Pflegerische Betreuung der Postpartum Depression:
Eine systematische Literaturübersicht

Bachelor-Thesis

von

Ramona Bärtsch
Bachelor 2009-2012

Erstgutachterin: Rebecca Osterwalder

Hochschule für Gesundheit Freiburg
Studiengang Bachelor of Science in Pflege

2. Juli 2012
Abstract


Schlüsselbegriffe: Postpartum Depression – Pflegeinterventionen – Familie – Unterstützungssysteme
Danksagung

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

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

1. Einleitung ......................................................................................................................... 6
   1.1 Problemstellung ............................................................................................................. 6
   1.2 Fragestellung ................................................................................................................ 9
   1.3 Ziele und Absichten ..................................................................................................... 9

2. Theoretischer Rahmen .................................................................................................... 10
   2.1 Die Postpartum Depression ......................................................................................... 10
   2.2 Das Konzept Krise ....................................................................................................... 11
   2.3 Die Familie ................................................................................................................... 14
   2.4 Die Pflege ..................................................................................................................... 16

3. Methodologie .................................................................................................................... 17
   3.1 Design ........................................................................................................................... 17
   3.2 Ablauf der Literaturrecherche .................................................................................... 17
      3.2.1 Suchbegriffe und Suchkriterien ............................................................................. 18
      3.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien ................................................................................. 19
      3.2.3 Auswahl der Studien .............................................................................................. 20
   3.3 Analyse ......................................................................................................................... 20
      3.3.1 Kritische Beurteilung und Bewertung ................................................................. 20
   3.4 Gütekriterien ................................................................................................................ 21
      3.4.1 Reliabilität ............................................................................................................... 21
      3.4.2 Validität ................................................................................................................... 21
   3.5 Ethische Überlegungen ............................................................................................... 22

4. Ergebnisse ....................................................................................................................... 23
   4.1 Schulung und Beratung ............................................................................................... 24
   4.2 Gruppentherapie ......................................................................................................... 26
   4.3 Die kognitive Verhaltenstherapie ................................................................................. 28
   4.4 Soziale Unterstützungssysteme ................................................................................... 29

5. Diskussion ....................................................................................................................... 31
   5.1 Schulung und Beratung ............................................................................................... 31
   5.2 Gruppentherapie ......................................................................................................... 33
5.3 Die kognitive Verhaltenstherapie .................................................. 35
5.4 Soziale Unterstützungssysteme ......................................................... 35

6. Schlussfolgerungen ......................................................................... 39
6.1 Beantwortung der Fragestellung ..................................................... 39
6.2 Relevanz für die Pflegepraxis ......................................................... 40
6.3 Empfehlungen für die Implementierung der Ergebnisse in die Praxis ..... 40
6.4 Kritische Würdigung der Arbeit ..................................................... 42
6.5 Lernprozess .................................................................................... 43
   6.5.1 Lernprozess zur Thematik ......................................................... 43
   6.5.2 Lernprozess zum methodischen Vorgehen ............................... 43

7. Literaturverzeichnis .......................................................................... 44

8. Anhang ............................................................................................ 48
   Anhang A: Schritte zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht ....... 48
   Anhang B: Suchprotokoll .................................................................... 49
   Anhang C: Überblick über alle einbezogenen Studien ............................ 52
   Anhang D: Zusammenfassungen der Studien ....................................... 54
   Anhang E: Beurteilungsraster für quantitative Studien ............................. 78
   Anhang F: Beurteilungsraster für Interventionsstudien ............................ 91
   Anhang G: Beurteilungsraster für qualitative Studien ............................ 119
   Anhang H: Tabelle Punkte-Noten ......................................................... 127
   Anhang I: Evidenzlevel nach dem Oxford Centre for Clinical Evidence .... 128
   Anhang J: Schematische Darstellung der Ergebnisse ............................... 129
   Anhang K: Die sechs Schritte der EBN-Methode ..................................... 132
   Anhang L: Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala (EPDS) ..................... 133
   Anhang M: Selbständigkeitsklärung ..................................................... 134
1. Einleitung

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


1.1 Problembeschreibung

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


Anhand dieser Problembeschreibung wird die Autorin folgender Fragestellung nachgehen:

1.2 Fragestellung

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

1.3 Ziele und Absichten

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

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

1 Spitin: Alle spitalinternen Institutionen
Spitex: Spitalexterne Hilfe und Pflege (Dienstleistungen)
2. Theoretischer Rahmen

2.1 Die Postpartum Depression


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

---

\(^2\) International Classification of Diseases
\(^3\) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Progesteronspiegel rasant in die Tiefe was zu einer PPD beitragen kann (Dalton, 2003). Weitere Risikofaktoren sind der Baby-Blues und psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte. Aus psychischer Sicht kann also gesagt werden, dass die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett ein kritisches Lebensereignis und eine grosse Umstellung darstellen und psychische Anpassungsleistungen erfordern. Dies kann zu Ängsten, Überforderung und Stresszuständen führen, was bei mangelhaften Copingstrategien (Bewältigungsstrategien) das Auftreten einer PPD begünstigt. Auf sozialer Ebene wurde nachgewiesen, dass Frauen, welche nur wenig soziale Unterstützung erhalten und eine schlechte Beziehung zum Partner oder zu ihrer Bezugsperson aufweisen, eher an einer PPD leiden. Von einer Postpartum Depression wird also gesprochen, wenn die Frau depressive Gefühle empfindet, die Symptome innerhalb eines Jahres nach einer Entbindung, Fehlgeburt oder Abtreibung auftreten sowie länger als zwei Wochen andauern (Riecher-Rössler, 2006).

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

2.2 Das Konzept Krise

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

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

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

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

2. **Phase der Unsicherheit und Überforderung**
   

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

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


2.3 Die Familie


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

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

Verhalten der Familie: Ungelöste Konflikte, Schuldgefühle und verminderte Copingstrategien können zu ineffizienter Kommunikation und zu veränderten Rollenerwartungen führen, was familiäre Spannungen zur Folge haben kann.


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


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


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

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

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

3.1 Design


3.2 Ablauf der Literaturrecherche

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


### 3.2.1 Suchbegriffe und Suchkriterien


3.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

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

- Im Bezug zur Forschungsethik ist anzumerken, dass vorwiegend Studien miteinbezogen wurden, welche von der Ethikkommission überprüft und genehmigt wurden.
- Abgesehen von zwei Studien, wurden nur Forschungsarbeiten, welche in den letzten 10 Jahren publiziert wurden, einbezogen.
- Es wurden keine Literaturübersichten oder Fachartikel einbezogen, da genügend Studien vorhanden waren.
- Passend zur Fragestellung wurden vorwiegend quantitative Studien integriert. Trotzdem wurden drei qualitative Studien einbezogen, weil sich diese sehr gut zur Ergänzung der Beantwortung der Fragestellung eigneten und die Sicht der betroffenen Mütter integriert.
- Die meisten Studien beziehen sich auf die Arbeit von Pflegefachpersonen. Es wurden jedoch auch Studien integriert, bei denen andere Qualifikationen vorkamen, wie z.B. Hebammen, Psychologen oder Pflegeexperten.
3.2.3 Auswahl der Studien


3.3 Analyse

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

3.3.1 Kritische Beurteilung und Bewertung


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

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

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

### 3.4 Gütekriterien


#### 3.4.1 Reliabilität


#### 3.4.2 Validität


### 3.5 Ethische Überlegungen


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


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

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

Beim folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der jeweiligen Studien erläutert.
4. Ergebnisse


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

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


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

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

4.2 Gruppentherapie


Auch die Mutter-Kind-Beziehung hat sich bei der Interventionsgruppe signifikant verbessert: p < 0.05. Die Untersuchung des Mittelwerts zeigt eine konsistente Verbesserung in der sozialen Unterstützung bei der Interventionsgruppe. Bei der Kontrollgruppe zeigten sich mit der Zeit Verschlechterungen bei dieser Kategorie.


Eine weitere Studie, welche sich mit Gruppentherapien befasst hat, ist die von Fleming et al. (1992). Hierbei geht es jedoch um den Einfluss einer sozialen Unterstützungsgruppe in der ersten 5 Monaten postpartum. In der Gruppe waren sowohl Frauen mit als auch ohne Symptome einer PPD. Das Ziel der Intervention war:
Soziale Kontakte, Erfahrungsaustausch, gemeinsamer Austausch von Konflikten sowie Lösungsfindungen bei Problemen. Die Gruppentherapie führte zu signifikanten Verbesserungen bei der gesamten Population: \( p < 0.005 \). Frauen mit Depression zeigten bessere Stimmungswerte nach 5 Monaten als nach 6 Wochen. Auch verbesserte Mutter-Kind-Interaktion wurden bei ihnen beobachtet: \( p < 0.05 \). Diese ohne Depression waren stabil: \( p < 0.04 \). Trotzdem gab es eine Verschlechterung des Selbstbildes bei den Frauen mit Depression in der Interventionsgruppe: \( p < 0.05 \). Es wird davon ausgegangen, dass das Zusammensein von depressiven und nicht depressiven Müttern in einer Gruppe dafür verantwortlich ist.

### 4.3 Die kognitive Verhaltenstherapie


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

4.4 Soziale Unterstützungssysteme

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

Bei der Studie von Grube (2005) wurde das Verhalten des Partners der betroffenen Frau in verschiedenen sozialen Rollen untersucht und eingeschätzt, welche Auswirkungen dies auf die Frau hat, welche an einer starken PPD leidet. 31 Partner wurden untersucht. Die Studie ergab, dass ein Drittel der Männer als unterstützend eingestuft wurden und dass diese Ergebnisse mit der subjektiven Einschätzung der Frauen korrelierte. Wenn die Frau einen unterstützenden Partner hatte, reduzierte sich die Aufenthaltsdauer in der Klinik signifikant (11.36 vs. 17.91 Wochen: p = 0.011). Unterstützende Partner korrelierten mit dem Unterpunkt “starkes Selbstwertgefühl. Frauen mit einem unterstützenden Partner haben eine grössere Chance, ambulant behandelt zu werden und für längere Zeit nicht stationär aufgenommen zu werden. p = 0.0396. Bei der Untergruppe der Frauen, welche bereits vor der Entbindung psychiatrische Symptome zeigten, waren ein Grossteil der Männer als nicht-unterstützend eingestuft. Zehn dieser Männer litten auch an einer psychischen Erkrankung. Sechs davon nahmen ambulante Hilfe und Beratung in Anspruch, was sich positiv auf die Behandlung der Mutter auswirkte und half, das gesamte Familiensystem zu stabilisieren.
Die Untersuchung von Yelland et al. (2010) geht auf die sozialen Probleme von Frauen in den ersten sechs Monaten Postpartum ein und sieht Zusammenhänge beim Auftreten von Depressionen während dieser Zeit. Angstzustände sind 12.7 % höher als normal und das Vorkommen von Depressionen sogar 17.4 %. Fast die Hälfte der Teilnehmer äusserte kritische Lebensereignisse oder soziale Probleme postpartum. Frauen, welche drei oder mehr soziale Probleme aufwiesen, waren signifikant mehr gefährdet an einer Postpartum Depression (OR = 5.11, 95% CI = 3.9-6.7) und / oder Angstzuständen (OR = 4.12, 95% CI 3.0-5.5) zu leiden.


5. Diskussion


5.1 Schulung und Beratung


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


5.2 Gruppentherapie

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


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

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


5.4 Soziale Unterstützungssysteme

Die soziale Unterstützung wird in der Arbeit immer wieder als bedeutend betrachtet. Sei dies als Risikofaktor für eine PPD bei einem Mangel oder als Ressource bei der Behandlung (Riecher-Rössler, 2006; Zeller-Forster, 2004). Dies wird durch die folgenden Forschungen bestärkt:
Bei der ersten Studie geht es um das Verhalten des Partners und die Auswirkungen auf
die Frau. Die wichtigsten Ergebnisse sehen wie folgt aus: Wenn die Frau einen
unterstützenden Partner hatte, reduzierte sich die Aufenthaltsdauer in der Klinik
signifikant und wirkte sich positiv auf das gesamte Familiensystem aus (Grube, 2005).
Diese Ergebnisse werden in der Problembeschreibung anhand von Literatur bestätigt.
Denn Die Rolle des Vaters wird beschrieben als eine Stütze (Mikoteit & Riecher-
Rössler, 2010). Ist diese Mithilfe nicht möglich, so stellt dies ein erheblicher
Risikofaktor für die Entstehung oder Verschlimmerung einer PPD dar.

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

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

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


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

Diese Erkenntnisse werden im nachfolgenden Schlussteil weiter vertieft.
6. Schlussfolgerungen

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

6.1 Beantwortung der Fragestellung

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


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

6.2 Relevanz für die Pflegepraxis


6.3 Empfehlungen für die Implementierung der Ergebnisse in die Praxis

Da die Implementierung von Forschungsergebnissen in die Praxis einen besonderen Prozess benötigt, eignen sich die 6-Schritte des Evidence-Based-Nursing-Modells von Behrens und Langer (2004). Dieses Modell ist im Anhang K ersichtlich. Die ersten vier Schritte wurden bereits durchgeführt (Aufgabenstellung, Fragestellung,
Literaturrecherche und kritische Beurteilung) Nun geht es darum, zu den letzten zwei Schritten (Implementierung/Adaptation und Evaluation) Empfehlungen für die Pflegepraxis herzuleiten: Als erstes ist wichtig anzumerken, dass die Thematik und der Forschungsstand diesbezüglich bereits in der Ausbildung zur Pflegefachperson angesprochen werden sollte. Dadurch können die Studierenden in Praktikas oder später im Berufalltag einschätzen, was die Abteilung an Interventionen anzubieten hat und ob gegebenenfalls Änderungen von Nöten sind. Eine wichtige langfristige Empfehlung ist der Ausbau spezialisierter Einheiten für Frauen mit einer PPD. Hierbei sollte auch der Partner und das Kind stark involviert werden. Doch da gegenwärtig viele Betroffene in psychiatrischen Kliniken behandelt werden und die Forschung immer wieder neue Erkenntnisse bringt, sollten laufende Fort- und Weiterbildungen für das Personal angeboten werden. So können die Pflegenden spitin und spitex die erforderliche Fachkompetenz erreichen. Die Pflegefachpersonen werden bei den Weiterbildungen für die Erkrankung und den pflegerischen Umgang sensibilisiert und erhalten neues professionelles Wissen. Der Inhalt der Weiterbildungen könnte wie folgt aussehen:

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

6.4 Kritische Würdigung der Arbeit

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


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

6.5.1 Lernprozess zur Thematik


6.5.2 Lernprozess zum methodischen Vorgehen

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


8. Anhang

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

#### Pubmed

<table>
<thead>
<tr>
<th>Suchbegriffe</th>
<th>Limits</th>
<th>Treffer</th>
<th>Relevante Studien</th>
<th>Einbezogene Studien</th>
<th>Nicht einbezogene Studien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Depression, Postpartum [Mesh] AND relatives AND care unit</td>
<td></td>
<td>52</td>
<td>2</td>
<td>Tammentie et al. (2009)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Related articles: Mulcahy et al. (2010)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Suchbegriffe</td>
<td>Limits</td>
<td>Treffer</td>
<td>Relevante Studien</td>
<td>Einbezogene Studien</td>
<td>Nicht einbezogene Studien</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------</td>
<td>---------</td>
<td>-------------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>--------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Postpartum depression AND care AND interventions</td>
<td>-English, German -Last 10 years</td>
<td>97</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td>Robertson, K. (2010)</td>
</tr>
<tr>
<td>Postpartum Depression AND nursing</td>
<td></td>
<td>254</td>
<td>2</td>
<td>Davies et al. (2007)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Postpartum depression AND nursing AND support</td>
<td></td>
<td>78</td>
<td>1</td>
<td>Glavin et al. (2009)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Postpartum Depression AND treatment AND care</td>
<td></td>
<td>137</td>
<td>1</td>
<td>Kuosmanen et al. (2010)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Postpartum depression AND care AND support</td>
<td></td>
<td>188</td>
<td>2</td>
<td>McCarthy et al. (2008)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Titel der Studie</td>
<td>Autoren und Jahr</td>
<td>Datenbank</td>
<td>Design</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-----------</td>
<td>-----------------------------</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Acceptance and Experience of Treatment for Postnatal Depression in a Community Mental Health Setting</td>
<td>McCarthy, M., McMahon, C. (2008)</td>
<td>Cinahl</td>
<td>Qualitative Studie (Grounded Theory)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Integrating 'mental illness' and 'motherhood': The positive use of surveillance by health professionals</td>
<td>Davies, B. &amp; Allen, D. (2007)</td>
<td>Cinahl</td>
<td>Qualitative Studie</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Titel der Studie</td>
<td>Autoren und Jahr</td>
<td>Datenbank</td>
<td>Design</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------------------------------------</td>
<td>-----------</td>
<td>---------------------</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Anhang D: Zusammenfassungen der Studien

<table>
<thead>
<tr>
<th>Autor</th>
<th>Titel</th>
<th>Zeitschrift</th>
<th>Band/Jahr</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Grube, M.</td>
<td>Inpatient treatment of women with postpartum psychiatric disorders – the role of the male partners.</td>
<td>Archives of Women's Mental Health</td>
<td>8 (6), 163-170</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Ziel:
Das Verhalten des Partners der betroffenen Frau in verschiedenen sozialen Rollen zu untersuchen und einzuschätzen, welche Auswirkungen dies auf die Frau hat, in Bezug auf den Umgang mit der Postpartalen Erkrankung.

#### Forschungsdesign:
Quantitative Studie (Beobachtungsstudie)

#### Setting:
Eine Mutter-Kind-Station in einer Psychiatrischen Klinik in Deutschland.

#### Stichprobe:
31 Partner von insgesamt 34 Frauen, welche an einer starken Postpartalen Erkrankung litten, wurden untersucht. Drei Männer konnten nicht erreicht werden.

#### Methode:

#### Statistik:
Es wurden nicht parametrische Test für die kategorischen Daten benutzt wie etwa ein chi-square-, und Fisher-Exact Test sowie ein T-test, eine Kaplan-Meier Analyse mit einer Cox-Regression für intervall-eingeteilte Daten.

#### Hypothesen:
Unterstützende Männer tragen zu einer Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer bei und erhöhen die Chance einer guten Kindererziehung (Betreuung) zu Hause.

#### Ergebnisse:

#### Diskussion:
Es gab eine ganz klare Unterteilung in unterstützende Partner/Väter und

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

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

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

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

**Forschungsdesign:** Ein quantitatives, praktisches Entwicklungsprojekt.

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

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


**Ergebnisse:** 53% der Frauen hatten nur 1-2 Treffen, 22% hatten 3-8 Treffen und 25% hatten nur Gruppentreffen. Ergebnisse nach den Treffen: Mittelwert EPDS: 9.04; Das ergibt eine Abnahme von 5.71 im Vergleich zu vorher. p = 0.062.
Keine weitere Behandlungen: 32%
Unterstützung von Pflegenden und Psychologe: 36%
Überweisung in spezialisierte Psychiatrie: 9%
Überweisung an Pflegefachfrau mit Fachgebiet Depression: 9%
Wunsch nach weiterer Behandlung in Angeboten wie Familienberatung und Psychotherapie: 14%

**Diskussion:** Eine oder zwei Sessionen mit der Pflegefachfrau waren für mehr als die Hälfte der Frauen ausreichend. Fast zwei Drittel der Frauen konnten in der selben Klinik betreut werden, wo ihre Kinder überwacht wurden, ohne psychiatrische Hilfe.
Es wurde ersichtlich, dass die Zusammenarbeit zwischen einer Psychiatrie-Pflegefachfrau, einer Pflegenden auf der Abteilung und einem Psychiater ein effizienter Weg sind die Pflege von Mütter mit Postpartum Depression zu optimieren. Trotz der nicht-signifikanten Ergebnisse vor und nach den Trainingseinheiten, sind die Ergebnisse ermutigend. Die adäquate Verschreibung antidepressiver Medikation ist sehr wichtig bei Frauen mit Postpartum Depression.

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

**Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005) und Evidenzgrad:**
Benotung: 9.75 Punkte = 4 (Genügend) Evidenzgrad: 2b
Ziel: Die Wahrnehmung von Frauen zu identifizieren, welche an einem ganzheitlichen Interventionsprogramm für Postpartum Depressionen teilnehmen.

Forschungsdesign: Eine Pilotstudie (Quantitatives Design, Interventionsstudie)


Ethische Aspekte: Die ethischen Universitäts- und Spitalkomitees genehmigten das Durchführen der Studie. Es wurde ein Informationsblatt an alle Teilnehmer abgegeben.
Diese erhielten eine Instruierung durch den Abteilungsmanager. Die Teilnahme war freiwillig ohne Konsequenzen eines Rückzugs. Es wurde eine schriftliche Zustimmung abgeholt.

| Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad: |
| Benotung: 10.5 Punkte = 4.5 (Befriedigend) Evidenzgrad: 2b |

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

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


### Setting: Eine Psychiatrische Klinik in Australien.

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


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

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hypothese:</td>
<td>Pflegeinterventionen und Problemlösungstraining werden depressive Symptome in der Zeit postpartum vermindern.</td>
</tr>
<tr>
<td>Forschungsdesign:</td>
<td>Ein korrelatives, halb experimentelles Vortest-Nachtest Modell.</td>
</tr>
<tr>
<td>Stichprobe:</td>
<td>62 Frauen, dessen EPDS-Score über 11 war und die somit ein Risiko für eine Postpartum Depression aufwiesen, jedoch keine schweren Symptome hatten, nahmen an der Studie teil.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ethische Aspekte:</td>
<td>Alle Teilnehmerinnen gaben ihre informierte Zustimmung.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Forschungsdesign: Randomisiert Kontrollierte Studie. (Quantitatives Design)

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

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


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

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

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

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

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

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

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

**Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad:**
Benotung: 13 Punkte = 6 (Sehr Gut) Evidenzgrad: 1b
<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragestellung:</th>
<th>Werden Mütter mit einer Postpartum Depression durch das “Gruen“ Gruppentherapie-Modell eine Verminderung ihrer Symptome erleben?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ziel:</td>
<td>Mittels einer Pilotstudie das Postpartum Depressions Behandlungsprogramm (Gruen) anzuwenden, um die Umsetzbarkeit und Wirkungen sowie die Vorteile und Grenzen dieser Behandlungsstrategie zu identifizieren.</td>
</tr>
<tr>
<td>Forschungsdesign:</td>
<td>Eine Vor- Nachtest Pilotstudie.</td>
</tr>
<tr>
<td>Setting:</td>
<td>Wöchentliches Treffen: Universität von Miami (Pflegeschule).</td>
</tr>
<tr>
<td>Stichprobe:</td>
<td>34 Frauen mit der Diagnose Postpartum Depression wurden von angehenden Pflegefachpersonen gefragt, an der Studie teilzunehmen. 16 nahmen teil. In jeder Gruppe jeweils acht. Zwei aus der Interventionsgruppe stiegen aus, was dann zu lediglich 6 Teilnehmern führte. Alle Frauen haben innerhalb des letzten Jahres ein Kind geboren.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
eher klein, womit eine Generalisierung schwierig erscheint.

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

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

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

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

**Forschungsdesign:** Quantitative Pilotstudie.

**Setting:** Psychiatrische Universitätspoliklinik Basel.


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

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

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

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

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

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

**Forschungsdesign:** Eine quantitative, populationsbasierte Untersuchung an australischen Frauen.

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

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

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

**Ergebnisse:**
- Angst: 12.7 % höher als normal.
- Depression: 17.4 % höher als normal.
- Komorbidität Angst und Depression: 8.1 %

**Diskussion:** Aus den Ergebnissen haben sich hohe Werte von Ängsten und Depression bei einer grossen Population ergeben. Somit ist es überaus wichtig, dass Gesundheitspersonal wie Hebammen, Pflegefachfrauen und Ärzte über die sozialen Umstände und wichtige Lebensereignisse der Frauen, welche in der perinatalen Zeit
stattfinden, Bescheid wissen und die Zusammenhänge zwischen sozialer und emotionaler Gesundheit kennen, damit sie angemessen darauf reagieren können. Gewöhnliche Therapiemassnahmen wie kognitive Verhaltenstherapie oder Pharmakologische Therapien könnten bei sozialen Problemen nicht angemessen sein. Somit ist es wichtig, perinatale Betreuung zu koordinieren, damit auf die sozialen Probleme eingegangen werden kann und somit das emotionale Wohlbefinden gefördert wird.

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragestellung:</th>
<th>Ist unterstützende Beratung durch eine Pflegefachfrau wirksam für Frauen, welche an einer einer Postpartum Depression leiden?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ziel:</td>
<td>Die Wirkung von unterstützender Beratung für Frauen mit Postpartum Depression zu untersuchen und die Hypothese zu bestätigen, dass sich die Symptome bei denjenigen Frauen in der Interventionsgruppe verringern werden.</td>
</tr>
<tr>
<td>Forschungsdesign:</td>
<td>Eine pragmatische Untersuchung wurde durchgeführt. Diese werden genützt, um die Wirksamkeit von Behandlungen zu erklären.</td>
</tr>
<tr>
<td>Setting:</td>
<td>Die Studie fand in zwei verschiedenen norwegischen Gemeinden/Kliniken statt.</td>
</tr>
<tr>
<td>Stichprobe:</td>
<td>Norwegische Frauen, welche zwischen Juni 2005 und Dezember 2006 ein lebendes Kind geboren haben. 228 Frauen nahmen teil. 64 in der Kontrollgruppe und 164 in der Interventionsgruppe.</td>
</tr>
<tr>
<td>Methode:</td>
<td>26 Pflegefachfrauen wurden ausgebildet Postpartum Depressionen zu identifizieren und unterstützende Beratung anzuwenden. 6 Wochen postpartum wurden Pre-tests gemacht mit der Edinburgh Postnatal Depressionsskala. 3 und 6 Monate postpartum wurde erneut der selbe Bogen ausgefüllt.</td>
</tr>
<tr>
<td>Kritische Beurteilung nach Behrens &amp; Langer (2004) und Evidenzgrad:</td>
<td>Benotung: 12.75 Punkte = 5.5 (Sehr Gut) Evidenzgrad: 2a</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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

**Forschungsdesign:** Eine quantitative Interventionsstudie.

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

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


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

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

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

**Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad:**
Benotung: 11.5 Punkte = 5 (Gut) Evidenzgrad: 2a
**Ziel:** 1. Faktoren zu identifizieren, welche die Entscheidung beeinflussen, Hilfe bei einer Postpartum Depression zu suchen und anzunehmen. 2. Die Erfahrungen der Frauen während der Behandlung zu beschreiben, um beeinflussende Faktoren zu verstehen.

**Forschungsdesign:** Qualitatives Design, Grounded Theory.

**Setting:** Gemeinschaftliche Psychiatrische Einrichtung in Neuseeland.

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

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

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


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

**Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad:**
Benotung: 10.75 Punkte = 5.5 (Gut) Evidenzgrad: 3b
**Ziel:** Eine Theorie der Interaktion zu bilden zwischen der Pflegefachfrau im Kinderspital und der Mutter, welche an einer Postpartum Depression leidet. Herausfinden, welche Aspekte aus dem Blickwinkel der Familie wichtig sind.

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

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

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


---


---

| Forschungsdesign: Grounded Theory als weiterführende, komparative Methode (Qualitatives Design) |
| Setting: Die Teilnehmer beschrieben in Form eines Interviews, welches bei ihnen zu Hause stattfand, die Erfahrungen, welche sie in einem Kinderspital in Finnland gemacht haben. |
auf das Wohlbefinden der Eltern.

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

**Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad:**
Benotung: 10.5 Punkte = 5.5 (Gut) Evidenzgrad: 3b
Ziel: Die Wahrnehmung von Frauen zu identifizieren, welche an einem ganzheitlichen Interventionsprogramm für Postpartum Depressionen teilnehmen.

Forschungsdesign: Eine Pilotstudie (Quantitatives Design, Interventionsstudie)


Ethische Aspekte: Die ethischen Universitäts- und Spitalkomitees genehmigten das Durchführen der Studie. Es wurde ein Informationsblatt an alle Teilnehmer abgegeben.
Diese erhielten eine Instruierung durch den Abteilungsmanager. Die Teilnahme war freiwillig ohne Konsequenzen eines Rückzugs. Es wurde eine schriftliche Zustimmung abgeholt.

| Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004) und Evidenzgrad: |
| Benotung: 11 Punkte = 5.5 (Sehr Gut) Evidenzgrad: 3b |
### Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen

| Darstellung des Problems und des Ziels | 1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?  
2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung(en)? Sind sie überprüfbar?  
4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers? |
| --- | --- |
| Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen | 1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen.  
2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?  
3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?  
5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen? Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter? |
| Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n) | 1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?  
2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?  
3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?  
4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?  
5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?  
6. Sind die Hypothesen überprüfbar? |
| **Stichprobe**               | 1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?  
2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?  
3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?  
4. Ist die Größe der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?  
5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung? |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| **Forschungsdesign**       | 1. Welches Design wird in der Studie verwendet?  
2. Wie wird das Design begründet?  
3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf? |
| **Interne Validität**       | 1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.  
2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen? |
| **Externe Validität**       | 1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung? |
| **Methoden**               | 1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?  
2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich? |
| **Rechtlichethische Probleme** | 1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?  
2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde? |
| **Instrumente**            | 1. Physiologische Messungen  
a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde?  
b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?  
2. Beobachtungsmethoden  
a) Wurde die Beobachtung durchgeführt?  
b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen?  
c) Gibt es Richtlinien für die Beobachtungen?  
d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten?  
e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?  
3. Interviews  
a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen?  
b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche? |
<table>
<thead>
<tr>
<th>Reliabilität und Validität</th>
<th>Datenanalyse</th>
<th>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten.</td>
<td>a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten.</td>
<td>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Im Text findet keine bloße Wiederholung der Tabellen statt.</td>
<td>c) Im Text findet keine bloße Wiederholung der Tabellen statt.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anwendung und Verwertung in der Praxis</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------------</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Literatur:

| Darstellung des Problems und des Ziels | 1. Das Ziel war, das Verhalten des Partners in verschiedenen sozialen Rollen zu untersuchen und einzuschätzen, welche Auswirkungen dies auf die Frau hat, in Bezug auf den Umgang mit der Postpartalen Erkrankung.

2. Es werden Beziehungen hergestellt zwischen den Ergebnissen, welche die Analyse des Behandlungsteams ergeben haben und den Resultaten des Fragebogens, welche die Frauen ausgefüllt haben. Die unabhängige Variable ist das Verhalten der Männer und die abhängige Variable ist der Umgang der Frau mit ihrer Erkrankung.


4. In der untersuchten Gruppe hatten viele Männer psychische Erkrankungen, was Einfluss auf das Verhalten in den Rollen hat. Der Forscher zeigt die Wichtigkeit auf, beide Partner in die Behandlung einzubeziehen, um das Familiensystem aufrechtzuerhalten. Zugleich ist noch wenig bekannt über das Verhalten des Vaters in seinen verschiedenen Rollen als Partner, Vater und in der Beziehung zur Mutter.


4. Die Literaturhinweise beruhen hauptsächlich auf primären Quellen. (z.B. Matthey et al., 2001 oder Zelkowitz und Milet, 2001)


| Hypothese(n) oder | 1. Unterstützende Männer tragen zu einer Verkürzung der...
### Forschungsfrage(n)

| 0.75P | Spitalaufenthaltsdauer bei und erhöhen die Chance einer Kindererziehung (Betreuung) zu Hause.  
2. Es wurde keine Forschungsfrage gestellt.  
3. Die unabhängige Variable ist das unterstützende versus das nicht unterstützende Verhalten der Männer und die abhängige Variable ist die Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer der Frauen und die Kinderbetreuung zu Hause.  
4. Es ist eine wissenschaftliche Hypothese, da davon ausgegangen wird, dass das Verhalten der Männer dieses der Frauen beeinflusst hat.  
5. Die Richtung der Beziehungen ist nicht angegeben.  

### Stichprobe

| 0.5P | 1. Es wurden Partner von insgesamt 34 Frauen, welche an einer starken Postpartalen Erkrankung litten, angefragt, ob sie bei der Studie teilnehmen wollen. Drei Männer konnten nicht erreicht werden. Somit nahmen 31 Männer an der Studie teil.  
4. Die Stichprobe von 31 Männer ist für eine quantitative Studie ziemlich gering.  
5. Die Ergebnisse können auf Paare übertragen werden, welche ähnliche Kriterien erfüllen. Da jedoch die Stichprobe ziemlich klein ist, können die Resultate nicht auf die Gesamtbevölkerung generalisiert werden. |

### Forschungsdesign

| 0.75P | 1. Quantitative, nicht-experimentelle Studie.  
2. Die Auswahl der Designs wurde nicht explizit begründet.  
3. Es ist eine logische Abfolge ersichtlich. |

### Interne Validität

| 0.5P | 1. Die Gefahren der Internen Validität wurden nicht explizit beschrieben. Doch in der Diskussion wurde erwähnt, dass in zukünftigen Studien spezifischere und spezialisiertere Instrumente benützt werden würden.  
2. Es wurden nur Frauen einbezogen, deren Säuglinge 6 Monate alt waren. Sonst gab es keine weiteren Kontrollen. |

### Externe Validität

| 0.5P | 1. Die Limits der Verallgemeinerung bestehen vor allem darin, dass die Stichprobe sehr klein ist und dass sich die Teilnehmer auf Grund einiger Kriterien ziemlich unterscheiden. |

### Methoden

| 1P | 1. Zuerst wurden anhand eines Fragebogens (operationalisierte psychodynamische Diagnostik) allfällige psychische Krankheiten der Männer nach den Kriterien von DSM-IV oder ICD-10 diagnostiziert. Anschliessend wurden sie über einen Zeitraum |

2. Die Methoden zur Datensammlung sind für alle Teilnehmer gleich.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rechtlich-ethische Probleme</th>
<th>0.5P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Die Anonymisierung der Teilnehmer und der Schutz der Daten wurde nicht beschrieben. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass dies trotzdem der Fall war.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Die informierte Zustimmung aller Teilnehmer wurde eingeholt.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Instrumente</th>
<th>0.75P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>b. Während der Beobachtungsphase versuchten sie eine Blindheit einzuhalten, in Bezug auf die jeweiligen Einschätzungen und vorhergehende Assessments.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>c. Es werden keine Richtlinien aus dem Text ersichtlich.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>d. Erst bei den gemeinsamen Besprechungen wurden Folgerungen abgeleitet.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>e. Es ist nicht auszuschliessen, dass die Anwesenheit der Beobachter, das Verhalten der Teilnehmer beeinflusst hat. Hinzu kommt, dass die Möglichkeit besteht, dass bei den wöchentlichen Rapporten doch einige Sichtweisen und Interpretationen einzelner Beobachter zum Vorschein kamen.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b. Es gibt keine Anzeichen zur Verfälschung der Interviews.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Der Fragebogen ‘Operationalisierte psychodynamische Diagnostik’ besteht aus fünf verschiedenen Bereichen und misst einen spezifischen Aspekt der psychodynamischen Diagnostik.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Die Erhebung der Daten werden dem Problem gerecht und dient der Überprüfung der Hypothesen.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Reliabilität und Validität</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Die Reliabilität wird mit 0.72 als gut bezeichnet.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. und 4. In Bezug auf die Validität ist der Studie nichts zu</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Datenanalyse

3. Die statistischen Methoden entsprechen dem Messniveau der Variablen.
5. Das Signifikanzniveau der Studie wird nicht angegeben.

### Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen

3. Der Forscher äussert, dass einige methodische Mängel vorkamen. In Bezug auf die Stichprobe wird betont, dass diese ziemlich klein war.
4. Vor allem die Erkenntnis, dass die Männer miteinbezogen werden müssen und dass auch ihnen individuelle Beratungen und Therapien angeboten wurden, wird als sehr wichtig für die zukünftige Berufspraaxis angesehen.
5. Verallgemeinerungen sind eher schwierig, da die Gruppe stark selektiert und eher klein war und es gab keine Kontrollgruppe.
6. In zukünftigen Studien wollen die Forscher die Studie mit einer grösseren Anzahl Probanden wiederholen sowie spezifischere und standardisiertere Instrumente benützen.
Ausserdem würden sie gerne die Interaktionen zwischen Mutter, Vater und Kind anhand von Videoaufnahmen analysieren.

| Anwendung und Verwertung in der Praxis | 1. Die Studie konnte eine Hypothese bestätigen und aus den Ergebnissen Vorschläge für die Praxis machen, was sicherlich sehr sinnvoll ist. Es werden Schwächen der Stichprobe und Methodik diskutiert.  
3. Die Frauen von unterstützenden Männern könnten früher entlassen werden und sie würden mehrheitlich ambulant therapiert und nicht stationär. Hinzu kommt die Einführung der Beratungsgespräche für die Männer.  
4. Dazu wird nichts beschrieben.  
5. Es ist möglich, dass Kliniken individuelle- und Paartherapien anbieten, um die Familien koordiniert und langfristig zu unterstützen.  
7. Es wäre nur begrenzt möglich, die Studie in einem anderen klinischen Setting durchzuführen, als in einer Mutter-Kind-Station. |

| Note und Bewertung | 10.5 / 14 = 4.5 (Befriedigend) |

2. Die unabhängige Variable sind die Trainingssessionen und die abhängige Variable die depressiven Symptome der Teilnehmer. Es herrscht eine Beziehung zwischen den beiden Variablen, welche überprüft werden kann.  
3. Es handelt sich um 166 Frauen, welche an einer Postpartum Depression leiden. Sie kommen aus Finnland. Das Durchschnittsalter ist 28.7 Jahre. 20% waren Primiparas und 32% hatten bereits Kontakt mit einem Psychiater. 11% nahmen Antidepressiva ein.  
4. Es existiert ein klares Bedürfnis für eine neuartige Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen aus verschiedenen Bereichen und Psychiatern. Somit muss diese Problematik untersucht werden. |
| --- | --- |
| Literaturrecherche und theoretischer Bezugsrahmen | 1. Es geht um die Häufigkeit von Depressionen Postpartum und um die Wichtigkeit der Früherkennung und dass das Risiko, diese nicht zu erkennen, ziemlich gross ist. Zudem wird auf die Gefahr für die Kinder eingegangen. Es wird auf Leitlinien für ein Screening hingewiesen.  
2. Die Beziehungen werden nicht explizit zum Ausdruck gebracht.  
3. Das finnische Gesundheitssystem erreicht praktisch alle Mütter prä- und postpartal, was eine sehr gute Möglichkeit für Screening und Behandlung von Postpartum Depressionen bietet.  
4. Es werden vorwiegend primäre Quellen angegeben (z.B. O'Hara & Swain, 1996 oder Karlsson et al., 2007)  
5. Die Messungen wurden anhand des EPDS durchgeführt und operationalisiert. |
| Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n) | 1. Können Symptome von Müttern mit einer Postpartum Depression durch Trainingssessionen mit einer Psychiatrie-Pflegefachperson vermindert werden?  
2. Die Forschungsfrage wird nicht zusätzlich zu einer Hypothese gestellt.  
3. Die unabhängige Variable in der Forschungsfrage sind die Trainingssessionen mit der Pflegefachfrau und die abhängige Variable die Verbesserung der depressiven Symptome der Frauen.  
4. Da ein Zusammenhang besteht, ist es eine wissenschaftliche Hypothese.  
5. Die Richtungen sind nicht angegeben.  
6. Die Fragestellung ist überprüfbar. |
| Forschungsdesign 0.5P | 1. Ein quantitatives, praktisches Entwicklungsprojekt. 2. Das Design wird nicht genauer begründet. 3. Es weist eine logische Abfolge auf. |
| Interne Validität 0.5P | 1. Es wird nicht genau darauf eingegangen. Doch es wird erwähnt, dass detailliertere Analysen für die Evaluationen nötig wären. 2. Es werden keine Kontrollen aufgeführt. Doch da es keine Veränderungen des Messinstruments oder der Teilnehmer gab und auch keine Ausfälle während der Studie vorkamen, waren die Gefahren sehr niedrig. |
| Externe Validität 0.5P | 1. Eine Verallgemeinerung auf die Grundgesamtheit der Population ist auf Grund der nicht-signifikanten Ergebnisse nur limitiert möglich. Ausserdem können die Ergebnisse nur mit ähnlichen Gesundheitssystemen und Settings verglichen werden. |
| Methoden 1P | 1. Der Grad der Postpartum Depression wurde vor und nach der Intervention anhand der EPDS gemessen. 2. Diese Art der Datensammlung wurde bei allen Müttern acht Wochen Postpartum angewendet und ist somit bei allen gleich. |
| Rechtlich- ethische Probleme 0.25P | 1. und 2. Auf diese Thematik wird nicht genauer eingegangen. Es wird lediglich berichtet, dass die Frauen gefragt wurde, an der Studie teilzunehmen. |
Andere Pflegende nahmen wenn möglich auch an den Sitzungen teil, was zusätzlich einen lehrenden Zweck hatte. Zusätzlich leistete ein Psychiater systematische, klinische Supervision.

3. Es wurden keine Interviews durchgeführt.
4. Der Typ des Fragebogens wird nicht beschrieben, er stimmt jedoch mit den Definitionen überein.
5.a: Die Aufzeichnungen werden dem Problem gerecht.
   b: Die Daten werden zur Beschreibung der Stichprobe und zur Beantwortung der Forschungsfrage benützt.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Reliabilität und Validität 0.5P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Auf die Validität wird nicht explizit eingegangen.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datenanalyse 0.5P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Die Ergebnisse werden vor allem anhand von absoluten Zahlen und Prozentzahlen angegeben.</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Die Statistiken sind für diese Studie angemessen.</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Der angewandte Test zur Hypothesenüberprüfung war geeignet, um Schlussfolgerungen aus dem Datensatz zu ziehen.</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Es wird kein Signifikanzniveau festgelegt.</td>
</tr>
<tr>
<td>6.a: Die Tabellen und Grafiken sind sinnvoll und hilfreich für ein besseres Verständnis der Resultate.</td>
</tr>
<tr>
<td>b und c: Die Titel sind genau und verständlich formuliert und es kommt keine unnötige Wiederholung im Text vor.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen 0.5P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Die Hypothesen werden zwar bestätigt, doch es wird angemerkt, dass keine signifikanten Unterschiede der EPDS-Resultate herauskam.</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Bei der Beschreibung der Ergebnisse wird auf das Ziel und die Frage eingegangen.</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Eine detailliertere Analyse wäre nötig für eine bessere Evaluation.</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Es hat sich ergeben, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit sehr wichtig für eine Verbesserung der Betreuung ist. Somit ist die Relevanz für den Autor gegeben.</td>
</tr>
<tr>
<td>5. und 6. Darauf wird nicht eingegangen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anwendung und Verwertung in der Praxis 0.5P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Es werden kurz vorangegangene Studien erwähnt, doch nicht</td>
</tr>
</tbody>
</table>

89
explizit darauf eingegangen.
3. Der Vorteil wäre, dass die Frauen einen Ansprechpartner in der selben Klinik haben, wo ihr Kind untersucht wird und durch die gute Zusammenarbeit nicht auf weitere psychiatrische Angebote angewiesen sind.
5. Es wurde ersichtlich, dass die Zusammenarbeit zwischen einer Psychiatrie-Pflegefachfrau, einer Pflegenden auf der Abteilung und einem Psychiater ein effizienter Weg sind, die Pflege von Müttern mit Postpartum Depression zu optimieren.
6. Wenn die Ergebnisse noch weiter erforscht werden, ist eine Anwendung in der Praxis nicht auszuschliessen.
7. Das Wiederholen in einem ähnlichen klinischen Setting wäre möglich.

Note und Bewertung  
9.75 / 14 = 4 (Genügend)
Anhang F: Beurteilungsraster für Interventionsstudien (Behrens & Langer, 2004)

Beurteilung einer Interventionsstudie

**Quelle:** .................................................................

**Forschungsfrage:** .................................................................

---

### Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekruitiert und den Untersuchungsgruppen zugeordnet?
   - **Rekrutierung/Randomeisierung/Zuordnung?**

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?
   - **Wurden die Ausfälle am beginnenden, z.B. Vorabteil, Vorlagerung, die Prognose Follow-up > 75%?**

3. Waren die Teilergebnisse für Personal und Untersucher verblindet?
   - **Verblindung war zum Verhältnis möglich und obzurückrgeber größer?**

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?
   - **Gleichmäßig, Abwesenheitsmäßige, Lifestyle, etc. Wurden alle Untersuchungsgruppen verglichen?**

5. Wurden die Untersuchungsgruppen abhängig von der Intervention — gleich behandelt?
   - **Unabhängig, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussten?**

6. Wurden alle Teilergebnisse in der Rolle Randomisierung zugeteilten Gruppen bewertet?
   - **Wurde verblindet?**

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

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

---

### Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?
   - **z.B. NNR, ADR, NN50, Holz, Marlins**

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?
    - **p-Wert**

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?
    - **Kopplungswert**

---

### Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?
    - **Absolute Prüfung, absolute Disagreement**

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?
    - **Nichtwürdigung, Compliance?**

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

---

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

http://www.radiologie.tu-dresden.de/projekte/Interventionsstudie/index.htm

V 1.5

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Glaubwürdigkeit</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?</td>
<td>Die Teilnehmer, das Personal sowie die Untersucher waren nicht verblindet, da dies bei dieser Pilotstudie nicht nötig war.</td>
</tr>
<tr>
<td>7. War die Grösse der Stichprobe</td>
<td>Die Stichprobengrösse beschränkt sich auf 10 Frauen und die Interventionen wurden lediglich in einem Spital durchgeführt.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausrechnung gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?</td>
<td>Dies sind klare Grenzen der Studie.</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>0P</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

### Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?  

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?  
Alle Frauen äusserten positive und lehrreiche Erfahrungen in der Gruppe (Von insgesamt100 Evaluationsbogen vergaben alle mindestens 8 Punkte). Die EPIC-Sessionen halfen eine Bindung zwischen Mutter und Kind aufzubauen, sowie die Genesung positiv zu unterstützen.

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?  
Darüber wird nichts berichtet.

### Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?  

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?  

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?  
Durch die positiven Ergebnisse kann gesagt werden, dass ein grosser Nutzen daraus gezogen werden könnte. Trotzdem war die Stichprobe sehr klein, womit weitere Studien von Nöten sind. Durch die persönlichen Ausführungen der
Studienteilnehmer wird ersichtlich, inwiefern ein derartiges Interventionsprogramm helfen kann. Dies kann Fachpersonen im Gesundheitsbereich unterstützen im Umgang und einem besseren Verständnis gegenüber betroffenen Frauen.

| Note und Bewertung | 10.5 / 14 = 4.5 (Befriedigend) |
Forschungsfrage: Ist die interpersonelle Gruppentherapie wirksamer als die gewöhnliche Therapie gegen Postpartum Depression?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Glaubwürdigkeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>1P</strong> Die Teilnehmer wurden durch verschiedene Personen aus dem Gesundheitswesen rekrutiert (Psychiater, Psychologen, Ärzte, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter u.s.w.) Ein Untersucher machte ein Telefonscreening, um herauszufinden, wer die Kriterien für die Studienteilnahme erfüllt. Diese wurden dann eingeladen, für ein genaueres Assessment. Anschliessend wurden die Teilnehmer per Randomisierung der jeweiligen Gruppe zugeteilt.</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>1P</strong> Anfangs wurden 90 Frauen eingeladen teilzunehmen. Am Schluss nahmen 50 Frauen teil von denen zwei ausgeschlossen wurden. Ausfälle sind folgendermassen begründet: Verweigerung, Gewalt zu Hause, starke Verbesserungen der Symptome oder das Bevorzugen einer individuellen Therapie. Die Ausfallrate beträgt 14.5 %, was verglichen mit anderen Studien eher gering ist.</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>0P</strong> Von einer Verblindung ist in der Studie nichts erwähnt. Eine Verblindung wäre beim vorliegenden Studiendesign möglich gewesen.</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>1P</strong> Die Untersuchungsgruppen unterschieden sich nicht signifikant bezüglich demographische Daten wie: Alter, Alter und Anzahl der Kinder, Dauer der Depression, Zivilstand, Wohnort, Ausbildung u.s.w. Alle Teilnehmer kamen aus der selben Gegend in Australien.</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>1P</strong> Da beide Gruppen die Möglichkeit hatten, andere Therapien zu besuchen, wurden beide Gruppen nebst der Intervention gleich behandelt. Es werden keine Unterschiede bei der Baseline ersichtlich.</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>1P</strong> Beide wurden in der entsprechenden Gruppe bewertet. Kein Teilnehmer wechselte die Gruppen. Lediglich zwei Teilnehmer stiegen während der Intervention aus.</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Aussagekraft</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
BD-2: Interventionsgruppe: 16.95 nach 8 Wochen  
Kontrollgruppe: 23.11 nach 8 Wochen  
HAM-D: Interventionsgruppe: 9.52  
Kontrollgruppe: 12.81  
Die Untersuchung des Mittelwerts zeigt eine konsistente Verbesserung in der sozialen Unterstützung bei der Interventionsgruppe. Bei der Kontrollgruppe zeigten sich mit der Zeit Verschlechterungen bei dieser Kategorie. |
| 10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? | Vergleich der Gruppen bzgl. Depressive Symptome: \( p < 0.01 \)  
Mutter-Kind-Beziehung: Signifikante Verbesserung: \( p < 0.05 \)  
MAI-Test, ISEL und EPDS: Signifikante Unterschiede: \( p < 0.05 \)  
Die Interventionsgruppe machte nach 3 Monaten weitere Fortschritte bzgl. Depressive Symptome: \( p < 0.01 \) |
<p>| 11. Wie präzise sind die Ergebnisse? | CI: 95 % Da viele verschiedene Test gemacht wurden und diverse Skalen benutzt wurden und jeweils ähnliche Resultate herauskamen, können die Ergebnisse als präzise betrachtet werden. |
| <strong>Anwendbarkeit</strong> | | |
| 13. Wurden alle für | Es wurden alle Ergebnisse genau betrachtet und anhand von |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?</strong> 1P</th>
<th>Beschreibungen und Illustrationen dargelegt.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Note und Bewertung</strong></td>
<td><strong>12 / 14 = 5.5 (Sehr Gut)</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Forschungsfrage: Vermindern Pflegeinterventionen und/oder Problemlösungsstrategien die Depressiven Symptome Postpartum?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Glaubwürdigkeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?</td>
</tr>
<tr>
<td>1P</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>0.5P</td>
</tr>
<tr>
<td>1P</td>
</tr>
<tr>
<td>1P</td>
</tr>
<tr>
<td>0.5P</td>
</tr>
<tr>
<td>0.25P</td>
</tr>
<tr>
<td>0.75P</td>
</tr>
<tr>
<td>Ist der Nutzen die</td>
</tr>
</tbody>
</table>
möglichen Risiken und Kosten wert? 

<table>
<thead>
<tr>
<th>möglichen Risiken und Kosten wert?</th>
<th>IP</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>somit alle wichtigen Ergebnisse einbezogen. Durch die Ergebnisse konnte ein grosser Nutzen und gezielte Empfehlungen abgegeben werden.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Note und Bewertung**

11 / 14 = 5 (Befriedigend)

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Glaubwürdigkeit</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
</table>
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?


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


**Aussagekraft**

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?


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

Die Ergebnisse sind nicht auf einen Zufall zurückzuführen: Signifikante Reduktion innerhalb der Interventionsgruppe im MADRS-Wert vom ersten zum zweiten Interview: p < 0,001 Signifikanter Wechsel zwischen den zwei Gruppen im MADRS-Wert vom ersten zum zweiten Interview: p < 0,0058

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Der Unterschied der Genesungsrate zwischen den Gruppen ist 55%.

$x^2 = 7.24$

$p < 0.01$

**Anwendbarkeit**

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?


13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet. Die Autoren erwähnen, dass zukünftige Studien gezielt die verschiedenen Untergruppen der Postpartalen Depression und die
betrachtet?  
1P

<table>
<thead>
<tr>
<th>individuellen Verknüpfungen zwischen diesen Gruppen untersuchen sollten. Auch verschiedene Behandlungen sollten untersucht werden, wie etwa Beratung in Kombination mit Antidepressiva, Mutter-Kind-Psychotherapie, Familientherapie u.s.w.</th>
</tr>
</thead>
</table>

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?  
1P

<table>
<thead>
<tr>
<th>Durch die aussagekräftigen Ergebnisse scheint es, dass die Studie einen grossen Nutzen erzielen konnte und ihr Ziel erreicht hat.</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Note und Bewertung**  
13 / 14 = 6 (Sehr Gut)

**Forschungsfrage:** Werden Mütter mit einer Postpartum Depression durch das “Gruen” Gruppentherapie-Modell eine Verminderung ihrer Symptome erleben?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Glaubwürdigkeit</th>
</tr>
</thead>
</table>

| Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? 1P | 34 Frauen mit der Diagnose Postpartum Depression wurden von angehenden Pflegefachpersonen gefragt, an der Studie teilzunehmen. 16 nahmen teil. In jeder Gruppe jeweils acht. Zwei aus der Interventionsgruppe stiegen aus, was dann zu lediglich 6 Teilnehmern führte. Alle Frauen haben innerhalb des letzten Jahres ein Kind geboren. Bei Studienbeginn wurden die Frauen per Randomisierung jeweils in die Interventions- oder Kontrollgruppe eingeteilt. |

| Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? 0.5P | Anfang: 16 Teilnehmer. Schluss: 14 Teilnehmer. Die Gründe für die Ausfälle werden nicht angegeben. Follow-up > 80 % |

| Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? 0.75P | Darauf wird in der Studie nicht eingegangen, womit angenommen wird, dass keine Verblindung stattfand. In dieser Studie war eine Verblindung nicht nötig/möglich. |

| Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? 1P | Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich soziodemographischen Variablen, wie Alter, Ausbildung, sozialer Status, Herkunft, Zivilstand und Depression in der Vorgeschichte. |


<p>| War die Grösse der Stichprobe | Die Grösse der Stichprobe ist mit ihren 14 Teilnehmern sehr klein, was in der Diskussion als klare Grenze betrachtet wird. |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Auswirkungen</th>
<th>Aussagekraft</th>
</tr>
</thead>
</table>

### Aussagekraft

| Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? | Signifikanter Unterschied zwischen dem Vor- und Nachtest bei der Interventionsgruppe:  
Vortest: M = 14.3 SD = 0.81  
Nachtest: M = 13.0 SD = 1.90  
Von milder zu minimaler Depression.  
Kontrollgruppe:  
Vortest: M = 15.6 SD = 1.41  
Nachtest: M = 16.0 SD = 1.31 |
| Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? | Die Ergebnisse sind signifikant beim BDI vom Vor- zum Nachtest bei der Interventionsgruppe:  
t = 2.70  
p = 0.04 |
| Wie präzise sind die Ergebnisse? | Darüber ist nichts aufgeführt. Der Konfidenzintervall ist nicht ersichtlich. |

### Anwendbarkeit

| Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? | Die Frauen, welche in der Studie teilnahmen, unterscheiden sich nicht stark von Frauen mit Postpartum Depression hierzulande. Beides sind Industriestaaten, somit sind die Ergebnisse teilweise übertragbar. |
| Ist der Nutzen die möglichen Risiken | Obwohl die Rekrutierung und die kleine Stichprobe einige Probleme darstellten, sind die Autoren zufrieden mit den |
und Kosten wert? Ergebnisse. Die Trainingseinheiten haben für die Frauen einen ziemlich grossen Nutzen gebracht, obwohl sie teilweise überfordert waren, weil die Gruppentherapie eine zusätzliche Aufgabe darstellte. Auch die Erkenntnisse, welche für die Pflegepraxis daraus gewonnen wurden, sind nützlich.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Note und Bewertung</th>
<th>11.5 / 14 = 5 (Gut)</th>
</tr>
</thead>
</table>

1P

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Glaubwürdigkeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewertet?</td>
</tr>
<tr>
<td>----------</td>
</tr>
<tr>
<td>7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?</td>
</tr>
<tr>
<td>Die grösse der Stichprobe beträgt 30 Personen. Auf diese Zahl wird in der Studie nicht genauer eingegangen.</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Aussagekraft**

| 9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? | 1P |
| Mittelwert: Die Mittelwerte sind durchschnittlich von 21.5 auf 12.9 gesunken. |
| 10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? | 1P |
| P-Wert: Der t-Test für abhängige Stichproben vor Therapiebeginn und nach Therapieende: p<0.001 Die Besserung des depressiven Syndrome erwies sich als stabil, sowohl bei Patientinnen mit Antidepressiva wie auch ohne. |
| 11. Wie präzise sind die Ergebnisse? | 1P |
| Effektstärken: BDI: 1.01 Symptom-Check-Liste: 0.99 Dies entspricht einem guten Therapieeffekt. |

**Anwendbarkeit**

| 12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? | 1P |
| Da die Studie in der Schweiz durchgeführt wurde sind die Umgebung und die Teilnehmer auf jeden Fall auf meine Patienten übertragbar. |
| 13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? | 1P |
| Im Diskussionsteil wurden ausführlich auf alle wichtigen Ergebnisse und Limits der Studie eingegangen. Zugleich wurden Vorschläge für zukünftige Studien gemacht. |
| 14. Ist der Nutzen die Signifikanz der Ergebnisse sehr hoch war, ist der Nutzen | |

108
möglichen Risiken und Kosten wert?  

1P

sehr gross. Doch um die Wirksamkeit noch effizienter zu gestalten, müssen noch weitere, randomisiert kontrollierte Studie in diesem Bereich gemacht werden. An einer derartigen Studie sind die Autoren im Moment beschäftigt.

| Note und Bewertung | 11.75 / 14 = 5 (Gut) |
Forschungsfrage: Wie häufig kommen Angstzustände und Depression, sowie komorbide Symptome bei Frauen in den ersten sechs Monaten Postpartum vor und welche Zusammenhänge gibt es zwischen Ängsten, Depression, kritische Lebensereignisse und sozialen Problemen?

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

1P


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

1P

4366 Teilnehmer ist eine sehr grosse Stichprobe, womit ein Effekt klar nachgewiesen werden kann.

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

1P


**Aussagekraft**

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

0.5P

Angst: 12.7 % höher als normal.
Depression: 17.4 % höher als normal.
Komorbidität Angst und Depression: 8.1 %

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

0.5P


Fast die Hälfte der Teilnehmer äusserte kritische Lebensereignisse oder soziale Probleme während den sechs Monaten Postpartum. Frauen, welche drei oder mehr soziale Probleme aufwiesen, waren signifikant mehr gefährdet an Postpartum Depressionen, Angstzuständen oder an beiden Symptomen zusammen zu leiden.

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

1P

CI: 95 %

**Anwendbarkeit**

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

0.5P

Da es sich um Südaustralien handelt, sind die Ergebnisse nur bedingt übertragbar. Trotzdem ist das Verallgemeinern dadurch eingeschränkt, dass junge, fremdsprachige, nicht privat versicherte, ledige Frauen unterrepräsentiert sind in der Studie.

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Es wird ersichtlich, dass soziale Probleme und kritische Lebensereignisse einen grossen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden von Frauen nach der Geburt haben können. Die Erkenntnisse können Gesundheitsfachpersonen helfen, besser
auf die Frauen einzugehen und frühzeitig Veränderungen zu erkennen, um geeignete Behandlungen vorzuschlagen und einzuleiten und diese koordiniert mit anderen Berufsgruppen anzugehen.

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

Darauf wird nicht eingegangen. Doch da eindeutige Ergebnisse erzielt werden konnten und die Teilnehmerzahl sehr gross ist, wird davon ausgegangen, dass der Nutzen die Risiken/Kosten wert war.

Note und Bewertung 11.5 / 14 = 5 (Gut)
Forschungsfrage: Ist unterstützende Beratung durch eine Pflegefachfrau wirksam für Frauen, welche an einer Postpartum Depression leiden?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Glaubwürdigkeit</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?  
1P |
| Die Teilnehmer wurden durch die Pflegefachfrauen bei Kontrolluntersuchungen eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Sie füllten den EPDS an einem ruhigen Ort in derjenigen Klinik aus, in der sie ihr Kind geboren haben. |
| 2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?  
0.5P |
| 3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?  
1P |
| Die Pflegefachfrauen kannten die Identität der Frauen, die Untersucher jedoch nicht. Die Fragebögen waren anhand von Nummern und nicht Namen angegeben. |
| 4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?  
0.5P |
| 5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?  
0.75 |
| Die Untersuchungsgruppen wurden abgesehen von der Intervention gleich behandelt. Der einzige Unterschied ist, dass es bei der Interventionsgruppe mehr Teilnehmer gab. |
| 6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?  
1P |
| Alle Frauen wurden in der anfangs zugeteilten Gruppe bewertet und keine Teilnehmerin wechselte die Gruppe. |
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Mit 228 Teilnehmern ist die Zahl der Teilnehmer für eine Interventionsstudie ziemlich groß, womit eine Wirkung der Intervention nachgewiesen werden kann. Es wurde berechnet, dass 64 Teilnehmer erforderlich waren für jede Gruppe, basiert auf einer Power von 0.8 und einem Alphalevel von 0.05, was einen Wirkungsgrad von 0.5 ergibt.

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


9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

Der Mittelwert für den EPDS-Wert der Gruppen war 12.6.

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

Unterschiede zwischen den Gruppen nach drei Monaten: p < 0.01
Unterschiede nach sechs Monaten: p < 0.01
Aufgrund dieser Ergebnisse kann gefolgert werden, dass die Ergebnisse auf keinen Zufall zurückzuführen sind.

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Der Mittelwert ergibt einen Konfidenzintervall von 95%. Womit die Ergebnisse als präzise gelten können.

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Da sich Norwegen und das norwegische Gesundheitswesen nicht stark vom Schweizerischen unterscheiden und somit ähnliche Populationen vorliegen, können die Ergebnisse auf die Schweiz übertragen werden.

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Es wurde auf alle wichtigen Ergebnisse eingegangen. Diese wurden im Ergebnis- und Diskussionsteil genau beschrieben und untereinander verglichen.

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

Da die Studie signifikante Ergebnisse herausgefunden hat und das Ziel erreicht wurde, kann gefolgert werden, dass der Nutzen klar überwiegt. Trotzdem müssen noch weitere Studien in diesem Bereich durchgeführt werden, um die Ergebnisse zu
festigen und weiterzuentwickeln.

<p>| Note und Bewertung | 12.75 / 14 = 5.5 (Sehr Gut) |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Forschungsfrage: Hat eine Soziale Unterstützungsgruppe Postpartum einen Effekt auf die Stimmung, die Einstellung und Verhaltensweisen von Müttern?</th>
<th>Glaubwürdigkeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?</td>
<td>1081 Fragebogen wurden abgegeben. Davon wurden 781, also 72 % beantwortet.</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?</td>
<td>Darüber wird nichts gesagt. Eine Verblindung wäre schwierig gewesen bei diesem Design.</td>
</tr>
<tr>
<td>Frage</td>
<td>Antwort</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?</td>
<td>Die Stichprobengrösse beträgt 142 Teilnehmer, was aus Autorensicht ziemlich gross ist, um einen Effekt nachweisen zu können.</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?</td>
<td>Signifikante Verbesserungen des CES-Score bei der gesamten Population: p &lt; 0.005 Frauen mit Depression zeigten bessere Stimmungswerte nach 5 Monaten als nach 6 Wochen. Diese ohne Depression waren stabil: p &lt; 0.04 Verschlechterung des Selbstbildes bei den Frauen mit Depression in der Interventionsgruppe: p &lt; 0.05 Verbesserte Mutter-Kind-Interaktion bei der Interventionsgruppe: p &lt; 0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>11. Wie präzise sind die Ergebnisse?</td>
<td>Konfidenzintervall: 95 %</td>
</tr>
<tr>
<td>12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?</td>
<td>Da die Studie in Kanada durchgeführt wurde und die Kriterien durchaus auf Schweizer Betroffene übertragbar sind, so können die Ergebnisse auch hier Anwendung finden.</td>
</tr>
<tr>
<td>13. Wurden alle für alle wichtigen Ergebnisse mit ihren Grenzen wurden sehr</td>
<td>Alle wichtigen Ergebnisse mit ihren Grenzen wurden sehr</td>
</tr>
<tr>
<td>Fragestellung</td>
<td>Antwort</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------</td>
<td>---------</td>
</tr>
<tr>
<td>mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?</td>
<td>ausführlich beschrieben und dargestellt.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Note und Bewertung**  
11.5 / 14 = 5 (Gut)
### Anhang G: Beurteilungsraster für qualitative Studien (Behrens & Langer, 2004)

#### Beurteilung einer qualitativen Studie

| Quelle: | ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ... |
| Forschungsfrage: | ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ... |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Glaubwürdigkeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aussagekraft</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anwendbarkeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?</td>
</tr>
<tr>
<td>12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

---


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Glaubwürdigkeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>1P</td>
</tr>
<tr>
<td>Es wurde keine Forschungsfrage aufgeworfen, doch es wurden zwei Hypothesen aufgestellt und zwei konkrete Ziele formuliert, welche so ausführlich sind, dass sich die Fragestellung davon ableiten lässt.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| **Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?** |
| 1P |
| Um die Interviews zu analysieren, wurde die modifizierte Analyseinduktion gewählt, welche einen Teil der Grounded Theory darstellt. Es wurde dieses Design gewählt, weil somit gut die sozialen Prozesse, welche dem Verhalten zu Grunde liegen, aufgedeckt werden können und um deskriptive, universelle Konzepte abzuleiten, welche in der Erfahrung der Person liegen. Gleichzeitig kann der Forscher durch die modifizierte Analyseinduktion bereits Ideen und Erwartungen aufstellen, welche er von vorhergehender Literatur ableiten kann. |

| **Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?** |
| 1P |
| Zu Beginn der Studie wurde eine sehr ausführliche Literaturrecherche durchgeführt, in der viele wesentliche Aspekte rund um die untersuchte Thematik vorkommen. Es wird jedoch immer wieder erwähnt, dass auf die Akzeptanz und das Erleben der Behandlung noch zu wenig eingegangen wurde. Somit will diese Studie auf vorangegangener Literatur aufbauen. |

| **Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?** |
| 1P |

| **Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?** |
| 0.75P |

| **Wurde die Datensammlung** |
| **beschrieben?** |
| Die Datensammlung wurde ausführlich beschrieben. Es wurden Tiefeninterviews mit offenen Fragen durchgeführt, welche ein
<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragestellung</th>
<th>Antwort</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>detailliert beschrieben? 1P</td>
<td>bis zwei Stunden dauerten, mit Tonband aufgenommen und später transkribiert und wortgetreu analysiert wurden. Die Interviewfragen wurden im Anhang aufgelistet.</td>
</tr>
<tr>
<td>Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? 0.25P</td>
<td>Dazu wird in der Studie nichts berichtet. Es wird jedoch davon ausgegangen, weil das Gegenteil nicht beschrieben wurde.</td>
</tr>
<tr>
<td>Aussagekraft</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anwendbarkeit</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? 1P</td>
<td>Die Ergebnisse sind sehr hilfreich, die Teilnehmer besser zu verstehen. Denn es werden verschiedene Gründe aufgezeigt, warum Frauen nicht von sich aus oder erst sehr spät Hilfe beanspruchen und akzeptieren können. Dies führt in einem gewissen Masse zu einer Entstigmatisierung. Auch haben die Teilnehmerinnen beschrieben, was und wer ihnen beim Genesungsprozess am besten hilft.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung? 0.75P | Es werden im Text konkrete Verbesserungsvorschläge gemacht: Dadurch dass die Betroffenen Frauen Mühe haben, von sich aus professionelle Hilfe zu suchen, ist es wichtig, dass das Thema nicht tabuisiert, sondern bereits während der Schwangerschaft besprochen wird und dass verschiedenste Personen wie etwa der Partner und die Familie anhand von Kursen und Aufklärungsprogrammen miteinbezogen und aufgeklärt werden. Somit können auch die Angehörigen aktiv mithelfen, wenn sie bemerken, dass eine Postpartum Depression vorliegen könnte. Auch die Hebamme/Gynäkologin sollte bei Routine- und Nachuntersuchungen die Thematik sowie mögliche Ängste und

<p>| Note und Bewertung | 10.75 / 12 = 5.5 (Gut) |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Glaubwürdigkeit</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?</td>
<td>0.5/1</td>
</tr>
<tr>
<td>Vor Beginn der Untersuchungen wurde eine ziemlich ausführliche Literaturrecherche durchgeführt. Zuerst werden allgemeine Erkenntnisse im Zusammenhang mit Postpartum Depression und sozialer Unterstützung aufgeführt. Danach wird noch auf Studien eingegangen, welche die Erwartungen und Wünsche der Familien untersuchten.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?</td>
<td>1/1</td>
</tr>
<tr>
<td>Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?</td>
<td>1/1</td>
</tr>
<tr>
<td>Die Teilnehmer wurde bezüglich Wohnort, Zivilstand, Kinderanzahl und Alter beschrieben. Die Forscher, ihre Aufgaben in der Studie sowie die Wichtigkeit, die Thematik gut zu kennen und den analytischen Prozess präzise zu beschreiben, wurden erwähnt.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?</td>
<td>1/1</td>
</tr>
<tr>
<td>Die Datensammlung wurde sehr detailliert beschrieben: Die Interviewfragen waren offen und ermöglichen den Teilnehmern ihre Wahrnehmung zu beschreiben. Wenn nötig, wurden zusätzliche Fragen gestellt, um die Antworten zu vertiefen. Die Interviews fanden zu Hause statt und dauerten zwischen 40 und 90 Minuten. Die Daten wurden mit Tonband aufgenommen und transkribiert.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wie erfolgte die Datensammlung- und Analyse wurden fortlaufend,</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Analyse der Daten?

1/1

 nebeneinander durchgeführt. Alle Wörter/Sätze mit substantiven Codes wurden in Kategorien bezüglich Gemeinsamkeiten gegliedert. Relevante Aspekte wurden dann zu Konzepten gebildet, welche die Theorie beschreiben.

### Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

0.5/1

 Darauf wird nicht eingegangen. Doch da die Teilnehmer ziemlich frei ihre Erfahrungen äußern konnten und zum Teil genauer darauf eingegangen wurde, kann davon ausgegangen werden, dass die Datensammlung bis zur Sättigung erfolgte.

### Aussagekraft

#### Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

1/1

 Die Ergebnisse wurden jeweils anhand der Themen beschrieben. Die Aussagen wurden mittels Schilderungen und Zitaten wiedergegeben. Im Diskussionsteil wird noch einmal auf die Resultate und die Gemeinsamkeiten eingegangen. Somit sind die Ergebnisse zwischen den Teilnehmern vergleichbar und nachvollziehbar.

#### Wurden die Ergebnisse bestätigt?

1/1


### Anwendbarkeit

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

1/1

 Die Ergebnisse sind sehr hilfreich, die Familien besser zu verstehen. Sie haben ihre Wahrnehmung, Gefühle und konkrete Bedürfnisse in Bezug zur Beziehung mit einer Pflegefachperson beschrieben. Es wurde ersichtlich, dass Pflegende trotz Stress versuchen sollten, die Patienten ernst zu nehmen und Interesse zu zeigen. Denn dies fördert das Wohlbefinden.

#### Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

1/1


### Note und Bewertung

10.5 / 12 = 5.5 (Gut)

**Forschungsfrage:** Welchen Herausforderungen sind Mütter, welche an einer psychischen Krankheit leiden, ausgesetzt und wie kann das Gesundheitsfachpersonal betroffenen Frauen helfen?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Glaubwürdigkeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>1P</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>1P</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>1P</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>0.75P</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>0.75P</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>1P</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**125**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?</th>
<th>Die Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aussagekraft</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?</td>
<td>Die Ergebnisse sind nachvollziehbar und werden durch Zitate aus den Interviews ausgeführt und anschliessend erklärt.</td>
</tr>
<tr>
<td>Wurden die Ergebnisse bestätigt? 0.75P</td>
<td>Es kann davon ausgegangen werden, dass das Gesagte aus dem Interviews als valide angesehen werden kann. Es wird nicht berichtet, dass sich die Forscher nicht einig gewesen wäre, somit wird von einem Konsens ausgegangen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Anwendbarkeit</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? 1P</td>
<td>Die Ergebnisse sind hilfreich bei der Betreuung der untersuchten Personengruppe. Es wird ersichtlich, wie wichtig es ist, die Frauen nicht nur als psychisch krank zu sehen, sondern auch als Mütter, welche häufig noch fähig sind, sich um ihre Kinder zu kümmern.</td>
</tr>
<tr>
<td>Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung? 0.75P</td>
<td>Es ist wichtig, betroffenen Frauen bei Hausbesuchen oder stationär die nötige Unterstützung anzubieten und ihr Empowerment zu fördern, ohne zu viel Kontrolle auszuüben. Die Fähigkeiten der Frau als Mutter sollen geschätzt werden.</td>
</tr>
<tr>
<td>Note und Bewertung</td>
<td>11/12 = 5.5 (Sehr Gut)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Anhang H: Tabelle Punkte-Noten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Punktezahl Quantitative Studie und Interventionsstudie</th>
<th>Punktezahl Qualitative Studie</th>
<th>Note</th>
<th>Wissenschaftliche Qualität</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>13.5-14</td>
<td>11.75-12</td>
<td>6</td>
<td>Ausgezeichnet</td>
</tr>
<tr>
<td>12.5-13.25</td>
<td>11-11.75</td>
<td>5.5 - &lt;6</td>
<td>Sehr gut</td>
</tr>
<tr>
<td>11.5-12.25</td>
<td>10-10.75</td>
<td>5 - &lt;5.5</td>
<td>Gut</td>
</tr>
<tr>
<td>10.5-11.25</td>
<td>9-9.75</td>
<td>4.5 - &lt;5</td>
<td>Befriedigend</td>
</tr>
<tr>
<td>9.5-10.25</td>
<td>8-8.75</td>
<td>4 - &lt;4.5</td>
<td>Genügend</td>
</tr>
<tr>
<td>&lt;9.5</td>
<td>&lt;8</td>
<td>&lt;4</td>
<td>Ungenügend</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Anhang I: Evidenzlevel nach dem Oxford Centre for Clinical Evidence (2009)

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

Schulung und Beratung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Studie</th>
<th>Intervention</th>
<th>Ergebnisse (Signifikanz)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Glavin et al. (2009)</td>
<td>Unterstützende Beratung</td>
<td>Signifikant tiefere EPDS-Werte bei der Interventionsgruppe: Nach 3 Monaten: p &lt; 0.01. Nach 6 Monaten: p &lt; 0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>Tezel &amp; Gözüm (2006)</td>
<td>Pflegeinterventionen nach NANDA und Schulungen (Problemlösungsstrategien)</td>
<td>Pflegeinterventionen wirksamer als das Problemlösungstraining: Pflegeinterventionen: p &lt; 0.001 Problemlösungsstrategie: p &lt; 0.05</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Gruppentherapie

<table>
<thead>
<tr>
<th>Studie</th>
<th>Intervention</th>
<th>Ergebnisse (Signifikanz)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mulcahy et al. (2010)</td>
<td>Interpersonelle Gruppentherapie</td>
<td>Interventionsgruppe: Signifikante Verbesserung der Depression p &lt; 0.01. Mutter-Kind-Beziehung: p &lt; 0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Hofecker-Fallahpour et al.</td>
<td>Gruppentherapie und ein Paargespräch</td>
<td>Hochsignifikantes Ergebnis vor und nach der Intervention bei den Depressionswerten: p &lt; 0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>(2003)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fleming et al. (1992)</td>
<td>Soziale Unterstützungsgruppe</td>
<td>Signifikanten Verbesserungen der Stimmung bei der gesamten Population: p &lt; 0.005. Interventionsgruppe Depression: Verbesserte Mutter-Kind-Interaktion: p &lt; 0.05. Verschlechterung des Selbstbildes: p &lt; 0.05</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Kognitive Verhaltenstherapie

<table>
<thead>
<tr>
<th>Studie</th>
<th>Intervention</th>
<th>Ergebnisse (Signifikanz)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ugarriza (2004)</td>
<td>Kognitive Verhaltens-Restructurierung, Aufklärung, Stressreduktionstechniken, Einbezug Unterstützungssysteme</td>
<td>Signifikante Ergebnisse bei der Interventionsgruppe: p &lt; 0.04</td>
</tr>
</tbody>
</table>

## Soziale Unterstützungssysteme

<table>
<thead>
<tr>
<th>Studie</th>
<th>Intervention</th>
<th>Ergebnisse (Signifikanz)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Grube (2005)</td>
<td>Das Verhalten des Partners wurde in verschiedenen sozialen Rollen untersucht und eingeschätzt, welche Auswirkungen dies auf die Frau hat.</td>
<td>1/3 der Männer: unterstützend. Bei unterstützendem Partner: Signifikante Reduktion der Klinik-Aufenthaltsdauer: p = 0.011. Signifikant mehr ambulante, als stationäre Behandlungen. p = 0.0396</td>
</tr>
</tbody>
</table>
während der Behandlung zu beschreiben, um beeinflussende Faktoren zu verstehen.

|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
Anhang K: Die sechs Schritte der EBN-Methode (Behrens & Langer, 2004)
Anhang L: Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala, EPDS  
(Verein Postnatale Depression Schweiz, 2011)

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

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

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

Fribourg, 11.06.2012
Ramona Bärtsch

[Signature]