

# **Pflegerische Interventionen zur Begleitung von Eltern mit einem Frühgeborenen auf der IMC**

De Crosta Valentina  
S15529365

Departement: Gesundheit  
Institut für Pflege  
Studienjahr: PF 15 Dipl. Pflege  
Eingereicht am: 14. April 2017  
Begleitende Lehrperson:  
Barbara Preusse-Bleuler

**Bachelorarbeit  
Pflege**

# Inhaltsverzeichnis

## Abstract

<b>1. Einleitung in die Thematik</b> .....	<b>1</b>
1.1 Problemstellung.....	2
1.2 Fragestellung und Zielsetzung .....	2
1.3 Thematische Eingrenzung.....	3
<b>2. Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>3</b>
2.1 Eltern .....	3
2.2 Frühgeborene.....	4
2.3 Neonatologische Abteilungen in der Schweiz .....	4
2.4 Erleben .....	6
2.5 Erleben und Bedürfnisse von Eltern.....	6
<b>3. Methode</b> .....	<b>8</b>
3.1 Durchführung der Literaturrecherche .....	9
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien .....	10
3.3 Verwendete Instrumente für die Zusammenfassung und die kritische Würdigung .....	11
3.4 Zusammenfassung der Literaturrecherche .....	12
<b>4. Ergebnisse</b> .....	<b>14</b>
4.1 Übersicht der Studien.....	14
4.2 Beschreibung und Beurteilung der verwendeten Studien .....	17
4.3 Vorstellung der Ergebnisse .....	29
4.3.1 Pflegefachpersonen-Eltern Beziehung stärken .....	29
4.3.2 Informationsvermittlung gewährleisten .....	30
4.3.2.1 Zeitpunkt der Informationsübermittlung.....	30
4.3.2.2 Menge an Informationen .....	31
4.3.2.3 Inhalt von Informationen.....	31
4.3.3 angemessene Kommunikation bieten.....	32
4.3.4 Emotionaler Support anbieten .....	33
4.3.5 Eltern-Kind Bindung fördern .....	33

4.3.6 Integration der Eltern in die Betreuung und Pflege gewährleisten.....	34
4.3.7 Rolle als Elternteil stärken .....	34
<b>5. Diskussion.....</b>	<b>34</b>
5.1 Gesamtwürdigung der verwendeten Studien .....	35
5.2 Interpretation der Ergebnisse .....	36
5.2.1 Pflegefachperson-Eltern Beziehung .....	36
5.2.2 Informationsübermittlung und Kommunikation .....	36
5.2.3 Emotionaler Support .....	37
5.2.4 Eltern-Kind Bindung.....	37
5.2.5 Integration der Eltern in die Pflege und Betreuung.....	38
5.2.6 Rolle als Elternteil .....	38
5.3 Theorie-Praxis Transfer.....	39
<b>6. Schlussfolgerung.....</b>	<b>41</b>
6.1 Empfehlungen für die Pflegeforschung .....	41
6.2 Limitationen dieser Arbeit.....	41
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>42</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>46</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>47</b>
<b>Wortzahl.....</b>	<b>48</b>
<b>Danksagung .....</b>	<b>49</b>
<b>Eigenständigkeitserklärung.....</b>	<b>50</b>
<b>Anhänge.....</b>	<b>51</b>
Anhang A: Protokolle Datenbankrecherche .....	51
Anhang B: Zusammenfassung der Studie.....	58
Anhang C: Beurteilung der Güte der Studien.....	72
Anhang D: Pyramide DiCenso .....	94

## **Abstract**

**Darstellung des Themas:** In absoluten Zahlen kamen 2015 rund 6100 Frühgeborene zur Welt. Während der Hospitalisierung des Frühgeborenen sind Eltern mit vielen Herausforderungen konfrontiert. Stressvolle Erlebnisse können negatives Verhalten der Eltern gegenüber dem Frühgeborenen zur Folge haben, was wiederum deren Entwicklung negativ beeinflussen kann. Durch das Beschreiben von Erlebnissen und daraus resultierenden Bedürfnissen von Eltern Frühgeborener können pflegerische Interventionen abgeleitet werden, welche die Eltern in dieser Situation unterstützen.

**Fragestellung:** Was sagt die Literatur darüber, welche pflegerischen Interventionen Eltern eines Frühgeborenen auf einer neonatologischen Intermediate Care Abteilung unterstützen, mit den von ihnen erlebten Herausforderungen umzugehen?

**Methode:** Es wurde eine systematisierte Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, Cochrane Library, MIDIRS, PsychInfo und Pubmed durchgeführt. Die inkludierten Studien zu pflegerischen Interventionen wurden analysiert und mit ermittelten Bedürfnissen von Eltern verknüpft.

**Ergebnisse:** Folgende pflegerische Interventionen unterstützen Eltern in der herausfordernden Situation: Pflegefachperson-Eltern Beziehung stärken, Informationsvermittlung gewährleisten, angemessene Kommunikation bieten, emotionaler Support anbieten, Eltern-Kind Bindung fördern, Integration der Eltern in die Pflege und Betreuung gewährleisten, Rolle als Elternteil stärken.

**Schlussfolgerungen:** Eine individuelle und familienzentrierte Begleitung bietet die Möglichkeit Bedürfnisse von Eltern Frühgeborener zu ermitteln, um geeignete pflegerische Interventionen abzuleiten.

**Keywords:** parents, premature infant, neonatal intensive care unit, neonatology ward, lived experience und nursing interventions

# 1. Einleitung in die Thematik

Laut Bundesamt für Statistik (2016) erhöhte sich in den Jahren 2012 bis 2015 die Lebendgeburtenrate von rund 82'000 auf 86'500. Prozentual blieb der Anteil an Frühgeborenen über die Jahre gleich und bewegte sich zwischen 7.1% und 7.3%. In absoluten Zahlen kamen 2015 rund 6100 Frühgeborene zur Welt.

Frühgeborene werden, je nachdem wie früh und unreif sie zur Welt gekommen sind, postpartal von den Eltern getrennt und zur medizinischen Versorgung auf eine entsprechend ausgerüstete neonatologische Abteilung verlegt. Die Hospitalisierungsdauer variiert je nach Unreife und gesundheitlichem Zustand der Frühgeborenen. Sobald diese in der Lage sind die eigene Körpertemperatur zu regulieren, genügend Nahrung aufnehmen können und alle Vitalzeichen-Parameter stabil sind, dürfen sie nach Hause entlassen werden. In der Regel ist dies zum ursprünglich errechneten Geburtstermin der Fall.

Während der Hospitalisierungszeit eines Frühgeborenen, welche die Hospitalisierungszeit der Mutter meist überdauert, prägen viele Faktoren das Erleben und die Gefühle dieser Eltern, wie beispielsweise der Gesundheitszustand des Kindes.

Aufgrund der frühzeitigen Geburt wird der Entwicklungsprozess der Eltern in Bezug auf ihre Rolle gestört (Lang, 2009). Der Bedarf an (intensiv-) medizinischen Geräten und pflegerischer Betreuung erschwert zudem die Beziehungsentwicklung zwischen Eltern und Kind (von der Wense & Bindt, 2013). Vigod et al. (2010, zitiert nach von der Wense & Bindt, 2013) beschreiben, dass im Vergleich zwischen Müttern von gesunden Neugeborenen und Müttern von Frühgeborenen eine erhöhte Prävalenz depressiver Stimmung bei Müttern der zweiten Gruppe nachweisbar war. Weiter konnte festgestellt werden, dass bei gewissen Eltern von Frühgeborenen einzelne Verhaltensmuster und Gefühlsbeschreibungen als Indikatoren einer Posttraumatischen Belastungsstörung gelten (Sarimski, 1993, zitiert nach von der Wense & Bindt, 2013).

Stressvolle Erlebnisse können negatives Verhalten wie unruhiges oder gereiztes Handeln der Eltern zur Folge haben. Ein negatives Verhalten der Eltern kann die Entwicklung von Frühgeborenen beeinflussen. (Dawson et al, 2000; Veddovi & Gibson, 2004; Gray et al., 2004 zit. nach von der Wense & Bindt, 2013)

Die Gefahr, dass auf einer neonatologischen Abteilung die Begleitung der Eltern in den Hintergrund rückt ist gross, weil die Versorgung und Behandlung eines Frühgeborenen allen Beteiligten am Dringlichsten erscheint.

Für Pflegefachpersonen ist es wichtig zu wissen was Eltern von Frühgeborenen erleben und welche Bedürfnisse daraus entstehen, um mit geeigneten pflegerischen Interventionen diese Eltern im Umgang mit der herausfordernden Situation zu unterstützen. Daher wäre es wichtig über das Erleben und Bedürfnisse dieser Eltern sowie über pflegerische Interventionen eine systematisierte Literaturrecherche durchzuführen. Da die Rahmenbedingungen in dieser Arbeit dafür nicht gegeben sind, werden das Erleben und Bedürfnisse im Kapitel 2 *Theoretischer Hintergrund* dargestellt. Im Diskussionsteil wird dargelegt inwiefern ermittelte pflegerische Interventionen beschriebene Bedürfnisse abdecken.

### **1.1 Problemstellung**

Eltern Frühgeborener sind grossem Stress ausgesetzt (Jotzo, 2004). Daraus können negative Folgen für die Eltern und ihr Frühgeborenes entstehen. Das Bewusstsein von Pflegefachpersonen zur schwierigen Situation der Eltern ist ungenügend. Dementsprechend sind Pflegefachpersonen für die kompetente Betreuung von Eltern mit Frühgeborenen unzureichend vorbereitet. Um eine professionelle Pflege zu gewährleisten, ist es wichtig zu wissen, welche Bedürfnisse aus Erlebnissen von Eltern Frühgeborener entstehen, und welche pflegerische Interventionen unterstützt wirken.

### **1.2 Fragestellung und Zielsetzung**

Anhand einer Analyse von Fachliteratur sowie verschiedener Studien soll folgende Fragestellung beantwortet werden:

Welche pflegerischen Interventionen werden in der Literatur beschrieben, die Eltern eines Frühgeborenen auf einer neonatologischen Intermediate Care Abteilung (IMC) unterstützen, mit den von ihnen erlebten Herausforderungen umzugehen?

Die vorliegende Arbeit hat folgende Ziele:

- Ermitteln was Eltern von hospitalisierten Frühgeborenen erleben und welche Bedürfnisse sich daraus entwickeln

- Ermitteln welche pflegerischen Interventionen Eltern von hospitalisierten Frühgeborenen unterstützen mit den erlebten Herausforderungen umzugehen
- Aus den recherchierten Interventionen Empfehlungen für die Praxis ableiten

### **1.3 Thematische Eingrenzung**

In dieser Arbeit geht es um Eltern von Frühgeborenen, die vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren wurden und auf einer neonatologischen Abteilung betreut werden. Der Fokus wurde auf Interventionen gelegt, die ausschliesslich während der Hospitalisierung des Frühgeborenen vom Pflegefachpersonal durchgeführt werden können.

## **2. Theoretischer Hintergrund**

Folgend werden die Begriffe *Eltern* und *Frühgeborene* definiert sowie ein Überblick über die Einteilung *neonatologischer Abteilungen in der Schweiz* gegeben.

Anschliessend wird der Begriff *Erleben* definiert und dargestellt, was Eltern von hospitalisierten Frühgeborenen erleben und welche Bedürfnisse daraus entstehen.

### **2.1 Eltern**

Der Begriff *Eltern* beziehungsweise *Elternschaft* wird von Wilhelm (2015) in drei Formen eingeteilt: die biologische, die juristische und die soziale Elternschaft. Unter der ersten Form ist klar festgelegt, dass sowohl Mutter als auch Vater mit dem Kind blutsverwandt sind. Die juristische Elternschaft legt vor dem Gesetz fest, wer als Elternteil gilt und wer welche Elternrechte- und -pflichten hat. Die soziale Elternschaft wird als langfristige Verantwortungsübernahme und Zuwendung für ein Kind definiert. Diese Form ist nicht an biologische oder rechtliche Aspekte gebunden. (Wilhelm, 2015)

In dieser Arbeit wird unter dem Begriff *Eltern* einerseits die leibliche Mutter, andererseits den biologischen Vater oder den Partner/die Partnerin der leiblichen Mutter verstanden.

## 2.2 Frühgeborene

Als *Frühgeborene* werden Neugeborene bezeichnet, die vor der Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche (SSW) geboren werden (Wagner, 2008). Die Schwangerschaftswochen werden bei dieser Definition ab dem ersten Tag der letzten Menstruationsblutung der werdenden Mutter berechnet. Da sich die genaue SSW nicht immer ermitteln lässt, erfolgt eine präzisere Einteilung anhand des Geburtsgewichts (Polleit, Stiefel & Ortmeier, 2013). Tabelle 1 zeigt diese Einteilung.

Tabelle 1

### *Einteilung Frühgeborener nach Geburtsgewicht*

<b>Einteilung</b>	<b>Geburtsgewicht</b>
Low birth weight infants	< 2500 Gramm
Very low birth weight infants	< 1500 Gramm
Extremely low birth weight infants	< 1000 Gramm

*In Anlehnung an Herting (2010), S. 71*

## 2.3 Neonatologische Abteilungen in der Schweiz

Von der Swiss Society of Neonatology wurden 2012 Standards erarbeitet, um eine Einteilung aller Kliniken in der Schweiz, die Neugeborene betreuen, vorzunehmen. Dabei wurden drei Levels definiert. Tabelle 2 gibt einen Überblick über den Betreuungsumfang der verschiedenen neonatologischen Abteilungen. Die IMC gehört dem Level IIB an, wobei zu beachten ist, dass die Übergänge zwischen den einzelnen Levels fließend sind.

Tabelle 2

*Einteilung neonatologischer Abteilungen in der Schweiz*

<b>Level</b>	<b>Voraussetzungen</b>
Level I: Basic Neonatal Care	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung gesunder Termingeborener</li> <li>• Betreuung stabiler Frühgeborener, die zwischen der 35 0/7 und der 36 6/7 SSW geboren wurden und mehr als 2000 Gramm wiegen</li> <li>• Stabilisierung kranker Termingeborener bis zur Verlegung in ein Zentrum höheren Levels</li> <li>• Stabilisierung Frühgeborener unter der 35 0/7 SSW und einem Geburtsgewicht unter 2000 Gramm bis zur Verlegung in ein Zentrum höheren Levels</li> </ul>
Level IIA: Special Neonatal Care	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung kranker Termingeborener, die keine Therapie einer Level III Klinik benötigen</li> <li>• Betreuung moderat kranker Frühgeborener über der 34 0/7 SSW und mit einem Geburtsgewicht über 1500 Gramm</li> <li>• Kontinuierliche Pflege von stabilen Frühgeborenen über der 32 0/7 SSW</li> </ul>
Level IIB: Special Neonatal Care with Neonatal Intermediate Care Unit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Voraussetzungen unter Level IIA</li> <li>• Betreuung Frühgeborener über der 32 0/7 SSW mit einem Geburtsgewicht über 1250 Gramm</li> <li>• Betreuung stabiler Frühgeborener über der 30 0/7 SSW</li> <li>• Durchführung von parenteraler Ernährung und Atemtherapie mittels der Beatmungsform nCPAP (nasal Continuous Positive Airway Pressure)</li> </ul>
Level III: Subspecialty Neonatal Care with Neonatal Intensive Care Unit (NICU)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung Termin- und Frühgeborener mit allen Pathologien</li> <li>• Betreuung Termin- und Frühgeborener prä- und postoperativ</li> </ul>

*In Anlehnung an Swiss Society of Neonatology (2012)*

## 2.4 Erleben

Der Begriff *Erleben* erweist sich als komplex, da vielschichtige Aspekte zum Verständnis des Begriffs betrachtet werden müssen. Laut Doming, Elger und Rasel (2009) ist Erleben einzig dem Betroffenen selbst zugänglich und wird geprägt durch psychische Phänomene wie Empfindungen, Wahrnehmungen, Denkprozesse, Vorstellungen, Erinnerungen, Gefühle und Motive. Diese Phänomene prägen das Erleben und stellen die „Gesamtheit aller inneren, im Bewusstsein einer Person repräsentierten Vorgänge“ dar (Doming et al., 2009, S. 53).

## 2.5 Erleben und Bedürfnisse von Eltern

Durch die Analyse von qualitativen Studien wurden Erlebnisse und Bedürfnisse von Eltern mit einem Frühgeborenen auf einer IMC ermittelt. Die Ergebnisse sind breit dargestellt, weshalb eine Einteilung in Kategorien zur Übersicht erstellt wurde (siehe Abbildung 1).

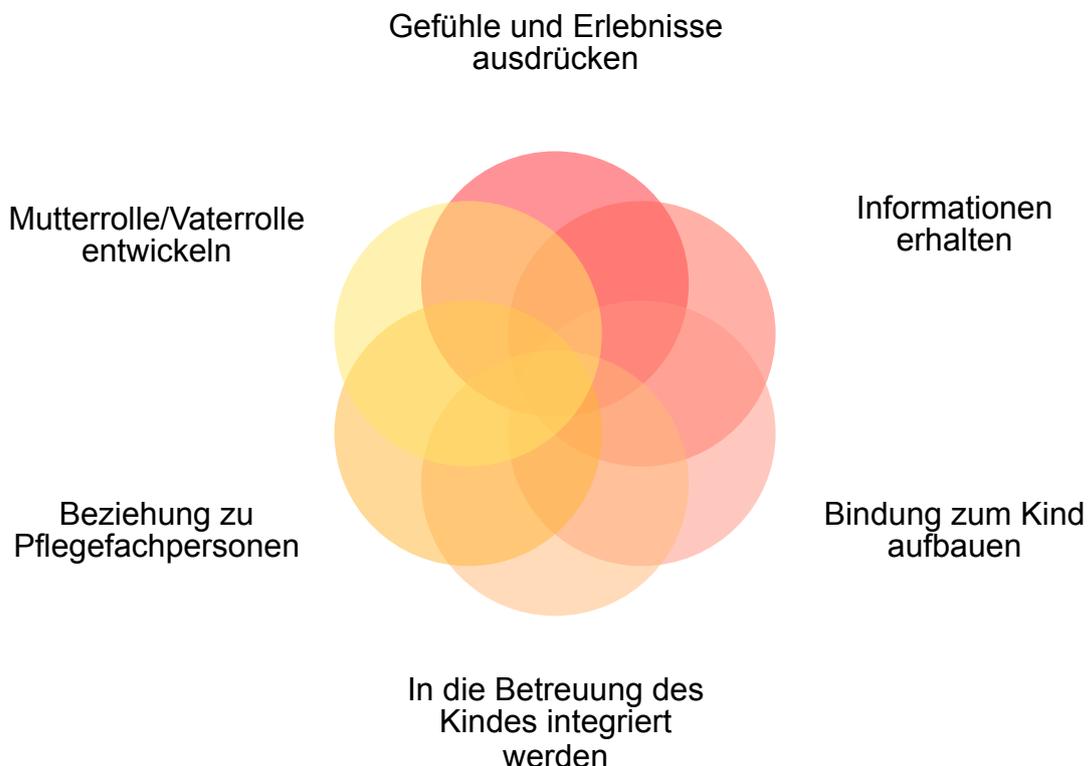


Abbildung 1. Kategorisierung Erlebnisse und Bedürfnisse

Lasiuk, Comeau und Newburn-Cook (2013) beschreiben, dass werdende Eltern sich vorstellen wie die Familie sein, wie das Kind aussehen und die Geburt verlaufen wird. Wenn eigene Vorstellungen nicht mit der Realität übereinstimmen, empfinden einige Eltern Schuldgefühle, fühlen sich orientierungslos und verspüren Angst. Dies kann nach Lasiuk et al. (2013) auch der Fall sein, wenn ein Kind zu früh geboren wird. Zudem kann das fragile Aussehen des Frühgeborenen auf die Eltern verängstigend wirken (Goncalves & Batoca, 2015). In den Studien von Stacey, Osborn und Salkovskis (2015), Goncalves und Batoca (2015) sowie Watson (2010) wird ersichtlich, dass während der Hospitalisierung eines Frühgeborenen eine ganze Bandbreite an Gefühlen durchlebt wird: negative Gefühle wie Schuld, Angst, Bedrohung, Unsicherheit und Sorge wechseln sich mit positiven Gefühlen wie Freude, Sicherheit und Zuversicht ab.

Die Ungewissheit über Prognose und Entwicklung des Kindes führt bei vielen Eltern zu Gefühlen von Kontrollverlust über die Situation und verstärkt somit ihre Unsicherheit (Stacey et al., 2015).

Stacey et al (2015) weisen darauf hin, dass unklar formulierte oder schwer zu verstehende Informationen über das eigene Kind und die neonatologische Abteilung Gefühle von Machtlosigkeit fördern. In die Pflege des eigenen Kindes nicht involviert zu werden, verstärkt dieses Gefühl und löst in den teilnehmenden Müttern der Studie von Goncalves und Batoca (2015) zusätzlich Unsicherheit über die eigene Rolle als Mutter aus. Auch wenn sich Eltern bewusst sind, dass die Expertise von Pflegefachpersonen für die Versorgung des Kindes notwendig ist und sie dieses Können schätzen, kann es vorkommen, dass sie sich dadurch ausgeschlossen fühlen (Watson, 2010). Wenn die Pflegefachperson das eigene Wissen über die Pflege von Frühgeborenen an die Eltern weiter gibt und eine aufmerksame und liebevolle Art hat, fühlen sich Eltern gut betreut (Goncalves & Batoca, 2015). Das eigene Kind mitversorgen zu dürfen löst in den Eltern der Studie von Stacey et al. (2015) ein Gefühl von Freude aus.

In der beschriebenen meist langen und schwierigen Zeit auf einer neonatologischen Abteilung können förderliche Beziehungen für die Rolle als Elternteil zu Pflegefachpersonen (Goncalves & Batoca, 2015), aber auch zu anderen Elternpaaren (Stacey et al., 2015) entstehen. Der Austausch zwischen Eltern von Frühgeborenen kann helfen, sich gegenseitig zu stärken und wird von Stacey et al. (2015) als Schlüsselkomponente von Copingstrategien gesehen.

Stacey et al. (2015) beschreiben eindrücklich, dass sich Eltern auf einer Achterbahn der Gefühle befinden. Eltern aus der Studie von Lasiuk et al. (2013) beschreiben, dass das Bedürfnis diese Gefühle und Erlebnisse einer Pflegefachperson zu erzählen, zu der sie Vertrauen haben, hilfreich wäre. Zudem ist es für Eltern in der Studie von Goncalves und Batoca (2015) sowie von Lasiuk et al. (2013) wichtig, von der eigenen Familie unterstützt zu werden.

Die Wahrnehmung einer Situation wird durch Informationen beeinflusst. Daher ist es für viele Eltern zentral, Informationen über das eigene Kind, die gesamte Situation und die Abteilung zu erhalten (Goncalves & Batoca, 2015). Erhaltenen Informationen sind auch wichtig, um die Bindung zwischen Eltern und Kind aufzubauen. Eltern teilen das Bedürfnis so lange wie möglich beim Kind sein zu können mit und empfinden die Möglichkeit das Kind halten zu können als sehr wertvoll (Lasiuk et al., 2013). Goncalves und Batoca (2015) beschreiben, dass dafür die Unterstützung von Pflegefachpersonen unabdingbar ist. Daraus lässt sich schliessen, dass die Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Eltern eine wichtige Komponente ist. Eltern wünschen sich in der Studie von Lasiuk et al. (2013), die zuständige Pflegefachpersonen zu kennen und jederzeit zu wissen, wer das Kind betreut. Die Haltung und Verhaltensweise von Pflegefachpersonen ist auch wichtig (Stacey et al., 2015). Eine offene Haltung von Pflegefachpersonen gegenüber Eltern ist bedeutungsvoll, um in die Pflege und Betreuung des eigenen Kindes involviert zu werden (Stacey et al., 2015). Dadurch fühlen sich Mütter und Väter darin unterstützt, die eigene Rolle als Elternteil auszuleben (Lasiuk et al., 2013).

### **3. Methode**

Im folgenden Kapitel werden die durchgeführte Literaturrecherche und der Selektionsprozess zur Festlegung verwendeter Studien vorgestellt. In einem ersten Schritt wird ein Überblick über verwendete Suchbegriffe gegeben. Anschliessend werden Angaben zu Ein- und Ausschlusskriterien von Studien gemacht. Weiter werden verwendete Instrumente für die Zusammenfassung und kritische Würdigung der eingeschlossenen Studien angegeben. Die gesamte Literaturrecherche wird anhand eines Flussdiagramms vorgestellt.

### 3.1 Durchführung der Literaturrecherche

Für die Herleitung des theoretischen Hintergrundes wurden eine Literaturrecherche sowie eine Freihandsuche in Fachbüchern durchgeführt. Für die Beantwortung der Fragestellung wurde zwischen Oktober 2016 und November 2016 eine systematisierte Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, Cochraine Library, MIDIRS, PsychInfo und Pubmed durchgeführt (siehe Anhang A).

Für die in Tabelle 3 dargestellten Begriffe wurden für jede durchsuchte Datenbank passende Schlagwörter verwendet. Die Schlagwörter wurden mit dem Boo'leschen Operator *AND* kombiniert.

Tabelle 3  
*verwendete Schlagwörter zur Literaturrecherche.*

<b>Komponente</b>	<b>Deutsche Begriffe</b>	<b>Englische Begriffe</b>
Population	Frühgeborenes	Premature Infant
	Familie	Family Nuclear family
	Eltern	Parents
Setting	Neonatologie	Neonatal Intensive Care Unit
		Intermediate Care Unit
		Neonatology Ward
Phänomen	Erlebnis	Experience Lived Experience
		Pflegerische Interventionen

Folgende Limits ermöglichten eine Verfeinerung der Recherche:

- Ergebnisse auf englisch oder deutsch
- Abstract vorhanden
- Artikel sind peer-reviewed

Unter den angezeigten Treffern wurde bei relevanten Titeln der Abstract gelesen.

### 3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Unter Einbezug der in Tabelle 4 aufgeführten Ein- und Ausschlusskriterien wurde entschieden, ob eine Studie in die engere Auswahl kommt.

Tabelle 4

#### *Ein- und Ausschlusskriterien*

<b>Komponente</b>	<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>
<b>Studiendesign</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitative Studien</li> <li>• Quantitative Studien</li> <li>• Literaturreviews</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kongressbeiträge</li> <li>• Dissertationen</li> <li>• Fallanalysen</li> </ul>
<b>Publikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publikation zwischen 2006 und 2016</li> <li>• Studien sind peer-reviewed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publikationen vor 2006</li> </ul>
<b>Population</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frühgeborene unter der 37. SSW</li> <li>• Eltern, die gemeinsam oder getrennt befragt wurden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frühgeborene mit einer terminalen Diagnose</li> <li>• hospitalisierte Termingeborene</li> <li>• Elternteile mit vorbestehender, diagnostizierter psychischer Erkrankung</li> </ul>
<b>Setting</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neonatologische Intensivstation</li> <li>• Intermediate Care Abteilung</li> <li>• neonatologische Abteilungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wochenbettstation</li> <li>• Häusliches Setting nach Austritt</li> </ul>
<b>Phänomen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventionen während der Hospitalisierungszeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventionen vor/nach der Hospitalisierungszeit</li> </ul>

Die Studien in der engeren Auswahl wurden durchgelesen und die Literaturreferenzen gesichtet.

### **3.3 Verwendete Instrumente für die Zusammenfassung und die kritische Würdigung**

Für die Zusammenfassung der Studien wurde das EMED-Raster (Einleitung – Methode – Ergebnisse – Diskussion) verwendet (Ris & Preusse-Bleuler, 2015). Die kritische Würdigung der qualitativen Studien wurde anhand der Beurteilungskriterien für qualitative Studien nach Behrens und Langer (2016) durchgeführt. Quantitative Studien wurden mittels der Critical Review Form für quantitative Studien von Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch und Westmorland (1998) kritisch gewürdigt. Die kritische Würdigung der systematischen Literaturreview fand durch das Critical Appraisal Skills Programm (CASP) (CASP UK – Better Value Healthcare Ltd, 2013) statt.

Die qualitativen Studien wurden anhand der Gütekriterien *Bestätigung*, *Zuverlässigkeit*, *Glaubwürdigkeit* und *Übertragbarkeit* von Lincoln und Guba (1985) bewertet. Die Gütekriterien *Objektivität*, *Reliabilität* und *Validität* nach Bartholomeyczik, Linhart, Mayer und Mayer (2008) wurden für die Bewertung von quantitativen Studien verwendet. Für die eingeschlossene Literaturreview wurden Stärken und Schwächen tabellarisch aufgeführt. Dabei wurde auf die Verwendung bestimmter Gütekriterien verzichtet, da kein geeignetes Instrument existiert und in vorliegender Literaturreview sowohl quantitative wie auch qualitative Studien inkludiert wurden. Die Zusammenfassungen der Studien sowie deren kritische Würdigungen befinden sich im Anhang B und C.

Durch die 6S – Evidenzpyramide (siehe Anhang D) von DiCenso, Bayley und Haynes (2009) wurde jede Studie in ihrer Evidenz eingeschätzt. Die Einschätzung erfolgte numerisch. Tabelle 5 zeigt die numerische Zuordnung der sechs Ebenen, wobei mit der obersten begonnen wurde.

Tabelle 5

*Numerische Zuordnung der Ebenen der 6S-Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009)*

<b>Ebene</b>	<b>Numerische Zuordnung</b>
Systems	1
Summaries	2
Synopses of synthesis	3
Synthesis	4
Synopses of studies	5
Studies	6

### **3.4 Zusammenfassung der Literaturrecherche**

Anhand eines Flussdiagramms (Abbildung 2) wird die gesamte Suchstrategie zusammengefasst aufgeführt.

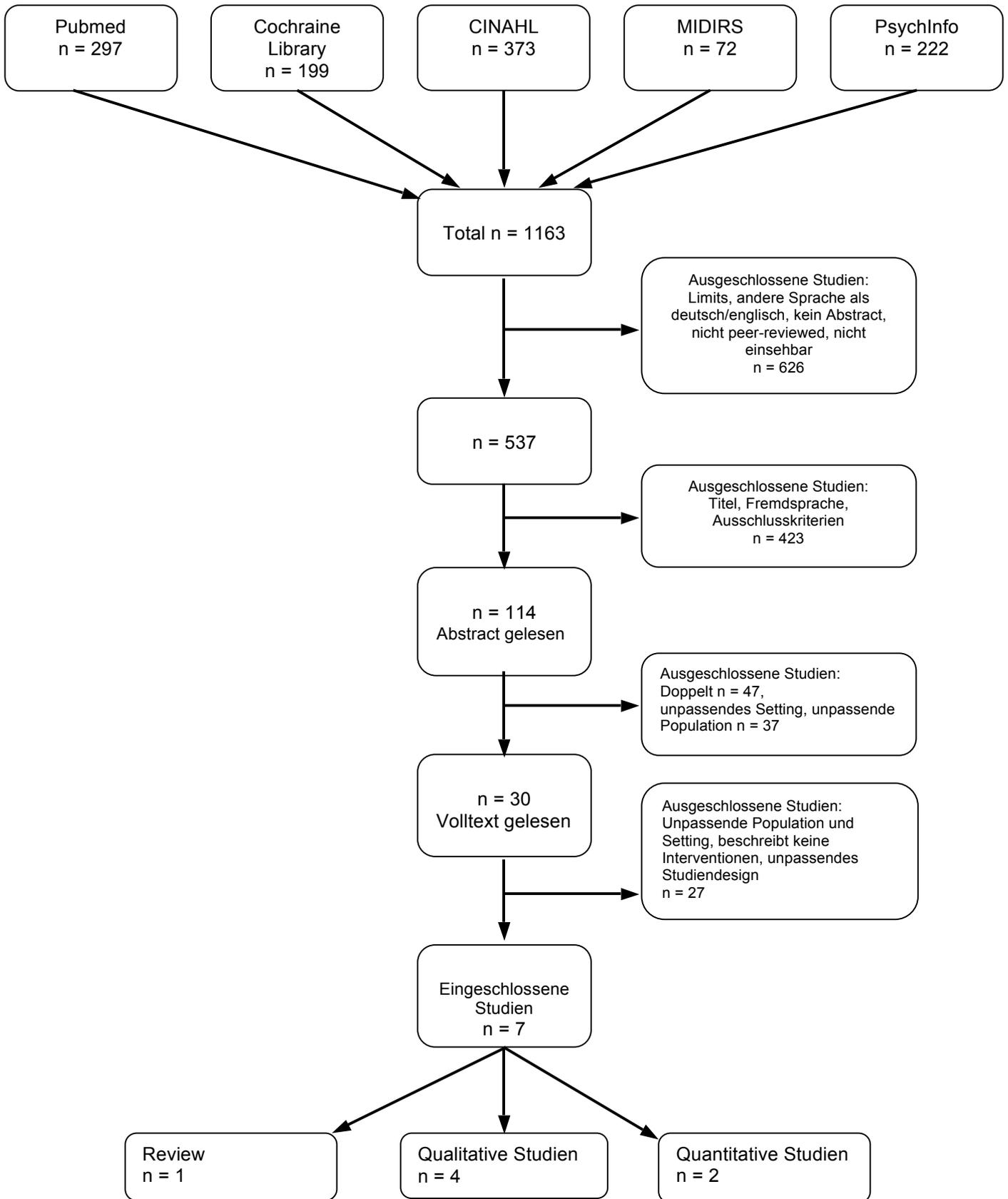


Abbildung 2. Übersicht Literaturrecherche

## 4. Ergebnisse

In einem ersten Schritt wird eine Übersicht verwendeter Studien für diese Arbeit tabellarisch aufgeführt. Anschliessend wird jede Studie einzeln inhaltlich beschrieben, wobei nach jeder Beschreibung die Beurteilung der Güte tabellarisch dargestellt wird (Tabelle 7 bis 13). Danach werden die Ergebnisse aus den verwendeten Studien vorgestellt.

### 4.1 Übersicht der Studien

Tabelle 6 gibt eine Übersicht über eingeschlossene Studien.

Tabelle 6

#### *Übersicht verwendeter Studien*

<b>Referenz</b>	<b>Ziel</b>	<b>Design &amp; Methode</b>	<b>Sample &amp; Setting</b>	<b>Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)</b>
Brett, Staniszewska, Newburn, Jones und Taylor (2011) Vereinigtes Königreich	Effektive Interventionen für Kommunikation mit, Support von und Informationsgabe an Eltern eines hospitalisierten Frühgeborenen ermitteln	Systematische Review <ul style="list-style-type: none"><li>• Datenbankrecherche in neun Datenbanken</li><li>• Handrecherche in Journals</li><li>• Suchperiode zwischen Januar 1980 bis Oktober 2006</li></ul>	Sample: 19 randomized controlled trials (RCT), 16 Kohorten oder qualitativ-experimental Studien, 37 nicht Interventionsstudien  Setting: Neonatologische Abteilungen	4

Referenz	Ziel	Design & Methode	Sample & Setting	Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)
Guillaume, Michelin, Amrani, Benier, Durrmeyer, Lescure, ... und Ceaymaex (2013) Frankreich	Erforschen wie eine Bindung zwischen Eltern und hospitalisierten Frühgeborenen entsteht und welche Interventionen von Eltern als hilfreich empfunden wurden	Qualitativ-prospektive Studie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Semistrukturierte Interviews</li> <li>• Diskursive Analyse der Daten</li> </ul>	Sample: 30 Mütter und 30 Väter  Setting: 3 NICU einer Grossstadt	6
Ignell Modé, Mard, Nygvist und Blomqvist (2014) Schweden	Erforschen wie Väter erhaltene Informationen vom Versorgungsteam einer NICU wahrgenommen haben	Qualitativ-deskriptive Studie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Semistrukturierte Interviews</li> <li>• Qualitative Inhaltsanalyse nach Graneheim &amp; Lundman (2004, 2008)</li> </ul>	Sample: 8 Väter  Setting: 2 NICU in Schweden	6
Jones, Taylor, Watson, Fenwick und Dordic (2015) Australien	Erforschen was Eltern und Pflegefachpersonen als wirksame Kommunikation in der Zusammenarbeit zwischen Eltern von Frühgeborenen und Pflegefachpersonen wahrnehmen	Qualitativ-phänomenologische Studie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Semistrukturierte Interviews</li> <li>• Thematische Analyse nach Braun und Clark (2006)</li> </ul>	Sample: 27 Mütter, 4 Väter, 11 Pflegefachfrauen und 1 Pflegefachmann  Setting: 1 Neonatologie Level II (nicht näher spezifiziert) bei den Eltern, 1 NICU bei den Pflegefachpersonen, beide Abteilungen in Queensland	6

Referenz	Ziel	Design & Methode	Sample & Setting	Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)
Mok und Leung (2006) Hong Kong	Die Wahrnehmung von Müttern über die Menge und Wichtigkeit an erhaltenem Support durch Pflegefachpersonen erfassen	Quantitativ-deskriptive Studie <ul style="list-style-type: none"> <li>Erfassung von Level und Wichtigkeit an erhaltenem Support durch das Nurse Parent Support Model Tool (NPST)</li> <li>Deskriptive Analyse</li> </ul>	Sample: 48 Mütter  Setting: 1 NICU eines Regionalspitals	6
Smith, Steel Fischer, Salhi & Shen (2012) USA	Erforschen was Eltern über Erfahrungen auf der NICU berichten, welche Copingstrategien sie entwickelt haben und Ansichten über die Unterstützungsweise von Pflegefachpersonen	Qualitativ-explorative Studie <ul style="list-style-type: none"> <li>Semistrukturierte Interviews</li> <li>Grounded Theory Analyse</li> </ul>	Sample: 20 Mütter und 9 Väter  Setting: 1 NICU in einer Grossstadt	6
Turan, Basbakkal & Özbek (2008) Türkei	Effekt von stressreduzierenden pflegerischen Interventionen auf den Stresslevel von Müttern und Vätern von Frühgeborenen messen	RCT Studie <ul style="list-style-type: none"> <li>Stresslevel bei Interventions- und Kontrollgruppe wurde durch das Erfassungsinstrument State Trait anxiety inventory (STAI) als Basiswert gemessen</li> <li>Messung möglicher Stressoren für Teilnehmer beider Gruppen am 10. Hospitalisierungstag durch das Instrument Parental Stressor Scale: Neonatal Intensiv Care Unit (PSS:NICU)</li> <li>Chi-square und t-test für die Auswertung des STAI</li> <li>Mann-Whitney-U Test für die Berechnung der abhängigen und unabhängigen Variablen des PSS:NICU</li> </ul>	Sample: Interventionsgruppe → 20 Mütter, 17 Väter, Kontrollgruppe → 20 Mütter, 19 Väter  Setting: 1 NICU eines Universitäts-spitals	6

## 4.2 Beschreibung und Beurteilung der verwendeten Studien

Brett et al. (2011) führten eine systematische Review durch, um in einem nächsten Schritt ein Pflegemodell für Neonatologien im Vereinigten Königreich zu entwickeln. Für die Literaturrecherche haben Brett et al. (2011) klare Ein- und Ausschlusskriterien formuliert. Es konnten insgesamt 72 Studien eingeschlossen werden.

Die Qualität der Studien wurde anhand der Guidelines vom *National Health Service Centre for Reviews and Dissemination* gemessen (NHS CRS, 2008, zitiert nach Brett et al., 2011). Die Beurteilung der Evidenz der einzelnen Studien führten Brett et al. (2011) anhand des *Scottish Intercollegiate Guidelines Assessment* (SIGN, 2008, zitiert nach Brett et al., 2011) durch.

Folgende Themen wurden durch Brett et al (2011) ermittelt: *Programm für individuelle entwicklungs- und verhaltensbezogene Pflege; verhaltensbezogene Erfassungsinstrumente; Stillen, Känguru-Pflege, Babymassage; Supportforum für Eltern; Linderung von elterlichem Stress; Eltern auf das Aussehen des Frühgeborenen vorbereiten; Kommunikation und Information; Austrittsplanung und Homesupport Programme*. Zu jeder Intervention stellen Brett et al. (2011) die dazugehörigen Studien, deren Ergebnisse und Relevanz kurz vor. Brett et al. (2011) kommen zum Schluss, dass die positiven Effekte solcher Interventionen die Hospitalisierungsdauer von Frühgeborenen verkürzen kann.

Tabelle 7

*Beurteilung Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)*

<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Quantitative und qualitative Studien eingeschlossen</li><li>• Klare Einschlusskriterien definiert</li><li>• Beschreibung verwendeter Studien</li><li>• Umfassende und nachvollziehbare Qualitätsbeurteilung verwendeter Studien</li><li>• Ergebnisse sind individuell umsetzbar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zu wenig spezifische Fragestellung</li><li>• Teilweise unklar, wo Ergebnisse der nicht-Interventionsstudien einfließen</li><li>• In den verwendeten Studien waren beide Elternteile ungleich verteilt</li><li>• Ergebnisse sind breit formuliert</li></ul>

Die qualitativ-prospektive Studie von Guillaume et al. (2013) befasst sich mit der Entstehung der Eltern-Kind Bindung sowie förderlichen und hinderlichen Interventionen durch Pflegefachpersonen. Durch einen externen Sozialpsychologen wurden alle Teilnehmenden interviewt. Um Themen zu bilden, wurden die gewonnenen Daten von Guillaume et al. (2013) manuell kodiert. Folgende drei Themen konnten herausgearbeitet werden: *Gefühl einer frühen Bindung; Einfluss von Pflegefachpersonen in der Interaktion mit dem Kind und der Wahrnehmung der elterlichen Rolle; Kommunikation.*

Guillaume et al. (2013) kommen durch diese Studie zum Schluss, dass die Haltung von Pflegefachpersonen gegenüber Eltern ausschlaggebend ist, um sie in deren Rolle zu unterstützen und ihnen ein Gefühl von «gebraucht werden» und «unersetzbar sein» zu geben. Eine zentrale Aufgabe der Pflege besteht darin, so Guillaume et al. (2013), Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Wahrnehmungen von Vätern und Müttern wahrzunehmen und dementsprechend individuelle Interventionen anzubieten. Ein wichtiges Ziel für die Pflege sollte aus Sicht von Guillaume et al. (2013) sein, möglichst früh Momente zu schaffen, wo Eltern körperlichen Kontakt mit dem Kind aufbauen können. Die Forscher unterstreichen, dass Pflegefachpersonen die Aspekte der Familienzentrierten Pflege kennen müssen. Sie weisen darauf hin, dass die Haltung der Pflege ausschlaggebend für eine frühe Bindung zwischen Eltern und Kind ist.

Tabelle 8

*Beurteilung Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985)*

<b>Stärken</b>		<b>Schwächen</b>
Bestätigung (Confirmability)		• Kein Hinweis auf externe Begleitung der Forscher
Zuverlässigkeit (Dependability)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genaue Beschreibung der Teilnehmenden (Angabe demographische Daten)</li> <li>• Genaue Beschreibung des Settings</li> </ul>	

	<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>
Glaubwürdigkeit (Credibility)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datensammlung und Datenanalyse durch externe Fachpersonen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews fanden während der Hospitalisierung statt. Dadurch steigt die Gefahr, dass Eltern gehemmt waren negative Eindrücke zu äussern</li> </ul>
Übertragbarkeit (Transferability)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausführliche Darstellung der Ergebnisse in Kategorien und Subkategorien</li> <li>• Zitate sind sinnvoll aufgeführt</li> <li>• Ergebnisse sind mit Literatur belegt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlussfolgerung und klinische Implikationen sind knapp formuliert</li> </ul>

Die qualitativ-deskriptive Studie von Ignell Modé et al. (2014) befasst sich mit der Wahrnehmung von erhaltenen Informationen aus der Sicht von Vätern Frühgeborener. Anhand der durchgeführten semistrukturierten Interviews bildeten Ignell Modé et al. (2014) drei Kategorien: *Wahrnehmung der Information; Wahrnehmung über die Informationsquelle; Umstände, welche die Wahrnehmung von Informationen beeinflussten*. Diese Kategorien wurden mit Subkategorien differenziert beschrieben, wobei zu jeder Subkategorie Zitate aus den Interviews aufgeführt wurden.

Die Forscher kommen zum Schluss, dass ein offenes Klima, in dem Pflegefachpersonen regelmässige und angepasste Informationen an Väter abgeben, für deren Selbstvertrauen von Vorteil ist. Diverse aufgeführte Literatur stützt diese Schlussfolgerung. Weiter ist das Wiederholen der abgegebenen Informationen, vor allem in den ersten Tagen auf der Abteilung, hilfreich. Ignell Modé et al. (2014) bemängeln die Tatsache, dass viele Teilnehmer unvollständige, unklare oder nicht angebrachte Informationen durch Pflegefachpersonen erhalten haben. Aus den Interviewergebnissen wird ersichtlich, dass Väter im Vergleich zu Müttern weniger

gut auf ihre Rolle vorbereitet werden. Pflegefachpersonen sollten, nach Ignell Modé et al. (2014) daher vermehrt und individuell auf die Bedürfnisse von Vätern eingehen.

Tabelle 9

*Beurteilung Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985)*

	<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>
Bestätigung (Confirmability)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Hinweise auf externe Begleitung der Forscher</li> </ul>
Zuverlässigkeit (Dependability)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Einschlusskriterien für Väter sind sehr breit formuliert</li> <li>Keine (demographischen) Angaben zu Teilnehmern</li> </ul>
Glaubwürdigkeit (Credibility)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyseverfahren ist genau vorgestellt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forscher arbeiten in den selben NICUs, wo die Frühgeborenen der teilnehmenden Vätern hospitalisiert waren</li> </ul>
Übertragbarkeit (Transferability)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ergebnisse sind ausführlich vorgestellt</li> <li>Ergebnisse sind in Kategorien vorgestellt</li> <li>Zitate sind sinnvoll eingesetzt</li> <li>Ergebnisse sind mit Literatur belegt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>klinischen Implikationen sind oberflächlich beschrieben</li> </ul>

Jones et al (2015) erforschten, was Eltern und Pflegefachpersonen als effektive/wirksame Kommunikation in der Beziehung miteinander auf einer NICU erleben. Dazu wurde eine qualitativ-deskriptive Studie durchgeführt. Durch ein semistrukturiertes Interview wurden Eltern befragt, ob sie sich an ein positives und ein negatives Gespräch mit einer Pflegefachperson erinnern könnten. Pflegefachpersonen wurden gefragt, was sie als effektive/ineffektive Kommunikation ansahen und wurden gebeten, Beispiele zu machen. Anhand der gewonnenen Daten konnten Jones et al. (2015) vier Themen bilden: *Informationen teilen/geben; Eltern-Sein ermöglichen; fördernde interpersonelle Kommunikation; Regeln und Vorschriften der Abteilung.*

Die Forscher konnten aus der Analyse der gewonnenen Daten erkennen, dass Eltern das Bedürfnis haben Informationen rund um das eigene Kind zu erhalten.

Pflegefachpersonen werden von Eltern als Schlüsselfigur wahrgenommen, um die eigene Rolle als Elternteil zu entwickeln. Weiter empfinden die Teilnehmenden die erste Kontaktaufnahme mit dem eigenen Kind als besondere Herausforderung, weshalb sie die Unterstützung von Pflegefachpersonen benötigen. Diese Unterstützung zeigt sich dadurch, dass Pflegefachpersonen die herausfordernde Situation der Eltern erkennen und Stressoren zu minimieren versuchen.

Tabelle 10  
*Beurteilung Gütekriterien Lincoln und Guba (1985)*

	<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>
Bestätigung (Confirmability)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Hinweise auf externe Begleitung der Forscher</li> </ul>
Zuverlässigkeit (Dependability)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einschlusskriterien für Eltern und Pflegefachpersonen sind formuliert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mehr als doppelt so viele Eltern wie Pflegefachpersonen</li> <li>sechs Mal so viele Mütter wie Väter</li> </ul>

	<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>
Glaubwürdigkeit (Credibility)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datenanalyse klar beschrieben</li> <li>• regelmässiger Austausch zwischen Forschern während des gesamten Prozesses</li> </ul>	
Übertragbarkeit (Transferability)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausführliche Beschreibung der Ergebnisse</li> <li>• Darstellung der Ergebnisse in Kategorien</li> <li>• Zitate sind sinnvoll eingesetzt</li> <li>• Ergebnisse sind durch Literatur belegt</li> </ul>	

Die quantitativ-deskriptive Studie von Mok und Leung (2006) befasst sich mit der Wahrnehmung von Müttern über die Menge an erhaltenem Support durch das Pflegepersonal. Zudem wurde erfasst, wie wichtig ihnen der erhaltene Support war. Dafür wurde an 46 ausgesuchten Müttern von hospitalisierten Frühgeborenen ein Fragebogen mit dem NPST (Miles, Carlson und Brunssen, 1999, zitiert nach Mok & Leung, 2006) verteilt. Das NPST ist ein Instrument zur Messung von interpersonellen Interaktionen zwischen Pflegefachpersonen und Eltern. Dieses Modell ist in vier Kategorien aufgeteilt: *supportive Kommunikation und Abgabe von Informationen*, *emotionaler Support*, *Selbstvertrauen-Support*, *Qualität von pflegerischem Support*. Jede Kategorie beinhaltet Unterpunkte, die durch die Teilnehmer bezüglich zwei Aspekten beurteilt werden müssen: Menge an erhaltenem Support und Wichtigkeit des erhaltenen Supports. Diese Aspekte müssen durch eine 5-Punkte-Likert-Skala eingeschätzt werden (wobei 1 „überhaupt kein Support/nicht wichtig“ und 5 „sehr viel Support/sehr wichtig“ bedeuten). Die Validität des Instruments wurde durch den Entwickler des Instruments überprüft und als sehr gut empfunden. Aus den erhaltenen Daten erkannten die Forscher, dass eine Diskrepanz zwischen Wichtigkeit von erhaltenem Support und tatsächlich erhaltenem Support besteht

(Wichtigkeit Support mean (m) = 4.38 versus erhaltener Support m= 3.84). Der grösste Unterschied zwischen beiden Aspekten liegt in der Kategorie *supportive Kommunikation/Abgabe von Informationen* (Wichtigkeit Support m= 4.47 versus erhaltener Support m= 3.85).

Mit sechs Müttern wurde zusätzlich ein semistrukturiertes Interview durchgeführt, um qualitativ zu ermitteln, wie sie den erhaltenen Support erlebt haben.

Die Forscher kommen aufgrund der Ergebnisse zum Schluss, dass sich Mütter mehr Support wünschen. Dies zeigt sich vor allem in Bezug auf das Erhalten von Informationen. Aus Sicht der Forscher ist es die Aufgabe von Pflegefachpersonen aktiv auf Müttern zuzugehen, indem sie ihnen Informationen über das Kind erteilen. Dies gibt den Müttern das Gefühl die Situation besser unter Kontrolle zu haben. Zudem können sie dadurch aktiver in die Pflege des eigenen Kindes miteinbezogen werden.

Tabelle 11

*Beurteilung Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)*

	<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Messung der Werte durch PSS:NICU</li> <li>• Das Mess- und Analyseverfahren ist nachvollziehbar dokumentiert</li> </ul>	
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmer sind formuliert</li> <li>• Limitationen sind benannt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unklar wer Teilnehmer rekrutiert hat</li> <li>• Eher tiefe Teilnehmerzahl</li> </ul>

	<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>
Validität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forschungsdesign passend zum Forschungsziel</li> <li>• Das NPST wurde auf kantonesisch übersetzt und die Validität als hoch eingeschätzt (Cronbachs alpha 0.83)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung eines semistrukturierten Interviews mit sechs Müttern, wobei über das methodische Vorgehen und die Datenanalyse ungenügende Informationen geliefert wurden</li> <li>• Unklar, welche Schlüsse aus dem qualitativen Teil gezogen wurden</li> <li>• Unklar, wie Erkenntnisse aus dem qualitativen Teil in die Studienergebnisse einfließen</li> </ul>

Durch die qualitativ-explorative Studie von Smith et al. (2012) konnte aufgezeigt werden, was Eltern über Erfahrungen, die sie auf der NICU gemacht haben, berichten. Zudem sind wertvolle Erkenntnisse über Copingstrategien der Eltern und unterstützende Massnahmen durch Pflegefachpersonen gemacht worden. Die Daten, die durch semistrukturierte Interviews gewonnenen wurden, wurden in einem Kodierungsprozess analysiert. Fünf Themen wurden identifiziert: *Teilnahme an Pflege und Betreuung des Kindes; Zeit ausserhalb der NICU verbringen; Informationen von Pflegefachpersonen erhalten; Freunde und Familie miteinbeziehen; Austausch mit anderen Eltern auf der NICU*. Zu jedem Thema sind Vorteile und Herausforderungen für die Eltern sowie Unterstützungsmöglichkeiten durch Pflegefachpersonen beschrieben.

Smith et al. (2012) kommen zum Schluss, dass die Partizipation der Eltern bei der Versorgung des Kindes äusserst wichtig ist, weil ihre Rolle als Mutter oder Vater dadurch entwickelt und ausgelebt werden kann. Instruktionen durch Pflegefachpersonen und die Begleitung während der Versorgung des Kindes fördern

diese Entwicklung. Smith et al. (2012) zeigen, dass das Erhalten von Informationen für Eltern wichtig ist, um Entscheidungen treffen und mit Sorgen besser umgehen zu können.

Eine wichtige Aufgabe von Pflegefachpersonen ist es die Eltern in die Pflege des Kindes zu involvieren. Weiter ist gemäss Smith et al. (2012) wichtig, den Eltern fortlaufende Informationen über das Kind zu geben und ihnen zu helfen, mit diesen Informationen umgehen zu können.

Tabelle 12

*Beurteilung Gütekriterien Lincoln und Guba (1985)*

	<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>
Bestätigung (Confirmability)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Hinweise auf externe Begleitung der Forscher</li> </ul>
Zuverlässigkeit (Dependability)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausführliche Beschreibung der Teilnehmer (demographische Angaben)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mehr als doppelt so viele Mütter wie Väter</li> </ul>
Glaubwürdigkeit (Credibility)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausführliche Beschreibung des Forschungsprozesses</li> <li>Entwicklung des Interviewguides anhand von Fokusgruppeninterviews</li> <li>Durchführung der Interviews durch die gleiche Person</li> <li>Regelmässiger Austausch und gegenseitige Überprüfung der Forscher während des Analyseprozesses.</li> </ul>	

	<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>
Übertragbarkeit (Transferability)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ausführliche Beschreibung der Ergebnisse</li> <li>• Darstellung der Ergebnisse in fünf Kategorien und je drei Subkategorien</li> <li>• passende Zitate zu jeder Kategorie</li> <li>• konkrete Vorschläge für die Pflegepraxis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung fand in einer einzigen NICU statt</li> </ul>

Die randomisiert kontrollierte Interventionsstudie von Turan et al. (2008) wurde mit dem Ziel durchgeführt, den Effekt von stressreduzierenden pflegerischen Interventionen auf den Stresslevel von Eltern zu ermitteln.

Alle Teilnehmenden mussten einschätzen, wie hoch ihr Level an Angst und Sorge war und deren Eigenschaften beurteilen. Dies wurde mit dem STAI (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1997, zitiert in Turan et al., 2008) erfasst. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche Betreuung von Pflegefachpersonen. Die Interventionsgruppe erhielt ein 30-minütiges Informationsgespräch. Darin wurde die Abteilung gezeigt, das Personal vorgestellt, technische Geräte erklärt und über den Zustand des Kindes gesprochen. Eltern konnten über eigene Eindrücke und Gefühle sprechen. Ihnen wurde aufgezeigt wie wichtig es ist jederzeit Fragen zu stellen, das Kind häufig zu besuchen und die Pflege und Betreuung des Kindes unter Anleitung der Pflegefachperson selber zu übernehmen. Bei Bedarf konnten Eltern Unklarheiten klären. Zusätzlich erhielten sie eine Informationsbroschüre.

Am zehnten Hospitalisierungstag wurden alle Teilnehmer gebeten das PSS:NICU (Miles, Funk & Carlson, 1993, zitiert in Turan et al, 2008) auszufüllen. Das Instrument wurde entwickelt, um Situationen, die auf einer NICU Stress verursachen können, zu messen.

Bei beiden Gruppen ist ein moderater Level an Stress mittels STAI gemessen worden. Turan et al. (2008) zeigen, dass die Mittelwerte des PSS:NICU ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Kontroll- und der Interventionsgruppe der Mütter aufweisen ( $p < 0.05$ , m Kontrollgruppe: 3.37, m

Interventionsgruppe: 3.14). Bei der Auswertung des PSS:NICU der Väter kann über alle Kategorien kein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt werden. Jedoch ist ersichtlich, dass Väter im Allgemeinen einen höheren Stresslevel haben als Mütter. Die Forscher erklären sich diese Tatsache mit der grösseren Verantwortungsübernahme der Väter in den ersten Tagen nach der Geburt des Kindes, da die Mütter häufig noch nicht dazu in der Lage waren.

Turan et al. (2008) können bestätigen, dass die durchgeführten Interventionen auf Eltern grundsätzlich stressreduzierend wirken.

Die Forscher weisen darauf hin wie wichtig familienzentrierte Pflege ist. Weiter betonen sie, dass die Aufgaben der professionellen Pflege darin bestehen Eltern beim ersten Besuch des Kindes zu begleiten und ihnen individuelle und klar formulierte Informationen zur Umgebung und den Geräten zu geben. Zusätzlich sind gemäss Turan et al. (2008) kontinuierliche Informationen des Pflegepersonals über den Zustand des Kindes unerlässlich, wobei von Pflegefachpersonen immer ein offenes Ohr für Rückfragen seitens der Eltern notwendig ist.

Tabelle 13

*Beurteilung Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)*

	<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisiertes Vorgehen</li> <li>• Messung der Werte durch STAI und PSS:NICU</li> <li>• Das Mess- und Analyseverfahren ist nachvollziehbar dokumentiert</li> </ul>	
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• demographische Daten zu allen Teilnehmenden sind angegeben</li> <li>• Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden sich statistisch nicht voneinander</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Angaben zu Limitationen der Studie</li> </ul>

	<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>
Validität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PSS:NICU wurde auf türkisch übersetzt, Validität war gut bis sehr gut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• keine Angaben zur Validität des STAI</li> <li>• Studiendesign ethisch unpassend, Forscher konnten bereits anhand von vorgängigen Studien belegen, dass die geplanten Interventionen für die Interventionsgruppe wirksam in der Stressreduktion von Eltern sind. Fragwürdig, weshalb trotz diesem Wissen ein RCT durchgeführt wurde</li> <li>• Randomisierung der Teilnehmer nicht nachvollziehbar</li> <li>• Ethische Erlaubnis für die Durchführung erfolgte nur vom Direktor des Universitätsspitals</li> </ul>

### 4.3 Vorstellung der Ergebnisse

Pflegerische Interventionen wurden aus den verwendeten Studien extrahiert und sieben Kategorien zugeordnet (Abbildung 3). Zu jeder Kategorie wird anschliessend eingegangen.

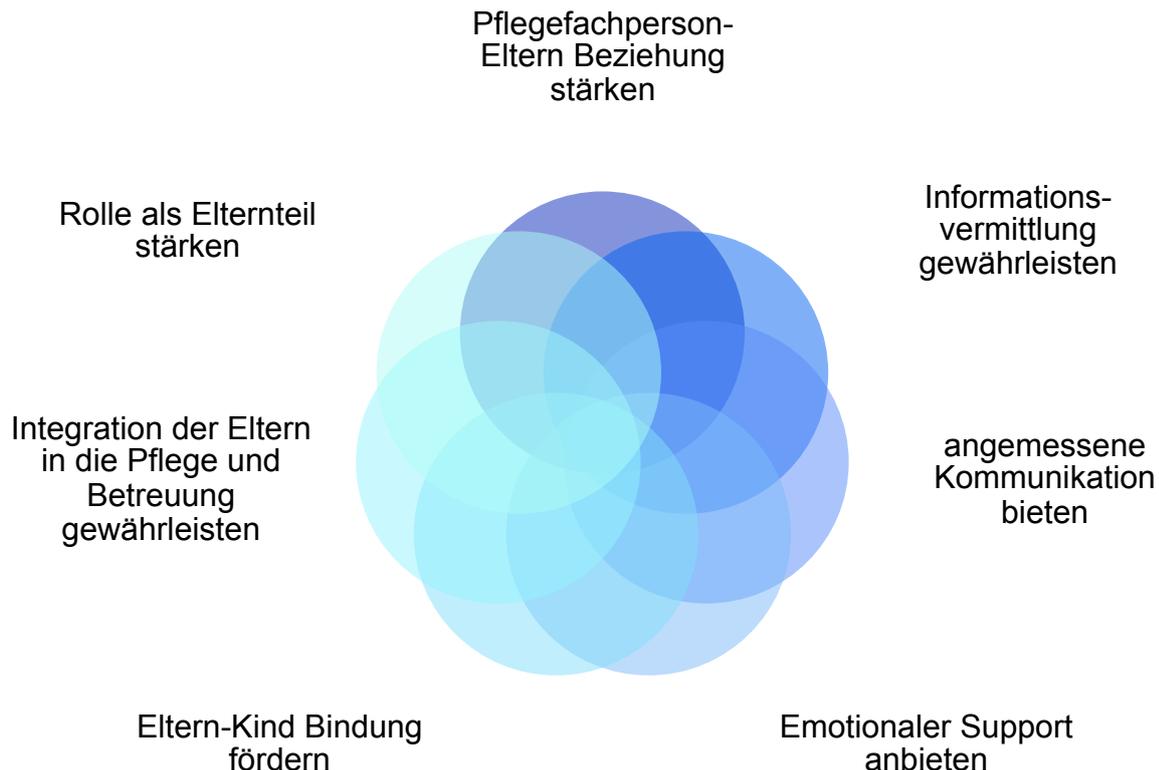


Abbildung 3. Kategorisierung pflegerische Interventionen

#### 4.3.1 Pflegefachpersonen-Eltern Beziehung stärken

Laut Brett et al. (2011) und Guillaume et al. (2013) ist es für Eltern nach der Geburt eines Frühgeborenen wichtig, einen Besuch der zuständigen Pflegefachperson auf das Wochenbett zu erhalten. Dadurch können beide Elternteile durch die für das Frühgeborene zuständige Pflegefachperson zeitnah und persönlich über das Wohlergehen des eigenen Kindes informiert werden. Guillaume et al (2013) beschreiben, dass ein fehlender Besuch der zuständigen Pflegefachperson bei Müttern Gefühle von Isolation und Stress verursachen. Die Forscher stellen zudem

fest, dass Väter entlastet werden, weil diese ansonsten der Mutter einen Grossteil der Informationen über das Kind alleine überbringen müssten.

Auch der erste Besuch beider Elternteile auf der neonatologischen Abteilung sollte laut Guillaume et al. (2013) und Turan et al. (2008) durch die für das Frühgeborene zuständige Pflegefachperson begleitet werden. So empfinden Eltern die Umgebung, in der sich das eigene Kind befindet, als weniger bedrohlich, sie fühlen sich sicherer (Guillaume et al., 2013).

Förderlich für die Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Eltern ist es, wenn Eltern sehen, dass die Pflegefachperson über Fachwissen verfügt, ein sicheres und kompetentes Auftreten hat und mit dem Zustand des Frühgeborenen zurecht kommt (Smith et al., 2012; Mok & Leung, 2006). Ein liebevoller und fürsorglicher Umgang der Pflegefachpersonen mit dem Frühgeborenen fördert das Sicherheitsgefühl der Eltern (Guillaume et al., 2013). Weiter konnten Guillaume et al. (2013) aufzeigen, dass die Selbstsicherheit der Mutter von der Beziehung zu Pflegefachpersonen abhängt.

Ungeachtet der oben erwähnten Wichtigkeit von Informationen rundum das eigene Kind: Wenn die Pflegefachpersonen präsent und auch für ein ungezwungenes Plaudern zu haben sind, wirkt sich das positiv auf die Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Eltern aus (Guillaume et al., 2013; Brett et al., 2011).

### **4.3.2 Informationsvermittlung gewährleisten**

Die Wichtigkeit der Informationsvermittlung wurde in ausnahmslos allen verwendeten Studien hervorgehoben. Drei Aspekte spielen eine zentrale Rolle: Der Zeitpunkt der Informationsvermittlung, die Menge an Informationen sowie deren Inhalt.

#### **4.3.2.1 Zeitpunkt der Informationsübermittlung**

Guillaume et al. (2013) beschreiben, dass Eltern während der ersten Tage nach der Geburt eines Frühgeborenen eine sehr stressvolle Zeit erleben: Die Mütter befinden sich noch auf dem Wochenbett und brauchen Zeit, um wieder zu Kräften zu kommen. Gleichzeitig können sie ihre Rolle als Mutter nicht ausleben, weil das eigene Kind auf einer anderen Abteilung hospitalisiert ist. Väter sind häufig die einzige Verbindungsperson zwischen Mutter und Kind. Ihnen fällt meistens die Aufgabe zu, der Mutter Informationen über Zustand und Aussehen des Kindes zu übermitteln.

Die Studie von Ignell Modé (2014) zeigt, dass Eltern in den ersten Tagen nach der Geburt am meisten Informationen benötigen. Diese drehen sich primär um den Zustand des Kindes. Aufgrund der hohen Belastung von Eltern und der grossen Informationsmenge, ist es sehr hilfreich, wenn Informationen wiederholt werden (Ignell Modé, 2014).

Während der Hospitalisierung des Frühgeborenen pendelt sich der Bedarf auf ein bestimmtes Niveau ein, solange der Informationsfluss durch das Behandlungsteam gewährleistet wird. Zudem gewöhnen sich Eltern langsam an die Situation. Sie entwickeln ein Gefühl von Sicherheit, auch dank der erhaltenen Informationen. (Ignell Modé, 2014)

Vor Austritt steigt der Bedarf an Informationen wieder an, wobei Eltern dann Informationen über die Versorgung zu Hause benötigen. (Ignell Modé, 2014)

#### **4.3.2.2 Menge an Informationen**

Die Menge an erhaltenen Informationen beeinflussen das Gefühl von Vätern die Situation unter Kontrolle zu haben. Sie beschreiben, dass anfänglich zwar sehr viele Informationen übermittelt werden, sie sich dadurch aber sicherer fühlen und die Kontaktaufnahme zum Kind vereinfacht wird. (Ignell Modé, 2014)

Auch bei Müttern konnten Guillaume et al. (2013) ähnliche Erkenntnisse gewinnen. Im Gegensatz dazu beschreiben Smith et al (2012), wie schwierig es anfangs für Eltern ist die vielen Informationen aufzunehmen um sich später daran erinnern zu können.

Ignell Modé (2014) und Jones et al (2015) beschrieben zudem, dass ein Mangel an Informationen nicht nur zu Verunsicherung der Eltern sondern auch zu Interaktionsschwierigkeiten mit Pflegefachpersonen und Ärzten führt.

#### **4.3.2.3 Inhalt von Informationen**

Die gesichteten Studien zeigen, dass Eltern eine breite Palette an Informationen benötigen. So sind Informationen über den Zustand und die Prognose zur Entwicklung des Frühgeborenen gleich nach der Geburt äusserst wichtig (Jones et al., 2015). Diese Informationen sind bedeutungsvoll, um eine Bindung mit dem eigenen Kind eingehen zu können (Ignell Modé et al., 2014). Eltern benötigen Angaben zur Entwicklung von Frühgeborenen um zu wissen, wo sich das eigene Kind im Entwicklungsprozess befindet (Jones et al., 2015). Guillaume et al (2013)

fanden heraus, dass es ein Bedürfnis von Eltern ist zu wissen, was ihr Kind bereits kann und womit es noch Schwierigkeiten hat. Dadurch kann die Kontaktaufnahme vereinfacht und die Bindung zum Frühgeborenen vertieft werden. Eltern über die geplante Therapierung des Kindes und die dafür benötigten Geräte aufzuklären ist notwendig, damit sie sich mit der Situation und der Umgebung vertraut machen können (Turan et al., 2008).

Informationen zu erhalten gibt Eltern, wie bereits beschrieben, ein Gefühl von Sicherheit. Dementsprechend sind präventive Informationen über Situationen die eintreten könnten, wie Änderungen in der Therapie oder Verlegungen auf andere Abteilungen wichtig, um dieses Gefühl von Sicherheit aufrecht zu erhalten (Guillaume et al., 2013). Keine oder falsche Informationen zu erhalten, wirkt sich hingegen negativ auf das Sicherheitsgefühl und das Wohlbefinden der Eltern aus (Jones et al., 2015).

#### **4.3.3 angemessene Kommunikation bieten**

In zwei Studien konnte aufgezeigt werden, dass Informationen mit vielen Fachbegriffen, unbeständige/widersprüchliche Informationen sowie eine aggressive oder wertende Kommunikationsweise eine negative Auswirkung auf Eltern hat. Eltern fühlen sich dadurch inkompetent und nicht willkommen. (Ignell Modé et al., 2014; Jones et al. 2015)

Klar formulierte Informationen hingegen, die wenig Fachbegriffe beinhalten und auf eine offene und ehrliche Weise übermittelt werden, sind für Eltern hilfreich um sich orientieren zu können (Ignell Modé, 2014; Mok & Leung, 2006; Turan et al., 2008). Sowohl das Beantworten von Fragen als auch das unaufgeforderte Übermitteln von Informationen durch Pflegefachpersonen ist für Eltern wichtig, denn dadurch steigt das Vertrauen zu den zuständigen Pflegefachpersonen. Zudem fördert dies das Gefühl von Kontrolle (Jones et al., 2015; Smith et al., 2012; Brett et al., 2011; Mok & Leung, 2011; Turan, 2008). Jones et al. (2015) konnten zudem aufzeigen, dass eine einfühlsame, respektvolle und freundliche Kommunikationsweise durch Pflegefachpersonen den Eltern ein Gefühl von Sicherheit gibt. Mündliche Informationen mehrmals zu wiederholen und diese zusätzlich schriftlich abzugeben wird in mehreren Studien von Eltern als wertvoll empfunden (Ignell Modé, 2014; Brett et al, 2011).

#### **4.3.4 Emotionaler Support anbieten**

In mehreren Studien beschreiben Eltern wie wichtig es für sie ist, sich von Pflegefachpersonen verstanden zu fühlen. Das Gefühl, einen empathischen Zuhörenden vor sich zu haben, hilft Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die der Pflegefachpersonen aufzubauen. In schwierigen Momenten aufmunternde Worte zu hören und sich in den eigenen Entscheidungen bestärkt/bestätigt zu fühlen hilft ebenfalls. (Jones et al., 2015; Mok & Leung, 2006)

Brett et al. (2011) konnten aufzeigen, wie wichtig regelmässige Treffen zwischen Eltern hospitalisierter Frühgeborener und Eltern ehemals hospitalisierter Frühgeborener sind. Dadurch haben Eltern eine Gelegenheit ihre Ängste anzusprechen und damit abzubauen. Der regelmässige Austausch unter Eltern hospitalisierter Frühgeborener fördert den Informationsaustausch und die elterliche Kompetenz.

#### **4.3.5 Eltern-Kind Bindung fördern**

Für viele Eltern von Frühgeborenen ist es schwierig eine Bindung zum eigenen Kind aufzubauen. Die Känguru-Methode ist eine wichtige Massnahme um mit dem Kind in Kontakt zu treten und die gewünschte Bindung aufzubauen (Brett et al., 2011). Brett et al. (2011) konnten zudem aufzeigen, dass diese Methode bei regelmässiger Anwendung das Einfühlungsvermögen zum eigenen Kind signifikant steigern kann. Dies wiederum führt zu einer Kompetenzerweiterung der Eltern und wirkt angsthemmend auf Mütter.

Nicht in jeder Situation ist es möglich die Känguru-Methode anzuwenden.

Körperkontakt in Form von Hand halten oder streicheln wird von Eltern in der Studie von Guillaume et al. (2013) ebenfalls als unterstützend empfunden. Guillaume et al. (2013) sowie Brett et al. (2011) konnten aufzeigen wie wichtig es für Eltern ist vom eigenen Kind ein Foto zu erhalten. Eltern beschreiben, dass sie dadurch einfacher eine Bindung zum eigenen Kind aufbauen können, sich ihm näher fühlen und sich einfacher an die räumliche Trennung gewöhnen können.

#### **4.3.6 Integration der Eltern in die Betreuung und Pflege gewährleisten**

Turan et al. (2008) konnten zeigen, dass das Bedürfnis der Eltern, in die Pflege des eigenen Kindes involviert zu werden, stark ist. Indem Pflegefachpersonen aufzeigen, wie sich Frühgeborene entwickeln und wie man sie berührt und pflegt (Turan et al., 2008), können Eltern mehr Selbstvertrauen aufbauen und elterliche Kompetenzen entwickeln (Smith et al., 2012). Laut Jones et al. (2015) haben Pflegefachpersonen den Auftrag Eltern bei der Pflege des eigenen Kindes zu assistieren, bis sich diese sicher genug fühlen.

#### **4.3.7 Rolle als Elternteil stärken**

Obwohl die Beziehung zum eigenen Kind nach der Geburt ganz frisch ist und viele Eltern keine Erfahrung mit eigenen Kindern oder Frühgeborenen haben, ist es doch wichtig, sie als die wichtigsten Bezugspersonen des Frühgeborenen anzuerkennen (Mok & Leung, 2006).

Mutter- und Vatergefühle entwickeln sich unter anderem dadurch, dass Eltern in die Pflege und Versorgung des eigenen Kindes involviert werden (Mok & Leung, 2006). Weiter ist es für Eltern wichtig, in Entscheidungen über Therapiemassnahmen miteinbezogen zu werden (Brett et al., 2011). Je selbstständiger die Eltern werden, desto wichtiger ist es für sie, Entscheidungen rundum die Versorgung und Pflege des eigenen Kindes fällen zu dürfen und darin unterstützt und gestärkt zu werden (Jones et al., 2015).

## **5. Diskussion**

In vorliegender Arbeit soll geklärt werden, welche pflegerische Interventionen in der Literatur beschrieben werden, die Eltern eines hospitalisierten Frühgeborenen auf einer IMC unterstützen, mit den von ihnen erlebten Herausforderungen umzugehen. In diesem Kapitel wird diskutiert, inwiefern die ermittelten pflegerischen Interventionen den Bedürfnissen von Eltern Frühgeborener gerecht werden und ob die Fragestellung beantwortet werden kann. Anschliessend werden Empfehlungen für die Praxis formuliert.

## **5.1 Gesamtwürdigung der verwendeten Studien**

Als Ergebnis der durchgeführten Literaturrecherche konnten sieben Studien in diese Arbeit eingeschlossen werden. Eine Literaturreview ermittelte effektive Interventionen in der Begleitung von Eltern eines Frühgeborenen (Brett et al., 2011), während vier qualitative Studien erforschten, welche pflegerischen Interventionen für Eltern unterstützend wirkten und für den Bindungsaufbau zum Kind, den Informationsfluss und die Kommunikation förderlich waren (Guillaume et al., 2013; Ignell Modé et al., 2014; Jones et al., 2015; Smith et al., 2012). Eine quantitative Studie ermittelte, welche Art von pflegerischen Interventionen Mütter eines Frühgeborenen erhielten und wie wichtig ihnen diese Interventionen waren (Mok & Leung, 2006). Eine weitere quantitative Studie erforschte den Effekt von stressreduzierenden pflegerischen Interventionen auf den Stresslevel von Eltern Frühgeborener (Turan et al., 2008). Das definierte Setting in der Forschungsfrage dieser Arbeit ist eine IMC. In allen Studien, ausser jener von Jones et al. (2015), waren alle Frühgeborenen auf NICU's hospitalisiert. Die Anforderungen beider Abteilungen weisen Unterschiede auf (siehe Kapitel 2.3), wobei verglichen mit anderen neonatologischen Abteilungen die Begleitung von Eltern Frühgeborener sehr ähnlich ist. Diese Tatsache ist der Verfasserin vorliegender Arbeit bewusst wurde jedoch zugelassen, weil das Ausschliessen von NICU's in der Literaturrecherche einen erheblichen Verlust an Daten bedeutet hätte.

Die inkludierten Studien sind aufgrund ihrer Heterogenität schwer zu vergleichen. Allgemein kann gesagt werden, dass die Forschungsdesigns geeignet waren, um die jeweiligen Forschungsfragen zu beantworten. Lediglich bei der Studie von Turan et al. (2008) ist unklar, weshalb ein RCT durchgeführt wurde. Die Forscher wussten bereits vor der Durchführung der Studie, dass die pflegerischen Interventionen, die sie bei der Interventionsgruppe testen würden stressreduzierend wirken. Trotzdem wurden diese Interventionen der Kontrollgruppe verwehrt. Zudem ist die Randomisierung der Teilnehmenden nicht nachvollziehbar.

Der Forschungsprozess ist in allen Studien nachvollziehbar beschrieben, wobei in der quantitativen Studie von Mok und Leung (2006) auch qualitative Daten gesammelt wurden, deren Datenanalyse und Einfluss auf die Ergebnisse der Studie jedoch ungenügend beschrieben wurden.

Die Ergebnisse aller inkludierten Studien sind grundsätzlich sehr ausführlich vorgestellt und diskutiert worden und weisen klare Gemeinsamkeiten auf.

## **5.2 Interpretation der Ergebnisse**

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen, dass ermittelte pflegerische Interventionen gleiche Themen beschreiben, wie in der Darstellung der Erlebnisse und Bedürfnisse von Eltern Frühgeborener aufgezeigt wird (Kapitel 2.5).

### **5.2.1 Pflegefachperson-Eltern Beziehung**

Eltern möchten wissen wer für das eigene Kind zuständig ist und diese Pflegefachpersonen kennen (lernen) (Stacey et al., 2015). Es konnte ermittelt werden, dass ein Besuch der für das Frühgeborene zuständigen Pflegefachperson auf das Wochenbett kurz nach der Geburt einen positiven Effekt auf die Beziehung zwischen Pflegefachperson und Eltern hat (Brett et al., 2011; Guillaume et al., 2013). Durch die Begleitung der Eltern bei ihrem ersten Besuch auf der neonatologischen Abteilung wird das Gefühl von Sicherheit und Vertrauen gegenüber der begleitenden Pflegefachperson gefestigt (Turan et al., 2008). Darüber hinaus ist es für Eltern wesentlich, dass Pflegefachpersonen einen sicheren und liebevollen Umgang mit dem Frühgeborenen haben und situationsgerecht kompetent auf Bedürfnisse des Frühgeborenen reagieren können (Guillaume et al., 2013).

Die Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Eltern ist essenziell, da erstere die gesamte Familie während der Hospitalisierung des Frühgeborenen am längsten und engsten betreuen und die grösste Informationsquelle sind (Hopwood, 2010).

Die analysierten Studien geben keinen Aufschluss darüber, wie sich die Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Eltern im Verlaufe der Hospitalisierung des Frühgeborenen verändert.

### **5.2.2 Informationsübermittlung und Kommunikation**

Die Gestaltung der Informationsübermittlung zwischen Pflegefachpersonen und Eltern ist während der Hospitalisierung des Frühgeborenen ein zentrales Thema. Ignell Modé et al. (2014) und Smith et al. (2012) zeigen, dass Eltern Informationen wollen und brauchen. Eltern beschreiben, dass sie zwar Informationen rund um das Frühgeborene und die neonatologische Abteilung erhalten, diese jedoch häufig schwer verständlich, unklar formuliert, unzureichend oder gar falsch seien (Guillaume

et al., 2013; Jones et al., 2015; Mok & Leung, 2006). Informationen müssen also einfach und klar formuliert sowie auf respektvolle und einfühlsame Art übermittelt werden (Jones et al, 2015; Mok & Leung, 2006). Weiter sollten Informationen bei Bedarf wiederholt und schriftlich zur Verfügung gestellt werden (Hugill, 2010; Turan et al., 2008).

Die analysierte Literatur zeigt auf, wie die Informationsübermittlung in der ersten Zeit nach der Geburt sein sollte. Darauf, wie die Informationsvermittlung im weiteren Verlauf der Hospitalisierung des Frühgeborenen gestaltet werden sollte und welche Informationen zu welchem Zeitpunkte gegeben werden sollten wird unzureichend eingegangen.

### **5.2.3 Emotionaler Support**

Es ist bekannt, dass Eltern von Frühgeborenen negativere Gefühle erleben als Eltern von gesunden Termingeborenen (Jotzo, 2004). Diese Gefühle können gegenüber dem Kind oder der gesamten Situation erlebt werden und ambivalent sein (Lasiuk et al., 2013; Goncalves & Batoca, 2015; Stacey et al., 2015; Watson, 2010).

In der Studie von Lasiuk et al. (2013) beschreiben Eltern, dass das Angebot von Pflegefachpersonen gegenüber den Eltern über Erlebnisse und Bedürfnisse sprechen zu können, ungenügend ist. Indem Pflegefachpersonen mit Eltern ins Gespräch kommen, ihnen und der schwierigen Situation gegenüber Verständnis zeigen und aktiv zuhören, können betroffene Eltern sich öffnen und über Erlebnisse und Bedürfnisse sprechen (Jones et al., 2015; Mok & Leung, 2006). Auch der Austausch unter Elternpaaren von Frühgeborenen stärkt und hilft Ängste abzubauen (Brett et al., 2011; Goncalves & Batoca, 2015). Zudem wirkt der Austausch mit Familienangehörigen oder Bekannten unterstützend, da diese die betroffenen Eltern kennen (Goncalves & Batoca, 2015).

Die gesichteten Studien geben unzureichend Aufschluss darüber, wie der Austausch unter Elternpaaren von Frühgeborenen und der Austausch der Eltern mit Familiengehörigen und Bekannten gestaltet werden könnte und wie Besuchszeiten auf neonatologischen Abteilungen festgelegt werden sollten.

### **5.2.4 Eltern-Kind Bindung**

Das Bedürfnis der Eltern nach der Geburt beim Kind zu sein, es zu berühren und zu halten, ist ein natürlicher Instinkt, der aufgrund der Trennung des Frühgeborenen von

den Eltern anfangs nur erschwert möglich ist (Jotzo, 2004). Guillaume et al. (2013) beschreiben, dass für Eltern von Frühgeborenen die erste Kontaktaufnahme mit dem Kind eine grosse Herausforderung darstellt.

Um eine Bindung zum Frühgeborenen aufbauen zu können ist es unerlässlich, dass Eltern wissen, wie es ihrem Kind geht. Sie müssen wissen was Frühgeborene in diesem Alter können und wie sie gehalten und berührt werden sollten. (Guillaume et al., 2013)

Brett et al. (2011) zeigen, dass Eltern, die das Frühgeborene regelmässig in der Känguru-Methode halten, eine tiefere Bindung aufbauen und Ängste abbauen können. Ausserdem wird ihr Einfühlungsvermögen dem eigenen Kind gegenüber gestärkt. Die gleichen Autoren beschreiben zusätzlich, dass Fotografien des Frühgeborenen den Eltern helfen, sich dem Kind auch dann näher zu fühlen, wenn sie räumlich getrennt sind.

### **5.2.5 Integration der Eltern in die Pflege und Betreuung**

Stacey et al. (2015) beschreiben, dass Eltern, die in die Pflege ihres Kindes einbezogen werden, positive Gefühle empfinden. Das eigene Kind zu pflegen ist ein starkes Bedürfnis von Eltern Frühgeborener (Turan et al., 2008). Eltern werden kompetente Betreuungspersonen für das eigene Kind, wenn sie in die Pflege und Betreuung involviert werden (vandenBerg & Hanson, 2015). Welche pflegerischen Interventionen die Integration von Eltern Frühgeborener in die Pflege und Betreuung ihres Kindes ermöglichen werden in der analysierten Literatur jedoch ungenügend beschrieben.

Brett et al. (2011) beschreiben, dass, nebst Tätigkeiten rund um die Versorgung des Frühgeborenen, eine Einbindung der Eltern in Entscheidungen zu Therapiemassnahmen zentral ist. Zudem ist erwiesen, dass das Gefühl Mutter oder Vater zu sein unter anderem dadurch entsteht, dass Eltern ein Wissen zur Pflege des eigenen Kindes aufbauen (Mok & Leung, 2006).

### **5.2.6 Rolle als Elternteil**

Smith et al. (2012) weisen darauf hin, dass eine positive Eltern-Kind Bindung die Rollenfindung als Mutter oder Vater günstig beeinflusst.

Eltern von Frühgeborenen müssen diese Rolle unter erschwerten Bedingungen entdecken und entwickeln. Brett et al. (2011) beschreiben, dass, nebst der

Aneignung von Wissen und Fertigkeiten rund um das eigene Kind (Jones et al., 2015), Eltern in Entscheidungen, die beispielsweise die Therapie oder Versorgung des Kindes betreffen, involviert werden müssen.

In diesem Bereich scheint der Prozess, den Eltern von Frühgeborenen durchlaufen, in der analysierten Literatur nur nebensächlich dargestellt zu sein. Daher sind Aussagen über pflegerische Interventionen, die diesen Prozess unterstützen, nicht klar formulierbar.

### **5.3 Theorie-Praxis Transfer**

Die Darstellungen der Kategorienbildung über Bedürfnisse von Eltern und pflegerische Interventionen in den Kapiteln 2.5 und 4.3 zeigen, dass diese Kategorien ineinander verflochten sind. Bedürfnisse von Eltern Frühgeborener können sich gegenseitig beeinflussen und verschiedene Bereiche betreffen. Das gleiche gilt für pflegerische Interventionen: Diese können ein bestimmtes Bedürfnis von Eltern befriedigen, beeinflussen aber auch andere Bereiche.

Der zentralste Aspekt in der Begleitung von Eltern eines hospitalisierten Frühgeborenen ist die Haltung, die Pflegefachpersonen den Eltern gegenüber einnehmen. Pflegefachpersonen muss bewusst sein, dass sie für die kompetente und respektvolle Begleitung der Eltern genauso verantwortlich sind wie für die Pflege des Frühgeborenen. Die Eltern und das Frühgeborene bilden eine untrennbare Einheit. Pflegefachpersonen müssen der Familie mit Offenheit, Respekt und Wertschätzung begegnen. Dadurch wird eine vertrauensvolle Beziehung zu den Eltern aufgebaut, welche die solide Basis für die Zusammenarbeit schafft (Wright & Leahey, 2014).

Die Aufgabe von Pflegefachpersonen in der Begleitung von Eltern Frühgeborener auf einer IMC ist es, mit Eltern gemeinsam zu ermitteln, welche Bedürfnisse bei ihnen aufgrund des Erlebten vorliegen, um in einem nächsten Schritt passende Interventionen abzuleiten. Dafür ist es wesentlich die Eltern kennenzulernen und nebst deren Bedürfnisse auch Ziele und Erwartungen im Bezug auf das Frühgeborene und der Hospitalisierung zu ermitteln (vandenBerg & Hanson, 2015). Das *Calgary Familien-Assessment-Modell* und das *Calgary Familien-Interventions-Modell* sind hierfür geeignete Instrumente (Wright & Leahey, 2014). Weiter ist es essenziell, eine Kontinuität in der Begleitung von Eltern gewährleisten zu können. Das Konzept der Bezugspflege ermöglicht dies (Nagorski, 2008). Dadurch wird die

Valentina De Crosta

Anzahl zuständiger Pflegefachpersonen auf ein Minimum reduziert, damit bis zum Austritt des Frühgeborenen möglichst immer die selben Pflegefachpersonen zuständig sind. Eine solche Begleitung fördert eine vertrauensvolle Beziehung und gegenseitiges Kennenlernen. Hierbei ist es wichtig zu wissen, dass die (Bezugs)Pflegerische Interventionen prozesshaft ist: Bedürfnisse von Eltern Frühgeborener verändern sich während der Hospitalisierung und erfordern eine ständige Anpassung pflegerischer Interventionen. So sind beispielsweise Bedürfnisse und Wahrnehmungen betreffend Informationen sehr individuell und situationsgebunden. Durch die Stetigkeit der zuständigen Pflegefachpersonen ist das Anbieten pflegerischer Interventionen, die individuell den Eltern angepasst werden können, optimal möglich (vandenBerg & Hanson, 2015).

Es kann angenommen werden, dass ohne ein Bewusstsein der Pflegefachpersonen für die emotionale Belastung der Eltern die wirksame Bewältigung der Situation durch die Eltern gestört ist. Damit Eltern von Frühgeborenen mit den Herausforderungen auf einer IMC umgehen können, müssen Pflegefachpersonen ihnen eine Plattform bieten, wo sie über Gefühle und Eindrücke sprechen können. Hierfür sind Kompetenzen in der Gesprächsführung von grosser Wichtigkeit, wobei Pflegefachpersonen vor allem die Rolle des aktiv Zuhörenden einnehmen und auf Ausgesprochenes wie Unausgesprochenes achten sollten (vandenBerg & Hanson, 2015).

In der Einbindung von Eltern in die Pflege des eigenen Kindes, sind Pflegefachpersonen unerlässlich. Sie müssen erfassen, was Eltern bereits wissen und können. Zudem müssen sie in Erfahrung bringen, auf welche Art jedes Elternteil in die Pflege des Kindes miteinbezogen werden möchte und welche Unterstützung sie dabei benötigen. Äusserst wichtig ist, dass Pflegefachpersonen für Eltern unterstützend wirken, indem sie Möglichkeiten schaffen, wo Eltern angeregt werden ständig in Interaktion mit dem Kind zu bleiben.

Pflegefachpersonen tragen die Verantwortung Eltern in ihrer Rolle wahrzunehmen und sie in ihrer Rollenfindung zu begleiten. Dieser Prozess kann unterstützt werden, indem Eltern in Entscheidungsprozessen rund um das eigene Kind einbezogen werden.

## **6. Schlussfolgerung**

Die Ergebnisse vorliegender Arbeit zeigen, dass Pflegefachpersonen auf einer IMC sich in einer anspruchsvollen Situation befinden. Sie bewegen sich zwischen der empathischen Begleitung von Eltern und der fachlich anspruchsvollen Versorgung von Frühgeborenen. Eine individuelle und familienzentrierte Begleitung kann durch die Bezugspflege ermöglicht werden. Das *Calgary Familien-Assessment-Modell* und das *Calgary Familien-Interventions-Modell* (Wright & Leahey, 2014) sind geeignete Instrumente, um in einem Gespräch Bedürfnisse von Eltern zu ermitteln und individuelle Interventionen zu planen. Weiter sind vertiefte Kompetenzen in der Gesprächsführung mit Eltern notwendig, die durch regelmässige Weiterbildungen erweitert und verfeinert werden können. Pflegespezifische Fallbesprechungen helfen die Haltung von Pflegefachpersonen gegenüber Eltern Frühgeborener und deren Begleitung zu reflektieren.

### **6.1 Empfehlungen für die Pflegeforschung**

Weitere Forschung zum Thema ist notwendig um aussagekräftige Empfehlungen für die Praxis machen zu können. Es sind qualitative Längsschnittstudien zu Erfahrungen und Bedürfnissen von Eltern notwendig, um zu untersuchen wie sich diese während der Hospitalisierung des Frühgeborenen verändern und zu ermitteln welche Bedürfnisse Eltern zu welchem Zeitpunkt haben. Weiter sollte untersucht werden mit welchen Massnahmen Pflegefachpersonen Eltern in ihrer Rollenentwicklung unterstützen können.

### **6.2 Limitationen dieser Arbeit**

Für die Thematik relevante Forschungsliteratur wurde für die Beantwortung der Fragestellung womöglich nicht aufgenommen, da eine systematisierte Literaturrecherche durchgeführt wurde. Zudem besteht die Gefahr, dass Inhalte inkludierter Studien unterschiedlich interpretiert wurden. Durch die grosse Reichweite der gestellten Frage und die tiefe Anzahl inkludierter Studien wurden Interventionen eher oberflächlich beschrieben.

## Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H. & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung, Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Urban & Fischer.
- Behrens, J. & Langer, G. (2016). *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. Bern: Hogrefe.
- Brett, J., Staniszevska, S., Newburn, M., Jones, N. & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2010-000023
- Bundesamt für Statistik. (2016). *Gesundheit der Neugeborenen*. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/key/04.html>
- CASP UK – Better Value Healthcare Ltd. (2013). *Critical Appraisal Skills Programme – Making sense of evidence*. Heruntergeladen am 05.10.2016 von <http://www.casp-uk.net/checklists>
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence Based Nurse*, 12(4), 99-101.
- Doming, M., Elger, C. E. & Rasel, A. (2009). *Neurokommunikation im Eventmarketing*. Abgerufen von: <http://swb.bsz-bw.de>.
- Goncalves Vieira Fernandes, N. & Batoca Silva, E. M. (2015). Parents' experience during the hospitalisation of the preterm infant. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 107-115. doi:10.12707/RIV14032
- Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., Lescure, S., ... Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicentre study with 60 parents. *BMC Pediatrics*, 13(18). doi:10.1186/1471-2431-13-18
- Herting, E. (2010). Kinder mit besonderen Risiken. In G. Jorch & A. Hübler (Hrsg.), *Neonatologie – Die Medizin des Früh- und Reifgeborenen* (S. 70–85). Stuttgart: Thieme Verlag.

- Hopwood, R. (2010). The role of the neonatal nurse in promoting parental attachment in the NICU. *Infant*, 6, 54-58.  
[http://www.infantgrapevine.co.uk/journal\\_article.html?RecordNumber=6035](http://www.infantgrapevine.co.uk/journal_article.html?RecordNumber=6035)
- Hugill, K. (2010). The Neonatal Environment and Care of Families. In M. Meeks, M. Hallsworth & H. Yeo (Hrsg.), *Nursing the Neonate* (S. 51–64). West Sussex: Wiley – Blackwell.
- Ignell Modé, R., Mard, E., Nyqvist, K. H. & Blomqvist, Y. T. (2014). Fathers' perception of information received during their infants' stay at a neonatal intensive care unit. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5, 131-136.  
 doi:10.1016/j.srhc.2014.05.001
- Jones, L., Taylor, T., Watson, B., Fenwick, J. & Dordic, T. (2015). Negotiating Care in the Special Care Nursery: Parents' and Nurses' Perceptions of Nurse-Parent Communication. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 71-80.  
 doi:10.1016/j.pedn.2015.03.006
- Jotzo, M. (2004). *Trauma Frühgeburt? Ein Programm zur Krisenintervention bei Eltern – Entwicklung und Evaluation eines Interventionsprogramms für Eltern Frühgeborener während des Klinikaufenthaltes des Kindes*. Frankfurt am Main: Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Lang, C. (2009). *Bonding. Bindung fördern in der Geburtshilfe*. München: Urban & Fischer.
- Lasiuk, G. C., Comeau, T. & Newburn-Cook, C. (2013). Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, Heruntergeladen von <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/S1/S13> am 30.09.2016
- Law, M. Stewart, D., Pollok, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Critical Reviews Form – Quantitative Studies*. Abgerufen am 05.01.2017 von [https://www.unisa.edu.au/Global/Health/Sansom/Documents/iCAHE/CATs/McMasters\\_Quantitative%20review.pdf](https://www.unisa.edu.au/Global/Health/Sansom/Documents/iCAHE/CATs/McMasters_Quantitative%20review.pdf)
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Mok, E. & Foon Leung, S. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 726-734.  
 doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01359.x

- Nagorski, A. (2008). Promoting Maternal Confidence in the NICU. *Journal of Pediatric Health Care*, 22, 254-257. doi:10.1016/j.pedhc.2007.12.012
- Polleit, H., Stiefel, A. & Ortmeier, E. (2013). Das gefährdete und das kranke Neugeborene. In A. Stiefel, C. Geist & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde – Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (S. 674-695). Stuttgart: Hippokrates.
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Smith, V. C., Steel Fisher, G. K., Salhi, C. & Shen, L. Y. (2012). Coping With the Neonatal Intensive Care Unit Experience – Parents' Strategies and Views of Staff Support. *Journal of perinatal & neonatal nursing*, 4, 343-352. doi:10.1097/JPN.0b013e318270ffe5
- Stacey, S., Osborn, M. & Salkovskis, P. (2015). Life is a rollercoaster... What helps parents cope with the Neonatal Intensive Care Unit? *Journal of Neonatal Nursing*, 21, 136-141. doi:10.1016/j.jnn.2015.04.006
- Swiss Society of Neonatology (2012). *Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland*. Heruntergeladen von [http://www.neonet.ch/files/6214/3393/7303/2012\\_12\\_06\\_Levels\\_of\\_Neonatal\\_Care.pdf](http://www.neonet.ch/files/6214/3393/7303/2012_12_06_Levels_of_Neonatal_Care.pdf) am 18.10.2016
- Turan, T., Basbakkal, Z. & Özbek, S. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2856-2866. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x
- vandenBerg, K. & Hanson, M. J. (2015). *Frühgeborene pflegen – Eltern beraten und begleiten: Praxishandbuch zur Elternberatung und Entlassungsplanung von Früh- und Neugeborenen*. Bern: Hogrefe.
- von der Wense, A. & Bindt, C. (2013). Psychosomatische Aspekte der frühen Eltern-Kind-Beziehung und der Kindesentwicklung nach Frühgeburt. In Schulte-Markwort, M. & Resch, F. (Hrsg.), *Risikofaktor Frühgeburt – Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. (S. 68 – 101). Weinheim: Beltz.
- Wagner, E. M. (2008). Pflege von Frühgeborenen. In M. Hoehl & P. Kullick (Hrsg.), *Gesundheits- und Kinderkrankenpflege* (S. 623-642). Stuttgart: Georg Thieme.
- Watson, G. (2010). Parental liminality: a way of understanding the early experiences  
Valentina De Crosta

of parents who have a very preterm infant. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1462-1471. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03311.x

Wilhelm, B.(2015). *Kompetenz- und Autonomieerleben in der Elternrolle. Elterliche Bedürfnisse im Kontext der Erziehung*. Berlin: Köster.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2014). Familien-Assessment und Familien-Interventionen: Ein Überblick. In B. Preusse-Bleuler (Hrsg.), *Familienzentrierte Pflege: Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen* (S. 29-44). Bern: Huber.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2014). Das Calgary Familien-Assessment-Modell und das Calgary Familien-Interventions-Modell: Theoretische Grundlagen. In B. Preusse-Bleuler (Hrsg.), *Familienzentrierte Pflege: Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen* (S. 45-68). Bern: Huber.

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1. Kategorisierung Erlebnisse und Bedürfnisse .....	6
Abbildung 2. Übersicht Literaturrecherche.....	13
Abbildung 3. Kategorisierung pflegerische Interventionen.....	29

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einteilung Frühgeborener nach Geburtsgewicht.....	4
Tabelle 2: Einteilung neonatologische Abteilungen in der Schweiz.....	5
Tabelle 3: verwendete Schlagwörter zur Literaturrecherche. ....	9
Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien.....	10
Tabelle 5: Numerische Zuordnung der Ebenen der 6S-Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009).....	12
Tabelle 6 : Übersicht verwendeter Studien.....	14
Tabelle 7: Beurteilung Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008).....	17
Tabelle 8: Beurteilung Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985).....	18
Tabelle 9: Beurteilung Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985).....	20
Tabelle 10: Beurteilung Gütekriterien Lincoln und Guba (1985).....	21
Tabelle 11: Beurteilung Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008).....	23
Tabelle 12: Beurteilung Gütekriterien Lincoln und Guba (1985).....	25
Tabelle 13: Beurteilung Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008).....	27

## **Wortzahl**

Abstract:	199 Wörter
Arbeit	7345 Wörter (exklusive Abstract, Literaturverzeichnis, Quellenverzeichnis, Abbildungen, Tabellen, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge)

## **Danksagung**

Ich möchte mich hiermit ganz herzlich bei Frau Barbara Preusse-Bleuler für die kompetente und aufschlussreiche Beratung während der Erstellung vorliegender Arbeit bedanken. Mein Dank geht auch an Sina Galliker und Linda Steiner für das Lektorat.

## **Eigenständigkeitserklärung**

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

Valentina De Crosta

---

Luzern, 14. April 2017

## Anhänge

### Anhang A: Protokolle Datenbankrecherche

CINAHL Recherche November 2016

Nr	Such- begriffe	Ab- stracts (=Re- sults)	Anz. Abstract gelesen	Rele- vante Artikel (Anz + Autor)	eingeschlossene Artikel
1	Infant, Premature	15784			
2	Childbirth, Premature	6566			
3	Family	30393			
4	Family Centered Care	5462			
5	Parents	30997			
6	Neonatal Intensive Care Nursing	2597			
7	Intensive Care Units, Neonatal	8953			
8	Support, Psychoso- cial	50166			
9	support	236613			
10	support AND needs	156			
11	Nursing Interven- tions	6310			
12	1 AND 3 AND 6	13	1	0	
13	1 And 3 And 7	36	2	1	Howland_2007
14	1 And 3 And 9	35	8	1	Freund_Boone_Barlow_Lim_2005
15	1 AND 3 AND 11	3	0	0	

16	1 AND 4 AND 6	46	8	3	Fegran_Fagermoen_Helseth_2008, Smith_Steel_Salhi_Shen_2012, Jones_Taylor_Watson_Fenwick_Dordic_2015
17	1 AND 4 AND 7	76	7	1	Goldstein_2013
18	1 AND 5 AND 6	53	6	2	Tran_Medhurst_O'Connel_2009; Wielenga_Smit_Unk_2006 +2 (bereits gefunden) Smith_Steel_Salhi_Shen_2012, Turan_et al_2008
19	1 AND 5 AND 7	75	14	5	Geetanjli_et al_2012, Weiss_Goldlust_Vaucher_2012, Hopwood_2010, Kowalski_et al_2006, Blanche_et al_2009, +4 (bereits gefunden) Tran_2009, Fegran_et al_2008, Turan_et al_2008, Smith_et al_2012
20	1 AND 5 AND 11	9	3	1	(bereits gefunden) Turan_et al_2008
21	1 AND 5 AND 8	27	4	4	(bereits gefunden) Tran, Turan, Smith, Blanche

### Cochrane Library November 2016

Nr	Suchbegriffe	Abstracts (=Results)	Anz. Abstract gelesen	relevante Artikel (Anzahl + Autor)	eingeschlossene Artikel
1	Infant, Premature	3205			
2	Parents	3502			
3	Family	7043			
4	Family Nursing	29			
5	Intensive Care Units, Neonatal	580			
6	Infant, Premature AND Parents AND Intervention	104 bzw. Durch Limit 74	2		1 Dennis_et al_2013
7	Infant, Premature AND Family	125	1		1 Hodnett_et al_2010
8	Infant, Premature AND Parents	215	3		0

9 Infant, Premature AND Parents AND Support	226	0
10 Infant, Premature AND Parents AND Nursing interventions	0	

### MIDIRS November 2016

Nr	Suchbegriffe	Abstracts (= Results)	Anz. Abstract gelesen	Relevante Artikel (Anzahl und Autor)	eingeschlossene Artikel
1	Infant Premature	7553			
2	Parents	1372			
3	NICU or Intensive Care-neonatal	2789			
4	Nursing support	56			
5	support	31			
6	intervention	11177			
7	family	646			
8	nursing	1778			
9	Family Centered Nursing	0			
10	Family Nursing	0			
11	1 AND 2 AND 3	52	7		1 Jotzo_Poets_2005
12	1 AND 2 AND 4	3	1		1 Rowe_Jones_2008
13	1 AND 2 AND 5	0			
14	1 And 2 AND 6	15	5		2) Brett_et al_2011,Melnyk_et al_2002, +2 Turan_2008 (schon gefunden), Jotzo_Poets_2005 (siehe oben
15	1 AND 2 AND 8	0			
16	1 AND 8 AND	0			

5				
17	1 AND 8 AND 4	0		
18	1 And 8 AND 6	2	1	1) Turan_2008 (bereits gefunden)

### PsychInfo Oktober 2016

Nr	Suchbegriffe	Abstracts	Abstracts gelesen	Relevante Artikel	Eingeschlossene Artikel
1	premature birth	4762			
2	Life experiences	25268			
3	Neonatal Intensive Care	1305			
4	parents	80087			
5	perception	300772			
6	1 and 4	752			
7	2 and 6	14		5	2 Farooqui, 2016; Watson, 2010;
8	parent child relations	25213			
9	1 and 2 and 8	1			1 Farooqui, 2016
10	2 and 3 and 4	11		6	2 Turner, 2015; Turner, 2014
11	1 and 2 and 3	5		4	

### PsychInfo November 2016

Nr	Suchbegriffe	Abstracts	Anz Abstracts gelesen	relevante Artikel	eingeschlossene Artikel in BA
1	Premature Birth	4778			
2	Family	44679			
3	Nuclear Family	412			
4	Parents	80440			
5	Neonatal Intensive Care	1317			
6	Nursing	17819			
7	support	391565			
8	1 and 4 and 6	12		6	4: Modé_Mard_Blomqvist _2013, Mok_et al_2006, O'Brien_Leahy_2013, Turan_et al_2008
9	1 and 2 and 6	0			2: Macdonell_et al_2015,

				Stacey_Osborn_Salko vskis_2015
10	1 and 3 and 6	0		
11	1 and 4 and 5	87	4	0
12	1 and 4 and 7	94	5	2: Whittingham_Boyd_Sa nders_Colditz_2013, Tooten_et al_2013
13	1 and 4 and 6 and 7	9	2	2: O'Brien_Leahy_2013, Mok_et al_2006
14	1 and 2 and 7	20	2	0

### Pubmed November 2016

Nr	Suchbegriffe	Abstracts	Anzahl relevante Abstract gelesen	relevante Artikel	eingeschlossene Artikel
1	Infant, Premature	46760			
2	Family	265969			
3	Family Nursing	1221			
4	Parents	86865			
5	Intensive Care Units, Neonatal	11124			
6	Neonatology	2310			
7	support	8494480			
8	Nursing Process	79297			
9	nursing intervention	30580			
10	1 AND 2 AND 5	63	8		5 Morey_Gregory_2012, Ichijima_et al_2011, Cone_2007, Johnson_2008, Jones_et al_2007 +1 (bereits gefunden) Turner_2014
11	1 AND 2 AND 6	41	1		1 (bereits gefunden) Kowalski_2006
12	1 AND 2 AND 7	104	4		3 Oswalt_et al_2013, Staniszewska_et al_2012, Rowe_et al_2008 +2 (bereits gefunden) Tuner_2014, Ichijima_2011
13	1 AND 2 AND 8	33	2		1 Montirosso_et al_2011, +1 Staniszewsk_2012

14 1 AND 2 AND 9	56	6	4 Siewert_Cline_Segre_2015, Holditch-Davis_et al_2014, Segre_et al_2013, Benzies_et al_2013 +1 Turan 2008
---------------------	----	---	---

## **Protokolle Datenbankrecherche zu Kapitel 2.5**

**CINAHL** September 2016

<b>Nr. Suchbegriffe</b>	<b>Abstracts</b>	<b>Abstracts gelesen</b>	<b>Relevante Artikel</b>	<b>eingeschlossene Artikel</b>
1 Infant Premature (cinahl heading) Limit: Abstract available, publication year 2006-2016	4704			
2 parents (cinahl heading), Limit: Abstract available, publication year 2006-2016	8733			
3 Life experience (cinahl heading), Limit: Abstract available, publication year 2006-2016	4962			
4 1 and 2 and 3 Limit: Abstract available, publication year 2005-2016	8	3	1	Watson, 2010
5 Childbirth, Premature (cinahl heading), Limit: Abstract available, publication year 2006-2016	2451			
6 2 and 3 and 5	1			
7 2 and 5 Limit: Abstract available, publication year 2006-2016	22	3		
8 experience or perception, limit: Abstract available, publication year 2006-2016	134708			

9	1 and 2 and 8, limit: Abstract available, publication year 2006- 2015	60	19	5	Goncalves, 2014; Tran, 2009; Smith, 2012; Sweet, 2012; Turan, 2008;
10	2 and 5 and 8, limit: Abstract available, publication year 2006-2016	7	0		

### Pubmed September 2016

Nr.	Suchbegriffe	Abstracts	Abstracts gelesen	Relevante Artikel	Eingeschlossene Artikel
1	"Infant, Premature" (Mesh) Filter: Abstract; published in the last 10 years	46540			
2	"parents" (Mesh) Filter: Abstract; published in the last 10 years	86181			
3	experience (keyword)	516562			
4	1 and 2 and 3 Filter: Abstract; published in the last 10 years	109	17	5	Sloan, 2008; Lundqvist, 2007; Lindberg, 2007; Aagaard 2008; Russel 2014
5	"premature birth" (Mesh) Filter: Abstract, published in the last 10 years	7894			
6	2 and 5 Filter: Abstact, published in the last 10 years	285			
7	2 and 3 and 5	27	4	2	Lasiuk, 2013; deSouza, 2007

## Anhang B: Zusammenfassung der Studie

Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, N. & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*, 17. doi:10.1136/bmjopen-2010-000023

Einleitung Forschungsfrage Population und Stichprobe	Design/Methode	Analyse/Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Hintergrund/Konzept/Problem:</u> Es ist erwiesen, dass die Geburt eines FG eine intensive und stressvolle Zeit für Eltern/Familien ist. Zudem haben diese Mütter eine höhere Wahrscheinlichkeit an einer postnatalen Depression zu erkranken als Mütter eines gesunden NG. Väter von FG berichten, sich häufig isoliert zu fühlen, weil die Sorge primär dem FG und der Mutter gilt. Zudem verursacht der Gedanke das eigene, jetzt fragil aussehende Kind eines Tages nach Hause zu nehmen, zusätzlichen Stress.</p> <p><u>Forschungsfrage/Hypothese/Zweck:</u> Effektive Interventionen für Kommunikation mit, Support von und Informationsgabe an Eltern eines hospitalisierten Frühgeborenen ermitteln.</p> <p><u>Argumente</u> <u>Forschungsbedarf:</u> Diese</p>	<p><u>Design:</u> systematic mapping review</p> <p><u>Datenbanken:</u> Medline, Embase, PsychINFO, Cochrane library, Index von Allied Health Literature, Midwives Information and Resource Service, Health Management Information Consortium und Health Management and Information Service</p> <p><u>Literatur:</u> Handrecherche in Journals ab 1980 in Neonatal Network Journal, Journal of Neonatal Nursing, Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing.</p> <p>Eine Updaterecherche fand im Oktober 2009 statt.</p> <p><u>Suchbegriffe:</u> Unterschiedliche MeSH terms und Freitext (keine nähere Spezifikation angeben)</p> <p><u>Suchperiode:</u> Januar 1980 bis Oktober 2006</p> <p><u>Einschlusskriterien Studien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outcomes durch Eltern von FG <math>\leq</math> 36 SSW.</li> <li>- Outcomes, die durch Eltern rapportiert wurden (also keine Outcomes über betroffene Eltern, die durch Fachpersonen mitgeteilt wurden) über Interventionen bzgl. Informationsabgabe auf einer neonatologischen Abteilung und nach Austritt.</li> <li>- Outcomes von Eltern über Interventionen bzgl. Kommunikation mit Fachpersonen auf einer Neonatologie und nach Austritt.</li> <li>- Outcomes von Eltern über Interventionen bzgl. Erhaltenem Support auf einer Neonatologie oder nach Austritt.</li> </ul>	<p><u>Zentrale Ergebnisse/Resultate:</u> Interventionen zum Support von Eltern beinhalteten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Programm für individuelle Entwicklung- und Verhaltensbezogene Pflege (z.B. Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE), Neonatal Individualised Developmental Care and Assessment Programme (NIDCAP), Mother-Infant Transactin Programme (MITP)).</li> <li>(2) Verhaltensbezogene Erfassungsinstrumente (auf FG bezogen)</li> <li>(3) Stillen, Känguru-Pflege, Babymassage-Programme</li> <li>(4) Support-Forum für Eltern</li> <li>(5) Linderung von elterlichem Stress</li> <li>(6) Eltern auf das erste Sehen des FG vorbereiten</li> <li>(7) Kommunikation und Information</li> <li>(8) Austrittsplanung</li> <li>(9) Home-support Programme</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 14 Studien (9 davon waren RCT's) zeigten (auch eingeschlossene qualitative Studien), dass das Miteinbeziehen von Eltern durch ein Programm für individuelle entwicklungs- und verhaltensbezogene Pflege signifikant mütterlichen Stress reduziert. Von diesen Studien ergaben ein paar, dass kein Unterschied bzgl. Stresslevel zu messen war (ob mit oder ohne einem solchen Instrument). Auch bzgl. Schulung, Interaktion mit FG und eigene Elternrolle ergab ein RCT kein signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe. Andere Studien (v.a. qualitative) gaben an, einen Unterschied im Stresslevel zu machen.</li> <li>(2) 3 cross-sectional Studien zeigten, dass das Erfassen und Interpretieren vom Verhalten des eigenen FG durch Mütter die Mutter-Kind-Bindung förderte und mütterliche Angst zu reduzieren vermag.</li> <li>(3) Stillen: 3 cross-sectional Studien zeigten, dass Eltern, die bzgl. Stillen unterstützt wurden auch noch 1 Monat nach Austritt am wahrscheinlichsten stillten. Praktische Hilfestellungen, Informationsabgaben und Infomaterial förderten das Selbstvertrauen der Mütter bzgl. dem Stillen. Känguru-Pflege: 6 Studien (2 davon RCTs) zeigten, dass die Känguru-Pflege mütterliche Angst signifikant reduzierte. Zudem förderte es das Gefühl von mehr Kompetenz (der Mutter) gegenüber dem eigenen Kind und mehr Einfühlungsvermögen zum FG. Eine cohort-study zeigte eine bessere Mutter-Kind-Beziehung und eine bessere Wahrnehmung bzgl. der Bedürfnisse des Kindes. Massage: zwei Studien zeigten, dass Eltern, die nach 3 Monaten ihr Kind noch</li> </ol>	<p><u>Schlussfolgerungen und klinische Implikationen:</u> Durch die positiven Effekte solcher Interventionen konnten einige Studien, dass die Aufenthaltsdauer kürzer und die Gefahr einer Rehospitalisierung niedriger war.</p> <p><u>Limitationen:</u> Die Reviews verwendete RCT's und qualitative Studien. Im Ergebnisteil wurden diese zwar klar deklariert, die Gefahr von Bias steigt dadurch jedoch. Die meisten Studien sind aus den USA, was eine Übertragung auf das vereinigte Königreich schwierig macht. Obwohl die Interventionen für beide Elternteile erforscht wurden, waren nicht beide Geschlechter gleich repräsentiert. Auch Gruppen wie ethnische Minderheiten, Individuen mit niedrigerem Einkommen oder junge Eltern waren weniger stark repräsentiert.</p> <p><u>Zukünftige Forschung:</u> Eine weitere Forschung mit dem gleichen Ziel sollte in dem Vereinigtem Königreich durchgeführt werden, wobei die unterrepräsentierten Gruppen</p>

<p>Review ist durchgeführt worden, um in einem nächsten Schritt ein Pflegemodell für Neonatologien entwickeln zu können (POPPY).</p>	<p>- Studiendesign: RCT's, quasi-experimentell, cohort, case-control, cross-sectional, case series, case reports, qualitativ:  - überstanden ein Minimum an Qualitätskriterien  - publiziert zwischen Jan 1980 und Okt 2009  - in englischer Sprache</p> <p><u>Ausschlusskriterien Studien:</u>  - Outcomes von Eltern mit einem kranken Neugeborenen  - Outcomes, die durch Fachpersonen kommuniziert wurden  - Editorials oder Stellungnahmen  - stark fehlerhafte Studien  - Studien in nicht englischer Sprache  - Publikation vor Jan 1980</p> <p><u>Eingeschlossene Studien:</u>  19 RCT's, 16 Cohort oder quasi-experimental Studien, 37 nicht-Interventionsstudien, n= 72. Die qualitativen Studien ergaben eine zu hohe Anzahl an Interventionen, was keine Meta-Analyse ermöglichte, wurden aber trotzdem miteingeschlossen.</p> <p><u>Ethik:</u> Die South East Ethics Research Unit gab die Erlaubnis zur Durchführung dieser Review.</p> <p><u>Analyseverfahren:</u>  Die Qualität der Studien wurde anhand der Guidelines vom NHS Centre for Reviews and Dissemination gemessen.  Zwei Forscher bearbeiteten unabhängig voneinander 20% der gefundenen Studien und diskutierten diese gemeinsam durch. Bei Unstimmigkeiten wurde ein dritter Forscher hinzugeholt. Da die beiden Forscher häufig gleicher Meinung waren wurden die restlichen Studien von einem einzelnen Forscher angeschaut und von einem zweiten Forscher überprüft.  Die Evidenz der einzelnen Studien wurde anhand des Scottish Intercollegiate Guidelines Assessment durchgeführt.</p>	<p>massierten eine tiefere Bindung verspürten.</p> <p>(4) 9 Studien zeigten die Vorteile an der Teilnahme von Support-Gruppen/Treffen (egal ob durch Fachpersonen oder Eltern organisiert). Qualitative Studien zeigten, dass professionell geführte Support-Treffen hilfreich waren. Eltern fühlten sich unterstützt, sie konnten praktische Informationen erhalten (z.B. darüber, wie sie mit dem eigenen Kind besser in Kontakt treten können), fühlten sich weniger ängstlich, konnten einfacher mit Fachpersonen sprechen und wurde als Chance gesehen elterliche Kompetenzen zu erweitern. Qualitative Studien zeigten auch, dass von Eltern (die mit FG früher hospitalisiert waren) organisierte Support-Treffen ebenfalls wichtig waren. Eltern fühlten sich unterstützt, erhielten Informationen und emotionalen Support. Zudem hatten sie mehr Raum, um Sorgen und Probleme anzusprechen und sie fühlten sich von der Erfahrung anderer Eltern getröstet.</p> <p>(5) 7 Studien (davon 4 RCTs) zeigten, dass Informationen (z.B. Videos) über Strategien zur Stresslinderung signifikant zur Stressreduktion führten.</p> <p>(6) Ein RCT zeigte, dass Eltern, die vor dem Besuch ein Foto vom eigenen Kind erhielten, sich auf die Situation einstellen konnten und vereinfacht eine Bindung mit dem Kind aufbauen konnten. Eine qualitative Studie zeigte wie wichtig es ist, dass risikoschwangere Eltern die neonatologische Abteilung vorgängig sehen können. Dies kann zu einer Angstreduktion führen und den Eltern zeigen, wer zum Kind schauen wird. Andererseits äusserten ein paar Eltern, dass diese Situation auch mehr Angst machen kann, vor allem dann, wenn keine Pflegefachperson die Eltern betreut.</p> <p>(7) Ein RCT belegte, dass eine Tonaufnahme von einem Arztgespräch für viele Eltern gut war, um Informationen besser abspeichern zu können (bei Bedarf konnte die Tonaufnahme zu Hause erneut abgespielt werden). Eine cohort Studie zeigte, dass ein regelmässiger Austausch zwischen Eltern und Pflegefachpersonen positiv war bzgl. der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Eine weitere cohort Studie zeigte, dass Eltern durch die Möglichkeit eines Videochatts einen besseren Kontakt zur Neonatologie hatten. Qualitative Studien zeigten, dass Pflegefachfrauen, die Fragen stellen und Eltern motivieren Fragen zu stellen einen positiven Einfluss hatten. Zudem war die Fürsorge der Pflege gegenüber Eltern und das ebenbürtige Kommunizieren förderlich. Ein ungezwungenes Plaudern war ebenfalls für viele Eltern wichtig. Ineffektive Kommunikation fand dann statt, wenn keine Fragen erlaubt waren und wenn Pflegenden nicht kontrollierten, ob die Eltern alles verstanden hatten oder bei unregelmässigen/unstimmigen Informationen. Eine cross-sectional Studie konnte zeigen, dass das Anwenden eines Webprogramms (BabyLink) für Eltern hilfreich war, um Informationen zu erhalten und vereinfachte die Kommunikation über schwierige Themen/Situationen. 3 qualitative Studien zeigten, dass ein Informationsbüchlein das Selbstwertgefühl der Eltern, sowie dessen Pflegekompetenzen steigerte. Die Eltern konnten dort weitere Notizen eintragen und Fortschritte festhalten.</p> <p>(8) Nicht relevant  (9) Nicht relevant</p>	<p>mehr gewichtet werden sollen.</p>
--	--	---	--------------------------------------

Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., Lescure, S., ... Caeymaex, L. (2013). Parent's expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. BMC Pediatrics, 13:18. doi:10.1186/1471-2431-13-18

Einleitung Forschungsfrage Population und Stichprobe	Design/Methode	Analyse/Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Hintergrund/Konzept/Problem:</u> Eltern erleben eine besonders schwierige Zeit. Sie können Stress, Depressionen und posttraumatischen Stress erleben. Eltern sind zudem von der Pflege abhängig, die NICU Umgebung ist ihnen fremd und die Prognose des Kindes ist meist ungewiss. NICU Interventionen, die mütterlichen Stress und Depression lindern, Interaktionen zwischen Mutter und Kind fördern sind zentrale Aspekte der Pflege eines FG. Unterschiedliche Studienergebnisse belegen, dass solche Interventionen wirksam sind und das elterliche und kindliche Wohlbefinden fördern.</p> <p><u>Forschungsfrage/Hypothese/Zweck:</u> Objective: erforschen, wie eine frühe Bindung zwischen Eltern und FG sich entwickelt und was Eltern an pflegerischen Massnahmen erwarten/bzw. hilfreich fanden oder erwartet hätten. Was war</p>	<p><u>Design:</u> in-depth qualitative prospective multicenter study. Qualitative Methode erlaubt die Sicht der Eltern kennenzulernen</p> <p><u>Teilnehmer:</u> Einschlusskriterien → Französisch sprechen können, FG &lt; 32. SSW, war zum Zeitpunkt der Erhebung 15-30 Tage alt, ohne gravierenden Diagnosen oder akute klinische Verschlechterungen. Forscher definierten die Samplegrösse auf 30 Müttern und 30 Vätern (10 pro Geschlecht und Spital).</p> <p><u>Setting:</u> 3 tertiär Zentren in der Region von Paris. Alle 3 waren 24h für Eltern zugänglich und ermöglichten den Eltern telefonisch in Kontakt zu bleiben. Grundsätzlich durften nur die Eltern zu Besuch kommen. Zu regelmässigen Abständen wurden Gespräche mit dem Arzt organisiert (um über die Situation zu sprechen).</p> <p><u>Messinstrument/Datenerhebung:</u> semi-direktive (also strukturierte) Interviews wurden von einem Sozialpsychologen durchgeführt, der nichts mit der NICU zu tun hatte. Väter und Mütter wurden separat interviewt. Der Interviewguide wurde durch eine Review von Literatur und 10 vorgängigen durchgeführten Interviews, die dann in einer Fokusgruppe von Pflegefachpersonen diskutiert wurden.</p>	<p><u>Resultate:</u> 68 Elternteil wurde kontaktiert, 60 machten schlussendlich mit (16 Paare und 14 Elternteile ohne Partner.)</p> <p>Tabelle 1 zeigt die Demographischen Daten (Eltern: Alter mit M und SD, Berufsgruppe, Zivilstand, Geburtsort der Eltern, Menge an Paare mit früheren FG, Anzahl Paare mit künstlicher Befruchtung, Kaiserschnitt ja/nein. FG: Geschlecht, Zwilling/Mehrling?, Hirnblutung?, Beatmung?, Beatmungsform?, Sepsis?, NEC?, PDA Verschluss?, Transfusion?)</p> <p><b>Thema 1: Gefühl einer frühen Bindung</b> Mütter beschrieben 3 Dinge, die halfen eine Bindung mit dem Kind zu spüren: Körperkontakt, ein grösseres (Fach)-wissen, ein Gegenstand/Tuch mit dem Geruch der Mutter dort lassen. Die meisten Väter sagten spontan, dass sie damit einverstanden waren das FG zu tragen, obwohl sie Interaktionen ohne Körperkontakt (z.B. nur anschauen oder mit ihm sprechen) bevorzugt hätten. Die meisten Väter sagten, dass sie Körperkontakt zum Kind hatten, um auch die Frau psychologisch zu unterstützen. Viele Väter empfanden das Stillen als sehr wichtig, Mütter zwar auch, doch sahen diese auch die vielen Probleme wie Abpumpen etc.</p> <p><b>Thema 2: Einfluss von Pflegefachpersonen in der Interaktion und der Wahrnehmung der elterlichen Rolle</b> Die meisten Eltern äusserten von der Pflegefachperson abhängig zu sein (weil diese das eigene Kind pflegt). Eine fürsorgliche/liebvolle Haltung gegenüber das Kind gab Vätern und Müttern ein besseres Gefühl, sie empfanden die NICU als weniger bedrohlich. Die Möglichkeit als Elternteil mit dem Kind in Kontakt treten zu können hängte davon ab, wie sich die Pflegefachperson verhielt. V.a. das erste in Kontakt treten war für viele Elternteile schwierig, wenn die Pflegefachperson ihnen nicht dieses Angebot machte, war es schwierig.</p> <p><b>Kommunikation</b> Kommunikation war entscheidend für Eltern um eine Verbindung zum Kind herstellen zu können. Die Kommunikation beinhaltete den Inhalt und die Beziehung zur Person. Im allg. wurde die Kommunikation als existentiell beschrieben. Einige Väter beschrieben, dass das Team weniger mit ihnen sprach. Ein Teil empfand es als normal so, ein Teil als frustrierend.</p>	<p><u>Interpretation der Ergebnisse:</u> Die vorliegende Studien kommt zum Schluss, dass die Ansichten der Pflegefachpersonen ausschlaggebend sind, um die Eltern in deren Rolle zu unterstützen und ihnen ein Gefühl von „gebraucht werden“ und unersetzbar zu sein, zu geben. Diese Aspekte findet man in der Familienzentrierten Pflege wieder. Väter nehmen vor allem anfangs anders Kontakt auf als Mütter. Sie brauchen viele v.a. technische Informationen (über Geräte und Behandlung) und weniger Körperkontakt. Mütter waren vor allem Anfangs (emotional) sehr abhängig von dem Pflegepersonal. Vom Pflegeperson und dessen Beziehung hing es ab, wie die Mütter mit dem eigenen Selbstbewusstsein umgehen konnten. Es konnte kein demographischer Unterschied ermittelt werden.</p> <p><u>Beantwortung der Forschungsfrage:</u> Väter und Mütter beschrieben die Interaktionen mit dem eigenen Kind als wichtig, um eine Bindung aufbauen zu können. Väter interagierten auf eine andere Weise wie Mütter und hatten auch andere Erwartungen gegenüber das Team. Beide Elternteile empfanden das Kommunizieren mit dem Team vor der Geburt und sowie während dem Aufenthalt als wichtig.</p> <p><u>Stärke:</u> gleiche Menge an Vätern und Müttern. Dadurch können Vergleiche besser gemacht werden.</p> <p><u>Limitationen:</u> Die Interviews fanden zwischen 14 und 35 hosp.tagen statt. Dadurch konnten zwar spezifische Rückmeldungen gegeben werden, jedoch auch wenige über die eigene Rolle als Mutter oder Vater ausgedrückt werden (da sich</p>

<p>hilfreich? Was nicht?</p> <p><u>Argumente</u> <u>Forschungsbedarf:</u> Nur wenige Studien haben erforscht, was aus Sicht der Eltern hilfreiche pflegerische Massnahmen sind, um positive Interaktionen mit dem Kind erleben zu können und eine positive Wahrnehmung der elterlichen Rolle zu haben/entwickeln.</p>	<p>Eltern wurden ermutigt über folgendes zu sprechen: Neuigkeit, dass es zu einer frühzeitigen Geburt kommen wird, Geburt selbst, Aufnahme des FG in NICU, alles was hilfreich oder hinderlich war um eine Bindung zum Kind aufzunehmen, Aktivitäten die durch die Pflege durchgeführt wurden.</p> <p><u>Analyseverfahren:</u> Diskursive Analyse. Die Analyse erfolgte durch ein in der Forschung tätiger Psychologe. Zuerst wurde eine horizontale Analyse durchgeführt, wobei manuell kodiert und Themen gebildet wurde. Anschliessend fand eine vertikale Analyse statt. In diesem Schritt wurden alle Themen miteinander verglichen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede ermittelt und interpretative Hypothesen wurden gebildet. Vor allem wurde darauf geachtet, ob neue Themen auftauchen oder Ergebnisse widersprüchlich waren. Allmählich fand eine Datensättigung statt. Demographische Daten der FG und Eltern wurden durch die KG und beim Interview erfasst.</p> <p>Ethik: Die Teilnahme war freiwillig. Das zuständige Ethikkomitee stimmte der Art der Informationsgabe, der Rekrutierungsform und der Zustimmungsart der Teilnehmer zu.</p>	<p>V.a. am Anfang wo einige Mütter für ein paar Tage nicht das Kind sehen konnten waren zwei Dinge sehr hilfreich: Fotos vom Kind und Besuch von der zuständigen Pflegefachperson/Ärztin. Fotos waren für die Väter wichtig, damit sie den Frauen etwas geben/bringen konnten. Zudem hatten sie das Gefühl, dass die Pflege „ihnen etwas gutes tat“. Schwierig war es, wenn jemand ein Foto versprach, jedoch das Versprechen nicht einlöste.</p> <p>Die Besuche von Fachpersonen wurden sehr geschätzt, um so langsam das Team/die Situation kennenzulernen. Wenn die Besuche nicht stattfanden fühlten sich die Mütter isoliert und gestresst, das eigene Bild als Mutter/Elternteil geriet ins Wanken. Zudem mussten sich Mütter dann alleine auf die Informationen der Väter verlassen.</p> <p>Für den ersten Besuch auf der NICU waren beide Elternteile froh, eine Pflegefachperson an ihrer Seite zu haben.</p> <p>Es ist erwiesen, dass sich Mütter schlechter an Info, die v.a. anfangs abgegeben wurden, erinnern konnten. Vätern gelang dies besser. Mütter waren froh, wenn die Pflegefachperson ihnen auch Zeit gewährte und Dinge wiederholte.</p> <p>Damit sie sich auf das Kind konzentrieren konnten benötigten Eltern klare Informationen über die Umgebung. Dies half gegen Hilflosigkeit. Informationen über wie das Kind berühren, halten waren wichtig. Auch Infos über die Reaktionsweise von FG auf Reize waren wichtig, v.a. für Mütter.</p> <p>Beide Elternteile fanden es sehr wichtig über Veränderung informiert zu werden (wie Wechsel von Installationen, neue Installationen). Telefonate wurden geschätzt, Eltern fühlten sich so gut informiert und mit der Abteilung gut vernetzt. Stressvoll war es jedoch für einige Eltern, weil sie immer wieder Angst hatten schlechte Neuigkeiten zu erhalten.</p> <p>Tabelle 2 zeigt nützliche Interventionen seitens der Pflege:</p> <p>Vor der Geburt → pränat. Besuche durch Neonatologie; Erklärungen über Gewicht, Ernährung, Entwicklung, Abläufe; Team vorstellen/Abteilung vorstellen;</p> <p>Geburt → Kurze Info ob Kind lebt; Vater über AZ der Mutter informieren</p> <p>Zwischen Geburt und erstem Besuch → Mutter im Zimmer besuchen; Foto von Kind; Mit beiden Eltern gemeinsam sprechen, v.a. über AZ</p> <p>In NICU: erster Besuch begleiten; liebevoller und aufmerksamer Umgang mit Kind; Erklärungen über Abteilung, Geräte, Alarmer, Zustand Kind, Entwicklungsstand, hilfreiche/hinderliche Handlungen abliefern; Eltern unterstützen selbständig zu werden, auf eine liebevolle und freundliche Weise, keine verurteilende Haltung; den Eltern Handlungen vorschlagen, die Körpernähe fördern wie Känguru-Methode, Kind halten/tragen.</p>	<p>diese Rolle erst noch weiter entwickeln muss). Es wurden nur wenige negative Interaktionen der Pflege erwähnt, evt. Kamen diese nicht zur Sprache, weil sich das Kind noch auf Abteilung befand.</p> <p>Ergebnisse können nicht verallgemeinert werden, weil Teilnehmer geografisch am gleich Ort leben.</p> <p><u>Vergleich Ergebnisse mit anderen Studien:</u> Erklärungen über den Gesundheitszustand des Kindes, die Umgebung, mögliche Änderungen des AZ/Therapie sind für Eltern wichtige Informationen, um eine Bindung aufbauen zu können. Für Eltern auf der NICU waren Furcht vor dem Tod und Angst starke Gefühle, die das Interaktionsvermögen einschränkten. Eltern brauchen Zusicherung/Bestätigung und professionelle Begleitung um Interaktionen mit dem Kind einzugehen und sich sicher zu fühlen. Auch in anderen Studien wurde gezeigt, dass Infos über Fähigkeiten, Entwicklungsstand wichtig waren für die Kontaktaufnahme. Wenn dort Infos fehlten, fühlten sich Eltern inkompetent. Die Infos sollten dabei auf eine wohlwollende Art übermittelt werden. Dies konnte auch durch andere Studien gezeigt werden.</p> <p>Mütter konnten sich, v.a. bezogen auf den Anfang, mehr auf eigene Emotionen rundum die Kommunikation erinnern.</p> <p><u>Schlussfolgerungen und klinische Implikationen:</u> Ein Ziel der Pflege ist es für Eltern früh Möglichkeiten zu schaffen, mit dem Kind in Kontakt zu treten. Dies stärkt ihre Rolle als Elternteil. Das Wissen um nützliche/hilfreiche Massnahmen ist daher wichtig.</p> <p>Die Haltung der Pflege und die regelmässige Kommunikation, die an die Bedürfnisse der Eltern angepasst ist, hilft Eltern mit dem Kind zu interagieren und eine Bindung aufzubauen.</p> <p><u>Zukünftige Forschung:</u> über longitudinale Erfahrungen.</p>
---	---	--	--

Ignell Modé, R., Mard, E., Nyqvist, K. H. & Blomqvist, Y. T. (2014). Fathers' perception of information received during their infants' stay at a neonatal intensive care unit. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5, 131-136. doi:10.1016/j.srhc.2014.05.001

Einleitung Forschungsfrage Population und Stichprobe	Design/Methode	Analyse/Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Hintergrund/Konzept/Problem:</u> Das Bedürfnis von Eltern mit einem FG Informationen zu erhalten (bzgl. Pflege, Behandlung, Zustand, Perspektive) ist hoch. Eltern benötigten korrekte und einfach zu verstehende Informationen. Das Gefühl von Angst oder Sicherheit hängt stark mit der Zufriedenheit von Informationen zusammen. Väter erleben oft, dass sie keine Kontrolle über die Situation haben. Es ist belegt, dass Väter die Kommunikation mit dem NICU-Staff (Pflege) als Coping-Strategie anwenden. Es ist auch belegt, dass Väter einen schlechteren Zugang an Support erhalten als Mütter..</p> <p><u>Forschungsfrage/Hypothese/Zweck:</u> Erforschen, wie Väter die erhaltenen Informationen auf der NICU wahrgenommen haben.</p> <p><u>Argumente</u></p>	<p><u>Design:</u> qualitativ-deskriptiv.</p> <p><u>Sample:</u> strategische sampling Strategie (keine Quelle) wurde angewendet, um eine möglichst breite Gruppe an Väter mit unterschiedlichen Charakteristika zu gewinnen. Väter 4 aus jeder NICU wurden angefragt, alle sagten zu. Alter → zwischen 20 und 40 Jahren. Gestationsalter FG → 23. – 36. SSW</p> <p>Einschlusskriterien: beherrschen der schwedischen Sprache, FG musste zu diesem Zeitpunkt noch hospitalisiert sein, FG durfte keinen Lebensbedrohlichen Zustand erlebt haben und musste mindestens 1 Woche lang hospitalisiert gewesen sein.</p> <p>Väter und FG sollten möglichst unterschiedlich alt sein (Alter der Väter, Gestationswochen der FG)</p> <p>Ausschlusskriterien: keine erwähnt</p> <p><u>Setting:</u> 2 NICUs in Schweden. In beiden konnten Eltern jederzeit zu Besuch kommen. In einer NICU konnten die Eltern ein paar Tage vor Austritt mit FG in einem Familienzimmer sein. Auf beiden NICUs gab es Liegestühle für die Eltern.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Semi-strukturierte Interviews. Diese wurden mit einer Interviewguide durchgeführt, die auf relevante Literatur (keine Angaben welche!!) und der Expertise der Forscher basierte. Die Interviewguide beinhaltete Keywords wie: Teilnahme an der</p>	<p><u>Resultate:</u> <b>Kategorie: Wahrnehmung der Information</b> Subkat: positive Wahrnehmung der Information Die meisten Väter hatten eine positive Wahrnehmung, sobald die Information einfach zu verstehen war. Sie schätzten es, nicht nach Informationen fragen zu müssen. Die Offenheit und Bereitschaft der Pflegefachpersonen Fragen zu beantworten oder Informationen (auch von sich aus) abzugeben, wurde sehr geschätzt. Informationen zu haben gab einigen Vätern das Gefühl die Situation unter Kontrolle zu haben.</p> <p>S: negative Wahrnehmung der Information Unstimmigkeiten innerhalb des Pflgeteams war für Väter besorgniserregend und verwirrend. Unterschiedliche Informationen und Meinungen darüber, wann und wie beispielsweise Alarme quittiert werden wurde von allen Vätern als sehr negativ empfunden. Eine komplizierte Fachsprache, v.a. seitens der Ärzte hinderte einen guten Informationsfluss. Nicht zu wissen welcher DA/OA zuständig war, war negativ. Viele Informationen in kurzer Zeit lösten Verwirrung/Unsicherheiten aus, weil Väter nicht wussten, welche Information wichtiger ist.</p> <p>S: Informationsbedarf Für einige Väter war es v.a. in den ersten paar Tagen wichtig Informationen zu erhalten. V.a. bzgl. die Pflege am Kind und Prognosen. Ein Vater äusserte kurz vor Austritt viele Informationen zu benötigen. Einige Väter wollten eine Komplette Einführung über die Abteilung und den Pflegeplatz, da die Umgebung ansonsten angsteinflößend war. Einige hätten es sich gewünscht, wenn auch medizinische Geräte genau erklärt worden wären. Eine Infobroschüre über die Abt. wäre wünschenswert gewesen. Ein Vater wünschte vom Pflgeteam zu erfahren, was die Erwartungen an ihm sind.</p> <p>S: Wissen gibt ein Gefühl der Kontrolle Die meisten Väter sagten, dass die Menge an Informationen das Gefühl von Kontrolle beeinflusste. Ein Vater sorgte sich, als er das Gefühl hatte, dass eine Pflegefachperson über zu wenig Fachwissen verfügte. Präventive Informationen wurden von einigen Vätern sehr geschätzt.</p> <p><b>Wahrnehmung über die Informationsquelle</b></p>	<p><u>Interpretation der Ergebnisse: + Vergleich mit anderen Studien:</u> Die Ergebnisse zeigten welche Wirkung/welcher Einfluss Informationen auf Väter in einer solchen Situation haben. Generell kann gesagt werden, dass klare, regelmässige und angepasste Informationen zu einem Sicherheits- und Kontrollgefühl der Väter führt, vor allem am Anfang der Hospitalisierung. Ein offenes Klima wo regelmässig Informationen angeboten wurden und Fragen erlaubt waren, förderte das Selbstvertrauen der Väter, auch bzgl. der Kindespflege (konnte durch eine weitere Studie bestätigt werden). Pränatale Besuche wurden sehr geschätzt, weil die Angst reduziert werden konnte und sie sich ein realistisches Bild der Abteilung/der Abläufen machen konnten. Informationen zu wiederholen (vor allem in den ersten Tagen) war wichtig, weil dann die Fähigkeit Informationen aufzunehmen limitiert war. Stressvoll war es, wenn unvollständige, unklare, falsche oder der Situation nicht angebrachte Informationen geliefert wurden. Väter schätzten es, wenn 1x wöchentlich mit den zuständigen Pflegenden ein Gespräch über die Situation stattfand.</p> <p><u>Limitationen:</u> die Validität ist fraglich, weil die zwei Interviewer auf den Abteilungen arbeiteten. Dadurch besteht die Gefahr, dass die Väter in der Beantwortung der Fragen oder die Forscherinnen in der Interpretation der Daten beeinflusst</p>

<p>Forschungsbedarf: Bzgl. der unten aufgeführten Fragestellung fehlen Daten</p>	<p>Pflege des Kindes, Verbundenheit, Gefühl von Kontrolle, Gefühle. Die Eröffnungsfrage lautete: Wie erlebten sie die Informationen, die sie während der Hospitalisierung ihres Kindes von Pflegefachpersonen erhielten? Zudem wurden noch folgende Aspekte /Fragen besprochen: Wie erlebten sie die erhaltenen Informationen? Reichten die erhaltenen Informationen aus? Was fehlte ihnen? Gab es Situationen wo sie ins besonders Informationen benötigt hätten?  Alle Väter wurden von einem der ersten beiden Autoren interviewet. Beide arbeiteten in dieser Zeit als NICU in der Pflege, betreuten diese Kinder jedoch nie.  Die Interviews wurden aufgenommen und dauerten 15-40 Minuten.</p> <p><u>Analyseverfahren:</u>  Zur Analyse wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Graneheim &amp; Lundman verwendet. Der Fokus lag in der Identifikation von Ähnlichkeiten und Unterschiede bzgl. Aussagen. Diese Aspekte wurden in Kategorien und Subkategorien zusammengefasst.  Ablauf: (1) die ersten zwei Autoren hörten und lasen die Interviews durch (2) Bedeutungsvolle/wichtige Sätze wurden markiert (3) Die Abschnitte wurden verkürzt, wobei die Bedeutung beibehalten wurde (4) Codierung (5) Subkategorien und Kategorien wurden gebildet, indem auf Ähnlichkeiten und Unterschiede geachtet wurde.</p> <p>Ethik: Forscher arbeiteten nach den Prinzipien der Helsinki Declaration. Die Väter, die den Einschlusskriterien entsprachen wurden mündlich über das Vorhaben informiert. Ihnen wurde zugesichert, dass ein nicht Teilhaben keine Konsequenzen für das Kind haben werde. Bei einer Zusage erhielten sie schriftliche Informationen und mussten schriftlich zusagen. Ein Tag vor dem Interviewtermin wurde die Teilnehmern gefragt, ob sie noch teilnehmen möchten. Die Direktoren beider Kliniken gaben das OK für die Durchführung der Studie.</p>	<p>S: positive Informationsquellen  Einige fanden es positiv, wenn in der morgendlichen Runde (anm: vermutlich Visite?) der zuständige DA, die diplomierte Pflegefachperson und evt. Die FAGE dabei waren.  Alle schätzten es sehr, dass 1x/Wo ein Arztgespräch über die gesamte Situation stattfand. Die wöchentlichen Treffen mit dem gesamten Behandlungsteam (anm: ich nehme an interprofessionell) empfanden alle als sehr hilfreich und positiv. Ein Vater empfand die Kombination von mündlichen und schriftlichen Informationen sehr hilfreich.</p> <p>S: negative Informationsquellen  Wenn schriftliche Informationen (Doki u.a.) nicht up to date waren. Väter, die erhaltene Informationen als nicht hilfreich empfanden (egal ob mündliche oder schriftliche) suchten Infos im Web, waren jedoch meist damit unzufrieden, da zu kompliziert oder für die Situation irrelevant.</p> <p><b>Umstände, die die Wahrnehmung von Informationen beeinflussten</b>  S: Informationen verstehen  Klar verständliche Infos wurden positiv bewertet. Erhaltene Infos von unterschiedlichen Berufsgruppen (DA, Pflege) oder unterschiedlich ausgebildeten Pflegenden (z.B. Dipl vs. FAGE, Lernende/Studierende) waren manchmal schwierig, weil Infos unterschiedlich (gut) abgegeben wurden.</p> <p>S: Empfänglichkeit für Informationen  Wenn die erste erhaltene Information auf Abteilung klar verständlich war, viel es sehr vielen Vätern einfach zu verstehen oder sich daran zu erinnern. Vor allem am Anfang war es schwierig sich die Informationen zu merken. Ärzte benutzten viel Fachsprache, was mehr Aufklärung im Anschluss seitens der Pflege benötigte. Die Sprache/Informationen der Pflege war(en) einfacher zu verstehen. Ein Teil der Väter bevorzugte es, wenn beide Elternteile gleichzeitig Infos erhielten, ein anderer Teil bevorzugte es, wenn jeder „für sich“ Infos erhielt (so hatten sie das Gefühl einen persönlicheren Gespräch zu führen). Ein Vater empfand es als schwierig, wenn er Infos während dem Känguru erhielt, da er sich nicht auf das Gespräch konzentrieren konnte.</p> <p>S: Zeitpunkt der Informationen  Die pränatal erhaltenen Infos waren für praktisch alle Väter sehr wertvoll. Die Abteilung im Voraus besuchen zu dürfen war ebenfalls sehr hilfreich, weil sich die Väter, dann mehr/besser auf die Geburt konzentrieren konnten. Alle Väter sagten, dass die Informationsmenge in den ersten Tagen sehr hoch ist. Die Empfänglichkeit/Bereitschaft für Infos war sehr unterschiedlich. Ein Vater äusserte das gut empfunden zu haben, da er dann am meisten lernen wollte.</p>	<p>wurden.</p> <p><u>klinische Implikationen:</u>  Pflegefachpersonen müssen aktiv herausfinden welche Art von Informationen jeder einzelne Vater benötigt. Zudem soll verhindert werden, dass sich Väter im unklaren sind was von ihnen verlangt wird. Väter sollten ,gleich wie die Mütter, auf ihre Rolle vorbereitet/geschult werden, damit sie die Pflege für das Kind übernehmen können und sich mit dieser Aufgabe wohl fühlen.</p> <p><u>Zukünftige Forschung:</u> über Verbesserungsvorschläge und Support der väterlichen Rolle in unterschiedlichen NICUs.</p>
--	---	--	---

Jones, L., Taylor, T., Watson, B., Fenwick, J. & Dordic, T. (2015). Negotiating Care in the Special Care Nursery: Parents' and Nurses' Perceptions of Nurse-Parent Communication. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 71-80. doi:10.1016/j.pedn.2015.03.006

Einleitung Forschungsfrage Population und Stichprobe	Design/Methode	Analyse/Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Konzept/Problem:</u> verschiedene Forscher konnten herausfinden, dass die Pflegefachpersonen einer Neonatologie am Besten dafür geeignet sind den Eltern Support zu geben, da diese am ehesten täglich Kontakt zum Frühgeborenen und Eltern haben. Folglich spielt die Pflegefachperson eine Schlüsselrolle, wenn es darum geht wie Eltern mit der Erfahrung auf einer Neonatologie zufrieden sind.</p> <p><u>Forschungsfrage/Hypothese/Zweck:</u>            Aim: zu erforschen und beschreiben was Eltern und Pflegefachpersonen als effektive/wirksame Kommunikation im pflegerischen Setting wahrnehmen.</p> <p><u>Argumente Forschungsbedarf:</u>            Es wird aufgezeigt, dass viel darüber geforscht wurde was Eltern erleben und wahrnehmen, jedoch sehr wenig Daten über das Erleben und Wahrnehmen von Pflegefachpersonen vorliegen. So ist unklar, ob Eltern und Pflegefachpersonen die gleiche Wahrnehmung haben (bzgl. was wirksam und hilfreich ist und was nicht)</p>	<p><u>Design:</u> qualitative-phenomenologisch Methode</p> <p><u>Population/Stichprobe:</u> <b>Eltern</b> eines Frühgeborenen, das Level II Pflege benötigt.            32 Eltern → 27 Mütter und 4 Väter (Väter waren mit teilnehmende Mütter verheiratet).            Teilnehmen konnten alle gesunden Eltern über 18 Jahren mit einem stabilen Frühgeborenen, das mindestens 48h hospitalisiert war. Eltern wurden jeweils kurz vor Austritt interviewt.</p> <p><b>Pflegefachpersonen</b> (11 Frauen, 1 Mann) ausschliesslich von Level III Neonatologie. Waren entweder Hebammen oder neonatal nurses mit mindestens 3 Jahren Erfahrung. Von Level II Neonatologie wurden niemand interviewt, weil das Team aus personellen und Zeitgründen nicht teilnehmen konnte.</p> <p><u>Setting:</u> zwei Spitäler; ein Spital Neonatologie Level III mit 69 Betten und rund 1500 Babys pro Jahr, ein Spital Neonatologie Level II mit 20 Betten und rund 550 Babys pro Jahr.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Pflegefachpersonen wurden informiert und konnten sich bei Interesse melden. Pflegeteam verteilte Informationsbroschüren über Forschung an passende Eltern. Diese wurden später vom Forschungsteam aufgesucht und gefragt. Es wurden Personen rekrutiert, bis Interviewer das Gefühl</p>	<p><u>Zentrale Ergebnisse/Resultate:</u> Keine Unterschiede zwischen Eltern von Level III Neonatologie und Eltern Level II Neonatologie. Kein Unterschied zwischen Pflegefachmann und Pflegefachfrauen.            4 Hauptthemen: Informationen teilen, das Eltern-Sein ermöglichen, supportive interpersonelle Kommunikation, Regeln und Vorschriften der Abteilung.            In allen 4 Hauptthemen gab es Unterschiede zwischen Eltern und Pflege (vor allem bzgl. gegebene Beispiele). Wenn Beispiele genannt wurden, von beiden Gruppen her, ging es immer um das Verhalten der Pflege.</p> <p><b>Informationen teilen/geben:</b> Aus Sicht der Eltern wollten diese „alles“ wissen. Von Pflegeprodukte über Funktion einzelner Geräte bis zum Fortschritt/Zustand des Kindes. Väter sprachen tendenziell früher (im Interview) über die Wichtigkeit von Informationen. Ein wichtiger Punkt war zu erfahren, dass das was gerade passierte „normal“ ist und das alles „gut kommen wird“. Wichtig für Eltern war, dass die Pflegefachpersonen unaufgefordert Informationen gaben, auch über Themen worüber die Eltern nicht wussten, dass sie danach fragen können.            Aus Sicht der Pflegefachpersonen wurde häufig über „Informationen geben“ gesprochen. Vor allem über was gerade geschieht, Änderungen in der Behandlung und Ernährung/Stillen. Beide sahen es als problematisch an, wenn kein Informationsfluss vorhanden war, weil dann die Interaktion zwischen Eltern und Pflegefachpersonen schwierig war.            Für Eltern war es schwierig, wenn sie unbeständige oder widersprüchliche Informationen erhielten. Für Pflegefachpersonen war es schwierig mit Eltern zu kommunizieren, wenn diese vorgängig über bestimmte Dinge nicht, falsch oder unangemessen informiert/vorbereitet wurden (z.B. dass das Kind verlegt wurde).</p> <p><b>Eltern Sein ermöglichen:</b> Hier lag der Fokus in der Entwicklung von elterlichen Kompetenzen und die Autorität der Eltern zu fördern. Für Eltern waren Erklären, Vorzeigen und Assistieren äusserst wichtig. Eltern bestätigen und ermutigen war den Eltern wichtig, um das Eltern sein zu ermöglichen. Für einige war es auch wichtig, dass die Pflegefachperson dazu bereit war elterliche Entscheidungen zu unterstützen/fördern/akzeptieren.            Pflegefachpersonen äusseren, dass es wichtig ist den Eltern ein</p>	<p>Statistische Signifikanz der Ergebnisse</p> <p><u>Interpretation der Ergebnisse:</u>            Pflegefachpersonen sehen ihren Fokus der Informationsgabe eher in Bezug auf den Zustand des Kindes und das Stillen, was aus Sicht der Autoren schwierig ist, wenn eine Mutter nicht stillen möchte. Dieser Fokus seitens der Pflege kann auch zur Folge haben, dass andere pflegerische Aspekte wenig beachtet und dementsprechend gefördert werden.</p> <p>Beantwortung Forschungsfrage</p> <p><u>Vergleich Ergebnisse mit anderen Studien:</u>            Dass Eltern alle Informationen rund um das eigene Kind wollen, wird auch von anderen Autoren bestätigt, sowie, dass die Pflegefachperson als wichtige Schlüsselfigur angesehen wird, um sich in der Rolle als Vater/Mutter zu finden.            Aspekte der supportiven interpersonellen Kommunikation werden auch durch andere Autoren bestätigt.</p> <p><u>Schlussfolgerungen und klinische Implikationen:</u>            Pflegefachpersonen muss bewusst sein, wie schwierig es für Eltern ist den ersten Kontakt mit der Pflege und dem Kind aufzunehmen. Das Bewusstsein darüber, dass die Abteilung ein für Eltern stressvoller Ort ist, ist ebenfalls wichtig.            Die Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Eltern kann auch ein Machtverhältnis bedeuten. Hier ist es wichtig, dass die Pflegefachperson sich dessen bewusst ist. Eine Herausforderung ist es Verständnis dafür zu haben und Fähigkeiten zu</p>

	<p>hatten eine Datensättigung erhalten zu haben. Interviews waren semi-strukturiert. Eltern wurde gefragt, ob sie sich an ein positives/gutes bzw. negatives Gespräch mit einer Pflegefachperson erinnern konnten. Zusätzliche Klärungsfragen wurden gestellt. Pflegefachpersonen wurde gefragt, was sie als effektive/ineffektive Kommunikation ansehen und Beispiele zu machen.</p> <p>Messinstrumente/Messverfahren/Intervention:</p> <p>Analyseverfahren/Signifikanzniveau: Interviews wurden aufgenommen und professionell transkribiert. Eine thematische Analyse (mit Guidelines/Checkliste von Braun and Clark 2006) wurde durchgeführt, um Hauptthemen zu bilden. Prozess erfolgte induktiv, zuerst wurde jeder Satz kodiert, daraus wurden dann Themen gebildet. Zusätzlich wurden zwei Gruppen gebildet: effektive und ineffektive Kommunikation. Diese beiden Analysen wurden in einem zweiten Schritt zusammengefügt. Ein regelmässiger Austausch zwischen den zwei Autoren fand statt. Unterschiede zwischen Mütter und Väter/Pflegefachfrauen und -männer wurden untersucht.</p> <p>Ethik: Zustimmung von jedem Ethikkomitee beider Spitäler und von der Griffith University Human Research Ethics Committee.</p>	<p>positives Gefühl bzgl. deren Pflege dem eigenen Kind gegenüber zu geben. Pflegefachpersonen sprachen mehr als Eltern darüber, dass es wichtig ist Eltern zu befähigen Entscheidungen zu treffen. Dieser Punkt war jedoch schwierig, weil einige Pflegende eine andere Methode als positiv betrachteten. Nämlich, dass es „gut/positiv“ war, wenn die Eltern mit den „Entscheidungen“ der Pflege einverstanden waren. Hinderlich war es, wenn die Eltern sich nicht verstanden/nicht gehört fühlten. Z.B. wenn diese Hilfe benötigten und es lange dauerte bis die Pflege kam. Negativ war es, wenn die Eltern das Gefühl hatten etwas tun zu müssen, was sie nicht einsahen, die Pflegefachperson jedoch als wichtig und gut ansah. Die Pflege fand es schwierig, wenn die Eltern etwas tun wollten, was aus Sicht der Pflege unpassend/negativ für das Kind war.</p> <p><b>Supportive interpersonelle Kommunikation:</b> Eltern und Pflegefachpersonen sprachen über die Wichtigkeit mit den Eltern auf eine freundliche, respektvolle und einfühlsame Art und Weise zu sprechen. Pflegefachpersonen, die empathisch waren und zuhörten wurden von den Eltern sehr geschätzt. Pflegefachpersonen, die ein gewöhnliches Gespräch führten (nicht fachlich) und ein Gefühl von Partnerschaft und Gleichberechtigung hervorriefen wurden als wichtig erachtet. Pflegefachpersonen äusserten wie wichtig es ist eine Kommunikationsweise anzuwenden, die Verbindung und Mitgefühl ausdrückt. Negativ war es, wenn sich Eltern dumm, inkompetent fühlten, weil die Kommunikationsweise der Pflege aggressiv oder wertend war. Negativ war es auch, wenn die Pflege das Gefühl hatte, dass Eltern aggressiv, defensiv, gestresst waren. Für Pflegefachpersonen war es auch schwierig mit spezifischen Subgruppen zu kommunizieren (z.B. sehr junge Mütter, drogenabhängige Eltern, andere ethnische Gruppen).</p> <p><b>Regeln und Vorschriften der Abteilung:</b> Eltern beschrieben hier zwei negative Aspekte: 1.Regeln, die ohne Ausnahme umgesetzt wurden ohne die aktuelle Situation zu beachten und 2. Wenn Regeln von der Pflege aus nicht beachtet wurden ohne Erklärung. Diese Punkte verursachten Verwirrung, Frustration und Konflikte. → Für Eltern war es äusserst wichtig, dass sie in ihrer Rolle als Mutter/Vater unterstützt wurden. Das war der Pflege wenig bewusst.</p>	<p>„Verhandlung“ zu entwickeln. Es ist wichtig anzuerkennen, dass Eltern diese komplexe Beziehung mit unterschiedlichsten Pflegefachpersonen eingehen. Es ist wichtig Regeln und Vorschriften immer wieder anzupassen und zu überdenken. Was ist so und bleibt so? Was kann individuell angepasst werden? Vor allem wenn man familienzentriert arbeiten möchte. Regeln und Vorschriften verursachen häufige Diskussionen und Konflikte. Hier sind Kommunikations-Skills von beiden Seiten erforderlich.</p> <p><u>Limitationen:</u> Die Studie untersuchte nicht inwiefern der Zeitpunkt der Hospitalisierung für Eltern (kurz nach Eintritt, kurz vor Austritt) einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Kommunikation mit Pflegefachpersonen hatte. Eine Limitation ist, dass nur Pflegefachpersonen von der Level III Abteilung rekrutiert werden konnten.</p> <p><u>Zukünftige Forschung:</u> Eine Längsschnitterfassung würde erfassen, wie sich die Wahrnehmung und Bedürfnisse der Eltern im Verlaufe der Hospitalisierung verändert. Potentielle Unterschiede zwischen Vätern und Müttern bzgl. deren Wahrnehmung ist wichtig. Weitere Studien sollten genauer untersuchen, inwiefern demographische Faktoren (z.B. mehrere Kinder) und unterschiedliche soziale Gruppen (z.B. kultureller Hintergrund) die Eltern-Pflegefachperson-Beziehung beeinflusst.</p>
--	--	---	--

Mok, E. & Foon Leung, S. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 726-734.  
doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01359.x

Einleitung Forschungsfrage Population und Stichprobe	Design/Methode	Analyse/Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Hintergrund/Konzept/Problem:</u> Aus unterschiedlichen Studien geht hervor, dass Mütter von FG sich nicht kompetent genug fühlen das eigene Kind in einer NICU zu pflegen. Mütter äusserten nicht fähig zu sein Probleme zu erkennen und anzugehen. Studien zeigen, dass Eltern detaillierte Informationen wollen. Das Gefühl die Situation unter Kontrolle zu haben ist ihnen wichtig. Eltern wollen Veränderungen am eigenen Kind begreifen und brauchen dazu das Pflegepersonal. Eine passende Unterstützung der Eltern durch Pflegefachpersonen kann die Eltern-Kind-Beziehung positiv beeinflussen (v.a. während der Hospitalisierung, aber auch darüber hinaus).</p> <p><u>Conceptual framework:</u> Sozialer Support beinhaltet (in dieser Studie) interpersonelle Interaktionen zwischen Pflege und Eltern, die als hilfreich empfunden wurden. Dafür wurde das <b>Nurse Parent Support Model (NPST)</b> (House, 1981) verwendet. Dieses Model besteht aus 4 Aspekten: (1) supportive Kommunikation/Abgabe von Informationen, (2) emotionaler Support, (3) Selbstvertrauen-</p>	<p><u>Design:</u> deskriptive Studie</p> <p><u>Teilnehmer:</u> Mütter, die Kantonesisch verstehen und sprechen. Die FG der Mütter mussten folgende Kriterien erfüllen: FG mit einem Geburtsgewicht unter 2500 Gramm; seit mindestens einer Woche hospitalisiert.</p> <p><u>Setting:</u> 20 Bett NICU mit ca. 50 Eintritte pro Monat.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Die Datenerhebung fand zwischen Juli 2002 und Januar 2003 statt.</p> <p><u>Messinstrumente/Messverfahren/Intervention:</u> 48 Fragebögen wurden verteilt, Mütter erhielten mündliche und schriftliche Informationen über die Studie. 6 Mütter waren für ein follow-up Interview einverstanden. Das semistrukturierte Interview sollte herausfinden wie Mütter den Support erlebt haben, ob die Pflege Support gab oder nicht. Die Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und mit der Methode der Inhaltsanalyse analysiert.</p> <p>Demographische Daten → Mütter: Altern, Bildungsniveau, Zivilstand, Beruf, Einkommen; Kind: Geschlecht, Aufenthaltsdauer, Gestationswoche, Geburtsgewicht, Beatmung ja/nein.</p> <p>NPST: entwickelt durch Miles et al (1999). 21 Punkte, 4 Kategorien: (1) supportive Kommunikation/Abgabe von Informationen → 9 Punkte, (2) emotionaler Support → 3 Punkte, (3) Selbstvertrauen-Support → 4 Punkte, (4) instrumenteller Support/quality care-giving support → 5 Punkte. Pro Punkt</p>	<p><u>Zentrale Ergebnisse/Resultate:</u> 37 von 48 Fragebögen wurden retourniert. Demographische Tabellen sind in der Studie aufgeführt.</p> <p>Die Wichtigkeit von Support wurde durchschnittlich mit 4.38 bewertet. Der erhaltene Support wurde durchschnittlich mit 3.84 bewertet.</p> <p>Die wichtigsten supportiven Punkte waren: „versorgten mein Kind gut“, „ich wurde von der Pflege über positive/negative Entwicklungen informiert“, „halfen mir zu verstehen, was an meinem Kind gemacht wurde/wird“</p> <p>Diskrepanz zwischen Wichtigkeit von Support und erhaltenem Support: ausser bei einem Punkt, war der Unterschied zwischen beide Aspekte gross. Der grösste Unterschied lag beim Punkt 8 „Ich wurde in Diskussionen und Entscheidungen über mein Kind miteinbezogen“. In den vier Kategorien lag der grösste Unterschied zwischen beide Aspekte in der Kategorie supportive Kommunikation/Abgabe von Informationen (mean 4.47 vs. Mean 3.85).</p> <p>Demographische Variablen und Arten von Support: es konnten keine statistisch signifikante Unterschiede festgestellt werden, zwischen jede einzelne demographische Variable und dem Aspekt „Wichtigkeit von Support“ und „erhaltener Support“.</p> <p>Qualitative Daten: alle 6 Mütter sagten, dass der kommunikative Support/Informationsgabe, emotionaler Support, Bestätigung und Zuspruch durch die Pflege, Involvieren in der Pflege des Kindes und die Qualität der Pflege des Kindes die wichtigsten Supportarten waren, die durch die Pflege auch gegeben wurden.</p> <p>Tabelle 5 zeigt alle Arten von Support (also die 4 vom NPST Instrument) und dazugehörige Attribute (alle Daten wurden durch die Interviews gewonnen)</p>	<p><u>Interpretation der Ergebnisse:</u> Wenn die Pflege die Initiative zu helfen nahm, den Eltern zuhörte und Informationen über den Zustand des FG abgab, wirkte sich das stressreduzierend für Mütter. Wenn Mütter stets gut informiert werden, können sie das Gefühl haben genügend Wissen zu haben und die Situation unter Kontrolle zu haben. Dadurch können sie aktiver in die Pflege miteinbezogen werden und einen einfacheren Zugang zu Copingstrategien haben. Aus dem qualitativen Teil konnte ermittelt werden, dass die grösste Unterstützungsquelle der Austausch mit anderen Eltern war. Dies konnte auch durch zwei andere Studien bestätigt werden. Durch den Austausch mit anderen Eltern, konnten Mütter viel Empathie, Bestätigung erfahren und sehen/lernen wie mit der Situation umgehen.</p> <p><u>Limitationen:</u> Sample ist nur auf Mütter in Hong Kong limitiert. Dadurch ist eine Generalisierung der Resultate nicht möglich. Da ein convenience sample durchgeführt wurde, ist eine Verallgemeinerung der Resultate nicht möglich.</p> <p><u>Vergleich Ergebnisse mit anderen Studien:</u> Der Bewertungsunterschied zwischen „Wichtigkeit Informationen zu erhalten“ und „Tatsächlich erhaltene Informationen“ war in dieser Studie am grössten. Dies konnte auch in einer anderen Studie gezeigt werden. Also erhalten Eltern weniger Informationen als eigentlich gewünscht.</p> <p><u>Schlussfolgerungen und klinische Implikationen:</u> Mütter wünschen sich mehr Support als sie tatsächlich erhalten haben, v.a. im Bereich der Kommunikation/Information. Der Emotionale Support wurde als weniger wichtig empfunden, einige Mütter hätten sich aber trotzdem mehr Unterstützung benötigt (konnte nur im qualitativen Teil ermittelt werden, nicht im quantitativem Teil).</p>

<p>Support, (4) instrumenteller Support/quality care-giving support</p> <p><u>Aim:</u> Die Wahrnehmung von Müttern bzgl. der Menge an erhaltenem Support seitens der Pflege und dem Level an Wichtigkeit.</p> <p><u>Argumente</u> <u>Forschungsbedarf:</u> Keine Studie hat zuvor gemessen, wie Mütter in Hong Kong den erhaltenen Support auf einer NICU erlebt haben.</p>	<p>mussten zwei Aspekte durch Mütter bewertet werden → Wie wichtig ihnen die supportive Intervention war und die Menge an erhaltenem Support durch die Pflege. Beide Aspekte mussten durch eine 5-Punkte-Likert-scale eingeschätzt werden (wobei 1 nicht wichtig/überhaupt nicht und 5 sehr wichtig/immer bedeuten). Die Validität wurde durch Miles gemessen und durch Literatur und einem Review belegt. Das Instrument hat ein Cronbach's alpha von 0.95. Das Instrument wurde auf chinesisches übersetzt (also von englisch auf chinesisches und wieder zurück). In der vorliegenden Studie wurde die Interne Konsistenz gemessen, das Cronbach's alpha beträgt 0.83.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> durch SPSS. Eine deskriptive Analyse mit den NPST und den demographischen Daten wurden durchgeführt. Hierfür wurde der Pearson's Korrelation's Koeffizienten benutzt.</p> <p>Analyseverfahren/Signifikanzniveau:</p> <p><u>Ethik:</u> Die Ethikkomitees des Spitals und der Universität gaben das OK für die Studie. Mütter durften jederzeit als Teilnehmer zurücktreten, ohne Konsequenzen. Alle Teilnehmer gaben ihr schriftliches Einverständnis.</p>	<p>Attribute:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Ergriff die Initiative Informationen zu geben, offen und ehrlich, klare Kommunikation, einfach Terminologie und gut verständlich, Pflegefachpersonen waren verfügbar</li> <li>(2) Vertrauensvolle Beziehung, Zuneigung und Sorge, Zuhören, Zuspruch, Fragen beantworten, Mutter fühlt sich wohl beim Fragen stellen und fühlt sich nicht als Belastung</li> <li>(3) In Pflege involviert, hat das Gefühl Mutter zu sein, Aufmunterung/Unterstützung, Bestätigung</li> <li>(4) Pflegefachpersonen bieten eine Gute Pflege, verbindet einzelne Mütter untereinander, halten Regeln gleich ein, reduzieren Stress und Sorgen, sind in der Lage mit dem Zustand der FG zurecht zu kommen, akzeptieren die Situation, Unterstützen die Entwicklung und das Einnehmen einer positive Mutterrolle</li> </ol> <p>Mütter benötigten unterschiedliche Informationen, je nach Phase der Hospitalisierung.</p>	<p><u>Zukünftige Forschung:</u> Weitere Forschung über erhaltenem Support in NICU's sollte in anderen Gebieten Chinas durchgeführt werden.</p>
---	---	---	--

Smith, V. C., Steel Fisher, G. K., Salhi, C. & Shen, L. Y. (2012). Coping With the Neonatal Intensive Care Unit Experience – Parents' Strategies and Views of Staff Support. *Journal of perinatal & neonatal nursing*, 4, 343-352. doi:10.1097/JPN.0b013e318270ffe5

Einleitung Forschungsfrage Population und Stichprobe	Design/Methode	Analyse/Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Hintergrund/Konzept/Problem:</u> Als Eltern das eigene Frühgeborene in einer NICU zu haben ist eine stressvolle Erfahrung. Die Erfahrungen von Eltern, deren Anpassungsfähigkeit und Wohlbefinden werden von der Copingstrategie der Eltern beeinflusst.</p> <p><u>Forschungsfrage/Hypothese/Zweck:</u> Aim: zu erforschen was Eltern über Erfahrungen auf der NICU berichten, Copingstrategien und Ansichten über die Unterstützungsweise des NICU-Teams.</p> <p><u>Argumente</u> <u>Forschungsbedarf:</u> Es gibt wenig Forschungsergebnisse über konkrete Bewältigungsstrategien, die in einer solchen Situation von Eltern benutzt werden. Häufig geht es dann um palliative Situationen oder um Interventionsstudien. Eine qualitative Forschung ermöglicht es zu verstehen, was Eltern tun, um mit dem erlebten umzugehen.</p>	<p><u>Design:</u> qualitativ-explorativ mit limitierter Anwendung der grounded Theory.</p> <p><u>Population/Stichprobe:</u> Alle Eltern über 18 Jahren, die englisch sprechen/lesen konnten und das Sorgerecht hatten, kamen in Frage. Diese erhielten einen Informationsbrief (wurde am Pflegeplatz deponiert oder gemailt). Bei Interesse konnten sich die Eltern beim Forschungsteam melden. Die Möglichkeit Fragen zu klären war gegeben, ein Forscher holte das schriftliche Einverständnis der Teilnehmer ein. Es wurden deskriptive Informationen der Familie eingeholt (aus Akten), zudem mussten Teilnehmer demographische Angaben machen. 35 Teilnehmer wurden rekrutiert, 29 machten mit (24 Familien). Sie wurden zwischen 2 Wochen und einem Jahr nach der Geburt interviewt.</p> <p><u>Setting:</u> ein Spital in einer urbanen Gegend. Die NICU hat einen IIIB Level und rund 800 Patienten pro Jahr. Auf dieser Abteilung sind 39 Betten verfügbar, rund 90 Pflegefachpersonen sind dort angestellt. Es sind jeweils zweier Zimmer, eine Fachperson organisiert und koordiniert Familienprogramme. Zudem hat es 2.5 Prozentstellen an Sozialarbeiter, die grösstenteils für die NICU arbeiten.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> semistrukturierte Interviews Durch acht Fokusgruppen Sitzungen mit Eltern (und ein Mal mit Fachpersonen) wurden häufige Punkte diskutiert, um daraus ein Interviewskript zu erstellen (rund 100 offene Fragen). Während dem Interview konnten Eltern frei</p>	<p>Zentrale Ergebnisse/Resultate: 5 Copingstrategien: 1 an die Pflege und Betreuung des Kindes teilnehmen; 2. von der NICU weg gehen; 3. Informationen einholen; 4. Freunde und Familie einbeziehen; 5. Austausch mit anderen Eltern auf der NICU. Jede Strategie wird unter Berücksichtigung folgender drei Punkte dargestellt: a) Vorteile für Eltern, b) Herausforderungen für Eltern, c) Unterstützungsmöglichkeiten vom NICU-Team.</p> <p><u>1. an die Pflege und Betreuung des Kindes teilnehmen:</u> a) Aktivitäten wie Wickeln, Ernähren führten zu einer Kompetenzerweiterung der Eltern, erhöhte das Gefühl das eigene Kind zu „kennen“ förderte das Selbstvertrauen und minderte Unsicherheiten. b) herausfordernd war, dass durch das viel Anwesend sein ältere Kinder zu kurz kamen, die Eltern eine schlechte Diät und zu wenig Bewegung hatten. c) unterstützend war, wenn die Pflege die Möglichkeit gab Eltern unterschiedliche Tätigkeiten üben zu lassen. Das Team gab ein Gefühl des Willkommen-Seins.</p> <p><u>2. von der NICU weg gehen:</u> a) sich von der NICU entfernen war für viele eine emotionale Copingstrategie. Zu Hause konnten Eltern besser zueinander oder mit älteren Kinder anderen Familienangehörigen finden. b) Das eigene Kind allein zurück zu lassen war dennoch für einige Eltern schwierig. Eltern fühlten Trauer und Angst, auch dann, wenn sie nur für ein paar Minuten die Abteilung verliessen. c) das Pflegeteam ermutigte Eltern die Abteilung zu verlassen, auch dann, wenn es für Eltern schwierig war dieses Angebot anzunehmen. Was für Eltern hilfreich war, war die Gewissheit, dass das NICU-Team nicht nur die nötige Erfahrung hatte, sondern auch einen liebevollen Umgang mit dem Kind pflegte.</p> <p><u>3. Informationen einholen:</u> a) Informationen einholen war für praktisch alle Eltern eine Schlüsselstrategie. Es ermöglichte ihnen wirksamer in Pflege und Entscheidungen dabei zu sein. b) Für viele Eltern war es schwierig die Informationsflut (vor allem am Anfang) aufzunehmen und abzuspeichern. Gewisse</p>	<p>Statistische Signifikanz der Ergebnisse:</p> <p><u>Interpretation der Ergebnisse:</u> die Studie zeigt, dass die Partizipation der Eltern äusserst wichtig ist, weil sie dadurch ihre Rolle als Mutter/Vater ausleben können. Zudem ist es wichtig die Hospitalisierung zu dokumentieren. Genügend Zeit für sich zu haben ist wichtig, um sich erholen zu können. Informationen zu erhalten war für alle Eltern wichtig, um Entscheidungen treffen und mit Sorgen besser umgehen zu können. Der Support von Bekannten wird von Eltern geschätzt, kann aber auch schwierig sein, weil Eltern (anstatt selbst getröstet zu werden) andere trösten müssen. Austausch mit anderen Eltern auf der NICU oder mit Eltern, die auf einer NICU waren sind wichtig um andere Informationen zu erhalten, die die Pflege nicht geben kann (z.B. wie es sich anfühlt ein Kind auf der NICU zu haben).</p> <p>Beantwortung der Forschungsfrage:</p> <p><u>Limitationen:</u> Die Anzahl teilnehmender Väter war klein. So konnte nicht klar erfasst werden, ob zwischen Väter und Mütter unterschiedliche Copingstrategien angewendet werden. Weiter wurde die Studie in einer einzelnen NICU durchgeführt. Dadurch hat man die Sicht durch eine einzelne NICU. Eltern könnten ausserdem mit Kritikpunkten eher zurückhaltend gewesen sein. Zudem könnte es sein, dass negative oder stigmatisierende Copingstrategien wie z.B. Alkoholkonsum oder Psychotherapie absichtlich nicht erwähnt wurden.</p> <p><u>Vergleich Ergebnisse mit anderen Studien:</u> Das Verständnis für die erwähnten (5) Copingstrategien geben die Möglichkeit</p>

	<p>sprechen, über das was sie wollten. Wenn sie nichts über einen beliebigen Punkt sagten, wurde ihnen eine Frage gestellt. Bei Unklarheiten wurden zusätzliche Fragen gestellt. Vor den eigentlichen Interviews wurden drei Probeinterviews durchgeführt. Die Interviews wurden alle von der Selben Person durchgeführt. Entweder live oder via Telefon. Die Interviews dauerten zwischen 21 und 80 Minuten (meistens rund 45 Minuten)</p> <p>Messinstrumente/Messverfahren/Intervention:</p> <p><u>Analyseverfahren/Signifikanzniveau:</u> Alle Interviews wurden aufgenommen und transkribiert (inklusive einer Doppelkontrolle). Im Kodierungsprozess identifizierten und ordneten Forscher Hauptthemen, die Copingstrategien der Eltern und Unterstützungsformen des NICU-Teams beschrieben.</p> <p>Die Autoren schauten sich neun Interviews erneut an, um ein erstes Codebook zu erstellen. Zwei weitere Autoren gingen die restlichen Interviews durch, um das Codebook zu ergänzen. Danach wurden alle Interviews analysiert bis keine neue Themen auftauchten und eine Datensättigung vorhanden war. Für das Datenmanagement wurde eine Software (ATLAS.ti) verwendet. Das Forschungsteam verfolgte einen hohen Standard an Validität und Reliabilität. Entscheidungen über Codingstrategien wurden dokumentiert, Forscher überprüften sich untereinander.</p> <p><u>Ethik:</u> das institutional review board genehmigt die Forschung, alle Forschungsprotokolle, die Teilnehmerrekrutierung und die schriftliche Einverständniserklärung der Eltern.</p>	<p>Eltern waren zurückhaltend Fragen zu stellen, aus Angst vor einer schwierigen Antwort oder weil sie dachten, dass die Frage blöd oder überflüssig sei.</p> <p>c) das NICU-Team beantwortete alle Fragen und gab von sich aus Informationen und Tipps weiter. Für die Eltern war es hilfreich, dass sie von allen Pflegefachpersonen Informationen erhielten, obwohl vereinzelte Eltern es bevorzugt hätten, wenn sie komplexe Angelegenheiten von einem Arzt gehört hätten. Telefonanrufe um die Eltern zu informieren (vor allem auch dann, wenn nichts Besonderes war), war für die meisten Eltern sehr schwierig, weil sie häufig das Gefühl hatten, dass schlimme Nachrichten kämen.</p> <p><u>4. Freunde und Familie einbeziehen:</u></p> <p>a) Freunde und Verwandte wurden häufig miteinbezogen. Für emotionale, wie auch praktische Hilfe (z.B. Einkaufen, Kochen,...). Die grösste emotionale Hilfe war der jeweilige Partner. Familienangehörige oder Freunde, die in einem medizinischen Beruf tätig waren, wurden häufig als Informationsquelle und „Absicherung“ geschätzt.</p> <p>b) Einige Eltern realisierten, dass einige wichtige Freunde in dieser Zeit nicht so unterstützend wirkten wie anfänglich gedacht. Schwierig war es für viele Elternteile auch, wenn der Partner emotional verschlossen war und das Kind weniger besuchte, sich weniger beteiligte. Bekannte, die die NICU nicht kannten, wurden von einigen Eltern als „nicht unterstützend“ war genommen, weil diese eher Unsicherheit verursachten. Zudem war es für einige schwierig Besucher zuzulassen, weil sie lieber die Zeit mit dem Kind allein geniessen wollten.</p> <p>c) Das NICU-Team hatte wenig mit Besuchern zu tun. Teilweise unterstützten sie Eltern, indem sie Besucher an die Besuchsregeln erinnerten und so entlastend wirkten</p> <p><u>5. Austausch mit anderen Eltern auf der NICU:</u></p> <p>a) Für einige Eltern war es hilfreich Informationen und Perspektiven von anderen Eltern der NICU zu erhalten, weil diese genau das selbe erleb(t)en. Eltern, die früher hospitalisiert waren, waren äusserst wertvoll.</p> <p>b) für viele Eltern war es schwierig einen (engen) Kontakt mit anderen Eltern zu haben, weil sie sich nicht aufdrängen wollten.</p> <p>c) das NICU-Team förderte den Austausch unter Eltern und organisierte Kaffeestunden und den Kontakt zu ex-NICU-Eltern. Einige Eltern hätten sich ein grösseres Angebot gewünscht.</p>	<p>Handlungsanweisungen zu erarbeiten. Zum Beispiel ist es wichtig Eltern in der Partizipation zu unterstützen und die Bedeutung der Dokumentation aufzuzeigen.</p> <p>Die Pflege soll nicht vorschlagen, sich von der NICU zu entfernen, weil das für viele Eltern zu schmerzhaft ist. Durch einen liebevollen und kompetenten Umgang mit Patienten wird den Eltern bewusst, dass für das eigene Kind gut gesorgt wird, was es ihnen leichter macht Zeit weg von der NICU zu planen.</p> <p>Das NICU-Team muss klare, fortlaufende Informationen geben. Dies wird auch von anderen Studien belegt. Die vorliegende Studie konnte aufzeigen, dass viele Eltern wichtige Informationen lieber von einem Arzt hören wollen. Die Pflege sollte hier mit den Eltern schauen, welche Art von Information sie bevorzugen (z.B. Telefonate ja/nein).</p> <p>Das NICU-Team muss eine kritische Haltung gegenüber Bekannte haben. Wenn Eltern äussern, dass der Bekannte/Besucher eher Stress verursachen, soll mit ihnen angeschaut werden, ob allenfalls Besuche restriktiver gehalten werden sollen (um quasi die Eltern zu schützen). Weiter sollten Tipps im Umgang mit Bekannten abgegeben werden. Z.B. wie am Besten mit Ihnen Kontakt haben (welche Infos gebe ich als Mutter/Vater weiter? Was sollen Besucher alleine erarbeiten...)</p> <p>Die Pflege soll den Austausch unter Eltern vereinfachen/ermöglichen, indem z.B. Diskussionskaffees eingerichtet werden o.ä. Weiter wird der Vorschlag gemacht eine Art Mentorship mit ex-NICU-Eltern zu machen.</p> <p><u>Zukünftige Forschung:</u> Mehr Forschung ist notwendig, um zu untersuchen auf welche Art und Weise ein NICU-Team Eltern wirksam und individuell unterstützen kann.</p>
--	--	--	---

Turan, T., Basbakkal, Z. & Özbek, S. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2856-2866. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x

Einleitung Forschungsfrage Population und Stichprobe	Design/Methode	Analyse/Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Hintergrund/Konzept/Problem:</u> Die Tatsache, dass das eigene Kind auf einer NICU ist, ist für viele Eltern eine stressvolle Erfahrung. Die physische Umgebung sorgt mit vielen technischen Geräten ebenfalls für stress. Viele Eltern fühlen sich unsicher und haben das Gefühl am eigenen Kind nichts machen zu dürfen. Es ist erwiesen, dass Informationen (z.B. Geräte erklären, Abteilung erklären etc). einen positiven Effekt auf Eltern haben.</p> <p><u>Forschungsfrage/Hypothese/Zweck:</u> Den Effekt von stress-reduzierenden pflegerischen Interventionen auf den Stress Level von Müttern und Vätern ermitteln.</p> <p><u>Argumente Forschungsbedarf:</u> Pflegerische Interventionen, die einen solchen Effekt haben sind bereits in anderen Studien ermittelt worden, jedoch nicht in der Türkei.</p>	<p><u>Design:</u> randomisierte Interventionsstudie</p> <p><u>Population/Stichprobe:</u> Eltern von FG auf einer NICU. Eltern eines FG zwischen der 24 und 37. SSW, ohne kongenitale Anomalien, ohne vorangegangene Erfahrungen auf einer NICU, die ihr Einverständnis gaben nahmen an der Studie teil. 20 Mütter und 17 Väter waren in der Interventionsgruppe, 20 Mütter und 19 Väter in der Kontrollgruppe.</p> <p><u>Setting:</u> 15-Bett NICU in Universitätsspital der Türkei. Pro Schicht arbeiten 2 diplomierte Pflegefachfrauen</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Januar-Juni 2004</p> <p><u>Messverfahren/Intervention:</u> Innerhalb der ersten 48h nach Aufnahme des FG wurden bei den TN demographische Daten und der Level an Sorge/Angst sowie dessen Eigenschaften wurden erfasst (mittels Fragebogen). In der ersten Woche erhielten die TN der <b>Interventionsgruppe</b> ein 30-minütiges Schulungsgespräch/Informationsgespräch. Dieses Gespräch beinhaltete: NICU vorstellen, Personal vorstellen, technische Geräte vom/am Kind erklären, Situation/Befinden des Kindes (z.B. Medikamente, Ernährung, ...), Infos über das Aussehen von FG, Gefühle die bei Eltern aufkommen könnten, Besuchszeiten, das Mitmachen in der Pflege, Stillen, Gewichtszunahme, Austritt, Fachbegriffe. Fragen wurden beantwortet, Unklarheiten geklärt. Zudem erhielt die Interventionsgruppe eine Informationsbroschüre. Anschliessend erhielten die Eltern weitere Informationen oder eine Teilwiederholung der bereits erhaltenen Infos durch Forscher (beim Kind und nicht wie vorhin in einem Schulungsraum). Die Kontrollgruppe erhielt die übliche Pflege (es ist nur angegeben, dass die Abteilung patientenzentriert arbeitet). Diese Eltern konnten einmal täglich ihr Kind besuchen. Am ca. 10. Hospitalisationstag mussten die Eltern das PSS:NICU ausfüllen. Zudem wurden folgende Angaben festgehalten: Alter FG, Anzahl Besuche durch Eltern,</p>	<p><u>Zentrale Ergebnisse/Resultate:</u> keine statistische Signifikanz zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe bzgl. Den demographischen Daten. Der STAI zeigte bei beiden Gruppen einen moderaten Level an Stress an, also bestand zwischen beiden Gruppen keine statistisch signifikanter Unterschied.</p> <p><u>PSS:NICU/Mütter:</u> Sichtbares und Geräusche → statistisch signifikanter Unterschied (<math>p &lt; 0.05</math>) zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe (KG hatte einen höheren Score: 2.56 (KG) vs. 2.03 (IG)). Aussehen und Verhalten des Kindes → kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen IG (3.02) und KG (3.12) (<math>p &gt; 0.05</math>). Veränderung der Elternrolle: statistisch signifikanter Unterschied zwischen IG (3.36) und KG (4.23) (<math>p &lt; 0.05</math>). Der allgemeine mean-score (also von allen 3 Kategorien) zeigte einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen IG (3.14) und KG (3.37) (<math>p &lt; 0.05</math>).</p> <p><u>PSS:NICU/Väter:</u> Sichtbares und Geräusche: kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen IG und KG. Aussehen und Verhalten des Kindes: kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen IG und KG. Veränderung der Elternrolle: kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen IG und KG.</p>	<p>Statistische Signifikanz der Ergebnisse:</p> <p><u>Interpretation der Ergebnisse:</u> Es ist ersichtlich, dass Väter einen höheren Stresslevel erlebten als Mütter. Dies lässt sich dadurch erklären, dass diese vor allem zu Beginn eine grössere Verantwortung übernehmen (müssen), da die Mütter gesundheitlich noch nicht in der Lage sind.</p> <p>Beantwortung der Forschungsfrage:</p> <p><u>Limitationen:</u> keine Anmerkungen</p> <p><u>Vergleich Ergebnisse mit anderen Studien:</u> Auch andere Studien konnten aufzeigen, dass das Erklären von der Umgebung und der Geräte stressreduzierend auf Eltern wirkt. Dies zeigt sich in den unterschiedlichen Score der Mütter der IG bzgl. „sichtbares und Geräusche“. Den höchsten Score in IG und KG (Mütter) war in der Kategorie „Veränderung der Elternrolle“. Es ist durch belegt, dass dieser Punkt für Müttern in einer solchen Situation äusserst schwierig ist. Ursache ist, dass sie nicht die Kompetenzen haben, um die Bedürfnisse des eigenen Kindes decken zu können. Diese Kompetenzen hat die Pflegefachperson. Sich als Mutter mit einer Pflegefachperson zu vergleichen erhöht zudem den Stresspegel. Der unterschiedliche allgemeine mean-score zwischen IG und KG (also, dass die Interventionen bei IG statistisch wirksam sind in der Reduktion von Stress) konnten auch durch andere Studien belegt werden. In anderen Studien wurde erwiesen, dass junge Mütter (keine Angabe was darunter verstanden wird) einen höheren Stresslevel haben als ältere. Dies konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Die Autoren erklären sich das so, weil die Interventionen deutlich stressreduzierend wirken.</p>

	<p>Beatmungsform</p> <p><u>Messinstrumente:</u> Demographische Daten der Eltern (Alter, Edukation, Anzahl Kinder, Helfer vorhanden?, stressvolles Erlebnis im vergangenen Jahr?, Geschlecht Kind, Gestationswoche, Gewicht, Geburtsart, Apgar Score nach 5 Minuten, aktuelle Diagnosen, aktuelles Alter, Beatmung?, Anzahl Besuche durch Eltern.</p> <p><b>State Trait anxiety inventory (STAI)</b> → 40 Fragen (20 über Level von Angst/Sorge, 20 über dessen Eigenschaften). Die Bewertung der einzelnen Punkte war zwischen 1 und 4, wobei 1 „fast nie“, 2 „manchmal“, 3 „oft“ und 4 „fast immer“ bedeuten.</p> <p><b>Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU)</b> → misst Situationen, die auf einer NICU Stress verursachen können. Das Instrument hat drei Kategorien: 1) Aussehen und Verhalten des Kindes (17 zu beurteilende Punkte), 2) Sichtbares und Geräusche (6 zu beurteilende Punkte), 3) Veränderung der Elternrolle (11 zu beurteilende Punkte). Die Bewertung war hier von 1 bis 5, wobei 1 nicht stressig und 5 äusserst stressig bedeuten. 0 bedeutet „nicht erlebt“.</p> <p>Cronbach alpha zu den drei Kategorien sind für das englische und türkische Instrument angegeben .</p> <p><u>Analyseverfahren/Signifikanzniveau:</u> Chi-square und t-test für das trait anxiety inventory als Baseline und demographische Daten. Um die Korrelation zwischen den abhängigen und unabhängigen Variablen zu berechnen wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet (bei den Gruppen ohne normaler Verteilung). Der Kruskal-Wallis Test für &gt; 2 Gruppen.</p> <p><u>Ethik:</u> Der Direktor des Spitals gab sein schriftliches Einverständnis. Eltern wurden informiert (nicht deklariert wie) über Zweck der Studie, Vorteile der Studie und Dauer des Interviews. Eine verbale Zusage der Eltern wurde vor jeder Teilnahme erhalten. Bedenklich: Obwohl man wusste, dass zusätzliche Massnahmen/Interventionen hilfreich waren, erhielt die Kontrollgruppe diese nicht. RCT schein hier ethisch nicht ok zu sein.</p>	<p>Obwohl die Väter beider Gruppen keine statistisch sign. Unterschiede hatten, hatten diese bzgl. „Veränderung der Elternrolle“ höhere Scores (waren also diesbezüglich gestresster) als die Mütter.</p> <p>Die demographischen Angaben bei den Müttern in der IG zeigten keinen Einfluss (also statistisch nicht signifikant) auf die PSS:NICU zu haben. Vereinzelte demographische Angaben wie die Beatmung der FG zeigte statistisch signifikant bei den Müttern der KG bzgl. PSS:NICU zu sein.</p>	<p><u>Schlussfolgerungen und klinische Implikationen:</u> Die Forscher zeigen wie wichtig die familienzentrierte Pflege ist. Die Eltern während dem ersten Besuch auf der IPS begleiten, schriftliche Informationen abgeben, Umgebung und Geräte erklären, Therapie erklären, AZ von FG erklären, Fragen beantworten, zu Besuchen ermuntern, zeigen wie FG berühren/wickeln/ernähren, Fachbegriffe minimieren sind wichtige pflegerische Interventionen.</p> <p><u>Zukünftige Forschung:</u> keine Anmerkungen</p>
--	---	---	--

## Anhang C: Beurteilung der Güte der Studien

### Kritischen Beurteilung einer systematischen Review (CASP UK, 2013)

Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, N. & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*, 17. doi:10.1136/bmjopen-2010-000023

#### Forschungsfrage

Effektive Interventionen für Kommunikation mit, Support von und Informationsgabe an Eltern eines hospitalisierten Frühgeborenen ermitteln

#### (A) Are the results of the review valid?

<p>1. Did the review address a clearly focused question?</p>	<p>Die Frage wurde verständlich formuliert. Durch die Weite der Fragestellung sind die Ergebnisse demensprechend nicht sehr spezifisch, dafür aber individueller und signifikant für einen grossteil der Betroffenen</p>
<p><b>Yes</b> Can't tell No</p>	
<p>2. Did the authors look for the right type of papers?</p>	<p>Inkludierte Studien sind, laut den formulierten Einschlusskriterien von Brett et al., zur Beantwortung der Forschungsfrage passend</p>
<p><b>Yes</b> Can't tell No</p>	<p>Folgende Einschlusskriterien wurden formuliert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outcomes durch Eltern von FG ≤ 36 SSW.</li> <li>- Outcomes, die durch Eltern rapportiert wurden (also keine Outcomes über betroffene Eltern durch Fachpersonen mitgeteilt) über Interventionen bzgl. Informationsabgabe auf einer neonatologischen Abteilung und nach Austritt.</li> <li>- Outcomes von Eltern über Interventionen bzgl. Kommunikation mit Fachpersonen auf einer Neo und nach Austritt.</li> <li>- Outcomes von Eltern über Interventionen bzgl. Erhaltenem Support auf einer Neo oder nach Austritt.</li> <li>- Studiendesign: RCT's, quasi-experimentel, cohort, case-control, cross-sectional, case series, case reports, qualitativ</li> <li>- überstanden ein Minimum an Qualitätskriterien</li> <li>- publiziert zwischen Jan 1980 und Okt 2009</li> <li>- in englischer Sprache</li> </ul>
	<p>Die Forscher waren der Meinung, dass unbedingt quantitative und qualitative Studiendesign nötig sind, weil es nicht immer möglich oder passend ist solche</p>

---

Outcomes durch RCT's zu ermitteln.

---

3. Do you think all the important, relevant studies were included?	Die Suchperiode war zwischen Januar 1980 und Oktober 2009. Es wurde in folgende Datenbanken recherchiert: Medline, Embrase, PsychINFO. Zudem wurden der Index folgender Datenbanken durchsucht: Allied Health Literature, Midwives Information and Resource Service, Health Management Information Consortium und Health Management and Information Service. Eine Handrecherche wurde in folgende Journals durchgeführt: Neonatal Network Journal, Journal of Neonatal Nursing, Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing. Dafür wurden Experten herbeigezogen.
<b>Yes</b> Can't tell <b>No</b>	
4. Did the review's authors do enough to assess the quality of the included studies?	Die Qualität der Studien wurde anhand der Guidelines vom NHS Centre for Reviews and Dissemination gemessen (Systematic Reviews:CRD's Guidance for Undertaking Reviews in Health Care. NHS Centre for Reviews and Dissemination. University of York, 2008. <a href="http://www.york.ac.uk/inst/crd/publications.htm">http://www.york.ac.uk/inst/crd/publications.htm</a> .)
<b>Yes</b> Can't tell <b>No</b>	
5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?	Es wurden 19 RCT's, 16 Cohort oder quasi-experimental Studien und 37 nicht-Interventionsstudien eingeschlossen. Die qualitativen Studien ergaben eine zu hohe Anzahl an Interventionen, was keine Meta-Analyse ermöglichte Diese wurden trotzdem miteingeschlossen. Wie und wo genau Ergebnisse der qualitativen Studie einfließen wurde nicht immer nachvollziehbar aufgeführt.
<b>Yes</b> Can't tell <b>No</b>	
<b>(B) What are the results?</b>	
6. What are the overall results of the review?	Es wurden keine statistischen Angaben zu den verwendeten Studien gemacht.  Siehe Zusammenfassung Studie
7. How precise are the results?	Über allen Studien wurde der Evidenzlevel angegeben (mit dem Scottish Intercollegiate Guidline Network level s of evidence). 1++ hohe Qualität, Meta-Analyse, systematische Reviews über RCTs, RCTs mit sehr geringer Gefahr von bias 1+ gut durchgeführte Meta-Analyse, systematische Reviews über RCTs, RCTs mit geringer Gefahr von bias. 1- Meta-analysen, systematische Reviews von RCTGs oder RCTs mit hoher Gefahr von bias. 2++ hochqualitative Case-control Studien, mit sehr

	<p>geringer Gefahr von bias</p> <p>2+ gut durchgeführte case-control oder cohort Studien mit geringer Gefahr von bias</p> <p>2- Case-control oder cohort Studien mit hoher Gefahr von bias</p> <p>3 Nicht-analytische Studien, z.B. Fallserien, Fallbesprechungen</p> <p>4 Expertenmeinungen</p> <p>Die Ergebnisse wurden grundsätzlich ausführlich beschrieben</p>
8. Can the results be applied to the local population?	Ja, da es sich um die gleiche Population und das gleiche Setting handelt.
<p><b>Yes</b></p> <p>Can't tell</p> <p>No</p>	
9. Were all important outcomes considered?	Ja, dieses systematische Review betrachtet alle effektive Interventionen bzgl. Kommunikation mit, Support von und Informationen an Eltern von FG, die hospitalisiert sind. Dabei werden signifikante Interventionen kurz vor der Hospitalisation bis zur Nachbetreuung im häuslichen Setting vorgestellt.
<p><b>Yes</b></p> <p>Can't tell</p> <p>No</p>	
10. Are the benefits the harms and costs?	Es konnte aufgezeigt werden, dass Pflegekonzepte wie COPE oder MITP äusserst positive Ergebnisse erzielen. Diese umzusetzen wäre sicherlich aufwändig und teuer. Jedoch konnte diese Review auch aufzeigen, dass diese Interventionen, die allesamt die Familie ins Zentrum stellen, schlussendlich kostengünstiger sind, weil die Aufenthaltsdauer kürzer und die Gefahr einer Rehospitalisation niedriger sind. Die vorliegende Review zeigt aber auch die Vorteile von kostengünstigen Interventionen wie die Kangaroo-Pflege oder die Babymassage.
<p><b>Yes</b></p> <p>Can't tell</p> <p>No</p>	
Zusatz Ethik: Die South East Ethics Research Unit gab die Erlaubnis zur Durchführung dieser Studie	
Zusatz Bias: Durch das Verwenden von RCT's, nicht-RCTs und qualitativen Studien steigt die Gefahr von bias bzgl. der Evidenz der Interventionen. Die Forscher fanden es aber wichtig auch qualitative Studien einzuschliessen, weil Erfahrungen von Eltern wichtig sind, aber nicht durch RCTs dargestellt werden können.	

**Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie  
(Behrens und Langer, 2010)**

Quelle: Guillaume, S. et al. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatrics*, 13. doi:10.1186/1471-2431-13-18

**Forschungsfrage**

erforschen, wie eine frühe Bindung zwischen Eltern und FG sich entwickelt und was Eltern an pflegerischen Massnahmen erwarten/bzw. hilfreich fanden oder erwartet hätten. Was war hilfreich? Was nicht?

Glaubwürdigkeit	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? (Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?)	Das Forschungsthema wurde bereits breit diskutiert, Die Forscher können die Relevanz des Themas mit aktueller Literatur belegen. Jedoch haben nur wenige Studien erforscht, was aus Sicht der Eltern hilfreiche pflegerische Massnahmen sind, um positive Interaktionen mit dem Kind erleben zu können und eine positive Wahrnehmung der elterlichen Rolle entwickeln zu können.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? (z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie)	In-depth qualitative prospective approach: Diese qualitative Methode erlaubt aus Sicht der Forscher, die Erfahrungen der Eltern kennenzulernen und dabei einen tiefen Zugang zur Thematik zu erlangen.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? (Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?)	Zum Thema wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, ohne Angaben zu Zeitpunkt oder Begründung.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? (Wie erfolgte die Auswahl?)	Folgende Einschlusskriterien wurden festgelegt: Eltern müssen französisch sprechen können, FG < 32. SSW, war zum Zeitpunkt der Erhebung 15-30 Tage alt, ohne gravierenden Diagnosen oder akute klinische Verschlechterungen. Forscher definierten die Samplegrösse auf 30 Mütter und 30 Väter (10 pro Geschlecht und Spital). Geeignete Kandidaten wurden über das Vorhaben informiert (schriftlich und mündlich). Danach konnten sie sich bei Interesse melden.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher	Über die Teilnehmer wurden demographische Daten erhoben und in einer Tabelle dargestellt. Es wurden folgende Angaben gemacht: Eltern → Alter mit M und

<p>ausreichend beschrieben? (Auch die Perspektive des Forschers?)</p>	<p>SD, Berufsgruppe, Zivilstand, Geburtsort der Eltern, Menge an Paare mit früheren FG, Anzahl Paare mit künstlicher Befruchtung, Kaiserschnitt ja/nein.  FG → Geschlecht, Zwilling/Mehrling?, Hirnblutung?, Beatmung?, Beatmungsform?, Sepsis?, NEC?, PDA Verschluss?, Transfusion?  Über das Setting wurden folgende Angaben gemacht: 3 tertiär Zentren in der Region von Paris. Alle 3 waren 24h für Eltern zugänglich und ermöglichten den Eltern telefonisch in Kontakt zu bleiben. Grundsätzlich durften nur die Eltern zu Besuch kommen. Zu regelmässigen Abständen wurden Gespräche mit dem Arzt organisiert (um über die Situation zu sprechen).  Über die Forscher wurde beschrieben, wer wie an der Studie beteiligt war, wo diese arbeiten und wie man zu ihnen Kontakt aufnehmen kann.</p>
<p>6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? (Methode der Datensammlung?)</p>	<p>semi-direktive (also strukturierte) Interviews wurden von einem Sozialpsychologen durchgeführt, der nichts mit der NICU zu tun hatte. Väter und Mütter wurden separat interviewt. Der Interviewguide wurde durch eine Literaturreview und 10 vorgängig durchgeführten Interviews, die dann in einer Fokusgruppe von Pflegefachpersonen diskutiert wurden, erstellt.  Eltern wurden ermutigt über folgendes zu sprechen: Neuigkeit, dass es zu einer frühzeitigen Geburt kommen wird, Geburt selbst, Aufnahme des FG in NICU, alles was hilfreich oder hinderlich war um eine Bindung zum Kind aufzunehmen, Aktivitäten die durch die Pflege durchgeführt wurden.</p>
<p>7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? (Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik?)</p>	<p>Diskursanalyse: Die Analyse erfolgte durch ein in der Forschung tätiger Psychologe. Zuerst wurde eine horizontale Analyse durchgeführt, wobei manuell kodiert und Themen gebildet wurden. Anschliessend fand eine vertikale Analyse statt. In diesem Schritt wurden alle Themen miteinander verglichen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede ermittelt und interpretative Hypothesen gebildet. Vor allem wurde darauf geachtet, ob neue Themen auftauchen oder Ergebnisse widersprüchlich waren.  Demographische Daten der FG und Eltern wurden durch die KG und beim Interview erfasst.</p>
<p>8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? (Wenn nein: warum nicht?)</p>	<p>Laut den Autoren wurde nicht so lange rekrutiert bis eine Datensättigung stattfand. Jedoch entstand die Datensättigung auf natürliche Weise.</p>

Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? (Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?)	Der Prozess der Datensammlung wurde klar beschrieben, die Themen wurden ausführlich und übersichtlich vorgestellt und mit passenden Zitaten untermauert.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? (Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?)	Dieser Schritt wurde nicht beschrieben.
Anwendbarkeit	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Durch die ausführliche Darstellung der Ergebnisse fällt es leicht ein Bild der Situation zu erhalten. Vom Zeitpunkt vor der Geburt bis zur Zeit der Hospitalisation ist nachvollziehbar mit welchen Herausforderungen Eltern konfrontiert sind und welche Interventionen/Verhaltensweise durch die Pflege (nicht) hilfreich waren.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Die Studie schlägt nicht konkrete Möglichkeiten zur Anwendung vor, sie sensibilisiert Leser vielmehr darüber, welche Verhaltensweisen, Interventionen förderlich bzw. hinderlich sind.
<p>Zusatz Ethik: Die Teilnahme war freiwillig. Das zuständige Ethikkomitee stimmte der Art der Informationsgabe, der Rekrutierungsform und der Zustimmungstyp der Teilnehmer zu. Die Teilnehmer gaben ihre mündliche und schriftliche Einverständnis, die Forscher sicherten zu, dass keine Schäden beim Verlassen der Studie entstehen würden.</p> <p>Zusatz Bias: Die Interviews fanden während der Hospitalisation statt. Dadurch ist die Gefahr gross, dass wenige negative Aspekte erwähnt wurden, weil das Kind noch dort behandelt wurde.</p>	

**Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie  
(Behrens und Langer, 2010)**

Ignell Modé, R., Mard, E., Nyqvist, K. H. & Blomqvist, Y. T. (2014). Fathers' perception of information received during their infants' stay at a neonatal intensive care unit. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5, 131-136. doi:10.1016/j.srhc.2014.05.001

**Forschungsfrage**

Erforschen, wie Väter die erhaltenen Informationen auf der NICU wahrgenommen haben.

**Glaubwürdigkeit**

<p>1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? (Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?)</p>	<p>Der Zweck der Forschung wurde klar formuliert. Aus Forschungen weiss man wie wichtig korrekte, klare und einfach verständliche Informationen für Eltern in einer solchen Situation sind. Es ist auch belegt, dass Väter häufig die Kommunikation mit der Pflege als Coping-Strategie anwenden. Die Forscher schreiben, dass nur sehr wenig darüber erforscht wurde, wie Väter die erhaltenen Informationen wahrgenommen haben. Darauf begründen sie die Dringlichkeit ihrer Forschung. Es sind keine Ziele formuliert worden.</p>
<p>2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? (z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie)</p>	<p>Es ist eine qualitativ-deskriptive Studie. Die Forscher begründen ihre Wahl nicht</p>
<p>3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? (Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?)</p>	<p>Es wurde eine Literaturrecherche durchgeführt.</p>
<p>4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? (Wie erfolgte die Auswahl?)</p>	<p>Folgende Einschlusskriterien wurden festgelegt: Väter mussten die schwedische Sprache beherrschen. Für die Väter wurden keine weiteren Einschlusskriterien festgelegt. Die Forscher beschreiben, dass sie passende Väter ausgesucht haben, wobei ihnen wichtig war, dass sie vom Alter her möglichst unterschiedlich sind, um differenzierte Antworten erhalten zu können. Das FG musste zu diesem Zeitpunkt noch hospitalisiert sein, keinen Lebensbedrohlichen Zustand erlebt haben und musste mindestens 1 Woche lang hospitalisiert gewesen sein. Auch hier schauten die Forscher, dass die FGs möglichst unterschiedlich Alt waren.</p>

	Ausschlusskriterien wurden keine aufgeführt. Anhand welcher Kriterien Väter ausgesucht wurden ist unklar, zudem wurden keine demographischen Angaben gemacht.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? (Auch die Perspektive des Forschers?)	Hierzu wurden keine Angaben gemacht.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? (Methode der Datensammlung?)	Es wurde genau beschrieben wie das semistrukturierte Interview durchgeführt wurde. Welche Eröffnungsfrage gestellt wurde, welche Punkte die Interviewguide enthielt und welche Aspekte während dem Interview angesprochen wurden, falls diese nicht spontan zur Sprache gekommen wären.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? (Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik?)	Zur Analyse wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Graneheim & Lundman verwendet. Der Fokus lag in der Identifikation von Ähnlichkeiten und Unterschiede bzgl. Aussagen. Diese Aspekte wurden in Kategorien und Subkategorien zusammengefasst. Ablauf: (1) die ersten zwei Autoren hörten und lasen die Interviews durch (2) Bedeutungsvolle/wichtige Sätze wurden markiert (3) Die Abschnitte wurden verkürzt, wobei die Bedeutung beibehalten wurde (4) Codierung (5) Subkategorien und Kategorien wurden gebildet, indem auf Ähnlichkeiten und Unterschiede geachtet wurde.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? (Wenn nein: warum nicht?)	Dazu wurden keine Angaben gemacht.
<b>Aussagekraft</b>	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? (Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?)	Der Prozess wurde beschrieben. Zu jeder Kategorie bzw. Subkategorie wurden mehrere Zitate aufgeführt, wobei zu einer Subkategorie wurde Zitat hinzugefügt wurde. Die Zitate widerspiegeln teilweise nicht, was die Forscher im Text beschreiben bzw. ist nicht nachvollziehbar wie die Forscher auf solche Schlussfolgerung kommen.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? (Konsens im	Es wurde nichts über die Validierung durch Teilnehmer oder das Konsens im Forscherteam beschrieben. Die Schlussfolgerungen aufgrund der Forschungsergebnisse

Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?)	wurden durch Ergebnisse aus anderen Studien untermauert.
<b>Anwendbarkeit</b>	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja, da die Ergebnisse klar und verständlich aufzeigen, welche Erfahrungen Väter bzgl. Informationen auf der NICU machen.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Es werden keine konkreten Interventionen vorgeschlagen. Die Forscher zeigen auf, dass eine wichtige Aufgabe der Pflege darin besteht, aktiv herauszufinden, welche Art von Informationen jeder einzelne Vater benötigt. Zudem wird betont, dass Väter die gleiche Schulung wie Mütter benötigen, um die Pflege des eigenen Kindes übernehmen zu können.
<p>Zusatz Ethik: Forscher arbeiteten nach den Prinzipien der Helsinki Declaration. Die Väter, die den Einschlusskriterien entsprachen wurden mündlich über das Vorhaben informiert. Ihnen wurde zugesichert, dass ein nicht Teilhaben keine Konsequenzen für das Kind haben werde. Bei einer Zusage erhielten sie schriftliche Informationen und mussten schriftlich zusagen. Ein Tag vor dem Interviewtermin wurde die Teilnehmern gefragt, ob sie noch teilnehmen möchten. Die Direktoren beider Kliniken gaben das OK für die Durchführung der Studie.</p> <p>Zusatz Bias: Selektive Auswahl der Väter Es ist unklar wer genau mitgemacht hat, keine demographischen Daten. Die zwei ersten Forscher führten die Interviews durch, beide arbeiteten in den NICUs als Pflegefachpersonen, betreuten die Kinder der teilnehmenden Väter jedoch nicht. Hier besteht die Gefahr, dass die Väter in der Beantwortung der Fragen oder die Forscher in der Interpretation der Daten beeinflusst wurden.</p>	

**Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie  
(Behrens und Langer, 2010)**

Jones, L., Taylor, T., Watson, B., Fenwick, J. & Dordic, T. (2015). Negotiating Care in the Special Care Nursery: Parents' and Nurses' Perceptions of Nurse-Parent Communication. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 71-80u.

**Forschungsfrage**

Erforschen und beschreiben was Eltern und Pflegefachpersonen als effektive/wirksame Kommunikation im pflegerischen Setting wahrnehmen.

**Glaubwürdigkeit**

<p>1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? (Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?)</p>	<p>Das Forschungsthema wurde breit diskutiert und mit aktueller Forschungsliteratur belegt. Das Ziel der Forschungsarbeit wurde formuliert, jedoch ist nicht klar angegeben, ob die Kinder der Studienteilnehmer seit ein paar Tagen oder bereits länger hospitalisiert sind.</p>
<p>2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? (z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie)</p>	<p>Es wurde ein qualitative experiential approach angewendet, weil der Fokus darin liegt, wie Studienteilnehmer eigene Erfahrungen interpretieren.</p>
<p>3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? (Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?)</p>	<p>Eine Literaturrecherche bezogen auf die Fragestellung wurde nicht durchgeführt.</p>
<p>4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? (Wie erfolgte die Auswahl?)</p>	<p>Die Studienteilnehmer sind für die Fragestellung geeignet. Pflegefachpersonen von zwei neonatologischen Abteilung aus zwei unterschiedlichen Spitälern wurden über die bevorstehende Forschungsarbeit via Informationsbroschüren aufgeklärt und konnten sich bei Interesse melden. Die Pflgeteams beider Abteilungen verteilte Informationsbroschüren an geeignete Eltern. Diese wurden zu einem später Zeitpunkt vom Forschungsteam aufgesucht um allfällige Fragen zu klären und ihr Einverständnis zu holen. Als negativen Punkt ist anzufügen, dass aus einer Abteilung keine Pflegefachperson an der Forschung teilnahm, aus knappen Zeitressourcen. Es wurde keine Erklärung angegeben, weshalb diese Abteilung trotzdem in die Studie miteingeschlossen wurde.</p>

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? (Auch die Perspektive des Forschers?)	Das Setting wurde bezüglich Aufgabengebiet, Kompetenzlevel, Bettenkapazität, behandelte Patienten pro Jahr und geografische beschrieben. Zu den teilnehmenden Eltern wurde gesagt in welchem Spital ihr Kind hospitalisiert war, ob nur ein Elternteil oder beide mitmachten, ob sie in einer Partnerschaft lebten oder nicht und ob sie Zwillinge bekommen hatten. Jedoch keine weiteren Angaben zu Alter, Beruf, ethnische Zugehörigkeit und Familiengrösse. Weiter wurden Angaben zum Gestationsalter und Gestationsgewicht der hospitalisierten Kinder gemacht. Über die Pflegefachpersonen wurden Angaben zum Geschlecht, Arbeitsort und Arbeitserfahrung in Jahren gemacht.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? (Methode der Datensammlung?)	Es wurde klar aufgezeigt wann und wo die semistrukturierten Interviews durchgeführt wurden und wie lange diese dauerten. Die gestellten Hauptfragen wurden aufgeführt, jedoch wurden keine Angaben zu weiterführenden oder klärenden Fragen gemacht. Weiter wurde beschrieben, ob die Interviews aufgenommen oder aufnotiert wurden. Es ist angegeben, dass die Audiotapes transkribiert wurden und wer diese Transkription kontrolliert hat.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? (Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik?)	Die transkribierten Interviews wurden anhand der Guidelines/Checkliste von Braund und Clark (2006) thematisch analysiert. Der Prozess war induktiv, zuerst wurde jeder Satz kodiert, diese Codes wurden Themen zugeordnet, daraus entstanden vier Hauptthemen. Zusätzlich wurden die Hauptthemen jeweils in positive und negative Beispiele unterteilt. Die Autoren beschreiben, dass ein regelmässiger Austausch zwischen den Forscher stattfand, um mögliche Verzerrungen zu vermeiden.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? (Wenn nein: warum nicht?)	Die Autoren gaben an solange Teilnehmer rekrutiert zu haben, bis eine Datensättigung vorhanden war.
<b>Aussagekraft</b>	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? (Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?)	Der Prozess der Datensammlung wurde klar und ausführlich beschrieben. Dadurch ist es transparent, wie die Autoren die vier Hauptthemen bilden konnten. Die Ergebnisse wurden durch diese vier Hauptthemen vorgestellt, zu jedem Hauptthema hat es mehrere Zitate zur Untermauerung der Aussagen.

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? (Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?)	Über eine Validierung durch Teilnehmer oder einen Konsens im Forscherteam wurde nichts angegeben. Die Ergebnisse wurden jedoch durch Forschungsliteratur untermauert, die sich mit sehr ähnlichen Themen beschäftigte.
<b>Anwendbarkeit</b>	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchen Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Die Ergebnisse geben die Möglichkeit bei Teilnehmergruppen (Eltern und Pflegefachpersonen) besser zu verstehen. Für beide Teilnehmergruppen wurde zu jedem Hauptthema förderliche und hinderliche Aspekte der Kommunikation vorgestellt und mit Zitaten unterlegt.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Die Ergebnisse geben keine konkreten Möglichkeiten der Anwendung in die Praxis an, sie zeigen vielmehr auf, wo die Unterschiede in der Wahrnehmung von Eltern und Pflegefachpersonen bezüglich förderlicher/hinderlicher Kommunikation liegen. Diese Darstellung ermöglicht es der Pflege, sich über diese Unterschiede bewusst zu sein, um so die eigene Haltung und Kommunikationweise anzupassen.

Critical Review Form – Quantitative Studies  
(© Law et al., 1998)

Mok, E. & Foon Leung, S. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 726-734. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01359.x

<b>Study purpose</b>	Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?
Was the purpose stated clearly?	Die Forscher möchten herausfinden wie Mütter den erhaltenen Support von der Pflege wahrgenommen haben und wie wichtig ihnen einzelne supportive Interventionen waren. Das Ziel der Studie wurde klar formuliert und begründe
<b>Yes</b> No	
<b>Literature</b>	Describe the justification of the need for this study:
Was relevant background literature reviewed?	Die Forscher haben unterschiedliche Studienergebnisse aufgeführt. Diese zeigen, dass sich Mütter in einer solchen Situation meist nicht kompetent genug fühlen. Es ist klar belegt, dass Eltern detaillierte Informationen benötigen, um mit den Geschehnissen klar zu kommen und Wissen anzueignen. Dies führt dazu, dass sie das
<b>Yes</b> No	

	<p>Gefühl von Kontrolle erleben. Die Rolle der Pflege besteht darin nicht nur das Kind zu versorgen, sondern auch die Eltern während der gesamten Hospitalisation zu begleiten. Eine passende Unterstützung/Zusammenarbeit kann einen positive Einfluss auf die Eltern-Kind-Bindung haben.</p>
<p><b>Design</b></p> <p>Randomized (RTC) Cohort Single case design Before and after Case-control Cross-sectional Case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>Deskriptive Studie. Durch dieses Design kann erfasst werden, wonach die Forscher fragen. Zudem sind ethisch keine Bedenken, da keine Interventionen durchgeführt bzw. getestet werden.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Es ist nicht ersichtlich wer genau die Teilnehmer rekrutiert hat und warum sie lediglich 48 Fragebögen ausgeteilt haben. Dies erscheint fragwürdig, wenn man bedenkt, dass die Datenerhebung über 6 Monaten stattfand und das Spital rund 50 Eintritte pro Monat aufweist.</p>
<p><b>Sample</b></p> <p>N= Was the sample decribed in detail?</p> <p><b>Yes</b> <b>No</b></p> <p>Was sample size justified?</p> <p><b>Yes</b> <b>No</b> Not addressed</p>	<p>Sampling (who, characteristics, how many, how was sampling done?). If more than one group, was there similarity between the groups?:</p> <p>Mütter, die Kantonesisch verstehen und sprechen. Die FG der Mütter mussten folgende Kriterien erfüllen: FG mit einem Geburtsgewicht unter 2500 Gramm; seit mindestens einer Woche hospitalisiert.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</p> <p>Das Ethikkomitee des Spitals und das Ethikkomitee der Universität gaben das OK für die Studie. Die Mütter durften jederzeit als Teilnehmerinnen zurücktreten, ohne Konsequenzen zu befürchten. Alle Teilnehmer gaben ihr schriftliches Einverständnis. Vorgängig wurden die Mütter, bei Aushändigung der Fragebögen, schriftlich und mündlich über das Vorhaben aufgeklärt.</p>
<p><b>Outcomes</b></p> <p>Were the outcome measures reliable?</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up): Outcome areas:</p> <p>Die Frageböge wurden einmalig durch Teilnehmer</p>

<p>Yes No Not addressed</p>	<p>ausgefüllt. Es ist nicht ersichtlich, ob die FG zu diesem Zeitpunkt noch hospitalisiert waren oder nicht. Durch das Verwenden vom NPST (entwickelt von Miles et al, 1999) wurden Kategorien bewertet: (1) supportive Kommunikation/Abgabe von Informationen → 9 Punkte, (2) emotionaler Support → 3 Punkte, (3) Selbstvertrauen-Support → 4 Punkte, (4) instrumenteller Support/quality care-giving support → 5 Punkte. Pro Punkt mussten zwei Aspekte durch Mütter bewertet werden → Wie wichtig ihnen die supportive Intervention war und die Menge an erhaltenem Support durch die Pflege. Beide Aspekte mussten durch eine 5-Punkte-Likert-scale eingeschätzt werden (wobei 1 nicht wichtig/überhaupt nicht und 5 sehr wichtig/immer bedeuten). Die Validität wurde durch Miles gemessen und durch Literatur und einem Review belegt. Das Instrument hat ein Cronbach's alpha von 0.95. Das Instrument wurde auf chinesisch übersetzt (also von englisch auf chinesisch und wieder zurück). In der vorliegenden Studie wurde die Interne Konsistenz gemessen, das Cronbach's alpha beträgt 0.83</p>
<p>Were the outcome measures valid?  Yes No Not addressed</p>	<p>Listed measures used: SPSS, Eine deskriptive Analyse mit den NPST und den demographischen Daten wurden durchgeführt. Hierfür wurde der Pearson's Korrelation's Koeffizienten benutzt.  Über den qualitativen Teil wurde nur beschrieben, dass mit 6 Müttern ein semistrukturiertes Interview durchgeführt wurde. Hierzu fehlen sehr viele Angaben. Beispielsweise ist nicht ersichtlich welche Fragen die Forscher gestellt haben oder wer genau das Interview durchgeführt hat.</p>
<p><b>Intervention</b></p>	<p>Es wurden keine Interventionen durchgeführt</p>
<p>Intervention was described in detail?  Yes No Not addressed</p>	
<p>Contamination was avoided?  Yes No Not addressed</p>	

---

Cointervention was avoided?

Yes  
No  
Not addressed

---

**Results**

Results were reported in terms of statistical significance?

Yes  
No  
Not addressed

Were the analysis method(s) appropriate?

Yes  
No  
Not addressed

What were the results? Were they statistically significant (i.e.  $p < .05$ )? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?

Im Ergebnisteil wird aufgezeigt, wie gross der Unterschied der Durchschnittswerte ist. Wie oben erwähnt, mussten alle 21 Punkte mit einer Zahl zwischen 1 und 5 bewertet werden. Zu jedem Punkt wurden alle angegebenen Zahlen miteinander verrechnet, um den Durchschnitt zu erhalten. Dieser Vorgang wurde auch für jede Kategorie wiederholt.

Die Forscher untersuchten auch, ob ein Unterschied zwischen einzelne demographische Variablen und Arten von Support bestanden. Hierzu konnten keine statistisch signifikante Unterschiede ermittelt werden. Sprich: zwischen jede einzelne demographische Variable und den Aspekten "Wichtigkeit von Support" und "erhaltener Support" konnten keine statistisch signifikante Unterschiede ermittelt werden.

Der qualitative Teil wurde durch die Inhaltsanalyse analysiert. Der Prozess der Analyse ist jedoch nicht dokumentiert und somit nicht nachvollziehbar. Wer hat die Interviews transkribiert? Wer hat die Interviews analysiert? Die aufgetauchten Themen wurden in die vier Kategorien des NPST aufgeteilt und tabellarisch dargestellt. Zudem wurden zu vielen Themen Zitate aufgeführt.

---

**Clinical importance was reported?**

Yes  
No  
Not addressed

What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)

Die grösste Diskrepanz war zwischen der Wichtigkeit von supportive Kommunikation/Abgabe von Informationen und dem tatsächlich erhaltenen Support in diesem Bereich zu sehen. Hier waren die zwei Durchschnittswerte 4.47 vs. 3.85

---

**Drop-outs were**

Did any participants drop out from the study? Why?

<b>reported?</b>	(Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)
Yes	
No	Es sind keine Teilnehmer ausgeschieden.
<b>Conclusions and implications</b>	What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?
Conclusions were appropriate given study methods and results	Mütter wünschen sich mehr Support als sie tatsächlich erhalten haben, v.a. im Bereich der Kommunikation/Information. Der Emotionale Support wurde als weniger wichtig empfunden, einige Mütter hätten sich aber trotzdem mehr Unterstützung benötigt (konnte nur im qualitativen Teil ermittelt werden, nicht im quantitativem Teil). Über klinische Implikationen wurde nichts geschrieben.
Yes	
No	Die Teilnehmer wurden durch ein Convenience sample ausgesucht. Dadurch ist eine Verallgemeinerung der Resultate nicht möglich. Zudem ist der Prozess vom qualitativen Teil der Studie nicht nachvollziehbar, da praktisch nichts darüber geschrieben wurde.

**Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie  
(Behrens und Langer, 2010)**

Smith V., Steel-Fisher, G., Salhi, C. & Shen, L. (2012). Coping With the Neonatal Intensive Care Unit Experience: Parents' Strategies and Views of Staff Support. *Journal of perinatal & neonatal nursing*. Volume 26, Number 4, 343 – 352.

Forschungsfrage: Was berichten Eltern über Erfahrungen auf der NICU, angewandte Copingstrategien und Ansichten über erhaltene Unterstützung vom NICU-Team

**Forschungsfrage**

Zu erforschen was Eltern über Erfahrungen auf der NICU berichten, Copingstrategien und Ansichten über die Unterstützungsweise des NICU-Teams

**Glaubwürdigkeit**

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? (Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?)	Die Forschungsfrage ist klar formuliert. Es wird diskutiert, dass über konkrete Copingstrategien von Eltern auf einer NICU sehr wenig Forschung betrieben wurde oder vor allem Interventionsstudien durchgeführt wurden. Das Ziel der Untersuchung ist, durch einen qualitativen Forschungsansatz ein tiefes Verständnis für Copingstrategien solcher Eltern zu erlangen, um die Eltern angemessen in diesem Prozess unterstützen zu können.
--	--

2. Welches qualitatives

Ein qualitativ-explorativer Ansatz (mit limitierter

Design wurde mit welcher Begründung gewählt? (z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie)	Anwendung der grounded Theory) wurde ausgewählt, weil es wenig über dieses Forschungsthema gibt. Dadurch konnten Resultate direkt aus den Aussagen von Eltern extrahiert werden.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? (Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?)	Vor der Durchführung der Interviews wurde eine umfassende Literaturrecherche in drei Datenbanken durchgeführt.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? (Wie erfolgte die Auswahl?)	Die Teilnehmer waren passend ausgewählt, da alle ein Frühgeborenes Kind auf der NICU hatten. Einschlusskriterien für Teilnehmer waren: über 18 Jahre alt, konnten die englische Sprache verstehen, sprechen und lesen, Teilnehmer hatte das Sorgerecht. Es wurden keine Ausschlusskriterien formuliert.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? (Auch die Perspektive des Forschers?)	die Teilnehmer wurden ausführlich beschrieben mit demografischen Angaben zu Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Schulabschluss, Alter, Haushaltseinkommen, Zivilstand. Die hospitalisierten Frühgeborenen wurden ebenfalls umfassend beschrieben (Gestationswoche, Apgar-Punkte, Diagnosen, korrigiertes Alter)
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? (Methode der Datensammlung?)	Die Datensammlung wurde detailliert beschrieben. Es wurde genau beschrieben, wann wie und wo die Interviews durchgeführt wurden.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? (Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik?)	Die Daten wurden transkribiert und mit dem Ansatz der grounded Theory analysiert. Zuerst wurden grob Hauptthemen herauskristallisiert. Danach schauten sich zwei Autoren sich neun Interviews erneut an, um ein erstes Codebook zu erstellen. Zwei weitere Autoren gingen die restlichen Interviews durch, um das Codebook zu ergänzen. Danach wurden alle Interviews analysiert bis kein neues Thema auftauchte und eine Datensättigung vorhanden war. Für das Datenmanagement wurde eine Software (ATLAS.ti) verwendet. Das Forschungsteam verfolgte einen hohen Standard an Validität und Reliabilität. Entscheidungen über Codingstrategien wurden dokumentiert, Forscher überprüften sich gegenseitig.

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? (Wenn nein: warum nicht?)	Laut den Autoren ja.
<b>Aussagekraft</b>	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? (Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?)	Die Ergebnisse wurden ausführlich aufgeführt. Die fünf ermittelten Copingstrategien wurden durch drei Punkte beschrieben: Vorteile für Eltern, Herausforderungen für Eltern, Unterstützungsmöglichkeiten von NICU-Team. Zu allen drei Punkten sind mehrere Zitate aufgeführt.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? (Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?)	Bei der Ermittlung der Copingstrategien (also bei der Analyse der Interviews) fanden regelmässige Gespräche zwischen den Forschern statt, um sich über die Einordnung der einzelnen Aussagen einig zu sein. Über eine Validierung durch Teilnehmer wurde nichts beschrieben.
<b>Anwendbarkeit</b>	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchen Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Die Ergebnisse der Studie sind wertvoll, um zu erfahren welche Strategien Eltern als hilfreich fanden und was herausfordernd war.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Die Studie gibt einerseits konkrete Vorschläge, was Pflegefachpersonen tun könnten, um Eltern im Anwenden von Copingstrategien zu unterstützen. Andererseits sagen die Autoren, dass Angebote vom Pflegeteam stark davon abhängen, wie die Struktur der Abteilung ist. Dementsprechend ist den Autoren bewusst, dass die Unterstützungsmöglichkeiten variieren können.

**Critical Review Form – Quantitative Studies**  
(© Law et al., 1998)

Turan, T., Basbakkal, Z. & Özbek, S. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2856-2866.  
doi:10.1111/j.13615-2702.2008.02307.x

<b>Study purpose</b>	Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?
----------------------	---

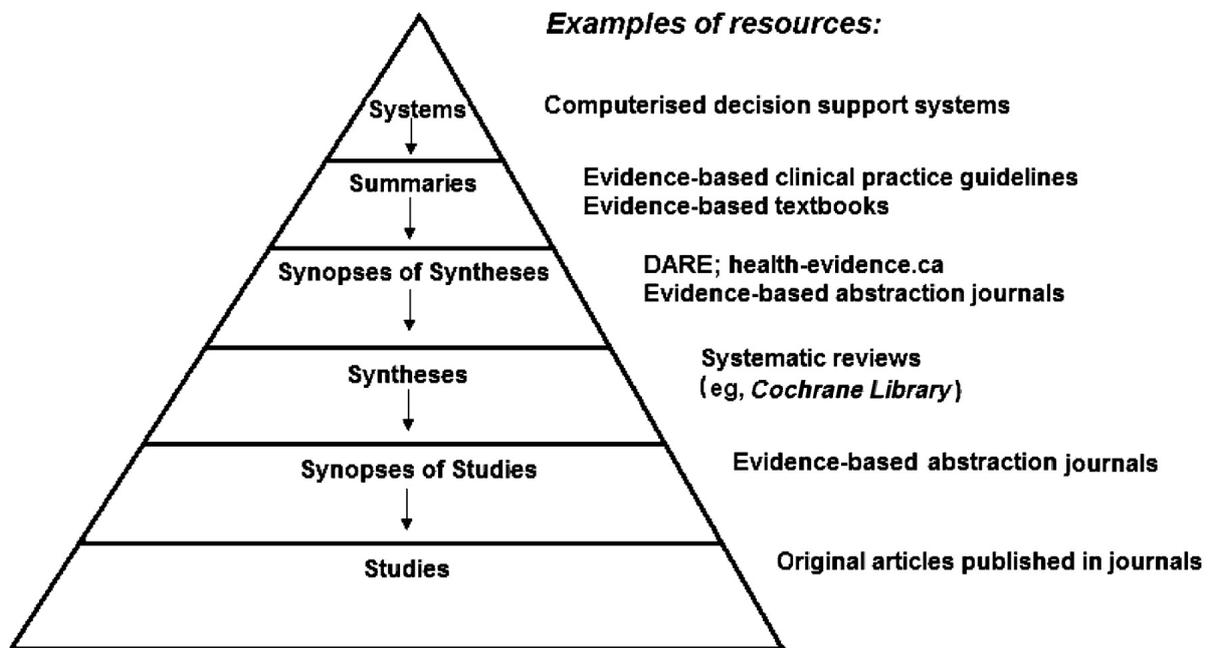
Was the purpose stated clearly?	Das Ziel war den Effekt von stress-reduzierenden pflegerischen Interventionen auf den Stresslevel von Müttern und Vätern zu ermitteln.
Yes	
No	Das Ziel wurde klar definiert.
<b>Literature</b>	Describe the justification of the need for this study:
Was relevant background literature reviewed?	Um, den Forschungsbedarf belegen zu können, wurde eine Literaturrecherche durchgeführt:
Yes	Die Tatsache, dass das eigene Kind auf einer NICU ist, ist für viele Eltern eine stressvolle Erfahrung. Die psychische Umgebung sorgt mit vielen technischen Geräten ebenfalls für stress. Viele Eltern fühlen sich unsicher und haben das Gefühl am eigenen Kind nichts machen zu dürfen. Es ist erwiesen, dass Informationen (z.B. über Geräte, Abteilung,...) einen positiven Effekt auf Eltern haben.
No	
<b>Design</b>	Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):
<b>Randomized (RTC)</b>	
Cohort	
Single case design	Grundsätzlich ist eine solches Forschungsdesign geeignet, um zu ermitteln ob eine Intervention statistisch gesehen signifikant ist. Aus ethischer Sicht ist es bedenklich, dass, obwohl die Forscher um die positive Wirkung solcher Interventionen wussten, diese nur der Interventionsgruppe zukommen liessen.
Before and after	
Case-control	
Cross-sectional	
Case study	
	Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:
	Die Forscher haben passende Eltern (die die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten) angefragt, es ist nicht ersichtlich, wie die Randomisierung stattfand. Es könnte sein, dass einzelne Teilnehmer bevorzugt in die Interventionsgruppe gelangten.
<b>Sample</b>	Sampling (who, characteristics, how many, how was sampling done?). If more than one group, was there similarity between the groups?:
N=37 Elternteile	
Was the sample described in detail?	passende Teilnehmer wurden informiert (anm. vermutlich durch die Pflegenden). Wenn einverstanden, gaben die Eltern ihr mündliches Einverständnis. Dabei sind schliesslich 37 Elternteile (20 Mütter, 17 Väter) in der Interventionsgruppe und 39 Elternteile (20 Mütter, 19 Väter) in der Kontrollgruppe. Es wurden folgende demographische Daten erfasst: Eltern → Alter (M), Schulbildung, Berufstätigkeit, Trait anxiety inventory level
Yes	
No	
Was sample size justified?	

Yes No Not addressed	vor Untersuchung. FG → Geburtsgewicht (M), Gestationswoche (M), Apgar-Score nach 5 Minuten (M), aktuelles Alter, Geburtsart, mechanische Beatmung
	Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:
	Die Eltern stimmten bei Interesse mündlich zu.
<b>Outcomes</b>	Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):
Were the outcome measures reliable?	Die Messungen vom Trait anxiety inventory level wurden vor der Durchführung der vorgegebenen Interventionen durchgeführt. Am 10. Tag mussten beide Gruppen den PSS:NICU ausfüllen (misst Situationen, die auf einer NICU Stress verursachen können).
Yes No Not addressed	
Were the outcome measures valid?	Outcome areas:
Yes No Not addressed	Als Outcome sollte durch das PSS:NICU gemessen werden, welche Situationen auf einer NICU Stress verursachen)
	Das Cronbach-Alpha vom übersetzten Instrument betrug 0.89. Die Cronbach-Alpha Werte der Subkategorien des Instruments lagen zwischen 0.78 und 0.88
	Die Autoren gaben an, dass diese Instrument vorgängig getestet wurde und reliabel und valide ist.
<b>Intervention</b>	Innerhalb der ersten 48h nach Aufnahme des FG wurden bei den TN demographische Daten und der Level an Sorge/Angst sowie dessen Eigenschaften erfasst (mittels STAI).
Intervention was described in detail?	In der ersten Woche erhielten die TN der <b>Interventionsgruppe</b> ein 30-minütiges Schulungsgespräch/Informationsgespräch. Dieses Gespräch beinhaltete: NICU vorstellen, Personal vorstellen, technische Geräte vom/am Kind erklären, Situation/Befinden des Kindes (z.B. Medikamente, Ernährung, ...), Infos über das Aussehen von FG, Gefühle die bei Eltern aufkommen könnten, Besuchszeiten, das Mitmachen in der Pflege, Stillen, Gewichtszunahme, Austritt, Fachbegriffe. Fragen wurden beantwortet, Unklarheiten geklärt. Zudem erhielt die Interventionsgruppe eine Informationsbroschüre.
Yes No Not addressed	
Contamination was avoided?	Anschliessend erhielten die Eltern weitere Informationen oder eine Teilwiederholung der bereits erhaltenen Infos durch Forscher (beim Kind und nicht wie vorhin in einem Schulungsraum).
Yes No Not addressed	Die <b>Kontrollgruppe</b> erhielt die übliche Pflege (es ist nur

<b>Not addressed</b>	<p>angegeben, dass die Abteilung patientenzentriert arbeitet). Diese Eltern konnten einmal täglich ihr Kind besuchen.</p> <p>Am ca. 10. Hospitalisationstag mussten alle Eltern das PSS:NICU ausfüllen. Zudem wurden folgende Angaben festgehalten: Alter FG, Anzahl Besuche durch Eltern, Beatmungsform</p>
<b>Results</b>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e. <math>p &lt; .05</math>)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p>
Results were reported in terms of statistical significance?	
<b>Yes</b>	<p>Zwischen beiden Gruppen bestand demographisch gesehen kein statistischer Unterschied. Auch die STAI-Werte waren statistisch nicht signifikant.</p>
No	
Not addressed	
Were the analysis method(s) appropriate?	<p>PSS:NICU Mütter → statistisch signifikante Unterschiede in der Kategorie “Sichtbares und Geräusche”, “Veränderung der Elternrolle”. Der allgemeine mean-score (also von allen 3 Kategorien des PSS_NICU) waren statistisch signifikant (siehe ZF)</p>
<b>Yes</b>	
No	
Not addressed	<p>PSS:NICU Väter → in allen 3 Kategorien kein statistisch signifikanter Unterschied. Jedoch waren die Väter der Kontrollgruppe in der Kategorie “Veränderung der Elternrolle” gestresster als die der Intervnetionsgruppe</p> <p>Chi-square und t-test für das trait anxiety inventory als Baseline und demographische Daten. Um die Korrelation zwischen den abhängigen und unabhängigen Variablen zu berechnen wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet (bei den Gruppen ohne normaler Verteilung). Der Kruskal-Wallis Test für &gt; 2 Gruppen.</p>
<b>Clinical importance was reported?</b>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicalbe)</p>
<b>Yes</b>	<p>Obwohl statistisch kein signfikanter Unterschied vorlag konnte man doch sehen, dass Väter der Kontrollgruppe gestresster waren (also höhere Werte angekreuzt hatten). Dies konnte v.a. in der Kategorie “Veränderung der Elternrolle” festgestellt warden.</p>
No	
Not addressed	<p>Zudem war sichtbar, dass einzelne demographische Angaben der FG (wie die Beatmung) statistisch signifikant waren (sprich: Mütter der Kontrollgruppe waren da gestresster)</p>

<b>Drop-outs were reported?</b>	Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)
<b>Yes</b>	Es wurde mitgeteilt, dass insgesamt 3 Väter von der Interventionsgruppe und 1 Vater aus der Kontrollgruppe nicht an die Umfrage teilnehmen konnten.
<b>No</b>	Keine Angaben dazu, ob jemand die Gruppe gewechselt hat
<b>Conclusions and implications</b>	What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?
Conclusions were appropriate given study methods and results	Die Schlussfolgerungen wurden mit Resultaten aus anderen Studien untermauert.
<b>Yes</b>	Die Forscher zeigen wie wichtig die familienzentrierte Pflege ist. Die Eltern während dem ersten Besuch auf der IPS begleiten, schriftliche Informationen abgeben, Umgebung und Geräte erklären, Therapie erklären, AZ von FG erklären, Fragen beantworten, zu Besuchen ermuntern, zeigen wie FG berühren/wickeln/ernähren, Fachbegriffe minimieren sind wichtige pflegerische Interventionen
<b>No</b>	Jedoch wurden keine Angaben zu Limitatione und zukünftiger Forschung gemacht

## Anhang D: Pyramide DiCenso



DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence Based Nurse*, 12(4), 99-101.