

Bachelorarbeit

Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Stilldauer

Ramona Marty
Kirchweg 27 B
5415 Nussbaumen

Matrikelnummer: S08257487

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Hebammen
Studienjahr:	2008
Eingereicht am:	12.05.2011
Betreuende Lehrperson:	Christina Roth, Hebamme MSc

Zusammenfassung	1
1 Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Stilldauer	2
1.1 Fragestellung	3
1.2 Ziel der Arbeit	3
1.3 Ein- und Ausschlusskriterien	3
1.4 Definitionen	4
2 Methodik.....	5
2.1 Literaturrecherche	5
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien	5
2.3 Gewählte Studien	5
2.4 Beurteilungsinstrument.....	6
2.5 Fachliteratur	7
2.6 Aufbau der Arbeit	7
3 Theoretischer Hintergrund.....	8
3.1 Die postpartale Depression	8
3.1.1 <i>Definition</i>	8
3.1.2 <i>Häufigkeit</i>	9
3.1.3 <i>Ursachen</i>	9
3.1.4 <i>Symptome</i>	10
3.1.5 <i>Folgen</i>	10
3.1.6 <i>Diagnose</i>	11
3.1.7 <i>Therapie</i>	12
3.1.8 <i>Abgrenzung zu anderen psychischen Erkrankungen in der Postpartalzeit</i>	13
3.2 Das Stillen	16
3.2.1 <i>Definition</i>	16
3.2.2 <i>Die Muttermilch</i>	16
3.2.3 <i>Gesundheitsfördernde Faktoren des Stillens</i>	16
3.2.4 <i>Empfehlungen der WHO</i>	17
3.2.5 <i>Vorteile gegenüber der Flaschennahrung</i>	17
4 Ergebnisse aus wissenschaftlicher Literatur.....	18
4.1 Studie 1	18

4.2	Studie 2	19
4.3	Studie 3	19
4.4	Studie 4	20
5	Diskussion	22
5.1	Analyse Studie 1	22
5.2	Analyse Studie 2	22
5.3	Analyse Studie 3	23
5.4	Analyse Studie 4	23
5.5	Allgemeine kritische Diskussion	24
6	Theorie- Praxistransfer	27
7	Schlussfolgerung	29
	Literaturverzeichnis	31
A.	Tabellenverzeichnis	35
B.	Eigenständigkeitserklärung	36
C.	Danksagung	37
D.	Wortzahl	38
	Anhang	39
	Beurteilung Studie 1	39
	Beurteilung Studie 2	45
	Beurteilung Studie 3	50
	Beurteilung Studie 4	55
	EPDS	60

Zusammenfassung

Hintergrund. Die postpartale Depression ist eine depressive Erkrankung, die nach der Geburt eines Kindes auftreten und bis zu einem Jahr andauern kann. Sie betrifft 10-15% der Frauen und die Folgen für Mutter und Kind können durch die früh gestörte Mutter-Kind-Beziehung besonders schwer sein. Die Muttermilch wird als optimale Ernährung für das Kind angesehen. Die erste Still Erfahrung einer Mutter ist wichtig und wirkt sich auf das psychische Wohlbefinden der Frau aus.

Ziel. Die Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Stlldauer sollen anhand ausgewählten Studien und Fachliteratur untersucht werden.

Methode. In der vorliegenden Literaturarbeit wurden vier Studien, welche den Zusammenhang zwischen dem psychischen Wohlbefinden und der Stlldauer untersuchten, analysiert und bewertet.

Ergebnisse. Die vier Studien zeigten unterschiedliche Resultate. Zwei Studien konnten keinen Zusammenhang zwischen der postpartalen Depression und der Stlldauer feststellen, eine weitere zeigte den Zusammenhang zwischen den Variablen auf. Alle Studien zeigten den Einfluss von soziodemografischen Faktoren auf die Stlldauer auf.

Schlussfolgerung. Die Wochenbettbetreuung ist eine wichtige Aufgabe der Hebamme und eine gute Betreuung der Familien ist entscheidend für die Gesundheit von Mutter und Kind. Weiterführende Forschungen zu den Themen sollten angestrebt werden um eine bestmögliche Betreuung der Familien zu ermöglichen.

Schlüsselwörter. 'postpartale Depression', 'Depression', 'Stillen', 'Ausschliessliches Stillen' und 'Stlldauer'.

1 Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Stilldauer

Die Geburt eines Kindes wird in unserer Gesellschaft als ein freudiges Ereignis angesehen, welches Glück und Freude für die Mütter und Familien mit sich bringt (Cignacco, 2006). Tatsächlich trifft dies bei vielen Müttern nach der Geburt nicht zu, sie entwickeln mehr oder weniger tiefgründige psychische Probleme, welche durch die überwältigenden Geschehnisse rund um die Schwangerschaft und die Geburt ausgelöst werden können (Cignacco, 2006).

Die postpartale Depression, auch postnatale Depression oder Wochenbettdepression genannt, ist laut Riecher-Rössler (2006) eine längerdauernde und behandlungsbedürftige depressive Erkrankung, die nach der Geburt eines Kindes auftritt und oft mehrere Monate, teilweise mehr als ein Jahr anhält. Sie betrifft 10-15% der Frauen und die Folgen für Mutter und Kind können durch die früh gestörte Mutter-Kind-Beziehung besonders schwer sein (Riecher-Rössler, 2006).

Die postpartale Depression und ihre Folgen werden oft unterschätzt und somit nicht adäquat therapiert (Salis, 2007). Dalton (2003) zeigt die Bedeutung der Hebamme im Rahmen der Nachsorge in der Postpartalzeit auf. Sie betreut Mutter und Kind nach der Geburt und kann durch die aufmerksame Beobachtung erste Anzeichen und Symptome der postpartalen Depression erkennen (Dalton, 2003). Je früher die Krankheit erkannt wird, desto besser stehen die Chancen einer erfolgreichen Behandlung (Dalton, 2003).

Gemäss dem Royal College of Midwives [RCM] (2004) ist die erste Still Erfahrung einer Mutter wichtig und hat eine grosse Auswirkung auf das psychische Wohlbefinden der Frau. Die Hebamme hat in den ersten Tagen nach der Geburt die Möglichkeit und das Privileg, die Frauen in ihrem Stillerlebnis und -erfolg entscheidend zu beeinflussen (RCM, 2004). Es liegt in ihrer Verantwortung, den Frauen die notwendige Unterstützung zu geben und wichtige Informationen zu vermitteln. Denn obwohl das Stillen als natürlich angesehen wird, muss diese Fertigkeit zuerst erlernt und praktiziert werden (RCM, 2004). Die World Health Organization [WHO] (WHO, 2011a) empfiehlt das ausschliessliche Stillen des Kindes in den ersten sechs Lebensmonaten, sowie partielles Weiterstillen bis zum zweiten

Lebensjahr oder darüber hinaus. Muttermilch wird als optimale Nahrung angesehen und ist wichtig für die Entwicklung des Kindes (WHO, 2011a).

1.1 Fragestellung

Aus den oben genannten Erkenntnissen ergab sich für die vorliegende Arbeit folgende Fragestellung:

'Welche Auswirkungen hat die postpartale Depression auf die Stilldauer?'

1.2 Ziel der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Stilldauer anhand ausgewählten Studien und Fachliteratur zu untersuchen und die Bedeutung dieser Themen aufzuzeigen.

1.3 Ein- und Ausschlusskriterien

In der Literatur finden sich verschiedene Definitionen der postpartalen Depression, so ist auch die Dauer nicht klar definiert. In der vorliegenden Arbeit wird die postpartale Depression und das Stillverhalten bis maximal ein Jahr postpartal untersucht. Zur klaren Abgrenzung gegenüber der postpartalen Depression werden sowohl der Babyblues als auch die postpartale Psychose kurz erläutert und zum besseren Verständnis tabellarisch dargestellt. Psychische Störungen in der Schwangerschaft und andere psychische Erkrankungen im Wochenbett werden nicht untersucht und in der Literaturrecherche nicht berücksichtigt.

Es wird keine geographische Eingrenzung vorgenommen, da es auch innerhalb von Europa kulturell bedingte Unterschiede bezüglich Stillverhalten und psychischer Verfassung gibt und die Thematik zwar auch in Europa, jedoch grösstenteils in Australien untersucht wurde.

Das Thema Stillen ist in der Postpartalzeit ein wichtiger Betreuungs- und Beratungsschwerpunkt der Hebammen und somit ein sehr umfängliches Thema in der Literatur. In der vorliegenden Arbeit wird vor allem auf die Bedeutung des Stillens, auf gesundheitsfördernde Faktoren und auf die Empfehlungen der WHO eingegangen. Die verschiedenen Stillpositionen, Stillprobleme und die genaue

Zusammensetzung der Muttermilch werden nicht berücksichtigt, da dies den Rahmen der Arbeit überschreiten würde.

Die Therapie der postpartalen Depression ist je nach Situation unterschiedlich und der Einsatz von Medikamenten individuell zu beurteilen. Es wird weder der Einsatz noch die genaue Wirkung oder Nebenwirkung der Medikamente aufgezeigt, da dies nicht den Schwerpunkt der Arbeit darstellt.

1.4 Definitionen

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff 'postpartale Depression' anstelle von 'postnatale Depression' verwendet. Salis (2007) erläutert, dass in der deutschsprachigen Literatur beide Begriffe kursieren, wobei jedoch 'postnatal' die Geburt aus Sicht des Kindes und 'postpartal' die Geburt aus Sicht der Mutter bedeutet. So beschreibt der Begriff 'postpartale Depression' die Krankheit der Mutter (Salis, 2007). In der englischen Literatur hat sich der Begriff 'postnatal depression' durchgesetzt, wobei beide Begriffe synonym benutzt werden (Salis, 2007).

Unter der postpartalen Depression wird eine lang andauernde und behandlungsbedürftige depressive Erkrankung verstanden, die bis zu einem Jahr nach der Geburt andauern kann (Riecher-Rössler, 2006).

Unter 'ausschliesslichem Stillen' wird in dieser Arbeit die Ernährung des Kindes mit Muttermilch ohne das Zuführen von anderer Nahrung oder Flüssigkeit verstanden. Das 'volle Stillen' bedeutet die Ernährung durch Muttermilch und wässrige Flüssigkeiten (z.B. Tee), ohne das Zufüttern von Säuglingsmilch. Unter dem Begriff 'Teil-Stillen' wird die Ernährung durch Muttermilch und ergänzende Nahrungsmittel verstanden (Institut für Sozial- und Präventivmedizin [ISPM] & Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2003).

2 Methodik

2.1 Literaturrecherche

Für die Literaturrecherche wurden die Datenbanken CINAHL Database, Cochrane Library, Medline, MiDirs Maternity and Infant Care, Ovid Nursing Full-Text Plus und PubMed verwendet. Die Schlüsselwörter 'postnatal depression', 'postpartum depression', 'depression', 'breastfeeding', 'exclusive breastfeeding', 'breastfeeding duration', 'childbearing', und 'EPDS' wurden eingesetzt um geeignete Studien zu finden. Die Schlüsselwörter wurden jeweils mit dem Booleschen Operator 'AND' verknüpft.

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Auswahl der Studien wurde anhand folgender Kriterien getroffen:

- Bezug zur Fragestellung
- Relevanz für die Arbeit
- Aktualität

Der Bezug zur Fragestellung musste in den Studien klar vorhanden sein, um eine weitere Beschäftigung mit der Studie in Betracht ziehen zu können.

Die Studien wurden dann als relevant betrachtet, wenn die Variablen 'Stillen' und 'postpartale Depression' untersucht wurden. Auch die depressive Symptomatik wurde als geeignet erachtet, da die Definition der postpartalen Depression variiert. Alle Studien die in den letzten 15 Jahren erschienen sind, wurden als aktuell angesehen.

2.3 Gewählte Studien

Mit 'postnatal depression' und 'breastfeeding duration' kombiniert mit dem Booleschen Operator 'AND' konnten die gewünschten Studien für die Beantwortung der Fragestellung gefunden werden. Tabelle 1 zeigt die vier Studien mit den dazugehörigen Schlüsselwörtern und der Datenbank, in welcher die Studie jeweils gefunden wurde.

Tabelle 1

Studien aus der Literaturrecherche

Datenbank	Schlüsselwörter	Studie
PubMed	'depression' 'breastfeeding'	Cooke M., Schmied V. & Sheehan A. (2007). An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia. <i>Midwifery</i> , 23, 66-76.
MiDirs	'depression' 'breastfeeding duration'	Hendersson, J. J., et al. (2003). Impact of Postnatal Depression on Breastfeeding Duration. <i>BIRTH</i> , 30, 175-180.
MiDirs	'depression' 'breastfeeding duration'	O'Brien, M., Buikstra, E. & Hegney, D. (2008). The influence of psychological factors on breastfeeding duration. <i>The Authors</i> . 397-408.
PubMed	'exclusive breastfeeding' 'postpartum depression' 'europe'	Thome, M., Alder, E. & Ramel, A. (2004). A population-based study of exclusive breastfeeding In Icelandic woman: is there a Relationship with depressive Symptoms and parenting stress? <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 43, 11-20.

2.4 Beurteilungsinstrument

Für die Beurteilung der Studien wurde die Broschüre 'Hebammenforum, Evidenzbasiertes Arbeiten' von Stahl (2008) verwendet. Da in der vorliegenden Arbeit ausschliesslich quantitative Studien bewertet wurden und das Beurteilungsraster klar strukturiert ist, wurden die Studien nach Stahl (2008) bewertet. Die Studien werden bei Stahl (2008) in hierarchisch gegliederte Evidenzstufen eingeteilt, wobei Studien mit einem höheren Evidenz-Typ seltener

durch systematische Fehler verzerrt sind als Studien mit einem tieferen Evidenz-Typ (Stahl, 2008).

Aus ethischen Gründen ist es bei den gewählten Studien nicht möglich, eine Studie mit Evidenz-Typ 1 (Meta-Analysen von systematischen Reviews von randomisierten kontrollierten Studien) durchzuführen. Deshalb gilt es jede Studie kritisch zu beurteilen und Verzerrungen zu erkennen.

2.5 Fachliteratur

Die Literatur zu den Themen 'Stillen' und 'postpartale Depression' wurde neben den genannten Datenbanken in der Hochschulbibliothek der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften [ZHAW], sowie im Netzwerk von Bibliotheken und Informationsstellen in der Schweiz [NEBIS] gefunden.

Neben den gewählten Studien wurden Reviews, Artikel aus Fachzeitschriften und Bücher für die Erarbeitung des theoretischen Hintergrundes verwendet.

2.6 Aufbau der Arbeit

In der vorliegenden Literaturlarbeit wird in einer kurzen Einleitung auf die Relevanz der Thematik aufmerksam gemacht. In der Methodik werden die Literaturrecherche und das methodische Vorgehen erläutert, worauf im Theorieteil Hintergrundinformationen zu den Themen postpartale Depression und Stillen folgen. Bei den Resultaten finden die Leser die wichtigsten Ergebnisse aus den gewählten Studien, welche im Abschnitt Diskussion kritisch hinterfragt und analysiert werden. Der Bezug zur Praxis wird im Theorie-Praxistransfer hergestellt und letztendlich werden die Schlussfolgerungen der vorliegenden Arbeit erläutert. Für die bessere Verständlichkeit der Arbeit finden sich die detaillierten Studienbewertungen nach Stahl (2008) und die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) im Anhang.

3 Theoretischer Hintergrund

3.1 Die postpartale Depression

Die WHO (2011b) entwickelte zur Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen das weltweit anerkannte Diagnoseklassifikations- und Verschlüsselungssystem ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

Dilling, Mombour, Schmidt und Schulte-Markwort (2006) zeigen die internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO auf. Psychische Störungen im Wochenbett, welche innerhalb der ersten sechs Wochen nach der Entbindung auftreten, gehören der Klassifikation F 53 an, welche „psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar“ beinhalten (Dilling et al. 2006, S.147). Die postpartale Depression wird wie folgt eingeteilt: „F53.0: Leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar“ (Dilling et al. 2006, S. 147)

3.1.1 Definition

„Als „postpartale Depressionen“ werden im Allgemeinen alle schwereren, längerdauernden und behandlungsbedürftigen Erkrankungen bezeichnet, die im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten oder bestehen.“ (Riecher-Rössler, 2006, S.11).

Die postpartale Depression ist sowohl gegen die postpartale Dysphorie/ den Blues, als auch gegen die postpartale Psychose abzugrenzen (Riecher-Rössler, 2006).

Laut Bick, MacArthur, Knowles und Winter (2004) gibt es keine genaue Definition der postpartalen Depression, ihre Symptome sind jedoch mit jenen einer allgemeinen Depression zu vergleichen. Sie sei zwischen den Extremen der Psychose, welche die Gefahr des Suizids und der Kindstötung mit sich bringt und der Weinerlichkeit des Babyblues einzuordnen (Pitt 1968 zit. in Bick et al. 2004). Die postpartale Depression ist schwierig von der normalen

Müdigkeit und Labilität abzugrenzen, welche fast jede Frau nach der Geburt erlebt (Holden 1991 zit. in Bick et al., 2004).

3.1.2 Häufigkeit

Weimer (2007) geht davon aus, dass 10-15% aller Frauen nach der Geburt des Kindes an einer postpartalen Depression erkranken und dass diese krankhafte psychische Reaktion jederzeit im ersten Jahr nach der Geburt auftreten kann.

Riecher-Rössler (2006) zeigt auf, dass die Häufigkeit einer postpartalen Depression je nach Kriterien und Beobachtungszeitraum zwischen 6-22% schwankt. In den ersten drei Monaten nach der Geburt ist die Rate krankheitswertiger Depressionen im Gegensatz zu Frauen ohne Entbindung leicht erhöht, danach gleicht sich das Erkrankungsrisiko an (Riecher-Rössler, 2006).

3.1.3 Ursachen

Salis (2007) geht davon aus, dass die Ursachen der postpartalen Depression vielfältig und vielschichtig sind und es somit in der Regel keinen einzelnen Krankheitsverursacher gibt.

Riecher-Rössler (2006) erläutert, dass bisher keine spezifischen Risikofaktoren, welche nach der Geburt eine postpartale Depression auslösen können, identifiziert werden konnten. Weder hormonelle, geburtshilfliche, noch psychosoziale Faktoren seien bei den betroffenen Frauen auffällig anders als bei nicht erkrankten. Die vorbestehende Prädisposition ist der konsistenteste Risikofaktor für eine postpartale Depression (Riecher-Rössler, 2006). Ein Drittel der erkrankten Frauen haben bereits vor der Schwangerschaft mindestens einmal an einer psychischen Erkrankung gelitten und 70% der betroffenen Frauen haben mindestens einen psychisch erkrankten Familienangehörigen (Riecher-Rössler, 2006). Trotz fehlenden Hauptursachen wird die postpartale Depression häufig mit Angst, Stress und mit der neuen Verantwortung dem Kind gegenüber in Verbindung gebracht. (Riecher-Rössler, 2006).

Salis (2007) geht davon aus, dass sowohl Schlafmangel, Schreikinder, medikamentöses Abstillen, als auch die hormonelle Umstellung nach der Geburt eine postpartale Depression auslösen können.

Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour (2003) beschreiben die fehlende soziale Unterstützung, insbesondere durch den Partner, als wichtiger Faktor, der eine postpartale Depression begünstigen kann.

3.1.4 Symptome

Die Hauptsymptome der postpartalen Depression können laut Salis (2007) depressive Verstimmtheit, Traurigkeit, Verlust an Freude und Interesse und Gefühle der Wertlosigkeit sein. Zusätzlich können Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen, psychomotorische Unruhe, Konzentrationsstörungen und wiederkehrende Gedanken an Suizid und Tod als Nebensymptome auftreten (Salis, 2007). Je nach Schweregrad und Häufigkeit dieser Symptome, vor allem aber bei einer Dauer von mehr als zwei Wochen, könnte gemäss Salis (2007) eine postpartale Depression vorliegen.

Weimer (2007) erwähnt als Symptome der postpartalen Depression zusätzlich Reizbarkeit, Wut, Energiemangel, motorische Verlangsamung und körperliche Symptome wie Kopfschmerzen, Schwindel oder Atembeschwerden.

3.1.5 Folgen

Hendersson, Evans, Straton, Priest und Hagan (2003) erläutern, dass die postpartale Depression für Mutter und Kind schwerwiegende Folgen haben kann. Die Entwicklung des Kindes könne durch die gestörte Mutter-Kind-Beziehung negativ beeinflusst werden und es können Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten auftreten. Frauen mit einer Depression haben häufiger Stillprobleme und das Abstillen kann die Folge einer Depression sein (Hendersson et al., 2003).

Dennis und McQueen (2009) gehen davon aus, dass Frauen nach einer postpartalen Depression ein zweifach erhöhtes Risiko haben in den folgenden fünf Jahren erneut depressiv zu werden.

Riecher-Rössler et al. (2003) sehen bei der postpartalen Depression Bindungsstörungen als schwerwiegende Folge für die ganze Familie. Eine Bindungsstörung sei dadurch gekennzeichnet, dass die Mutter keine Beziehung zu ihrem Kind aufbauen kann, keine Gefühle der Zuneigung und Liebe entwickeln kann, das Kind ablehnt oder feindselige Gefühle entwickelt. Diese potentiellen Folgen der postpartalen Depression betreffen nicht nur Mutter und Kind, sondern oft auch die Partnerschaft und die ganze Familie (Riecher-Rössler et al., 2003).

3.1.6 Diagnose

Depressive Erkrankungen nach der Geburt werden gemäss Riecher-Rössler (2006) häufig zu spät erkannt und therapiert. Frauen verschweigen die Symptomatik oft aufgrund von Angst, Schuld- und Schamgefühlen, was die Diagnostik erheblich erschwert (Riecher-Rössler, 2006).

Ein leicht anwendbares Selbstbeurteilungsinstrument zur Erleichterung der Diagnose stellt die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) dar (Riecher-Rössler, 2006).

Salis (2007) beschreibt die EPDS als einen Selbsteinschätzungsfragebogen, welcher durch die Mütter selbst und ohne fremde Hilfe ausgefüllt wird. Die Skala besteht aus zehn Fragen, welche leicht zu beantworten sind und erfasst unter anderem Gefühle der Angst, Freude und innerer Unruhe (Salis, 2007). Die Antworten werden, je nach Schweregrad der Symptome, mit 0, 1, 2 oder 3 Punkten bewertet. Ein erhöhter Summenwert erweist sich gemäss Salis (2007) als wichtiger Faktor zur Risikoabwägung einer entstehenden Depression, wobei die Anzahl der Punkte nicht die Schwere der Störung aufzeigt. Die EPDS kann zum ersten mal vier bis sieben Tage postpartal eingesetzt werden und danach je nach Befinden alle zwei Wochen wiederholt werden (Salis, 2007). Die deutschsprachige Version der EPDS befindet sich zum besseren Verständnis im Anhang.

3.1.7 Therapie

Riecher-Rössler (2006) erläutert, dass die Therapie der Depression in der Postpartalzeit vergleichbar mit jener in anderen Lebensabschnitten ist. Es sei wichtig, auf die besonderen Umstände Rücksicht zu nehmen und die Bedürfnisse von Mutter und Kind zu beachten. Eine umfassende Aufklärung über die Krankheit nach der Diagnose, unter Einbezug des Partners oder sonstigen Familienangehörigen, ist bedeutend und hilft der Mutter sich von allfälligen Schuldgefühlen zu befreien (Riecher-Rössler, 2006). Eine supportive Therapie sei wichtig um der Frau den Umgang mit der Krankheit zu erleichtern und mit ihr die neue Rolle als Mutter zu besprechen. Eine Beratung über verschiedene Hilfsangebote zur Entlastung sollte stattfinden und im weiteren Verlauf kann eine Psychotherapie und/ oder eine medikamentöse Behandlung notwendig sein (Riecher-Rössler, 2006). Die Situation ist durch eine Fachperson zu beurteilen und die Therapie sollte individuell angepasst werden (Riecher-Rössler, 2006).

Biancuzzo (2005) erläutert, dass Antidepressiva, welche oft bei der Therapie der postpartalen Depression eingesetzt werden, bei einer stillenden Frau nicht generell kontraindiziert sind. Die Vorteile des Stillens überwiegen normalerweise den möglichen Risiken für das Kind, eine sorgfältige Einzelfallbeurteilung steht in jedem Fall im Vordergrund (Biancuzzo, 2005). Obwohl es in der Zwischenzeit gut erforschte Medikamente zur Behandlung der postpartalen Depression gibt, ist laut Riecher-Rössler (2006) situationsgerecht abzuwägen ob diese eingesetzt werden oder nicht. Den Frauen wird in den meisten Fällen zum Abstillen geraten um unerwünschte Nebenwirkungen für das Kind zu vermeiden, wobei jedoch das Risiko des plötzlichen Abstillens nicht unterschätzt werden sollte (Riecher-Rössler, 2006). Viele Frauen sehen das Abstillen als weitere Niederlage an und fühlen sich dadurch als schlechte Mutter (Riecher-Rössler, 2006).

3.1.8 Abgrenzung zu anderen psychischen Erkrankungen in der Postpartalzeit

Holden (1991 zit. in Bick et al. 2004) beschreibt, dass die postpartale Depression zwischen dem Babyblues und der postpartalen Psychose einzuordnen ist. Um eine klare Abgrenzung vorzunehmen, werden der Babyblues und die Psychose im folgenden Abschnitt kurz beschrieben.

Babyblues

Nach Weimer (2007) betrifft der Babyblues 70-80% der Frauen und dauert wenige Stunden bis maximal zwei Wochen nach der Geburt. Er ist eine häufig auftretende psychische Reaktion nach der Geburt eines Kindes und man geht davon aus, dass die Hauptursache für den Babyblues das Abfallen der Hormone Östrogen und Progesteron ist (Weimer, 2007). Die Geburt eines Kindes ist laut Weimer (2007) eine Grenzerfahrung im Leben einer Frau und es kann zu Verunsicherungen durch die neue Verantwortung dem Kind gegenüber kommen. Die betroffenen Frauen benötigen viel Zuwendung, Verständnis und Geduld und je nach Einschätzung des Fachpersonals eine intensivere und eventuell verlängerte Nachbetreuung (Weimer, 2007). Ob ein Babyblues behandlungsbedürftig ist, sei von verschiedenen Faktoren abhängig und jeweils individuell zu beurteilen. Wichtig ist bei Überforderung therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, nicht zuletzt um eine postpartale Depression vorzubeugen (Weimer, 2007).

Die postpartale Psychose

Dilling et al. (2006) klassifizieren die postpartale Psychose wie folgt:

„F 53.1: Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar“ (Dilling et al. 2006, S.147).

Nach Weimer (2007) stellt die postpartale Psychose die schwerwiegendste psychische Erkrankung im Wochenbett dar. Sie betrifft 0.1-0.3% aller Frauen nach der Geburt und beginnt in den ersten zwei Wochen postpartal (Weimer, 2007). Sie könne Folge eines extremen Schlafmangels, plötzlichen Abstillens oder eine Verstärkung der postpartalen Depression sein. Der Handlungsbedarf sei leichter erkennbar als bei der postpartalen Depression

oder dem Babyblues, da ein Realitätsverlust stattfindet. Symptome in Form von Erregung, Überaktivität oder extremer Angst können sowohl schleichend als auch sehr plötzlich auftreten (Weimer, 2007).

„In der Psychose sind sie sehr verwirrt und unfähig eine Aufgabe zu bewältigen. Sie können Situationen nicht richtig beurteilen und sind nicht fähig, Entscheidungen zu treffen. Sie können nicht zwischen Phantasie und Realität unterscheiden.“ (Weimer, 2007, S. 277).

Da die Psychose die Persönlichkeit der Frau vollständig verändert, ist der Bedarf grosser Sensibilität äusserst wichtig um herauszufinden, ob sich die Symptome noch im physiologischen oder bereits im pathologischen Bereich befinden und dringender Handlungsbedarf besteht (Weimer, 2007).

Tabelle 2 zeigt die drei wichtigsten psychischen Erkrankungen in der Postpartalzeit noch einmal auf und soll als Überblick dienen.

Tabelle 2

Die wichtigsten psychischen Erkrankungen in der Postpartalzeit

	Babyblues	Postpartale Depression	Psychose
Häufigkeit	70-80%	10-15%	0.1-0.3%
Ursachen	-Abfall Progesteron/Östrogen -negatives Geburtserlebnis -Trennung von Mutter und Kind	-Multifaktorielle Ursachen	-Multifaktorielle Ursachen
Symptome	-Häufiges Weinen -Schlafprobleme -Ruhelosigkeit -Müdigkeit -Erschöpfung	-Müdigkeit -Erschöpfung -Leeregefühl -Angst -Hoffnungslosigkeit -häufiges Weinen -Schlafstörungen -Suizidgedanken	-Starke Erregung -Überaktivität -Schlaflosigkeit -extreme Angst -übersteigertes Misstrauen -Realitätsverlust
Therapie	-Aufmerksame Betreuung -gute Nachbetreuung -keine spezielle Therapie notwendig	-Frau unterstützen -Psychotherapie -Ev. Psychopharmaka	-Ärztliche Behandlung -Information über Krankheit -Stationäre Aufnahme -Gesprächstherapie -Medikamente -Nachbetreuung

Tabelle nach Weimer (2007)

3.2 Das Stillen

3.2.1 Definition

Die WHO (2011a) beschreibt das Stillen als den normalen Weg einem Säugling die nötigen Nährstoffe für ein gesundes Wachstum und eine gesunde Entwicklung bereit zu stellen.

In der Literatur finden sich keine genaueren Definitionen für das Stillen. In der vorliegenden Arbeit wird unter dem Stillen die Ernährung des Kindes durch die Muttermilch an der Brust der Mutter verstanden.

3.2.2 Die Muttermilch

Rupieper (2010) beschreibt die Muttermilch als eine auf die Bedürfnisse des Säuglings abgestimmte Ernährung. Sie wird als optimal angesehen und passt sich an die sich stetig verändernden Bedürfnisse des Kindes an (Rupieper, 2010).

Geist (2007) weist darauf hin, dass das Kolostrum aufgrund des hohen Schutzstoffgehaltes, welcher die Muttermilch einzigartig macht, besonders wertvoll ist. Die Muttermilch besteht laut Lothrop (1995) nebst Wasser, Proteinen, Fetten, Kohlenhydraten, Mineralien, Vitaminen und Eisen aus wertvollen Abwehrstoffen, welche keimtötend wirken und somit das Neugeborene schützen. Diese Immunglobuline breiten sich mit dem ersten Stillen im Gastrointestinaltrakt des Kindes aus und bilden eine Schranke gegen Bakterien und andere Keime (Lothrop, 1995). Da das Abwehrsystem des Kindes erst im Laufe des ersten Lebensjahres reift, stellt das Stillen eine ideale Überbrückung dieser kritischen Phase dar (Lothrop, 1995).

3.2.3 Gesundheitsfördernde Faktoren des Stillens

Das ISPM und das BAG (2003) zeigten in ihrer Studie zur Säuglingsernährung in der Schweiz auf, dass gestillte Kinder sowohl seltener an gastrointestinalen und respiratorischen Krankheiten leiden, als auch weniger häufig an Infektionskrankheiten des Hals-, Nasen- und Ohrenbereichs erkranken.

Laut WHO (2011c) profitieren gestillte Kinder auch längerfristig von den Vorteilen der Muttermilch. So leiden Erwachsene, welche als Kinder gestillt wurden, seltener an Hypertonie, erhöhtem Cholesterinspiegel, Diabetes Typ 2 und Adipositas (WHO, 2011c).

Auch für die Mutter ist das Stillen laut WHO (2011c) gesundheitsfördernd. Es reduziert das Risiko von Ovarial- und Mammakarzinomen, hilft das Ausgangsgewicht schneller wieder zu erreichen, senkt das Risiko von Übergewicht und bietet Schutz vor einer erneuten Schwangerschaft, welcher jedoch als unsicher angesehen wird (WHO, 2011c).

3.2.4 Empfehlungen der WHO

Aus all diesen gesundheitsfördernden Faktoren empfiehlt die WHO (2011c) das ausschliessliche Stillen des Kindes in den ersten sechs Lebensmonaten und das Teil-Stillen bis zu zwei Jahren und mehr. Zusätzlich empfiehlt sie für den optimalen Erfolg das erste Ansetzen innerhalb der ersten Lebensstunde, die Mahlzeiten sollten dem Rhythmus des Kindes angepasst werden und Flaschen oder Schnuller sollten vermieden werden (WHO, 2011c).

3.2.5 Vorteile gegenüber der Flaschennahrung

Muttermilch ist laut Borrmann und Schücking (2006) die optimale und natürliche Ernährung für Neugeborene und Kinder. Sie enthalte die wesentlichen Nahrungskomponenten und passe sich an die wachsende Stoffwechselfunktion des Kindes an. Der Schutz der Muttermilch, durch die enthaltenen spezifischen und unspezifischen Abwehrstoffe, ist durch künstliche Nahrung unnachahmbar und nicht zu ersetzen (Borrmann et al., 2006).

Muttermilch ist gegenüber Ersatzprodukten kostenlos, steht dem Kind jederzeit fertig zubereitet zur Verfügung und zudem besteht bei der Flaschennahrung, wie bei allen industriell hergestellten Nahrungsmitteln, die Gefahr einer Kontamination (RCM, 2004).

4 Ergebnisse aus wissenschaftlicher Literatur

4.1 Studie 1

Cooke, Schmied und Sheehan (2007) führten ihr Survey im Jahr 1999 in drei städtischen Spitälern in Sydney, Australien durch. 365 Frauen füllten pränatal (28.-36. Schwangerschaftswoche) und postpartal (zwei Wochen, sechs Wochen und drei Monate nach der Geburt) Fragebögen zu den Themen Wohlbefinden, Ernährung des Kindes, Stillprobleme, Abstillen und Mutterrolle aus.

Die initiale Stillrate der Stichprobe lag anfänglich bei 91%, davon stillten 29% der Frauen innert drei Monaten wieder ab. 8% der Frauen stillten bereits in den ersten zwei Wochen, 11% zwischen der zweiten und sechsten Woche und 10% zwischen sechs Wochen und drei Monaten nach der Geburt wieder ab. 51% der Frauen äusserten Stillprobleme in den ersten zwei Wochen nach der Geburt des Kindes. Das Stillverhalten wird laut Cooke et al. (2007) stark durch die Erwartungen der Frauen an die Mutterrolle (maternal role attainment, MRA) beeinflusst. Frauen mit einer hohen MRA stillten länger als Frauen mit einer niedrigeren MRA. Mütter mit einer hohen MRA hatten mehr Stillprobleme als Frauen mit einer tiefen MRA und waren bei Misserfolg depressiver (Cooke et al. 2007).

Frauen mit einem hohen Summenwert in der MRA-Skala zwei Wochen nach der Geburt, die zusätzlich in den ersten drei Monaten nach der Geburt frühzeitig abstillten zeigten nach drei Monaten die höchsten Werte in der EPDS auf, verglichen mit Frauen die noch stillten oder Frauen die zwar abstillten aber einen tiefen Wert in der MRA-Skala aufwiesen. Cooke et al. (2007) zeigten auf, dass das Abstillen und die starken Erwartungen an die Mutterrolle in Bezug auf das Stillen einen Stressanstieg bedeutete.

Cooke et al. (2007) stellten keine Korrelation zwischen der postpartalen Depression und der Stilldauer fest. Nur unter Einbezug der Erwartungen der Frauen an sich selbst in der Mutterrolle, ergab sich ein Zusammenhang zwischen den Variablen (Cooke et al., 2007).

4.2 Studie 2

Hendersson et al. (2003) untersuchten in einer Korrelationsstudie den Einfluss der postpartalen Depression auf die Stilldauer in Australien. 1745 Frauen füllten Fragebögen über den aktuellen Stillstatus, Stilldauer und Gründe für das Abstillen zwei, sechs und zwölf Monate nach der Geburt aus. Um die Symptome einer Depression zu erfassen wurde die EPDS verwendet, wobei Frauen mit einem Summenwert über zwölf zu einem Gespräch mit einer Fachperson eingeladen wurden.

95.7% der Stichprobe entschieden sich nach der Geburt für das Stillen des Kindes, wovon nach zwei Monaten noch 57% und nach sechs Monaten noch 30% voll stillten. Nach zwölf Monaten stillten 22% der Frauen ihr Kind noch teilweise.

Hendersson et al. (2003) zeigten auf, dass 18% der Frauen im ersten Jahr nach der Geburt an einer Depression erkrankten, wobei 63% der Frauen die ersten Symptome in den ersten zwei Monaten nach der Geburt entwickelten. Es stellte sich heraus, dass der Zeitpunkt der Erkrankung einen wichtigen Einfluss auf die Stilldauer hat.

Frauen die früh erkrankten stillten schneller ab als Frauen die erst später erkrankten.

Die postpartale Depression hatte einen signifikant negativen Einfluss auf die Stilldauer. Frauen mit einer postpartalen Depression hatten zu jeder Zeit ein um 1.25 erhöhtes Risiko abzustillen als gesunde Frauen. Weitere Faktoren wie mütterliches Alter, Bildung, sozioökonomischer Status, Trennung von Mutter und Kind innerhalb der ersten 72 Lebensstunden, Rauchen, frühe Rückkehr an den Arbeitsplatz und ein krankes Kind beeinflussten die Stilldauer. Die Hauptgründe für das frühzeitige Abstillen stellten die inadäquate Milchmenge und kindliche Probleme dar (Hendersson et al., 2003).

4.3 Studie 3

O'Brien, Buikstra und Hegney (2008) untersuchten in einem prospektiven Survey den Zusammenhang zwischen psychologischen Einflussfaktoren und der Stilldauer, unter Einbezug von soziodemografischen Faktoren. 375 Frauen in Queensland, Australien, nahmen an der Studie teil und füllten Fragebögen zwei Wochen und sechs Monate nach der Geburt aus und gaben Auskunft über soziodemografische Daten, aktuellem Stillstatus, Stilldauer und psychischem Wohlbefinden. 44% der Frauen litten in den

ersten zwei Wochen nach der Geburt an postpartalem Stress, Angst oder einer postpartalen Depression, wovon 12.1% eine krankhafte Angst oder eine Depression entwickelten. O'Brien et al. (2008) zeigten den Zusammenhang zwischen dem Stillen und Alter der Frau, Bildung, Optimismus, Selbstvertrauen, Glauben an die Muttermilch, Erwartungen an das Stillen und Angst auf. Ebenso konnte der Zusammenhang zwischen der Stilldauer und dem Beruf der Frau, vorangegangenen Stillerfahrungen, Präferenz des Partners bezüglich Ernährung des Kindes, dem Zeitpunkt der Entscheidung für oder gegen das Stillen und der geplanten Stilldauer aufgezeigt werden.

In der Studie konnte aufgezeigt werden, dass ängstliche Frauen öfter frühzeitig abstillten als andere Frauen, ein Zusammenhang zwischen der postpartalen Depression und der Stilldauer konnte in dieser Stichprobe statistisch nicht nachgewiesen werden.

O'Brien et al. (2008) weisen darauf hin, dass der Glaube an die Muttermilch und die geplante Stilldauer die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Stilldauer darstellen. Eine Frau stillte je länger, desto höher die Punktzahl in der Skala bezüglich dem Glauben an die Muttermilch war. Plante eine Frau nur sechs Monate oder weniger zu Stillen, so war das Risiko frühzeitig abzustillen um 1.72 Mal höher als bei anderen Frauen. Ebenso zeigte sich, dass Frauen mit einem grösseren Selbstvertrauen in Bezug auf das Stillen länger stillten als Frauen mit weniger Selbstvertrauen (O'Brien et al., 2008).

4.4 Studie 4

Thome, Alder und Ramel (2004) examinierten in einem Survey den Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik nach der Geburt und Stillschwierigkeiten. 734 isländische Frauen nahmen an der Studie teil und füllten zwei Monate nach der Geburt eine Umfrage zu den Themen Stillen und psychisches Wohlbefinden aus. Die postpartale Depression wurde dabei anhand der EPDS festgestellt, maternaler Distress durch den Parenting Stress Index und das Stillverhalten wurde in vier Kategorien eingeteilt: Exklusives Stillen, partielles Stillen, Flaschennahrung und feste Nahrung.

14% der Frauen wiesen depressive Symptome auf und erreichten so bei der EPDS mehr als zwölf Punkte. Ein Anstieg um fünf Punkte in der EPDS resultierte in fast 20% der Fälle in einer Reduktion des exklusiven Stillens (Thome et al., 2004). Thome et al. (2004) erläuterten, dass Frauen mit einem tieferen Bildungsniveau öfter an einer postpartalen Depression erkrankten als Frauen mit einem höheren Bildungsniveau und gebildete Frauen ihre Kinder öfter ausschliesslich stillten als andere Frauen. Die Anzahl der Kinder spielte eine entscheidende Rolle beim Stillverhalten. Mütter mit Zwillingen stillten die Kinder weniger lang als Frauen mit einem Kind. Auch der Beziehungsstatus spielte eine wichtige Rolle: Alleinerziehende Mütter stillten ihre Kinder weniger lang als Mütter in einer Beziehung, was auf die fehlende Unterstützung zurück zu führen war. Das ausschliessliche Stillen im zweiten bis dritten Lebensmonat könnte laut Thome et al. (2004) durch die Kombination von demografischen und psychologischen Faktoren vorausgesagt werden.

5 Diskussion

5.1 Analyse Studie 1

Cooke et al. (2007) zeigten in der Studie den Zusammenhang zwischen den Erwartungen der Frauen an sich selbst in der Mutterrolle und der Stilldauer auf. Es zeigten sich Korrelationen zwischen den Ansprüchen an die Mutterrolle und Stillproblemen, bzw. der Stilldauer und dem psychischen Wohlbefinden. Ein Zusammenhang zwischen der postpartalen Depression und der Stilldauer konnte nicht nachgewiesen werden (Cooke et al., 2007).

Das gewählte Design (Survey), sowie die gewählten Analyseverfahren erforschen laut Wagstaff (2003) keine Kausalzusammenhänge zwischen den Variablen. In der Studie konnte so zwar die Beziehung zwischen den Erwartungen an die Mutterrolle und der Stilldauer festgestellt werden, jedoch nicht die Beziehung zwischen Ursache und Wirkung. Es ist zu bemängeln, dass während der Studie keine klinischen Diagnosen der postpartalen Depression gemacht wurden und dass der genaue Zeitpunkt des Einsetzens von postpartalem Distress nicht bekannt ist. Die MRA-Skala wurde zwei Wochen nach der Geburt ausgefüllt, bis zu diesem Zeitpunkt hatten bereits 23 Frauen abgestillt, was die Ergebnisse beeinflussen könnte.

5.2 Analyse Studie 2

Hendersson et al. (2003) konnten in ihrer Studie den negativen Einfluss einer postpartalen Depression auf die Stilldauer nachweisen. Es stellt sich hier jedoch die Frage ob diese Aussage auf die gesamte Bevölkerung Australiens zu übertragen ist, da viele der Teilnehmerinnen privat versichert waren und somit einer höheren gesellschaftlichen Schicht angehören als der Durchschnitt der Bevölkerung (Hendersson et al. 2003). Wagstaff (2003) geht davon aus, dass der Erfolg eines Surveys unter anderem von der Motivation der Teilnehmerinnen abhängt. Es lässt sich hinterfragen, ob depressive Frauen die Fragebögen genauso motiviert ausfüllen wie nicht-depressive und ob die subjektive Sichtweise einer erkrankten Frau auch die Realität widerspiegelt. Wagstaff (2003) zeigt auf, dass die Erhebungssituation bei Fragebögen die Beobachtung von nonverbalen Aussagen nicht zulässt und so stellt sich die Frage ob es depressionsbedingt zu inakkuraten Aussagen und somit zu

Verzerrungen kommen kann. Die initiale Stillrate lag mit 96% weit über den Zahlen aus anderen, bereits durchgeführten australischen Studien. Dies könnte aufgrund des hohen sozialen Status, welchem die Mehrzahl der Stichprobe angehörte, zustande gekommen sein (Hendersson, 2003).

5.3 Analyse Studie 3

O'Brien et al. (2008) zeigten auf, dass der Glaube an die Muttermilch und die geplante Stilldauer die wichtigsten Einflussfaktoren auf das Stillverhalten darstellen. Ein Zusammenhang zwischen der postpartalen Depression und der Stilldauer konnte nicht nachgewiesen werden, der Zusammenhang zwischen der Ängstlichkeit der Frau und der Stilldauer hingegen schon.

Die Stichprobe von O'Brien et al. (2008) war verhältnismässig homogen. 92% der Frauen waren zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie verheiratet oder in einer Beziehung. Frauen unter 18 Jahren, sowie Frauen mit schlechten Englischkenntnissen wurden von der Teilnahme ausgeschlossen, was zu Verzerrungen der Ergebnisse führen kann und das Ableiten einer allgemeingültigen Aussage erschwert. Die Rücklaufquote der Umfragen lag bei 59,4% nach zwei Wochen und bei 15% nach sechs Monaten, was nach Stahl (2008) die Reliabilität der Ergebnisse in Frage stellt, da die Rücklaufquote von Umfragen bei mindestens 65% liegen sollte (Stahl, 2008).

5.4 Analyse Studie 4

Thome et al. (2004) erläuterten, dass das ausschliessliche Stillen zwei bis drei Monate nach der Geburt durch eine Kombination von demografischen und psychologischen Faktoren voraussehbar ist.

Das Design der Studie (Survey) erlaubt laut Wagstaff (2003) keine Rückschlüsse über Gründe und Effekte des ausschliesslichen Stillens, der postpartalen Depression und Stress. In der Studie lassen sich somit Zusammenhänge erforschen, jedoch nicht die Ursache und Wirkung. Alle Frauen, die in einem bestimmten Zeitraum geboren hatten, wurden eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Hier stellt sich die Frage, ob Frauen mit klinischen Problemen (Frühgeburtlichkeit des Kindes, Wachstumsretardierung oder Krankheit) sich eher weigerten an der Studie

teilzunehmen als gesunde Frauen mit unauffälligen Kindern. Die Ergebnisse sind nur für die isländische Bevölkerung gültig, es fehlen Studien von Teilnehmerinnen mit anderen kulturellen Hintergründen.

5.5 Allgemeine kritische Diskussion

Die vorgestellten Resultate sind nur für die jeweiligen Länder, in denen die Studie durchgeführt wurde, gültig. Das Stillverhalten, die Stilldauer, sowie die sozialen und sozioökonomischen Faktoren sind kulturell bedingt und in den verschiedenen Ländern unterschiedlich. In der Studie von O'Brien et al. (2008) ist bekannt, dass nur isländische Frauen an der Studie teilnehmen durften, in den anderen Studien ist die Herkunft der Frauen unbekannt. Dennis et al. (2009) zeigen auf, dass die postpartale Depression ein Problem in vielen verschiedenen Kulturen ist. Weiterführende Forschungen, die den kulturellen Hintergrund der Frauen miteinbeziehen, sollten somit angestrebt werden.

In den Studien von Hendersson et al. (2003), Thome et al. (2004) und Cooke et al. (2007) wurde die postpartale Depression anhand der EPDS gemessen. Die Frauen mussten sich selbst einschätzen, was laut Wagstaff (2003) immer eine gewisse Fehlerquote mit sich bringt. Ebenso lässt sich hinterfragen ob bei der Verwendung der EPDS keine falschen Zahlen der postpartalen Depression entstehen. Wie im Theorieteil dieser Arbeit erläutert ist die EPDS ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung, welcher sich bei der Erkennung einer Depression bewährt hat (Weimer, 2007). Die EPDS wurde jedoch laut Bick et al. (2004) lediglich als Screeninginstrument und nicht als diagnostisches Instrument entwickelt. Für eine Diagnose und gegebenenfalls eine Behandlung ist eine Fachperson zuständig (Bick et al. 2004). Ausser bei Hendersson et al. (2003), wo die Frauen bei einem Summenwert über zwölf Punkten in der EPDS zu einem Interview mit einer Fachperson eingeladen wurden, wurde die Diagnose ausschliesslich anhand der EPDS getroffen, was zu Verzerrungen der Resultate führen kann.

In allen vier Studien wurden zur Erhebung der Daten Fragebögen an die Teilnehmerinnen geschickt. Wagstaff (2003) zeigt auf, dass dies eine weit verbreitete Methode der Datenerhebung darstellt. Es sei jedoch zu beachten, dass die erhobenen Daten relativ oberflächlich sein können und die Methode die Beobachtung

nonverbaler Äusserungen ausschliesst. Ebenso gilt es zu beachten, dass der übermässige Einsatz von Fragebögen zu einer Verweigerung der Befragten führen und dies wiederum die Resultate verzerren kann (Wagstaff, 2003).

Im theoretischen Hintergrund der vorliegenden Arbeit wurde sowohl der Babyblues als auch die postpartale Psychose zur genauen Differenzierung der psychischen Erkrankungen im Wochenbett erläutert. In den vier Studien wurden die Umfragen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Zeitraum von zwei Wochen bis zwölf Monate nach der Geburt ausgefüllt. Nach Weimer (2007) beginnt der physiologische Babyblues meist wenige Tage nach der Geburt des Kindes und dauert wenige Stunden bis zu zwei Wochen. Daraus lässt sich schliessen, dass die Frauen in den Studien, welche depressive Symptome aufwiesen, nicht mehr am physiologischen Babyblues sondern wahrscheinlich bereits unter den Symptomen einer möglichen Depression litten. Es ist zu bemängeln, dass in keiner der vier Studien zwischen der postpartalen Depression und der postpartalen Psychose unterschieden wurde, beziehungsweise die depressiven Symptome immer einer postpartalen Depression zugeordnet wurden.

Während in den Studien bei den demografischen Daten zwischen Erst- und Mehrgebärenden unterschieden wurde, liess man diesen Faktor bei den Auswertungen der Resultate weg. Dies gilt es zu hinterfragen, da das Stillverhalten von Erst- und Mehrgebärenden unterschiedlich ist und sich auch die Lebensumstände erheblich unterscheiden können.

Das RCM (2004) zeigt auf, dass die WHO davon ausgeht, dass 97% aller Frauen physiologisch in der Lage sind erfolgreich zu stillen. „Die Diskrepanz zwischen denen, die in der Lage sind, und jenen, die es erfolgreich tun, weist eher auf mangelnde Betreuung als auf eine Schwäche der Frauen selbst hin.“ (RCM, 2004, S. 19-20). In den vier gewählten Studien fehlen Hinweise über Art und Umfang der Nachbetreuung, die gemäss Weimer (2007) einen grossen Einfluss auf das Wohlbefinden der Frau und somit möglicherweise auf die Stilldauer haben kann. Alle gewählten Studien werden nach Stahl (2008) der Evidenzstufe 3 der Hierarchie der wissenschaftlichen Evidenzen zugeordnet. Je tiefer die Evidenzstufe ist, desto grösser ist das Risiko dass die Studie durch systematische Fehler verzerrt ist (Stahl, 2008). Aus ethischen Gründen war es bei den gewählten Studien nicht möglich eine

höhere Evidenzstufe anzustreben. Mit Hilfe eines Surveys, ein quantitatives Design welches in drei von vier Studien gewählt wurde, können laut Wagstaff (2003) zwar Beziehungen zwischen Variablen festgestellt werden, jedoch keine Kausalbeziehungen. Um die Kausalbeziehungen zwischen der postpartalen Depression und der Stilldauer zu erläutern, hätte der experimentelle Forschungsansatz angestrebt werden müssen (Wagstaff, 2003).

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit 'Welche Auswirkungen hat die postpartale Depression auf die Stilldauer?' konnte anhand der gewählten Studien nicht zufriedenstellend beantwortet werden. Zum einen fehlten in den Studien jeweils die genauen Definitionen der psychischen Erkrankungen in der Postpartalzeit, zum anderen scheiterten die Wissenschaftler an methodischen Problemen. Trotz allem lässt sich sagen, dass unabhängig von den genauen Zahlen in den jeweiligen Ländern ein Trend feststellbar ist, dass das psychische Wohlbefinden das Stillverhalten stark beeinflusst. Im theoretischen Hintergrund der vorliegenden Arbeit wurde aufgezeigt, dass psychosoziale Faktoren einen Einfluss auf die postpartale Depression haben können. In der Auswertung der wissenschaftlichen Literatur zeigte sich der Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren und der Stilldauer, was einen möglichen Zusammenhang zwischen der postpartalen Depression und der Stilldauer aufzeigen könnte.

Für die Beantwortung der Fragestellung müssen weitere Forschungen, unter Einbezug von genauen Definitionen, angestrebt werden.

6 Theorie- Praxistransfer

Im theoretischen Hintergrund der vorliegenden Arbeit wurde aufgezeigt, dass Stillen sowohl für die Mutter als auch für das Kind gesundheitsfördernd und somit wichtig für die Entwicklung des Kindes ist.

Die Hebamme betreut gemäss Stiefel (2007) Frauen und Familien während der Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett. Sie erteilt Rat, gewährt die nötige Fürsorge und erkennt Komplikationen (Stiefel, 2007).

Bereits in der Schwangerschaft kann laut Riecher-Rössler (2006) eine Prophylaxe der postpartalen Depression in Form der Aufklärungsarbeit statt finden. Die Hebamme kann den Frauen als Ansprechpartnerin zur Verfügung stehen und die Familien ermutigen, Hilfe in Anspruch zu nehmen (Riecher-Rössler, 2006). Auch Cignacco (2006) zeigt die Bedeutung des Fokusassessment in der Schwangerschaft auf. Die Hebamme soll in der Schwangerschaftskontrolle oder im Geburtsvorbereitungskurs die Frau und den Partner auf die Veränderungen und die Gefühlslage nach der Geburt aufmerksam machen (Cignacco, 2006).

Weimer (2007) erläutert, dass die Geburt eines Kindes eine Grenzerfahrung im Leben einer Frau ist und es durch die grosse Verantwortung zu Verunsicherungen kommen kann. Die Krise in der Postpartalzeit kann jede Frau treffen und die Betreuung und Beratung durch eine Hebamme ist von grosser Bedeutung (Weimer, 2007). Die Frauen sollen in Krisenzeiten Verständnis und Wertschätzung erfahren und im Alltag entlastet werden. Die Hebamme fördert den Kontakt zwischen Mutter und Kind und ermutigt die Frau im Umgang mit dem Kind (Weimer, 2007). Die Aufgabe der Hebamme sieht Cignacco (2006) darin, die Familie nach der Geburt mit viel Einfühlungsvermögen zu begleiten. „Sie unterstützt die Frau, ihre mütterlichen Kompetenzen im Umgang mit dem Neugeborenen einzusetzen, fördert das Stillen, sorgt für Ruhe und Erholung und ist generell um eine gute Mutter-Kind-Beziehung bemüht.“ (Cignacco, 2006, S.194).

Riecher-Rössler (2006) erläutert, dass die postpartale Depression oft zu spät erkannt und deshalb nicht adäquat therapiert wird. Durch eine gute Aufklärung und durch die sensible Beobachtung der Frau könne eine postpartale Depression verhindert oder wenigstens rechtzeitig therapiert werden. Somit könnten im besten

Fall schwerwiegende Folgen für Mutter und Kind, sowie frühzeitiges Abstillen verhindert werden (Riecher-Rössler, 2006).

Bieri (2010) zeigt auf, dass das schweizerische Gesundheitswesen im Jahr 2012 einschneidenden Veränderungen unterzogen wird. Die Einführung der Diagnose Related Groups [DRG's], auch Fallpauschalen genannt, führt zur Verkürzung des Spitalaufenthalts von Wöchnerinnen auf maximal zwei bis drei Tage und geht somit mit einem erhöhten Betreuungs- und Beratungsbedarf einher. Dieser erhöhte Bedarf wird voraussichtlich nicht mehr allein durch freipraktizierende Hebammen machbar sein und fordert eine erhöhte interdisziplinäre Zusammenarbeit (Bieri, 2010). In der Postpartalzeit ist es wichtig, die psychologischen Aspekte von Frau, Kind und Familie zu berücksichtigen und eine individuell abgestimmte und kontinuierliche Betreuung anzubieten (Bieri, 2010). Ob und wie sich die Wochenbettbetreuung durch Hebammen in der Schweiz durch die Einführung der DRG's verändern wird, wird sich in naher Zukunft zeigen.

Die WHO (2010) zeigt auf, dass die Postpartalzeit gesundheitliche Risiken für Mutter und Kind mit sich bringt. Trotzdem wird der Schwangerschaft und der Geburt immer noch mehr Aufmerksamkeit geschenkt als der Postpartalzeit (WHO, 2010).

Zusammenfassend lässt sich sagen dass die aufmerksame Betreuung der Familien nach der Geburt eines Kindes im Vordergrund steht und die Hebamme durch gute Information und Unterstützung, in Krisensituationen unter Einbezug anderer Fachpersonen, eine postpartale Depression und deren Folgen vorbeugen kann.

7 Schlussfolgerung

Bereits viele Studien untersuchten den Zusammenhang zwischen der postpartalen Depression und dem Stillverhalten, scheiterten jedoch oft an nicht vorhandenen Definitionen und methodischen Problemen. Cignacco (2006) erläutert, dass die postpartale Depression in Fachkreisen allmählich Beachtung findet, jedoch noch nicht den Platz, der ihr aufgrund der Häufigkeit ihres Auftretens zustehen würde. Die postpartale Depression und ihre Folgen für Mutter und Kind sind laut Dalton (2003) schwerwiegend und eine gute Betreuung und Beratung ist bereits in der Schwangerschaft essentiell. Trotz des enormen Schweregrads der Erkrankung fehlen bisher genaue Definitionen der postpartalen Depression. Um den Sachverhalt genauer zu erläutern und die Zusammenhänge zwischen der Depression in der Postpartalzeit und der Stilldauer zu untersuchen sind genaue Definitionen von grosser Bedeutung. Sowohl in der Literatur als auch in den Studien wird nicht immer deutlich zwischen Ängsten, depressiven Symptomen und der postpartalen Depression unterschieden. Um aussagekräftige Resultate zu erhalten, muss im Vor herein eine klare Abgrenzung zwischen den psychischen Erkrankungen im Wochenbett vorgenommen werden.

Das ISPM und das BAG (2003) zeigten in einer nationalen Studie zur Säuglingsernährung in der Schweiz auf, dass ein Viertel der Mütter vor der Geburt keine Informationen zum Thema Stillen erhalten haben. Dies könnte sich in Zukunft durch eine kompetente Beratung in der Schwangerschaft und im Wochenbett durch ein interdisziplinäres Team ändern und bestenfalls die Anzahl der an einer postpartalen Depression erkrankten Frauen senken.

Ein wichtiger Faktor, welcher Auslöser einer postpartalen Depression darstellt, ist laut Riecher-Rössler (2006) die Prädisposition. Frauen, welche bereits einmal an einer Depression gelitten haben oder erkrankte Familienangehörige haben, sollten bereits in der Schwangerschaft aufgefangen werden und adäquat durch die Schwangerschaft, Geburt und die Postpartalzeit begleitet werden (Riecher-Rössler, 2006).

Durch die Fallpauschalen, welche im Jahr 2012 in der Schweiz eingeführt werden, wird eine verkürzte Spitalaufenthaltsdauer der Wöchnerinnen prognostiziert

(Bieri, 2010). Die früheren Entlassungen können laut Bieri (2010) zu grösseren Verunsicherungen zu Hause führen. Dies verlangt für die Zukunft ein gut abgedecktes Netz der freipraktizierenden Hebammen, welche die Frauen und Familien zu Hause besuchen und vor Ort unterstützend zur Seite stehen (Bieri, 2010). Inwiefern die Fallpauschalen die Aufenthaltsdauer verändern und welche Folgen dies mit sich bringt, wird sich in Zukunft zeigen.

Nach dem Verfassen der vorliegenden Arbeit gilt es weitere Forschungsfragen zu beantworten. So stellte sich einerseits die Frage ob Stillprobleme eine postpartale Depression auslösen können oder ob gar eine mangelhafte Betreuung durch Fachpersonen eine postpartale Depression begünstigen kann. Ebenso bleibt offen, ob plötzliches Abstillen eine postpartale Depression auslösen kann.

Das psychische Wohlbefinden und das Stillverhalten sind Faktoren die sich gegenseitig zu beeinflussen scheinen. Weiterführende Forschungen sollten bei diesen bedeutsamen Themen angestrebt werden um den Frauen und Familien in Zukunft eine bestmögliche Betreuung durch die Hebammen und ein interdisziplinäres Team zu ermöglichen.

Literaturverzeichnis

Biancuzzo, M. (2005). *Stillberatung, Mutter und Kind professionell unterstützen*. München: Urban&Fischer.

Bick, D., MacArthur, Ch., Knowles, H. & Winter, H. (2004). *Evidenzbasierte Wochenbettbetreuung und -pflege. Praxishandbuch für Hebammen und Pflegende*. Bern: Hans Huber.

Bieri, R. (2010). Nachbetreuung der Wöchnerinnen nicht mehr gewährleistet? *Clic*, 68.

Borrmann, B. & Schücking, B.A. (2006). *Stillen und Müttergesundheit*. Göttingen: V&R Unipress.

Cignacco, E. (2006). *Hebammenarbeit. Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (patho)physiologischen und psychosozialen Phänomenen*. Bern: Hans Huber.

Cooke M., Schmied V. & Sheehan A. (2007). An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia. *Midwifery*, 23, 66-76.

Dalton, K. (2003). *Wochenbettdepression. Erkennen- Behandeln- Vorbeugen*. Bern: Hans Huber.

Dennis, C.L. & McQueen, K. (2009). The Relationship Between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review. *Pediatrics*, 123, 736-751.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E. (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Hans Huber.

Geist, C. (2007). Muttermilch. In C. Geist, U. Harder & A. Stiefel, *Hebammenkunde* (450-452). Stuttgart: Hippokrates.

Hendersson, J.J., Evans, S.F., Straton, J.A.Y., Priest, S.R. & Hagan, R. (2003). Impact of Postnatal Depression on Breastfeeding Duration. *BIRTH*, 30, 175-180.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin [ISPM] und Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2003). Säuglingsernährung in der Schweiz. *Bulletin 2*, 40-42.

Lothrop, H. (1995). *Das Stillbuch*. München: Kösel-Verlag.

O'Brien, M., Buikstra, E. & Hegney, D. (2008). The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *The Authors*. 397-408.

Riecher-Rössler, A. (2006). Was ist postpartale Depression? In B. Wimmer-Puchinger, & A. Riecher-Rössler (hrsg.), *Postpartale Depression, von der Forschung zur Praxis* (11-20). Wien: Springer-Verlag.

Riecher-Rössler, A. & Hofecker-Fallahpour, M. (2003). Die Depression in der Postpartalzeit: eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 154, 106-115.

Royal College of Midwives [RCM] (2004). *Erfolgreiches Stillen*. Bern: Hans Huber.

Salis, B. (2007). *Psychische Störungen im Wochenbett- Möglichkeiten der Hebammenkunst*. München-Jena: Urban&Fischer.

Stahl, K. (2008). *Evidenzbasiertes Arbeiten*. Karlsruhe: BDH/ Deutscher Hebammenverband.

- Stiefel, A. (2007). Arbeitsbereiche. In C. Geist, U. Harder & A. Stiefel, *Hebammenkunde* (15-18). Stuttgart: Hippokrates.
- Thome, M., Alder, E.M. & Ramel, A. (2004). A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic woman: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? *International Journal of Nursing Studies*, 43, 11-20.
- Wagstaff, P. (2003). Surveys. In E. R. Cluett & R. Bluff, *Hebammenforschung, Grundlagen und Anwendung* (97-122). Bern: Hans Huber.
- Weimer, D. (2007). Psychische Störungen im Wochenbett. In Bund Deutscher Hebammen, *Psychologie und Psychopathologie für Hebammen* (250-309). Stuttgart: Hippokrates.
- World Health Organization [WHO] (2010) *WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care*. Heruntergeladen am 17.02.2011 von: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_10.03_eng.pdf
- World Health Organization [WHO] (2011a). *Breastfeeding*. Heruntergeladen am 17.02.2011 von: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>
- World Health Organization [WHO] (2011b). *International Classification of Diseases (ICD)*. Heruntergeladen am 14.03.2011 von: www.who.int/classifications/icd/en/
- World Health Organization [WHO] (2011c). *10 Facts on Breastfeeding*. Heruntergeladen am 17.02.2011 von: www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index.html

Wortmann-Fleischer, S., Downing, G. & Hornstein, Ch. (2006). *Postpartale psychische Störungen. Ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

A. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Studien aus der Literaturrecherche

Tabelle 2. Die wichtigsten psychischen Erkrankungen in der Postpartalzeit, nach:
Weimer, D. (2007). Psychische Störungen im Wochenbett. In Bund
Deutscher Hebammen, *Psychologie und Psychopathologie für
Hebammen* (250-309). Stuttgart: Hippokrates.

B. Eigenständigkeitserklärung

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

Datum, Unterschrift

C. Danksagung

Ein besonderer Dank geht an meine betreuende Lehrperson Christina Roth. Sie hat mich in den Monaten des Schreibens stets unterstützt und meine unzähligen Fragen geduldig und kompetent beantwortet. Ebenso möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden, die mich in dieser Zeit unterstützt haben, herzlich bedanken!

D. Wortzahl

Zusammenfassung: 199 Wörter

Arbeit: 6748 Wörter

Anhang

Beurteilung Studie 1

1. Vorgehen

Genutzte Datenbanken: Cinahl, PubMed, Cochrane

→ Studie gefunden in PubMed

Schlüsselwörter: 'postnatal depression', 'breast feeding', 'breast feeding duration'

→ Studie gefunden mit 'postnatal depression' AND 'breast feeding'

2. Gewählte Studie

Cooke, M., Schmied, V. & Sheehan, A. (2007). An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia. *Midwifery*, 23, 66-76.

3. Bewertung der Studie anhand Stahl (2008) 'Evidenzbasiertes Arbeiten'

Titel:

Der Titel der Studie zeigt die zu untersuchenden Themen der Studie auf. Die Beziehung zwischen postpartalem Distress und den Erwartungen an die Mutterrolle, sowie Stillproblemen und Abstillen in Australien sollen untersucht werden.

Abstrakt:

Ein Abstrakt, in der gewählten Studie als Summary bezeichnet, ist vorhanden und klar strukturiert. Er enthält Hintergrund, Design, Setting, Stichprobe, Methode, Resultate und Empfehlungen. Anhand des Abstrakts wurde entschieden, dass die Studie für die Fragestellung 'Welche Auswirkungen hat eine postpartale Depression auf die Stlldauer?' geeignet sein könnte.

Hintergrund:

In diesem Abschnitt wird als erstes das Ziel der Studie genauer erläutert. Die Zusammenhänge zwischen psychischem Distress, Stillproblemen, Abstillen in den ersten drei Monaten postnatal und die Auswirkungen vom Stillen auf die Mutterrolle sollen untersucht werden. Zusätzlich wird auf die Wichtigkeit des Stillens, sowie auf aktuelle Richtlinien in Australien und auf jene der WHO eingegangen. Es wird das Problem geschildert, dass Frauen in Australien das persönliche Ziel bezüglich der geplanten Stilldauer oft nicht erreichen und somit frühzeitig abstillen.

In den folgenden Abschnitten werden verschiedene Literaturangaben zu den oben aufgezählten Themen gemacht. Stillen ist ein multifaktorielles, physiologisches, psychologisches und sozio-kulturelles Geschehen zwischen zwei Individuen. Im Weiteren zeigt sich, dass psychische Probleme oft mit dem Stillserfolg zusammenhängen und dass viele Frauen denken, dass sie eine gute Mutter sind, wenn sie stillen.

Es werden sowohl ältere als auch neuere Studien erwähnt (1985-2003), um den aktuellen Forschungsstand aufzuzeigen. Die Literatur bezieht sich auf die Forschungsfrage und ermöglicht einen guten Einstieg in die Thematik.

Methode:

Dieser Teil wurde von den Forschenden in folgende Abschnitte unterteilt: Teilnehmerinnen, Fragebögen und Analyse. Die vorliegende quantitative Studie ist ein Survey und entspricht somit der Evidenzstufe 3 in der Hierarchie der wissenschaftlichen Evidenzen. Die Wahl des Designs ist als sinnvoll zu bewerten, da so eine grosse Stichprobe untersucht werden kann und somit allgemeingültige Aussagen gemacht werden können.

Setting:

Die quantitative Studie wurde in drei städtischen Spitälern in Sydney, Australien, im Jahr 1999 durchgeführt.

Stichprobe:

Eine Liste mit möglichen Teilnehmerinnen (n = 601), welche in einem bestimmten Monat im Jahr 1999 zum gebären in den drei oben genannten Spitälern angemeldet waren, wurde erstellt. Nach diversen Ausschlusskriterien wurden 449 Frauen eingeladen, von welchen sich 81% (n = 365) dazu entschlossen, an der Studie teil zu nehmen.

Folgende Frauen wurden von der Studie ausgeschlossen:

- Geburt/ Fehlgeburt in einem anderen Spital
- Frauen mit mangelhaften Englischkenntnissen
- Frauen, deren Geburtshelferinnen die Teilnahme verweigerten
- Frauen welche nicht erreicht werden konnten vor der Geburt
- Wenn die Geburt sechs Wochen früher oder später als berechnet statt fand

Frauen, die bereits vor der Geburt über mentale Probleme berichteten, sowie Frauen die primär abstillten, wurden im Nachhinein von der Studie ausgeschlossen.

Auch hier zeigt sich der quantitative Forschungsansatz in der grossen Stichprobe. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen ist als geeignet zu erachten, da so keine gezielte Gruppe, sondern die Frauen zufällig ausgewählt wurden.

Datenerhebung:

Die Datenerhebung erfolgte anhand postalisch zugesandter Fragebögen an alle Teilnehmerinnen der Studie im Jahr 1999. Die Erkenntnisse wurden durch die Analyse der Umfragen gewonnen, welche die Frauen pränatal (28.-36.

Schwangerschaftswoche) und postnatal (zwei Wochen, sechs Wochen und drei Monate nach der Geburt) ausfüllen mussten. Die Umfrage enthielt sowohl Fragen, als auch Skalen, welche ausgefüllt werden mussten. In der Umfrage wurden folgende Themen berücksichtigt: Wohlbefinden anhand der EPDS, Ernährung des Kindes, Stillprobleme, Abstillen und die Mutterrolle anhand des MRA subscale. Die jeweiligen Quellen der Skalen sind in der Studie angegeben und sind so für die Leser nachvollziehbar.

In der Studie wird auf die Glaubwürdigkeit dieser Skalen aufmerksam gemacht, da sie bereits in anderen Studien verwendet wurden. Die Umfragen sind zum einen als geeignet zu erachten, da sie von den Frauen persönlich ausgefüllt wurden, sind auf der anderen Seite aber auch kritisch zu beurteilen, da es leicht zu Verzerrungen der Realität kommen kann.

Ethische Aspekte:

Die Studie wurde vom Ethikkomitee des Spitals und der Universität genehmigt. Hier wird jedoch nicht genauer darauf eingegangen und auch die Angaben zum Spital und der Universität fehlen. Die Teilnehmerinnen wurden nach der ethischen Dimension 'informed consent' aufgeklärt. Es wird im Weiteren nicht darauf eingegangen, inwiefern die Teilnehmerinnen aufgeklärt wurden und ob und wie ihre Daten anonymisiert wurden.

Datenanalyse:

Das Computerprogramm für die Analyse war das sogenannte 'Statistical Package for Social Sciences' (SPSS). Die verschiedenen Analyseverfahren werden genannt und die getroffene Auswahl wurde jeweils begründet. Somit ist die Datenanalyse als geeignet zu erachten.

Ergebnisse:

Um die Ergebnisse anschaulich zu präsentieren, wählten die Autoren diverse Tabellen und Grafiken, um die einzelnen Aspekte zu beleuchten. Diese Tabellen und Grafiken sind eine gut gewählte Darstellungsform, da in der Studie viele verschiedene Faktoren untersucht wurden.

Die Rücklaufquote der einzelnen Umfragen ist laut Stahl (2008) als befriedigend anzuschauen (jeweils > 70%). Der Anteil an Frauen, welche alle vier Fragebögen ausgefüllt haben, liegt jedoch bei mangelhaften 60%.

Um einen Überblick über die Teilnehmerinnen der Studie zu erhalten, sind als erstes die demografischen Daten (Alter, Zivilstand, Ausbildung etc.) tabellarisch aufgeführt. Im weiteren Folgen die Ergebnisse zu den untersuchten Themen. Hier stehen vor allem die Erwartungen der Frauen an sich selbst in der neuen Rolle als Mutter im

Vordergrund. Es zeigen sich signifikante Korrelationen zwischen den Ansprüchen an die Mutterrolle und Stillproblemen bzw. der Stilldauer und dem psychischen Wohlbefinden.

Das Stillverhalten wird stark durch die Erwartungen der Frauen an die Mutterrolle (maternal role attainment, MRA) beeinflusst. Frauen mit einer hohen MRA stillten länger als Frauen mit einer niedrigeren MRA. Mütter mit einer hohen MRA hatten mehr Stillprobleme als Frauen mit einer tiefen MRA und waren bei Misserfolg depressiver. Es konnte keine Korrelation zwischen der postpartalen Depression und der Stilldauer festgestellt werden. Erst durch den Einbezug der Erwartungen der Frauen an sich selbst in der Mutterrolle ergab sich ein Zusammenhang zwischen den Variablen.

Diskussion:

Bei der Diskussion wird als erstes die Fragestellung und der Zweck der Studie noch einmal erwähnt, was als sehr sinnvoll zu betrachten ist, da die Leser so den Bezug zur eigentlichen Fragestellung wieder finden. Die Autoren haben diesen Abschnitt in folgende Punkte unterteilt: Grenzen, Resultate und Schlussfolgerung.

Die Ergebnisse und auch die Grenzen der Studie werden noch einmal aufgerollt und diskutiert, auch werden ältere Studien miteinbezogen.

Auch die Schlussfolgerungen zur Studie werden im Abschnitt Diskussion erwähnt, was zu bemängeln ist. Hier werden noch einmal kurz die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst. Es wird erwähnt, dass das Stillen oft abhängig von der persönlichen Einstellung gegenüber der Mutterrolle ist. Zudem leiden Mütter, welche in den ersten drei Monaten postpartal abstillen öfter unter psychologischem Distress. Daraus kann abgeleitet werden, dass es für die Praxis wichtig ist, diese Frauen aufzufangen und wenn nötig zu unterstützen, um ein negatives Outcome zu verhindern. Diese Empfehlungen können als angemessen bewertet werden, sind jedoch in der Praxis nicht immer anwendbar, da man als Fachperson die Frauen nach der Geburt oft aus den Augen verliert.

Literatur und andere Angaben:

Die Literaturangaben sind sowohl in der Studie als auch im Literaturverzeichnis eindeutig und vollständig aufgeführt.

Beurteilung Studie 2

1. Vorgehen

Genutzte Datenbanken: Cinahl, PubMed, Cochrane

→ Studie gefunden in PubMed

Schlüsselwörter: 'postnatal depression', 'breast feeding', 'breastfeeding duration'

→ Studie gefunden mit 'postnatal depression' AND 'breastfeeding duration'

2. Gewählte Studie

Hendersson, J.J., Evans, S.F., Straton, J.A.Y., Priest, S.R. & Hagan, R. (2003).
Impact of Postnatal Depression on Breastfeeding Duration. *BIRTH*, 30, 175-180.

3. Bewertung der Studie nach Stahl (2008) ‚Evidenzbasiertes Arbeiten‘

Titel:

Der Titel gibt den Inhalt der Studie deutlich wieder. Er zeigt, dass sich die Studie mit den Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Stilldauer beschäftigt und somit ergibt sich für die Leser bereits hier eine erste Entscheidungsgrundlage ob die Studie für die eigene Fragestellung geeignet ist oder nicht.

Abstrakt:

Ein klar strukturierter Abstrakt ist vorhanden. Die wesentlichen Aspekte der Studie sind darin enthalten und man erhält einen guten ersten Eindruck der Studie. Eine nähere Beschäftigung mit der Studie wurde angestrebt um die Fragestellung 'Welche Auswirkungen hat die postpartale Depression auf die Stilldauer?' zu beantworten.

Hintergrund:

Im Hintergrund wird eine kurze Einführung in die Thematik gemacht. Es wird aufgezeigt, dass 13% aller Frauen an einer postpartalen Depression erkranken und dass die Krankheit erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind haben kann. So können beim Kind Entwicklungs- und Verhaltensstörungen auftreten

und bei der Mutter kann das Stillverhalten negativ beeinflusst werden. Der bisherige Forschungsstand wird zwar verständlich, jedoch nicht sehr umfassend aufgezeigt. Es wird aufgezeigt dass der Zusammenhang zwischen der postpartalen Depression und der Stilldauer bisher nur wenig untersucht wurde und ältere Studien oft an methodischen Problemen scheiterten. Das Ziel der Studie, den Zusammenhang zwischen der postpartalen Depression und der Stilldauer im Zeitraum von zwölf Monaten nach der Geburt zu erforschen, wird klar formuliert.

Methode:

Bei der vorliegenden Studie wurde der quantitative Forschungsansatz in Form einer Korrelationsstudie gewählt. Dies entspricht der Evidenzstufe 3 in der Hierarchie der wissenschaftlichen Evidenzen. Der Forschungsansatz ist als angemessen zu betrachten, da es das Ziel der Studie ist, möglichst allgemeingültige Aussagen zu machen und somit eine hohe Teilnehmerinnenzahl von Bedeutung ist.

Setting:

Die Studie wurde in den Jahren 1996 und 1997 in zwei grossen Spitälern in Perth, Australien, durchgeführt. Das Setting ist als geeignet zu erachten, da so eine grosse Anzahl Frauen miteinbezogen werden konnte.

Teilnehmerinnen:

Die Stichprobe bestand aus Frauen, welche bereits in einer anderen, randomisierten, kontrollierten Studie teilnahmen, welche die Wirksamkeit von Nachgesprächen im Wochenbett auf das psychische Wohlbefinden nach der Geburt untersuchte. Die Frauen wurden auf der Wochenbettabteilung in den ersten 72 Stunden nach der Geburt rekrutiert. Die Information fand unter der ethischen Dimension 'informed consent' statt. Die Teilnehmerinnen waren englisch sprechende Frauen, welche älter als 18 Jahre waren und ihre gesunden Kinder nach der 35. Schwangerschaftswoche geboren haben. Die Frauen durften sich zu diesem Zeitpunkt nicht in psychologischer Behandlung befinden. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind also klar benannt und schlussendlich nahmen 1745 Frauen (n= 1745) an der Studie teil. Dies entspricht 68.5% aller Frauen, welche für die Studie rekrutiert wurden.

Datenerhebung:

Die Studie wurde in den Jahren 1996 und 1997 in Perth, Australien, durchgeführt. Demografische Informationen wurden anfänglich von allen Teilnehmerinnen erfasst. Die Frauen mussten postalisch zugesandte Fragebögen zwei, sechs und zwölf Monaten nach der Geburt selber ausfüllen. Bei jedem Fragebogen wurde der aktuelle Stillstatus erfragt. Hatte die Frau zu diesem Zeitpunkt bereits abgestillt, wurden die Stilldauer und die Gründe für das Abstillen ermittelt. Ebenso wurden jeweils der sozioökonomische Status und die depressiven Symptome durch die EPDS erfasst. Alle Frauen, bei denen nach der Auswertung der Fragebögen eine Auffälligkeit bezüglich psychischer Verfassung festgestellt wurde, wurden zu einem Gespräch mit einer Fachperson eingeladen, welche die postpartale Depression anhand bestimmter Kriterien diagnostizierte.

Ethische Aspekte:

Die Ethikkomitees beider Spitäler, in denen die Studie durchgeführt wurde, genehmigten die Durchführung. Die Frauen wurden unter der ethischen Dimension 'informed consent' aufgeklärt, eine Einwilligung wird nicht erwähnt.

Datenanalyse:

Die jeweiligen Analyseverfahren werden in der Studie klar erwähnt und scheinen für die Studie geeignet zu sein. Das Signifikanzniveau ist klar benannt und liegt bei 5%.

Ergebnisse:

Die wichtigsten Ergebnisse werden in Form von Tabellen und Lauftext verständlich aufgezeigt. Die Rücklaufquote der Fragebögen lag nach zwei Monaten bei 95%, nach sechs Monaten bei 91% und nach 12 Monaten bei 81%, was eine gute Rücklaufquote bedeutet. Am Ende der Studie waren noch 1745 Frauen dabei, was 68.5% aller rekrutierten Teilnehmerinnen entspricht. Die Gründe für das Ausscheiden werden klar benannt, wobei die meisten Frauen schlicht zu wenig Zeit für das ausfüllen der Fragebögen hatten.

1670 Frauen (95.7%) haben sich für das Stillen des Kindes entschlossen, von welchen nach zwei Monaten noch 54.1% und nach sechs Monaten noch 8.7%

ausschliesslich stillten. 18% aller Teilnehmerinnen entwickelten in den ersten zwölf Monaten nach der Geburt eine postpartale Depression, wobei bei den meisten Frauen die ersten Symptome nach zwei Monaten auftraten. Neben verschiedenen anderen Faktoren wurde schliesslich ersichtlich, dass die postpartale Depression einen signifikant negativen Einfluss auf die Stilldauer hat. Frauen, welche an einer postpartalen Depression litten, wiesen ein um 1.25 Mal höheres Risiko auf, frühzeitig abzustillen als Frauen ohne postpartale Depression. Nicht nur die psychische Verfassung, auch soziale Faktoren wie Alter, Bildung und sozioökonomischer Status beeinflussen das Stillverhalten. Ebenso kann die Trennung vom Neugeborenen in den ersten 72 Stunden, die schnelle Rückkehr an den Arbeitsplatz, ein krankes Kind und das Rauchen einen negativen Einfluss auf die Stilldauer haben.

Diskussion:

Die Ergebnisse werden in der Diskussion analysiert und kritisch diskutiert. Ebenso werden ältere Studien miteinbezogen und mit den aktuellen Ergebnissen verglichen. Es werden Grenzen der Studie aufgezeigt und Fehler werden genannt. So zeigt sich, dass man durch die Resultate der Studie keine allgemeingültigen Aussagen machen kann, da viele Teilnehmerinnen eine Privatversicherung abgeschlossen hatten und somit einer höheren sozioökonomischen Schicht angehören als der Durchschnitt der australischen Bevölkerung. Ebenso lässt es sich vermuten, dass depressive Frauen weniger motiviert waren die Fragebögen auszufüllen. 96% aller Frauen entschlossen sich anfänglich für das Stillen, was sehr hoch erscheint. Auch hier ist anzunehmen, dass der sozioökonomische Status eine entscheidende Rolle spielt und es zeigt sich auch, dass in anderen Studien weniger Frauen von Anfang an stillten. In der Studie erkrankten 18% aller Frauen an der postpartalen Depression, andere bereits durchgeführte Studien zeigten ähnliche Zahlen. Es zeigte sich also, dass das Stillverhalten von vielen verschiedenen Faktoren abhängig ist und somit auch, aber nicht ausschliesslich die postpartale Depression beteiligt sein kann.

Schlussfolgerungen:

Es lassen sich einige Schlussfolgerungen aus den Resultaten ableiten. Obgleich man keine allgemeingültigen Aussagen machen kann bezüglich Depression und

Stillverhalten, hat sich herausgestellt, dass die postnatale Depression einen negativen Einfluss auf Mutter und Kind haben kann und dass es wichtig ist, die Mutter beim Stillen zu unterstützen und dies möglichst früh zu tun.

Literatur und andere Angaben:

Die Literaturangaben sind eindeutig und es finden sich alle Quellen im Literaturverzeichnis.

Beurteilung Studie 3

1. Vorgehen

Genutzte Datenbanken: Cinahl, PubMed, Cochrane, MiDirs

→ Studie gefunden in MiDirs

Schlüsselwörter: 'depression', 'postnatal depression', 'breastfeeding',
'breastfeeding duration'

→ Studie gefunden mit 'depression' AND 'breastfeeding duration'

2. Gewählte Studie

O'Brien, M., Buikstra, E. & Hegney, D. (2008). The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *The Authors*. 397-408.

3. Bewertung der Studie anhand Stahl (2008) 'Evidenzbasiertes Arbeiten'

Titel:

Der Titel ist gut gewählt und gibt den Inhalt der Studie eindeutig wieder. Der Einfluss von psychologischen Faktoren auf die Stilldauer soll in der Studie untersucht werden.

Abstrakt:

Ein klar strukturierter Abstrakt ist vorhanden und fasst den Inhalt der Studie kurz und verständlich zusammen. Er enthält Titel, Ziel der Studie, Hintergrund, Methodik, Resultate und Schlussfolgerungen und zeigt die wichtigsten Inhalte der einzelnen Abschnitte auf. Anhand des Abstrakts wurde entschieden, dass die Studie für die Beantwortung der Fragestellung ‚Welche Auswirkungen hat die postpartale Depression auf die Stilldauer?‘ in Frage kommen könnte und eine nähere Beschäftigung mit der Studie wurde angestrebt.

Hintergrund:

Eine kurze Einführung in die Thematik zeigt auf, dass die Nachteile der Flaschennahrung gegenüber dem Stillen bekannt sind. Trotz den Empfehlungen der WHO, die Kinder in den ersten sechs Lebensmonaten ausschliesslich zu Stillen, entscheiden sich viele Frauen für das frühzeitige Abstillen. Bisherige Studien haben aufgezeigt, dass soziodemografische Faktoren einen grossen Einfluss auf die Stilldauer haben. Da diese Faktoren jedoch nur schwer beeinflussbar sind, wurde nach anderen Faktoren, welche die Stilldauer verlängern könnten, geforscht. Bisher wurden nur wenige Untersuchungen zu den psychologischen Faktoren in Bezug auf die Stilldauer durchgeführt.

Es werden Hintergrundinformationen und der aktuelle Forschungsstand kurz aufgezeigt. Die dargestellten Studien stehen im Zusammenhang mit der Forschungsfrage und erschienen zwischen 1977 und 2007. Die bisher verfügbare Literatur wird beschrieben und Lücken werden aufgezeigt.

Das Ziel der Studie, den Zusammenhang zwischen psychologischen Faktoren und der Stilldauer, nach dem Überprüfen von soziodemografischen Daten, zu untersuchen, ist klar definiert. Die verschiedenen Einflussfaktoren werden klar benannt und somit ist der zu untersuchende Gegenstand klar definiert.

Methode:

Der quantitative Forschungsansatz in Form eines prospektiven Surveys wurde in der finalen Phase der Triangulation verwendet und entspricht somit der Evidenzstufe 3 in der Hierarchie der wissenschaftlichen Evidenzen. Dieser Forschungsansatz hat den Vorteil eine grosse Stichprobe zu untersuchen und eignet sich somit für die vorliegende Studie.

Setting:

Die Studie wurde in einem öffentlichen und einem privaten Spital in Queensland, Australien, zwischen Oktober 2005 und Dezember 2005 durchgeführt. Das Setting ist als geeignet zu erachten, da durch die Wahl dieser beiden Spitäler eine breite Bevölkerungsschicht angesprochen werden kann.

Stichprobe:

Alle Frauen, die im oben genannten Setting geboren haben, wurden eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Die Ein- und Ausschlusskriterien werden klar benannt: Anfänglich wurden 26 Frauen von der Studie ausgeschlossen, da sie entweder noch nicht 18 Jahre alt waren, zu wenig Englischkenntnisse hatten, zu krank waren, ein krankes Kind hatten, das Kind sich nicht in ihrer Obhut befand oder starb. Von den 657 Frauen, die in diesem Zeitraum in den zwei genannten Spitälern geboren haben, nahmen schlussendlich 375 Frauen an der Studie teil.

Datenerhebung:

Die Frauen füllten einen Fragebogen in den ersten 14 Tagen nach der Geburt aus. Dieser enthielt Fragen sowohl zu soziodemografischen, als auch zu psychologischen Faktoren. Um diese Faktoren zu messen, wurden verschiedene Skalen zur besseren Verständlichkeit eingesetzt. Der Fragebogen wurde in einem bereits frankierten Umschlag an die Wissenschaftler zurück gesandt. Der Fragebogen wurde im Vorherein von einer kleinen Gruppe aus Müttern und Experten getestet und angepasst.

Ein Follow-up erfolgte sechs Monate nach der Geburt per Telefon, wo unter anderem der Stillstatus, die Stilldauer und der Zeitpunkt des Zufütterns erfasst wurden.

Ethische Aspekte:

Das zuständige Universitäts- und Gesundheitskomitee genehmigte die Studie. Die Frauen wurden nach der ethischen Dimension 'informed consent' (informierte Entscheidung) aufgeklärt. Die erhobenen Daten wurden sicher und getrennt von möglichen Informationen über die Teilnehmerinnen aufbewahrt.

Datenanalyse:

Die statistischen Analyseverfahren sind klar benannt und als sinnvoll zu erachten. Zur Analyse wurde das Computerprogramm 'Statistical Package for Social Sciences' (SPSS) verwendet und das Signifikanzniveau ($p < 0.05$) ist bekannt.

Ergebnisse:

Die Darstellung der Ergebnisse ist klar und verständlich, Tabellen verhelfen zur besseren Übersicht. Die Rücklaufquote der Fragebögen ist mit 59.4% nach 14 Tagen und 15% nach sechs Monaten als unbefriedigend anzusehen.

342 Frauen entschieden sich nach der Geburt für das volle Stillen des Kindes, nach 26 Wochen stillten bereits 302 Frauen nicht mehr voll. Von den 351 Frauen, die in irgendeiner Form ihre Kinder stillten, stillten 137 Frauen nach 26 Wochen ab. Die Zahlen stimmen mit anderen, bereits durchgeführten australischen Studien überein. Es zeigte sich, dass in den ersten zwei Wochen nach der Geburt mehr als 44% aller Frauen an postpartalem Distress litten, wovon 26% an Stress, 15% an depressiven Symptomen und 34% der Frauen unter Angst litten. Spearman's Rho Korrelationen zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Stilldauer und dem mütterlichen Alter, Bildung, Optimismus, Selbstvertrauen, Glauben an die Muttermilch, Erwartungen an das Stillen und der Angst. Die Wilcoxon Statistik zeigte zudem den Zusammenhang zwischen dem Beruf der Mutter, vorangegangenen Stillerfahrungen, Präferenz des Partners bezüglich Ernährung des Kindes, Zeitpunkt der Entscheidung wie das Kind ernährt werden soll und der geplanten Stilldauer auf. Angst konnte mit frühzeitigem Abstillen assoziiert werden, die postpartale Depression hingegen hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Stilldauer in dieser Stichprobe. Schlussendlich stellte sich heraus, dass die Variablen 'Glaube an die Muttermilch' und 'geplante Stilldauer' die wichtigsten Prädiktoren für die Stilldauer sind. So stillte eine Frau je länger, desto höher die Punktzahl in der Skala bezüglich dem Glauben an die Muttermilch war. Plante eine Frau nur sechs Monate oder weniger zu stillen, so war das Risiko frühzeitig abzustillen um 1.72 Mal höher als bei anderen Frauen. Ebenso zeigte sich, dass Frauen mit einem grösseren Selbstvertrauen in Bezug auf das Stillen länger stillten als Frauen mit weniger Selbstvertrauen.

Diskussion:

Die Ergebnisse werden im Zusammenhang mit der Forschungsfrage kritisch diskutiert und analysiert. Es lässt sich hinterfragen, ob junge und unverheiratete Frauen seltener an solchen Studien teilnehmen als andere Frauen. Die Stichprobe der vorliegenden Studie war relativ homogen: 92% der Frauen waren verheiratet

oder lebten in einer Beziehung. Zudem wurden junge Frauen unter 18 Jahren und Frauen mit schlechten Englischkenntnissen von der Studie ausgeschlossen, was zu Verzerrungen führen kann. Im Weiteren werden die Instrumente und Messungen kritisch hinterfragt. Die wichtigsten Ergebnisse werden noch einmal genannt und mit bereits existierender Literatur verglichen.

Schlussfolgerungen:

Aus den Ergebnissen lassen sich folgende Schlussfolgerungen ableiten:

Psychologische Faktoren sind wichtige Prädiktoren bezüglich der Stildauer. Dieses Wissen hat einen Einfluss auf die Betreuung der Frauen durch das Fachpersonal, sowie auf die weiterführende Forschung der Thematik. Die Resultate können helfen betroffene Frauen frühzeitig aufzufangen und spezielle Programme zur Unterstützung zu entwickeln. Für die Zukunft werden weiterführende Forschungen angestrebt, um die Frauen optimal zu beraten und die Stildauer der Frauen zu verlängern.

Literatur und anderen Angaben:

Die Literaturangaben sind eindeutig und korrekt und im Literaturverzeichnis vollständig aufgelistet.

Beurteilung Studie 4

1. Vorgehen

Genutzte Datenbanken: Cinahl, PubMed, Cochrane

→ Studie gefunden in PubMed

Schlüsselwörter: 'breastfeeding', 'breastfeeding duration', 'europe', 'postpartum depression'

→ Studie gefunden mit 'breastfeeding' AND 'postpartum depression'

2. Gewählte Studie

Thome, M., Alder, E.M. & Ramel, A. (2004). A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? *International Journal of Nursing Studies*, 43, 11-20.

3. Bewertung der Studie nach Stahl (2008) 'Evidenzbasiertes Arbeiten'

Titel:

Der Titel der Studie gibt den Inhalt eindeutig wieder. Bereits anhand des Titels ist eine erste Beurteilung möglich, ob die Studie für die gewählte Fragestellung geeignet ist oder nicht.

Abstrakt:

Ein Abstrakt in Form eines Fliesstextes ist vorhanden. Er enthält die wichtigsten Aspekte der Studie, also Ziel, Methode, wichtigste Ergebnisse und Schlussfolgerung. Der Abstrakt war eine erste Entscheidungsgrundlage für die weitere Beschäftigung mit der Studie, da sie für die Beantwortung der Fragestellung 'Welche Auswirkungen hat die postpartale Depression auf die Stilldauer?' in Frage kommt.

Hintergrund:

Der Hintergrund ist in verschiedene Abschnitte unterteilt. Als erstes folgt eine Einleitung, in der erwähnt wird, dass exklusives Stillen laut WHO das ausschliessliche Ernähren des Kindes durch Muttermilch bedeutet. Die WHO empfiehlt das exklusive Stillen in den ersten sechs Monaten nach der Geburt um die Gesundheit des Kindes optimal zu fördern. Es folgt im Weiteren die Zusammenfassung bereits existierenden Studien und der aktuelle Forschungsstand zu den Themen Stillen und Symptome der postpartalen Depression werden aufgezeigt. So zeigte sich im Norden Europas der Trend, dass immer mehr Frauen stillen und dies vor allem länger tun als noch vor einigen Jahrzehnten. Es zeigten sich Unterschiede in der Stadt und auf dem Land, so dass bisher keine Studien vorlagen, dank denen man allgemeingültige Aussagen machen konnte. Zudem gab es Wissenslücken bezüglich den Faktoren, die das ausschliessliche Stillen beeinflussen. Es folgt ein Abschnitt zu den depressiven Symptomen, wo sich zeigt, dass 10-20% der Frauen nach der Geburt diese Symptome entwickeln. Es werden zusätzliche Faktoren aufgezeigt, die eine postpartale Depression begünstigen und die Relevanz der Thematik wird aufgezeigt. Im Hintergrund wird auch auf die Themen Distress und Stillen, demografische Faktoren und kindliche Faktoren eingegangen. Der Hintergrund bietet dem Leser einen sehr guten Einblick in die Thematik und ist gut strukturiert. Die gewählten Studien sind zwischen 1983 und 2003 erschienen und werden grösstenteils gut beschrieben. Es werden Lücken im bisherigen Forschungsstand aufgedeckt und das Ziel der Studie, den Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und exklusivem Stillen zu erforschen, ist klar definiert.

Methode:

Es ist deutlich, dass es sich in der vorliegenden Studie um ein Survey handelt und somit der quantitative Forschungsansatz gewählt wurde, was der Evidenzstufe 3 der Hierarchie der wissenschaftlichen Evidenzen entspricht. Die Wahl wurde so begründet, dass man so viele Frauen wie möglich rekrutieren wollte, um eine möglichst allgemeingültige Aussage machen zu können. Somit ist das gewählte Design als angemessen zu betrachten. Es wird erwähnt, dass die Studie Teil einer

grösseren, nationalen Studie in Island zwischen 1992 und 1996 war, welche maternalen Distress und kindliche Schwierigkeiten untersuchte.

Setting:

Die Studie, bzw. die Umfragen fanden im Jahr 1992 in Island statt. Die genauen Monate und Ort der Durchführung sind nicht bekannt, was zu bemängeln ist. Das Setting ist als geeignet zu erachten, da so ein grosser Teil der isländischen Gebärenden abgedeckt werden konnte, unabhängig von sozialen oder demografischen Faktoren.

Teilnehmerinnen/ Stichprobe:

Eine Umfrage wurde an alle isländischen Frauen, welche in einer bestimmten Zeitspanne von drei Monaten in Island geboren haben, geschickt (n=1058). Somit konnte ungefähr ein Viertel aller gebärenden Frauen im Jahr 1992 (n=4591) erreicht werden. Die Stichprobegrösse wurde anhand der Erfahrung aus der grösseren, nationalen isländischen Studie festgelegt. Nach dem Überprüfen der Ein- und Ausschlusskriterien nahmen schliesslich 734 Teilnehmerinnen an den Umfragen teil, was eine gute Rücklaufquote von 70 % bedeutet.

Datenerhebung:

Die Rekrutierung fand im Jahr 1992 in Island statt. Die Teilnehmerinnen (n=1058) erhielten die Fragebögen zwei Monate nach der Geburt zusammen mit einem frankierten Kuvert postalisch zugestellt. Wurde der Fragebogen in einer bestimmten Zeit nicht zurück geschickt, erhielten die Teilnehmerinnen eine Erinnerung nach zwei und vier Wochen.

Die postpartale Depression wurde anhand der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) festgestellt, maternaler Distress durch den Parenting Stress Index und das Stillverhalten wurde in vier verschiedene Kategorien unterteilt: Exklusives Stillen, partielles Stillen, Flaschennahrung oder feste Nahrung. Diese Instrumente werden in der Studie genauer erläutert und sind dem Leser somit verständlich. Folgende Ausschlusskriterien galten bei der Rekrutierung: Kein isländisch lesen können,

Wohnsitzwechsel und Tod des Kindes. Die Stichprobengrösse belief sich schliesslich auf 734 Teilnehmerinnen, was einen Rücklauftrate von 70% bedeutet.

Ethische Aspekte:

Die Studie wurde vom Data Protection Committee, Ministry of Justice in Island genehmigt. Die Teilnehmerinnen erhielten zusammen mit dem Fragebogen ein Informationsblatt zur informierten Entscheidungsfindung, welches im Vorfeld unterschrieben werden musste.

Datenanalyse:

In der Studie werden sowohl die statistischen Analyseverfahren, als auch das Computerprogramm zur Auswertung klar benannt und erläutert. Die verschiedenen Tests scheinen für die Auswertung der Umfragen geeignet zu sein

Ergebnisse:

Die Darstellung der Ergebnisse ist klar und verständlich gewählt. Es werden alle Ergebnisse, ob im Fliesstext oder Tabellenform, aufgelistet. 14% aller Teilnehmerinnen litten unter depressiven Symptomen und erreichten damit bei der EPDS mehr als zwölf Punkte. Frauen mit einem tieferen Schulabschluss waren eher von der postpartalen Depression betroffen als Frauen mit einem höheren Abschluss. Es zeigt sich im Weiteren, dass Frauen mit einem hohen Bildungsstand, einer tiefen Punktzahl bei der EPDS und nur einem Kind öfter ausschliesslich stillten als andere Frauen. Teilnehmerinnen mit einem Universitätsabschluss stillten fünf Mal öfter ausschliesslich als Frauen mit einem Basisschulabschluss. Ein Anstieg der EPDS um fünf Punkte resultierte in fast 20% der Fälle in einer Reduktion des ausschliesslichen Stillens.

Diskussion:

Die wichtigsten Ergebnisse werden im Zusammenhang mit der ursprünglichen Forschungsfrage kritisch diskutiert und analysiert. Es werden ältere Studien miteinbezogen und die Grenzen der Studie aufgezeigt.

Schlussfolgerungen:

Es zeigte sich, dass folgende Faktoren das ausschliessliche Stillen negativ beeinflussen: Bildungsniveau, Zwillinge, Alleinerziehend und depressive Symptome. Es wird empfohlen, gestresste Eltern zu unterstützen und vor allem Zwillingsmüttern Hilfe anzubieten. Anhand einer Kombination von demografischen und psychosozialen Faktoren könnte eine postpartale Depression vorausgesehen werden. Es zeigte sich ebenso, dass bei steigender Depression der Wunsch, das Kind zu stillen, abnimmt. Ein höheres Bildungsniveau könnte dem entgegenwirken, denn es stellte sich heraus, dass Frauen mit einem höheren Bildungsstand eher stillen als Frauen mit einem tieferen Bildungsstand. Ebenso zeigte sich, dass das Abstillen bei einer postpartalen Depression nicht viel bringt, sondern dass das Gegenteil der Fall ist. Das Fachpersonal kann mit Hilfe von Stillinformationen das Bildungsniveau der Frauen im Bereich Stillen anheben und somit frühzeitigem Abstillen entgegenwirken.

Literatur:

Die Literaturangaben sind vollständig und korrekt und werden im Literaturverzeichnis aufgelistet.

EPDS

Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala EPDS (Fragebogen zur Selbsteinschätzung)

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

In den letzten 7 Tagen oder in den Tagen seit der Geburt...	Punkte
1. ...konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen	
o so wie ich es immer konnte	0
o nicht ganz so wie sonst	1
o deutlich weniger als früher	2
o überhaupt nicht.....	3
2. ...konnte ich mich so richtig auf etwas freuen	
o so wie immer	0
o etwas weniger als sonst	1
o deutlich weniger als früher	2
o kaum.....	3
3. ...fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief	
o ja, meistens	3
o ja, manchmal	2
o nein, nicht so oft	1
o nein, niemals	0
4. ...war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen	
o nein, überhaupt nicht.....	0
o selten.....	1
o ja, manchmal	2
o ja, häufig.....	3
5. ...erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen	
o ja, oft	3
o ja, manchmal	2
o nein, nicht oft	1
o nein, überhaupt nicht.....	0
6. ...überforderte mich verschiedenste Umstände	
o ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden	3
o ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden	2
o nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden.....	1
o nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig.....	0
7. ...war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte	
o ja, die meiste Zeit	3
o ja, manchmal	2
o nein, nicht sehr oft	1
o nein, überhaupt nicht.....	0

8. ...habe ich mich traurig und schlecht gefühlt

- ja, die meiste Zeit 3
- ja, manchmal 2
- selten..... 1
- nein, überhaupt nicht..... 0

9. ...war ich so unglücklich, dass ich geweint habe

- ja, die ganze Zeit..... 3
- ja, manchmal 2
- nur gelegentlich 1
- nein, niemals 0

10. ...überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen

- ja, ziemlich oft 3
- manchmal..... 2
- kaum..... 1
- niemals..... 0

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

Quelle: Hofecker Fallahpour, M., Zinkernagel, Ch., Frisch, U., Neuhofer, C., Stieglitz, R.-D., Riecher-Rössler, A. (2005). *Was Mütter depressiv macht...und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch*. Bern: Verlag Hans Huber.