

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege & Management

Dualer Studiengang Pflege (BA)

Pflegerische Beratung im Frühwochenbett

—

Ein möglicher Präventionsansatz der Wochenbettdepression

Bachelor-Arbeit

Tag der Abgabe: 02. Juni 2014

Vorgelegt von: Alicia Hermann



Betreuende Prüfende: Frau Prof. Dr. Doris Wilborn
Zweite Prüfende: Frau Anne Pommerening

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	I
TABELLENVERZEICHNIS.....	II
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	III
1. EINLEITUNG	1
1.1 HINTERGRUND UND PROBLEMSTELLUNG.....	1
1.2 ZIEL UND AUFBAU DER ARBEIT.....	2
2. DIE WOCHENBETTDEPRESSION.....	3
2.1 SYMPTOME UND DIAGNOSTIK.....	3
2.2 URSACHEN.....	5
2.3 FOLGEN EINER WOCHENBETTDEPRESSION FÜR DEN PARTNER, DAS KIND UND DIE MUTTER	6
2.4 RISIKOEINSCHÄTZUNG	8
2.5 DER ZUSAMMENHANG VON STILLEN UND WOCHENBETTDEPRESSION	10
2.6 THERAPIE.....	11
2.6.1 <i>Medikamentöse Therapie</i>	11
2.6.2 <i>Nicht-medikamentöse Therapie</i>	12
2.6.3 <i>Prävention</i>	14
3. PFLEGE IM FRÜHWOCHENBETT	15
3.1 PFLEGERISCHE AUFGABEN	15
3.2 PFLEGERISCHER BEZUG ZUR WÖCHNERIN IN ABGRENZUNG ZUM HEBAMMENWESEN.....	17
4. BERATUNG.....	17
4.1 BERATUNG ALS AUFGABE DER PROFESSIONELLEN PFLEGE	17
4.2 BERATUNG IN ABGRENZUNG ZU INFORMATION, THERAPIE UND AUFKLÄRUNG.....	19
4.3 BERATUNGSKONZEPTE	20
4.3.1 <i>Gesundheitsberatung</i>	20
4.3.2 <i>Ressourcenorientierter Beratungsansatz</i>	21
4.3.3 <i>Systemischer Beratungsansatz</i>	22
4.4 SOZIALE KONSTELLATIONEN VON BERATUNG	23
4.4.1 <i>Einzelberatung</i>	23
4.4.2 <i>Familienberatung</i>	24
4.4.3 <i>Gruppenberatung</i>	25
5. PFLEGERISCHE BERATUNG AUF EINER ENTBINDUNGSSTATION	26
5.1 AUSWAHL DER WÖCHNERINNEN	26
5.2 BERATUNGSANSÄTZE	28
5.3 SOZIALE KONSTELLATION.....	29
5.4 GESPRÄCHSINHALT	30
5.5 LIMITATION.....	32
6. SCHLUSSFOLGERUNG.....	33
7. ZUSAMMENFASSUNG.....	35
8. LITERATURVERZEICHNIS.....	36
9. ANHANG	41

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: SYMPTOMATIK EINER DEPRESSION MIT ERWEITERUNG DER SPEZIELLEN SYMPTOME BEI EINER POSTPARTALEN DEPRESSION.....	3
ABBILDUNG 2: DEUTSCHE VERSION DER "EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE" (EPDS)	41

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: VALIDITÄTSMERKMALE DER DEUTSCHEN VERSION DER EPDS	8
TABELLE 2: RELIABILITÄTSMERKMALE DER DEUTSCHEN VERSION DER EPDS	8

Abkürzungsverzeichnis

DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECT	Elektrokonvulsive Therapie
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ICD-10	International Classification of Diseases
IPT	Interpersonelle Psychotherapie
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
PMS	Prämenstruelles Syndrom

1. Einleitung

1.1 Hintergrund und Problemstellung

Die Geburt eines Kindes wird im Allgemeinen als ein positives und freudiges Ereignis bewertet. Dass eine Frau nicht voller Glück und Freude nach der Geburt ihres Kindes sein kann, ist immer noch ein Tabuthema in der Gesellschaft (Hübner-Liebermann et al. 2012, S. 420). Dennoch sind es etwa 10-15% der Wöchnerinnen, die eine postnatale Depression entwickeln (Pschyrembel et al. 2010, S. 2240).

Das Wochenbett umfasst den Zeitraum von 6 – 8 Wochen nach der Geburt. Eine Wochenbettdepression beschreibt eine innerhalb der ersten Monate nach der Entbindung auftretende depressive Verstimmung der Wöchnerin. Die betroffenen Frauen leiden in unterschiedlichen Ausprägungsgraden an extremer Reizbarkeit, Angstgefühlen und Niedergeschlagenheit (Dalton 2003, S. 13).

Die Symptome der Wochenbettdepression beeinflussen jedoch nicht nur die Mutter, sondern können auch weitreichende Folgen für das Neugeborene haben. Die aktuelle Studienlage zeigt, dass Kinder von depressiven Müttern deutlich häufiger Einschränkungen im Sozialverhalten und in der Entwicklung aufweisen. Des Weiteren kann sich die Erkrankung auch auf die Beziehung zum Partner der Frau negativ auswirken (Letourneau et al. 2012, S. 446). Die Mehrheit der Wochenbettdepressionen bleiben jedoch sowohl vom sozialen Umfeld der Wöchnerinnen als auch von Gesundheitsprofessionen unerkant und somit unbehandelt (Beck M. et al. 2003, S. 268).

Nach einer Geburt im Krankenhaus wird eine Frau mit ihrem Säugling üblicherweise etwa 3-5 Tage stationär versorgt. Auf den Wochenbettstationen werden die Mütter und Babys sowohl von Hebammen als auch von Pflegenden betreut. Zudem gibt es Kliniken, in denen ausschließlich Pflegende auf Entbindungsstationen tätig sind. Dementsprechend fällt es auch in das pflegerische Aufgabenfeld, die Frauen zu beobachten und sowohl körperlich als auch psychisch zu unterstützen. Dazu zählt schwerpunktmäßig auch die Beratung der Wöchnerinnen und ihren Familien. Die Beratung als Handlungsgebiet der Pflege bietet für diese Berufsgruppe somit die Möglichkeit, präventive Ansätze zu integrieren.

1.2 Ziel und Aufbau der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist es, ein Beratungsgespräch zu konstruieren, welches hinsichtlich Rahmenbedingungen und Inhalt so gestaltet ist, dass die Pflege einen präventiven und sensibilisierenden Beitrag zum Thema Wochenbettdepression leisten kann. Im Rahmen dessen soll folgende Fragestellung bearbeitet werden:

Welche Rahmenbedingungen und Inhalt muss ein pflegerisches Beratungsgespräch aufweisen, um einen präventiven Beitrag zur Wochenbettdepression zu leisten?

Für die Bearbeitung der Fragestellung erfolgte eine systematische Literaturrecherche in Datenbanken, Fachzeitschriften und Fachbüchern.

Im 2. Kapitel wird das Krankheitsbild der Wochenbettdepression vorgestellt. Dabei wird der medizinische Hintergrund mit Symptomatik, Diagnostik und Therapie dargestellt und um Präventionsmöglichkeiten ergänzt.

Die Aufgaben von Pflegenden auf einer Wochenbettstation sollen im 3. Kapitel dargestellt werden. Somit wird die Beratung als Bestandteil des pflegerischen Handlungsfeld auf einer Entbindungsstation verortet.

Kapitel 4.1 soll zunächst einen Überblick über den Begriff Beratung und seiner Verortung in der Pflege schaffen. Des Weiteren erfolgt in Kapitel 4.2 eine Betrachtung von drei verschiedenen Beratungsansätzen. In Kapitel 4.3 werden mit der Einzel-, Familien-, und Gruppenberatung drei sozialen Konstellationen erläutert. Im 5. Kapitel werden die in dieser Arbeit gewonnenen Kenntnisse hinsichtlich der Fragestellung diskutiert und eine Handlungsempfehlung ausgesprochen. Hierfür wird ein mögliches Beratungsgespräch inhaltlich und formell dargestellt. Den Abschluss der Arbeit bildet eine Schlussfolgerung.

2. Die Wochenbettdepression

2.1 Symptome und Diagnostik

Dalton (2003) definiert die Wochenbettdepression als „in der Zeit nach der Entbindung bis zum erneuten Einsetzen der Menstruation erstmalig auftretende schwere, ärztliches Eingreifen erfordernde psychische Symptome“ (Dalton 2003, S. 13).

Die betroffenen Frauen erleben eine Symptomatik in unterschiedlicher Ausprägung und Spanne. Zumeist sind diese nicht von einer Depression, die außerhalb von Schwangerschaft und Geburt auftritt, zu unterscheiden (Laucht et al. 2002, S. 128).

Abb. 1 veranschaulicht die Symptome einer Depression, ergänzt um die speziellen

Hauptsymptome <ul style="list-style-type: none">gedrückte, depressive StimmungInteressenverlust, FreudlosigkeitAntriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit
Zusatzsymptome <ul style="list-style-type: none">verminderte Konzentration, Aufmerksamkeitvermindertes Selbstwertgefühl, SelbstvertrauenGefühle von Schuld und Wertlosigkeitnegative, pessimistische ZukunftsperspektivenSuizidgedanken/-handlungenSchlafstörungenverminderter Appetit
bei PPD <ul style="list-style-type: none">StillproblemeZwangsgedanken, -impulse, das Kind betreffendambivalente Gefühle, Gefühllosigkeit gegenüber dem KindVersagensängste, Insuffizienzgefühle als Mutterhäufiges Erwachen vor dem Kind

Abbildung 1: Symptomatik einer Depression mit Erweiterung der speziellen Symptome bei einer postpartalen Depression (nach Hübner-Liebermann 2012, S. 420)

Symptome bei der Erkrankung im Wochenbett. Mütter mit einer Wochenbettdepression weisen für sie ungewöhnliche Schlafprobleme auf, zeigen deutliche Veränderungen im Essverhalten und den Aktivitätsgewohnheiten. Mehr als die Hälfte der betroffenen Frauen berichtet über aggressive Zwangsgedanken dem Säugling gegenüber, jedoch ohne das Bedürfnis, ihm tatsächlich Schaden zuzufügen. Sie vermeiden möglichst jeden körperlichen und emotionalen Kontakt zu dem Kind, um diesen Gedanken zu entgehen. Somit entwickelt sich

eine entsprechende Distanz zwischen der Mutter und dem Kind (Patel et al. 2012, S. 535f). Die Frauen empfinden vermehrt Versagensängste in Bezug auf ihre Rolle als Mutter. Treten zudem Probleme bei der Versorgung des Kindes auf, wie beispielsweise Schwierigkeiten beim Stillen, wird dies als persönliche Insuffizienz wahrgenommen (Hübner-Liebermann et al. 2012, S. 420).

Für das Krankheitsbild der Wochenbettdepression finden sich in der Literatur keine einheitlichen verwendeten Begrifflichkeiten. Die Betitelung der Krankheit reicht von Wochenbettdepression über postpartale oder postnatale Depression bis zur Puerperaldepession (Dalton 2003, S. 10). Obwohl Depressionen die häufigsten

psychischen Erkrankungen in der Peripartalzeit¹ bilden, gibt es für die Wochenbettdepression weder im DSM-IV noch im System der ICD-10 eine eigenständige Kodierung. In der im deutschsprachigen Raum verwendeten ICD-10 wird die Erkrankung unter F32.xx oder F33.xx kodiert (Hübner-Liebermann et al. 2012, S. 419f.).

Bei dem Verdacht einer psychischen Erkrankung muss die Frau zunächst körperlich untersucht werden, da auch organische Störungen, wie etwa Schilddrüsenfehlfunktionen und Anämien, die Ursache für die Symptome sein können (Guille et al. 2013, S. 644).

Bei der Diagnose ist die postpartale Depression sowohl von dem Baby-Blues als auch von der Wochenbettpsychose zu unterscheiden.

Die Begriffe „Baby-Blues“ oder „Heultage“ werden häufig synonym für das sogenannte postpartale Stimmungstief verwendet. Es beschreibt eine Symptomatik von häufigen unerwarteten Weinen ohne ersichtlichen Grund, Angst, Müdigkeit, Erschöpfung, erhöhte Reizbarkeit und Konzentrationsschwäche. Etwa 50%-85% der Mütter erleben dieses klinische Bild. Am stärksten sind die Symptome zwischen dem 2. – 4. Tag nach der Entbindung ausgeprägt. Der Baby-Blues dauert etwa bis zum 10. Tag post partum an und erfordert keine ärztliche Behandlung (Patel et al. 2012, S. 536; Dalton 2003, S.50). Frauen mit einem Baby-Blues haben jedoch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, eine Wochenbettdepression zu erleiden (Beck C.T. 2001, S. 278). Ein Baby-Blues kann zudem in eine Wochenbettdepression übergehen (Dalton 2003, S. 13).

Bei der postpartalen Psychose handelt es sich um die schwerste Form der psychischen Störungen im Wochenbett (ebd., S.93). Im Vergleich zur Wochenbettdepression und dem Baby-Blues kommt diese Erkrankung mit einem Fall pro 1.000 Geburten selten vor (Patel et al. 2012, S. 536). Die Symptome entwickeln sich plötzlich von einem Tag auf den anderen. Die betroffenen Frauen leiden, neben den Symptomen einer Wochenbettdepression, unter Persönlichkeitsveränderungen, Halluzinationen, paranoiden Vorstellungen, ungeordnete Gedanken und irrationalem Verhalten (ebd., S. 537).

¹ Die Peripartalzeit umfasst die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett (Pschyrembel et al. 2010, S. 1584)

Die schwersten Symptome sind der Drang und die Gedanken der Mutter an Mord und Selbstmord. Die betroffenen Wöchnerinnen fühlen sich gezwungen, sich oder ihr Neugeborenes zu verletzen oder zu töten. Ebenfalls können sich diese Zwänge gegen den Partner oder andere Menschen im Umfeld der Erkrankten richten (Dalton 2003, S. 101).

Frauen mit einer Wochenbettpsychose müssen stationär behandelt werden. Das akute Auftreten der Krankheit erfordert eine unmittelbare Behandlung, da sowohl das Leben des Kindes als auch das der Mutter in Gefahr sind (Patel et al. 2012, S. 536f.).

2.2 Ursachen

Die genauen Ursachen einer postpartalen Depression sind weiterhin unbekannt, jedoch kann von Prädiktoren ausgegangen werden, die das Auftreten einer Wochenbettdepression fördern. Beck C.T. (2001) hat in einer Metaanalyse die Risikofaktoren in geringe oder mittlere Effektstärke eingeteilt. Zu den Prädiktoren mit geringer Effektstärke zählt unter anderem die ungewollte oder ungeplante Graviddität. Außerdem können dem sozioökonomischen Status und dem Familienstand ein Einfluss zugeschrieben werden, wenn auch mit geringer Gewichtung (Beck C.T. 2001, S. 280).

Eine mittlere Effektstärke haben depressive Störungen und Ängstlichkeit in der Anamnese und der Schwangerschaft. Zudem können auch belastende Lebensereignisse das Risiko einer depressiven Erkrankung nach der Geburt erhöhen. Vor allem das soziale Umfeld und die Interaktionen darin werden als mittelstarke Risikofaktoren bewertet. Dazu zählt die mangelnde Unterstützung durch den Partner oder unmittelbaren Bezugspersonen sowie die Qualität der Beziehung zu diesen. Ein temperamentvolles Baby und die durch dessen Versorgung empfundene Belastungen erhöhen die Erkrankungswahrscheinlichkeit ebenfalls mittelstark. Auch Frauen mit schwachem Selbstwertgefühl oder einem vorangegangenen Baby-Blues erleiden häufiger eine postpartale Depression (Hübner-Liebermann et al. 2012, S. 421).

Ursachenforschungen konnten außerdem einen Zusammenhang zwischen einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber hormonellen Veränderungen und dem Auftreten von Depressionen im Wochenbett feststellen. Demzufolge reagieren die betroffenen Frauen sehr stark auf das rasche Absinken des Östrogen-, Progesteron- und Cortisolspiegels nach der Entbindung (Patel et al. 2012, S. 535). Auch vor dem Eintritt der Schwangerschaft konnte bei erkrankten Frauen eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Hormonschwankungen festgestellt werden. Die betroffenen Frauen hatten extreme Stimmungsschwankungen in bestimmten Zyklusphasen oder durch die Einnahme von oralen Hormonen zur Empfängnisverhütung (Bloch et al. 2005, S. 12).

Riecher-Rössler et al. (2003) stellten fest, dass Frauen mit depressiv erkrankten Familienangehörigen häufiger eine Wochenbettdepression entwickeln. Eine genetische Disposition wird daher als Risikofaktor angenommen (Riecher-Rössler et al. 2003, S. 53). Bei Frauen mit dieser angenommenen genetischen Disposition scheinen die normalen psychologischen und physiologischen Geschehnisse und Veränderungen in der Peripartalzeit als besondere Stressoren zu wirken und eher wahrscheinlich eine Depression auszulösen (Riecher-Rössler 2011, S. 54).

2.3 Folgen einer Wochenbettdepression für den Partner, das Kind und die Mutter

Die postpartale Depression kann sich nicht nur negativ auf die Mutter, sondern auch auf den Partner, die Beziehung und das Kind auswirken. Die Erkrankung provoziert häufiger Partnerschaftskonflikte, Anfeindungen und Streit. Zusätzlich verringert sich durch die Erkrankung das soziale Unterstützungsengagement der Partner untereinander. Folglich ist die Beziehung stärker von Trennung oder Scheidung bedroht (Letourneau et al. 2012, S. 446). Die psychische Störung der Frau erhöht außerdem die Wahrscheinlichkeit, dass der Mann ebenfalls erkrankt. Auch ohne depressive Symptome empfinden Männer betroffener Mütter häufiger Ängste und Verwirrung. Sie sind zudem stärker besorgt, frustriert und zugleich hilflos gegenüber dem Umgang mit der Erkrankung der Partnerin (ebd., S. 446).

Die Studienlage zeigt, dass die kindliche Entwicklung auf der kognitiven und sozial-emotionalen Ebene durch die mütterliche Depression negativ beeinflusst wird. Im kognitiven Bereich haben Kinder von Müttern, die an einer Wochenbettdepression litten, noch bis in die Grundschulzeit einen signifikant niedrigeren Intelligenzquotienten. Des Weiteren ist die verbale Entwicklung retardiert (Laucht et al. 2002, S. 130f.). Auch auf der sozial-emotionalen Ebene stellten die Autoren erhöhte Probleme fest, die vor allem psychischer Natur sind. Besonders externalisierte Auffälligkeiten konnten vermehrt in diesem Bereich beobachtet werden (ebd., S. 131).

Abhängig vom Alter können sich die Symptome unterschiedlich äußern. Kleinkinder zeigen ein erhöhtes Aggressionsverhalten, unüberlegtes Handeln, Wutausbrüche und Distanzlosigkeit ebenso wie Destruktivität und oppositionelles Betragen. Im Grundschulalter äußern sich die Probleme vorrangig im disziplinenlosen Verhalten in der Schule, Suchtproblemen und Selbstverletzung oder -tötung. Auf der internalisierenden Ebene des Kindes zeigen sich Angststörungen, Vermeidungsverhalten, verringerte Affektregulation sowie Schlaf-, Still- und Essprobleme (ebd., S. 130; Field 2010, S. 3f.). Zudem besteht die erhöhte Gefahr, dass das Kind Bindungsprobleme entwickelt und selbst an einer affektiven Störung erkrankt (Pawlby et al. 2009, zit. in: Hübner-Liebermann et al. 2012, S. 420).

Das mütterliche Interaktionsverhalten hat jedoch einen entscheidenden Einfluss darauf, wie das Kind sich trotz des Risikofaktors der depressiven Mutter entwickelt. Durch ein reaktives Verhalten ihrerseits entwickeln sich die Kinder dennoch positiv auf der sozial-emotionalen Ebene (Laucht et al. 2002, S. 131).

Neben den Folgen für Partner und Kind sind auch die Effekte auf die Frau selbst und ihre mütterlichen Fähigkeiten zu fokussieren. Sie verarbeitet eine durch die Depression retardierte Entwicklung ihres Kindes häufig mit Schuldgefühlen, welche wiederum die Krankheitssymptome intensivieren (Riecher-Rössler 2011, S. 55). Des Weiteren haben Frauen mit einer Wochenbettdepression eine deutlich höhere Gefahr, sozial isoliert zu werden (Letourneau et al. 2012, S. 446). Wenn die Erkrankung nicht behandelt wird, kann sie über mehrere Monate, in einigen Fällen sogar über ein Jahr hinaus anhalten (Riecher-Rössler 2011, S. 55).

Die postpartale Depression zeigt auch Auswirkungen auf die erzieherischen Fähigkeiten der Mutter. Häufig ist ihr Wissen um Sicherheitsmaßnahmen für das Kind beschränkt, ebenso um die alterstypische Entwicklung von Babys und die

entsprechenden Fürsorgemaßnahmen wie Ernährung oder Bildungsförderung. Die betroffenen Frauen nehmen zudem Vorsorgeuntersuchungen des Kindes seltener in Anspruch (Zajicek-Farber 2010, S. 262).

2.4 Risikoeinschätzung

Zur Risikoeinschätzung von Wöchnerinnen bezüglich einer postpartalen Depression wird die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) am häufigsten verwendet (Patel et al. 2012, S. 538). Das Instrument wurde 1987 von Cox et al. speziell für Frauen nach der Entbindung entwickelt (Cox et al. 1987, S. 783). Die englische Version wurde seitdem in viele verschiedene Sprachen übersetzt und auf ihre Gütekriterien hin überprüft (Sauer 2005, S. 23). Bergant et al. (1998) haben die EPDS für den deutschsprachigen Raum übersetzt (siehe Anhang) und anschließend auf ihre Validität und Reliabilität getestet. Hierzu wurde das Instrument durch 110 Wöchnerinnen am 4. Tag nach der Entbindung verwendet. Das Ergebnis dieser Untersuchung belegt eine hohe statistische Absicherung der Gütekriterien für die deutsche Version. In den Tabellen 1 und 2 sind die Ergebnisse dieser Auswertung dargestellt. Die statistische Sicherheit ist zusätzlich in mehreren Untersuchungen ausreichend überprüft worden (Sauer 2005, S. 21).

Summenscore von 9,5	
Sensitivität	0,96
Spezifität	1
Positiver Vorhersagewert	1

Tabelle 1: Validitätsmerkmale der deutschen Version der EPDS (nach Bergant et al. 1998, S. 37)

Reliabilitätsmerkmale	
Guttman-Split-half	0,82
A-Koeffizient	0,81

Tabelle 2: Reliabilitätsmerkmale der deutschen Version der EPDS (nach Bergant et al. 1998, S. 38)

Das Screeninginstrument besteht aus 10 Items mit jeweils vier Antwortmöglichkeiten (0-3), sodass maximal ist ein Gesamtscore von 30 möglich ist. Als optimaler Cut-Off-Wert ² konnte ein Score von 9,5 berechnet werden.

² Der Cut-Off-Wert bezeichnet hier den Trennwert, der die Wöchnerinnen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko von denen ohne Erkrankungsrisiko abgrenzt.

Folglich weist ein Gesamtwert von ≥ 10 auf eine postpartale Depression hin. Ein Gesamtwert < 10 deutet dementsprechend nicht auf eine Wochenbettdepression hin. Anhand der Items werden Symptome aus verschiedenen emotionalen Bereichen wie Traurigkeit, Selbstgefährdung und Freude ermittelt. Die Antworten sollen sich auf das Befinden der letzten 7 Tage bzw. seit der Geburt, wenn diese weniger als eine Woche zurück liegt, beziehen (Bergant et al. 1998, S. 36).

Die EPDS ist bislang das einzige Instrument, das speziell für das Screening von Wöchnerinnen auf eine Wochenbettdepression entwickelt wurde und in deutscher Sprachen zur Verfügung steht (Sauer 2005, S. 21). Das Instrument kann die Früherkennung einer Wochenbettdepression vereinfachen und Risikopatientinnen identifizieren. Dies ist hinsichtlich der Tatsache, dass die Mehrzahl der betroffenen Mütter nicht erkannt und behandelt wird, besonders bedeutsam (Bergant et al. 1998, S. 38). Dabei gibt es Anwendungshinweise, die unbedingt zu beachten sind. In erster Linie muss der Fragebogen vollständig ausgefüllt sein. Zudem ist die Skala zur Selbsteinschätzung entwickelt worden. Dementsprechend ist das persönliche Ausfüllen durch die Wöchnerin erforderlich. Die Frau muss außerdem die deutsche Sprache beherrschen. Die Beantwortung sollte ohne Zeitdruck und in ungestörter Atmosphäre geschehen (ebd., S. 36).

Der Fragebogen ist auf Grund seiner leichten Textverständlichkeit und der selbstständigen Beantwortung durch die Wöchnerin in seiner Anwendbarkeit sehr simpel (ebd., S. 36ff.).

Das Instrument weist jedoch auch Limitationen auf. Zum einen ist es kein Ersatz für eine ausführliche klinische und psychiatrische Diagnostik. Es erfasst lediglich die aktuelle Stimmungslage und dient somit der Risikoermittlung und Diagnoseunterstützung (Beyond Blue Ltd. 2011, S. vi). Außerdem kann die Skala nicht zwischen unterschiedlichen Formen von Depressionen differenzieren (Bergant et al. 1998, S. 38).

2.5 Der Zusammenhang von Stillen und Wochenbettdepression

In den wissenschaftlich begründeten Empfehlungen für die Ernährung von Säuglingen herrscht Einigkeit darüber, dass Muttermilch die beste Ernährung für fast alle Säuglinge ist (Nationale Stillkommission 2004, S. 1).

Wie auch in der Forschung zu den Ursachen einer postpartalen Depression konnte zwischen dem Stillen und der psychischen Erkrankung ein hormoneller Zusammenhang festgestellt werden. Durch die Laktation wird eine Senkung des Stresshormons Cortisol bewirkt. Dementsprechend konnten bei depressiv erkrankten Frauen eine statistisch signifikant höhere Cortisolkonzentrationen im Serum festgestellt werden als bei psychisch gesunden Müttern. Gleichzeitig wird durch das Stillen eine höhere Menge der Hormone Oxytocin und Prolaktin ausgeschüttet, welche eine antidepressive und anxiolytische Wirkung haben (Figueiredo et al. 2013, S. 334).

Stillende Mütter fühlen sich allgemein weniger müde und erschöpft, was sich auf die Stimmung auswirkt und somit das Risiko depressiver Episoden verringert (ebd., S. 335). Frauen, die nicht stillen, haben somit ein deutlich erhöhtes Risiko an einer Wochenbettdepression zu erkranken. Auch das vorzeitige Abbrechen des Stillversuchs kann sich erschwerend auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit auswirken. Insbesondere bei einer erneuten Schwangerschaft wurden bei diesen Müttern höhere Depressionsraten und häufigere Angstzustände beobachtet (ebd., S. 336).

Gagliardi et al. (2012) und Tashakori et al. (2012) konnten in ihren Studien zudem feststellen, dass stillende Mütter einen signifikant niedrigeren Score auf der EPDS haben als Frauen, die ihre Kinder mit Säuglingsnahrung aus der Flasche ernähren (Gagliardi et al. 2012, S. 356; Tashakori et al. 2012, S. 62).

Mehrere Studien haben ergeben, dass Frauen seltener Stillen oder einen geringeren Zeitaufwand dafür betreiben, wenn sie depressiv sind. Diese Erkenntnis gilt unabhängig vom soziokulturellen Hintergrund der Mutter und auch für Frauen, die schon in der Schwangerschaft an depressiven Symptomen gelitten haben. Für das exklusive Stillen, welches die WHO (2014) als die ausschließliche Gabe von Muttermilch ohne zusätzliche Nahrung oder Flüssigkeiten definiert (WHO-Definition

exclusive breastfeeding 2014), konnte derselbe Effekt nachgewiesen werden (Figueiredo et al. 2013, S. 333f.).

Trotz aktueller Forschungsergebnisse zum Zusammenhang von psychischen Störungen im Wochenbett und dem Stillen konnte bis jetzt nicht eindeutig bewiesen werden, ob das Stillen die Wochenbettdepression beeinflusst oder die Wochenbettdepression das Stillen (Gagliardi et al. 2012, S. 356). Im Hinblick auf die Gesundheit des Säuglings sollte den auf Evidenzen basierten Empfehlungen der Nationalen Stillkommission Folge geleistet werden (Nationale Stillkommission 2014).

2.6 Therapie

Die Wahl für eine Therapie der Wochenbettdepression wird über mehrere Prozessschritte getroffen. Im ersten Schritt muss der behandelnde Arzt eine Evaluation der aktuellen Symptomatik der Patientin durchführen und somit den Schweregrad der Depression festlegen. Zusätzlich erfolgt eine Ermittlung der individuellen Stressoren und Ressourcen der Frau. Anschließend wird die psychiatrische Krankengeschichte der Patientin sowie das Vorkommen von psychischen Störungen in der Familie besprochen (Guille et al. 2013, S. 644). Für die Wochenbettdepression sind sowohl Verlauf als auch Prognose günstiger als bei Depressionen, die zu anderen Lebenszeitpunkten auftreten (Riecher-Rössler 2011, S. 55).

2.6.1 Medikamentöse Therapie

Bei einer mittelschweren bis schweren postpartalen Depression wird in erster Linie eine medikamentöse Therapie empfohlen, wenn die Frau nicht stillt. Diese kann auch mit einer Psychotherapie begleitet werden (Guille et al. 2013, S. 646). Hat die Patientin bereits in der Vergangenheit gut auf bestimmte Psychopharmaka angesprochen, sollte erneut auf dieses Mittel zurückgegriffen werden. Sofern die Frau noch keine Vorerfahrungen mit Antidepressiva hat, empfiehlt sich die

Einnahme von selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern. Für die Wirkstoffe Sertralin und Citalopram liegen in dieser Medikamentengruppe die besten Werte in Bezug auf Wirksamkeit und Nebenwirkungen vor (ebd, S. 647).

Die Psychopharmakotherapie ist in der Wochenbettphase teilweise auch mit dem Stillen vereinbar. Bei den meisten trizyklischen Antidepressiva und Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern konnte eine hohe Konzentration der Wirkstoffe sowohl in der Muttermilch als auch im Plasma des Säuglings nachgewiesen werden. Die Einnahme dieser Medikamente ist in der Stillzeit kontraindiziert, da sie bei dem Säugling erhebliche Schäden im gastrointestinalen und neuronalen Bereich sowie bei der Respiration hinterlassen können (Hübner-Liebermann et al. 2012, S. 422). Den Wirkstoffen Sertralin und Paroxetin konnten hingegen keine bis kaum messbare Plasmakonzentrationen sowie Folgeschäden bei dem Kind nachgewiesen werden. Mit der Einnahme besteht somit ein minimales Risiko für den Säugling. (Guille et al. 2013, S. 648f.; Hübner-Liebermann et al. 2012, S. 422). Wenn die betroffene Frau stillt, muss eine medikamentöse Therapie mit ihren Risiken und Vorteilen mit den Vorzügen des Stillens für Mutter und Kind abgewogen werden. Die Patientin muss über alle Möglichkeiten und Konsequenzen der Therapien aufgeklärt werden, um eine informierte Entscheidung treffen zu können (Guille et al. 2013, S. 647f.).

2.6.2 Nicht-medikamentöse Therapie

In den meisten Fällen einer leichten bis mittelschweren Wochenbettdepression ist eine Psychotherapie das Mittel der Wahl (Guille et al. 2013, S. 644; Patel et al. 2012, S. 538). Sowohl die Psychotherapie als auch psychosoziale Maßnahmen reduzieren im Vergleich zur üblichen Wochenbettbetreuung signifikant die depressiven Symptome (Hübner-Liebermann et al. 2012, S. 422). Zudem wird eine Psychotherapie von der Mehrzahl der betroffenen Mütter einer medikamentösen Behandlung vorgezogen (Patel et al. 2012, S. 538).

Die psychologischen Therapien beziehen sich auf die interpersonelle Psychotherapie (IPT) oder die kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Die IPT verfolgt das Ziel, die Probleme auf interpersonaler Ebene zu begreifen um somit die

Interaktion des Patienten in seinem sozialen Umfeld zu verbessern. Dabei steht die aktuelle Lebenssituation im Fokus der Therapie (Davison et al. 2007, S. 335).

Die kognitive Verhaltenstherapie bezweckt Veränderungen im Verhalten der Patienten. Durch soziale Fertigkeitstrainings und kognitiven Verfahren soll der Patient lernen, das Erleben im Alltag wirklichkeitsnäher zu betrachten. Auch die Auflösung von negativen und vernunftwidrigen Denkprozessen steht im Fokus der Therapie (ebd., S. 336).

Sowohl die IPT als auch die KVT werden üblicherweise in 10-12 Sitzungen durchgeführt. Für beide Formen wurden signifikante Effekte nachgewiesen. Welche Therapieform die geeignetste ist, sollte individuell mit der Patientin besprochen und bestimmt werden (Guille et al. 2013, S. 644f.).

Die Durchführbarkeit dieser Therapien mittels der Telemedizin und des Internets wird in kleineren Forschungsprojekten überprüft und kann derzeit noch nicht wissenschaftlich belegt werden (ebd., S. 646).

Frauen mit einer mittelschweren bis schweren postpartalen Depression, die weiterhin stillen möchten und eine medikamentöse Behandlung ablehnen, bietet sich die Möglichkeit, eine elektrokonvulsive Therapie (ECT) oder transkranielle Magnetstimulation durchführen zu lassen (ebd., S. 650). Bei beiden Therapien werden bestimmte Hirnareale durch magnetische bzw. elektrische Impulse erregt. Die genauen Wirkmechanismen beider Anwendungen sind bislang noch nicht ausreichend erforscht. Es wird jedoch von einer veränderten Dopaminausschüttung ausgegangen, welches als Neurotransmitter die geistige und emotionale Reaktion steuert (Wagner 2010, S. 291ff.).

Diese Behandlung ist jedoch nur Einzelfällen vorbehalten, da entsprechende Geräte und geschultes Personal verfügbar sein müssen (Guille et al. 2013, S. 650).

Betroffene Mütter empfinden häufig Hürden, warum sie keine Psychotherapie machen können. Zeitmangel und keine Möglichkeit der Kinderbetreuung erschweren die Entscheidung einer Frau, sich in eine Behandlung zu begeben. Familienangehörige können bei den Gesprächen mit dem Arzt über das Für und Wider einer Therapie eine Hilfestellung bieten. Berichte von nahestehenden Personen über beobachtete Symptome und Probleme wirken bestärkend auf die Entscheidung für eine Therapie. Des Weiteren muss der behandelnde Arzt die Mutter über die möglichen Folgen einer unbehandelten Wochenbettdepression aufklären (ebd., S. 645).

2.6.3 Prävention

Von Dezember 2001 bis Dezember 2003 wurde in Österreich das Pilotprojekt des Wiener Programms für Frauengesundheit zur Prävention von postpartalen Depressionen durchgeführt. Ziele des Projektes waren die Reduzierung der Inzidenzrate, die verstärkte Thematisierung der Erkrankung in der Peripartalbetreuung sowie die Sensibilisierung der im Kontakt mit Frauen rund um die Geburt stehenden Gesundheitsfachberufe (Wimmer-Puchinger 2006, S. 31f.). Der Fokus des Projekts war es, „psychosozial belasteten Frauen rechtzeitig zu helfen und sie durch Angebote sozialer, medizinischer und psychotherapeutischer Beratung zu unterstützen“ (vgl. ebd., S. 32). In dem Projekt wurden den Teilnehmern verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten angeboten und auf ihren Effekt hin überprüft. Dazu erfolgte die Einteilung in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe. Zu den Maßnahmen der Interventionsgruppe gehörten ein psychosoziales Screening mit der EPDS und einem weiteren Fragebogen. Außerdem erhielten die Frauen zusätzliche intensive Unterstützung durch Projekthebammen, Sozialarbeiter, Psychotherapeuten und Familienhebammen. Der Effekt dieser Maßnahmen konnte zwar als positiv ermittelt, jedoch nicht als statistisch signifikant nachgewiesen werden. Sowohl die Mitarbeiter als auch die Frauen selbst haben jedoch einen eindeutig positiven, subjektiven Erfolg der Interventionen angegeben (ebd., S. 39f.).

Wie in Kapitel 2.2 erwähnt, wird ein Zusammenhang zwischen dem starken Absinken des Progesteronspiegels nach der Geburt und dem Auftreten einer Wochenbettdepression vermutet. Ähnliche Prozesse sind auch bei dem prämenstruellen Syndrom (PMS) nachweisbar. Für die Behandlung von PMS wurde eine Progesteron-Prophylaxe entwickelt, die auch bei der Vorbeugung von postpartalen Depressionen wirksam sein kann. Ziel dieser Prophylaxe ist die langsame Reduktion des Progesteronspiegels bis zum Wiedereinsetzen der Monatsblutung. Durch die wochen- bis monatelange Behandlung wird dem akuten Absinken des Hormonspiegels entgegengewirkt (Dalton 2003, S. 162f.). Das Progesteron wird ab der Entbindung als Injektion und anschließend als Zäpfchen verabreicht. Oral kann das Hormon vom Körper nicht aufgenommen werden (ebd., S. 167).

Riecher-Rössler (2011) empfiehlt als nicht-medikamentöse präventive Maßnahmen die Aufklärung über ein mögliches Risiko einer Wochenbettdepression durch den Haus- oder Frauenarzt oder im Rahmen der Geburtsvorbereitung (Riecher-Rössler 2011, S. 59).

In diesem Kapitel konnte die Nutzung von verschiedenen präventiven Methoden dargestellt werden. Insbesondere der Aspekt der Betreuung und Beratung wurde vielfach genannt. Im Folgenden Kapitel soll ein Überblick über das Aufgabenfeld der Pflegenden im Frühwochenbett gegeben und die Beratung als Bestandteil dessen verdeutlicht werden.

3. Pflege im Frühwochenbett

3.1 Pflegerische Aufgaben

In deutschen Krankenhäusern sind sowohl Pflegendе als auch Hebammen für die Versorgung von Frauen und ihren Neugeborenen nach der Geburt zuständig. In vielen Kliniken sind auch alleinig Pflegendе auf den Wochenbettstationen vertreten. Neben der Betreuung von Schwangeren fällt insbesondere die Pflege von Frauen im Frühwochenbett in ihren Aufgabenbereich. Das Frühwochenbett umfasst die ersten 7 Tage nach der Entbindung (Pschyrembel et al. 2010, S. 1713).

Nach der Übernahme aus dem Kreissaal liegt der Schwerpunkt der Pflege der Wöchnerin auf der Kontrolle der Vitalparameter, der Ausscheidungen und der Frühmobilisation der Wöchnerin. Puls und Blutdruck sind vor allem auf Grund der Kreislaufschwäche nach der Entbindung engmaschig zu beobachten. Die Körpertemperatur kann Aufschluss über eine mögliche Infektion geben (Skibbe et al. 2007, S. 195). Zudem müssen sich Pflegendе nach den Ausscheidungen der Wöchnerin erkundigen. Die erste Miktion sollte innerhalb von 6 Stunden nach der Entbindung erfolgen. Pflegendе sollten die Frau zum Toilettengang begleiten, um bei einer möglichen Kreislaufinstabilität unmittelbare Unterstützung gewährleisten zu können. Zeitgleich kann durch den ersten Toilettengang auch die Frühmobilisation und somit die Thromboseprophylaxe der Mutter beginnen. Wie in der Schwangerschaft hat die Frau auch im Wochenbett eine erhöhte Thrombosegefahr (ebd., S. 196).

Auch der Rückbildungsvorgang sollte täglich überwacht werden. Pflegende ertasten den Stand des Uterusfundus, kontrollieren den Wochenfluss und beobachten und versorgen eventuelle Wunden. Dabei wird die Frau insbesondere zur persönlichen Hygiene und Körperpflege angeleitet, beraten und nach Bedarf unterstützt (Cerkus-Roßmeißl et al. 2009, S. 1061).

Zeitgleich zur Mutter wird auch das Neugeborene von Pflegenden überwacht und betreut. Hierzu zählen die Kontrolle der regelmäßigen Atmung, der Ausscheidungen und der Wärmeregulation (ebd., S.1059). Betreut wird das Kind durch die Pflegenden hauptsächlich bei ärztlichen Untersuchungen oder wenn die Mutter für die Selbstpflege die Betreuung zeitweilig nicht übernehmen kann. Pflegende übernehmen auch das Wickeln, die Körperpflege und die Ernährung des Neugeborenen, wenn die Mutter beispielsweise nach der Entbindung körperlich noch zu schwach ist.

Nach der Geburt erfolgen beim Neugeborenen sehr viele Anpassungsvorgänge an das Leben außerhalb des Uterus, welche für Laien eventuell angsteinflößend sein können. Dazu zählt der erste Stuhlgang des Kindes, welcher durch das eingedickte Fruchtwasser schwarz ist (Skibbe et al. 2007, S. 282). Den Eltern sollte dieser physiologische Vorgang erklärt werden, um ihnen die Sorge um die Gesundheit ihres Kindes zu nehmen.

Insbesondere Erstgebärende werden vermehrt zur Säuglingspflege beraten und angeleitet. Auch das Anleiten und Beraten zum Stillen ist ein Schwerpunkt der Betreuung von Wöchnerinnen. Pflegende unterstützen die Mütter bei der Findung von geeigneten Stillposition, beraten zur Pflege der Brust und bei Still Schwierigkeiten (Cerkus-Roßmeißl et al. 2009, S. 1060f.).

Zu allen Zeitpunkten nach der Geburt sind die Pflegenden, ebenso wie für die Überwachung der Vitalwerte, Anleitung und Beratung, für die psychosoziale Unterstützung der Wöchnerin zuständig (Junginger et al. 2012, S. 608). Die Geburt eines Kindes ist ein Prozess, der mit starken Emotionen einhergeht, die nicht nur die Mutter selbst, sondern auch den Partner oder die Bezugsperson verunsichern können.

Die Weitervermittlung an eine freiberufliche Hebamme ist Bestandteil des Entlassungsmanagements auf einer Wochenbettstation. Jeder Frau steht die häusliche Betreuung durch eine Hebamme in einem festgelegten zeitlichen Rahmen zu. Es gehört zu Aufgabe der Pflegenden, die Frau diesbezüglich

aufzuklären und sie bei der Kontaktaufnahme zu einer Hebamme zu unterstützen (Cerkus-Roßmeißl et al. 2009, S. 1062).

3.2 Pflegerischer Bezug zur Wöchnerin in Abgrenzung zum Hebammenwesen

In Abgrenzung zum Hebammenwesen sind Pflegende im stationären Bereich nicht ausschließlich auf der Entbindungsstation im Kontakt mit Wöchnerinnen und ihren Kindern. Wird ein Baby aus medizinischen Gründen auf eine Neugeborenen(intensiv)-Station verlegt, wird die Mutter meist mitverlegt oder nach ihrer Entlassung von der Entbindungsstation bei ihrem Kind als Begleitperson wieder aufgenommen. So sind auch in diesem Fall ausschließlich Pflegende für die Betreuung verantwortlich. Auch bei einer Aufnahme auf eine gynäkologische Abteilung aufgrund eines pathologischen Wochenbetts wird die Versorgung der Wöchnerin durch Pflegende übernommen.

Im Falle einer stationären Behandlung der Wöchnerin durch psychische Störungen im Wochenbett obliegt es ebenfalls der Berufsgruppe der Pflegenden, die Frau während ihres Aufenthalts zu pflegen.

Da die Beratung von Wöchnerinnen eine zentrale Aufgabe der Pflegenden im stationären Setting darstellt, soll im folgenden Kapitel ein tieferer Einblick in diese Thematik gegeben werden.

4. Beratung

4.1 Beratung als Aufgabe der professionellen Pflege

Das Krankenpflegegesetz hält die Beratung von Pflegebedürftigen als Aufgabe der professionellen Pflege fest. Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bezweckt seit 2004 auch die Befähigung zur „Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“ (vgl. §3 Abs. 2 Nr. 1c KrPflG) als eigenverantwortlich durchzuführende Tätigkeit der Pflege.

Auch schon vor der Gesetzesanpassung gehörte Beratung zum professionellen Verständnis der Pflege. Pflegende begegnen den Menschen in existenziellen Situationen und Lebenslagen. Sie haben zudem den häufigsten Kontakt zu den Pflegebedürftigen. Durch diese intensive Betreuung entsteht eine vertraute Beziehung, welche die Ausgangslage für eine Beratung darstellt (Koch-Straube et al. 2008, S. 78). Die entstehende Nähe und emotionale Bindung an den Patienten ist für die objektive und professionelle Beratung für Pflegende jedoch auch eine Herausforderung. Sie müssen kompetent und reflektiert mit Nähe und Distanz umgehen können, um eine adäquate Unterstützung des Bedürftigen sicherzustellen (ebd. S. 79). Pflegende müssen auch in der Beratung den Respekt vor der Individualität jedes Menschen wahren und seine Autonomie beachten. Dabei sollen sie vorhandenen Fähigkeiten der Zupflegenden erkennen und seine Ressourcen stärken. Dies erfolgt unter Einbezug der Biographie und der persönlichen Lebensumstände (ebd., S. 66).

Die Beratungskompetenz von Pflegenden wird auch in den Strukturvorgaben der Expertenstandards vorausgesetzt. Dabei stellt die Beratung von Patienten und seinen Angehörigen auch ein Prozessschritt für Pflegende dar. Expertenstandards sind bundesweit für die Berufsgruppe der Pflege gültige Pflegestandards (Bergen et al. 2012, S. 8).

Die Beratung eines Pflegebedürftigen oder seiner Angehörigen verfolgt dabei mehrere Ziele. Entscheidend ist in erster Linie, dass der Klient auf der Grundlage des erworbenen Wissens fundierte Entscheidungen treffen kann (London 2010, S. 30). Zeitgleich wird das Erlangen von Wissen und Verständnis für die entsprechenden Probleme angestrebt. Im Beratungsprozess soll auf dieses Ziel hingearbeitet werden (Koch-Straube et al. 2008, S. 66). Der Patient kann dabei neue Selbstpflegekompetenzen entwickeln und vorhandene erweitern. Im Beratungsgespräch kann der Klient eigene Gedanken äußern und Fragen stellen. Prozesshaft sollen so mögliche Probleme erfasst und adäquate Handlungsmöglichkeiten besprochen werden. Die Pflegekraft stellt dabei den Ansprechpartner in Bezug auf das Problemthema dar (London 2010, S. 30). Eine Beratung ist dann notwendig, wenn die eigenen Bewältigungsstrategien und Kompetenzen nicht mehr genügen oder die persönlichen Lösungsansätze des Patienten erschöpft sind (Koch-Straube et al. 2008, S. 66).

Ein weiteres Ziel der Beratung durch Pflegende liegt im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Den Begriff der Gesundheit definiert die WHO (1946) als „Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (vgl. WHO-Definition Gesundheit 1946, zit. in: Nies 2009, S. 185). Prävention bedeutet die Reduktion und Vermeidung von Risikofaktoren und krankmachendem Verhalten (Bergen et al. 2012, S. 19). Pflegende nutzen das Konzept der Beratung zur Förderung der Gesundheit und zur Prävention (Nies 2009, S. 193).

Im Folgenden Kapitel soll der Begriff der Beratung im Unterschied zur Information, Therapie und Aufklärung definiert werden.

4.2 Beratung in Abgrenzung zu Information, Therapie und Aufklärung

Die Begriffe Beratung, Information, Therapie und Aufklärung werden nicht selten synonym füreinander benutzt. Auch wenn es Schnittstellen in den Intentionen gibt, sind die Konzepte dennoch voneinander abzugrenzen (Koch-Straube et al. 2008, S. 68).

Von gesundheitlicher Aufklärung wird gesprochen, wenn durch die Vermittlung von Wissen eine Wissenserweiterung bezweckt wird. Dies geschieht in individueller Anpassung an den Empfänger. Gesundheitliche Aufklärung ist dann indiziert, wenn Wissenslücken in Bezug auf die Gesundheit bestehen. Dadurch sollen dem Adressaten bessere Voraussetzungen für seine Handlungen geschaffen werden. Aufklärung dient damit der Orientierung in einem bestimmten Themengebiet (Schaeffer et al. 2012, S. 63).

Information differenziert sich nur sehr geringfügig von der gesundheitlichen Aufklärung. Information bezieht sich in Abgrenzung zur Aufklärung meist auf aktuelle Lebensereignisse und die allgemeine Lebensführung. Durch die Weitergabe von Wissen soll dem Adressaten ebenfalls eine verbesserte Handlungsvoraussetzung ermöglicht werden. Information stellt im Gegensatz zur Aufklärung, Beratung und Therapie jedoch keine Interventionsstrategie dar (ebd., S. 63f.).

In der Therapie werden globale, gefestigte Probleme und Verhaltensstörungen einer Person bearbeitet. Sie bezweckt folglich die Lösung psychischer Krisen (Koch-Straube et al. 2008, S. 68). Zudem sind Therapien meist längerfristige Interventionen. Personen, die eine Therapie benötigen, können sich nicht selbstständig aus ihrer Problemsituation lösen. Sie leiden an einer Störung, die ihre Gesundheit erheblich einschränkt. Diese Tatsache macht den Empfänger einer Therapie automatisch zu einem Patienten (Schaeffer et al. 2012, S. 79).

Beratung hingegen konzentriert sich eher auf eine konkrete, eingrenzbare Problematik. Die Möglichkeiten der Lebensstilveränderungen und des Handlungsspielraums der betroffenen Person innerhalb eines sozialen Konstrukts stehen hierbei im Fokus (Koch-Straube et al. 2008, S. 68). In Erweiterung zur reinen Information soll mit dem zu Beratenden erarbeitet werden, wie er mit dem gewonnenen Wissen entsprechend seiner Ziele handeln kann (London 2010, S. 30). Der Beratungsprozess ist meist eine Kurzzeitintervention, die sowohl einmalig als auch über mehrere Einheiten verteilt werden kann (Schaeffer et al. 2012, S. 71).

Sowohl Beratung als auch Therapie bezwecken die Wiederherstellung oder Förderung von bestimmten Fertigkeiten und Interaktionsfähigkeiten. Voraussetzung ist in jedem Fall die freiwillige Beteiligung (Koch-Straube et al. 2008, S. 68).

In einer Beratung stehen dem Berater eine Vielzahl von Methoden und Ansätzen zur Verfügung, denen unterschiedliche Intentionen vorausgehen. Im Folgenden soll ein Einblick in verschiedene Beratungsansätze und soziale Konstellationen gegeben werden.

4.3 Beratungskonzepte

4.3.1 Gesundheitsberatung

Die Gesundheitsberatung wird in den Bereich der professionellen Beratung eingeordnet, der sich mit gesundheitspezifischen Themen und Problemen befasst. Das Ziel ist es, durch die Beratung ein Verhaltensmuster zu verändern oder anzupassen. Somit sollen Bewältigungsstrategien bei bestehender Erkrankung unterstützt, Gesundheit gefördert und das Entstehen von Krankheiten verhindert werden. Folglich ist die Gesundheitsberatung insbesondere in den Bereichen

Rehabilitation, Gesundheitsförderung und Prävention von Bedeutung (Faltenmaier 2007, S. 1064).

In der Gesundheitsberatung wird hauptsächlich der Ansatz der Salutogenese praktiziert (ebd., S. 1065). Die Salutogenese beschäftigt sich mit der Entstehung von Gesundheit. Dabei bewegt sich nach Antonovsky (1979) der Mensch auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Antonovsky 1979, zit. in: Bengel et al. 2001, S. 32ff.). Je nach Ausmaß seiner Stressoren und Ressourcen befindet er sich mehr auf der gesunden oder der kranken Seite des Kontinuums. Das Erreichen völliger Gesundheit kann dabei ebenso nicht erreicht werden wie das ausschließliche Kranksein (ebd.).

In der Beratung mit salutogenetischem Ansatz werden zunächst die gesundheitsfördernden und –erhaltenden Ressourcen des Klienten ermittelt, um ihn anschließend dafür zu sensibilisieren und bei der Nutzung zu unterstützen. Dies geschieht anhand der Betrachtung seiner persönlichen Lebensumstände und Biographie (Fröse 2010, S. 12).

Die eigene Motivation und freiwillige Partizipation des Klienten ist dabei zwingende Voraussetzung, da sonst die angestrebten Ziele nicht erreicht werden können. Die alleinige gesundheitliche Information und Aufklärung sind demnach nicht ausreichend effektiv. Wirkungsvoller ist eine individuelle Anpassung wissenschaftlicher Erkenntnisse in diesem Bereich durch entsprechende Beratung. Dies erfordert, neben der Freiwilligkeit des Klienten, auch eine ausreichend hohe methodische Kompetenz des Beraters (Faltenmaier 2007, S. 1065).

4.3.2 Ressourcenorientierter Beratungsansatz

In der heutigen Zeit wachsen die Anforderungen an die Menschen, ihr alltägliches Leben zu bewältigen. Folglich steigert sich auch der Bedarf an entsprechenden Strategien und ressourcenorientierter Beratung (Nestmann 2007, S. 725). Insbesondere in der Präventionsarbeit erlangt Letztere zunehmend Gewichtung (ebd., S. 731).

Ressourcenorientierte Beratung konzentriert sich auf die positiven Aspekte und Möglichkeiten bezüglich eines Problems. Dementsprechend bildet dieser

Beratungsansatz das Gegenstück zu den mehrheitlich problemorientierten Ansätzen und deren Methoden (ebd., S. 730f.).

Die Ermittlung und Analyse von Defiziten, fehlenden Fähigkeiten und Risiken ist in diesem Beratungsansatz nicht relevant. Der Fokus liegt einschlägig auf den Ressourcen des Klienten. Demnach werden Stärken, Bewältigungsstrategien und Chancen betrachtet und gefördert. Des Weiteren rückt die Beachtung der gesunden Teile eines Menschen in den Vordergrund. Dabei werden die negativen Seiten einer Krise jedoch nicht ausgeblendet, sondern ermöglichen dem Klienten einen anderen Blickwinkel auf die Problematik. Es ist zu beachten, dass die Beschönigung einer krisenhaften Situation nicht die Intention einer ressourcenorientierten Beratung ist. Sie soll dem Berater aber einen Ausgleich zur reinen defizitären Sichtweise ermöglichen und somit den Klienten dabei unterstützen, eine persönliche Akzeptanz von Hindernissen und Schwächen zu entwickeln (ebd., S. 731).

Das vorrangige Ziel der Beratung nach dem genannten Ansatz gilt dem Erfassen, Anregen, Erhalten und Sicherstellen von Ressourcen (Engel et al. 2005, S. 168). Der Berater muss eine Sensibilität für die Ermittlung von potenziellen Ressourcen entwickeln. Dabei sollen sowohl die objektiven Umweltbedingungen des Klienten als auch seine subjektiv empfundene Interaktion innerhalb dieser Lebensumstände und seine persönlichen Merkmale betrachtet werden. Es wird entsprechend zwischen Umweltressourcen und Personenressourcen unterschieden (Nestmann 2007, S. 732).

Die Ressourcenperspektive kann auch zusätzlich zur Problemanalyse verwendet werden. Dadurch dient dieser Ansatz als methodisches Mittel in verschiedenen Beratungskonzepten (ebd., S. 731).

4.3.3 Systemischer Beratungsansatz

Der systemische Beratungsansatz bezieht sich auf die Theorie, dass Probleme, die ein Mensch hat, im Kontext seines sozialen Umfelds zu betrachten sind. Alle Mitglieder dieses Umfelds bilden gemeinsam ein System mit mehreren Subsystemen. Sowohl Kommunikation als auch Interaktionen beeinflussen die Probleme der einzelnen Personen innerhalb dieses Systems. Sie können sich

sowohl positiv als auch negativ auf die Entwicklung, Erhaltung und Lösung von Schwierigkeiten auswirken (Engel et al. 2005, S. 168).

Bei dem systemischen Beratungsansatz wird das Problem des Einzelnen im Gesamtgefüge seines sozialen Umfelds betrachtet. Diese Sichtweise kann insbesondere im Pflegeprozess bei der Analyse der Situation und Planung der Beratung hilfreich sein (Koch-Straube et al. 2008, S. 109f.).

Die Beratung mit systemischem Grundgedanken wird gemeinsam mit dem Klienten und ausgewählten Bezugspersonen gestaltet. Der Fokus wird dabei auf die verschiedenen Ebenen der Kommunikation gelegt. Das Ziel ist die Sensibilisierung der einzelnen Mitglieder eines Systems für die Perspektive der anderen. (Engel et al. 2005, S. 168).

Als Beziehungsnetz wird bei der systemischen Beratung nicht ausschließlich die Familie bezeichnet. Ein Mensch kann sich in vielen verschiedenen sozialen und organisatorischen Systemen befinden (Brunner 2007, S. 656).

4.4 Soziale Konstellationen von Beratung

4.4.1 Einzelberatung

Die Einzelberatung ist die kleinstmögliche soziale Konstellation von Beratung. Diese Form kann sowohl ausschließlich oder auch als Baustein in einem Beratungsprozess fungieren, bei dem verschiedene soziale Konstellationen genutzt werden. Bei der Beratung einer einzelnen Person werden seine individuelle Sichtweise, der biographische Hintergrund sowie sein subjektives Problemerkennen fokussiert. Durch die Einzelberatung soll das Problemverständnis des Beraters ohne Berücksichtigung von Umweltfaktoren aus der Perspektive des Ratsuchenden erlangt werden (Sickendiek et al. 2008, S. 95).

Der Gegenstandsbereich der Beratung liegt dabei auf der persönlichen Lebenslage des Klienten, jedoch wird die Problemursache nicht allein auf ihn projiziert. Bei der Problembearbeitung können sowohl Sozial- als auch Umweltbedingungen thematisiert werden. Der Berater soll in diesem Fall den Klienten dabei unterstützen, das Problem auch aus einer anderen Perspektive zu betrachten (ebd., S. 95ff.).

Ein Vorteil der Einzelberatung ist die private Situation, in der der Patient sich, ohne Scham und Angst gegenüber anderen, aussprechen kann. Somit ist eine sensible Reflexion des Problems möglich. Dementsprechend muss im Vorfeld eine Vertrauensbasis zwischen Berater und Klient geschaffen werden (ebd., S. 95ff.).

Die Beratung einer einzelnen Person kann jedoch neben den Vorteilen die Gefahr, dass der zu Beratende eine zu starke Bindung zum Berater aufbaut, mit sich bringen. Dadurch gestaltet sich der Ablösungsprozess am Ende der Beratung schwieriger. Der Berater muss daher eine hohe Kompetenz bezüglich der Gestaltung von Beziehungen im Beratungsprozess besitzen (ebd., S. 99).

4.4.2 Familienberatung

In der Familienberatung werden vornehmlich Krisen, Probleme und Hürden bearbeitet, die eine Familie, oder ein Subsystem davon, zu bewältigen hat. Dabei kann es sich zum einen um eine Problematik handeln, die einen bestimmten Lebensabschnitt der Familie betrifft. Dazu zählen beispielsweise Familienplanung, Erziehung oder auch Krankheit und Sterben. Zum anderen kann sich die Familienberatung auch an bestimmten Kontexten, wie innerfamiliäre Beziehungen, pflegebedürftige Angehörige oder Altersvorsorge, orientieren (Haid-Loh et al. 2007, S. 989f.).

Bei dem Begriff Familienberatung handelt es sich nicht ausschließlich um die Konstellation Eltern – Kind. Auch Paar- und Eheberatungen sowie die Beratung von einem Elternteil mit Kind fallen unter diesen Begriff (Sickendiek et al. 2008, S. 100f.). Der Begriff Familie bezieht sich in pflegerischen Settings meist auf einen Patienten oder Bewohner und seine Angehörigen. Inhaltlich werden insbesondere Themen zur pflegerischen Versorgung durch die Angehörigen und Pflege nach der Entlassung aus dem stationären Bereich behandelt. Im Sozialgesetzbuch XI ist festgelegt, dass „auf Wunsch (...) die Pflegeberatung unter Einbeziehung von Dritten, insbesondere Angehörigen und Lebenspartnern [erfolgt], (...).“ (vgl. §7a Abs. 2 Satz 1 SGB XI) .

Durch die Beratung von und mit pflegenden Angehörigen sollen zweierlei Ziele verfolgt werden. Zum einen werden durch eine pflegerische Beratung die Unterstützung und die Kompetenzförderung der Bezugspersonen angestrebt. Somit

soll die Pflege des Familienmitgliedes erleichtert werden. Zum anderen wird mit der Beratung die Pflege eines bedürftigen Menschen sichergestellt. In einem gewissen Maße erfolgt daher, vor allem bei der Beratung im häuslichen Umfeld, auch eine Qualitätskontrolle der durch die Familie geleisteten Pflege. Die Beratung von mehreren Mitgliedern in familiären Strukturen ergibt somit die kommunikative Herausforderung, eine Pflegequalität sicherzustellen, ohne die Kompetenz der zu Beratenden anzuzweifeln und dadurch das Vertrauensverhältnis zu verletzen (Sciborski et al. 2007, S. 173f.).

4.4.3 Gruppenberatung

Bei Gruppenberatungen werden meist mehrere Menschen, die sich z.T. fremd sind, zu einem bestimmten Thema gemeinsam beraten. Das Hauptaugenmerk liegt bei der Beratung hierbei weniger auf der Informationsweitergabe, sondern auf der Bearbeitung von psychischen Problemen, die durch eine Erkrankung und deren Folgen entstanden sind. (Koch-Straube et al. 2008, S. 71).

Der Vorteil der Gruppenberatung ist der sogenannte Synergieeffekt. Die Teilnehmer können gegenseitig ihre Erfahrungen wahrnehmen und davon profitieren. Das Erlebte der anderen fließt in die eigenen Überlegungen zu Bewältigungsstrategien mit ein. Zudem bewirkt die Erfahrung, dass auch andere Menschen mit ähnlichen Problemen konfrontiert sind, eine Erkenntnis- und Akzeptanzsteigerung der eigenen Betroffenheit. Die Beratung in Gruppen beeinflusst auch die Beziehung der Beteiligten untereinander. Die Bindung an den Berater wird nicht so stark aufgebaut wie in Einzelberatungen, der Abbruch dieser Beziehung ist für die zu Beratenden leichter. Des Weiteren können sich über die Beratung hinaus Kontakte zwischen den Teilnehmern entwickeln, die sich durch gegenseitige Unterstützung und Hilfestellungen auszeichnen (Sickendiek et al. 2008, S. 105).

In der Soziologie wird zwischen Primär- und Sekundärgruppen unterschieden. Primärgruppen werden von Personen gebildet, die sich untereinander kennen und Beziehungen zueinander aufgebaut haben. Diese Konstrukte sind unter anderem bei Familien oder Schulklassen zu finden. Sekundärgruppen setzen sich aus Menschen zusammen, die instabile Verbindungen zueinander haben und sich nicht

zwangsläufig kennen. Sekundärgruppen sind beispielsweise Studierende einer Hochschule, Gewerkschafts- oder Parteimitglieder (Sickendiek et al. 2008, S. 103). Da in Kapitel 4.4.2 bereits die Beratung der Familie als Gruppe beschrieben wird, soll im Folgenden der Fokus auf die Sekundärgruppe gelegt werden.

Eine Gruppenberatung verläuft üblicherweise prozesshaft. Zunächst findet eine Kennenlernphase statt, in der die Teilnehmer untereinander und mit dem Berater vertraut gemacht werden. Zudem werden Gesprächs- und Verhaltensregeln durch den Berater festgelegt. Im Anschluss an diese Phase erfolgen eine gemeinschaftliche Betrachtung des Themas und der Austausch von subjektiven Erfahrungen. Nach dieser individuellen Problembetrachtung wird eine Analyse auf der allgemeinen Ebene vorgenommen, in der der Berater Fachwissen bereitstellt und spezifische Inhalte zur Problemanalyse vorschlägt. Zum Abschluss können persönliche Lösungs- und Bewältigungsschritte ausgetauscht werden (ebd., S. 104).

Für eine Gruppenberatung müssen ausreichend große Räumlichkeiten vorhanden sein. Je nach Methodik ist auch eine entsprechende technische Ausstattung von Nöten (Fröse 2010, S. 20).

5. Pflegerische Beratung auf einer Entbindungsstation

5.1 Auswahl der Wöchnerinnen

Für die Planung einer Beratung stellt sich anfangs die Frage, welche Frauen für das präventive Gespräch durch Pflegende auf der Wochenbettstation ausgewählt werden sollen. Untersuchungen über die aktuelle Situation in den deutschen Krankenhäusern ergaben einen sinkenden Personalschlüssel in der Pflege bei weiter steigenden Patientenzahlen (Isfort et al. 2010, S. 7). Demzufolge sind sowohl die personellen als auch die zeitlichen Ressourcen begrenzt und lassen daher die spezielle Beratung der Wöchnerinnen nur für Frauen mit einem erhöhten Risiko, an einer postpartalen Depression zu erkranken, zu. Des Weiteren ist die Integration des Beratungsgesprächs in das Entlassungsgespräch empfehlenswert und ebenfalls durch die mangelnden Ressourcen zu begründen.

In Kapitel 2.4 wurde die Möglichkeit des Risikoscreenings durch die Nutzung der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) vorgestellt. Die Anwendung der Skala durch die Wöchnerinnen vor der Entlassung ermöglicht die Erkennung von potenziell gefährdeten Frauen. Des Weiteren kann die ausgefüllte EPDS den Pflegenden im Entlassungsgespräch als Grundlage dienen, um das Thema Wochenbettdepression anzusprechen. Pflegende sollten die EPDS möglichst am Abend vor dem geplanten Entlassungstag aushändigen, die Frau über den Zweck informieren und sie bitten, die Skala noch am selben Tag auszufüllen. Der Vorteil bei der Anwendung und Auswertung am Abend ist zum einen die ruhigere Atmosphäre auf der Entbindungsstation im Gegensatz zum Tag. Sowohl Besuche als auch Arztvisiten und medizinische Untersuchungen finden meist tagsüber statt und würden das Ausfüllen der EPDS durch die Frau ohne Unterbrechung kaum zulassen. Zudem verbleibt nach dem Ausfüllen der Skala am Abend ausreichend Zeit für die Auswertung bis zum Entlassungsgespräch. Dies kann beispielsweise auch durch die Pflegenden im Nachtdienst geschehen.

Ergibt der Gesamtscore der EPDS einer Wöchnerin einen Wert von 10 oder größer, sollen Pflegende präventive Maßnahme einleiten bzw. anregen. Es konnte aufgezeigt werden, dass sich Beratungen als präventive und gesundheitsfördernde Handlungsmöglichkeiten in der Pflege etabliert haben.

Somit stellt auch in der Situation nach der Geburt eine Beratung durch Pflegende einen möglichen Ansatz zur Prävention der Wochenbettdepression dar.

Durch Beratung sollen in diesem Fall zweierlei Ziele erreicht werden. Zum einen soll mit der Weitergabe von Informationen über das Krankheitsbild und die Häufigkeit des Vorkommens eine Enttabuisierung erreicht werden. Zum anderen wird mit der Aufklärung über die möglichen Symptome und das Besprechen von eventuell bereits vorhandenen Beschwerden eine Sensibilisierung der Frau für die Erkrankung angestrebt. Dies gilt insbesondere auch für ihren Partner bzw. ihre Bezugsperson. Je eher eine Frau mit einer postpartalen Depression behandelt wird, desto geringer können die Risiken von Folgeproblemen für die ganze Familie gehalten werden.

5.2 Beratungsansätze

Bei der Betrachtung der vorgestellten Beratungsansätze werden die jeweiligen Vor- und Nachteile in Bezug auf die Situation auf der Wochenbettstation erkennbar.

Der ressourcenorientierte Beratungsansatz gehört zu den Ansätzen, für die ein Problem bereits vorherrschen muss. Durch die Betrachtung von Chancen und Stärken bei existierenden Hindernissen und Problemen, eignet sich der ressourcenorientierte Beratungsansatz eher für Wöchnerinnen, die bereits an einer postpartalen Depression erkrankt sind und im Rahmen einer Psychotherapie beraten werden.

Der systemische Beratungsansatz betrachtet den Betroffenen in seinem sozialen Gefüge. Da die Wochenbettdepression der Mutter Auswirkungen auf die gesamte Familie hat, ist dieser systemische Gedanke besonders treffend.

Für die Beratung von gefährdeten Wöchnerinnen in Bezug auf die postpartale Depression, ist der Ansatz der Gesundheitsberatung in mehrfacher Hinsicht vorteilhaft. Zum einen erfordert die Gesundheitsberatung kein bereits existierendes Problem. In diesem Fall ist die diagnostizierte Erkrankung an einer Wochenbettdepression demnach keine Voraussetzung. Da die Mehrheit der betroffenen Wöchnerinnen die Erkrankung erst nach der Entlassung aus dem stationären Bereich entwickeln, kann bei der Beratung auf der Entbindungsstation lediglich über ein potenzielles Problem gesprochen werden. Im Gegensatz zur ressourcenorientierten Beratung fokussiert die Gesundheitsberatung die allgemeinen Ressourcen des Klienten, unabhängig von einem bestehenden Problem. Es werden möglichst viele gesundheitsfördernde und –erhaltende Ressourcen des zu Beratenden ermittelt und betrachtet, ohne dabei einen bestimmten Aspekt zu bevorzugen. Daher ist die Gesundheitsberatung besonders für die präventiven Ziele geeignet.

Um das angestrebte Ziel der Beratung auf einer Wochenbettstation zu erreichen, ist kein Beratungsansatz alleinig geeignet. Demzufolge wird eine Synthese der Gesundheitsberatung mit dem systemischen Beratungsansatz als Konzept zur präventiven Beratung von Wöchnerinnen in Bezug auf die Wochenbettdepression empfohlen.

5.3 Soziale Konstellation

Zusätzlich zu dem theoretischen Ansatz der Beratung soll auch eine soziale Konstellation bestimmt werden, in der das Gespräch stattfindet.

Die Einzelberatung mit der Mutter ist einerseits vorteilhaft, da die Frau in sehr privatem Rahmen vertraulich sprechen kann. Dies ist besonders bei intimen Themen wie der postpartalen Depression nützlich. Ängste, Sorgen und Schamgefühle müssen so nicht einem Dritten offenbart werden. Durch ein einmalig stattfindendes Beratungsgespräch kann zudem eine zu starke Bindung an die beratende Pflegekraft weitgehend ausgeschlossen werden. Dennoch erweist sich diese Konstellation in Hinblick auf das Ziel der Beratung als nachteilig. Ohne den Einbezug einer Bezugsperson der Mutter kann weder eine Enttabuisierung noch eine Sensibilisierung für die Erkrankung erfolgen.

Eine Beratung einer Sekundärgruppe hat in Hinblick auf die knappen Ressourcen auf der Entbindungsstation Vorzüge. Durch die gleichzeitige Beratung von mehreren Wöchnerinnen könnten sowohl Zeit als auch Personal gespart werden. Gruppenberatungen eignen sich vornehmlich für den Austausch von Erfahrungen und Gefühlen bezüglich eines Themas. Die Frauen mit einem erhöhten Risiko sind zu dem Zeitpunkt jedoch noch nicht an der Depression erkrankt und können somit keine Bewältigungsstrategien mit anderen Teilnehmern besprechen. Für die Aufklärung zu der Erkrankung und die individuell abgestimmte Ressourcenanalyse ist die Beratung in der Gruppe daher ungeeignet. Auch das Bilden einer Gruppe würde sich als problematisch erweisen. In diesem Zusammenhang ist wohl die Rate der Frauen auf einer Entbindungsstation mit einem erhöhten Wochenbettdepressionsrisiko, die denselben Entlassungstag haben, als gering anzunehmen. Zudem sind für Gruppenberatungen entsprechend geeignete Räumlichkeiten notwendig. Diese Sozialräume sind jedoch auf den wenigstens Krankenhausstationen verfügbar.

Die Familienberatung scheint für die präventive Beratung zur Wochenbettdepression besonders geeignet zu sein. In diesem Kontext ist mit „Familie“ die Mutter mit ihrem Partner oder der engsten Bezugsperson gemeint. In der Familienberatung wird vornehmlich ein bestimmter Lebensabschnitt fokussiert, der die Familie betrifft. In Kapitel 2.3 konnte die postpartale Depression als

folgenreich für die ganze Familie dargestellt werden. Somit erschließt sich der Beratungsbedarf für die Mutter als auch für ihren Partner. Der Partner kann aus pflegerischer Sicht als pflegender Angehöriger betrachtet werden. Mit einer Familienberatung werden die Förderung der Kompetenzen und die Sensibilisierung des Partners in Bezug auf eine bestimmte Problematik angestrebt. Dies kann durchaus auch vor dem Entstehen eines Problems bzw. vor dem Ausbruch einer Krankheit nützlich sein. Zudem kann die Beratung einer Familie problemlos im Patientenzimmer der Wöchnerin geschehen. Nach Möglichkeit sollten Mitpatientinnen und ihre Angehörigen durch die Pflegekraft für das Beratungsgespräch aus dem Zimmer gebeten werden. In Anbetracht der angestrebten Ziele einer präventiven Beratung zum Thema Wochenbettdepression und der Umsetzbarkeit auf einer Entbindungsstation ist die Familienberatung die am besten geeignete soziale Konstellation.

5.4 Gesprächsinhalt

Zu den Rahmenbedingungen für die Beratung sollen auch die Inhalte des Gesprächs festgelegt werden. Um eine Sensibilisierung der Familie für das Krankheitsbild der Wochenbettdepression zu erreichen, müssen in erster Linie die möglichen Symptome vermittelt werden. Als Hinführung zu der Thematik können zuerst die von der Frau angegebenen Symptome auf der EPDS angesprochen werden. Bei dem Gespräch über die am Vorabend ausgefüllte Skala müssen Pflegende deutlich machen, dass es sich dabei nicht um eine medizinische Diagnose handelt und ein erhöhter Wert nicht bedeutet, dass die Frau in jedem Fall an einer Wochenbettdepression erkranken wird. Da das Gespräch zeitlich begrenzt ist, sollten sich die beratenden Pflegenden anschließend auf die Hauptsymptomatik beschränken. Neben den Symptomen, die nur die Frau innerlich verspürt, sollen auch solche genannt werden, die objektiv durch den Partner bzw. die Bezugsperson zu beobachten sind. Hierzu zählen etwa das Essverhalten, Schlafprobleme und das Verhalten der Mutter dem Kind und dem Partner gegenüber. Zur Aufklärung über die Symptomatik muss auch die Abgrenzung zum sehr häufig vorkommenden und dennoch kein ärztliches Eingreifen erfordernden Baby-Blues deutlich gemacht

werden. Bei Mehrfachgebärenden kann in dieser Stelle schon auf Erfahrungen nach den vorherigen Geburten hingewiesen werden.

Die Familie sollte auch über die Ursachen einer Wochenbettdepression beraten werden. Durch die Erläuterung der hormonellen Veränderungen nach der Geburt und die Möglichkeit einer genetischen Disposition sollen bei der Familie eventuell entstehende Schuldgefühle und Vorwürfe vermieden werden. Die Pflegenden müssen deutlich machen, dass die Krankheit nicht durch ein Fehlverhalten ihrerseits entsteht, sich jedoch eine ausreichende Unterstützung der Frau durch die Bezugsperson und eine gute Beziehungsqualität der Partnerschaft positiv auf die Stimmungslage der Mutter auswirken können.

Im Beratungsgespräch sollen die Folgen der postpartalen Depression bewusst nur knapp erwähnt werden, indem Pflegende deutlich machen, dass die Erkrankung nicht nur die Frau, sondern die ganze Familie betrifft. Somit soll die Ernsthaftigkeit betont werden und im Falle einer Erkrankung die Familie motiviert werden, sich an einen Arzt zu wenden. Von einer ausführlichen Vermittlung der Folgen ist abzuraten, da hierdurch die Ziele des Gesprächs nicht verstärkt erreicht werden und die Gefahr besteht, die Familie zu verängstigen.

Zusätzlich zur Information und Aufklärung über das Krankheitsbild der Wochenbettdepression soll die Familie auch über positive Handlungsmöglichkeiten beraten werden. Hier ist insbesondere der Aspekt des Stillens anzusprechen. Die Frau sollen darüber informiert werden, dass das Stillen in Bezug auf die Stimmungslage und die Mutter-Kind-Bindung einen positiven Effekt zu haben scheint. Ist die Frau noch unschlüssig über die Ernährungsform ihres Säuglings, kann dies die Entscheidung zum Stillen begünstigen. Des Weiteren soll die Beratung die Frau ermutigen, bei Stillschwierigkeiten Hilfeleistungen, zum Beispiel durch die Hausbesuche der Hebamme, in Anspruch zu nehmen. Den Abschluss des Beratungsgesprächs soll die Betonung der im Allgemeinen, insbesondere aber bei Früherkennung, guten Prognose der postpartalen Depression sein. Auch dies hat das Ziel, die Familie nicht mit ausschließlichen Angstgefühlen bezüglich der Wochenbettdepression zu entlassen. Bei dem gesamten Beratungsgespräch müssen Pflegende darauf achten, ihre Sprache auf die Familie anzupassen. Eine ausgeprägte Fachsprache kann zu Unverständnis und damit zu erhöhter Angst und Besorgnis führen. Insbesondere wird dadurch das Ziel des präventiven Beratungsgesprächs nicht verstärkt erreicht.

Durch das Entlassungsgespräch und die darin integrierte präventive Beratung zur postpartalen Depression sollen die Frau und ihr Partner bzw. ihre Bezugsperson möglichst optimal auf die Zeit nach dem Aufenthalt auf der Entbindungsstation vorbereitet werden. Ihnen soll es durch die erworbenen Kenntnisse ermöglicht werden, bei auftretenden Problemen informierte Entscheidungen treffen und ihre Handlungsmöglichkeiten nutzen zu können.

5.5 Limitation

Die hier gegebene Empfehlung für die Rahmenbedingungen und den Inhalt eines präventiven Beratungsgesprächs der Wöchnerinnen weist Limitationen auf.

Die Anwendung der deutschsprachigen EPDS wurde ursprünglich für den 4. Tag post partum getestet. Durch die heutigen kurzen stationären Aufenthalte der Wöchnerinnen, die üblicherweise nach einer spontanen Geburt schon am 3. Tag post partum entlassen werden, ist die Anwendung der EPDS auf der Entbindungsstation auf diesen Zeitraum beschränkt. Fraglich bleibt somit, ob die EPDS auch am 2. Tag nach der Geburt anwendbar ist. Weiterhin ist kritisch zu betrachten, dass Gesundheitsfachleute im Allgemeinen nicht mit Screeninginstrumenten wie der EPDS vertraut sind (Patel et al. 2012, S. 538).

Der Fokus dieser Arbeit lag ausschließlich auf dem Beratungsansatz, der sozialen Konstellation und dem Inhalt des Beratungsgesprächs. Zur Durchführung des Beratungsgesprächs müssen Pflegende jedoch auch kommunikative Methoden und Gesprächstechniken beherrschen, welche im Rahmen dieser Arbeit nicht bearbeitet werden konnten. Für das in dieser Arbeit dargestellte Beratungsgespräch ist das uneingeschränkte Einverständnis der Teilnehmer vorausgesetzt. Somit kann die Empfehlung unter anderen Umständen ihre Gültigkeit verlieren. Dies ist gegeben, wenn die Mutter das Ausfüllen der EPDS verweigert oder nicht vollständig durchführt. Eine weitere Hürde bildet sich, wenn die Wöchnerin aus verschiedenen Gründen allein am Entlassungsgespräch teilnimmt. Ein Partner oder eine Bezugsperson ist möglicherweise nicht vorhanden, kurzfristig verhindert oder möchte nicht an dem Gespräch teilnehmen. Ebenso ist es möglich, dass die Mutter zwar die EPDS am Vorabend ausfüllt, im Entlassungsgespräch jedoch die

Thematisierung der Wochenbettdepression nicht wünscht. Die Empfehlungen in dieser Arbeit berücksichtigen des Weiteren auch keine kulturellen Unterschiede und sprachliche Hindernisse der Wöchnerinnen und die daraus möglicherweise entstehenden Probleme. Auch werden alternative Vorgehensweise bei Müttern mit geistigen oder körperlichen Behinderungen, Blindheit und Analphabetismus nicht betrachtet, da dies den Umfang und den Fokus dieser Arbeit übersteigen würde.

6. Schlussfolgerung

Das präventive Beratungsgespräch zur Wochenbettdepression soll durch ein Risikoscreening der Wöchnerinnen mittels der EPDS vorbereitet werden. Im konkreten Gespräch, welches in das Entlassungsgespräch integriert wird, sollen Pflegende eine Kombination aus systemischer Beratung und Gesundheitsberatung als Konzept nutzen, um die Wöchnerin gemeinsam mit ihrer Bezugsperson zu beraten.

Für die konkrete Gesprächsführung ist anzuregen, Beratungsmethoden und kommunikative Kompetenzen von Pflegenden in Bezug auf die präventive Beratung zu untersuchen, um auch in diesem Bereich Empfehlungen aussprechen zu können.

Um die Anwendung der EPDS als Screeninginstrument für den 2. postpartalen Tag uneingeschränkt empfehlen zu können, sind weitere Forschungen notwendig. Zudem erfordert die praktische Nutzung des Instruments auf einer Entbindungsstation entsprechende Einweisungen oder Schulungen für Pflegendende. Pflegendende müssen für das präventive Beratungsgespräch vor allem auch über das Krankheitsbild der Wochenbettdepression aufklären können. Hierzu ist ihrerseits ein fundiertes Wissen über die Erkrankung notwendig. Dementsprechend muss das Krankheitsbild und die Pflege der Betroffenen sowohl in der Pflegeausbildung bzw. dem Pflegestudium gelehrt als auch in Fort- und Weiterbildungen für Pflegendende angeboten werden.

Pflegendende dürfen, trotz Empfehlungen für ein standardisiertes Vorgehen, die individuelle Pflege und somit auch die Beratung der Wöchnerin und ihrer Familie nicht vernachlässigen. Die in dieser Arbeit ausgesprochenen Empfehlungen

basieren auf einer Literaturanalyse. Sowohl deren Wirksamkeit als auch die Anpassungsmöglichkeiten bei unterschiedlichen Grundvoraussetzungen der Wöchnerin, wie etwa Kultur oder Behinderungen, muss die Pflegeforschung zukünftig fokussieren. Ungeachtet darf dabei jedoch nicht bleiben, dass mit dem präventive Beratungsgespräch die Erkrankung einer Mutter an einer Wochenbettdepression nicht gänzlich entgegengewirkt werden kann. Jedoch sind ein günstigerer Verlauf und eine frühe Diagnose durch das präventive Handeln von Pflegenden denkbar.

Für die Berufspraxis ist es für Pflegende bedeutsam, dass sie ihre persönlichen Kompetenzen in allen genannten Bereichen bewusst reflektieren und nach Erfordernis erweitern. Dadurch kann ein Beratungsgespräch als pflegerischen Präventionsansatz der Wochenbettdepression gezielt genutzt werden.

7. Zusammenfassung

Nach der Geburt eines Kindes leiden etwa 10-15% der Mütter an einer Wochenbettdepression. Dennoch ist diese Erkrankung in der Gesellschaft ein Tabuthema. Auf einer Entbindungsstation bietet sich Pflegenden die Möglichkeit, mittels Beratung einen präventiven Beitrag zur Wochenbettdepression zu leisten. Somit wird das Ziel der Enttabuisierung und Sensibilisierung für die Krankheit angestrebt. In dieser Arbeit soll daher die Fragestellung untersucht werden, welche Rahmenbedingungen und welcher Inhalt für ein präventives Beratungsgespräch durch Pflegende notwendig sind. Zur Beantwortung der Frage wurde eine systematische Literaturrecherche und –analyse von aktueller wissenschaftlicher Literatur durchgeführt.

Das Ergebnis dieser Arbeit ist, dass die Auswahl der zu beratenden Wöchnerinnen mittels der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) erfolgen soll. Als Beratungskonzept haben sich eine Kombination aus systemischer Beratung und der Gesundheitsberatung sowie die soziale Konstellation der Familie als vorteilhaft herausgestellt. Inhaltlich sollen das Krankheitsbild und Handlungsmöglichkeiten der Familie in angepasstem Umfang besprochen werden.

Für Folgeforschungen ist anzuregen, auch die Beratungsmethoden und Kompetenzen Pflegender zu untersuchen.

8. Literaturverzeichnis

- Beck, C. T. (2001):** Predictors of postpartum depression: an update. In: *Nursing Research* 50 (5), S. 275–285.
- Beck, M.; Knoth, S. (2003):** Nachbetreuung von Wöchnerinnen. Ein Literaturreview. In: *Pflege* 16 (5), S. 265–272.
- Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (2001):** Was hält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage. Köln: BzGA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 6).
- Bergant, A. M.; Nguyen, T.; Heim, K.; Ulmer, H.; Dapunt, O. (1998):** Deutschsprachige Fassung und Validierung der "Edinburgh postnatal depression scale". In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 123 (3), S. 35–40. DOI: 10.1055/s-2007-1023895.
- Bergen, P.; Keim, V.; Kirchberg, D. (2012):** Tipps für die Stationsarbeit - Gesundheitsförderung und Prävention. In: B. Augustyn und M. Gräf (Hg.): *Klinikleitfaden Pflege*. 7. Aufl. München: Urban und Fischer, S. 19–22.
- Beyond Blue Ltd. (Hg.) (2011):** Clinical practice guidelines for depression and related disorders, anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis, in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. February 2011. Melbourne: Beyondblue.
- Bloch, M.; Rotenberg, N.; Koren, D.; Klein, E. (2005):** Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. In: *Journal of Affective Disorders* 88 (1), S. 9–18. DOI: 10.1016/j.jad.2005.04.007.
- Brunner, E. J. (2007):** Systemische Beratung. In: F. Nestmann, F. Engel und U. Sickendiek (Hg.): *Das Handbuch der Beratung*. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen: Dgvt-Verl, S. 655–661.
- Cerkus-Roßmeißl, A.; van Leeuwen, C. (2009):** Betreuung von Frauen in der Geburtshilfe und Neugeborenenpflege. In: S. Schewior-Popp (Hg.): *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegenden in Ausbildung ; 300 Tabellen*. 11., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart, New York, NY: Thieme, S. 1034–1065.
- Cox, J. L.; Holden, J. M.; Sagovsky, R. (1987):** Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. In: *The British Journal of Psychiatry* 150 (6), S. 782–786. DOI: 10.1192/bjp.150.6.782.
- Dalton, K. (2003):** Wochenbettdepression. Erkennen - behandeln - vorbeugen. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber (Verlag Hans Huber, Programmbereich Gesundheit).

- Davison, G. C.; Hautzinger, M.; Neale, J. M. (2007):** Klinische Psychologie. Mit Add-on. 7., vollst. überarb. und erw. Aufl. Weinheim [u.a.]: Beltz (Anwendung Psychologie).
- Engel, F.; Sickendiek, U. (2005):** Beratung - ein eigenständiges Handlungsfeld mit neuen Herausforderungen. In: *Pflege & Gesellschaft* 10 (4), S. 163–171.
- Faltenmaier, T. (2007):** Gesundheitsberatung. In: F. Nestmann, F. Engel und U. Sickendiek (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen: Dgvt-Verl, S. 1063–1081.
- Field, T. (2010):** Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. In: *Infant Behavior and Development* 33 (1), S. 1–6. DOI: 10.1016/j.infbeh.2009.10.005.
- Figueiredo, B.; Dias, C. C.; Brandão, S.; Canário, C.; Nunes-Costa, R. (2013):** Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. In: *Jornal de Pediatria* 89 (4), S. 332–338. DOI: 10.1016/j.jpmed.2012.12.002.
- Fröse, S. (2010):** Was Sie über Pflegeberatung wissen sollten. Hannover: Schlütersche (Pflege).
- Gagliardi, L.; Petrozzi, A.; Rusconi, F. (2012):** Symptoms of maternal depression immediately after delivery predict unsuccessful breast feeding. In: *Archives of Diseases in Childhood* 97 (4), S. 355–357. DOI: 10.1136/adc.2009.179697.
- Guille, C.; Newman, R.; Fryml, L. D.; Lifton, C. K.; Epperson, C. N. (2013):** Management of Postpartum Depression. In: *Journal of Midwifery & Women's Health* 58 (6), S. 643–653. DOI: 10.1111/jmwh.12104.
- Haid-Loh, A.; Lindemann, F.-W. (2007):** Familienberatung. In: F. Nestmann, F. Engel und U. Sickendiek (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen: Dgvt-Verl, S. 989–1004.
- Hübner-Liebermann, B.; Hausner, H.; Wittmann, M. (2012):** Peripartale Depressionen erkennen und behandeln. In: *Deutsches Ärzteblatt* 109 (24), S. 419–424.
- Isfort, M.; Weidner, F. (2010):** Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Unter Mitarbeit von Andrea Neuhaus, Sebastian Kraus, Veit-Henning Köster und Danny Gehlen. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln. Online verfügbar unter http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009_Kurzfassung.pdf, zuletzt geprüft am 26.05.2014.
- Junginger, C.; Gräf, M. (2012):** Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und gynäkologische Erkrankungen. In: B. Augustyn und M. Gräf (Hg.): *Klinikleitfaden Pflege*. 7. Aufl. München: Urban und Fischer, S. 591–622.

Koch-Straube, U.; Bachmann, S. (2008): Beratung in der Pflege. 2., vollst. überarb. Aufl. Bern: H. Huber (Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege).

Krankenpflegegesetz (KrPflG) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 35 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist. Online verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf, zuletzt geprüft am 28.05.2014.

Laucht, M.; Esser, G.; Schmidt, M. H. (2002): Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31 (2), S. 127–134.

Letourneau, N. L.; Dennis, C.-L.; Benzies, K.; Duffett-Leger, L.; Stewart, M.; Tryphonopoulos, P. D. et al. (2012): Postpartum Depression is a Family Affair: Addressing the Impact on Mothers, Fathers, and Children. In: *Issues in Mental Health Nursing* 33 (7), S. 445–457. DOI: 10.3109/01612840.2012.673054.

London, F. (2010): Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur Patientenedukation. 2., durchges. und erg. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Pflege).

Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (Hg.) (2004): Stilldauer. Empfehlungen der Nationalen Stillkommission am BfR vom 1. März 2004. Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung. Online verfügbar unter <http://www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf>, zuletzt geprüft am 14.05.2014.

Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (Hg.) (2014): Grundsätzliches zum Stillen. Online verfügbar unter http://www.bfr.bund.de/de/grundsaeztliches_zum_stillen-10199.html, zuletzt aktualisiert am 2014, zuletzt geprüft am 14.05.2014.

Nestmann, F. (2007): Ressourcenorientierte Beratung. In: F. Nestmann, F. Engel und U. Sickendiek (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen: Dgvt-Verl, S. 725–735.

Nies, C. S. (2009): Gesundheit und Krankheit - Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: S. Schewior-Popp (Hg.): Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegenden in Ausbildung ; 300 Tabellen. 11., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart, New York, NY: Thieme, S. 184–196.

Patel, M.; Bailey, R. K.; Jabeen, S.; Ali, S.; Barker, N. C.; Osiezagha, K. (2012): Postpartum Depression: A Review. In: *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 23 (2), S. 534–542. DOI: 10.1353/hpu.2012.0037.

- Pawlby, S.; Hay, D. F.; Sharp, D.; Waters, C. S.; O'Keane, V. (2009):** Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. In: *Journal of Affective Disorders* 113 (3), S. 236-243. DOI: 10.1016/j.jad.2008.05.018.
- Pschyrembel, W.; Bach, M. (Hg.) (2010):** Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2011. 262., neu bearb. und erw. Aufl. Berlin [u.a.]: De Gruyter.
- Riecher-Rössler, A. (2011):** Depressionen in der Postpartalzeit. In: A. Riecher-Rössler (Hg.): *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Freiburg: Karger, S. 52–60.
- Riecher-Rössler, A.; Hofecker Fallahpour, M. (2003):** Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 108, S. 51–56.
- Sauer, B. (2005):** Früherkennung und Umgang mit psychischen Störungen post partum. Aufbau von Basiswissen und Vermittlung von Handlungskompetenzen als Beitrag zur Sekundärprävention am Beispiel eines Schulungskonzeptes für Hebammen. Dissertation. Westfälische Wilhelms-Universität, Münster (Westf.). Philosophische Fakultät.
- Schaeffer, D.; Dewe, B. (2012):** Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: D. Schaeffer und S. Schmidt-Kaehler (Hg.): *Lehrbuch Patientenberatung*. 2., vollständig überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit), S. 59–86.
- Sciborski, C.; Elzer, M. (2007):** Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. 1. Aufl. Bern: Huber (Pflegeberatung, Pflegekommunikation).
- Sickendiek, U.; Engel, F.; Nestmann, F. (2008):** Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Aufl. Weinheim, München: Juventa-Verl. (Grundlagentexte soziale Berufe).
- Skibbe, X.; Löseke, A. (2007):** Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe. 26 Tabellen. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme (Krankheitslehre).
- Sozialen Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch XI)** vom 26. Mai 1994, zuletzt geändert durch Art. 2 G zur Regelung des assisenpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vom 20.12.2012 (BGBl. I S 2789). Erstes Kapitel. Allgemeine Vorschriften. Pflegeberatung. Stand 19. Februar 2013.
- Tashakori, A.; Behbahani, A. Z.; Irani, R. D. (2012):** Comparison Of Prevalence Of Postpartum Depression Symptoms Between Breastfeeding Mothers And Non-breastfeeding Mothers. In: *Iranian Journal of Psychiatry* 7 (2), S. 61–65.
- Wagner, P. (2010):** Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren. In: S. Amberger (Hg.): *Psychiatriepflege und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme, S. 291–295.

- Wimmer-Puchinger, B. (2006):** Prävention von postpartalen Depressionen - Ein Pilotprojekt des Wiener Programms für Frauengesundheit. In: B. Wimmer-Puchinger und A. Riecher-Rössler (Hg.): Postpartale Depression: Von der Forschung zur Praxis. Berlin: Springer, S. 21–49.
- World Health Organization (Hg.) (2014):** Exclusive breastfeeding. Online verfügbar unter http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/, zuletzt aktualisiert am 25.03.2014, zuletzt geprüft am 14.05.2014.
- World Health Organization (Hg.) (1946):** Gesundheit. In: S. Schewior-Popp (Hg.): Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung ; 300 Tabellen. 11., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart, New York, NY
- Zajicek-Farber, M. L. (2010):** The Contributions of Parenting and Postnatal Depression on Emergent Language of Children in Low-Income Families. In: *Journal of Child and Family Studies* 19 (3), S. 257–269. DOI: 10.1007/s10826-009-9293-7.

9. Anhang

Deutschsprachige Version der »Edinburgh Postnatal Depression Scale« (EPDS)

Name:

Adresse:

Alter des jüngsten Kindes:

Da Sie vor kurzem ein Kind geboren haben, würden wir gerne wissen, wie Sie sich in den letzten 7 Tagen (oder bei Verwendung in den ersten Tagen nach der Geburt: seit der Geburt) gefühlt haben. Bitte markieren Sie die Antworten durch ankreuzen des Kreises vor jener Antwortzeile, welche für Sie am ehesten zutrifft.

Beispiel: Ich habe mich glücklich gefühlt

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

In den letzten 7 Tagen:

oder

In den Tagen seit der Geburt:

- 1) konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen
 - so wie ich es immer konnte
 - nicht ganz so wie sonst immer
 - deutlich weniger als früher
 - überhaupt nicht
- 2) konnte ich mich so richtig auf etwas freuen
 - so wie immer
 - etwas weniger als sonst
 - deutlich weniger als früher
 - kaum
- 3) fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief
 - ja, meistens
 - ja, manchmal
 - nein, nicht so oft
 - nein, niemals
- 4) war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen
 - nein, überhaupt nicht
 - selten
 - ja, manchmal
 - ja, häufig

- 5) erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen
 - ja, oft
 - ja, manchmal
 - nein, nicht oft
 - nein, überhaupt nicht
- 6) überforderten mich verschiedene Umstände
 - ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden
 - ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden
 - nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden
 - nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig
- 7) war ich so unglücklich, daß ich nicht schlafen konnte
 - ja, die meiste Zeit
 - ja, manchmal
 - nein, nicht sehr oft
 - nein, überhaupt nicht
- 8) habe ich mich traurig und schlecht gefühlt
 - ja, die meiste Zeit
 - ja, manchmal
 - selten
 - nein, überhaupt nicht
- 9) war ich so unglücklich, daß ich geweint habe
 - ja, die ganze Zeit
 - ja, manchmal
 - nur gelegentlich
 - nein, niemals
- 10) überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen
 - ja, ziemlich oft
 - manchmal
 - kaum
 - niemals

Die Antworten werden je nach Symptomschwere mit 0, 1, 2 und 3 bewertet. Die Fragen 3, 5, 6, 7, 8, 9 und 10 sind spiegelbildlich konstruiert (Bewertung mit 3, 2, 1 und 0). Die Addition der einzelnen Items ergibt den Summenscore.

Abbildung 2: Deutsche Version der "Edinburgh Postnatal Depression Scale" (EPDS) (Bergant et al. 1998, S. 39)

10. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig 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.

Hamburg, den _____

Unterschrift Alicia Hermann