

BACHELORARBEIT

Pflegerische Versorgungs- und Handlungsmöglichkeiten bei postpartalen Depressionen

von Kristina Schmidt

1. Prüferin: Prof. Dr. Miriam Tariba Richter
 2. Prüferin: Kathrin Platz
-

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**
Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung: Die Beziehung zwischen Mutter und Kind ist die Basis einer gesunden kindlichen Entwicklung. Eine postpartale Depression (PPD) beeinflusst Mutter und Kind gleichermaßen, sodass ein auffälliges Bindungsverhalten entstehen und persistieren kann. Um dem entgegenzuwirken, befasst sich die vorliegende Arbeit mit der folgenden Forschungsfrage: Welche pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten gibt es, um den Beziehungsaufbau zwischen dem Neugeborenen und einer Mutter mit postpartaler Depression zu fördern?

Methodik: Die Bachelorthesis basiert auf einer systematischen Literaturrecherche. Durch die Berücksichtigung der zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien sind elf Studien in den Ergebnisteil integriert und anschließend analysiert worden.

Ergebnisse: Das ‚Känguruhen‘, das Stillen und die Neugeborenenmassage sind standardisierte Wochenbettinterventionen, die signifikante Verbesserungen in der Beziehungsgestaltung zwischen Mutter und Neugeborenem aufzeigen. Die Interventionen der Verhaltensbeobachtung und des Interaktionstrainings variieren in ihrer Wirksamkeit. So zeigt die ‚Newborn Behavioral Observation‘ (NBO) Verbesserungen im Wissensstand der Mutter zur Beziehungsgestaltung auf. ‚Educating to facilitate a positive interactive connection‘ (EPIC) stärkt die Bindung zwischen Mutter und Kind und lindert die depressiven Symptome. Das Programm ‚Practical Resources for Effective Postpartum Parenting‘ (PREPP) minimiert das Risiko einer PPD und die Intervention ‚Happiness, Understanding, Giving and Sharing‘ (HUGS) verbessert die Mutter-Kind-Interaktion.

Schlussfolgerung: Die standardisierten Wochenbettinterventionen werden weiterhin für die pflegerische Praxis empfohlen. Die Interventionen der Verhaltensbeobachtung und des Interaktionstrainings können nur teilweise in den pflegerischen Handlungsbereich der Wochenbettversorgung integriert werden.

Forschungsempfehlungen: Die Verhaltensbeobachtungen und das Interaktionstraining sollten hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit in das deutsche Gesundheitssystem und ihren Auswirkungen auf die Mutter-Kind Interaktion untersucht werden. Ebenso muss die Rolle weiterer Handlungsbereiche der Pflege in der Versorgung von Frauen mit PPD erfasst werden.

Schlüsselbegriffe: Postpartale Depression, Beziehungsförderung, Pflege

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	II
1 Einleitung	1
2 Methodik.....	3
2.1 Suchstrategie	3
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	4
2.3 Auswahl der Ergebnisse	5
3 Theoretischer Hintergrund	5
3.1 Die postpartale Depression.....	6
3.2 Pflegerische Relevanz der postpartalen Depression.....	8
3.3 Die Mutter-Kind-Beziehung	10
3.3.1 Die Bindungsmuster	12
3.3.2 Auswirkungen der postpartalen Depression auf das Kind und die Mutter-Kind-Beziehung.....	13
4 Darstellung der Ergebnisse	15
4.1 Standardisierte Wochenbettinterventionen	16
4.2 Verhaltensbeobachtung und Interaktionstraining	18
5 Diskussion der Ergebnisse.....	28
6 Handlungsempfehlungen für die pflegerische Praxis	36
7 Fazit	39
Literaturverzeichnis	III
Anhangsverzeichnis.....	XII

Abkürzungsverzeichnis

APGAR	Atmung, Puls, Grundtonus, Aussehen, Reflexe
ASQ	Affective Style Questionnaire
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CUMC	Columbia University Medical Center
EPIC	Educating to facilitate a positive interactive connection
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
HIBS	Hochschulinformations- und Bibliotheksservice
HUGS	Happiness, Understanding, Giving and Sharing
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10
ICD 11	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11
KKG	Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen
MeSH	Medical Subject Headings
NBO	Newborn Behavioral Observation
PICO	Population-Intervention-Control intervention-Outcome
PPD	Postpartale Depression
PREPP	Practical Resources for Effective Postpartum Parenting
SSRI	Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer
SSW	Schwangerschaftswoche

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien	4
---	---

1 Einleitung

„Die Bindungsqualität [zwischen Mutter und Kind] ist abhängig von der Art und Weise, wie die Betreuungsperson auf die kindlichen Bedürfnisse reagiert.“

(Ahnert & Spangler, 2014, S. 405).

Bereits wenige Minuten nach der Geburt beginnt der Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind. Eine sichere Bindung wird durch die körperliche und seelische Nähe, die bedingungslose Liebe sowie die mütterliche Sensibilität ermöglicht und ist entscheidend für die spätere emotionale und soziale Entwicklung des Neugeborenen. Auch die Persönlichkeits- und Kompetenzentwicklung basiert auf der frühen Bindung zur Mutter (Ahnert & Spangler, 2014; Bowlby, 2008; Nonnenmacher et al., 2016; Ramsauer et al., 2013).

Die Vorstellungen einer perfekten Geburt und einer perfekten postpartalen Zeit sind heutzutage weitverbreitet. Beinahe jede Frau erwartet von sich, die perfekte Mutter zu sein und nach der Geburt Gefühle wie Freude, Liebe und unendliches Glück zu empfinden (Logsdon et al., 2006; Mundt-Smejda & Gänszle, 2016). In der Realität stellt die Geburt eines Kindes jedoch ein Lebensereignis dar, das mit einem physischen und psychischen Umschwung einhergeht (Stuhrmann et al., 2022). Die postpartale Zeit ist einer der vulnerabelsten Lebensabschnitte einer Frau, der von vielen Veränderungen im eigenen Leben geprägt ist (Alba, 2021; Stuhrmann et al., 2022). Nicht selten können diese Lebensveränderungen Gefühle wie Angst, Trauer, Enttäuschung, Hoffnungslosigkeit oder auch Wut hervorrufen. Auch die Ansprüche an das eigene Muttersein werden in der Realität oftmals nicht erfüllt, sodass daraufhin Scham-, Schuld- und Insuffizienzgefühle, Selbstzweifel und Gefühle der Wertlosigkeit eintreten (Alba, 2021; Buultjens et al., 2008; Logsdon et al., 2006; Stuhrmann et al., 2022; Zauderer, 2008).

Mit einer Prävalenz von ca. 13–20 % ist die postpartale Depression (PPD) die häufigste psychische Erkrankung im Wochenbett (Oddo et al., 2008; Turmes & Hornstein, 2007). Die Symptome prägen dabei sowohl die Wöchnerin als auch das Neugeborene. Die Mutter entfremdet sich vom Kind, sie zeigt eine mangelnde Sensitivität, hat vermehrt negative Affekte und ein geringes mimisches Ausdrucksverhalten. Emotional ist sie kaum verfügbar, was dazu führt, dass sie eine verringerte Fähigkeit hat, kindliche Signale wahrzunehmen, sie zu interpretieren

sowie angemessen zu beantworten (Alba, 2021; Oddo et al., 2008; Reck, 2012). Das Neugeborene reagiert infolgedessen mit einem vermehrten Rückzugs- und Vermeidungsverhalten. Es zeigt ein geringeres Ausmaß an positiven Affekten und vermeidet den Blickkontakt (Ramsauer et al., 2013). Dies bestärkt die vorhandenen Selbstzweifel der Mutter, sodass ein Teufelskreis entsteht, der für die Frauen nur schwer zu durchbrechen ist (Hornstein et al., 2009a; Hornstein et al., 2009b). Die Angst vor Stigmatisierung begünstigt diesen ebenfalls, sodass viele Betroffene im Stillen leiden und keine Unterstützung von außen erhalten (Oddo et al., 2008; Ordan et al., 2018; Zauderer, 2008). Dies hat erhebliche Folgen für die Beziehungsgestaltung zum Neugeborenen (Buultjens et al., 2008; Lefkovic et al., 2014; Oddo et al., 2008; Ramsauer et al., 2013; Zauderer, 2008). Auffällige Bindungsmuster bis hin zu Bindungsstörungen sind die Folgen, die nach Abklingen der depressiven Symptome größtenteils erhalten bleiben (Hornstein et al., 2007). Es zeigt sich die Relevanz der frühzeitigen Erkennung depressiver Symptome im Wochenbett, um die Beziehung zwischen Mutter und Kind weitestgehend zu fördern und zu schützen (Dorn & Mautner, 2018).

Aus diesem Grund ist das Ziel dieser Arbeit, die postpartale Depression als ganzheitliche Erkrankung zu erfassen und die pflegerischen Versorgungs- und Handlungsmöglichkeiten im Setting der Wochenbettstation darzustellen und zu analysieren. Die Fragestellung, auf der die vorliegende Bachelorthesis basiert, lautet: *Welche pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten gibt es, um den Beziehungsaufbau zwischen dem Neugeborenen und einer Mutter mit postpartaler Depression zu fördern?*

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine Literaturrecherche und -auswertung durchgeführt. Das methodische Vorgehen wird in Kapitel 2 beschrieben. In Kapitel 3 folgt der theoretischer Hintergrund, der die postpartale Depression in Kapitel 3.1, die pflegerische Relevanz der postpartalen Depression in Kapitel 3.2 und die Mutter-Kind Beziehung in Kapitel 3.3 beinhaltet. Letzteres untergliedert sich in die Bindungsmuster, die in Kapitel 3.3.1 dargestellt werden und die Auswirkungen der postpartalen Depression auf das Kind und die Beziehung zur Mutter, die in Kapitel 3.3.2 aufgezeigt werden. Aufbauend auf dem theoretischen Hintergrund sowie der Fragestellung dieser Arbeit werden in Kapitel 4 die Ergebnisse der Literaturrecherche beschrieben, wobei der aktuelle

Forschungsstand zu drei standardisierten Wochenbettinterventionen im Kapitel 4.1 und anschließend zu vier Interventionen der Verhaltensbeobachtung und des Interaktionstrainings im Kapitel 4.2 dargestellt wird. Die Ergebnisse werden in Kapitel 5 diskutiert, sodass die Fragestellung beantwortet werden kann. Abschließend werden in Kapitel 6 die Handlungsempfehlungen für die pflegerische Praxis formuliert. Mit dem Fazit wird die vorliegende Thesis abgerundet.

2 Methodik

Die vorliegende Thesis ist eine literaturbasierte Arbeit. Um die dargestellte Problemlage mit der entsprechenden Fragestellung analysieren und beantworten zu können, wurden nach der Themenfindung und dem Festlegen der Fragestellung zwei systematische Literaturrecherchen mittels der Datenbank PubMed sowie eine mittels CINAHL durchgeführt. Diese wurde ergänzt durch eine explorative Handsuche über den Hochschulinformations- und Bibliotheksservice (HIBS) sowie über das Schneeballprinzip. Ebenso konnte Literatur aus der Fachbibliothek Soziale Arbeit & Pflege an der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Hamburg miteinbezogen werden. Das Klassifikationssystem ‚International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems‘ 10 und 11 (ICD 10 und 11) wurde für medizinische Definitionen verwendet. Durch eine Handsuche über ‚Google‘ konnten weitere Quellen berücksichtigt werden.

2.1 Suchstrategie

Zur Vorbereitung der systematischen Literaturrecherche wurde das ‚Population-Intervention-(Control intervention)-Outcome-Schema (PI(C)O-Schema)‘ angewendet. Wöchnerinnen mit postpartaler Depression wurden als Population angenommen. Die pflegerische Versorgung galt als Intervention. Das Outcome basiert vor allem auf der Förderung der Mutter-Kind-Beziehung (siehe Anhang 1.1). Die Kontrollintervention wurde für die Beantwortung der Fragestellung als irrelevant bewertet und somit nicht in die Arbeit miteinbezogen. Anschließend wurden die Suchbegriffe und Synonyme definiert und in die englische Sprache übersetzt. Dabei haben sich folgende Schlagwörter ergeben:

‚postpartum depression‘, ‚depression‘, ‚postpartum depressive symptoms‘, ‚maternity blues‘, ‚postpartum blues‘, ‚nursing‘, ‚care‘, ‚welfare‘, ‚nurse‘, ‚evidence-based nursing‘, ‚mother-child relationship/attachment/unity/bond‘.

Zusätzlich konnten weitere ‚Medical-Subject-Headings(MeSH)-Terms‘ über PubMed und CINAHL-Headings herausgearbeitet werden (siehe Anhang 1.2). Anhand der Schlagwörter und der MeSH-Terms wurden mithilfe der Boole’schen Operatoren ‚AND‘ und ‚OR‘ insgesamt drei verschiedene Suchbegriffe definiert, die für die systematische Literatursuche verwendet wurden (siehe Anhang 1.3). Für die explorative Suche über den HIBS wurde mit dem Suchbegriff ‚postpartale Depression‘ gearbeitet.

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Um die Treffer der Literaturrecherche inhaltlich auf die Fragestellung einzugrenzen, wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien generiert (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> • Wochenbettpflege • Mutter-Kind-Beziehung im Neugeborenen- und Kindesalter • Postpartaler Beziehungsaufbau • Postpartale Depression • Depressionen • Beziehungsmuster/Beziehungsstörungen • Pflegerische Versorgung bei (postpartalen) Depressionen • Säuglings-/Kleinkindentwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> • Vater-Kind-Beziehung • Mutter-Kind-Beziehung im Jugend-/ Erwachsenenalter • Frühgeborene oder kranke Kinder auf einer Intensivstation • Kein pflegerischer Bezug

Quelle: eigene Darstellung

Ebenfalls mussten formelle Kriterien definiert werden, die die englische und die deutsche Sprache sowie eine Jahresbegrenzung umfassen. Hierbei wurde die Zeitspanne 2000 bis 2022 ausgewählt, da die vorliegende Thesis den möglichst aktuellen Stand der Forschung wiedergeben soll. Zudem sollten sich die Ergebnisse nur auf Menschen beziehen. Aus diesem Grund wurde die Limitation ‚humans‘ verwendet. Bei der explorativen Suche über den HIBS wurde der Fokus zusätzlich auf elektronische Artikel gelegt.

2.3 Auswahl der Ergebnisse

Insgesamt ergab die Literaturrecherche über PubMed, CINAHL und den HIBS 988 Treffer. Nach Ausschluss der Duplikate und der Literatur ohne Zugriffsberechtigung konnten 969 Titel gesichtet und anschließend 829 Ergebnisse ausgeschlossen werden. Hierbei wurde vor allem auf das Vorhandensein der zuvor definierten Schlagwörter im Titel und die Relevanz bzgl. der Fragestellung geachtet. Es folgte die Sichtung von 140 Abstracts, von denen 62 ausgeschlossen wurden. Die ausgeschlossenen Abstracts bezogen sich hierbei zunehmend auf die Beziehung zwischen Eltern und Kindern, wenn sich letztere nach der Geburt auf einer Intensivstation befanden, die Vater-Kind-Beziehung oder die Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und Kindern im Alter von 3–18 Jahren. Ebenso wurden Studien ohne pflegerischen Bezug ausgeschlossen. Somit blieben 78 Volltexte zur Sichtung übrig. In Anbetracht der in Kapitel 2.2 erläuterten inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien konnten insgesamt 35 Volltexte durch die systematischen Literaturrecherchen in die vorliegende Arbeit integriert werden. Ergänzt wurden diese mit fünf Volltexten aus dem Schneeballprinzip und 14 aus der Handsuche, die unter anderem das ICD 10 und 11 sowie Literatur aus der Bibliothek und dem Internet beinhaltet. Für die Darstellung der Ergebnisse musste eine Studie aufgrund mangelnder Qualität (siehe Anhang 3.11) ausgeschlossen werden. Somit konnten 10 Volltexte für die Ergebnisdarstellung verwendet werden, die sich konkret mit der Beantwortung der Fragestellung beschäftigen. Die genaue Abfolge der Literaturrecherche wird im Flussdiagramm dargestellt (siehe Anhang 1.4).

3 Theoretischer Hintergrund

Die folgenden Kapitel umfassen den theoretischen Hintergrund dieser Arbeit. Hierbei wird die PPD zunächst im Kapitel 3.1 definiert sowie die Ursachen, Risikofaktoren, Symptome, Prävalenz, Diagnostik und Therapie beschrieben. Ebenso wird die PPD von dem postpartalen Blues und der postpartalen Psychose abgegrenzt. In Kapitel 3.2 folgt anschließend die pflegerische Relevanz der PPD. Die physiologische Mutter-Kind Beziehung wird in Kapitel 3.3 beschrieben. Dieses beinhaltet zum einen die Beschreibung möglicher Bindungsmuster (Kapitel 3.3.1) und zum anderen die Auswirkungen einer PPD auf das Kind und die Beziehung zur Mutter (Kapitel 3.3.2).

3.1 Die postpartale Depression

Die PPD beschreibt die depressive Erkrankung einer Frau nach der Geburt ihres Kindes (Alba, 2021). Sie beginnt meist in den ersten drei Monaten nach dem Gebären und kann als einmalige Episode oder auch chronisch verlaufen (Buultjens et al., 2008). Im ICD 11 wird die PPD als „Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, ohne psychotische Symptome“ definiert (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], 2022, Code: 6E20). Hierbei wird die PPD als ein „mit der Schwangerschaft oder dem Wochenbett verbundenes Syndrom (welches innerhalb sechs Wochen nach der Entbindung beginnt), das erhebliche psychische und verhaltensbezogene Merkmale aufweist“, beschrieben (BfArM, 2022, Code: 6E20).

Die Ursachen einer PPD sind weitestgehend unbekannt, jedoch konnten zunehmend Risikofaktoren beobachtet werden. Hatte eine Frau bereits in der Vorgeschichte eine psychische Erkrankung, so besteht nach der Geburt ein erhöhtes Risiko, rezidivierende, depressive Symptome aufzuzeigen (Dorn & Mautner, 2018), da die Geburt eines Kindes einen vulnerablen Lebensabschnitt darstellt (Alba, 2021; Dorn & Mautner, 2018; Stuhmann et al., 2022). Ebenso gelten traumatische Erlebnisse während der Geburt, eine ungeplante Schwangerschaft, genetische Faktoren, wenig soziale und familiäre Unterstützung und ein stressvolles Leben als Risikofaktoren für eine PPD (Alba, 2021; Buultjens & Liamputtong, 2007; Stuhmann et al., 2022). Soziale Isolation und eine Veränderung in der Qualität der Paardynamik sorgen für eine deutliche Risikosteigerung (Mundt-Smejda & Gänzle, 2016).

Die PPD geht meist mit den Symptomen einer depressiven Episode einher. Betroffene leiden an einer gedrückten Stimmung sowie einer Verminderung im Antrieb und in der Aktivität. Sie zeigen Freudlosigkeit, wenig Interesse und Konzentrationsschwierigkeiten auf. Oftmals berichten Betroffene von erhöhter Müdigkeit und gleichzeitiger Schlaflosigkeit. Das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen sind vermindert und die Betroffenen leiden an starken Schuldgefühlen (BfArM et al., 2022). Ebenso können starke Traurigkeit, Angst, Verwirrung, Wut, Hoffnungslosigkeit und Stimmungsschwankungen auftreten (Alba, 2021; Mundt-Smejda & Gänzle, 2016). Die Gedanken an selbstverletzendes

Verhalten und Suizidalität sind hierbei ebenfalls zu berücksichtigen (Oddo et al., 2008). Zusätzlich zu den typischen Symptomen einer Depression kennzeichnet die PPD vor allem kindbezogene Symptome wie Schuldgefühle gegenüber dem Kind, Muttergefühle, die nicht den eigenen Erwartungen entsprechen, Zwangsgedanken und -impulse, Insuffizienzgefühle, Bindungsstörungen, Zurückgezogenheit und die Unfähigkeit, sich dem Kind emotional zuzuwenden (Dorn & Mautner, 2018; Mundt-Smejda & Gänzle, 2016; Oddo et al., 2008). Auch Gedanken und Vorstellungen über einen Infantizid können hierbei auftreten (Hornstein et al., 2009a).

Die postpartale Depression ist die häufigste psychische Erkrankung im Wochenbett (Oddo et al., 2008). Mit einer Prävalenz von 13–20 % sind in den USA jährlich 800 000 (Werner et al., 2016) und in Deutschland 60 000 (Dorsch & Rohde, 2010) Frauen betroffen (Alba, 2021; Buultjens et al., 2008; Turmes & Hornstein, 2007; Zauderer, 2008). Durch die hohe Dunkelziffer werden lediglich 19 % der an einer postpartalen Depression erkrankten Frauen diagnostiziert (Amboss, 2022; Zauderer, 2008). Die erste Diagnostik erfolgt meist bei der ersten gynäkologischen Untersuchung nach der Geburt, die ca. 4–6 Wochen nach Entbindung durchgeführt wird (Amboss, 2022). Hierbei muss die Kernsymptomatik mindestens zwei Wochen kontinuierlich vorhanden sein (Alba, 2021; Dorn & Mautner, 2018). Organische Erkrankungen werden vor der Diagnose der PPD ausgeschlossen. Zur Unterstützung wird die ‚Edinburgh Postnatal Depression Scale‘ (EPDS) verwendet, die als valide Skala zur Einschätzung des Schweregrades gilt (Oddo et al., 2008; siehe Anhang 2.1).

Die standardisierte Therapie einer PPD beinhaltet die pharmakologische (meist mithilfe von Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (SSRI-Hemmer)) und die Psychotherapie. Diese zielen darauf ab, die mütterlichen Symptome zu minimieren und der Mutter somit ein symptomfreies Leben zu ermöglichen. In der Psychotherapie wird vor allem die kognitive Verhaltenstherapie angeboten, in der die eigenen Fähigkeiten und die Resilienz gestärkt werden (Alba, 2021; Fallgatter et al., 2002; Kunze et al., 2016; Werner et al., 2016).

Die PPD gilt als eigenständige Erkrankung und muss somit trotz ähnlicher Symptomatik von weiteren psychischen Erkrankungen im Wochenbett wie dem postpartalen Blues und der postpartalen Psychose abgegrenzt werden.

Der postpartale Blues

Unter dem postpartalen Blues oder auch ‚Baby Blues‘ wird eine postpartale Anpassungsstörung verstanden (Alba, 2021). Sie beginnt meist einige Stunden oder Tage nach der Geburt und hält maximal zwei Wochen an (Alba, 2021). Die Prävalenz variiert stark zwischen 50 % und 70 %. Betroffene Wöchnerinnen zeigen oftmals Enttäuschung, Angst, Überwältigung, Verwirrtheit und körperliches Unwohlsein. Es findet ein ständiger Wechsel zwischen Euphorie und Weinerlichkeit, Reizbarkeit und Insuffizienzgefühlen statt (Alba, 2021; Dorsch & Rohde, 2010). In den meisten Fällen klingen die Symptome durch die Unterstützung des medizinischen und pflegerischen Personals sowie der Familie wieder ab und es wird keine weitere Therapie benötigt (Alba, 2021; Fallgatter et al., 2002). In einigen Fällen chronifizieren sich die Symptome, sodass eine PPD diagnostiziert wird (Alba, 2021; Dorsch & Rohde, 2010; Oddo et al., 2008; Turmes & Hornstein, 2007).

Die postpartale Psychose

Die postpartale Psychose oder auch Wochenbettpsychose ist Bestandteil der psychotischen Störungen und ist die schwerste und seltenste (0,1–0,2 %) psychische Erkrankung nach der Geburt (Alba, 2021; Dorsch & Rohde, 2010). Die betroffenen Frauen leiden häufig an plötzlich auftretenden, hochpsychotischen Symptomen wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen, paranoiden Gedanken, Antriebssteigerung und Erregung (Dorsch & Rohde, 2010; Fallgatter et al., 2002). Die Symptome im Wochenbett beziehen sich zunehmend auf das Kind, wodurch ein Infantizid nicht auszuschließen ist (Fallgatter et al., 2002; Hornstein et al., 2009a). Diese Erkrankung wird ausschließlich stationär-psychiatrisch behandelt (Dorsch & Rohde, 2010).

3.2 Pflegerische Relevanz der postpartalen Depression

Eine Frau wird standardmäßig nach der Entbindung gemeinsam mit ihrem Neugeborenen auf die Wochenbettstation aufgenommen. Hierbei wird das 24-Stunden-Rooming-in sichergestellt, sodass Mutter und Kind kontinuierlich beieinander sind. Die Verweildauer auf der Wochenbettstation beträgt bei komplikationslosem Verlauf ca. drei bis fünf Tage. Betreut werden die Wöchnerinnen von ärztlichem Personal, professionellem Pflegepersonal sowie von Hebammen, Entbindungspflegerinnen und Entbindungspflegern (Amboss, 2022).

Minde et al. (2001) geben an, dass das pflegerische Personal im Vergleich zum ärztlichen Personal doppelt so viel Zeit mit den Wöchnerinnen verbringt. Dadurch entwickelt sich eine professionelle Beziehung, die durch Vertrauen geprägt ist, sodass private und psychosoziale Themen eher von den Pflegenden beobachtet und mit ihnen geteilt werden (Logsdon et al., 2006; Minde et al., 2001). In erster Linie erscheinen hierbei die Symptome eines postpartalen Blues, die sich wie folgt äußern können:

„Oh God... The birth was ok because I had a caesarean. But after that... it was just a nightmare. In the hospital I didn't feel like I got a lot of help. She was screaming the whole time. I thought babies sleep for most of the time, but she didn't... I was sitting up in the hospital at night and crying thinking how can it be this bad?“ (Buultjens & Liamputtong, 2007, S. 82)

In einigen Fällen verlaufen die Symptome chronisch und manifestieren sich als postpartale Depression, die meist erst in der Häuslichkeit auffällt (Alba, 2021; Amboss, 2022; Dorsch & Rohde, 2010; Tronick & Reck, 2009). Dementsprechend muss davon ausgegangen werden, dass der postpartale Blues, der typischerweise bereits auf der Wochenbettstation auftritt, eine Vorstufe der postpartalen Depression sein kann und es somit einer erhöhten Wachsamkeit der Pflegekräfte bedarf, um die Symptome frühzeitig zu erkennen (Dorn & Mautner, 2018).

Die postpartale Depression gilt als Tabuthema, sodass betroffene Frauen Scham für ihre Gefühle empfinden und sich zurückziehen (Beck, 2006). Viele Wöchnerinnen kommunizieren die Gefühle nicht dem Pflegepersonal gegenüber, obwohl sie aufgrund der depressiven Symptomatik ihr Kind nicht eigenständig versorgen können, was dazu führt, dass vermehrt Suizidgedanken auftreten können (Zauderer, 2008). So zeigt die Studie von Alba (2021), dass von 22 000 befragten depressiven Müttern 3,8 % angaben, ihren eigenen Tod als einzigen Ausweg zu sehen (Alba, 2021; Paris et al., 2009).

Es wird deutlich, dass die Folgen einer PPD erheblich sind und eine frühzeitige Erkennung erster Signale bereits auf der Wochenbettstation notwendig ist. Doch auch die Pflegekräfte unterschätzen die Auswirkungen einer postpartalen Depression und neigen dazu, depressiv vorerkrankte oder akut erkrankte Mütter zu stigmatisieren, was dazu führt, dass diese Frauen weniger pflegerische Interventionen angeboten bekommen als gesunde Frauen (Ordan et al., 2018). Das

Pflegepersonal gibt an, sich nicht ausreichend ausgebildet zu fühlen und sich aufgrund dessen in der Unterstützung der depressiv erkrankten Wöchnerinnen zurückzuziehen, aus Angst, die Symptome zu verschlimmern (Ordan et al., 2018; Souza et al., 2018). Zudem legen sie Wert auf die Eigenständigkeit der Mütter und gehen davon aus, dass sie ihre Kinder nach der Geburt körperlich versorgen können, besonders wenn es nicht das erste Kind der Frau ist (Ordan et al., 2018). So berichtete eine Frau: „I was disappointed with the nurses because they said to me since I'd had two kids before I'd know what to do“ (Buultjens & Liamputtong, 2007, S. 82). Auch hier spiegelt sich die Stigmatisierung des Pflegepersonals wider. Doch gerade durch die enge Beziehung zu den Pflegenden sollten diese eine Anlaufstelle für postpartal auftretende depressive Symptome sein (Minde et al., 2001; Souza et al., 2018). Rossiter et al. (2014) betonen hierbei ebenfalls, dass Pflegekräfte, die die Frühwarnzeichen einer PPD kennen, die depressiven Symptome der Wöchnerin lindern und ihr helfen können, ihr Selbstbewusstsein wiederzuerlangen. „I really believe I'm the best carer for [sic] baby; before, I had no confidence“ (Rossiter et al., 2014, S. 95), berichtete eine befragte Frau, nachdem sie professionelle, psychische Unterstützung einer Pflegenden erhalten hatte (Rossiter et al., 2014).

Somit wird die Relevanz der Pflege bei der frühzeitigen Prävention, Erkennung und Versorgung einer postpartalen Depression deutlich (Souza et al., 2018). Der nahe Kontakt zu Patientinnen und Patienten ermöglicht den professionellen Pflegenden eine ausführliche und individuelle pflegerische Anamnese sowie die Beobachtung auftretender Symptome einer psychischen Labilität, die anschließend mit dem multiprofessionellen Team besprochen und individuell versorgt werden können (Minde et al., 2001). Dies bedarf jedoch der Kenntnis der Pflegenden über die Frühwarnzeichen und Erscheinungsbilder einer postpartalen Depression (Souza et al., 2018).

3.3 Die Mutter-Kind-Beziehung

„Unter ‚Bindungsverhalten‘ verstehe ich jegliches Verhalten, das darauf ausgerichtet ist, die Nähe eines vermeintlich kompetenteren Menschen zu suchen oder zu bewahren, ein Verhalten, das bei Angst, Müdigkeit, Erkrankung und entsprechendem Zuwendungs- oder Versorgungsbedürfnis am deutlichsten wird.“

(Bowlby, 2008, S. 21)

Nach der Geburt eines Kindes beginnt der Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind (Bowlby, 2008; Nonnenmacher et al., 2016). Dieser zeigt sich beispielsweise durch das Bedürfnis nach Kontakt, Nähe und Berührungen (Nonnenmacher et al., 2016). Die Fürsorge, die ein Kind in den frühen Lebensjahren daraufhin erhält, ist entscheidend für die spätere seelische Gesundheit und somit von lebenswichtiger Bedeutung (Bowlby, 2016). Daher sorgt die sichere Bindung zur Mutter für eine Beziehung, die die Gefühlswelt des Kindes stabilisiert (Ahnert & Spangler, 2014; Logsdon et al., 2006). Das Neugeborene ist auf die mütterliche Versorgung sowie die angemessene Befriedigung der Bedürfnisse angewiesen (Bowlby, 2008; Hédervári-Heller, 2012; Lefkovich et al., 2014; Moehler et al., 2006). Im Normalfall fühlen sich die Frauen für das Gedeihen, die Entwicklung sowie die Sicherheit ihres Kindes zuständig. Durch die entsprechende frühe Interaktion zwischen Mutter und Kind lernt das Neugeborene seine Umwelt und die eigenen Fähigkeiten im Laufe der Zeit kennen und kann sich auf die Sicherheit der Mutter verlassen, die es vor allem in stressigen und ungewohnten Situationen beansprucht (Bowlby, 2008; Hédervári-Heller, 2012).

Mutter und Kind tauschen in ihrer Interaktion gleiche und unterschiedliche Affekte in einer rhythmischen Art und Weise aus (Buultjens et al., 2008; Hédervári-Heller, 2012; Reck, 2007; Stuhmann et al., 2022). Der Säugling leitet die Kommunikation weitestgehend automatisch und intuitiv durch Mimik und Gestik ein, wobei sich die Mutter auf diese sensibel einlässt und anpasst, das Kind mit sanfter Stimme beruhigt und somit eine Art des Dialogs entsteht (Bowlby, 2008). Reagieren Mütter feinfühlig auf die Bedürfnisse ihres Kindes, so wird das Neugeborene Toleranz und Resilienz entwickeln, wodurch auch die Selbstregulation, der Umgang mit Stress, die emotionale Entwicklung, die Fähigkeit zu Empathie und die soziale Anpassung positiv beeinflusst werden (Dornes, 2000). John Bowlby unterstreicht, dass die frühkindliche Bindung die Basis eines fröhlichen, sozial kooperativen Menschen ist, der eine starke Resilienz gegenüber Widrigkeiten besitzt (Zauderer, 2008).

Das Bindungsverhalten zwischen Mutter und Kind wird in drei verschiedene Bindungsmuster unterteilt, die erstmalig von Mary Ainsworth beschrieben wurden und von den pathologischen Bindungsstörungen abzugrenzen sind (Bowlby, 2008; Hédervári-Heller, 2012). Da pathologische Bindungsstörungen in den meisten Fällen erst ab dem achten Lebensmonat eines Kindes erkennbar werden und somit

keine Relevanz für die vorliegende Arbeit aufzeigen, werden diese nicht weiter aufgeführt (Hédervári-Heller, 2012).

3.3.1 Die Bindungsmuster

Im Folgenden werden die drei typischen Bindungsmuster von Kindern zu ihren Bezugspersonen aufgeführt. Aus Mary Ainsworths Beobachtung, dass das Verhalten mancher Kinder in keines der ersten drei Bindungsmuster zu kategorisieren ist (Bowlby, 2008), entstand das vierte Bindungsmuster, mit dem dieses Kapitel abgeschlossen wird.

Das sichere Bindungsmuster

Bei dem sicheren Bindungsmuster handelt es sich um das optimale Bindungsverhalten zwischen Mutter und Kind. Es ist ein offenes Verhalten, das vor allem durch die erhöhte Feinfühligkeit der Bezugsperson gekennzeichnet ist. Kinder, die ein sicheres Bindungsverhalten der Eltern erleben, suchen ständig nach Nähe und Kontakt zu den Bindungspersonen und drücken ihre Gefühle offen durch verbale und nonverbale Äußerungen aus und beruhigen sich schnell, wenn diese von den Bezugspersonen wahrgenommen und getröstet werden. Sicher gebundene Kinder haben auch in schwierigen Lebensphasen eine positive Lebenshaltung, was sich vor allem in den älteren Lebensjahren zeigt (Bowlby, 2008; Dornes, 2000; Hédervári-Heller, 2012).

Das unsicher-vermeidende Bindungsmuster

Dieses Bindungsmuster steht im Kontrast zum sicheren Bindungsmuster, da es von keinem offenen Bindungsverhalten geprägt ist. Die Bindungspersonen zeigen wenig Feinfühligkeit und weisen den Wunsch der Kinder nach Nähe und Trost häufig zurück. Zudem zeigen sie sich zunehmend feindselig sowie über- oder unterstimuliert. Dieses Verhalten bewirkt vor allem den Zurückzug der Kinder. Sie vermeiden den Kontakt, die Nähe und den Blickkontakt der Bindungspersonen und wirken sehr autonom. Sie haben früh gelernt, mit Belastungssituationen allein umzugehen, und unterdrücken vor allem in Stresssituationen ihre Gefühle, sodass weder Ärger noch Trauer erkennbar werden (Bowlby, 2008; Dornes, 2000; Hédervári-Heller, 2012).

Das unsicher-ambivalente Bindungsmuster

Kinder, die zu ihren Eltern ein unsicher-ambivalentes Bindungsverhalten haben, zeigen oftmals widersprüchliches Verhalten. Einerseits sehnen sie sich nach Nähe, andererseits reagieren sie mit ärgerlicher Zurückweisung und wehren sich gegen den Kontakt. Sie lassen sich nur schwer von ihren Bezugspersonen beruhigen. Manche Kinder wirken passiv oder depressiv. Zudem zeigen sie Trennungsängste. Die Bindungspersonen verhalten sich ebenfalls ambivalent. In einigen Situationen zeigen sie sich feinfühlig, in anderen ablehnend (Bowlby, 2008; Dornes, 2000; Hédervári-Heller, 2012).

Das desorganisierte/desorientierte Bindungsverhalten

Die Bindungsperson im desorientierten Bindungsverhalten wird zur Quelle von Angst und Verunsicherung. Oftmals resultiert ein solches Bindungsmuster aus Missbrauchs-/Misshandlungserfahrungen oder psychisch unbewältigten Trennungs- und Verlusterfahrungen der Kinder. Sie zeigen keine eindeutige Verhaltensstrategie auf und erkennen ihre Bezugsperson nicht als Quelle für Schutz und Sicherheit, sondern unterbrechen die Suche nach körperlichem Kontakt und Nähe, erstarren oder wirken für einige Sekunden psychisch abwesend. Dieses Bindungsmuster stellt die Grenze zu pathologischen Bindungsstörungen dar und ist ein erhebliches Risiko für eine gesunde seelische Entwicklung im Kindesalter (Bowlby, 2008; Hédervári-Heller, 2012).

3.3.2 Auswirkungen der postpartalen Depression auf das Kind und die Mutter-Kind-Beziehung

Die depressive Symptomatik einer Wöchnerin richtet sich inhaltlich größtenteils auf das Kind (Dorn & Mautner, 2018; Oddo et al., 2008). Die Frauen zeigen weniger Sensibilität, Verantwortung und Kontingenz in der Interaktion mit ihrem Kind (Høifødt et al., 2017). Ersteres wird vor allem durch die vorhandenen negativen Gedanken beeinflusst (Lefkovic et al., 2014). Das erhöhte Stressempfinden, die flache Stimme und die geringe mimische und vokale Expressivität führen zu einer mangelnden Aufmerksamkeit dem Kind gegenüber, wodurch die Interaktion stark eingeschränkt ist (Ramsauer et al., 2013; Reck, 2007; Śliwerski et al., 2020). Die rhythmische Anpassung der affektiven Zustände kann nicht mehr erfolgen (Ramsauer et al., 2013). Es zeigt sich eine längere Periode von unterschiedlichen, negativen affektiven Zuständen, wodurch das Kind keine Rückmeldung zu seinem

Verhalten erhält (Ramsauer et al., 2013). Die Mutter ist infolgedessen nicht in der Lage, das Verhalten des Kindes zu reflektieren und die Emotionen und Gedanken zu erkennen (Nobre- Trindade et al., 2021). Dies kann zu erheblichen emotionalen und kognitiven Beeinträchtigungen des Neugeborenen führen, wodurch ebenfalls Verhaltensprobleme im Kindesalter auftreten können (Buultjens et al., 2008; Lefkovics et al., 2014; Oddo et al., 2008; Ramsauer et al., 2013; Zauderer, 2008). Wöchnerinnen, die sich gegenüber ihrem Säugling feindselig zeigen, sind grob und aufdringlich und neigen zu impulsiven Verhaltensweisen (Logsdon et al., 2006; Tronick & Reck, 2009). Es kommt folglich zu einer Überstimulation und die Säuglinge kompensieren ihre damit einhergehende Wut mit vermehrtem Weinen und vermeiden den Blickkontakt zur Mutter (Tronick & Reck, 2009). Zurückhaltende Mütter neigen dazu, sich vom Kind abzuschotten, und entwickeln abrupte Stimulationsabbrüche (Hornstein et al., 2009a). Sie möchten ihr Kind nicht ansehen, da sie befürchten, die negativen Affekte könnten ihrem Kind schaden (Reck, 2007). Die Neugeborenen reagieren hierbei mit gestresstem und protestierendem Verhalten, das sich ebenfalls durch vermehrtes Weinen zeigt (Tronick & Reck, 2009). Die emotionale Selbstregulation scheitert, sodass sie einen emotionslosen und zurückgezogenen affektiven Zustand entwickeln, der durch selbstberuhigende Verhaltensweisen und Passivität gekennzeichnet ist (Hornstein et al., 2009a; Reck, 2012; Śliwerski et al., 2020; Tronick & Reck, 2009). Sie vermeiden zudem den Blickkontakt zur Mutter, um sich vor den negativen Affekten zu schützen (Reck, 2007). Dieses Verhalten zeigt sich im späteren Kindesalter als die „erlernte Hilflosigkeit“ (Reck, 2007). Es entsteht eine Interaktionsstörung, die wiederum den depressiven Affekt der Mutter verstärkt (Hornstein et al., 2009a). Dies kann sich manifestieren und zu wahnhaften Vorstellungen mit selbstverletzendem Verhalten und/oder Suizidalität übergehen, wodurch das Risiko der Kindeswohlgefährdung steigt (Hornstein et al., 2009a). Zusätzlich können physische Probleme wie Fütterungs- und Gedeihstörungen, Diarrhöen und Schlafstörungen beim Säugling auftreten (Alba, 2021; Kersting, 2008; Werner et al., 2016; Zauderer, 2008). Trotz der möglichen Behandlung der depressiven Symptomatik und der Genesung der Mutter können die kindlichen Auswirkungen persistieren und sich im Bindungsverhalten widerspiegeln (Hornstein et al., 2007; Hornstein et al., 2009a; Kersting, 2008; Lefkovics et al., 2014).

Neugeborene depressiver Mütter neigen, je nach Ausprägung der mütterlichen Symptome, im Kindesalter dazu, ein unsicher-vermeidendes, unsicher-ambivalentes oder desorganisiertes Bindungsverhalten aufzuzeigen (Ahnert & Spangler, 2014; Brisch, 2020; Ramsauer et al., 2013; Tronick & Reck, 2009). In der Studie von Hornstein et al. (2009a) wurden 42 Frauen, von denen 25 an einer PPD und 17 an einer postpartalen Schizophrenie erkrankten, bzgl. ihres Bindungsverhaltens zum Neugeborenen untersucht; 60 % zeigten ein gestörtes Bindungsverhalten auf (Hornstein et al., 2009a). Am häufigsten tritt dabei das desorganisierte Bindungsmuster auf, das die emotionale Bindung zwischen Mutter und Kind am stärksten beeinflusst (Nonnenmacher et al., 2016). Auch in der anschließenden Häuslichkeit ändert sich das Bindungsverhalten zwischen Mutter und Kind nicht. Die Kinder entwickeln chronische Selbstregulationsmechanismen, um die eigenen negativen Affekte zu kompensieren (Tronick & Reck, 2009).

Aus diesen Auswirkungen ergibt sich die Relevanz von umfassenden Interventionen zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung der mütterlichen Symptome wie auch der Förderung der Mutter-Kind-Bindung.

4 Darstellung der Ergebnisse

Die folgenden Forschungsergebnisse untersuchen pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten, um die Beziehung zwischen Mutter und Kind zu fördern. Anhand der im Kapitel 2.2 definierten Ein- und Ausschlusskriterien konnten zunächst elf Studien für den Ergebnisteil dieser Arbeit berücksichtigt werden. Nach der Qualitätsprüfung der einzelnen Studien, wurde eine Studie aufgrund von methodischen Mängeln aus dieser Arbeit ausgeschlossen (siehe Anhang 3.11), sodass die folgende Ergebnisbeschreibung zehn Studien berücksichtigt (siehe Anhang 1.4). Die Studien werden thematisch geordnet, sodass zunächst jeweils eine Studie zum Känguruhen, Stillen und zur Neugeborenenmassage als standardisierte Wochenbettinterventionen in Kapitel 6.1 vorgestellt werden. In Kapitel 6.2 folgt die Darstellung der Verhaltensbeobachtung und des Interaktionstrainings. Dieses wird in verschiedene Interventionen untergliedert. Vier Studien untersuchen dabei die Intervention ‚Newborn Behavioral Observation‘ (NBO) und jeweils eine Studie die Intervention ‚Educating to facilitate a positive interactive connection‘ (EPIC), die ‚Practical Resources for Effective Postpartum

Parenting' (PREPP) und die ‚Happiness, Understanding, Giving and Sharing‘ (HUGS).

4.1 Standardisierte Wochenbettinterventionen

In diesem Kapitel wird die aktuelle Forschungslage der standardisierten Wochenbettinterventionen untersucht und dargestellt. Das ‚Känguruhen‘ und die Anleitung und Beratung zum Stillen sowie die Neugeborenenmassage gelten unter anderem als Hautkontakt zwischen Mutter und Kind und werden zunehmend standardisiert auf der Wochenbettstation angeboten und durchgeführt (Waterstadt & Asal, 2022). Alle drei Interventionen gelten auch als Kommunikationsweg zwischen Mutter und Kind und haben das Ziel, die Mutter-Kind-Bindung zu fördern und den optimalen Beziehungsaufbau zu ermöglichen (Wagner, 2019).

Das ‚Känguruhen‘

Der Begriff ‚Känguruhen‘ meint eine Art des Hautkontaktes zwischen einer Bezugsperson, in dem Fall der Mutter, und dem Neugeborenen. Hierbei trägt das Kind lediglich eine Windel und wird der Mutter in Bauchlage auf die nackte Brust gelegt. Der Haut-zu-Haut-Kontakt gewährt die intime Verbindung zwischen Mutter und Kind und soll das Beziehungsverhalten verbessern sowie Symptome einer PPD reduzieren (Badr & Zauszniewski, 2017; Waterstadt & Asal, 2022).

Badr und Zauszniewski (2017) untersuchten anhand einer systematischen Literaturrecherche die Wirksamkeit des intensiven Hautkontaktes, der durch das ‚Känguruhen‘ erreicht wird. Für die Darstellung der Ergebnisse wurden hierbei 20 Literaturergebnisse eingeschlossen. Sie zeigten auf, dass das ‚Känguruhen‘ einen positiven Einfluss auf die depressiven und ängstlichen Symptome einer Mutter hat. Wöchnerinnen, die den Hautkontakt zu ihrem Neugeborenen kontinuierlich ermöglichten, zeigten in den ersten drei Monaten einen niedrigeren Wert auf einer Skala für postpartale Depressionen auf als vor der Intervention. Zusätzlich berichteten die Wöchnerinnen, dass sie sich deutlich entspannter, sicherer, koordinierter, energiereicher und fröhlicher fühlten, nachdem sie mit ihrem Kind das ‚Känguruhen‘ durchgeführt hatten. Die Wirksamkeit wurde hierbei vor allem auf die erhöhte Oxytocin-Ausschüttung während des ‚Känguruhens‘ zurückgeführt (Badr & Zauszniewski, 2017).

Das Stillen

Yusuff et al. (2016) untersuchten in ihrer prospektiven Kohortenstudie die Auswirkungen des Stillens auf die mütterlichen depressiven Symptome. Die Studie wurde an fünf Krankenhäusern in Malaysia zwischen 2009 und 2010 durchgeführt. Eingeschlossen wurden alle Mütter, die zwischen der 36. und der 38. Schwangerschaftswoche (SSW) waren. Ausgeschlossen wurden diejenigen, die eine Mehrlingsschwangerschaft hatten, gesundheitlich nicht an der Studie teilnehmen konnten und die Sprache nicht fließend sprachen. Insgesamt ergab sich eine Stichprobe von n = 2072 Frauen, von denen n = 1142 die Studie vollständig beendeten. Jeweils ein und drei Monate postpartal wurden die Mütter hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik mithilfe der EPDS untersucht. Nach drei Monaten erhoben die Autorinnen und Autoren die Fütterungsmethode der Frauen, die sie die letzten drei Monate angewendet hatten. Somit konnten sie aufzeigen, dass kontinuierliches Stillen für mindestens drei Monate das Risiko, an einer PPD zu erkranken, signifikant vermindert. Sie betonten ebenfalls, dass das Stillen die Oxytocin- und Prolaktin-Ausschüttung fördert und somit antidepressiv wirken kann (Yusuff et al., 2016).

Die Neugeborenenmassage

Die Neugeborenenmassage dient dem emotionalen Austausch zwischen Mutter und Kind und wird vor allem bei Bindungsschwierigkeiten durchgeführt. Hierbei sind drei verschiedene Techniken bekannt. Alle haben gemeinsam, dass die Säuglinge vom Zentrum des Körpers zur Peripherie massiert werden. Das Neugeborene kann mit den Händen in streichenden, gleichmäßigen Bewegungen berührt werden. Eine gegenläufige Bewegung gilt ebenfalls als angemessener Massagegriff. Letztendlich können die Extremitäten auch ringförmig umfasst werden, sodass das Ausstreichen von oben nach unten durchgeführt wird. Zu beachten ist, dass keine tiefgründige Massage erfolgt, sondern ein stimulierendes Streichen über die Haut des Neugeborenen (Wagener, 2019).

Onozawa et al. (2001) untersuchten in ihrer Studie, ob die regelmäßige Teilnahme an Massagekursen für Neugeborene die Depression einer Mutter verringern und die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung verbessern kann. Für die Untersuchung rekrutierten sie alle erstgebärenden Frauen, die im ‚Queen Charlotte’s and Chelsea Hospital‘ zwischen der 37. und der 42. SSW entbunden hatten und im Alter

zwischen 18 und 45 Jahre waren. Dabei kamen n = 830 Frauen in Frage, von denen nach umfassender Rekrutierung n = 59 in die Studie einwilligten. Während der Durchführung kam es zu weiterer Fluktuation der Teilnehmenden, sodass letztendlich n = 25 Frauen (Interventionsgruppe n = 12; Kontrollgruppe n = 13) an der Studie teilnahmen. Die Interventionsgruppe erhielt einen fünfwöchigen Massagekurs und im Anschluss einen Selbsthilfekurs, bei dem vor allem die auftretenden Probleme und ‚Coping-Strategien‘ besprochen wurden. Die Kontrollgruppe erhielt ausschließlich den fünfwöchigen Selbsthilfekurs. Die Mütter der Interventionsgruppe trafen sich einmal pro Woche für eine Stunde und erlernten die Technik der Neugeborenenmassage. Der/die Ausbildende stellte die Techniken anhand einer Puppe dar, sodass die Frauen diese bei ihren Neugeborenen ausführen konnten. Dabei wird die Massage an jedes Kind individuell angepasst und jedes Körperteil beachtet, damit für den Säugling eine angenehme und sichere Atmosphäre geschaffen wird, indem Mutter und Kind ihre Interaktion aufeinander anpassen und ausprobieren können. Die Ergebnisse der Studie zeigten eine signifikante Verbesserung der depressiven Werte der Mutter und der Interaktion zwischen Mutter und Kind (Onozawa et al., 2001).

4.2 Verhaltensbeobachtung und Interaktionstraining

Die aktuellen Forschungsergebnisse fokussieren sich zunehmend auf die Entwicklung weiterer und neuer pflegerischer Interventionen, die die Beziehung zwischen Mutter und Kind speziell im Fall einer auftretenden depressiven Symptomatik fördern sollen. Das Ziel ist, den optimalen rhythmischen Affektaustausch zwischen Mutter und Kind wiederherzustellen und somit einen physiologischen Bindungsaufbau sicherzustellen. Diese Interventionen werden im Folgenden dargestellt.

Newborn Behavioral Observation (NBO)

Die Neugeborenenverhaltensbeobachtung beruht auf einer kurzen und kostengünstigen Intervention, die in verschiedenen Settings durchgeführt werden kann. Diese wird direkt nach der Geburt bis zu einem Alter von drei Monaten angewendet. Vor allem in Kombination mit der standardisierten Wochenbettpflege soll die NBO die Mutter-Kind-Beziehung fördern. Es handelt sich um eine beziehungsorientierte Intervention, die von NBO-geschultem Gesundheitspersonal, z. B. Pflegenden nach einer entsprechenden Fortbildung, durchgeführt werden

kann. Ziel ist es, die Mütter für die Bedürfnisse der Neugeborenen, die über die Körpersprache, Bewegung, Zustandsregulierung und Reaktionsfähigkeit geäußert werden, zu sensibilisieren (Høifødt et al., 2020; Kristensen et al., 2020; Mcmanus & Nugent, 2012; Nugent et al., 2014).

Die NBO basiert auf 18 neurologischen Verhaltensbeobachtungen aus den Bereichen der Aufmerksamkeit, Interaktion, Autonomie, Motorik und Verhaltensorganisation des Säuglings (siehe Anhang 2.2). Gemeinsam mit den Pflegenden beobachten die Mütter die Neugeborenen hinsichtlich ihrer Reaktionsfähigkeit auf auditive und visuelle Reize, der Gewöhnung an einen angemessenen Schlafrhythmus, der Menge des Weins, der Leichtigkeit des Tröstens, der Stressreaktionen, der Reflexe, des Muskeltonus und der motorischen Aktivität. Eine NBO-Sitzung dauert ca. 15 bis 40 Minuten und wird individuell an den aktuellen Zustand des Kindes angepasst. Schläft das Neugeborene gerade, so wird das Schlafverhalten beobachtet; ist es wach, so beginnt die Intervention mit der Beobachtung des aktiven Zustandes. Auf der Grundlage der Beobachtungen werden anschließend gemeinsam mit der Mutter Pflegestrategien erarbeitet, die individuell auf das Kind angepasst sind und somit z. B. die Handhabung des Kindes in Stresssituationen erleichtern und das Kind beruhigen. Dadurch lernen die Mütter, angemessen auf die Bedürfnismittelung des Säuglings zu reagieren und ihre Gedanken und Gefühle zu äußern, was zu einem gesteigerten Selbstvertrauen und zur damit einhergehenden Reduzierung der depressiven Symptome sowie zur Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung führen soll (Høifødt et al., 2020; Kristensen et al., 2020; Mcmanus & Nugent, 2012; Nugent et al., 2014).

2012 führten Mcmanus und Nugent eine randomisierte Kontrollstudie zur Effektivität der NBO-Intervention durch. Hierbei legten sie den Fokus auf den Nutzen der Intervention. Für die Studie wurden alle Kinder unter 12 Wochen von Hochrisikofamilien für Entwicklungsverzögerungen eingeschlossen. Zusätzlich mussten die Eltern fließend Englisch sprechen. Insgesamt konnten $n = 38$ Säuglinge eingeschlossen werden, die zufällig zur Interventions- ($n = 25$) oder Kontrollgruppe ($n = 13$) zugeordnet wurden. Beide Gruppen erhielten sieben wöchentliche Hausbesuche, wobei der letzte Besuch in der 12. Lebenswoche des Neugeborenen stattfand. Die Interventionsgruppe erhielt von NBO-ausgebildetem Gesundheitspersonal wöchentliche NBO-Sitzungen, in denen gemeinsam mit den

Eltern das kindliche neuronale Verhalten beobachtet und im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung interpretiert wurde. Bei jedem Hausbesuch besprachen sie, wie die Selbstregulation des Kindes zum Ausdruck gebracht wird und inwiefern dieses Selbstregulationsverhalten die soziale Interaktion zwischen Eltern und Kind beeinflusst. Die Kontrollgruppe erhielt ebenfalls wöchentliche Hausbesuche, jedoch ohne NBO-Sitzungen. Die Hausbesuche wurden von nicht NBO-ausgebildetem Gesundheitspersonal durchgeführt und beinhalteten die Aufklärung der entwicklungsfördernden Aktivitäten, das Beobachten der visuellen und taktilen Verfolgung eines Spielzeugs und die Toleranz von entwicklungsfördernden Übungen. Am Ende der siebenwöchigen Hausbesuche füllten alle teilgenommenen Eltern aus beiden Gruppen den ‚Home Visiting Index‘ (HVI) aus. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Interventionsgruppe die Hausbesuche mit einer höheren Qualität bewertete als die Kontrollgruppe. Auch gaben die Autoren an, dass die NBO-Intervention die soziale Interaktion zwischen Eltern und Kind fördert. Die Eltern berichteten, dass sie das Gesundheitspersonal, das die NBO durchführte, als guten Zuhörer wahrgenommen haben, der die Bedürfnisse und Prioritäten der Familie respektiert und mit der Familie gemeinsam die Entwicklungspflege der Kinder gestaltet. Mcmanus und Nugent (2012) fassten zusammen, dass die NBO-Intervention als effektive pflegerische Intervention in die medizinische Versorgung integriert werden kann (Mcmanus & Nugent, 2012).

Auch 2014 führten Nugent et al. eine Pilotstudie zur NBO-Intervention durch. Diese hatte das Ziel, den Einfluss der NBO auf die mütterlichen depressiven Symptome zu überprüfen. Die Autoren nahmen an, dass die Verhaltensbeobachtung der Neugeborenen die Interaktion zwischen Mutter und Kind positiv beeinflusst und die mütterliche Kompetenz in der Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse steigert, sodass die klinisch signifikanten Symptome einer PPD mit einer geringeren Inzidenz einhergehen. In die Studie wurden erstgebärende Frauen, die mit dem Vater des Kindes zusammenlebten und zwischen der 36. und der 42. SSW vaginal entbunden hatten, eingeschlossen. Ihr Neugeborenes musste einen Wert von mindestens sieben in den Bereichen Atmung, Puls, Grundtonus, Aussehen und Reflexe (APGAR) fünf und 15 Minuten nach der Geburt aufzeigen. Zudem durften sie keine angeborenen Anomalien und die neonatologische Intensivstation nicht in Anspruch genommen haben. Ausgeschlossen wurden Mütter, die zu weit vom Krankenhaus

entfernt wohnten oder deren Säugling am Tag der Geburt beschnitten wurde. Insgesamt konnten $n = 112$ Frauen eingeschlossen werden. Durch ein Zufallsprinzip wurden die Mütter der Interventions- ($n = 57$) oder der Kontrollgruppe ($n = 55$) zugeordnet. Durch die Fluktuation ergab sich am Ende der Studie eine Gesamtstichprobe von $n = 104$ Frauen, wobei $n = 54$ Frauen der Interventions- und $n = 48$ Frauen der Kontrollgruppe angehörten. Die Interventionsgruppe erhielt die Routineversorgung im Krankenhaus inklusive der NBO. Die erste Sitzung fand innerhalb der ersten zwei Tage postpartal statt und die zweite in Form eines Hausbesuches ca. einen Monat nach der Geburt. Die Verhaltensbeobachtung der Neugeborenen führte NBO-geschultes Gesundheitspersonal durch. Während der Sitzung ermutigte der/die Durchführende die Mutter dazu, ihr Wissen über ihr Neugeborenes und weitere Beobachtungen über das Verhalten des Kindes zu äußern. Nach der zweiten NBO-Sitzung füllten die Frauen Fragebögen zur Effektivität des NBO-Verfahrens aus. Die Kontrollgruppe erhielt eine routinemäßige Betreuung im Krankenhaus und einen kurzen Kontrollbesuch ca. einen Monat nach dem Gebären, bei dem die EPDS angewendet wurde, um das Vorhandensein einer postpartalen Depression klinisch einzuschätzen. Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass 9 % der Kontrollgruppe einen Monat nach dem Gebären einen EPDS-Wert über 12 aufzeigten. In der Interventionsgruppe waren es signifikant weniger Frauen. Die Autorinnen und Autoren betonten, dass die NBO hilfreich bei der Linderung der depressiven Symptomatik einer Wöchnerin ist (Nugent et al., 2014).

Kristensen et al. überprüften in ihrer clusterrandomisierten Studie 2020 die Auswirkungen der NBO auf Mütter, Neugeborene und deren Beziehung zueinander anhand der allgemeinen Bevölkerung in Dänemark. Die Autorinnen und Autoren stellten die Hypothese auf, dass eine frühe mütterliche Unterstützung durch die NBO das mütterliche Selbstvertrauen und ihre Stimmung verbessert sowie das soziale und emotionale Verhalten des Säuglings und die Mutter-Kind-Beziehung in den ersten Monaten nach der Geburt fördert. Rekrutiert wurden alle Frauen, die ein Neugeborenes hatten und ein- bis zweimal wöchentlich von einer Gesundheitsberaterin oder einem Gesundheitsberater zuhause besucht wurden. Ausgeschlossen wurden Mütter, die anderweitige psychologische oder psychiatrische Unterstützung erhielten, nicht zuhause lebten oder die rechtlichen

Rahmenbedingungen nicht einhalten konnten. Es ergab sich eine Gesamtstichprobe von $n = 2566$ Müttern, von denen $n = 1327$ die Studie vollendeten. Die Interventionsgruppe umfasste $n = 715$ und die Kontrollgruppe $n = 612$ Frauen. Die Interventionsgruppe erhielt die erste NBO-Sitzung, als das Neugeborene drei Wochen alt war, und eine zweite im Alter von 12 Wochen. Die Kontrollgruppe erhielt eine Standardbetreuung, die dem Routinehausbesuch ein bis zwei Wochen postpartal entspricht. Durchgeführt wurden die Hausbesuche von Gesundheitsberaterinnen und Gesundheitsberatern. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Mütter aus der Interventionsgruppe mehr Kenntnisse über die Kommunikationsfähigkeit, die Reaktion auf die Signale des Säuglings, die Beruhigung des Kindes und den Beziehungsaufbau zum Neugeborenen hatten. Dennoch ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen in Bezug auf das mütterliche Selbstvertrauen, die depressiven Symptome, das frühe sozioemotionale Verhalten des Kindes sowie die frühe Mutter-Kind-Interaktion (Kirstensen et al., 2020).

Høifødt et al. (2020) untersuchten die NBO anhand einer Längsschnittstudie in Norwegen mit dem Ziel, die NBO als universelle und präventive Intervention im Rahmen der regulären medizinischen Versorgung der ‚Well-Baby Clinic‘ in Norwegen zu integrieren. Bei der Studie handelt es sich um ein nichtrandomisiertes clusterkontrolliertes Design. Sie wurde an fünf verschiedenen Kliniken durchgeführt. Für die Stichprobe kamen alle Norwegisch sprechenden schwangeren Frauen aus der Gemeinde Tromsø in Frage. Die Gesamtstichprobe umfasste $n = 220$ Frauen, wobei die endgültige Stichprobe durch Fluktuation auf $n = 196$ Frauen sank. Die Interventionsgruppe ($n = 82$) erhielt zusätzlich zur üblichen pflegerischen Versorgung drei NBO-Sitzungen. Die erste fand auf der Entbindungsstation zwei Tage postpartal mit einer Hebamme statt. Die zweite beim routinemäßigen Hausbesuch sieben bis zehn Tage nach der Geburt mit dem Krankenpflegepersonal und die dritte in der ‚Well-Baby Clinic‘ vier Wochen postpartal. Nach jeder Sitzung hielt das Gesundheitspersonal die durchgeführte NBO schriftlich fest. Die Kontrollgruppe ($n = 114$) wurde standardgemäß auf der Entbindungsstation betreut und erhielt sieben bis zehn Tage postpartal den routinemäßigen Hausbesuch des Krankenpflegepersonals. Sechs Wochen nach der Geburt wurden auch sie in die ‚Well-Baby Clinic‘ eingeladen. Die standardmäßige Betreuung bei allen Besuchen

umfasste die Aufklärung und Anleitung über das Füttern, die frühe soziale Interaktion, das Schlafverhalten, die motorische Entwicklung, die sichere Umgebung, das Weinen, den elterlichen Umgang mit dem Kind, die Pflege des Säuglings sowie die Lebenssituation und psychische Gesundheit der Eltern. Aus den Ergebnissen der Studie geht hervor, dass die Frauen der Interventionsgruppe signifikant mehr Kenntnisse über die Signale und Bedürfnisse des Säuglings, vor allem in Bezug auf das Schlafverhalten, die soziale Interaktion und das Weinen hatten. Eine Linderung der depressiven Symptome der Mutter durch die NBO-Sitzungen sowie eine Verringerung des mütterlichen Stressempfindens und eine Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung konnten nicht belegt werden. Auch wurden keine signifikanten Unterschiede im Bereich der mütterlichen Bindung, der Reflexionsfähigkeit und des Selbstvertrauens deutlich (Høifødt et al., 2020).

Educating to facilitate a positive interactive connection (EPIC)

Das EPIC-Programm wurde ebenfalls entwickelt, um die Interaktion zwischen Mutter und Kind zu fördern. Dabei handelt es sich um direkte Beobachtungen der Interaktion zwischen Mutter und Kind basierend auf den Komponenten Edukation, Aktivität und Kreativität. In der Edukation werden Meilensteine in der kindlichen Entwicklung und Erziehung besprochen. Thematisiert werden zusätzlich soziale und kognitive Aktivitäten der Kinder sowie die verschiedenen Möglichkeiten des Spielens. Die zweite Phase basiert auf spielerischen geführten Aktivitäten, die eine angemessene Mutter-Kind-Interaktion darstellen. Hierbei werden Mutter und Kind stimuliert und bei der Interaktion professionell begleitet, um die Kommunikation zwischen Mutter und Kind zu verbessern, die mütterliche Verantwortung zu fördern, die Frauen zu ermutigen, positive Erfahrungen mit ihrem Säugling zu sammeln und um den Blickkontakt zu fördern. In der letzten Phase des EPIC-Programms geht es um die mütterliche Stimmung, die durch therapeutische Ansätze verbessert werden soll, um vor allem aktuelle Probleme und Ängste zu minimieren. Alle Phasen werden mit einer Pflegefachkraft oder Hebamme in Gruppensitzungen durchgeführt (Buultjens et al., 2008).

Buultjens et al. (2008) untersuchten das EPIC-Programm anhand qualitativer Interviews ihrer Pilotstudie mit dem Ziel, herauszufinden, wie Frauen mit einer PPD die ganzheitliche Betreuung von Mutter und Kind mithilfe der EPIC-Intervention wahrnehmen und welche Auswirkungen diese zeigt. Eine selbst ausgewählte

Stichprobe von 10 Frauen wurde von psychiatrischen Pflegenden und Hebammen aus einer Abteilung rekrutiert, die Mütter und Familien mit PPD in einem Krankenhaus in Australien berät und unterstützt. Alle teilnehmenden Frauen waren zum Erhebungszeitpunkt volljährig und ihre Kinder unter einem Jahr alt. Vor der Durchführung des EPIC-Programms wurde mit jeder Teilnehmenden ein qualitatives Interview geführt, das vor allem die Bindung der Mutter zu ihrem Kind und die Erwartungen an das EPIC-Programm erfasste. Nach Abschluss aller EPIC-Sitzungen wurden die Frauen erneut befragt, um zu erfahren, wie sie die Teilnahme wahrgenommen haben. Jedes Interview dauerte ca. eine Stunde. Die Autorinnen und Autoren der Studie betonten, dass sich das EPIC-Programm leicht reproduzieren und auf Gesundheitszentren wie Krankenhäuser übertragen lässt. Zudem kann es von Hebammen, Pflegefachkräften oder medizinischem Hilfspersonal durchgeführt werden. Sie zeigten auf, dass die EPIC-Sitzungen dazu beitragen, die Bindung zwischen Mutter und Kind zu stärken und die depressiven Symptome zu lindern. Die Mütter berichteten, dass sie sich nach Abschluss einer Gruppensitzung sehr positiv fühlten. Das Zusammentreffen der Frauen ist eine Zeit, in der sich die Mütter gegenseitig ermutigen. Die positive Bestärkung fördert ihr Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl. Auch konnten positive Auswirkungen auf die Kinder beobachtet werden. Durch das Spielen können sie ihre Bedürfnisse, Probleme und Ängste ausdrücken und bewältigen, sodass auch das Selbstbewusstsein des Kindes gefördert wird (Buultjens et al., 2008).

Practical Resources for Effective Postpartum Parenting (PREPP)

In der aktuellen Forschung wird auch die Intervention PREPP untersucht, die als Präventionsmethode für Frauen mit einem hohen Risiko für eine postpartale Depression angewendet wird. Es geht vor allem um die Förderung des mütterlichen Verhaltens dem Kind gegenüber. PREPP besteht aus gezielten Psychotherapietechniken und Verhaltensinterventionen.

Die Psychotherapietechniken bestehen aus folgenden Inhalten:

1. unterstützende psychologische Gespräche zur Reflexion der eigenen Kindheit und zur Veranschaulichung, inwiefern diese die eigene elterliche Identität beeinflusst,
2. Psychoedukation über die möglichen postpartal auftretenden psychischen Einschränkungen,

3. Anleitung von verschiedenen Achtsamkeitstechniken, die den Frauen helfen sollen, nach einem Schreianfall des Kindes wieder beruhigt einschlafen zu können (Werner et al., 2016).

Die Verhaltensinterventionen zielen darauf ab, das Schreiverhalten von Säuglingen zu reduzieren und den Schlaf zu fördern, sodass die Mütter Zeit haben, sich zu erholen. Sie umfassen folgende fünf Handlungen, die bei der Interventionsgruppe während der psychologischen Sitzungen besprochen werden:

1. Der Säugling wird zwischen 22:00 Uhr und 00:00 Uhr gefüttert, auch wenn er hierfür geweckt werden muss.
2. Am Tag wird das Neugeborene vermehrt stimuliert, sodass ein Tag-Nacht-Rhythmus etabliert wird.
3. Die Latenzzeit wird vor dem nächtlichen Füttern verlängert, indem andere Aktivitäten wie spazieren zu gehen oder das Kind zu wickeln davon ablenken, um den Zusammenhang von nächtlichem Aufwachen und dem Füttern aufzuheben.
4. Der Säugling wird mindestens drei Stunden unabhängig vom Weinen und Füttern auf dem Arm der Mutter getragen.
5. Die Mutter erlernt das Wickeln (Werner et al., 2016).

Werner et al. untersuchten 2016 die PREPP-Intervention in ihrer randomisierten Kontrollstudie mit dem Ziel, die Wirksamkeit von PREPP aufzuzeigen. Hierfür wurden $n = 54$ Frauen eingeschlossen, von denen jeweils $n = 27$ Frauen der Interventions- und der Kontrollgruppe zugeordnet wurden. Abgeschlossen haben die Studie $n = 16$ Frauen aus der Interventionsgruppe und $n = 19$ Frauen aus der Kontrollstudie. Rekrutiert wurden die Teilnehmenden über die Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie am ‚Columbia University Medical Center (CUMC)‘ und über Flyer, die ebenfalls an der ‚CUMC‘ aushingen. Eingeschlossen wurden alle Frauen im Alter von 18 bis 45 Jahren, die sich im zweiten oder dritten Schwangerschaftstertial befanden. Alle Frauen, die in der Schwangerschaft Tabak rauchten oder Drogen konsumierten, nicht fließend Englisch sprachen, zu dem Zeitpunkt eine andere psychologische oder psychiatrische Behandlung durchführten, eine medizinisch komplizierte Schwangerschaft hatten oder Mehrlinge erwarteten, wurden von der Studie ausgeschlossen. Die teilnehmenden Frauen wurden zwischen der 28. und der 38. SSW telefonisch kontaktiert, um das

Risiko für eine PPD mithilfe des ‚Predictive Index of Postnatal Depression‘ einzuschätzen. Ein Wert über 24 wird hierbei als Risiko definiert. Anschließend hatte die Interventionsgruppe drei persönliche Sitzungen mit einer promovierten Psychologin oder einem promovierten Psychologen. Die Sitzungen wurden den Frauen als ‚Coaching-Sitzungen‘ beschrieben, um eine mögliche Stigmatisierung zu vermeiden. Zudem wurden sie mit den üblichen Besuchen beim ärztlichen Personal kombiniert, sodass für die Frauen kein Mehraufwand entstand. Somit erhielten sie die erste Sitzung zwischen der 34. und der 38. SSW, die zweite im Krankenhaus nach der Entbindung und die letzte sechs Wochen postpartal in der ‚Well-Baby Unit‘. Zwischenzeitlich kontaktierte die Psychologin oder der Psychologe die Teilnehmenden telefonisch, um sie weiterhin zu ermutigen, die besprochenen Interventionen durchzuführen. Zehn und 16 Wochen nach der Geburt wurden die Frauen erneut anhand des ‚Predictive Index of Postnatal Depression‘ bzgl. ihres Risikos für eine PPD beurteilt. Die Kontrollgruppe traf sich zwischen der 34. und der 38. SSW sowie sechs Wochen postpartal mit dem psychologischen Personal. In den Sitzungen wurden vor allem die Symptome einer PPD thematisiert und den Frauen, die Symptome einer PPD aufwiesen, Überweisungen und Behandlungen angeboten. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass PREPP das Risiko einer PPD sechs Wochen postpartal signifikant reduziert. Es konnte festgestellt werden, dass die Säuglinge der Interventionsgruppe deutlich weniger weinten. Sie hatten im Durchschnitt zwei Schreianfälle weniger als die der Kontrollgruppe. Zudem ging die Intervention mit einem Rückgang der depressiven Symptome einher. Unklar ist, ob die Reduzierung des Schreiverhaltens mit dem Rückgang der depressiven Symptomatik zusammenhängt. Jedoch trat beides zum selben Messzeitpunkt auf. In der Kontrollgruppe stiegen die depressiven Symptome im Vergleich zur Interventionsgruppe. Langzeiteffekte der PREPP-Intervention konnten nicht festgestellt werden, da die Ergebnisse zehn und 16 Wochen postpartal stark variierten (Werner et al. 2016).

Happiness, Understanding, Giving and Sharing (HUGS)

HUGS ist eine Intervention, die vor allem die Interaktion zwischen Mutter und Kind in der postpartalen Zeit verbessern und den Erziehungsstress minimieren soll. Die Intervention umfasst ein neunwöchiges Gruppenprogramm und vier darauffolgende HUGS-Sitzungen. In den ersten neun Wochen wird einmal wöchentlich eine

kognitive Verhaltenstherapie inklusive drei Paarsitzungen durchgeführt. Dabei werden vor allem die mütterliche Stimmung, die Verhaltensaktivierung, kognitive Strategien, das Selbstwertgefühl, Entspannungstraining, die Paarbeziehung, die Suche nach Unterstützung, Problemlösungen und Selbstfürsorge thematisiert. Anschließend erhalten die Frauen vier wöchentliche HUGS-Sitzungen von je 90 Minuten. Diese werden wie folgt aufgebaut (Holt et al., 2020).

1. Sitzung: Das Spielen und der physische Kontakt zum Neugeborenen.

Das Spielen bietet eine Möglichkeit der Mutter-Kind-Interaktion. Es erlaubt die Beobachtung von Interaktionsdefiziten und die Modellierung entsprechender Alternativen.

2. Sitzung: Die kindlichen Signale beobachten und verstehen.

Hierbei werden der Mutter die wesentlichen Inhalte einer optimalen Interaktion zwischen Mutter und Kind erläutert und anhand von angeleiteten Übungen veranschaulicht.

3. Sitzung: Die mütterliche Reaktion auf die kindlichen Bedürfnisse.

In dieser Sitzung wird aufbauend auf den erlernten kognitiven Strategien geübt, verzerrte Kognitionen des Kindes wahrzunehmen und vergangene Erfahrungen von der Realität zu trennen.

4. Sitzung: Das Erreichte wird gefestigt.

Die letzte Sitzung gilt der Wiederholung und Festigung des Erlernten. Hierbei geht es vor allem um die Verstärkung der positiven interaktionellen Verhaltensweisen (Holt et al., 2020).

Holt et al. untersuchten die HUGS-Intervention anhand ihrer randomisierten Kontrollstudie im Jahr 2020. Es sollte herausgefunden werden, ob die Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und HUGS-Sitzungen zu einer stabileren Mutter-Kind-Beziehung führt als die ausschließliche kognitive Verhaltenstherapie der Mutter. Auch wurde untersucht, ob die Kinder der Interventionsgruppe eine Verbesserung in den Verhaltensweisen und der frühkindlichen Entwicklung zeigen. Frauen, die über 18 Jahre alt waren, ein Kind im Alter von unter 12 Monaten hatten und im ‚Structured Clinical Interview for the DSM-IV‘ die Diagnose einer aktuell leichten bis schweren depressiven Störung erhalten hatten, wurden in die Studie eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden Frauen, die zum Erhebungszeitpunkt einer anderweitigen psychologischen oder psychiatrischen Behandlung unterlagen,

erhebliche Schwierigkeiten mit der englischen Sprache hatten, ein mittleres bis hohes Suizidrisiko aufwiesen, Selbstverletzung vollzogen, Drogen missbrauchten, an einer posttraumatischen Belastungsstörung litten oder manische, hypomanische oder psychotische Symptome hatten. Die Stichprobe umfasste $n = 77$ Frauen, die randomisiert und anschließend der Interventions- ($n = 38$) oder der Kontrollgruppe ($n = 39$) zugeteilt wurden. Sowohl die Interventions- als auch die Kontrollgruppe erhielt anschließend die neunwöchige kognitive Verhaltenstherapie. Die Interventionsgruppe durchlief daraufhin die vier HUGS-Sitzungen in einem Eltern-Kind-Forschungsinstitut oder einem örtlichen Gemeindezentrum. Der Kontrollgruppe wurden vier Gruppentreffen angeboten, in denen die aktuellen Themen, z. B. die gesunde Ernährung des Kindes, besprochen wurden. Auch konnten die Mütter sich untereinander austauschen und mit den Kindern spielen. Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass die HUGS-Methode vor allem den positiven Affekt der Mutter, die Stimmung, die Freude an der Interaktion, die Menge und Qualität des Blickkontaktes, das Sprechen mit dem Kind und das Spiegeln der kindlichen Affekte verbesserte. Signifikante Ergebnisse ließen sich sechs Monate nach der letzten Intervention beobachten. Holt et al. (2020) gaben an, dass die Frauen Zeit brauchten, die gelernte Interaktion in ihren Alltag zu integrieren, wodurch zu einem früheren Zeitpunkt keine signifikanten Ergebnisse erhoben werden konnten. Jedoch zeigte sich unmittelbar nach der HUGS-Behandlung eine deutlichere Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung als in der Kontrollgruppe. Bei der mütterlichen Sensibilität, dem Reaktionsvermögen, dem mütterlichen Erziehungsstress und der frühkindlichen Entwicklung konnten keine signifikanten Ergebnisse erhoben werden (Holt et al., 2020).

5 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die im Kapitel 6 beschriebenen Ergebnisse inhaltlich und formell analysiert. Hierbei wird der Fokus unter anderen auf die Qualität der eingeschlossenen Studien gelegt und die Aussagekraft der einzelnen Ergebnisse beurteilt. Anhand dessen, wird ebenfalls die Übertragbarkeit in die pflegerische Praxis diskutiert, sodass die Forschungsfrage dieser Arbeit beantwortet werden kann. In Rahmen dieses Kapitels werden abschließend die Limitationen der vorliegenden Arbeit beschrieben und weitere Forschungsempfehlungen abgeleitet.

Aus den dargestellten Ergebnissen geht hervor, dass ein deutlicher Bedarf an pflegerischen Interventionen zur Förderung der Mutter-Kind-Beziehung sowie zur gleichzeitigen Linderung der depressiven Symptome besteht. Es wurden verschiedene Interventionen untersucht mit dem Fokus auf der Evaluation bereits bestehender pflegerischer Maßnahmen und der Überprüfung neuer wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse.

So evaluierten Badr & Zausniewski (2017) in ihrer systematischen Übersichtsarbeit die Auswirkungen des bereits bekannten ‚Känguruhens‘ und zeigten auf, dass es sich hierbei um eine wirkungsvolle Intervention handelt, die die Mütter dabei unterstützt, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und gleichzeitig eine Beziehung zum Neugeborenen aufzubauen. Dabei verhilft das ‚Känguruhen‘ den Frauen dazu, die Ängste, die Traurigkeit und den mütterlichen Stress zu reduzieren, sodass sie sich deutlich entspannter und ausgeglichener fühlen. Dies überträgt sich auf das Kind, wodurch die Interaktion positiv beeinflusst wird. Die Autorinnen und Autoren der Übersichtsarbeit gaben in ihrem methodischen Vorgehen nicht an, ob die eingeschlossene Literatur auf ihre Qualität überprüft wurde (siehe Anhang 3.1). Dennoch integrierten sie 20 Studien, die alle homogene Ergebnisse aufzeigen. Aus diesem Grund wird die Übersichtsarbeit als glaubwürdig eingestuft.

Auch das Stillen zeigt sich als relevante Intervention, zu der die Frauen auf der Wochenbettstation bereits angeleitet werden. Yusuff et al. (2016) verdeutlichten in ihrer Kohortenstudie, dass das volle Stillen von mindestens drei Monaten das Risiko, an einer PPD zu erkranken, signifikant reduziert. Von der Reduzierung des Risikos lässt sich ableiten, dass ebenfalls weniger Frauen aufgrund einer PPD ein auffälliges Bindungsverhalten zu ihrem Neugeborenen entwickeln. Dementsprechend gilt das Stillen als geeignete Maßnahme zur Prävention einer PPD und einer damit einhergehenden Bindungsauffälligkeit. Die Aussagekraft der Studie wird durch die Qualitätsprüfung als hoch bewertet (siehe Anhang 3.2). Trotz der Fluktuation von 45 % beendeten n = 1142 Frauen die Studie, sodass die Ergebnisse auf eine allgemeine Wöchnerinnenpopulation übertragbar sind.

In der zugrunde liegenden Arbeit wird ebenfalls die Anleitung der Mütter zu einer Neugeborenenmassage als Intervention für den Beziehungsaufbau untersucht. So zeigten Onozawa et al. (2001) auf, dass diese die Depressionswerte der Mutter signifikant reduziert und die mütterliche und kindliche Stimmung und

Verhaltensweisen positiv gefördert werden. In ihrer Studie untersuchten die Autorinnen und Autoren die Intervention anhand eines fünfwöchigen Kurses. Dies ist auf das Setting Krankenhaus nicht übertragbar, da die Frauen im Normalfall zwischen drei und fünf Tage auf der Wochenbettstation verbleiben (Amboss, 2022). Obwohl die Stichprobe von $n = 25$ gering ist, sind die Ergebnisse der Studie aussagekräftig (siehe Anhang 3.3), wodurch erste Anhaltspunkte zur Wirksamkeit der Neugeborenenmassage abgeleitet werden können.

Um neue, wissenschaftlich fundierte pflegerische Interventionen in die pflegerische Versorgung der Wöchnerinnen integrieren zu können, werden in der aktuellen Forschung vor allem Verhaltensbeobachtungen und Interaktionstrainings untersucht, um die Selbstsicherheit der Mütter und die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung zu steigern und gleichzeitig das Risiko eines auffälligen Bindungsverhaltens oder eine Bindungsstörung zu minimieren (siehe Kapitel 4.2).

Die NBO wurde anhand von vier Studien im Kapitel 6 dargestellt. Die Ergebnisse der vier Studien zeigen einige Differenzen auf. So betonten McManus und Nugent (2012), dass die NBO zu einer signifikanten Verbesserung der sozialen Interaktion zwischen einer Mutter und ihrem Neugeborenen führt. Zudem gaben sie an, dass die Interventionsgruppe die Hausbesuche mit NBO positiver bewertete als die Kontrollgruppe ohne NBO. Dadurch wird deutlich, dass sich die Frauen durch die NBO wesentlich besser betreut gefühlt haben und dementsprechend weniger negative Gefühle bzgl. der Betreuung aufzeigten, sodass der Fokus auf die Kennenlernphase zum Neugeborenen gelegt werden kann. Die Autorinnen und Autoren dieser Studie empfehlen, aufbauend auf ihren Ergebnissen, die Integration der NBO in die pflegerische Standardversorgung von Wöchnerinnen. Nugent et al. (2014) untersuchten hingegen die NBO-Intervention im Hinblick auf die Auswirkungen auf die depressiven Symptome einer Wöchnerin und stellten in ihren Ergebnissen fest, dass Frauen, die keine NBO erhalten hatten, häufiger einen EPDS-Wert über 12 aufzeigten. Dementsprechend gaben die Autorinnen und Autoren an, dass die NBO die depressiven Symptome einer Frau nach der Entbindung reduziert, was dazu führt, dass das Risiko eines auffälligen Bindungsverhaltens ebenfalls minimiert wird. Fraglich bleibt, ob die Ergebnisse von McManus und Nugent (2012) sowie von Nugent et al. (2014) einen Zusammenhang haben. So könnte vermutet werden, dass durch die Linderung der depressiven

Symptome (Nugent et al., 2014) automatisch die soziale Interaktion zwischen Mutter und Kind verbessert wird (McManus & Nugent, 2012). Es ist unklar, ob die NBO oder die Linderung der Symptome zur Verbesserung der sozialen Interaktion führt. In einer weiteren Studie untersuchten Kristensen et al. (2020) die Auswirkungen der NBO auf die Mutter, das Neugeborene und deren Beziehung zueinander. Sie konnten aufzeigen, dass die Mütter aus der Interventionsgruppe mehr Kenntnisse über die Kommunikationsfähigkeit, die Reaktion auf die Signale des Säuglings, die Beruhigung des Kindes und den Beziehungsaufbau zum Neugeborenen hatten. Es ergab sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen in Bezug auf das mütterliche Selbstvertrauen, die depressiven Symptome, das frühe sozioemotionale Verhalten des Kindes sowie die frühe Mutter-Kind-Interaktion. Somit zeigen die Autorinnen und Autoren einen Kontrast zu den ersten beiden Studien auf. Anhand dieser Ergebnisse muss die NBO hinsichtlich ihres Nutzens und des Aufwands, den die Durchführung erfordert, abgewogen werden. Mehrere Sitzungen einer 18-teiligen Verhaltensbeobachtung, die lediglich das Wissen der Mutter erweitern, nehmen viel Zeit und Aufwand in Anspruch, der durch die professionell Pflegenden nicht gedeckt werden kann (Turmes & Hornstein, 2007). Die letzte Studie zur NBO-Intervention führten Høifødt et al. (2020) in Norwegen durch. Sie bestätigten die Ergebnisse von Kristensen et al. (2020) und zeigten auf, dass die NBO-Intervention die Kenntnisse der Mutter über die Signale und Bedürfnisse des Kindes in Bezug auf das Schlafverhalten, die soziale Interaktion und das Weinen signifikant erhöht. Eine sensiblere Elternschaft, positive Auswirkungen auf das mütterliche Engagement und das Vertrauen zum Kind sowie die Reduzierung der mütterlichen, depressiven Symptome und des elterlichen Stresses konnten nicht aufgezeigt werden. Die Autorinnen und Autoren vermuten jedoch, dass die Steigerung der mütterlichen Kenntnisse zu einer sensibleren Elternschaft führen und somit auch die Mutter-Kind-Beziehung gefördert werden kann.

Um die Ergebnisse der NBO in ihrer Aussagekraft beurteilen zu können, muss die Studienqualität betrachtet werden. So wurde die Studie von McManus und Nugent (2012) anhand einer Population durchgeführt, die sehr klein war (n = 38 Frauen) und Frauen einschloß, die ein hohes Risiko aufzeigten, ein auffälliges Bindungsmuster zu ihrem Kind zu entwickeln. Die genauen Gründe des erhöhten

Risikos werden nicht genannt (siehe Anhang 3.4). Nugent et al. (2014) erhoben in ihrer Studie lediglich die EPDS-Werte nach der Durchführung der Intervention bzw. Kontrollintervention. Demensprechend sind keine Vergleichswerte zu vorher vorhanden (siehe Anhang 3.5). Aus diesen Gründen ist die Glaubwürdigkeit beider Studien kritisch zu hinterfragen. Kristensen et al. (2020) untersuchten die NBO-Intervention anhand der allgemeinen Bevölkerung von Dänemark und legten den Fokus nicht auf das Vorhandensein einer PPD. Die Studie umfasste jedoch eine hohe Stichprobe von n = 1327 Frauen. Zudem unterschieden sich die Interventions- und die Kontrollgruppe demografisch nicht signifikant voneinander, sodass der Vergleich sichergestellt ist. Obwohl das Randomisierungsverfahren der einzelnen Cluster nur eingeschränkt möglich war, wird dieser Studie aus den beschriebenen Gründen eine hohe Glaubwürdigkeit zugeschrieben (siehe Anhang 3.6). Die Studie von Høifødt et al. (2020) muss ebenfalls kritisch betrachtet werden, da eine Clusterrandomisierung laut den Autorinnen und Autoren nicht möglich war. Auch geben sie an, dass die Ergebnisse als Schätzwerte interpretiert werden müssen, da möglicherweise NBO-Sitzungen durchgeführt wurden, ohne diese zu dokumentieren. Zusätzlich erhielt die Interventionsgruppe eine Nachbesprechung mehr als die Kontrollgruppe, was die Ergebnisse möglicherweise verzerren könnte (siehe Anhang 3.7). Da die Ergebnisse von Høifødt et al. (2020) mit denen von Kristensen et al. (2020) übereinstimmen, kann die Kombination aus beiden als signifikant bewertet werden. Somit wird das NBO-Programm abschließend als eine hilfreiche pflegerische Maßnahme bewertet, die den Wissensstand der Mutter hinsichtlich des Weinverhaltens und der Kommunikationsfähigkeit des Kindes, die Reaktion auf die Signale des Säuglings und den Beziehungsaufbau zum Neugeborenen verbessert. Ob die Intervention auch die soziale Interaktion zwischen Mutter und Kind verbessert und die depressiven Symptome der Frau minimiert, bleibt auf Grundlage der vier Studien unklar und es werden weitere wissenschaftliche Untersuchungen benötigt. Zudem muss der Kosten-Nutzen-Aufwand bei dieser Intervention abgewogen werden, da der Wissensstand zu den genannten Themengebieten vermutlich auch durch die Aufklärung und Beratung der Frauen erreicht werden kann.

Die pflegerische Intervention EPIC wurde im Rahmen von qualitativen Tiefeninterviews durch Buultjens et al. (2008) untersucht. Die interviewten Frauen

berichteten, dass sie sich nach der EPIC-Intervention sehr positiv fühlten und die negativen Gedanken vergaßen. Auch der affektive Zustand der Kinder verbesserte sich. Es konnte gezeigt werden, dass die EPIC-Sitzungen dazu beitragen, die Bindung zwischen Mutter und Kind zu stärken und die depressiven Symptome zu lindern. Aus diesen Ergebnissen lässt sich ableiten, dass das Zusammentreffen mehrerer Mütter, die an einer PPD leiden, das Selbstbewusstsein der Frauen stärkt. Sie tauschen sich aus und erlernen mithilfe spielerischer Methoden, angemessen mit ihrem Kind umzugehen und die positiven Affektspiegelungen zu erkennen. So berichtete eine Teilnehmerin, dass sie sich wünschte, dass jede Mutter die Möglichkeit hätte, so eine Sitzung mitzuerleben: „Coming to place like this. I think every mother should come to a unit like this. It allows you to gradually fill this new position, and you have constant support...especially emotional support“ (Buultjens et al., 2008, S. 184).

Trotz der eindeutigen Ergebnisse muss die Studie ebenfalls kritisch betrachtet werden (siehe Anhang 3.8). Die selbstgewählte Stichprobe ist mit $n = 10$ Frauen sehr klein. Aufgrund dessen kann die Studie nicht als Basis für die Anwendbarkeit des EPIC-Programms verwendet werden. Es werden weitere wissenschaftliche Erkenntnisse benötigt, um eine signifikante Auswirkung auf die Mutter-Kind-Beziehung erkennen zu können.

Werner et al. (2016) untersuchten in ihrer Studie das PREPP-Programm. Sie zeigten, dass PREPP das Risiko einer PPD sechs Wochen postpartal reduzierte und die Säuglinge der Interventionsgruppe weniger Schreianfälle hatten. Ebenso reduzierte die PREPP-Intervention die depressiven Symptome der Frauen. Anzumerken ist, dass das PREPP-Programm vor allem vom psychologischen Personal durchgeführt wird. Fraglich ist hierbei, ob Teile der Intervention, z. B. die Verhaltensanweisungen, ebenfalls vom pflegerischen Personal durchgeführt werden können und ob dies die gleiche Wirksamkeit hat. Die Studie wurde mit einer kleinen Stichprobe von $n = 35$ Frauen durchgeführt. Anhand der Qualitätskriterien kann die Glaubwürdigkeit der Studie als hoch bewertet werden, jedoch ist die Übertragbarkeit in die pflegerische Praxis fragwürdig, da die psychologischen Gespräche durch die Pflege nicht durchgeführt werden können und somit lediglich ein Teil der Intervention angewendet wird (siehe Anhang 3.9). Es bedarf weiterer wissenschaftlicher Erkenntnisse zu den Möglichkeiten der Integration der PREPP-

Methode in den Aufgabenbereich der Pflege, um die erzielten Ergebnisse erfolgreich in der Praxis umsetzen zu können.

Schließlich wurde im Rahmen dieser literaturbasierten Arbeit die HUGS-Intervention anhand der Studie von Holt et al. (2020) untersucht. In ihrer randomisierten Studie zeigten sie auf, dass die Kombination aus der kognitiven Verhaltenstherapie und der HUGS-Intervention zu einer Verbesserung des mütterlichen und kindlichen Affekts, der Interaktion und der Mutter-Kind-Beziehung führt. Die Stichprobe umfasste $n = 77$ Frauen mit einer Fluktuation von 0 %. Die Randomisierung der Teilnehmenden erfolgte durch einen Computeralgorithmus. Es wurde eine doppelte Verblindung durchgeführt. Die Autorinnen und Autoren gaben an, dass die Responsivität, Sensitivität und ‚Affective Style Questionnaire‘ (ASQ) Subskalen leicht verzerrt waren und keine Verbesserung durch die Transformation stattfand. Da diese Ergebnisse jedoch irrelevant für die Beantwortung der Fragestellung sind, werden sie im Folgenden nicht weiter berücksichtigt. Somit wird die Glaubwürdigkeit der Studie hoch eingestuft (siehe Anhang 3.10). Die Kombination aus einer kognitiven Verhaltenstherapie und der HUGS-Intervention zeigt sich als geeignete und übertragbare Methode, die die Interaktion zwischen Mutter und Kind optimiert, die Beziehung fördert und die depressiven Symptome lindert. Aufgrund der geringen Stichprobe ist es notwendig, weiter im Bereich der HUGS-Intervention zu forschen.

Aus der Beurteilung der verwendeten Studien ergibt sich eine deutliche Problematik der pflegerischen Versorgung von postpartalen Depressionen. Es gibt keine neuen Interventionen, bei denen ausreichend wissenschaftlich erwiesen ist, dass sie problemlos als geeignete Methode beim erschwerten Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind während einer PPD angewendet werden können. Somit kann die Forschungsfrage: *Welche pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten gibt es, um den Beziehungsaufbau zwischen dem Neugeborenen und einer Mutter mit postpartaler Depression zu fördern?* nicht mit einer einfachen Aufzählung der Unterstützungsmöglichkeiten beantwortet werden.

Aus der Analyse der Studienlage ergibt sich, dass das ‚Känguruhen‘ und die Anleitung und Beratung zum Stillen weiterhin als prophylaktische Maßnahmen in der pflegerischen Praxis durchgeführt werden können. Die verwendeten Studien zeigen zwar kleine Mängel im methodischen Vorgehen auf, die sich jedoch nicht

signifikant auf die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse auswirken. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Interventionen keine negativen Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung haben und weiterhin risikoarm in der standardisierten Pflege angewendet werden können. Als ebenso hilfreich wird die Neugeborenenmassage bewertet. Trotz der kleinen Stichprobe zeigt die Studie von Onozawa et al. (2001) signifikante Verbesserungen in der Interaktion zwischen Mutter und Kind auf. Aufgrund der normalerweise kurzen Verweildauer der Patientinnen auf der Wochenbettstation wird ein mehrteiliger Gruppenkurs im Krankenhaus nicht durchführbar sein. Dennoch kann die Neugeborenenmassage den Müttern einmalig gezeigt werden, mit dem Fokus auf der Aufklärung der positiven Effekte auf die Mutter-Kind-Bindung. Auch dies bewirkt keine negativen Effekte und kann vom Pflegepersonal übernommen werden.

Die Effektivität der Verhaltensbeobachtungen und Interaktionstrainings wird in dieser systemischen Arbeit als kritisch eingestuft. Alle untersuchten Interventionen (NBO, EPIC, PREPP und HUGS) haben Vor- und Nachteile. So stellt die NBO ein 18-teiliges Programm dar, das mit mehreren Beobachtungssitzungen verbunden ist und anschließend keine Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung aufzeigt, sondern lediglich einen Wissenszuwachs in den aufgezeigten Themenbereichen. Es stellt sich die Frage, ob dafür eine aufwendige Intervention wie die NBO notwendig ist. Das EPIC-Programm gestaltet sich in der Umsetzung ebenfalls schwierig, da es auf Gruppensitzungen basiert, in denen die Frauen lernen, wie sie optimal mit ihrem Kind umgehen. Auf der Wochenbettstation sind mehrteilige Gruppensitzungen nicht integrierbar, da die Verweildauer von Patientin zu Patientin variiert und die pflegerischen Kapazitäten nicht gegeben sind. Zudem kann die Studie von Buultjens et al. (2008) trotz beachtenswerter Berichte der teilnehmenden Wöchnerinnen nicht als Basis einer Übertragung in die pflegerische Praxis verwendet werden, da sie auf einer zu kleinen selbst gewählten Stichprobe basiert. Die PREPP-Intervention wird ebenfalls kritisch betrachtet, da sie vor allem im psychologischen Arbeitsfeld Raum findet und nur teilweise von den professionell Pflegenden übernommen werden kann. Da es sich hierbei um eine Übertragung von weniger als der Hälfte der zu besprechenden Themengebiete handelt, ist deren Wirksamkeit fragwürdig. Es bedarf weiterer Forschung über die Wirksamkeit der Anwendung der Verhaltensanweisungen durch die Pflege in Kombination mit einer

Empfehlung für eine psychologische Beratung im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt. Die HUGS-Intervention zeigt sich unter den untersuchten Verhaltensinterventionen als das Programm mit der höchsten Wirksamkeit hinsichtlich der Förderung der Mutter-Kind-Interaktion. Dennoch kann sie nicht auf den Bereich der Wochenbettstation übertragen werden, da auch hierbei die Verweildauer der Patientinnen zu kurz ist, um eine kognitive Verhaltenstherapie in Kombination mit der HUGS-Intervention anzubieten. Lediglich die Durchführung der alleinigen HUGS-Sitzungen könnte vom Pflegepersonal sichergestellt werden, wobei die Wirksamkeit dessen in der Studie von Holt et al. (2020) nicht belegt ist. Aufgrund der signifikanten Ergebnisse ist es dennoch erforderlich, diese Intervention weiter zu erforschen und die Umsetzung an die Bedingungen in der pflegerischen Versorgung in Deutschland anzupassen.

Die Interventionen aus dem Bereich der Verhaltensbeobachtung und des Interaktionstrainings zeigen somit nur bedingt positive Auswirkungen auf die Beziehungsförderung zwischen Mutter und Kind auf und sind in ihrer Anwendbarkeit sehr umfassend, sodass die Umsetzung in die pflegerische Versorgung noch nicht vollständig gewährleistet werden kann.

Die zentralen Limitationen der vorliegenden Arbeit ergeben sich aus dem Mangel an deutschsprachigen Konzepten sowie aus dem eingeschränkten Handlungsbereich. Zum einen ist die Übertragbarkeit der Interventionen bereits im Vorfeld eingeschränkt, da sich diese nicht auf das deutsche Gesundheitssystem beziehen und eine Anpassung nicht analysiert wird. Zum anderen würde es über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen, weitere Handlungsfelder der Pflege, wie die Möglichkeiten der ambulanten Pflege oder der pflegerischen Tageskliniken, zu betrachten. Es benötigt weitere Forschungen aus dem Bereich der evidenzbasierten Pflege, um die Anwendbarkeit der Interventionen auf das Gesundheitssystem in Deutschland anzupassen und übertragen zu können und die Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion zu erfassen. Auch die Integration weiterer pflegerischer Handlungsfelder muss im Rahmen weiterführender Forschung untersucht werden.

6 Handlungsempfehlungen für die pflegerische Praxis

Aufbauend auf die im Kapitel 5 diskutierten Ergebnisse, werden in diesem Kapitel die Handlungsempfehlungen für die professionell Pflegenden auf der

Wochenbettstation abgeleitet. Die Symptome einer PPD fallen in den meisten Fällen erst in der Häuslichkeit auf, dennoch wird empfohlen, den postpartalen Blues als Risikofaktor für die Entstehung einer PPD wahrzunehmen. Es bedarf die erhöhte Wachsamkeit der Pflegenden hinsichtlich auftretender depressiver Symptome, um den Wöchnerinnen eine bedürfnisorientierte Pflege anzubieten und ihnen Strategien nahe zu legen, welche ebenso in der Häuslichkeit angewendet werden können, um die Mutter-Kind-Beziehung vor den Auswirkungen einer PPD zu schützen. Um dies zu gewährleisten, wird dem pflegerischen Personal der Wochenbettstation zunächst empfohlen, vermehrt Fortbildungen zum Thema postpartale psychische Erkrankungen durchzuführen. Hierbei sollten die Frühwarnzeichen, die Risikofaktoren, die unterschiedlichen Symptome und dessen Auswirkungen auf die Mutter, das Kind und die Mutter-Kind-Beziehung thematisiert werden. Es zeigt sich die Relevanz, Pflegende für das Auftreten der Erkrankung und den damit einhergehenden Einschränkungen zu sensibilisieren. Anschließend wird den Pflegenden empfohlen, das Wissen mit den Wöchnerinnen zu teilen. Durch die Aufklärung über das mögliche Auftreten psychischer Erkrankungen im Wochenbett, wird die Stigmatisierung unterbrochen, sodass die Frauen frühzeitig Unterstützung und Beratung erhalten.

Sollten bereits auf der Wochenbettstation depressive Symptome auftreten, so zeigt sich das aktive Zuhören und die Bedürfniserfassung als geeignete Methode die Frauen in ihrer Problematik zu verstehen, um ihnen die Unterstützung anzubieten, die sie benötigen. Es kann den Wöchnerinnen dabei verhelfen, sich in ihrem Leiden wahrgenommen zu fühlen und die Schamgefühle abzulegen. Es ist entscheidend, den Frauen nahe zu legen, dass eine depressive Stimmung im Wochenbett bei vielen Frauen auftritt, da sie sich in einer lebensverändernden Zeit befinden, welche strukturelle, soziale und private Anpassungen bedarf. Dennoch sollten die Pflegenden darauf hinweisen, dass sich die Wöchnerinnen bei Manifestation der Symptome (mindestens zwei Wochen) in eine psychologische Sprechstunde begeben sollten. Hierfür wird das Mitgeben einer Visitenkarte als relevant betrachtet, sodass die Hürde sich beim psychologischen Dienst zu melden, reduziert wird. Im akuten Fall sollte eine psychologische Betreuung bereits auf der Wochenbettstation organisiert werden.

Um den Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind auf der Wochenbettstation zu unterstützen, empfiehlt es sich den Haut-zu-Haut-Kontakt in Form des ‚Känguruhens‘ und des Stillens zu fördern. Das tägliche Motivieren und die Aufklärung über die dadurch entstehende Hormonausschüttung, die für die positiven Gefühle und die Interaktion zwischen Mutter und Kind verantwortlich sind, kann die Handlung in den Alltag der Mütter integrieren und manifestieren, wodurch die positiven Effekte im optimalen Fall auch nach dem Klinikaufenthalt aufrechterhalten werden. Auch die Anleitung zur Neugeborenenmassage sollte als Möglichkeit zum Hautkontakt zwischen Mutter und Kind durchgeführt werden. Gerade in unruhigen Phasen des Kindes, z. B. bei leichten Bauchschmerzen, können die erlernten Techniken von der Mutter angewendet werden, sodass das Kind beruhigt und ihr eigenes Stressniveau gesenkt wird. Durch die Beruhigung des Kindes erhält die Frau eine positive Bestärkung hinsichtlich der eigenen mütterlichen Fähigkeiten. Dies reduziert die depressiven Symptome und aktiviert die Selbstsicherheit, wodurch die Beziehung zum Kind gestärkt wird.

Um eine Mutter für die Bedürfnisse und Signale des Neugeborenen zu sensibilisieren, können Teile der Verhaltensbeobachtungen und des Interaktionstrainings ebenfalls in die pflegerische Praxis übernommen werden. Es handelt sich hierbei um die spezifische Beratung und Aufklärung der Mütter, die während oder nach den Versorgungsrunden besprochen und geübt werden. Die Pflegenden ermöglichen, durch die gezielte Beratung, den bewussten Umgang zwischen Mutter und Kind. Beispielsweise kann während oder nach der Anleitung zum Wickeln die Mimik und Gestik des Kindes beschrieben und analysiert werden. Gemeinsam mit der/dem Pflegenden lernen die Mütter ihr Kind kennen, wodurch die Frauen ihr Neugeborenes auch in Stresssituationen einschätzen und ihnen Fürsorge entgegenbringen können. Gleiches gilt für die mütterlichen Signale. Wirkt eine Frau gestresst, unsicher oder traurig, kann das pflegerische Personal nach dem Hintergrund oder der Ursache der Gefühle fragen. Durch den empathischen Umgang fühlt sich die Frau optimalerweise in ihrem Gefühl wahrgenommen und stellt fest, dass auch solche Gefühle angemessen sind und auftreten können. Nachdem anschließend gemeinsam herausgefunden wurde, was die Gefühle und Bedürfnisse der Mutter sind und was gleichzeitig das Kind zum Ausdruck bringt, kann eine Anpassung beider Affekte erfolgen, indem eine beziehungsorientierte

Interaktion eingeleitet wird. Dies kann z.B. bei Unsicherheit und Selbstzweifel der Mutter und gleichzeitigem Weinen des Kindes, in Form von Körperkontakt gewährleistet werden. Das Kind beruhigt sich und die Frau erhält dadurch die Bestätigung ‚richtig‘ gehandelt zu haben. Dies kann das Selbstwertgefühl der Frau steigern. Den Pflegenden wird ebenso empfohlen eine Wöchnerin in ihrem Handeln positiv zu bestärken, sodass die Selbstwirksamkeit und das Selbstbewusstsein der Frau gefördert wird. Zudem entsteht eine professionelle Beziehung zu den Pflegenden, in der sich die Wöchnerin frei von Scham, Schuld und Ängsten zeigen und ausdrücken kann. Durch die Bestätigung seitens des Kindes und der Pflegenden können die depressiven Symptome reduziert und infolgedessen die Mutter-Kind-Beziehung gefördert werden.

Es wird deutlich, dass Mutter und Kind auf der Wochenbettstation als Einheit betrachtet werden müssen. Sie befinden sich in einer engen Symbiose, die nur durch die Berücksichtigung beider Bedürfnisse und Gefühle, gefördert werden kann. Das Ziel der pflegerischen Versorgung ist die depressive Symptomatik der Wöchnerin zu lindern und gleichfalls die Mutter auf die kindlichen Affekte zu sensibilisieren, sodass ein optimaler Beziehungsaufbau gewährleistet werden kann. Um diesen langfristig zu fördern, erscheint die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Hebammen aus der Häuslichkeit von zusätzlichem Vorteil. Die Kommunikation zwischen dem pflegerischen Personal und den betreuenden Hebammen aus der Häuslichkeit bietet bei der Entlassung der Patientinnen die Möglichkeit, den Hebammen die pflegerischen Informationen mitzuteilen, die sich in der Zeit nach der Geburt auf der Wochenbettstation als relevant zeigten. So ist die Hebamme über den aktuellen psychischen Zustand der Wöchnerin sowie den durchgeführten pflegerischen Maßnahmen informiert und kann anhand dessen weitere Maßnahmen einleiten, um die Beziehung zwischen Mutter und Kind langfristig zu fördern.

7 Fazit

Aus der vorliegenden Arbeit wird deutlich, dass die postpartale Depression erhebliche Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung zwischen einer Mutter und ihrem Neugeborenen hat. Durch das zurückgezogene Verhalten der Mutter, reagiert das Kind mit negativen Affekten und Vermeidungsverhalten, was die depressiven Symptome der Frau wiederum verstärken. Die Folge ist ein gestörtes

Bindungsverhalten, das auch nach Abklingen der depressiven Symptome persistiert. Um dem entgegenzuwirken, bedarf es eine frühzeitige Erkennung und Behandlung der postpartalen Depression.

Somit beschäftigte sich diese Arbeit mit der Fragestellung: *Welche pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten gibt es, um den Beziehungsaufbau zwischen dem Neugeborenen und einer Mutter mit postpartaler Depression zu fördern?*

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass die ganzheitliche Betrachtung von Mutter und Kind die größte Relevanz in der pflegerischen Versorgung darstellt. Nur durch umfassende pflegerische Interventionen, die sowohl die kindlichen als auch die mütterlichen Kommunikationsweisen, Gefühle und Bedürfnisse berücksichtigen, kann die Beziehungsgestaltung zwischen einer Wöchnerin mit depressiven Symptomen und ihrem Neugeborenen optimal gefördert werden. Dabei zeigen das ‚Känguruhen‘, die Anleitung und Beratung zum Stillen und die Neugeborenenmassage als standardisierte Wochenbettinterventionen, eine signifikante Wirksamkeit in der Interaktionsverbesserung zwischen Mutter und Kind auf. Somit wird den professionell Pflegenden empfohlen, diese weiterhin auf der Wochenbettstation umzusetzen. Die Interventionen der Verhaltensbeobachtung und des Interaktionstrainings können nur teilweise in die pflegerische Praxis integriert werden, da die untersuchten Studien nur bedingt signifikante Ergebnisse aufzeigten und keine Untersuchung über die Auswirkungen einer Anpassung an das deutsche Gesundheitssystem erfolgte.

Es bleibt weiterhin unklar, inwiefern sich die Interventionen der Verhaltensbeobachtung und des Interaktionstrainings auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen lassen. Ebenso stellt sich die Frage, welche Rolle weitere pflegerische Handlungsfelder in der Beziehungsförderung zwischen einer Mutter mit postpartaler Depression und ihrem Neugeborenen einnehmen und welche Auswirkungen die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden der Wochenbettstation und den Hebammen aus der Häuslichkeit hat. Um dies beantworten zu können, bedarf es weitere wissenschaftliche Untersuchungen, die über eine systematische Literaturrecherche hinausgehen.

Literaturverzeichnis

- Ahnert, L., & Spangler, G. (2014). Die Bindungstheorie. In L. Ahnert (Hrsg.), *Theorien in der Entwicklungspsychologie* (S. 404–435). Berlin Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-34805-1_16
- Alba, B. M. (2021). CE: Postpartum Depression: A Nurse's Guide. *The American Journal of Nursing*, 121(7), 32–43.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000756516.95992.8e>
- Amboss. (2022). *Wochenbett*.
<https://www.amboss.com/de/wissen/wochenbett#Z753d5c30046e2e6266bb7d5c8fbca57> (18.05.2022)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – Ständige Kommission Leitlinien. (2018). *Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Edinburgh Depressions-Fragebogen nach der Geburt (EPDS), Fragebogen und Auswertung*.
https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/057_D_Diabetes_Ges/057-008a3_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2018-03.pdf (01.06.2022)
- Badr, H. A., & Zauszniewski, J. A. (2017). Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 179–183. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.01.001>
- Beck, C. T. (2006). Postpartum Depression. *American Journal of Nursing*, 106(5), 40-50. <https://doi.org/10.1097/00000446-200605000-00020>
- Behrens, J. & Langer, G. (2004): *Evidence-based Nursing*. Hans Huber: Bern
<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/ebn/> (01.06.2022)

- Bowlby, J. (2008). Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendungen der Bindungstheorie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bowlby, J. (2016). Frühe Bindung und kindliche Entwicklung (7.Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Brisch, K.H. (2020). Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie (17. Aufl.). Stuttgart: Klett – Cotta
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.). *ICD-11 für Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken (MMS)*. Version: 02/2022. Code: 6E20.
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD11/uebersetzung/_node.html (01.06.2022)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hrsg.): *ICD-10-GM Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Version 2022. 10. Revision, Köln. Code: F32.
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kodesuche/htmlgm2022/> (01.06.2022)
- Buultjens, M., & Liamputtong, P. (2007). When giving life starts to take the life out of you: Women's experiences of depression after childbirth. *Midwifery*, 23(1), 77–91. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.04.002>
- Buultjens, M., Robinson, P., & Liamputtong, P. (2008). A holistic programme for mothers with postnatal depression: Pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 63(2), 181–188. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04692.x>

- Dorn, A., & Mautner, C. (2018). Postpartale Depression: Interdisziplinäre Behandlung. *Der Gynäkologe*, 51(2), 94–101.
<https://doi.org/10.1007/s00129-017-4183-3>
- Dornes, M. (2000). Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH
- Dorsch, V., & Rohde, A. (2010). Baby Blues oder postpartale Depression?: Seelisches Tief nach der Entbindung. *MMW - Fortschritte der Medizin*, 152(48), 27–31. <https://doi.org/10.1007/BF03367491>
- Fallgatter, A. J., Schnizlein, M., Pfuhlmann, B., & Heidrich, A. (2002). Klinische Aspekte der Wochenbettpsychosen Übersicht mit drei Fallbeispielen: Übersicht mit drei Fallbeispielen. *Der Nervenarzt*, 73(7), 680–685.
<https://doi.org/10.1007/s00115-002-1323-2>
- Héderávi-Heller, E. (2012). Bindung und Bindungsstörungen. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0 - 3: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S.58-66). Berlin Heidelberg: Springer.
- Høifødt R. S., Nordahl, D., Landsem, I. P., Csifcsák, G., Bohne, A., Pfuhl, G., Rognmo, K., Braarud, H. C., Goksøyr, A., Moe, V., Slinning, K., Wang, C. E. A. (2020). Newborn Behavioral Observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: results from the Northern Babies Longitudinal Study (NorBaby). *BMC Psychiatry*, 20(300), 1-14.
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02669-y>
- Høifødt, R. S., Nordahl, D., Pfuhl, G., Landsem, I. P., Thimm, J. C., Ilstad, L. K. K., Wang, C. E. A. (2017). Protocol for the Northern babies longitudinal study: Predicting postpartum depression and improving parent–infant interaction with The Newborn Behavioral Observation. *BMJ Open*, 7(9), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016005>

- Holt, C., Gentileau, C., Gemmill, A. W., Milgrom, J. (2021). Improving the mother infant relationship following postnatal depression: a randomised controlled trial of a brief intervention (HUGS). *Archives of Women´s Mental Health*, 24, 913-924. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01116-5>
- Hornstein, C., Trautmann-Villalba, P., Hohm, E., Rave, E., Wortmann-Fleischer, S., & Schwarz, M. (2007). Interaktionales Therapieprogramm für Mütter mit postpartalen psychischen Störungen: Erste Ergebnisse eines Pilotprojektes. *Der Nervenarzt*, 78(6), 679–684. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2251-3>
- Hornstein, C., Hohm, E., & Trautmann-Villalba, P. (2009a). Die postpartale Bindungsstörung: Eine Risikokonstellation für den Infantizid ? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 3(1), 3–10. <https://doi.org/10.1007/s11757-008-0111-7>
- Hornstein, C., Trautmann-Villalba, P., & Hohm, E. (2009b). Kasuistik zur Kindeswohlgefährdung bei postpartaler Depression. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 3(1), 11–15. <https://doi.org/10.1007/s11757-008-0112-6>
- Horowitz, J. A., Murphy, C. A., Gregory, K., Wojcik, J., Pulcini, J., Solon, L. (2013). Nurse Home Visits Improve Maternal-Infant Interaction and Decrease Severity of Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(3), 287-300. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12038>.
- Kersting, A. (2008). Mutter-Kind-Bindungsstörung bei postpartaler Depression. *Psychotherapeut*, 53(3), 213–215. <https://doi.org/10.1007/s00278-008-0609-7>
- Kristensen, I. H., Juul, S., Kronborg, H. (2020). What are the effects of supporting early parenting by newborn behavioral observations (NBO)? A cluster randomised trial. *BMC Psychology*, 8(107), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00467-5>

- Kunze, J., Wagner, K., Fittig, E. (2016). Praktische Umsetzung eines integrierten Versorgungsmodells in der Mutter-Kind-Behandlung. *Der Nervenarzt*, 87(9), 974-979. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0186-x>
- Lefkovic, E., Baji, I., & Rigo, J. (2014). Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant Mental Health Journal*, 35(4), 354-365. <https://doi.org/10.1002/imhj.21450>
- Logsdon, M. C., Wisner, K. L., & Pinto-Foltz, M. D. (2006). The Impact of Postpartum Depression on Mothering. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5), 652–658. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00087.x>
- Mcmanus, B. M., Nugent, J. K. (2012). A Neurobehavioral Intervention Incorporated into a State Early Intervention Program is Associated with Higher Perceived Quality of Care Among Parents of High-Risk Newborns. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 41(3), 381-389. <https://doi.org/10.1007/s11414-012-9283-1>
- Minde, K., Tidmarsh, L., & Hughes, S. (2001). Nurses' and Physicians' Assessment of Mother–Infant Mental Health at the First Postnatal Visits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 803–810. <https://doi.org/10.1097/00004583-200107000-00015>
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother–child bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 273–278. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0149-5>
- Mundt-Smejda, T., & Gänzle, R. (2016). Postpartale Depression aus psychodramatischer Sicht: „... wenn Mutterschaft die Mutter er-/schafft“. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 15(1), 63–72. <https://doi.org/10.1007/s11620-016-0325-1>

- Nobre-Trindade, C., Caçador, M. I., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2021). Mothers' psychopathology symptoms and mindful parenting in the postpartum period: The role of parental reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 42(6), 784–795. <https://doi.org/10.1002/imhj.21947>
- Nonnenmacher, N., Noe, D., Ehrenthal, J. C., & Reck, C. (2016). Postpartum bonding: The impact of maternal depression and adult attachment style. *Archives of Women's Mental Health*, 19(5), 927–935. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0648-y>
- Nugent, J. K., Bartlett, J. D., Valim, C. (2014). Effects of an Infant-Focused Relationship-Based Hospital and Home Visiting Intervention on Reducing Symptoms of Postpartum Maternal Depression A Pilot Study. *Infants & Young Children*, 27(4), 292-304. <https://doi.org/10.1097/IYC.0000000000000017>
- Ordan, R., Shor, R., Liebergall-Wischnitzer, M., Noble, L., & Noble, A. (2018). Nurses' professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 1543–1551. <https://doi.org/10.1111/jocn.14179>
- Oddo, S., Thiel, A., Klinger, D., Würzburg, J., Steetskamp, J., Grabmair, C., Louwen, F., & Stirn, A. (2008). Postpartale Depression: Ein interdisziplinärer Therapie- und Forschungsansatz. *Journal für gynäkologische Endokrinologie*, 18(3), 11-18 <https://doaj.org/article/b6ecfcea08db436f9da9d5d1ae6bb410>
- Onozawa, K., Glover, V., Adams, D., Modi, N., & Kumar, R. C. (2001). Infant massage improves mother–infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 63(1–3), 201–207. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00198-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00198-1)

- Paris, R., Bolton, R. E., & Weinberg, M. K. (2009). Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Archives of Women's Mental Health*, 12(5), 309–321. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0105-2>
- Ramsauer, B., Döhmen, S., & Romer, G. (2013). Postpartale psychische Störungen: Mutter-Kind-Behandlung aus kinderpsychiatrischer Perspektive. *Psychotherapeut*, 58(2), 165–170. <https://doi.org/10.1007/s00278-0110853-0>
- Reck, C. (2007). Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(1), 234-244. <https://doi.org/10.25656/01:3051>
- Reck, C. (2012). Depression und Angststörung im Postpartalzeitraum: Prävalenz, Mutter - Kind - Beziehung und kindliche Entwicklung. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0 - 3: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S.301-308). Berlin Heidelberg: Springer.
- Rossiter, C., Fowler, C., McMahon, C., Kowalenko, N. (2014). Supporting depressed mothers at home: Their views on an innovative relationship based intervention. *Contemporary Nurse*, 41(1), 90-100. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.41.1.90>
- Śliwerski, A., Kossakowska, K., Jarecka, K., Świtalska, J., & Bielawska Batorowicz, E. (2020). The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 1-42. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082675>
- Souza, K. L. C., Santos, A. L. D. S., Boa Sorte, E. T., Peixoto, L. C. P., & Carvalho, B. T. (2018). Knowledge of nurses of primary care about puerperal depression. *Journal of Nursing*, 12(11), 2933-2943. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a231699p2933-2943-2018>

- Stuhrmann, L. Y., Göbel, A., & Mudra, S. (2022). Peripartale psychische Belastung und Auswirkungen auf die frühe Elternschaft. *Psychotherapeut*, 67(1), 20–27. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00540-3>
- Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of Depressed Mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 147–156. <https://doi.org/10.1080/10673220902899714>
- Turmes, L., & Hornstein, C. (2007). Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland: Ein Bericht zum Status quo. *Der Nervenarzt*, 78(7), 773–779. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2185-9>
- Wagner, E. M. (2019). Massage von Babys und Kleinkindern. In M. Hoehl, P. Kullick (Hrsg.), *Gesundheits- und Kinderkrankenpflege* (S.167-169). Stuttgart: Georg Thieme Verlag
https://cne.thieme.de/cne-webapp/r/library/page/9783132415874_toc
(30.05.2022)
- Waterstradt, I. C., Asal, E., (Hrsg.). Pflege in der Geburtshilfe. Pflegeintervention. Wochenbettpflege. Lerneinheit in CNE online; 2022.
DOI: 10.1055/a-17159408
https://cne.thieme.de/cne-webapp/r/training/learningunits/details/10.1055_a-1715-9146?fastReadModeOn=false (05.05.2020).
- Werner, E. A., Gustafsson, H. C., Lee, S., Feng, T., Jiang, N., Desai, P., & Monk, C. (2016). PREPP: Postpartum depression prevention through the mother infant dyad. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 229–242.
<https://doi.org/10.1007/s00737-015-0549-5>
- Yusuff, A. S. M., Tang, L., Binns, C. W., Lee, A. H. (2016). Breastfeeding and Postnatal Depression: A Prospective Cohort Study in Sabah, Malaysia. *Journal of Human Lactation*, 32(2), 277-281.
<https://doi.org/10.1177/0890334415620788>

Zauderer, C. R. (2008). A Case Study of Postpartum Depression & Altered Maternal-Newborn Attachment. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 33(3), 173–178.

<https://doi.org/10.1097/01.NMC.0000318353.93234.b8>

Anhangsverzeichnis

Anhang 1 Methodik	I
Anhang 1.1 PICO Schema.....	I
Anhang 1.2 MeSH Terms	I
Anhang 1.3 Suchterms	II
Anhang 1.4 Flussdiagramm	III
Anhang 2 Skalen	IV
Anhang 2.1 Deutsche Version der ‚Edinburgh Postnatal Depression Scale‘ (EPDS).....	IV
Anhang 2.2 ‚Newborn Behavioral Observation‘ Skala.....	VI
Anhang 3 Studienbewertungen	VII
Anhang 3.1 Studienbewertung A	VII
Anhang 3.2 Studienbewertung B	IX
Anhang 3.3 Studienbewertung C	XI
Anhang 3.4 Studienbewertung D	XIV
Anhang 3.5 Studienbewertung E	XVII
Anhang 3.6 Studienbewertung F	XX
Anhang 3.7 Studienbewertung G	XXIII
Anhang 3.8 Studienbewertung H	XXVI
Anhang 3.9 Studienbewertung I.....	XXVIII
Anhang 3.10 Studienbewertung J.....	XXXI
Anhang 3.11 Studienbewertung K	XXXIV

Anhang 1 Methodik

Anhang 1.1 PICO Schema

P	Wöchnerin mit postpartaler Depression
I	Pflegerische Versorgung
(C)	-
O	Förderung der Mutter-Kind Beziehung

Quelle: eigene Darstellung

Anhang 1.2 MeSH Terms

Population	Intervention	Outcome
<ul style="list-style-type: none"> - "Postpartum Period"[Mesh] - "Depression, Postpartum"[Mesh] - "Depression, Postpartum/nursing"[Mesh] 	<ul style="list-style-type: none"> - "Nurses"[Mesh] - "Evidence-Based Nursing [Mesh] - "Nursing Care"[Mesh] - "Caregivers"[Mesh] - "Nurses"[Mesh] - "Nursing"[Mesh] - "Maternal-Child Nursing"[Mesh] 	<ul style="list-style-type: none"> - "Parent-Child Relations"[Mesh] - "Mother-Child Relations"[Mesh]
<u>CINAHL Heading:</u> MM "Depression, Postpartum"		<u>CINAHL Heading:</u> MM "Mother-Child Relations"

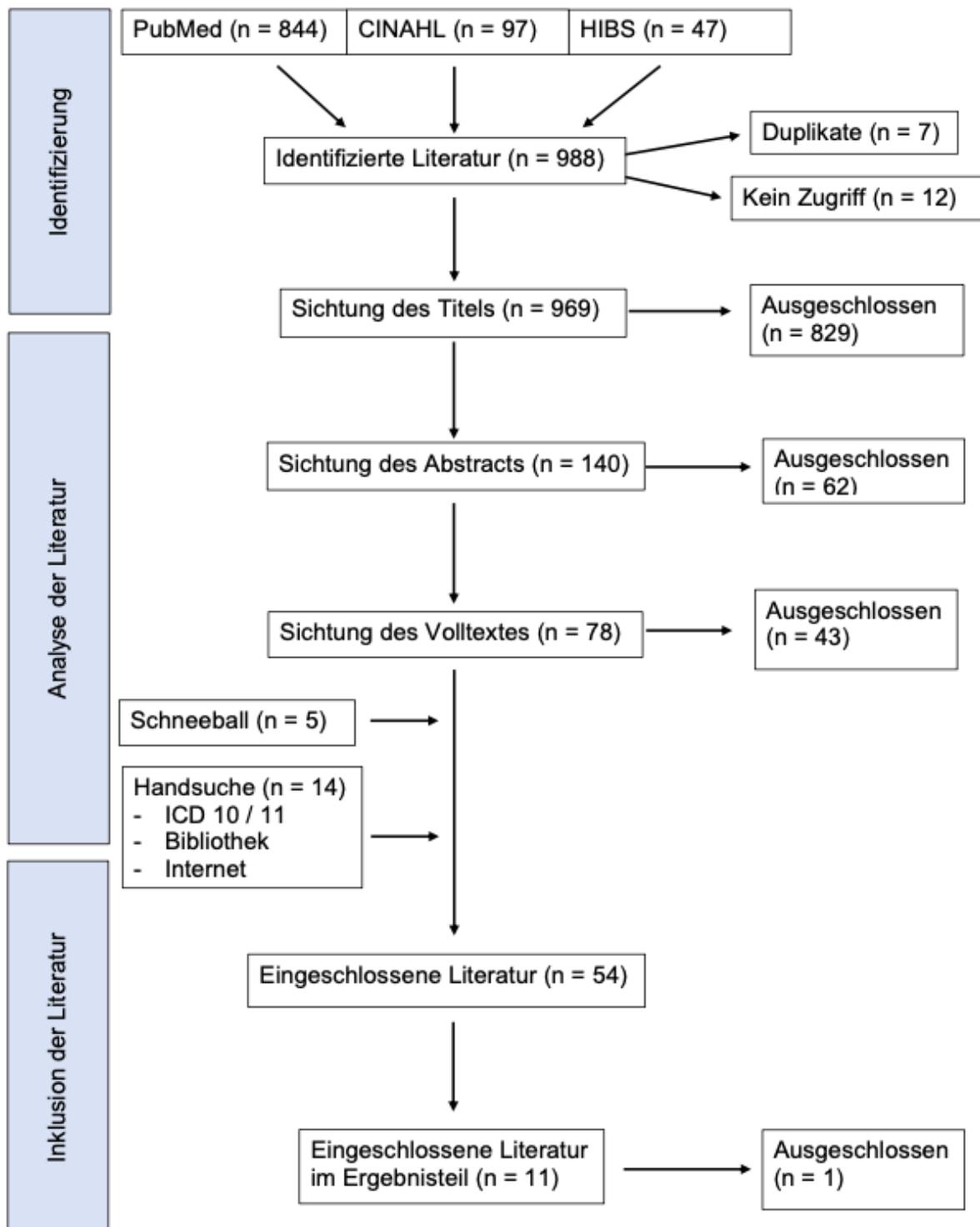
Quelle: eigene Darstellung

Anhang 1.3 Suchterms

Datenbank	Suchterm	Treffer
PubMed	((("Depression, Postpartum"[Mesh]) AND ("Nurses"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh] OR "Evidence-Based Nursing"[Mesh] OR "Maternal-Child Nursing"[Mesh] OR "Postnatal Care"[Mesh] OR "Nursing Care"[Mesh])) AND ("Mother-Child Relations"[Mesh]))	74 Treffer inkl. Filter
PubMed	((maternal depression) AND (newborn)) AND (relationship OR attachment)	818 Treffer inkl. Filter
CINAHL	(MM "Depression, Postpartum") AND (MM "Mother-Child Relations")	97 Treffer inkl. Filter

Quelle: eigene Darstellung

Anhang 1.4 Flussdiagramm



Quelle: eigene Darstellung

Anhang 2 Skalen

Anhang 2.1 Deutsche Version der ‚Edinburgh Postnatal Depression Scale‘ (EPDS)

Edinburgh Depressions-Fragebogen nach der Geburt (EPDS)

Diabetes-Schwerpunkteinrichtung:	ID
	Name, Vorname
	Geb.Datum:
	Geb.-Datum des Kindes:

Vor wenigen Wochen ist ihr Kind geboren worden. Heute möchten wir gerne wissen, wie Sie sich fühlen. Bitte beurteilen Sie die Antworten zu den Fragen so, dass diese Ihr Gefühl **in den letzten 7 Tagen** beschreiben, **nicht**, wie Sie sich gerade **heute** fühlen.

Hier ist eine bereits beantwortete **Beispielfrage**:

Ich fühlte mich glücklich:

- Ja, die ganze Zeit
- Ja, die überwiegende Zeit
- Nein, nicht so oft
- Nein, überhaupt nicht

Dies bedeutet: „Ich habe mich in der vergangenen Woche die meiste Zeit glücklich gefühlt“ Bitte beantworten Sie die 10 Fragen in der gleichen Weise. Vielen Dank!

In den letzten 7 Tagen:

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- Genauso oft wie früher
- Nicht ganz so oft wie früher
- Eher weniger als früher
- Überhaupt nie

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- So oft wie früher
- Eher weniger als früher
- Viel seltener als früher
- Fast gar nicht

3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- Ja, sehr oft
- Ja, manchmal
- Nicht sehr oft
- Nein, nie

4. Ich war ängstlich und mache mir unnötige Sorgen:

- Nein, nie
- Ganz selten
- Ja, manchmal
- Ja, sehr oft

5. Ich fühle mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

- Ja, ziemlich oft
- Ja, manchmal
- Nein, fast nie
- Nein, überhaupt nie

6. Mir ist alles zuviel geworden:

- Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen
- Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht zu helfen
- Nein, ich wusste mir meistens zu helfen
- Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- Ja, fast immer
- Ja, manchmal
- Nein, nicht sehr oft
- Nein, nie

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- Ja, sehr oft
- Ja, ziemlich oft
- Nein, nicht sehr oft
- Nein, nie

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- Ja, sehr oft
- Ja, ziemlich oft
- Nur manchmal
- Nein, nie

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

- Ja, oft
- Manchmal
- Selten
- Nein, nie

Score:

Edinburgh Depressions-Fragebogen nach der Geburt (EPDS)

Auswertung (Punktzahl steht vor der Antwort)

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- 0 Genauso oft wie früher
1 Nicht ganz so oft wie früher
2 Eher weniger als früher
3 Überhaupt nie

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- 0 So oft wie früher
1 Eher weniger als früher
2 Viel seltener als früher
3 Fast gar nicht

3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- 3 Ja, sehr oft
2 Ja, manchmal
1 Nicht sehr oft
0 Nein, nie

4. Ich war ängstlich und mache mir unnötige Sorgen:

- 0 Nein, nie
1 Ganz selten
2 Ja, manchmal
3 Ja, sehr oft

5. Ich fühle mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

- 3 Ja, ziemlich oft
2 Ja, manchmal
1 Nein, fast nie
0 Nein, überhaupt nie

6. Mir ist alles zuviel geworden:

- 3 Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen
2 Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht zu helfen
1 Nein, ich wusste mir meistens zu helfen
0 Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- 3 Ja, fast immer
2 Ja, manchmal
1 Nein, nicht sehr oft
0 Nein, nie

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- 3 Ja, sehr oft
2 Ja, ziemlich oft
1 Nein, nicht sehr oft
0 Nein, nie

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- 3 Ja, sehr oft
2 Ja, ziemlich oft
1 Nur manchmal
0 Nein, nie

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

- 3 Ja, oft
2 Manchmal
1 Selten
0 Nein, nie

Beurteilung Gesamtpunktzahl (Score):

0-9	Wahrscheinlichkeit für Depression gering
10-12	Wahrscheinlichkeit für Depression mäßig vorhanden
≥ 13	Wahrscheinlichkeit für Depression hoch

Besonderheit Frage 10

Mit dieser Frage können schnell Frauen identifiziert werden, die Selbstmordgedanken haben. Wurden hier überhaupt Punkte vergeben, muss genau nachgefragt werden, ob es sich um Selbstverletzungen, Lebensüberdruß oder richtige Selbstmordgedanken handelt.

Allgemein

Sind die depressiven Symptome weniger schwer oder weniger als 2 Wochen vorhanden, kann auch eine Anpassungsstörung, Minordepression oder Angststörung vorliegen. Ursächlich für depressive Symptome können auch Anämie, Schlafentzug, Schilddrüsenfunktionsstörung, Trauerreaktion, fehlende Unterstützung durch den Partner/die Familie oder soziale Isolierung sein, bitte daran denken.

Sozial erwünschte Beantwortung

Möglich bei einem Gesamt-Score von „0“. Im Zweifel nachfragen und genauer abklären.

Cox J, Holden J, Sagovsky R. Br J Psychiatr 1987;150:782
Bergant A, Nguyen T, Heim K, Ulmer H, Dapunt O. DMW 1998;123:35

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – Ständige Kommission Leitlinien. (2018). Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Edinburgh Depressions-Fragebogen nach der Geburt (EPDS), Fragebogen und Auswertung. https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/057_D_Diabetes_Ges/057-008a3_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2018-03.pdf (01.06.2022)

Anhang 2.2 ,Newborn Behavioral Observation‘ Skala

Practitioner's name _____ Date ____/____/____
Setting _____
Baby's name _____ Gender _____
Date of birth ____/____/____ Weight _____
Gestational age _____ Apgar _____ Parity _____
Type of feeding _____

Behavior	Observation record			Anticipatory guidance
	3	2	1	
1. Habituation to light	with ease	<i>Habituates</i> some difficulty	great difficulty	___ Sleep regulation
2. Habituation to sound	with ease	<i>Habituates</i> some difficulty	great difficulty	___ Sleep regulation
3. Tone: Arms and legs	3 strong	2 fairly strong	1 weak	___ Tone
4. Rooting	strong	fairly strong	weak	___ Feeding
5. Sucking	strong	fairly strong	weak	___ Feeding
6. Hand grasp	strong	fairly strong	weak	___ Strength/contact
7. Shoulder and neck tone	strong	fairly strong	weak	___ Robustness
8. Crawl	strong	fairly strong	weak	___ Sleep positioning
9. Response to face and voice	3 very responsive	2 moderate	1 not responsive	___ Social interaction
10. Visual response (to face)	very responsive	moderate	not responsive	___ Social readiness
11. Orientation to voice	very responsive	moderate	not responsive	___ Voice recognition
12. Orientation to sound	very responsive	moderate	not responsive	___ Hearing & attention
13. Visual tracking	very responsive	moderate	not responsive	___ Vision/stimulation
14. Crying	3 very little	2 moderate amount	1 a lot	___ Crying
15. Soothability	easily consoled	moderate	with difficulty	___ Soothability
16. State regulation	3 well-organized	2 moderate	1 not organized	___ Temperament
17. Response to stress: color, tremors, startles	well-organized stressed	moderate	very	___ Stimulation threshold
18. Activity level	well modulated	mixed	very high/ very low	___ Need for support
Behavioral profile (Strengths and challenges)				
Anticipatory guidance (Key Points)				

Quelle: Nugent, J. K., Bartlett, J. D., Valim, C. (2014). Effects of an Infant-Focused Relationship-Based Hospital and Home Visiting Intervention on Reducing Symptoms of Postpartum Maternal Depression A Pilot Study. *Infants & Young Children*, 27(4), 292-304.

Anhang 3 Studienbewertungen

Anhang 3.1 Studienbewertung A

Quelle: Badr, H. A., & Zauszniewski, J. A. (2017). Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 179–183. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.01.001>

Forschungsziel: Zusammenhang zwischen den Auswirkungen des ‚Känguruhens‘ und der PPD erfassen.

Bewertung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?	<i>Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?</i> Es gibt keine Fragestellung. Es gibt nur ein Ziel, welches ebenfalls im Titel genannt wird. Das Ziel ist klar formuliert.
2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl an Studien passend?	<i>Welche Kriterien? Welche Studiendesigns</i> Ein- und Ausschlusskriterien werden nicht genannt.
3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien Übersehen wurden?	<i>Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experte?</i> Es werden die Datenbanken: PubMed und CINAHL verwendet. Ergänzt wird die Literaturrecherche mit einer Handsuche über Google Scholar. Insgesamt: 57 Quellen.
4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?	<i>Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?</i> Es wird nicht erwähnt, ob die Glaubwürdigkeit der Studien / anderweitigen Literatur überprüft wurde.
5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?	<i>Quellen angegeben?,</i> Entfällt, da keine Beurteilung aufgezeigt wird.
6. Stimmen die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?	<i>Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung (K)?</i> Entfällt.
7. Waren die Studien ähnlich?	<i>Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign, Heterogenitätstest (χ^2)</i> Homogene Ergebnisse. Ähnliche Studien.

Aussagekraft

8. **Was sind die Ergebnisse?** *Odds ratio? Relatives Risiko? Mittelwert-Differenz?*
Keine Odds ratio, kein Mittelwert. Die Ergebnisse sind homogen und unterstreichen, dass das „Känguruhen“ eine geeignete Intervention bei der Prävention einer PPD sind. Ebenso verdeutlichen sie, dass dies vor allem auf die Oxytocin Ausschüttung zurückzuführen ist.
9. **Wie präzise sind die Ergebnisse?** *Konfidenzintervall? Studien gewichtet?*
Keine Konfidenzintervalle, keine Gewichtung der Studien. Einige Studien wurden genauer beschrieben inkl. Stichprobe und Ausführung der Untersuchung. Bei anderen Studien wurden nur die Ergebnisse beschrieben

Anwendbarkeit

10. **Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?** *Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?*
Die Ergebnisse sind auf die Patient:innen dieser Arbeit übertragbar. Die Intervention wird vor allem im Krankenhaus standardgemäß durchgeführt, wodurch das Setting dasselbe ist.
11. **Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?** *Nebenwirkungen? Compliance?*
Ja, vor allem die Auswirkungen des „Känguruhens“ auf die Mutter-Kind Beziehung werden beschrieben.
12. **Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?** *Kostenanalyse?*
Es gibt keine Kosten bei dieser Intervention. Ebenso konnten keine negativen Effekte des „Känguruhens“ festgestellt werden.

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

Quelle: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing. Hans Huber: Bern
<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/ebn/>

Anhang 3.2 Studienbewertung B

Quelle: Yusuff, A. S. M., Tang, L., Binns, C. W., Lee, A. H. (2016). Breastfeeding and Postnatal Depression: A Prospective Cohort Study in Sabah, Malaysia. *Journal of Human Lactation*, 32(2), 277-281. <https://doi.org/10.1177/0890334415620788>

Forschungsfrage: Welche Auswirkungen hat das volle Stillen auf die depressiven Symptome der Mutter?

Bewertung einer Kohortenstudie

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<i>Randomisierung? wie?</i> Die Studie wurde an fünf Krankenhäusern in Malaysia zwischen 2009 und 2010 durchgeführt. Eingeschlossen wurden alle Mütter, welche zwischen der 36. und 38. Schwangerschaftswoche (SSW) waren. Ausgeschlossen wurden diejenigen, die eine Mehrlingsschwangerschaft hatten, gesundheitlich nicht an der Studie teilnehmen konnten und die Sprache nicht fließend sprachen. Keine Randomisierung.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up >80%</i> N = 2072 Rekrutiert. N = 1142 Studie vollendet.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i> Den Proband:innen war das individuelle Ergebnis der Untersuchung nicht bekannt.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?</i> Frauen, die vollständig stillten, zeigten ein geringes Maß an Bildung an, als Frauen, die nicht vollständig stillten.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i> Entfällt, da keine Intervention durchgeführt wurde und es keine Kontrollgruppe gab.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i> Entfällt.

7. **War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?** *Power?*
 Große Fluktuation von 45%, dennoch Stichprobe von N = 1142 Frauen, was aussagekräftig ist.

8. **Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?** Im Diskussionsteil wurden Vergleiche zu vorherigen Studien durchgeführt, diese sind im Einklang mit den Ergebnissen der aktuellen Studie.

Aussagekraft

9. **Wie ausgeprägt ist der Behandlungseffekt?** *Relative Risiko-Reduktion, Absolute Risiko-Reduktion? Number-Needed-To-Treat?*

Number-Needed-To-Treat
 n = 620. Stichprobenumfang N = 1142 Frauen
 Ebenso konnte ein signifikanter Unterschied bei den depressiven Symptomen der Frauen, sowohl 1 Monate postpartal, als auch 3 Monate postpartal, zwischen den Frauen, die voll gestillt und denen die weniger als 3 Monate voll gestillt haben, beobachtet werden.

10. **Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?** *P-Wert?*
 P-Wert 1 Monat postpartal: 0.017 und 3 Monate postpartal: 0.003. Die gepaarten Tests ergeben einen P-Wert > 0.05.

11. **Wie präzise sind die Ergebnisse?** *Konfidenzintervalle?*
 Konfidenzintervall nicht vorhanden.

Anwendbarkeit

12. **Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?** *Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?*
 Da das Stillen eine ortsunabhängige Intervention ist, kann diese auf die Population dieser Arbeit übertragen werden.

13. **Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?** *Nebenwirkungen? Compliance?*
 Die Interaktion sowie die Auswirkungen auf die Psyche und Bindung des Kindes wurden nicht untersucht.

14. **Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?** *Kostenanalyse?*
 Keine Kosten durch das Anleiten und Beraten zum Stillen.

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

Quelle: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing. Hans Huber: Bern
<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/ebn/>

Anhang 3.3 Studienbewertung C

Quelle: Onozawa, K., Glover, V., Adams, D., Modi, N., & Kumar, R. C. (2001). Infant massage improves mother–infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 63(1–3), 201–207. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00198-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00198-1)

Forschungsfrage: Kann die regelmäßige Teilnahme an Massagekursen für Neugeborene die Depression der Mutter verringern und die Qualität der Mutter-Kind Interaktion verbessern?

Bewertung einer Interventionsstudie

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<i>Randomisierung? wie?</i> Erstgebärende, die im „Queen Charlotte´s and Chelsea Hospital“ entbunden hatten, zwischen 18 und 45 Jahre alt waren und eine Einlingsgeburt zwischen der 37. und 42 SSW zur Welt brachten wurden für die Studie eingeschlossen. Das Kind durfte dabei keine Anomalien aufzeigen und keine Einweisung auf eine spezielle Säuglingsstation benötigen. Randomisierung stattgefunden.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up >80%</i> N= 830 Frauen: Anfangsstichprobe. Diese erhielten per Post den EPDS Bogen zum Ausfüllen. N = 581 haben diesen ausgefüllt. N = 91 hatten einen Wert über 13 (mittlere bis schwere Depression) von denen sich N = 59 bereit erklärten an der Studie teilzunehmen. Gründe wurden aufgezeigt. N = 12 Interventionsgruppe und n = 13 Kontrollgruppe, dh. insg. n = 25
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i> Einfache Verblindung.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?</i> Die Teilnehmenden wurden nach dem Zufallsprinzip in die Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt. Die Untersuchungsgruppen waren ähnlich aufgebaut. Keine signifikanten Unterschiede.

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

6. **Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?** *Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?*
Nur diejenigen, die die Studie vollendeten.

7. **War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?** *Power?*
N= 25 → geringe Stichprobe

8. **Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?** *Es wird ein Bezug zu anderen Studien im Diskussionsteil hergestellt. Hierbei zeigen sich nur Übereinstimmungen.*

Aussagekraft

9. **Wie ausgeprägt ist der Behandlungseffekt?** *Relative Risiko-Reduktion, Absolute Risiko-Reduktion? Number-Needed-To-Treat?*
Es zeigten sich signifikante Verbesserung der EPDS Werte der Frauen der Interventionsgruppe. Ebenso konnte eine Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion generiert werden.

10. **Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?** *P-Wert?*
Alle P-Werte < 0.05.

11. **Wie präzise sind die Ergebnisse?** *Konfidenzintervalle?*
Konfidenzintervall von 90%

Anwendbarkeit

12. **Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?** *Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?*
Die Intervention wurde anhand depressiven Müttern durchgeführt (EPDS > 13). Es wurde vor allem die Interaktion zwischen Mutter und Kind beobachtet. Dies kann übertragen werden. Der Umfang entspricht fünf Wochen, was im Setting Wochenbettstation nicht übertragbar ist, da Wöchnerinnen im Schnitt 2-5 Tage auf der Station verweilen. Dennoch können Teile übernommen und an die Wöchnerinnen weitergegeben werden.

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Nebenwirkungen? Compliance?

Es werden alle wichtigen Ergebnisse betrachtet.

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

Kostenanalyse?

Ein fünf wöchiges Massage Programm ist im Krankenhaus nicht umsetzbar. Aber durch das Erläutern und zeigen der Neugeborenen Massage entstehen keine Kosten und der Nutzen kann dies Wert sein.

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

Quelle: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing. Hans Huber: Bern
<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/ebn/>

Anhang 3.4 Studienbewertung D

Quelle: Mcmanus, B. M., Nugent, J. K. (2012). A Neurobehavioral Intervention Incorporated into a State Early Intervention Program is Associated with Higher Perceived Quality of Care Among Parents of High-Risk Newborns. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 41(3), 381-389. <https://doi.org/10.1007/s11414-012-9283-1>

Forschungsziel: Effekt der NBO auf die soziale Interaktion zwischen Mutter und Kind erfassen sowie die Qualität der frühen Intervention zu untersuchen.

Bewertung einer Interventionsstudie

Glaubwürdigkeit

- | | |
|--|--|
| 1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? | <i>Randomisierung? wie?</i>
Alle Kinder unter 12 Wochen von Hochrisikofamilien für Entwicklungsverzögerungen wurden eingeschlossen. Zusätzlich mussten die Eltern fließend Englisch sprechen. Insg. n = 38 Säuglinge eingeschlossen: Interventionsgruppe n = 25 und Kontrollgruppe n = 13. Eine Randomisierung hat stattgefunden (RCT). Die Unterteilung in Interventions - und Kontrollgruppe fand zufällig statt. |
| 2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? | <i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up >80%</i>
Am Anfang wurden n = 41 Kinder rekrutiert. 3 konnten nicht weiter verfolgt werden, da eine Kontaktaufnahme nicht mehr möglich war. N = 38 haben die Studie abgeschlossen. |
| 3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? | <i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i>
Keine Angaben. Verblindung wäre möglich gewesen. |
| 4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? | <i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?</i>
<i>Keine signifikanten Unterschiede?</i>
Die Teilnehmenden wurden nach dem Zufallsprinzip in die Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt. Die Gruppen zeigten vor allem im Bereich der mütterlichen Bildung (Abschluss) Unterschiede auf. Ebenso beim Geschlecht des Kindes. Dies hat laut Autor:innen klinische Relevanz. |
| 5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? | <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i>
Ja, jedoch erhielt die Kontrollgruppe die Kontrollintervention durch nicht NBO-geschultes Personal. |

6. **Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?** *Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?*
 Ja, alle wurden bewertet, die die Studie vollendeten.

7. **War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?** *Power?*
 N= 38 → geringe Stichprobe

8. **Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?**
 Ja. Es wird ein Bezug zu anderen Studien im Diskussionsteil hergestellt. Hierbei zeigten sich konträre Ergebnisse, da frühere Studien die Effektivität der NBO anzweifeln und dies eine der ersten Studien ist, welche positive Effekte aufzeigen kann.

Aussagekraft

9. **Wie ausgeprägt ist der Behandlungseffekt?** *Relative Risiko-Reduktion, Absolute Risiko-Reduktion? Number-Needed-To-Treat?*
 Es zeigten sich eine signifikante Verbesserung der sozialen Interaktion mit den Neugeborenen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Ebenso signifikant ist der Unterschied der Bewertung der Hausbesuche zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Erstere bewertete diese deutlich besser.

10. **Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?** *P-Wert?*
 P-Wert bei Eltern-Kind-Interaktion und Bewertung der Hausbesuche < 0.05. Bei vorausschauender Beratung und elterliche Unterstützung > 0.05

11. **Wie präzise sind die Ergebnisse?** *Konfidenzintervalle?*
 Konfidenzintervall von 95%

Anwendbarkeit

12. **Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?** *Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?*
 Die Intervention wurde anhand von Hausbesuchen durchgeführt, was im Setting Wochenbettstation im Krankenhaus nicht durchführbar ist. Die Population von Hochrisikofamilien kann übertragen werden. Ebenso Ansätze der durchgeführten NBO Intervention, im kleineren Rahmen mit Empfehlung zur weiteren Betreuung in der Häuslichkeit.

13. **Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?** *Nebenwirkungen? Compliance?*
 Die Auswirkung auf die mütterliche Depression wurde nicht untersucht.

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

Kostenanalyse?

Sieben wöchige Hausbesuche sind personell und finanziell für ein Krankenhaus nicht möglich. Auch für die ambulante Pflege schwierig.

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

Quelle: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing. Hans Huber: Bern
<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/ebn/>

Anhang 3.5 Studienbewertung E

Quelle: Nugent, J. K., Bartlett, J. D., Valim, C. (2014). Effects of an Infant-Focused Relationship-Based Hospital and Home Visiting Intervention on Reducing Symptoms of Postpartum Maternal Depression A Pilot Study. *Infants & Young Children*, 27(4), 292-304. <https://doi.org/10.1097/IYC.0000000000000017>

Forschungsfrage: Welche Wirksamkeit zeigt die NBO in Bezug auf die Verringerung der postnatalen mütterlichen Depression auf?

Bewertung einer Interventionsstudie

Glaubwürdigkeit

- | | |
|--|--|
| 1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? | <i>Randomisierung? wie?</i>
Rekrutierung: In 2 Krankenhäuser in Neuengland durch Forschende und Pflegende. Eingeschlossen wurden alle Frauen, die ihr erstes Kind zwischen der 36. und 42. SSW vaginal geboren haben, mit dem Vater zusammenlebten, APGAR Score >7. Das Kind durfte keine Anomalien aufzeigen oder die neonatologische Intensivstation beanspruchen. Ebenso wurden Frauen, die weit vom KH entfernt wohnten und deren Kind am Tag der Geburt beschnitten wurden ausgeschlossen. Randomisierung wird durchgeführt. |
| 2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? | <i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up >80%</i>
N = 139 Mütter kamen für die Studie in Frage. N = 112 gaben Einverständnis. Durch Münzwurf Einteilung in Interventionsgruppe (N = 57) und Kontrollgruppe (N = 55). Fluktuation während der Studie sodass Gesamtstichprobe N = 104. Interventionsgruppe (N= 54) und Kontrollgruppe (N = 48). |
| 3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? | <i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i>
Keine Angaben. Verblindung wäre möglich gewesen. |
| 4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? | <i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?
Keine signifikanten Unterschiede?</i>
Die Teilnehmenden wurden nach dem Zufallsprinzip in die Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt. Die Gruppen zeigten vor allem im Bereich der mütterlichen Bildung (Abschluss) Unterschiede auf. Ebenso beim Geschlecht des Kindes. |
-

- | | |
|---|--|
| 5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? | <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i>
Ja, jedoch erhielt die Kontrollgruppe die Kontrollintervention durch nicht NBO-geschultes Personal. |
| 6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? | <i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i>
Ja, alle wurden bewertet, die die Studie vollendeten. |
| 7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? | <i>Power?</i>
N= 104 → mäßige Stichprobe |
| 8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet? | Ja. Es wird ein Bezug zu anderen Studien im Diskussionsteil hergestellt. Hierbei zeigten ähnliche Ergebnisse auf. |

Aussagekraft

- | | |
|---|---|
| 9. Wie ausgeprägt ist der Behandlungseffekt? | <i>Relative Risiko-Reduktion, Absolute Risiko-Reduktion? Number-Needed-To-Treat?</i>
Die Frauen, die NBO Sitzungen erhalten haben, zeigten anschließend weniger oft einen EPDS Wert über 12 auf, als die Kontrollgruppe. |
| 10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? | <i>P-Wert?</i>
P-Werte bei EPDS = 0.05. |
| 11. Wie präzise sind die Ergebnisse? | <i>Konfidenzintervalle?</i>
Konfidenzintervall von 95% |

Anwendbarkeit

- | | |
|--|---|
| 12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? | <i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i>
Aufgrund von Pilotstudie, können die Ergebnisse nur bedingt übertragen werden. Die Umgebung ist gleich, zumindest bei der ersten Durchführung der Intervention, ebenso das Setting. Jedoch ist die Stichprobe zu klein und die Ergebnisse nicht signifikant. |
| 13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? | <i>Nebenwirkungen? Compliance?</i>
Die Auswirkung auf die Mutter-Kind-Interaktion wird nicht betrachtet. |

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

Kostenanalyse?

Einmalige Intervention im Krankenhaus möglich.
Signifikanz jedoch zu gering.

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

Quelle: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing. Hans Huber: Bern
<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/ebn/>

Anhang 3.6 Studienbewertung F

Quelle: Kristensen, I. H., Juul, S., Kronborg, H. (2020). What are the effects of supporting early parenting by newborn behavioral observations (NBO)? A cluster randomised trial. *BMC Psychology*, 8(107), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00467-5>

Forschungsfrage: Welche Auswirkungen hat das Implementieren der NBO auf eine Mutter, ihr Neugeborenes und deren Beziehung zueinander? Dies wird anhand der allgemeinen Bevölkerung in Dänemark erforscht.

Bewertung einer Interventionsstudie

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<i>Randomisierung? wie?</i> Die Rekrutierung durch Gesundheitsberater:in. Aufgrund der geringen Anzahl von Clustern, wurde ein eingeschränktes Randomisierungsverfahren verwendet, damit die Interventions- und Kontrollgruppe in jeder Gemeinde vorkommen und die gleiche Anzahl an Geburten beinhalten. Die Einteilung in die Gruppen erfolgt per Zufallsprinzip. Randomisierungsverfahren wurden von einem unabhängigen Datenverwalter durchgeführt.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up >80%</i> N = 2.566 Familien stimmten in die Studie ein. Im Laufe der Studie kam es zu Fluktuation sodass n = 1327 schlossen die Studie komplett ab. Follow Up 51,71%. Die Gründe wurden genannt: Keine Einwilligung, Sprachbarriere, Ethische Gründe, andere Gründe
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i> Wird nicht beschrieben. Verblindung wäre aber möglich gewesen.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?</i> <i>Keine signifikanten Unterschiede?</i> Die Teilnehmenden aus beiden Gruppen ähnelten sich sehr.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i> Ja, sie wurden beide gleich behandelt.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i> Ja, alle wurden bewertet.

7. **War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?** *Power?*
Es gab zwar eine Fluktuation von ca. 50%, jedoch war die Stichprobe mit $n = 1327$ dennoch sehr groß.

8. **Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?**
Im Diskussionsteil wird Bezug zu anderen Studien genommen. Einige zeigen ähnliche Ergebnisse auf und einige gegenteilige. Dies wird von den Autor:innen diskutiert und mit Vermutungen begründet.

Aussagekraft

9. **Wie ausgeprägt ist der Behandlungseffekt?** *Relative Risiko-Reduktion, Absolute Risiko-Reduktion? Number-Needed-To-Treat?*

Die Mütter zeigten mehr Kenntnisse über die Kommunikationsfähigkeit, die Reaktion auf die Signale des Säuglings und den Beziehungsaufbau zum Neugeborenen aufzeigen. Kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen im mütterliche Selbstvertrauen, die depressiven Symptome, das frühe sozioemotionale Verhalten des Kindes sowie die frühe Mutter-Kind Interaktion.

10. **Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?** *P-Wert?*
P - Wert < 0.05: Mütterlichen Wissen über kindliches Kommunikationsvermögen, Reaktion auf kindliche Bedürfnisse, Beruhigung des Kindes und Beziehungsaufbau zum Kind
Mütterliches Selbstvertrauen, die depressiven Symptome, das frühe sozioemotionale Verhalten des Kindes sowie die frühe Mutter-Kind Bindung > 0.05

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

Konfidenzintervalle werden nicht explizit angegeben.

Anwendbarkeit

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

Die Intervention wird ebenfalls mit Wöchnerinnen durchgeführt jedoch in Form von Hausbesuchen. Zudem war die Häufigkeit der Durchführung gering, ähnlich wie es im Krankenhaus möglich ist. Jedoch Population: Allgemeinbevölkerung; keine Spezifik auf PPD.

13. **Wurden alle für mich wichtigen
Ergebnisse betrachtet?**

Nebenwirkungen? Compliance?

Ja.

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

Kostenanalyse?

Die NBO ist kostengünstig, jedoch etwas zeitaufwändig als Intervention im Krankenhaus. Nutzen fragwürdig.

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

Quelle: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing. Hans Huber: Bern
<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/ebn/>

Anhang 3.7 Studienbewertung G

Quelle: Høifødt R. S., Nordahl, D., Landsem, I. P., Csifcsák, G., Bohne, A., Pfuhl, G., Rognmo, K., Braarud, H. C., Goksøyr, A., Moe, V., Slinning, K., Wang, C. E. A. (2020). Newborn Behavioral Observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: results from the Northern Babies Longitudinal Study (NorBaby). *BMC Psychiatry*, 20(300), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02669-y>

Forschungsziel: Die NBO als universelle präventive Intervention evaluieren, indem der Zusammenhang zwischen der Teilnahme an der NBO und der Messung von depressiven Symptomen, elterlichem Stress sowie der Mutter-Kind-Beziehung in den ersten vier Monaten nach der Geburt untersucht wird.

Bewertung einer Interventionsstudie

Glaubwürdigkeit

- | | |
|--|--|
| 1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? | <i>Randomisierung? wie?</i>
Alle norwegischsprachigen, schwangeren Frauen und ihre Partner aus der Gemeinde Tromsø in Nordnorwegen konnten an der Studie teilnehmen. Rekrutierung durch Hebammen. Die Teilnehmenden wurden auf Grundlage ihrer Adresse der Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt. Cluster Randomisierung der Kliniken war nicht möglich. 3 Kliniken NBO , 2 Kliniken Kontrollintervention. |
| 2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? | <i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up >80%</i>
Stichprobe: n = 220 Frauen. Nach Ausschluss der Fluktuation n = 196. Die Fluktuation wurde begründet. |
| 3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? | <i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i>
Wird nicht beschrieben; nicht-randomisiert. |
| 4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? | <i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?</i>
<i>Keine signifikanten Unterschiede?</i>
Ja, die Kontrollgruppe unterscheidet sich jedoch leicht im Grad der Bildung. (höheren Schulabschluss) |
-

- | | | |
|---|---|--|
| 5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? | <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i> | Die Interventionsgruppe hat einen Follow up mehr erhalten, als die Kontrollgruppe. Unklar ist, ob die erzielten Ergebnisse durch die Intervention zustande kam oder durch die vermehrte Nachsorge. |
| 6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? | <i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i> | Kein Teilnehmender wechselt sie Gruppe. Alle wurden bewertet, die die Studie vollenden. |
| 7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? | <i>Power?</i> | Stichprobe n = 196 (ausreichend) |
| 8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet? | | Die Ergebnisse dieser Studie stehen im Kontrast zu vorherigen Studien. |

Aussagekraft

- | | | |
|---|--|---|
| 9. Wie ausgeprägt ist der Behandlungseffekt? | <i>Relative Risiko-Reduktion, Absolute Risiko-Reduktion? Number-Needed-To-Treat?</i> | Die Studie zeigt kaum einen Behandlungseffekt der NBO auf. Es konnte lediglich belegt werden, dass die Frauen signifikant mehr über die Signale und Bedürfnisse des Säuglings, vor allem in Bezug auf das Schlafverhalten, die soziale Interaktion und das Weinen wissen. |
| 10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? | <i>P-Wert?</i> | P-Werte nur bei Auswirkungen auf das Verständnis für das Weinverhalten, die soziale Interaktion und das Schlafverhalten <0.05. |
| 11. Wie präzise sind die Ergebnisse? | <i>Konfidenzintervalle?</i> | Konfidenzintervalle werden nicht angegeben. Es wird betont, dass die Werte als Schätzwerte interpretiert werden müssen, da möglicherweise NBO Sitzungen durchgeführt wurden, ohne dass das Gesundheitspersonal dies dokumentierte. |

Anwendbarkeit

- | | | |
|---|---|--|
| 12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? | <i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> | Die erste Durchführung der Intervention fand bereits auf der Wochenbettstation statt. Jedoch wurde sie an einer allgemeinen Population untersucht, PPD wurde hierbei nicht explizit erfasst. |
|---|---|--|

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Nebenwirkungen? Compliance?

Durch die umfassende Auswertung der Ergebnisse mithilfe von neun verschiedenen Skalen, welche die Emotionen, Erfahrungen, Bindungen, die psychische Stabilität und die kindliche Verhaltensweisen erfassten, wurden alle möglichen Effekte untersucht.

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

Kostenanalyse?

NBO = kostengünstig, jedoch nur teilweise umsetzbar.

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

Quelle: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing. Hans Huber: Bern
<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/ebn/>

Anhang 3.8 Studienbewertung H

Quelle: Buultjens, M., Robinson, P., & Liamputtong, P. (2008). A holistic programme for mothers with postnatal depression: Pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 63(2), 181–188. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04692.x>

Forschungsfrage: Wie nehmen Frauen die Teilnahme an einer ganzheitlichen Intervention zur Behandlung von postnatalen Depressionen wahr?

Bewertung einer qualitativen Studie

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Forschungsthema wurde klar definiert und das Ziel ebenso. Es wurde in die bisherige Forschung eingeordnet und diskutiert.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie,</i> Einzigste Angabe zum Design: Qualitative Tiefeninterviews.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Ja, für den Hintergrund der Thematik, um diese einzuordnen. Jedoch wird nicht auf die Methodik dessen im Text eingegangen.
4. Wurden die Teilnehmer passend Zur Forschungsfrage Ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgt die Auswahl?</i> Eine selbst gewählte Stichprobe von 10 Frauen wurde aus einer Abteilung rekrutiert, die Müttern und Familien mit postnatalen Depressionen in einem Krankenhaus in Australien Beratung anbietet. Die Frauen waren alle über 18 Jahre alt und ihre Kinder unter 1 Jahr.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher Ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?,</i> Nein.
6. Wurden Datensammlungen detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Einzigste Beschreibung: Interviews wurden für die Datensammlung transkribiert und anonymisiert. Es wurde eine thematisch Analyse durchgeführt.

7. **Wie erfolgt die Analyse der Datensammlung?**

Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

Thematische Analyse: die Verbundenheit der Mütter mit ihren Kindern, ihre Ansichten über das Spielen mit ihren Kindern und ihre Einschätzungen und Gedanken zu den EPIC-Sitzungen.

8. **Erfolgt die Datensammlung bis Zur Sättigung?**

Wenn nein: warum nicht?

Ja, eine Sättigung von 10 wurde erreicht.

Aussagekraft

9. **Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?**

*Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen
Transparent? Zitate?*

Es wird beschrieben, dass mit den Teilnehmenden jeweils zwei Interviews durchgeführt wurden. Mithilfe von Likert Skalen wurde die Evaluation des EPIC Programms durchgeführt. Die Ergebnisse werden thematisch geordnet und mithilfe von Zitaten dargestellt.

10. **Wurden die Ergebnisse bestätigt?**

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Die Ergebnisse wurden von den Autor:innen eingeordnet und diskutiert. Sie stimmen mit anderen Forschungsergebnissen überein.

Anwendbarkeit

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

Die wichtigsten Inhalte der Interviews wurden durch viele Zitate hervorgehoben, sodass man ein gutes Verständnis für die Personen erhält.

12. **Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?**

Im Krankenhaus sind Gruppensitzungen schwer umsetzbar, da jederzeit medizinische Komplikationen oder Beeinträchtigungen einzelner auftreten können. Ebenso variiert die Verweildauer der einzelnen zu stark, sodass eine Integration im Krankenhaus in der Form nicht gewährleistet werden kann.

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

Quelle: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing. Hans Huber: Bern
<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/ebn/>

Anhang 3.9 Studienbewertung I

Quelle: Werner, E. A., Gustafsson, H. C., Lee, S., Feng, T., Jiang, N., Desai, P., & Monk, C. (2016). PREPP: Postpartum depression prevention through the mother infant dyad. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 229–242. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0549-5>

Forschungsziel: Die Auswirkungen der PREPP Intervention untersuchen.

Bewertung einer Interventionsstudie

Glaubwürdigkeit

- | | |
|--|---|
| 1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? | <i>Randomisierung? wie?</i>
Rekrutierung über Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie am „Columbia University Medical Center (CUMC)“ und über Flyer. Anschließend zwischen 34. und 38. SSW Einwilligung im Labor und Treffen mit Psycholog:innen, die sie über die Zuteilung in die Behandlungsgruppe informiert. Randomisierung und Datenauswertung über SPSS. Intention-to-treat Prinzip. |
| 2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? | <i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up >80%</i>
N = 54 Stichprobenumfang, N = 35 Studie vollendet. Gründe wurden genannt und detailliert aufgezeigt. |
| 3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? | <i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i>
Nein, es fand keine offizielle Verblindung statt, jedoch wurden die Sitzungen als „Coaching Sitzungen“ beschrieben, um eine Stigmatisierung zu vermeiden. |
| 4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? | <i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?</i>
<i>Keine signifikanten Unterschiede?</i>
Die Teilnehmenden beider Gruppen ähnelten sich. Es gab keine signifikanten Unterschiede. |
| 5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? | <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i>
Ja, sie wurden gleich behandelt. |
| 6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? | <i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i>
Einige Teilnehmenden der Interventionsgruppe schieden aufgrund von auftretenden psychiatrischen Symptomen o.ä. aus der Studie aus, sodass nicht alle bewertet werden konnten. |

7. **War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?** *Power?*
N = 35 → geringe Stichprobe

8. **Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?** Im Diskussionsteil wurden die Ergebnisse mit anderen Studien verglichen, hierbei zeigten sich diese im Einklang.

Aussagekraft

9. **Wie ausgeprägt ist der Behandlungseffekt?** *Relative Risiko-Reduktion, Absolute Risiko-Reduktion? Number-Needed-To-Treat?*

6 Wochen postpartal konnten signifikante Ergebnisse erzielt werden. Langzeitauswirkungen konnten nicht aufgezeigt werden. Säuglinge der Interventionsgruppe hatten durchschnittlich 2 Schreianfälle weniger am Tag, als die der Kontrollgruppe.

10. **Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?** *P-Wert?*
P-Wert 6 Wochen postpartal <0.05; 10 und 16 Wochen postpartal > 0.05. Besonders beim Schreiverhalten signifikante Unterschiede.

11. **Wie präzise sind die Ergebnisse?** *Konfidenzintervalle?*
Konfidenzintervall wird nicht angegeben.

Anwendbarkeit

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

Die Patient:innen stellen eine generelle Population von Wöchnerinnen dar. Diese sind grundsätzlich übertragbar, ebenso das Setting. Jedoch findet keine Spezialisierung auf Wöchnerinnen mit depressiven Symptomen statt. Auch das Setting bezieht sich auf Vor- und Nachuntersuchungen.

13. **Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?** *Nebenwirkungen? Compliance?*
Die Auswirkung auf die Mutter-Kind Interaktion wurde nicht untersucht.

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

Kostenanalyse?

Risiken gibt es nicht; Kosten sind gering. Nutzen da, aber schwer umsetzbar. Fraglich wie Integration durch Pflege stattfinden soll.

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

Quelle: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing. Hans Huber: Bern
<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/ebn/>

Anhang 3.10 Studienbewertung J

Quelle: Holt, C., Gentileau, C., Gemmill, A. W., Milgrom, J. (2021). Improving the mother infant relationship following postnatal depression: a randomised controlled trial of a brief intervention (HUGS). *Archives of Women's Mental Health*, 24, 913-924. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01116-5>

Forschungsfrage: Führt die HUGS Intervention in Kombination mit der kognitiven Verhaltenstherapie zu einer stabileren Mutter-Kind Beziehung, als die ausschließliche kognitive Verhaltenstherapie?

Bewertung einer Interventionsstudie

Glaubwürdigkeit

- | | |
|--|---|
| 1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? | <i>Randomisierung? wie?</i>
Rekrutierung durch Angehörige der Gesundheitsberufe und durch Selbstzuweisungen. Nach der Zustimmung der Frauen, wurde ein Interview durchgeführt, um die Eignung zu untersuchen. Randomisierung: kodierter, doppelt verblindeter, randomisierter Plan mit Blöcken variabler Länge, der durch einen Computeralgorithmus erstellt wird. |
| 2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? | <i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up >80%</i>
N = 77 Frauen wurden randomisiert und einer Gruppe zugeteilt. Alle 77 beendeten die Studie. |
| 3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? | <i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i>
Doppelte Verblindung: Jedoch nicht möglich den Inhalt der Intervention vor denjenigen zu verbergen, die sie durchführen. |
| 4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? | <i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?</i>
<i>Keine signifikanten Unterschiede?</i>
Grundsätzlich sehr ähnlich, leichte Differenzen in der Bildung und der Anzahl der Kinder. |
| 5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? | <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i>
Ja, sie wurden gleich behandelt. |
| 6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? | <i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i>
Ja, alle wurden bewertet. Keiner wechselt die Gruppe. |

7. **War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?** *Power?*
N = 77 geringe Stichprobe. Power: Nach Berechnungen und unter Berücksichtigung von 10% Schwund ergab sich eine Stichprobengröße von mind. N = 50 Frauen pro Bedingung.

8. **Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?** Im Diskussionsteil werden die Ergebnisse mit anderen Forschungen verglichen. Hierbei konnten die Ergebnisse bestätigt werden. Lediglich im Bereich der mütterlichen Sensibilität und Reaktionsfähigkeit gab es Unterschiede zu anderen Studien.

Aussagekraft

9. **Wie ausgeprägt ist der Behandlungseffekt?** *Relative Risiko-Reduktion, Absolute Risiko-Reduktion? Number-Needed-To-Treat?*
Die Ausgangswerte liegen über dem klinisch signifikanten Schwellenwert für elterlichen Stress; Verbesserung der Werte nach Abschluss des Programms → unter dem Schwellenwert.
Es konnten viele positive Ergebnisse erzielt werden.

10. **Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?** *P-Wert?*
P-Werte <0.05 bei positiven Affekt der Mutter, die Stimmung, die Freude an der Interaktion, die Menge und Qualität des Blickkontakts, das Sprechen mit dem Kind und das Spiegeln der kindlichen Affekte. Ebenso bei der Mutter - Kind Beziehung. Alles jedoch nur 6 Monate postpartal.

11. **Wie präzise sind die Ergebnisse?** *Konfidenzintervalle?*
Keine Konfidenzintervalle angegeben. Responsivität, Sensitivität und ASQ-Subskalen sind leicht verzerrt und wurden durch die Transformation nicht verbessert.

Anwendbarkeit

12. **Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?** *Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?*
Es wurden Frauen mit einer diagnostizierten PPD behandelt. Das Setting ist ebenfalls ein klinisches. Jedoch kann keine Behandlung von über neun Wochen übernommen werden. Eventuell nur die HUGS Intervention.

13. **Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?** *Nebenwirkungen? Compliance?*
Ja, das wurden sie.

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

Kostenanalyse?

Der Nutzen der HUGS Intervention ist aussagekräftig. Die Einführung Teile der Intervention kann von großem Vorteil sein. Risiken sind nicht vorhanden. Der Aufwand ist durch die kognitive Verhaltenstherapie erhöht.

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

Quelle: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing. Hans Huber: Bern
<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/ebn/>

Anhang 3.11 Studienbewertung K

Quelle: Horowitz, J. A., Murphy, C. A., Gregory, K., Wojcik, J., Pulcini, J., Solon, L. (2013). Nurse Home Visits Improve Maternal-Infant Interaction and Decrease Severity of Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(3), 287-300. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12038>.

Forschungsziel: Untersuchung der Wirksamkeit der CARE Intervention in Bezug auf die Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung

Bewertung einer Interventionsstudie

Glaubwürdigkeit

-
- | | |
|--|--|
| 1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? | <i>Randomisierung? wie?</i>
Design: RCT; insg. N = 7.212 postpartale Frauen, n = 125 eingeschlossen.
Einschlusskriterien: EPDS Score > oder = 10 und Bestätigung der klinischen Depression in einem Interview, Geburt eines gesunden, termingetragenen Kindes, ausreichende Englischkenntnisse. Ausschlusskriterien: Mütter mit psychiatrischen Störungen, schwerwiegender medizinischer Zustand der Mutter. Anschließend Randomisierung |
|--|--|
-
- | | |
|--|--|
| 2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? | <i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up >80%</i>
N= 125 haben die Studie beendet. Gründe für Fluktuation werden anhand Flowchart gründlich veranschaulicht. |
|--|--|
-
- | | |
|--|--|
| 3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? | <i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i>
Nur Randomisierung. |
|--|--|
-
- | | |
|--|---|
| 4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? | <i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?
Keine signifikanten Unterschiede?</i>
Keine einzelne Erhebung, nur von der gesamten Stichprobe, somit Unterscheidung nicht möglich. |
|--|---|
-
- | | |
|--|--|
| 5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? | <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i>
Keine Angaben zur Kontrollgruppe. |
|--|--|
-
- | | |
|---|--|
| 6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? | <i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i>
Keine Angaben. |
|---|--|
-

7. **War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?** *Power?*
Anfängliche Stichprobe von n= 7212 sehr groß. Endgültige Stichprobe n = 125 klein.
-

8. **Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?**
Die Ergebnisse werden mit anderen Studien im Diskussionsteil verglichen und zeigen keine Gemeinsamkeiten.
-

Aussagekraft

9. **Wie ausgeprägt ist der Behandlungseffekt?** *Relative Risiko-Reduktion, Absolute Risiko Reduktion? Number-Needed-To-Treat*
Die Auswirkungen der CARE Intervention lassen sich kaum belegen, da ebenfalls die Kontrollgruppe Verbesserung in der Qualität der Mutter-Kind Beziehung aufzeigen.
-

10. **Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?** *P-Wert?*
P-Wert ist bei der Kontroll- und Interventionsgruppe < 0.05
-

11. **Wie präzise sind die Ergebnisse?** *Konfidenzintervalle?*
Es wurde eine Mindestkorrelation von 0.30 angegeben. Konfidenzintervall wird nicht angegeben. Laut Autor:innen: Bias möglich!!
-

Anwendbarkeit

12. **Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?** *Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?*
Die untersuchten Teilnehmerinnen zeigten alle depressiven Symptome auf. Jedoch werden bis zu neun Monate postpartal Messungen und Interventionen durchgeführt, was auf das Setting Wochenbettstation nicht übertragbar ist. Keine signifikanten Ergebnisse.
-

13. **Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?** *Nebenwirkungen? Compliance?*
Ja, aber keine Anwendung möglich.
-

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

Kostenanalyse?

Muss weiter erforscht werden.

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

Quelle: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing. Hans Huber: Bern
<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/ebn/>

Eidesstaatliche Erklärung:

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum, Unterschrift