

Bachelorarbeit

**Betreuung von Müttern mit einer
Opiatabhängigkeit und deren Neugeborenen
mit Entzugsproblematik auf einer
Neonatologie**

Eine Literaturrecherche

Andrea Zwyssig S10868180

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Pflege
Studienjahr:	PF10b
Eingereicht am:	03.05.2013
Betreuende Lehrperson:	Margret Hodel lic.phil.I

Inhaltsverzeichnis

Abstract	4
1 Einleitung	5
1.1 Begründung der Themenwahl	5
1.2 Stand der Forschung	6
1.3 Eingrenzung des Themas.....	6
1.4 Fragestellung.....	7
1.5 Zielsetzung und Relevanz für die Praxis.....	7
1.6 Methodik.....	7
1.6.1 Literaturrecherche	8
1.6.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	8
1.6.3 Bewertungskriterien	9
2 Theoretischer Hintergrund	9
2.1 Substanzmissbrauch der Mutter	9
2.1.1 Opiatabhängigkeit	10
2.1.2 Substitutionsbehandlung mit Methadon	11
2.1.3 Schwangerschaft und Substanzabhängigkeit.....	12
2.2 Auswirkungen auf das Kind	12
2.2.1 Unterschiedliche Substanzen und deren Auswirkungen	13
2.2.2 Neonatales Abstinenzsyndrom.....	14
2.2.3 Bewertungsinstrument	14
2.2.4 Drogenscreening.....	15
2.2.5 Medikamentöse Behandlung.....	15
2.2.6 Nicht-medikamentöse Pflegeinterventionen	16
2.3 Stillen und Substanzmissbrauch.....	16
2.4 Calgary Familienassessment- und Interventionsmodell.....	17
2.4.1 Familienzentrierte Gespräche	18
2.4.2 Umgangsformen	18
2.4.3 Familiengeno-/Ökogramm.....	18
2.4.4 Familienzentrierte Fragen	19
2.4.5 Stärken und Ressourcen anerkennen.....	19
3 Ergebnisse	19
3.1 Darstellung der eingeschlossenen Studien.....	19

3.2	Ergebniszusammenfassung	22
3.2.1	Rollenkonflikte.....	22
3.2.2	Weiterbildung und psychosoziale Unterstützung.....	23
3.2.3	Emotionale Betroffenheit.....	24
3.2.4	Depressive Symptome	24
3.2.5	Erschwerte Zusammenarbeit	25
3.2.6	Verbesserte Einschätzung	25
3.2.7	Verbesserungsvorschläge.....	26
3.2.8	Stillen und Substanzmissbrauch	27
3.2.9	Assessmentmöglichkeit.....	27
4	Diskussion.....	28
4.1	Kritische Würdigung der Studien	28
4.2	Bewertung der Ergebnisse	29
4.3	Empfehlungen für die Praxis.....	31
4.4	Reflexion der Bachelorarbeit	35
5	Schlussfolgerung.....	35
5.1	Ausblick	37
6	Verzeichnisse.....	38
6.1	Literaturverzeichnis	38
6.2	Abkürzungsverzeichnis.....	43
6.3	Tabellenverzeichnis	44
7	Danksagung.....	45
8	Eigenständigkeitserklärung.....	45
9	Anhang.....	46
	Anhang A Glossar.....	46
	Anhang B Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien.....	49
	Anhang C Klinische Symptome des neonatalen Abstinenzsyndroms	63
	Anhang D Verhaltensscore modifiziert nach Finnegan, USZ	64
	Anhang E Geno-/Ökogramm	65
	Anhang F Wortzahl.....	68

Abstract

Hintergrund: werdende Mütter mit einer Opiatabhängigkeit erleiden nach wie vor eine Stigmatisierung durch die Gesellschaft. Entwickeln ihre Neugeborenen postnatal eine Entzugssymptomatik, bedürfen diese einer komplexen Betreuung. Diese wird von Pflegenden der Neonatologie als herausfordernd und zeitintensiv sowie der Umgang mit den Müttern als schwierig empfunden.

Ziel: Mit dieser Arbeit sollen pflegerische Interventionen identifiziert werden, welche die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und den betroffenen Müttern begünstigt und eine gemeinsame, ganzheitliche Betreuung der Neugeborenen ermöglicht.

Methodik: Im Anschluss an die Literaturrecherche in pflegerelevanten Datenbanken erfolgte eine kritische Literaturanalyse sowie eine diskursive Auseinandersetzung mit der Grundlagenliteratur. Die Berücksichtigung der klinischen Expertise sowie zentrale Aspekte der familienzentrierten Pflege anhand des Calgary Modells dienen dem Transfer der theoretischen Erkenntnisse in die Praxis.

Ergebnisse: Anhand von sieben Studien liessen sich relevante Kernthemen identifizieren. Neben einer fachspezifischen Weiterbildung der Pflegenden erscheint eine psychosoziale, institutionelle Unterstützung während des Betreuungsprozesses als unabdingbar, um das Pflegeengagement sowie die therapeutische Haltung positiv zu beeinflussen.

Schlussfolgerung: Das Aussprechen von Anerkennung, Aufzeigen von Ressourcen sowie eine wertschätzende Haltung von Pflegenden gegenüber den Müttern, scheinen die Zusammenarbeit zu begünstigen. Eine gesteigerte Selbstwirksamkeit der Pflegenden bezüglich des komplexen Pflegeauftrages ermöglicht eine verbesserte Integration der Mütter in den Betreuungsprozess und bestärkt diese dadurch in ihrer Mutterrolle.

Keywords: *neonatal abstinence syndrome, opioid-dependent mothers, substance abuse, neonatal nursing, parent-infant attachment, methadone, family nursing, family assessment, therapeutic attitude*

1 Einleitung

Der Missbrauch von illegalen Substanzen in der Schwangerschaft sorgt nach wie vor in der Öffentlichkeit für eine kontroverse und emotionale Diskussion (Wolstein, 1999). Laut dem European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2010) konsumieren in Europa jährlich 30'000 schwangere Frauen Opiode. Jedoch sind exakte Zahlen schwierig zu ermitteln. Die Neugeborenen dieser Mütter sind nicht nur während der Schwangerschaft einem erhöhten Risiko ausgesetzt, sondern es besteht die Gefahr, dass sie nach der Geburt Entzugssymptome entwickeln (Ziegler, Poustka, von Loewenich und Englert, 2000). Das unterstützende Umfeld hat es plötzlich mit zwei Erkrankten zu tun, obwohl schon die Behandlung der einzelnen Person eine Herausforderung darstellt (Wolstein, 1999). Diese Erfahrung machte auch die Autorin während eines Praktikums auf einer Neonatologie und setzt sich deshalb in dieser Arbeit mit der pflegerischen Herausforderung in der Betreuung von Müttern mit einer Opiatabhängigkeit und deren Neugeborenen mit einem neonatalen Abstinenzsyndrom [NAS] auseinander.

1.1 Begründung der Themenwahl

Neben der anspruchsvollen und zeitaufwendigen Betreuung der Neugeborenen mit NAS fordert auch die Zusammenarbeit mit den betroffenen Müttern viel Geduld und Empathie. Die Tatsache, dass Schwangere Drogen nehmen, kann bei den Pflegenden¹ ablehnende Gefühle und Wut hervorrufen (Kästner, Härtl und Stauber, 2008). Doch gerade in dieser vulnerablen² Zeit erscheint eine vertrauensvolle Unterstützung durch Pflegende für die Mutter-Kind-Bindung von grosser Bedeutung zu sein (Velez und Jansson, 2008). Ein unzureichendes psychologisches Fachwissen und eine weitverbreitete negative Wahrnehmung gegenüber Abhängigkeitserkrankungen, erschwert es Pflegenden mit einer wertneutralen Haltung den Betroffenen zu begegnen und sich für ihr Wohlbefinden einzusetzen (McLaughlin und Long, 1996). Da die Autorin bereits über Berufserfahrung in der Psychiatrie verfügte, konnte sie ihre Kenntnisse im Umgang mit Abhängigen

¹ Zugunsten besserer Lesbarkeit wird in dieser Bachelorarbeit auf die geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet. Die weibliche Form meint ebenfalls die männliche und umgekehrt.

² Begrifflichkeiten, welche in dieser Bachelorarbeit mit einem * gekennzeichnet sind, werden im Glossar (Anhang A) erläutert.

anwenden. Dennoch empfand sie die intensive Betreuung auf der Neonatologie als anspruchsvoll und konnte erneut erleben, dass Abhängige durch ihr Verhalten beim Gegenüber starke emotionale Reaktionen auslösen können. Die Autorin erachtet eine Sensibilisierung sowie die Professionalisierung von Pflegenden im Umgang mit den betroffenen Müttern als notwendig, um erfolgreich die Mutter-Kind-Bindung unterstützen zu können.

1.2 Stand der Forschung

Hasler, Meili, Wang, Gutzwiller und Davatz (2001) erwähnen, dass Mütter mit einer Abhängigkeitserkrankung häufig als erziehungsunfähig betrachtet werden. Zudem fehlt es Pflegenden an spezifischem Fachwissen und ausreichenden Kompetenzen (Happel und Taylor, 2001) in der Betreuung dieser Mütter (Hasler et al., 2001). Ziegler et al. (2000) weisen darauf hin, dass Mütter mit Methadonsubstitution ein deutlich adäquateres Zuwendungsverhalten zeigen und häufiger in stabileren sozialen Netzwerken leben, als betroffene Mütter ohne Substitution. Die kontrollierte Abgabe, entbindet die Mütter mit einer Abhängigkeitserkrankung von ihrem Beschaffungsstress und ermöglicht ihnen sich kontinuierlicher an der Betreuung ihrer Kinder zu beteiligen. Kästner et al. (2008) beobachten, dass Mütter durch ihre intensive Zuwendung ihren Neugeborenen über die Entzugsproblematik hinweghelfen können und diese eine mildere NAS-Symptomatik aufweisen.

1.3 Eingrenzung des Themas

In der vorliegenden Arbeit, steht die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und den Müttern mit einer Abhängigkeitserkrankung sowie die gemeinsame Betreuung deren Neugeborenen im Vordergrund. Darin wird der Hauptfokus auf Mütter mit einer Opiatabhängigkeit gelegt, da deren Neugeborene durch die stärkeren Entzugssymptome eine längere stationäre Betreuung benötigen (Silvani, 2008). Vor allem die nicht-medikamentösen Interventionen sind wirksame Möglichkeiten der Pflege, um die betroffenen Mütter in den Betreuungsprozess miteinzubeziehen und somit die Mutter-Kind-Bindung zu fördern (Velez und Jansson, 2008). Die medikamentöse Therapie wird erwähnt, nicht aber weiter vertieft. Auch werden betroffene Mütter mit Infektionskrankheiten, wie Hepatitis B und C, Human Immundefizienz-Virus [HIV] sowie Frühgeburten aus der Arbeit ausgeschlossen, da diese eine noch differenziertere Behandlung benötigen. Nicht selten ist auch der

Vater von einer Abhängigkeit betroffen (Wolstein, 1999) oder bleibt durch die instabilen Beziehungen der betroffenen Mütter unbekannt. Deshalb wird in der Arbeit vor allem auf die Mutter-Kind-Bindung eingegangen.

1.4 Fragestellung

„Welche pflegerischen Interventionen fördern die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Müttern mit einer Opiatabhängigkeit, um eine gemeinsame, ganzheitliche Betreuung der Neugeborenen mit Entzugsproblematik auf einer Neonatologie gewährleisten zu können?“

1.5 Zielsetzung und Relevanz für die Praxis

Das Ziel dieser Arbeit ist, wirksame und evidenzbasierte Interventionen aufzuzeigen, welche den Pflegenden ermöglichen eine vertrauensvolle Basis mit den betroffenen Müttern zu gestalten und dadurch die Neugeborenen während des Entzuges gemeinsam und ganzheitlich betreuen zu können. Eine gute Zusammenarbeit kann die betroffene Mutter in ihrer neuen Rolle bestärken, die Mutter-Kind-Bindung unterstützen sowie die Pflegenden etwas von der intensiven Betreuung der Neugeborenen entlasten. In der Ausbildung hat die Autorin das Calgary Familienassessment- und Interventionsmodell [CFAM und CFIM] und die Anwendung des Geno-/Ökogramms (Wright und Leahey, 2009) kennengelernt. Eine familienzentrierte Pflege ist in Bezug auf die Fragestellung als unabdingbar anzunehmen und soll in dieser vorliegenden Bachelorarbeit dem Transfer in die Praxis dienen.

1.6 Methodik

Anhand einer kritischen Literaturrecherche soll die Fragestellung beantwortet werden. Eine klare Beschreibung der an der Fragestellung beteiligten Akteure, deren Erkrankungen und Ressourcen sowie ihre Beziehungen zueinander, ist notwendig, um nach relevanten, pflegerischen Interventionen suchen zu können. Aus den gefundenen Erkenntnissen zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und den betroffenen Müttern sowie zur Unterstützung der Mutter-Kind-Bindung soll der Transfer zur Pflege erfolgen. In der Arbeit wird die Denk- und Arbeitsweise des Evidence-based Nursing [EBN] integriert. Neben den gegenwärtig „besten“ wissenschaftlichen Belegen, soll auch die klinische Expertise, die Erfahrung der

Patienten sowie die vorhandenen Ressourcen des Arbeitsumfeldes berücksichtigt werden (Rycroft-Malone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson und McCormack, 2004) um eine praxisnahe Schlussfolgerung zu ermöglichen. Im Anschluss an die Auswertung der wissenschaftlichen Belege erfolgte ein Gespräch mit Frau Leu, dipl. Pflegefachfrau der Neonatologie des Universitätsspitals Zürich [USZ] und Mitglied der Fachgruppe „Konzept zur Betreuung von Neugeborenen mit Entzugsproblematik und deren Eltern.“ Die generierte klinische Expertise diente der Bereicherung der Diskussion dieser Bachelorarbeit. Eine wahrheitsgetreue Wiedergabe, der im Text verwendeten Aussagen, wurde anhand eines zweiten Gesprächs mit Frau Leu verifiziert.

1.6.1 Literaturrecherche

Im Zeitraum von Oktober 2012 bis Januar 2013 wurden mit den Stich- und Schlagwörtern „neonatal abstinence syndrome“, „opioid-dependent mothers“, „substance abuse“, „neonatal nursing“, „parent-infant attachment“, „methadone“, „family nursing“, „family assessment“ und „therapeutic attitude“ in verschiedenen Kombinationen in den relevanten Datenbanken CINHAL, Cochrane, Health Source: Nursing / Academic Edition, Medline via OvidSP, PubMed, PsycCritiques und PsycInfo recherchiert. Dazu wurden einzelne oder mehrere Begriffe mit den bool'schen Operatoren AND und OR verknüpft. Insgesamt wurden 30 Studien und fünf Reviews gefunden. Davon wurden 28 Studien und zwei Reviews genauer betrachtet und sieben Studien als relevant für diese Bachelorarbeit identifiziert und analysiert.

1.6.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Bevorzugt werden englische und deutsche Texte, welche frühestens im Jahr 1992 publiziert wurden. Aufgrund der spärlichen Datenlage bezüglich der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und den Müttern mit einer Opiatabhängigkeit auf der Neonatologie, werden auch Studien aus der Psychiatrie sowie dem Akutspital, welche relevante Hinweise zur Förderung der Zusammenarbeit mit Abhängigen im Allgemeinen aufzeigen, berücksichtigt. Ebenso werden Studien, die zu einer wirksameren Betreuung von Neugeborenen mit NAS sowie zur verbesserten Integration der betroffenen Mütter in den Betreuungsprozess verhelfen können, miteinbezogen. Laut Ziegler et al. (2000) stellt die meist kleine, un stabile Population

von Frauen mit einer Substanzabhängigkeit für die Forschung eine grosse Herausforderung dar. Betroffene mit Infektionskrankheiten, wie Hepatitis B und C sowie HIV erschweren die Forschungsprojekte zusätzlich. Aufgrund dessen werden diese Studien aus der Bachelorarbeit ausgeschlossen.

1.6.3 Bewertungskriterien

Die gefundenen Studien wurden anhand der Bewertungskriterien für qualitative und quantitative Studien nach Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch und Westmorland (1998) analysiert und bewertet. Eine Einschätzung des Evidenzlevels erfolgte bei den qualitativen Studien nach Madjar und Walton (2001) und bei den quantitativen Studien nach Kearney (2001). Beide Bewertungsinstrumente variieren zwischen Level 1 bis 5, wobei 1 der höchste Evidenzlevel darstellt und bei den qualitativen Studien eine umfassende Beschreibung komplexer Einflüsse bedeutet.

Die ausführlichen Analysen der Studien werden im Anhang B tabellarisch dargestellt. Die Bewertungstabellen stützen sich an die Vorlage aus dem Modul Pflegeforschung PF203 Herbst 2011, wurden jedoch übersichtshalber leicht modifiziert.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Substanzmissbrauch der Mutter

Zullino und Khazaal (2007, S. 106) charakterisieren Sucht als eine „Fokussierung des psychosozialen Verhaltens und der physiologischen Reaktion auf eine Substanz, den Konsum und die Suche nach der Substanz.“ Ein stetes Verlangen die Substanz einzunehmen, den Konsum zu kontrollieren oder zu beenden, dominiert auch das Leben der Mütter mit einer Opiatabhängigkeit. Die dadurch entwickelten Verhaltensstrategien sind häufig destruktiv und von Misstrauen geprägt. Dies erschwert ihnen das Gestalten und Aufrechterhalten von vertrauensvollen Beziehungen (Gothuey und DeCoulon, 2007). Bei den Betroffenen sind körperliche und seelische Belange stark ineinander verwoben und erfordern eine ganzheitliche Behandlung (Wolstein, 1999).

2.1.1 Opiatabhängigkeit

Opiate werden aus Opium, einem an der Luft eingetrockneten Milchsaft unreifer Schlafmohnkapsel gewonnen und weisen in ihrer natürlichen Zusammensetzung psychoaktive Substanzen auf. Zu den bekanntesten Opiaten gehören Morphin, Heroin und Codein. Neben einer stark schmerzlindernden, beruhigenden, hustenstillenden sowie angstreduzierenden Eigenschaft (Mutschler, Geisslinger, Kroemer und Schäfer-Korting, 2001), lösen sie durch die Aktivierung des Belohnungssystems* im Gehirn auch Gefühle des Glücks sowie der Zufriedenheit aus und führen kurzfristig zu einem gestärkten Selbstbewusstsein. Gerade diese Auswirkungen werden für das starke psychische Abhängigkeitspotenzial der Opiate verantwortlich gemacht. Bis heute wird in der Medizin die stark schmerzlindernde sowie beruhigende Wirkung der Opiate genutzt. Jedoch wird mit einer im therapeutischen Bereich kontinuierlichen Dosierung sowie einer ausschleichenden Reduzierung, einer Abhängigkeit oder Toleranzentwicklung vorgebeugt (Scherbaum, 2012).

Heroin, ein aus der Stammsubstanz des Morphins hergestelltes, halbsynthetisches Opioid wird am häufigsten missbräuchlich angewendet (Mutschler et al., 2001). Da es durch seine veränderte Zusammensetzung, nach intravenöser oder inhalativer Aufnahme schneller ins Gehirn gelangt und dort unmittelbar die erwünschte psychotrope* Wirkung freisetzt, verstärkt sich die Gefahr einer Abhängigkeit. Der gleichzeitig rasche Abbau des Heroins im Körper, zwingt die Betroffenen zur mehrfachen täglichen Einnahme, um die unangenehmen physischen (tränenende Augen, laufende Nase, Herzrasen, erhöhter systolischer Blutdruck, erweiterte Pupillen, Muskelschmerzen und Muskelzuckungen, Durchfall, Erbrechen) und psychischen (innere Unruhe, Substanzverlangen) Entzugsbeschwerden zu verhindern (Scherbaum, 2012).

Eine Entwöhnungsbehandlung wird in der Regel stationär oder aber auch ambulant durchgeführt. Neben der Behandlung des Entzugssyndroms werden auch therapeutische Massnahmen, welche komorbide (begleitende), somatische und psychische Störungen berücksichtigen, miteinbezogen. Kognitive-verhaltenstherapeutische Gruppenbehandlungen und Rückfallprophylaxetraining sind wichtige Bestandteile einer Entwöhnungsbehandlung. Aus der Erfahrung hat sich

gezeigt, dass die angestrebte Opiatabstinenz nur für eine Minderheit der Betroffenen zu erreichen ist (Scherbaum, 2012). Die Betrachtung der Opiatabhängigkeit als eine chronische Erkrankung hat zu neuen Therapieansätzen geführt. Die daraus, in der Mitte der 60-er Jahre in den USA entwickelte Substitutionsbehandlung (Dole und Nysander, 1965), hat sich bis heute als eine sinnvolle Alternative erwiesen.

Die idealtypische Abstinenz tritt dabei in den Hintergrund und eine kontinuierliche Substituierung wird angestrebt. Die Betroffenen bleiben nach wie vor opiatabhängig, sind aber nicht mehr heroinsüchtig (Scherbaum, 2012). Es hat sich gezeigt, dass bei gleichzeitiger psychosozialer Unterstützung die Substitutionsbehandlung zu einer Stabilisierung der körperlichen und psychischen Gesundheit, einer gesteigerten Lebensqualität, einer verbesserten sozialen Integration und eine Senkung der Sterblichkeit führen kann (Ziegler et al., 2000).

2.1.2 Substitutionsbehandlung mit Methadon

Methadon ist ein vollsynthetisch hergestelltes Opioid mit morphinähnlicher Wirkung (Mutschler et al., 2001). Jedoch führt die lange Halbwertszeit von ca. 24 bis 48 Stunden zu einem kontinuierlichen Plasmaspiegel und schützt somit die Betroffenen vor Entzugsbeschwerden und dem Heroinverlangen (Scherbaum, 2012).

Die individuelle Metabolisierung* des Methadons setzt eine streng kontrollierte Abgabe voraus, um einer tödlichen Überdosierung oder einer mit Entzugssymptomen belasteten Unterdosierung vorzubeugen. Obwohl bei einer Methadoneinnahme der euphorische Rauschzustand durch den langsamen Anstieg der Substanz im Gehirn ausbleibt, hat sich die Langzeitbehandlung bewährt. Zudem hat die Unterdrückung der belastenden Entzugssymptome eine Minderung des Suchtmittelverlangens zur Folge (Zullino et al., 2007). Durch das Ausbleiben des kurzfristigen Glücksgefühls besteht die Gefahr, dass die Betroffenen zu anderen bewusstseinsweiternden Substanzen greifen und somit den Teufelskreis einer psychischen Abhängigkeit aufrechterhalten. Eine engmaschige psychosoziale Betreuung ist unabdingbar, um eine langfristige Minderung der mit der Opiatabhängigkeit assoziierten Leiden zu erzielen (Scherbaum, 2012). Laut Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2012), befinden sich derzeit in der Schweiz rund 19'000 Personen in einer Substitutionsbehandlung. Darunter wird der Anteil von Frauen im gebärfähigen Alter auf 25 bis 30 % geschätzt (BAG, 2011).

2.1.3 Schwangerschaft und Substanzabhängigkeit

Sowohl eine gewollte als auch eine ungewollte Schwangerschaft stellt für die betroffenen Frauen eine belastende Herausforderung dar. Die Vorstellung ein eigenes Kind zu haben kann eine Art Hoffnungsträger für ein besseres Leben bedeuten. Gleichzeitig ruft die Tatsache, das ungeborene Kind bereits den Drogen ausgesetzt zu haben, schwere Schuldgefühle hervor (Kästner et al., 2008). Die stark verurteilende Haltung der Gesellschaft erschwert den werdenden Müttern ihren Weg zusätzlich (Wolstein, 1999). Ziegler et al. (2000) beobachten, dass sie aus Angst vor einer Fremdplatzierung ihres zukünftigen Kindes die Schwangerschaftsvorsorge vernachlässigen und teilweise gar nicht oder erst ganz am Schluss beanspruchen.

Um pathologische Schwangerschaftsverläufe zu verhindern, wird eine Substitutionsbehandlung meistens mit Methadon zur Stabilisierung der Betroffenen angestrebt. Die sofortige Entwöhnungsbehandlung wäre während der Schwangerschaft kontraindiziert (Kästner et al., 2008), da die dabei auftretenden Entzugssymptome der Mutter einen Abort oder vorzeitige Wehen auslösen könnten (Schaefer, Spielmann und Vetter, 2006). Die Entzugssymptome können bei einem Neugeborenen nach einer Methadonexposition langwieriger und stärker auftreten, als bei einem reinen Heroinentzug. Dennoch hat sich die Substitutionsbehandlung während der Schwangerschaft aufgrund der besseren physischen sowie psychischen Verfassung der Mutter, vor allem in Bezug auf die Mutter-Kind-Bindung, als positiv erwiesen (Ziegler et al., 2000).

2.2 Auswirkungen auf das Kind

Unterschiedliche legale und illegale Substanzen zeigen unterschiedliche Auswirkungen auf den Fetus und differenzieren sich auch in ihren postnatalen Symptomen. Eine klare Aussage bezüglich den Auswirkungen auf das Neugeborene zu treffen, wird durch die weitverbreitete Polytoxikomanie (Schaefer et al., 2006) der betroffenen Frauen erschwert und verkompliziert deren postnatale Behandlung. Ebenso scheinen auch Mangelernährung, Mangelhygiene, Traumatisierungen sowie ein niedriger sozioökonomischer Status (Ziegler et al., 2000) eine fehlbildungserzeugende Auswirkung auf die Schwangerschaft zu haben (Schaefer et al., 2006). Die betroffenen Frauen weisen neben psychoaktiven substanzbedingten Störungen und weiteren psychischen Erkrankungen (Zullino et al., 2007), auch ein

erhöhtes Risiko für Infektionskrankheiten, wie Hepatitis B und C sowie HIV auf (Clothery, Eichenwald und Stark, 2008), was eine zusätzliche Gefährdung des Kindeswohls darstellen kann.

2.2.1 Unterschiedliche Substanzen und deren Auswirkungen

In der folgenden Tabelle werden die unterschiedlichen Substanzen und deren prä- und postnatalen Auswirkungen auf das Kind dargestellt:

Tabelle 1: Unterschiedliche Substanzen und deren Auswirkungen

Opiate

Eine intrauterine* Opiatexposition kann einen frühzeitigen Blasensprung auslösen und zu einer Frühgeburt führen. Die dadurch vermehrt beobachtete Untergewichtigkeit und eine Opiat bedingte Atemdepression erhöhen das Risiko für eine perinatale Sterblichkeit sowie ein plötzlicher Kindstod [SIDS]* (Schaefer et al., 2006). Eine Dosisschwankung im Mutterleib kann zu einem intrauterinen Sauerstoffmangel führen und beim Fetus lebensbedrohliche Entzugssymptome hervorrufen (Köster und Schwarz, 2004). Neugeborene können ein Opiat charakteristisches neonatales Abstinenzsyndrom entwickeln (Wolstein, 1999) und die damit zusammenhängenden zerebralen Krampfanfälle (Clothery et al., 2008) können ohne rechtzeitige Behandlung tödlich sein (Schaefer et al., 2006).

Stimulanzen

Kokain und Amphetamine (Speed, Ecstasy) können bei den Konsumentinnen zu Vasokonstruktionen (Gefässverengungen) und somit zu einer Minderdurchblutung des Fetus führen (Schaefer et al., 2006), was ein Abort, eine frühzeitige Plazentaablösung oder eine Wachstumsverzögerung auslösen kann (Clothery et al., 2008). Neben Organschäden können die Neugeborenen auch von Missbildungen der Extremitäten betroffen sein (Silvani, 2008). Entzugssymptome können teilweise ganz ausbleiben oder zeigen sich viel weniger ausgeprägt als bei einem Opiatentzug (Clothery et al., 2008).

Cannabinoide

Marihuana und Haschisch weisen alleine keine gesicherten Entwicklungsstörungen des Kindes auf (Schaefer et al., 2006). Da Cannabinoide jedoch meist in Kombination mit Nikotin und Alkohol eingenommen werden, können sie zu einem verminderten Geburtsgewicht führen und die Entzugssymptome dieser legalen Substanzen hervorrufen (Silvani, 2008).

Alkohol

Alkohol kann ein fetales Alkoholsyndrom [FAS]*, geprägt von Untergewicht, Mikrozephalie (Schädelfehlbildung), Herzkrankheiten und unterschiedliche Dysmorphien (Missbildungen) verursachen (Clothery et al., 2008). Ein ausgeprägtes FAS kann sich später in verzögerter geistiger Entwicklung sowie Verhaltensauffälligkeiten des Kindes zeigen (Köster und Schwarz, 2004).

Nikotin

Nikotin führt, durch eine Minderdurchblutung der Plazenta, zu einer mangelnden Nähr- und Sauerstoffversorgung des Fetus. Aborte, Frühgeburten, Untergewichtigkeit sowie SIDS können die Folgen davon sein. Wobei Letzteres auch im Zusammenhang mit der passiven Exposition der Neugeborenen durch ihre rauchenden Eltern zusammenhängen kann (Clothery et al., 2008).

Weitere Substanzen

Nicht zu unterschätzen sind auch die Auswirkungen durch weitere Substanzen wie Halluzinogene (LSD und Mescaline) (Schaefer et al., 2006) und der Einfluss von Medikamenten (Sedative, Antidepressiva und Psychopharmaka) (Clothery et al., 2008). Jedoch sind ihre Auswirkungen auf das ungeborene Kind teilweise schwer einschätzbar und führen wie auch Kokain, Cannabinoide, Nikotin und Alkohol zu keinem charaktertypischen NAS (Silvani, 2008).

2.2.2 Neonatales Abstinenzsyndrom

Laut Wolstein (1999) wurde das NAS³ bereits in den 30-er Jahren nach einer Opiateinnahme während der Schwangerschaft beschrieben und zeigt sich als Symptomkomplex aus neurologischen Störungen (Zittern, Unruhe, schrilles Schreien, nicht-nutritivem Saugen, Trinkschwierigkeiten, erhöhtem Muskeltonus, Schlafmyoklonien*, zerebralen Krämpfen) sowie vegetativen Störungen (Schwitzen, Fieber, Niesen, marmorierte Haut, Erbrechen, Durchfall, Atemstörungen).

Diese Entzugssymptome können auch durch andere legale und illegale Substanzen hervorgerufen werden, jedoch in verminderter und seltener Ausprägung als bei einer Opiatexposition (Heroin und Methadon). Das NAS tritt bei etwa 60 bis 90 % der opiatexponierten Neugeborenen auf und manifestiert sich meist innerhalb von 12 bis 72 Stunden nach der Geburt. Bei 10 % der Neugeborenen können Entzugssymptome, besonders bei Methadon (Köster und Schwarz, 2004) aber auch verzögert nach ein bis fünf Wochen auftreten (Schaefer et al., 2006).

2.2.3 Bewertungsinstrument

Die Zustandsbeurteilung (Verhaltensscore) der Neugeborenen mit NAS erfolgt anhand des Finnegan Neonatal Abstinence Scoring Tool [FNAST]⁴.

Dieses Bewertungsinstrument gibt Auskunft über das Verhalten des Kindes im Zusammenhang mit Symptomen des autonomen Nervensystems sowie

³ Klinische Zeichen des NAS werden im Anhang C ausführlich dargestellt.

⁴ Ein Verhaltensscore modifiziert nach Finnegan ist im Anhang D ersichtlich.

zentralvenösen, gastrointestinalen und respiratorischen Symptomen, welche den Schweregrad eines NAS belegen (Finnegan, Connaughton, Kron und Emich, 1975). Die alle acht Stunden durchgeführte Einschätzung ist ausschlaggebend für eine Einleitung der medikamentösen Therapie (Roos, Genzel-Boroviczény und Proquitté, 2008). Auch heute noch findet der FNAST eine weitverbreitete Verwendung in der Praxis (O'Grady, Hopewell und White, 2009).

2.2.4 Drogenscreening

Das Risiko für lebensbedrohliche Entzugssymptome wird durch einen verschwiegenen Drogenmissbrauch der Mutter, eine unzuverlässige Überwachung und eine nicht rechtzeitige medikamentöse Behandlung erhöht. Vermuteter oder bekannter Drogenmissbrauch lässt sich anhand von Drogenrückständen im Urin und Mekonium* (Schaefer et al., 2006) sowie im Blutplasma und in Haarproben (Nelle, 2007) nachweisen. Als eine verlässliche Methode für die Diagnosefindung hat sich die Mekoniumsuntersuchung (Schaefer et al., 2006) erwiesen. Auf der Neonatologie des USZ werden beim Eintritt des Neugeborenen zwei unterschiedliche Mekoniumsportionen untersucht und es wird mit einer NAS-Einschätzung anhand des FNAST begonnen. Liegt die Gesamtpunktzahl zweimal ≥ 10 oder einmal über > 14 wird eine medikamentöse Behandlung eingeleitet (Silvani, 2008). Sarkar und Donn (2006) erwähnen jedoch, dass durch die häufig modifizierte FNAST auch die Punktebegrenzung zur Therapieeinleitung unterschiedlich sein kann.

2.2.5 Medikamentöse Behandlung

50 bis 75 %, der Neugeborenen mit einem NAS bedürfen einer medikamentösen Therapie. Ein Mangel an qualitativ hochwertigen Studien, eine Vielzahl an Medikamenten sowie unterschiedliche Therapieansätze, erschweren es Aussagen über eine evidenzbasierte, medikamentöse Behandlung zu treffen (Sarkar und Donn, 2006). In der Regel werden drei Hauptgruppen Opiate (Morphin, Tinctura opii), Neuroleptika und Sedative in Betracht gezogen (Roos et al., 2008). Das Ziel der medikamentösen Intervention ist eine Gesamtpunktzahl von ≤ 8 auf dem FNAST zu erreichen. Dabei sollte eine Änderung der Dosierung immer langsam geschehen, um dem Neugeborenen genügend Zeit zur Adaption zu geben.

Eine Entlassung aus dem stationären Setting erfolgt erst nach vollständiger Beendigung der medikamentösen Behandlung (Silvani, 2008). Ein stationärer Entzug kann sich bis zu 10 Wochen hinauszögern (Wolstein, 1999).

2.2.6 Nicht-medikamentöse Pflegeinterventionen

Die nicht-medikamentösen Pflegemaßnahmen haben grundsätzlich sowie als Ergänzung einer medikamentösen Behandlung einen hohen Stellenwert in der Linderung der Entzugssymptomatik (Velez et al., 2008). Dunkle ruhige Räume können bei einem gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus sowie agitiertem Verhalten hilfreich sein. Intensiver Körperkontakt durch „Känguruing“, bei dem das Neugeborene der Mutter oder einer Bezugsperson auf die Brust gelegt wird, hat einen beruhigenden Effekt auf das Neugeborene (Roos et al., 2008). Ebenso hat sich „Swaddling“, das straffe Einwickeln des Neugeborenen in eine Stoffwindel, zur Begrenzung der Bewegungsmöglichkeit bei starker Unruhe, als wirksam gezeigt (Silvani, 2008). Velez et al. (2008) beschreiben, dass die Begrenzung durch ein Tragetuch bei Einschlafschwierigkeiten sowie das Anbieten eines Beruhigungsschnullers bei übermäßigem Saugbedürfnis hilfreich sein kann. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass bezüglich der nicht-medikamentösen Interventionen, nach wie vor ein Mangel an empirischer Literatur vorhanden ist.

2.3 Stillen und Substanzmissbrauch

Die Befürchtung, dass ein Übertritt der toxischen Substanzen in die Muttermilch, beim Säugling zu negativen Auswirkungen auf dessen Entwicklung führt, hat sich teilweise bestätigt (Köster und Schwarz, 2004). Die stark substanzabhängigen Einflüsse sowie eine unklare Trennung der intrauterinen und postnatalen Exposition durch die Muttermilch erschweren der Forschung, evidenzbasierte Richtlinien zu erstellen (The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee [ABM], 2009). Methadon wird allerdings nur in geringer Menge in der Muttermilch gefunden (Kashiwagi, Schäfer, Kästner, Vetter und Abou-Dakn, 2005). Die lang geglaubte Annahme der Dosisabhängigkeit wurde durch die stark individuelle Metabolisierung des Methadons widerlegt, jedoch bleibt der Einfluss auf das NAS weiterhin unklar (Knoop, 2012). Kashiwagi et al. (2005) weisen darauf hin, dass die positiven Aspekte des Stillens sowohl für das Kind als auch für die Mutter überwiegen und das Risiko einer bedrohlichen Überdosierung kein primäres Abstillen erfordert. Laut Knoop

(2012) kann sogar ein abruptes Abstillen zu erneuten Entzugssymptomen führen. Der weitverbreitete Mischkonsum der betroffenen Mütter mit oder ohne Substitutionsbehandlung, bedeutet für das Stillen eine Kontraindikation, da die Einflüsse einiger Substanzen schwerwiegende Folgen für den Säugling haben können (ABM, 2009). Kokain in der Muttermilch kann beim Säugling zu lebensbedrohlichen Organschäden führen (Knoop, 2012) und Amphetamine können Unruhephasen hervorrufen (Roos et al., 2008). Bezüglich Cannabinoide unterscheiden sich die Meinungen (APM, 2009), jedoch führt die Substanz in Kombination mit Nikotin zu einer Laktationshemmung*. Bei nikotinenxponierten Säuglingen konnten karzinogene (krebserzeugende) Substanzen im Urin und vermehrt Atemwegserkrankungen nachgewiesen werden (Roos et al., 2008). Die Tatsache, dass viele dieser Mütter starke Raucherinnen sind, verunmöglicht ihnen meist eine vollständige Rauchentwöhnung. Bereits eine Reduktion sowie Rauchpausen vor dem Stillen bewirken eine Minimierung des Nikotins in der Muttermilch (Köster und Schwarz, 2004). Alkohol kann beim Säugling die Entwicklungsprozesse der Hirnzellen negativ beeinflussen und dadurch zu neurologischen Defiziten führen (Knoop, 2012). Bei längerem Konsum sollte vom Stillen abgeraten werden (Roos et al., 2008). Ebenso gilt es zu bedenken, dass die Betroffenen bedingt durch psychische Begleiterkrankungen auch vermehrt Psychopharmaka einnehmen. Die spärliche Datenlage über deren Einflüsse erfordert eine genaue Abklärung im Zusammenhang mit dem Stillen durch die betreuenden Ärzte. Zusätzlich können Infektionskrankheiten, wie Hepatitis B und C sowie HIV und eine Mangelernährung, Gründe sein das Stillen zu unterlassen (ABM, 2009). Neue Erkenntnisse belegen, dass die niedrige Viruslast einer chronischen Hepatitis C Infektion, keine Übertragungsgefahr durch das Stillen mehr stellt (Knoop, 2012).

2.4 Calgary Familienassessment- und Interventionsmodell

Das CFAM ist ein multidimensionales Konzept, welches die Abbildung eines Familiensystems sowie die zirkulären Interaktionsmuster der einzelnen Familienmitglieder untereinander, aus der Perspektive der Familie und der Pflege darstellt. Das CFAM enthält zirkuläre Fragen sowie einen kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Bereich, welcher auf die Stärken und Ressourcen der Familien fokussiert und zur Förderung und Aufrechterhaltung der Familienfunktion dient (Wright und Leahey, 2009/2005). Aufgrund von Zeitmangel werden Familien in der

Praxis von Pflegenden häufig nicht integriert (Goudreau, Duhamel und Ricard, 2006). Wright und Leahey (2009/2005) beschreiben jedoch, wie bereits in 15 Minuten oder kürzer, eine wirkungsvolle und erfolgreiche Begegnung mit den Familien in der Praxis stattfinden kann. Das von ihnen entwickelte 15-minütige (oder kürzere) Familiengespräch orientiert sich an den theoretischen Grundlagen des CFAM und CFIM und beinhaltet folgende fünf Schlüsselemente:

2.4.1 Familienzentrierte Gespräche

Sind zielgerichtete, zeitlich begrenzte und informative Gespräche, welche eine aufgabenorientierte Patientenversorgung sowie die Beteiligung der Familien an Entscheidungen beinhalten. Sie dienen Pflegenden dazu, die Interaktion zwischen den Familienmitgliedern zu fördern und sie aktiv in den Pflegeprozess einzubeziehen.

2.4.2 Umgangsformen

Eine wohlwollende Haltung, eine adäquate Sprache sowie ein respektvoller Umgangston von Pflegenden gegenüber den Familien, fördern den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Die Familienmitglieder mit ihren Namen begrüßen, sich persönlich vorstellen und die eigene Rolle im Pflegeprozess erläutern, sind zentrale Grundlagen für gute Umgangsformen.

2.4.3 Familiengeno-/Ökogramm⁵

Dieses gleicht einem Familienstammbaum, welcher schnell und effizient die Struktur innerhalb und ausserhalb einer Familie darstellt. Die Situation aller Betroffenen, deren Ressourcen und Schwierigkeiten sowie die vorhandene oder fehlende soziale Unterstützung, werden darin aufgezeigt. Es dient der Pflege als Hilfsmittel, um die Situation der zu Betreuenden besser einzuschätzen und ermöglicht einen gemeinsamen, lösungsorientierten Pflegeprozess. Beim Erstellen eines Geno-/Ökogramms erscheint es wichtig, sich an der aktuellen Familiensituation zu orientieren und zu berücksichtigen, dass eine Familie immer das ist, was der Patient als seine Familie betrachtet.

⁵ Die Abbildungen eines Geno-/Ökogramms sowie die Erläuterung der einzelnen Symbole sind im Anhang E ersichtlich.

2.4.4 Familienzentrierte Fragen

Ein fortlaufender zirkulärer Austausch entsteht dadurch, indem sich in einem Gespräch die Fragen auf die gegebenen Antworten beziehen. Dadurch wird dem Gesprächspartner das Gefühl vermittelt, gehört und bestätigt zu werden.

Im kognitiven Bereich begünstigen zirkuläre Fragen die Identifizierung eines Problems sowie die gemeinsame Lösungsfindung. Der affektive Bereich ermöglicht es den Familienmitgliedern positive und auch negative Gefühle zuzulassen.

Das Anerkennen und Normalisieren ihrer emotionalen Reaktionen soll sie ermutigen, ihre Sicht der Krankheitsgeschichte, ihre Ideologien sowie ihre Hoffnungen transparent zu machen.

2.4.5 Stärken und Ressourcen anerkennen

Das Erkennen und Benennen der Ressourcen, Kompetenzen sowie Stärken der ganzen Familie und der einzelnen Familienmitglieder, befähigt diese bei gleichzeitigem Vermitteln von adäquaten Informationen und dem Anleiten in pflegerischen Handlungen, sich gegenseitig wirkungsvoll zu unterstützen.

3 Ergebnisse

3.1 Darstellung der eingeschlossenen Studien

Es folgt eine kurze Darstellung der sieben analysierten Studien:

Tabelle 2: Darstellung der eingeschlossenen Studien

Studie 1: Ford, R., Bammer, G. & Becker., N. (2009). **Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: Workplace drug and alcohol education is not enough.**

Inhalt: In einer australischen Querschnittstudie mit 1605 Pflegenden wurde anhand einer multivariablen Regressionsanalyse* den Zusammenhang zwischen fachspezifischer Edukation (eindimensionaler Weiterbildung) bezüglich Substanzabhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Drogen) und dem gleichzeitigen Rollensupport (durch psychosoziale Unterstützung z. B. Supervision*, Coaching) während der Betreuung bezüglich des Einflusses auf die therapeutische Haltung und das Engagement der Pflegenden gegenüber Betroffenen mit Abhängigkeitserkrankungen, erforscht.

Begründung der Wahl: Die Studie belegt, dass ein institutioneller Rollensupport in der Betreuung von Betroffenen mit einer Abhängigkeitserkrankung, unabdingbar ist und zu einer Steigerung der therapeutischen Haltung sowie des Pflegeengagements führt. Die Forscher liefern relevante Erkenntnisse, welche bei der Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und den Betroffenen berücksichtigt werden sollten. Ebenso wird die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung

von Strategien, welche Pflegende befähigen, besser mit komplexen Patientensituationen zu kooperieren, deutlich gemacht.

Evidenzlevel: 3 (nach Madjar und Walton, 2001)

Studie 2: Fraser, J.A., Barnes, M., Biggs, H.C. & Kain, V.J. (2007). **Caring, chaos and the vulnerable family. Experiences in caring for newborns of drug-dependent parents.**

Inhalt: Die Forscher identifizierten mit einem phänomenologischen Design* anhand Aussagen von 32 Pflegefachfrauen aus vier verschiedenen Neonatologien relevante Kernthemen, welche ihre Erfahrungen in der Betreuung von Neugeborenen mit NAS und deren Eltern mit einer Abhängigkeitserkrankung aufzeigen.

Begründung der Wahl: Die in der Studie benannten Schwierigkeiten im Betreuungsprozess decken sich teils mit den Erkenntnissen aus bereits vorhandener Literatur und mit den Praxiserfahrungen.

Den Forschern gelingt eine umfassende Beschreibung der generierten Erfahrungen der befragten Pflegenden, abhängig von Individualität und Kontext. Die von den Pflegenden geäußerten Anliegen und Verbesserungsvorschläge, dienen als relevante Hinweise zur Beantwortung der Frage dieser Bachelorarbeit.

Evidenzlevel: 2 (nach Kearney, 2001)

Studie 3: Lucas, K. & Knobel, R.B. (2012). **Implementing Practice Guidelines and Education to Improve Care of Infants with Neonatal Abstinence Syndrome.**

Inhalt: Eine praxisorientierte Weiterbildung von 68 Pflegenden einer Neonatologie in North Carolina (USA) bezüglich der NAS-Symptomatik und der korrekten Anwendung des FNAST sowie neu entwickelte, evidenzbasierte Richtlinien, führten zu einem signifikant verbessertem NAS-Symptommanagement. In dem quantitativen Forschungsprozess wurde anhand eines Vorher-Nachher-Designs* das erweiterte Wissen der Pflegenden sowie deren verbesserte Einschätzungskompetenzen bezüglich der Neugeborenen mit NAS, beurteilt.

Begründung der Wahl: Eine konsequente und korrekte Einschätzung kann zu einer Qualitätsverbesserung in der Betreuung führen sowie die Entzugsdauer verkürzen (Mutter und Kind werden dadurch weniger lange voneinander getrennt). Auch minimiert es die Gefahren einer Unterbewertung der Entzugssymptome, welche für die Neugeborenen lebensbedrohliche Folgen haben können.

Evidenzlevel: 3 (nach Madjar und Walton, 2001)

Studie 4: Martinez, A.M., D'Artois, D. & Rennick J.E. (2007). **Does the 15-Minute (or Less) Family Interview Influence Family Nursing Practice?**

Inhalt: Mit einem quasi-experimentellen* Vorher-Nachher-Design in einem kanadischen Kinderspital, wurde anhand einer praxisorientierten Weiterbildung in familienzentrierter Pflege erforscht, welchen Einfluss das 15-minütige Familiengespräch auf sechs Pflegende im Anamneseprozess mit den Familien hatte und inwiefern es sie befähigte mit den Familien zu intervenieren.

Begründung der Wahl: Das 15-minütige Familiengespräch hilft Pflegenden in Kürze die

Bedürfnisse und Ressourcen einer Familie zu identifizieren sowie mit ihr in Kontakt zu treten. Dies bedeutet eine Bereicherung für die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Familien sowie auch für den Betreuungs- und Heilungsprozess. Die Integration der familienzentrierten Pflege in die Praxis lässt sich auch auf andere Settings übertragen. Die generierten Ergebnisse erscheinen für die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und den Müttern mit einer Opiatabhängigkeit, besonders relevant zu sein.

Evidenzlevel: 3 (nach Madjar und Walton, 2001)

Studie 5: McQueen, K.A., Murphy-Oikonen, J., Gerlach, K. & Montelpare, W., (2011). **The impact of Infant Feeding Method on Neonatal Abstinence Scores of Methadon-Exposed Infants.**

Inhalt: In einem kanadischen Spital wurden 28 intrauterin, methadonexponierte Neugeborene mit NAS postnatal unterschiedlich ernährt (vorwiegend Muttermilch, Muttermilch und Säuglingsmilch, vorwiegend Säuglingsmilch). Anhand der nachträglich, zusammengetragenen Daten, wurden Aussagen über die Beziehung zwischen einer bestimmten Ernährungsform und deren Einfluss auf die NAS-Symptomatik (Häufigkeit, Intensität und Dauer) gemacht.

Begründung der Wahl: Die Ergebnisse werden von externer Evidenz gestützt und der quantitative Forschungsprozess ist gut nachvollziehbar. Das retrospektive Design* eignet sich zur Stärkung von Hypothesen, verfügt jedoch aufgrund möglichen Störfaktoren (z.B. nicht erhobene Daten in den Krankenakten der Neugeborenen sowie Unehrlichkeit der betroffenen Mütter während des Anamnesegesprächs), über erkenntnistheoretische Nachteile und lässt somit keine Generalisierung der Ergebnisse zu. Dennoch liefert die Studie einen aktuellen Beitrag zur Weiterentwicklung von evidenzbasierten Richtlinien, um die Betreuung der betroffenen Neugeborenen zu verbessern.

Evidenzlevel: 3 (nach Madjar und Walton, 2001)

Studie 6: Murphy-Oikonen, J., Brownlee, K., Montelpare, W. & Gerlach, K. (2010).

The Experiences of NICU Nurses in Caring for Infants with Neonatal Abstinence Syndrome.

Inhalt: 14 Pflegefachfrauen einer Neonatologie in Kanada erzählten über ihre Erfahrungen im Zusammenhang mit der Betreuung von Neugeborenen mit NAS.

Anhand der Aussagen der Pflegenden wurden relevante Kernthemen identifiziert, welche die Schwierigkeiten in der Betreuung aufzeigen sowie auch Verbesserungsvorschläge liefern.

Begründung der Wahl: Ein Wissensdefizit sowie ein Rollenkonflikt der Pflegenden bezüglich des Phänomens wird sichtbar gemacht. Die qualitative Studie thematisiert die Schwierigkeiten in der Auseinandersetzung zwischen Pflegenden und den betroffenen Eltern und beleuchtet relevante Aspekte, welche bei der Förderung der Zusammenarbeit berücksichtigt werden sollten.

Evidenzlevel: 2 (nach Kearney, 2001)

Studie 7: Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Ahlqvist, S., Helenius, H. & Piha, J. (2001).

An early report on the mother- baby interactive capacity of substance- abusing mothers.

Inhalt: Die finnische Studie erforschte anhand eines explorativen Designs* die postnatale interaktive Kapazität von 12 Müttern mit einer Substanzabhängigkeit integriert in einer institutionellen Behandlung mit ihren Neugeborenen. Die generierten Daten wurden mit den retrospektiven Daten von 12 Müttern ohne Substanzabhängigkeiten verglichen. Zusätzliche wurden

relevante Zusammenhänge zwischen sozialer Beziehungsfähigkeit, sozialer Unterstützung sowie depressiven Symptomen bei den Müttern mit einer Substanzabhängigkeit aufgezeigt.

Begründung der Wahl: Die Schwierigkeiten, welche die betroffenen Mütter in der postnatalen Interaktion mit ihren Neugeborenen erfahren, scheinen bei diesen Müttern zu einer Steigerung von depressiven Symptomen zu führen. Daraus lassen sich Aspekte erkennen, welche neben einer psychosozialen Unterstützung im Allgemeinen und auch im Rahmen einer Betreuung auf der Neonatologie zur Förderung der Mutter-Kind-Bindung berücksichtigt werden sollten.

Evidenzlevel: 3 (nach Madjar und Walton, 2001)

3.2 Ergebniszusammenfassung

Anhand der durchgeführten Literaturrecherche liessen sich relevante Kernthemen identifizieren, die in der Entwicklung neuer Strategien zur Betreuung von Müttern mit einer Opiatabhängigkeit und deren Neugeborenen auf einer Neonatologie, berücksichtigt werden sollten:

- Rollenkonflikte
- Weiterbildung und psychosoziale Unterstützung
- Emotionale Betroffenheit
- Depressive Symptome
- Erschwerte Zusammenarbeit
- Verbesserte Einschätzung
- Verbesserungsvorschläge
- Stillen und Substanzmissbrauch
- Assessmentmöglichkeit

Im nachfolgenden Text werden die Ergebnisse zusammengefasst und aufgezeigt, wie zu den relevanten Kernthemen gefunden wurde.

3.2.1 Rollenkonflikte

Murphy-Oikonen et al. (2010) beobachteten einen Rollenkonflikt unter den Pflegenden bezüglich der Betreuung von Neugeborenen mit NAS und deren Mütter mit einer Abhängigkeitserkrankung. Die Neugeborenen wurden als untröstlich (Murphy-Oikonen et al., 2010) und ihre Betreuung als zeitaufwendig beschrieben (Ford et al., 2009; Fraser et al., 2007; Pajulo et al., 2001). Sie bräuchten ein Höchstmass an liebevoller Fürsorge und mütterlicher Zuwendung, nicht aber die anspruchsvolle, medizinische Betreuung, wie sie Früh- und Termingeborene in

einem kritischen Zustand erfordern. Die Probandinnen fühlten sich bei der Betreuung nicht in ihren pflegerischen Kompetenzen angesprochen und durch die zeitaufwendige Auseinandersetzung mit den „schwierigen“ Eltern in die Rolle einer Sozialarbeiterin gedrängt (Murphy-Oikonen et al., 2010). Die neue Rolle als Mutter stellte auch für die Frauen mit einer Abhängigkeitserkrankung vermehrt eine Überforderung dar und konnte zu einer Distanzierung zu ihrem Neugeborenen führen (Pajulo et al., 2001), was von den Pflegenden als ein mütterliches Desinteresse sowie eine egozentrische Haltung interpretiert wurde (Murphy-Oikonen et al., 2010). Dieses Urteil erschwerte es den Pflegenden eine wohlwollende Haltung dieser Population entgegenzubringen. Obschon die Aussagen der Pflegenden eine tendenziell negative Haltung gegenüber den Müttern mit einer Opiatabhängigkeit und deren Neugeborenen mit NAS aufzeigten, wurde deutlich, dass sich die Pflegenden sehr wohl ihrer zentralen Rolle in dieser komplexen Betreuung bewusst sind, es ihnen aber an theoretischem Fachwissen sowie an Erfahrung fehlt (Ford et al., 2009; Murphy-Oikonen et al., 2010; Pajulo et al., 2001).

3.2.2 Weiterbildung und psychosoziale Unterstützung

Die Notwendigkeit nach fachspezifischer Weiterbildung kommt in mehreren Studien zum Ausdruck (Ford et al., 2009; Murphy-Oikonen et al., 2010; Pajulo et al., 2001). Das Ziel, dadurch ein verbessertes Betreuungseingagement der Pflegenden gegenüber den Neugeborenen mit NAS und deren Mütter mit einer Abhängigkeitserkrankung zu erreichen, ist wünschenswert (Murphy-Oikonen et al., 2010). Ford et al. (2009) machen mit ihrer Untersuchung darauf aufmerksam, dass eine eindimensionale Weiterbildung, in welcher allein pflegetheoretisches Grundlagenwissen erläutert wird, dazu nicht ausreichend ist. Eine alleinige theoretische Vertiefung in die Komplexität des Phänomens kann unter den Pflegenden Gefühle der Überforderung hervorrufen und zu Stress, Frustration und einem verminderten Selbstwertgefühl (Murphy-Oikonen et al., 2010) sowie zu einer Distanzierung der zu Betreuenden führen. Ford et al. (2009) belegen mit ihrer Regressionsanalyse signifikant, dass die Förderung einer therapeutischen, empathischen Haltung von Pflegenden gegenüber Betroffenen mit einer Abhängigkeitserkrankung, nicht davon abhängt, wie viel spezifische Fachwissenserweiterung Pflegende erhalten. Jedoch davon abhängig ist, wie viel institutionelle Unterstützung (Supervision), in persönlichen Belangen, in klinischen

Konflikten sowie bei der steten Überprüfung des Betreuungsauftrages, sie erfahren. Ein Höchstmass an therapeutischer Haltung wurde bei einem Maximum an institutioneller Unterstützung sowie ein Maximum an spezifischer Weiterbildung erzielt. Bereits eine Steigerung an institutioneller Unterstützung ohne zusätzliche theoretische Förderung, führte dazu, dass die Pflegenden mehr Empathie gegenüber den Betroffenen mit einer Abhängigkeitserkrankung aufbringen konnten.

3.2.3 Emotionale Betroffenheit

Die Komplexität der Betreuung von Neugeborenen mit NAS und deren Müttern stellte für die Mehrheit der befragten Pflegenden eine Überforderung dar und wurde mit negativen Gefühlen assoziiert (Fraser et al., 2007; Murphy-Oikonen et al., 2010). Ein inadäquates Verhalten der Mütter oder ein gesteigerter Substanzmissbrauch während des Aufenthaltes ihrer Neugeborenen, erschwerte es den Pflegenden ihre bereits negativ geprägte Haltung gegenüber den Müttern zu ändern. Seltene Besuche wurden als ein Interessenmangel gegenüber dem Neugeborenen interpretiert und löste bei den Pflegenden ein Gefühl der Frustration aus (Fraser et al., 2007). Liessen sich die Neugeborenen nicht beruhigen, erweckte dies unter den Pflegenden den Eindruck den Bedürfnissen der Neugeborenen nicht gerecht zu werden. Das Gefühl der Unfähigkeit zu trösten und das unaufhörliche, schrille Schreien der Neugeborenen, wurden als potenzielle Ursachen für ein gesteigertes Ausmass an Stress und Frustration sowie die Sorge an einem Burnout zu erkranken, verantwortlich gemacht (Murphy-Oikonen et al., 2012). Ein generelles Nichtkooperieren der Eltern wurde als eine zentrale Schwierigkeit in der Zusammenarbeit identifiziert. Durch ein Mangel an Vertrauen der Eltern gegenüber den Pflegenden, fühlten sich diese vermehrt inkompetent (Martinez et al., 2007).

3.2.4 Depressive Symptome

Bei Pajulo et al. (2001) wurden unter den Müttern mit einer Abhängigkeitserkrankung vermehrt negative Gefühle beobachtet. Ihre Hypothese, dass die betroffenen Mütter vermehrt depressive Symptome als die Mütter ohne Abhängigkeitserkrankungen aufweisen, bestätigte sich eindeutig. Während nach drei Monaten postnatal in der Risikogruppe drei (25 %) der Mütter depressive Symptome zeigten, waren es nach sechs Monaten postnatal bereits fünf (42 %). Bei der Kontrollgruppe war bei beiden

Zeitpunkten nur eine Mutter (8 %) davon betroffen. Die Daten zur Erfassung der depressiven Symptome zeigten, dass die Probandinnen beider Gruppen am meisten unter dem Aspekt der Selbstbeschuldigung litten. Die Zunahme der depressiven Symptome korrelierte mit den Schwierigkeiten, welche die Mütter der Risikogruppe im interaktiven Umgang mit ihren Kindern zeigten. Es fiel den Müttern mit einer Abhängigkeitserkrankung signifikant schwerer mit ihren Neugeborenen zu kommunizieren, Freude über ihre neue Elternrolle zu zeigen und sich darin zu organisieren, als den Müttern der Kontrollgruppe.

3.2.5 Erschwerte Zusammenarbeit

Die betroffenen Familien wurden häufig als chaotisch und mit einem grossen Bedarf an emotionaler, sozialer und praktischer Unterstützung beschrieben (Fraser et al., 2007). Pajulo et al. (2001) stellten fest, dass die betroffenen Mütter signifikant weniger soziale Unterstützung erhielten. Sie waren häufiger alleinstehend und hatten einen geringeren Ausbildungsgrad oder waren arbeitslos und verfügten über weniger Wissen in Bezug auf die Erziehung, als die Mütter der Kontrollgruppe.

Ein Mangel an Hintergrundinformationen bezüglich der Drogenvergangenheit der Mütter sowie fehlende Angaben zur aktuellen Familiensituation führten zu Vorurteilen sowie Vermutungen, welche die Zusammenarbeit negativ beeinflusste (Fraser et al., 2007). Die Ungewissheit über die Verhältnisse in welche die Neugeborenen nach ihrem Entzug entlassen werden, wurde von den Pflegenden als belastend beschrieben. Besonders dann, wenn auch das Zweitgeborene einer Mutter ein NAS entwickelte (Murphy-Oikonen et al., 2010).

Aufgrund Personalknappheit und Schichtarbeit wurde die Bezugspersonenarbeit erschwert und führte zu einem Kontinuitätsmangel in der Betreuung. Dies wurde von den Pflegenden aber auch von den betroffenen Müttern, welche bereits häufiger Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen aufwiesen (Pajulo et al., 2001), bemängelt (Fraser et al. 2007).

3.2.6 Verbesserte Einschätzung

Fraser et al. (2007) stellten mit ihrer Befragung auch Spannungen im multidisziplinären Betreuungsteam sowie in der Zusammenarbeit mit den Neonatologen fest. Obwohl die Pflegenden die Neugeborenen mit NAS rund um die

Uhr betreuten und diese anhand des FNAST einschätzten, wurde ihren Aussagen nur wenig Beachtung geschenkt. Einerseits wurde der FNAST von den Pflegenden als ein hilfreiches Instrument zur Bedürfniserfassung der Neugeborenen geschätzt (Fraser et al., 2007), andererseits machte sich vermehrt die Gefahr einer subjektiven Beurteilung (Lucas et al., 2012) und die Unsicherheit in der korrekten Handhabung bemerkbar (Murphy-Oikonen et al., 2010).

Bei Lucas et al. (2012) zeigte die gezielte Weiterbildung der Pflegenden im Symptommanagement bei NAS sowie in der korrekten Anwendung des FNAST, anhand evidenzbasierten, klinischen Richtlinien, eine verbesserte Betreuungsqualität der Neugeborenen mit NAS. Die praxisbezogene Weiterbildung befähigte die Pflegenden zu einer objektiveren Einschätzung der betroffenen Neugeborenen. Dies ermöglichte eine gezielte Einleitung von Pflegeinterventionen und erhöhte die Selbstsicherheit der Pflegenden bezüglich des Betreuungsauftrages.

3.2.7 Verbesserungsvorschläge

Bei Fraser et al. (2007) wurde von Pflegenden mehr Privatsphäre sowie Übernachtungsmöglichkeiten für die Mütter gewünscht. Freiwillige „cuddle mums“* führten zur Entlastung von Pflegenden, welche neben den zeitaufwendigen Neugeborenen mit NAS auch noch andere Kinder zu betreuen hatten. Ebenso wurde eine frühzeitige Schwangerschaftsvorsorge sowie adäquate Elternbildung zur Vorbereitung der Eltern auf die postnatale Zeit vorgeschlagen.

Durch die Auseinandersetzung mit der Betreuung von Neugeborenen mit NAS und deren Mütter fand unter den Pflegenden eine Sensibilisierung bezüglich Abhängigkeitserkrankung im Allgemeinen statt. Die Pflegenden erwähnten eine Zunahme dieser Problematik auch in der Gesellschaft zu beobachten und wurden sich der Wichtigkeit einer gezielten Weiterbildung diesbezüglich sowie der notwendigen Prävention im beruflichen sowie privaten Umfeld bewusst (Murphy-Oikonen et al., 2010).

Pflegende wünschten sich vermehrt eine professionelle Weiterbildung im Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen, psychologisches Hintergrundwissen sowie Copingstrategien, um adäquater die Herausforderung bewältigen zu können (Fraser et al., 2007). Eine Vertiefung in die komplexe Betreuung von Neugeborenen mit NAS und die physischen Auswirkungen der konsumierten Substanzen auf die Neugeborenen (Murphy-Oikonen et al., 2010) sowie evidenzbasierte Richtlinien

bezüglich dem Stillen und Substanzmissbrauch (McQueen et al., 2011), wurden ebenfalls als relevant für eine wirksame Betreuung betrachtet.

3.2.8 Stillen und Substanzmissbrauch

McQueen et al. (2011) machten deutlich, dass Neugeborene, welche intrauterin Methadon exponiert waren und postnatal vorwiegend mit Muttermilch ernährt wurden, signifikant seltener ein NAS und eine geringere Intensität der NAS-Symptomatik zeigten, als die Neugeborenen, welche mit Muttermilch und Säuglingsmilch oder vorwiegend mit Säuglingsmilch ernährt wurden.

Die Neugeborenen, welche vorwiegend Muttermilch erhielten, brauchten signifikant weniger häufig eine medikamentöse Behandlung und wiesen eine geringere Entzugsdauer auf. Aus den Ergebnissen schliessen die Autoren, dass Mütter mit einer Methadonsubstitution ohne weiteren Substanzkonsum sowie ohne milchgängige übertragbare Infektionskrankheiten vom Betreuungsteam zum stillen motiviert werden sollten.

3.2.9 Assessmentmöglichkeit

Das Bedürfnis nach mehr Informationen bezüglich den Familienverhältnissen und verbesserte Assessmentverfahren, sowie wirksame Kommunikationsmöglichkeiten wurde mehrmals erwähnt (Fraser et al., 2007; Murphy-Oikonen et al., 2010).

Martinez et al. (2007) gelang es anhand einer praxisorientierten Weiterbildung in familienzentrierter Pflege (CFAM und CFIM) von sechs Pflegenden in einem Kinderspital aufzuzeigen, welchen Einfluss das 15-minütige Familiengespräch auf die Pflegenden im Anamneseprozess mit den Familien hatte und inwiefern es sie befähigte mit den Familien zu intervenieren. Das Genogramm führte im Unterschied zum herkömmlichen Assessment dazu, dass die Pflegenden zusätzliche Informationen bezüglich der Familienstruktur, der Stressfaktoren in einer Familie sowie dem Ausmass an Unterstützung durch das soziale Netzwerk, erhielten.

Das 15-minütige Familiengespräch ermöglichte den Pflegenden den Informationsbedarf, die Ressourcen einer Familie sowie die Verhaltensweisen einzelner Familienmitglieder besser zu erkennen und adäquater darauf einzugehen. Das Stellen von familienzentrierten Fragen gab den Pflegenden aufschlussreiche Informationen bezüglich der Belastung, welche die Familien durch die Krankheit erfuhr und mit welcher Haltung sie ihr begegnete. Nach der Weiterbildung gelang es

den Pflegenden besser den Eltern aktiv zuzuhören, sie zu informieren, ihnen individuelle Unterstützung anzubieten sowie sich für die Eltern und deren Edukation zu engagieren.

4 Diskussion

Zuerst erfolgt eine kritische Würdigung der bearbeiteten Studien. Anschliessend werden die Erkenntnisse aus den wissenschaftlichen Belegen und die Aussagen von Frau Leu in einer Diskussion zusammengefasst. Darauf folgt der Transfer in die Praxis und die Schlussfolgerung der vorliegenden Bachelorarbeit.

4.1 Kritische Würdigung der Studien

Bis auf die Studie von Ford et al. (2009), weisen alle analysierten Studien kleine Stichprobengrössen auf. Obwohl sich dieses Phänomen auf die meist kleine verfügbare, un stabile Population (Ziegler et al., 2000) zurückführen lässt, erschwert es generalisierte Aussagen zu treffen und kann als eine Schwächer der Studien betrachtet werden. Die zusammengetragenen Ergebnisse geben dennoch Hinweise auf Auffälligkeiten und stellen relevante Anhaltspunkte für mögliche Zusammenhänge dar, müssen jedoch im Rahmen weiterer Studien überprüft werden. Die Tatsache, dass viele Ärzte und Wissenschaftler einen modifizierten FNAST verwenden (Sarkar und Donn, 2006) und somit die individuelle Bewertung sehr unterschiedlich ausfallen kann (Roos et al., 2008) erschwert die Vergleichbarkeit zwischen den unterschiedlichen Institutionen und deren Behandlungsansätze. Ein weitverbreiteter Mischkonsum der Mütter und die zum Teil schwer einschätzbaren Auswirkungen der unterschiedlichen Substanzen auf die Neugeborenen (Schaefer et al., 2006) erschweren die Forschung zusätzlich. Die durch die Autoren begründete Notwendigkeit ihrer Untersuchungen anhand vorangehender Literatur sowie die statistischen Ergebnisse der bewerteten Studien sollten mit Vorsicht interpretiert werden. Aussagen wie, dass die Mehrheit der Mütter nicht bereit sei, einen Entzug zu machen (Murphy-Oikonen et al., 2010), sollten mit Rücksicht auf die internationale, unterschiedliche Drogenpolitik, deren Behandlungsprogramme sowie integrierte soziale Unterstützung, betrachtet werden. Die ausgewählten Studien überzeugten durch die ausführliche Schilderung der

Forschungsprojekte, der Einhaltung der ethischen Kriterien sowie in ihrer Relevanz bezüglich der Fragestellung dieser Bachelorarbeit.

4.2 Bewertung der Ergebnisse

Laut Ford et al. (2009) benötigt es neben einer fachspezifischen Weiterbildung, vor allem eine psychosoziale Unterstützung der Pflegenden während des Betreuungsprozesses, um die therapeutische Haltung zu fördern sowie das Pflegeengagement zu steigern. Die Autoren beziehen sich in ihren Messungen auf die Motivation, die Zufriedenheit, die Selbstwirksamkeit sowie die Selbstwahrnehmung der Pflegenden bezüglich ihrer Adäquatheit und Legitimität in ihrer Rolle. Aus dem Text geht allerdings keine genaue Definition der „therapeutischen Haltung“ hervor. Das Verständnis dieses komplexen Begriffes erscheint jedoch eine bedeutsame Voraussetzung für die Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung, zu sein. Laut Rogers (1991) sind eine empathische Wahrnehmung, die Kongruenz sowie eine bedingungslose, positive Wertschätzung, zentrale Grundlagen einer therapeutischen Haltung. Für eine wirksame therapeutische Beziehung sowie zur Förderung der Selbstwirksamkeit eines Menschen erscheint diese Haltung unabdingbar.

Die praxisorientierte Weiterbildung bezüglich der NAS-Symptomatik und der korrekten Anwendung des FNAST führte zu einer Zunahme der Arbeitszufriedenheit der Pflegenden. Die verbesserte Symptominterpretation ermöglichte ihnen, die Mütter beim Erkennen der Bedürfnisse ihres Neugeborenen effizient zu unterstützen (Lucas et al., 2012). Dies kann sich positiv auf die Zusammenarbeit sowie auf die Mutter-Kind-Bindung auswirken und zu einer Förderung des Selbstvertrauens der Mutter in ihre neue Rolle führen (Leu, 2013). Das ist eine wichtige Erkenntnis, wenn man bedenkt, dass besonders die Unfähigkeit die Signale ihrer Neugeborenen adäquat zu deuten, die Interaktion in der Mutter-Kind-Bindung negativ beeinflusste und mit einer Zunahme der depressiven Symptome der betroffenen Mütter korrelierte (Pajulo et al., 2001).

In Anbetracht der kontroversen Diskussionen sowie Unsicherheiten bezüglich dem Stillen bei legalem sowie illegalem Substanzmissbrauch (ABM, 2009), lieferte die Studie von McQueen et al. (2012) einen relevanten Beitrag für eine verbesserte

Betreuung der Neugeborenen mit NAS. Bei den Neugeborenen, welche vorwiegend gestillt wurden oder die Muttermilch mit der Flasche erhielten, beeinflusste diese Ernährungsform nicht nur den Verlauf der NAS-Symptomatik positiv, sondern hatte durch die verkürzte Entzugsdauer auch eine weniger lange Trennung zwischen Mutter und Kind zur Folge. Weitere, wissenschaftlich belegte Vorteile sind der verbesserte immunologische Schutz des Neugeborenen durch den hohen Antikörperanteil in der Muttermilch (Köster und Schwarz, 2004) und die Muttermilchproduktion, welche mit der Freisetzung von Oxytocin (Bindungshormon) im Gehirn der Mutter einhergeht. Oxytocin hat eine angstreduzierende und beruhigende Wirkung auf die Mutter und fördert ihre Bindungs- sowie Interaktionsfähigkeit mit ihrem Neugeborenen (Kästner et al., 2008). Leu (2013) macht darauf aufmerksam, dass ein NAS bei Neugeborenen zu Trinkschwierigkeiten führen kann, was das Stillen erheblich erschwert und sich die Neugeborenen teilweise nur mit der Flasche ernähren lassen. Nicht nur das direkte Saugen, sondern bereits das Massieren der Brustwarze stimuliert die Oxytocinfreisetzung bei der Mutter (Kästner et al., 2008) und könnte somit bei den betroffenen Müttern zu einer Reduktion der vermehrt beobachteten depressiven Symptome (Pajulo et al., 2001) führen.

Eine offene und ehrliche Kommunikation wird als Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Pflegenden und den betroffenen Müttern erachtet (Fraser et al., 2007; Murphy-Oikonen et al., 2010). Besonders die Kontinuität in der Betreuung wird von den betroffenen Müttern sehr geschätzt, da sie dadurch nicht das Gefühl haben ihre Geschichte „tausendmal“ erzählen zu müssen (Leu, 2013). Das 15-minütige Familiengespräch sowie das Erstellen eines Geno-/Ökogramms hat sich als ein praxisorientiertes Werkzeug zur Bereicherung des Assessmentverfahrens und der Zusammenarbeit mit Familien herausgestellt (Goudreau et al., 2006; Holtslander, 2005). Bei Martinez et al. (2007) wirkte sich das Informieren der Eltern über die pflegetechnischen Handlungen und den Zustand des Kindes in adäquater Sprache sowie Tonfall, positiv auf die Zusammenarbeit aus. Das Entgegenbringen von Wertschätzung gegenüber den Eltern bei gleichzeitiger Integration in den Pflegeprozess bestärkte diese auch in ihrer Rolle.

Anstice, Strike und Brands (2009) erwähnen, dass Betroffene in einer Substitutionsbehandlung, zwar nicht mehr als „heroinabhängig“, jedoch weiterhin als süchtig stigmatisiert werden. Dass für sie dieser Schritt jedoch bereits eine genesungsförderliche Verhaltensänderung bedeutet, bleibt häufig unbenannt. Begegnen Pflegende den betroffenen Müttern mit einer verurteilenden Haltung, gelingt es ihnen kaum sich von der eigenen Selbstbeschuldigung (Pajulo et al., 2001) zu lösen und ihre neue Aufgabe als Mutter wahrzunehmen. Obwohl auch diese Frauen in erster Linie Mütter sind und sich nur das Beste für ihre Neugeborenen wünschen, werden sie von Pflegenden häufig vor allem als „Drogenabhängige“ angesehen (Leu, 2013).

4.3 Empfehlungen für die Praxis

Eine psychosoziale Unterstützung der Pflegenden in Form von Supervision, wäre während der komplexen Betreuung von Neugeborenen mit NAS und deren Müttern sicher vorteilhaft und könnte eine Förderung der therapeutischen Haltung sowie des Pflegeengagements bedeuten. Eine personenbezogene berufliche Beratung könnte Pflegende zur individuellen und sozialen Selbstreflexion befähigen und ihnen ein Überprüfen und Optimieren des beruflichen und methodischen Handelns (Rappe-Giesecke, 2003), ermöglichen. In Anbetracht der finanziellen Sparmassnahmen im Gesundheitswesen sowie den neu eingeführten Fallpauschalen (DRG)*, bleibt jedoch fraglich, inwiefern auf eine solche Unterstützung eingegangen werden kann. Eine kostengünstigere Option bietet eine spezifische Fachgruppe, organisiert durch Pflegende. Diese erscheint bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Bezugspersonenpflege in der Betreuung von Neugeborenen mit NAS und deren Mütter, von zentraler Bedeutung zu sein. Ein regelmässiger Austausch von Pflegenden in einer Fachgruppe dient dazu, ihre professionellen aber auch persönlichen Erfahrungen, sowie Schwierigkeiten und Erfolge zu thematisieren (Leu, 2013). Da das Erfahrungswissen häufig intuitiv ist, sollte es auch immer kritisch hinterfragt werden (Ullmann-Bremi und Natterer, 2009). Wird es aber in Verbindung mit wissenschaftlichen Belegen weiterentwickelt, stellt es eine wertvolle Wissensquelle dar und kann einer Fachgruppe bei der Implementierung von praxisnahen, evidenzbasierten Richtlinien dienen.

Eine Erwähnung des Betreuungsauftrages von Neugeborenen mit NAS und deren Mütter im Stellenprofil sowie eine differenzierte Einarbeitung von neuen Pflegenden

auf der Neonatologie könnte auch dem beobachteten Rollenkonflikt (Murphy-Oikonen et al., 2010), vorbeugen.

Eine weitere zentrale Aufgabe der Pflegenden ist es, die Bedürfnisse ihrer Patienten zu erfassen. Die vorliegende Arbeit zeigt auf, mit welchen Schwierigkeiten dies bei Neugeborenen mit NAS einhergeht und wie sinnvoll eine gezielte Weiterbildung im FNAST sein kann. Die Wissenschaft bewertet ein Messinstrument anhand der Reliabilität und Validität. Aus praxisorientierter Sicht hängt die Aussagekraft eines Messinstrumentes jedoch stark von der korrekten und gezielten Anwendung durch das Fachpersonal ab. Die freiwillige Teilnahme von 81 % der Pflegenden in der Studie von Lucas et al. (2012), deutet auf ein grosses Bedürfnis sowie Interesse einer diesbezüglichen Wissenserweiterung hin. Laut Aussagen einer Mutter mit Methadonsubstitution war besonders die Vorstellung, dass ihr Neugeborenes die ihr bekannten Entzugssymptomen erleiden müsse, nur schwer zu ertragen. Dass Pflegende sie ausführlich über die Einschätzung der Symptomatik informierten, hatte ihr geholfen die Bedürfnisse ihres Neugeborenen besser zu erkennen. Nach dem Erlernen der nicht-medikamentösen Interventionen konnte diese Mutter ihr Neugeborenes selbstständig unterstützen und fühlte sich dadurch weniger nutzlos (Namboodiri, George, Boulay und Fair, 2010).

Im Betreuungsprozess auf einer Neonatologie gilt es auch immer die Bedürfnisse der Familien zu erfragen. Das 15-minütige Familiengespräch sowie das integrierte Geno-/Ökogramm (Martinez et al., 2007) erscheint in diesem Zusammenhang als eine effiziente Kommunikationsmöglichkeit, welche auch zur Beziehungsförderung zwischen Pflegenden und den Müttern mit einer Opiatabhängigkeit genutzt werden könnte. Um ein erfolgreiches Gespräch führen zu können, ist es sinnvoll, wenn sich Pflegende mit gezielten Fragen vorbereiten sowie die Beteiligten über Sinn und Zweck der Begegnung aufklären. Die Fragen sollten patientenorientiert sowie praxisorientiert sein und relevante Aspekte der fünf Schlüsselemente des 15-minütigen Familiengesprächs berücksichtigen. Das aktive Zuhören während des Gespräches ermöglicht den Pflegenden zirkuläre Fragen zu stellen und hilft den Betroffenen ihre Situation zu reflektieren (Wright und Leahey, 2009/2005). In der folgenden Tabelle werden relevante Fragen formuliert, welche in einem Gespräch mit den Müttern mit einer Opiatabhängigkeit, angewendet werden könnten.

Tabelle 3: Hinweise zu relevanten Fragen

Rückblickend

„Von wem erhielten Sie in der Vergangenheit wertvolle Unterstützung in schwierigen Zeiten?“

Obwohl Mütter mit einer Abhängigkeitserkrankung generell weniger soziale Unterstützung erhalten (Kästner et al., 2008), erwähnten die betroffenen Mütter in der Studie von Pajulo et al. (2001), wertvolle Hilfe durch einen guten Freund zu bekommen. Bei Hasler et al. (2001) zeigte sich, dass die betroffenen Mütter am meisten ihren eigenen Verwandten vertrauten und diese sie teilweise in der Kindererziehung wertvoll unterstützten. Das soziale Netzwerk kann sehr unterschiedlich sein. Dieses zu erfassen lässt Pflegende erkennen, wer die betroffenen Mütter als ihre Familie bezeichnen und wer sie bei einem Familiengespräch gerne dabei haben möchten.

Bedürfnisorientiert

„Haben Sie um diese Unterstützung gebeten oder hat man sie Ihnen angeboten?“

Aus Angst, man könnte die betroffenen Frauen für erziehungsunfähig verurteilen und ihnen das Sorgerecht entziehen, wagen sie es häufig nicht um Hilfe zu bitten oder Fragen zu stellen (Leu, 2013; Hasler et al., 2001). Erwähnen sie jedoch, dass sie selbstständig ihren Unterstützungsbedarf erkannt haben und diesen anfordern sowie annehmen konnten, bedeutet dies eine wertvolle Ressource, welche von Pflegenden anerkannt werden soll.

Ressourcenorientiert

„Wie erklären Sie sich, dass Ihr Neugeborenes beim „Känguruing“ bei Ihnen zur Ruhe kommt?“

Das Anerkennen von Fähigkeiten und Stärken der Familienmitglieder sollte auch in einem kurzen Familiengespräch nicht fehlen (Wright und Leahey, 2009/2005). Im Zusammenhang mit den betroffenen Müttern und ihrem häufig verminderten Selbstwertgefühl (Kästner et al., 2008), erscheint es wichtig, dass sie ihre Ressourcen auch selber erkennen und benennen können. Eigene Erklärungen sind wichtig, da sie die betroffenen Mütter zur Reflexion der eigenen Bedürfnisse und dem Erkennen von eigenen Fähigkeiten anregen können.

Zukunftsorientiert

„Was glauben Sie wird geschehen wenn,...?“

Vermeehrt weisen die betroffenen Mütter, bedingt durch ihre Abhängigkeitserkrankung, bezüglich ihrer Lebenssituation, ihren Bedürfnissen, ihren Zielen sowie ihren Zukunftsaussichten, unrealistische und unklare Vorstellungen auf (Hasler et al., 2001). Zukunftsorientierte Fragen scheinen in diesem Zusammenhang besonders wichtig zu sein und können dazu dienen gemeinsam realisierbare Ziele im Betreuungskontext festzulegen sowie interdisziplinäre Strategien im Hinblick auf die Austrittsplanung zu entwickeln.

Ein zentraler Bereich des CFIM fokussiert auf die Verhaltensebene und versucht durch das Ermutigen der einzelnen Familienmitglieder in der aktiven Teilnahme im Pflegeprozess, dem Kreieren von Erholungsphasen sowie der Förderung von Ritualen, den Familienzusammenhalt zu stärken (Wright und Leahey, 2009/2005).

Die nicht-medikamentösen Interventionen sind Möglichkeiten, in welche Pflegende die Mütter mit einer Opiatabhängigkeit anleiten können. Diese Interventionen haben einen beruhigenden Effekt auf das Neugeborene mit NAS, fördern die Mutter-Kind-Bindung (Velez et al., 2008) und können Pflegende von der zeitintensiven Betreuung entlasten. Besteht der Wunsch und die Möglichkeit zum Stillen sollten sich Pflegende intensiv mit diesen Müttern auseinandersetzen und sie darin unterstützen. Das Stillen kann, abhängig von der psychosozialen Verfassung und der behandlungsbedingten Trennung von Mutter und ihrem Neugeborenen, auch eine Überforderung für diese Mütter darstellen (Leu, 2013). Die Vor- und Nachteile des Stillens sollten immer individuell und substanzabhängig gegenüber möglichen neonatalen Schädigungen (ABM, 2009) sowie der Motivation und Bedürfnisse der Mütter abgewogen werden.

Um Kommunikationsschwierigkeiten vorbeugen zu können, gilt es für die Pflegenden klare Abmachungen mit den betroffenen Müttern und ihren Angehörigen zu treffen sowie diese schriftlich festzuhalten. Diese Gesprächsdokumentationen sollten von den betroffenen Müttern gegengelesen werden, um allfällige Missverständnisse ausschliessen zu können (Leu, 2013). Die Erfahrung hat gezeigt, dass Aussagen von betroffenen Müttern oft widersprüchlich sein können und ihnen die unstabilen psychosozialen Lebenssituationen (Hasler et al., 2001) erschweren vertrauensvolle Beziehungen einzugehen (Pajulo et al., 2001). Sie erhoffen sich besonders Kontinuität, Kongruenz und Verbindlichkeit in Beziehungen, befürchten jedoch, durch ihr destruktives Verhalten eine wohlwollende Verbindung nicht aufrechterhalten zu können (Kästner et al., 2008). In der Praxis hat es sich als sinnvoll erwiesen, ein Präsenzblatt bezüglich der mütterlichen Anwesenheit auf der Station zu führen. Dieses kann auch als ein Beweis in einer kritischen Auseinandersetzung im Zusammenhang mit einer Fremdplatzierung des Neugeborenen dienen (Leu, 2013). Eine zusätzliche Darstellung der Familienstruktur in Form eines Geno-/Ökogramms würde dem interdisziplinären Team sowie den Behörden Klarheit geben, in welche sozialen Verhältnisse die Neugeborenen entlassen werden. Vor allem aber den Müttern aufzeigen, auf welche sozialen Ressourcen sie sich stützen können und ihnen dazu dienen sich von ihrer meist selbst auferlegten Isolation zu befreien (Hasler et al., 2001; Kästner et al., 2008).

4.4 Reflexion der Bachelorarbeit

Die Komplexität des Pflegeauftrages bei der Betreuung von Neugeborenen mit NAS sowie deren betroffenen Müttern mit einer Opiatabhängigkeit hat das Schreiben dieser Bachelorarbeit geprägt. Es scheint keine allgemeingültige Antwort auf die vorangehende Forschungsfrage zu geben. Jedoch konnten anhand der Literaturrecherche sowie der Berücksichtigung der vier Komponenten des EBN, relevante Zusammenhänge erkannt werden. Diese gilt es bei der Zusammenarbeit mit den betroffenen Müttern und in der Betreuung der Neugeborenen mit NAS zu berücksichtigen. Im Bewusstsein, dass die Implementierung wissenschaftlicher Resultate in die Praxis durch Pflegende, immer einem gewissen Interpretations- und Umsetzungsspielraum ausgeliefert ist. Die klinische Expertise, sowie vereinzelte Aussagen von betroffenen Müttern und die Praxiserfahrung der Autorin, haben besonders den Transfer in die Praxis bereichert. Wobei sich Erfahrungsberichte von Müttern mit einer Opiatabhängigkeit in der postnatalen Zeit, aufgrund geringer Verfügbarkeit in der Forschungsliteratur, nur erschwert generieren liessen. Jedoch erscheinen auch diese Aussagen, für die Entwicklung von praxisnahen Strategien zur Förderung der Zusammenarbeit im Pflegeprozess, wesentlich zu sein. Dass diese Entwicklung notwendig ist und weiterer Forschung bedingt, wurde in der Literatur sowie auch in der Praxis mehrmals bestätigt (Foord et al., 2009; Leu, 2013; Murphy-Oikonen et al., 2010; Pajulo et al., 2001).

5 Schlussfolgerung

Es hat sich gezeigt, dass eine fachspezifische Weiterbildung bei gleichzeitiger, psychosozialer Unterstützung durch die Institution, das Pflegeengagement sowie eine therapeutische Haltung bezüglich des komplexen Pflegeauftrages, effizient fördern kann. Die Kombination aus theoretischer Wissenserweiterung sowie psychosozialer Unterstützung ermöglicht eine Steigerung der Selbstwirksamkeit der Pflegenden. Dies erscheint für eine Optimierung der Zusammenarbeit mit den betroffenen Müttern und in der gemeinsamen Betreuung der Neugeborenen mit NAS, essenziell zu sein. Gewinnen Pflegende an Vertrauen und Sicherheit in ihren eigenen Handlungen, befähigt sie dies, auch die betroffenen Mütter adäquat in den Pflegeprozess zu integrieren. Die fünf Schlüsselemente des 15-minütigen Familiengesprächs nach Wright und Leahey (2009/2005) fördern neben einer

therapeutischen Haltung auch die Kommunikationsfähigkeit von Pflegenden. Besonders die positive Wertschätzung scheint einen vertrauensvollen Beziehungsaufbau im Pflegeprozess mit den Patienten und deren Familien zu fördern und könnte auch die Zusammenarbeit von Pflegenden mit den betroffenen Müttern begünstigen. Eine adäquate Integration in den Betreuungsprozess könnte die betroffenen Mütter selbstbewusster und handlungsfähiger machen und somit auch eine Steigerung ihrer Selbstwirksamkeit bedeuten. Das Beobachten von Verhaltensmustern dieser Mütter, ermöglicht ihre Stärken sowie Ressourcen zu erkennen und ihnen echte Wertschätzung und Anerkennung entgegenzubringen. Dieser Aspekt erscheint im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung der Kongruenz in einer therapeutischen Beziehung wesentlich zu sein. Auch das Genogram/Ökogramm könnte den Pflegenden dazu dienen, effizienter die Bedürfnisse der betroffenen Mütter zu erfassen sowie ein besseres Verständnis für deren komplexe Situation und deren Verhalten zu entwickeln. Durch das Aufzeigen der bereits vorhandenen sozialen Ressourcen werden Möglichkeiten und Grenzen früher erkannt und es kann individuell darauf eingegangen werden. Ebenso wird für die betroffenen Mütter und Pflegenden sichtbar gemacht, dass sie nicht alleine vor dieser komplexen Aufgabe stehen.

Der Erfahrungsaustausch von Pflegenden in einer spezifischen Fachgruppe zur Betreuung von Neugeborenen mit NAS und deren Müttern könnte neben einer Verbesserung der professionellen Kompetenzen der Pflegenden auch zu einer Steigerung der gegenseitigen Wertschätzung und Anerkennung führen.

Die vorliegende Bachelorarbeit sowie die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass zu einer Sensibilisierung sowie Professionalisierung von Pflegenden bezüglich des komplexen Pflegeauftrages, eine wertneutrale Haltung von zentraler Bedeutung ist. Die Frage, weshalb Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung durch ihr Verhalten beim Gegenüber oft starke emotionale Reaktionen auslösen können, lässt sich vermutlich nur individuell beantworten. Vielleicht aber, weil es in gewissen Situationen auch eine Konfrontation mit sich selbst bedeutet, welche auch Pflegenden nicht immer bereit und fähig sind einzugehen.

5.1 Ausblick

Ein weiterer Schritt zur Entwicklung von Strategien für eine verbesserte Zusammenarbeit mit den betroffenen Müttern könnte die Auseinandersetzung mit einer Institution wie die „ALTERNATIVE“ sein. Einem Verein, der sich mit entwicklungsorientierter Abhängigkeitstherapie beschäftigt und Eltern mit ihren Kindern eine stationäre Betreuung ermöglicht. Zusätzlich bietet der Verein mit dem „ULMENHOF“, einen Ort, welcher werdenden Müttern mit einer Abhängigkeitserkrankung eine Auszeit in der Schwangerschaft bietet und somit einen wertvollen Beitrag zur Minimierung der Gesundheitsrisiken für das Ungeborene leistet (Die Alternative, 2012). Die Pilotstudie von Hasler et al. (2001) aus dem „Zokl1“, einer Poliklinik für methadongestützte Behandlung in der Stadt Zürich zeigte, dass Mütter mit einer Abhängigkeitserkrankung sich vermehrt wünschen von ihrem Substanzkonsum zu lösen sowie stärker an eine zukünftige Selbstständigkeit glauben. Auch litten diese Mütter signifikant weniger an physischen und psychischen Problemen, als kinderlose Frauen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Am schlechtesten erging es den betroffenen Müttern, deren Kinder fremd platziert wurden. Diese Tatsache zeigt, wie wichtig es ist, die angehenden Mütter pränatal und vor allem aber postnatal professionell zu begleiten, um ihnen eine Chance als Mutter und ihrem Kind eine Chance auf seine Mutter zu ermöglichen.

6 Verzeichnisse

6.1 Literaturverzeichnis

Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, Janson, L.M. (2009). ABM Clinical Protocol #21: Guidelines for Breastfeeding and the Drug-Dependent Woman. *BREASTFEEDING MEDICINE*, 4(4), 225-228.

doi:10.1089/bfm.2009.9987

Anstice S., Strike, C.J. & Brands, B. (2009). Supervised Methadone Consumption: Client Issues and Stigma. *Substance Use & Misuse*, 44(6), 794-808.

doi:10.1080/10826080802483936

Bonnie H. B. (2005). Intervention to Improve Interaction between Drug Abusing Mothers and Their Drug-Exposed Infant: A Review of the Research Literature. *Journal of Addictions Nursing*, 15(4), 153-161. doi:10.1080/10884600490888349

Bundesamt für Gesundheit. (2011). act-Info Jahresbericht 2011. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz Ergebnisse des Monitoringsystems.

Heruntergeladen von

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03290/03294/index.html?lang=de> am 30.03.2013

Bundesamt für Gesundheit. (2012). Drogen: Therapie. Heruntergeladen von

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/index.html?lang=de> am 30.03.2013

Cloherty, J.P., Eichenwald, E.C. & Stark, A.R. (2008). *Manual of Neonatal Care* (6th.ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Die Alternative. (2012). Erwachsene in der Sozialtherapie. Heruntergeladen von

http://www.diealternative.ch/fileadmin/user_upload/pdf/Leporellos/Erwachsene_in_der_Sozialtherapie_12_2012.pdf am 18.03.2013

Dole, V. & Nyswander M. (1965). A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction. A Clinical Trial with Methadone Hydrochloride. *JAMA*, 193(8), 646-650. doi:10.1001/jama.1965.03090080008002

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2010). *Drug use and pregnancy: challenges for public health*. News from the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction April-Juni 2012.

Heruntergeladen von

- <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drugnet/online/2010/70/article6> am 18.09.2012
- Finnegan, L.P., Connaughton, J.F.Jr., Kron, R.E. & Emich J.P. (1975). Neonatal abstinence syndrome assessment and management. *Journal of Addictive Diseases*, 2, 141-158.
- Ford, R., Bammer, G. & Becker, N. (2009). Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: Workplace drug and alcohol education is not enough. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 112-118.
- Fraser, J.A., Barnes, M., Biggs, H.C. & Kain, V.J. (2007). Caring, chaos and the vulnerable family. Experiences in caring for newborns of drug-dependent parents. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1363-1370.
- French, E.D., Pituch, M., Brandt, J. & Pohorecki, S. (1997). Improving Interaction Between Substance-Abusing Mothers and Their Substance-Exposed Newborns. *JOGNN*, 27(3), 262-269.
- Gothuey, I. & De Coulon, N. (2007). Psychopharmakologie der Sucht. In A. Fink & R. Hämming (Hrsg.), *Drogenabhängigkeit, Geläufige psychiatrische Probleme*. (S. 105-113). Basel: S. Karger AG.
- Goudreau, J., Duhamel, F. & Ricard, N. (2006). The impact of a family systems nursing educational program on the practice of psychiatric nurses: A pilot study. *Journal of Family Nursing*, 12, 292-306. doi:10.1177/107484076291694
- Happel, B. & Taylor, C. (2001). Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: Finding the elusive solution. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 87-96.
- Hasler, G., Meili, D., Wang, J., Gutzwiller F. & Davatz, F. (2001). Opiatabhängigkeit und Mutterschaft. Eine Pilotstudie aus dem Zökl 1, einer Poliklinik für methadongeschützte Behandlung. *Abhängigkeiten, Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung*, 2, 1-21. Heruntergeladen von http://www.arud.ch/tl_files/arud/rechte_spalte/infomaterial/publikationen/2001_E_Opiatabhaengigkeit%20und%20Mutterschaft.pdf am 18.01.2013
- Holtlander, L. (2005). Clinical application of the 15-minute family interview: Addressing the needs of postpartum families. *Journal of Family Nursing*, 11(1), 5-18. doi:10.1177/1074840704273092

- Kashiwagi, M., Schäfer, C., Kästner, R., Vetter, K. & Abou-Dakn, M. (2005).
Opiatabhängigkeit und Stillen – Literaturübersicht und Empfehlungen. *Geburtsh Frauenheilkunde*, 65(10), 938-941. doi:10.1055/s-2005-872834
- Kästner, R., Härtl, K. & Stauber, M. (2008). Das Konzept der psychosomatischen Betreuung von drogenabhängigen Schwangeren: Bedeutung für die Mutter-Kind-Beziehung. In K.H. Birsch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung* (S. 83-99) (2.Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kearney, M.H. (2001). Levels and applications of qualitative research evidence. *Research Nursing & Health*, 24(2), 145-153.
- Knoop, C. (2012). Stillen und Drogenabhängigkeit; Stillen und Alkoholabhängigkeit. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Praxisbuch: Besondere Stillsituationen* (S. 247-264). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Köster, H. & Schwarz, C. (2004). Das Risikoneugeborene. In Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.), *Das Neugeborene in der Hebammenpraxis* (S. 127-168). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Kraemer, R. & Schöni, M.H. 2007. *Berner Datenbuch Pädiatrie* (7.Aufl.) (S.337-346). Bern: Verlag Hans Huber.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998).
Anleitungen zum Formular für eine kritische Besprechung qualitativer Studien.
Heruntergeladen von
<http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/qualguideG.pdf> am
28.09.2012
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998).
Anleitungen zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien.
Heruntergeladen von
<http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/quantguideG.pdf>
am 28.09.2012
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998).
Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien. Heruntergeladen von
<http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/qualformG.pdf>
am 28.09.2012
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998).
Formular zur kritischen Besprechung für quantitative Studien. Heruntergeladen

von <http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/quantformg.pdf> am 28.09.2012

- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Lucas, K. & Knobel, R.B. (2012). Implementing Practice Guidelines and Education to Improve Care of Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. *Advances in Neonatal Care*, 12(1), 40-45. doi:10.1097/ANC.0b013e318241bd73
- Madjar, I. & Walton, J.A. (2001). What is problematic about evidence? In J.M. Morse & J.M. Swanson & A.J. Kuzel (Eds.), *The nature of qualitative evidence* (S.28-45). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Martinez, A.M., D'Artois, D. & Rennick, J.E. (2007). Does the 15-Minute (or Less) Family Interview Influence Family Nursing Practice? *Journal of Family Nursing*, 13(2), 157-178. doi:10.1177/1074840707300750
- McLaughlin, D. & Long, A. (1996). An extended literature review of health professionals' perceptions of illicit drugs and their clients who use them. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3(5), 283-288.
- McQueen, K., Murphy-Oikonen, J., Gerlach, K. & Montelpare, W. (2011). The Impact of Infant Feeding Method on Neonatal Abstinence Scores of Methadone-Exposed Infants. *Advances in Neonatal Care*, 11(4), 282-290.
- Murphy-Oikonen, J., Brownlee, K., Montelpare, W. & Gerlach, K. (2010). The Experiences of NICU Nurses in Caring for Infants with Neonatal Abstinence Syndrome. *Neonatal Network*, 29(5), 307-313.
- Mutschler, E., Geisslinger, G., Kroemer, H.K. & Schäfer-Korting, M. (2001). *Mutschler Arzneimittelwirkungen: Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie* (8.Aufl.). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Namboodiri, V., George, S., Boulay, S. & Fair, M. (2010). Pregnant heroin addict: what about the baby? *BMJ Case Rep*. doi:10.1136/bcr.09.2009.2246
- Nelle, M. (2007). Drogenentzug (Neonatale Suchtmittelabhängigkeit). In Kraemer, R. & Schöni, M.H. (Hrsg.), *Berner Datenbuch Pädiatrie* (7.Aufl.) (S.337-346). Bern: Verlag Hans Huber.
- O'Grady, M.J., Hopewell, J. & White, M.J. (2009). Management of neonatal abstinence syndrome: A national survey and review of practice. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 94, 249-252. doi:10.1136/adc.2008.152769

Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Ahlqvist, S., Helenius, H. & Piha, J. (2001).

An early report on the mother-baby interactive capacity of substance-abusing mothers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(2), 143-151.

- Rappe-Giesecke, K. (2003). *Supervision für Gruppen und Teams* (3. Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Preusse-Bleuler, B., Métrailler, M. & Frey, P. (2008). *Familienzentrierte Pflege. Handbuch zum Film*. Projekt familienzentrierte Pflege, Lindenhof Bern.
- Roche Lexikon. (2003). *Medizin* (5.Aufl.). München: Hoffmann-La Roche AG und Urban & Fischer Verlag.
- Rogers, C.R. (1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen* (3.Aufl.). (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (GwG) Hrsg., G. Höner und R. Brüske, Übers.). Köln: Maternus Verlag.
- Roos, R., Genzel-Boroviczény, O. & Proquitté, H. (2008). *Checkliste Neonatologie. Das Neo-ABC* (3.Aufl.). Georg Thieme Verlag.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81-90.
- Sarkar, S. & Donn, S.M. (2006). Management of neonatal abstinence syndrome in neonatal intensive care units : A national survey. *Journal of Perinatology*, 26(1),15-7. doi:<http://dx.doi.org/10.1038/sj.jp.7211427>
- Schaefer, C., Spielmann, H. & Vetter, K. (2006). *Arzneimittelverordnung in der Schwangerschaft und Stillzeit* (7. Aufl.). München: Urban & Fischer Verlag.
- Scherbaum, N. (2012). Opiate. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht* (S. 143-159). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Silvani, M. (2008). Konzept zur Betreuung von Neugeborenen und deren drogenabhängigen Eltern, Richtlinien der Neonatologie Universitätsspital Zürich. Heruntergeladen von http://www.neonatologie.usz.ch/Documents/HealthProfessionals/Interdisziplinaer/Web_Brosch_DK_08.pdf am 16.09.2012
- Ullmann-Bremi, A. & Natterer, E. (2009). Evidence-based Nursing (EBN) eine Entscheidungshilfe im Pflegealltag, Pflegedienst des Kinderspitals Zürich. Heruntergeladen von <http://www.kispi.uzh.ch/Kinderspital/Pflege/PflegeBetreuung/Pflegeentwicklung/poster-ebn%20%200609%20.pdf> am 12.03.2013
- Uvnäs-Moberg, K., Nissen, E., Ransjö-Arvidsson, A.B. & Widström, A.M. (2008). Die Bedeutung des Hormons „Oxytocin“ für die Entwicklung und Bindung des Kindes

- und der Anpassungsprozesse der Mutter nach der Geburt. In K.H. Birsch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung* (S. 183- 212). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Velez, M. & Jansson, L.M. (2008). The Opioid dependent mother and newborn dyad: non-pharmacologic care. *Journal of Addiction Medicine*, 2(3), 113-120.
doi:10.1097/ADM.0b013e31817e105
- Wolstein, J. (1999). Probleme in der Schwangerschaft und im Säuglingsalter. In M. Gastpar, K.Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 153-161). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2009). *Familienzentrierte Pflege* (B. Preusse-Bleuler, Hrsg., H. Börger, Übers.). Bern: Huber. (Deutschsprachige Ausgabe von *Nurses and Families*, 2005, Philadelphia: Davis Company).
- Ziegler, M., Poutska, F., Von Loewenich, V. & Englert, E. (2000). Postpartale Risikofaktoren in der Entwicklung von Kindern opiatabhängiger Mütter. Ein Vergleich zwischen Müttern mit und ohne Methadon-Substitution. *Der Nervenarzt*, 71(9), 730-736.
- Zullino, D.F. & Khazaal, Y. (2007) Psychopharmakologie der Sucht. In A. Fink & R. Hämming (Hrsg.), *Drogenabhängigkeit, Geläufige psychiatrische Probleme*. (S. 105-113). Basel: S. Karger AG.

6.2 Abkürzungsverzeichnis

ABM	The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee
BAG	Bundesamt für Gesundheit
CFAM	Calgary Familienassessmentmodell
CFIM	Calgary Interventionsmodell
DRG	Diagnosis Related Groups
EBN	Evidence-based Nursing
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
FAS	Fetales Alkoholsyndrom
FNAST	Finnegan Neonatal Abstinence Scoring Tool
HIV	Human Immundefizienz-Virus
NAS	Neonatales Abstinenzsyndrom
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome
USZ	Universitätsspital Zürich

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verhaltensscore modifiziert nach Finnegan, USZ (Silvani, 2008)	64
Abbildung 2: Beispielsituation: Patchworkfamilie, nur als Genogrammdarstellung nach Preusse (2008)	65
Abbildung 3: Beispielsituation: Familie über vier Generationen: Geno-/Ökogramm nach Preusse (2008)	66
Abbildung 4: Die Symbole des Geno-/Ökogramms gemäss Frauenklinik des Inselspitals, Universitätsspital Bern (2008)	67

6.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterschiedliche Substanzen und deren Auswirkungen	13
Tabelle 2: Darstellung der eingeschlossenen Studien	19
Tabelle 3: Hinweise zu relevanten Fragen.....	33
Tabelle 4: Glossar.....	46
Tabelle 5: Studie 1: Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: Workplace drug and alcohol education is not enough (Ford et al., 2009)	49
Tabelle 6: Studie 2: Caring, chaos and the vulnerable family. Experiences in caring for newborns of drug-dependent parents (Fraser et al., 2007)	51
Tabelle 7: Studie 3: Implementing Practice Guidelines and Education to Improve Care of Infants With Neonatal Abstinence Syndrome (Lucas et al., 2012)	53
Tabelle 8: Studie 4: Does the 15-Minute (or Less) Family Interview Influence Family Nursing Practice? (Martinez et al., 2007)	55
Tabelle 9: Studie 5: The impact of Infant Feeding Method on Neonatal Abstinence Scores of Methadon-Exposed Infants (McQueen et al., 2011)	57
Tabelle 10: Studie 6: The Experiences of NICU Nurses in Caring for Infants with Neonatal Abstinence Syndrome (Murphy-Oikonen et al., 2010)	59
Tabelle 11: Studie 7: An early report on the mother-baby interactive capacity of substance-abusing mothers (Pajulo et al., 2001)	61
Tabelle 12: Klinische Symptome des NAS modifiziert nach Kräemer und Schöni (2007)	63

7 Danksagung

Ich bedanke mich herzlich bei Frau Hodel (Psychologin lic.phil.I und Gesundheitsfachfrau, Leiterin MAS in Patienten- und Familienedukation, Weiterbildung Pflege an der ZHAW, Institut Pflege) für die fachliche Begleitung, die motivierenden und spannenden Gespräche sowie die wertvolle Unterstützung während des ganzen Arbeitsprozesses. Ebenfalls gilt ein herzliches Dankeschön Frau Leu (dipl. Pflegefachfrau der Neonatologie, USZ und Mitglied der Fachgruppe „Konzept zur Betreuung von Neugeborenen mit Entzugsproblematik und deren Eltern“) für die interessanten Auseinandersetzungen und den bereichernden Einblick in die klinische Expertise. Herr Bader und meinen Eltern danke ich herzlich für das Korrekturlesen, die Unterstützung beim Formatieren, die anregenden Diskussionen, die Motivation und besonders für ihre Geduld.

8 Eigenständigkeitserklärung

„Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.“

Winterthur, 28.04.2013

Andrea Zwysig

9 Anhang

Anhang A Glossar

Tabelle 4: Glossar

Begriff	Definition/Erklärung	Quelle
Belohnungssystem	Eine überraschende Belohnung führt im menschlichen Gehirn zu einer Freisetzung des chemischen Botenstoffs Dopamin. Dieser wiederum beeinflusst unser Verhalten, unsere Motivation und steuert die Lernfähigkeit. Auch illegale Substanzen wie Heroin und Kokain aktivieren die Dopaminzellen und führen somit zu einem „verhängnisvollen“ Belohnungseffekt beim Substanzkonsum und manipulieren auf diese Weise das Belohnungssystem im Gehirn.	http://www.drogenaufklaerung.de/das-belohnungssystem-des-gehirns
Cuddle-mums	Die Hauptaufgabe der „cuddle-mums“ (Kuschel-Mamis) entspricht der freiwilligen Unterstützung von Familien und der Mitbetreuung der Neugeborenen unter Anweisung des Pflegepersonals auf einer Neonatologie. In den Schweizer Spitälern bekannt als „IDEM - Im Dienste eines Mitmenschen“. Eine Gruppe von freiwilligen Frauen und Männer, die einen Teil ihrer Freizeit in den Dienst kranker Menschen stellen.	http://volunteers.mater.org.au/cuddle-mums.htm http://www.pflege.kssg.ch/home/Fachpersonen/idem.html
Exploratives Design	Ein nicht-experimenteller Forschungsplan, bei dem Beschreibungen existierender Phänomene gesammelt werden. Mit dem Ziel anhand der gewonnenen Daten bestehende Bedingungen zu beurteilen oder Pläne zu erarbeiten, um die Bedingungen zu optimieren. Wird auch deskriptives Design genannt.	(LoBiondo-Wood und Haber, 2005)
Fallpauschalen (DRG)	DRG (Diagnosis Related Groups). Entspricht einem Patientenklassifikationssystem, das Patienten anhand von medizinischen und weiteren Kriterien, wie z.B. Diagnosen, Behandlungen, Aufenthaltsdauer usw., in möglichst homogene Gruppen einteilt und dazu dient die Behandlungskosten zu errechnen.	http://www.swissdr.org/de/07_casemix_office/Wichtige_Begriffe.asp?navid=14
Fetales Alkoholsyndrom (FAS)	Ein Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft führt zu einer gesteigerten Fehlgeburtsrate sowie zu teils erheblichen Schädigungen des Kindes. Betroffenen Neugeborenen zeigen prä- und postnatale Wachstumsretardierungen und leiden teilweise an Trink-/Schluckstörungen. Äusserliche Anzeichen sind Mikrozephalie, kurze Lidspalten, Extremitäten- und Skelettfehlbildungen. Angeborene Fehlbildungen innerer Organe wie dem Herzen, der Niere und der Genitalien sind häufig. Die geistige Entwicklung ist verzögert und Verhaltensauffälligkeiten (Hyperaktivität, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen) sind eruierbar.	(Köster und Schwarz, 2004)
Intrauterin	„In der Gebärmutterhöhle (Cavitas uteri), während der Leibesfruchtentwicklung im Uterus“.	(Roche Lexikon, 2003, S. 940)
Laktationshemmung	Eine Verlangsamung der Milchproduktion- und Ausschüttung durch die weibliche Brustdrüse im Anschluss	(Roche Lexikon, 2003)

	an eine Schwangerschaft.	
Mekonium	„Kindspech“. Der in der Fetalperiode gebildete Darminhalt des Neugeborenen. Eine schwarz-grüne klebrige Masse, die erstmals 12-24 Stunden nach der Geburt als schleimiger Pfropf entleert wird.	(Roche Lexikon, 2003, S. 1193)
Metabolisierung	„Verstoffwechslung z.B. von Arzneistoffen“. In der Pharmakokinetik beschreibt es die Wirkung des Organismus auf den Arzneistoff und sagt etwas aus über die Vorgänge wie Resorption, Verteilung, Proteinbindung und Ausscheidung, die den zeitlichen Ablauf der Arzneistoffkonzentrierung bestimmen.	(Roche Lexikon, 2003, S. 1211)
Multivariable Regressionsanalyse	„Messung der Beziehung zwischen einer abhängigen Variablen der Intervallebene und mehreren unabhängigen Variablen“.	(LoBiondo-Wood und Haber, 2005, S. 789)
Nicht-experimentelles Design	„Forschungsdesign, bei dem ein Phänomen ohne Manipulation der unabhängigen Variable beobachtet wird“.	(LoBiondo-Wood und Haber, 2005, S. 789)
Plötzlicher Kindstod „SIDS“	„Der unerwartete, plötzliche Tod scheinbar völlig gesunder Säuglinge, meist im Schlaf („Krippentod“), der weder durch genaue Anamnese noch durch gründliche Untersuchung, noch durch Autopsie erklärt werden kann“. Risikofaktoren sind Kinder, die bereits einmal erfolgreich reanimiert wurden, ehemalige Frühgeborene und Kinder von Müttern mit einer Substanzabhängigkeit (engl. sudden infant death syndrome, kurz SIDS).	(Roche Lexikon, 2003, S. 1102)
Psychotrop, „psychoaktiv“	Das Wort wird meist im Zusammenhang mit Substanzen verwendet und beschreibt deren zentralvenöse Wirkungsmechanismen und ihren Einfluss auf das Bewusstsein und die Psyche (wie z.B. Alkohol, Heroin, aber auch Psychopharmaka).	(Roche Lexikon, 2003)
Quasi-experimentelles Design	Bei einem quasi-experimentellen Design wird keine randomisierte (nach Zufallsprinzip) Verteilung vorgenommen, jedoch aber die unabhängige Variable manipuliert und bestimmte Kontrollmechanismen eingesetzt.	(LoBiondo-Wood und Haber, 2005)
Querschnittstudie	„Nicht-experimentelles Forschungsdesign, bei dem die Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt, d.h. in der unmittelbaren Gegenwart, untersucht werden“.	(LoBiondo-Wood und Haber, 2005, S. 794)
Retrospektives Design	Ist ein „nicht-experimenteller Forschungsprozess, der bei dem zu untersuchenden Phänomen (abhängige Variable) in der Gegenwart ansetzt und dessen Beziehung zu einer anderen Variablen (unabhängige Variable) in der Vergangenheit untersucht“.	(LoBiondo-Wood und Haber, 2005, S. 795)
Schlaf-myoklonien	„Unwillkürliche, blitzartige, arrhythmische Einzelzuckungen von Muskeln, Muskelgruppen oder Muskelteilen“. Häufig an rumpfnahen Extremitätenabschnitten eruierbar, jedoch können auch Mimik und Rumpfmuskulatur davon betroffen sein. Physiologisch beim Einschlafen oder Erwachen; pathologisch v.a. bei Vergiftungen, nach Geburtstrauma oder frühkindlichem Hirnschaden.	(Roche Lexikon, 2003, S. 1278)

Supervision	Ist eine personenbezogene berufliche Beratung für Professionelle (Einzelne, Gruppen oder Teams) und dient dazu diese zur individuellen und sozialen Selbstreflexion zu befähigen. Ziel dieser Reflexion ist die Überprüfung und Optimierung des beruflichen und methodischen Handelns.	(Rappe-Giesecke, 2003).
Teratogen	„Fehlbildung erzeugend“. Biologische, chemische oder physikalische Einflussfaktoren, die bei einem Organismus Fehlbildungen hervorrufen.	(Roche Lexikon, 2003, S. 1809)
Vorher-Nachher-Design	Ein Prozessverfahren, welches zur Beurteilung der Behandlungswirkung bei einer Gruppe/Einzelperson eingesetzt wird. Die Gruppe/Einzelperson wird vor und nach einer Behandlung untersucht, um eine Veränderungen durch die Behandlung feststellen zu können.	(Law et al., 1998)
Vulnerabel	In der Psychologie werden vulnerable Personen als leicht emotional „verwundbar“ oder „verletzlich“ betrachtet und es besteht ein erhöhtes Risiko eine psychische Störungen zu entwickeln. Es entstammt dem Wort „Vulnerabilität“ und bedeutet „Verwundbarkeit“ oder „Verletzbarkeit“ und bedeutet das Gegenteil von Resilienz (Widerstandsfähigkeit).	(Roche Lexikon, 2003)

Anhang B Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien

Tabelle 5: Studie 1: Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: Workplace drug and alcohol education is not enough (Ford et al., 2009)

Studie 1: Ford, R., Bammer, G. & Becker., N. (2009). Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: Workplace drug and alcohol education is not enough.			
<p>Sample (N= 1605) Pflegende aus unterschiedlichen Settings (50% response rate), 94% weiblich, mit einem Durchschnittsalter von 44 (+/-9) Jahren (Table 1). Tabelle zeigt, wieviel Schulung die Pflegenden bezüglich Abhängigkeitserkrankungen erhalten hatten, in welchen Settings sie arbeiten und welche Erfahrungen sie in der Betreuung von Patienten in Drogenprogrammen hatten. Auch die allgemeine Berufserfahrung (mean 21 +/- 10, Range 0-50 Jahre) wurde festgehalten. 244 Pflegende arbeiteten als Hebammen/W ochenbett, 68 in der Pädiatrie/Neonatologie → <i>im theoretischen Hintergrund wird erwähnt, dass gerade in diesem Setting der Pflegeauftrag besonders Komplex ist, besonders dann, wenn die Neugeborenen ein neonatales Abstinenzsyndrom [NAS] entwickeln.</i></p> <p>Literatur / Theoretischer Hintergrund Notwendigkeit der Studie wird mit vorangehender Literatur eingeführt. <i>- Ein Mangel an theoretischem Fachwissen bezüglich Abhängigkeitserkrankung während der Pflegefachausbildung (in allen Settings) sowie eine verurteilende Haltung der Pflegenden gegenüber diesen Patienten, erschweren eine gut funktionierende Zusammenarbeit, führen zu Unzufriedenheit bei Pflegenden und beeinflussen den Behandlungserfolg negativ.</i></p> <p>Ethische Genehmigung erfolgte durch „the Australian National Human Research Ethics Committee“. Für die Stichprobenerhebung wurden alle im Jahre 2003 im „Australian Capital Territory“ registrierten Pflegenden berücksichtigt.</p> <p>Beurteilung Auffallend ist, dass 34% aller Pflegenden während der Ausbildung keine und 32% weniger als 5 Stunden Schulung bezüglich Abhängigkeitserkrankungen erhalten hatten. Trotz tiefer Responsrate von 50% gewährleistet die Stichprobengrösse eine ausreichende</p>	<p>Design / Methode Das quantitative Forschungsprojekt wird als „Research Paper“ deklariert und ist eine Querschnittstudie „cross-sectionale Design“ in welcher anhand einer multivariablen, linearen Regressionsanalyse relevante Ergebnisse generiert wurden.</p> <p>Ziel / Fragestellung Die Studie erforscht den Zusammenhang zwischen dem Ausmass einer fachspezifischen Edukation (eindimensionaler Schulung) bezüglich Patienten mit einer Substanzabhängigkeit (Alkohol, Drogen) und dem Ausmass von gleichzeitigem „Rollensupport“ (Fach-/Fokusgruppen, Supervision, Coaching, Feedbackrunden) während der Betreuung. Die Forscher möchten herausfinden, welche Aspekte bezüglich einer Weiterbildung ausschlaggebend sind, um die therapeutische Haltung der Pflegenden positiv zu beeinflussen sowie das Engagement der Pflegenden gegenüber Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen zu steigern.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Welcher Effekt hat fachspezifischer Edukation, wenn Rollensupport ausbleibt? 2. Welches Ausmass an Rollensupport potenziert eine fachspezifische Edukation? 3. Erweist sich ein gesteigertes Ausmass an Rollensupport bei einem grossen Ausmass an fachspezifischer Edukation als vorteilhaft? <p>„Rollensupport“ wird in der Studie definiert, als die Verfügbarkeit an Möglichkeiten, um effizient und unverbindlich persönliche Schwierigkeiten mit der momentanen Situation, eine Klarstellung des Pflegeauftrages sowie die bestmöglichen Pflegeinterventionen bezüglich des klinischen Problems, mit Fachpersonen (von der Institution zur Verfügung gestellt) besprechen zu können → 44% aller Pflegenden erhielten keinen oder nur wenig Rollensupport (<4.5 auf einer Likertskale 1-7). Durchschnittswert value 4.62(+/-1.2).</p> <p>Beurteilung Das Querschnittsdesign eignet sich um eine</p>	<p>Datenerhebung / Analyse Eine multivariable, lineare Regressionsanalyse mit STATA (version Intercooled 8.2) wurde angewendet, um die Assoziation zwischen der therapeutischen Haltung und einem Ausmass an pflegeprofessionellen Charakteren festzustellen. Therapeutische Haltung sowie das Engagement gegenüber den Patienten, waren die Outcome Variable → Aussage liefert einen Eindruck bezüglich der Bereitschaft der Pflegenden, ihre Motivation, Zufriedenheit und Selbstwirksamkeit sowie ihr eigenes Befinden in ihrer Berufsrolle (Adäquatheit und Legitimität). Anhand eines konzeptuellen Fragekataloges wurden die Daten brieflich (postal survey) erhoben.</p> <p>Die Interaktionsvariablen „Rollensupport und fachspezifische Edukation“ entspricht dem Produkt von „Rollensupport“ (gemessen auf einer 1-7 Likertskala) und dem „fachspezifischen Edukationsausmass“ (0-30 Stunden).</p> <p>Um ein statistisches Modell bezüglich der therapeutischen Haltung erstellen zu können wurde neben dem erhaltenen Rollensupport, auch die Anzahl bereits vorhandener Erfahrung mit Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen und Betroffenen in Drogenprogrammen (needle and syringe programme) sowie die Jahre der Berufserfahrung und die Antworten auf zwei zusätzlich gestellte Fragen berücksichtigt (Table 2).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frage: Ist Drogenkonsum ein Laster? 2. Frage: Sollte der Konsum von Marihuana legalisiert werden? <p>Um die Regressionsgleichung (regression equation) konstant zu halten wurden die Durchschnittswerte der 3 Variablen (Rollensupport, Edukation, therapeutische Haltung) berücksichtigt. Für das Interaktionsmodell der 3 Variablen (Figure 3) wurde eine dreidimensionale Darstellung gewählt. Minimum Level des Rollensupport entsprach 1, maximaler Support 7. Die Edukation wurde in 5 h Stufenritten eingeteilt (0-30 h). Die therapeutische Haltung wurde in 0.5er Schritten festgehalten (3.5-5.5).</p>	<p>Ergebnisse Es bestätigte sich, dass eine eindimensionale Schulung (alleine aus theoretischem Fachwissen) bezüglich der Betreuung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen ohne Rollensupport nicht ausreichend ist. Es liess sich bei einem Höchstmass an fachspezifischer Edukation, ohne Rollensupport eine negative Wirkung auf die therapeutische Haltung feststellen (paradoxe Wert war jedoch nicht signifikant). Jedoch wird signifikant deutlich, dass ein Höchstmass an Rollensupport (Level 7) zusammen mit einem Maximum an fachspezifischer Edukation (30h) führte zu einem Maximum an therapeutischer Haltung und Pflegeengagement gegenüber Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung (5.25). Ebenso war bereits bei einem Rollensupport (ab Level 1) ohne fachspezifische Edukation, ein positiver Einfluss auf die therapeutische Haltung eruiert. Der positive Effekt steigerte sich sogar mit zunehmendem Support, obwohl die Edukation ausblieb.</p> <p>Zusammenfassend belegt die Studie, dass ein institutioneller Rollensupport der Pflegenden in der Betreuung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankung unabdingbar ist, um eine evidente Förderung der therapeutischen Haltung zu erzielen. Wird neben dem Rollensupport den Pflegenden zusätzlich eine fachspezifische Schulung ermöglicht, kann das Engagement der Pflegenden bezüglich des Betreuungsauftrages noch gesteigert werden.</p> <p>Beurteilung Ergebnisse werden anhand eines verständlichen Fliesstextes und einer dreidimensionalen Darstellung (Figure 3) deutlich dargestellt. Besonders im Diskussionsteil gelingt es den Forschern die gemachten Erkenntnisse mit vorangehender Literatur in Verbindung zu bringen. Das Phänomen, dass sich das Ausbleiben von Rollensupport, aber einem Höchstmass an fachspezifischer Edukation sogar negativ auf das Engagement von Pflegenden auswirken kann, wird folgendermassen erklärt: Eine</p>

<p>Repräsentativität für das Forschungsprojekt. In der Studie wird erwähnt, dass zwischen der „respons“ und der „non-respons“ Gruppe nur geringe Unterschiede eruiert werden konnten. Die Tatsache, dass die Pflegenden aus unterschiedlichen Settings kamen beeinflusst die Untersuchung nicht negativ. Aus der vorangehenden Literatur ist zu entnehmen, dass die Problematik der Abhängigkeitserkrankungen in allen Settings vorhanden ist und häufig zu Schwierigkeiten in der Pflege-Patienten Beziehung führt. Die unterschiedliche Berufserfahrung der Pflegenden wird in der Auswertung berücksichtigt → siehe Datenerhebung / Analyse.</p>	<p>gesellschaftliche „Momentaufnahme“ von derzeit gültigen Fakten, Meinungen und Verhaltensweisen zu erforschen und wurde diesbezüglich von den Forschern zur Beantwortung ihrer Fragen passend gewählt. Jedoch beschreiben diese Momentaufnahmen keine Kausalzusammenhänge (Ursache und Wirkung).</p>	<p>Beurteilung Eine Regressionsanalyse eignet sich, um Beziehungen zwischen einer abhängigen und einer oder mehreren unabhängigen Variablen feststellen zu können → die Studie beschreibt den Zusammenhang zwischen Rollensupport und fachspezifischer Edukation (unabhängige Variablen) und therapeutische Haltung (abhängige Variable). Ausführliche Darstellung des Analyseverfahrens. Mangelnde Beschreibung des Fragekataloges (eine Quelle wird angegeben) führt zu einer Vulnerabilität der Studie bezüglich Validität und Reliabilität.</p>	<p>Wissenserweiterung lässt Pflegenden die Komplexität eines Phänomens noch besser erkennen und kann ohne Rollensupport leicht zu einer Überforderung bei der Arbeit führen. Auch die Tatsache, dass in der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung die therapeutische Haltung der Pflegenden von grosser Bedeutung ist, wird mit vorangehender Literatur belegt.</p>
<p>Stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Studie liefert relevante Erkenntnisse, welche zu einer Steigerung der therapeutischen Haltung und des Betreuungseinsatzes von Pflegenden bezüglich Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung führen können. Ausführliche Beschreibung des Forschungsprojektes, gute Designwahl, um die Forschungsfragen zu beantworten. • Ergebnisse werden mit vorangehender Literatur in Zusammenhang gebracht und im theoretischen Teil wird die Notwendigkeit der Studie sichtbar gemacht. • Aufgrund der erhobenen Population (Pflegende waren in unterschiedlichen Bereichen tätig), lassen sich die Erkenntnisse auch in diverse medizinische sowie soziale Bereiche des Gesundheitswesens transferieren. <p>Schwächen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das gewählte Studiendesign eignet sich um eine Momentaufnahme eines Zustandes festzuhalten, erschwert aber Kausalzusammenhänge (Ursache und Wirkung) zu erkennen. • Die Datenerhebungsweise durch die Post (postal survey) kann die Zuverlässigkeit einer Studie negativ beeinflussen. • Mangelnde Beschreibung des Fragekataloges im Text (Forscher verweisen allerdings auf eine Quelle) führt zu einer Vulnerabilität der Studie bezüglich Validität und Reliabilität. <p>Evidenzlevel: 2 (nach Madjar und Walton, 2001)</p>		<p>Bedeutung für die eigene Fragestellung Die Studie belegt, dass ein institutioneller Rollensupport der Pflegenden in der Betreuung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankung unabdingbar ist, um eine evidente Förderung der therapeutischen Haltung zu erzielen und liefert somit ein relevantes Erkenntnis, welche bei der Förderung der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Betroffenen berücksichtigt werden sollte. Wird neben dem Rollensupport den Pflegenden zusätzlich eine fachspezifische Schulung ermöglicht kann das Engagement der Pflegenden bezüglich des Betreuungsauftrages noch gesteigert werden → Institutionen sollten sich auf eine Weiterentwicklung von Strategien einlassen, welche den Pflegenden hilft mit komplexen Patientensituationen besser kooperieren zu können. Im klinischen Kontext brauchen Pflegenden eine Betreuung, welche ihnen zur Seite steht. Schlüsselaspekte einer effizienteren Schulung sollten sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausführliches Assessment → verbesserte Identifikation von physischen und psychischen - Gesundheitskonditionen (häufig wird die psychische Kondition leider nicht erfasst, im 15-Minuten Familiengespräch aber schon!) • wirksamere medizinische pflegetechnische Interventionen sowie evidenzbasierte Richtlinien Risiko und Casemanagement 	

Tabelle 6: Studie 2: Caring, chaos and the vulnerable family. Experiences in caring for newborns of drug-dependent parents (Fraser et al., 2007)

Studie 2: Fraser, J.A., Barnes, M., Biggs, H.C. & Kain, V.J. (2007). Caring, chaos and the vulnerable family. Experiences in caring for newborns of drug-dependent parents.			
<p>Sample (n= 32) Pflegefachfrauen Die Stichprobe wurde mit einem „Non-probability Sampling“ gebildet (eine gezielte Erhebung). Aus 4 verschiedenen Neonatologien in South-East Queensland (Australien) wurden je 8 Pflegefachfrauen ausgewählt. Die 4 Neonatologien wiesen geographische und sozioökonomische Unterschiede auf, wovon sich die Forscher ein breiteres Spektrum an unterschiedlichen Erfahrungen erhofften.</p> <p>Einschluss-/Ausschlusskriterien Erfahrungen in der Betreuung von Neugeborenen [NG] mit einem neonatalen Abstinenzsyndrom [NAS] und deren Eltern mit einer Drogenabhängigkeit. Ausschlusskriterien werden nicht ausführlich beschrieben. Alle Pflegenden wurden schriftlich über die Studienteilnahme aufgeklärt und stimmten der Teilnahme schriftlich zu (written consent). Die Selbstbestimmung der Probandinnen wurde somit berücksichtigt und die Studie erfüllt den ethischen rigor).</p> <p>Ethische Genehmigung erfolgte durch die „Queensland University of Technology Human Research Ethics Committee“ und wurde durch alle 4 befragten Institutionen auf die ethischen Aspekte geprüft und genehmigt.</p> <p>Beurteilung Auch wenn die Ausschlusskriterien nicht deutlich beschrieben werden können sie durch die Erwähnung der klar formulierten Einschlusskriterien abgeleitet werden. Die Auswahl der Probandinnen wird der Fragestellung gerecht. Die Stichprobengröße entspricht dem phänomenologischen Ansatz, da mit ihr eine Datensättigung erreicht werden konnte. Die endgültigen Daten der Studie stammen von 32 Pflegefachfrauen. Durchschnittsalter, Berufserfahrung werden jedoch nicht festgehalten. Homogenität der Gruppe lässt sich schwer ermitteln.</p>	<p>Design / Methode Eine phänomenologische Studie (qualitativ) Design (bereits am Titel erkennbar „Experiences in“...). Original Zitate weisen auch auf Phänomenologie hin.</p> <p>Ziel / Fragestellung Die Erfahrungen von Pflegefachfrauen in der Betreuung von Neugeborenen mit einem NAS und deren Eltern mit Drogenabhängigkeit aufzuzeigen.</p> <p>Datenerhebung: Die Pflegenden wurden mit halb-strukturierten, qualitativen, offenen Fragen(open-ended questions) interviewt. 4 Gruppeninterviews in den 4 Neonatologien mit einem Fragekatalog, welcher anhand vorgängigen Aussagen aus einem Gruppeninterview mit denselben Gruppen ausgearbeitet wurde. Die Befragungen fanden innerhalb von 2 Monaten (genauer Zeitpunkt leider nicht ersichtlich) statt. Die Interviews wurden danach unverzüglich transkribiert.</p> <p>Literatur / Theoretischer Hintergrund Das Thema wird mit vorhandener Literatur eingeführt und aus dem Text geht eine Notwendigkeit der Studie hervor.</p> <p>Beurteilung Gute Designwahl, eignet sich um eine reine Beschreibung eines Phänomens zu erhalten. Auch die Wahl der „semi-strukturierten“ Interviewform ist sinnvoll, wenn bereits schon Wissen zu diesem Thema vorhanden ist (ersichtlich in der Einführung des Themas mit vorhandener Literatur), die Forscher aber noch zusätzliches Wissen generieren möchten.</p> <p>Eine Begründung ihrer Wahl der Interviewform geht aber nicht deutlich aus dem Text hervor. → ein Kritikpunkt!</p> <p>Die Datenerhebung wird im Text ausführlich beschrieben. Mit dem „question-guide“ halten die Forscher Konzepte fest, welche in enger Verbindung mit ihrer Fragestellung stehen und sie somit zu relevanten Erkenntnissen für die Pflege führen sollen. Leider geht nicht genau aus dem Text hervor, wie die Gruppeninterviews stattgefunden haben und wie lange sie dauerten. Die Interviews wurden immer von der gleichen Person durchgeführt. Die Datensättigung wird im Text weder erwähnt noch diskutiert → was ansonsten dem</p>	<p>Analyse Die Interviews wurden unmittelbar danach wortwörtlich transkribiert und mehrmals gelesen bis ein Eindruck der Totalität des Phänomens gefunden wurde. Anschliessenden wurden die Texte in einzelne Sätze und Wörter zerlegt → es wurde kodiert und eine Textreduktion durchgeführt. Themen und Muster wurden identifiziert und gemeinsame Elemente extrahiert. Das filtrierte Material wurde strukturiert und die gefunden 5 Kernthemen in Zusammenhang mit den, im Voraus festgelegten, Kontexten aus dem Fragekatalog gebracht (entspricht der deduktiven Kategorisierung).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beziehung zum Neugeborenen 2. Interaktion mit der Familie 3. Spannungen im Betreuungsumfeld 4. Was brauchen die Pflegenden 5. Verbesserungsvorschläge <p>Beurteilung Genau Beschreibung der Datenanalyse. Leider aber bleibt unklar anhand welcher qualitativen Inhaltsanalyse die Daten verarbeitet wurden und wer von den Autoren sich daran beteiligt hat. Auch ist nicht bekannt, ob die Forscher bereits Erfahrung in der qualitativen Forschung haben. → Qualitätssicherung kaum möglich. Geht man davon aus, dass mit einer grösseren Anzahl Forscher, welche die Analysen durchführen, auch die Qualität einer Studie steigt, wäre ein grösseres Forscherteam vielleicht noch vorteilhafter gewesen.</p> <p>Sie dokumentieren ihre analytischen Entscheidungen und Schlussfolgerungen immer wieder mit original Zitaten der Pflegenden im Text → sichert Glaubwürdigkeit der Studie. Die Vertrauenswürdigkeit (trustworthiness) der Studie wird in einem Textabschnitt mit den Aspekten der Glaubwürdigkeit (credibility), Zuverlässigkeit (dependability) und Übertragbarkeit (transferability) erläutert. Die Übereinstimmung der gefunden Daten „credibility“ mit den gemachten Aussagen der Pflegenden wurden durch einen CO-Forscher verifiziert (entspricht dem „member checking“). Allerdings ist es als Leser schwierig anhand eines Textes die Zuverlässigkeit der Studie zu beurteilen. Es wird zwar erwähnt, dass ein offener Dialog der Forscher während des Analysenprozesses geführt wurde. Auch spricht ihre ausführliche Beschreibung der ganzen Studie und der Analyse dafür. Trotzdem</p>	<p>Resultate</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beziehung zum Neugeborenen Die Betreuung von NG mit NAS wurde als zeitaufwendig und durch ihr unruhiges Verhalten als schwierig empfunden. Der Finnegan Score [FNAST] wurde als hilfreich betrachtet, um die Bedürfnisse der NG besser deuten zu können. 2. Interaktion mit der Familie Pflegende beklagten sich darüber, dass häufig nur wenig Hintergrundinformationen über die Familien vorhanden waren (kein Familienassessment). Ungewissheit bezüglich der Verhältnisse in welche die NG nach entlassen werden (wenig Wissen über Kinderschutz). Die Familien wurden oft als chaotisch und mit einem grossen Bedarf an emotionaler, sozialer und praktischer Unterstützung beschrieben → „fordernde“ Patienten. Seltene Elternbesuche wurden als ein Mangel an Interesse gedeutet (löste Frustration aus). Pflegende begegneten den Müttern teilweise mit einer negativen Haltung (diese verstärkte sich bei inadäquatem Verhalten oder gesteigertem „Drogenkonsum“ der Mütter). 3. Spannungen im Betreuungsumfeld Personalknappheit/Schichtarbeit erschwerte die Bezugspersonenarbeit → Kontinuitätsmangel → Frustration bei Eltern/Pflegenden. Pflegende fühlten nur eine minimale Rolle in der Betreuung zu haben (Spannungen im multidisziplinären Team und Neonatologen). Obwohl Pflegende die NG einschätzen & um die Uhr pflegen, wurden sie nicht immer angehört. Freiwillige „cuddle mums“ hilfreich zur Entlastung der Pflegenden, die mehrere NG zu betreuen haben. Rückzugsmöglichkeiten wurden bemängelt (Übernachtungsmöglichkeiten für Mütter wurden gewünscht → Förderung der Mutter-Kind Bindung). 4. Was brauchen die Pflegenden Pflegende brauchen eigene Copingstrategien, professionelle Weiterbildung im Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen, verbesserte Kommunikationsmöglichkeiten und Assessmentverfahren sowie psychologisches Hintergrundwissen, um adäquater mit der Herausforderung umgehen zu können. Eine Wissenserweiterung in der komplexen Betreuung von NG mit NAS und die physischen Auswirkungen der konsumierten Drogen auf das Kind, wurde gewünscht. 5. Verbesserungsvorschläge Frühzeitige Schwangerschaftsvorsorge, Aufklärung &

	phänomenologischen Ansatz entsprechen würde und hier leider fehlt.	kann man als Aussenstehender nie ganz die Gewissheit darüber haben.	Elternedukation würde sie besser auf die postnatale Zeit vorbereiten und sie handlungsfähiger machen.
<p>Beurteilung der Ergebnisse Die gesammelten Resultate gehen deutlich aus dem Fliesstext hervor. Ihre Aussagekraft garantieren sie mit zahlreichen, original Zitaten der Probandinnen und verdeutlichen dadurch wie sorgfältig die Forscher ihre Schlüsse aus dem reichhaltigen Material gezogen haben und zu den vier Kernthemen fanden. Die zusammengefassten Aussagen liefern relevante Hinweise zu den zentralen Kernthemen. Den Autoren gelingt eine umfassende Beschreibung der Erfahrungen der befragten Pflegenden, abhängig von Individualität und Kontext.</p> <p>Stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund spärlicher Datenlage bezüglich Erfahrungsberichten im Zusammenhang mit dem Phänomen und Setting, liefert die Studie relevante Erkenntnisse. Schwierigkeiten, Verbesserungsvorschläge und Anliegen der Pflegenden im Zusammenhang mit dem Betreuungsprozess werden deutlich gemacht. • Eine sorgfältig durchgeführte Inhaltsanalyse lässt die Forscher zentrale Kernthemen identifizieren. • Zuverlässigkeit der Studie wird anhand original Zitaten der Pflegenden und des genau beschriebenen Analyseverfahrens erhöht. <p>Schwächen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leider wird nicht erwähnt anhand welcher Inhaltsanalyse und welche der Forscher die Auswertungen der Daten durchgeführt haben. • Exakte Angaben zum Ablauf und Dauer der Gruppeninterviews fehlen im Text. • Die Signifikanz der Arbeit wird nicht explizit diskutiert, jedoch kurz in einem Satz erwähnt → Einstufung bezüglich der Zuverlässigkeit der Studie bleibt für den Betrachter schwierig (siehe unter Beurteilung der Analyse). <p>• Evidenzlevel: 2 (nach Kearney, 2001)</p>		<p>Bedeutung für eigene Fragestellung Die in der Studie benannten Schwierigkeiten im Betreuungsprozess decken sich teils mit den Erkenntnissen aus bereits vorhandener Literatur und mit den Praxiserfahrungen der Autorin. Die von den Pflegenden geäußerten Verbesserungsvorschläge und Anliegen, dienen als relevante Hinweise zur Beantwortung der Frage der Bachelorarbeit.</p> <p>Die Erfahrungsberichte der Pflegenden zeigen die Wichtigkeit der Betreuung der NG mit NAS, aber auch die Betreuung der Eltern auf. Gerade in dieser Zeit, welche für die Mutter-Kind-Bindung von grosser Bedeutung ist sollte auch, trotz schwierigen Bedingungen, für eine kontinuierliche Bindungsförderung gesorgt werden. Die Pflegenden waren der Ansicht, dass eine verbesserte und offene Kommunikation und das Wissen über die Drogengeschichte der Mütter, die Betreuung positiv beeinflussen würde und eine vertraute Beziehung zwischen den Pflegenden und den Eltern zu einer verbesserten Zusammenarbeit und letztendlich zu einem besseren Outcome für das Kind führen könnte.</p> <p>Gewünscht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte Assessmentinstrumente, Kommunikationsmöglichkeiten • Psychologisches Hintergrundwissen • Mehr Privatsphäre sowie Rückzugsmöglichkeiten (Übernachtungsmöglichkeiten) für die Eltern • Bezugspersonensystem (kontinuierliche Betreuung durch Pflegenden mit Erfahrung) • Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit 	

Tabelle 7: Studie 3: Implementing Practice Guidelines and Education to Improve Care of Infants With Neonatal Abstinence Syndrome (Lucas et al., 2012)

Studie 3: Lucas, K. & Knobel, R.B. (2012). Implementing Practice Guidelines and Education to Improve Care of Infants With Neonatal Abstinence Syndrome.			
<p>Sample n= 68 (81%) der 84 Pflegenden einer „neonatal intensive care unit“ [NICU] in „North Carolina“ (USA) nahmen an der Studie teil. Auf der 44-Bettenstation wurden 2010, 604 Neugeborene [NG] behandelt. Davon hatten 40 (9%) NG ein neonatales Abstinenzsyndrom [NAS] und erforderten eine medikamentöse Behandlung → Einschätzung erfolgte anhand des „Finnegan Neonatal Abstinence Scoring Tool“ [FNAST].</p> <p>Die Berufserfahrung der Pflegenden variierte von frisch diplomiert bis über 20 Jahre. Alle erhielten beim Eintritt in die NICU eine 12-wöchige limitierte Weiterbildung in der Betreuung von NG mit NAS. Weitere Erkenntnisse wurden durch die Praxis generiert. Die Handhabung des FNAST wurde anhand der auf dem „tool“ vermerkten Anweisungen befolgt (Pfleger erhielten dazu keine spezifische Weiterbildung). Eine Übersicht der Scoring-Ergebnisse von 40% der in 2010 NG mit NAS, wiesen eine inkonsequente und unkorrekte Anwendung auf (z.B. NG scoorten unmittelbar nach medikamentöser Indikation höher).</p> <p>Einschluss-/Ausschlusskriterien Alle 68 Pflegenden der NICU wurden für die Durchführung der Studie als geeignet betrachtet und zur evidenzbasierten, praxisorientierten Weiterbildung bezüglich NAS und FNAST zugelassen. Der anschließende pre-/posttest „NAS-Test“ war freiwillig und die Beteiligung wurde als Bestätigung der Studienteilnahme bewertet → alle 68 Pflegenden nahen am pre-/posttest teil.</p> <p>Ethische Genehmigung wurde erteilt durch Duke University School of Nursing und Fear Valley Health System [CFVHS].</p> <p>Beurteilung Aus dem Text geht leider nicht hervor, ob die Pflegenden alle weiblich waren. Das sample setzt sich aus einer nicht-homogenen Gruppe bezüglich der beruflichen Erfahrungsjahre zusammen → wobei dies nicht zwingend ein Nachteil für die Studie darstellt, da die Ergebnisse zeigen, dass bei allen Beteiligten, unabhängig der Praxiserfahrung, das Interesse einer Weiterbildung gross war (81%) und es bei allen Pflegenden zu einer Wissenserweiterung führte.</p>	<p>Methode / Design Die Forscher wählten ein nicht-experimentelles „pre-/posttest“ Studiendesign (quantitative Studie).</p> <p>Ziel / Fragestellung Die Forscher wollten anhand einer durch sie konzipierten Intervention (praxisorientierte Weiterbildung, neue evidenzbasierte Richtlinien sowie interaktives Lernen) im Zusammenhang mit NAS und dem FNAST, feststellen, wie sich diese auf Pflegende und deren Betreuungskompetenzen auswirkt. Forschungsfrage 1: Führt ihre Intervention bei den Pflegenden zu einer relevanten Wissenserweiterung (besseres NAS Test Outcome)? Forschungsfrage 2: Gewährleistet die Intervention den Pflegenden bezüglich NAS eine konsequentere und korrektere Anwendung des FNAST?</p> <p>Literatur / Theoretischer Hintergrund</p> <ul style="list-style-type: none"> aus der Literatur ist bekannt, dass die häufig, unkorrekte und inkonsequente Anwendung des FNAST (bedingt durch zu wenig gezielte Weiterbildung) zu einer subjektiven Fehleinschätzung der Symptome der NG und somit die Behandlung negativ beeinflussen kann. 30% der NG mit NAS kann alleine mit nicht-medikamentösen Interventionen geholfen werden. Eine Fehleinschätzung kann zu einer unnötigen medikamentösen Behandlung führen und die Entzugsdauer verlängern, sowie zu einer verzögerten neurologische Entwicklung der NG führen (längere Trennung von Mutter und Kind). <p>Intervention Alle Pflegenden unabhängig ihrer Berufserfahrung wurden anhand eines DVD in die korrekte Handhabung des FNAST sowie in der Betreuung von NG mit NAS eingeführt. Im Anschluss wurde die praktische Anwendung des FNAST erprobt, um das neue Wissen zu vertiefen. Dazu erhielten die Pflegenden evidenzbasierte klinische Guidelines → diese wurden von den Forschern anhand der „Appraisal of Guidelines for Research Utilization (AGREE) Collaboration“, „Confarence on Guidelines Standardization statement“, „Instructions for Writing Association of Neonatal Nurses“ sowie einer Literaturrecherche entwickelt. → Nach der Weiterbildung erhielten alle Pflegenden die neuen evidenzbasierten Richtlinien mit relevanten Informationen für eine wirksame Betreuung der NG mit NAS (Table 1) sowie „handouts“ zur Vertiefung</p>	<p>Datenerhebung / Analyse Forschungsfrage 1: Der „NAS-Test“ wurde von den Forschern entwickelt, um Aussagen über den Wissensstand der Pflegenden bezüglich des Krankheitsbildes, der Betreuung sowie der Handhabung des FNAST, machen zu können. Der Test enthält 58 Fragen, welche maximal mit je 2 Punkten bewertet werden können (maximale Punktzahl: 116). Der „pre“ NAS-Test wurde vor der Weiterbildung durchgeführt. Der „post“ NAS Test sollte etwas über die erhoffte Wissenserweiterung aussagen. Jeder pre- und posttest wurde mit einer 4-stelligen Nummer versehen, um die Anonymität der Pflegenden zu gewährleisten.</p> <p>Alle Resultate (pre-/posttest) des NAS-Tests wurden anhand eines passwortgeschütztem Computerprogramms (SPSS) bezüglich der Veränderung des Wissensstandes, ausgewertet.</p> <p>Die Validität (Gültigkeit) des NAS-Tests wurde durch die Unterstützung bei der Testentwicklung durch Dr. Loretta Finnegan (Herausgeberin des FNAST, Autorin verschiedener Studienprojekte bezüglich NAS mit langjähriger Erfahrung in der Betreuung betroffener NG) erhöht. Der FNAST wurde als ein reliables, objektives, einfach anwendbares Messinstrument bewertet, welches bei korrekter Anwendung zu einem effektiven Therapiemanagement der NG mit NAS führt → belegt anhand vorangehender Literatur.</p> <p>Forschungsfrage 2: Die Reliabilität (Zuverlässigkeit) der Weiterbildung wurde durch 10 Pflegende (mit unterschiedlicher Berufserfahrung <1 bis >20 Jahre), welche eine Woche nach Erhaltener NAS-Weiterbildung anhand eines DVDs ein FNAST Einschätzung durchführen mussten. Ihre Ergebnisse wurden mit denen des Fachexperten (welche die Weiterbildung mitentwickelt hatten) und die gleiche Situation einschätzen mussten, verglichen. Zur Feststellung einer Zuverlässigkeit der Weiterbildung mussten die Ergebnisse zu mindesten 90% übereinstimmen (siehe unter Ergebnisse: Forschungsfrage 2).</p> <p>Beurteilung Bezüglich der Reliabilität des FNAST lassen sich in der Literatur unterschiedliche Meinungen finden (Studie von McQueen et al., 2011).</p>	<p>Ergebnisse Forschungsfrage 1: Ergebnisse wurden anhand eines t-test analysiert: Eine um 10% erhöhte Punktzahl im posttest NAS-Test wurde als eine Wissenserweiterung betrachtet. Im pretest erzielte niemand die maximale Punktzahl 100%. Im posttest erzielten 3 (4%) Pflegende die maximale Punktzahl (100%) Alle Pflegenden zeigten eine Steigerung von (2%-44%). 61 (90%) der Pflegenden zeigten eine Steigerung von 10% oder mehr. Nur 7 (10%) erzielten keine Wissenssteigerung von 10%. (Table 2).</p> <p>Forschungsfrage 2: Die Weiterbildung konnte als zuverlässig bewertet werden, da die Einschätzungen aller 10 Pflegenden mit 90% oder mehr, mit denen der Experten übereinstimmten. - 4 Pflegende (40%) erzielten 100% Übereinstimmung - 5 Pflegende (50%) erzielten 95% Übereinstimmung - 1 Pflegende (10%) erzielte 90% Übereinstimmung Die Reproduzierbarkeit (Vergleichseinschätzung) der quantitativen Messungen wurden anhand unterschiedlichen Untersucher, durch die Bewertung der Ergebnisse aller 10 Pflegenden und des Experten anhand Quantität und interklassen Korrelation, evaluiert. Die interklassen Korrelation war signifikant mit einer Spannweite von: 0.996 – 1.00 für alle 10 Pflegenden.</p> <p>Die Ergebnisse belegen, dass eine praxisorientierte Weiterbildung, evidenzbasierte Richtlinien sowie interaktives Lernen im Zusammenhang mit NAS und FNAST, zu einer effektiven Wissenserweiterung der Pflegenden und einem verbesserten Symptomenmanagement bei den NG mit NAS führen. Die quantitativen Daten korrelieren mit den mehrheitlich positiven Aussagen der Pflegenden bezüglich der Weiterbildung. Sie kommentierten, dass ihnen das erweiterte Wissen bezüglich der NAS Symptomatik und der korrekten Anwendung des FNAST, eine objektivere, konsistenter und sachgerechtere Einschätzung ermögliche.</p> <p>Beurteilung Ergebnisse werden klar und deutlich im Fliesstext und (Table 2) dargestellt. Leider wird weiter nicht erwähnt, wie die Aussagen der Pflegenden am Ende des Projektes festgehalten wurden. Die Ergebnisse werden mit Erkenntnissen aus der Literatur</p>

	<p>des neuen Wissens.</p> <p>Beurteilung Notwendigkeit der Studie wird mit belegter Literatur gerechtfertigt. Forschungsdesign ist zur Beantwortung der Frage passend gewählt, sowie die durchgeführte Intervention verständlich und ausführlich dargestellt. In der Studie werden die Kernthemen der Richtlinien dargestellt (Table 1), jedoch nicht weiter vertieft. Die Kernthemen der Richtlinien decken sich mit den Handlungsansätzen der Praxis.</p>	<p>Lucas et al. (2012) stützen sich in ihrem Forschungsprojekt jedoch auf das Expertenwissen von Dr. Loretta Finnegan, demzufolge wird der FNAST auch als valide und reliabel betrachtet. Die Entwicklung des NAS-Test wird ausführlich erwähnt, die durchgeführte Analyse jedoch nur kurz beschrieben.</p>	<p>untermauert und betont, dass eine adäquate Weiterbildung im Zusammenhang mit der Anwendung von Messinstrumenten unabdingbar ist. Die Forscher anerkennen eigen Limitierungen (siehe Schwächen).</p>
<p>Stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forschungsprojekt wird ausführlich und verständlich erläutert. • Mit ihrer Intervention wirken sie der inkonsequenten und inkorrekten Anwendung des FNAST entgegen und leisten mit der Entwicklung von neuen, evidenzbasierten Richtlinien einen wichtigen Beitrag zu einer verbesserten Betreuung der NG mit NAS. • Das Interesse und Bedürfnis an gezielter Weiterbildung im Zusammenhang mit NAS und FNAST wurde mit der freiwilligen Teilnahme von 81% aller Pflegenden der NICU bestätigt. <p>Schwächen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse lassen keine Aussagen bezüglich einer langfristigen Auswirkung der Weiterbildung auf die verbesserten Betreuungskompetenzen machen, da zwischen pre- und posttest nur eine kurze Zeitdifferenz lag. • Weiter klinische Outcomes der NG, in wie fern sich die verbesserte Einschätzung auf die Intensität und Länge ihres Entzuges ausgewirkt hat, wurden aufgrund einer kleinen Population von NG mit NAS auf der NICU (zum Zeitpunkt der Untersuchung) nicht erhoben, hätten aber die Evidenz der Untersuchung steigern können. <p>Evidenzlevel: 3 (nach Madjar und Walton, 2001)</p>		<p>Bedeutung für die eigene Fragestellung</p> <p>Die Studie macht deutlich, dass praxisorientierte Weiterbildung bezüglich der NAS Symptomatik und FNAST sowie evidenzbasierte Richtlinien zu einer effektiven Wissenserweiterung der Pflegenden und einem verbesserten Symptommanagement bei den NG mit NAS führen. Ein Messgerät wird erst dann aussagekräftig, wenn auch das nötige Wissen zu dessen korrekter Handhabung vorhanden ist und es konsequent angewendet wird. Hypothese der Autorin deckt sich mit der im Diskussionsteil verwendeten Literatur → eine konsequente und korrekte Einschätzung der NG mit NAS bedeutet auch eine Qualitätsverbesserung in der Betreuung der NG, kann unnötige medikamentöse Interventionen vermieden und die Entzugsdauer verkürzen (Mutter und Kind sind weniger lange voneinander getrennt). Auch minimiert es die Gefahren einer Unterbewertung der Entzugssymptome, welche für die NG lebensbedrohliche Folgen haben können (z.B. zerebrale Krampfanfälle). Eine verbesserte Interpretation der Symptome ermöglicht den Pflegenden den Müttern zu einer verbesserten Deutung der Bedürfnisse ihrer NG. Es ist anzunehmen, dass dieser Aspekt sich positiv auf die Beziehung zwischen den Pflegenden und den Müttern sowie auf die Mutter-Kind-Bindung auswirken kann und eine Förderung des Selbstvertrauens der Mutter in ihrer neuen Rolle begünstigen könnte.</p>	

Tabelle 8: Studie 4: Does the 15-Minute (or Less) Family Interview Influence Family Nursing Practice? (Martinez et al., 2007)

Studie 4: Martinez, A.M., D'Artois, D. & Rennick J.E. (2007). Does the 15-Minute (or Less) Family Interview Influence Family Nursing Practice ?			
<p>Sample (n= 6) Pflegendende (5 Pflegefachfrauen und 1 Pflegefachmann)</p> <p>Einschluss-/Ausschlusskriterien Alle 52 Pflegenden eines kanadischen Kinderspitals wurden von den Forschern als geeignet betrachtet. Das Projekt wurde den 52 Vollzeit- und 11 Teilzeitbeschäftigten Pflegenden vorgestellt, die Teilnahme war freiwillig. Im Voraus wurde die Anzahl der Stichprobe der Forscher auf 6 Pflegenden festgelegt. 3 der Pflegenden hatten mehr als 4 Jahre Berufserfahrung auf der Abteilung, die anderen 3 Pflegenden zwischen 1-3 Jahre.</p> <p>Literatur / Theoretischer Hintergrund Das Thema wird anhand vorangehender Literatur eingeführt und die Notwendigkeit der Studie aufgezeigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bereits Florence Nigthingale (1863) strebte eine Sensibilisierung der Pflegenden für die Wichtigkeit der Familie im Betreuungsprozess an → Wright & Leahey betrachten den Einbezug von Familien in den Betreuungsprozess gar als eine Verpflichtung der Pflegenden</i> • <i>Die Krankheit eines Individuums hat auch immer einen Einfluss auf die Familienstruktur</i> • <i>Nur wenige Studien haben bis anhin die praktische Anwendung und die Effektivität des „family system nursing“ [FSN] in der Praxis erforscht</i> • <i>Obwohl heutzutage die FSN bereits in die Pflegeausbildung integriert wird, geht aus der Literatur hervor, dass mehr Edukation notwendig ist.</i> <p>Beurteilung Eher kleine Stichprobengrösse. Wurde von den Forschern bewusst festgelegt, leider nicht erklärt weshalb. Anzahl Erfahrungsjahre unter den Pflegenden unterscheidet sich nicht gross, alle Pflegenden verfügten über kein Erfahrungswissen im „Calgary Family Assessmentmodell“ [CFAM] und Calgary Family Interventionsmodell“ [CFIM] vor der Intervention (gleiche Voraussetzungen). Da ein „convenience sample“ (die ersten 6) berücksichtigt wurde, kann daraus geschlossen werden, dass diese Pflegenden ein grosses Interesse und wahlmöglich auch eine Vorliebe für Familienzentrierte Pflege hatten (kann Ergebnis beeinflussen). Gute Einführung des Themas.</p> <p>Ethische Genehmigung</p>	<p>Design / Methode Ein quasi-experimental, „pretest/posttest“ Vorher-Nachher-Design wurde zur Beantwortung der Fragen angewendet (quantitative Studie).</p> <p>Ziel / Fragestellung Das Forschungsprojekt sollte die Familienzentrierte Pflege mit Hilfe des 15-minütigen (oder kürzer) Familiengesprächs [15-mFg] für Pflegenden zugänglicher machen und den Praxistransfer vereinfachen. Frage 1: Welchen Einfluss hat das 15-mFg auf die Pflegenden im Anamneseprozess beim Spitaleintritt eines Kindes? Frage 2: In wie Fern befähigt es die Pflegenden mit den Familien zu intervenieren (sich auf die Familien einzulassen)?</p> <p>Die Intervention enthielt 2 in-depth Lernfrequenzen sowie „hands-on coaching“ in der Anwendung des 15-mFg. In der ersten 2-stündigen Lernfrequenz wurden die Rahmenbedingungen des CFAM und CFIM (Pflegende erhielten auch „handouts“), in der Zweiten (ein Woche später) der Ablauf des 15-mFg mit den 5 Schlüsselementen vorgestellt. Daraufhin wurden die Probanden gebeten 6 „15-mFg“ durchzuführen. Nach den ersten 3 Gesprächen erhielten sie erneut ein „coaching“, um offene Fragen zu klären und sich im Interviewen zu verbessern.</p> <p>5 Schlüsselemente des 15-mFg 1. Familienzentrierte Gespräche Ein zielgerichtetes, zeitlich begrenztes Gespräch (aktiv zuhören, Informationen geben, Wertschätzung zeigen, gemeinsames lösungsorientiertes Denken). 2. Umgangsformen Eine wohlwollende Haltung von Pflegenden gegenüber den Familien/respektvollen Umgang, Tonfall, Sprache), fördert eine vertrauensvolle Pflege-/Fam.beziehung. 3. Familienogramme und Ökogenogramme Erfasst auf einen Blick die Familienstruktur, die Beziehungsqualität untereinander, die Schwierigkeiten, die Ressourcen sowie die soziale Unterstützung. 4. Familienzentrierte Fragen Ermütigen die Familien ihr eigenes Verstehen einer Krankheit auszudrücken, ihre Situation zu reflektieren und selbstständig ihre Bedürfnisse zu erkennen. 5. Die Stärken der Familie und einzelner Familienmitglieder anerkennen → Wertschätzung zeigen, fördert Selbstwirksamkeit der Familien.</p>	<p>Datenerhebung / Analyse Daten wurden anhand 2 Interviews (semi-strukturiertem Fragekataloge [FK]. 1. Interview (pretest) vor der Intervention, 2. Interview (posttest) nach der Vollendung von 6 Familieninterviews. Auch hielten die Pflegenden ihre gemachten Erfahrungen (Feldnotizen) während dem Interviewprozess fest. Nach den ersten 3 Interviews wurden die Feldnotizen durch die Forscher betrachtet, um relevante Themen als Richtlinien für das „coaching“ zu verwenden. FK 1: → 9 Fragen zu den Einflussfaktoren bezüglich Familienassessment und Familieninterventionen, die Schwierigkeiten damit und Verbesserungsvorschläge diesbezüglich. Auch der 2. FK enthielt die gleichen 9 Fragen sowie zusätzliche 9 Fragen, die Erfahrungen mit dem 15-mFg. generierten. Beide FK enthielten geschlossene Fragen (Likertskala) & offenen Fragen. Die Daten wurden von 2 Forschern ausgewertet. Die Feldnotizen sowie die offenen Fragen wurden themenspezifisch identifiziert & die Aussagen Pre-/Postintervention zusammengetragen. (Fig.1-5)</p> <p>Beurteilung Die Autoren wählen ein quantitatives Forschungsdesign, beziehen sich in der Datengenerierung sowie Analysierung jedoch auch auf Aspekte der qualitativen Forschung. Die Vermischung von quantitativer und qualitativer Forschung, erscheint bezüglich der gewählten Intervention durchaus sinnvoll, wird jedoch im Text nicht thematisiert. Die Studie überzeugt dennoch durch eine ausführliche Darstellung der Datenerhebung. Die Transformation von quantitativen Daten sowie das Auswerten der offenen Interviewfragen und Feldnotizen, werden adäquat beschrieben.</p> <p>Ergebnisse <u>Erfahrungen im Ausführen der Familienassessments</u> FNS Assessment und theoretisches Wissen hatten keinen Einfluss auf die Fähigkeit der Pflegenden, die Familienmitglieder vermehrt in den Pflegeprozess einzubeziehen. Die Pflegenden aber fanden es wesentlich einfacher Informationen über die Familie zu erfragen (Fig.1). Bezüglich der Fähigkeit der Pflegenden die FNS Assessments durchzuführen wurde eine Steigerung festgestellt (Fig.2). Das Genogramm führte im Unterschied zum herkömmlichen Assessment dazu, dass Pflegenden zusätzliche Informationen erhielten, bezüglich der Familienstruktur, der Stressfaktoren in einer Familie sowie dem Ausmass an sozialer Unterstützung</p>	<p>Ergebnisse <u>Wie beeinflusste das 15-mFg die Pflegenden im Intervenieren mit den Familien</u> Pflegende erwähnten ein erweitertes theoretisches Wissen bezüglich der Familiendynamik zu haben (Fig.3). Durch die Intervention gelang es den Pflegenden besser den Eltern aktiv zuzuhören, sie zu informieren, ihnen Unterstützung anzubieten sowie sich für die Eltern und deren Edukation zu engagieren (Fig.4). Bezüglich dem Ressourcenangebot, der therapeutischen Kommunikationsmöglichkeiten, des Befragungs- und Zeitaufwandes mit den Familien wurden nur geringe Unterschiede beobachtet (Fig.5). Das 15-mFg ermöglichte den Pflegenden den Informationsbedarf, die Ressourcen einer Familie sowie die Verhaltensweisen einzelner Fam.mitglieder besser zu erkennen und adäquater darauf einzugehen. Das Stellen von therapeutischen Fragen gab den Pflegenden einen deutlicheren Eindruck bezüglich den Belastungen, welche die Familien durch die Krankheit erfahren, mit welcher Haltung sie ihr begegneten und welchen Informationsbedarf sie hatten. Und wie gross der Informationsbedarf war.</p> <p><u>Erfahrungen der Pflegenden welche die Zusammenarbeit mit den Eltern beeinflussen</u> Das Informieren der Eltern über die pflegetechnischen Handlungen und den Zustand des Kindes in adäquater Sprache und Tonfall. Das Entgegenbringen von Wertschätzung gegenüber den Eltern beim Miteinbezug in den Pflegeprozess (bestätigt sie in ihrer Rolle) und eine ruhige Atmosphäre beeinflussen die Zusammenarbeit positiv. Vor und nach der Intervention wurde das Nichtkooperieren der Eltern als Schwierigkeit identifiziert. Ein Vertrauensmangel der Eltern gegenüber den Pflegenden ebenso (Pflegende fühlen sich inkompetent). Die vor der Intervention beschriebenen Schwierigkeiten bezüglich der unterschiedlichen Ansichten unter den Fam.-mitgliedern sowie deren unterschiedliche Erwartungen wurden nach der Intervention nicht mehr erwähnt.</p> <p>Beurteilung Das Genogramm, das 15-mFg und die Anerkennung, welche Pflegenden den Familien entgegen brachten, hatten einen positiven Einfluss auf die Fähigkeit der Pflegenden ein Familienassessment durchzuführen. Besonders das Erkennen der Bedürfnisse sowie Ressourcen der Familien wurde als wertvoll betrachtet und es konnten daraus gemeinsam</p>

<p>Leider gehen keine Angaben bezüglich einer ethischen Genehmigung aus dem Text hervor. Die Studie wird jedoch vom Kinderspital gutgeheissen.</p>	<p>Beurteilung Klare Fragestellungen sowie Ziel des Projektes werden angegeben. Ausführliche Erläuterung der Intervention.</p>	<p>welche sie durch das soziale Netzwerk erfährt. Die Pflegenden fanden die Anwendung des Genogramms nützlich, sie fühlten sich in dessen Handhabung jedoch unterschiedlich wohl damit (1=„very comfortable“, 2=„comfortable“, 3=some difficulty“).</p>	<p>wirksameren Interventionen entwickelt werden. Obwohl in den Interviews mit den Eltern unter dem Schlüsselement 3, nur ein Genogramm gezeichnet wurde, konnten die Pflegenden anhand der Darstellung der internen Struktur einer Familie, relevante Zusammenhänge bezüglich ihrer externen sozialen Ressourcen erkennen. Die Angaben von Originalzitate aus den Interviews mit den Pflegenden bereichern den Ergebnisteil und steigern die Validität der Studie. Ausführliche Ergebniszusammenfassung (Resultate werden mit vorangehender Literatur gestützt).</p>
<p>Stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Design wird von den Forschern passend zur Fragestellung und zur Bewertung der Intervention gewählt. Ausführliche Beschreibung des ganzen Forschungsprojektes. Original Zitate der Pflegenden im Ergebnisteil sichern die Validität der Studie. Studie liefert neue Erkenntnisse bezüglich der Relevanz der Familienzentrierten Pflege in der Pflegebetreuung. Die praxisnahe Weiterbildung sowie die generierten Ergebnisse lassen sich auch auf andere Settings übertragen und erscheinen für die praktische Integration der familienzentrierten Pflege von zentraler Bedeutung zu sein. <p>Schwächen</p> <ul style="list-style-type: none"> Es werden keine Angaben bezüglich ihrer Designwahl, noch ihrer festgelegten Samplegrösse gemacht, jedoch erwähnen sie unter den Limitierungen selber, dass die kleine Stichprobegrösse keine Generalisierung der Erkenntnisse zulasse. Es gehen keine Angaben zu einer ethischen Genehmigung aus dem Text hervor. Die Studie wird jedoch vom Kinderspital gutgeheissen und die Teilnahme war freiwillig. Signifikanz der Studie lässt sich nur schwer ermitteln. Forscher verwenden neben narrativen Daten auch statistische Daten (Likertskala), die Aussagen werden jedoch in einem Fliesstext zusammengefasst und nur Durchschnittswerte tabellarisch dargestellt. Die Vermischung von quantitativer und qualitativer Forschung erscheint bezüglich der gewählten Intervention durchaus sinnvoll. Die Beweggründe der Autoren dazu werden jedoch im Text nicht thematisiert. <p>Gesamtbeurteilung: Die Beurteilung der Studie erfolgte aufgrund der Vermischung von quantitativen und qualitativen Forschungsansätzen nach den Bewertungskriterien für qualitative und quantitative Studien von Law et al., (1998). Zur Einschätzung der Evidenz wurde die von den Forschern im Text aufgeführte Designwahl mit quantitativem Forschungsansatz berücksichtigt und somit nach Madjar und Walton, (2001) vollzogen.</p> <p>Evidenzlevel: 3 (nach Madjar und Walton, 2001)</p>		<p>Relevanz für die eigene Fragestellung</p> <p>Das Ziel der FSN ist, Pflegenden ein Werkzeug „framework“ zu bieten, welches ihnen ermöglicht schnell und effizient Informationen einer Familie, bezüglich Struktur, Bedürfnisse, Ressourcen, Ansichten und Wissensdefizite (bezüglich der Gesundheitsprobleme) zu generieren und vermittelt somit einen holistischen Eindruck über die Familiensituation. Das 15-mFg hilft Pflegenden in Kürze die Bedürfnisse eines Patienten und dessen Familie zu identifizieren sowie mit den Betroffenen in Kontakt zu treten. Dies bedeutet eine Bereicherung für die Kommunikation, die Zusammenarbeit und letztlich auch für den Betreuungs- und Heilungsprozess.</p> <p>Angesicht der Tatsache, dass es Pflegenden häufig an Hintergrundinformationen bezüglich der Drogenvergangenheit der Mütter mangelt, sowie Angaben zur Familiensituation und dem sozialen Umfeld fehlen, können Vorurteile sowie Vermutungen entstehen, welche die Zusammenarbeit negativ beeinflussen können. Besonders die Ungewissheit in welche die Neugeborenen entlassen werden erscheint für Pflegende belastend zu sein. Das 15-mFg sowie das Erstellen eines Geno-/Ökogramms ist ein praxisorientiertes Werkzeug, welches zur Beziehungsförderung zwischen Pflegenden und den betroffenen Mütter genutzt werden könnte.</p> <p><i>In der Studie wurde von den Pflegenden zukünftig gewünscht, dass das 15-mFg routinemässig in den Anamneseprozess integriert werden sollte. Sie erwähnten, dass ihnen die Intervention ermöglichte, besser die Familien als Ganzes, aber auch die Beziehungen welche die Familienmitglieder zueinander hatten zu erkennen und deren Ressourcen und Schwierigkeiten besser zu benennen sowie gemeinsame wirksame Lösungen zu finden.</i></p>	

Tabelle 9: Studie 5: The impact of Infant Feeding Method on Neonatal Abstinence Scores of Methadon-Exposed Infants (McQueen et al., 2011)

Studie 5: McQueen, K.A., Murphy-Oikonen, J., Gerlach, K. & Montelpare, W., (2011). The impact of Infant Feeding Method on Neonatal Abstinence Scores of Methadon-Exposed Infants.			
<p>Sample (n= 28) in utero methadonexponierte termingeborene Neugeborenen [NG] mit neonatalem Abstinenzsyndrom [NAS], wurden in drei Gruppen unterteilt: 1. (n=8) bekamen >75% Muttermilch [MM] (wurden gestillt und erhielten, die abgepumpte MM via Flasche), Gestationsalter [GS] Mean: 38.8 Wochen 2. (N=11) bekamen 25-75% MM und ansonsten Säuglingsmilch [SM], GS Mean: 35.6 Wochen 3. (N=9) bekamen < 25% MM und mehrheitlich SM, GS Mean: 39.1 Wochen → gutes „matching“ der Gruppen eruierbar (Table 3.).</p> <p>Angaben zu den 28 Müttern: Alter Mean: 25.2 Jahre, (SD=5.8), Range 16-18 Jahre N= 27 gaben an während der Schwangerschaft [SW] geraucht zu haben; N=1 Nicht-Raucherin Mehrheit N=22,78% hatte keine Geburtsvorbereitung. Mütter, welche die stillten hatten auch vermehrt Geburtsvorbereitung erhalten, 2 Mütter der NG Gruppe 3 konsumierten während SW Alkohol (Table 2.) → Mütter wählten selbstständig die Ernährungsform für ihre NG.</p> <p>Angaben zur Methadonsubstitution (Dauer/Dosis) der Mütter während der SW, wurde anhand deren Patientenanamnese aus der Patientenakte entnommen.</p> <p>Einschluss-/Ausschlusskriterien Aus (n=1363) NG, wurden zwischen März 2007- März 2008 (Studienperiode) in einem kanadischen Spital (Ontario) die angestrebte Population erhoben. (n=141) NG mit NAS wurden identifiziert. Zwei Forscher führten unabhängig voneinander anhand der Patientenakten die gezielte Erhebung durch. Weitere (n=113) NG mit NAS wurden ausgeschlossen, da sie intrauterin anderen Drogen exponiert waren. Nur die (n=28) in utero, methadonexponierten (termingeborenen) Neugeborenen mit NAS sowie deren Mütter wurden in die Studien eingeschlossen.</p> <p>Beurteilung Ehrlichkeit der Mütter kann hinterfragt werden (Vulnerabilität der Studie). Mögliche „Confounder“; da mütterliche Edukation, sozi-ökonomischer und kultureller Status nicht bekannt, Angaben waren nicht in den Patientenakten vermerkt. Kleines sample (Grösse entspricht der</p>	<p>Design / Methode Für die Generierung neuer Erkenntnisse wurde ein retrospektives „chart review“ durchgeführt. Die Durchführung entspricht einem Fallstudien-Design (quantitative Studie). Es wurden deskriptive Informationen (Daten) über die Beziehung zwischen einer bestimmten Ernährungsform (Exposition) und deren Einfluss auf die NAS-Symptomatik (interessierendes Ergebnis) zusammengetragen.</p> <p>Ziel / Fragestellung Die Autoren wollten ermitteln, ob und welchen Einfluss die „Ernährungsform“ (vorwiegend MM/ MM&SM/ vorwiegend SM) auf die in utero, methadonexponierten NG mit NAS hat → klares Ziel wird formuliert.</p> <p>Literatur Notwendigkeit der Studie mit belegter Literatur gerechtfertigt → in der Literatur ist unklar, ob die Ernährungsform einen Einfluss auf die NAS-Symptomatik hat.</p> <p>Theoretischer Hintergrund</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>belegt, dass der geringe Anteil, welcher unabhängig der maternelen Methadondosis in MM nachgewiesen werden kann, keinen signifikanten pharmakologischen (weder positiven noch negativen) Effekt auf NAS- Symptomatik hat</i> • <i>MM bei gesunden Mütter = optimale Ernährung für NG's, bei Substanzmissbrauch weniger klar</i> • <i>Vor- und Nachteile der Methadonsub. für Mutter und Kind werden empirisch begründet</i> • <i>häufige Stillbarrieren bei Mütter mit Methadonsub.; NAS-Symptomatik → vermehrter Stress für NG, ev. med. Behandlung → längere Spitalaufenthalte → längere Trennung Mutter-Kind (in einer wichtigen Zeit, in welcher Stillen etabliert wird), inkonsequente Ratschläge des Care-Teams, wenig evidenzbasierte Guidelines, Mütter häufiger vermindertes Selbstwertgefühl, Wissensdefizit bezüglich des Stillens, Belastung durch Schuldgefühle)</i> <p>Ethische Genehmigung erfolgte durch Ethikkommission des Spitals und der Universität.</p> <p>Beurteilung Ein retrospektives Design ist ethisch meist unbedenklich sowie preiswert. Es eignet sich zur Stärkung von Hypothesen, verfügt aber über erkenntnistheoretische Nachteile. Durch „confounder“ sowie „recall bias“ ist eine</p>	<p>Datenerhebung / Analyse Die Einschätzung der NG bezüglich dem NAS wurde von darin erfahrenerm Pflegefachpersonal des Spitals konsequent → anhand eines „modifizierten“ FNAST gemacht (Table 1.) → die Autoren anerkennen, dass in der Literatur, reliable & valide Angaben bezüglich des FNAST fehlen oder sich Aussagen darüber widerlegen.</p> <p><i>Der „modifizierte“ FNAST enthält 30 Symptome unterteilt in 21 Kategorien, maximale Scores (Punktzahl) 44, minimaler Score 0. NG mit Score > 8 → Hinweis auf ein NAS. 3 hintereinander erzielte Scores von > 8 → Indikation für medikamentöse Therapie.</i></p> <p>Erste Einschätzung erfolgte unmittelbar nach der Geburt, dann alle 2 Stunden innerhalb der ersten 48 Stunden. Während weiteren 72 Stunden wurde die NG alle 4 Stunden eingeschätzt und anschließend alle 8 Stunden. War die Gesamtpunktzahl > 8, wurde erneut alle 2 Stunden eine Einschätzung durchgeführt.</p> <p>Die Analyse erfolgte anhand „Statistical Analysis System“ [SAS] version 9.1 software. Die erzielten Scores, auf dem FNAST machen eine Aussage über die Dauer des NAS, nicht aber über das Ausmass der Symptomatik. Der Mean NAS-Score sagt etwas über die Stärke der Symptomatik nicht aber über die Dauer aus. Deshalb wurde eine deskriptive Analyse durchgeführt und die Variablen in drei Gruppen eingeteilt. (1) FNAST- score (Aussage über die Dauer des NAS). (2) Intensität der Symptomatik (während der ganzen Einschätzungzeit). (3) „area“ - score (für jedes NG wurde ein NAS-Gesamtpunktzahl unter Berücksichtigung von (1) und (2) errechnet). Diese NAS-Gesamtpunktzahl wurde anhand eines nicht-parametrischen „Kruskal-Wallis 1-way analyse of variance“ im Zusammenhang mit der Ernährungsform statistisch evaluiert → (Figure 1-3).</p> <p>Beurteilung Analyse, wird verständlich erläutert und aufgezeigt. Obwohl die Reliabilität des FNAST in Frage gestellt werden darf, sind die Ergebnisse aufgrund der gewählten „outcome“ Messinstrumente als valide und reliabel zu betrachten. Die von den Autoren erwähnten möglichen „confounder“ (siehe sample)</p>	<p>Ergebnisse Erzieltes Maximum NAS-Scores auf FNAST (1): 96 Punkte → NG mit MM (Figures 1.) 141 Punkte → NG mit MM&SM (Figures 2.) 145 Punkte → NG mit SM (Figures 3.) NG ernährt mit SM sowie MM&SM hatten einen höheren „maximal“ NAS-Score und wiesen über einen längeren Zeitraum eine NAS-Symptomatik auf.</p> <p>Unterschiedliche Häufigkeit (Anzahl der durchgeführten FNAST), abhängig von der NAS-Symptomatik (Table 4). Bei NG mit MM musste aufgrund weniger persistierendem (andauerndem) NAS, signifikant weniger häufig einen FNAST durchgeführt werden, (H(2)= 13.75; P=.001).</p> <p>NG mit MM zeigten eine signifikant geringere Intensität des NAS als die NG mit MM&SM sowie NG mit SM (H(2)=43.52; P.0001), (Table 5.)</p> <p>Nur 17% der NG mit MM erzielten 3 hintereinander Scores von > 8 und erhielten eine medikamentöse Therapie. Bei den MM&SM waren es 38.8% und bei den NG mit SM 40.2 % . (Figure 1-3).</p> <p>Auch im „area“ - score (3) erzielten die NG mit MM eine signifikant niedrigere NAS-Gesamtpunktzahl. (H(2,26) = 6.31; P=.04), unter den NG mit MM&SM sowie NG mit SM war jedoch kein Unterschied eruierbar.</p> <p>Zusammenfassend, wiesen die NG mit MM eine signifikant tiefere NAS-Gesamtpunktzahl sowie ein selteneres NAS und eine geringere Intensität der NAS-Symptomatik auf. Demzufolge brauchten sie weniger häufig eine medikamentöse Behandlung und wiesen eine geringere Entzugsdauer auf.</p> <p>Aus den Ergebnissen schliessen die Autoren, dass Mütter in einer Methadonsubstitution (ohne Beikostens sowie ohne Infektionskrankheiten) vom Betreuungsteam zum stillen motiviert werden sollten. Obwohl die NG mit MM die kleinste Gruppe (26%) in der Studie repräsentierte, erhoffen sich die Autoren, dass ihre gemachten Erkenntnisse einen Beitrag zur Entwicklung von evidenzbasierten Guidelines liefern, so dass zukünftig vermehrt NG mit NAS von den Vorteilen der Ernährungsmethode mit MM profitieren können → weitere Forschung ist jedoch notwendig.</p> <p>Beurteilung Ergebnisse werden im Fliesstext und übersichtlichen</p>

<p>verfügbaren Population), ist für diese Population in der Forschung bekannt, jedoch erschwert diese Tatsache generalisierte Aussagen machen zu können.</p>	<p>Generalisierung der Ergebnisse fraglich und eine Kausalität nicht immer eindeutig.</p>	<p>können als eine Vulnerabilität der Studie bewertet werden. Ebenso kann ihr kleines Sample eine Gefährdung der externen Validität bedeuten und eine Generalisierung der Aussagen erschweren.</p>	<p>Tabellen deutlich dargestellt. Daten liefern neue Erkenntnisse und werden in Zusammenhang mit vorangehender Literatur gebracht werden.</p>
<p>Stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse werden mit evidenzbasierter Literatur gestützt. • Methode ist nachvollziehbar und Design wurde bezüglich der Population und dem Phänomen zur Erreichung des Forschungszieles passend gewählt. • Verständliche statistische Analyseverfahren (siehe Beurteilung Datenerhebung / Analyse). <p>Schwächen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Störfaktoren führen zu einer Vulnerabilität (siehe Beurteilung Datenerhebung/Analyse, sowie Sample). • Kleines Sample, (ist für diese Population in der Forschung bekannt), minimiert die externe Validität der Studie und erschwert es generalisierte Aussagen zu machen. • Aufgrund retrospektivem Design sind erkenntnistheoretische Nachteile eruierbar (siehe Beurteilung Sample). <p>Evidenzlevel: 3 (nach Madjar und Walton, 2001)</p>		<p>Bedeutung für die eigene Fragestellung</p> <p>Nachdem die Autorin beim recherchieren für den theoretischen Hintergrund der BA feststellen konnte, dass bezüglich des Stillens bei Müttern mit einer Methadonsubstitution ein Mangel an evidenzbasierten Guidelines besteht, sowie Pflegenden diesbezüglich ein Wissensdefizit aufweisen, gleichzeitig aber auch positive Vorteile des Stillens sowie der Muttermilch vermutet werden (teilweise belegt), waren empirische Hinweise auf die direkte Beeinflussung der NAS-Symptomatik nur erschwert auffindbar. McQueen et al. (2011) liefert mit der aktuellen Studie einen Beitrag dazu und vergrößert die Möglichkeit an der Entwicklung von evidenzbasierten Guidelines, welche Pflegenden dazu dienen sollen, stillmotivierte Mütter zu unterstützen und damit ein besseres Outcome für die betroffenen NG zu ermöglichen. Es ist anzunehmen, dass der empirisch belegte, positive Einfluss des Stillens auf die Mutter-Kind-Bindung (im Allgemeinen), sich auch bei der risikobehafteten Population (Mütter mit einer Opiatabhängigkeit und NG mit NAS) zur Förderung der Mutter-Kind-Bindung als positiv erweisen könnte.</p>	

Tabelle 10: Studie 6: The Experiences of NICU Nurses in Caring for Infants with Neonatal Abstinence Syndrome (Murphy-Oikonen et al., 2010)

Studie 6: Murphy-Oikonen, J., Brownlee, K., Montelpare, W. & Gerlach, K. (2010). The Experiences of NICU Nurses in Caring for Infants with Neonatal Abstinence Syndrome.			
<p>Sample N= 14 Pflegefachfrauen einer „neonatal intensive care unit [NICU]“ aus einem regionalen Spital in einer mittelgrossen kanadischen Stadt. Die Stichprobe wurde gezielt erhoben (non-probability sampling).</p> <p>Alle Teilnehmerinnen waren Frauen im Alter von 22 bis 55 Jahren (mean=37 Jahre). Die Erfahrungsjahre auf einer NICU lagen zwischen 6 Monaten und 20 Jahren (mean=8.4 Jahre).</p> <p>Die Spitalauswahl erfolgte bewusst, da es sich um eine NICU mit einer grossen Anzahl an Neugeborenen [NG] mit einem neonatalen Abstinenzsyndrom [NAS] handelte.</p> <p>Ein- / Ausschlusskriterien Die Probandinnen mussten mehr als 6 Monate Erfahrung auf einer NICU vorweisen. Die 24 Vollzeit- und Teilzeitarbeitnehmerinnen wurden via e-mail zur Studienteilnahme eingeladen. 16 Pflegenden gaben ihre schriftliche Zustimmung, jedoch wurde der Fragekatalog nur von 14 Pflegenden ausgefüllt.</p> <p>Ethische Genehmigung durch „Research Ethics Board“ des Regionalspitals. Alle Teilnehmerinnen wurden schriftlich über die Studienteilnahme aufgeklärt und erteilten eine schriftliche Zusage (written consent).</p> <p>Beurteilung Relativ kleines Sample aus nur einer NICU. Die Auswahl der Probandinnen wird der Fragestellung jedoch gerecht.</p> <p>Die Stichprobengrösse entspricht jedoch nicht dem phänomenologischen Ansatz, eine Datensättigung wird nicht erwähnt.</p> <p>Es wird aus dem Text ersichtlich, wie die Stichprobe gezogen wurde und begründet, welche Kriterien dabei beachtet wurden. Ausschlusskriterien werden im Text nicht explizit erwähnt, ergeben sich jedoch aus den deutlichen Angaben zu den Einschlusskriterien.</p> <p>Die genaue Ortsangabe der durchgeführten Studie geht nicht deutlich aus dem Text hervor.</p>	<p>Design / Methode Die Forscher verwenden ein exploratives, qualitatives Design und die Probandinnen wurden anhand eines „computer-assisted“ Interview mit offenen (open-end) Fragen, befragt. Am Titel der Studie ist erkennbar (The experiences of NICU nurses...), dass es sich um eine phänomenologische Studie handelt. Auch die immer wieder im Text vorkommenden Zitate weisen darauf hin → Merkmal der Phänomenologie.</p> <p>Ziel / Fragestellung Das Ziel der Autoren war es, die Erfahrungen von Pflegefachfrauen einer NICU im Bezug auf: 1) die Betreuung von NG mit einem NAS, 2) sowie die Betreuung deren substanzabhängigen Eltern und 3) die persönliche Betroffenheit der Pflegenden im Bezug auf die Betreuung aufzeigen zu können.</p> <p>Literatur / Theoretischer Hintergrund Die Notwendigkeit der Studie wird mit vorhandener Literatur eingeführt</p> <p>Datenerhebung Mit einem Fragekatalog werden Konzepte festgehalten, welche in enger Verbindung mit den Fragestellungen stehen und somit zu relevanten Erkenntnissen für die Pflege führen sollen.</p> <p>Die Anonymität der Pflegenden wird durch eine sichere Art von web-based Interview mit verschlüsseltem Passwort gewährleistet. Zur Beantwortung erhielten sie 3 Wochen Zeit und durften diese wenn möglich während der Arbeit machen. Die Aussagen wurden anonym gespeichert und weiter ausgewertet. Dieser hohe Datenschutz war notwendig, da es sich um eine kleine NICU handelte und sich Autoren dadurch möglichst realitätsgetreue Aussagen erhofften.</p> <p>Beurteilung Die Designwahl wird im Text nicht explizit begründet, eignet sich jedoch um einen Eindruck eines Phänomens zu erhalten. Klare Darstellung der Interviewfragen. Ihre Wahl der „semi-strukturierten“ Interviewform erscheint sinnvoll, da bereits Wissen zu diesem Thema vorhanden ist (dies ist aus dem theoretischen Hintergrund zu entnehmen), nun aber die Forscher noch zusätzliches Wissen generieren möchten. Eine Begründung ihrer Wahl der Interviewform geht aber nicht deutlich aus dem Text hervor.</p>	<p>Analyse Die Interviews wurden wortwörtlich transkribiert und mehrmals gelesen bis ein Eindruck der Totalität des Phänomens gefunden wurde. Danach wurden die Texte in einzelne Sätze und Wörter zerlegt, es wurde kodiert und eine Textreduktion durchgeführt. Kernthemen wurden identifiziert und gemeinsame Elemente extrahiert. Das filtrierte Material wurde strukturiert und die gefundenen Kernthemen in Zusammenhang mit den im Voraus festgelegten Kontexten des Fragekataloges gebracht (dies entspricht der deduktiven Kategoriebildung).</p> <p>Der Fragekatalog wurde durch das ganze Forschungsteam gemeinsam erstellt und erhielt folgende Fragen: 1. <i>Welche Erfahrungen hast du in der Betreuung von Neugeborenen mit NAS gemacht?</i> 2. <i>Welche Erfahrungen hast du mit den Familien der betroffenen Neugeborenen gemacht?</i> 3. <i>In wie fern haben dich diese Erfahrungen mit der Betreuung von Neugeborenen mit NAS auch ausserhalb der Arbeit in deinem Privatleben geprägt?</i> 4. <i>Welche Verbesserungsvorschläge würdest du machen, um die Betreuung im Bezug auf die betroffenen Neugeborenen zu optimieren?</i> Ebenso wurden Fragen zu Geschlecht, Alter und Erfahrungszeitraum auf der NICU sowie Gründe für einen möglichen Karrierewunsch in diesem Arbeitsgebiet erfragt. Die Teilnehmerinnen wurden gebeten ihre Antworten möglichst detailliert und wahrheitsgetreu zu verfassen. Die anonymen Aussagen wurden jedem der Forschungsteilnehmer zu einer ersten Betrachtung zugestellt. Anhand einer thematischen Analyse in 3 Schritten wurden die Kernthemen gemeinsam durch alle Forscher festgelegt. Die eigentliche Identifizierung mit den gefundenen Kernthemen bezüglich den gestellten Fragen und die erfassten Aussagen, in Verbindung zu bringen, erforderte zwei weitere Schritte. „Dependability“ sagt etwas über den Grad der Meinungsänderung der Forscher während der Analyse aus. Durch den offenen Dialog im Forscherteam wurden immer wieder Meinungsunterschiede thematisiert bis mit der Zeit eine Einigung gefunden wurde.</p> <p>Beurteilung Analyse wird detailliert beschrieben, es bleibt aber unklar, nach welcher qualitativen Inhaltsanalyse die</p>	<p>Ergebnisse 1. <u>Engagement gegenüber den NG auf einer NICU</u> Pflegenden bekunden ihr grosses Engagement den kranken NG (im Allgemeinen) helfen zu wollen und brachten die Schwierigkeiten in der Betreuung der NG mit NAS mit einem Rollenkonflikt in Zusammenhang.</p> <p>2. <u>Pflegetechnische Kompetenzen versus mütterliche Zuwendung</u> Die NG mit NAS wurden weder als kritisch oder krank, jedoch als untröstlich empfunden. Ihre Betreuung bestehe aus einem Höchstmass an liebevoller Zuwendung sowie mütterlicher Fürsorge, sie erfordern aber keine hochkomplexe, medizinische Betreuung, wie Frühgeborene und kranke NG. Pflegenden hatten den Eindruck nicht in ihrem Aufgabenbereich tätig zu sein (Rollenkonflikt). In der Auseinandersetzung mit den Eltern fühlten sie sich in die Rolle einer Sozialarbeiterin gedrängt.</p> <p>3. <u>Unterschiedliche Erwartungen Pflegenden / Familien</u> Trotz viel Erfahrung in der Familienbetreuung wurde der Umgang mit den Eltern (mit Substanzabhängigkeit) als eine grosse Herausforderung empfunden. Vor allem dann, wenn die Mütter mehr mit ihrem eigenen Wohl beschäftigt waren, als mit ihrem NG. Die Ungewissheit, in welche die NG nach der NICU entlassen werden, sei schwierig zu ertragen (besonders dann, wenn es bereits das zweite NG mit NAS einer Mutter ist). Die Mehrheit der Mütter sei nicht bereit nach der Geburt einen Entzug zu machen. Nur einer Mutter gelang der Ausstieg erfolgreich und sie bedankte sich später bei den Pflegenden der NICU, was sehr geschätzt wurde.</p> <p>4. <u>Stress, Frustration, Burnout</u> Gefühle von Stress Frustration und die Gefahr eines Burnouts wurden mit der Tatsache, dass NG mit NAS nur schwierig zu trösten sind, in Verbindung gebracht (eine Symptomatik des NAS ist unaufhörliches schrilles Schreien). Wenn es ihnen nicht gelang die NG zu beruhigen, bekamen sie den Eindruck ihrem Arbeitsauftrag (Patientenbedürfnis) nicht gerecht zu werden.</p> <p>5. <u>Zunahme der Substanzabhängigkeit im Allgemeinen</u> Dadurch erkannten die Pflegenden die Wichtigkeit einer gezielten Weiterbildung bezüglich der</p>

	<p>Die Vorgehensweise der Datenerhebung wird deutlich dargestellt und klar beschrieben.</p>	<p>Daten verarbeitet wurden, wer sich daran beteiligt hatte und wie viel Erfahrung die Autoren in der qualitativen Forschung haben → erschwert die Qualitätssicherung. Jedoch begünstigt die ausführliche Darstellung der Zuverlässigkeit (dependability) der Vorgehensweise der Autoren die Vertrauenswürdigkeit (trustworthiness) sowie die Glaubwürdigkeit (credibility) der Studie.</p>	<p>Betreuung von NG mit NAS sowie auch die nötige Prävention im Allgemeinen und privaten Umfeld.</p> <p>Beurteilung Die gesammelten Resultate gehen deutlich aus dem Fliesstext hervor. Die Glaubwürdigkeit der Studie garantieren die Autoren mit zahlreichen, originalen Aussagen der Pflegenden und verdeutlichen somit wie sie aus dem reichhaltigen Material zu den 5 Kernthemen gefunden haben</p>
<p>Stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Design und Interviewform sind passend gewählt, um einen Eindruck des Phänomens zu erhalten. • Die im Text hervorgehenden Originalzitate der Pflegenden verleihen der Studie Glaubwürdigkeit. • Einzelne Analysenschritte werden ausführlich erläutert und die Zuverlässigkeit (dependability) des Vorgehens wurde durch den offenen Dialog im Forscherteam (Meinungsunterschiede wurden thematisiert bis mit der Zeit eine Einigung gefunden wurde), gewährleistet. <p>Schwächen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relativ kleines Sample aus nur einer NICU. Es lässt sich darüber spekulieren inwiefern solche Aussagen, dann auch von der aktuellen Teamkultur geprägt sein können. Dies kann die Aussagekraft einer Studie bezüglich der Übertragbarkeit (transferability) gefährden. • Es ist im Text nicht ersichtlich auf welche qualitative Inhaltsanalyse sich die Autoren beziehen und wer sich alles daran beteiligt hat. Ein grösseres Forscherteam hätte die Qualität der Studie steigern können. • Die Signifikanz der Arbeit wird im Text nicht diskutiert. <p>Evidenzlevel: 2 (nach Kearney, 2001)</p>		<p>Bedeutung für die eigene Fragestellung</p> <p>Die Studie liefert mit der Thematisierung des Rollenkonflikts eine wichtige Erkenntnis. Dieses Phänomen hängt eng mit einem unzureichenden Verständnis der NAS-Problematik zusammen. Die Unterschätzung der Entzugssymptomatik, kann lebensgefährliche Folgen für die NG haben. Ein Wissensdefizit im Bezug auf die Betreuung kann zu einer inkorrekten Einschätzung der NG und zu inadäquaten Massnahmen führen, was wiederum zu einer Untröstlichkeit der NG führen kann. Diese kann bei den Pflegenden das Gefühl ihrem Arbeitsauftrag nicht gerecht zu werden hervorrufen und zu Stress, Frustration sowie zu einem Burnout führen. Deshalb scheint es von grosser Wichtigkeit zu sein, dass Pflegende in der NAS-Symptomatik sowie der korrekten Anwendung des FNAST geschult werden, um den Bedürfnissen der NG besser gerecht zu werden. Eine gezielte Weiterbildung könnte bei den Pflegenden dazu führen, dass sie den Betreuungsauftrag sehr wohl auch als ihr Aufgabenbereich auf der NICU betrachten (Betreuungsauftrag von NG mit NAS sollte auch im Stellenprofil erwähnt werden).</p> <p>Eine Sensibilisierung und Erweiterung des psychologischen Hintergrundwissens bezüglich Substanzabhängigkeit im Allgemeinen kann auch das Verständnis gegenüber den betroffenen Müttern verbessern. Eine holistische Familienanamnese (z.B. Geno-/Ökogramm) könnte dazu führen, dass Pflegende mehr darüber im Bilde sind, in welcher „Familiensituation“ die NG anschliessend entlassen werden und einen Eindruck über die „Drogengeschichte“ der Mütter erhalten (wichtige Informationen in der Betreuung der NG) sowie die Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden und den Müttern fördern.</p>	

Tabelle 11: Studie 7: An early report on the mother-baby interactive capacity of substance-abusing mothers (Pajulo et al., 2001)

Studie 7: Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Ahlqvist, S., Helenius, H. & Piha, J. (2001). An early report on the mother-baby interactive capacity of substance-abusing mothers.			
<p>Sample (n=12) Mütter mit Drogen- und/oder Alkoholproblem = Risikogruppe [RG], (n=12) Mütter ohne Drogen- und/oder Alkohol = Kontrollgruppe [KG]</p> <p>Einschluss-/Ausschlusskriterien RG: Die Mütter der Risikogruppe konsumierten vor und während der Schwangerschaft [SW] regelmässig Drogen (Heroin, Amphetamine und Cannabis). Zwei der Mütter hatten zusätzlich einen starken Konsum von Alkohol während der SW. Alle Probandinnen waren starke Raucherinnen und blieben dies auch während der SW und Studienzeit. KG: Die Kontrollgruppe wurde aus einem grösseren Sample (n=65) „low-risk mothers“, welche in einer früheren finnischen Studie (2001) mit der gleichen Messungen teilnahmen, ausgewählt. Einschlusskriterien für die 12 Probandinnen waren die Übereinstimmung des Alters sowie die Geschlechterverteilung der Neugeborenen [NG] mit denen der RG.</p> <p>Soziodemographische Daten sowie Angaben bezüglich der SW beider Gruppen werden festgehalten (Table 1). Auf die soziodemographischen Unterschiede wird in den Ergebnissen eingegangen. Bezüglich SW Verlauf und Gestationsalter der NG waren keine relevanten Unterschiede in den beiden Gruppen erudierbar.</p> <p>Keines der NG der Probandinnen aus der RG zeigten nach der Geburt somatische Auffälligkeiten, sowie Entzugssymptome und musste nicht in einer Intensivstation betreut werden.</p> <p>Ethische Genehmigung erfolgte durch the Joint Ethical Committee of Turku University Medical Faculty and Turku University Central Hospital.</p> <p>Beurteilung Das Ausbleiben der Entzugssymptomatik wird mit der Tatsache, dass alle Mütter sich in einer Therapie befanden erklärt. Alle Mütter der RG gaben zu während der SW regelmässig Drogen und teilweise Alkohol konsumiert zu haben. Leider erwähnt die Studie nicht was unter regelmässig verstanden wird und in welchem Ausmass konsumiert wurde.</p> <p>Kleines Sample erschwert eine Generalisierung der Aussagen vorzunehmen. Die Tatsache, dass die Frauen der RG bereit dazu waren, sich auf eine</p>	<p>Design / Methode Die Forscher wählen ein exploratives Design (quantitative Studie), mit einer RG und einer KG, wobei man sich bei der KG auf retrospektive Daten einer vorangehenden Studie mit gleichen Messungen bezieht. Im Falle der RG ist das Design aber prospektiv → Exploration der interaktiven Kapazität von Müttern der RG integriert in einer institutionellen Behandlung mit ihren NG während der postnatalen Zeit. Die in der Untersuchung generierten Daten wurden mit den bereits bestehenden Daten der Mütter aus der KG verglichen.</p> <p>Ziel / Fragestellung Die Studie zielte daraufhin Informationen zu generieren, welche zu wirksamen klinischen Interventionen im Bezug auf die Förderung der Mutter-Kind Beziehung führen. Hypothese: Mütter mit einer Abhängigkeitserkrankung haben Schwierigkeiten in der Interaktion mit ihren NG und weisen geringe psychosoziale Ressourcen auf, welche ihnen eine Identifizierung mit der neuen Elternrolle erschwert. Demzufolge sollten gerade diese Aspekte in eine Betreuung der Betroffenen miteingebunden werden.</p> <p>Literatur / Theoretischer Hintergrund Aus der Literatur (Cramer, 1993) ist bereits bekannt, dass Behandlungsansätze der postnatalen Depression gerade mit der Förderung der Mutter-Kind Beziehung erfolgversprechend sind.</p> <p>Datenerhebung Eine Gruppe von Frauen mit Substanzabhängigkeiten wurde zwischen Mai 1997 und Januar 1999 von einem Behandlungszentrum in Südfinnland in die Studie aufgenommen. Die Studie fand in drei öffentlichen Institutionen, welche sich auf die Förderung der postnatalen Beziehung zwischen Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt fokussieren, statt. Die Teilnahme war freiwillig die Datenerhebung dauerte vom Ende der SW bis zu 6 Monaten postnatal. Die Probandinnen wurden am Ende der SW sowie nach dem 1./3./6. Monat postnatal anhand eines Fragekataloges befragt. Die Videoaufnahmen zur Evaluation der Mutter-Kind Interaktion fanden im 3. und 6. Monat postnatal statt. Die Mütter verblieben zwischen 1-8 Wochen in der Institution.</p> <p>Beurteilung</p>	<p>Analyse Die Pflegenden, welche die Interventionen ausführten hatten Erfahrung in der Durchführung der Videoaufnahmen sowie der Datengenerierung durch Fragebögen. Die Forscher hatten jedoch keinen persönlichen Kontakt zu den Probandinnen und alle Daten wurden mit einer anonymen Kodierung verschlüsselt.</p> <p>Die Videoaufnahmen wurden anhand des „the Parent-Child Early Relational Assessment [ERA] (Clark, 1985) bewertet. Dieses Messinstrument dokumentiert das mütterliche Verhalten aus Sicht des Kindes und das kindliche Verhalten aus Sicht der Mutter sowie 65 Begriffe, welche Auskunft über die Mutter-Kind Beziehung geben. Jeder der Begriffe wird mit einer 5 Punkte Likertskala bewertet. Aus den Begriffen wurden 29 für diese Studie aussagekräftige Variablen gewählt und in 6 Untergruppen dargestellt (Appendix B).</p> <p>Der Fragekatalog wurde aus dem „the Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]“, ein Messinstrument, um eine postnatale Depression zu erkennen sowie dem „the social support questionnaires 1 & 2 [SSQ1 & SSQ2]“, welcher dazu dient Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen sowie das Ausmass über die erhaltene soziale Unterstützung festzuhalten, zusammengesetzt. Die 14 Begriffe der SSQ1 sowie die 20 Begriffe der SSQ2 werden ebenfalls am Ende der Studie dargestellt (Appendix A). Die Forscher bezogen sich bei der Auswertung der Daten auf die Varianz Analyse von Crowe & Hand (1990), da es sich in der Studie um wiederholte Messungen des gleichen Subjektes handelte. Die Assoziation der unterschiedlichen Resultate (EPDS, SSQ1, SSQ2) wurden für beide Gruppen unabhängig voneinander mit dem „Pearson's Korrelationskoeffizient“ analysiert und ein p-value <0.05 wurde als signifikant bewertet, auch p-values <0.10 wurden aufgeführt.</p> <p>Beurteilung Die Anonymität der Mütter wurde berücksichtigt. Die ERA wird als ein valides Messinstrument eingestuft, um Unterschiede zwischen risikobehafteten und gut funktionierenden Eltern-Kind Beziehungen aufzuzeigen (Clark, 1985). Die Autoren begründen die Auswahl des EPDS dadurch, dass sie in einer früheren Studie bereits einen engen Zusammenhang zwischen antenataler Depression und</p>	<p>Ergebnisse <u>Mütterliches interaktives Verhalten</u> Der grösste Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Interaktion mit dem eigenen NG zeigte sich in der „maternal affective“ (mütterlichen Affektivität, der Häufigkeit der Kommunikation mit dem NG) sowie „behavioral involvement“ (der Ausdruck von Freude über die Elternrolle und die Fähigkeit sich darin zu organisieren) (p=0.090). Nach 6 Monaten vergrösserte sich dieser Unterschied (p=0.036). Die Mütter der RG hatten Schwierigkeiten sich auf die kindliche Entwicklung einzulassen und je älter ihre NG wurden, desto mehr aktive Signale brachten sie hervor, was es für die Mütter erschwerte diese zu deuten und diese Veränderung anzunehmen. Die Schwierigkeiten, die sich im mütterlichen, interaktiven Verhalten nach 3 Monaten zeigten hatten, eine Zunahme der depressiven Symptome im 6. Monat zur Folge (r=0.70, p=0.010).</p> <p><u>Depressive Symptome</u> Die Hypothese der Forscher bestätigt sich. Die RG zeigte signifikant mehr depressive Symptome als die KG (p=0.003) (Table 2). Nach 3 Monaten zeigten 3(25%) Mütter der RG und 1(8%) Mutter der KG mehr depressive Symptome (ein positives Resultat auf dem EPDS). Nach 6 Monaten 5(42%) Mütter der RG und 1(8%) Mutter der KG. Unter dem Begriff „Selbstbeschuldigung“ erzielten die Mütter beider Gruppen die höchste Punktzahl.</p> <p><u>Soziale Unterstützung</u> SSQ1: Die Mütter der RG zeigten signifikant mehr Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen zu haben (p=0.004). Der Unterschied veränderte sich nach 6 Monaten (p=0.034). Während bei der RG die Schwierigkeiten leicht abnahmen, stiegen sie bei der KG leicht an (RK hatte dennoch signifikant mehr Schwierigkeiten) (Table 2). SSQ2: Die RG erhielt signifikant weniger soziale Unterstützung als die KG (p=0.006) (Table 2). In vier der fünf Testaspekten erhielt die KG weniger Unterstützung, sie bekam jedoch mehr Unterstützung durch einen Freund (p=0.040) als die KG. Die erlebten Schwierigkeiten in den sozialen Beziehungen der KG korrelierte mit dem Anstieg der depressiven Symptome im 6. Monat (r=0.70)(p=0.010). Die Mütter der RG waren häufiger alleinstehend, hatten einen geringeren Ausbildungsgrad oder waren arbeitslos und verfügten über weniger Wissen im Bezug auf die Erziehung.</p> <p>Beurteilung</p>

<p>Therapie einzulassen, Hilfe annahmen sowie den Wunsch äusserten abstinenz zu werden, kann im Hinblick auf die Förderung der Mutter-Kind Beziehung als positiv betrachtet werden. Diese positive Motivation entspricht jedoch nicht immer der Realität in dieser Population (dieser Aspekt sollte bei der Betrachtung der Ergebnisse berücksichtigt werden)</p>	<p>Die Forscher beschreiben ausführlich ihr methodisches Vorgehen. Das explorative Design eignet sich, um eine Hypothese zu testen, da bezüglich der Korrelation zwischen den untersuchten Variablen in der Literatur nur wenig Wissen vorhanden ist. Das Verwenden von retrospektiven Daten kann aufgrund von „confounder“ und „recall bias“ jedoch eine Vulnerabilität für die Studie bedeuten.</p>	<p>Substanzabhängigkeit festgestellt haben. Die Daten wurden von den Forschern anhand reliablen und validen Messinstrumente erhoben. Ihre detaillierte Auswertung der Daten lassen demzufolge auch die generierten Erkenntnisse als zuverlässig und gültig einstufen.</p>	<p>Ergebnisse werden ausführlich im Fließtext erläutert sowie übersichtlich in Tabellen dargestellt. Die Resultate liefern bezüglich der Zusammenhänge der einzelnen Testergebnisse neue Erkenntnisse und werden zu deren Bestätigung mit relevanter, empirischer Literatur in Verbindung gebracht.</p>
<p>Stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klare Darstellung des Forschungsprojekts. Daten werden anhand validen und reliablen Messinstrumente ausgewertet und die Ergebnisse werden mit relevanter, empirischer Literatur gestützt. • Studie bringt relevante Zusammenhänge bezüglich sozialer Beziehungsfähigkeiten, sozialer Unterstützung sowie depressiven Symptomen bei den Müttern mit einer Substanzabhängigkeit ans Licht. • Studie liefert eine Sicht auf die Schwierigkeiten, welchen die betroffenen Mütter ausgesetzt sind und bietet somit eine Grundlage, um wirksamere Unterstützungsmöglichkeiten entwickeln zu können. <p>Schwächen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die KG enthielt mehr erstgebärende Mütter (relevanter Unterschied bezüglich der Sicherheit in der neuen Mutterrolle), dennoch zeigten die Mütter der RG im Allgemeinen mehr Schwierigkeiten damit zu haben. • Es ist unklar, welche Art von Betreuung die Mütter der RG in der Institution (Aufenthaltsdauer variierte zwischen 1-8 Wochen) erhielten. Betreuungsform und Ausmass könnten jedoch die Ergebnisse beeinflussen haben. • Der ERA wurde in dieser Studie zum frühest möglichen Zeitpunkt eingesetzt (Messungen können dann teilweise ungenau und schwierig zu Interpretieren sein. Evaluationsmöglichkeiten verbessern sich mit zunehmendem Alter des Kindes, da dieses dann mehr eigene aktive Impulse mit einbringen können). • Kleines Sample, sowie die positive Motivation der Mütter der RK und die retrospektiven Daten der KG (erhöht die Gefahr von „confounder“ und „recall bias“) lassen keine generalisierten Aussagen machen. <p>Evidenzlevel: 3 (nach Madjar und Walton, 2001)</p>		<p>Relevanz für die eigene Fragestellung</p> <p>Dass die Schwierigkeiten, welche die betroffenen Mütter in der postnatalen Interaktion mit ihren NG erfahren, eine Steigerung von depressiven Symptomen zufolge haben kann, ist eine wichtige Erkenntnis. Sie macht die Notwendigkeit sichtbar, dass die betroffenen Mütter (auch wenn ihre NG kein NAS entwickeln), unmittelbar nach der Geburt besonders im Betreuungsprozess ihrer NG Unterstützung erhalten sollten. Besonders die Unfähigkeit die Signale ihrer NG adäquat zu deuten beeinflusste die Interaktion zwischen den betroffenen Müttern und ihren NG negativ. Daraus lässt sich erkennen, welche Aspekte neben einer psychosozialen Unterstützung im Allgemeinen, auch im Rahmen einer Betreuung auf der Neonatologie zur Förderung der Mutter-Kind-Bindung berücksichtigt werden sollten. Die Annahme, dass eine verbesserte Interaktion zwischen Mutter und Kind, das Selbstvertrauen der betroffenen Mütter stärken könnte und dies zu weniger depressiven Symptomen führt sowie ihnen die Kraft und Motivationen gibt, abstinenz zu bleiben, erscheint auch im Rahmen dieser Bachelorarbeit von grosser Bedeutung zu sein.</p>	

Anhang C Klinische Symptome des neonatalen Abstinenzsyndroms

Das neonatale Abstinenzsyndrom (NAS) zeigt sich als Symptomkomplex aus neurologischen sowie vegetativen Störungen und kann sich in folgenden Symptomen bemerkbar machen:

Tabelle 12: Klinische Symptome des NAS modifiziert nach Kräemer und Schöni (2007)

zentrales Nervensystem	vegetative Funktion	respiratorisches System	gastrointestinales System
<ul style="list-style-type: none"> • Hyperaktivität • Irritabilität (Reizbarkeit) • gesteigerte Reflexe • erhöhter Muskeltonus • Tremor (Zittern) • schrilles Schreien • Unruhephasen • gestörter Schlaf-, Wachrhythmus • Schlafmyoklonien • zerebrale Krämpfanfälle 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwitzen • erhöhte Temperatur und Fieber • arterieller Hypertonus • marmorierte Haut 	<ul style="list-style-type: none"> • Rhinitis (fliessende/verstopfte Nase) • gehäuftes Niesen • Atemstörungen (Tachypnoe, Atemnotsyndrom) 	<ul style="list-style-type: none"> • nicht-nutritives/übermässiges Saugen • Durchfall • Gütscheln • Erbrechen (im Schwall) • Trinkschwierigkeiten

Anhang D Verhaltensscore modifiziert nach Finnegan, USZ

Name:										
Symptom	Datum									
	Zeit									
Score										
Neurologie										
Lautes hohes Schreien	2									
Lautes Schreien > 2 h	3									
Schlafen nach Essen < 3h	1									
Schlafen nach Essen < 2h	2									
Schlafen nach Essen < 1h	3									
Leichtes Zittern bei Manipulationen	1									
Mässiges Zittern bei	2									
Leichtes Zittern in Ruhe	3									
Mässiges Zittern in Ruhe	4									
Erhöhter Muskeltonus	2									
Hautabschürfungen	1									
Schlafmyoklonien	3									
Krampfanfälle	5									
Vegetative Symptome										
Schwitzen	1									
Temperatur 37.5 – 38.0	1									
Temperatur > 38.0	2									
Häufiges Gähnen	1									
Marmorierte Haut	1									
Fliessende / verstopfte Nase	2									
Niesen	1									
Gastrointestinale Symptome										
Übermässiges Saugen	1									
Trinkschwäche	2									
Gütscheln	2									
Erbrechen 'im Schwall'	3									
Dünner Stuhl	2									
Wässriger Stuhl	3									
Atmung										
Tachypnoe > 60	1									
Tachypnoe mit Einziehungen	2									
Total Score										

Abbildung 1: Verhaltensscore modifiziert nach Finnegan, USZ (Silvani, 2008)

Auf der Neonatologie des USZ wird beim Eintritt des Neugeborenen auf der Abteilung mit einer NAS-Einschätzung begonnen. Diese wird anhand des Verhaltensscore modifiziert nach Finnegan alle acht Stunden (bei Schichtende) durchgeführt. Liegt die Gesamtpunktzahl zweimal ≥ 10 oder einmal über > 14 wird eine medikamentöse Behandlung eingeleitet. Das Ziel der medikamentösen Intervention ist eine Gesamtpunktzahl von ≤ 8 zu erreichen (Silvani, 2008).

Anhang E Geno-/Ökogramm

Das Geno-/Ökogramm gleicht einem Familienstammbaum, welcher schnell und effizient die Struktur innerhalb und ausserhalb einer Familie darstellt. Die Situation aller Betroffenen, deren Ressourcen und Schwierigkeiten sowie die vorhandene oder fehlende soziale Unterstützung werden darin aufgezeigt. Beim Erstellung eines Geno-/Ökogramms erscheint es wichtig sich an der aktuellen Familiensituation zu orientieren und zu berücksichtigen, dass eine Familie immer das ist, was der Patient als seine Familie betrachtet (Wright und Leahey, 2009/2005).

Genogramm:

Das Genogramm ist eine grafische Darstellung der Familienkonstellation und dient dazu, die interne Struktur einer Familie zu erfassen (Preusse, 2008).

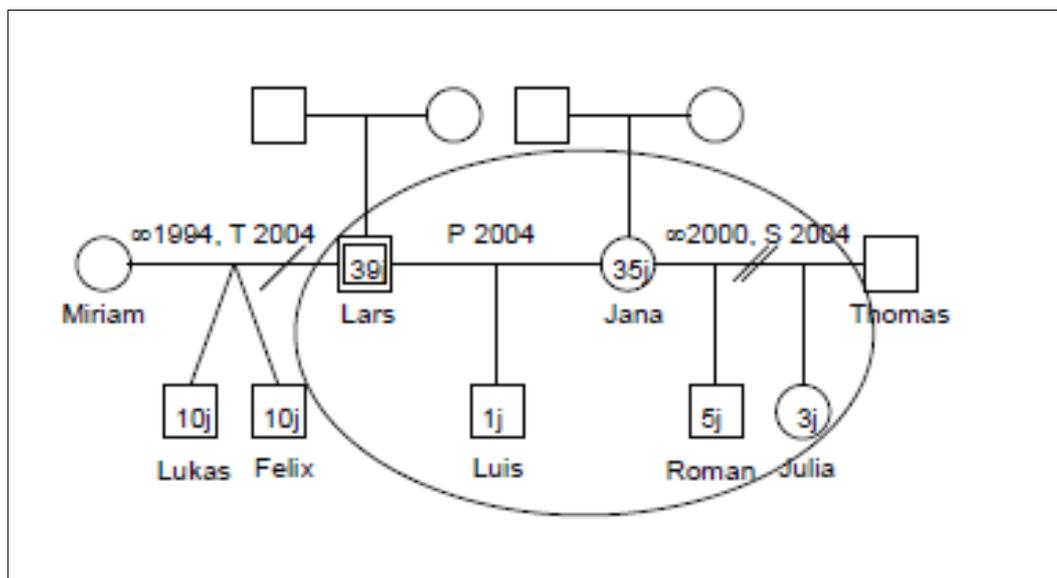


Abbildung 2: Beispielsituation: Patchworkfamilie, nur als Genogrammdarstellung nach Preusse (2008)

Geno-/Ökogramm:

Das Geno-/Ökogramm dient zur Ergänzung eines Genogramms und zeigt die Beziehungen der Familie zur Aussenwelt auf. Die wichtigen Kontakte werden grafisch rot dargestellt und sagen etwas über die externe Struktur einer Familie aus (Preusse, 2008).

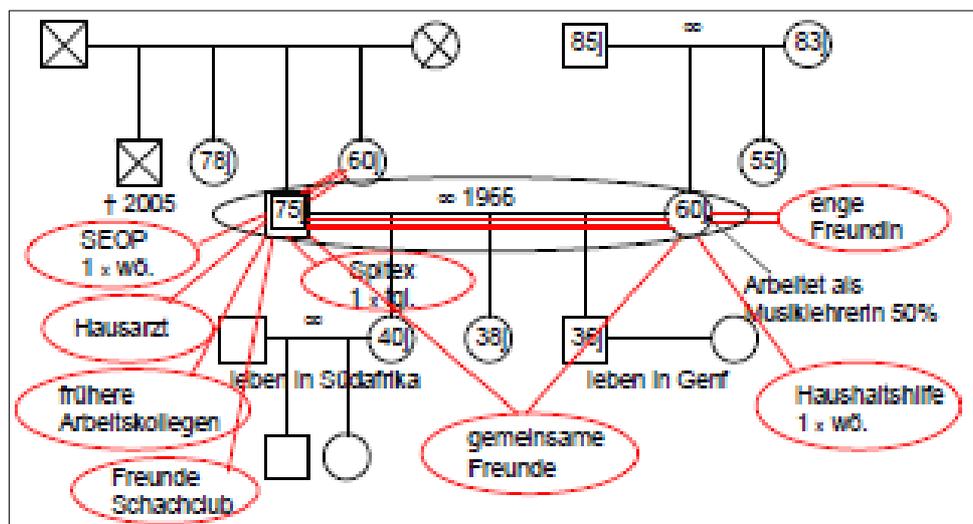


Abbildung 3: Beispielsituation: Familie über vier Generationen: Geno-/Ökogramm nach Preusse (2008)

Die Symbole des Geno-/Ökogramms:

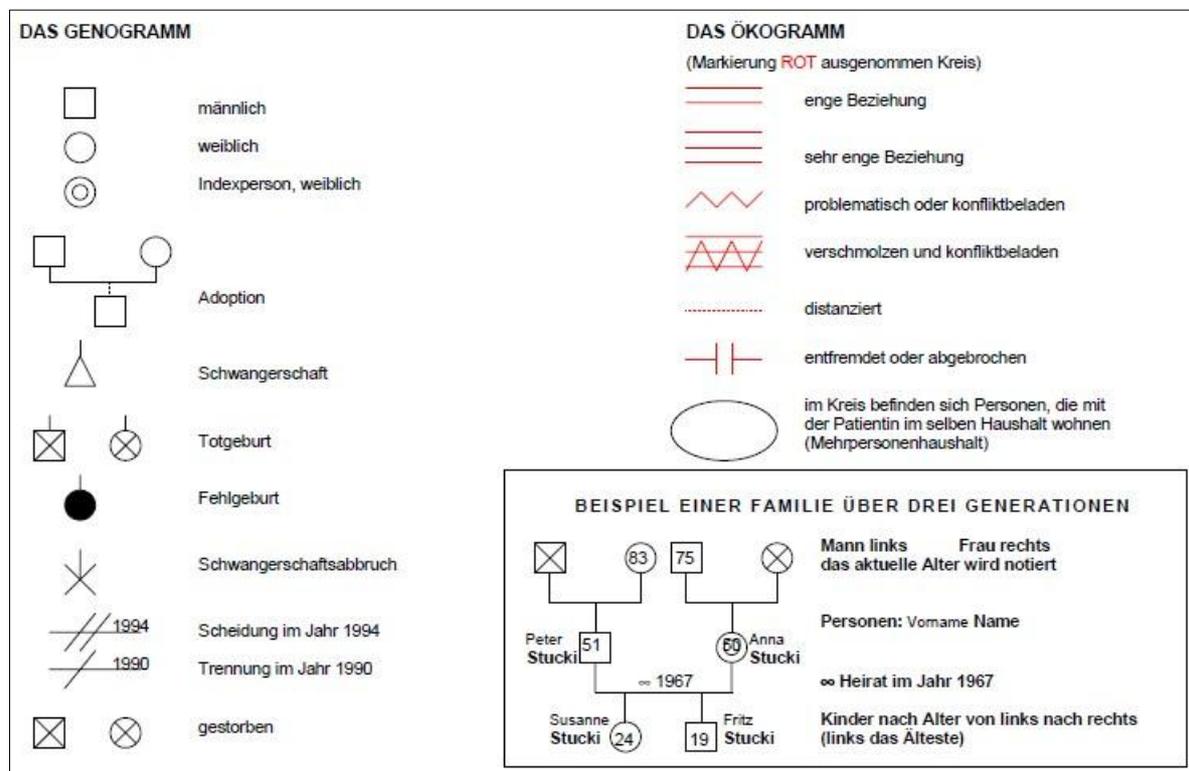


Abbildung 4: Die Symbole des Geno-/Ökogramms gemäss Frauenklinik des Inselspitals, Universitätsspital Bern (2008)

Anhang F Wortzahl

- Wortzahl des Abstracts: 200 Wörter (exklusiv Keywords)
- Wortzahl der Arbeit: 7938 Wörter (exklusiv Abstract, Fussnoten, Tabellen, Abbildungen, Verzeichnisse, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge)