



# Postpartaler Betreuungsbedarf von an Schizophrenie erkrankten Müttern

Ein interprofessioneller Ansatz zwischen  
Pflegefachpersonen und Hebammen

Julie Delaloye  
16545949  
Institut für Pflege

Flavia Schwarzenbach  
16545675  
Institut für Hebammen

Departement Gesundheit  
Studienjahr: 2016  
Eingereicht am: 03. Mai 2019  
Begleitende Lehrperson: Marion Huber

**Interprofessionelle  
Bachelorarbeit**

**Pflege und Hebammen**

# Inhaltsverzeichnis

Abstract .....	1
1. Einleitung .....	2
1.1. Problemstellung .....	2
1.2. Eingrenzung des Themas .....	3
1.3. Stand der Forschung .....	3
1.4. Zielsetzung .....	3
1.5. Fragestellung .....	4
2. Theoretischer Hintergrund .....	4
2.1. Beschreibung der Krankheit .....	4
2.2. Berufsgruppen .....	6
2.3. Modelle .....	7
3. Methode .....	10
3.1. Literaturrecherche .....	10
3.2. Ein- und Ausschlusskriterien .....	12
3.3. Rechercheprotokoll grafisch .....	15
3.4. Instrumente zur kritischen Beurteilung und Vorgehen zur Beantwortung der Fragestellung .....	16
4. Ergebnisse .....	16
4.1. Übersichtstabelle .....	17
4.2. Gütekriterien .....	21
4.2.1. Quantitative Studien .....	21
4.2.2. Qualitative Studien .....	25
4.3. Betreuungsbedarf .....	27
4.3.1. Interaktion .....	27
4.3.2. Kommunikation .....	28

4.3.3. Angst.....	29
5. Diskussion.....	30
5.1. Betreuungsbedarf .....	30
5.1.1. Postpartale Versorgung .....	30
5.1.2. Interaktion .....	33
5.1.3. Kommunikation .....	38
5.1.4. Angst.....	41
5.2. Interprofessionalität .....	46
5.3. Beantwortung der Fragestellung.....	47
5.4. Theorie-Praxis-Transfer.....	48
5.5. Limitationen der Arbeit.....	49
6. Schlussfolgerung.....	51
Literaturverzeichnis .....	52
Tabellenverzeichnis.....	57
Abbildungsverzeichnis.....	57
Abkürzungsverzeichnis.....	58
Wortanzahl .....	59
Danksagung .....	59
Eigenständigkeitserklärung .....	59
Anhang A: Factsheets .....	60
Anhang A1: Postpartale Versorgung .....	60
Anhang A2: Interaktion.....	63
Anhang A3: Kommunikation .....	66
Anhang A4: Angst .....	67
Anhang B: Protokoll der Literaturrecherche.....	70
Anhang C: 6S Pyramide.....	73

Anhang D: Zusammenfassungen und Würdigungen der Studien im AICA Raster .....	74
Anhang D1: Healy et al. (2016) .....	74
Anhang D2: Miller und Finnerty (1996).....	77
Anhang D3: Montgomery et al. (2006).....	80
Anhang D4: Riordan et al. (1999).....	83
Anhang D5: Wan et al. (2007) .....	86
Anhang D6: Wan et al. (2008) .....	89
Anhang E: Abschlusskompetenzen Hebammen und Pflegefachpersonen.....	92
Anhang E1: Expertin/Experte .....	92
Anhang E2: Kommunikatorin/Kommunikator.....	93
Anhang E3: Teamworkerin/Teamworker .....	94
Anhang E4: Managerin/Manager.....	95
Anhang E5: Health Advocate .....	96
Anhang E6: Lernende/Lehrende .....	97
Anhang E7: Professionsangehörige/Professionsangehöriger .....	98

# **Abstract**

## **Darstellung des Themas**

Die Geburt eines Kindes ist eine grundlegende Veränderung im Leben und führt daher bei schizophrenen Müttern häufig zu Überforderung und zu einer Verschlimmerung oder einem Wiederausbruch der Krankheit. Für Hebammen und Pflegefachpersonen, welche die Mutter und den Säugling postpartum begleiten, können solche Situationen herausfordernd sein und die Interprofessionalität auf die Probe stellen.

## **Fragestellung**

Anhand welcher durch Pflegefachpersonen und Hebammen verrichtbaren Interventionen kann auf den Betreuungsbedarf von an Schizophrenie erkrankten Müttern im Verlauf des ersten Jahres nach der Entbindung eingegangen werden und welche Themenfelder profitieren dabei von einer interprofessionellen Zusammenarbeit?

## **Methode**

Anhand von sechs Studien, davon vier mit quantitativem und zwei mit qualitativem Ansatz, aus den Datenbanken CINAHL und MEDLINE wurde der Betreuungsbedarf von schizophrenen Müttern analysiert. Mit Pflegekonzepten wurde der Theorie-Praxis-Transfer in Form von Factsheets verdeutlicht.

## **Ergebnisse**

Schizophrene Mütter zeigen im Vergleich zu psychisch gesunden Müttern mehr Betreuungsbedarf auf. Die Interaktion und Kommunikation mit den Säuglingen sowie unterschiedliche Ängste kristallisierten sich als Hauptproblemfelder dieser Arbeit heraus und indizierten den Betreuungsbedarf.

## **Schlussfolgerung**

Der Betreuungsbedarf von schizophrenen Müttern kann stark variieren, profitiert jedoch von der Erarbeitung von Pflegediagnosen, Interventionen und Outcomes sowie der Interprofessionalität. Forschungsbedarf hinsichtlich postpartaler Phase im Zusammenhang mit Schizophrenie ist weiterhin indiziert.

## **Keywords**

Schizophrenia, mother, postpartum, nurse, midwife

# 1. Einleitung

Schizophrenie ist eine der bekanntesten und schwerwiegendsten psychischen Erkrankungen. Weltweit liegt das durchschnittliche Erkrankungsrisiko auf Lebenszeit bei 1%, wobei keine Unterschiede zwischen Regionen und Kulturen zu erkennen sind (Rössler, 2011). Frauen erkranken durchschnittlich drei bis fünf Jahre später als Männer, deren Ersterkrankungsalter im Schnitt bei 25 Jahren liegt. Daher befinden sich Frauen öfters in einer beruflich sowie privat fortgeschrittenen Situation als Männer. Aufgrund des höheren Durchschnittsalters bei Krankheitsbeginn müssen sich Frauen mit auftretender Krankheit in schon bestehende Rollen (z.B. beruflicher Status, Mutter-Sein) einfügen, während Männer durchschnittlich erst nach Krankheitsbeginn ähnliche Rollen einnehmen (Rössler, 2011).

Wie bei vielen psychischen Erkrankungen stellen Veränderungen und die daraus resultierende Überforderung Triggerpunkte im Leben der Erkrankten dar (Hell & Kiesewetter, 2011). Die Geburt eines Kindes stellt eine grundlegende Veränderung im Leben dar. Sie führt daher häufig zur Überforderung schizophrener Mütter und zu einer Verschlimmerung der Symptome oder einem Wiederausbruch der Krankheit (Lagan, Knights, Barton, & Boyce, 2009). Einfache und alltägliche Abläufe können nicht mehr durchgeführt werden und neue Aufgaben führen zu einer noch grösseren Überforderung.

## 1.1. Problemstellung

Auch für Hebammen und Pflegefachpersonen, welche die Mutter und den Säugling postpartum im Spital oder zu Hause begleiten, können Situationen mit erkrankten Frauen und ihren Säuglingen herausfordernd sein. Einerseits weil Praxisleitfäden aufgrund der nicht verbreiteten Thematik fehlen, andererseits weil der Fokus in Leitfäden für psychische Erkrankungen postpartum häufig auf der postpartalen Depression liegt. Studienergebnisse zeigen, dass betroffene Frauen aus Gründen der Unwissenheit oder Überforderung seitens der Fachpersonen stigmatisiert oder nicht adäquat betreut werden und als Folge Krankheitsrückschläge erleben oder an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden (Lagan et al., 2009).

Unter Einbezug der Tatsache, dass schizophrene Frauen eine gleiche Fertilität aufweisen wie gesunde Frauen (Gearing, Alonzo, & Marinelli, 2012) und somit Hebammen und

Pflegefachpersonen sowohl im klinischen als auch nicht-klinischen Setting mit der Betreuung von an Schizophrenie erkrankten Müttern konfrontiert werden, wird die Relevanz des Themas aufgezeigt. In logischer Schlussfolgerung wird ersichtlich, wie hilfreich und wichtig Interventionsvorschläge für die Betreuung von schizophrenen Frauen sind, sowohl für die Fachpersonen selbst als auch für eine professionelle und adäquate Betreuung.

## **1.2. Eingrenzung des Themas**

Diese Bachelorarbeit behandelt lediglich die psychische Erkrankung Schizophrenie. Es wird dabei klar von der postpartalen Depression oder der postpartalen Psychose unterschieden. Durch diese Eingrenzung kann spezifischer auf das Krankheitsbild eingegangen werden. Es werden ebenfalls bewusst Interventionen für Frauen gesucht, die bereits vor der Geburt erkrankt sind und sich nicht neu mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen müssen.

Weiter wird nur auf die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Hebammen und den Pflegenden eingegangen, um dem professionsspezifischen Inhalt der Arbeit gerecht zu werden. Der Einbezug von ärztlichem Personal oder Therapeutinnen/Therapeuten würde medizinische, therapeutische oder medikamentöse Interventionen erfordern, welche den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden.

## **1.3. Stand der Forschung**

Es gibt viele Studien, welche das Gebiet der Interaktion und Kommunikation zwischen einer erkrankten Mutter und ihrem Säugling erforscht haben (Gearing et al., 2012; Howard, Thornicroft, Salmon, & Appleby, 2004). Praxisnahe Interventionen oder Leitfäden zur Betreuung von schizophrenen Frauen sind jedoch keine vorhanden, obwohl bspw. Gearing et al. (2012) zum Schluss kommen, dass es weitere Forschung und vor allem Betreuungsleitfäden für die Praxis bräuchte.

## **1.4. Zielsetzung**

Das Ziel der Bachelorarbeit ist es, in einem ersten Schritt den Betreuungsbedarf von an Schizophrenie erkrankten Müttern im Verlauf des ersten Jahres nach der Entbindung hervorzuheben. In einem zweiten Schritt sollen daraus passende und im Praxisalltag einsetzbare Interventionen abgeleitet werden. Im Rahmen einer interprofessionellen

Bachelorarbeit wird beabsichtigt zu untersuchen, welche Kompetenzen welcher Berufsgruppe (Hebamme und Pflege) zufallen und wo Überschneidungen stattfinden.

## **1.5. Fragestellung**

Zur Erreichung dieses Ziels ergibt sich folgende Fragestellung:

Anhand welcher durch Pflegefachpersonen und Hebammen verrichtbaren Interventionen kann auf den Betreuungsbedarf von an Schizophrenie erkrankten Müttern im Verlauf des ersten Jahres nach der Entbindung eingegangen werden und welche Themenfelder profitieren dabei von einer interprofessionellen Zusammenarbeit?

## **2. Theoretischer Hintergrund**

Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Punkte zum Krankheitsbild der Schizophrenie erklärt. Ebenfalls folgt eine Erklärung der verwendeten Theorien und Modelle sowie die Berufsdefinition von Hebammen und Pflegefachpersonen.

### **2.1. Beschreibung der Krankheit**

Die psychische Erkrankung Schizophrenie, welche im Krankheitsverlauf auch körperliche Symptome aufweisen kann, wird in der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD) unter dem Kapitel X F20 definiert und beschrieben (Dilling, Mombour, Schmidt, & Schulte-Markwort, 2016).

Kennzeichnend für die Schizophrenie ist demnach die grundlegende Veränderung von Denken und Wahrnehmung, wobei die Literatur zwischen Positivsymptomatik und Negativsymptomatik differenziert. Die Positivsymptomatik kennzeichnet sich durch das Hinzukommen von Denkmustern oder Wahrnehmungen, bspw. Halluzination oder Wahnvorstellungen. Unter Negativsymptomen versteht man Affektstörungen oder desorganisiertes Denken. Es ist jedoch nicht nur die Wahrnehmung der Umwelt gestört, sondern auch die Selbstwahrnehmung der erkrankten Person. Fast immer fehlt ihr das physiologische Gefühl von Individualität und Einzigartigkeit. Daraus entsteht für die an Schizophrenie Erkrankten der Eindruck, ihre Gedanken, Handlungen oder Entscheidungen seien von aussen gelenkt, was sich wiederum in Verfolgungswahn oder Halluzinationen äussern kann. Aufgrund der teils krankhaften Überzeugung, eine gesteuerte Schlüsselfigur in alltäglichen Situationen zu sein und der daraus resultierenden



Überforderung mit der Gesamtsituation, kann bspw. eine Katatonie als körperliches Symptom auftreten. (Caspar, Pjanic, & Westermann, 2018)

Wird die Schizophrenie engmaschig definiert, das heisst, bei eindeutigem Auftreten von Symptomen der Gruppe 1a-1d (bspw. Kontrollwahn, Gedankenentzug) gemäss der ICD, ist die Inzidenzrate unabhängig von Region und Kultur. Dabei wird von 15

Neuerkrankungen pro Jahr pro 100 000 Personen gesprochen. In der Bevölkerung liegt das durchschnittliche Risiko, im Laufe des Lebens an Schizophrenie zu erkranken, bei rund 1%. Aufgrund des durchschnittlich älteren Erkrankungsalters von Frauen sind weibliche Erkrankte öfters in komplexeren privaten und beruflichen Situationen als männliche Ersterkrankte. Trotzdem können sich Frauen im Durchschnitt besser an die Krankheit anpassen als Männer. (Rössler, 2011)

Das erstmalige Auftreten der Schizophrenie kann akut mit schwerwiegenden oder, öfters vorkommend, schleichend mit teils unspezifischen Prodromalsymptomen erfolgen. Akute Phasen kennzeichnen sich typischerweise durch das Vorhandensein von

Positivsymptomen, welche dann in Negativsymptomen abflachen. (Caspar et al., 2018)

In der Literatur wird die Entstehung von Schizophrenie nicht auf einzelne Kausalfaktoren reduziert. Vielmehr wird von einem Zusammenspiel von Risikofaktoren gesprochen, welches die Anfälligkeit für eine Schizophrenie in Folge eines Triggerpunktes im Leben erhöht. (Caspar et al., 2018)

Gemäss Caspar et al. (2018) zählen die Heredität, prä- und perinatale Traumata, neurobiologische Veränderungen, wie bspw. die Vergrösserung von Ventrikeln, sowie sozio-ökonomische Faktoren zu den Risikofaktoren. Folgt dann ein für die Person einschneidendes und belastendes Erlebnis, kann dies eine Ersterkrankung oder eine Wiedererkrankung begünstigen.

Für die Diagnostizierung einer Schizophrenie muss während eines Monats mindestens ein Symptom aus der Symptomgruppe *Ich-Störung* vorhanden sein (inhaltliche Denkstörung, dialogische Stimmen, usw.) oder zwei Symptome aus der Gruppe der anhaltenden Halluzinationen. Die Literatur differenziert dabei zwischen verschiedenen Schizophrenieuntergruppen, welche sich in den Symptomen und bzw. oder deren Ausprägungen unterscheiden. (Caspar et al., 2018)

## 2.2. Berufsgruppen

In der Schweiz werden Frauen im Wochenbett bis maximal 56 Tage postpartum von Hebammen oder Pflegefachpersonen eigenverantwortlich betreut. Unter den Begriffen „Hebamme“ und „Pflegefachperson“ wird – wie im Sprachgebrauch der Schweiz üblich – jeweils die weibliche sowie männliche berufsausübende Person verstanden.

Pflegefachperson werden alle Berufsausübenden in der Pflege genannt, welche durch ihre Pflegeausbildung ein Diplom, einen Bachelor oder einen Master erworben haben. Alle Professionsangehörige, welche unter dem Titel „Pflegefachperson“ genannt sind, sind befähigt, Wöchnerinnen zu Hause zu betreuen.

Die Kompetenzen der Pflegefachpersonen können anhand des CanMEDS-Rollenmodells (Frank, 2005) und den dazugehörigen Abschlusskompetenzen aufgezeigt werden (Ledergerber, Mondoux, & Sottas, 2009). Dabei ist anzumerken, dass das Rollenmodell nur für die Ausbildung an der Fachhochschule (FH) und nicht für diejenigen der Höheren Fachschule (HF) gilt. Gemäss der Bildungsdirektion Kanton Zürich und der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2008) unterscheiden sich die Kompetenzen bezüglich Interventionen zwischen einem HF- und FH-Abschluss jedoch nicht, wie im Dokument „Vergleich höhere Fachschule (HF) - Fachhochschule (FH)“ dargelegt wird. Unterschiede sind bspw. in der Entwicklung von evidenzbasierten Pflegekonzepten oder dem Führungswissen vorhanden.

In der Freiberuflichkeit liegt der Schwerpunkt der Pflege in der professionellen Betreuung von physiologischen Situationen. Bei Abweichungen oder in Notfallsituationen arbeiten Pflegefachpersonen im interprofessionellen Team oder sie verweisen die Wöchnerin weiter. Bei Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose kann nach Ablauf der 56 Tage postpartum die Psychiatriespitex oder eine Pflegefachperson der psychosozialen Pflege die betroffene Frau auf Kosten der Krankenkasse weiter betreuen. ('Psychiatriespitex Zürich', o.J.)

Gemäss Abschlusskompetenzen ist eine Hebamme befähigt, pflegerische Massnahmen durchzuführen und aus der Pflege stammende Konzepte anzuwenden (Ledergerber et al., 2009). Der Schwerpunkt liegt dabei in der Physiologie und in der Förderung derer sowie im Erkennen von Regelabweichungen. Als regelabweichend, das bedeutet von der Physiologie abweichend, werden Situationen bezeichnet, in welchen die Hebamme in Zusammenarbeit mit ergänzenden Berufsgruppen involviert ist. In Notfallsituationen oder bei Regelwidrigkeiten verweist jedoch die Hebamme die zu betreuende Frau an weitere

Fachstellen (Zentralvorstand des Schweizerischen Hebammenverbandes, 2005). Bei Vorliegen einer ärztlichen Verordnung kann die Hebamme eine Frau auch nach 56 Tagen postpartum zu Hause weiter betreuen (Schweizerischer Hebammenverband, 2014). Im Idealfall haben Pflegefachpersonen oder Hebammen der Mütter-Väter-Beratung auch nach 56 Tage postpartum Kontakt zu den Eltern und dem Säugling (Kanton Zürich Bildungsdirektion kjz, Stadt Zürich Soziale Dienste, Family Start Zürich, & Schweizerischer Hebammenverband Sektion Zürich und Umgebung, 2016). Unter dem Begriff Säugling wird dabei in der vorliegenden Arbeit ein Kind während dem ersten Lebensjahr verstanden (Duden, o.J.). Demzufolge müssen alle involvierten Fachpersonen fähig sein, das Krankheitsbild zu erkennen und professionell darauf zu reagieren, sei es, dass sie die erkrankte Frau mit Hilfe anderer Fachpersonen weiterhin betreuen, oder dass sie die Mutter gänzlich an andere Fachstellen überweisen. Laut Körner, Görnitz, und Bengel (2014) ist ein Verständnis für andere Berufsgruppen grundlegend dafür, ob Organisationsmechanismen, z.B. das Weiterleiten von Informationen, reibungsfrei und schnell funktionieren können. Im Detail beschreibt Ruffin (2011) interprofessionelle Zusammenarbeit als Prozess, in welchem verschiedene Berufsgruppen zusammenarbeiten, um die berufsspezifischen Mittel und Kompetenzen zu kombinieren, damit Lösungsansätze für komplexe Probleme gefunden werden können.

### **2.3. Modelle**

In der Praxis sind verschiedene Modelle vorhanden, welche den Umgang mit körperlichen und psychischen Erkrankungen für die Fachpersonen vereinheitlichen und strukturieren. In Bezug auf die Schizophrenie können hier die „North American Nursing Diagnoses Association International“ Pflegediagnosen (NANDA-I) (NANDA International & North American Nursing Diagnosis Association, 2018), „Nursing Interventions Classifications“ (NIC) (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018) und „Nursing Outcomes Classifications“ (NOC) (Moorhead, Swanson, Johnson, & Maas, 2018) genannt werden. Die NANDA-I wurden zur Etablierung des Pflegefachwissens und der einheitlichen Pflegesprache entwickelt. Ein weiteres Ziel ist die Optimierung der Pflegedokumentation und die damit verbundene höhere Patientinnen-/Patientensicherheit. Die Pflegediagnosen beruhen auf induktivem Vorgehen von der Praxis in die Theorie und werden optimalerweise zeitnah kritisch hinterfragt und erneuert. Die Aufteilung in sogenannte Cluster von Pflegediagnosen (Problemdiagnosen, Gesundheitsförderungsdiagnosen,

Risikodiagnosen und Syndrome) ermöglicht die Erfassung jeglicher Problemstellungen. Dokumentiert wird gemäss dem PES-Format, wobei der Buchstabe *P* für die Pflegediagnose oder das sogenannte Problem steht, der Buchstabe *E* für die Ätiologie/Ursache und *S* für die Symptome oder bestimmenden Faktoren. (Müller Staub, Schalek, König, Boldt, & Frauenfelder, 2017)

NANDA-I werden regelmässig überarbeitet und aktualisiert, wobei die Übersetzung ins Deutsche immer zeitversetzt folgt. In der vorliegenden Arbeit werden die zum Zeitpunkt des Verfassens neusten Versionen der einzelnen Pflegediagnosen verwendet. Wenn sich eine Pflegediagnose seit der letzten Überarbeitung nicht verändert hat, wird jeweils auf die ins Deutsche übersetzte Version verwiesen, ansonsten wird die englische Version verwendet und mit „translate“ (transl.) gekennzeichnet. Dies gilt auch für die NIC und die NOC.

Die NIC wurden in den Vereinigten Staaten von Amerika erstmals nach dem Vorbild von NANDA-I in einem Forschungsteam über mehrere Jahre parallel zu den NOC entworfen. Die Klassifikation von pflegerischen Interventionen fördert die Konzeptualisierung und Standardisierung, das Aufzeigen der Wirkung, die umfassende Dokumentation, die Befähigung in der Entscheidungsfindung, die Kostentransparenz für pflegerische Leistungen, die vereinheitlichte Sprache, die Effektivität, die Ressourcenplanung sowie die Zusammenführung mit anderen Klassifikationssystemen. Die NIC bestehen aus verschiedenen Domänen, Klassen und den dazugehörigen Interventionen. (Müller Staub et al., 2017)

Die NOC erlauben eine professionelle Pflege, indem sie die pflegerelevanten Ergebnisse in der Praxis anhand von Indikatoren identifiziert, validiert und klassifiziert. Sie gibt die Richtung des Pflegeprozesses an. Die zeitnahe Evaluation in Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten ermöglicht zusätzlich eine Verbesserung der Patientinnen-/Patientenedukation. Unter pflegesensitiven Ergebnissen werden messbare Zustände verstanden, welche von Pflegeinterventionen abstammen und für welche Pflegefachpersonen verantwortlich sind. Die jeweiligen Pflegeergebnisse weisen unterschiedliche Indikatoren auf, die mit Zahlen von 1-5 zur Bewertung beitragen. Je höher die Summe der Indikatoren, desto wirksamer die durchgeführten Interventionen. Die NANDA-I, NIC und NOC wurden zur NNN-Taxonomie zusammengeführt und beruhen aufeinander. Im Fachbereich Pflege hat sich die NNN-Taxonomie etabliert und verfügt über internationale Anerkennung. Des Weiteren dienen Pflegediagnosen zur Abrechnung

mit den Krankenkassen und stellen somit eine Legitimation der Behandlung oder Betreuung dar. (Müller Staub et al., 2017)

In der Psychiatrie, aber auch in anderen Spezialgebieten der Medizin, ist ergänzende Literatur vorhanden, welche relevante Pflegediagnosen und bzw. oder Interventionen sowie Validierungsvariablen zusammenfasst. Im Fachbereich der Psychiatrie können hierbei die „Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen für die psychiatrische Pflege“ von Townsend (2012) genannt werden. Durch die Nennung von Symptombespielen, den erkrankungsspezifisch relevanten Pflegediagnosen, den Interventionsvorschlägen und Nah- und Fernzielen kann dem Lesenden ein differenzierter Blick auf die Krankheit ermöglicht werden. Im Grunde basieren die von Townsend (2012) genannten Interventionen auf den NIC.

Um die Fragestellung ganzheitlich und konkret beantworten zu können, haben sich die Autorinnen entschieden, ausschliesslich Konzepte und Modelle aus der Pflege zu verwenden. Auch in den Hebammenwissenschaften sind theoretische Modelle vorhanden. Zu nennen wäre hierbei das Modell „birth stool for midwives“ (Pairman, Tracy, Thorogood, & Pincombe, 2011 zitiert nach Skinner, 2010), anhand dessen Hebammen Frauen in ihren Bedürfnissen wahrnehmen und sie professionell und individuell begleiten können. Es ähnelt folglich in gewissen Zügen dem NANDA-I-Modell der Pflege, formuliert aber lediglich Bedürfnisse und keine Diagnosen. Passende Interventionen und Outcomes sind nicht auf das birth-stool-Modell anwendbar, weshalb dieses Modell nicht für die vorliegende Arbeit geeignet ist.

Das CanMEDS-Rollenmodell definiert in seinen Rollen (Expertin/Experte, Kommunikatorin/Kommunikator, Teamworkerin/Teamworker, Managerin/Manager, Health Advocate, Lernende und Lehrende, Professionsangehörige/Professionsangehöriger) detailliert die Abschlusskompetenzen der FH-Gesundheitsberufe. Pro Gesundheitsberuf sind die einzelnen Rollen spezifisch auf das Arbeitsgebiet angepasst. Für die Praxis bedeutet dies, dass alle vorgenommenen Handlungen in einer Kompetenz einer Rolle verankert sein müssen, damit sie durchgeführt werden dürfen. Als Expertin/Experte ist die Gesundheitsfachperson FH für die Übernahme der fachlichen Führung im jeweiligen Berufsfeld verantwortlich. Die Kommunikatorin/der Kommunikator sorgt für eine vertrauliche Beziehung zur Patientin/zum Patienten und gibt Informationen gezielt weiter. Als Teamworkerin/Teamworker ist die Gesundheitsfachperson FH Teil von intraprofessionellen sowie interprofessionellen Teams. Die Berufsrolle der Managerin/des Managers beinhaltet die Führungsübernahme und das Beitragen zur Effizienz der

Organisation. „Health Advocate“ bedeutet Förderung der Gesundheit und Lebensqualität der Patientin/des Patienten mit Hilfe der eigenen Expertise. Die letzte Rolle der/des Lernenden/Lehrenden steht für eine reflektierte Praxis sowie für die Entwicklung, Weitergabe und Anwendung von evidenzbasiertem Wissen. (Frank, 2005)

Momentan unterliegen die Abschlusskompetenzen der Gesundheitsberufe in der Schweiz einer Teilrevision, welche im Jahr 2020 beendet sein wird. Spezifische Kompetenzen werden ergänzt oder bestehende verändert. (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2018)

### **3. Methode**

In diesem Kapitel wird die Vorgehensweise bei der Literaturrecherche und die verwendeten Instrumente zur Zusammenfassung und kritischen Würdigung der ausgewählten Studien beschrieben.

#### **3.1. Literaturrecherche**

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde zwischen August 2018 und Januar 2019 eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL Complete, MEDLINE via Ovid und Midirs Maternity and Infant Care (ebenfalls via Ovid) durchgeführt. In Tabelle 1 sind die verwendeten Keywords ersichtlich. Die Verbindung der jeweiligen Keywords erfolgten mit den Bool'schen Operatoren „AND“ und „OR“.

Tabelle 1

*Keywords*

	Keyword Deutsch	Keyword Englisch
Phänomen	Schizophrenie	schizophrenia, mental illness
	Bindung	bonding, relationship
	Erziehung	childrearing, parenting, upbringing
Setting	Akutspital	hospital, acute-care
	Zu Hause	home
	Postpartale Phase	postpartal / postpartum / puerperal period
Population	Mutter	mother
	Neugeborenes	child, newborn, infant
	Pflege	nursing, nurses, mental nurses, psychiatric nurses
	Hebamme	midwife, midwifery
Weitere	Betreuung, Pflege	care, support, care attention, caregiving
	Interprofessionalität	Interprofessional work, interprofessional communication
	Bedürfnisse	needs
	Interventionen	Interventions, nursing interventions

Zur Eingrenzung der Suche und um möglichst geeignete Studien zu finden, wurden folgende Limitierungen bestimmt:

- Studien, die in deutscher oder englischer Sprache verfasst wurden, um das Verständnis der Autorinnen zu gewährleisten
- Studien aus Industrieländern, um die Möglichkeit, die Resultate auf die Schweiz übertragen zu können, zu optimieren

### 3.2. Ein- und Ausschlusskriterien

Um die zu untersuchende Thematik möglichst spezifisch bearbeiten zu können, wurden vor der Literaturrecherche Ein- und Ausschlusskriterien definiert, welche in Tabelle 2 ersichtlich sind. Während der Literaturrecherche wurden die gefundenen Treffer anhand dieser Kriterien aussortiert.

Tabelle 2

#### *Ein-/Ausschlusskriterien*

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Pflegerische Interventionen	Medikamentöse oder ärztliche Interventionen/Therapien
Schizophrenie	Wochenbettdepression/-psychose und andere psychische Erkrankungen
Erstes Jahr postpartal	Zeitspanne nach einem Jahr postpartal, pränatal und sub partu
Vor Geburt schon bestehende Schizophrenie	Nach oder während Geburt erstmalig auftretende Schizophrenie
Studien aus Industrieländern	Studien aus Entwicklungsländern

Zum besseren Verständnis werden die Ein- und Ausschlusskriterien im Folgenden erörtert. Weil die Fragestellung vorgibt, Interventionen zu definieren, welche die Pflegefachperson und bzw. oder die Hebamme durchführen können bzw. kann, erscheint ein Einschluss von medikamentösen Therapien oder ärztlichen Interventionen nicht sinnvoll, da es nicht zur Beantwortung der Fragestellung beitragen würde. Ebenfalls wird auf den Einschluss von Wochenbettdepressionen und anderen psychischen Erkrankungen verzichtet, da der Fokus der Arbeit bewusst auf der Schizophrenie liegt. Die Schizophrenie erweist sich als geeignet, da sie in der postpartalen Phase weniger detailliert erforscht ist (Ranning, Laursen, Thorup, Hjorthøj, & Nordentoft, 2015), wie in Kapitel 1.1 dargelegt. Aufgrund fehlender Relevanz bezüglich der Beantwortung der Fragestellung wird nicht spezifisch nach Primi- oder Multiparae gesucht, sondern beide miteingeschlossen.

Um einen inhaltlichen Übertrag auf die Schweiz zu gewährleisten, wird nach Studien aus Industriestaaten recherchiert. Zusätzlich werden Studien inkludiert, bei welchen die teilnehmenden Frauen eine schon bestehende Schizophrenie aufweisen. Dadurch kann



der Fokus auf die Betreuung postpartum gelegt werden, da ein Miteinbezug der Erstbehandlung der Erkrankung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Schliesslich wurde die Zeitspanne von einem Jahr postpartum gewählt, um die Thematik einzugrenzen.

Insgesamt wurden sechs Hauptstudien ausgesucht, worunter vier einen quantitativen und zwei einen qualitativen Ansatz haben.

Im Literaturverzeichnis der Hauptstudien wurde mittels Schneeballprinzip nach weiteren passenden Studien gesucht. Zur Herleitung des theoretischen Hintergrunds, der Definitionen von Modellen und der Schizophrenie wurden Literatursuchen in der Hochschulbibliothek Winterthur durchgeführt.

Aus Tabelle 3 wird ersichtlich, auf welche Art die sechs Hauptstudien dieser Bachelorarbeit gefunden wurden.

Tabelle 3

*Suchinformationen der Hauptstudien*

Hauptstudie	Suchinformationen
Healy, Lewin, Butler, Vaillancourt, & Seth-Smith (2016). Affect recognition and the quality of mother-infant interaction: understanding parenting difficulties in mothers with schizophrenia.	Datenbank: CINAHL Verwendete Keywords: „child AND postnatal AND schizophrenia“
Miller & Finnerty (1996). Sexuality, pregnancy and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders.	Datenbank: CINAHL Verwendete Keywords: parenting AND (MM "Schizophrenia")
Montgomery, Tompkins, Forchuk, & French (2006). Keeping close: mothering with serious mental illness.	Datenbank: CINAHL Verwendete Keywords: „interventions AND mothers AND schizophrenia“
Riordan, Appleby, & Faragher (1999). Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders.	Datenbank: MEDLINE via Ovid Verwendete Keywords: (schizophrenia and interventions and mother).af

Wan, Moulton, & Abel (2008). The service needs of mothers with schizophrenia: a qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers.

Datenbank: CINAHL

Verwendete Keywords: (MM „Mothers“) AND needs AND (MM „Schizophrenia“)

Wan, Salmon, Riordan, Appleby, Webb, & Abel (2007). What predicts poor mother-infant interaction in schizophrenia?

Datenbank: MIDIRS Maternity and Infant Care via Ovid

Verwendete Keywords:

Schizophrenia.de AND (mother and parenting).af.

---

### 3.3. Rechercheprotokoll grafisch

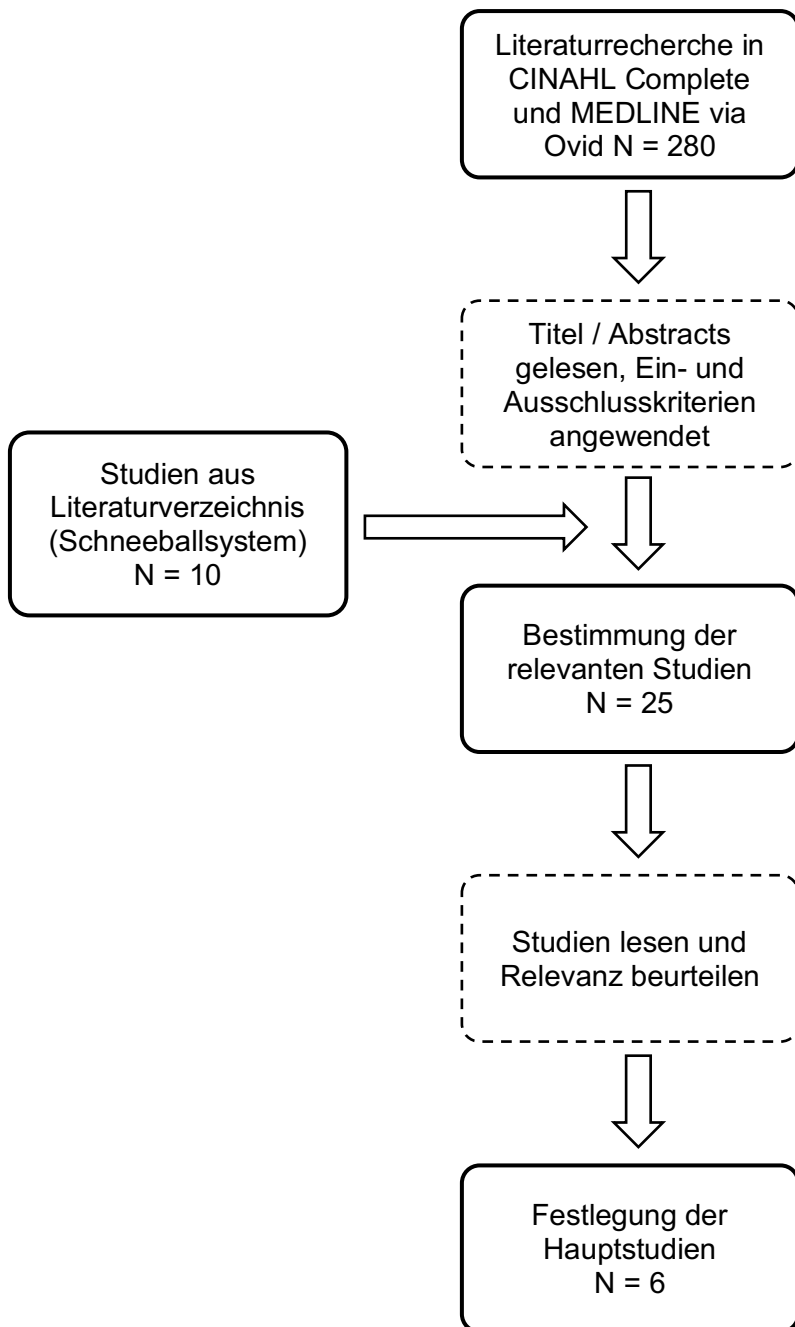


Abbildung 1. Rechercheprotokoll grafisch

### **3.4. Instrumente zur kritischen Beurteilung und Vorgehen zur Beantwortung der Fragestellung**

Mittels des Arbeitsinstruments Critical Appraisal (AICA), zusammengefasst von Preusse-Bleule und Ris (2015), wurden die gefundenen Studien kritisch gewürdigt und anschliessend anhand der 6S Pyramide von DiCenso, Bayley und Hynes (2009) auf ihr Evidenzlevel geprüft. Die Gütekriterien für die quantitativen Studien basieren auf Bartholomeyczik, Linhart, und Mayer (2008), diejenigen der qualitativen Studien auf Lincoln und Guba (1985).

Zur Erreichung des formulierten Ziels wurde aus den Studien als Erstes der Betreuungsbedarf von an Schizophrenie erkrankten Müttern abgeleitet. In einem zweiten Schritt wurden Pflegediagnosen mittels NANDA-I ausgewählt und mit den in den NIC formulierten Interventionen angeglichen. Im dritten Schritt und zur Auswertung der formulierten Interventionen sind die passenden Outcomevariablen von NOC aufgeführt. Für die Darstellung der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Kompetenzen der Pflegefachpersonen sowie der Hebammen wurden das CanMEDS-Rollenmodell (Frank, 2005) und die Abschlusskompetenzen verwendet (Ledergerber et al., 2009).

## **4. Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der sechs Hauptstudien in Form von Clustern zusammengefasst.

## 4.1. Übersichtstabelle

In der nachfolgenden Tabelle werden die wichtigsten Informationen zu den sechs Hauptstudien zusammengefasst.

Tabelle 4

### Übersichtstabelle Hauptstudien

Referenz	Thema	Design	Sample	Instrumente	Ergebnisse	Evidenzlevel
Healy et al. (2016). Affect recognition and the quality of mother-infant interaction: understanding parenting difficulties in mothers with schizophrenia. GB	- Videoanalyse und Codierung der Interaktion zwischen Mutter und Kind - Fähigkeit zur Gefühlserkennung eruiieren	Quantitativ	- N = 58 - Depressive, schizophrene und gesunde Mütter mit ihren Säuglingen	- Emotionserkennung: Penn Emotion Recognition Task (ER40) - Mutter-Kind-Interaktion: 5-minütige Videoaufnahme von Spielsequenz zwischen Mutter und Säugling + Global Rating Scales of Mother-Infant-Interaction (GRS)	- Schizophrene Mütter schneiden in allen Test signifikant schlechter ab - Die depressiven Mütter erzielen keine signifikant schlechteren Ergebnisse als die Kontrollgruppe	6

Miller et al. (1996). Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. USA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfahrungen bzgl. den Themen Sexualität, Schwangerschaft und Kindererziehung zwischen psychisch gesunden und psychisch erkrankten Frauen vergleichen</li> <li>- Durchführung von semistrukturierten Interviews mit anschliessender Codierung</li> </ul>	Quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N = 94</li> <li>- 44 psychisch erkrankte Frauen</li> <li>- 50 psychisch gesunde Frauen</li> </ul>	- Semistrukturiertes Interview	<ul style="list-style-type: none"> <li>- psychisch erkrankte Frauen weisen eine signifikant höhere Rate an ungewollten Schwangerschaften und Missbrauchserfahrungen sowie Sexualpartner auf</li> <li>- erkrankte Frauen sind im Vergleich zu den gesunden Frauen weniger gut betreut in der Schwangerschaft</li> </ul>	6
Montgomery et al. (2006). Keeping close: mothering with serious mental illness. CAN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfahrungen bezüglich der Mutter-Rolle und des Mutter-Seins von an SMI erkrankten Frauen</li> <li>- Durchführung von unstrukturierten Interviews mit</li> </ul>	Qualitativ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N = 20</li> <li>- An SMI erkrankte Frauen</li> </ul>	- Formal unstrukturierte Interviews nach Grounded Theory + Feldnotizen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oberthema: „keeping close“ – erkrankte Mütter möchten eine enge Beziehung mit ihren Kindern aufbauen</li> <li>- Erkrankte Frauen fühlen sich mit der Mutterrolle überfordert und sind häufig mit Stigmata konfrontiert</li> </ul>	6

anschliessender  
Themenbildung

Riordan et al. (1999). Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders. GB	- Videoanalyse und Codierung der Interaktion zwischen Mutter und Kind - Vergleich zwischen schizophrenen und an affektiven Störungen erkrankten Mütter	Quantitativ	- N = 26 - 8 Frauen an Schizophrenie erkrankt - 18 Frauen an affektiven Störungen erkrankt	- Mutter-Kind-Interaktion: Videoaufnahme von Spielsequenz zwischen Mutter und Säugling + Global Rating Scales of Mother-Infant-Interaction (GRS)	- schizophrene Mütter in einem Grossteil der Codes signifikant schlechtere Resultate als die an affektiven Störungen erkrankten Mütter	6
Wan et al. (2007). What predicts poor mother-infant interaction in schizophrenia? GB	- Untersuchung des Zusammenhanges zwischen Schweregrad der psychischen Erkrankung und der niedrigen sozialen Stabilität auf die Mutter-Kind-Interaktion - Untersuchung des Zusammenhanges	Quantitativ	- N = 38 - Psychisch gesunde und psychisch erkrankte Frauen	- Semistrukturiertes Interview	- Der Schweregrad der psychischen Erkrankung und die niedrige soziale Stabilität hat keinen signifikanten Einfluss auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind - Zwischen der mütterlichen Interaktion und dem kindlichen	6

zwischen kindlichem  
Vermeidungsverhalten  
gegenüber der Mutter  
und mangelhafter  
mütterlicher Interaktion

Vermeidungsverhalten  
besteht eine negative  
Korrelation

<p>Wan et al. (2008). The service needs of mothers with schizophrenia: a qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers. GB</p>	<p>- Darstellung der Sichtweise von Gesundheitsfachperson al über die jetzige Betreuung von schizophrenen Frauen - Information über ein Projekt für an Schizophrenie erkrankte Mütter - Effizient und Durchführbarkeit des beschriebenen Programmes evaluieren</p>	<p>Qualitativ</p>	<p>- N = 28 - Gesundheit sfachperson al</p>	<p>- Mutter-Kind- Interaktion: Videoaufnahme von Spielsequenz zwischen Mutter und Säugling + Global Rating Scales of Mother-Infant- Interaction (GRS)</p>	<p>- Schizophrene Mütter brauchen 1:1 Betreuung und vermehrt spezifische Informationen über die Säuglingspflege oder Betreuung in der mütterlichen Empfänglichkeit - Das beschriebene Projekt „Babies“ wird vom Gesundheitsfachpersonal als positiv und nützlich wahrgenommen</p>	<p>6</p>
---	--	-------------------	---	---	---	----------



## 4.2. Gütekriterien

Anhand der Gütekriterien, basierend auf Bartholomeyczik et al. (2008) für die quantitativen Studien und Lincoln und Guba (1985) für die qualitativen Studien, wurden die festgelegten Hauptstudien auf ihre Objektivität, Reliabilität und Validität bzw. auf ihre Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Zuverlässigkeit und Bestätigbarkeit überprüft.

### 4.2.1. Quantitative Studien

Tabelle 5

*Gütekriterien quantitative Studien gemäss Bartholomeyczik et al. (2008)*

Studie	Objektivität	Reliabilität	Validität
Healy et al. (2016). Affect recognition and the quality of mother-infant interaction: understanding parenting difficulties in mothers with schizophrenia. GB	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ verwendeter Test schon vorhanden und erprobt</li> <li>+ Durchführung der Experimente sind genau dokumentiert</li> <li>+ Ein- und Ausschlusskriterien werden genannt</li> <li>+ Drop-outs werden referenziert</li> <li>+ Ergebnisse werden nachvollziehbar beschrieben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bestimmung der Inter-Rater-Reliabilität bei der Auswertung der Testergebnisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Rekrutierung der erkrankten Probandinnen u.a. aus der normalen Bevölkerung</li> <li>+ Inkludierung von fremdsprachigen Probandinnen</li> <li>+ einheitliche Verwendung von Spielzeug o.Ä. während des Experimentes</li> <li>- Genaue Beschreibung der Rekrutierung fehlt</li> </ul>

- Nachbefragung der Probandinnen nicht ersichtlich oder diskutiert

- gesunde Mütter stammen alle vom gleichen Londoner Stadtteil
- Ausschluss von akut-psychotischen Patientinnen (Minderung der externen Validität)
- kein einheitlicher Filmort (Minderung der internen Validität)
- Nachbefragung der Probandinnen nicht ersichtlich oder diskutiert

Miller et al. (1996). Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. USA

- + Auswahl der Messinstrumente wird nachvollziehbar beschrieben
- + die Interviewführenden werden in der Verwendung der Diagnostik vorgängig geschult
- + Expertenmeinung zu den Probandinnen wird eingeholt

- + gleiche Interviewbedingungen für alle Probandinnen (Steigerung der internen Validität)
- + Rekrutierung aus unterschiedlichen Settings (erkrankte und gesunde Probandinnen)

- + Interviewführende sind nicht Teil des Teams der Forscherinnen und Forscher
- + Drop-outs werden beschrieben
- Datenerhebung nicht nachvollziehbar beschrieben
- Messinstrumente nicht nachvollziehbar beschrieben

- Ausschluss von akut-psychotischen Patientinnen (Minderung der externen Validität)

Riordan et al. (1999). Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders.

GB

- + Ein- und Ausschlusskriterien werden genannt
- + Drop-outs werden referenziert
- + Mängel im Experimentenbescrieb
- + Forschenden trainieren sich in der Verwendung des Codierschemas
- + Ergebnisse nachvollziehbar beschrieben
- Nachbefragung der Probandinnen nicht ersichtlich oder diskutiert

- + Re-Codierung durch einen unabhängigen Forschenden
- + Berechnung und Beschreibung der Inter-Rater-Reliabilität
- + Berechnung und Beschreibung der Intra-Klassen-Korrelation

- + Zeitpunkt der Durchführung definiert und bei allen Probandinnen gleich
- Nachbefragung der Probandinnen nicht ersichtlich oder diskutiert
- keine einheitliche Regelung zur Benützung von Spielzeugen während des Experimentes

Wan et al. (2007). What predicts poor mother–infant interaction in schizophrenia?  
GB

- + Studiendurchführung nachvollziehbar beschrieben
- + Messinstrumente nachvollziehbar beschrieben
- + Ein- und Ausschlusskriterien werden genannt
- + bewertende Person in Bewertungsschema trainiert und unabhängig von der Studiendurchführung

- + Bestimmung und Referenzierung der Inter-Rater-Reliabilität
- + Bestimmung und Referenzierung der Intra-Klassen-Korrelation

- Probandinnen befinden sich alle im klinischen Setting (Minderung der externen Validität)
- Rekrutierung nicht nachvollziehbar beschrieben

## 4.2.2. Qualitative Studien

Tabelle 6

*Gütekriterien qualitative Studien gemäss Lincoln und Guba (1985)*

Studie	Credibility (Glaubwürdigkeit)	Transferability (Übertragbarkeit)	Dependability (Zuverlässigkeit)	Confirmability (Bestätigbarkeit)
Montgomery et al. (2006). Keeping close: mothering with serious mental illness. CAN	+ Feldnotizen gemacht in Ergänzung zu den Audiodateien der Interviews  + Offenes Coding- Schema  - Keine Diskussion mit den Probandinnen; Gegenlesen nicht beschrieben  - Datensättigung wird nicht diskutiert	+ einige demographische Daten zu den Probandinnen bekannt  + Theorie-Praxis- Transfer wird beschrieben  - wenige Zitate vorhanden  - interviewende Forscherin kennt einige Probandinnen	+ Interviewerin ist immer die gleiche Forscherin  + Datenanalyse (Theorie dahinter) beschrieben  + Ergebnisse übersichtlich dargestellt  - Datenanalyse (durchführende Person, Dokumentation der einzelnen Schritte) ungenügend beschrieben	+ Keine vorbestimmten Codes: Codes entstehen aus den erhobenen Daten  - Verifizierung der Datenanalyse durch weitere Forschende unklar / nicht bekannt  - Möglicher Interessenskonflikt der Forschenden nicht beschrieben
Wan et al. (2008). The service needs of mothers with schizophrenia: a qualitative study of	+ Datensättigung wird diskutiert	+ Viele Zitate  + Einige demographischen	+ Datenanalyse wird genau beschrieben	+ Datenerhebende Forschende sind unabhängig und nicht

perinatal psychiatric and antenatal workers. UK	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interviewer analysiert und codiert die Interviews</li> <li>- Diskussion mit den Teilnehmenden nicht beschrieben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Interviewte Personen aus zwei Städten und drei verschiedenen Spitälern</li> <li>- Ort des Interviews vorgegeben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Datenerhebung immer durch die gleiche Person</li> <li>+ Ergebnisse übersichtlich dargestellt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ aus dem medizinischen Bereich</li> <li>- Codes sind im Groben vorgegeben</li> <li>+ Bildung von zwei weiteren Codes direkt aus den Daten, obwohl nicht vorgesehen</li> </ul>
--	---	---	--	---

---

### **4.3. Betreuungsbedarf**

Im nächsten Abschnitt wird der Betreuungsbedarf von an Schizophrenie erkrankten Müttern postpartum anhand von geordneten Themenfeldern aufgeführt. Die Themenfelder stammen aus den Hauptstudien.

#### **4.3.1. Interaktion**

Sowohl Healy, Lewin, Butler, Vaillancourt und Seth-Smith (2006) als auch Riordan, Appleby und Faragher (1999) und Wan et al. (2007) analysieren in ihren Untersuchungen die Interaktion zwischen an Schizophrenie erkrankten Müttern und ihren Säuglingen anhand der „Global Ratings Scales“ Murray et al. (1996). Healy et al. (2006) stellen einen positiven Zusammenhang zwischen Schizophrenie und fehlender maternalen Sensitivität her, was auch von Riordan et al. (1999) als Ergebnis ihrer Untersuchungen genannt wird. Zudem nennen Healy et al. (2006) die Schizophrenie als den ausschlaggebendsten Faktor für fehlende Sensitivität.

Die Interaktion wird von Healy et al. (2006) sowohl im räumlichen, als auch im zwischenmenschlichen Sinne als distanziert beschrieben. Wan et al. (2007) beschreiben die Interaktion aufgrund der Distanz als stumm und fügen an, dass dies aus einer (durch die Krankheit) erschwerten Kommunikation resultieren kann. Auch Riordan et al. (1999) beschreiben die erkrankten Mütter als mehrheitlich in sich gekehrt, wenig engagiert und wortkarg und stellen einen positiven Zusammenhang zwischen der stummen Interaktion seitens der Mutter und dem vermeidenden Verhalten des Säuglings gegenüber jeglichen Personen her. Der verminderte Augenkontakt, wie von Healy et al. (2006) beschrieben, verbildlicht die Schwierigkeit der Kontaktaufnahme und der darauf folgenden Interaktion. Die Erkennung von Emotionen und je nach dem auch die Deutung derjenigen gestaltet sich laut Healy et al. (2006) für an Schizophrenie erkrankte Frauen schwierig bis fast unmöglich. Schlussgefolgert wird, dass dies zu Unverständnis und Inakzeptanz bezüglich des kindlichen Verhaltens führt. Entsprechend ist auch die Empfänglichkeit für Wünsche und Bedürfnisse von Seiten des Säuglings durch die Mutter spärlich bis ausbleibend. Wan et al. (2007) nennen eine aufdringliche und desorganisierte Tendenz bei der Interaktion schizophrener Mütter mit ihren Säuglingen, wodurch sich die Interaktion sowohl für die Mutter als auch für den Säugling unvorhersehbar und weniger entspannt gestaltet.

Alle Studien, welche sich mit der Interaktion beschäftigt haben, beschreiben die Interaktion von an Schizophrenie erkrankten Müttern mit ihren Säuglingen als signifikant defizitär (Healy et al., 2006; Riordan et al., 1999; Wan et al., 2007).

#### **4.3.2. Kommunikation**

In drei von sechs Hauptstudien wird beschrieben, dass sich bei Untersuchungen signifikante Unterschiede in der Interaktion von schizophrenen Müttern und ihren Säuglingen gezeigt haben. In den Ergebnissen der gleichen Studien wird ebenfalls eine Auffälligkeit in der Kommunikation von schizophrenen Müttern mit ihren Säuglingen festgestellt: Sie unterscheiden dabei klar die Interaktion von der Kommunikation, merken aber an, dass sie häufig zusammenspielen. Als Beispiel für eine veränderte Kommunikation schizophrener Mütter mit ihren Säuglingen kann ein signifikant höherer Gebrauch an unpassenden bzw. bizarren Wörtern genannt werden. (Healy et al., 2006; Riordan et al., 1999; Wan et al., 2007)

Riordan et al. (1999) führen aus, dass sich die Kommunikation schizophrener Mütter mit ihren Säuglingen signifikant häufiger in einem ernsteren Charakter äussert, anstatt dem Kindesalter angepasst lustig und unterhaltsam.

Schizophrene Mütter werden in der Studie von Wan et al. (2007) als ruhiger in der Kommunikation und, falls an der Kommunikation beteiligt, als verbal aufdringlicher charakterisiert. Laut den Autorinnen und Autoren unterscheiden sich diese Ergebnisse nicht signifikant von der in der Studie ebenfalls untersuchten Population, welche Frauen mit anderer psychischer Erkrankung beinhaltet; dennoch wird eine Auffälligkeit beschrieben. Auch in der Studie von Riordan et al. (1999) wird die Kommunikation schizophrener Mütter als ruhiger und weniger positiv dargestellt. Ebenfalls schildern Wan et al. (2007), dass schizophrene Mütter ihre Säuglinge häufiger in energischem Tonfall unterbrechen und sie dadurch in eine Stresssituation bringen.

Healy et al. (2006) bemerken eine Auffälligkeit, dass schizophrene Mütter häufig Aussagen verwenden, welche sich inhaltlich um den eigenen Säugling drehen. Die Auffälligkeit ist laut Autorinnen und Autoren nicht signifikant, jedoch trotzdem auffallend häufig.



### 4.3.3. Angst

Montgomery, Tompkins, Forchuk und French (2006) und Wan, Moulton und Abel, (2008) zählen in ihren Studien die Facetten an Verlustängsten auf, welche schizophrene Mütter häufig aufweisen. Für viele betroffene Frauen steht bspw. die Angst vor einer Fremdplatzierung ihrer Säuglinge und gegebenenfalls älterer Kinder im Vordergrund. Montgomery et al. (2006) führen aus, dass die Mütter bewusst versuchen, Krankheitssymptome zu unterdrücken oder zu überspielen, um den Behörden nicht aufzufallen. Weiter wird dargelegt, dass unbetreute Mütter sich nicht trauen, bei offiziellen Anlaufstellen Hilfe zu holen aus Angst aufzufallen und in Folge dessen das Sorgerecht für ihre Kinder zu verlieren.

Wan et al. (2008) erwähnen, dass es für schizophrene Frauen beängstigend sein kann, wenn keine kontinuierliche Betreuung sichergestellt ist, weil sie dann jede Fachperson immer wieder aufs Neue über ihre Krankheit informieren müssen. Viele Frauen reagieren auf solche Stressfaktoren mit sozialem Rückzug und Isolation von der Umwelt.

Wan et al. (2008) heben in ihrer Diskussion ebenfalls hervor, dass viele erkrankte Frauen Angst haben, keine „gute Mutter“ für ihre Kinder zu sein. Diese Aussage deckt sich mit Zitaten von betroffenen Müttern aus der Studie von Montgomery et al. (2006), welche schreiben, dass sich einige Mütter nächtelang mit Fachliteratur über das Mutter-Sein beschäftigen, um den vermeintlich gängigen Ansprüchen an eine Mutter gerecht zu werden.

Schizophrene Mütter sind signifikant häufiger unverheiratet und weisen einen tieferen Ausbildungsabschluss auf als ihre Vergleichsgruppen (Healy et al., 2006) und sind dementsprechend häufiger mit sozialen und finanziellen Verlusten konfrontiert (Miller & Finnerty, 1996). Aufgrund dieser Gegebenheiten nennen Wan et al. (2008) die häufige Konfrontation erkrankter Mütter mit gewollter oder ungewollter Stigmatisierung von Seiten der Gesellschaft oder durch betreuende Fachpersonen. Die Angst vor Stigmatisierung führt bei den betroffenen Müttern zu einer Verstärkung von Angstzuständen und erheblichen Stressmomenten (Montgomery et al., 2006).

## **5. Diskussion**

In der vorliegenden Arbeit wurde der Betreuungsbedarf schizophrener Mütter innerhalb des ersten Jahres nach der Entbindung anhand der aufgeführten Hauptstudien erforscht. Dabei kamen drei Hauptproblemfelder zusammen, welche alle in den Studien mehrfach genannt worden sind und somit einen beträchtlichen Betreuungsbedarf darstellen. Als übergeordnetes Thema kristallisiert sich die mangelhafte postpartale Versorgung heraus. In den folgenden Unterkapitel werden diese beschrieben.

### **5.1. Betreuungsbedarf**

Auf Basis der zusammengetragenen Themenfelder betreffend den Betreuungsbedarf von schizophrenen Müttern werden nachfolgend spezifische NANDA-I Pflegediagnosen, Interventionen aus den NIC und Outcomes aus den NOC angewendet.

#### **5.1.1. Postpartale Versorgung**

Wan et al. (2007) kritisieren die mangelnde bis fehlende Betreuung von schizophrenen Müttern rund um die Geburt. Um die Frauen, die an Schizophrenie erkrankt sind, in diesem Aspekt optimal zu unterstützen, ist ein kontinuierlicher Pflegeprozess von grosser Bedeutung. Die internationalen Pflegediagnosen von NANDA-I nennen die Risikodiagnose „Gefahr eines unzureichenden Schwangerschafts-/Geburts- und Wochenbettverlaufs“, welche den Betreuungsbedarf der Mütter in seiner Ganzheitlichkeit aufgreift und als übergeordnete Pflegediagnose angewendet werden kann (NANDA International, Herdman, Kamitsuru, & Bernhart-Just, 2016). Nachfolgend wird die Risikodiagnose in Tabellenform verdeutlicht.

Tabelle 7

Risikodiagnose „Gefahr eines unzureichenden Schwangerschafts-/Geburts- und Wochenbettverlaufs“ (NANDA International et al., 2016, S. 343)

Risikodiagnose	Gefahr eines unzureichenden Schwangerschafts-/Geburts- und Wochenbettverlaufs
Risikofaktoren	Inkonsequente pränatale Gesundheitskontrollen; unzureichende kognitive Bereitschaft für die Elternschaft, unzureichendes Wissen über den Schwangerschafts-/Geburts- und Wochenbettverlauf, ungeeignetes elterliches Rollenbild; unzureichende pränatale Vorsorge, unzureichendes Unterstützungssystem; geringes Selbstvertrauen der Mutter, Machtlosigkeit der Mutter, psychologischer Distress der Mutter; ungeplante Schwangerschaft, ungewollte Schwangerschaft

Die Risikodiagnose geht sowohl auf das Betreuungsangebot als auch auf die Mutter selbst ein. Wan et al. (2007) zeigen auf, dass Mütter mit Schizophrenie während der postpartalen Phase weniger intensiv betreut werden als gesunde Frauen. Dies deckt sich mit der Aussage von Miller und Finnerty (1996), welche zusätzlich auf den Mangel an Schwangerschaftsbetreuung für schizophrene Mütter hinweisen. Ebenfalls wird von Miller und Finnerty (1996) der Mangel an kontinuierlicher Pflege, vorzugsweise durch dieselbe Pflegefachperson oder Hebamme, und der Mangel an psychiatrischem Fachwissen seitens der Fachpersonen akzentuiert.

Anhand der Risikodiagnose wird verdeutlicht, wo Unterstützungsbedarf besteht. Zur Erreichung einer vollumfänglichen Pflege werden aus den NOC Ziele festgelegt, die anhand der in den NIC festgehaltenen Interventionen erreicht werden können. Die Outcomes sind situativ zu bestimmen und könnten bspw. Code 1839 „Wissen: sexuelles Funktionieren in der Schwangerschaft und nach der Entbindung“ (transl.), 1624 „Postpartales Gesundheitsverhalten: Mutter“ (transl.) und 1810 „Wissen: Schwangerschaft“ (transl.) sein. Alle drei Codes gehen sowohl auf die physische als auch auf die psychischen Komponenten ein und beinhalten zudem die Betreuung und Edukation der Frau bezüglich Schwangerschaft, Geburt und postpartaler Phase. Das Screening der mentalen Verfassung der Mutter sowie der Adaption an das neue Leben und die neuen Rollen stehen im Vordergrund der interprofessionellen Pflege. (Moorhead et al., 2018)

Die Interventionsklasse 6930 „Wochenbettpflege“ (transl.) bezieht sich lediglich auf die ersten sechs Wochen nach der Geburt und beinhaltet allgemeine Interventionen, wie sie von der Wochenbettpflege bekannt sind. (Butcher et al., 2018)

Hebammen treten dabei in ihren Rollen als Health Advocate und Expertin/Experte auf. Die Rolle des Health Advocate besagt, dass die Hebamme frauen- und familienzentrierte Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung und -prävention unter besonderer Berücksichtigung soziokultureller Aspekte wahrnimmt. In der Rolle der Expertin/des Experten ist die Hebamme gemäss Abschlusskompetenz A4 befähigt, regelrichtige Anteile in regelwidrigen Prozessen zu fördern. (Ledergerber et al., 2009)

In Bezug zu den Interventionen aus Code 6930 „Wochenbettpflege“ heisst das, dass die Hebamme trotz bestehender Schizophrenie bei der Wöchnerin die regelrichtigen Veränderungen eines physiologischen Wochenbetts erfasst und unterstützt.

Auch die Pflegefachperson agiert in den Rollen der Expertin/des Experten und des Health Advocates. Der Kompetenzbeschrieb A1 unter Expertin/Experte lautet, dass die Pflegefachperson die notwendige Pflege ausführt, was hier die notwendigen Interventionen zur Aufrechterhaltung des physiologischen Wochenbetts darstellen.

(Ledergerber et al., 2009)

Wichtig ist auch hier die Beobachtung des Verhaltens und der Gefühle der Mutter, denn die ersten Wochen nach der Geburt sind die prekärsten bezogen auf die mentale Verfassung und Rollenveränderung der Frau (Harder, Friedrich, Kirchner, Polleit, & Stiefel, 2015).

Der Code 6612 „Risikoabschätzung: werdende Familie“ (transl.) beinhaltet das Assessment von psychischen Erkrankungen und vorgängigen Ereignissen, die das Elternsein erschweren könnten (Butcher et al., 2018). Für ungewollte oder ungeplante Schwangerschaften, welche laut Miller und Finnerty (1996) bei an Schizophrenie erkrankten Frauen gehäuft vorhanden sind, sollen zusätzliche Gespräche angeboten werden. Vieles geschieht dabei auf kommunikativer sowie beratender Ebene. Ziel ist es, die Frau ganzheitlich mit ihrer Familie und ihrer Lebensgeschichte zu erfassen und zu verstehen. Interaktionen zwischen Mutter und Säugling werden beobachtet und wenn nötig unterstützt.

Die Pflegefachperson agiert in den Rollen der Expertin/des Experten, der Kommunikatorin/des Kommunikators, der Teamworkerin/des Teamworkers und der/des Lehrenden. Als Expertin/Experte erhebt die Pflegefachperson gemäss der Abschlusskompetenz A1 den pflegerischen Handlungsbedarf, wie dies bspw. mithilfe

eines strukturierten Fragebogens mit den zu erhebenden Punkten unter 6612 „Risikoabschätzung: werdende Familie“ gemacht werden kann. Entsprechend handelt die Pflegefachperson auch als Kommunikatorin/Kommunikator B2, indem sie versucht, zusammen mit der betroffenen Frau ein gemeinsames Verständnis für die Pflegesituation zu entwickeln. Es muss sichergestellt werden, dass die Pflegefachperson alle Informationen richtig verstanden hat, und dass die erkrankte Frau weiss, wo gemäss professioneller Meinung der Pflegefachperson Handlungsbedarf besteht. Dies überschneidet sich gewissermassen mit der Abschlusskompetenz F2 unter Lernende/Lehrende, wo die Pflegefachperson den Lernbedarf der erkrankten Mutter identifiziert. Als Teamworkerin/Teamworker C4 stellt die Pflegefachperson bei allen Handlungen unter den einzelnen CanMEDS-Rollen ihre professionelle Kompetenz der Patientin zur Verfügung. (Ledergerber et al., 2009)

Die Hebamme erfasst als Expertin/Experte A2 bzw. A3 regelabweichende bzw. regelwidrige Prozesse. Indem die Hebamme alle Fragen unter 6612 „Risikoabschätzung: werdende Familie“ beantworten kann, ist sie in der Lage, die Probleme bezüglich des Eltern-Seins zu erfassen. Auf die Erfassung der Probleme folgt das Erkennen von Schnittstellen mit weiteren Fachpersonen, was z.B. die psychiatrische Spitex sein kann. Als Kommunikatorin/Kommunikator B4 wendet sie verschiedene Kommunikationstechniken an, was auf die Beantwortung der aufgeführten Punkte „Erfassung der Probleme“ und „Erkennen von Schnittstellen“ zutreffen kann. (Ledergerber et al., 2009)

### **5.1.2. Interaktion**

In der Fachliteratur sind zahlreiche Gründe bekannt, welche das Unvermögen der Mütter, eine physiologische und angemessene Interaktion zu ihren Säuglingen zu führen, erklären. Riordan et al. (1999) nennen vor allem Medikamente, dominante Symptome der Erkrankung sowie gewisse Persönlichkeitsmerkmale der Mütter als hindernd in der Interaktion. Auch Eigenerfahrung in der Erziehung oder weitere soziale Variablen können einschränkend wirken.

Townsend (2012) beschreibt die Entstehung eines Autismus im Verlauf der Erkrankung als häufig auftretendes und dominantes Symptom. Die Erkrankte richtet dabei ihre Aufmerksamkeit nach innen und schafft sich ihre eigene Welt. Dass sich Interaktion auf Basis dieser Wahrnehmung als schwierig gestalten kann, ist bekannt und verbreitet.

Ebenfalls nennt Townsend (2012) soziokulturelle Faktoren und belastende Lebensereignisse als einerseits prädisponierend für die Entstehung einer schizophrenen Störung, andererseits auch als Ursache für erschwerte Interaktionsfertigkeiten. Ob Riordan et al. (1999) unter „soziale Variablen“ ähnliche oder gleiche Punkte verstanden haben, kann lediglich gemutmasst werden. Healy et al. (2006) sowie Wan et al. (2007) stellen keine Vermutung bezüglich eines Zusammenhangs zwischen sozialen Variablen und erschwerter Interaktion auf; einzig erwähnen Healy et al. (2006), dass erschwerte Interaktion eine Erklärung für mögliche Stigmatisierung und Ausgrenzung sein kann. Für die Unterstützung von an Schizophrenie erkrankten Müttern im Umgang und in der Interaktion mit ihren Säuglingen empfehlen Riordan et al. (1999) und Healy et al. (2006) ein Training zum Erlernen von Erziehungs Kompetenzen. Es wird jedoch nicht ausgeführt anhand welcher spezifischen Interventionen dieses Training erfolgen soll. Auch Wan et al. (2007) beurteilen verhaltens- und interaktionsbezogene Interventionen als sinnvoll, deklarieren aber klar, dass diese weiteren Forschungsbedarf haben.

Im Gegensatz dazu präsentiert die Fachliteratur einige Ansätze, um die Mutter-Kind-Interaktion zu unterstützen. NANDA International et al. (2016) führen in der Domäne „Rollenbeziehung“ Pflegediagnosen auf, welche Schwierigkeiten mit Rollenfindung, Erziehungsfragen und Interaktion aufzeigen. Nennenswert für die Unterstützung schizophrener Mütter sind die Pflegediagnosen „Beeinträchtigte elterliche Fürsorge“, „Gefahr einer beeinträchtigten elterlichen Fürsorge“, im Verlauf der Betreuung „Bereitschaft für eine verbesserte elterliche Fürsorge“ sowie „Gefahr einer beeinträchtigten Bindung“. Charakteristisch für diese Pflegediagnosen ist die Fokussierung auf das Umfeld eines Kindes, in welchem es optimal aufwachsen und sich entwickeln kann. Als bestimmende Merkmale werden dabei explizit beeinträchtigte Eltern-Kind-Interaktionen, verminderte Liebkosungen sowie unzureichende Reaktionen auf Signale des Säuglings genannt. „Vorgeschichte einer psychischen Krankheit“ ist als beeinflussender Faktor aufgeführt.

Zur Verdeutlichung ist im Folgenden die Pflegediagnose „Beeinträchtigte elterliche Fürsorge“ mit den für die Schizophrenie wichtigsten Punkten im PES-Format dargestellt.

Tabelle 8

*Pflegediagnose „Beeinträchtigte elterliche Fürsorge“ im PES-Format (NANDA International et al., 2016, S. 310-312)*

Problem	Beeinträchtigte elterliche Fürsorge
Einflussfaktoren	unzureichende Kommunikationsfähigkeit; unzureichende Reaktion auf Signale des Säuglings; Vorgeschichte einer psychischen Krankheit; unzureichende pränatale Vorsorge; unwirksame Coping-Strategien; unzureichende Ressourcen; soziale Isolation; Stressoren; ungeplante Schwangerschaft
Symptome	verminderte Fähigkeit, mit dem Kind umzugehen; verminderte Liebkosungen; mangelnde Eltern-Kind-Interaktion; ungeeignete Organisation der Kinderbetreuung; vernachlässigt die Bedürfnisse des Kindes

An Schizophrenie erkrankte Mütter weisen jedoch nicht nur im Umgang und der Interaktion mit den eigenen Säuglingen Defizite auf, sondern auch in der Einschätzung von Emotionen erwachsener Personen (Healy et al., 2006) und in der Interaktion mit ihnen. Das führt zu einem beeinträchtigten sozialen Verhalten von schizophrenen Frauen mit ihrem näheren Umfeld sowie als Konsequenz davon mit der Gesellschaft. Die Pflegediagnose „Beeinträchtigte soziale Interaktion“ nennt sowohl eine übermäßige als auch eine ungenügende Qualität oder unzureichende Quantität des sozialen Austausches. Als beeinflussende Faktoren sind „Kommunikationshindernis“ sowie „gestörte Denkprozesse“ aufgeführt. (NANDA International et al., 2016)

Unter „gestörten Denkprozessen“ kann man den von Townsend (2012) beschriebenen Autismus verstehen, aber auch die bei Schizophrenie oft auftretenden unangemessenen Affekte, welche mit „flach“ und „ausdruckslos“ beschrieben werden. Healy et al. (2006) beschreiben die durch die ausdruckslosen Affekte entstandene Interaktion als stumm sowie als räumlich und zwischenmenschlich distanziert.

In den NIC finden sich verschiedene Codes passend zu den oben erwähnten Pflegediagnosen von NANDA-I. In Bezug auf die Gefahr einer eingeschränkten elterlichen Fürsorge oder einer eingeschränkten Bindung lassen sich die Codes 6820 „Säuglingspflege“ (transl.) und 6826 „Säuglingspflege: Frühgeborenes“ (transl.) anwenden. Beide Codes beinhalten Interventionen im Bereich Bonding, altersgerechte Erziehung und angepasster Pflege des Säuglings. Die Interventionen im Code 6820

„Säuglingspflege“ gehen dabei spezifisch auf die Pflege eines Säuglings bis und mit Abschluss des ersten Lebensjahres ein. (Butcher et al., 2018)

Gemäss Butcher et al. (2018) sollte die Bezugsperson ermutigt werden, sich an der Pflege und den kindlichen Aktivitäten (bspw. Spielen) zu beteiligen und während der Pflege mit dem Säugling zu sprechen. Auch hier agiert die Hebamme als Expertin/Experte A4, indem regelrichtige Anteile in regelabweichenden oder -widrigen Situationen gefördert werden (Ledergerber et al., 2009). Das heisst, dass schon bestehende Anteile einer regelrichtigen Interaktion gezielt gefördert werden, wie z.B. das Ermutigen der Frau, während der Pflege mit dem Säugling zu sprechen und zu interagieren. Bei schizophrenen Müttern muss hierbei die Kommunikation separat betrachtet und mit spezifischen Interventionen unterstützt werden.

Um die körperliche Distanz, wie von Healy et al. (2006) beschrieben, abzuschwächen, wird empfohlen, die Mutter in visueller, akustischer, taktiler und kinetischer Stimulation gegenüber dem Säugling zu unterstützen (Butcher et al., 2018). Sowohl die Pflegefachperson als auch die Hebamme kann die erkrankte Mutter dabei unterstützen, indem sie bspw. die ersten taktilen Stimulationen mit der Mutter zusammen ausführt. Der verminderte Augenkontakt, wie Healy et al. (2006) beschreiben, kann sowohl durch die visuelle Stimulation als auch durch die in Code 6826 „Säuglingspflege: Frühgeborenes“ beschriebene Unterstützung im Erreichen der visuellen Aufmerksamkeit des Säuglings unterstützt werden.

Die Pflegefachperson unterstützt die erkrankte Mutter mit den genannten Interventionen in ihrer Rolle als Health Advocate in der Abschlusskompetenz E3. Diese besagt, dass vorhandene Mittel differenziert und individuell in die Krankheitsbewältigung oder in die Erhaltung von Lebensqualität eingesetzt werden. In der Betreuung einer an Schizophrenie erkrankten Frau heisst das, dass vorhandene Anteile einer physiologischen Interaktion gefördert werden. (Ledergerber et al., 2009)

Obwohl sich die Interventionen im Code „Säuglingspflege: Frühgeborenes“ auf Frühgeburten beziehen, lassen sich einige auch in der Unterstützung von an Schizophrenie erkrankten Müttern anwenden: Die Information über die kindliche Entwicklung ist auch bei gesunden Müttern mit termingeborenen Kindern wichtig, jedoch weisen psychisch erkrankte Mütter häufiger Unwissen in (Teil)Aspekten der kindlichen Entwicklung auf (Montgomery et al., 2006). Entsprechend sinnvoll und wichtig ist eine ausführliche, aber für die erkrankte Mutter verständliche Information über die kindliche Entwicklung.



Sowohl die Hebamme als auch die Pflegefachperson ist dabei in der Rolle der Kommunikatorin/des Kommunikators präsent. Während im Abschlusskompetenzbeschrieb der Pflege das Erreichen eines gemeinsamen Verständnisses für die Pflegesituation im Vordergrund steht (B2), wird die Aufgabe der Hebamme in der Abschlusskompetenz B4 beschrieben: Das Erreichen eines grösstmöglichen Verständnisses wird durch angemessene Kommunikationstechniken fokussiert. (Ledergerber et al., 2009)

Es fällt also auf, dass beide Berufsgruppen ein inhaltliches Verständnis von Seiten der Patientin erreichen möchten, der Weg zum Ziel jedoch unterschiedlich formuliert wird. Ebenfalls wichtig erscheint die Unterstützung im Bonding zwischen Mutter und Säugling. Durch das Ermöglichen von Körperkontakt kann sowohl die körperliche Distanz als auch die Gefahr einer beeinträchtigten Bindung vermindert werden. Es wird jedoch als sinnvoll beschrieben, die Mütter auch über Stresszeichen von Seiten des Säuglings aufzuklären, um kindliche Überlastungssituationen zu vermeiden. (Butcher et al., 2018)

Gerade bei schizophrenen Müttern, welche Tendenzen zur Aufdringlichkeit zeigen (Wan et al., 2007) oder unter emotionaler Ambivalenz leiden können (Townsend, 2012), ist es wichtig, Grenzen zu definieren. Nur so kann ein übertriebener Körperkontakt vermieden werden.

Um die defizitäre Erkennung von Emotionen (Healy et al., 2006) im Positiven zu unterstützen, wird die elterliche Instruktion über die kindlichen Zeichen und die physische und psychische Verfassung des Säuglings empfohlen. Gegenüber erwachsenen Personen soll die erkrankte Mutter versuchen, ihre Stärken und Schwächen bezüglich Interaktion und Kommunikation zu formulieren. In einem ersten Schritt kann dabei angestrebt werden, dass sich die Erkrankte in schon bestehenden Beziehungen im nahen Umfeld darin übt, während das Ziel des zweiten Schrittes ist, neue Beziehungen zu knüpfen und dabei die Stärken und Schwächen klar zu kommunizieren. Dies setzt jedoch voraus, dass sich die erkrankte Mutter über ihre Schwierigkeiten bewusst ist und dass eine Kommunikation in angemessenem Rahmen stattfinden kann. (Butcher et al., 2018)

Um neue Beziehungen aufzubauen, muss sich häufig die Umgebung der Erkrankten ändern. Gemäss dem Verband der Spitex Zürich liegt es dabei in der Kompetenz einer psychiatrischen Spitex, die Frau auf einem Spaziergang zu begleiten oder mit ihr ein Mutter-Kind-Treffen zu besuchen ('Psychiatriespitex Zürich', o.J.). Im CanMEDS-Rollenmodell lassen sich diese Interventionen in der Rolle Health Advocate verordnen. Die Pflegefachperson ist demzufolge befähigt, gesundheits- und lebensqualitätsbezogene

Anliegen der Patientin zu unterstützen, indem sie Konzepte zur Gesundheitsförderung einsetzt. (Ledergerber et al., 2009)

Mithilfe der NOC (Moorhead et al., 2018) lassen sich die durchgeführten Interventionen auf die Erreichung der definierten Ziele überprüfen. Die Codes 1500 „Eltern-Kind-Bindung“ (transl.), 2211 „Umsetzung elterlicher Fürsorge“ (transl.) und 2904 „Umsetzung elterlicher Fürsorge: Kind“ (transl.) können dabei mit kleinen Anpassungen übernommen werden. Es wird spezifisch evaluiert, ob Körperkontakt zwischen Mutter und Säugling besteht und ob eine altersgerechte Interaktion stattfindet. Dazu gehört die Beurteilung von Augenkontakt, Stimulation, Spiel sowie die Reaktion auf kindliche Zeichen. Die NOC beurteilen lediglich das Vorhandensein einer Reaktion und nicht die Anpassung an die gesellschaftlichen Normen, das „korrekte Verhalten“. Montgomery et al. (2006) beschrieben die Schwierigkeit, dieses gesellschaftlich anerkannte Verhalten zu erfassen, da keine genaue Definition dazu vorhanden ist.

In den oben aufgeführten Codes 2211 „Umsetzung elterlicher Fürsorge“ und 2904 „Umsetzung elterlicher Fürsorge: Kind“ werden die Schwerpunkte ebenfalls auf die Auswertung der altersgerechten Stimulation und Interaktion gelegt, was bspw. die Interaktion zur Förderung der kindlichen Sprachentwicklung beinhaltet.

Die erlernten sozialen Interaktionsfähigkeiten können mithilfe des Codes 1502 „Soziale Interaktionsfähigkeit“ (transl.) ausgewertet werden. (Moorhead et al., 2018)

### **5.1.3. Kommunikation**

Das Thema der Kommunikation spielt laut Townsend (2012) in allen Bereichen der Pflege, aber vor allem in der psychiatrischen Pflege eine grundlegende Rolle. Vor allem Schizophrene zeigen eine breite Palette an Kommunikationsmustern oder eingeschränkter verbaler Kommunikation.

In den NANDA-I findet sich der Code „beeinträchtigte verbale Kommunikation“, der im Folgenden im gängigen PES-Format dargestellt ist (NANDA International et al., 2016).

Tabelle 9

*Pflegediagnose „beeinträchtigte verbale Kommunikation“ im PES-Format (NANDA International et al., 2016, S. 293-294)*

Problem	Beeinträchtigte verbale Kommunikation
Einflussfaktoren	Veränderte Wahrnehmung, verändertes Selbstkonzept; emotionale Störung; psychotische Störung
Symptome	Fehlender Blickkontakt; Schwierigkeit, Gedanken sprachlich auszudrücken; Schwierigkeit, Sätze zu formulieren; Schwierigkeit der selektiven Aufmerksamkeit; Schwierigkeit, sich sprachlich auszudrücken; unangemessene Ausdrucksweise

Obwohl im Kapitel 4.3.2 die Variabilität der Kommunikationsdefizite schizophrener Mütter aufgezeigt wird, findet sich in den NANDA-I lediglich der Code „beeinträchtigte verbale Kommunikation“, der das Problem aufgreift. Er beinhaltet jedoch alle in den Studien ermittelten Defizite und fasst sie zusammen. Des Weiteren nennt er ergänzende Symptome, welche ebenfalls zu einer eingeschränkten Kommunikation führen können, wie z.B. die Weigerung zu sprechen (NANDA International et al., 2016). Laut Townsend (2012) kann dies auch bei Schizophrenen der Fall sein. Folglich lässt sich mutmassen, dass jegliche Probandinnen, welche sich geweigert haben, eine Kommunikation mit ihren Säuglingen zu beginnen, von den Forschenden der Hauptstudien aus den Untersuchungsreihen ausgeschlossen worden sind. Eine potentielle Erklärung dafür könnte der Ausschluss von akut-psychotischen Patientinnen sein, wie Healy et al. (2006) in der Beschreibung der Validität nennen. Riordan et al. (1999) beschreiben ihre Population als Frauen, welche sich nicht mehr in der akuten Phase einer psychischen Krankheit befinden. Ob sie damit ebenfalls den Ausschluss von akut-psychotischen Patientinnen meinen, kann lediglich vermutet werden. Wan et al. (2007) äussern sich nicht dazu.

Der NANDA-I-Code „Bereitschaft für eine verbesserte Kommunikation“ wird durch einen einzigen Einflussfaktor beschrieben. Demzufolge muss die Patientin oder der Patient den Wunsch äussern, die Kommunikation zu verbessern. (NANDA International et al., 2016) Grundlegend dafür ist jedoch die Krankheitseinsicht bzw. das Erkennen, dass ein Defizit in der Kommunikation vorhanden ist. Dies ist gerade im psychiatrischen Setting oft schwierig zu erreichen, kann jedoch anhand von Interventionen, welche auf die Verbesserung der Kommunikation abzielen, angestrebt werden. Folglich kann die Pflegediagnose

„Bereitschaft zur verbesserten Kommunikation“ nach einer Evaluation mit den NOC ergänzend zur Pflegediagnose „beeinträchtigte verbale Kommunikation“ eingesetzt werden. Dies entspricht einer professionellen Pflege, welche relevante Diagnosen und Interventionen definiert und durchführt (Bernhart-Just, 2013).

Unter 4976 „Kommunikationsverbesserung: Sprachbehinderung“ (transl.) findet sich in der NIC bspw. die Intervention, das von der Patientin Gesagte laut zu wiederholen, um die inhaltliche Exaktheit zu überprüfen (Butcher et al., 2018). Es wird nicht beschrieben, ob es sich dabei um Paraphrasieren oder um eine Wort-für-Wort-Wiederholung handelt. Auch Townsend (2012) nennt diese Intervention und fügt an, dass dadurch versucht werden kann, das Kommunikationsmuster zu entschlüsseln. Ebenfalls kann im Zuge dessen der Erkrankten deutlich gemacht werden, wie sie von anderen wahrgenommen wird bzw. wie ihre Kommunikation auf andere wirken kann. Es soll immer dafür gesorgt werden, dass diese Erklärungs- und Klärungsversuche nicht in bedrohlicher Weise durchgeführt werden, um die Erkrankte nicht zu ängstigen (Townsend, 2012). Diese Interventionen können vor allem bei Schizophrenen mit einer aufdringlichen, unverständlichen und bzw. oder unlogischen Kommunikation angewandt werden.

Sowohl bei stillen als auch bei äusserst kommunikativen Patientinnen kann die betreuende Fachperson laut Butcher et al. (2018) langsam und in einfachen Sätzen mit der Betroffenen sprechen. Die Betroffene kann ermutigt werden, ebenfalls langsam zu sprechen, mit dem Ziel, dass die Kommunikation logischer und geordneter aufgebaut wird. Laut Townsend (2012) hängt es von der Atmosphäre zwischen betreuender Fachperson und Erkrankter ab, ob Interventionen den gewünschten Effekt erreichen oder nicht.

Folglich nennen sowohl Butcher et al. (2018) und Townsend (2012) als einzeln aufgeführte Intervention die Gestaltung einer bedürfnisorientierten Atmosphäre, welche vor allem durch Offenheit und Respekt, aber auch durch das Ausschliessen von externen Störfaktoren (wie z.B. Lärm) charakterisiert wird. Wenn möglich sollte immer die gleiche Fachperson für die Erkrankte zuständig sein, um ein Vertrauensverhältnis zu schaffen, welches dann wiederum zu einer offenen Atmosphäre führen kann.

Sowohl die Hebamme als auch die Pflegefachperson treten als Health Advocate auf, indem sie Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung soziokultureller Aspekte betreiben (Hebamme) oder indem sie die Interessen der Patienten vertreten (Pflege). Das Herstellen einer vertrauensvollen Atmosphäre fällt bei beiden Professionen unter die Rolle der Kommunikatorin/des Kommunikators. (Ledergerber et al., 2009)

In den NOC findet sich das Evaluationsraster 0903 „Kommunikation: expressive“ (transl.). Anhand der im Zusammenhang mit der Schizophrenie nennenswerten Indikatoren wie z.B. der Überprüfung der inhaltlichen Klarheit des Gesagten oder des korrekten Adressierens der Botschaft mit situativ angepasstem Inhalt kann die Effektivität der durchgeführten Interventionen überprüft werden. (Moorhead et al., 2018)

Im Kapitel „Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung“ (transl.) in den NOC finden sich viele Unterthemen: Durch die Evaluation anhand des Codes 3002 „Klientenzufriedenheit: Kommunikation“ (transl.) wird vor allem die Kommunikation von Seiten Pflege oder Hebammen betrachtet. Durch einzelne Indikatoren, wie z.B. das Ansprechen der Patientin mit dem bevorzugten Namen, kann sowohl die Kommunikation als auch die Gestaltung einer offenen Atmosphäre evaluiert werden. Ebenfalls wird geprüft, ob die Gesundheitsfachperson die Informationen verständlich kommuniziert hat (bspw. Interventionen in Bezug auf die beeinträchtigte verbale Kommunikation) und ob Raum für Fragen vorhanden war. Letzteres dient sowohl der Evaluation der Kommunikation als auch der Atmosphäre.

Die Wirksamkeit der (Eins-zu-Eins-)Betreuung lässt sich unter anderem durch den Code 3003 „Klientenzufriedenheit: Kontinuität von Versorgung“ (transl.) überprüfen. Als einzelne Indikatoren können hierbei der Einschluss der Familie in den Behandlungsplan oder die (interprofessionelle) Zusammenarbeit der Gesundheitsfachpersonen genannt werden. (Moorhead et al., 2018)

#### **5.1.4. Angst**

Aus dem Kapitel 4.3.3 geht hervor, dass eine unverhältnismässige Bewertung von Stressoren die Basis für die Überforderung und Angstzustände schizophrener Mütter sein kann. Montgomery et al. (2006) sowie Wan et al. (2008) beschreiben die Überforderung und Angst aus der Sicht der Erkrankten vor allem aufgrund gesellschaftlicher Vorkommnisse wie z.B. Stigmatisierung oder Diskriminierung. Townsend (2012) fügt an, dass der Bezug jeglicher Vorkommnisse auf die eigene Person ein typisches Symptom der Schizophrenie ist. Das heisst also, dass Vorkommnisse, welche zwar nicht stigmatisierend beabsichtigt waren, von den erkrankten Frauen jedoch als stigmatisierend wahrgenommen werden können. Es heisst aber nicht, dass es keinerlei Stigmatisierung gibt und die erkrankten Frauen alles falsch bewerten.

Es ist deshalb wichtig, einerseits die erkrankten Frauen in der verhältnismässigen Bewertung von Stressoren zu unterstützen und andererseits die Gesellschaft und vor allem das Fachpersonal aufzuklären, um Stigmatisierung zu verhindern.

In der Literatur findet sich die unverhältnismässige Bewertung von Stressfaktoren unter dem Kapitel „unwirksames Coping“ (NANDA International et al., 2016).

Tabelle 10

*Pflegediagnose „unwirksames Coping“ im PES-Format (NANDA International et al., 2016, S. 358-359)*

Problem	Unwirksames Coping
Einflussfaktoren	nicht in der Lage sein, Kräfte für die Anpassung zu schonen; falsche Bedrohungsbeurteilung, unzureichendes Vertrauen in die Fähigkeit mit einer Situation umzugehen; unzureichendes Gefühl der Kontrolle; Unsicherheit
Symptome	Veränderung des Kommunikationsmusters; Schwierigkeiten, Informationen zu organisieren; nicht in der Lage sein, nach Hilfe zu fragen; nicht in der Lage sein, den Rollenerwartungen zu entsprechen; unzureichendes zielgerichtetes Verhalten; unzureichendes Problemlösungsverhalten; unzureichende Problemlösungsfähigkeit

Unter „falsche Bedrohungsbeurteilung“ kann z.B. die Angst vor einer Fremdplatzierung des Kindes verstanden werden, obwohl dafür objektiv betrachtet kein ersichtlicher Grund vorhanden ist.

Schizophrene können den Stressoren solche Priorität zuweisen, dass sich das Gefühl von „Überforderung“ zu „Angst“ steigert. Dies kann aufgrund der neuen Rolle als Mutter und den dazugehörigen Anpassungen an einen neuen Lebensstil entstehen.

Bulechek et al. (2016) beschreiben viele Interventionen unter Code 5230

„Copingverbesserung“. Nicht alle Interventionen sind für an Schizophrenie erkrankten Frauen geeignet. Für Schizophrene wird es schwierig sein, sich selbstständig ein realistisches Bild der neuen Rolle zu machen, weil sie oft schon Schwierigkeiten haben, sich in bestehenden Situationen einzuschätzen. Ein ruhiges Vorgehen oder das Ermutigen der Patientin, an sozialen und gemeinschaftlichen Tätigkeiten teilzunehmen, um somit einen sozialen Rückzug zu vermeiden, können bei Schizophrenen vorteilhaft sein. Mithilfe der Interventionen aus den NIC unter dem Code 5400 „Selbstwertgefühlsverbesserung“

(transl.) können betroffene Mütter einerseits in ihrer Rolle als Erkrankte, andererseits als Mutter und als Individuum gestärkt und unterstützt werden. Eine nennenswerte Intervention ist, dass man der erkrankten Mutter die Möglichkeit gibt, mit einer positiven Erfahrung die eigene Autonomie wahrzunehmen. Ebenfalls sollte die Mutter unterstützt werden, sich realistische Ziele hinsichtlich der Kindererziehung oder auch lediglich des alltäglichen Lebens zu setzen, um ihr eigenes Können zu erkennen. (Butcher et al., 2018)

Die Stärkung der Autonomie der Patientin lässt sich in den Abschlusskompetenzen der Pflege unter mehreren Rollen verordnen: Als Expertin/Experte A1 ist die Pflegefachperson befähigt, den Pflegebedarf zu erfassen und die damit anfallenden Aufgaben zu delegieren. Die Delegation kann an viele Stellen erfolgen: Einerseits kann die erkrankte Frau selbst aufgefordert und dabei begleitet werden, einige Aufgaben zu erledigen. Andererseits kann auch die Hebamme anfallende Interventionen übernehmen, wenn sie mit ihrem fachlichen Hintergrund das Problem interpretiert. In diesem Fall arbeitet die Pflegefachperson oder die Hebamme als Teamworkerin/Teamworker. In der Rolle der Kommunikatorin/des Kommunikators B1 pflegt die Pflegefachperson eine vertrauensvolle Beziehung mit der erkrankten Frau und arbeitet gemeinsam mit ihr Lösungsvorschläge aus. Schon der Prozess des gemeinsamen Suchens nach einer Lösung kann für die erkrankte Frau ein Zeichen von Autonomie sein. Zu einem Grossteil agiert die Pflegefachperson jedoch in der Rolle des Health Advocates. Gemäss Abschlusskompetenz E3 ermutigt sie die Patientin, vorhandene Ressourcen zu nutzen und für die Gesundheitsförderung einzusetzen. Die Hebamme fördert in der Rolle der Expertin/des Experten A4 die physiologischen Aspekte der Situation. Das heisst, dass sie die erkrankte Frau ermutigt, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen (Health Advocate E2), um ihr das eigene Können und die Autonomie greifbar zu machen. (Ledergerber et al., 2009)

Weil die Ängste zu einem Grossteil auf der psychischen Erkrankung beruhen, lassen sich die Interventionen auf einer breiteren Basis der Abschlusskompetenzen der Pflege abstützen als bei den Hebammen.

Bei allen genannten Pflegeinterventionen ist wichtig, die Erkrankten eng zu begleiten und ihnen positive Feedbacks zu geben, um so ihre Compliance aufrecht zu erhalten bzw. zu erhöhen. Diese Aussage deckt sich mit den beschriebenen Erfahrungen aus Wan et al. (2008).

Anhand des Codes 1302 „Coping“ in den NOC können die durchgeführten Interventionen evaluiert werden. Dabei wird geachtet, ob es gelungen ist, gemeinsam mit der erkrankten Mutter Coping-Strategien zum Umgang mit Stressoren zu entwickeln. Weiter wird

evaluiert, ob die Mutter in der Lage ist, sich bei anhaltendem Stress auswärtige Hilfe zu holen, ohne dabei Angst zu haben, ihren Säugling zu verlieren. (Moorhead et al., 2018) Townsend (2012) beschreibt die Pflegediagnose „gestörte Denkprozesse“, die im Folgenden an eine mögliche mütterliche Situation, im PES-Format formuliert, angepasst wird.

Tabelle 11

*Pflegediagnose "gestörte Denkprozesse" im PES-Format (Townsend, 2012 S. 222-223).*

Problem	Gestörte Denkprozesse
Einflussfaktoren	Panische Angst, Angst zu Vertrauen, unterdrückte Ängste; Stress
Symptome	Unfähigkeit sich zu konzentrieren, veränderte Aufmerksamkeitsspanne (Ablenkbarkeit); unzutreffende Interpretation der Umwelt; Eingeschränkte Fähigkeit Entscheidungen zu treffen/Probleme zu lösen; unangemessenes Sozialverhalten; inadäquates/unrealistisches Denken

Ängste gehören nach Townsend (2012), wie bei einem Grossteil von psychischen Erkrankungen, zu den möglichen Symptomen einer Schizophrenie. Der Zusammenhang von starken Ängsten und gestörten Denkprozessen wird in Fachbereichen diskutiert (Townsend 2012).

Massnahmen können an die Patienteninnensituation angepasst werden und beinhalten einerseits die Akzeptanz der gestörten Gedankengänge durch die Fachperson und andererseits die Vermittlung der eigenen Ansicht. Der Satz, „Ich nehme wahr, dass Sie Stimmen hören, ich persönlich kann sie jedoch nicht hören.“, kann in dieser Hinsicht eine mögliche Vorgehensweise darstellen. Das Stichwort „begründetes Zweifeln“ findet hier seinen Nutzen. Auf diese Weise kann ein Realitätsbezug erreicht werden. Weiter sollen die Überzeugungen der Patientin weder diskutiert noch verleugnet werden. Der Realitätsbezug kann ebenfalls durch das Lenken der Aufmerksamkeit und dem Fokus auf die Realität erreicht werden. Ein Beispielsatz wäre: „Schauen Sie sich einmal um. Wo befinden Sie sich?“. Auf diese Weise wird die Patientin aufgefordert, ihre Aufmerksamkeit in die Realität zu richten. Gleichzeitig kann dabei ihre Autonomie gestärkt werden. Grundsätzlich ist es bei gestörten Denkprozessen wichtig, die Patientin zu motivieren, ihre Gedanken, Wahrnehmungen und Gefühle auszusprechen. (Townsend, 2012)



Codes wie 6510 „Halluzinationsmanagement“ (transl.) und 5390 „Selbsteinschätzungsverbesserung“ (transl.) decken sich mit den Massnahmen von Townsend (2012) und heben die Wichtigkeit der professionellen Beziehung, der genauen Beobachtung der Patientin und der offenen Gesprächsführung hervor. (Butcher et al., 2018)

Hebammen agieren, wenn überhaupt, im Beispiel des Halluzinations-Managements in der Rolle der Kommunikatorin/des Kommunikators. Die Abschlusskompetenz B3 beschreibt, dass Hebammen fähig sind, während rasch wechselnden Situationen die Kommunikation in einer professionellen Qualität aufrecht zu erhalten. In einer Phase von Halluzination seitens der Patientin kommuniziert die Hebamme offen und leitet gleichzeitig weitere Schritte ein. Es ist jedoch wichtig anzumerken, dass akute Halluzinationen die Kompetenzen der Hebamme übersteigen. In der Rolle der Teamworkerin/des Teamworkers erfasst die Hebamme in diesem Fall die Schnittstellen mit weiteren Professionen und überweist die erkrankte Frau an Fachstellen. Wenn eine interprofessionelle Zusammenarbeit erfolgt ist, kann die Hebamme in der Rolle der Expertin/des Experten A4 die physiologischen Anteile der Situation fördern, indem sie z.B. versucht, einen Realitätsbezug herzustellen.

Die Pflegefachperson agiert in der Expertenrolle, der Rolle der Kommunikatorin/des Kommunikators und der Teamworkerin/des Teamworkers. Als Expertin/Experte erkennt sie den Handlungsbedarf, formuliert die darauf folgenden Interventionen und führt diese durch. Dies kann z.B. der Versuch sein, Realitätsbezug herzustellen. Die Pflegefachperson ist gemäss Abschlusskompetenz B2 und B4 in der Rolle der Kommunikatorin/des Kommunikators ebenfalls fähig, gemeinsames Verständnis der Situation herzustellen und ihre Wahrnehmung mit der Patientin zu teilen. Folgt eine Entscheidungsfindung im interprofessionellen Team, beteiligt sich die Pflegefachperson in ihrer Rolle als Teamworkerin/Teamworker C3 daran. (Ledergerber et al., 2009)

Zur Evaluation von angewendeten Massnahmen können folgende Codes der NOC angewendet werden: Code 2109 „Ausmass von Unbehagen“ (transl.) und Code 1403 „Selbstkontrolle bei Denk-/Wahrnehmungsverzerrung“ (transl.) (Moorhead et al., 2018). Dabei wird die psychische Verfassung der Mütter erfasst. Ebenfalls wird ausgewertet, ob die erkrankte Mutter fähig ist, Symptome (z.B. Angst, Überforderung, Halluzinationen) zu erkennen und Massnahmen zu deren Reduktion anzuwenden.

Präventive Interventionen unter dem Code 5100 „Sozialisationsverbesserung“ (transl.) zielen darauf ab, sozialen Rückzug zu vermeiden oder nach erfolgtem Rückzug eine

soziale Wiedereingliederung zu erreichen. Beispiele hierfür sind die Teilnahme an sozialen Aktivitäten von Menschen mit gleichen Interessen (Butcher et al., 2018). Eine Möglichkeit wäre ein Baby-Treff, wohin die Mutter in Begleitung einer Pflegefachperson der Psychiatriespitex gehen könnte ('Psychiatriespitex Zürich', o.J.).

Schliesslich kann übergreifend die Pflegediagnose „Angst“ angewendet werden, welche mit bestimmenden Faktoren wesentlicher Änderungen (z.B. Rollenfunktion) einhergehen kann. Die Äusserung der Symptome ist dabei vielfältig und kann verschiedene Facetten der Angst aufzeigen. (NANDA International et al., 2016)

## **5.2. Interprofessionalität**

Es fällt auf, dass fast alle formulierten Interventionen sowohl von der Hebamme als auch von der Pflegefachperson durchgeführt werden können. Die Rollen, in welchen sich die Interventionen verordnen lassen, unterscheiden sich jedoch. Es kann gemutmasst werden, dass in den beiden Professionen andere Ansätze vorhanden sind, wie ein gewisses Ziel erreicht werden sollte. Hebammen betreuen im Grunde selbstverantwortlich gesunde Frauen und arbeiten bei Regelwidrigkeit eng im interprofessionellen Team. Pflegefachpersonen hingegen betreuen ursprünglich erkrankte Personen, welche sie in ihrer Genesung unterstützen. Dieser Fakt muss in einer interprofessionellen Zusammenarbeit jedoch nicht hindernd wirken, sondern kann das Outcome für eine Patientin verbessern. Durch die unterschiedlichen Ansätze kann eine differenzierte Therapie entworfen werden, in welcher sich die beiden Professionen optimal ergänzen. Im Verlauf des ersten Jahres postpartum ist es bei der Betreuung einer an Schizophrenie erkrankten Mutter dementsprechend wichtig, dass die Pflegefachperson bei spezifische Fragen betreffend der späten Rückbildung, dem Stillen oder der Babypflege die Hebamme konsultieren kann (Kanton Zürich Bildungsdirektion kjz et al., 2016). Unter der Annahme, dass es sich bei der betreuenden Pflegefachperson nicht um eine in der Wochenbettpflege geübten Fachperson, sondern um die Psychiatriespitex handelt, kann eine Zusammenarbeit mit der Hebamme sehr hilfreich sein. Auch in der Wochenbettpflege tätige Pflegefachpersonen profitieren von einer Zusammenarbeit mit der Hebamme, weil die Hebamme spezifischer auf die Physiologie fokussiert ist.

Auch die Hebamme kann bei der Betreuung einer erkrankten Frau sehr viel von einer Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen lernen. Sowohl Pflegefachpersonen, welche im Setting des Wochenbetts arbeiten, als auch Pflegefachpersonen der psychiatrischen

Spitex haben im Gegensatz zu einer Hebamme ein fundierteres Wissen über psychische Erkrankungen. Es lässt sich vermuten, dass eine Hebamme, welche nur selten an Schizophrenie erkrankte Frauen betreut, wenig Erfahrung darin hat, diese Frauen optimal zu betreuen. Auch wenn die Schizophrenie vielfältige Ausprägungen zeigt, sind theoretisches Wissen und Erfahrung ausschlaggebend, ob die Betreuung adäquat und professionell gestaltet werden kann oder nicht. Auch in der Handhabung der NNN-Taxonomie haben Hebammen normalerweise keine Erfahrung. In der Interprofessionalität findet sich also die Rolle der Lehrenden und der Lernenden des CanMEDS-Rollenmodells in beiden Professionen wieder.

Zusammenfassend braucht es also einen gemeinsamen Blick auf die spezifische Situation, um eine professionelle und adäquate Betreuung für die erkrankte Frau sicherzustellen. Der gemeinsame Blick kann nur durch Verständnis und Akzeptanz der jeweils anderen Profession sichergestellt werden und beruht auf Diskussion und Evaluation des formulierten Pflegeprozesses. Eine gemeinsame Dokumentation, welche professionell und detailliert geführt wird sowie optimalerweise eine gemeinsame Sprache, bilden die Grundlage der Zusammenarbeit.

### **5.3. Beantwortung der Fragestellung**

Die Fragestellung dieser Bachelorarbeit lautete:

Anhand welcher durch Pflegefachpersonen und Hebammen verrichtbaren Interventionen kann auf den Betreuungsbedarf von an Schizophrenie erkrankten Müttern im Verlauf des ersten Jahres nach der Entbindung eingegangen werden und welche Themenfelder profitieren dabei von einer interprofessionellen Zusammenarbeit?

Im Laufe dieser Arbeit wurden einige Ansätze zur Beantwortung der initialen Fragestellung generiert. Die vollständige Beantwortung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und weiterführende Studien und Forschung in diesem Gebiet erfordern. Die drei Hauptproblemfelder „Interaktion“, „Kommunikation“ und „Angst“ und die dazu formulierten Interventionen ermöglichen einen Überblick, wie eine Herangehensweise an solche Situationen in der Praxis aussehen könnten. Zusätzlich untermauern die Factsheets die Ergebnisse und können als Leitfaden in der Praxis eingesetzt werden. Der interprofessionelle Ansatz und die Angleichung der Interventionen an die Kompetenzen des jeweiligen Berufes ermöglichen ebenfalls eine korrekt umsetzbare Pflege.

Die Aktualität und der Übertrag in die Praxis ist gewährleistet, da die formulierten Pflegediagnosen, Interventionen und Outcomevariablen von den aktuellen NANDA-I, NIC und NOC stammen. Der Betreuungsbedarf, welcher aus den Hauptstudien abgeleitet worden ist, ist zeitunabhängig, da angenommen werden kann, dass sich das Krankheitsbild der Schizophrenie im Zeitraum von 1996 bis heute nicht verändert hat. Es kann trotz studienbelegten Ergebnissen nicht von einer einzigen richtigen Betreuung einer schizophrenen Mutter gesprochen werden. Bei der Umsetzung der Interventionen muss stets auf die Individualität der Frau eingegangen und diese situativ angepasst werden. Die Flexibilität und Beobachtungsfähigkeit einer Fachperson sind in diesem Fall ausschlaggebend.

#### **5.4. Theorie-Praxis-Transfer**

Eine Frau mit Schizophrenie zu betreuen, welche erst kürzlich Mutter geworden ist, ist im Alltag nur sehr selten der Fall. Es ist jedoch trotzdem wichtig, als Fachperson auf solche Situationen adäquat reagieren zu können.

Howard et al. (2004) beschreiben eine steigende Tendenz an Verordnungen von atypischen antipsychotischen Medikamenten. Daraus resultiert eine Deinstitutionalisierung von psychisch erkrankten Frauen. Abgeleitet davon ist möglicherweise eine höhere Rate an psychisch erkrankten Frauen, welche zu Hause ambulant betreut werden, zu erwarten. An Schizophrenie erkrankte Frauen weisen keine verminderte Fertilitätsrate auf (Miller & Finnerty, 1996), was die postpartale Betreuung von erkrankten Frauen im ambulanten Bereich noch wahrscheinlicher macht. Umso wichtiger ist es also, sowohl in Fachkreisen, als auch in der Gesellschaft Wissen und Verständnis zu generieren.

Wan et al. (2007) zeigen grosse Lücken im Fachwissen von Hebammen und Pflegenden bezüglich psychischer Erkrankungen und der dazugehörigen Betreuung auf. Folglich führt Unwissen seitens Fachpersonen zu Unsicherheit und Angst, was die professionelle Betreuung der erkrankten Frauen einschränkt. Fachpersonen suchen Distanz oder vernachlässigen die Patientinnen, welche an Schizophrenie erkrankt sind. Vorurteile, dass an Schizophrenie Erkrankte immer akut-symptomatisch seien, stehen dabei einer optimalen Betreuung im Weg. (Wan et al., 2007)

Die aus den Ergebnissen der Studien gebildeten Themenfelder und die an ihnen angepassten Pflegediagnosen, NIC und NOC wurden in je einem Factsheet zusammengefasst. Die Autorinnen erhoffen sich, dass diese Factsheets den betreuenden

Fachpersonen ermöglichen, sich in einer konkreten Situation schon im Vorfeld auf die Betreuung vorzubereiten. Während der Betreuung sollen die Factsheets als Nachschlagewerk dienen. Ziel ist es, eine umfassende, individuelle und professionelle Betreuung der erkrankten Frauen mit ihren Säuglingen zu ermöglichen.

## **5.5. Limitationen der Arbeit**

Die inhaltlichen Grenzen dieser Arbeit ergeben sich zu einem Grossteil aus den Limitationen der einzelnen Studien. In allen sechs Hauptstudien besteht die untersuchte Population aus nicht akut erkrankten Frauen, das heisst, alle Probandinnen waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht psychotisch. Dies ergibt sich auch aus dem Zeitpunkt der Datenerhebung: Sowohl Healy et al. (2006) als auch Wan et al. (2007) setzen die Datenerhebung kurz vor Klinikaustritt der Mütter an, um den höchstmöglichen Level an Genesung sowie der Beständigkeit in der Mutterrolle zu erreichen. Ausser Acht gelassen werden demnach alle akut-psychotischen Frauen, welche auch trotz akuter Phase der Erkrankung noch Verantwortung für ihre Säuglinge übernehmen oder mit ihnen stationär in einer Klinik sind (Mutter-Kind-Station). Die Betreuung solcher Frauen durch die Hebamme oder die Pflegefachperson ist besonders herausfordernd und ebenso indiziert wie in der nicht-psychotischen Phase der Erkrankung.

Healy et al. (2006) sowie Riordan et al. (1999) und Wan et al. (2007) untersuchen die Qualität der Interaktion zwischen Mutter und Säugling anhand des „Global Rating Scales“ von Murray et al. (1996). Es wird dabei kritisiert, dass die „Global Rating Scales“ nicht sensitiv genug seien. Der Test ist ursprünglich für die Interaktion zwischen einer an postnatalen Depression erkrankten Mutter und ihrem zwei-monatigen Säugling entworfen worden. Obwohl die Schizophrenie als ernsthafte psychische Erkrankung (SMI) bezeichnet werden kann, sind die Hauptaspekte der Interaktion zwischen der an Schizophrenie erkrankten Mutter und ihrem Säugling laut Riordan et al. (1999) im Test enthalten. Wan et al. (2007) fügen zu den Erörterungen ihrer Limitationen an, dass für die Interaktion zwischen schizophrenen Müttern und ihren Säuglingen zur Zeit ihrer Datenerhebung keine spezifischen Erhebungsinstrumente bekannt sind.

Diese Limitationen sind deshalb auch Limitationen der vorliegenden Arbeit. Es ist jedoch anzumerken, dass die erhobenen Interaktionsdefizite der an Schizophrenie erkrankten Mutter mit ihrem Säugling zu einem Grossteil mit der vorhandenen Literatur

übereinstimmen. Dies deutet auf eine hohe Sensitivität der „Global Rating Scales“ (Murray et al., 1996) auch im Krankheitsbereich der Schizophrenie hin.

Bei der Literaturrecherche hat sich bestätigt, dass nicht viele Studien vorhanden sind, welche nur das Krankheitsbild der Schizophrenie einschliessen. Dies stellte einerseits eine Schwierigkeit dar, andererseits hebt es die Praxisrelevanz dieser Arbeit hervor.

Trotz intensiver Suche konnte nicht vermieden werden, Studien zu inkludieren, welche auch auf weitere psychische Erkrankungen eingehen und sich nicht ausschliesslich auf die Schizophrenie fokussierten. Die miteingeschlossenen Krankheitsbilder gehören jedoch zu einem Grossteil zu den sogenannten SMI, worunter auch die Schizophrenie gezählt wird. Für eine umfänglichere und spezifischere Erhebung des Betreuungsbedarfes von schizophrenen Müttern wären weitere demographische Variablen oder persönliche Erfahrungen der Mütter selber, wie in Montgomery et al. (2006), interessant gewesen. Es wäre dann möglich gewesen, individuellere Empfindungen oder weitere Probleme (bspw. finanzieller Art) in der Erstellung der Factsheets zu berücksichtigen. Die Schwierigkeit besteht darin, dass für Befragungen persönlicher Meinungen oder Empfindungen eine hohe Krankheitseinsicht und Selbstreflexion hätte vorhanden sein müssen.

Die ausgewählten Hauptstudien wurden in den USA, in Kanada und Grossbritannien durchgeführt, was die Übertragung auf die Schweiz fast gänzlich ermöglicht. Es handelt sich dabei um industrialisierte Länder, und die Betreuung von psychisch erkrankten Personen zeigen grosse Ähnlichkeiten zur Schweiz auf, was das Ziehen von Parallelen zulässt.

Ebenfalls sind die formulierten Interventionen nicht Inhalt der verwendeten Studien, sondern von den Autorinnen selbst auf die Betreuungsmöglichkeiten angepasst. Da die beschriebenen Defizite oder Probleme nur sehr bedingt kulturabhängig sind (Rössler, 2011), lassen sich die behandelten Studien auf die an Schizophrenie erkrankten Müttern in der Schweiz übertragen.

Letztlich war es sehr schwierig, Studien zur Interprofessionalität zwischen Hebammen und Pflegefachpersonen im spezifischen Setting der Schizophrenie zu finden. Die Aufgabenteilung und Zusammenarbeit der Gesundheitsfachpersonen wird kaum untersucht bzw. ist erst seit kurzem Thema von Studien und wird darum noch nicht in solch spezifischen Settings beschrieben.

## 6. Schlussfolgerung

Abschliessend kann gemutmasst werden, dass die Betreuung von an Schizophrenie erkrankten Müttern grosses Verbesserungspotential aufweist.

Die sechs behandelten Hauptstudien fokussieren sich lediglich auf die Interaktion, Kommunikation und Angst von schizophrenen Müttern. Auch andere Problemfelder sollten bei einem gründlichen Assessment eruiert werden, da sowohl der Bedarf, als auch die Erkrankung sich von Frau zu Frau in vielerlei Hinsicht unterscheiden kann. Aus diesem Grund lassen sich die Ergebnisse dieser Arbeit nicht verallgemeinern. Der Prozess zur Erarbeitung von Pflegediagnosen, Interventionen und Outcomes kann als Nährungsansatz dienen. Das Implementieren der Factsheets in die Praxis würden den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Dennoch wäre eine Umsetzung der herausgearbeiteten Herangehensweisen in den Spitalalltag oder in die ambulante Nachbetreuung von schizophrenen Müttern sehr interessant. Unsicherheiten von Seiten der Gesundheitsfachpersonen könnten möglicherweise geklärt und das Verständnis um psychiatrische Krankheitsbilder in professionellen Kreisen etabliert werden. In komplexen Patientinnen-/Patientensituationen ist eine interprofessionelle Zusammenarbeit essentiell. Das Fachwissen einer diplomierten Hebamme und einer diplomierten Pflegefachperson können einer schizophrenen Frau eine differenzierte Betreuung bieten. Auf diese Weise werden die verschiedenen Aspekte des Betreuungsbedarfs abgedeckt und die verschiedenen Problemfelder können von unterschiedlichen Ansätzen profitieren. Die Professionen können voneinander lernen und Vorschläge der jeweils anderen Profession mit dem eigenen fachlichen Wissen hinterfragen. Jede psychische Erkrankung hat ein anderes Gesicht. Umso wichtiger ist es, in diesem Fachgebiet verschiedene Lösungsansätze bereitzuhalten und offen für neue Behandlungsansätze zu sein. Kreativität, Flexibilität, Geduld und Empathie sind gefordert. Mit Blick auf die Zukunft wäre es sehr interessant, mehr Recherche in der Prävention von schizophrenen Frauen zu betreiben. Auf diese Art könnte die Mangelversorgung rund um die Schwangerschaft umgangen und den Frauen von Anfang an eine angemessene und allumfassende Betreuung geboten werden. Der Forschungsbedarf hinsichtlich Schwangerschaft, Geburt und postpartalen Phase im Zusammenhang mit Schizophrenie ist weiterhin indiziert, da sehr wenige Studien gezielt auf dieses Themengebiet eingehen.

## Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Bernhart-Just, A. (2013). *Vorstellungen zur Abbildung des Pflegeprozesses mittels NANDA, NOC, NIC*. Aarau.
- Bildungsdirektion Kanton Zürich, & Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (2008). *Dipl. Pflegefachfrau / Dipl. Pflegefachmann Vergleich Höhere Fachschule (HF)- Fachhochschule (FH)*. Abgerufen am 28.03.2019 von [https://www.curaviva.ch/files/12V8NB3/pflege\\_hf\\_fh.pdf](https://www.curaviva.ch/files/12V8NB3/pflege_hf_fh.pdf)
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., Wagner, C. M., Widmer, R., Georg, J., & Hermann, M. (2016). *Pflegeinterventionsklassifikation (NIC)*. (1. Auflage). Bern: Hogrefe.
- BAG. (2018). *Erläuternder Bericht Verordnung über die berufsspezifischen Kompetenzen für Gesundheitsberufe GesBG (Gesundheitsberufekompetenzverordnung)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing interventions classification (NIC)*. (7. Auflage). St Louis: Elsevier.
- Caspar, F., Pjanic, I., & Westermann, S. (2018). *Klinische Psychologie*. In *Basiswissen Psychologie Lehrbuch*. Wiesbaden: Springer VS.
- DiCenso, A., Bayley, L., & Hynes, R. B. (2009). *Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model*. In *Evid Based Nurs*. S.99-101.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Schulte-Markwort, E. (2016). *Internationale Klassifikationen psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F)*. (6., überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe.



- Duden | Säugling | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft. (o.J.). Abgerufen am 12. April von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Saeugling>
- Frank, J. (2005). *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Better Standards. Better Physicians. Better Care.* Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Gearing, R., Alonzo, D., & Marinelli, C. (2012). Maternal Schizophrenia: Psychosocial Treatment for Mothers and their Children. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 6(1), S. 27-33B. <https://doi.org/10.3371/CSRP.6.1.4>
- Harder, U., Friedrich, J., Kirchner, S., Polleit, H., & Stiefel. (2015). *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause.* (4. Auflage). Stuttgart: Hippokrates.
- Healy, S. J., Lewin, J., Butler, S., Vaillancourt, K., & Seth-Smith, F. (2006). *Affect recognition and the quality of mother-infant interaction: understanding parenting difficulties in mothers with schizophrenia.* Wien: Springer Verlag.
- Hell, D., & Kiesewetter, M. (2011). *Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie: das Basiswissen mit Repetitoriumsfragen* (3., überarbeitete Auflage). In *Programmbereich Psychiatrie* (3., überarbeitete Auflage). Bern: Huber.
- Howard, L. M., Thornicroft, G., Salmon, M., & Appleby, L. (2004). *Predictors of parenting outcome in women with psychotic disorders discharged from mother and baby units.* In *Psychiatria Scandinavica*. 110(5), S. 347–355. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00375.x>
- Kanton Zürich Bildungsdirektion kjz, Stadt Zürich Soziale Dienste, Family Start Zürich, & Schweizerischer Hebammenverband Sektion Zürich und Umgebung. (2016). *Leitfaden für die Zusammenarbeit der frei praktizierenden Hebammen und der Mütter- und Väterberaterinnen in der Stadt und im Kanton Zürich.* Abgerufen am 28. März 2019 von <https://ajb.zh.ch/internet/bildungsdirektion/ajb/de/leistungen-fuer->

fachpersonen-institutionen-

behoerden/mvb/\_jcr\_content/contentPar/downloadlist/downloaditems/leitfaden\_hebammen\_m.spooler.download.1474619931335.pdf/13554\_Leitfaden%26Erreichbarkeit-Hebammen%26MVB\_Koop\_201609\_web.pdf.

- Körner, M., Göritz, A. S., & Bengel, J. (2014). *Healthcare professionals' evaluation of interprofessional teamwork and job satisfaction*. 1, 5-12. doi: 10.2478/ijhp-2014-0006.
- Lagan, M., Knights, K., Barton, J., & Boyce, P. M. (2009). Advocacy for mothers with psychiatric illness: A clinical perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(1), 53–61. doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00576.x
- Ledergerber, C., Mondoux, J., & Sottas, B. (2009). *Anhang I Projekt Abschlusskompetenzen Gesundheitsberufe FH*. Abgerufen am 31. März 2019 von [https://www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/Kammern/Kammer\\_FH/Best\\_practice/2\\_KFH\\_\\_\\_Projekt\\_Abschlusskompetenzen\\_in\\_FH\\_Gesundheitsberufe\\_Anhang.pdf](https://www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/Kammern/Kammer_FH/Best_practice/2_KFH___Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesundheitsberufe_Anhang.pdf)
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London/New Delhi: Sage.
- Miller, L., & Finnerty, M. (1996). Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 47(5), 502–506.
- Montgomery, P., Tompkins, C., Forchuk, C., & French, S. (2006). Keeping close: mothering with serious mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 20–28.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018). *Nursing outcomes classification (NOC)*. (6. Auflage). St. Louis, Mo: Elsevier.
- Müller Staub, M., Schalek, K., König, P., Boldt, C., & Frauenfelder, F. (2017). *Pflegeklassifikationen: Anwendung in Praxis, Bildung und elektronischer Pflegedokumentation*. (1. Auflage). Bern: Hogrefe.

- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The Impact of Postnatal Depression and Associated Adversity on Early Mother-Infant Interactions and Later Infant Outcome. *Child Development, 67*(5), 2512–2526. doi: 10.2307/1131637
- NANDA International, Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Bernhart-Just, A. (2016). *NANDA international, Inc. Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2015-2017*. (1. Auflage). Kassel: RECOM.
- NANDA International, & North American Nursing Diagnosis Association. (2018). *NANDA International, Inc. nursing diagnoses: definitions & classification 2018-2020*. (11. Auflage). New York: Thieme.
- Psychiatriespitex Zürich. (o.J.). Abgerufen am 6. März 2019 von <http://www.psychiatriespitex-zuerich.ch/Dienstleistungen.html>
- Ranning, A., Laursen, T. M., Thorup, A., Hjorthøj, C., & Nordentoft, M. (2015). Serious Mental Illness and Disrupted Caregiving for Children: A Nationwide, Register-Based Cohort Study. *The Journal of Clinical Psychiatry, 76*(08), e1006–e1014. doi: 10.4088/JCP.13m08931
- Riordan, D., Appleby, L., & Faragher, B. (1999). Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders. *Psychological Medicine, 29*(4), 991–995. doi: 10.1017/S0033291798007727
- Ris, I., & Preusse-Bleule, B. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW. Winterthur: ZHAW.
- Rössler, W. (2011). *Epidemiologie der Schizophrenie*. *Swiss Medical Forum, 11*(48), 885-888. doi: 10.5167/uzh-58497.

- Ruflin, R. (2011). *Was ist interprofessionelle Zusammenarbeit?* Abgerufen am 31. März 2019 von <http://academy.socialdesign.ch/wp-content/uploads/2014/06/110212wasistinterdisziplinaerezusammenarbeit3.pdf>
- Schweizerischer Hebammenverband. (2014). *Information für frei praktizierende Hebammen fpH*. Abgerufen am 6. März 2019 von [https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2018/06/07\\_Informationen-fpH\\_ZV\\_16\\_6\\_20141.pdf](https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2018/06/07_Informationen-fpH_ZV_16_6_20141.pdf)
- Skinner, J. (2010). *Risk and safety*. In Pairman, S., Tracy, S.K., Thorogood, c(2010). *Midwifery Preparation for practice 2e*. Australien: Elsevier.
- Townsend, M. C. (2012). *Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen für die psychiatrische Pflege: Handbuch zur Pflegeplanerstellung* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). In *Programmbereich Pflege* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Huber.
- Wan, M. W., Moulton, S., & Abel, K. M. (2008). The service needs of mothers with schizophrenia: a qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers. *General Hospital Psychiatry, 30*(2), 177–184. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2007.12.001
- Wan, M. W., Salmon, M. P., Riordan, D. M., Appleby, L., Webb, R., & Abel, K. M. (2007). What predicts poor mother–infant interaction in schizophrenia? *Psychological Medicine, 37*(4), 537–546. doi: 10.1017/S0033291706009172
- Zentralvorstand des Schweizerischen Hebammenverbandes. (2005). *Berufsdefinition der Hebamme*. Abgerufen am 31. März 2019 von [https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2018/06/01\\_Berufsdefinition-der-Hebamme-d.pdf](https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2018/06/01_Berufsdefinition-der-Hebamme-d.pdf)

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Keywords</i> .....	11
Tabelle 2 <i>Ein-/Ausschlusskriterien</i> .....	12
Tabelle 3 <i>Suchinformationen der Hauptstudien</i> .....	13
Tabelle 4 <i>Übersichtstabelle Hauptstudien</i> .....	17
Tabelle 5 <i>Gütekriterien quantitative Studien gemäss Bartholomeyczik et al. (2008)</i> .....	21
Tabelle 6 <i>Gütekriterien qualitative Studien gemäss Lincoln und Guba (1985)</i> .....	25
Tabelle 7 <i>Risikodiagnose „Gefahr eines unzureichenden Schwangerschafts-/Geburts- und Wochenbettverlaufs“</i> .....	31
Tabelle 8 <i>Pflegediagnose „Beeinträchtigte elterliche Fürsorge“ im PES-Format</i> .....	35
Tabelle 9 <i>Pflegediagnose „beeinträchtigte verbale Kommunikation“ im PES-Format</i> .....	39
Tabelle 10 <i>Pflegediagnose „unwirksames Coping“ im PES-Format</i> .....	42
Tabelle 11 <i>Pflegediagnose "gestörte Denkprozesse" im PES-Format</i> .....	44

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Rechercheprotokoll grafisch .....	15
--	----

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AICA	Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels
BAG	Bundesamt für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CAN	Kanada
FH	Fachhochschule
GB	Grossbritannien
ggf.	gegebenenfalls
GRS	Global Rating Scales
HF	Höhere Fachschule
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
NANDA-I	North American Nursing Diagnoses Association International (Internationale Klassifikation der Pflegediagnosen)
NIC	Nursing Interventions Classification (Pflegeinterventionsklassifikation)
NOC	Nursing Outcomes Classification (Pflegeergebnisklassifikation)
transl.	übersetzt
SMI	serious mental illness (schwere psychische Störungen)
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
usw.	und so weiter
z.B.	zum Beispiel

## **Wortanzahl**

Abstract: **203**

Arbeit (ohne Titelblatt, Inhaltsverzeichnis, Tabellen, Abbildungen, Verzeichnissen, Wortanzahl, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhang): **10'275**

## **Danksagung**

Eine Arbeit dieses Umfangs schreibt sich bekanntlich nicht alleine. Dieses Kapitel widmen wir diesen Personen, welche zur Erstellung unserer Bachelorarbeit beigetragen haben und uns viel Verständnis entgegengebracht haben.

Wir möchten uns bei unserer Betreuungsperson Frau Prof. Dr. Marion Huber für die kompetente Beratung und Unterstützung in den letzten Monaten bedanken.

Ein weiterer Dank geht an Thomas & Natalie Schwarzenbach, Sarah Hildebrand, Joana Falk, Kaj Affolter sowie Dominique Meier für das Korrekturlesen und die nützlichen Anmerkungen.

Zu guter Letzt danken wir unseren Familien und Freunden, die uns im Prozess der vorliegenden Arbeit tatkräftig unterstützt und uns mit nützlichem Rat beigestanden haben.

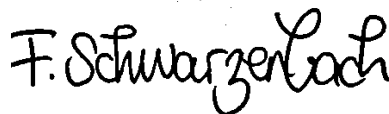
## **Eigenständigkeitserklärung**

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Winterthur, 03.Mai 2019



Julie Delaloye



Flavia Schwarzenbach

## Anhang A: Factsheets

Unten abgebildet befinden sich die Factsheets zu den behandelten Themengebieten. Sie stellen eine mögliche Herangehensweise für das betreuende Fachpersonal dar. Die zu verrichtenden Interventionen nach NIC sind mit farbigen Punkten gekennzeichnet. Die blaue Farbe steht dabei für die Hebammen und die violette Farbe für die Pflegefachpersonen. Zu beachten ist, dass bei Vorhandensein von beiden Farben Interprofessionalität gestaltet werden kann, jedoch nicht obligat ist.

### Anhang A1: Postpartale Versorgung

Betreuungsbedarf	NANDA-I	NIC	NOC
Versorgung postpartal	Gefahr eines unzureichenden Schwangerschafts-/Geburts- und Wochenbettverlaufs 00221	<b>Risikoabschätzung: werdende Familie 6612</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeichen von psychischen Veränderungen erfassen ●●</li> <li>- Mutter über allfällige Risiken informieren und Notfallplan erstellen ●●</li> <li>- Weiterführende Betreuungsmöglichkeiten aufzeigen ●●</li> <li>- Zeichen (demographische Daten, Lebensumstände,</li> </ul>	<b>Wissen: Schwangerschaft 1810</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pränatal Pflege?</li> <li>- Zeichen von Schwangerschaftsrisiken?</li> <li>- Psychologische Veränderungen?</li> <li>- Emotionale Veränderungen?</li> </ul>



		<p>Gesundheit) für mögliche Schwierigkeiten erfassen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>••</li> <li>- Mit Patientin über ihre Gefühle und Erwartungen sprechen ••</li> </ul>	
		<p><b>Wochenbettpflege 6930</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beobachten der emotionalen Veränderungen der Frau ••</li> <li>- Frau ermutigen, von ihrer Schwangerschaft und Geburt zu erzählen ••</li> <li>- Management und Behandlung von</li> </ul>	<p><b>Wissen: sexuelles Funktionieren in der Schwangerschaft und nach der Entbindung 1839</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychische Veränderungen?</li> <li>- Emotionale Veränderungen?</li> <li>- Allgemeine Veränderungen während und nach der Schwangerschaft?</li> </ul>

		<p>psychischen Veränderungen aufzeigen •</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutter beruhigen und ihr klarmachen, dass sie fähig ist, sich um sich und ihr Kind zu kümmern ••</li> <li>- Mutter über psychische Veränderungen informieren (Wochenbettdepression, Baby Blues, usw.) •</li> <li>- Bindung zwischen Mutter und Kind beobachten (Bonding) ••</li> <li>- Informationen geben über kindliche Bedürfnisse ••</li> </ul>	<p><b>Postpartales Gesundheitsverhalten: Mutter 1624</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptierung zur mütterlichen Rolle?</li> <li>- Bonding?</li> <li>- Wochenbettdepression?</li> <li>- Ängste?</li> <li>- Stress?</li> <li>- Postpartum Check-ups?</li> <li>- Familienunterstützung?</li> </ul>
--	--	---	--

## Anhang A2: Interaktion

Betreuungsbedarf	NANDA-I	NIC		NOC	
Interaktion	<b>Beeinträchtigte soziale Interaktion 00052</b>	<b>Sozialisationsverbesserung 5100</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau ermutigen, in bestehenden Beziehungen zu interagieren ●●</li> <li>- Frau an Aktivitäten des gesellschaftlichen Lebens begleiten ●</li> <li>- Die Frau ermutige, ihre Interaktionsgrenzen zu formulieren und zu kommunizieren ●●</li> <li>- Frau in ihrer bestehenden Interaktion loben ●●</li> </ul>		<b>Soziale Interaktionsfähigkeit 1502</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutter lässt Sensibilität erkennen</li> <li>- Mutter lässt Wärme in der Interaktion mit anderen erkennen</li> <li>- Mutter vermittelt Stabilität</li> <li>- Mutter formuliert kommunikative Barriere</li> <li>- Die Interaktion ist angepasst</li> </ul>	
	<b>Beeinträchtigte elterliche Fürsorge 00056</b>	<b>Säuglingspflege 6820</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mutter ermutigen, während der Pflege mit dem Säugling zu sprechen ●●</li> <li>- Die Mutter ermutigen, sich an der Pflege des Säuglings zu beteiligen ●●</li> </ul>	<b>Säuglingspflege: Frühgeborenes 6826</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeichen für kindliche Überstimulation oder Überforderung zeigen ●●</li> <li>- Beruhigungstechniken anwenden und üben ●●</li> </ul>	<b>Umsetzung elterlicher Fürsorge 2211</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sorgt die Mutter für das physische und psychische Wohlbefinden des Kindes?</li> </ul>	<b>Parenting performance: infant 2904<sup>1</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist eine liebevolle Beziehung zwischen Mutter und Kind erkennbar?</li> </ul>
	<b>Gefahr einer beeinträchtigten elterlichen Fürsorge 00057</b>				
	<b>Bereitschaft für eine verbesserte</b>				

<sup>1</sup> Keine Übersetzung ins Deutsche vorhanden.

	<p><b>elterliche Fürsorge 00164</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mutter über den Zustand des Säuglings informieren ●●</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonding und Bindungsaufbau unterstützen ●</li> <li>- Die Mutter über den Zustand des Säuglings informieren ●●</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist im Umgang mit dem Kind Struktur vorhanden?</li> <li>- Spricht die Mutter mit dem Kind?</li> <li>- Ist eine positiv geprägte Interaktion erkennbar?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schützt die Mutter das Kind vor Gefahren?</li> <li>- Ist die Interaktion adäquat und dem Kindesalter angepasst?</li> <li>- Ist eine adäquate Kommunikation mit dem Kind erkennbar?</li> </ul>
	<p><b>Gefahr einer beeinträchtigten elterlichen Bindung 00058</b></p>	<p><b>Bindungsförderung 6710</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augenkontakt zwischen Mutter und Säugling unterstützen ●●</li> <li>- Eltern über physischen und psychischen Zustand des Säuglings informieren ●●</li> <li>- Haut-zu-Haut-Kontakt ermöglichen ●●</li> </ul>		<p><b>Eltern-Kind-Bindung 1500</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutter spielt mit Kind</li> <li>- Mutter hält Kind</li> <li>- Mutter küsst das Kind</li> <li>- Mutter spricht mit dem Kind</li> </ul>	

		- Der Mutter ermöglichen, ihren Säugling „zu entdecken“ ●●		- Mutter formuliert positive Aussagen über das Kind - Mutter lächelt das Kind an	
--	--	--	--	--	--

## Anhang A3: Kommunikation

Betreuungsbedarf	NANDA-I	NIC	NOC		
Kommunikation	<b>Beeinträchtigte verbale Kommunikation 00051</b>	<b>Kommunikationsverbesserung: Sprachbehinderung 4976</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das von der Patientin Gesagte laut wiederholen ●●</li> <li>- Inhaltliche Exaktheit überprüfen ●</li> <li>- Routineumfeld bewahren ●●</li> <li>- In einfachen Sätzen sprechen ●●</li> <li>- Langsam sprechen ●●</li> <li>- Die Patientin ermutigen, langsam zu sprechen ●●</li> <li>- Eins-zu-Eins-Betreuung (kontinuierlich) ●●</li> <li>- Bedürfnisorientierte Atmosphäre herstellen ●●</li> </ul>	<b>Kommunikation: expressive 0903</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutlichkeit der Sprache überprüfen</li> <li>- Korrektheit des Empfängers überprüfen</li> </ul>	<b>Klientenzufriedenheit: Kommunikation 3002</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal spricht deutlich und langsam</li> <li>- Der Sprachgebrauch ist verständlich</li> <li>- Es wird der für von der Patientin bevorzugte Name verwendet</li> <li>- Raum für Fragen ist vorhanden</li> </ul>	<b>Klientenzufriedenheit: Kontinuität der Versorgung 3003</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist die Familie in den Betreuungsplan miteingeschlossen?</li> <li>- Besteht eine Kontinuität in der Patientinnenversorgung?</li> <li>- Sind Ressourcen identifiziert?</li> </ul>
	<b>Bereitschaft für eine verbesserte Kommunikation 00157</b>				

## Anhang A4: Angst

Betreuungsbedarf	NANDA-I	NIC	NOC
<b>Angst</b> - Angst vor der neuen Rolle - Angst vor Stigmatisierung - Angst vor vermeintlichen Stressoren	<b>Unwirksames Coping 00069</b>	<b>Copingverbesserung 5230</b> - Realistisches Bild von der neuen Rolle entwickeln; neue Rolle gemeinsam definieren ●● - Ruhiges Vorgehen ●● - Gemeinschaftliche Tätigkeiten vorschlagen (und Frau ggf. dazu begleiten) ●	<b>Coping 1302</b> - Wurden Coping-Strategien entwickelt? - Ist die Frau in der Lage, bei aufkommenden Stressoren auswärtige Hilfe zu holen?
		<b>Selbstwertgefühlsverbesserung 5400</b> - Der Frau durch positive Erfahrungen die eigene Autonomie wahrnehmen lassen (z.B. in Kinderbetreuung) ●● - Realistische Ziele setzen bzgl. Kindererziehung ●● - Realistische Ziele setzen bzgl. des alltäglichen Lebens ●	
		<b>Sozialisationsverbesserung 5100</b>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soziale Aktivitäten mit Personen gleichen Interessens planen (und Frau ggf. dazu begleiten) ●</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nimmt die Frau an gesellschaftlichen Aktivitäten teil?</li> <li>- Evaluiert die Frau ihre soziale Beteiligung?</li> </ul>	
		<p><b>Selbsteinschätzungsverbesserung 5390</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Frau ermutigen, über ihre Gefühle zu sprechen ●●</li> <li>- Die Frau ermutigen, alle ihre Gefühle wahrzunehmen ●●</li> <li>- Mit der Frau Prioritäten setzen ●●</li> </ul>	<p><b>Self awareness 1215<sup>2</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nimmt die Frau ihre persönlichen mentalen Grenzen wahr?</li> <li>- Kann die Frau sich von der Umwelt unterscheiden?</li> <li>- Kann die Frau ihre Gefühle benennen?</li> <li>- Kann die Frau Prioritäten setzen?</li> </ul>	
	<p><b>Gestörte Denkprozesse</b></p>	<p><b>Halluzinationsmanagement 6510</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einfach, klar und deutlich sprechen; keine Sätze gebrauchen, die noch interpretiert werden müssen ●●</li> <li>- Beobachten der Patientin auf Anzeichen von Halluzinationen ●●</li> <li>- Patientin ermutigen, über die Halluzinationen zu sprechen (annehmende Grundhaltung) ●●</li> <li>- Realitätsbezug herstellen anhand von eigener Wahrnehmung ●●</li> </ul>	<p><b>Ausmass von Unbehagen 2109</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerzen?</li> <li>- Rastlosigkeit?</li> <li>- Hyperaktivität?</li> <li>- Halluzinationen?</li> <li>- Unvermögen, zu kommunizieren</li> <li>- ...</li> </ul>	<p><b>Selbstkontrolle bei Denk-/Wahrnehmungsverzerrung 1403</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nimmt die Frau die Halluzinationen wahr?</li> <li>- Kann die Frau die Halluzinationen beschreiben?</li> <li>- Bittet die Frau um Bestätigung der Realität?</li> </ul>

<sup>2</sup> Keine Übersetzung ins Deutsche vorhanden.



		- Halluzinationen nicht verleugnen ●●		
		<b>Selbsteinschätzungsverbesserung</b> <b>5390</b> - Die Frau ermutigen, über ihre Gefühle zu sprechen ●● - Die Frau ermutigen, alle ihre Gefühle wahrzunehmen ●● - Mit der Frau Prioritäten setzen ●●	<b>Self awareness 1215</b> - Nimmt die Frau ihre persönlichen mentalen Grenzen wahr? - Kann die Frau sich von der Umwelt unterscheiden? - Kann die Frau ihre Gefühle benennen? - Kann die Frau Prioritäten setzen?	

## Anhang B: Protokoll der Literaturrecherche

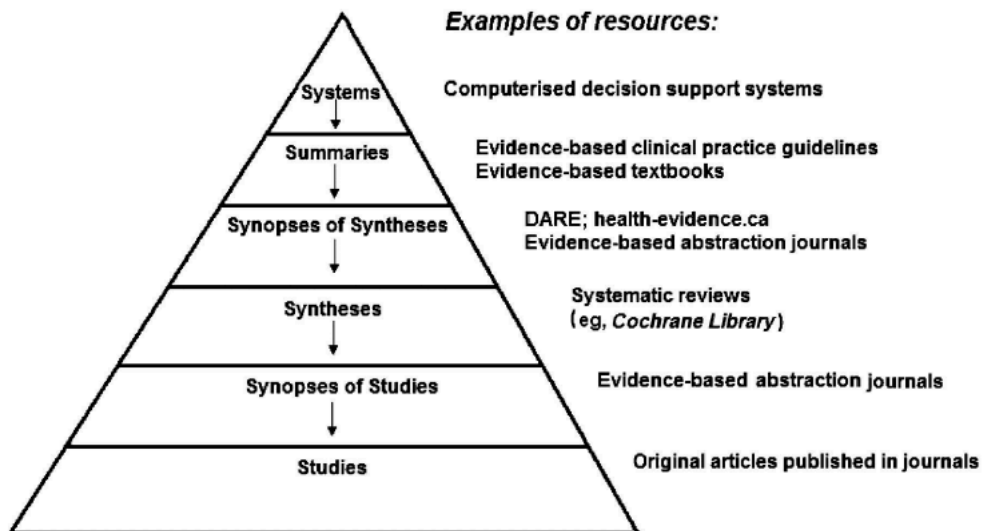
Datenbank	Suchschritte	Gefundene Treffer	Relevante Treffer / Relevant für Hauptteil	Titel Treffer Hauptteil
<b>CINAHL Complete</b>	childrearing AND schizophrrenia	2	1 / 1	- Miller, L. J., & Finnerty, M. (1996). Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrrenia-spectrum disorders.
	Child AND postnatal AND schizophrrenia	23	1 / 1	- Healy, S. J., Lewin, J., Butler, S., Vaillancourt, K., & Seth-Smith, F. (2016). Affect recognition and the quality of mother-infant interaction: understanding parenting difficulties in mothers with schizophrrenia.
	mother-infant interaction AND schizophrrenia	7	2 / 2	- Healy, S. J., Lewin, J., Butler, S., Vaillancourt, K., & Seth-Smith, F. (2016). Affect recognition and the quality of mother-infant interaction: understanding parenting difficulties in mothers with schizophrrenia. - Wan, M. W., Salmon, M. P., Riordan, D. M., Appleby, L., Webb, R., & Abel, K. M. (2007). What predicts poor mother-infant interaction in schizophrrenia?

	interventions AND mothers AND schizophrenia	41	2 / 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wan, M. W., Salmon, M. P., Riordan, D. M., Appleby, L., Webb, R., &amp; Abel, K. M. (2007). What predicts poor mother-infant interaction in schizophrenia?</li> <li>- Montgomery, P., Tompkins, C., Forchuk, C., &amp; French, S. (2006). Keeping close: mothering with serious mental illness.</li> </ul>
	parenting AND (MM "Schizophrenia")	32	4 / 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Healy, S. J., Lewin, J., Butler, S., Vaillancourt, K., &amp; Seth-Smith, F. (2016). Affect recognition and the quality of mother-infant interaction: understanding parenting difficulties in mothers with schizophrenia</li> <li>- Wan, M. W., Salmon, M. P., Riordan, D. M., Appleby, L., Webb, R., &amp; Abel, K. M. (2007). What predicts poor mother-infant interaction in schizophrenia?</li> <li>- Miller, L. J., &amp; Finnerty, M. (1996). Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders.</li> </ul>
	(MM „Mothers“) AND needs AND (MM „Schizophrenia“)	7	2 / 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Healy, S. J., Lewin, J., Butler, S., Vaillancourt, K., &amp; Seth-Smith, F. (2016). Affect recognition and the quality of mother-infant interaction: understanding parenting difficulties in mothers with schizophrenia</li> <li>- Wan, M. W., Moulton, S., &amp; Abel, K. M. (2008). The service needs of mothers with schizophrenia: a</li> </ul>

				qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers.
<b>MEDLINE via Ovid</b>	(schizophrenia and mother and care).af.	122	3 / 0	
	(schizophrenia and interventions and mother).af	34	3 / 1	- Riordan, D., Appleby, L., & Faragher, B. (1999). Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders.
<b>MIDIRS Maternity and Infant Care via Ovid</b>	Schizophrenia.de AND (mother and parenting).af.	9	3 / 1	- Wan, M. W., Salmon, M. P., Riordan, D. M., Appleby, L., Webb, R., & Abel, K. M. (2007). What predicts poor mother-infant interaction in schizophrenia?
	(needs and schizophrenia and mother).af.	3	1 / 0	

## Anhang C: 6S Pyramide

Die 6S Pyramide von DiCenso et al. (2009) ist ein Instrument zur Einschätzung der Evidenzlage von Studien. Sie beginnt oben mit dem Level 1 (systems) und endet mit dem Level 6 (studies).



## Anhang D: Zusammenfassungen und Würdigungen der Studien im AICA Raster

### Anhang D1: Healy et al. (2016)

**Zusammenfassung der Studie:** Healy, S. J., Lewin, J., Butler, S., Vaillancourt, K., & Seth-Smith, F. (2016). Affect recognition and the quality of mother-infant interaction: understanding parenting difficulties in mothers with schizophrenia.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie analysiert die Interaktion zwischen Mutter und Kind in Bezug auf deren Qualität und die Fähigkeit von Müttern, Gemütszustände von Erwachsenen richtig zu erkennen. Aus evidenzbasierten Quellen wissen die Forschenden, dass die Basis für eine angemessene Mutter-Kind-Interaktion die Fähigkeit ist, Gefühlsausdrücke richtig zu erkennen und zu deuten. Psychische Erkrankungen minimieren diese Fähigkeit, der genaue Zusammenhang scheint jedoch durch die vorhandene Literatur nicht restlos geklärt zu sein, was die Forschungs- und Praxisrelevanz der Studie erklärt. Hypothesen der Studie sind, dass Unterschiede zwischen den Gruppen (an Schizophrenie erkrankte, an Depressionen erkrankte sowie gesunde Mütter) erkennbar sind und dass die Fähigkeit zur Gefühlserkennung die Mutter-Kind-Interaktion positiv beeinflusst.</p>	<p>Studienteilnehmerinnen sind Mütter mit ihren Säuglingen. In Mutter-Kind-Heimen und in der allgemeinen Bevölkerung ist nach Probandinnen gesucht worden: Die Stichprobe besteht aus 64 Mütter mit Säuglingen. Alle Mütter sind entweder an Schizophrenie oder Depressionen erkrankt oder gesund. Ein- und Ausschlusskriterien sind beschrieben. Der Forschungsansatz ist quantitativ, das Design wird nicht genannt. Es ist nicht ersichtlich, ob eine ethische Auseinandersetzung mit den Probandinnen stattgefunden hat.</p> <p>Die Durchführung der Studie ist in zwei Teile gegliedert: Der erste Teil basiert auf einem elektronischen Testverfahren und besteht aus drei verschiedenen Testdurchgängen. Bei allen Tests geht es um die Erkennung von Emotionen anhand von Portraitfotos, wobei Punkte für richtige Antworten erzielt werden können. Die Tests sind von der Universität von Pennsylvania. Der zweite Teil der Studie untersucht die Mutter-Kind-Interaktion. Die fünfminütige Spielszene, welche von den Forschenden gefilmt wird, wird in einem folgenden Schritt codiert. Anhand der Codes werden dazugehörige Punkte erteilt, damit am Schluss eine Punktzahl die Mutter-Kind-Interaktion beschreibt. Beim Codierschema handelt es sich um den „Global Rating Scale of Mother-Infant Interaction“. Auf alle erhobenen Daten wird die Bonferroni-Korrektur angewendet. Anschliessend werden T-Test sowie Chi-Quadrat angewendet. Es findet keine Auseinandersetzung mit dem Signifikanzniveau statt.</p>	<p>In den Ergebnissen beschreiben die Forschenden, dass die Gruppe mit an Schizophrenie erkrankten Müttern in allen Experimenten signifikant schlechter als die beiden anderen Gruppen abgeschnitten haben. Die Ergebnisse werden dabei in Tabellen dargestellt und erklärt.</p> <p>Die Depressionsgruppe erzielt schlechtere Resultate als die aus gesunden Müttern bestehende Kontrollgruppe, weicht signifikant aber nur von der Schizophrenie-Gruppe ab.</p>	<p>Die Forschenden beschreiben ihre Ergebnisse als übereinstimmend mit den aufgestellten Hypothesen und schon vorhandener Literatur. Sie kritisieren die Durchführung ihrer Studie in einigen Punkten und merken an, dass es weitere Forschung braucht, um das Phänomen des Einflusses einer psychischen Erkrankung auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind grundsätzlich zu klären, vor allem in Bezug auf das Krankheitsbild der Schizophrenie. Sie erwähnen, dass die durchgeführte Studie gross angelegt war und heben vor allem hervor, dass erstmals auch Probandinnen, welche nicht Englisch als Muttersprache haben, miteingeschlossen worden sind.</p> <p>Einzelne überraschende Aspekte der Resultate, beispielsweise die Verwendung von unangebrachten Statements durch schizophrene Mütter, werden eingehend diskutiert und mit der Literatur verglichen.</p>

**Würdigung der Studie:** Healy, S. J., Lewin, J., Butler, S., Vaillancourt, K., & Seth-Smith, F. (2016). Affect recognition and the quality of mother-infant interaction: understanding parenting difficulties in mothers with schizophrenia.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Forschenden leiten in der Einleitung die Problemstellung verständlich her. In einem ersten Schritt beschreiben die Autorinnen und Autoren die gewählten Krankheitsbilder in ihrer allgemeinen Charakterisierung und leiten dabei die daraus resultierenden Herausforderungen für die Erkrankten in Bezug auf das Eltern-Sein ab. In einem zweiten Schritt zeigen sie im Kontext mit schon vorhandener Literatur den Forschungsbedarf auf. Sie benennen klar das Ziel ihrer Studie. In einem dritten Schritt beleuchten sie die Krankheitsbilder in Bezug auf die Fähigkeit, Emotionen zu erkennen und mit den eigenen Kindern zu interagieren. Zum Schluss werden zwei Hypothesen aufgestellt und begründet. Die Einleitung ist logisch aufgebaut und die Problemstellung verständlich hergeleitet und dargestellt.</p>	<p>Es wird ein quantitativer Forschungsansatz verwendet. Das Design sowie Vorgehen werden nicht benannt, durch die Beschreibungen kann aber von einem kontrollierten Design mit induktivem Vorgehen ausgegangen werden. Die beschriebene Stichprobe besteht aus 64 Probandinnen. Da die Forschenden gewisse Anforderungen (wie beispielsweise das Alter der Kinder) an die Probandinnen gestellt haben, kann eine gemachte Stichprobe vermutet werden. Eine durchgeführte Poweranalyse beschreibt eine Mindestanzahl von 61 Probandinnen. Demzufolge beschreiben die Forschenden ihre Stichprobe als genug gross. Nach 6 Drop-outs aus verschiedenen Gründen ist die Fallzahl der Probandinnen, welche alle Experimente vollständig durchgeführt haben, aber unter 61. Die Drop-outs werden mit den Beweggründen beschrieben, jedoch wird keine Stellung zur veränderten Grösse der Stichprobe genommen. Die Validität, Reliabilität und Objektivität werden in die Erhebung der Daten miteinbezogen. Die Rekrutierung der erkrankten Patientinnen findet darum sowohl in Mutter-Kind-Heimen als auch in der „normalen“ Bevölkerung statt. Zur Prüfung der Reliabilität werden Teile der Ergebnisse von einem unabhängigen Forschenden codiert. Die Objektivität wird anhand der Verwendung von schon entwickelten und geprüften Messinstrumenten, welche genau beschrieben sind, hochgehalten. Kompromisse, z.B. zur Aufrechterhaltung der externen Validität zu Gunsten der internen Validität, sind ersichtlich, jedoch nicht als solche beschrieben. Die Instrumente zur Datenerhebung erscheinen sinnvoll zur Beantwortung der Fragestellung. Um die Fähigkeit, Gefühle zu erkennen, zu ermitteln, werden drei verschiedene Tests durchgeführt, die aber alle das gleiche Ziel haben. Die Tests erscheinen valide und reliabel; es könnte einzig angemerkt werden, dass die Mütter, welche nicht Englisch als Muttersprache haben, einen Nachteil im sprachlichen Verständnis der aufgeführten Emotionen haben könnten. Die angewendeten statistischen Tests entsprechen den Datenniveaus und erlauben eine Interpretation. Alle Bonferroni-Korrekturen zur Durchführung von post-hoc-Tests werden als solche korrekt benannt. Das Signifikanz-Niveau wird nicht begründet.</p>	<p>Zur Darstellung der Ergebnisse werden die im Text beschriebenen Resultate mit Tabellen unterlegt: Diese sind verständlich aufgebaut und mit Legenden versehen. Allgemeingültige Abkürzungen der Statistik werden nicht mehr erklärt, mindern jedoch das Verständnis nicht. Auch bei der Darstellung der Ergebnisse bedienen sich die Autorinnen und Autoren eines „Schritt-für-Schritt“-Aufbaus des Textes: die Ergebnisse der psychologischen Tests werden in einem Abschnitt beschrieben, während getrennt davon die Ergebnisse der gefilmten Szene präsentiert werden. Das Kapitel zur Spielszene ist noch einmal nach den wichtigsten Codes in Unterkapitel aufgeteilt.</p>	<p>Die Forschenden bestätigen in der Diskussion ihre aufgestellte Hypothese, merken aber korrekterweise an, dass nur bei der Schizophrenie-Gruppe signifikante Unterschiede in den Ergebnissen festgestellt werden konnte. Es wird diskutiert, dass demzufolge vor allem bei schizophrenen Müttern weitere Forschung betrieben werden muss. Obwohl die an Schizophrenie erkrankten Probandinnen vergleichsweise viele waren, muss laut den Autorinnen und Autoren für eine generalisierbare Aussage eine erneute Studie mit noch mehr Erkrankten durchgeführt werden, im Optimalfall auch über einen längeren Zeitraum. Es wird angemerkt, dass durch die nicht ausschliessliche Rekrutierung von Erkrankten aus einem Mutter-Kind-Heim generalisierbarere Aussagen gemacht werden können, als dies andere Studien tun.</p>

## **Gesamteinschätzung der Güte gemäss den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008)**

### **Objektivität**

Die Durchführung der Studie ist eingehend beschrieben und logisch nachvollziehbar.

### **Reliabilität**

Um die Inter-Rater-Reliabilität zu überprüfen schätzt ein unabhängiger Forscher einen Teil der codierten Daten noch einmal ein. Dies wirkt sich positiv auf die Reliabilität aus. Ob eine Einschätzung von Seiten der Probandinnen stattgefunden hat, ist nicht bekannt, was sich wiederum negativ auf die Reliabilität auswirkt.

### **Validität**

Die Validität wird vielfach diskutiert und erklärt. Die Forschenden wägen die interne gegen die externe Validität ab (und umgekehrt) und begründen ihre Entscheidungen. Einige Entscheidungen werden ebenfalls reflektiert und diskutiert.

## **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009)**

Die Studie wird als Evidenzlevel 6 (unterste Stufe) gewertet, da es sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit handelt.



## Anhang D2: Miller und Finnerty (1996)

**Zusammenfassung der Studie:** Miller L., Finnerty M., (1996). Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie befasst sich mit den Themen Sexualität, Schwangerschaft und der Kindererziehung bei Frauen mit schon vorbestehender psychischer Krankheit des schizophränen Kreises. Das Ziel der Studie ist es, anhand einer Kontrollgruppe, welche aus Frauen besteht, welche psychisch gesund sind, Vergleiche zu den Erfahrungen von erkrankten Frauen herzustellen. Der theoretische Hintergrund der Studie zeigt bei Frauen mit psychischer Erkrankung vom schizophränen Kreis viele Problemfelder in den behandelnden Bereichen auf. Ebenfalls wird ein Mangel von professioneller Unterstützung der Frauen aufgeführt, was die Praxisrelevanz begründet.</p>	<p>Die Population besteht aus englischsprachigen Frauen im Alter von 18 bis 45 Jahren mit ähnlichen demographischen Variablen und ist aufgeteilt in eine Studiengruppe (44 Probandinnen) und eine Kontrollgruppe (50). Zur Diagnostik wird die Research Diagnostic Criteria (RDC) und die Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime Version (SADS-L) verwendet. Die erkrankten Frauen (Studiengruppe) dürfen zur Zeit der Durchführung der Studie kein aktives psychotisches Zustandsbild zeigen. Nach DSM-5 erfüllt der grösste Teil der Frauen der Studiengruppe die Kriterien für eine Diagnose von chronischer undifferenzierter Schizophrenie. Die meisten Frauen der Studiengruppen befinden sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Die Studie wird anhand von einem semistrukturierten Interview durchgeführt und vom „institutional review boards“ genehmigt. Durch eine mündliche Einwilligung stimmen die Probandinnen der Teilnahme zu. Das Interview dauert eine Stunde und behandelt die Themen Sexualität, Schwangerschaftserfahrungen und Kindererziehung. Wahnvorstellungen über Schwangerschaft, psychotische Verneinung von Schwangerschaft werden durch ein Gutachten der zuständigen Psychiater ausgeschlossen. Abhängige Variablen werden mit einem T-Test verglichen und unabhängige Variablen mit Chi-Quadrat. Das Signifikanzniveau wird in der Studie nicht erwähnt, der P-Wert ist tabellarisch ersichtlich.</p>	<p>Die Ergebnisse werden in Sexualität, Schwangerschaft und Kindererziehung unterteilt. Frauen mit psychischer Erkrankung zeigen eine höhere Anzahl von Sexualpartnern, eine deutlich erhöhte Rate an Vergewaltigung und berichten zahlreicher von bezahlter Sexarbeit. Frauen aus der Studiengruppen haben ein erhöhtes Risiko für HIV-Infektionen und werden weniger darauf getestet, als Frauen aus der Kontrollgruppe. Obwohl beide Gruppen keinen signifikanten Unterschied in der Frequenz von Geschlechtsverkehr aufzeigen, berichten Frauen aus der Studiengruppe sowohl emotional als auch physisch weniger Befriedigung zu erleben. Beide Gruppen berichten von ähnlichen Schwangerschaftserlebnissen und zeigen eine vergleichbare Anzahl und ähnliche Erwartungen an Schwangerschaften. Perinatale Komplikationen zeigen keinen statistisch signifikanten Unterschied auf. Der hauptsächlichste Unterschied befindet sich in der Schwangerschaftsbetreuung, von welcher die Studiengruppe signifikant weniger profitieren kann. Auch sind die Schwangerschaften bei den Frauen aus der Studiengruppe öfters ungewollt und ungeplant, folglich liegt eine erhöhte Rate von Aborten sowie Gewalt in der Schwangerschaft vor. Frauen mit psychischer Erkrankung erhalten bei der Kindererziehung weniger Hilfe von Angehörigen. Ebenfalls kommt zum Vorschein, dass die Kinder oftmals von einer anderen Person erzogen werden. Frauen mit Schizophrenie zeigen Schwierigkeiten, den Bedürfnissen ihrer Kinder gerecht zu werden.</p>	<p>In der Diskussion wird hervorgehoben, dass Frauen mit psychischer Erkrankung ein chaotischeres und weniger erfüllendes Sexualleben führen als Probandinnen aus der Kontrollgruppe. Die betroffenen Frauen erweisen sich als vulnerabler und zeigen ein erhöhtes HIV-Risiko, wie auch ein erhöhtes Risiko, Opfer von Gewalt in der Schwangerschaft zu sein und sind in der Schwangerschaft häufig nur ungenügend betreut. Ergebnisse von vorgegangenen Studien decken sich mit den Ergebnissen dieser Studie. Für eine Vielzahl von Frauen, die psychisch erkrankt sind, ist die Mutterrolle von grosser Bedeutung. Die Schlussfolgerung listet Elemente auf, welche in Programmen für Frauen mit psychischer Erkrankung aufgenommen werden sollten.</p>

**Würdigung der Studie:** Miller L., Finnerty M., (1996). Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie geht in einem ihrer Unterthemen, der Kindererziehung, auf die Fragestellung unserer Bachelorarbeit ein und kann somit zum Informationsgewinn verwendet werden. Die Zielformulierung der Studie ist klar definiert, jedoch nicht von Hypothesen unterstützt. Es wird keine Hypothese aufgestellt, vielmehr wird offen auf die Thematik eingegangen. In der Einleitung werden einige Fakten zur Thematik beschrieben, welche mit Literatur belegt sind. Auf diese Weise wird die Relevanz aufgezeigt.</p>	<p>Das semistrukturierte Interview als Datenerhebungsinstrument ist für die offene Zielformulierung passend gewählt. Den Teilnehmenden ist offengelegt, wie sie die Frage beantworten möchten, was Transparenz und Authentizität schafft. Die externe Validität wird durch das Ausschliessen von stark psychotischen Teilnehmerinnen minimiert. Die interne Validität ist durch die gleichen Bedingungen für alle Probandinnen teilweise gewährleistet. Zur vollständigen Beurteilung der Validität fehlen genauere Informationen über den Verlauf der Studie. Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht, da darauf geachtet wird, dass die Teilnehmenden ähnliche demographische Variablen aufzeigen. Die Stichprobe könnte grösser gewählt werden, um die Relevanz und Generalisierbarkeit zu steigern. Eine Begründung für die Grösse der Stichprobe sowie für die Ziehung dessen wird nicht genannt. Es werden keine Drop Outs beschrieben, welche die Studienergebnisse beeinflusst hätten. Die Einzelheiten der Datenerhebung sind nicht ersichtlich und können aus diesem Grund nicht nachvollzogen werden. Die Daten werden komplett aufgenommen, es werden keine Problemfelder aufgezeigt. Die Messinstrumente werden nicht vollumfänglich beschrieben, was die Testung der Zuverlässigkeit und Validität erschwert. Die Auswahl der Messinstrumente wird erklärt sowie ebenfalls die Abänderung einiger Instrumente zur Angleichung an die Studie. Um Verzerrungen oder Einflüsse auf die Resultate zu vermeiden werden Gutachten der Teilnehmenden von den jeweiligen behandelnden Ärzten eingeholt. Das Kapitel der Datenanalyse ist kurz aber prägnant gehalten, beinhaltet aber die wichtigsten Informationen. Die statistischen Verfahren werden sinnvoll eingesetzt und entsprechen den Datenniveaus. Das Signifikanzniveau wird nicht schriftlich erwähnt. Ethische Fragestellungen werden nicht angesprochen, finden sich jedoch in verschiedenen Themen wieder.</p>	<p>Die Ergebnisse sind präzise, geben einen groben Überblick und sind tabellarisch unterlegt. In der Beschriftung der Tabelle fehlt das Signifikanzniveau, ansonsten ist sie komplett. Die Nachvollziehbarkeit ist ebenfalls gegeben. Die Tabelle ist gut im Text eingebettet und stellt eine Ergänzung dar.</p>	<p>In der Diskussion werden nur die wichtigsten Resultate hervorgehoben und im Zusammenhang miteinander gestellt. Die Interpretation ist klar nachvollziehbar und stimmt mit den Resultaten überein. Die Resultate werden in diesem Kapitel mit anderen Studien verglichen und es stellt sich heraus, dass die neuen Erkenntnisse vorausgegangene Studien unterstützen. Es werden keine alternativen Erklärungen für die Resultate gesucht, es wird einzig aufgelistet, was die Interviews hervorgehoben haben. Die Studie ist sinnvoll und zeigt eine grosse Lücke in der Betreuung von psychisch kranken Frauen auf. Die Praxisrelevanz ist klar ersichtlich. Die genannten Elemente, welche in Programmen für psychische Frauen aufgenommen werden sollten, müssten vor der Umsetzung in einzelnen Studien auf ihre statistische Signifikanz erprobt werden. Nur auf diese Weise wäre die Umsetzung in die Praxis möglich. Das Wiederholen der Studie ist nur in gewissen Massen möglich, da das Interview und die darauffolgenden Schritte nicht genug detailliert beschrieben werden.</p>

## **Gesamteinschätzung der Güte gemäss den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008)**

### **Objektivität**

Durch die mangelhafte Beschreibung der Studienabfolge ist die Objektivität nicht gegeben. Das Setting sowie auch andere wichtige Details sind nicht bekannt, was eine Wiederholung der Studie gewährleisten würde.

### **Reliabilität**

Die Daten vom Interview werden durch eine erneute Überprüfung ergänzt, was für eine hohe Reliabilität spricht. Auch werden mit dem Behandlungsteam der Patientinnen ein Gutachten erstellt, um allfällige Wahnvorstellungen oder psychotische Verleugnungen von Schwangerschaft vorgängig zu erkennen. Auf diese Weise werden Fehlerquellen festgestellt und so gut als möglich eliminiert.

### **Validität**

Die Validität ist durch den Mangel an Informationen über die Instrumente schwer zu erheben. Die Instrumente werden zwar genannt aber nicht näher beschrieben. Es wird keine Nachbefragung der Probandinnen erwähnt.

## **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009)**

Die Studie wird als Evidenzlevel 6 (unterste Stufe) gewertet, da es sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit handelt.

## Anhang D3: Montgomery et al. (2006)

**Zusammenfassung der Studie:** Montgomery, P., Tompkins, C., Forchuk, C., & French, S. (2006). Keeping close: mothering with serious mental illness.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Untersuchungsthema ist das Phänomen des Mutter-Seins mit einer schweren psychischen Erkrankung. Untersucht wird es anhand des Ansatzes der Grounded Theory.</p> <p>Aufgrund bestehender Literatur ist bekannt, dass psychisch erkrankte Frauen die gleiche Fertilität aufweisen wie gesunde Frauen, jedoch häufiger mit ungewollten Schwangerschaften oder alleiniger Verantwortung für die Kinder konfrontiert sind. Dies wird als Praxisrelevanz genannt. Die Autorinnen beschreiben ausserdem, dass unter Gesundheitsfachpersonen grosse Unsicherheit herrscht, wie erkrankte Mütter und ihre Kinder im häuslichen oder klinischen Setting zu betreuen und zu unterstützen sind, vor allem in Bezug auf ein physiologisches Mutter-Sein trotz schwerwiegender Erkrankung.</p> <p>Als Ziel wird das subjektive Empfinden und Erfahrungen der erkrankten Frauen in Bezug auf das tägliche Mutter-Sein genannt.</p>	<p>In die Studie inkludiert sind Frauen mit Schizophrenie, bipolaren Störungen, schweren Depressionen und nicht näher beschriebenen psychischen Erkrankungen, welche jedoch einen Aufenthalt im klinischen Setting verlangen. Alle diese Erkrankungen fallen unter die sogenannten „serious mental illness“ (SMI), welche laut den Autorinnen miteinander vergleichbar sind.</p> <p>Es werden 20 erkrankte Mütter zu ihren Erfahrungen bezüglich des Mutter-Seins mit einer SMI interviewt. Das Interview ist unstrukturiert aufgebaut und wird auf Audio aufgenommen. Die Interviewerin ergänzt das Interview mit Feldnotizen.</p> <p>Aus allen Interviews werden ein Oberthema und mehrere Unterthemen definiert. Laut den Forscherinnen ist dies ein typisches Vorgehen („Pyramidenstrategie“) der qualitativen Forschung.</p> <p>Für jedes Interview wird eine ethische Genehmigung eingeholt.</p> <p>Die Interviews finden unter Privatsphäre in einem abgetrennten Raum statt.</p>	<p>Als Oberthema wird das bemühte Aufrechterhalten eines engen Verhältnisses von Seiten Mutter zu Kind genannt („keeping close“).</p> <p>Die beschriebenen Unterthemen dienen als Weg zum Ziel, was das enge Verhältnis darstellt. Unterthemen sind unter anderem: Sicherheit schaffen; verantwortlich sein; eine Maske aufsetzen und Hilfe holen.</p> <p>Die Ergebnisse sind in einem Fliesstext dargestellt und mit Zitaten unterlegt. Die Autorinnen kommentieren einige Aspekte der Ergebnisse.</p>	<p>Die Forscherinnen beschreiben die erhobenen Daten als eindrücklicher Einblick in das Leben von Erkrankten zwischen Mutter-Sein und psychischer Erkrankung. Sie heben heraus, dass sich die befragten Mütter lediglich als Mutter fühlen, wenn sie nicht von den Kindern getrennt sind. Auch andere Aspekte werden hervorgehoben.</p> <p>Gemäss den Forscherinnen können die erhobenen Daten auf andere psychische Erkrankte angewendet werden, da sich ihre Ergebnisse mit denen von schon durchgeführten Studien decken.</p> <p>Zum Schluss wird an die Lesenden appelliert, auch „andere Arten von Mutter-Sein“ zu akzeptieren und dementsprechend zu würdigen, wie das im Fall einer Mutter mit SMI zutreffend sein könnte. Die Autorinnen sprechen sich dabei stark gegen Stigmatisierung und Vorurteile aus.</p>

**Würdigung der Studie:** Montgomery, P., Tompkins, C., Forchuk, C., & French, S. (2006). Keeping close: mothering with serious mental illness.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Anhand bestehender Literatur und bestehenden offenen Fragen wird logisch hergeleitet, wieso das zu untersuchende Phänomen wichtig für das Gesundheitsfachpersonal und für die Forschung ist. Alle verwendete Literatur wird korrekt referenziert. Die Autorinnen unterstreichen die Wichtigkeit ihrer Studie, indem sie eine Review zitieren, welche weitere Forschung im Thema der vorliegenden Studie empfiehlt. Die Fragestellung wird klar genannt. Die Autorinnen erhoffen sich mit ihrer Studie eine Hilfestellung für das medizinische Personal, welches in die Betreuung von an SMI erkrankten Frauen involviert ist. Das Ziel der Studie wird ebenfalls genannt.</p>	<p>Für die Erhebung der unstrukturierten Interviews, werden 20 erkrankte Frauen aus zwei Gesundheitsinstitutionen eingeschlossen. Die Erhebung der Daten ist typisch für die „Grounded Theory“. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen wird beschrieben, ebenso die Ein- und Ausschlusskriterien. Die vorgekommenen Drop-outs werden genannt und begründet. Obwohl nicht beschrieben, müssen demografische Daten aufgenommen worden sein, weil in einem Abschnitt der Studie in einem Fliesstext eine Charakterisierung der Interviewten vorgenommen wird. Die Forscherinnen beschreiben die Verwendung einer gematchten Stichprobe, wobei sie sich jedoch nicht zur Grösse der Stichprobe äussern. Es wird angemerkt, dass die Interviewerin als Pflegefachperson in einem Datenerhebungsort arbeitet. Es wird beschrieben, dass einige Probandinnen zu einem späteren Zeitpunkt nach Informationen über den Verlauf der Studie gefragt haben. Es findet keine Auseinandersetzung mit dem Thema des Interessenskonflikts der Interviewerin statt, es wird lediglich genannt. Auch die Haltung der restlichen Forscherinnen wird nicht beschrieben. Die Interviews finden unter dem Grundsatz des „informed consent“ und in einem getrennten Raum statt. Für jede Institution, aus welcher Frauen rekrutiert worden sind, wird ein ethischer Antrag gestellt. Was genau Inhalt dieses Antrages ist, ist nicht beschrieben. Die Interviews werden aufgenommen und von der Interviewerin werden Feldnotizen angefertigt. Ob die Interviewten ihre Notizen gegenlesen dürfen, ist nicht bekannt. Eine Probandin bittet das Forscherinnenteam, ihre Daten nicht zu verschriftlichen, was die Autorinnen als solches deklarieren und den Wunsch der Teilnehmerin laut eigenen Aussagen befolgen. Inwiefern die Daten trotzdem in die Auswertung miteingeflossen sind, wird nicht beschrieben. Die „Pyramidenstrategie“ wird als typisch für die qualitative Forschung beschrieben. Aus den Erklärungen wird nicht ersichtlich, welche Forscherin die Codes gebildet hat und ob ein Gegenlesen stattgefunden hat.</p>	<p>Die Ergebnisse werden anhand der aufgestellten Codes beschrieben. Um die Reichhaltigkeit der Daten zu repräsentieren werden die einzelnen Codes aufgeführt, einzeln mit Zitaten unterlegt, und von verschiedenen Seiten beleuchtet und erklärt. Es werden dabei auch zwischen den Codes Verbindungen hergestellt oder schon genannte Themen wieder aufgenommen. Die Autorinnen schaffen es, dass ihr Hauptthema „keeping close“ mit den Subkategorien untermauert und als Ganzes erklärt wird. Alle Unterthemen führen zum Oberthema hin und stellen mit eigenen Erklärungen und Ergänzungen eine Basis der Verständlichkeit für das auskristallisierte Thema her. Auf die Ergebnisse werden keine Modelle angewandt, sie werden ausschliesslich beschrieben.</p>	<p>Die Studie zeigt eindrücklich auf, welche Erfahrungen an SMI erkrankte Frauen machen in Bezug auf das Mutter-Sein. Es wird dargelegt, wie wichtig professionelle Betreuung für solche Frauen ist. Zum besseren Überblick, was die Studie herausgefunden hat, listen die Autorinnen auf, was schon vor der Erhebung ihrer Daten bekannt ist, und was die Quintessenz ihrer Studie sein soll. Dies ermöglicht ein leichteres Verständnis der wichtigsten Punkte. Die Autorinnen wünschen sich, dass zum behandelten Thema eine langfristige Studie angelegt wird, um erkrankte Mütter in verschiedenen Kontexten zu begleiten und somit die Veränderung der Coping-Strategien zu erfassen. Abschliessend kann gesagt werden, dass die Autorinnen ihre klar deklarierte Fragestellung mit den erhobenen Daten vollumfänglich beantworten. Da die gewürdigte Studie die erste mit grösserem Umfang auf dem behandelten Gebiet ist, kann ihre Wichtigkeit unterstrichen werden. Die Datenauswertung könnte aufgrund der oben genannten Punkte ausführlicher sein, auch fehlt die Selbstreflexion der Forscherinnen.</p>

## **Gesamteinschätzung der Güte gemäss den Kriterien von Lincoln und Guba (1985)**

### **Credibility (Glaubwürdigkeit)**

Die Glaubwürdigkeit ist insofern gewährleistet, als dass sich die Interviewerin während des Gespräches mit der Probandin als Ergänzung zu den Audio-Dateien Feldnotizen gemacht hat. Das offene Codingschema lässt vermuten, dass die Codes wirklich von den Daten stammen. Es fehlt jedoch eine Diskussion, in welcher die Probandinnen Stellung zu den gebildeten Codes hätten beziehen können.

### **Transferability (Übertragbarkeit)**

Der Theorie-Praxis-Transfer ist vorhanden und beispielhaft dargestellt. Es sind ebenfalls einige wenige demografischen Variablen zu den Probandinnen bekannt. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse wird eingeschränkt, weil die Forschenden wenige Zitate in der Arbeit verwenden und keine Stellung zum möglichen Interessenskonflikt einer Interviewerin beziehen.

### **Dependability (Zuverlässigkeit)**

Die Theorie, auf welcher die Datenanalyse basiert, wird ausführlich beschrieben. Die Datenerhebung findet immer durch die gleiche Person statt. Es schränkt die Zuverlässigkeit ein, dass die Dokumentation der einzelnen Schritte während des Datenanalyseprozesses nicht vorhanden ist.

### **Confirmability (Bestätigbarkeit)**

Es unterstützt die Bestätigbarkeit der Ergebnisse, dass die gebildeten Codes direkt aus den erhobenen Daten stammen. Es schränkt die Bestätigbarkeit ein, dass keine Verifizierung der Datenanalyse durch einen zweiten Forschenden stattgefunden hat.

## **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009)**

Die Studie wird als Evidenzlevel 6 (unterste Stufe) gewertet, da es sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit handelt.

## Anhang D4: Riordan et al. (1999)

**Zusammenfassung der Studie:** Riordan, D., Appleby, L., & Faragher, B. (1999). Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie untersucht die Interaktion zwischen Mutter und Kind im postpartalen Setting. Verglichen werden dabei Mütter, welche an Schizophrenie erkrankt sind, und Mütter, welche andere psychische Erkrankungen aufweisen. Es wird dabei jedoch ausschliesslich zwischen schizophrenen und „anderen“ Müttern unterschieden.</p> <p>Zur Herleitung der Forschungs- und der Praxisrelevanz beschreiben die Forschenden widersprüchliche Literatur und fehlendes Wissen in psychiatrischen Settings bzgl. der Unterstützung von schizophrenen Müttern. Ziel der Studie ist es, die Mutter-Kind Interaktion zwischen schizophrenen und an affektiven Störungen erkrankten Mütter zu vergleichen. Die Autoren mutmassen, dass schizophrene Mütter im Vergleich grössere Defizits in der Interaktion aufweisen als ihre Vergleichsgruppe.</p>	<p>Die Stichprobe besteht aus 26 Frauen mit ihren Säuglingen. Die Rekrutierung wird nicht beschrieben, es wird lediglich das Mutter-Kind-Heim genannt, in welchem eine Rekrutierung vorgenommen worden ist. Alle Probandinnen befinden sich im klinischen Setting, stehen aber kurz vor der Entlassung nach Hause.</p> <p>Der Forschungsansatz ist quantitativ, das Design wird nicht benannt, ebenso das Vorgehen.</p> <p>Die Erhebung der Daten erfolgt anhand von auf Video aufgenommenen Spielszenen, welche von den Forschenden in verschiedenen Dimensionen codiert werden. Die Codierung erfolgt anhand des „Global Rating Scales of Mother-Infant Interaction“.</p> <p>Die Daten sind intervallskaliert. Pro Gruppe und Dimension wird ein Mittelwert berechnet, welcher anschliessend verglichen wird.</p>	<p>In den Ergebnissen beschreiben die Forschenden, dass die Gruppe der schizophrenen Mütter in einem Grossteil der bewerteten Codes signifikant schlechtere Resultate erzielt haben, als die Vergleichsgruppe der an affektiven Störungen erkrankten Mütter. Die Ergebnisse sind in Fliesstext und in tabellarischer Form dargestellt.</p>	<p>Die Forschenden können durch die Ergebnisse ihre aufgestellte Hypothese bestätigen. Einige Punkte der Studie werden kritisch hinterfragt. Beispielsweise werden die Grösse der Stichprobe kritisiert, oder die Zusammenfassung der depressiven und bipolaren Mütter in eine Gruppe der „affektiven Störungen“. Des Weiteren empfehlen die Autoren zukünftige Forschung auf dem beschriebenen Gebiet, merken aber an, dass ihre Studie als Grundlage für die Entwicklung von spezifischen Betreuungspunkten für an Schizophrenie erkrankten Mütter weiterverwendet werden kann.</p>

**Würdigung der Studie:** Riordan, D., Appleby, L., & Faragher, B. (1999). Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Das Thema wird anhand von Hintergrundinformationen verständlich hergeleitet.</p> <p>Vorhandene Literatur mit teils widersprüchlichen Resultaten oder Messmethoden werden erwähnt.</p> <p>Die Praxisrelevanz der durchgeführten Studie wird ausführlich erklärt und mit weiteren Informationen unterlegt. Das Ziel der Studie ist klar, die Hypothese wird genannt.</p>	<p>Es wird ein quantitativer Forschungsansatz verwendet. Das Design wird nicht klar genannt, ebenso die Art der Stichprobe.</p> <p>Die Stichprobe besteht anfänglich aus 48 Frauen. Ein- sowie Ausschlusskriterien werden genannt, die darauffolgenden Drop-outs werden begründet, wenn auch im Kapitel der Ergebnisse. An den schlussendlichen Erhebungen der Daten nehmen 26 Frauen mit ihren Kindern teil. Alle Probandinnen befinden sich im klinischen Setting und stehen kurz vor der Entlassung nach Hause.</p> <p>Anhand des Beschriebs der Datenerhebung ist nicht abschliessend geklärt, wie und wo die Datenerhebung stattgefunden hat. Auch sind widersprüchliche Aussagen bzgl. der codierenden Forschenden, bzw. des codierenden Forschenden vorhanden Dies mindert die Objektivität. Die Reliabilität und Validität wird durch Vorgaben wie bspw. den Datenerhebungszeitpunkt oder einer Zweitcodierung durch einen unabhängigen Forschenden sichergestellt.</p> <p>Es fehlt eine Diskussion oder eine reflektierte Erklärung zu Kompromissen zu Gunsten eines Gütekriteriums auf Kosten eines anderen. Die Entscheidungen werden zwar als solche genannt, jedoch nicht kommentiert.</p> <p>Eine ethische Auseinandersetzung mit dem Thema wird nicht beschrieben.</p> <p>Es ist ebenfalls nicht ersichtlich, ob zur Durchführung der Studie einen ethischen Antrag gestellt worden ist.</p> <p>Das angewandte statistische Verfahren (Berechnung des Mittelwertes) kann auf die intervallskalierten Daten angewendet werden.</p>	<p>Die Ergebnisse werden lediglich knapp in einem Fliesstext erklärt und in einer Tabelle ausführlicher dargestellt. Eine Legende ist vorhanden und erhöht das Verständnis für den Lesenden. Der kurze Text erläutert die wichtigsten Ergebnisse. Wieso die Rekrutierung der Probandinnen sowie die Drop-outs im Ergebnis-Kapitel erläutert werden, wird nicht klar und scheint auch nicht typisch für eine Studie.</p>	<p>Die Forschenden beschreiben ihre aufgestellte Hypothese als bestätigt. Alle Resultate werden diskutiert.</p> <p>Die Autoren nennen die Limitationen ihrer Studie: Einerseits beschreiben sie ihre Stichprobengrösse als klein, ziehen daraus aber den Schluss, dass die untersuchte Population auch in der Gesellschaft rar ist. Andererseits kritisieren die Autoren den verwendeten „Global Rating Scales of Mother-Infant Interaction“, welcher für gesunde Mütter und Kinder entwickelt worden ist. Kritisiert wird ebenfalls die Zusammenfassung von nicht-schizophrenen Mütter in eine einzelne Gruppe von „affektiven“ Müttern. Auch der Datenerhebungszeitpunkt muss kritisch betrachtet werden, da er sich von Klinik zu Klinik unterscheiden kann.</p> <p>Es wird empfohlen, Studien durchzuführen, welche untersuchen, wieso schizophrene Mütter Defizite in der Interaktion aufweisen. Ebenfalls fehlt ein praxisnahes Schema, welches die Betreuung von schizophrenen Müttern erleichtert.</p>



## **Gesamteinschätzung der Güte gemäss den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008)**

### **Objektivität**

Die Objektivität ist nicht genügend erfüllt: Es fehlen wichtige Informationen zur Methode, dem Ort der Datenerhebung und den Forschenden, welche die Daten erhoben und codiert haben.

### **Reliabilität**

Durch die Berechnung der Inter-Rater-Reliabilität anhand einer Re-Codierung eines unabhängigen Forschenden wird die Reliabilität sichergestellt.

### **Validität**

Die Entscheidungen zu Gunsten oder auf Kosten der Validität werden zwar genannt, jedoch nicht diskutiert und kommentiert. Dies kann als mangelnde Interpretation der Validität gewertet werden.

## **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009)**

Die Studie wird als Evidenzlevel 6 (unterste Stufe) gewertet, da es sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit handelt.

## Anhang D5: Wan et al. (2007)

### Zusammenfassung der Studie: Wan et al. (2007). What predicts poor mother-infant interaction in schizophrenia?

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie befasst sich mit der Interaktion zwischen Müttern, die an Schizophrenie erkrankt sind und ihren Säuglingen. Zum Vergleich wird eine Kontrollgruppe von gesunden Frauen in die Studie miteinbezogen. Das Ziel der Studie ist es, zu untersuchen, ob der Schweregrad der Erkrankung und die niedrige soziale Stabilität die Defizite der Mutter-Kind-Interaktion beeinflussen. Hypothesen der Studie sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Interaktive Defizite werden durch einen höheren Schweregrad der Erkrankung und einer niedrigen sozialen Stabilität begründet.</li> <li>2) Das kindliche Vermeidungsverhalten ist assoziiert mit mangelhafter Empfänglichkeit und Einfühlungsvermögen seitens der Mutter.</li> </ol> <p>Als Indikator für den Schweregrad der Erkrankung dienen die Variablen „Dauer der Erkrankung“ und „Medikation“. Für das Messen der sozialen Stabilität werden die Variablen „Beschäftigung der Mutter“ und „Zivilstand“ gewählt.</p>	<p>Das Studiendesign ist quantitativ gewählt, um den Unterschied zwischen der Studien- und Kontrollgruppe und dem Grad an Interaktion zu berechnen. Die Population besteht aus Müttern mit Säuglingen von zwei bis vier/fünf Monaten, die in stationärer psychiatrischer Behandlung (Mother Baby Unit) sind und denen eine baldige Entlassung bevorsteht. Es werden ausschliesslich Frauen mit Schizophrenie, bipolarer Störung und affektiver Störung (Depression) für die Studie rekrutiert. Die Studie wird von der Manchester NHS Local Research Ethics Committee genehmigt. Das Experiment besteht darin, dass die Mütter während einer freier Spielsequenz mit ihrem Kind gefilmt werden. Das Filmmaterial wird von einem trainierten Bewerter nach mütterlichem Verhalten, kindlichem Verhalten und Interaktion anhand des Messinstrumentes „Global Rating Scale“ beurteilt. Ein weiterer Bewertender wird dazugezogen und beurteilt unabhängig vom anderen Bewertenden sieben Sequenzen. Der Vergleich der beiden Gruppen wird mithilfe eines unabhängigen T-Tests durchgeführt und die „Pearson correlations“ wird zur Assoziation zwischen der kindlichen Vermeidung und der mütterlichen Empfänglichkeit und des Einfühlungsvermögens verwendet. Der Effekt vom Schweregrad der Erkrankung und der sozialen Faktoren wird anhand von separaten multivariaten Analysen und Modellen der linearen Regression berechnet. Zum Schluss wird zur Untersuchung des Einflusses der Schizophrenie auf die Mutter-Kind-Interaktion univariate Analysen angewendet.</p>	<p>Die Studiengruppe erzielt im Vergleich zur Kontrollgruppe weniger Interaktionspunkte. Die Frauen mit Schizophrenie zeigen sich weniger herzlich gegenüber den Kindern. Deren Kinder zeigten ebenfalls signifikante Unterschiede im Vergleich zur Kontrollgruppe. Ihr Verhalten ist vermeidender, weniger kommunikativ, weniger lebendig und sie beschäftigen sich weniger mit ihrem Umfeld. Die Interaktion im Ganzen ist weniger befriedigend, seriöser, weniger engagiert, weniger begeistert und es fehlt an Lockerheit. Die erste Hypothese wird dementsprechend falsifiziert, da sich herausstellt, dass weder die Dauer der Erkrankung noch die Menge an Medikamenten bei Entlassung, der Zivilstand oder die Beschäftigung der Mutter einen Effekt auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind aufweist. Die zweite Hypothese wird hingegen verifiziert. Es zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Vermeidung vom Kind und die mangelhafte mütterliche Empfänglichkeit und Einfühlungsvermögen. Die Resultate werden mit Tabellen vervollständigt.</p>	<p>Es ist die erste Studie, die sowohl die sozialen als auch die klinischen Faktoren in die Untersuchungen der Mutter-Kind-Interaktion miteinfließen lässt. Die Diskussion hebt die wichtigsten Erkenntnisse hervor und betont vor allem die Entfernung zum Kind und die Aufdringlichkeit der Mütter mit Schizophrenie. Das Verhalten in der Beziehung zum Kind ist oft unberechenbar, was die Entwicklung der Beziehung zum Kind beeinträchtigen kann. Eine weitere Erkenntnis ist die, dass nicht die Diagnose Schizophrenie gezwungenermassen eine schlechte Mutter-Kind-Interaktion hervorruft, sondern die Schwere der Erkrankung. Ebenfalls wird die gegenseitige Wechselwirkung zwischen Mutter und Kind besprochen. Die Limitationen werden sehr detailliert beschrieben und die Studie kritisch hinterfragt. Die Generalisierung der Studie ist nicht ganz gegeben, da nur Patientinnen, die im stationären Setting (MBU) sind, rekrutiert worden sind. Die Studie beschreibt Verhaltensinterventionen, welche nicht nur auf der Behandlung der Symptomatik beruhen. Es wird empfohlen, die Auswirkung der mangelhaften Interaktion auf die Kinder in Langzeitstudien zu überdenken.</p>

## Würdigung der Studie: Wan et al. (2007). What predicts poor mother-infant interaction in schizophrenia?

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet die Fragestellung in einem Punkt, nämlich der Interaktion zwischen Mutter und Kind und geht darauf spezifisch ein. Die Zielsetzung und die Hypothesen sind verständlich formuliert und nachvollziehbar. Das behandelnde Thema wird in der Einleitung im theoretischen Rahmen von vorgegangenen Studien eingeführt.</p>	<p>Das gewählte Design ist sinnvoll und hebt die Signifikanz der Studie hervor. Die interne Validität ist gegeben, da für alle Teilnehmenden die gleichen Bedingungen herrschen und der Ablauf der Studie nachvollziehbar und konkret beschrieben ist. Die Stichprobenziehung ist als einziges nicht detailliert genug beschrieben. Die Studie kann nicht auf alle Frauen mit Schizophrenie übertragen werden, da nur Frauen im stationären Setting teilgenommen haben und nicht alle Schweregrade der Erkrankungen abgedeckt worden sind. Die Stichprobengrösse ist relativ klein gewählt. Die Vergleichsgruppe mit affektiven Störungen wird gewählt, um einen Vergleich hervorzuheben. Es werden keine Drop-Outs erwähnt.</p> <p>Die Datenerhebung ist klar ersichtlich, wie auch der Verlauf der Datenanalyse. Die Messinstrumente sind konkret beschrieben und zuverlässig. Die „Global Rating Scales“ kann nicht als valide angesehen werden, da sie ursprünglich nur für Frauen mit postpartaler Depression entworfen worden ist. Jedoch ist erwähnt, dass die „Global Rating Scales“ vielfach auch ausserhalb der postpartalen Depression verwendet wird, um die Interaktion zu bewerten. Die statistischen Verfahren werden korrekt angewendet, es fehlt jedoch die Nennung des Signifikanzniveaus. Verzerrungen oder Einflüsse auf die Intervention könnte möglich sein, da die Spielsequenzen gefilmt worden sind und die Mütter oder Kinder sich unter Druck gesetzt gefühlt haben könnten.</p>	<p>Die Ergebnisse sind präzise und nachvollziehbar mit Tabellen unterlegt. Die Tabellen sind korrekt beschrieben und stellen eine Ergänzung zum Text dar.</p>	<p>Die wichtigsten Ergebnisse werden diskutiert und interpretiert. Es kommen jedoch neue Erkenntnisse auf, die im Abschnitt der Resultate nicht besprochen werden. Die Studie nimmt Bezug zu anderen Studien und Theorien wobei die Hypothesen diskutiert werden. Es werden alternative Erklärungen für die Resultate gesucht, welche in Form von Vermutungen formuliert werden.</p> <p>Die Studie ist sinnvoll, da noch keine Vorbestehende auf die Mutter-Kind-Interaktion spezifisch eingeht und dabei sowohl soziale, als auch klinische Aspekte einbezieht. Zur Implementierung der Interventionen in die Praxis müssen die besprochenen Interventionen in Form einer weiteren Studie getestet und auf ihre Effizienz und statistischen Signifikanz untersucht werden. Die Studie kann in einem anderen Setting wiederholt werden.</p>

## **Gesamteinschätzung der Güte gemäss den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008)**

### **Objektivität**

Die Objektivität der Studie ist gewährleistet, da die Studie im Grossen und Ganzen sehr gut beschrieben ist und alle Schritte der Abfolge nachvollziehbar sind. Eine Wiederholung der Studie in einem anderen Setting wäre ohne Probleme durchführbar.

### **Reliabilität**

Mögliche Störfaktoren werden besprochen und beseitigt. Die Daten werden von zwei unabhängigen Beurteilenden bewertet, um die Reliabilität zu gewährleisten. In der Diskussion werden alle Umstände der Studie besprochen und in die Interpretation der Resultaten miteinbezogen.

### **Validität**

Die Messinstrumente werden vorgestellt und ihr Zweck ist ersichtlich. Die „Global Rating Scales“ (Murray et al., 1996) ist ursprünglich für Frauen mit postpartaler Depression entwickelt worden, was die Validität des Instrumentes in Frage stellt. Es findet keine Nachbefragung der Teilnehmenden statt.

## **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009)**

Die Studie wird als Evidenzlevel 6 (unterste Stufe) gewertet, da es sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit handelt.

## Anhang D6: Wan et al. (2008)

**Zusammenfassung der Studie:** Wan M.W., Moulton S., Abel K.M., (2008). „The service needs of mothers with schizophrenia: a qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers“

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie befasst sich Dienstleistungen für Mütter mit Schizophrenie und macht auf die mangelhafte Behandlung postpartal dieser Mütter aufmerksam. Zahlreiche Studien heben hervor, dass Mütter, die psychisch erkrankt sind, mehr Schwierigkeiten mit der Erziehung des Kindes haben. In vorgegangenen qualitativen Studien wurde herausgefunden, dass solche Mütter sich eine grössere Vielfalt von Dienstleistungen wünschen.</p> <p>Die zu beschreibende Studie hat zwei Ziele:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sicht der Mitarbeiter auf die Diensthandlungen für Mütter mit Schizophrenie</li> <li>2. Effizienz und Durchführbarkeit des vorhandenen Programms untersuchen.</li> </ol>	<p>Die Studie wird im qualitativen Rahmen mithilfe eines semistrukturierten Interviews aufgezogen, um die verschiedenen Perspektiven und Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter realitätstreu zu erfassen. Sie wird von einem ethischen Komitee genehmigt und findet in England in verschiedenen Institutionen statt. Die 28 Teilnehmenden bestehen aus Hebammen, psychiatrischen Pflegefachpersonen und Pflegefachpersonen mit Schwerpunkt auf der Säuglingspflege.</p> <p>Die Interviews werden aufgenommen und verbal transkribiert. Bei der Befragung wird dabei auf fünf Themen eingegangen: Derzeitige Unterstützung und Dienstleistungen für Mütter mit Schizophrenie; Bedürfnisse von Unterstützung und Dienstleistungen von Frauen mit Schizophrenie und ihren Säuglingen; Gründe für den Mangel an Unterstützung und Dienstleistungen; Empfehlungen zur Optimierung von Unterstützung und Dienstleistungen und Meinungen über die Effizienz und Durchführbarkeit des geplanten Programmes und andere Interventionen. Die Antworten werden einer thematischen Analyse, das ist ein qualitatives Messinstrument zur genaueren Einsicht in die Perspektive der Teilnehmenden, unterzogen und folglich anhand von „coding frames“ in verschiedene Themen und Unterthemen eingeteilt. Die Studie beinhaltet Anhaltspunkte von deskriptiver Statistik. Um keine Vorurteile von Seiten der Interviewer zu generieren, wird eine unabhängige Analyse eines Forschers durchgeführt und anschliessend mit der eigentlichen Studie verglichen.</p>	<p>Die Resultate gliedern sich in 4 Unterthemen. Ein Unterthema beschreibt die bestehende Unterstützung und fasst alle Resultate zusammen, welche über positive Aspekte der Betreuung von an Schizophrenie erkrankten Müttern berichten. 21 Teilnehmende geben an, den an Schizophrenie erkrankten Frauen im Rahmen einer 1:1 Betreuung Empfehlungen abzugeben über:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Angemessene Verweisung</li> <li>2) Ratschläge für die Pflege vom Kind</li> <li>3) Informationen für Planung</li> <li>4) Psychoedukation (eigene Erkrankung)</li> <li>5) Erweiterung der mütterlichen Empfänglichkeit</li> <li>6) Informationen und Beruhigung</li> </ol> <p>Gegensätzlich beschreibt das zweite Unterthema den Mangel an Ressourcen und die lückenhafte Betreuung. Fehlendes Fachwissen und Verständnis von Seiten des Personals werden assoziiert. Eine Kontinuität im Personal und Schulungen zu psychischen Erkrankungen, Training vom elterlichen Feingefühlvermögen, Kindererziehungsgruppen, Hausbesuche, Familienbeteiligung, spezifischere Hebammenbildung und das Generieren des Bewusstseins für psychische Erkrankungen werden gefordert.</p>	<p>Dies ist die erste Studie, welche aus der Perspektive vom Gesundheitsfachpersonal ausgeht. Anders als im restlichen England und in vielen Ländern existieren in Manchester und Liverpool eine Spezialisierung in der Pflege auf psychische Erkrankungen, weshalb die Generalisierung der Studie nicht gegeben ist. Das Hauptergebnis, dass die vulnerable Gruppe von an Schizophrenie erkrankten Mütter nicht genügend spezialisierte Betreuung und Dienstleistungen geniessen kann, ergibt sich aus den Antworten der Studienteilnehmenden. Vorausgegangene Studien unterstützen die Ergebnisse, dass fehlendes Fachwissen und gänzliche Ressourcen Grund für die unbefriedigende Betreuung sind. Die Fragestellung wird beantwortet und es werden zahlreiche Inputs für nützliche Interventionen gegeben. Limitationen werden aufgelistet. Zum Schluss wird genannt, dass eine Studie mit den Patientinnen selber durchgeführt werden sollte, um ein komplettes Bild aus mehreren Sichten zu erreichen.</p>

**Würdigung der Studie:** Wan M.W., Moulton S., Abel K.M., (2008). „The service needs of mothers with schizophrenia: a qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers“

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet die Fragestellung der Bachelorarbeit und liefert viele interessante Ansätze für die Implementierung von spezifischen Interventionen. Die Studie hat zwei klar formulierte Ziele, jedoch fehlen Fragestellung und Hypothese. Das Thema wird in der Einleitung mit empirischen Daten theoretisch eingebettet und ist nachvollziehbar beschrieben. Die Signifikanz des Themas durch in der Einleitung ersichtlich.</p>	<p>Das gewählte Design passt zur Zielsetzung und bietet durch den qualitativen Ansatz einen Einblick in die subjektiven Ansichten der Teilnehmenden. Die Stichprobenziehung könnte genauer beschrieben werden. Auch wird bei den Limitationen erwähnt, dass einige Mitarbeiter, die wertvoll für die Studie gewesen wären, keine Zeit für die Teilnahme gehabt haben. Die Verteilung der Professionen ist ebenfalls sehr zufällig und die Anzahl der Teilnehmenden zu klein. Die Stichprobe ist also nur bedingt repräsentativ für die Population, gibt jedoch einen guten Überblick für die Forschung. Einzelne Teilnehmende sind jedoch nicht genug gut im zu behandelnden Phänomen eingebettet. Das Setting und die Teilnehmenden sind beschrieben. Es gibt keine Vergleichsgruppe, da einzig die Interviews geführt werden. Es werden keine Drop-Outs genannt. Die Datenerhebung eignet sich für das Studiendesign und ist detailliert beschrieben. Das Messinstrument ist optimal gewählt für das Ziel der Studie und scheint valide. Vorurteile von Seiten der Interviewer könnten Verzerrungen oder Einfluss auf die Antworten der Teilnehmenden haben. Zur Eliminierung dieser Vorurteile wird jedoch eine unabhängige Analyse von einem aussenstehenden Forschenden gemacht. Die Datenanalyse ist ebenfalls detailliert beschrieben und nachvollziehbar. Es werden keine statistischen Verfahren durchgeführt. Die Studie wird vom ethischen Komitee genehmigt. Ansonsten werden keine ethischen Problemstellungen erwähnt.</p>	<p>Die Ergebnisse sind reichhaltig und sehr präzise im Kontext verankert und beschrieben. Sie beleuchten die erfragten Themengebiete. Die erhobenen Daten stimmen mit der Konzeptualisierung der Forschenden überein. Die Tabellen zur Visualisierung sind gut im Text eingegliedert und formal korrekt.</p>	<p>Die Ergebnisse werden zu den wichtigsten Erkenntnissen der Studie zusammengefasst. Die Interpretation ist nachvollziehbar und präzise beschrieben. Die Zielsetzungen der Studie können mit den Ergebnissen erreicht werden. Die Ergebnisse werden nicht anhand von anderweitiger Literatur diskutiert. Die Studie ist sinnvoll und zeigt die Praxisrelevanz und den weiteren Forschungsbedarf auf. Auch deutet sie darauf hin, dass die Studie mit einer Population von psychisch erkrankten Müttern durchgeführt werden müsste, um das vollständige Bild über die Thematik zu erhalten. Die erhaltenen Ergebnisse sind ausschliesslich Ansichten von Mitarbeitenden und müssen demzufolge noch interpretiert werden. Es werden sowohl Stärken als auch Schwächen der Studie aufgezeigt. Da die Studie sehr detailliert beschrieben ist, ist die Umsetzung in einem anderen Setting grundsätzlich möglich. Die Stichprobenziehung sollte genauer festgelegt werden, damit eine Wiederholung möglich ist. Das Schlusswort spiegelt die Ergebnisse der Studie.</p>

## **Gesamteinschätzung der Güte gemäss den Kriterien von Lincoln und Guba (1985)**

### **Credibility (Glaubwürdigkeit)**

Die Forschenden diskutieren ihre Datensättigung, was die Glaubwürdigkeit der Studie erhöht. Mindernde Faktoren sind jedoch, dass die Analyse und Codierung der Interviews durch die gleichen Forschenden gemacht worden sind, und somit keine Verifizierung durch eine Zweitmeinung stattgefunden hat.

### **Transferability (Übertragbarkeit)**

Die Ergebnisse werden mit vielen Zitaten unterlegt, was die Übertragbarkeit erhöht. Es sind ebenfalls demografische Variablen der Probandinnen und Probanden bekannt. Die Probandinnen und Probanden werden aus unterschiedlichen Settings und aus unterschiedlichen Städten rekrutiert. Als einziger einschränkender Punkt ist zu nennen, dass der Ort des Interviews vorgegeben worden ist.

### **Dependability (Zuverlässigkeit)**

Es wird viel Wert auf die Zuverlässigkeit gelegt: Die Datenanalyse, welche immer durch die gleiche Person erfolgte, ist klar beschrieben. Die Ergebnisse sind nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt.

### **Confirmability (Bestätigbarkeit)**

Die datenerhebenden Forschenden sind unabhängig, was sich positiv auf die Bestätigbarkeit der Studie auswirkt. Durch die schon im Vorfeld vorhandenen Codes wird die Bestätigbarkeit eingeschränkt, jedoch fügen die Forschenden nach den Interviews neue Codes hinzu, welche direkt aus den erhobenen Daten stammen.

## **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009)**

Gemäss der Evidenzpyramide ist die Studie auf der untersten Stufe (Stufe 6) einzuordnen.

# Anhang E: Abschlusskompetenzen Hebammen und Pflegefachpersonen

Die folgenden Abbildungen stammen aus den Abschlusskompetenzen der FH-Berufe von Ledergerber et al. (2009).

## Anhang E1: Expertin/Experte

Pflege		Hebammen	
A1	Sie sind verantwortlich für die Pflege, erheben den pflegerischen Handlungsbedarf bei Individuen und Gruppen in allen Lebensphasen, führen die notwendige Pflege aus oder delegieren und evaluieren sie laufend. Das Pflegeangebot schliesst präventive, therapeutische und palliative Massnahmen ein.	A1	Sie entscheiden selbständig und verantworten die Unterstützung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Gesundheitsprozessen im regelrichtigen Verlauf in den Phasen der Mutterschaft, der Familienwerdung und in Lebensabschnitten mit frauenspezifischen Gesundheitsveränderungen.
A2	Sie übernehmen die Verantwortung im Interesse der Patienten in professionellen (skills mix) und interprofessionellen Teams für eine qualitativ hochstehende, wirksame, effiziente und kontinuierliche Pflege.	A2	Sie erfassen regelabweichende Prozesse eigenverantwortlich während der Phase der Reproduktion und verantworten effiziente Massnahmen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit.
A3	Sie bieten den Patienten und den Angehörigen pflegerische Fachberatung an, welche sich auf aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und ethische Grundsätze abstützt.	A3	Sie erfassen regelwidrige Prozesse, begründen eigenständige hebammenspezifische Massnahmen und verantworten in interprofessioneller Zusammenarbeit, pflegerische, therapeutische und palliative Interventionen.
A4	Sie beteiligen sich an Projekten und Forschungen im Bereich der Pflege und fördern den Transfer der Resultate in die Lehre und Praxis.	A4	Sie fördern effizient in diesen Prozessen die regelrichtigen Anteile.



## Anhang E2: Kommunikatorin/Kommunikator

Pflege		Hebammen	
B1	Sie bauen vertrauensvolle professionelle Beziehungen zu den Patienten und ihren Bezugspersonen auf, passen die Kommunikation an die jeweilige Situation an um eine gemeinsame Entscheidungsfindung (shared decision making) zu ermöglichen.	B1	Sie kommunizieren personenzentriert während der Phase der Reproduktion mit Jugendlichen, Frauen und Familien und stärken deren Autonomie und Selbstbestimmung durch eine vertrauensvolle Beziehung und die Abgabe relevanter, evidenzbasierter Informationen.
B2	Sie entwickeln ein gemeinsames Verständnis einer Pflegesituation und setzen bei Bedarf das Konfliktmanagement gezielt ein.	B2	Sie begleiten die Frau, das ungeborene Kind / Neugeborene, den Partner, das Paar und die Familie kontinuierlich durch das Erleben von Präkonzeption, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Rückbildungs- und Stillzeit.
B3	Sie dokumentieren alle relevanten Daten einwandfrei unter Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlagen. Sie erkennen Dokumentationslücken und schlagen entsprechende Lösungen zur Schliessung der Lücken vor.	B3	Sie halten auch in schnell wechselnden und raschen Entscheidungen fordernden Situationen die Kommunikation unter Einbezug aller Beteiligten aufrecht und verantworten in diesen Prozessen die professionelle Qualität.
B4	Sie kommunizieren mit Patienten und Fachpersonen und teilen ihr Wissen und ihre Erfahrung mit Berufsangehörigen aus.	B4	Sie wenden Kommunikationstechniken und -technologien situationsangemessen an, kommunizieren in verständlicher Sprache und wenden gezielt methodisch-didaktische Hilfsmittel zur Vermittlung von Informationen an.

## Anhang E3: Teamworkerin/Teamworker

Pflege		Hebammen	
C1	Sie engagieren sich innerhalb eines interdisziplinären und interprofessionellen Teams, und vertreten eine optimale patientenorientierte Pflege.	C1	Sie arbeiten unter Berücksichtigung der Zuständigkeiten partnerschaftlich und effizient mit Berufsangehörigen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen zusammen, mit dem Ziel einer optimalen Versorgung von Frau, deren Kind und Familie.
C2	Sie übernehmen für Pflegesituationen die fachliche Verantwortung. Dabei koordinieren und begleiten sie Arbeitsgruppen und unterstützen und leiten fachlich andere Mitarbeitende des Pflorgeteams.	C2	Sie erkennen Schnittstellen, vernetzen und koordinieren die Versorgung von Frau, Paar und Familie mit weiteren Fachpersonen und achten auf eine symmetrische Beziehungsgestaltung.
C3	Sie beteiligen sich an komplexen Entscheidungsfindungen in intra- und interprofessionellen Gruppen und vertreten eine berufsethische Haltung.	C3	
C4	Sie stellen ihre professionellen Kompetenzen den Akteuren des Gesundheitssystems, den Patienten und deren Angehörigen zur Verfügung.	C4	

## Anhang E4: Managerin/Manager

Pflege		Hebammen	
D1	Sie setzen Behandlungspläne effektiv und effizient innerhalb der institutionellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen um.	D1	Sie leiten und organisieren effektiv und effizient die verfügbaren menschlichen, logistischen, finanziellen und administrativen Ressourcen zur optimalen Versorgung der Frau, deren Kind und Familie, dem interprofessionellen Team und der Gesellschaft.
D2	Sie arbeiten bei der Implementierung und Evaluation von evidenzbasierten Qualitätsstandards der Pflege mit und erkennen Innovationsbedarf.	D2	Sie dokumentieren und evaluieren ihre professionelle Tätigkeit systematisch und laufend anhand von evidenzbasierten Leitlinien und handeln aufgrund ihrer Erkenntnisse und Erfahrungen vorausschauend.
D3	Sie nutzen Informationstechnologien und arbeiten prozess-, ziel- und ressourcen-orientiert.	D3	
D4	Sie reflektieren ihre Berufsrolle und gestalten ihre Berufskarriere aktiv.	D4	

## Anhang E5: Health Advocate

Pflege		Hebammen	
E1	Sie setzen sich für gesundheits- und lebensqualitätsbezogene Anliegen ein und unterstützen die Interessen der Patienten sowie deren Bezugspersonen.	E1	Sie engagieren sich für eine frauen-, kinder- und familiengerechte Gesundheitsförderung und Prävention unter Berücksichtigung von soziokulturellen Aspekten
E2	Sie integrieren Konzepte zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention für Individuen und Gruppen in ihre Berufspraktik und beteiligen sich aktiv an deren Umsetzung.	E2	Sie befähigen und stärken die Frau und die Familie, die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit sowie die ihrer Kinder zu übernehmen.
E3	Sie befähigen Patienten sowie deren Bezugspersonen vorhandene Mittel differenziert und individuell zur Krankheitsbewältigung und -prävention, respektive zur Erhaltung bestmöglicher Lebensqualität einzusetzen.	E3	Sie beteiligen sich an gesundheitsfördernden und präventiven Programmen.
E4	Sie beteiligen sich an der Entwicklung von Konzepten zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.	E4	

## Anhang E6: Lernende/Lehrende

Pflege		Hebammen	
F1	Sie erhalten und entwickeln ihre professionellen Kompetenzen durch kontinuierliches Lernen, unterstützen Studierende in der Praxis und stützen sich dabei auf wissenschaftliche Erkenntnisse ab.	F1	Sie reflektieren und gestalten den eigenen Lernprozess indem sie ihre Entscheidungsfindung aufgrund wesentlicher berufsspezifischer, systematisch gesammelter Daten begründen, hinterfragen und weiterentwickeln.
F2	Sie identifizieren den Lernbedarf von Patienten, deren Umfeld und der Öffentlichkeit und bieten wirkungsorientierte Unterstützung unter Berücksichtigung der gesundheitspolitischen Situation an.	F2	Sie analysieren wissenschaftliche Resultate systematisch, verbinden ihre klinischen Erfahrungen und evidenzbasiertes Wissen und übertragen Erkenntnisse wirkungsvoll in die Praxis.
F3	Sie identifizieren praxisrelevante Fragestellungen für Entwicklungs- und Forschungsprojekte und leiten sie an die entsprechenden Stellen weiter.	F3	Sie beteiligen sich an hebammenspezifischen und interdisziplinären und interprofessionellen angewandten Forschungsvorhaben und geben mit adäquaten Methoden hebammenspezifisches Wissen und ihre Kenntnisse weiter an Frauen, Familien und interprofessionelle Teams.
F4	Sie reflektieren ihr professionelles Handeln, erfassen Lücken und Ressourcen und verbinden ihre klinische Erfahrung, Patientenexpertise und aktuelles evidenzbasiertes Wissen für die Weiterentwicklung der Pflege.	F4	Sie analysieren eigenständig und gemeinsam mit anderen die aktuelle Berufspraxis, identifizieren Fragestellungen, erfassen Lücken und tragen kontinuierlich zur Entwicklung des Berufstandes bei.

## Anhang E7: Professionsangehörige/Professionsangehöriger

Pflege		Hebammen	
G1	Sie vertreten in der Begegnung mit den Patienten, deren Bezugspersonen und der Gesellschaft eine berufsethische Haltung.	G1	Sie nehmen ethische Verantwortung in unterschiedlichen sozialen, ökonomischen und politischen Kontexten wahr und verantworten die Qualität ihrer professionellen Leistungen gegenüber Frauen, deren Kinder und Familien.
G2	Sie vertreten den Beruf professionell, setzen sich verantwortungsbewusst und eigenständig für die Entwicklung und Ausübung des Pflegeberufs und der Erhaltung ihrer eigenen Gesundheit ein.	G2	Sie treffen innerhalb des gesetzlichen Rahmens Anordnungen, erkennen und formulieren Grenzen der eigenen Kompetenzen und erkennen Situationen in denen sie mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens professionell zusammenarbeiten.
G3	Sie evaluieren und reflektieren ihre Berufspraxis laufend und tragen damit zur Gesundheit und der Lebensqualität von Personen und der Gesellschaft bei.	G3	Sie eignen sich laufend aktuelles Fachwissen an und passen ihre Berufspraxis den neuen Erkenntnissen an.
G4		G4	Sie vertreten die Bedeutung des Berufes und dessen wirkungsvolle Erneuerung in der Öffentlichkeit und engagieren sich für eine kompetente frauen- und familiengerechte Berufspraxis von hoher Qualität.