review behandelte die Prävention von postpartaler Depression. Dieser Pilot-RCT wurde in der systematischen Suche der vorliegenden Diplomarbeit gefunden und verwendet.
<u>Hagan 2004</u> Preventing postnatal depression in mothers of very preterm infants: a randomised controlled trial	Bei einigen Teilnehmerinnen der Studie bestand in der Schwangerschaft vor der Teilnahme an der Studie bereits eine Depression.
<u>Lumely 2006</u> PRISM: a community-randomised trial to reduce depression and improve women's physical health six months after birth	Intervention kann schon während der Schwangerschaft durchgeführt werden sein.
<u>Rowan 2007</u> Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: exploring the gap between the evidence and UK policy and practice	Von den 15 verwendeten RCT in der Review sind 5 RCTs relevant zur Fragestellung der vorliegenden Diplomarbeit. 3 dieser RCT wurden in der systematischen Suche dieser Diplomarbeit gefunden und verwendet. Die zwei anderen Studien sind vor 2003 erschienen. Die restlichen 10 Studien können aufgrund der Ausschlusskriterien oder der mangelnden Relevanz zur Fragestellung ausgeschlossen werden.
<u>Tam 2003</u> A randomized controlled trial of educational counselling on the management of women who have suffered suboptimal outcomes in pregnancy	Bei einigen Teilnehmerinnen der Studie bestand bei Teilnahme an der Studie bereits eine Depression.

Anhang C: Zusammenfassungen der Studien

Titel: The effect of Peer Support on Postpartum Depression: A Pilot Randomized Controlled Trial

Quelle: Dennis C.-L. (2003). *Can. J. Psychiatry*. Vol 48, No 2

Ausgangslage, Design, Evidenzgrad, Setting, Sample, Ziel, Hypothese	Datensammlung, Intervention, Messinstrumente, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerungen, Ethik
<p>Ausgangslage: Das Risiko einer PPD steigt bei fehlendem Austausch mit Gleichgesinnten, wenn Vertrauensperson fehlt und bei sozialer Isolation. ♀ mit PPD gaben an, dass es am hilfreichsten sei, mit jemandem zu sprechen, der PPD Erfahrungen habe.</p> <p>Design: Pilot RCT</p> <p>Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998) II</p> <p>Setting: Vancouver, British Columbia (Kanada)</p> <p>Sample:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 501 ♀ zw. 1. Mai 01 und dem 31. Okt. 01 von ambulanten Pflg. rekrutiert mit EPDS gescreent. Von 96 ♀ mit EPDS >9 wurden 33 ♀ ausgeschlossen weil: • Antidepressiva; psych. Erkrankung • in den letzten 12 Mt Psychotherapie • chron. Depression in Vergangenheit • postpartale Psychose <p>Eingeschlossen wurden 42 ♀ (Interventionsgruppe n=20, Kontrollgruppe n=22). Randomisierung erfolgte mittels Nummer in Briefumschlägen. Forscher der Randomisierung war nicht an restl. Forschung beteiligt.</p> <p>Ziel: Das Ziel der Studie war es, den Effekt von Peer Support auf depressive Symptome von Müttern, die ein hohes Risiko für PPD, haben zu evaluieren.</p> <p>Hypothese: Wenn Wöchnerinnen tel. Unterstützung durch Mütter erhalten, welche selbst Erfahrungen mit PPD gemacht haben, verringern sich ihre depressiven Symptome im Vergleich zu Müttern, welche keine unterstützende Intervention erhalten.</p>	<p>Datensammlung: Nach 4 und 8 Wochen Erfassung der depressiven Symptome am Telefon. Nach 2 Monaten Befragung nach Erfahrungen. Während der Studie stieg eine ♀ der Kontrollgruppe aus.</p> <p>Intervention: Beide Gruppen erhielten den herkömmlichen Postpartalen-Pflege-Service Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich eine freiwillige Mutter zugeteilt = Peer-Volunteer. Peer support umfasste Informationen, Feedback und emotionale Unterstützung durch Peer-Volunteer mit eigener Erfahrung mit postpartaler Depression. 19 Peer-Volunteer wurden ausgewählt und nahmen an einer 4-stündigen Trainingssitzung teil und erhielten ein Handbuch. Die Peer-Volunteer nahm nach 48h Kontakt mit der Wöchnerin auf.</p> <p>Messinstrumente: <i>EPDS</i> (0-30) <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (SES) = Selbsteinschätzungsinstrument zum allg. Selbstwertgefühl (10-40) <i>Child-Care Stress Checkliste</i> (CCSC) = Selbsteinschätzungsinstrument zum Stress nach der Geburt (0-20) <i>UCLA Loneliness Scale</i> (LS) (10-40) = Selbsteinschätzungsinstrument zu Gefühlen der Einsamkeit <i>Peer Support Evaluation Inventory</i> (PSEI) = Selbsteinschätzungsinstrument für die Mütter zur Unterstützung der Peer-Volunteer <i>Peer Volunteer Experience Questionnaire</i> (PVEQ) = Selbsteinschätzungsinstrument für die Peer-Volunteer zu ihrer Unterstützung</p> <p>Datenanalyse: Intention-to-treat Analyse durch verblindeten Forscher. Deskriptive Statistik Cronbach's alpha Koeffizient zur Analyse der inneren Konsistenz der Instrumente Intervall Level: t-Test Beziehungen: Pearson's chi-square, Pearson's correlation Odd's ratio und der Konfidenzintervall (CI 95%)</p>	<p>Zwischen den demografischen Daten (Alter, Zivilstand, Ausbildung, Geburtsort, Einkommen, Anzahl Geburten, Art der Geburt) der Gruppe besteht kein Unterschied.</p> <p>Die depressiven Symptome sanken nach 4 ($p=0.02$) und nach 8 Wochen ($p=0.01$) bei den Frauen der Interventionsgruppe signifikant mehr als bei der Kontrollgruppe. Nach 4 Wochen hatten 40.9% der ♀ der Kontrollgruppe einen EPDS >12 im Vergleich zu nur 10% der ♀ der Interventionsgruppe. Nach 8 Wochen waren es 52.4% der ♀ der Kontrollgruppe und 15% der ♀ der Interventionsgruppe deren EPDS >12 war. Die Intervention senkt nach 8 Wochen die depressiven Symptome signifikant (OR=4.7; CI 95%, 0.19-25.46)).</p> <p>Nach 4 Wochen zeigte die EPDS bei der Interventionsgruppe signifikant bessere Werte als bei der Kontrollgruppe ($p=0.008$).</p> <p>Die Werte bei den Messungen bezüglich des Selbstwertgefühls, des Stresses und der Einsamkeit zeigten positive Trends für die Interventionsgruppe, diese waren jedoch nicht signifikant.</p> <p>Zwischen der Anzahl von Kontakten durch die Peer-Volunteer und den depressiven Symptomen konnte kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden.</p> <p>80% der Frauen in der Interventionsgruppe empfanden die Unterstützung durch die Peer-Volunteer als sehr befriedigend. Die Peer-Volunteer gaben das Gefühl von emotionaler, informativer und wertschätzender Unterstützung, Verständnis, Wahrhaftigkeit und hatten einen positiven Gesundheitseffekt.</p> <p>Alle 16 Peer-Volunteers, die den PVEQ ausgefüllt hatten, hatten befriedigende Erfahrungen und würden sich nochmals freiwillig melden.</p>	<p>Diskussion: Weitere, grössere Versuche sind durchzuführen, da die Aussagekraft der Gruppenunterschiede für die Outcomes Selbstwertgefühl, Einsamkeit und Stress zu gering war.</p> <p>Der fehlende Zusammenhang zwischen der Anzahl Anrufe und dem EPDS ist kongruent mit ähnlichen Studien. Dennis (2001) und Israel (1985) berichteten bereits, die Qualität der Gespräche vor der Quantität. Auch könnte es sein, dass das blosses Wissen um die Möglichkeit zu Gesprächen bereits einen positiven Effekt hat.</p> <p>Die Intervention zeigte sowohl auf der Seite der Interventionsgruppe wie auch auf Seitens der Peer-Volunteer sehr befriedigende Erfahrungen.</p> <p>Grössere RCT zum Thema sind nötig, über Zeitraum 6 Mt postpartum mit heterogener Stichprobe.</p> <p>Ethik: Informed consent Ethikkommission gab Einverständnis</p>

Titel: Effectiveness of a Counseling Intervention after a Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial

Autor: Gamble, J. et al. (2005). *BIRTH* 32:1

Ausgangslage, Design, Evidenzgrad, Setting, Sample, Ziel, Hypothese	Datensammlung, Intervention, Messinstrumente, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerungen, Ethik
<p>Ausgangslage: Es gibt mehrere Studien zum Effekt von Counseling auf posttraumatischen Stress oder Depressionen, jedoch mit unterschiedlichen Resultaten. Frauen berichten jedoch überall über positive Erfahrungen mit Counseling.</p> <p>Design: RCT</p> <p>Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998) II</p> <p>Setting: Rekrutierung in drei Geburtskliniken in Brisbane, Australia zwischen April 2001 und Februar 2002</p> <p>Sample: 103 Frauen aus dem Kaukasus und Europa, Durchschnittsalter 28 Jahre</p> <p>Einschlusskriterien: über 18Jahre, im letzten Schwangerschaftstrimester, Lebendgeburt, mit Fähigkeit Interviews und Fragebogen auf Englisch zu beantworten.</p> <p>Ausschlusskriterien: ♀, die eine Totgeburt erwarten</p> <p>Die Einschlusskriterien erfüllten 348 ♀, Von diesen erfüllten 103 nach dem Screening mit dem DSM-IV die Kriterien für eine mögliche posttraumatische Stressstörung (PTSD). Die ♀ wurden randomisiert in eine Interventionsgruppe (n=50) und eine Kontrollgruppe (n=53) geteilt. Die Randomisierung erfolgte mittels PC und anschliessend verschlossenen Briefumschlägen.</p> <p>Ziel: Das Ziel der Studie war es, die Wirkung von einer kurzen Counseling Intervention durch eine Hebamme auf Wöchnerinnen mit einem Risiko für Symptome eines psychologischen Traumas aufzuzeigen.</p>	<p>Datensammlung: Fragebogen zu den Demografischen Informationen, EPDS, DASS-21 und MSSS wurden erhoben. EPDS und MSSS wurden nach 4 bis 6 Wochen erneut gemessen und die anderen Messungen wiederholten sich nach 3 Monaten Nach 4-6 Wochen und 3 Monaten beantworteten die Teilnehmerinnen den MINI-PTSD, ein Interview um Posttraumatischen Stress zu erfassen. Im 1. Follow-up nach 4-6 Wochen antwortete eine Frau der Interventionsgruppe nicht. Sie antwortete aber beim 2. Follow-up nach 3 Monaten.</p> <p>Intervention: Counseling Intervention durch eine Hebamme in den 72h nach der Geburt und 4-6 Wochen danach. Die Dauer der Interventionen betrug je 40-60 Minuten. Die Interventionen basierten auf Diskussionen über die Geburt und enthielten Elemente des Stressdebriefings, mit den Strategien: professionelle Bez. aufbauen, Akzeptanz und Arbeit mit Wahrnehmungen der ♀, Infos über Geburtsverlauf, Verbindung zu Emotionen und Verhalten, Unterstützungsnetzwerk zeigen, Coping stärken, Lösungen entdecken. Die Intervention benötigte keine psychotherapeutischen Fähigkeiten. Die Kontrollgruppe erhielt die postnatale Standardpflege.</p> <p>Messinstrumente: <i>EPDS</i> (0-30) <i>DASS-21</i> (<i>Depression, Anxiety and Stress Scale 21</i>) =Selbsteinschätzung von Erfahrungen zu Depression, Angst und Stress in der letzten Woche (3 Skalen mit Selbstbewertung von 0-3) <i>MSSS</i> (<i>Maternity Social Support Scale</i>) =Messung von sozialer Unterstützung, wenn keine Biografie vorhanden ist (6 Items mit je einer 5-Punkte-Skala) <i>MINI-PTSD</i> (<i>Mini-International Neuropsychiatric</i>) =Strukturiertes diagnostisches Interview zu psychiatrischen Erkrankungen</p> <p>Datenanalyse: Unterschiede zw. Gruppen & Variablen Pearson's correlation und chi square t-Test CI 95%</p>	<p>Die Teilnehmerinnen beider Gruppen zeigten keine signifikante statistische Differenz in den demografischen Charakteristika.</p> <p>Nach 4 -6 Wochen zeigte sich zwischen den Gruppen kein signifikanter Unterschied bezüglich PTDS ($p=0.392$). Nach 3 Monaten jedoch zeigte sich ein positiver Trend bei der Interventionsgruppe, dieser war jedoch nicht signifikant ($p=0.075$). In einem unabhängigen Test zeigte sich in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung der Trauma Symptome nach 3 Monaten ($p=0.035$).</p> <p>Nach 4-6 Wochen hatten 33% der ♀ in der Studie eine EPDS von mehr als 12. Nach 3 Monaten zeigte sich, dass in der Interventionsgruppe die Anzahl ♀ mit einer EPDS über 12 signifikant geringer war als bei der Kontrollgruppe ($p=0.002$). In der Interventionsgruppe hatten 3 ♀ und in der Kontrollgruppe 14 ♀ einen DASS-21 Depressionswert über 13, die Differenz ist signifikant ($p=0.005$). Der DASS-21 Angstwert zeigte keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen. Der DASS-21 Stresswert war bei mehr ♀ in der Kontrollgruppe über 19 als bei der Interventionsgruppe ($p=0.029$).</p> <p>Die Schuldgefühle bei den Frauen in der Interventionsgruppe reduzierten sich signifikant stärker als die der Kontrollgruppe ($p<0.001$) und die Zuversicht für weitere Schwangerschaften war bei der Interventionsgruppe signifikant grösser ($p<0.001$).</p> <p>86% der ♀ in der Interventionsgruppe empfanden das Counseling als sehr hilfreich. 90% der Frauen gaben den Zeitpunkt kurz nach der Geburt als den besten Zeitpunkt für Gespräche über die Geburt an.</p>	<p>Diskussion: Frühere Studien zeigten gemischte Resultate. Ein Grund für die positiven Resultate in dieser Studie kann sein, dass eine klinische Abklärung mit dem DSM-IV stattfand, nur Frauen mit Symptomen des PTSD nahmen teil. In der Studie wurden verschiedene standardisierte Instrumente verwendet, was eine Wiederholung und Vergleiche mit anderen Populationen möglich macht.</p> <p>In der Studie fand keine Doppelverblindung statt. Die psychologischen Messungen könnten die Resultate beeinflusst haben. Es ist keine Generalisierung möglich, da Stichprobe nur aus englischsprachenden ♀ bestand.</p> <p>Weitere Forschungen mit Frauen, anderer Muttersprache sind notwendig & Screenings für Posttraumatischen Stress sollten vor der Geburt durchgeführt werden. Trauma nach der Geburt und allgemeine Trauma sollten in weiteren Forschungen bezüglich der Unterschiede und Parallelen zur PPD untersucht werden. Auch sollten weitere Forschungen zum langfristigen Effekt der Counseling Intervention durchgeführt werden.</p> <p>Hebammen sollten ihr Wissen und ihre Fähigkeiten auf diesem Gebiet verbessern.</p> <p>Ethik: Schriftliche Zustimmung der Teilnehmerinnen Ethikkommission nicht erwähnt</p>

Titel: Effectiveness of informational support in reducing the severity of postnatal depression in Taiwan

Autor: Heh S.-S. & Fu Y.-Y. (2003). Journal of Advanced Nursing. 42(1), 30-36

Ausgangslage, Design, Evidenzgrad, Setting, Sample, Ziel, Hypothese	Datensammlung, Intervention, Messinstrumente, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerungen, Ethik
<p>Ausgangslage: Der positive Effekt von Unterstützung durch Schulung auf die psychische Gesundheit im Wochenbett in einigen Studien genannt. In Taiwan ist PPD ein Tabuthema, gerade deshalb sind gute Infos über die Krankheit notwendig.</p> <p>Design: RCT</p> <p>Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998) II</p> <p>Setting: Zwei Allgemeinspitäler mit einer Geburtsrate von über 1500 Babies pro Jahr. Die Wochenbettpflege ist ähnlich und die Wöchnerinnen bleiben nach einer spontanen Geburt 3 Tage im Spital. (Taiwan)</p> <p>Sample: 500 Frauen erhielten einen Fragebogen mit demografischen Fragen und die EPDS zugeschickt. An der Studie nahmen 70 Frauen teil, welche randomisiert (je nach Datum der Geburt) in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe eingeteilt wurden.</p> <p>Einschlusskriterien: Verheiratete Frauen, erste Geburt, 20-35 Jahre alt, spontane Geburt, gesundes Baby, EPDS von 10 und höher</p> <p>Ausschlusskriterien: postnatale Komplikationen und vorgängige psychiatrische Geschichte</p> <p>Ziel: Das Ziel der Studie war es, die Effektivität von informeller Unterstützung zur Reduktion der EPDS aufzuzeigen.</p> <p>Hypothese: Die experimentelle Gruppe, welche 6 Wochen postpartal informelle Unterstützung erhält hat nach 3 Monaten postpartal eine tiefere EPDS als die Kontrollgruppe.</p>	<p>Datensammlung: Beide Gruppen haben ähnliche demografische Variablen ($p=0.08$). Nach 3 Monaten wurde der EPDS durch einen verblindeten Forscher gemessen (Brief). 100% der Frauen antworteten.</p> <p>Intervention: Die informelle Unterstützung umfasste eine Broschüre mit Informationen über postnatale Depression, welche auf ihre Validität hin geprüft wurde. Die Broschüre wurde nur den Frauen der Interventionsgruppe per Post zugeschickt. Beide Gruppen wurden per Post 3 Monate postpartal aufgefordert ihr Risiko erneut mit der EPDS zu testen. Zusätzlich erhielt die Interventionsgruppe Fragen über die Brauchbarkeit der erhaltenen Informationen. Beide Gruppen erhielten dieselbe postpartale Pflege. Nach der Messung mit der EPDS nach 3 Monaten erhielt die Kontrollgruppe ebenfalls Informationen die PPD.</p> <p>Messinstrumente: EPDS (0-30)</p> <p>Datenanalyse: SPSS Um die Hypothese zu testen wurde eine χ^2 Analyse und ein t-Test gemacht, welche die Veränderungen im EPDS verglichen. CI 95%</p>	<p>Der EPDS sank von den 4 Wochen postpartum bis zu den 3 Monaten in beiden Gruppen signifikant ($p<0.000$). Zwischen den Gruppen zeigte sich aber, dass die Reduktion bei der Interventionsgruppe stärker war ($p=0.02$).</p> <p>Interventionsgruppe: nach 3 Monaten postpartal: 14 von 35 Frauen haben eine Punktzahl von 10 und mehr 33 Frauen hatten einen Score von 1 bis 10, zwei Frauen den gleichen Score wie 6 Wochen postpartal</p> <p>Kontrollgruppe: nach 3 Monaten postpartal: 24 von 35 Frauen haben eine Punktzahl von 10 und mehr 25 Frauen hatten einen Score von 1 bis 10, neun Frauen den gleichen Score wie 6 Wochen postpartal und bei einer Frau hat sich der Score verschlechtert</p> <p>92% der Frauen in der Interventionsgruppe fanden die Informationen sehr hilfreich. Die Mehrheit der Frauen dieser Gruppe wussten vor den Informationen nicht über eine postpartale Depression bescheid.</p>	<p>Diskussion: Die Resultate dieser Studie stützen die Resultate von Nalepka & Coblenz (1995), die sagen, dass Infos über Depressionen in den ersten 6 Wochen nach der Geburt die Symptome effektiv reduzieren können. Hayes & Gantt (1992) erwähnen das Infos das Verständnis der Klienten steigert und einen positiven Effekt darauf haben, wie sie mit Stress umgehen. Verständnis und Erklärungen geben den Frauen im Wochenbett ein höheres psychisches Wohlbefinden (Zauszniewski, 1995). Die kurze Zeit in der eine Wöchnerin im Spital ist, sollte von Pflegenden gut genutzt werden für Informationen und die Identifikation von emotionalen Problemen. Das Risiko für Gesundheitsprobleme nach dem Verlassen des Spitals ist höher, wenn die Frauen zuhause keine Pflege mehr erhalten (Huang & Mathers, 2001). Die Kosten für Informationen sind geringer, als die Kosten für Hausbesuche und Gruppensitzungen bei Müttern mit PPD.</p> <p>Limiten der Studien und Tipps für weitere Forschungen: Kleine Stichprobe-> weitere Forschungen mit grösseren Stichproben, basierend auf Poweranalyse Hawthorne Effekt möglich Querschnittstudie, daher weitere Follow-up's vorteilhaft.</p> <p>Ethik: Die Frauen erhielten am Anfang einen Brief mit den Kriterien und Informationen zur Studie. Diese enthält das Ziel und den Vorgang, sowie die Versicherung, dass beide Gruppen die gleiche medizinische Pflege erhalten. Persönliche Daten wurden vertraulich behandelt. Nach Ende der 3 Monate postpartal erhielt auch die Kontrollgruppe die Informationsbroschüre zu Postpartaler Depression. Studie ist von der Direktion des Spitals genehmigt worden.</p>

Titel: Effectiveness of an Exercise Support Program in Reducing the Severity of Postnatal Depression in Taiwanese Women

Autor: Heh, S.-S. et al. (2008). *BIRTH*. 35:1

Ausgangslage, Design, Evidenzgrad, Setting, Sample, Ziel, Hypothese	Datensammlung, Intervention, Messinstrumente, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerungen, Ethik
<p>Ausgangslage: In einigen Studien wurde der positive Effekt von körperlicher Aktivität auf das psychische Wohlbefinden belegt. Auch zeigte sich eine Verminderung der depressiven Symptome durch körperl. Aktivität bei Frauen stärker als bei Männern. Bisher wurde die Wirkung von körperl. Aktivität auf PPD nicht explizit untersucht.</p> <p>Design: RCT</p> <p>Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998) II</p> <p>Setting: Allgemeinspital in Taipei (Taiwan)</p> <p>Sample: Info von Aug. 02 und Juli 04 per Brief. 400 Frauen wurden in den 4 Monaten postpartal gescreent. 80 ♀ hatten einen EPDS von 10 und mehr und wurden in die Studie aufgenommen. Die ♀ wurden abwechselnd in die Interventions- oder Kontrollgruppe eingeteilt, je 40 TN.</p> <p>Einschlusskriterien: 20-35 Jahre alt, verheiratet, erste Geburt, Spontangeburt, gesundes Kind</p> <p>Ausschlusskriterien: Postnatale Komplikationen, psychiatrische Vorgeschichte</p> <p>Ziel: Ziel der Studie war die Prüfung der Effektivität eines Unterstützungsprogramms mit Körperübungen auf die Reduktion von psychologischer Morbidität nach der Geburt.</p> <p>Hypothese: Frauen, die 4 Wochen postpartal einen EPDS von 10 und mehr haben, können diesen Wert im Vergleich zur Kontrollgruppe durch 3monatige Körperübungen nach 5 Monaten reduzieren.</p>	<p>Datensammlung: Ein Fragebogen mit den demografischen Daten wurde ausgefüllt. 12 Frauen lehnten ihre Teilnahme ab-> Interventionsgruppe n=35, Kontrollgruppe n= 33. Beim Follow-up nach 5 Monaten verliessen zwei ♀ in der Interventionsgruppe und 3 ♀ in der Kontrollgruppe die Studie. Posttest: EPDS-Messungen nach 5 Monaten durch ein verblindetes Forschungsmittglied.</p> <p>Intervention: Interventionsgruppen: 4-6 Frauen, 45minütiges Programm mit Körperübungen und Stretching, sowie 5 Minuten Warm-up und 10 Minuten Cool-down. Die Gruppenübungen fanden einmal wöchentlich im Spital statt und sollten zusätzlich zweimal wöchentlich zuhause mit einer CD durchgeführt werden. Zur Erinnerung wurden die Frauen jede Woche angerufen. Auch die Kontrollgruppe erhielt nach 5 Monaten die Infos zu den Körperübungen. Beide Gruppen erhielten vor der Intervention eine Infobroschüre über postpartale Depression und die Fragebogen zur körperlichen Aktivität.</p> <p>Messinstrumente: EPDS (0-30)</p> <p>Datenanalyse: Statistische Analyse mit SPSS Chi-square und t-test CI 95%</p>	<p>Keine statistisch signifikanten Unterschiede in den demografischen Charakteristika der Gruppen und dem EPDS nach 4 Wochen ($p=0.83$).</p> <p>Nach 5 Monaten hat sich der EPDS beider Gruppen signifikant verbessert ($p=0.000$). Der EPDS der Interventionsgruppe hat sich im Vergleich zur Kontrollgruppe jedoch stärker verbessert ($p=0.01$). 13 von 33 Frauen in der Interventionsgruppe hatten einen EPDS von 10 oder mehr im Vergleich zu 20 von 30 Frauen in der Kontrollgruppe.</p> <p>80% der Frauen in der Interventionsgruppe empfanden die Intervention als sehr hilfreich.</p>	<p>Diskussion: Die körperlichen Veränderungen durch Schwangerschaft und Geburt sind ein Faktor, der das psychische Wohlbefinden von Wöchnerinnen beeinflusst (Hung & Chung, 2001). Nicht nur das körperliche Wohlbefinden wird durch Übungen gesteigert, auch das mentale Wohlbefinden steigt. Die Übungen gemeinsam mit anderen Müttern durchzuführen hat einen positiven Einfluss auf den Umgang mit Stress.</p> <p>Die kurze Aufenthaltsdauer im Spital bietet nur eine kurze Zeit, in der Gesundheitsfachpersonen emotionale Probleme erfassen können. Die Hausbesuche in Taiwan sind routinemässig und nur selten können die Frauen ihre eigenen Bedürfnisse mitteilen. Die Gesundheitsfachpersonen gehen von der Annahme aus, dass die Frauen zuhause genügend Unterstützung durch ihre Familien erhalten. Das entspricht jedoch nicht der Realität. Die Lücke zwischen dem Spitalaufenthalt und dem Check-up 6 Wochen postpartal muss aufgefüllt werden. Der positive Effekt der Intervention ist seine Kosten wert.</p> <p>Schlussfolgerungen: Die kleine Stichprobe gibt grosse Zuversicht für weitere Forschungen mit grösseren Stichproben. Der Hawthorne Effekt könnte das Resultat beeinflusst haben, da die Frauen der Interventionsgruppe eher das Gefühl hatten, dass die Übungen nützen. Gesundheitsfachpersonen sollten um den positiven Effekt von Körperübungen wissen und dieses Wissen auch umsetzen.</p> <p>Ethik: Einverständnis des Forschungsinstituts Studie beeinflusst die medizinische Versorgung der Frauen nicht Informed consent</p>

Titel: Group Counseling for Mothers After Emergency Cesarean Section: A Randomized Controlled Trial of Intervention

Autor: Ryding E. L. et al. (2004). *BIRTH* 31:4

Ausgangslage, Design, Evidenzgrad, Setting, Sample, Ziel, Hypothese	Datensammlung, Intervention, Messinstrumente, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerungen, Ethik
<p>Ausgangslage: Notfallmässige Kaiserschnitte können als traumatisches Erlebnis ein Risiko für PPD darstellen. Es gibt bereits viele RCT zu Counseling nach Stresssituation und nach Geburt, nicht aber Gruppen Counseling nach Kaiserschnitt.</p> <p>Design: RCT</p> <p>Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998): II</p> <p>Setting: Helsingborg Spital in Schweden</p> <p>Sample: Alle Schwedisch-sprechende Frauen nach einer Lebendgeburt durch notfallmässigen Kaiserschnitt zw. April 00 und April 02 <u>Ausschlusskriterien:</u> Frauen, die wegzogen. Von 217 Frauen wurden 162 Frauen eingeschlossen und in eine Kontroll- (n=73) und eine Interventionsgruppe (n=89) eingeteilt. Randomisierung: Frauen, welche an 18 vorher festgelegten Tagen des Monats geboren hatten kamen in Interventionsgruppe</p> <p>Ziel: Ziel der Studie war es, ein Model des Gruppen-Counselings für Mütter nach einem notfallmässigen Kaiserschnitt und seinen möglichen Effekt auf die Geburtserfahrungen, posttraumatischen Stress (PTSD) und postpartale Depressionen zu testen.</p> <p>Hypothese: Frauen, welche an einen Counseling teilnehmen haben weniger Angst vor einer weiteren Geburt, weniger posttraumatische Stressreaktionen und weniger Depression 6 Monate postpartal als Frauen, welche die Standart-Pflege erhalten.</p>	<p>Intervention: Beide Gruppen erhielten einen Besuch durch eine Hebamme und einem Arzt. Nicht immer war ein Gespräch über die Erfahrungen der Geburt möglich. Interventionsgruppe: Die Gruppentreffen fanden alle 2-3 Wochen für 2h statt. Jede Frau sollte die Gelegenheit erhalten, über ihre medizinischen und psychologischen Erfahrungen bei der Geburt zu sprechen und diese mit anderen Frauen zu teilen. Der Gruppenleiter unterstützte die Diskussionen in dem er aufzeigte, wo die Ähnlichkeiten und Unterschiede in den Erfahrungen bestanden und er fasste zum Schluss die Gespräche kurz zusammen. Die Kontrollgruppe hatte nach der Studie, nach 6 Monaten ebenfalls die Möglichkeit sich mit einem Psychologen, einer Hebamme oder einem Gynäkologen in Verbindung zu setzen.</p> <p>Datensammlung: Nach 6 Monaten füllten beide Gruppen einen Fragebogen per Post aus. 92% der Frauen der Interventionsgruppe und 89% der Frauen der Kontrollgruppe schickten den Fragebogen zurück. Intention-to-treat: In der Interventionsgruppe nahmen 25 nicht am Gruppen-Counseling, da sie die Sitzungen nicht bräuchten, sie sich nicht gut fühlten, ihr Kind krank war, 2 Frauen gaben keinen Grund an und 2 Frauen meldeten sich nicht.</p> <p>Messinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>EPDS</i> (0-30) • <i>Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)</i> = Messung der Angst vor einer nächsten Geburt anhand Fragen zur Erfahrung der Geburt (0-100) • <i>Impact of Event Scale (IES)</i> = Messung der Häufigkeit von Symptomen im Zusammenhang mit einem Traumatischen Event (0-75) <p>Datenanalyse: Power 80% d.h. hier min. 100 TN Intention to treat The Mann-Whitney U test und Chi-square zum Datenvergleich der beiden Gruppen</p>	<p>Der EPDS der Frauen beider Gruppen zeigte nach 6 Monaten keinen signifikanten Unterschied ($p=0.1256$). Auch die Messungen Angst vor der nächsten Geburt ($p=0.8160$) posttraumatischen Stresssymptomen bezgl. der Geburt ($p=0.5369$) zeigten keine signifikanten Unterschiede. Zwischen Erst- und Mehrfachgebärenden bestand keine Differenz.</p> <p>Einigen Frauen der Interventionsgruppe nahmen nicht an den Gruppen-Counseling teil ($n=23$). Auch zwischen diesen zeigte sich keine Differenz zu den teilnehmenden Frauen ($n=59$) in der Erfahrung der Geburt (median W-DEQ score 50.3 vs 53.9), den Posttraumatischen Stresssymptomen (median IES score 12.0 vs 10.0) und den Symptomen der PPD (median EPDS score 6.0 vs 7.0).</p> <p>Frauen der Interventionsgruppe berichten über eine bessere mentale Gesundheit als die Frauen der Kontrollgruppe, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant</p>	<p>Diskussion und Schlussfolgerungen: Gründe der Autoren für fehlenden Effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Grund könnte die zu kleine Stichprobe gewesen sein, der Effekt hatte positive Tendenz, bei grössere Stichprobe wäre Effekt sichtbar gewesen • Zweiter Grund, die Messinstrumente waren zu wenig spezifisch • Dritter Grund, die Intervention hat zu wenig Wirkung, die Frauen fühlen sich zwar besser, aber die Wirkung nach 6 Monaten ist zu schwach. • Der falsche Zeitpunkt, nach 1 bis 2 Monaten postpartal ist zu spät, da einige Frauen evtl. PTSD entwickelt haben und daher nicht an Intervention teilnehmen Zeitpunkt zu früh, da Pflege des Baby noch zu viel Zeit in Anspruch nahm für Intervention • Die Gruppengrösse fürs Counseling zu klein gewählt, Frauen hätten lieber noch mehr Austausch gehabt • Einige Frauen hätte gerne den Partner dabeigehabt, er wurde ausgeschlossen • Die Frauen, die nicht an Sitzungen teilnahmen, zeigte im W-DEQ und im IES erhöhte Werte, daher andere Bedürfnisse als Gespräche in der Gruppe • Die Frauen erlebten den Kaiserschnitt nicht als Trauma <p>Group counseling kann eine Brücke zur Behandlung schaffen, wenn Frauen es akzeptieren Weitere Studien sollten weitere Outcomes berücksichtigen, wie die Mutter-Kind-Bindung. Die Interventionen sollten bei den Eltern durchgeführt werden, welche den Notfallkaiserschnitt wirklich als Trauma erlebt haben.</p> <p>Ethik: Ethikkommission genehmigte und informed consent der Frauen</p>

Titel: The longitudinal effect of midwife-led postnatal debriefing on the psychological health of mothers
Autor: Selkirk, R. et al. (2006). *Journal of reproductive and infant psychology*. Vol. 24, No.2, pp. 133-147

Ausgangslage, Design, Evidenzgrad, Setting, Sample, Ziel, Hypothese	Datensammlung, Intervention, Messinstrumente, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerungen, Ethik
<p>Ausgangslage: Bereits bestehen einige Studien zum Effekt von postnatalem Debriefing. Frauen sollen Möglichkeit erhalten, über ihre Erfahrungen während der Geburt zu sprechen. Viele Variablen in Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit sollen gemessen werden.</p> <p>Design: RCT</p> <p>Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998) II</p> <p>Setting: Grosses Regionalspital in Victoria, Australien</p> <p>Sample: 180 Teilnehmerinnen wurden über einen Zeitraum von 3 Monaten rekrutiert. 149 Frauen wurden im letzten Trimester der Schwangerschaft stimmten der Teilnahme zu. Sie wurden fortlaufend nummeriert. Alle ungeraden Zahlen wurden der Interventionsgruppe und alle geraden Zahlen der Kontrollgruppen zugeteilt. Die Medizinischen Dossiers der Frauen der Interventionsgruppe wurden mit Sticker markiert, damit diese vor dem Spitalaustritt das Debriefing haben würden.</p> <p>Ziel: Ziel der Studie war es, einzuschätzen, welchen Effekt postpartum Debriefing durch Hebammen auf die psychische Gesundheit von Müttern hat.</p>	<p>Datensammlung: Die vier Tests bei beiden Gruppen: Prätest 1: vor der Geburt: Background Information Questionnaire, SCL 90-R, DAS, STAI, EPDS Prätest 2: Am 1. oder 2. Tag postpartum: POBS, IIS. Test 3: Nach 1 Monat: EPDS, POBS, STAI, IES. Test 4: Nach 3 Monaten: EPDS, POBS, DAS, IES, STAI, PSI, FAD Follow-up nach 3 Mt: n=111 (Gründe nicht benannt)</p> <p>Intervention: 2-3 Tage nach der Geburt 30-60min. Einzelsitzungen durch eine spezialisierte Hebamme. Mutter kann über den Ablauf, Gedanken und Gefühle rund um die Geburt sprechen. Aufklärung über Beschwerden rund um Geburt. Möglichkeit Fragen zu stellen. Infos zu Institutionen, welche Unterstützung bieten können. Interventionen der Kontrollgruppe nicht beschrieben.</p> <p>Messinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Background Information Questionnaire</i> • <i>Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R)</i> =Messung von psychologischen Symptomen (Wert zeigt den Level der Erkrankung) • <i>Dyadic Adjustment Scale (DAS)</i> =Selbstbeurteilungsinstrument zur Qualität einer Beziehung (je höher, umso höher die Qualität) • <i>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</i> =Messung von Angst (je höher, desto grösser die Angst) • <i>EPDS (0-30)</i> • <i>Perception of Birth Scale (POBS)</i> =Messung der Wahrnehmung von Erlebnissen (je höher desto geringer die Probleme und positiver die Erlebnisse) • <i>Intrapartum Intervention Scale (IIS)</i> =Messung von Interventionen während der Geburt (ja oder nein, hier wenig oder viel Interventionen) • <i>Impact of Events Scale (IES)</i> =Einschätzung von Stressvollen Lebensereignissen (je höher, desto mehr Stress) • <i>Parenting Stress Index Short Form (PSI)</i> =Messung Stress (je höher, desto mehr Stress) • <i>Feedback after Debriefing Questionnaire (FAD)</i> <p>Datenanalyse: Chi-Square Analyse der Demografischen Variablen Split Plot Analysen (ANOVA) der Abweichung Cronbach alpha coefficient Analyse</p>	<p>Die Gruppen zeigten keine Unterschiede in den demografischen Daten ($p>0.05$).</p> <p>Generell zeigten die Ergebnisse der Messungen nach Debriefing keinen Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe.</p> <p>Die Veränderungen in Interventions- und Kontrollgruppe während dem Zeitraum der Studie, sowie die Unterschiede zwischen Frauen, die viel medizinische Behandlung brauchte und derer, die wenig medizinische Behandlung brauchten werden verglichen.</p> <p>Die Interventionsgruppe zeigte über die 3 Monate betrachtet einen nicht signifikanten Verlust der Qualität der Beziehung. Die Kontrollgruppe zeigte einen signifikanten Verlust während derselben Zeit.</p> <p>Bei Frauen, die mehr medizinische Interventionen während der Geburt erhielten und ein Debriefing erhielten zeigte sich eine negativere Wahrnehmung der Geburt als bei Frauen mit weniger medizinischen Interventionen und Debriefing. Bei Frauen ohne Debriefing zeigte sich zwischen mehr oder weniger medizinischen Interventionen kein Unterschied. Frauen, die während der Geburt mehr medizinische Interventionen erfuhren, zeigten eine signifikant negativere Erfahrung der Geburt (POBS) ($p<0.05$), deutlich weniger Zufriedenheit mit der Partnerschaft (DAS) ($p=0.07$) und den grösseren Stress (IES) ($p=0.07$).</p> <p>Alle Teilnehmerinnen berichteten über signifikant weniger depressive Symptome (EPDS) ($p=0.01$) und weniger Angst (STAI) ($p=0.01$) vom Zeitpunkt der Geburt bis nach drei Monaten, unabhängig von der Gruppe. Auch der Stresslevel (IES) sank bei den Teilnehmerinnen während den ersten drei Monaten ($p=0.01$). Die Erfahrung der Geburt (POBS) war nach einem Monat besser als am zweiten Tag postpartum und war nach drei Monaten schlechter als nach einem Monat ($p=0.01$).</p> <p>FAD zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Alle Teilnehmerinnen bewerteten ihr Debriefing sowohl zwei Tage wie auch drei Monate nach der Geburt ähnlich positiv.</p> <p>Bemerkung: Die Werte zum Mittelwert im Text der Studie stimmen nicht überein mit den Werten in den Tabellen, daher weggelassen.</p>	<p>Diskussion: Im Einklang mit früheren Studien (Henderson et al, 1998; Small, 2000; Priest et al, 2003). Debriefing sollte die Erfahrung der Geburt als Einflussfaktor für PPD positiv beeinflussen. Es gibt jedoch noch viele Risiko- und Einflussfaktoren unabhängig von der Geburt im Leben der Mutter. Green (1998) zeigte, dass der STAI stark mit dem EPDS korreliert, signifikante Effekte gibt es jedoch keine. Wie in ähnlichen Studie sank der Level der Angst während der Zeit, jedoch unabhängig von der Gruppe. Die Zufriedenheit in der Partnerschaft ist ein grosser Einflussfaktor für PPD. Bzgl der Erfahrungen der Geburt lässt sich sagen, dass mehr medizinische Interventionen eine schlechtere Erfahrung machen und das Debriefing diese negative Erfahrung noch verstärken könnte. Small (2000) stellte einen negativen Effekt von Debriefing bei Frauen nach traumatischer Geburt fest. Weitere Studien werden empfohlen. Debriefing wird, wie in früheren Studien von den Frauen positiv bewertet.</p> <p>Limiten Sample zu klein Obwohl alle Messinstrumente Selbsteinschätzungsinstrumente waren und keine klinischen Untersuchungen stattfanden, sind sie im Vergleich mit ähnlichen Studien angebracht gewesen. Frauen, die erst nach drei Monaten eine Depression entwickeln, sind in dieser Studie nicht erfasst worden. Die Resultate hätten durch verschiedene Geburtshelfer und Hebammen beeinflusst werden können.</p> <p>Ethik: Zustimmung der Ethikkommission Informed consent der TN</p>

Titel: Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in post partum women

Autor: Tezel, A. & Gözümlü, S. (2006). Patient Education and Counseling 63, 64-73

Ausgangslage, Design, Evidenzgrad, Setting, Sample, Ziel, Hypothese	Datensammlung, Intervention, Messinstrumente, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerungen, Ethik
<p>Ausgangslage: Pflegerinnen können durch ihr Wissen um PPD Risiken für die Erkrankung frühzeitig erkennen. Ein umfassendes Pflegeassessment ist notwendig, um depressive Symptome zu reduzieren und PPD vorzubeugen.</p> <p>Design: RCT</p> <p>Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998): II</p> <p>Setting: Erzurum, Türkei 15. Febr.-1. Nov. 02</p> <p>Sample:</p> <ul style="list-style-type: none"> 62 Frauen mit einem EPDS von mehr als 11. Keine pharmazeutisch oder psychotherapeutische Behandlung. <p>567 Frauen gescreent mit EPDS. 73 Frauen Score von 11 oder mehr. Bei diesen Frauen wurden anschliessend der BDI (Beck Depression Inventory) ermittelt und sie wurden von Psychiatern auf der Grundlage der DSM-IV interviewt. Die 62 Frauen, die die Kriterien erfüllten, u. a. BDI >17, wurden randomisiert in eine Care- (n=30) und eine Trainingsgruppe (n=32) eingeteilt.</p> <p>Ziel: Ziel der Studie war der Vergleich von Pflegeinterventionen nach NIC und Problemlösungs-Training auf den Level von postpartalen Depressionssymptomen.</p> <p>Hypothese: Pflegeinterventionen nach NIC und Problemlösungs-Training können depressive Symptome vermindern.</p>	<p>Datensammlung: BDI wurde vor und nach den Interventionen erfasst.</p> <p>Intervention: Die Besuche fanden bei beiden Gruppen einmal wöchentlich während 6 Wochen postpartum statt und dauerten zwischen 30 und 50 Minuten.</p> <p>Care-Group-Intervention: 13 Pflegediagnosen nach NANDA und passende Pflegeinterventionen nach NIC und Evaluation nach NOC.</p> <p>Trainingsgruppen-Intervention: BDI, Problemlösungsstrategien wurden gelehrt durch die Forscher, 5 Stadien der Problemlösung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Standortbestimmung: optimistischer Blick auf das Problem und bestehende Fähigkeiten zur Problemlösung 2. Problemdefinition und –formulierung 3. Alternativen aufstellen: Brainstroming mit Lösungen 4. Entscheidungen treffen: passende Lösung/-en auswählen 5. Überprüfung: passte Lösung für das Problem, Evaluation durch die ♀ 6. BDI <p>Messinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soziodemografischer Fragebogen (SDQ) • EPDS (0-30) • Beck Depression Inventory (BDI) = Messung von Depression (0-63) <p>Datenanalyse: Descriptive statistical and Student's t-test, Chi-square zum Testen der Signifikanz, McNemar-Test zur Analyse der statistischen Daten. p=0.05 -> CI 95%</p>	<p>Die Charakteristik der Teilnehmerinnen zeigte keinen signifikanten Unterschied ($p > 0.05$).</p> <p>Bei der Care-Group zeigte sich nach der Intervention eine signifikante Abnahme der Symptome ($p < 0.001$). Vor der Intervention hatten 22 Frauen depressive Symptome, nach der Intervention nur noch 5 Frauen.</p> <p>Auch bei den Frauen der Trainingsgruppe zeigt sich nach der Intervention eine signifikante Abnahme der Symptome ($p < 0.005$). Vor der Intervention hatten 25 Frauen depressive Symptome, nach der Intervention nur noch 19 Frauen.</p> <p>Der BDI zeigte zwischen dem Pre- und dem Posttest eine signifikante Reduktion der Werte bei beiden Gruppen ($p < 0.05$).</p> <p>Im Vergleich mit dem BDI zeigte sich aber, dass Intervention der Care-Group effektiver war als das Problemlösungs-Training der Trainingsgruppe ($p < 0.005$).</p>	<p>Diskussion: Zwei der professionellen Rollen einer Pflegerin wurden in dieser Studie beleuchtet, Pflege und Edukation.</p> <p>Eine Anzahl ähnlicher Studien belegten bereits die Wichtigkeit von psychischer Unterstützung und informativen Gesprächen. Informationen über postpartale Depressionen, Mut zusprechen und Empathie für die depressiven Gefühle beeinflussen die Kontinuität der körperlichen Pflege positiv (Beck, 1996).</p> <p>Die Resultate dieser Studie passen mit früheren Studien bezüglich Problemlösungs-Training überein. Resultate und mögliche Leitfäden zum Problemlösungs-Training bei Depression sind gut auf die PPD übertragbar (Cunningham & Zayas). Frauen lernen neue Fähigkeiten im Umgang mit Problemen, sie gewinnen Vertrauen in ihrer Aufgabe als Mutter.</p> <p>Aufgrund der kleinen Stichprobe können die Resultate nicht generalisiert werden. Weitere Studien mit grösseren Stichproben werden empfohlen. Zudem sind in weiteren Studien Messungen der depressiven Symptome während der Schwangerschaft sinnvoll.</p> <p>Praktische Implementierung: Ambulante Pflegerinnen haben wichtige Rolle im Erkennen von postpartalem Stress, Depression und Risikofaktoren. Gespräche über Gefühle können PPD-Symptome erkennen oder senken. Pflegeforschung hat grosse Wichtigkeit. Weiterbildungen um Fähigkeiten zu verbessern werden empfohlen.</p> <p>Ethik: Alle 17 Ethikkommissionen stimmten der Studie zu. Der informed consent der Frauen wurde eingeholt.</p>

Titel: Postnatal support for mothers living in disadvantaged inner city areas: a randomised controlled trial

Autor: Wiggins, M. et al. (2005). J Epidemiol Community Health. 59:288-295

Ausgangslage, Design, Evidenzgrad, Setting, Sample, Ziel, Hypothese	Datensammlung, Interventionen, Messinstrumente, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerungen, Ethik
<p>Ausgangslage: Die Gesundheit von Familien mit kleinen Kindern in ärmeren Stadtvierteln zu verbessern, ist seit Jahren ein Ziel der Regierung Grossbritanniens. Studien zeigten positiven Effekt von Unterstützung auf Gesundheit von postpartalen ♀, doch wiesen sie methodologische Schwächen auf.</p> <p>Design: RCT</p> <p>Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998) II</p> <p>Setting: Camden und Islington in London</p> <p>Sample: 731 ♀ kulturell verschiedenen u.a.: <ul style="list-style-type: none"> • 108 ♀ kein Englisch -> Dolmetscher • Weniger als die Hälfte erstgebärend • 25-30% der ♀ alleinerziehend • 54-60% weisse Hautfarbe • 8-13% Schulabgang vor 16. Lebensjahr Aus den 1574 ♀, die zwischen Jan 99 und Okt 99 gebären, entsprachen 1263 den Einschlusskriterien. 731 ♀ willigten und wurden randomisiert eingeteilt: Support Health Visitor (SHV) (n=183) Community Group Support (CGS) (n=184) Kontrollgruppe (n=364)</p> <p>Einschlusskriterien: Leben in einem der zwei Stadtviertel Geburt in den ersten neun Monate 1999</p> <p>Ausschlusskriterien: Kind verstorben ♀ ernsthaft krank Leben in einer Pflegeunterbringung</p> <p>Ziel: Ziel der Studie war es, den Effekt von zwei Formen von postnataler sozialer Unterstützung auf die Gesundheit von Müttern und ihren Kindern aus benachteiligten Innenstädten zu evaluieren.</p>	<p>Datensammlung: <u>1. Follow-up (nach 12 Mt.):</u> Kontrollgruppe: 90% SHV: 90% CGS: 89% <u>2. Follow-up (nach 18 Mt.):</u> Kontrollgruppe: 82% SHV: 80% CGS: 85% Gründe für die Ausfälle: Umzug, keine Antwort, Kindstod, Ausstieg</p> <p>Interventionen: 1. <u>SHV-Gruppe:</u> Monatl. Visiten zuhause mit dem Ziel unterstützend Zuzuhören. Wenn das Kind 10 Wochen alt ist Beginn, Dauer 1 Jahr. Der Fokus lag bei den Bedürfnissen der Mutter. Der SHV hört zu, gibt praktische Tipps und Informationen. 5 erfahrene SHV führen die Interventionen durch. Den SHV standen Dolmetscher zur Verfügung. 2. <u>CGS-Gruppe:</u> Für Mütter mit Kindern bis 5 Jahre. Die CGS boten Sitzungen, Hausbesuche und telefonische Unterstützung an. ♀ mussten sich selber melden. 3. <u>Kontrollgruppe:</u> ein postnataler Hausbesuch nach 10-15 d postpartal, anschliessend Möglichkeit einer klinischen Unterstützung. Weitere Visiten waren nicht routine, wurden aber bei Frauen mit erhöhtem Risiko durchgeführt. Der postpartalen Hausbesuche erhielten alle 3 Gruppen.</p> <p>Messinstrumente: <i>EPDS (0-30)</i> für 1. Follow-up <i>General Health Questionnaire (GHQ12)</i> hier nur zur Messung der Depression für 2. Follow-up <i>Duke UNC Functional Social Support Scale (DUFSS)</i>= je höher desto weniger Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung</p> <p>Datenanalyse: • Power 80% • Intention to treat: SHV: 180 ♀ nahmen Angebot an, 172 ♀ nutzten es CGS: 165 ♀ nahmen Angebot an, 35 ♀ nutzten es • Vergleiche zwischen Gruppen und Ergebnissen. • Relatives Risiko mit CI 95%</p>	<p>Demografische Daten: Demografische Daten in Tabelle ersichtlich und sind in den Gruppen ähnlich z.B: • EPDS mean SD 8.8 bis 9.1 • Schule vor dem 16. Lebensjahr abgebrochen: SHV: 14%; CGS: 23%; Kontrollgruppe: 32%</p> <p>Resultate bei der Mutter Bei beiden Interventionsgruppen war der EPDS beim 1. Follow-up leicht tiefer als bei der Kontrollgruppe (EPDS Grenzwert hier >12): SHV: 26% ♀ >12 CGS: 28% ♀ >12 Kontrollgruppe: 30% ♀ >12 Es liegt keine Evidenz vor, dass die Interventionen die Prävalenz von Depressionen reduzieren können: RR 0.86 SHV/Kontrollgruppe (95% CI 0.6 –1.19) RR 0.93 CGS/Kontrollgruppe (0.6-1.27)</p> <p>Auch das Rauchen konnte durch die Interventionen nicht signifikant reduziert werden: SHV: RR 0.86 (0.62-1.19) CGS: RR 0.97 (0.72-1.33)</p> <p>Zu Beginn suchten mehr SHV-Frauen eine Hilfe auf als die Frauen der Kontrollgruppe. Im weiteren Verlauf aber machten weniger Frauen von den beiden Interventionsgruppe gebrauch von einem Hebammenservice. Zu beiden Zeitpunkten der Messungen war die Angst um die Entwicklung und Gesundheit bei den Frauen der SHV-Gruppe verminderter. Beim zweiten Follow-up waren eine grössere Anzahl von Frauen der CGS-Gruppe besorgt um die Essgewohnheiten des Kindes.</p> <p>In der SHV-Gruppe fanden 85% der Frauen die Unterstützung positiv.</p> <p>Resultate beim Kind Gesundheitsprobleme, die medizinische Beachtung benötigten waren in allen Gruppen gleich: SHV: RR 0.99 (0.68-1.45) CGS: RR 0.91 (0.61-1.36) Bei der Gesundheit des Kindes und den Essgewohnheiten des Kindes sind keine Differenzen gefunden worden.</p>	<p>Diskussion: Als Stärken der Studie nennen die Autoren eine gute verdeckte Randomisierung und die vielfältige Charakteristika der Frauen.</p> <p>Es scheint, dass Health Visitors oder Community Support nicht ausreicht, wenn eine materielle oder soziale Benachteiligung bei den Müttern vorliegt. Gründe für den mangelnden Effekt der Interventionen können die fehlende Eigeninitiative bei der CGS-Gruppe sein, oder die Möglichkeit das die Interventionen nicht angemessen waren für diese Population.</p> <p>Auch der Vergleich der Gruppen fällt gering aus, da nur 19% der CGS-Gruppe die Intervention in Anspruch nahm. Die Stichprobengrösse war ausreichend und dieser Versuch der grösste dieser Art bisher.</p> <p>Die Interventionen waren nur postnatal und für eine kurze Zeit. Daher wäre es möglich, dass die Interventionen über eine längere Zeitdauer und bereits in der Schwangerschaft effektiver wären.</p> <p>Ethik: Informed consent Ethikkommissionen gaben Einverständnis</p>

Anhang D: Messinstrumente

Appendix

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) has been developed to assist primary care health professionals to detect mothers suffering from postnatal depression; a distressing disorder more prolonged than the 'blues' (which occur in the first week after delivery) but less severe than puerperal psychosis.

Previous studies have shown that postnatal depression affects at least 10% of women and that many depressed mothers remain untreated. These mothers may cope with their baby and with household tasks, but their enjoyment of life is seriously affected and it is possible that there are long-term effects on the family.

The EPDS was developed at health centres in Livingston and Edinburgh. It consists of ten short statements. The mother underlines which of the four possible responses is closest to how she has been feeling during the past week. Most mothers complete the scale without difficulty in less than 5 minutes.

The validation study showed that mothers who scored above a threshold 12/13 were likely to be suffering from a depressive illness of varying severity. Nevertheless the EPDS score should *not* override clinical judgement. A careful clinical assessment should be carried out to confirm the diagnosis. The scale indicates how the mother has felt *during the previous week*, and in doubtful cases it may be usefully repeated after 2 weeks. The scale will not detect mothers with anxiety neuroses, phobias or personality disorders.

Instructions for users

1. The mother is asked to underline the response which comes closest to how she has been feeling in the previous 7 days.
2. All ten items must be completed.
3. Care should be taken to avoid the possibility of the mother discussing her answers with others.
4. The mother should complete the scale herself, unless she has limited English or has difficulty with reading.
5. The EPDS may be used at 6–8 weeks to screen postnatal women. The child health clinic, postnatal check-up or a home visit may provide suitable opportunities for its completion.

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky

Department of Psychiatry, University of Edinburgh

Name:

Address:

Baby's age:

As you have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please UNDERLINE the answer which comes closest to how you have felt IN THE PAST 7 DAYS, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

Yes, all the time

Yes, most of the time

No, not very often

No, not at all

This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week. Please complete the other questions in the same way.

In the past 7 days:

1. I have been able to laugh and see the funny side of things
As much as I always could
Not quite so much now
Definitely not so much now
Not at all
2. I have looked forward with enjoyment to things
As much as I ever did
Rather less than I used to
Definitely less than I used to
Hardly at all
- * 3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong
Yes, most of the time
Yes, some of the time
Not very often
No, never
4. I have been anxious or worried for no good reason
No, not at all
Hardly ever
Yes, sometimes
Yes, very often
- * 5. I have felt scared or panicky for no very good reason
Yes, quite a lot
Yes, sometimes
No, not much
No, not at all
- * 6. Things have been getting on top of me
Yes, most of the time I haven't been able to cope at all
Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual
No, most of the time I have coped quite well
No, I have been coping as well as ever
- * 7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping
Yes, most of the time
Yes, sometimes
Not very often
No, not at all
- * 8. I have felt sad or miserable
Yes, most of the time
Yes, quite often
Not very often
No, not at all
- * 9. I have been so unhappy that I have been crying
Yes, most of the time
Yes, quite often
Only occasionally
No, never
- * 10. The thought of harming myself has occurred to me
Yes, quite often
Sometimes
Hardly ever
Never

Response categories are scored 0, 1, 2, and 3 according to increased severity of the symptom.

Items marked with an asterisk are reverse scored (i.e. 3, 2, 1 and 0). The total score is calculated by adding together the scores for each of the ten items. Users may reproduce the scale without further permission providing they respect copyright (which remains with the *British Journal of Psychiatry*) by quoting the names of the authors, the title and the source of the paper in all reproduced copies.

Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression - development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 150, S.782-786.

Becks Depressions Inventar

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe (von A bis U) sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

A

- [0] Ich bin nicht traurig.
[1] Ich bin traurig.
[2] Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
[3] Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.

B

- [0] Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
[1] Ich sehe mutlos in die Zukunft.
[2] Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
[3] Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann.

C

- [0] Ich fühle mich nicht als Versager.
[1] Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
[2] Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
[3] Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

D

- [0] Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
[1] Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
[2] Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
[3] Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.

E

- [0] Ich habe keine Schuldgefühle.
[1] Ich habe häufig Schuldgefühle.
[2] Ich habe fast immer Schuldgefühle.
[3] Ich habe immer Schuldgefühle.

F

- [0] Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
[1] Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
[2] Ich erwarte, bestraft zu werden.
[3] Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

G

- [0] Ich bin nicht von mir enttäuscht.
[1] Ich bin von mir enttäuscht.
[2] Ich finde mich fürchterlich.
[3] Ich hasse mich.

H

- [0] Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
[1] Ich kritisiere mich wegen kleiner Fehler und Schwächen.
[2] Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
[3] Ich gebe mit für alles die Schuld, was schiefliegt.

I

- [0] Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
[1] Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
[2] Ich möchte mich am liebsten umbringen.
[3] Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte.

J

- [0] Ich weine nicht öfter als früher.
[1] Ich weine jetzt mehr als früher.
[2] Ich weine jetzt die ganze Zeit.
[3] Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

K

- [0] Ich bin nicht reizbarer als sonst.
[1] Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
[2] Ich fühle mich dauernd gereizt.
[3] Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich jetzt nicht mehr.

L

- [0] Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
[1] Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
[2] Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
[3] Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

M

- [0] Ich bin so entschlußfreudig wie immer.
[1] Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
[2] Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
[3] Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

N

- [0] Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
[1] Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe.
[2] Ich habe das Gefühl, daß Veränderungen in meinem Aussehen auftreten, die mich häßlich machen.
[3] Ich finde mich häßlich.

O

- [0] Ich kann so gut arbeiten wie früher.
[1] Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
[2] Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
[3] Ich bin unfähig zu arbeiten.

P

- [0] Ich schlafe so gut wie sonst.
[1] Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
[2] Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
[3] Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

Q

- [0] Ich ermüde nicht stärker als sonst.
[1] Ich ermüde schneller als früher.
[2] Fast alles ermüdet mich.
[3] Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

R

- [0] Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
[1] Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
[2] Mein Appetit hat stark nachgelassen.
[3] Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

S

- [0] Ich habe in der letzten Zeit kaum abgenommen.
[1] Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
[2] Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
[3] Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen: Ja ____ Nein ____

T

- [0] Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
[1] Ich mache mir Sorgen um körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
[2] Ich mache mir so große Sorgen um gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
[3] Ich mache mir so große Sorgen um gesundheitliche Probleme, daß ich an nichts anderes mehr denken kann.

U

- [0] Ich habe in der letzten Zeit keine Veränderungen meines Interesses an Sex bemerkt.
[1] Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
[2] Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
[3] Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

____ Subtotal Seite 4

____ Subtotal Seite 3

____ Subtotal Seite 2

____ Subtotal Seite 1

____ **Summenwert**

Haben Sie mehr als 15 Punkte erzielt, so empfehle ich Ihnen, einen Termin bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu machen.

Vieten, J. (ohne Datum). Becks Depressions Inventar [Elektronische Version]. Psychiatrie und Psychotherapie. Gefunden am 2.5.2009 unter http://www.drvieten.de/media/pdf/vieten_bpi.pdf.

Anhang E: Beurteilungsbögen

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Dennis C.-L. (2003). *Can. J. Psychiatry*. Vol 48, No 2

Titel: The effect of Peer Support on Postpartum Depression: A Pilot Randomized Controlled Trial

Total Punkte: 29
Erreichte Punkte: 23
Note: 4.8

Glaubwürdigkeit

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Randomisierung durch geführt : 1 Punkt</i>	Randomisierung:	1
<i>Randomisierung beschrieben: 1 Punkt</i>	mittels Nummern in Briefumschlägen.	1
<i>Verdeckte Zuteilung: 1 Punkt</i>	Der Forscher der Zuteilung war verblindet.	1
<i>Angepasste Ein- Ausschlusskriterien: 1 Punkt</i>	Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben und angepasst	1
		4/4

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Ausfallquoten begründet: 1 Punkt</i>	Follow-up >80%: 1 TN stieg aus, Ausfall unbegründet	1
<i>Follow up > 80%: 1 Punkt</i>		
<i>kein Ausfall : 2 Punkt</i>		1/2

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? *Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Verblindung der TN möglich und durchgeführt: 2 Punkte</i>	Verblindung der TN nicht möglich.	1
<i>Verblindung des Personals oder der Untersucher durchgeführt: 1 Punkt</i>	Forscher der Randomisierung war an der restl. Forschung nicht beteiligt.	1
<i>Verblindung nicht möglich oder ethisch nicht vertretbar und nicht durchgeführt: 1 Punkt</i>	Analyse durch verblindeten Forscher.	
<i>Verblindung möglich und nicht durchgeführt: 0 Punkte</i>		2/2

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? *Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Keine signifikante Unterschiede in Untersuchungsgruppen: 2 Punkte</i>	Demografisch Daten in Tabellenform	
<i>Keine Unterschiede, Signifikanz nicht angegeben: 1 Punkt</i>	Autoren beschreiben keinen signifikanten Unterschied in Alter, Zivilstand, Bildung, Heimatland, Einkommen, Anzahl Geburten, Art der Geburt und frühere postpartale Depressionen, doch p-Werte fehlen.	1
<i>Teilweise signifikante Unterschiede in Untersuchungsgruppen: 1 Punkt</i>		1/2

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Gleich behandelt: 1 Punkt</i>	Beide Gruppen erhielten herkömmliche Wochenbettpflege.	1
<i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben: 1 Punkt</i>	Blosses Wissen um Unterstützung könnte Einfluss gehabt haben.	0
		1/2

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Kein TN wechselte die Gruppe: 1 Punkt</i>	TN stiegen aus der Studie aus, es wurde jedoch eine Intention-to-treat-Analyse durchgeführt, d.h. alle TN wurden in der zugeteilten Gruppe bewertet	1 1/1

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Poweranalyse durchgeführt & erfüllt: 1 Punkt</i>	Poweranalyse nicht durchgeführt	0 0/1

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Ergebnisse sind vergleichbar: 2 Punkte Ergebnisse sind teilweise vergleichbar: 1 Punkt</i>	Ähnliche Resultate aus früheren Studien in der Einleitung und in der Diskussion beschrieben.	2 2/2

Glaubwürdigkeit Total Punkte: 16

Erreichte Punkte: 12

Note: 4.5

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? *Relative RisikoReduktion, Absolute RisikoReduktion? Number Needed To Treat? Median? Mittelwert?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Statistische Zahlen angegeben: 2 Punkte Statistische Zahlen teilweise angegeben: 1 Punkt Statistische Zahlen nicht angegeben: 0 Punkte Statistische Zahlen ausgeprägt: 2 Punkte Statistische Zahlen teilweise ausgeprägt: 1 Punkt Statistische Zahlen nicht ausgeprägt: 0 Punkte</i>	Odd's ratio angegeben, Mittelwerte und Standardabweichungen angeben. P-Werte angeben. Die Statistischen Zahlen sind ausgeprägt. Die Resultate zeigten signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.	2 2 4/4

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>p Wert < 0.05: 2 Punkte p Wert teilweise < 0.05: 1 Punkt nicht angegeben: 0 Punkte</i>	Teilweise: Die p-Werte zum Effekt auf Depression (EPDS) sind alle <0.05. Die p-Werte zu Messungen des Selbstwertgefühls, des Stresses und der Einsamkeit sind >0.05. Und zwischen Anzahl Kontakte und Depression besteht kein signifikanter Zusammenhang (p>0.05).	1 1/2

11. Wie präzise sind die Ergebnisse? *Konfidenzintervalle?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>CI ≥95%: 2 Punkte CI <95%: 1 Punkt CI nicht angegeben: 0 Punkte</i>	CI 95%	2 2/2

Aussagekraft Total Punkte: 8

Erreichte Punkte: 7

Note: 5.2

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ja: 2 Punkte Teilweise: 1 Punkt	Ja	2 2/2

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ja: 2 Punkte Teilweise: 1 Punkt	ja	2 2/2

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Kostenanalyse: 1 Punkt Keine Kostenanalyse: 0 Punkte	Keine Kostenanalyse	0 0/1

Anwendbarkeit Total Punkte: 5

Erreichte Punkte: 4

Note: 4.8

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Gamble, J. et al. (2005). *BIRTH* 32:1

Titel: Effectiveness of a Counselling Intervention after a Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial

Total Punkte: 29

Erreichte Punkte: 21

Note: 4.3

Glaubwürdigkeit

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Randomisierung durch geführt : 1 Punkt</i> <i>Randomisierung beschrieben: 1 Punkt</i> <i>Verdeckte Zuteilung: 1 Punkt</i> <i>Angepasste Ein- Ausschlusskriterien: 1 Punkt</i>	Randomisierung: mittels Computer und anschließend in verschlossenen Briefumschläge Ein- und Ausschlusskriterien sind angepasst Rekrutierung anhand Einschlusskriterien	1 1 1 1 4/4

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Ausfallquoten begründet: 1 Punkt</i> <i>Follow up > 80%: 1 Punkt</i> <i>kein Ausfall : 2 Punkte</i>	Follow-up nach 3 Mt 100% ->kein Ausfall	2 2/2

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? *Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Verblindung der TN möglich und durchgeführt: 2 Punkte</i> <i>Verblindung des Personals oder der Untersucher durchgeführt: 1 Punkt</i> <i>Verblindung nicht möglich oder ethisch nicht vertretbar und nicht durchgeführt: 1 Punkt</i> <i>Verblindung möglich und nicht durchgeführt: 0 Punkte</i>	Verblindung der TN nicht möglich. Verblindung der Untersucher nicht beschrieben.	1 0 1/2

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? *Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Keine signifikante Unterschiede in Untersuchungsgruppen: 2 Punkte</i> <i>Keine Unterschiede, Signifikanz nicht angegeben: 1 Punkt</i> <i>Teilweise signifikante Unterschiede in Untersuchungsgruppen: 1 Punkt</i>	Demografische Daten in Tabellenform Keine signifikanten Unterschiede: Alter: p=0.337 Zivilstand: p=0.668 Volkzugehörigkeit: p=0.146 Bildung: p=0.847 Geburtsart: p>0.05	2 2/2

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Gleich behandelt: 1 Punkt</i> <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben: 1 Punkt</i>	Beide Gruppen erhielten Standardpflege. Inhalt unbekannt. Ethik: Frauen der Kontrollgruppe nach traumatischer Geburt keine Angebote... Hawthorne Effekt Wechselwirkung posttraumatischer Stress und PPD.	0 0 0/2

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

Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Kein TN wechselte die Gruppe: 1 Punkt	Nicht beschrieben	0 0/1

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Poweranalyse durchgeführt & erfüllt: 1 Punkt	nicht beschrieben	0 0/1

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ergebnisse sind vergleichbar: 2 Punkte Ergebnisse sind teilweise vergleichbar: 1 Punkt	Vergleichbar mit ähnlichen Studien.	2 2/2

Glaubwürdigkeit Total Punkte: 16

Erreichte Punkte: 11

Note: 4.1**Aussagekraft**

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? Relative RisikoReduktion, Absolute RisikoReduktion? Number Needed To Treat? Median? Mittelwert?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Statistische Zahlen angegeben: 2 Punkte Statistische Zahlen teilweise angegeben: 1 Punkt Statistische Zahlen nicht angegeben: 0 Punkte	Das Relative Risiko für alle Messungen in Tabellen ersichtlich. Im Text sind die Ergebnisse der Messungen mit dem p-Wert angegeben.	2
Statistische Zahlen ausgeprägt: 2 Punkte Statistische Zahlen teilweise ausgeprägt: 1 Punkt Statistische Zahlen nicht ausgeprägt: 0 Punkte	Die Statistischen Zahlen sind ausgeprägt. Es ist ein Behandlungseffekt ersichtlich.	2
		4/4

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
p Wert < 0.05: 2 Punkte p Wert teilweise < 0.05: 1 Punkt nicht angegeben: 0 Punkte	Teilweise: Die p-Werte der Messungen der Depression und Angst sind <0.05. Die p-Werte der Messung des Stresses waren teilweise >0.05.	1 1/2

11. Wie präzise sind die Ergebnisse? Konfidenzintervalle?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
CI ≥95%: 2 Punkte CI <95%: 1 Punkt CI nicht angegeben: 0 Punkte	CI 95%	2 2/2

Aussagekraft Total Punkte: 8

Erreichte Punkte: 7

Note: 5.2

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ja: 2 Punkte Teilweise: 1 Punkt	Teilweise. Nur Frauen mit Symptomen des post-traumatischen Stresses.	1 1/2

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ja: 2 Punkte Teilweise: 1 Punkt	ja	2 2/2

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Kostenanalyse: 1 Punkt Keine Kostenanalyse: 0 Punkte	Keine Kostenanalyse	1 0/1

Anwendbarkeit Total Punkte: 5

Erreichte Punkte: 3

Note: 3.6

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Heh S.-S. & Fu Y.-Y. (2003). Journal of Advanced Nursing. 42(1), 30-36

Titel: Effectiveness of informational support in reducing the severity of postnatal depression in Taiwan

Total Punkte: 29
Erreichte Punkte: 22
Note: 4.6

Glaubwürdigkeit

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Randomisierung durch geführt : 1 Punkt</i>	Randomisierung:	1
<i>Randomisierung beschrieben: 1 Punkt</i>	nach festgelegten Daten	1
<i>Verdeckte Zuteilung: 1 Punkt</i>	Keine verdeckte Zuteilung	0
<i>Angepasste Ein- Ausschlusskriterien: 1 Punkt</i>	Einschlusskriterien vor Rekrutierung festgelegt	1
	Ein- und Ausschlusskriterien klar beschrieben	3/4

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Ausfallquoten begründet: 1 Punkt</i>	Kein Ausfall	2
<i>Follow up > 80%: 1 Punkt</i>		2/2
<i>kein Ausfall : 2 Punkte</i>		

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? *Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Verblindung möglich und durchgeführt: 2 Punkte</i>	Verblindung der TN nicht möglich.	1
<i>Verblindung des Personals oder der Untersucher durchgeführt: 1 Punkt</i>	2. Messung durch verblindeten Forscher.	1
<i>Verblindung nicht möglich oder ethisch nicht vertretbar und nicht durchgeführt: 1 Punkt</i>		
<i>Verblindung möglich und nicht durchgeführt: 0 Punkte</i>		2/2

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? *Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Keine signifikante Unterschiede in Untersuchungsgruppen: 2 Punkte</i>	Demografische Daten in Tabellenform:	2
<i>Keine Unterschiede, Signifikanz nicht angegeben: 1 Punkt</i>	Keine signifikanten Unterschiede ($p=0.08$) den demografischen Daten Alter, Bildung, Einkommen, Arbeitsstatus, Geschlecht des Neugeborenen, Art der Fütterung	
<i>Teilweise signifikante Unterschiede in Untersuchungsgruppen: 1 Punkt</i>		2/2

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Gleich behandelt: 1 Punkt</i>	Dieselbe Pflege. Kontrollgruppe erhielt nach Abschluss der Studie Infos zu PPD.	1
<i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben: 1 Punkt</i>	Datensammlung erfolgte per Post, unklar ob Frauen andere Hilfe in Anspruch nahmen	0
		1/2

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Kein TN wechselte die Gruppe: 1 Punkt</i>	Nicht beschrieben	0 0/1

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Poweranalyse durchgeführt & erfüllt: 1 Punkt</i>	Poweranalyse nicht durchgeführt	0 0/1

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Ergebnisse sind vergleichbar: 2 Punkte</i> <i>Ergebnisse sind teilweise vergleichbar: 1 Punkt</i>	Vergleichbar, z.B. Wissensdefizit wird in ähnlichen Studien als Risikofaktor erwähnt.	2 2/2

Glaubwürdigkeit Total Punkte: 16

Erreichte Punkte: 12

Note: 4.5

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? *Relative RisikoReduktion, Absolute RisikoReduktion? Number Needed To Treat? Median? Mittelwert?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Statistische Zahlen angegeben: 2 Punkte</i> <i>Statistische Zahlen teilweise angegeben: 1 Punkt</i> <i>Statistische Zahlen nicht angegeben: 0 Punkte</i> <i>Statistische Zahlen ausgeprägt: 2 Punkte</i> <i>Statistische Zahlen teilweise ausgeprägt: 1 Punkt</i> <i>Statistische Zahlen nicht ausgeprägt: 0 Punkte</i>	Mittelwerte und Standardabweichungen in Tabellen angegeben. Im Test sind die Unterschiede zwischen den Gruppen mit p-Werten angegeben. Die Statistischen Zahlen sind ausgeprägt.	2 2 4/4

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>p Wert < 0.05: 2 Punkte</i> <i>p Wert teilweise < 0.05: 1 Punkt</i> <i>nicht angegeben: 0 Punkte</i>	p-Werte sind <0.05	2 2/2

11. Wie präzise sind die Ergebnisse? *Konfidenzintervalle?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>CI ≥95%: 2 Punkte</i> <i>CI <95%: 1 Punkt</i> <i>CI nicht angegeben: 0 Punkte</i>	CI 95%	2 2/2

Aussagekraft Total Punkte: 8

Erreichte Punkte: 8

Note: 6

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ja: 2 Punkte Teilweise: 1 Punkt	Teilweise. Simple Intervention. Jedoch strenge Einschlusskriterien: 1. Geburt, Alter 20-35, verheiratet	1 1/2

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ja: 2 Punkte Teilweise: 1 Punkt	ja	2 2/2

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Kostenanalyse: 1 Punkt Keine Kostenanalyse: 0 Punkte	Keine Kostenanalyse	0 0/1

Anwendbarkeit Total Punkte: 5

Erreichte Punkte: 3

Note: 3.6

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Heh, S.-S. et al. (2008). *BIRTH*. 35:1

Titel: Effectiveness of an Exercise Support Program in Reducing the Severity of Postnatal Depression in Taiwanese Women

Total Punkte: 29
Erreichte Punkte: 21
Note: 4.3

Glaubwürdigkeit

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Randomisierung durch geführt : 1 Punkt</i>	Randomisierung: Abwechselnd eingeteilt, nach	1
<i>Randomisierung beschrieben: 1 Punkt</i>	Geburtsdatum des Kindes	1
<i>Verdeckte Zuteilung: 1 Punkt</i>	Keine verdeckte Zuteilung	0
<i>Angepasste Ein- Ausschlusskriterien: 1 Punkt</i>	Ein- und Ausschlusskriterien klar beschrieben	1
	Rekrutierung anhand Einsschlusskriterien	3/4

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Ausfallquoten begründet: 1 Punkt</i>	Follow-up >80%	1
<i>Follow up > 80%: 1 Punkt</i>	Ausfallquote nicht begründet	0
<i>kein Ausfall : 2 Punkte</i>		1/2

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? *Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Verblindung möglich und durchgeführt: 2 Punkte</i>	Verblindung der TN nicht möglich.	1
<i>Verblindung des Personals oder der Untersucher durchgeführt: 1 Punkt</i>	Posttest durch verblindetes Forschungsmitglied	1
<i>Verblindung nicht möglich oder ethisch nicht vertretbar und nicht durchgeführt: 1 Punkt</i>		
<i>Verblindung möglich und nicht durchgeführt: 0 Punkte</i>		2/2

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? *Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Keine signifikante Unterschiede in Untersuchungsgruppen: 2 Punkte</i>	Daten nicht ersichtlich	2
<i>Keine Unterschiede, Signifikanz nicht angegeben: 1 Punkt</i>	Keine signifikanten Unterschiede (p=0.83) der demografischen Daten laut Autoren	
<i>Teilweise signifikante Unterschiede in Untersuchungsgruppen: 1 Punkt</i>		2/2

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Gleich behandelt: 1 Punkt</i>	Infobooklet für beide Gruppen. Infos zu Körperübungen auch für Kontrollgruppe nach dem Posttest.	1
<i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben: 1 Punkt</i>	Beeinflussung unwahrscheinlich	1
		2/2

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

Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Kein TN wechselte die Gruppe: 1 Punkt</i>	Nicht beschrieben	0 0/1

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Poweranalyse durchgeführt & erfüllt: 1 Punkt</i>	Poweranalyse nicht durchgeführt	0 0/1

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Ergebnisse sind vergleichbar: 2 Punkte</i> <i>Ergebnisse sind teilweise vergleichbar: 1 Punkt</i>	Ja	2 2/2

Glaubwürdigkeit Total Punkte: 16

Erreichte Punkte: 12

Note: 4.5**Aussagekraft**9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? *Relative RisikoReduktion, Absolute RisikoReduktion? Number Needed To Treat? Median? Mittelwert?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Statistische Zahlen angegeben: 2 Punkte</i> <i>Statistische Zahlen teilweise angegeben: 1 Punkt</i> <i>Statistische Zahlen nicht angegeben: 0 Punkte</i>	Resultate der Messungen im Text und in Tabellen dem p-Wert angegeben. In den Tabellen zusätzlich Mittelwert und Standardabweichung der einzelnen Gruppen.	2
<i>Statistische Zahlen ausgeprägt: 2 Punkte</i> <i>Statistische Zahlen teilweise ausgeprägt: 1 Punkt</i> <i>Statistische Zahlen nicht ausgeprägt: 0 Punkte</i>	Die Statistischen Zahlen sind ausgeprägt.	2
		4/4

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>p Wert < 0.05: 2 Punkte</i> <i>p Wert teilweise < 0.05: 1 Punkt</i> <i>nicht angegeben: 0 Punkte</i>	p-Werte <0.05	2 2/2

11. Wie präzise sind die Ergebnisse? Konfidenzintervalle?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>CI ≥95%: 2 Punkte</i> <i>CI <95%: 1 Punkt</i> <i>CI nicht angegeben: 0 Punkte</i>	CI 95%	2 2/2

Aussagekraft Total Punkte: 8

Erreichte Punkte: 8

Note: 6

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ja: 2 Punkte Teilweise: 1 Punkt	Teilweise. Simple Intervention. Jedoch strenge Einschlusskriterien: 1. Geburt, Alter 20-35, verheiratet	1 1/2

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ja: 2 Punkte Teilweise: 1 Punkt	ja	2 2/2

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Kostenanalyse: 1 Punkt Keine Kostenanalyse: 0 Punkte	Keine Kostenanalyse	0 0/1

Anwendbarkeit Total Punkte: 5

Erreichte Punkte: 3

Note: 3.6

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Ryding E. L. et al. (2004). *BIRTH* 31:4

Titel: Group Counseling for Mothers After Emergency Cesarean Section: A Randomized Controlled Trial of Intervention

Total Punkte: 29

Erreichte Punkte: 14

Note: 2.9

Glaubwürdigkeit

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Randomisierung durch geführt : 1 Punkt</i>	Randomisierung: Frauen, welche an 18 festgelegten Tagen geboren hatte kamen in die Interventionsgruppe	1
<i>Randomisierung beschrieben: 1 Punkt</i>	Keine Verdeckte Zuteilung	1
<i>Verdeckte Zuteilung: 1 Punkt</i>	Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben und angepasst	0
<i>Angepasste Ein- Ausschlusskriterien: 1 Punkt</i>		1
		3/4

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Ausfallquoten begründet: 1 Punkt</i>	Follow-up n. 6 Monaten: Interventionsgruppe 92%, Kontrollgruppe 89%	1
<i>Follow up > 80%: 1 Punkt</i>	Doch 29 Frauen der Interventionsgruppe (n=89) nahmen nicht an der Intervention (Gruppentreffen) teil.	
<i>kein Ausfall : 2 Punkte</i>	Ausfälle grösstenteils (bei 25) begründet: Kind krank, fühlten sich nicht gut	1
		2/2

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? *Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Verblindung der TN möglich und durchgeführt: 2 Punkte</i>	Verblindung der TN nicht möglich.	1
<i>Verblindung nicht möglich oder ethisch nicht vertretbar und nicht durchgeführt: 1 Punkt</i>	Verblindung der Untersucher nicht beschrieben.	0
<i>Verblindung möglich und nicht durchgeführt: 0 Punkte</i>		1/2

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? *Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Keine signifikante Unterschiede in Untersuchungsgruppen: 2 Punkte</i>	Keine Unterschiede, Signifikanz nicht angegeben	1
<i>Keine Unterschiede, Signifikanz nicht angegeben: 1 Punkt</i>	Tabelle: Gruppenteilnehmer: Intervention 82 vs. Kontrolle 65	
<i>Teilweise signifikante Unterschiede in Untersuchungsgruppen: 1 Punkt</i>	Altersdurchschnitt: 32 vs. 32 Erste Geburt: 31.6% vs. 28.4% Gewicht d. Kindes über 2.5kg: 13.4% vs. 15.4% Apgar-Score n. 5min: 9.6 vs. 9.1 Kind auf der Neonatalen Station: 32.9% vs. 28.9%	1/2

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Gleich behandelt: 1 Punkt</i> <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben: 1 Punkt</i>	Ungleiche Behandlung: Beide Gruppen erhielten Visiten durch Hebamme und Ärzte. Gespräche über die Erfahrungen bei der Geburt waren zeitlich nicht bei jeder Frau möglich. 23 TN der Interventionsgruppe (n=89) nahmen Sitzungen/Intervention nicht in Anspruch. Gründe dafür könnten Ergebnis beeinflusst haben.	0 0 0/2

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Kein TN wechselte die Gruppe: 1 Punkt</i>	23 TN der Interventionsgruppe (n=89) nahmen Sitzungen/Intervention nicht in Anspruch. Intention-to-treat-Analyse wurde durchgeführt, d.h. alle TN wurden in der zugeteilten Gruppe bewertet	1 1/1

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Poweranalyse durchgeführt & erfüllt: 1 Punkt</i>	Poweranalyse durchgeführt, 80%	1 1/1

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Ergebnisse sind vergleichbar: 2 Punkte</i> <i>Ergebnisse sind teilweise vergleichbar: 1 Punkt</i>	Teilweise. Counseling zeigte auch negative Resultate in ähnlichen Studien.	1 1/2

Glaubwürdigkeit Total Punkte: 16

Erreichte Punkte: 10

Note: 3.8

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? *Relative RisikoReduktion, Absolute RisikoReduktion? Number Needed To Treat? Median? Mittelwert?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Statistische Zahlen angegeben: 2 Punkte</i> <i>Statistische Zahlen teilweise angegeben: 1 Punkt</i> <i>Statistische Zahlen nicht angegeben: 0 Punkte</i> <i>Statistische Zahlen ausgeprägt: 2 Punkte</i> <i>Statistische Zahlen teilweise ausgeprägt: 1 Punkt</i> <i>Statistische Zahlen nicht ausgeprägt: 0 Punkte</i>	Median und P-Werte angeben. Die Statistischen Zahlen sind nicht ausgeprägt. Es ist kein Behandlungseffekt ersichtlich. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind nicht signifikant.	2 0 2/4

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>p Wert < 0.05: 2 Punkte</i> <i>p Wert teilweise < 0.05: 1 Punkt</i> <i>nicht angegeben: 0 Punkte</i>	Die p-Werte der Messungen zu den 3 Outcomes sind >0.05.	1 1/2

11. Wie präzise sind die Ergebnisse? Konfidenzintervalle?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
CI $\geq 95\%$: 2 Punkte CI $< 95\%$: 1 Punkt CI nicht angegeben: 0 Punkte	CI nicht angegeben.	0 0/2

Aussagekraft Total Punkte: 8

Erreichte Punkte: 3

Note: 2.4**Anwendbarkeit**

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ja: 2 Punkte Teilweise: 1 Punkt	Nein. Ungenügende Glaubwürdigkeit.	0 0/2

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ja: 2 Punkte Teilweise: 1 Punkt	Teilweise. Frage: Muss ein notfallmässiger Kaiserschnitt traumatisch erlebt werden? Warum kein Prätest zu posttraumatischem Stress?	1 1/2

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Kostenanalyse: 1 Punkt Keine Kostenanalyse: 0 Punkte	Keine Kostenanalyse	0 0/1

Anwendbarkeit Total Punkte: 5

Erreichte Punkte: 1

Note: 1.2

-

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Selkirk, R. et al. (2006). *Journal of reproductive and infant psychology*. Vol. 24, No.2, pp. 133-147

Titel: The longitudinal effect of midwife-led postnatal debriefing on the psychological health of mothers

Total Punkte: 29
Erreichte Punkte: 12
Note: 2.4

Glaubwürdigkeit

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Randomisierung durch geführt : 1 Punkt</i> <i>Randomisierung beschrieben: 1 Punkt</i> <i>Verdeckte Zuteilung: 1 Punkt</i> <i>Angepasste Ein- Ausschlusskriterien: 1 Punkt</i>	Randomisierung: Nummerierung der TN und Einteilung nach gerader oder ungerader Zahl in Gruppe Keine Verdeckte Zuteilung Ein- und Ausschlusskriterien nicht beschrieben	2 0 0 2/4

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Ausfallquoten begründet: 1 Punkt</i> <i>Follow up > 80%: 1 Punkt</i> <i>kein Ausfall : 2 Punkte</i>	Follow-up <80%: Von 149 TN zum Schluss noch 111 TN. Ausfall nicht begründet	0 0/2

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? *Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Verblindung möglich und durchgeführt: 2 Punkte</i> <i>Verblindung des Personals oder der Untersucher durchgeführt: 1 Punkt</i> <i>Verblindung nicht möglich oder ethisch nicht vertretbar und nicht durchgeführt: 1 Punkt</i> <i>Verblindung möglich und nicht durchgeführt: 0 Punkte</i>	Verblindung der TN nicht möglich. Verblindung der Untersucher nicht beschrieben.	1 0 1/2

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? *Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Keine signifikante Unterschiede in Untersuchungsgruppen: 2 Punkte</i> <i>Keine Unterschiede, Signifikanz nicht angegeben: 1 Punkt</i> <i>Teilweise signifikante Unterschiede in Untersuchungsgruppen: 1 Punkt</i>	Demografische Daten im Text beschrieben: Keine signifikanten Unterschiede ($p > 0.05$) in allen demografischen Daten u. a. Zivilstand, Bildung, Geburtsart, frühere Depressionen, Alter	2 2/2

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Gleich behandelt: 1 Punkt</i> <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben: 1 Punkt</i>	Interventionen der Kontrollgruppe nicht beschrieben -> unklar ob gleich behandelt Innerhalb der Interventionsgruppe zeigte sich, dass Frauen mit viel medizinischer Behandlung während der Geburt schlechtere Werte zeigten als Frauen mit wenig medizinischer Behandlung. -> Beeinflussung der Ergebnisse	0 0 0/2

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Kein TN wechselte die Gruppe: 1 Punkt</i>	Nicht beschrieben	0 0/1

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Poweranalyse durchgeführt & erfüllt: 1 Punkt</i>	Poweranalyse nicht durchgeführt Es ist unklar, ob nur die Stichprobe zu klein war, oder ob wirklich keine Unterschiede zwischen den Interventionen bestanden, um eine signifikante Wirkung zu erkennen.	0 0/1

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Ergebnisse sind vergleichbar: 2 Punkte Ergebnisse sind teilweise vergleichbar: 1 Punkt</i>	Ähnliche Resultate aus früheren Studien in der Einleitung und in der Diskussion beschrieben.	2 2/2

Glaubwürdigkeit Total Punkte: 16

Erreichte Punkte: 7

Note: 2.6

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? *Relative RisikoReduktion, Absolute RisikoReduktion? Number Needed To Treat? Median? Mittelwert?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Statistische Zahlen angegeben: 2 Punkte Statistische Zahlen teilweise angegeben: 1 Punkt Statistische Zahlen nicht angegeben: 0 Punkte</i>	Teilweise Angabe von statistischen Zahlen: Mittelwerte und Standardabweichungen in Tabellen angegeben. Mittelwerte im Text stimmen nicht mit Werten in der Tabelle überein.	1
<i>Statistische Zahlen ausgeprägt: 2 Punkte Statistische Zahlen teilweise ausgeprägt: 1 Punkt Statistische Zahlen nicht ausgeprägt: 0 Punkte</i>	Die Statistischen Zahlen sind teilweise ausgeprägt.	1
		2/4

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>p Wert < 0.05: 2 Punkte p Wert teilweise < 0.05: 1 Punkt nicht angegeben: 0 Punkte</i>	p-Werte sind nur teilweise angegeben und teilweise <0.05	1 1/2

11. Wie präzise sind die Ergebnisse? *Konfidenzintervalle?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>CI ≥95%: 2 Punkte CI <95%: 1 Punkt CI nicht angegeben: 0 Punkte</i>	CI nicht angegeben.	0 0/2

Aussagekraft Total Punkte: 8

Erreichte Punkte: 3

Note: 2.3

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ja: 2 Punkte Teilweise: 1 Punkt	Nein. Ungenügende Glaubwürdigkeit.	0 0/2

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ja: 2 Punkte Teilweise: 1 Punkt	ja	2 2/2

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Kostenanalyse: 1 Punkt Keine Kostenanalyse: 0 Punkte	Keine Kostenanalyse	0 0/1

Anwendbarkeit Total Punkte: 5

Erreichte Punkte: 2

Note: 2.4

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Tezel, A. & Gözü, S. (2006). Patient Education and Counseling 63, 64-73

Titel: Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in post partum women

Total Punkte: 29
Erreichte Punkte: 18
Note: 3.7

Glaubwürdigkeit

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Randomisierung durch geführt : 1 Punkt</i> <i>Randomisierung beschrieben: 1 Punkt</i> <i>Verdeckte Zuteilung: 1 Punkt</i> <i>Angepasste Ein- Ausschlusskriterien: 1 Punkt</i>	Randomisierung durchgeführt, aber ist nicht beschrieben Verdeckte Zuteilung unklar Ein- und Ausschlusskriterien klar beschrieben EPDS über 11 als Einschlusskriterium bei der Rekrutierung	1 0 0 1 2/4

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Ausfallquoten begründet: 1 Punkt</i> <i>Follow up > 80%: 1 Punkt</i> <i>kein Ausfall : 2 Punkte</i>	Nicht beschrieben	0 0/2

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? *Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Verblindung möglich und durchgeführt: 2 Punkte</i> <i>Verblindung des Personals oder der Untersucher durchgeführt: 1 Punkt</i> <i>Verblindung nicht möglich oder ethisch nicht vertretbar und nicht durchgeführt: 1 Punkt</i> <i>Verblindung möglich und nicht durchgeführt: 0 Punkte</i>	Verblindung der TN nicht möglich. Verblindung der Untersucher nicht beschrieben.	1 0 1/2

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? *Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Keine signifikante Unterschiede in Untersuchungsgruppen: 2 Punkte</i> <i>Keine Unterschiede, Signifikanz nicht angegeben: 1 Punkt</i> <i>Teilweise signifikante Unterschiede in Untersuchungsgruppen: 1 Punkt</i>	Demografische Daten in Tabellenform: Keine signifikanten Unterschiede ($p > 0.05$)	2 2/2

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Gleich behandelt: 1 Punkt</i> <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben: 1 Punkt</i>	Interventionen sind beschrieben. Die sonstige Behandlung ist nicht beschrieben. Beeinflussung unwahrscheinlich	0 1 1/2

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Kein TN wechselte die Gruppe: 1 Punkt</i>	Nicht beschrieben	0 0/1

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Poweranalyse durchgeführt & erfüllt: 1 Punkt</i>	Poweranalyse nicht durchgeführt	0 0/1

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Ergebnisse sind vergleichbar: 2 Punkte</i> <i>Ergebnisse sind teilweise vergleichbar: 1 Punkt</i>	Ähnliche Ergebnisse in anderen Untersuchungen	2 2/2

Glaubwürdigkeit Total Punkte: 16

Erreichte Punkte: 8

Note: 3

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? *Relative RisikoReduktion, Absolute RisikoReduktion? Number Needed To Treat? Median? Mittelwert?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Statistische Zahlen angegeben: 2 Punkte</i> <i>Statistische Zahlen teilweise angegeben: 1 Punkt</i> <i>Statistische Zahlen nicht angegeben: 0 Punkte</i>	Zu den demografischen Daten sind im Text Mittelwert und Standardabweichung angegeben. In der Tabelle p-Werte ersichtlich. Resultate der EPDS-Messungen mit p-Werten und in Prozent angegeben.	2
<i>Statistische Zahlen ausgeprägt: 2 Punkte</i> <i>Statistische Zahlen teilweise ausgeprägt: 1 Punkt</i> <i>Statistische Zahlen nicht ausgeprägt: 0 Punkte</i>	Die Statistischen Zahlen sind ausgeprägt.	2
		4/4

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>p Wert < 0.05: 2 Punkte</i> <i>p Wert teilweise < 0.05: 1 Punkt</i> <i>nicht angegeben: 0 Punkte</i>	p-Werte <0.05	2 2/2

11. Wie präzise sind die Ergebnisse? *Konfidenzintervalle?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>CI ≥95%: 2 Punkte</i> <i>CI <95%: 1 Punkt</i> <i>CI nicht angegeben: 0 Punkte</i>	CI 95%	2 2/2

Aussagekraft Total Punkte: 8

Erreichte Punkte: 8

Note: 6

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ja: 2 Punkte Teilweise: 1 Punkt	Nein. Studie nicht glaubwürdig.	0 0/2

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ja: 2 Punkte Teilweise: 1 Punkt	Ja	2 2/2

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Kostenanalyse: 1 Punkt Keine Kostenanalyse: 0 Punkte	Keine Kostenanalyse	0 0/1

Anwendbarkeit Total Punkte: 5

Erreichte Punkte: 2

Note: 2.4

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Wiggins, M. et al. (2005). J Epidemiol Community Health. 59:288-295

Titel: Postnatal support for mothers living in disadvantaged inner city areas: a randomised controlled trial

Total Punkte: 29
Erreichte Punkte: 15
Note: 3.1

Glaubwürdigkeit

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Randomisierung durch geführt : 1 Punkt</i> <i>Randomisierung beschrieben: 1 Punkt</i> <i>Verdeckte Zuteilung: 1 Punkt</i> <i>Angepasste Ein- Ausschlusskriterien: 1 Punkt</i>	Randomisierung durchgeführt, aber ist nicht beschrieben Verdeckte Zuteilung unklar Ein- und Ausschlusskriterien klar beschrieben	1 0 0 1 2/4

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Ausfallquoten begründet: 1 Punkt</i> <i>Follow up > 80%: 1 Punkt</i> <i>kein Ausfall : 2 Punkte</i>	Follow-up >80% 1. Follow up n. 12 Mt: 90%, 90%, 89% 2. Follow up n. 18 Mt: 82%, 80%, 85% Ausfallquote begründet Doch von 165 TN nahmen nur 35 das Angebot an, dass in der 2. Interventionsgruppe (CGS) angeboten wurde Gründe laut Autoren: fehlende Eigeninitiative, unangemessene Intervention	1 1 2/2

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? *Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Verblindung möglich und durchgeführt: 2 Punkte</i> <i>Verblindung des Personals oder der Untersucher durchgeführt: 1 Punkt</i> <i>Verblindung nicht möglich oder ethisch nicht vertretbar und nicht durchgeführt: 1 Punkt</i> <i>Verblindung möglich und nicht durchgeführt: 0 Punkte</i>	Verblindung der TN nicht möglich. Eine Verblindung der Forscher/Untersucher ist nicht beschrieben.	1 0 1/2

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? *Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Keine signifikante Unterschiede in Untersuchungsgruppen: 2 Punkte</i> <i>Keine Unterschiede, Signifikanz nicht angegeben: 1 Punkt</i> <i>Teilweise signifikante Unterschiede in Untersuchungsgruppen: 1 Punkt</i>	Demografische Daten in Tabellenform: Keine Unterschiede, Signifikanz nicht angegeben.	1 1/2

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Gleich behandelt: 1 Punkt</i> <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben: 1 Punkt</i>	Postpartale Hausbesuche bei allen 3 Gruppen. Nur Inhalt unklar. Inwieweit wurden die TN der Kontrollgruppe über Hilfsangebote informiert. Langer Zeitraum, wahrscheinlich das Kontrollgruppe Hilfe holte.	0 0 0/2

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Kein TN wechselte die Gruppe: 1 Punkt</i>	Intention-to-treat-Analyse	1 1

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Poweranalyse durchgeführt & erfüllt: 1 Punkt</i>	Poweranalyse 80%	1 1/1

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Ergebnisse sind vergleichbar: 2 Punkte</i> <i>Ergebnisse sind teilweise vergleichbar: 1 Punkt</i>	Teilweise: Informationen und soziale Unterstützung als Interventionen. Ärmere Stadtviertel.	1 1/2

Glaubwürdigkeit Total Punkte: 16

Erreichte Punkte: 9

Note: 3.3

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? *Relative RisikoReduktion, Absolute RisikoReduktion? Number Needed To Treat? Median? Mittelwert?*

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>Statistische Zahlen angegeben: 2 Punkte</i> <i>Statistische Zahlen teilweise angegeben: 1 Punkt</i> <i>Statistische Zahlen nicht angegeben: 0 Punkte</i> <i>Statistische Zahlen ausgeprägt: 2 Punkte</i> <i>Statistische Zahlen teilweise ausgeprägt: 1 Punkt</i> <i>Statistische Zahlen nicht ausgeprägt: 0 Punkte</i>	Zu den demografischen Daten sind in der Tabelle Mittelwert und Standardabweichung angegeben. Resultate der Messungen im Text in Prozent und mit dem Relativen Risiko angegeben. Alle Resultate sind in Tabellen aufgeführt. Die Statistischen Zahlen sind nicht ausgeprägt.	2 0 2/4

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
<i>p Wert < 0.05: 2 Punkte</i> <i>p Wert teilweise < 0.05: 1 Punkt</i> <i>nicht angegeben: 0 Punkte</i>	p-Werte nicht angegeben	0 0/2

11. Wie präzise sind die Ergebnisse? Konfidenzintervalle?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
CI $\geq 95\%$: 2 Punkte CI $< 95\%$: 1 Punkt CI nicht angegeben: 0 Punkte	CI 95%	2 2/2

Aussagekraft Total Punkte: 8

Erreichte Punkte: 4

Note: 3**Anwendbarkeit**

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ja: 2 Punkte Teilweise: 1 Punkt	Nein. Ungenügende Glaubwürdigkeit.	0 0/2

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Ja: 2 Punkte Teilweise: 1 Punkt	Ja.	2 2/2

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

Kriterien	Bewertung	erreichte Punkte / mögliche Punkte
Kostenanalyse: 1 Punkt Keine Kostenanalyse: 0 Punkte	Keine Kostenanalyse	0 0/1

Anwendbarkeit Total Punkte: 5

Erreichte Punkte: 2

Note: 2.4

Quelle: <http://www.medizin.unihalle.de/pflegewissenschaft/ebn/> V 1.4 aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004): *Evidencebased Nursing*. Hans Huber: Bern.

Anhang F: Evidenzstufeneinteilung

Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core (1999)	Stetler et al. (1998a; Stetler et al., 1998b)	Rosswurm & Larabee (1999)	U.S. Preventive Services Task Force (1996)
Stärke und Konsistenz der Bewertung des Evidenzgrades	Stärke der Evidenz	Qualität der Evidenz	Qualität der Evidenz
A. Evidenz aus einer gut konzipierten Metaanalyse	I. Metaanalyse verschiedener kontrollierter Studien	I. a. Metaanalyse randomisierter Versuche	I. Evidenz durch mindestens einen richtig randomisierten, kontrollierten Versuch
B. Evidenz aus gut konzipierten, kontrollierten Versuchen, randomisiert wie nicht-randomisiert, deren Ergebnisse konsistent eine bestimmte Handlung (z.B. Messung), Intervention oder Behandlung unterstützen	II. Einzelne Experimentalstudie	b. Ein randomisierter kontrollierter Versuch	II-1. Evidenz durch gut konzipierte, kontrollierte Versuche ohne Randomisierung
C. Evidenz aus Beobachtungsstudien (z.B. deskriptiven Korrelationsstudien) oder kontrollierten Versuchen mit inkonsistenten Ergebnissen	III. Quasi-experimentelle Studie, zum Beispiel nicht randomisierter kontrollierter Einzelgruppen-Präposttest, Langzeit mit Testserien oder parallelisierte Fallkontrollierte Studien	II. a. Eine gut konzipierte kontrollierte Studie ohne Randomisierung	II-2. Evidenz durch gut konzipierte Kohorten- oder Fallkontrollierte analytische Studien, bevorzugt aus mehr als einem Zentrum oder einer Forschungsgruppe
D. Evidenz aus Expertenmeinungen oder verschiedenen Fallberichten	IV. Nicht-kontrollierte Studie, zum Beispiel deskriptive Korrelationsstudien, qualitative oder Fallstudien	b. Ein weiterer Typ einer gut konzipierten quasi-experimentellen Studie	II-3. Evidenz durch multiple Langzeitstudien mit Testserien, mit oder ohne Intervention. Aufsehen erregende Ergebnisse in unkontrollierten Experimenten (zum Beispiel die Ergebnisse bei der Einführung der Penicillin-Behandlung in den 1940er-Jahren) können ebenfalls diesem Typ von Evidenz zugerechnet werden.
	V. Fallbericht oder systematisch ermittelte, verifizierbare Qualität oder Programm-Evaluierungsdaten	III. Vergleichende, Korrelationsstudie und andere deskriptive Studien	III. Meinungen angesehener Autoritäten auf der Basis klinischer Erfahrung; deskriptive Studien und Fallberichte, oder Berichte von Expertenkomitees
	VI. Meinungen angesehener Autoritäten; oder die Meinungen eines Expertenkomitees, einschließlich ihrer Interpretation von nicht-forschungsbasierten Informationen	IV. Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees und Expertenmeinungen	

Tabelle 20.2 Zusammenfassung von Bewertungssystemen evidenzbasierter Praxis.

Quelle: LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung – Methoden, Bewertung, Anwendung*. (2. Auflage). München: Urban und Fischer.