

Bachelorarbeit

Help! I Need Somebody!

Zu den Zusammenhängen zwischen sozialer Unterstützung aus dem privaten Umfeld und der mütterlichen psychischen Gesundheit im ersten Jahr postpartum.

**Sarah York-Schmid, Wehntalerstrasse 20, 8057 Zürich
Matrikelnummer S03726635**

Departement: Gesundheit
Institut: Institut für Hebammen
Studienjahr: 2009
Eingereicht am: 18. Mai 2012
Betreuende Lehrperson: Dr. phil. Elisabeth Kurth

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	4
1. Einleitung	5
1.1 Begründung der Themenwahl.....	5
1.2 Theoretischer Bezugsrahmen	6
1.3 Zielsetzung	6
1.4 Fragestellung	7
1.5 Eingrenzung des Themas	7
2. Methoden	8
2.1 Überblick über den Aufbau dieser Bachelorarbeit.....	8
2.2 Literaturrecherche	8
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien	10
2.4 Auswahl der einbezogenen Studien.....	10
2.5 Literaturbeurteilung	11
3. Theoretischer Hintergrund	12
3.1 Das Salutogenesekonzept	12
3.1.1 Das Kohärenzgefühl	12
3.1.2 Stressoren und Ressourcen	12
3.2 Gesundheitsverständnis.....	15
3.2.1 Störungen der mütterlichen psychischen Gesundheit im ersten Jahr postpartum	15
3.3 Soziale Unterstützung	18
4. Stand der Forschung - Soziale Unterstützung und die mütterliche Gesundheit im ersten Jahr postpartum	21
5. Ergebnisse	23
5.1 Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period. Hopkins & Campbell (2008).	23
5.2 Psychosocial Predictors of Postpartum Depression in Diverse Groups of Women. Logsdon & Usui (2001).	26
5.3 Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. Dennis & Ross (2006).	30
5.4 The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. Heh, Coombes & Bartlett (2004).	34

5.5 Effects of Stress and Social Support on Postpartum Health of Chinese Mothers in the United States. Cheng & Pickler (2009).	38
6. Diskussion.....	41
6.1 Kritische Beurteilung der Ergebnisse in Bezug auf die Studienqualität	41
6.1.1 Datenerfassung	41
6.1.2 Stichprobe	41
6.1.4 Präsentation der Resultate	42
6.1.5 Limitationen	42
6.1.6 Roter Faden und Sprachliches	43
6.1.7 Relevanz der Ergebnisse unter Berücksichtigung der Studienqualität.....	43
6.2 Vergleichbarkeit der Resultate	44
6.2.1 Zu den Auswirkungen der unterschiedlichen Studiendesigns auf die Vergleichbarkeit.....	44
6.2.2 Zur Auswirkung der unterschiedlichen Instrumente auf die Vergleichbarkeit....	44
6.2.3 Vergleich der Resultate	45
6.3 Kausalaussagen.....	45
6.4 Wahrgenommene und erhaltene Unterstützung und ein mögliches Negativitäts-Bias	46
6.5 Zur Differenzierung der sozialen Unterstützung in Dimensionen.....	47
6.6 Zu den Ergebnissen aus dem chinesischen Kulturkreis	47
6.7 Bedeutung der Ergebnisse in Bezug auf das Salutogenesekonzept	48
7. Schlussfolgerungen	51
7.1 Empfehlungen an die Praxis	51
7.1.1 Beratung zu sozialer Unterstützung als Ressource.....	52
7.1.2 Das Kohärenzgefühl stärken	53
7.2 Empfehlungen an die Forschung	54
7.3 Limitationen und Stärken dieser Arbeit	55
Verzeichnisse	56
Literaturverzeichnis	56
Abbildungsverzeichnis	61
Tabellenverzeichnis	61
Tafelverzeichnis	64
Danksagung.....	65
Eigenständigkeitserklärung.....	65

Anhänge	66
Anhang A: Ausgeschlossene Studien	66
Anhang B: Die Aspekte des Kohärenzgefühls - Ein Beispiel für die Wochenbettzeit	66
Anhang C: Übersicht über die Messinstrumente.....	67
Instrumente zur Erhebung der sozialen Unterstützung	67
Instrumente zur Erhebung der psychischen Gesundheit.....	69
Anhang D: Evidenzbasierte Betreuung – Fünf Schritte zur Entscheidungsfindung	70
Anhang E: Glossar	71
Anhang F: Studienbeurteilungen nach Stahl (2008)	77
Hopkins, J. & Campbell, S. B. (2008). Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period.	77
Logsdon, M. C. & Usui, W. (2001). Psychosocial Predictors of Postpartum Depression in Diverse Groups of Women	82
Dennis, C.-L. & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms.	89
Heh, S.-S., Coombes, L. & Bartlett, H. (2004). The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month.	94
Cheng, C.-Y. & Pickler, R. H. (2009). Effects of stress and social support on postpartum health of Chinese mothers in the United States.	100
Wortzahl.....	106

Abstract

Darstellung des Themas: Mütter sind im ersten Jahr nach der Geburt ihres Kindes zahlreichen Belastungen ausgesetzt. 10-15% erkranken in diesem Zeitraum an einer postpartalen Depression. Soziale Unterstützung wird in der Literatur als möglicher schützender Faktor diskutiert.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, zu untersuchen, welche Beziehungen zwischen sozialer Unterstützung aus dem privaten Umfeld und der psychischen Gesundheit der Mütter im ersten Jahr postpartum bestehen.

Methode: Es handelt sich um ein systematisches Literaturreview, die Salutogenese bildet den theoretischen Bezugsrahmen. Eingeschlossen wurden fünf quantitative Forschungsarbeiten, deren Daten mittels validierter Messinstrumente erhoben wurden.

Relevante Ergebnisse: Die eingeschlossenen Studien sind kaum vergleichbar und die Qualitätsunterschiede zwischen den Forschungsarbeiten gross. Alle Studien enthalten jedoch signifikante Resultate, welche besagen, dass zwischen gewissen Formen sozialer Unterstützung aus dem privaten Umfeld und der psychischen Gesundheit der Mutter Zusammenhänge bestehen. Im westlichen Kulturraum scheinen diese Zusammenhänge besonders die Unterstützung durch den Partner zu betreffen.

Schlussfolgerung: Soziale Unterstützung soll in der Beratung durch die Hebamme thematisiert werden, da Frauen, die adäquate Unterstützung beschreiben, seltener Symptome einer postpartalen Depression angeben. Weiter soll das in der Salutogenese verankerte Kohärenzgefühl der Frauen gestärkt werden, damit diese ihre Ressourcen effizient nutzen können.

Keywords: social support, postpartum depression, maternal mental health, salutogenesis

1. Einleitung

1.1 Begründung der Themenwahl

Der Übergang zur Mutterschaft ist für die Frau eine Zeit, die durch Mehrfachbelastung geprägt ist. Zu diesen Belastungen gehören laut Schytt und Waldenstrom (2007) körperliche Anpassungs- und Heilungsprozesse und die damit verbundenen potenziellen Einschränkungen sowie die Anpassung an die Mutterrolle, die Kinderpflege, oft die Sorge um das Kind und wenig Schlaf. Zudem tragen Frauen in der Schweiz gemäss einer Studie von Baumgartner (2006) die Hauptlast der Haushalts- und Familienarbeit.

Angehende Mütter und Väter unterschätzen oft die Belastungen, welche die Elternschaft mit sich bringt. Dadurch wird es häufig verpasst, eigentlich vorhandene Ressourcen zu aktivieren und zu nutzen, oder einen Ressourcenmangel bereits vor der Geburt des Kindes festzustellen. Diese Erkenntnis beruht auf den Erfahrungen der Autorin dieser Bachelorarbeit als Mutter eines unruhigen Kindes und deckt sich mit verschiedener Literatur (McVeigh, 1997; Taubman, Ben Shlomo, Ben Shlomo, Sivan & Dolizki, 2009). Besonders wenn das Kohärenzgefühl schwach ausgeprägt ist und Ressourcen deswegen kaum genutzt werden können, steigt gemäss dem Salutogenese-Konzept die Gefahr, dass Belastungen die Gesundheit gefährden (Antonovsky, 1997).

Die psychische Gesundheit der Mütter wird besonders oft beeinträchtigt. Thompson, Roberts, Currie und Ellwood (2002) zufolge gehört die postpartale Depression zu den häufigsten Komplikationen der Postpartalzeit. Diese Erkrankung betrifft nicht nur die Mütter selbst, sie hat auch Auswirkungen auf deren Familien. Sie beeinflusst die Familienwerdung und die Fähigkeit der Mütter, ihre Mutterrolle wahrzunehmen (Hofecker Fallahpour et al., 2005).

Als möglicher schützender Faktor wird soziale Unterstützung diskutiert: Eine positive Wirkung der sozialen Unterstützung auf die psychische Gesundheit des Menschen konnte für verschiedene Stichproben aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen aufgezeigt werden (Berkman, 2000, zitiert nach Balaji et al., 2007).

Im Kompetenzprofil der diplomierten Hebamme BSc der Schweiz (Berufskonferenz Hebamme, 2007) werden sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention zum Schutz der Gesundheit der Familie als Aufgabenbereiche der Hebamme beschrieben. Somit gehört es zur Hebammenarbeit, Frauen so zu beraten, zu begleiten und zu betreuen, dass sie dazu animiert werden, ihre Ressourcen zu nutzen und damit „die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit sowie die ihrer Kinder zu übernehmen“ (Berufskonferenz Hebamme, 2007, S. 6).

1.2 Theoretischer Bezugsrahmen

Im Geburtshilfeverständnis des Kompetenzprofils der diplomierten Hebamme BSc (Berufskonferenz Hebamme, 2007) ist die Salutogenese durch folgende Aussage verankert: „Eine salutogenetische Haltung ermöglicht eine ressourcenorientierte Ausrichtung und fördert das individuelle Wohl ebenso wie das Gemeinwohl“ (S. 2). Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit von einem Gesundheitskonzept im Sinne der Salutogenese nach Antonovsky (1997) ausgegangen.

1.3 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist, mittels eines systematischen Literaturreviews aufzuzeigen, ob und inwiefern Zusammenhänge zwischen der psychischen Gesundheit der Mütter im ersten Jahr postpartum und der sozialen Unterstützung, welche diese aus ihrem Umfeld erhalten, bestehen. Insbesondere soll erläutert werden, welcher Art diese Zusammenhänge sind und welche Formen der sozialen Unterstützung sie betreffen.

Wird im Zuge dieser Arbeit ein positiver Zusammenhang zwischen der mütterlichen psychischen Gesundheit und sozialer Unterstützung aufgezeigt, können die Erkenntnisse genutzt werden, um Frauen und Familien – im besten Falle bereits im Vorfeld der Geburt – im Sinne der Salutogenese gesundheitsfördernd zu beraten.

1.4 Fragestellung

Es ergibt sich folgende Fragestellung:

Welche Beziehungen bestehen zwischen sozialer Unterstützung durch das private Umfeld und der mütterlichen psychischen Gesundheit im ersten Jahr postpartum?

1.5 Eingrenzung des Themas

Die Beziehung zwischen sozialer Unterstützung aus dem privaten Umfeld und der mütterlichen physischen Gesundheit scheint bisher wenig erforscht zu sein. Da eine vorgängige Literaturrecherche nur ein verwertbares Ergebnis (Cheng & Pickler, 2009) ergab, wird darauf verzichtet, die Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und physischer Gesundheit einzuschliessen.

Die Autorin beschränkt sich auf Forschungsarbeiten, die sich mit sozialer Unterstützung aus dem privaten Umfeld der Mütter befassen. Eine Ausweitung auf Unterstützung durch Personen aus dem Gesundheitswesen oder ein Vergleich zwischen professioneller und privater sozialer Unterstützung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Nach der meist unproblematischen postpartalen Dysphorie (siehe Kapitel 3.2.1) ist die postpartale Depression die häufigste Störung der mütterlichen psychischen Gesundheit postpartum (Riecher-Rössler, 2006). Aus diesem Grund liegt der Fokus dieser Arbeit auf dem Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der postpartalen Depression.

Der zu untersuchende Zeitraum umfasst das erste Jahr postpartum. Dies ist darin begründet, dass der gewählten Definition von Riecher-Rössler (2006) zufolge eine postpartale Depression im gesamten ersten Jahr nach der Geburt des Kindes auftreten kann.

2. Methoden

2.1 Überblick über den Aufbau dieser Bachelorarbeit

Bei dieser Bachelorarbeit handelt es sich um ein systematisches Literaturreview. Während in der Einleitung ins Thema eingeführt, die Themenwahl begründet, das Thema eingegrenzt und die Fragestellung hergeleitet wird, bietet der Methodenteil die Darstellung der Literaturrecherche sowie der Literatúrauswahl. Im theoretischen Hintergrund werden das Salutogenesekonzept, das Gesundheitsverständnis sowie die Grundlagen zur postpartalen Depression und zur sozialen Unterstützung erläutert. Es folgt die Darstellung des aktuellen Forschungsstandes bezüglich der Fragestellung. Im Ergebnisteil werden die eingeschlossenen Studien vorgestellt. Anschliessend werden die Ergebnisse im Diskussionsteil analysiert und mit der Fragestellung und dem Salutogenesekonzept in Verbindung gebracht. Die Schlussfolgerungen runden diese Arbeit mit Empfehlungen an die Praxis und die Forschung ab.

2.2 Literaturrecherche

Mit Hilfe der Keywords „social support“, „maternal well-being“, „postnatal depression“, „postpartum depression“ wurde in den Datenbanken CINAHL, Cochrane, MiDirs, PsycInfo, PubMed und Medline nach geeigneten Studien und Reviews gesucht. Für die Datenbankrecherche wurden die Bool'schen Operatoren AND, OR und NOT verwendet. Die ebenfalls verwendeten Keywords „maternal mental health“ und „maternal morbidity“ führten zu keinen weiteren relevanten Resultaten. Tabelle 1 stellt die Datenbankrecherche dar.

Zusätzlich zur Datenbankrecherche wurden die Literaturverzeichnisse von Forschungsarbeiten mit Bezug zur Fragestellung auf passende Literatur hin untersucht. Die in dieses Review eingeschlossene Studie von Logsdon und Usui (2001) wurde über einen Verweis in der Arbeit von Dennis und Ross (2006) gefunden.

Tabelle 1: Datenbankrecherche

Datenbank	Datum	Keywords	Ergebnisse	Gewählte Studien
CINAHL	16. 9. 11	(„postpartum depression“ OR „postnatal depression“ OR „maternal well-being“) AND „social support“	140	Heh, Coombes & Bartlett (2004) Cheng & Pickler (2009)
Cochrane	23. 9. 11	(„postpartum depression“ OR „postnatal depression“ OR „maternal well-being“) AND „social support“	38	
Medline	22.11.11	(„postpartum depression“ OR „postnatal depression“ OR „maternal well-being“) AND „social support“	395	Weiter eingeschränkt
		+ NOT intervention NOT „high risk“ (jeweils im Abstract)	314	Weiter eingeschränkt
		+ NOT preterm NOT adolescent (jeweils im Abstract)	268	Weiter eingeschränkt
		+ AND „social support“ im Abstract	159	Heh et al. (2004) Cheng et al. (2009)
MiDirs	23.09.11	(„postpartum depression“ OR „postnatal depression“ OR „maternal well-being“) AND „social support“	363	Weiter eingeschränkt
		+ NOT intervention NOT „high risk“ (NOT jeweils im Abstract)	314	Weiter eingeschränkt
		+ NOT adolescent NOT preterm (NOT jeweils im Abstract)	102	Dennis et al. (2006)
PsycInfo	7. 1. 12	(„postpartum depression“ OR „postnatal depression“ OR „maternal well being“) AND „social support“	2322	Weiter eingeschränkt
		+ NOT intervention NOT „high risk“ (NOT jeweils im Abstract)	1917	Weiter eingeschränkt
		+ NOT preterm NOT adolescent (NOT jeweils im Abstract)	1715	Weiter eingeschränkt
		+ AND „social support“ im Abstract	438	Heh et al. (2004) Dennis et al. (2006) Cheng et al. (2009)
PubMed	8. 1. 12	(„postpartum depression“ OR „postnatal depression“ OR „maternal well being“) AND „social support“	528	Weiter eingeschränkt
		+ NOT intervention NOT „high risk“ (NOT jeweils im Abstract)	310	Weiter eingeschränkt
		+ NOT preterm NOT adolescent	228	Cheng et al. (2009) Heh et al. (2004) Hopkins & Campbell (2008)

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Tabelle 2: *Ein- und Ausschlusskriterien*

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Publiziert 2001 oder später	Studiengegenstand ist Therapie der postpartalen Depression (Fokus dieser Arbeit liegt auf der Gesundheitsförderung, nicht auf der Therapie)
In englischer oder deutscher Sprache vorliegend	Stichprobe mit definiertem Problemkreis (zum Beispiel minderjährige Mütter, Mütter nach Kindsverlust, Mütter mit Suchtproblematik), da diese spezielle Bedürfnisse mit sich bringen
Quantitative Forschungsarbeit	Keine klare Abgrenzung zwischen sozialer Unterstützung aus privatem Umfeld und professioneller Unterstützung
Messung der untersuchten Größen mittels validierter Instrumente	Untersuchter Zeitraum überschreitet ein Jahr postpartum und die Daten sind nicht klar abgrenzbar

Da die Literaturrecherche unter Berücksichtigung der genannten Auswahlkriterien weder für den deutschsprachigen Raum noch für das restliche Europa verwertbare Ergebnisse lieferte, wurde die Suche nicht geographisch eingeschränkt.

2.4 Auswahl der einbezogenen Studien

Die gefundene Literatur wurde in einem ersten Schritt bezüglich der Themenrelevanz beurteilt und ein- oder ausgeschlossen. Dies erfolgte anhand der Titel der Arbeiten. Wurde aus dem Titel nicht ersichtlich, ob eine Studie thematisch passt, wurde das Abstract gelesen. Studien, die thematisch passen, wurden daraufhin untersucht, ob sie den unter 2.3 beschriebenen Auswahlkriterien entsprechen.

Um die Ergebnisse im Rahmen des vorgegebenen Umfangs dieser Arbeit möglichst breit abstützen zu können, wurden fünf Forschungsarbeiten eingeschlossen. Während der Literaturrecherche wurde deutlich, dass sich unter den wenigen passenden Arbeiten Studien aus dem chinesischen Kulturkreis befinden, die eine traditionell verankerte soziale Unterstützung untersuchen. Ein Vergleich mit dieser Art der sozialen Unterstützung scheint aus sozio-kulturellen

Gründen sinnvoll, da die Wochenbettbetreuung im deutschsprachigen Raum historisch traditionell verankert war (Harder, 2005). Aus diesem Grund wurden zwei dieser Arbeiten eingeschlossen. Um eine gewisse Übertragbarkeit auf die heutigen kulturellen und sozio-ökonomischen Verhältnisse der Schweiz gewährleisten zu können, wurden neben den Studien, die sich mit Frauen befassen, welche traditionellen Ritualen folgen, ausschliesslich Studien aus dem westlichen Kulturkreis berücksichtigt. Eine Übersicht über die den Auswahlkriterien entsprechenden, ausgeschlossenen Studien findet sich mit einer Begründung für den Ausschluss in Anhang A.

2.5 Literaturbeurteilung

Die eingeschlossenen Studien wurden anhand des Leitfadens von Stahl (2008) auf ihre Qualität hin bewertet und kritisch beurteilt. Dieser Leitfaden wurde verwendet, da er nach Erachten der Autorin ausführlich ist und durch die zu beantwortenden Fragen sowohl Schwächen als auch Stärken von Forschungsarbeiten zuverlässig ersichtlich werden.

3. Theoretischer Hintergrund

3.1 Das Salutogenesekonzept

Gemäss dem Salutogenesekonzept (Antonovsky, 1997) bewegt sich die Befindlichkeit des Menschen auf einem Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit. Die Salutogenese befasst sich mit der Frage, was den Menschen entweder gesund hält oder ihn auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit bewegt. Sowohl äussere als auch innere Einflüsse können zu Verschiebungen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum führen.

3.1.1 Das Kohärenzgefühl

Der Begründer des Salutogenesekonzepts, Antonovsky (1997), hält das Kohärenzgefühl ausschlaggebend dafür, ob Einflüsse und Ereignisse erfolgreich verarbeitet werden können oder nicht. Er geht davon aus, dass das Kohärenzgefühl aus den drei Aspekten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit besteht. Die Aspekte werden in Tabelle 3 erläutert. Zudem findet sich ein auf die Postpartalzeit bezogenes Beispiel zu den Aspekten des Kohärenzgefühls in Anhang B.

3.1.2 Stressoren und Ressourcen

Antonovsky (1997) definiert den Stressor als Merkmal, welches „Entropie in das System bringt, also eine Lebenserfahrung, die durch Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen charakterisiert ist“ (S.44). Hervorzuheben ist, dass gemäss Antonovsky (1997) ein Stressor nicht zwingend eine Bedrohung für die Gesundheit des Menschen darstellt, sondern bei erfolgreicher Verarbeitung zu einer Verbesserung der Gesundheit beitragen kann. Im Salutogenesekonzept erscheinen drei Kategorien von Stressoren: Chronische Stressoren, wichtige Lebensereignisse und akute tägliche Widrigkeiten. Die Stressoren werden in Tabelle 4 erläutert.

Antonovsky (1997) beschreibt Ressourcen nicht genauer. Es gilt in dieser Arbeit die Definition gemäss Pschyrembel ("Ressourcen," 2010) wonach Ressourcen die „Gesamtheit aller gesundheitsförderlichen bzw. protektiven persönlichen u[nd]

sozialen, körperlichen u[nd] psychischen Reserven, Fähigkeiten u[nd] Grundhaltungen [...]“ darstellen.

Tabelle 3: *Die Aspekte des Kohärenzgefühls*

Aspekte des Kohärenzgefühls	Definition nach Antonovsky (1997)	Bedeutung
Verstehbarkeit	„[D]as Ausmass, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen - chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich“ (S. 34).	Eine Person mit einem hohen Ausmass an Verstehbarkeit stellt sich die Zukunft erklärbar vor und kann unerwartete Ereignisse einordnen.
Handhabbarkeit	„[D]as Ausmass, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen“ (S. 35). (Ressourcen stehen zur Verfügung, wenn sie entweder von einem selbst oder von einer Vertrauensperson kontrolliert werden.)	Ein hohes Ausmass von Handhabbarkeit zu haben bedeutet, dass Ereignisse als zu bewältigen und als Erfahrungen wahrgenommen werden.
Bedeutsamkeit	„[D]as Ausmass, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet [...]“ (S.35-36).	Antonovsky sieht diesen Aspekt als das „motivationale Element“ (S. 35): Personen mit hohem Ausmass an Bedeutsamkeit nehmen Ereignisse eher als willkommene Herausforderungen denn als Lasten wahr.

Tabelle 4: Stressoren

Stressor	Beschreibung	Wirkung auf die Gesundheit
Chronische Stressoren	Zustände, Bedingungen oder Merkmale, die von einer Person als Schlüsseleinflüsse wahrgenommen werden.	Unterschiedlich, je nach dem, ob dem Stressor erfolgreich begegnet wird oder nicht.
	- Bei erfolgreichem Umgang mit dem chronischen Stressor wird dieser zu einer <i>generalisierten Widerstandsressource</i> .	Stärkung des Kohärenzgefühls und damit Verschiebung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit wahrscheinlich.
	- Bei nicht erfolgreichem Umgang mit dem chronischen Stressor wird dieser zu einem <i>generalisierten Widerstandsdefizit</i> .	Schwächung des Kohärenzgefühls und damit Verschiebung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Krankheit wahrscheinlich.
Wichtige Lebensereignisse	zeichnen sich Antonovsky (1997) zufolge dadurch aus, dass keine „unmittelbar verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen“ (S. 43) verfügbar sind, und sie deswegen einen Spannungszustand auslösen. Beispiele sind Familienerweiterung, Arbeitsplatzwechsel, Tod eines Angehörigen.	Je stärker Kohärenzgefühl, desto grösser die Wahrscheinlichkeit der erfolgreichen Verarbeitung.
		Bei erfolgreicher Verarbeitung: Stärkung des Kohärenzgefühls und Verschiebung in Richtung Gesundheit wahrscheinlich.
		Bei nicht erfolgreicher Verarbeitung: Schwächung des Kohärenzgefühls und Verschiebung in Richtung Krankheit wahrscheinlich.
Akute tägliche Widrigkeiten	Kleinere Anforderungen, für die möglicherweise keine automatische Reaktion besteht. Als Beispiele nennt Antonovsky (1997) das Durchfallen bei der Führerscheinprüfung, eine kleine Verletzung des eigenen Kindes oder ein ungewöhnliches Kompliment.	Geringe Tragweite. Antonovsky (1997) bezweifelt, dass sich akute tägliche Widrigkeiten auf Kohärenzgefühl und Gesundheit auswirken.

3.2 Gesundheitsverständnis

Gemäss Franke (1997) hat Antonovsky weder Gesundheit noch Krankheit je definiert. In dieser Arbeit wird deswegen von der umfassenden und ganzheitlichen - und daher dem salutogenetischen Ansatz entsprechenden - Definition der Weltgesundheitsorganisation ausgegangen. Die Weltgesundheitsorganisation (Weltgesundheitsorganisation, 1946, zitiert nach den Bundesbehörden der Schweizer Eidgenossenschaft, 2009) definiert Gesundheit folgendermassen: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (S. 1). Die Weltgesundheitsorganisation (2007) lehnt ihre Definition der psychischen Gesundheit an obengenannte Definition an. Psychische Gesundheit bedeutet somit nicht nur das Fehlen einer psychischen Erkrankung. Sie schliesst psychisches Wohlbefinden, die Möglichkeiten die eigenen Potenziale zu nutzen und ein erfolgreiches Umgehen mit alltäglichen Belastungssituationen mit ein.

3.2.1 Störungen der mütterlichen psychischen Gesundheit im ersten Jahr postpartum

Wird von Störungen der mütterlichen psychischen Gesundheit postpartum gesprochen, werden die drei Störungsformen postpartale Dysphorie, postpartale Depression und postpartale Psychose beschrieben (siehe Tabelle 5). Die Störungsformen sind gemäss Hofecker Fallahpour et al. (2005) nicht klar voneinander abgrenzbar; es handle sich um ein Kontinuum. Die postpartale Dysphorie sowie die postpartale Psychose werden an dieser Stelle kurz erläutert. Die postpartale Depression mit ihrer vermuteten Ätiologie, der Prävalenz, den Symptomen und Auswirkungen, wird im Anschluss beschrieben.

Der Begriff *postpartale Dysphorie* beschreibt eine emotional sehr intensive Phase in der ersten Woche postpartum. Das Phänomen ist temporärer Natur und kann möglicherweise mit dem Abfall des Progesteronspiegels nach der Geburt in Verbindung gebracht werden (Harris et al., 1994, zitiert nach Lauper, 2006). Die Ergebnisse aus Studien, die sich mit der hormonellen Umstellung befassen, sind laut Sieber (2005) jedoch widersprüchlich und es wird vermutet, dass psychosoziale Faktoren ebenfalls eine Rolle spielen. Harder (2005) betont, dass

diese sensible Phase eine übliche Reaktion auf das Ereignis der Geburt sei und nichts mit einer Depression zu tun habe, wobei – wie Sieber (2005) ergänzt – von verschiedenen Autoren angenommen wird, dass die postpartale Dysphorie als Risikofaktor für das Entwickeln einer postpartalen Depression angesehen werden muss.

Tabelle 5: *psychische Beeinträchtigungen postpartum*

Störung	Charakteristika, Zeitpunkt	Häufigkeit
Postpartale Dysphorie	Stimmungs labilität (depressive Verstimmung), erste Woche postpartum	25-40% (bis 80%, je nach Literatur)
Postpartale Depression	Depressive Erkrankung, erste Monate bis 1 Jahr postpartum	10-15%
Postpartale Psychose	Depressives, manisches, schizo-affektives, schizophre nes oder atypisches Bild, erste Monate postpartum, häufig erste Wochen	0.1-0.2%

Unter *postpartaler Psychose* wird eine schwere psychische Erkrankung erfasst, die ein bis zwei Mal pro 1000 Geburten auftritt (Lauper, 2006). Es wird zwischen verschiedenen Erscheinungsformen unterschieden. Ein Realitätsverlust der Mutter ist gemäss Hofecker Fallahpour (2005) möglich, jedoch nicht zwingend. Die Behandlung ist unbedingt notwendig, denn es muss von einer Gefährdung von Mutter und Kind ausgegangen werden (Dohmen, 2007; Hofecker Fallahpour et al., 2005). Gemäss Hofecker Fallahpour et al. (2005) stellen frühere psychotische Störungen den wichtigsten Risikofaktor für das Entwickeln einer postpartalen Psychose dar.

3.2.1.1 Die postpartale Depression

Gemäss Riecher-Rössler (2006) umfasst die postpartale Depression „alle schwereren, längerdauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen [...], die im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten oder bestehen“ (S. 11). Wie Hofecker Fallahpour et al. (2005) anmerken, wird der

Begriff *postpartal* im Zusammenhang mit der postpartalen Depression je nach Autor auf einen Zeitraum angewendet, der sich bis zu einem Jahr nach der Geburt erstreckt, während in der Geburtshilfe mit Postpartalzeit im Normalfall die ersten sechs bis acht Wochen nach der Entbindung gemeint sind.

Die Prävalenz der postpartalen Depression variiert je nach Definition, Messinstrument, Zeitpunkt der Erhebung und Stichprobe erheblich und Vergleiche sind daher schwierig. In ihrer häufig zitierten Metaanalyse zum Thema berechneten O'Hara & Swain (1996) eine mittlere Prävalenz von 13%. Es wird angenommen, dass in den westlichen Industrieländern von einer Prävalenz von 10 bis 15% ausgegangen werden kann (Hofecker Fallahpour et al., 2005).

Gemäss Dohmen (2007) unterscheiden sich die Symptome der postpartalen Depression nicht grundlegend von den Symptomen einer Depression, die in einem anderen Lebensabschnitt stattfindet. Zu den vielfältigen Symptomen einer Depression wie ausgeprägt dysphorische Stimmungslage, Antriebs-, Lust- und Freudlosigkeit, Interessenverlust, innere Leere, Pessimismus, Appetit-, Denk- und Konzentrationsstörungen, Ängsten und Suizidalität, kommen häufig Gefühllosigkeit dem Kind gegenüber hinzu sowie quälende Gedanken, in welchen die Frauen ihren Kindern willentlich Schaden zufügen (Dohmen, 2007; Riecher-Rössler, 2006).

Die Auswirkungen der postpartalen Depression sind beträchtlich. Sie betreffen die Mutter selbst, deren Alltag durch die Symptome zur kaum zu bewältigenden Aufgabe wird. Sie betreffen gemäss Hofecker Fallahpour et al. (2005) jedoch auch das System Familie; eine postpartale Depression wirkt sich stets auch auf die Partnerschaft und die Mutter-Kind-Interaktion aus. Bereits seit längerem beschäftigen sich Forscher mit den Folgen der Erkrankung der Mutter für die kindliche Entwicklung. So schliessen Murray und Cooper (1997) in ihrem Review aus den ausgewerteten Studien, dass sowohl die kognitive als auch die emotionale Entwicklung von Kindern durch die postpartale Depression der Mutter beeinträchtigt werden können. Zahlreiche neuere Studien und Übersichtsarbeiten stützen diese Erkenntnisse (Grace, Evindar & Stewart, 2003; Letourneau, Duffett-

Leger & Salmani, 2009; Tronick & Reck, 2009). Erkrankt eine Mutter an einer postpartalen Depression ist der Partner gefordert, kompensatorisch für die Defizite seiner Partnerin zu wirken. Dies, obwohl er in seiner Rolle als Vater möglicherweise noch wenig gefestigt ist. Laut Letourneau et al. (2009) erkrankten 25-40% der Partner depressiver Mütter ebenfalls an einer Depression.

Es wird in der Literatur davon ausgegangen, dass eine postpartale Depression entsprechend der Depression zu anderen Zeitpunkten multifaktorielle Ursachen hat. Hofecker Fallahpour et al. (2005) bieten eine ausführliche Übersicht über die Studienlage zur Ätiologie der Erkrankung. Darin wird auf die mögliche Bedeutung von hormonellen Gegebenheiten, Genetik, psychosozialen Faktoren und somatischen Krankheiten eingegangen. Während die Rolle der Hormone in der Entstehung der postpartalen Depression kontrovers diskutiert wird, stellt eine genetische Disposition einen bedeutenden Risikofaktor für die postpartale Depression dar (Hofecker Fallahpour et al., 2005). Psychosoziale Faktoren werden seit längerer Zeit als mögliche Risikofaktoren untersucht. Genannt werden beispielsweise mangelnde soziale Unterstützung, eine schwierige Partnerbeziehung und der sozioökonomische Status (Beck, 2001; Hofecker Fallahpour et al., 2005). Differentialdiagnostisch nicht vernachlässigt werden sollen somatische Erkrankungen als Ursachen. So beschreiben Pop et al. (1991, zitiert nach Hofecker Fallahpour et al., 2005) Depressionen als Folge einer Hypothyreose.

3.3 Soziale Unterstützung

Seit den 1970er Jahren wird gemäss Nestmann (1988) auf dem Gebiet der sozialen Unterstützung und deren Auswirkungen auf die Gesundheit rege geforscht. Wie Nestmann (1988) eindrücklich beschreibt, existiert eine Vielfalt verschiedener Theorien und Konzepte zur sozialen Unterstützung und entsprechend zahlreiche Definitionen. Gemäss Pschyrembel ("Unterstützung, soziale," 2010) wird unter sozialer Unterstützung grundsätzlich eine „Hilfestellung, die zwischen Personen oder Gruppen in Form von emotionaler, instrumenteller oder informationeller Unterstützung ausgetauscht wird“ verstanden.

Nach Kienle, Knoll und Renneberg (2006) befasst sich die soziale Unterstützung im Gegensatz zum sozialen Netzwerk mit den qualitativen und nicht den quantitativen Aspekten der sozialen Beziehungen eines Individuums. Welche Dimensionen die soziale Unterstützung beinhaltet, unterscheidet sich je nach Autor und theoretischem Hintergrund. Die Dimensionen, welche in obenstehender Definition genannt werden, sind jedoch bei den meisten Autoren zu finden (Kienle et al., 2006):

- Informationelle Unterstützung: Zum Beispiel Unterstützung durch Rat oder Weiterleiten von Informationen.
- Instrumentelle Unterstützung: Zum Beispiel Hilfe bei der Ausführung von Tätigkeiten oder finanzielle Unterstützung.
- Emotionale Unterstützung: Zum Beispiel Unterstützung durch Zuneigung, Ermunterung, Bestätigung.

Abbildung 1 zeigt die gemäss Kienle et al. (2006) und Nestmann (1988) dominierenden Modelle zur Wirkung der sozialen Unterstützung auf die Gesundheit.

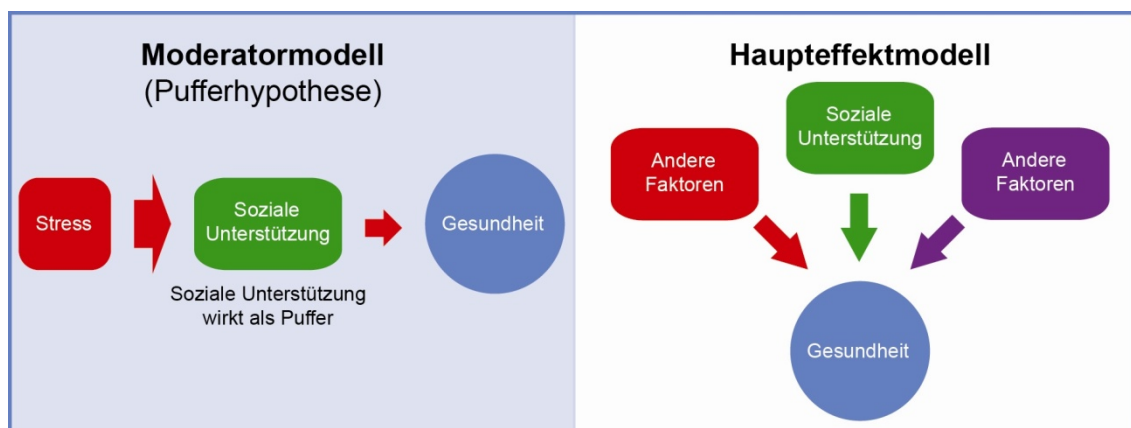


Abbildung 1: *Moderatormodell und Haupteffektmodell*

In Tafel 1 wird ein Beispiel traditioneller sozialer Unterstützung in der Postpartalzeit vorgestellt.

Tafel 1: „*Doing the month*“ im chinesischen Kulturkreis

**Ein Beispiel traditioneller sozialer Unterstützung in der Postpartalzeit:
„Doing the month“ im chinesischen Kulturkreis**

Traditionellerweise ist der erste Monat nach der Geburt eines Kindes für chinesische Mütter strikte geregelt (Holroyd, Katie, Chun & Ha, 1997). Das Ritual „Tso-Yueh-Tzu“ - was ins Englische übersetzt „doing the month“ bedeutet - beinhaltet Regeln zu Körperpflege, Nahrung, Bewegung, Kinderpflege und anderem und reicht vermutlich in die Song-Dynastie (960 - 1297 n. Chr) zurück (Heh, Coombes & Bartlett, 2004). Da es Usus war, und vielerorts auch noch ist, dass eine chinesische Ehefrau zu ihrem Ehemann und den Schwiegereltern zieht, findet das Ritual „doing the month“ gemäss Holroyd et al. (1997) traditionellerweise im Elternhaus des Mannes statt. Die Schwiegermutter übernimmt dabei die Rolle der Helferin und achtet darauf, dass die Mutter und ihr Kind versorgt sind. Im ersten Monat ist der Mutter zum Schutz der Gesundheit jegliche Hausarbeit untersagt, die Anzahl Besucher ist geregelt und das Haus darf nicht verlassen werden. Die genaue Ausführung variiert und die Rolle der Helferin kann auch von anderen weiblichen Verwandten übernommen werden (Leung, Martinson & Arthur, 2005).

4. Stand der Forschung - Soziale Unterstützung und die mütterliche Gesundheit im ersten Jahr postpartum

Dass positive Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und sowohl der psychischen als auch der physischen Gesundheit bestehen, konnte in zahlreichen Forschungsarbeiten für Stichproben mit grundsätzlich gesunden oder auch kranken Menschen belegt werden (Balaji et al., 2007). Für die Stadt Zürich konnten Meyer, Budowski, Decurtins, Niklowitz und Suter (1998) aufzeigen, dass alleinstehende Mütter einen besseren Gesundheitszustand benennen, wenn sie mehr soziale Unterstützung erhalten.

Zur Beziehung zwischen der psychischen Gesundheit und nicht-professioneller sozialer Unterstützung in der Postpartalzeit wurde und wird rege geforscht. Die Arbeiten reichen in die späten 1970er und frühen 1980er Jahre zurück (Paykel, Emms, Fletcher & Rassaby, 1980, zitiert nach Hopkins & Campbell, 2008).

Während ältere Arbeiten, wie eine Studie von Logsdon (1994) eher im angloamerikanischen Raum angesiedelt sind und Mütter der weissen Mittelschicht untersuchen, wurde das Thema in den letzten Jahren besonders im asiatischen (Ege, Timur, Zincir, Geçkil & Sunar-Reeder, 2008; Husain et al., 2006; Leung, et al., 2005; Yağmur & Ulukoca, 2010) sowie im lateinamerikanischen Raum (Sheng, Le & Perry, 2009) zunehmend aufgegriffen. Zudem finden sich vermehrt Arbeiten, die sich mit enger definierten Stichproben, beispielsweise minderjährigen Müttern, befassen (deCastro, Hinojosa-Ayala & Hernandez-Prado, 2011; Logsdon, Hertweck, Ziegler & Pinto-Foltz, 2008). Im europäischen Raum scheint besonders die Frage nach der Bedeutung der Unterstützung durch den Partner auf Interesse zu stossen. Dies wird gleich in drei aktuellen Arbeiten untersucht (Bielinski-Blattmann, Lemola, Jaussi, Stadlmayr & Grob, 2009; Gremigni, Mariani, Marracino, Tranquilli & Turi, 2011; Seiger & Wiese, 2011).

Während die psychische Gesundheit mit unterschiedlichen, meist jedoch validierten Instrumenten erfasst wird, erschwert die grosse Zahl oft unvalidierter Instrumente zur Erfassung der sozialen Unterstützung einen Vergleich der vorliegenden Arbeiten (Leahy-Warren, McCarthy & Corcoran, 2011). Die unterschiedlichen Instrumente erfassen keine oder ungleiche Dimensionen der

sozialen Unterstützung, erfassen Helfer oder sie erfassen sie nicht. Die Instrumente zur Erfassung der psychischen Gesundheit sind zwar weniger breit gestreut, jedoch variieren die Cut-Off-Points. Weiter fallen die Studiendesigns unterschiedlich aus und die Messungen erfolgen nicht zu übereinstimmenden Zeitpunkten. Der Vergleich zwischen den Arbeiten wird gemäss Hofecker Fallahpour et al. (2005) auch dadurch erschwert, dass nicht alle Autoren von derselben Definition der postpartalen Depression ausgehen.

Trotz unterschiedlicher Instrumente und Studiendesigns geht aus den benannten Arbeiten hervor, dass eine postpartale Depression (oder ein geringeres Mass an psychischem Wohlbefinden bei Seiger et al., 2011) vermehrt auftritt, wenn gewisse Formen sozialer Unterstützung fehlen.

5. Ergebnisse

Es folgt die Darstellung der eingeschlossenen Studien. Grundlage dafür ist die Beurteilung der Studien nach Stahl (2008), welche für die folgenden Studien in Anhang F zu finden ist. Für jede Studie sind zudem die von den Forschenden benannten sowie die aufgrund der Literaturbeurteilung durch die Autorin erfassten Stärken und Schwächen angeführt. Eine Beschreibung der in den Arbeiten verwendeten Messinstrumente findet sich in Anhang C.

5.1 Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period. Hopkins & Campbell (2008).

Tabelle 6: Übersicht Hopkins et al. (2008)

Land	Zeitpunkt Messungen	Instrumente	Stichprobe	Berücksichtigte Dimensionen und Helfer	Haupt-ergebnisse
USA	6 Wochen postpartum/ 4-6 Monate postpartum/ 12 Monate postpartum	PSSQ, SADS	n=126, Primiparae, in Partnerschaft, weisser Hautfarbe, High-School Abschluss, gesundes termingeborenes Kind	Keine Unterteilung in Dimensionen der Unterstützung Partner, Eltern, Schwiegereltern, erweiterte Familie/Freunde	Nicht depressive Frauen nehmen signifikant mehr Unterstützung durch den Partner wahr als depressive Frauen ($p < 0.05$ bei allen 3 Messungen).

Hopkins et al. (2008) validieren in dieser Arbeit den Postpartum Social Support Questionnaire (PSSQ), den sie zur Erfassung der wahrgenommenen Unterstützung in der Postpartalzeit entwickelten. Die Studie, welche dieser Validierung zugrunde liegt, hatte zum Ziel, die Beziehung zwischen der postpartalen Depression und sozialer Unterstützung zu identifizieren. Zunächst wurde dazu zwei Monate postpartum durch das SADS-Interview bestimmt, ob eine Frau an einer Depression leidet oder nicht. In Folge wurden die PSSQ-Werte der depressiven und der nicht-depressiven Frauen - gemessen zwei, vier, sechs und 12 Monate postpartum - miteinander verglichen. Dies entspricht einem nicht-experimentellen komparativen Längsschnittdesign. Von den Forschenden wird dies nicht benannt.

Die Daten wurden im Rahmen einer Studie zur postpartalen Adaptation (Campbell & Cohn, 1991, 1997; Campbell et al., 1992 zitiert nach Hopkins et al., 2008) in Pittsburg, USA, erhoben. Der Zeitpunkt der Datenerhebung wird nicht erwähnt. Die übergreifende Studie wurde vom University of Pittsburgh Internal Review Board genehmigt.

2657 Mütter mit Neugeborenen, die im Einzugsgebiet einer Klinik in Pittsburgh lebten, wurden entweder in der Klinik besucht oder erhielten einen Brief mit Informationen zur übergreifenden Studie. Frauen, die ihren informed Consent zur Teilnahme gaben, wurden daraufhin untersucht, ob sie den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen. 1403 Frauen erfüllten diese Kriterien, 126 davon wurden von den Autoren der übergreifenden Studie ausgewählt. Alle diese Frauen sind weisser Hautfarbe. Die Ethnie wird in den Ein- und Ausschlusskriterien allerdings nicht erwähnt.

Die Erhebungen wurden durch geschulte, erfahrene Mitarbeiter bei den Frauen zu Hause und im Labor einer psychologischen Fakultät (letzte Erhebung) durchgeführt. Von den Messungen zwei, vier, sechs und 12 Monate postpartum existieren 126, 119 (94,4%)¹, 106 (84,1%) und 114 (90,5%) Datensätze. Die t-Test-Vergleiche der PSSQ-Werte der nicht-depressiven und depressiven Frauen ergeben die in Tabelle 7 aufgeführten Unterschiede.

Tabelle 7: *Resultate Hopkins et al. (2008)*

Zeitpkt. Helfer	2 Monate postpartum (n=126)	4 Monate postpartum (n=119)	6 Monate postpartum (n=106)	12 Monate postpartum (n=114)
Partner	p<0.01	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Eltern	nicht signifikant	nicht signifikant	nicht signifikant	nicht signifikant
Schwieger- eltern	nicht signifikant	nicht signifikant	nicht signifikant	nicht signifikant
Freunde und erweiterte Familie	nicht signifikant	nicht signifikant	p<0.05	nicht signifikant

¹Die Prozentangaben sind nicht in der Forschungsarbeit von Hopkins et al. (2008) aufgeführt, sie wurden zum besseren Verständnis von der Autorin dieses Literaturreviews ergänzt.

Der PSSQ konnte durch eine Faktoranalyse erfolgreich validiert werden. Der Validierungsprozess und die verwendeten statistischen Verfahren sind in der Arbeit ausführlich beschrieben.

Die Forschenden heben als Stärke ihrer Studie hervor, ein Diagnoseinstrument und nicht ein Screeninginstrument verwendet zu haben. Sie geben an, dadurch aufzeigen zu können, dass es sich um tatsächliche Fälle postpartaler Depression handelt und somit diagnostizierte postpartale Depression in Beziehung zur sozialen Unterstützung steht. Aus ihren Ergebnissen ziehen sie ihre Empfehlung an die Praxis, Interventionen zu entwickeln, die auf die Verbesserung der sozialen Unterstützung durch den Partner abzielen.

Als Limitation benennen Hopkins et al. (2008) die homogene Stichprobe. Weiter weisen sie darauf hin, dass wahrgenommene soziale Unterstützung gemessen wird und durch eine Depression möglicherweise ein Negativitäts-Bias entstehen könnte. Da in der Studie jedoch (bis auf einen Messzeitpunkt) einzig Unterstützung durch den Partner einen signifikanten Unterschied zwischen depressiven und nicht-depressiven Frauen ergab und die Forschenden vermuten, dass sich ein Negativitäts-Bias auf alle Angaben auswirken würde, nehmen sie von dieser Sichtweise Abstand.

Weitere Stärken und Schwächen, die durch die Beurteilung der Studie nach Stahl (2008) ersichtlich wurden, sind in Tabelle 8 aufgeführt.

Tabelle 8: *Stärken und Schwächen Hopkins et al. (2008) aufgrund Beurteilung nach Stahl (2008)*

Stärken	Schwächen
Übersichtlichkeit und Verständlichkeit	Keine Informationen zum Zeitraum der Datenerhebung
Gründliche Validierung des PSSQ	Auswahl der Teilnehmerinnen nicht nachvollziehbar
Längsschnittdesign mit langer Follow-up Periode	Keine Information dazu, ob eine Powerkalkulation zur Festlegung der minimalen Stichprobengrösse durchgeführt wurde
	Signifikanzniveau wird zwar ersichtlich, ist jedoch nicht explizit benannt

5.2 Psychosocial Predictors of Postpartum Depression in Diverse Groups of Women. Logsdon & Usui (2001).

Tabelle 9, Übersicht Logsdon et al. (2001)

Land	Zeitpunkt Messungen	Instrumente	Stichprobe	Berücksichtigte Dimensionen und Helfer	Haupt-ergebnisse
USA	6-8 Wochen postpartum (1x)	PSQ, CES-D (Cut-Off-Point: >15) + Rosenberg Self-Esteem Tool (Selbstvertrauen) + 1 Item zur Nähe zum Partner	Stichprobe a: 105 weiss Mittelklasse, Primipara, Termingeburt, keine peripartalen Komplikationen, low-risk, keine Eheprobleme in Anamnese, keine psychiatrischen Diagnosen Stichprobe b: 37 Mittelklasse, Frühgeburt < 37 SSW, in Neonatologie aufgenommen. Demografische Angaben entsprechen Stichprobe a. Stichprobe c: 57 African American, tiefes Einkommen, Termingeburt	Soziale Unterstützung allgemein durch gesamtes Netzwerk Wichtigkeit der Unterstützung	Frauen mit mehr sozialer Unterstützung haben weniger Symptome einer Depression ($p < 0.01$), je wichtiger soziale Unterstützung für eine Frau ist, desto mehr Symptome einer Depression zeigt sie ($p < 0.001$). Verhält sich für alle Stichproben so.

Diese Studie von Logsdon et al. (2001) hat zum Ziel ein kausales Modell psychosozialer Prädiktoren von Symptomen der postpartalen Depression zu testen. Folgende Hypothesen werden überprüft:

1. Die Effekte von Nähe zum Partner, Selbstvertrauen, Wichtigkeit der Unterstützung und erhaltener Unterstützung auf die postpartale Depression unterscheiden sich in den drei Stichproben nicht signifikant.
2. Nähe zum Partner, Wichtigkeit der Unterstützung und erhaltene Unterstützung haben sowohl direkte, als auch – über das Selbstvertrauen – indirekte Effekte auf die postpartale Depression.

3. Frauen, die sich ihrem Partner nahe fühlen, die Unterstützung für wichtig befinden, viel Unterstützung erhalten und ein grosses Selbstvertrauen haben, haben tiefere CES-D Werte.

Den Autoren zufolge wird ein deskriptives Querschnittsdesign verwendet.

Die Studie wurde von den Review Boards der beteiligten Kliniken genehmigt. Informationen zu Frauen, die den Kriterien entsprachen, erhielten die Autoren von beteiligten Fachpersonen (Stichproben a und b) oder den sozialen Diensten (Stichprobe c). Die Frauen wurden während Terminen in den entsprechenden Institutionen von den Forschenden selbst oder einem Assistenten auf die Studie angesprochen. Die Daten wurden in Face-to-Face Interviews erhoben, welche durch Logsdon oder einen instruierten Assistenten durchgeführt wurden. Die Frauen gaben ihren informed Consent zur Teilnahme. Wieviele Frauen ablehnten und wie ihre Gründe dafür lauteten, ist nicht beschrieben.

Die Daten wurden mit umfangreichen statistischen Verfahren bearbeitet. Die wichtigsten Resultate finden sich in Tabelle 10.

Tabelle 10: *Resultate Logsdon et al. (2001)*

Resultate

- Post-hoc-Tests zeigen, dass die Durchschnittswerte für die erhobenen Grössen zwischen den Stichproben in den meisten Fällen signifikant unterschiedlich sind. Ausnahmen sind wahrgenommene Unterstützung in Stichprobe a und c sowie CES-D Werte der Stichproben b und c. Durch hierarchische multiple Regression zeigen die Autoren auf, dass die jeweiligen Effekte zwischen den Faktoren für die verschiedenen Stichproben nicht signifikant unterschiedlich sind ($p=0.11$).
- Durch Path-Analyse zeigen die Autoren auf, dass die Effekte, welche sie in ihrem Modell vermuten zutreffen. Ausnahme ist die Beziehung zwischen Nähe zum Partner und Selbstvertrauen. Dieser Path-Koeffizient ist nicht signifikant. Das Modell wurde entsprechend angepasst und erklärt 39% der Varianz der CES-D Werte.
- Frauen mit mehr sozialer Unterstützung haben tiefere CES-D Werte ($r=-0.064$, $p<0.01$). Ebenso wie soziale Unterstützung wirkt die emotionale Nähe des Partners ($r=-1.17$, $p<0.001$). Ist die Wichtigkeit der sozialen Unterstützung höher eingeschätzt, steigen auch die CES-D Werte ($r=0.096$, $p<0.001$)².

² Bei diesen r-Werten handelt es sich kaum um Pearson-Korrelationskoeffizienten, sie wären fehlerhaft. Vermutlich sind es Beta-Koeffizienten, die jedoch üblicherweise nicht als r notiert werden. (Anmerkung der Autorin diese Literaturreviews)

Die Autoren heben hervor, dass durch ihre Resultate aufgezeigt werden konnte, dass die untersuchten Variablen (soziale Unterstützung, Wichtigkeit der sozialen Unterstützung, Nähe zum Partner und Selbstvertrauen) für Frauen mit unterschiedlichen Ausgangslagen dieselben Effekte auf die postpartale Depression haben.

Empfinden Frauen soziale Unterstützung als besonders wichtig, vermuten Logsdon et al. (2001), dass ihre Bedürfnisse durch ihr normales Netzwerk nicht gestillt werden können und empfehlen Unterstützung durch von freiwilligen Helfern betreute Gruppenangebote, oder professionelle Hilfe.

Der Praxis empfehlen die Forschenden Interventionen, die auf Stärkung des Selbstvertrauens, Verbesserung oder Erhaltung der Partnerbeziehung und Unterstützung in den von den Frauen als wichtig benannten Bereichen abzielen.

Den Forschenden zufolge wurden die Pflegewissenschaften erweitert, indem erstmals die Path-Analyse eingesetzt wurde, um ein kausales Modell mit verschiedenartigen Stichproben zu testen. Dies benennen sie als Stärke der Arbeit.

Als Limitationen werden die kleine Stichprobengrösse und das Auswahlverfahren (Gelegenheitsstichprobe) angegeben. Ebenfalls als Schwäche benennen Logsdon et al. (2001), dass die Nähe zum Partner durch ein einzelnes Item erfasst wurde.

Weitere Schwächen und Stärken, die nicht in der Arbeit genannt werden, erschliessen sich durch die Beurteilung der Studie nach Stahl (2008). Sie sind in Tabelle 11 aufgeführt.

Tabelle 11: Stärken und Schwächen Logsdon et al. (2001) aufgrund Beurteilung nach Stahl (2008)

Stärken	Schwächen
Vergleich von drei unterschiedlichen Stichproben	Keine Angaben zum Zeitraum der Datenerfassung
	Keine Angaben, ob eine Powerkalkulation zur Bestimmung der minimalen Stichprobengrösse durchgeführt wurde
	Sensible Daten zu möglichen Teilnehmerinnen wurden von Behörden und Praxen an Forschende weitergeleitet. Es ist nicht erwähnt, ob die Frauen dazu ihre Zustimmung gaben.
	Arbeit ist argumentatorisch teilweise schwer nachvollziehbar. So wird im theoretischen Hintergrund stark auf eine vermutete grosse Bedeutung der Unterstützung durch den Partner eingegangen. Diese wird in der Studie jedoch nicht erhoben.
	Studie ist schwierig zu lesen, die Ergebnisse sind teilweise schwer verständlich. Besonders hervorzuheben sind dabei die Resultate der dritten Hypothese. An jener Stelle entsprechen die Notationen nicht den gängigen Standards.
	Die Forschenden leiten aus ihren Ergebnissen Kausalaussagen ab. Gemäss der Definition von Stahl (2008) ist es nicht möglich aus Daten von Studien mit einem deskriptiven Querschnittsdesign kausale Schlüsse zu ziehen.

5.3 Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. Dennis & Ross (2006).

Tabelle 12: Übersicht Dennis et al. (2006)

Land	Zeitpunkt Messungen	Instrumente	Stichprobe	Berück-sichtigte Dimensionen und Helfer	Haupt-ergebnisse
USA	1, 4 und 8 Wochen postpartum	SPC (4 Wochen postpartum) PPSS (4 Wochen postpartum) (Entwicklung der Autoren) Quality of Relationships Inventory (QRI) (4 Wochen postpartum) EPDS (Cut-Off – Point: >9 , 1/4/8 Wochen postpartum)	396, mindestens 18 Jahre alt, in Partnerschaft, Englische Sprache, keine vorbestehenden Symptome einer Depression	<i>Appraisal</i> (wertschätzende), emotionale, informationelle und instrumentelle Unterstützung, negative Unterstützung Beziehung: <i>Guidance</i> (Beratung), <i>reliable alliance</i> (Zusammenhalt), <i>reassurance of worth</i> (Wertschätzung), <i>attachment</i> (Bindung), <i>social integration</i> (soziale Integration), <i>opportunity for nurturance</i> (liebvolle Zuwendung)	Frauen mit Symptomen einer Depression geben weniger soziale Unterstützung durch den Partner ($p < 0.001$) und mehr Konflikt ($p = 0.001$) an.

Dennis et al. (2006) untersuchen den Zusammenhang zwischen Symptomen der postpartalen Depression und verschiedenen Dimensionen der sozialen Unterstützung durch den Partner, sowie Konflikt mit dem Partner. Dazu wurden die Teilnehmerinnen mittels Fragebogen eine, vier und acht Wochen postpartum befragt. Die SPC-, PPSS und QRI-Werte (erfasst eine und vier Wochen postpartum) der Frauen, welche acht Wochen postpartum EPDS-Werte >9 aufwiesen, wurden mit den Werten derjenigen Frauen verglichen, die zum gleichen Messzeitpunkt EPDS-Werte <10 erzielten. Dies entspricht einem longitudinalen nicht-experimentellen Komparativdesign, was von den Forschenden nicht benannt wird.

Die Daten wurden von April 2001 bis Januar 2002 in der Umgebung von Vancouver, Kanada erhoben. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Toronto, Kanada genehmigt und von den Behörden autorisiert. Den informed Consent gaben die Teilnehmerinnen im Zuge der ersten Erhebung.

Gynäkologen, Hausärzte und Hebammenpraxen verteilten Studienpakete mit Informationen zur Studie bei vorgeburtlichen Konsultationen (über 32 Schwangerschaftswochen) oder beim Austrittsuntersuch in der Klinik nach der Geburt.

Von den 831 Frauen, die ursprünglich zusagten, retournierten 585 (70.4%)³ den ersten Fragebogen. Um sich auf in der Postpartalzeit neu auftretende Depressionen zu beschränken und keine Frauen in die Stichprobe aufzunehmen, die aktuell an einer Depression erkrankt waren, wurden alle Frauen ausgeschlossen, die eine Woche postpartum EPDS-Werte >9 erreichten. Dies führte zu einem Ausschluss von 80 Frauen.

60.72% der Frauen (n=456) retournierten den zweiten Fragebogen, 56.6% den letzten (n=425). 29 Frauen wurden nach der Datenerfassung ausgeschlossen, weil sie keinen Partner hatten. Es liegen daher 396 komplette Datensätze vor. Durch eine Powerkalkulation war eine minimale Stichprobengröße von 330 berechnet worden.

Aus den Daten wurden Durchschnittswerte und Häufigkeiten ermittelt, die Vergleiche wurden mit Hilfe von t-Tests ausgeführt. Zudem wurde die multiple Regressionsanalyse eingesetzt, um die passendsten Modelle für den Einfluss der Variablen Partnerkonflikt, Wahrnehmung der die Postpartalzeit betreffenden Unterstützung sowie Wahrnehmung der die Beziehung betreffenden Unterstützung auf die EPDS-Werte zu identifizieren.

³Die Prozentangaben sind nicht in der Forschungsarbeit von Dennis et al. (2006) aufgeführt, sie wurden zum besseren Verständnis von der Autorin dieses Literaturreviews ergänzt.

Tabelle 13: *Resultate Dennis et al. (2006)*

Resultate	p
Frauen, die acht Wochen postpartum EPDS-Werte >9 erzielten, nahmen die Beziehung betreffende Unterstützung (<i>relationship-specific support</i>) signifikant geringer wahr als Frauen mit EPDS-Werten <10.	p<0.001
Frauen, die acht Wochen postpartum EPDS-Werte >9 erzielten, nahmen Unterstützung, die sich konkret auf die Anforderungen der Postpartalzeit bezieht (<i>postpartum-specific support</i>) vier Wochen postpartum signifikant geringer wahr als Frauen mit EPDS-Werten <10.	p<0.001
Frauen, die acht Wochen postpartum EPDS-Werten >9 erzielten, nahmen bei allen Unterkategorien <ul style="list-style-type: none"> • auf Problemlösung bezogene informationelle Unterstützung • instrumentelle Unterstützung • wertschätzende Unterstützung (<i>appraisal support</i>) signifikant weniger Unterstützung war als Frauen mit EPDS-Werten <10.	p=0.005 p=0.002 p=0.001
Frauen, die acht Wochen postpartum EPDS-Werten >9 erzielten gaben acht Wochen postpartum signifikant mehr Konflikte mit dem Partner an als Frauen mit EPDS-Werten <10.	p=0.001

Drei Variablen erklären 13% der Varianz der EPDS-Werte: Wahrnehmung der sozialen Integration, Ermutigung vom Partner, sich Hilfe zu holen, wenn diese gebraucht wird, und die Zustimmung des Partners zur Art der Kinderpflege.

Die Autoren empfehlen, den Paaren die Wichtigkeit von emotionaler Unterstützung sowie der Aufteilung von Haushaltspflichten und Kinderbetreuung im Rahmen der Schwangerschaftsberatung näher zu bringen. Zudem schlagen sie vor (obwohl dazu die Studienlage noch ungenügend sei), Paare darin zu instruieren, sich gegenseitig Rückmeldungen zu geben und Erwartungen zu kommunizieren.

Dennis et al. (2006) geben an, mit ihren Resultaten einerseits die vorgängige Forschung zu bestätigen, andererseits durch die Benennung der konkreten Dimensionen und deren Beziehung zu Symptomen der Depression Neues zur Forschung beizutragen.

Neben dieser Stärke benennen Dennis et al. (2006) zahlreiche Limitationen. Kritisiert wird, dass die Länge der Follow-up Periode auf acht Wochen beschränkt war, obwohl Frauen bis 12 Monate postpartum eine postpartale Depression entwickeln können. Es wird betont, dass aufgrund des Studiendesigns keine

Kausalaussagen möglich sind. Bemängelt wird die Gelegenheitsstichprobe, welche zu einem Bias geführt haben könnte sowie die Erhebung der Daten per Self-Report-Fragebogen. Zudem sei nur die Sicht der Mütter beleuchtet worden. Der SPC und QRI seien noch ungenügend mit Müttern postpartum auf die Validität hin getestet worden.

Als mögliche Limitation weisen die Forschenden darauf hin, dass Mütter mit Symptomen einer Depression möglicherweise ihre Partnerschaft aufgrund dieser Symptome negativer beurteilen als gesunde Mütter.

Weitere Stärken und Schwächen wurden durch die Beurteilung der Forschungsarbeit anhand von Stahl (2008) deutlich. Sie sind in Tabelle 14 aufgeführt.

Tabelle 14: *Stärken und Schwächen Dennis et al. (2006) aufgrund Beurteilung nach Stahl (2008)*

Stärken	Schwächen
Zeitraum und Gebiet der Datenerhebung werden angegeben.	Nicht ersichtlich, ob die gekürzte Version des SPC validiert wurde
Eine Powerkalkulation wurde durchgeführt und die berechnete minimale Stichprobengrösse wurde erreicht.	Rücklaufquote unter dem von Stahl (2008) genannten Minimum von 65%
Signifikanzniveau wird benannt.	
Es wird begründet, warum der EPDS Cut-Off-Point bei >9 festgesetzt wurde.	
Übersichtlich und verständlich präsentierte Ergebnisse	
Die Forschenden pflegen einen kritischen Umgang mit der eigenen Arbeit und benennen zahlreiche Limitationen.	
Sprachlich sehr sorgfältig verfasste Arbeit	

5.4 The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. Heh, Coombes & Bartlett (2004).

Tabelle 15: Übersicht Heh et al. (2004)

Land	Zeitpunkt Messungen	Instrumente	Stichprobe	Berücksichtigte Dimensionen und Helfer	Hauptergebnisse
Taiwan	4 Wochen postpartum	PSSQ, EPDS (Cut-Off-Point: >9)	186, verheiratete Primiparae mit gesundem termingeborenem Kind, Spontangeburt, folgt dem Ritual „doing the month“. Keine aktuellen oder früheren psychiatrischen Diagnosen, keine peripartalen Komplikationen	Emotionale und instrumentelle Unterstützung sowie gesamte Unterstützung und Unzufriedenheit mit Unterstützung Ehemann, Eltern, Schwiegereltern, Verwandte, Freunde	Soziale Unterstützung korreliert negativ mit EPDS-Werte. ($r=-0.51$, $p<0.001$). Frauen zeigen weniger Symptome einer Depression bei Betreuung durch Mutter und nicht durch Schwiegermutter ($p<0.01$).

Diese Studie hat zum Ziel, die Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und Symptomen einer Depression bei taiwanesischen Frauen, die dem Ritual „doing the month“ folgen, zu untersuchen. Die Daten wurden teilweise verglichen, teilweise berechneten die Autoren Korrelationen (so zwischen PSSQ- und EPDS-Werten). Dies entspricht einem nicht-experimentellen Korrelationsdesign mit komparativen Anteilen. Dies wird nicht benannt.

Die Daten wurden im Einzugsgebiet zweier Kliniken in Taipeh erhoben. Über den Zeitraum der Datenerfassung ist nichts bekannt. Die Studie wurde von den Research Committees der beiden beteiligten Kliniken bewilligt.

Die Autoren kontaktierten schriftlich 300 Frauen, welche die Einschlusskriterien erfüllten, während deren Klinikaufenthalt. 240 von ihnen gaben den informed Consent zur Teilnahme. Diese Frauen erhielten Fragebogen zugestellt, welche von 186 Frauen (78% von 240) ausgefüllt retourniert wurden. Die Frauen wurden darüber informiert, dass eine Teilnahme nichts an ihrer medizinischen Betreuung verändere, die Daten vertraulich behandelt und nur für diese Studie verwendet würden.

T-Tests, ANOVA und Pearson-Korrelationen wurden für die EPDS-Werte und die demographischen Variablen berechnet. Pearson-Korrelationen wurden auch für die EPDS- und PSSQ-Werte erhoben. Zudem wurde über eine multiple Regressionsanalyse ein Modell für die Beziehung zwischen den zwei unabhängigen Variablen *soziale Unterstützung* und *Unzufriedenheit mit sozialer Unterstützung* und den EPDS-Werten kalkuliert. In Tabelle 16 werden die signifikanten Resultate dargestellt.

Tabelle 16: *Resultate Heh et al. (2004)*

Resultate	r=	p=
39 Frauen (21%) erreichten EPDS-Werte >9.		
Frauen, die in ihrem Elternhaus durch die Mutter betreut wurden, verzeichneten tiefere EPDS-Werte als Frauen, die von ihrer Schwiegermutter betreut wurden.	Keine Angabe	p<0.01
Unterstützung durch die Eltern korreliert negativ mit EPDS-Werten, besonders instrumentelle Unterstützung durch die Eltern.	r=-0.33 r=-0.35	p<0.01 p<0.001
Die gesamte emotionale Unterstützung durch alle untersuchten Helfer (Eltern, Schwiegereltern, andere Verwandte und Freunde) korreliert negativ mit den EPDS-Werten.	r=-0.38	p=0.001
Gesamte soziale Unterstützung korreliert negativ mit den EPDS-Werten.	r=-0.51	p<0.001
Die Unzufriedenheit mit der emotionalen Unterstützung durch die Schwiegereltern korreliert negativ mit den EPDS-Werten.	r=-0.41	p<0.001
Positiv korrelieren EPDS-Werte und Unzufriedenheit mit der instrumentellen Unterstützung durch die Eltern.	r=0.47	p<0.001
Positiv korrelieren EPDS-Werte und Unzufriedenheit mit der sozialen Unterstützung allgemein.	r=0.58	p<0.001

Die Forschenden sind der Meinung, dass die Resultate ihrer Studie die bisherige Literatur bestätigen. Eine Beziehung zwischen postpartaler Depression und sozialer Unterstützung werde aufgezeigt. Sie beschreiben, dass sowohl die erhaltene als auch die wahrgenommene Unterstützung in Beziehung mit den Symptomen der postpartalen Depression stünden. Heh et. al. (2004) zufolge lassen die Resultate darauf schliessen, dass instrumentelle Unterstützung der eigenen Eltern Frauen vor der Entwicklung einer postpartalen Depression schützt. Zudem schütze soziale Unterstützung vor Stress. Das Ritual „doing the month“

schütze somit vor einer postpartalen Depression, falls die geleistete soziale Unterstützung den Bedürfnissen der Frauen entspricht.

Es wird vorgeschlagen, das Ritual solle als wertvolle Unterstützung erhalten bleiben, die Strukturen jedoch aufgelockert werden, damit die Bedürfnisse der Frauen möglichst erfüllt würden.

Die Forschenden sehen die Stärke ihrer Studie darin, dass es durch das Verwenden des PSSQ möglich gewesen sei, auf objektive Art und Weise den Grad der sozialen Unterstützung zu erfassen, den taiwanesischen Frauen während „doing the month“ erhielten. Zudem sei es ihnen durch das gewählte Design möglich gewesen, unter Berücksichtigung der vorhandenen Mittel und der Zeit, die zur Verfügung stand, möglichst viele Daten zu sammeln.

Als Limitation benennen sie, dass ihre Stichprobe aufgrund des Rekrutierungsverfahrens nicht repräsentativ sei. Zudem verweisen die Autoren darauf, dass durch ihr Design eine Momentaufnahme gemacht werde, während eigentlich Prozesse verfolgt werden müssten.

Zusätzliche, aufgrund der Beurteilung der Studie nach Stahl (2008) ersichtlich gewordenen Stärken und Schwächen sind in Tabelle 17 aufgeführt.

Tabelle 17: Stärken und Schwächen Heh et al. (2004) aufgrund Beurteilung nach Stahl (2008)

Stärken	Schwächen
Sinnvolle demographische Angaben wurden erhoben (zum Beispiel Haupthelfer, Ort der Durchführung „doing the month“).	Keine Angaben zum Zeitraum der Datenerfassung
Umfassende Information der Teilnehmerinnen bezüglich des Datenschutzes, der Verwertung der Daten und der Auswirkungen der Teilnahme auf ihre medizinische Versorgung	Nicht angegeben, ob eine Powerkalkulation zur Berechnung der minimalen Stichprobengrösse durchgeführt wurde
	Nicht begründet, warum ein EPDS Cut-Off-Point von >9 gewählt wurde
	Signifikanzniveau wird nicht explizit benannt
	Die Forschenden berechnen aus dem PSSQ die Unzufriedenheit mit der Unterstützung. Diese wird von Hopkins et al. (2008) nicht erwähnt. Ob diese Grösse validiert wurde, ist fraglich.
	Ergebnisse sind im Fliesstext verständlich beschrieben, jedoch müssen wichtige Werte teilweise in den Tabellen gesucht werden oder fehlen ganz.
	Teilweise Vermischung der Begrifflichkeiten erhaltene Unterstützung (<i>support received</i>) und wahrgenommene Unterstützung (<i>support perceived</i>)
	Durch sprachliche Mängel ergeben einzelne Sätze keinen Sinn.

5.5 Effects of Stress and Social Support on Postpartum Health of Chinese Mothers in the United States. Cheng & Pickler (2009).

Tabelle 18: Übersicht Cheng et al. (2009)

Land	Zeitpunkt Messungen	Instrumente	Stichprobe	Berücksichtigte Dimensionen und Helfer	Haupt-ergebnisse
USA	<1Jahr (1x)	PSQ, CES-D (Cut-Off-Point: >15)	152, <1Jahr postpartum, chinesischer oder taiwanesischer Abstammung, leben mit Kind in USA, >17Jahre alt, gesundes Kind	Gesamte Unterstützung durch das Netzwerk Wichtigkeit der Unterstützung	Soziale Unterstützung puffert Effekte von Stress auf Symptome einer Depression ($p<0.001$), erhaltene Unterstützung korreliert negativ mit CES-D Werten ($r=-0.50$, $p<0.01$), Wichtigkeit der Unterstützung korreliert positiv mit CES-D Werten ($r=0.22$, $p<0.01$).

Die Forschenden untersuchen in dieser Studie die Beziehungen zwischen Stress, sozialer Unterstützung und der postpartalen Gesundheit von chinesischstämmigen Müttern in den USA. Die Daten wurden einmalig mittels Fragebogen erhoben, demographische Daten wurden anhand deskriptiver Statistik beschrieben, die erhobenen Werte für Stress, Gesundheit und soziale Unterstützung wurden miteinander korreliert. Dies entspricht einem nicht-experimentellen Korrelationsdesign.

Wo und wann die Daten erhoben wurden, wird nicht beschrieben. Die Studie sei durch das Institutional Review Board der finanzierenden Universität genehmigt worden. Die Universität wird nicht benannt.

Mögliche Teilnehmerinnen wurden durch Fachpersonen auf die Studie aufmerksam gemacht. Zudem wurde die Studie über Handzettel sowie Inserate im Internet beworben. Es wurden mittels Fragebogen, die per Post verschickt wurden sowie elektronischen Fragebogen 162 Datensätze erhoben. Zehn Datensätze konnten nicht ausgewertet werden (unvollständige Angaben oder jüngstes Kind

über ein Jahr alt). Angaben über eine Powerkalkulation werden keine gemacht. 90.7 % der Frauen erhielten die traditionelle Pflege („doing the month“).

Die Resultate sind verständlich dargestellt; sowohl die Tabellen als auch der Fliesstext sind gut nachvollziehbar. Folgendes ist den Resultaten zu entnehmen:

Tabelle 19: *Resultate Cheng et al. (2009)*

Resultate:	r=	p=
23.7% der Frauen erreichte CES-D-Werte >15.		
Soziale Unterstützung korreliert negativ mit den Symptomen einer Depression.	r=-0.50	p<0.001
Die empfundene Wichtigkeit der sozialen Unterstützung korreliert positiv mit den Symptomen.	r=0.22	p=0.02
Die Beziehung zwischen Stress und Symptomen einer Depression wird durch soziale Unterstützung abgeschwächt.		p<0.001
Die Variablen Parität, Stress und erhaltene Unterstützung erklären 65.6 % der Varianz der CES-D-Werte.		p<0.001
Soziale Unterstützung korreliert positiv mit allgemeiner Gesundheit.	r=0.47	p<0.001

Die Autoren sehen ihre Resultate als Bestätigung der vorhandenen Literatur. Sie heben besonders hervor, dass Mütter, die noch nicht lange in den USA leben, höhere Stresslevels angaben. Stress werde den Resultaten zufolge von sozialer Unterstützung gepuffert. Daraus folgern die Forschenden, dass der Kultur angepasste soziale Unterstützung Müttern in der Postpartalzeit helfen könne, sowohl mit Stress als auch mit den Symptomen einer Depression umzugehen.

Die Autoren empfehlen mehr Forschung zu den Auswirkungen der kulturell angepassten Pflege von Migrantinnen in der Postpartalzeit zu betreiben. Zudem wünschen sie die Entwicklung eines Instruments zur Erhebung von mit Stress belasteten Ereignissen im Bezug auf die Postpartalzeit.

Cheng et al. (2009) erwähnen die kleine Stichprobengrösse, weisen diese jedoch nicht explizit als Limitation ihrer Studie aus. Angaben über Stärken der Studie fehlen ebenso.

Durch die Beurteilung der Studie nach Stahl (2008) wurden Stärken und Schwächen dieser Arbeit ersichtlich. Sie sind in Tabelle 20 aufgeführt.

Tabelle 20: Stärken und Schwächen Cheng et al. (2009) aufgrund Beurteilung nach Stahl (2008)

Stärken	Schwächen
Überaus verständliche Darstellung der Resultate, sowohl im Fliesstext als auch in den Tabellen	Keine Angaben zum Zeitraum der Datenerfassung und zum Einzugsgebiet
Ganzheitlicher Blick auf das Thema, da sowohl die psychische als auch die physische Gesundheit im Zusammenhang mit sozialer Unterstützung und Stress erfasst wird	Keine Angaben, ob eine Powerkalkulation zur Bestimmung der minimalen Stichprobengrösse durchgeführt wurde
	Kleine Stichprobe
	Gelegenheitsstichprobe
	Das Signifikanzniveau wird nicht benannt.
	Die Forschenden gehen in der Einleitung intensiv auf das Ritual „doing the month“ ein, nehmen danach jedoch keinen Bezug mehr darauf.

6. Diskussion

Die Forschenden kommen in allen analysierten Arbeiten zu statistisch signifikanten Resultaten in Bezug auf soziale Unterstützung und Symptome der postpartalen Depression. Entweder äussert sich dies durch signifikante Unterschiede im Vergleich zwischen der wahrgenommenen Unterstützung von nicht-depressiven Frauen und Frauen mit Symptomen einer Depression oder dadurch, dass gewisse Dimensionen der sozialen Unterstützung (meist negativ) mit den EPDS- oder CES-D-Werten korrelieren.

Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, wie die Resultate der untersuchten Forschungsarbeiten zu bewerten sind und inwiefern sie sich vergleichen lassen.

6.1 Kritische Beurteilung der Ergebnisse in Bezug auf die Studienqualität

6.1.1 Datenerfassung

Einzig Dennis et al. (2006) geben an, wann und über welchen Zeitraum die Daten erfasst wurden. Wie sich aus den Literaturangaben von Hopkins et al. (2008) erschliesst, stammen die verwendeten Daten aus Erhebungen, die nicht nach 1991 stattgefunden haben können. Die Autorin vermutet, dass auch Logsdon et al. (2001) ältere Daten verwendeten. Logsdon veröffentlichte 1994 eine Arbeit, die mit 105 weissen Amerikanerinnen der Mittelschicht durchgeführt wurde (Logsdon, McBride & Birkimer, 1994). Diese Stichprobe scheint der Stichprobe a der im Jahr 2001 veröffentlichten Studie zu entsprechen. Es kann somit nur bei der Studie von Dennis et al. (2006) davon ausgegangen werden, dass die Daten aktuell sind. Der Zeitraum der Datenerfassung ist insofern relevant, als dass sich soziale, wirtschaftliche und auch gesundheitspolitische Gegebenheiten verändern.

6.1.2 Stichprobe

Stahl (2008) macht deutlich, dass die Auswahl der Studienteilnehmer durch Verzerrungen die Resultate beeinflussen kann. Bei Hopkins et al. (2008) ist die Auswahl der Studienteilnehmerinnen nicht nachvollziehbar. Ausser Cheng et al.

(2009), welche die Teilnehmerge Auswahl trotz entsprechender Stichprobe nicht als Limitation anführen, beschreiben alle Autoren, Gelegenheitsstichproben verwendet zu haben und folglich von einer eingeschränkten Übertragbarkeit auf andere Stichproben ausgehen zu müssen. Die Autorin ist der Meinung, diese Einschränkung müsse durchaus beachtet werden.

Die Autorin möchte hervorheben, dass die Teilnehmerge Auswahl der Studie von Logsdon et al. (2001) ihrer Meinung nach ungünstig ausfiel. Die Forschenden erhielten die Informationen zu möglichen Teilnehmerinnen für ihre Stichprobe von den zuständigen sozialen Diensten. Die Autorin vermutet, dass die Frauen sich durch diese Tatsache kontrolliert oder gar bedroht gefühlt haben könnten und ihre Angaben deswegen nicht den Gegebenheiten entsprechend ausfielen. Der verzerrende Effekt der sozialen Erwünschtheit ist nach Ansicht der Autorin zu erwarten. Dies könnte durch die Befragung in Form von Face-to-Face Interviews verstärkt worden sein.

Einzig Dennis et al. (2006), deren Stichprobe am grössten ausfällt, berichten von einer Poweranalyse. Ob in den anderen Arbeiten die minimale Stichprobengrösse erreicht worden wäre, ist nach Ansicht der Autorin fraglich.

6.1.4 Präsentation der Resultate

Die Mehrzahl der untersuchten Arbeiten stellt die Resultate übersichtlich und verständlich dar. In der Studie von Heh et al. (2004) fehlen jedoch teilweise relevante p-Werte ganz, oder werden nicht in den Fliesstext eingebunden und müssen vom Leser selbst in den Tabellen ausfindig gemacht werden. Nach Ansicht der Autorin verringern Logsdon et al. (2001) die Verständlichkeit der Studie durch die Resultate zur dritten Hypothese beträchtlich. Die mit r notierten Werte sind entweder inkorrekt oder entsprechen nicht dem üblicherweise mit r notierten Pearson-Korrelationskoeffizienten. Letzteres scheint der Autorin wahrscheinlicher.

6.1.5 Limitationen

Einzig Dennis et al. (2006) zeigen einen kritischen Umgang mit ihrer eigenen Arbeit und benennen zahlreiche Limitationen. Während Cheng et al. (2009) keine

Limitationen anführen, beschränken sich die Forschenden der weiteren Arbeiten mehr oder weniger darauf, die Gelegenheitsstichproben zu kritisieren. Die Autorin ist der Überzeugung, dass ein kritischer Umgang mit der eigenen Arbeit von einem vertieften Verständnis der Materie und einer Offenheit zeugt. Dies betrachtet sie als Voraussetzung für sorgfältige Forschung.

6.1.6 Roter Faden und Sprachliches

Logsdon et al. (2001) gehen in ihrer Einleitung stark auf die Wichtigkeit der Unterstützung durch den Partner ein und erwecken dadurch nach Ansicht der Autorin bei den Lesenden den Eindruck, soziale Unterstützung durch den Partner zu untersuchen. Dies ist jedoch nicht der Fall, was auf die Autorin verwirrend wirkt.

Cheng et al. (2009) erwähnen in der Einleitung ihrer Forschungsarbeit die Studie von Heh et al. (2004) und gehen auf deren Erkenntnis zur Wichtigkeit der Helfersonen ein. Obwohl Cheng et al. (2009) beschreiben, dass Mütter mit der Schwiegermutter als Helferin häufiger von postpartaler Depression betroffen scheinen, erfassen die Forschenden keine Helfer und untersuchen diesen Aspekt in ihrer Arbeit nicht. In einer Stichprobe von Migrantinnen, die vermutlich eher seltener als chinesische Frauen in ihrem Heimatland zwischen möglichen Helferinnen wählen können, wäre dies nach Ansicht der Autorin aber untersuchenswert.

In der Arbeit von Heh et al. (2004) finden sich zwar keine Mängel, die den roten Faden der Forschungsarbeit betreffen, jedoch enthält sie verschiedene sprachliche Schwierigkeiten. So ist durch einen sprachlichen Mangel für die Autorin nicht nachvollziehbar, was die Forschenden mit ihren Empfehlungen für die Praxis sagen möchten.

6.1.7 Relevanz der Ergebnisse unter Berücksichtigung der Studienqualität

Aus den diskutierten Aspekten wird die sehr unterschiedliche Qualität der analysierten Forschungsarbeiten deutlich. Es fällt auf, dass keine der Arbeiten frei von Schwächen ist, diese jedoch sehr unterschiedlich ausfallen. Tabelle 21 bietet eine grobe Einteilung bezüglich der Studienqualität. Berücksichtigt wurden sowohl die in der Arbeit benannten Limitationen als auch diejenigen, welche durch die

Beurteilung der Studien nach Stahl (2008) deutlich wurden. Die Gewichtung der Schwächen erfolgte nach Ermessen der Autorin.

Tabelle 21: *Übersicht über Studienqualität und die daraus folgende Relevanz der Ergebnisse*

Höhere Qualität: Ergebnisse relevant	Mittlere Qualität: Ergebnisse bedingt relevant	Verminderte Qualität: Ergebnisse kaum relevant
Dennis et al. (2006)	Heh et al. (2004) Cheng et al. (2009) Hopkins et al. (2008)	Logsdon et al. (2001)

6.2 Vergleichbarkeit der Resultate

6.2.1 Zu den Auswirkungen der unterschiedlichen Studiendesigns auf die Vergleichbarkeit

Die fünf Studien sind unterschiedlich angelegt. Als Konsequenz daraus erfolgen die Messungen – einmalig oder mehrmalig – zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Zudem werden die Daten nach unterschiedlichen statistischen Verfahren ausgewertet.

Die beiden Längsschnittstudien (Hopkins et al., 2008; Dennis et al., 2006) sind so unterschiedlich angelegt, dass ein Vergleich der Meinung der Autorin zufolge nicht sinnvoll ist. Dies soll nicht bedeuten, dass die Studien nicht als einander ergänzend betrachtet werden können.

Die drei Querschnittstudien unterscheiden sich weniger stark: Obwohl sich die Zeitpunkte der Messungen unterscheiden, werden in allen drei Studien Korrelationen berechnet. Da Logsdon et al. (2001) vermutlich nicht Pearson-Korrelationskoeffizienten angeben, können die Werte dieser Studie nicht mit denjenigen der zwei anderen Studien verglichen werden.

6.2.2 Zur Auswirkung der unterschiedlichen Instrumente auf die Vergleichbarkeit

Dadurch, dass die Autorin grossen Wert darauf legte, ausschliesslich mit Hilfe validierter Instrumente durchgeführte Studien in dieses Literaturreview aufzunehmen, wird in vier der fünf Arbeiten soziale Unterstützung mit dem PSQ

oder dem PSSQ erfasst. Ebenfalls in vier der fünf Arbeiten wird für die Erfassung der Symptome einer Depression die EPDS oder die CES-D verwendet. Obwohl in den analysierten Forschungsarbeiten hauptsächlich diese vier Instrumente verwendet werden, erfassen nur Cheng et al. (2009) und Logsdon et al. (2001) die zu untersuchenden Grössen mit derselben Instrumentenkombination.

Die Autorin ist der Meinung, die verschiedenen Kombinationen der Instrumente führten zu einer starken Einschränkung der Vergleichbarkeit der Arbeiten, da die Instrumente beachtliche Unterschiede aufweisen.

6.2.3 Vergleich der Resultate

Werden die oben diskutierten Aspekte betrachtet, scheint ein Vergleich der Resultate schwierig. Tatsächlich finden sich in den fünf Arbeiten nur zwei, für die Fragestellung relevante, Werte, die sich zumindest in einem begrenzten Masse vergleichen lassen:

- Cheng et al. (2009) finden zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung (gemessen mit PSQ) und Symptomen einer Depression (gemessen mit CES-D), erfasst an einem beliebigen Zeitpunkt im ersten Jahr postpartum, einen Pearson Korrelations-Koeffizienten von $r = -0.50$.
- Heh et al. (2004) berechnen zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Symptomen einer Depression, erfasst etwa vier Wochen postpartum, einen Pearson Korrelations-Koeffizienten von $r = -0.51$. Die verwendeten Instrumente sind PSSQ und EPDS.

Die beiden Werte liegen auffällig nahe beisammen. Nach Ansicht der Autorin ist es jedoch besonders wegen der unterschiedlichen Messinstrumente und des unterschiedlichen Zeitpunkts der Messung kaum auszuschliessen, dass es sich dabei um einen Zufall handelt.

6.3 Kausalaussagen

Gemäss Stahl (2008) können aus Daten von Studien mit deskriptiven Designs keine Kausalaussagen abgeleitet werden. Die Studie von Logsdon et al. (2001) ist unter diesem Gesichtspunkt kritisch zu betrachten, da die Forschenden ihr

Kausalmodell mittels Daten aus ihrer deskriptiven Studie testen und Kausalaussagen treffen.

6.4 Wahrgenommene und erhaltene Unterstützung und ein mögliches Negativitäts-Bias

Wahrgenommene Unterstützung ist nicht gleich erhaltene Unterstützung. Während Dennis et al. (2006) und Hopkins et al. (2008) dies erwähnen und einen sorgfältigen Umgang mit diesen Begrifflichkeiten pflegen, wird dies in den anderen analysierten Arbeiten nicht thematisiert und die Begriffe werden teilweise gar vermischt. Aus Untersuchungen zur Beziehung zwischen wahrgenommener Unterstützung und tatsächlich erhaltener Unterstützung geht hervor, dass die beiden Konzepte zwar positiv korrelieren, diese Korrelation jedoch nicht stark ausgeprägt ist (Haber, Cohen, Lucas & Baltes, 2007). Die in der Metaanalyse von Haber et al. (2007) berechnete mittlere Korrelation liegt bei $r=0.35$ ($p<0.001$). Wie aus dieser Korrelation ersichtlich wird, müssen neben der tatsächlich erhaltenen Unterstützung weitere Faktoren die Wahrnehmung von sozialer Unterstützung beträchtlich beeinflussen.

In diesem Zusammenhang soll in Betracht gezogen werden, dass ein durch die depressive Erkrankung hervorgerufenen Negativitäts-Bias als beeinflussender Faktor nicht ausgeschlossen werden kann. Hopkins et al. (2008) halten ein derartiges Negativitäts-Bias für unwahrscheinlich. Sie begründen dies damit, dass depressive Frauen einzig signifikant weniger Unterstützung durch den Partner angaben und die anderen möglichen Helfer nicht betroffen sind. Diese Argumentation kann nach Ansicht der Autorin hinterfragt werden. In der Studie von Heh et al. (2004) betreffen die signifikanten Unterschiede die Unterstützung durch die Eltern der Frau. Dies gibt der Autorin Grund zur Vermutung, dass sich ein Negativitäts-Bias möglicherweise besonders auf die Wahrnehmung der Unterstützung durch diejenigen Personen bezieht, von denen die meiste Unterstützung erwartet wird.

6.5 Zur Differenzierung der sozialen Unterstützung in Dimensionen

Nur Dennis et al. (2006) und Heh et al. (2004) nutzen die Möglichkeiten der Instrumente zur Erfassung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und berechnen Werte für die gewählten Dimensionen der sozialen Unterstützung. Die übrigen Forschenden verzichten darauf. In der Arbeit von Dennis et al. (2006) ergeben sich für alle erfassten Dimensionen der Unterstützung durch den Partner signifikante Unterschiede zwischen Frauen mit EPDS-Werten >9 , respektive <10 . In der taiwanesischen Studie von Heh et al. (2004) ist die instrumentelle Unterstützung durch die Eltern diejenige Dimension, welche eine signifikante negative Korrelation mit den EPDS-Werten aufweist.

6.6 Zu den Ergebnissen aus dem chinesischen Kulturkreis

Gemäss Harder (2005) war es in Deutschland noch zu Anfang des 20. Jahrhunderts Tradition, dass die Wöchnerinnen strenge Bettruhe hielten und sich entweder Verwandte oder bezahlte Haushaltshilfen in den ersten Wochen nach der Geburt des Kindes um die Aufgaben der Frau kümmerten. Die Vorschriften zu dieser Bettruhe waren weniger umfangreich als im chinesischen „doing the month“, jedoch schützten beide Traditionen die Mutter vor ihrer üblichen Arbeitslast und stellen ihr eine erfahrene Helferin zur Seite.

Wie aus den Resultaten der Forschungsarbeiten von Cheng et al. (2009) und Heh et al. (2004) ersichtlich ist, erzielten 23.7%, respektive 21% der teilnehmenden Mütter CES-D- oder EPDS- Werte über dem Cut-Off-Point. Somit schützt das Ritual „doing the month“ nicht vor der Entwicklung einer postpartalen Depression. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen aus einer Übersichtsarbeit, in welcher die Zusammenhänge zwischen dem Teilnehmen an Ritualen und der Entwicklung einer postpartalen Depression analysiert wurden (Grigoriadis et al., 2009).

Wie die Teilnehmerinnen der westlichen Arbeiten, nehmen auch asiatische Studienteilnehmerinnen mit Symptomen einer Depression weniger soziale Unterstützung wahr. Unterschiedlich ist jedoch, dass in der taiwanesischen Arbeit von Heh et al. (2004) keine statistisch signifikanten Korrelationen zwischen Unterstützung durch den Partner und den EPDS-Werten bestehen. Es ist die

Unterstützung durch die Eltern der Frau, welche signifikant negativ mit den EPDS-Werten korreliert.

Heh et al. (2004) untersuchten in ihrer Arbeit eine relativ kleine Gelegenheitsstichprobe (n=178). Die Resultate sind daher nur bedingt auf andere Stichproben übertragbar. Trotzdem darf nach Ansicht der Autorin vermutet werden, dass in der Situation, in der eine Haupthelferin für die soziale Unterstützung zuständig ist, Unterstützung durch den Partner weniger Gewicht hat, als im typischen westlichen Setting der Kernfamilie. In Anbetracht dessen, dass die Partner meist berufstätig und oft ausser Haus sind und mit ihrer Rolle als Vater erst vertraut werden müssen, scheint es der Autorin durchaus sinnvoll, wenn eine erfahrene Helferin die Mutter unterstützt und diese Aufgabe nicht hauptsächlich dem Partner zufällt.

Jedoch zeigt sich aus den Resultaten der Studie von Heh et al. (2004), dass die Unterstützung durch die Helferin den Vorstellungen der Mutter entsprechen muss, um hilfreich zu sein: Ist die in der chinesischen Kultur traditionell als kontrollierend und bestimmend wahrgenommene Schwiegermutter (Heh et al., 2004) die Helferin und das Ritual findet im Haus der Schwiegereltern statt, zeigen die Frauen während des Rituals höhere EPDS-Werte als im Haus der eigenen Mutter.

6.7 Bedeutung der Ergebnisse in Bezug auf das Salutogenesekonzept

In allen analysierten Studien geben Frauen, die Symptome einer Depression beschreiben, weniger soziale Unterstützung aus ihrem Umfeld an. Im Salutogenesekonzept kann dies auf zwei verschiedene, sich jedoch ergänzende Arten interpretiert werden:

- Durch einen gravierenden Mangel an Ressourcen, unter anderem an sozialer Unterstützung, können die Belastungen der Mutterrolle von gewissen Frauen nicht ausreichend bewältigt werden. Als Folge davon verschieben sich diese Frauen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum soweit in Richtung Krankheit bis sie an einer Depression erkranken.
- Als zweite mögliche Erklärung kann ein schwach ausgeprägtes Kohärenzgefühl mit tiefem Ausmass an Handhabbarkeit gesehen werden.

Frauen mit schwachem Kohärenzgefühl, besonders einem tiefen Ausmass an Handhabbarkeit, sind weniger in der Lage, soziale Unterstützung effizient als Ressource zu nutzen. Dies kann sich durch ein Nichtwahrnehmen der Ressourcen, also durch Nichterkennen oder Nichtnutzen von Hilfsangeboten oder aber durch ein Nichtwahrnehmen von tatsächlich erhaltener sozialer Unterstützung äussern. Dies entspricht subjektiv wohl dem Zustand des Ressourcenmangels. Die Folge ist bei Belastungen auch hier eine Verschiebung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Krankheit und möglicherweise die Entwicklung einer Depression.

Ein von Hopkins et al. (2008) und Dennis et al. (2006) diskutiertes Negativitäts-Bias als Folge einer Depression scheint nach Ansicht der Autorin unter dem Blickwinkel der Salutogenese konsequent, da davon ausgegangen werden kann, dass im Falle einer Depression das Kohärenzgefühl geschwächt ist. Depressive Frauen nehmen so aufgrund eines geringen Masses an Handhabbarkeit, eher weniger der erhaltenen sozialen Unterstützung wahr als gesunde Frauen.

Die beiden Studien, die den PSQ als Messinstrument verwenden (Cheng et al., 2009; Logsdon et al., 2001), ermitteln positive Korrelationen zwischen den Werten der Screeninginstrumente für die postpartale Depression und der Wichtigkeit, welche die befragten Frauen der sozialen Unterstützung beimessen. Dies kann im Zusammenhang mit dem Salutogenesekonzept ebenfalls als Folge eines schwachen Kohärenzgefühls mit geringem Mass an Handhabbarkeit gesehen werden: Eine Frau mit geringem Mass an Handhabbarkeit fühlt sich eher von den Belastungen überfordert und auf soziale Unterstützung angewiesen.

Die dritte Komponente – Bedeutsamkeit – dient dem Erklärungsversuch der Autorin dafür, warum Frauen gerade bei geringer Unterstützung durch den Partner eher an einer Depression leiden. Die Bedeutsamkeit kann dann betroffen sein, wenn die Erwartungen an die Unterstützung durch den Partner nicht erfüllt werden. Wenn ein gewisses Ausmass an Unterstützung durch den Partner zum Familienbild einer Frau gehört, kann dieses Familienbild durch die nicht erfüllten

Erwartungen in Frage gestellt werden. Basiert die Bereitschaft der Frau, die Belastungen der Mutterrolle als positive Herausforderung zu sehen, auf ihrem Familienbild, sinkt durch das gestörte Familienbild die Bedeutsamkeit und Herausforderungen werden zu starken Belastungen. Davon betroffen sind wohl eher Frauen mit schwächer ausgeprägtem Kohärenzgefühl und tiefem Mass an Verstehbarkeit. Diese Frauen können weniger gut einordnen, warum ihre Erwartungen nicht erfüllt werden. Folge ist eine weitere Senkung des Kohärenzgefühls und damit eine Verschiebung in Richtung Krankheit auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.

7. Schlussfolgerungen

Die analysierten Forschungsarbeiten sind nur begrenzt vergleichbar und von unterschiedlicher Qualität. Zudem müssen verschiedene mögliche Verzerrungen beachtet werden. Trotzdem kann die Fragestellung dieser Arbeit teilweise beantwortet werden: Die Resultate der untersuchten Arbeiten weisen darauf hin, dass je nach kulturellem Setting zwischen gewissen Formen der sozialen Unterstützung und der mütterlichen psychischen Gesundheit postpartum positiv geartete Beziehungen existieren. Den Resultaten zufolge handelt es sich dabei tendenziell um soziale Unterstützung durch sehr nahe Bezugspersonen (Partner oder eigene Eltern). Welche Dimensionen der sozialen Unterstützung wichtig sind, bleibt ungenügend beleuchtet, da diese nur in zwei Arbeiten erfasst wurden.

Im Salutogenesekonzept beeinflusst die Ausprägung des Kohärenzgefühls massgeblich, inwiefern Ressourcen genutzt werden können. Es ist nach Ansicht der Autorin wahrscheinlich, dass das Kohärenzgefühl einer der Faktoren ist, welche Wahrnehmung von sozialer Unterstützung beeinflussen und welche für die schwache Korrelation zwischen wahrgenommener und tatsächlich erhaltener sozialer Unterstützung verantwortlich sind (Haber et al., 2007).

7.1 Empfehlungen an die Praxis

Die folgenden Empfehlungen leitete die Autorin aus den Interpretationen der Resultate sowie aus dem Salutogenesekonzept ab. Sie scheinen ihr sinnvoll, die Wirksamkeit wurde jedoch nicht durch Studien überprüft und ist nicht gesichert.

Die Empfehlungen an Hebammen in der Praxis betreffen zwei Bereiche:

- Die Hebamme informiert Paare über die soziale Unterstützung aus dem privaten Umfeld als Ressource und erarbeitet gemeinschaftlich mit den Paaren entsprechende Möglichkeiten.
- Die Hebamme versucht das Kohärenzgefühl der Frauen zu stärken, damit die verfügbaren Ressourcen aktiviert und effizient genutzt werden können.

7.1.1 Beratung zu sozialer Unterstützung als Ressource

Die in Tabelle 22 erläuterten Punkte sollten in eine – im besten Falle vorgeburtliche – Beratung zum Thema mit einfließen:

Tabelle 22: *Beratung zu sozialer Unterstützung*

Bedarf	Soziale Unterstützung scheint im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit der Mutter in der Postpartalzeit zu stehen.
Selbstbestimmte Umsetzung	Soziale Unterstützung soll den Bedürfnissen der jeweiligen Frau entsprechen. Sie soll die Ausmasse bestimmen können. Wenn soziale Unterstützung als aufgezwungen oder kontrollierend erlebt wird, ist sie nicht förderlich.
Individuell angepasste Umsetzung	Frauen haben unterschiedliche Bedürfnisse. Nicht alle brauchen gleich viel oder die gleiche Art der sozialen Unterstützung. Kulturelle Unterschiede und traditionelle Betreuungsmuster spielen dabei eine Rolle und müssen berücksichtigt werden.
Kommunikation der Erwartungen	In der westlichen Gesellschaft scheint vor allem die soziale Unterstützung durch den Partner mit der psychischen Gesundheit der Mütter zusammenzuhängen. Wenn Frauen die Unterstützung als schwach empfinden, impliziert dies, dass sie mehr Unterstützung durch den Partner erwarteten. Möglicherweise sind sich Partner dieser Erwartungen nicht bewusst oder sind, durch ihre eigenen Belastungen, nicht in der Lage diese Erwartungen zu erfüllen. Auch wenn gemäss Dennis et al. (2006) keine Studien dazu existieren, ist es nach Ansicht der Autorin sowie Dennis et al. (2006), sinnvoll, Paare dazu anzuleiten, beidseitig Erwartungen klar zu kommunizieren. Dadurch können Missverständnisse vermieden werden. Ausserdem kann dadurch erkannt werden, in welchen Bereichen Unterstützung durch weitere Personen nützlich sein könnte um sowohl die Mutter als auch deren Partner zu entlasten. Die Autorin empfindet es als sinnvoll, diese Empfehlung auf alle Personen auszuweiten, an welche die Mutter Erwartungen bezüglich sozialer Unterstützung hat.

7.1.2 Das Kohärenzgefühl stärken

Gemäss Antonovsky (1997) sind die Möglichkeiten der helfenden Berufe sehr begrenzt, wenn es darum geht das Kohärenzgefühl der Klienten zu stärken. Bei längerfristigen Betreuungssituationen verbessern sich laut Antonovsky (1997) diese Möglichkeiten.

Kurzfristige, aber dennoch erstrebenswerte Veränderungen sind nach Antonovsky (1997) durch zwei Möglichkeiten erreichbar. Es handelt sich dabei einerseits um umfassende Information, was ein Einordnen der Gegebenheiten ermöglicht, und andererseits um das Übergeben von möglichst viel Kontrolle an den Klienten oder die Klientin. Dies entspricht dem im Kompetenzprofil der diplomierten Hebamme BSc (Berufskonferenz Hebamme, 2007) verankerten Grundsatz der evidenzbasierten Beratung⁴. Während Informationen die Verstehbarkeit fördern, stärkt Kontrolle über eine Situation sowohl die Handhabbarkeit als auch die Bedeutsamkeit.

Eine längerfristige Veränderung bedingt gemäss Antonovsky (1997) ein längerfristiges Betreuungsverhältnis und scheint der Autorin daher schwer erzielbar, wenn eine Familie nicht kontinuierlich durch dieselbe Hebamme begleitet wird. Eine permanente Stärkung des Kohärenzgefühls kann laut Antonovsky (1997) dadurch erreicht werden, dass die betreuende Person dem Klienten oder der Klientin „das Rüstzeug an die Hand [gibt], innerhalb ihres Lebensbereichs etwas ausfindig zu machen, was ich SOC⁵-verbessernde Erfahrungen nennen möchte“ (S. 119).

Die Autorin interpretiert dies für die Hebammenarbeit in Bezug auf die soziale Unterstützung aus dem privaten Umfeld so, dass Frauen und Familien durch die evidenzbasierte Beratung durch ihre Hebamme dazu animiert werden, Ressourcen zu aktivieren und mit Einbezug dieser Ressourcen den Belastungen der Familienwerdung erfolgreich begegnen. Das „Rüstzeug“ ist in diesem Fall die Information zum Thema, während das erfolgreiche Begegnen einer Belastung mit Hilfe der aktivierten Ressourcen die „SOC-verbessernde Erfahrung“ darstellt.

⁴ In Anhang D findet sich eine kurze Übersicht zu den Grundlagen der evidenzbasierten Beratung.

⁵ SOC steht für *sense of coherence*, das Kohärenzgefühl (Anmerkung der Autorin).

7.2 Empfehlungen an die Forschung

Die Autorin hält es für erforderlich, dass durch die Forschung geklärt wird, ob eine Depression ein Negativitäts-Bias verursacht. Bestätigt sich eine solche Verzerrung, wäre weitere Forschung nach Vorbild der eingeschlossenen Studien weniger sinnvoll, da die Verzerrung als für die Resultate verantwortlich angesehen werden müsste.

Kann ein Negativitäts-Bias ausgeschlossen werden, sieht die Autorin Bedarf für weitere Forschung zum Thema. So fehlen für den Raum Schweiz Studien zum Thema, die mittels validierter Instrumente durchgeführt wurden. Besonders wünschenswert wäre dabei ein Instrument als Standard für die Erhebung der sozialen Unterstützung. Dies würde die Vergleichbarkeit der Forschungsarbeiten unterstützen. Allgemein besteht ein Mangel an Längsschnittstudien, die den gesamten, für die postpartale Depression relevanten Zeitraum von einem Jahr postpartum engmaschig untersuchen.

Zudem wünscht sich die Autorin, dass eine Längsschnittstudie durchgeführt wird, um zu untersuchen, ob sich signifikante Unterschiede bezüglich psychischer Gesundheit zwischen einer Kontrollgruppe und einer Interventionsgruppe zeigen, wenn die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe kontinuierlich von einer Hebamme betreut und gemäss den unter 7.1 vorgestellten Aspekten beraten werden.

Die Autorin dieser Arbeit war erstaunt darüber, dass wahrgenommene und erhaltene Unterstützung nur gering korrelieren (Haber et al., 2007). Um die Gesundheit der Frauen und Familien gezielt fördern zu können, empfiehlt die Autorin zu erforschen, welche Faktoren neben der erhaltenen Unterstützung die Wahrnehmung der Unterstützung beeinflussen.

7.3 Limitationen und Stärken dieser Arbeit

Tabelle 23: *Limitationen und Stärken*

Limitationen	Stärken
Da keine Studien aus der Schweiz oder der näheren Umgebung eingeschlossen werden konnte, sind die Resultate begrenzt auf die schweizerischen Verhältnisse übertragbar.	Die Studien wurden nach festgelegten Kriterien ein- oder ausgeschlossen.
Durch die unterschiedlichen Messinstrumente und Studiendesigns sind die Resultate der analysierten Arbeiten kaum vergleichbar.	Es gelang, ausschliesslich Studien einzuschliessen, welche die untersuchten Variablen mittels validierter Instrumente erhoben.
Alle eingeschlossenen Arbeiten verwenden Gelegenheitsstichproben. Verzerrungen sind daher möglich.	Durch den Einbezug der Salutogenese wird ein ganzheitlicher Blick auf das Thema gefördert.
Aufgrund mangelnder Studienqualität können die Resultate einer Studie nicht als relevant betrachtet werden.	Die Fragestellung konnte zumindest teilweise beantwortet werden.
Die Validität des Salutogenesekonzepts und des Kohärenzgefühls wird nicht thematisiert. Da viel Wert auf die Validität der Messinstrumente gelegt wurde, hätte dies ebenfalls betrachtet werden müssen.	Es besteht direkter Bezug zur Hebammenarbeit: Die Erkenntnisse aus dieser Arbeit können in der Praxis eingesetzt werden um Frauen und Familien gesundheitsfördernd zu beraten.
Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Depression ein Negativitäts-Bias verursacht. Ein allfälliges Negativitäts-Bias könnte für die signifikanten Resultate verantwortlich sein.	

Der Umfang dieser Bachelorarbeit ist aufgrund der Rahmenbedingungen begrenzt. Nach Ansicht der Autorin liegt eine grosse Limitation dieser Arbeit darin, dass der Vielschichtigkeit des Themas im Rahmen dieser Bachelorarbeit nur eingeschränkt Rechnung getragen werden konnte.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. A. Franke, (Hrsg.). (Deutsche Übersetzung von A. Franke & N. Schulte). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Balaji, A. B., Claussen, A. H., Smith, D. C., Visser, S. N., Morales, M. J. & Perou, R. (2007). Social Support Networks and Maternal Mental Health and Well-Being. *Journal of Women's Health*, 16(10), 1386-1396. doi: 10.1089/jwh.2007.CDC10
- Baumgartner, A. D. (2006). *Demos. Informationen aus der Demografie 4/2005. Familienarbeit, Erwerbsmuster und Arbeitsteilung im Haushalt*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of Postpartum Depression. An Update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Beere, C. A. (1990). *Sex and gender issues: a handbook of tests and measures*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Berufskonferenz Hebamme, B. (2007). *Kompetenzprofil Diplomierte Hebamme BSc*. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Heruntergeladen von: http://www.gesundheit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/gesundheit/studium/bachelorstudiengaenge/hebamme/Kompetenzprofil_Hebamme_BSc_web.pdf.
- Bielinski-Blattmann, D., Lemola, S., Jaussi, C., Stadlmayr, W. & Grob, A. (2009). Postpartum depressive symptoms in the first 17 months after childbirth: the impact of an emotionally supportive partnership. *International Journal of Public Health*, 54(5), 333-339. doi: 10.1007/s00038-009-0056-4
- Die Bundesbehörden der Schweizer Eidgenossenschaft. (2009). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. (SR 0.810.1). (Deutsche Übersetzung). (Originaldokument publiziert 1946). Heruntergeladen von: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf>

- Cheng, C.-Y. & Pickler, R. H. (2009). Effects of stress and social support on postpartum health of Chinese mothers in the United States. *Research in Nursing & Health*, 32(6), 582-591. doi: 10.1002/nur.20356
- Cox, J., Holden, J. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression - Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- deCastro, F., Hinojosa-Ayala, N. & Hernandez-Prado, B. (2011). Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(4), 210-217. doi: 10.3109/0167482x.2011.626543
- Dennis, C.-L. & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 588-599. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04059.x
- Dohmen, U. (2007). *Postpartale psychische Erkrankungen*: VDM Verlag Dr. Müller.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, C., Opjordsmoen, S. & Samuelsen, S. O. (2001). Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(4), 243-249.
- Ege, E., Timur, S., Zincir, H., Geçkil, E. & Sunar-Reeder, B. (2008). Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 34(4), 585-593. doi: 10.1111/j.1447-0756.2008.00718.x
- Endicott, J. & Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- Franke, A. (1997). Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenese-Konzepts. In A. Franke (Hrsg.), *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (S. 169-190). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Grace, S. L., Evindar, A. & Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 6(4), 263-274. doi: 10.1007/s00737-003-0024-6

- Gremigni, P., Mariani, L., Marracino, V., Tranquilli, A. L. & Turi, A. (2011). Partner support and postpartum depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(3), 135-140. doi: 10.3109/0167482x.2011.589017
- Grigoriadis, S., Erlick Robinson, G., Fung, K., Ross, L. E., Chee, C., Dennis, C. L. & Romans, S. (2009). Traditional Postpartum Practices and Rituals: Clinical Implications. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(12), 834-840.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T. & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39(1-2), 133-144. doi: 10.1007/s10464-007-9100-9
- Harder, U. (2005). *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Heh, S.-S., Coombes, L. & Bartlett, H. (2004). The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *International Journal of Nursing Studies*, 41(5), 573-579. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.01.003
- Hofecker Fallahpour, M., Zinkernagel, C., Frisch, U., Neuhofer, C., Stieglitz, R.-D. & Riecher-Rössler, A. (2005). *Was Mütter depressiv macht... ..und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Holroyd, E., Katie, F. K. L., Chun, L. S. & Ha, S. W. (1997). "Doing the month": An exploration of postpartum practices in Chinese women. *Health Care for Women International*, 18(3), 301-313. doi: 10.1080/07399339709516282
- Hopkins, J. & Campbell, S. B. (2008). Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health*, 11(1), 57-65. doi: 10.1007/s00737-008-0212-5
- Husain, N., Bevc, I., Husain, M., Chaudhry, I. B., Atif, N. & Rahman, A. (2006). Prevalence and social correlates of postnatal depression in a low income country. *Archives of Women's Mental Health*, 9(4), 197-202. doi: 10.1007/s00737-006-0129-9

- Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In B. Renneberg (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Lauper, U. (2006). Wochenbett. In H. Schneider, P. Husslein & K. T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. (Reprinted from: 3. Ausgabe).
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G. & Corcoran, P. (2011). Postnatal Depression in First-Time Mothers: Prevalence and Relationships Between Functional and Structural Social Support at 6 and 12 Weeks Postpartum. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(3), 174-184. doi: 10.1016/j.apnu.2010.08.005
- Letourneau, N., Duffett-Leger, L. & Salmani, M. (2009). The Role of Paternal Support in the Behavioural Development of Children Exposed to Postpartum Depression. *Canadian Journal of Nursing Research*, 41(3), 86-106.
- Leung, S. S. K., Martinson, I. M. & Arthur, D. (2005). Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study. *Research in Nursing & Health*, 28(1), 27-38. doi: 10.1002/nur.20053
- Logsdon, M. C., Hertweck, P., Ziegler, C. & Pinto-Foltz, M. (2008). Testing a Bioecological Model to Examine Social Support in Postpartum Adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(2), 116-123.
- Logsdon, M. C., McBride, A. B. & Birkimer, J. C. (1994). Social support and postpartum depression. *Research in Nursing & Health*, 17, 449-457.
- Logsdon, M. C., & Usui, W. (2001). Psychosocial Predictors of Postpartum Depression in Diverse Groups of Women. *Western Journal of Nursing Research*, 23(6), 563-574. doi: 10.1177/019394590102300603
- Logsdon, M. C., Usui, W., Birkimer, J. C. & McBride, A. B. (1996). The Postpartum Support Questionnaire: reliability and validity. *J Nurs Meas.*, 4(2), 129-142.
- McVeigh, C. (1997). Motherhood experiences from the perspective of first-time mothers. *Clin Nurs Res*, 6(4), 335-348.
- Meyer, P. C., Budowski, M., Decurtins, L., Niklowitz, M. & Suter, C. (1998). *Soziale Unterstützung und Gesundheit in der Stadt*. Zürich: Seismo Verlag.

- Murray, L. & Cooper, P. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of disease in childhood*, 77(2), 99-101.
- Nestmann, F. (1988). *Die alltäglichen Helfer - Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung alltäglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- O'Hara, M. W. & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression -a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Pierce, R. P., Sarason, I. G., Sarason, B. R., Solky-Butzel, J. A. & Nagle, L. C. (1997). Assessing the Quality of Personal Relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(3), 339-356. doi: 10.1177/0265407597143004
- Ressourcen. (2010). *Pschyrembel Sozialmedizin*. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG. Heruntergeladen von:
http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=ssoatypon8da83fcf457a354546b345b7794586ce2e14d5243357889051226&startbk=pschyrembel_sozmed&bk=pschyrembel_sozmed&hitnr=1&start=%2f%2f%5B%40node_id%3D%27181626%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_sozmed__%2F%2F%5B%40attr_id%3D'sozmed_artikel10691224'%5D
- Riecher-Rössler, A. (2006). Was ist postpartale Depression? In B. Wimmer-Puchinger & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression: Von der Forschung zur Praxis* (S. 11-20). Wien: Springer-Verlag.
- Schwarz, C. & Stahl, K. (2011). *Grundlagen der evidenzbasierten Betreuung*. Hannover: Staude.
- Schytt, E. & Waldenstrom, U. (2007). Risk factors for poor self-rated health in women at 2 months and 1 year after childbirth. *Journal of Women's Health*, 16(3), 390-405. doi: 10.1089/jwh.2006.0030
- Seiger, C. P. & Wiese, B. S. (2011). Social Support, Unfulfilled Expectations, and Affective Well-being on Return to Employment. *Journal of Marriage and Family*, 73(2), 446-458. doi: 10.1111/j.1741-3737.2010.00817.x
- Sheng, X., Le, H. N. & Perry, D. (2009). Perceived Satisfaction With Social Support and Depressive Symptoms in Perinatal Latinas. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(1), 35-44. doi: 10.1177/1043659609348619

- Sieber, S. (2005). *Emotionale Befindlichkeit gesunder Schwangerer - Prädiktoren und postpartale Auswirkungen*. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Stahl, K. (2008). Evidenzbasiertes Arbeiten. *Hebammenforum*: Hebammenforum.
- Taubman, O., Ben Shlomo, B. A., Ben Shlomo, S., Sivan, E. & Dolizki, M. (2009). The Transition to Motherhood—A Time for Growth. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(8), 943-970.
- Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of Depressed Mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 147-156. doi: 10.1080/10673220902899714
- Unterstützung, soziale. (2010). *Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychiatrie*. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG. Heruntergeladen von:
http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=ssoatypon8da83fcf457a354546b345b7794586ce2e14d5243357889051226&startbk=pschyrembel_ppp&bk=pschyrembel_ppp&hitnr=1&start=%2f%2f*%5B%40node_id%3D%27612964%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_ppp__%2f%2f*%5B%40attr_id%3D'ppp_artikel12839114'%5D
- Weltgesundheitsorganisation. (2007, 3.9.2007). *What is mental health?*
 Heruntergeladen von: <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>
- Yağmur, Y. & Ulukoca, N. (2010). Social support and postpartum depression in low-socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. *International Journal of Public Health*, 55(6), 543-549. doi: 10.1007/s00038-010-0182-z

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Erstellt durch die Autorin aus: Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In B. Renneberg (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. (S. 115).

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: *Datenbankrecherche*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit.
- Tabelle 2: *Ein- und Ausschlusskriterien*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit.

Tabelle 3: *Die Aspekte des Kohärenzgefühls*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit aus: Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. A. Franke, (Hrsg.). (Deutsche Übersetzung von A. Franke & N. Schulte). Tübingen: Dgvt-Verlag. (S. 34-36).

Tabelle 4: *Stressoren*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit aus: Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. A. Franke, (Hrsg.). (Deutsche Übersetzung von A. Franke & N. Schulte). Tübingen: Dgvt-Verlag.

Tabelle 5: *Psychische Beeinträchtigungen postpartum*. Leicht angepasst aus: Riecher-Rössler, A. (2006). Was ist postpartale Depression? In B. Wimmer-Puchinger & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression: Von der Forschung zur Praxis* (S. 11-20). Wien: Springer-Verlag. (S. 12).

Tabelle 6: *Übersicht Hopkins et al. (2008)*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit aus: Hopkins, J. & Campbell, S. B. (2008). Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health*, 11(1), 57-65. doi: 10.1007/s00737-008-0212-5

Tabelle 7: *Resultate Hopkins et al. (2008)*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit aus: Hopkins, J. & Campbell, S. B. (2008). Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health*, 11(1), 57-65. doi: 10.1007/s00737-008-0212-5

Tabelle 8: *Stärken und Schwächen Hopkins et al. (2008) aufgrund Beurteilung nach Stahl (2008)*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit.

Tabelle 9: *Übersicht Logsdon et al. (2001)*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit aus: Logsdon, M. C. & Usui, W. (2001). Psychosocial Predictors of Postpartum Depression in Diverse Groups of Women. *Western Journal of Nursing Research*, 23(6), 563-574. doi: 10.1177/019394590102300603

Tabelle 10: *Resultate Logsdon et al. (2001)*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit aus: Logsdon, M. C. & Usui, W. (2001). Psychosocial

Predictors of Postpartum Depression in Diverse Groups of Women.

Western Journal of Nursing Research, 23(6), 563-574. doi:

10.1177/019394590102300603

Tabelle 11: *Stärken und Schwächen Logsdon et al. (2001) aufgrund Beurteilung nach Stahl (2008)*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit.

Tabelle 12: *Übersicht Dennis et al. (2006)*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit aus: Dennis, C.-L. & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 588-599. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04059.x

Tabelle 13: *Resultate Dennis et al. (2006)*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit aus: Dennis, C.-L. & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 588-599. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04059.x

Tabelle 14: *Stärken und Schwächen Dennis et al. (2006) aufgrund Beurteilung nach Stahl (2008)*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit.

Tabelle 15: *Übersicht Heh et al. (2004)*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit aus: Heh, S.-S., Coombes, L. & Bartlett, H. (2004). The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *International Journal of Nursing Studies*, 41(5), 573-579. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.01.003

Tabelle 16: *Resultate Heh et al. (2004)*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit aus: Heh, S.-S., Coombes, L. & Bartlett, H. (2004). The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *International Journal of Nursing Studies*, 41(5), 573-579. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.01.003

Tabelle 17: *Stärken und Schwächen Heh et al. (2004) aufgrund Beurteilung nach Stahl (2008)*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit.

Tabelle 18: *Übersicht Cheng et al. (2009)*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit aus: Cheng, C.-Y. & Pickler, R. H. (2009). Effects of stress and social support on postpartum health of Chinese mothers in the United

States. *Research in Nursing & Health*, 32(6), 582-591. doi:
10.1002/nur.20356

Tabelle 19: *Resultate Cheng et al. (2009)*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit aus: Cheng, C.-Y. & Pickler, R. H. (2009). Effects of stress and social support on postpartum health of Chinese mothers in the United States. *Research in Nursing & Health*, 32(6), 582-591. doi:
10.1002/nur.20356

Tabelle 20: *Stärken und Schwächen Cheng et al. (2009) aufgrund Beurteilung nach Stahl (2008)*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit.

Tabelle 21: *Übersicht über Studienqualität und die daraus folgende Relevanz der Ergebnisse*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit.

Tabelle 22: *Beratung zu sozialer Unterstützung*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit.

Tabelle 23: *Limitationen und Stärken*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit.

Tafelverzeichnis

Tafel 1: *„Doing the month“ im chinesischen Kulturkreis*. Erstellt durch die Autorin dieser Bachelorarbeit aus:

Heh, S.-S., Coombes, L. & Bartlett, H. (2004). The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *International Journal of Nursing Studies*, 41(5), 573-579. doi:
10.1016/j.ijnurstu.2004.01.003

Holroyd, E., Katie, F. K. L., Chun, L. S. & Ha, S. W. (1997). “Doing the month”: An exploration of postpartum practices in Chinese women. *Health Care for Women International*, 18(3), 301-313. doi: 10.1080/07399339709516282

Leung, S. S. K., Martinson, I. M. & Arthur, D. (2005). Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study. *Research in Nursing & Health*, 28(1), 27-38. doi:
10.1002/nur.20053

Danksagung

Mein Dank geht an die Betreuerin dieser Bachelorarbeit, Frau Dr. Elisabeth Kurth, die mir mit ehrlichem Interesse, Denkanstössen, praktischem Rat und vielen, vielen Antworten auf meine Fragen zur Seite stand. Zudem bedanke ich mich bei meinen zahlreichen unermüdlichen Lektorinnen; besonders ohne die emotionale und instrumentelle Unterstützung von Nathalie Hofer und Alexandra Angst gäbe es diese Arbeit kaum in dieser Form. Nicht zu vergessen ist mein Mann David: Er liess die letzten Wochen geduldig über sich ergehen.

Ein spezielles Dankeschön gilt den liebevollen Grosseltern unserer Tochter. Durch ihren Einsatz konnte ich die Zeit und Ruhe finden, diese Arbeit zu schreiben.

Eigenständigkeitserklärung

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

Ort, Datum:

Unterschrift:

Anhänge

Anhang A: Ausgeschlossene Studien

Folgende drei Arbeiten wurden ausgeschlossen, obwohl sie den Auswahlkriterien entsprechen:

Ege, E., Timur, S., Zincir, H., Geçkil, E. & Sunar-Reeder, B. (2008). Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey.

Husain, N., Bevc, I., Husain, M., Chaudhry, I. B., Atif, N. & Rahman, A. (2006). Prevalence and social correlates of postnatal depression in a low income country.

Yağmur, Y. & Ulukoca, N. (2010). Social support and postpartum depression in low-socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey.

Die Daten zu den zwei türkischen (Yağmur et al., 2010; Ege et al., 2008) Studien und der pakistanischen (Husain et al., 2006) Arbeit wurden mit validierten Messinstrumenten erhoben. Sie wurden ausgeschlossen, da alle drei Studien in Entwicklungs- oder Schwellengebieten durchgeführt wurden. Die meisten Menschen in diesen Regionen sind sehr arm und das Gesundheitssystem mangelhaft (Ege et al. 2008; Husain et al., 2006). Die sozio-ökonomischen und kulturellen Verhältnisse unterscheiden sich gravierend von den Verhältnissen in der Schweiz. Die Verhältnisse in den USA und Kanada sind denen der Schweiz ähnlicher, deswegen wurde den Studien von Hopkins et al. (2008), Logsdon et al. (2001) und Dennis et al. (2006) der Vorzug gegeben.

Anhang B: Die Aspekte des Kohärenzgefühls - Ein Beispiel für die Wochenbettzeit

Mütter in der Postpartalzeit sind sehr häufig damit konfrontiert, dass sie durch die Betreuung des Kindes bedeutend weniger Zeit für die Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse haben (McVeigh, 1997).

Eine Frau mit einem hohen Ausmass an **Verstehbarkeit** kann diesen Verlust von Zeit für sich selbst vermutlich besser als temporäres Phänomen annehmen als eine Frau mit einem tiefen Ausmass an Verstehbarkeit. Hat sie ein hohes Ausmass von Verstehbarkeit, akzeptiert sie eher, dass sich mit dem Älterwerden des Kindes und dem Einspielen eines Rhythmus mehr Freiräume ergeben.

Hat eine Frau ein hohes Mass an **Handhabbarkeit**, wird sie eher die ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen nutzen als eine Frau mit einem tieferen Level an Handhabbarkeit. So wird sie beispielsweise eher Hilfe bei der Kinderbetreuung oder der Haushaltsführung suchen und annehmen, um sich einige Freiräume und Zeit für sich selbst zu schaffen.

Ein hohes Mass an **Bedeutsamkeit** kann sich darin zeigen, dass eine Frau die fehlende Zeit für die Befriedigung ihrer Bedürfnisse zwar wohl als Belastung empfindet, dies aber als Teil ihrer für sie sinnvollen Aufgabe als Mutter ansieht. Sie sieht diesen Verlust an Zeit für sich selbst eher als Investition in einen guten Lebensbeginn ihres Kindes. Hat eine Mutter ein tiefes Ausmass an Bedeutsamkeit, wird wohl die fehlende Zeit für sich selbst stärker als unangenehme schwer zu ertragende Belastung wahrnehmen.

Anhang C: Übersicht über die Messinstrumente

Instrumente zur Erhebung der sozialen Unterstützung

PPSS: Die *Postpartum Partner Support Scale* ist ein 24-Item Self-Report-Instrument und wird benutzt, um die wahrgenommene Unterstützung durch den Partner zu erfassen. Dieses Instrument erfasst drei Dimensionen (*appraisal*/emotionale, informationelle und instrumentelle Unterstützung), wurde von den Autoren der dazugehörigen Studie entwickelt (Dennis et al, 2006) und mittels Faktoranalyse validiert.

PSQ: Der *Postpartum Support Questionnaire* umfasst 2x34 Items, wobei jeweils der Grad der erhaltenen Unterstützung sowie die Wichtigkeit eines Items erfasst werden. Logsdon (Logsdon et al., 1996) untersuchte Validität und Reliabilität ihres Instruments in einer 1996 veröffentlichten Arbeit anhand der Daten aus vier

Untersuchungen. Die PSQ-Ergebnisse korrelierten mit den entsprechenden Ergebnissen von Teil II des Personal Resource Questionnaire-85, was auf eine vorhandene Validität schliessen lässt. Der PSQ wird in zwei eingeschlossenen Arbeiten verwendet (Cheng et al., 2009; Logsdon et al., 2001) und erfasst vier Dimensionen von sozialer Unterstützung (emotionale, informationelle, instrumentelle und *appraisal relevant to self-evaluation*). Das Instrument wird sowohl in Interviews als auch als Self-Report-Instrument eingesetzt.

PSSQ: Der *Postpartum Social Support Questionnaire* ist ein 50-item Self-Report-Fragebogen, der von mehreren Autoren zur Messung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung postpartum verwendet wird (Heh et al., 2004; Hopkins et al., 2008). Das Instrument wurde von Hopkins et al. (2008) per Faktoranalyse auf seine Validität hin überprüft. Gemessen werden emotionale und instrumentelle Unterstützung durch Partner, Eltern, Schwiegereltern, erweiterte Familie und Freunde. Als einziger von den eingeschlossenen Studien verwendeter Fragebogen enthält der PSSQ Items zum Hilfesuchverhalten der Mutter vorhanden (zum Beispiel „How often do you confide in ...“ oder „How much time do you spend with ...“(Hopkins et al., 2008)). Die Studie von Heh et al. (2004) verwendet eine ältere Version des PSSQ. Diese ältere Version verfügt über eine bestätigte konvergente Validität (Beere, 1990).

QRI: Das *Quality of Relationships Inventory* wird verwendet, um die Qualität der Beziehung zu einer bestimmten Person zu erfassen. Das Instrument wurde von Pierce entwickelt (Pierce, 1991, zitiert nach Dennis et al., 2006), umfasst 25 Items und wurde gemäss Pierce, Sarason, Sarason, Solky-Butzel & Nagle (1997) erfolgreich validiert. Dennis et al. (2006) verwenden eine gekürzte Version, über eine allfällige Validierung dieser Version werden keine Angaben gemacht.

SPC: Die *Social Provisions Checklist* wird benutzt, um die Wahrnehmung der Unterstützung durch den Partner zu untersuchen. Die unterschiedlichen Dimensionen (*guidance, reliable alliance, reassurance of worth, attachment, social integration, opportunity for nurturance*) werden mit insgesamt 30 Items erfasst und gilt als valide. Die SPC wurde vor dieser Studie (Dennis et al, 2006) nicht im

Bezug auf Frauen postpartum verwendet und ist daher für diese Zielgruppe nicht validiert. Die SPC kann als Self-Report-Instrument verwendet werden.

Instrumente zur Erhebung der psychischen Gesundheit

EPDS: Die *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Cox, Holden & Sagovsky, 1987) ist das am häufigsten verwendete Screeninginstrument um Mütter auf Symptome der postpartalen Depression zu untersuchen. Das 10-Item Self-Report-Instrument wurde verschiedentlich validiert (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Opjordsmoen & Samuelsen, 2001). Die EPDS ist kein Diagnoseinstrument, sondern lässt bei erhöhten Werten (je nach gewähltem Cut-Off-Point >9/10/11/12 oder >13) einen begründeten Verdacht auf eine postpartale Depression zu, der abgeklärt werden sollte. Werden verschiedene Studien verglichen, muss darauf geachtet werden, bei welchem Wert der Cut-Off-Point angesetzt wird.

CES-D: Die *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* wurde entwickelt, um als Screeninginstrument Symptome einer Depression zu erfassen (Radloff, 1977 zitiert nach Cheng et al., 2009). Höhere Werte weisen auf eine stärkere depressive Symptomatik hin; der Cut-Off-Point liegt bei >16 Punkten. Die Validität des Instrument gilt als bestätigt (Cheng et al., 2009; Logsdon et al., 2001). Über eine Validierung des Instruments für Mütter in der Postpartalzeit ist jedoch nichts bekannt.

SADS: Der *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (Endicott & Spitzer, 1978) ist ein standardisiertes Interview zur Diagnose von psychischen Erkrankungen. Das Instrument gilt als validiert (Hopkins et al., 2008). Da der SADS nicht für Mütter mit Säuglingen entwickelt wurde, passten Hopkins et al., (2008) ihn für ihre Studie so an, dass sie gewisse Symptome einer Depression wie nächtliches Aufwachen, die für diese Stichprobe direkt auf die Versorgung des Kindes zurückzuführen sind, aus dem SADS ausklammerten. Die angepasste Version wurde nicht neu validiert.

Anhang D: Evidenzbasierte Betreuung – Fünf Schritte zur Entscheidungsfindung

- 1. Frage formulieren:** Das, was die Frau wissen möchte, wird so als Frage formuliert, dass eine Suche nach wissenschaftlichen Studien zu dem Thema auch gelingen kann. Es geht hier also darum, herauszufinden, was genau für die Frau wichtig ist.
- 2. Evidenz suchen:** In geeigneten Datenbanken wird zu der formulierten Frage nach Übersichtsarbeiten oder Einzelstudien gesucht.
- 3. Evidenz bewerten:** Die Studien werden auf ihre Qualität, Relevanz und Brauchbarkeit geprüft.
- 4. Entscheidung treffen:** Die Studienergebnisse werden im Licht der Gesamtsituation mit der Frau besprochen, potentielle Vor- und Nachteile gegeneinander abgewogen und schliesslich die Entscheidung gemeinsam in der für die Frau optimalen Weise getroffen.
- 5. Evaluation:** Mit etwas Abstand werden die Entscheidung und die Schritte, die dort hin geführt haben, auf ihre Stärken und Schwächen geprüft.

Schwarz & Stahl (2011), S. 11.

Anhang E: Glossar

ANOVA	Varianzanalyse (analysis of variance); Stellt fest, ob Unterschiede zwischen Mittelwerten bestehen. Es können Daten von zwei oder mehreren Gruppen untersucht werden. Es existieren verschiedene Arten von ANOVA.
Ätiologie	Lehre von den Ursachen einer Krankheit
Bias	Eine Verzerrung bzw. ein Bias besteht in einem Fehler der Datenerhebung, der zu fehlerhaften Ergebnissen einer Untersuchung führt. Die Ursachen sind zahlreich (Teilnehmerauswahl, Setting, Forschende, etc.)
Bool'sche Operatoren	Die Bool'schen Operatoren sind logische Operatoren, durch welche in den Eingabefeldern der meisten Suchmaschinen und Datenbanken Verknüpfungen zwischen Schlagworten hergestellt werden können.
Cut-Off-Point	Der Cut-Off-Point ist der Wert in einem quantitativen diagnostischen Test, der zwischen zwei Testergebnissen (positiv, negativ) unterscheidet und damit die befragte/untersuchte Person einem der zwei untersuchten Zuständen (z.B. krank vs. nicht krank oder Erkrankung 1 vs. Erkrankung 2) zuordnet.
deskriptives Design	Es findet keine Zuordnung zu einer Interventions- und Kontrollgruppe statt. Die Ergebnisse sind beschreibend. Aussagen zu Ursache-Wirkungs-Beziehungen sind nicht möglich.
Drop-out Quote	Anteil derjenigen, die nicht bei allen Erhebungen befragt werden konnten, die nicht bis zum Schluss teilnahmen.
Entropie	In die Sozialwissenschaften fand der Begriff der Entropie Eingang sowohl als physikalische Zustandsgrösse als auch als ein Mass aus der Informationstheorie. Entropiezunahme verringert die Veränderungsfähigkeit eines Systems: Ein System mit niedriger Entropie kann sich leichter ohne Belastung seiner Umwelt verändern als ein System mit hoher Entropie. Ein System mit maximaler Entropie kann sich aus eigener Kraft überhaupt nicht mehr verändern.
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale. Instrument mit welchem Mütter auf Symptome der postpartalen Depression

	gescreent werden. (Siehe Anhang C)
Face-to-Face Interview	Persönliche Befragung
Faktoranalyse	Die Faktoranalyse, ist ein Verfahren der multivariaten Statistik. Es dient dazu, aus empirischen Beobachtungen vieler verschiedener manifester Variablen (Observablen, Items) auf wenige zugrunde liegende latente Variablen („Faktoren“) zu schliessen.
Follow-up Periode	Zeit in welcher Folge-Erfassungen von Werten mit den selben Teilnehmerinnen durchgeführt werden
Gelegenheitsstichprobe (convenience Sample)	Stichprobe, die willkürlich und nicht nach dem Zufallsverfahren ausgewählt wurde.
Gesundheitsförderung	umfasst Massnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen erreicht werden soll.
Hypomanie, hypomanisch	Die Hypomanie bezeichnet eine abgeschwächte Form der Manie mit einer leicht gehobenen Grundstimmung und gesteigertem Antrieb. Sie kann gleichzeitig mit Veränderungen im Denken im Sinne eines sprunghafteren, assoziativeren Denkens und Veränderungen der Psychomotorik, des Schlafbedürfnisses und des Appetits verbunden sein.
Hypothyreose	Mangelnde Versorgung des Körpers mit den Schilddrüsenhormonen Trijodthyronin und Thyroxin. Meist ist eine Unterfunktion der Schilddrüse dafür verantwortlich.
informed Consent	Die von Information und Aufklärung getragene Einwilligung des Teilnehmers/Patienten
Item	Einzelne Testfrage oder Testaufgabe in einem psychologischen Test
kausal	Ursächlich begründet
komparatives Design	Untersucht welche Unterschiede zwischen zwei Gruppen hinsichtlich bestimmter Variablen bestehen.
Korrelation, negative	Eine Korrelation beschreibt die Beziehung zwischen zwei oder mehreren Merkmalen. Korrelieren zwei Merkmale fällt der eine Wert bei Anstieg des anderen Wertes ab und umgekehrt.
Korrelation, positive	Eine Korrelation beschreibt die Beziehung zwischen zwei oder mehreren Merkmalen. Korrelieren zwei Merkmale positiv, steigt bei einem Anstieg des einen Wertes, der andere ebenfalls an.
korrelationelles Design	Untersucht Zusammenhänge zwischen Faktoren

Längsschnittdesign	Messungen werden zu mehreren Zeitpunkten vorgenommen, so dass ein Verlauf verfolgt werden kann.
Limitationen	Grenzen, Einschränkungen,
Literaturreview, systematisches	Übersichtsarbeit. Bei dieser Form werden systematisch und anhand genau definierter Kriterien relevante Studien zu einer Frage gesucht und kritisch beurteilt.
longitudinales Design	Siehe Längsschnittdesign
Manie, manisch	Eine Manie (von altgriechisch μανία maníā „Raserei, Wut, Wahnsinn“) ist eine affektive Störung und verläuft meist phasenweise. Der Antrieb und die Stimmung sind in einer Manie weit über dem Normalniveau.
Metaanalyse	Sammelbegriff für statistische Verfahren, mit denen Ergebnisse mehrerer Studien zusammengefasst werden.
multiple Regressionsanalyse	Variante der Regressionsanalyse. Die Regressionsanalyse ist das Analyseverfahren zur Errechnung einer Regression in Form einer Regressionsgeraden bzw. -funktion. Die Regression gibt an, welcher gerichtete lineare Zusammenhang zwischen zwei oder mehr Variablen besteht.
multiple Regressionsanalyse, hierarchische	Variante der Regressionsanalyse. Die Regressionsanalyse ist das Analyseverfahren zur Errechnung einer Regression in Form einer Regressionsgeraden bzw. -funktion. Die Regression gibt an, welcher gerichtete lineare Zusammenhang zwischen zwei oder mehr Variablen besteht.
n	Stichprobengröße
Negativitäts-Bias	Verzerrung durch verstärkte Wahrnehmung als negativ empfundener Faktoren
nicht-experimentelle Studie	Auch deskriptive Studie; Studie bei der keine Zuordnung der Teilnehmerinnen zu einer Interventions- oder Kontrollgruppe stattfindet. Die Ergebnisse sind beschreibend. Aussagen zur Ursache-Wirkungs-Beziehung sind nicht möglich.
Path-Analyse	Oder Pfadanalyse; bezeichnet in der Statistik eine Form der Untersuchung der Abhängigkeiten zwischen Variablen. Im Rahmen der Pfadanalyse werden Pfadmodelle, d.h. theoretisch hergeleitete Modelle kausaler Zusammenhänge zwischen Variablen, empirisch überprüft.
Pearson-Korrelationskoeffizient	Auch Korrelationskoeffizient, Korrelationswert oder Produkt-Moment-Korrelation ist ein dimensionsloses Mass

	für den Grad des linearen Zusammenhangs zwischen zwei mindestens intervallskalierten Merkmalen. Er kann Werte zwischen -1 und $+1$ annehmen. Bei einem Wert von $+1$ (bzw. -1) besteht ein vollständig positiver (bzw. negativer) linearer Zusammenhang zwischen den betrachteten Merkmalen. Wird mit r notiert.
Post-hoc-Tests	Post-Hoc-Tests sind Signifikanztests aus der mathematischen Statistik. Die Post-Hoc-Tests geben entweder mit paarweisen Mittelwertvergleichen oder mit Teilgruppenvergleiche Auskunft, welche Mittelwerte sich signifikant voneinander unterscheiden.
postpartum	Nach der Geburt des Kindes
Powerkalkulation	Statistische Methode zur Berechnung einer notwendigen Stichprobengröße für die Erreichung einer Power von minimal 0.80 . Dies wird als Gütekriterium für die Aussagekraft einer Arbeit verstanden. Die Berechnung erfolgt auf Grund verschiedener statistischer Größen.
Prädiktoren	Daten, auf welche sich Prognosen stützen.
Prävalenz	Sagt aus, wie viele Menschen einer bestimmten Gruppe (Population) definierter Größe an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind.
Prävention	Massnahmen um die Verbreitung einer Krankheit zu verhindern, um eine Krankheit einzudämmen
Progesteron	Auch Gelbkörperhormon genannt. Sexualhormon, das während der Schwangerschaft von der Plazenta gebildet wird. Ist in der Schwangerschaft in bedeutend grösserer Menge vorhanden als im nicht-schwangeren Zustand.
psychotische Störung	Als psychotische Störung oder Psychose bezeichnet man eine schwere psychische Störung, die mit einem zeitweiligen weitgehenden Verlust des Realitätsbezugs einhergeht.
p-Wert	Der p-Wert ist ein Wert zwischen Null und Eins, bestimmt durch die gezogene Stichprobe. Er deutet an, wie glaubhaft es ist, ein solches Stichprobenergebnis zu erhalten, wenn die Nullhypothese wahr ist und damit umgekehrt, wie glaubhaft die Nullhypothese bei Erhalt dieses Stichprobenergebnisses ist. Das Signifikanzniveau legt fest, bei welchen p-Werten von signifikanten Resultaten

quantitative Studie	<p>gesprochen werden kann.</p> <p>Quantitative Forschungsarbeiten benutzen quantitative Methoden zur numerischen Darstellung empirischer Sachverhalte. Dies betrifft unter anderem Stichprobenauswahl, Datenerhebung und -analyse.</p>
Querschnittstudie	<p>In der empirischen Forschung spricht man von einem Querschnitt (engl. Cross-sectional data) bzw. von einer Querschnitt(s)studie oder Querschnittsdesign, wenn eine empirische Untersuchung einmalig durchgeführt wird. So entstehen gesellschaftliche „Momentaufnahmen“ von derzeit gültigen Fakten, Meinungen oder Verhaltensweisen.</p>
Review Board	<p>Ethikkommission; Bewilligt und überwacht Forschungsprojekte.</p>
r-Wert	<p>Siehe Pearson-Korrelationskoeffizient</p>
Schizo-affektive Störung, schizo-affektiv	<p>Die schizoaffektive Störung ist eine psychische Störung, die Symptome der Schizophrenie und der manisch-depressiven Störung (bipolaren affektiven Störung) in sich vereint. Zusätzlich zu Symptomen einer affektiven Störung wie Depression oder Manie treten hier Symptome aus dem schizophrenen Formenkreis wie Wahn oder Halluzinationen auf.</p>
Schizophrenie, schizophren	<p>Schizophrenie (von altgriechisch σχίζειν s'chizein „abspalten“ und φρήν phrēn „Seele, Zwerchfell“) ist eine schwere psychische Erkrankung. Sie ist durch Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und der Affektivität gekennzeichnet. Die „Negativsymptome“ der Schizophrenie beinhalten z. B. Depressionen und Antriebsmangel. Es werden verschiedene Erscheinungsformen unterschieden.</p>
Signifikanzniveau	<p>Das a priori festzulegende Quantil der maximal zulässigen Irrtumswahrscheinlichkeit wird als Signifikanzniveau (alpha, griech.) bezeichnet. So bedeutet beispielsweise $\alpha=0.5$, dass die maximal zulässige Wahrscheinlichkeit dafür, eine eigentlich richtige Nullhypothese irrtümlich abzulehnen (sogenannter Fehler 1. Art) 5 % beträgt.</p>
soziale Erwünschtheit	<p>Eine Art von Bias (siehe Bias). Die Befragten möchten vermeiden, sich selbst „unnormale“ oder extreme Ansichten</p>

	zuzugestehen und geben daher nicht ihre tatsächliche Ansicht wieder. Stattdessen geben die Befragten eine Antwort, von der Sie annehmen, dass diese gesellschaftlich akzeptiert ist.
statistisch signifikant	Liegt p (siehe p -Wert) unter dem Signifikanzniveau (siehe Signifikanzniveau), gilt ein Ergebnis als statistisch signifikant. Es wird davon ausgegangen, dass das Ergebnis nicht zufällig zustande gekommen ist.
t-Test	Statistisches Verfahren. Der t-Test ist ein Hypothesentest, mit dem Annahmen über den Erwartungswert einer oder mehrerer Grundgesamtheiten mit unbekannter Standardabweichung überprüft werden können.
Validität	Die Validität ist ein Kriterium für die Gültigkeit einer wissenschaftlichen Untersuchung und deren Ergebnissen. Eine Untersuchung ist valide, wenn wirklich das gemessen wurde, was gemessen werden sollte bzw. wenn die erhobenen Daten auch tatsächlich die Fragen beschreiben, die erforscht werden sollten
Varianz	Die Varianz ist ein Streuungsmass, welches die Verteilung von Werten um den Mittelwert kennzeichnet.
Varianzanalyse	Siehe ANOVA

Anhang F: Studienbeurteilungen nach Stahl (2008)

Hopkins, J. & Campbell, S. B. (2008). Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period.

Titel	
<i>Gibt der Titel den Inhalt der Studie eindeutig wieder?</i>	Der Titel der der Arbeit beschreibt deutlich, dass es um die Entwicklung und Validierung eines Instruments zur Erfassung von sozialer Unterstützung geht. Der sekundäre Zweck der Arbeit, der Vergleich der PSSQ-Werte depressiver Frauen mit den Werten nicht depressiver Frauen, wird nicht erwähnt.
Abstract	
<i>Ist ein Abstract vorhanden?</i>	Abstract ist vorhanden (Summary).
<i>Gibt er eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie (Ziel, Methoden, wichtigste Ergebnisse, Schlussfolgerung)?</i>	Die Teile der Studie sind nicht einzeln benannt, jedoch finden alle Teile in diesem Summary ihren Platz. Die Zusammenfassung erscheint klar und logisch. Es wird nicht angegeben, wo die Studie durchgeführt wurde.
Hintergrund	
<i>Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben?</i>	Es fällt auf, dass die Autoren sich seit Jahren mit diesem Instrument beschäftigen. Viele in den Hintergrundinformationen benannte Arbeiten gehen 20 bis 30 Jahre zurück. Die gegebenen Informationen scheinen stimmig und sinnvoll.
Literaturreview	
<i>Wird der aktuelle Forschungsstand (bisher verfügbare Studien) zum Thema umfassend, logisch und verständlich dargestellt?</i>	In der Einleitung leiten die Autoren glaubwürdig her, dass aufgrund des Wissensstands davon ausgegangen werden kann, dass soziale Unterstützung die Adaptation an die Mutterrolle erleichtern und fehlende soziale Unterstützung die Entwicklung einer postpartalen Depression begünstigen kann. Es werden Unterschiede in den Ergebnissen aufgezeigt, wobei erwähnt wird, dass diese Unterschiede wohl auch darauf zurückzuführen sind, dass kein einheitliches Instrument zur Erfassung der sozialen Unterstützung benutzt wird. Ansonsten wird die Literatur nicht kritisch untersucht. Es werden nur drei Studien aus dem Jahr 2000 und jünger benannt. Dies scheint für die Beleuchtung des aktuellen Wissensstandes eher mager zu sein.
<i>Stehen die dargestellten Studien im Zusammenhang mit der Forschungsfrage? – Von wann sind die Studien?</i>	Die Literatur geht bis in die 80er-Jahre zurück. Das Instrument wurde zu dieser Zeit entwickelt. Die Studien stehen sinnvoll mit der Forschungsfrage im Zusammenhang. Nur drei Studien sind aus dem Jahr 2000 oder jünger.
<i>Wird die bisherige verfügbare Literatur lediglich beschrieben und zusammengefasst oder wird sie kritisch diskutiert? Werden auch eventuell Widersprüche oder Lücken aufgezeigt?</i>	Es werden Unterschiede in den Ergebnissen aufgezeigt, wobei erwähnt wird, dass diese Unterschiede wohl auch darauf zurückzuführen sind, dass kein einheitliches Instrument zur Erfassung der sozialen Unterstützung benutzt wird. Ansonsten wird die Literatur nicht kritisch untersucht. Als Hauptkritikpunkt oder -lücke wird das fehlende einheitliche Instrument benannt.
Ziel der Studie und Forschungsfrage	
<i>Wird das Ziel der Studie klar formuliert?</i>	Das Ziel der Studie, nämlich die Beschreibung der Entwicklung des <i>Postpartum Social Support Questionnaire</i> (PSSQ) und dessen Validierung wird klar genannt.

<i>Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?</i>	Der Bedarf eines solchen Instruments wird in der Einleitung hergeleitet. Die Begründung dafür sei, dass bisher kein Instrument entwickelt worden sei, welches besonders auch nach Unterstützung bei der Kinderbetreuung (sowohl instrumentell als auch emotional) fragt. Dies obwohl es Hinweise dafür gebe, dass Zusammenhänge zwischen Stressoren, die aus der Kinderbetreuung resultieren, und der Entwicklung der postpartalen Depression bestehen.
Definition des Untersuchungsgegenstandes	
<i>Wird der zu untersuchende Gegenstand klar definiert?</i>	Hauptuntersuchungsgegenstand ist die Validität des Messinstruments. Überprüft wird diese anhand folgender Daten: Untersucht werden die PSSQ-Ergebnisse 2, 4, 6 und 12 Monate postpartum. Verglichen werden die Ergebnisse der Frauen, die mittels SADS zwei Monate postpartum eine Postpartale Depression diagnostiziert bekamen, und die Ergebnisse der nicht-depressiven Frauen.
Methode	
Forschungsansatz	
<i>Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?</i>	Für die zugrundeliegende Studie wurde ein quantitativer Ansatz gewählt, da die PSSQ-Ergebnisse zweier Gruppen (depressiv und nicht-depressiv) miteinander verglichen werden.
<i>Ist der Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?</i>	Ein komparatives Längsschnittdesign macht Sinn, wenn die Ergebnisse zweier Gruppen (depressiv / nicht-depressiv 2 Monate postpartum) bezüglich bestimmter Faktoren (PSSQ-Werte und Werte der Unterkategorien) an mehr als einem Zeitpunkt verglichen werden sollen. Für die Validierung des Instruments wurden die gängigen statistischen Verfahren angewendet.
Studiendesign	
<i>Wird deutlich, welches Studiendesign (zum Beispiel eine randomisierte, kontrollierte Studie, eine nicht-experimentelle, deskriptive Studie etc.) gewählt wurde, und wurde die Wahl begründet?</i>	Es wird nicht explizit benannt oder begründet, es wird ein nicht-experimentelles komparatives Design verwendet.
<i>Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?</i>	Ja, werden zu mehreren Zeitpunkten erhobene Daten von zwei Gruppen ohne Intervention verglichen, ist dies ein Design.
Setting	
<i>In welchem Setting wurde die Studie durchgeführt?</i>	Die ersten drei Erhebungen wurden bei den Teilnehmerinnen zu Hause durchgeführt. Die vierte an einer Universität (Labor). Die Erhebungen wurden jeweils von instruierten Fachpersonen geleitet. Das Setting scheint geeignet, da sich die Frauen in ihrem gewohnten Umfeld bestimmt am wohlsten fühlen.
<i>Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?</i>	Das Setting scheint geeignet, da sich die Frauen in ihrem gewohnten Umfeld bestimmt am wohlsten fühlen. Warum die letzte Erhebung (12 Monate) im Labor stattfand, ist nicht ersichtlich. Durch das unterschiedliche Setting bei dieser letzten Messung sind Verzerrungen der Ergebnisse denkbar.
Teilnehmerinnen/Stichprobe	
<i>Wie gross ist die Stichprobe?</i>	126

<i>Wurde die erforderliche Stichprobengrösse vorab berechnet, das heisst wurde eine so genannte Powerkalkulation durchgeführt (nur bei quantitativen Studien)?</i>	Ist nicht beschrieben.
<i>Wie wurden die Teilnehmerinnen ausgewählt?</i>	Die Studie war Teil einer grösseren Studie. Die Frauen wurden aus dem Einzugsgebiet einer Klinik rekrutiert. Von den 1403 in Frage kommenden Frauen wurden 126 Frauen von den Autoren der übergreifenden Studie ausgewählt. Welche Kriterien dabei galten, erschliessen sich dem Leser dieser Studie nicht. Die Teilnehmerzahlen an den Datenerhebungspunkten sind 119, 106 und 114 bei 4, 6 und 12 Monaten.
<i>War das Auswahlverfahren geeignet?</i>	Lässt sich nicht nachvollziehen, da das Verfahren nicht genügend beschrieben ist.
<i>Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?</i>	Einschlusskriterien waren: Zusammenleben mit einem Partner, zwischen 18 und 40 Jahre alt, mindestens ein High-School-Abschluss, Erstgebärende, termingeborenes, gesundes Einlingskind ohne grössere Komplikationen. Nur Frauen weisser Hautfarbe sind in der Stichprobe enthalten. Ob dies gewollt oder zufällig ist, wird nicht erläutert.
<i>Wie viele Personen wurden um die Teilnahme gebeten und wie viele haben warum abgelehnt?</i>	Nicht ersichtlich
Nur bei Vergleichsstudien (Fragen, die nur für Interventionsstudien relevant sind, wurden weggelassen)	
<i>Wurde getestet, ob die Gruppen in allen Merkmalen bis auf die Intervention vergleichbar sind oder gab es Unterschiede (zum Beispiel im durchschnittlichen Alter), die das Ergebnis beeinflusst haben könnten?</i>	Die Autoren geben an, die depressiven Frauen würden sich demographisch nicht von den nicht-depressiven Frauen unterscheiden. Benannt werden Alter, Bildung und Berufstätigkeit. Andere möglichen Einflussfaktoren wie vorangehende psychische Schwierigkeiten oder die Anzahl Kinder werden nicht benannt.
Datenerhebung	
<i>Wie und wann wurden die Daten erhoben?</i>	Die ersten drei Erhebungen wurden bei den Teilnehmerinnen zu Hause durchgeführt. Die vierte an einer Universität (Labor). Die Erhebungen wurden jeweils von instruierten Fachpersonen geleitet. Das Setting scheint geeignet, da sich die Frauen in ihrem gewohnten Umfeld bestimmt am wohlsten fühlen. Warum die letzte Erhebung (12 Monate) im Labor stattfand, ist nicht ersichtlich. Wann die Erhebung stattfand wird in dieser Arbeit nicht ersichtlich. Die früheste Arbeit, welche Daten aus dieser Studie verwendet wurde 1991 veröffentlicht.
<i>War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?</i>	Die Methode zur Datenerhebung scheint geeignet, da die Erhebung an drei von vier Zeitpunkten bei den Frauen zu Hause stattfand, sowie jeweils von instruierten Personen durchgeführt wurde.
<i>Wird das Instrument der Datenerhebung (zum Beispiel Fragebogen, Interviewleitfaden) beschrieben?</i>	Die Instrumente werden sehr genau beschrieben (PSSQ und SADS)
<i>Wenn es sich bei dem Instrument um ein bestehendes handelt (wie zum Beispiel die Edinburgh Postnatal Depression Scale 6) oder es aus einem bestehenden</i>	Zum SADS werden die Quellen angegeben, der PSSQ wurde von den Autoren entwickelt.

<i>abgeleitet wurde, ist die Quelle angegeben?</i>	
<i>Wenn das Instrument verändert wurde, gibt es hierfür eine Begründung und sind die Veränderungen benannt?</i>	Das SADS-Interview wurde für diese Stichprobe von Frauen in der Postpartalzeit so angepasst, dass Symptome, die eindeutig durch das Kind verursacht werden (benannt wird häufiges Aufwachen in der Nacht) nicht als Symptome einer Depression gewertet wurden.
<i>Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?</i>	Die Autoren beschreiben die Validierung des Instruments PSSQ sehr genau.
<i>Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein entsprechendes Training (zum Beispiel eine Interviewerschulung) stattgefunden?</i>	Zu den PSSQ-Datenerhebungen beschreiben die Autoren kein Training. Die SADS-Interviews wurden jedoch von erfahrenen Fachpersonen durchgeführt (Sozialarbeiter und Psychologiedoktoranden). Zudem wurden die Interviews auf Tonband aufgenommen und jeweils von zwei Interviewern in Einzelarbeit ausgewertet.
<i>Welche Rolle spielten die Forscherinnen bei der Datenerhebung?</i>	Soweit ersichtlich spielen die Forscher bei der Erhebung der Daten keine Rolle.
<i>Wenn die Daten von mehreren Personen erhoben wurden, wurden Anstrengungen unternommen, dass die Datenerhebung durch alle gleich erfolgte?</i>	Der PSSQ ist ein vorgegebener Fragebogen und das SADS ein strukturiertes Interview. Zudem sind im zweiten Fall die Interviewer geschult.
<i>Wie wurden die Daten festgehalten?</i>	PSSQ: Wird nicht benannt SADS: Tonband
Ethische Aspekte	
<i>Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?</i>	Die Studie wurde vom <i>University of Pittsburgh Internal Review Board</i> genehmigt.
<i>Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurden sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?</i>	Es wird beschrieben, dass die möglichen Teilnehmerinnen in einem Brief über die übergreifende Studie informiert wurden. Ein informed Consent wurde gegeben.
<i>Wurde für die Teilnehmerinnen deutlich, dass die Teilnahme freiwillig ist und sich keine Nachteile für sie ergeben, wenn sie die Teilnahme ablehnen oder im Verlauf der Studie abbrechen?</i>	Ist nicht ersichtlich.
<i>Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?</i>	Ist nicht ersichtlich
Datenanalyse	
<u>Quantitative Studien</u>	
<i>Sind die statistischen Analyseverfahren (sowie das Computerprogramm zur Auswertung) klar benannt?</i>	Die statistischen Verfahren sind jeweils klar benannt, das zur Berechnung und Auswertung verwendete Computerprogramm wird jedoch nicht angegeben.
<i>Sind die statistischen Tests für die Daten geeignet?</i>	Die statistischen Test sind für die Daten deren Auswertung geeignet (t-Test für Vergleich, verschiedenen Verfahren zur Validierung des Instruments)
<i>Wird das Signifikanzniveau benannt?</i>	Das Signifikanzniveau wird nicht angegeben, Werte mit $p < 0.05$ sowie $p < 0.01$ werden unterschiedlich

	gekennzeichnet
Ergebnisse	
<i>Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?</i>	Die Ergebnisse werden sowie im Fliesstext als auch tabellarisch übersichtlich und verständlich dargestellt. Es ist eindeutig, welche Daten zur Validierung des PSSQ gehören und welche Ergebnisse sich auf den Vergleich der PSSQ-Werte der depressiven, resp. nicht-depressiven Frauen beziehen. Die Ergebnisse besagen, bei allen Messungen Frauen mit Depressionen signifikant weniger Unterstützung durch den Partner angeben und 6 Monate postpartum signifikant weniger Unterstützung durch Freunde und entfernte Verwandte. Aus den übrigen Daten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.
<i>Sind alle erhobenen Daten in die Auswertung einbezogen worden?</i>	Es scheinen keine Daten ausgelassen worden zu sein.
<i>Bei der Verwendung von Fragebögen: Wie war die Rücklaufquote (sollte mindestens bei 65 Prozent liegen)?</i>	Face-to-Face, keine Rücklaufquote
<i>Wie viele der in die Studie aufgenommenen Teilnehmerinnen waren am Ende noch dabei (Ausfallrate)?</i>	Von den ursprünglich 126 Frauen bei 4, 6 und 12 Monaten jeweils 119, 106 und 114 Datensätze. Ein Verlust von 20 Datensätzen bedeutet eine Ausfallrate von 15.9%.
<i>Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie benannt?</i>	Gründe für das Ausscheiden der einzelnen Teilnehmerinnen werden nicht angegeben.
<i>Werden die Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben?</i>	Nein.
<i>Gibt es Fehler oder Inkonsistenzen in den Ergebnissen?</i>	Nicht erkennbar
<i>Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?</i>	Die Tabellen sind sehr übersichtlich und gut verständlich.
<i>Stimmen die Aussagen im Text mit den Grafiken und Tabellen überein?</i>	Ja.
Diskussion	
<i>Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert?</i>	Einerseits werden die Ergebnisse der Daten zur Validierung des Instruments diskutiert, welche nahelegen, dass das Instrument valide ist. Andererseits werden die Resultate des Vergleichs der zwei Gruppen besprochen.
<i>Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien diskutiert (Übereinstimmungen und Unterschiede)?</i>	Die Übereinstimmung mit der früheren Literatur was die Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und Depression im Postpartum angeht wird benannt. Die Autoren heben hervor, dass diese Studie aufzeigt, dass die Unterstützung durch den Partner den wichtigsten Faktor darstellt.
<i>Werden die Grenzen der Studie benannt?</i>	Als Limitationen wird die homogene Stichprobe angegeben, welches die Übertragbarkeit fraglich macht. Zudem werde die wahrgenommene Unterstützung erfragt, wobei vermutet werden könne, dass Frauen mit einer Depression, die soziale Unterstützung, die sie erhalten weniger wahrnehmen. Die Autoren argumentieren, dass dann wohl die Werte der depressiven Frauen für die Unterstützung durch Familie oder Freunde ebenfalls signifikant tiefer hätten sein müssen, was sie nur an einem Messzeitpunkt waren (6 Monate).
<i>Sind eventuelle Fehler benannt und</i>	Fehler werden keine beschrieben

<i>werden Vorschläge gemacht, wie diese in Zukunft vermieden werden können?</i>	
<i>Wird die klinische Relevanz der Ergebnisse diskutiert?</i>	Ja, die Autoren empfehlen, in der Präventionsarbeit gegen die postpartale Depression auf eine verstärkte Unterstützung durch den Partner hin zu arbeiten.
Schlussfolgerungen und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis	
<i>Lassen sich die Schlussfolgerungen/Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?</i>	Ja, die Autoren empfehlen, in der Präventionsarbeit gegen die postpartale Depression auf eine verstärkte Unterstützung durch den Partner hin zu arbeiten
<i>Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?</i>	Die Autoren konkretisieren ihre Vorstellungen nicht, die Idee, die Partner der Frauen zu mehr sozialer Unterstützung anzuregen, scheint jedoch umsetzbar.
<i>Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung?</i>	Ja, die Autoren fänden es sinnvoll, weitere Forschung dieser Art zu betreiben um auch Daten von Frauen anderer demographischer und kultureller Hintergründe zu erhalten.
Literatur und andere Angaben	
<i>Sind die Literaturangaben eindeutig?</i>	Ja.
<i>Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben?</i>	Ja.
Sonstiges	
<i>Von wem wurde die Studie finanziert?</i>	S. B. Campbell erhielt einen NIMH (National Institute of Mental Health) Grant um diese Studie zu finanzieren
<i>In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt (zum Beispiel Teil eines Studiums, Auftragsforschung)?</i>	Nicht ersichtlich
<i>Gibt es Interessenkonflikte, die einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben könnten (zum Beispiel Interessen des Sponsors, Durchführung der Studie am eigenen Arbeitsplatz)?</i>	Nicht ersichtlich.

Logsdon, M. C. & Usui, W. (2001). Psychosocial Predictors of Postpartum Depression in Diverse Groups of Women

Titel	
<i>Gibt der Titel den Inhalt der Studie eindeutig wieder?</i>	Der Titel impliziert nicht, dass hier ein kausales Modell getestet wird.
Abstract	
<i>Ist ein Abstract vorhanden?</i>	Ja
<i>Gibt er eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie (Ziel, Methoden, wichtigste Ergebnisse, Schlussfolgerung)?</i>	Das Abstract ist im Fliesstext verfasst und gibt einen klar strukturierten Überblick über die Arbeit. Die Information über das Durchführungsland fehlt.
Hintergrund	
<i>Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben?</i>	Ja, die Autoren bieten einen Überblick zu den vermuteten Ursachen und den Auswirkungen der PPD auf Frau und Familie und stellen ihr Modell und die untersuchten Faktoren vor (soziale Unterstützung und Nähe zum Partner sowie Selbstvertrauen).
<u>Literaturreview</u>	

<i>Wird der aktuelle Forschungsstand (bisher verfügbare Studien) zum Thema umfassend, logisch und verständlich dargestellt?</i>	Der aktuelle Forschungsstand zu den jeweiligen Faktoren und den Zusammenhängen ist grösstenteils logisch dargestellt. Jedoch vermischen die Autoren (S.565) die beiden Faktoren <i>soziale Unterstützung</i> und <i>Nähe zum Partner</i> und belegen in Folge die Wichtigkeit einer adäquaten Unterstützung der Mutter durch den Partner. Die Unterstützung durch den Partner wird durch den PSQ jedoch nicht gesondert erfasst, die Unterstützung durch den Partner wird in dieser Arbeit nicht untersucht.
<i>Stehen die dargestellten Studien im Zusammenhang mit der Forschungsfrage? – Von wann sind die Studien?</i>	Es ist nachvollziehbar, warum die dargestellten Studien angeführt werden. Etwa die Hälfte der referenzierten Arbeiten geht weiter als 10 Jahre vor das Datum der Veröffentlichung der Studie zurück. Dies wird von den Autoren nicht begründet.
<i>Wird die bisherige verfügbare Literatur lediglich beschrieben und zusammengefasst oder wird sie kritisch diskutiert? Werden auch eventuell Widersprüche oder Lücken aufgezeigt?</i>	Die verfügbare Literatur wird hauptsächlich beschrieben. Kritik wird keine geübt, die Autoren geben jedoch an, dass zu den Prädiktoren von PPD in Frauen in besonderen Stresssituationen widersprüchliche Aussagen zu finden sind.
Ziel der Studie und Forschungsfrage	
<i>Wird das Ziel der Studie klar formuliert?</i>	In der Einleitung wird das Ziel der Studie, nämlich das Testen des Modells, benannt. Genauer beschreiben die Autoren drei Hypothesen, die sie testen. <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Effekte von Nähe zum Partner, Selbstvertrauen, Wichtigkeit der Unterstützung und erhaltener Unterstützung auf die PPD werden sich in den drei Stichproben nicht signifikant unterscheiden 2. Nähe zum Partner, Wichtigkeit der Unterstützung und erhaltenen Unterstützung haben sowohl direkte, als auch – über das Selbstvertrauen – indirekte Effekte auf die PPD. 3. Frauen, die sich ihrem Partner nahe fühlen, die Unterstützung für wichtig befinden, viel Unterstützung erhalten und ein grosses Selbstvertrauen haben, haben tiefere PPD-Werte
<i>Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?</i>	Die Forschungsfrage wird so begründet, dass diese Untersuchung Aussagen dazu liefern kann, welche gleichbleibenden oder andersartigen Beziehungen zwischen den Variablen in verschiedenen Stichproben bestehen. Dies sei wichtig, da besonders für Mütter in besonderen Stresssituationen keine eindeutigen Resultate vorhanden sind.
Definition des Untersuchungsgegenstandes	
<i>Wird der zu untersuchende Gegenstand klar definiert?</i>	Zu untersuchen ist, inwiefern das vorgestellte Modell die Daten der drei Stichproben erklärt. Dazu stellen die Autoren obengenannte drei Hypothesen auf.
Methode	
Forschungsansatz	
<i>Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?</i>	Es wird klar, dass ein quantitativer Ansatz gewählt wurde, da die Beziehungen zwischen Faktoren untersucht werden soll. Begründet wird dies jedoch nicht.
<i>Ist der Forschungsansatz für das Ziel der</i>	Der qualitative Ansatz ist angebracht.

<i>Studie angemessen?</i>	
Studiendesign	
<i>Wird deutlich, welches Studiendesign (zum Beispiel eine randomisierte, kontrollierte Studie, eine nicht-experimentelle, deskriptive Studie etc.) gewählt wurde, und wurde die Wahl begründet?</i>	Die Autoren geben an, ein deskriptives Querschnittsdesign verwendet zu haben. Begründet wird diese Wahl nicht.
<i>Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?</i>	Es ist fraglich ob die Daten aus einem deskriptiven Querschnittsdesign geeignet sind, um ein kausales Modell zu testen, da dies bedeutet, dass Kausalaussagen getroffen werden. Nach Stahl (2008) ist dies aus einem solchen Design nicht zulässig.
Setting	
<i>In welchem Setting wurde die Studie durchgeführt?</i>	Die erste Stichprobe (weisse Mütter mit termingeborenen Kindern) wurde in einem Büroraum interviewt. Logsdon führte die Interviews durch, weitere Personen werden nicht angegeben. Die zweite Stichprobe (Weisse Mütter mit frühgeborenen Kindern) wurde in der Kinderklinik am selben Tag wie der Kontrolluntersuchung nach der Entlassung des Kindes interviewt. Angaben zu den Räumlichkeiten fehlen, die Interviews wurden durch einen Forschungsassistenten geführt, welcher durch Logsdon instruiert worden war. Die dritte Stichprobe (Afroamerikanerinnen, termingeborene Kinder) wurde im Rahmen einer Routinekontrolle des Kindes an einer Universitätsklinik durch einen geschulten Forschungsassistenten interviewt. Die Räumlichkeiten werden als „private“ (S. 568) beschrieben, die Privatsphäre scheint geschützt worden zu sein.
<i>Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?</i>	Ein Face-to-Face Interview birgt eher die Gefahr einer Verzerrung der Resultate durch Effekt sozialer Erwünschtheit. Andererseits können so Verständnisfragen beseitigt werden, die sonst eventuell zu fehlenden Daten führen würden.
Teilnehmerinnen/Stichprobe	
<i>Wie gross ist die Stichprobe?</i>	199 Frauen, verteilt auf drei Stichproben: a= 105 Mittelklasse, weiss, Termingeburt. b= 37 Mittelklasse, w, Frühgeburt c= 57 African American, tiefes Einkommen, Termingeburt
<i>Wurde die erforderliche Stichprobengrösse vorab berechnet, das heisst wurde eine so genannte Powerkalkulation durchgeführt (nur bei quantitativen Studien)?</i>	Eine Powerkalkulation wird nicht erwähnt
<i>Wie wurden die Teilnehmerinnen ausgewählt?</i>	Stichprobe a: Die Autoren wurden von privaten Arztpraxen über die Termine von Frauen informiert, die die Kriterien erfüllten und wurden den Frauen vom Praxispersonal persönlich vorgestellt. Stichprobe b: Die Frauen wurden in der letzten Woche vor Austritt des Kindes im Warteraum der Klinik durch den Forschungsassistenten angesprochen. Woher die Forscher Informationen über die Frauen hatten, ist

	nicht explizit erwähnt. Stichprobe c: Die Autoren erhielten die Daten der Kontrolluntersuchungen von Frauen, die der Zielgruppe entsprachen, von den Sozialbehörden. Ein Forschungsassistent sprach die Frauen auf die Studie an.
<i>War das Auswahlverfahren geeignet?</i>	Die Autoren arbeiten mit Gelegenheitsstichproben, ein Selektions-Bias ist daher möglich. Ob die Auswahl den Datenschutzbestimmungen entsprach kann die Autorin nicht beurteilen. Sie vermutet, dass durch das Auswahlverfahren der Effekt der sozialen Erwünschtheit spielen könnte. Frauen, die von den Behörden unterstützt werden könnten sich durch die Forscher und deren Fragen bedroht und kontrolliert fühlen.
<i>Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?</i>	Stichprobe a: verheiratet, low-risk, Primiparae, keine Komplikationen in der Schwangerschaft oder unter der Geburt, englischsprachig, keine diagnostizierten psychischen Krankheiten, keine Eheprobleme in der Krankengeschichte notiert. Stichprobe b: Kind<37SSW, auf Neonatologie, Termin für Kontrolluntersuchung. Es wird angegeben, dass die demographischen Merkmale dem Stichprobe a entsprechen (verheiratet, durchschnittliches Alter 26, 13 Jahre Schulbildung, weisse Hautfarbe, Primiparae). Ob dies jedoch zufällig so ist oder Ethnie, Zivilstand und Parität in den Einschlusskriterien festgelegt war, ist nicht klar. Stichprobe c: Nur demographische Angaben, keine Kriterien.
<i>Wie viele Personen wurden um die Teilnahme gebeten und wie viele haben warum abgelehnt?</i>	Keine Angaben
<u>Nur bei Vergleichsstudien (Fragen, die nur für Interventionsstudien relevant sind, wurden weggelassen)</u>	
<i>Wurde getestet, ob die Gruppen in allen Merkmalen bis auf die Intervention vergleichbar sind oder gab es Unterschiede (zum Beispiel im durchschnittlichen Alter), die das Ergebnis beeinflusst haben könnten?</i>	
Datenerhebung	
<i>Wie und wann wurden die Daten erhoben?</i>	Die Daten wurden per Face-to-Face Interview erhoben. Entweder durch Logsdon oder einen instruierten Forschungsassistenten. Jeweils 6-8 Wochen postpartum. Zum Zeitraum oder Ort der Datenerfassung werden keine Angaben gemacht.
<i>War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?</i>	Durch Face-to-Face Interview wird eventuell der Effekt der sozialen Erwünschtheit verstärkt.
<i>Wird das Instrument der Datenerhebung (zum Beispiel Fragebogen, Interviewleitfaden) beschrieben?</i>	Die Instrumente sind gründlich beschrieben. PSQ (siehe Instrumente) CES-D (siehe Instrumente) Rosenberg-Self-Esteem-Tool: Selbstvertrauen, validiertes Instrument, tiefere Werte weisen auf ein grösseres Selbstvertrauen hin. Ein Item zur Nähe zum Partner. Nicht validiert, von den Autoren entwickelt.

<i>Wenn es sich bei dem Instrument um ein bestehendes handelt (wie zum Beispiel die Edinburgh Postnatal Depression Scale 6) oder es aus einem bestehenden abgeleitet wurde, ist die Quelle angegeben?</i>	Die Quellen zu den jeweiligen Instrumenten sind korrekt angegeben.
<i>Wenn das Instrument verändert wurde, gibt es hierfür eine Begründung und sind die Veränderungen benannt?</i>	Keine Veränderungen angegeben.
<i>Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?</i>	Das eine Item zur Erfassung der Nähe zum Partner ist nicht validiert worden.
<i>Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein entsprechendes Training (zum Beispiel eine Interviewerschulung) stattgefunden?</i>	Die Daten wurden entweder durch Logsdon oder einen durch sie instruierten Forschungsassistenten erfasst.
<i>Welche Rolle spielten die Forscherinnen bei der Datenerhebung?</i>	Die eine Forscherin erhob die Daten selbst, da sie die Fragen stellt, nimmt sie auf die Daten Einfluss (verbale und nonverbale Kommunikation). Dasselbe trifft auf den Forschungsassistenten zu, welcher die anderen Daten erfasst.
<i>Wenn die Daten von mehreren Personen erhoben wurden, wurden Anstrengungen unternommen, dass die Datenerhebung durch alle gleich erfolgte?</i>	Der Assistent wurde von Logsdon entsprechend instruiert.
<i>Wie wurden die Daten festgehalten?</i>	Keine Angabe
Ethische Aspekte	
<i>Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?</i>	Die Studie wurde von den Review Boards der teilnehmenden Kliniken genehmigt.
<i>Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurden sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?</i>	Die Teilnehmenden wurden vor dem Interview persönlich über die Studie informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung.
<i>Wurde für die Teilnehmerinnen deutlich, dass die Teilnahme freiwillig ist und sich keine Nachteile für sie ergeben, wenn sie die Teilnahme ablehnen oder im Verlauf der Studie abbrechen?</i>	Keine Angaben
<i>Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?</i>	Keine Angaben
Datenanalyse	
<u>Quantitative Studien</u>	
<i>Sind die statistischen Analyseverfahren (sowie das Computerprogramm zur Auswertung) klar benannt?</i>	Die statistischen Verfahren sind benannt (Varianzanalyse, Post hoc Tests, hierarchische multiple Regressionsanalyse, Amos, χ^2 , Pass 6.0) und teilweise erklärt (Path Analyse). Eine Benennung des Analyseverfahrens für die Resultate der Hypothese 3 fehlt. Es werden verschiedene Programme benannt, die für die speziellen Verfahren angewendet wurden. Das Programm, welches für die allgemeinen Berechnungen (zum Beispiel deskriptive Statistik) eingesetzt wurde, ist nicht benannt.
<i>Sind die statistischen Tests für die Daten geeignet?</i>	Die Autoren begründen die Tests nachvollziehbar.

<i>Wird das Signifikanzniveau benannt?</i>	Das Signifikanzniveau wird nicht explizit benannt. Aus dem Fliesstext wird ersichtlich, dass es bei $p=0.05$ festgelegt wurde.
Ergebnisse	
<i>Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?</i>	Die Ergebnisse sind im Fliesstext so dargelegt, dass sie nur bedingt nachvollziehbar sind, da nicht deutlich wird, welche Werte als r-Werte notiert sind (Hypothese 3). Frauen mit mehr sozialer Unterstützung haben tiefere CES-D Werte ($r=-.064$, $p<0.01$). Ebenso wie soziale Unterstützung wirkt die emotionale Nähe des Partners ($r=-1.17$, $p<0.001$). Ist die Wichtigkeit der sozialen Unterstützung höher eingeschätzt, steigen auch die CES-D Werte ($r=.096$, $p<0.001$). Die Effekte der Faktoren verhalten sich für alle drei Stichproben gleich. Logsdons Modell erklärt 39% der Varianz der CES-D Werte.
<i>Sind alle erhobenen Daten in die Auswertung einbezogen worden?</i>	Es scheinen alle Daten einbezogen worden zu sein
<i>Bei der Verwendung von Fragebögen: Wie war die Rücklaufquote (sollte mindestens bei 65 Prozent liegen)?</i>	Face-to-Face
<i>Wie viele der in die Studie aufgenommenen Teilnehmerinnen waren am Ende noch dabei (Ausfallrate)?</i>	Einmaliges Interview
<i>Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie benannt?</i>	Keine Gründe für Nichtteilnahme bekannt
<i>Werden die Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben?</i>	Die Merkmale sind beschrieben (Siehe Stichprobe)
<i>Gibt es Fehler oder Inkonsistenzen in den Ergebnissen?</i>	Es ist sehr schwer nach zu vollziehen, welchen Berechnungen die Werte entstammen, die Hypothese 3 betreffen. Sie sind zwar mit r bezeichnet, können jedoch keine Pearson-Korrelationskoeffizienten sein.
<i>Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?</i>	Die Tabelle mit den Durchschnittswerten (Table 1, S. 569) hätte sinnvoll ergänzt werden können, indem die Stichproben jeweils in zwei Gruppen, nämlich in CES-D <16 und CES-D >15 unterteilt worden wären. Der Vergleich der Durchschnittswerte dieser Untergruppen für Nähe zum Partner, Wichtigkeit der Unterstützung und erhaltene Unterstützung wären ebenfalls aufschlussreich gewesen, nicht nur die Durchschnittswerte der ganzen Stichproben. Eine weitere sinnvolle Ergänzung wäre die tabellarische Darstellung der Korrelationen der Faktoren mit den CES-D Werten.
<i>Stimmen die Aussagen im Text mit den Grafiken und Tabellen überein?</i>	Ja
Diskussion	
<i>Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert?</i>	Die Forschenden bringen die Ergebnisse sehr knapp in Zusammenhang mit den ursprünglichen Hypothesen, jedoch ohne die Hypothesen zu benennen. Sie sehen die meisten ihrer Annahmen als bestätigt, wobei das Modell aufgrund der Ergebnisse leicht angepasst wurde. Frauen, die Unterstützung für wichtiger befinden, erreichten höhere CES-D Werte. Dies entspricht nicht der 3. Hypothese. Die Forschenden

	vermuten Frauen, die Unterstützung für besonders wichtig halten, hätten Bedürfnisse, die durch ihre normalen Netze der sozialen Unterstützung nicht erfüllt werden können.
<i>Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien diskutiert (Übereinstimmungen und Unterschiede)?</i>	Es werden einzig zwei Übereinstimmungen genannt. Nämlich hätten bereits andere Untersuchungen darauf hingewiesen, dass Nähe zum Partner, Selbstbewusstsein und soziale Unterstützung schützende Faktoren sein können. Und ebenso hätten bereits andere Studien gezeigt, dass die Ethnie für Modelle eher eine geringe Rolle spiele. Unterschiede werden keine angeführt.
<i>Werden die Grenzen der Studie benannt?</i>	Die Forschenden halten die Gelegenheitsstichproben, die geringe Stichprobengrösse für Limitationen. Zudem kritisieren sie, dass nur ein Item zur Erfassung der Nähe zum Partner verwendet wurde.
<i>Sind eventuelle Fehler benannt und werden Vorschläge gemacht, wie diese in Zukunft vermieden werden können?</i>	Keine benannt
<i>Wird die klinische Relevanz der Ergebnisse diskutiert?</i>	Siehe Empfehlungen für die Praxis
Schlussfolgerungen und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis	
<i>Lassen sich die Schlussfolgerungen/Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?</i>	Schlussfolgerungen/Empfehlungen sind nicht von der Diskussion getrennt. Frauen, die Unterstützung als sehr wichtig ansehen wird empfohlen an Selbsthilfegruppen teilzunehmen oder professionelle Unterstützung zu suchen. Zudem wird empfohlen, Interventionen in der Postpartalzeit darauf auszurichten das Selbstvertrauen zu verbessern, die Paarbeziehung zu stärken und Unterstützung in für wichtig befundenen Bereichen zu organisieren. Diese Empfehlungen sind aus den Ergebnissen ableitbar.
<i>Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?</i>	Es wird kein Rahmen für diese Empfehlungen benannt, was es erschwert die Umsetzbarkeit zu beurteilen. Für den Fall, dass sich eine Frau/eine Familie in einer Beratung befindet scheinen die Empfehlungen durchaus umsetzbar.
<i>Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung?</i>	Es wird empfohlen Forschung mit grösseren Stichproben aus verschiedenen Gebieten zu arbeiten und die Ethnie so einzubeziehen, dass die Verhältnisse der USA wiedergespiegelt würden. Zudem soll erforscht werden, welche weiteren Faktoren zum Modell beitragen, damit mehr als 39% der Varianz damit erklärt werden können.
Literatur und andere Angaben	
<i>Sind die Literaturangaben eindeutig?</i>	Ja
<i>Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben?</i>	Ja
Sonstiges	
<i>Von wem wurde die Studie finanziert?</i>	Nicht ersichtlich
<i>In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt (zum Beispiel Teil eines Studiums, Auftragsforschung)?</i>	Nicht ersichtlich
<i>Gibt es Interessenkonflikte, die einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen</i>	Nicht ersichtlich

<i>haben könnten (zum Beispiel Interessen des Sponsors, Durchführung der Studie am eigenen Arbeitsplatz)?</i>	
---	--

Dennis, C.-L. & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms.

Titel	
<i>Gibt der Titel den Inhalt der Studie eindeutig wieder?</i>	Ja, es wird klar, dass die Zusammenhänge der Wahrnehmung der Unterstützung durch den Partner und Konflikt mit dem Partner und der Entwicklung von Symptomen einer postpartalen Depression untersucht werden.
Abstract	
<i>Ist ein Abstract vorhanden?</i>	Ja
<i>Gibt er eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie (Ziel, Methoden, wichtigste Ergebnisse, Schlussfolgerung)?</i>	Das vorliegende Abstract ist entsprechend der Bestandteile der Studie gegliedert, sehr übersichtlich und umfassend. Alle Abschnitte der Studie sind vertreten und die Hauptpunkte hervorgehoben.
Hintergrund	
<i>Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben?</i>	Das Thema wird verständlich hergeleitet und die relevante Literatur vorgestellt.
Literaturreview	
<i>Wird der aktuelle Forschungsstand (bisher verfügbare Studien) zum Thema umfassend, logisch und verständlich dargestellt?</i>	Der Hintergrund ist verständlich aufgebaut und logisch aufgebaut, die Autoren informieren umfassend über den aktuellen Forschungsstand. Dabei teilen sie dies so auf, dass erst die Wichtigkeit von Unterstützung durch den Partner im Zusammenhang mit postpartaler Depression beleuchtet wird und anschliessend das zugrundeliegende theoretische Modell beleuchtet wird.
<i>Stehen die dargestellten Studien im Zusammenhang mit der Forschungsfrage? – Von wann sind die Studien?</i>	Ja, die Studien, die von den Autoren benannt werden, stehen im Zusammenhang mit Aspekten der Forschungsfrage. Während für die Erklärung des theoretischen Modells auch relevante ältere Literatur zitiert wird, wird der aktuelle Forschungsstand mehrheitlich mit Literatur belegt, die nicht mehr als 10 Jahre vor 2006 veröffentlicht wurde.
<i>Wird die bisherige verfügbare Literatur lediglich beschrieben und zusammengefasst oder wird sie kritisch diskutiert? Werden auch eventuell Widersprüche oder Lücken aufgezeigt?</i>	Die verfügbare Literatur wird beschrieben und es wird benannt, dass erst sehr wenig Forschung zu den verschiedenen Dimensionen der Unterstützung durch den Partner betrieben wurde. Eine kritische Besprechung ist nicht vorhanden und Widersprüche werden keine beschrieben.
Ziel der Studie und Forschungsfrage	
<i>Wird das Ziel der Studie klar formuliert?</i>	Der Abschnitt <i>Aim</i> beschreibt das Ziel der Arbeit, nämlich den Zusammenhang der verschiedenen Dimensionen von Unterstützung – oder Konflikte mit dem Partner und der Entwicklung von depressiven Symptomen 8 Wochen nach der Geburt des Kindes, zu untersuchen
<i>Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?</i>	Die Autoren begründen die Forschungsfrage damit, dass die postpartale Depression die häufigste mütterliche Erkrankung der Postpartalzeit sei und ein

	Einfluss der Beziehung mit dem Partner auf die Entwicklung entsprechender Symptome angenommen wird. Deswegen sei es wichtig, die Natur dieses Einflusses besser zu verstehen um der Entstehung der postpartalen Depression präventiv entgegen wirken zu können.
Definition des Untersuchungsgegenstandes	
<i>Wird der zu untersuchende Gegenstand klar definiert?</i>	Ja, in der Zielformulierung wird die Forschungsfrage erläutert.
Methode	
Forschungsansatz	
<i>Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?</i>	Es wird klar mit einem quantitativen Ansatz gearbeitet. Dies ist nicht begründet.
<i>Ist der Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?</i>	Ja, da verschiedene Faktoren zweier Gruppen miteinander verglichen werden sollen.
Studiendesign	
<i>Wird deutlich, welches Studiendesign (zum Beispiel eine randomisierte, kontrollierte Studie, eine nicht-experimentelle, deskriptive Studie etc.) gewählt wurde, und wurde die Wahl begründet?</i>	Die Autoren verwenden ein longitudinales nicht-experimentelles Komparativdesign, die Wahl wird nicht begründet und das Studiendesign nicht benannt (ausser longitudinal).
<i>Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?</i>	Es bietet sich an.
Setting	
<i>In welchem Setting wurde die Studie durchgeführt?</i>	Da die Fragebogen an die Teilnehmerinnen geschickt wurden, konnten diese selbst bestimmen wann und wo sie die Fragebogen ausfüllen wollten.
<i>Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?</i>	Ja, es scheint sinnvoll, dass die Autoren Fragebogen verschicken und Self-Report-Instrumente verwenden, da so die Stichprobe mit relativ wenig Aufwand grösser werden kann als wenn Face-to-Face-Interviews durchgeführt werden.
Teilnehmerinnen/Stichprobe	
<i>Wie gross ist die Stichprobe?</i>	396
<i>Wurde die erforderliche Stichprobengrösse vorab berechnet, das heißt wurde eine so genannte Powerkalkulation durchgeführt (nur bei quantitativen Studien)?</i>	Ja, die erforderliche Stichprobengrösse lag bei 330.
<i>Wie wurden die Teilnehmerinnen ausgewählt?</i>	Gynäkologen, Familienärzte, und Hebammenpraxen verteilten Studienpakete mit Informationen zur Studie und einem Informed-Consent-Formular bei vorgeburtlichen Konsultationen (>32 Wochen SS) oder beim Austrittsuntersuch in der Klinik nach der Geburt. Den teilnehmenden Frauen wurden jeweils 1, 4 und 8 Wochen postpartum Fragebogen zugestellt.
<i>War das Auswahlverfahren geeignet?</i>	Ja, da durch dieses Verfahren viele Frauen erreicht werden konnten. Die Stichprobe ist so jedoch regional begrenzt.
<i>Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?</i>	Teilnehmerinnen mussten über 18 Jahre alt sein und die englische Sprache verstehen können. Frauen, die bereits 1 Woche postpartum depressive Symptome

	zeigten, wurden ausgeschlossen, um keine Daten von Frauen mit aktuellen depressiven Episoden in der Studie zu haben. Diese könnten die Resultate verfälschen, da sich die Studie mit der postpartalen Depression befasst. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Frauen, die ohne Partner lebten.
Wie viele Personen wurden um die Teilnahme gebeten und wie viele haben warum abgelehnt?	Von den 831 Frauen, die zusagten, schickten 585 (70.4%) den ersten Fragebogen (1Woche pp) zurück. 80 Frauen wurden daraufhin aufgrund depressiver Symptome ausgeschlossen. 456 Frauen (60.72%) retournierten den zweiten Fragebogen und 425 Frauen (56.6%) den dritten und letzten. Davon wurden 25 ausgeschlossen, da sie keinen Partner hatten. Daraus ergibt sich die Stichprobengröße von 396.
Nur bei Vergleichsstudien (Fragen, die nur für Interventionsstudien relevant sind, wurden weggelassen)	
Wurde getestet, ob die Gruppen in allen Merkmalen bis auf die Intervention vergleichbar sind oder gab es Unterschiede (zum Beispiel im durchschnittlichen Alter), die das Ergebnis beeinflusst haben könnten?	Die Autoren benennen dies nicht speziell. Die Autoren führten Regressionsanalysen durch und sprechen davon, dass alle Variablen, die signifikanten Einfluss auf die depressiven Symptome hatten, einbezogen wurden. Ob demographische Faktoren ebenfalls einbezogen wurden, wird nicht erwähnt.
Datenerhebung	
Wie und wann wurden die Daten erhoben?	Self-report, per Fragebogen, postalisch. April 2001 bis Januar 2002 in der Nähe von Vancouver, Canada.
War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?	Ja, auf diese Weise konnte eine entsprechend grosse Stichprobe erreicht werden.
Wird das Instrument der Datenerhebung (zum Beispiel Fragebogen, Interviewleitfaden) beschrieben?	Die Instrumente werden genau beschrieben. Erhoben wurden EPDS (1, 4, 8 Wochen postpartum) PPSS und SPC (beide 4 Wochen postpartum) sowie eine reduzierte Version des <i>Quality of Relationships Inventory</i> (1 Woche postpartum).
Wenn es sich bei dem Instrument um ein bestehendes handelt (wie zum Beispiel die Edinburgh Postnatal Depression Scale 6) oder es aus einem bestehenden abgeleitet wurde, ist die Quelle angegeben?	Die Quellen der bestehenden Instrumente werden korrekt angegeben.
Wenn das Instrument verändert wurde, gibt es hierfür eine Begründung und sind die Veränderungen benannt?	Das <i>Quality of Relationships Inventory</i> wurde gekürzt. Eine Begründung dafür fehlt, welche Teile gekürzt wurden ist nicht angegeben.
Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?	Das eigene Instrument (<i>Postpartum Partner Support Scale</i> , PPSS) wurde von den Autoren validiert. Das <i>Quality of Relationships Inventory</i> wurde gekürzt. Eine Begründung dafür fehlt, welche Teile gekürzt wurden ist nicht angegeben. Das gekürzte Instrument scheint nicht auf seine Validität hin getestet worden zu sein.
Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein entsprechendes Training (zum Beispiel eine Interviewerschulung) stattgefunden?	
Welche Rolle spielten die Forscherinnen bei der Datenerhebung?	Die grösste Einflussnahme könnte beim Verfassen der Begleitbriefe geschehen.
Wenn die Daten von mehreren Personen	

erhoben wurden, wurden Anstrengungen unternommen, dass die Datenerhebung durch alle gleich erfolgte?	
Wie wurden die Daten festgehalten?	Self-report, schriftlich, auf Papier.
Ethische Aspekte	
Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?	Genehmigt durch das Ethikkomitee der Universität Toronto, Toronto; Kanada und die Studie wurde von den Behörden der teilnehmenden Gesundheitsregion autorisiert.
Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurden sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?	Ja, im Studienpaket war ein Formular zur Abgabe des Informed Consent vorhanden. Welche Informationen zur Studie im Studienpaket vorhanden waren, ist nicht ersichtlich.
Wurde für die Teilnehmerinnen deutlich, dass die Teilnahme freiwillig ist und sich keine Nachteile für sie ergeben, wenn sie die Teilnahme ablehnen oder im Verlauf der Studie abbrechen?	Nicht ersichtlich.
Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?	Nicht ersichtlich
Datenanalyse	
Quantitative Studien	
Sind die statistischen Analyseverfahren (sowie das Computerprogramm zur Auswertung) klar benannt?	Die Analyseverfahren werden benannt, die Auswertung der Daten erfolgte durch das Programm SPSS.
Sind die statistischen Tests für die Daten geeignet?	Ja, es sind die gängigen statistischen Tests für diese Art von Analyse.
Wird das Signifikanzniveau benannt?	Die Autoren legen das Signifikanzniveau bei $p=0.05$ fest.
Ergebnisse	
Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?	Die Ergebnisse sind übersichtlich und verständlich beschrieben. Drei Variablen erklären 13% der Varianz der EPDS-Werte: Mütterliche Wahrnehmung der sozialen Integration, Ermutigung vom Partner, sich Hilfe zu holen wenn diese gebraucht wird und die Zustimmung des Partners zur Art der Kinderpflege. Frauen mit EPDS-Werte >9 8 Wochen postpartum nahmen die Beziehung betreffende Unterstützung (<i>relationship-specific support</i>) 4 Wochen postpartum signifikant geringer wahr als Frauen mit EPDS-Werte ≤ 9 ($p < 0.001$). Genauso verhält es sich bei der Unterstützung, die sich konkret auf die Anforderungen der Postpartalzeit bezieht (<i>postpartum-specific support</i>) ($p < 0.001$). Die beiden Gruppen zeigten bei allen Unterkategorien (<i>problem-solving informational support, instrumental support, appraisal support</i>) signifikant unterschiedliche Resultate (p zwischen 0.001 und 0.005). Frauen mit EPDS-Werten >9 8 Wochen postpartum zeigten höhere Konfliktlevel ($p=0.001$) als Frauen mit EPDS-Werten ≤ 9 .
Sind alle erhobenen Daten in die Auswertung einbezogen worden?	Die EPDS-Werte wurden bei jedem Fragebogen erhoben, jedoch wurden die Daten des Fragebogens von 4 Wochen postpartum nicht erwähnt. Ansonsten

	scheinen die Resultate vollständig zu sein.
<i>Bei der Verwendung von Fragebögen: Wie war die Rücklaufquote (sollte mindestens bei 65 Prozent liegen)?</i>	Von den 831 Frauen, die zusagten, schickten 585 (70.4%) den ersten Fragebogen (1 Woche postpartum) zurück. 80 Frauen wurden daraufhin aufgrund EPDS-Werten >9 ausgeschlossen. 456 Frauen retournierten den zweiten Fragebogen und 425 Frauen den dritten und letzten. Davon wurden 29 ausgeschlossen, da sie keinen Partner hatten. Daraus ergibt sich die Stichprobengrösse von 396. Die Rücklaufquote liegt also bei 60.80% (Rücklaufquote aller ursprünglichen Zusagen, jedoch ohne die ausgeschlossenen Frauen).
<i>Wie viele der in die Studie aufgenommenen Teilnehmerinnen waren am Ende noch dabei (Ausfallrate)?</i>	Von den Frauen, die den ersten Fragebogen retournierten (585), schickten 80 den zweiten und/oder dritten Fragebogen nicht mehr zurück. Dies entspricht einer Ausfallrate von 13.68%
<i>Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie benannt?</i>	Gründe werden keine benannt.
<i>Werden die Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben?</i>	Über die Merkmale der ausgeschiedenen Teilnehmerinnen ist nichts bekannt.
<i>Gibt es Fehler oder Inkonsistenzen in den Ergebnissen?</i>	Keine ersichtlich
<i>Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?</i>	Eine Tabelle ist vorhanden. Diese ist verständlich.
<i>Stimmen die Aussagen im Text mit den Grafiken und Tabellen überein?</i>	Ja.
Diskussion	
<i>Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert?</i>	Die Autoren beschreiben, dass ihre Ergebnisse belegen, dass verschiedene Dimensionen der Unterstützung durch den Partner im Zusammenhang mit den EPDS-Werten stehen. Die Identifikation dieser Dimensionen sei eine neue Erkenntnis. Die Autoren stellen ihre Ergebnisse in den Zusammenhang mit dem theoretischen Modell.
<i>Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien diskutiert (Übereinstimmungen und Unterschiede)?</i>	Ja, besonders Übereinstimmungen, Unterschiede werden nicht benannt, jedoch die neuen Erkenntnisse, die über das bisher bekannte hinausgehen.
<i>Werden die Grenzen der Studie benannt?</i>	Die Autoren geben verschiedene Limitationen an: Mütter ohne Partner konnten in dieses Setting nicht mit einbezogen werden, die Studie war auf 8 Wochen beschränkt – eine Ausdehnung auf das erste Jahr wäre interessant (nicht alle postpartalen Depressionen beginnen in den ersten 8 Wochen, eventuell gibt es Veränderungen bezüglich der wichtigen Dimensionen der Unterstützung durch den Partner), aufgrund des Studiendesigns kann keine Kausalaussage gemacht werden, Frauen mit einer Depression beurteilen ihre Beziehung eventuell negativer, die Gelegenheitsstichprobe könnte zu einem Bias geführt haben, die SPC ist für Mütter in der Postpartalzeit nicht genügend auf die Validität hin getestet
<i>Sind eventuelle Fehler benannt und werden Vorschläge gemacht, wie diese in Zukunft vermieden werden können?</i>	Nein.
<i>Wird die klinische Relevanz der Ergebnisse diskutiert?</i>	Die Autoren betrachten ihre Resultate als klinisch relevant, da die Ergebnisse implizieren, dass in der Präventionsarbeit gegen die PPD Ansätze sinnvoll sein

	können, die den Paaren einerseits die Wichtigkeit der Unterstützung durch den Partner nahelegen und andererseits aufzeigen welche Arten von Unterstützung besonders wichtig sind (emotional/appraisal). Zudem könnte es helfen, den Paaren aufzuzeigen, wie sie Feedback und ihre Erwartungen auf eine angepasste Weise kommunizieren können.
Schlussfolgerungen und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis	
<i>Lassen sich die Schlussfolgerungen/Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?</i>	(siehe oben), die Schlussfolgerungen können aus den Resultaten abgeleitet werden und werden durch weitere Literaturverweise gestützt.
<i>Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?</i>	Die Empfehlungen scheinen angemessen und sinnvoll und eventuell im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen, bestimmt aber im Rahmen von Geburtsvorbereitungskursen umsetzbar.
<i>Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung?</i>	Die Autoren empfehlen weitere Forschung, um zu untersuchen ob die Ermutigung des Partners dazu, sich aktiver am Haushalt und der Kinderbetreuung zu beteiligen zu einer grösseren Zufriedenheit mit der Beziehung führt. Weiter wünschen sich die Autoren eine ähnliche Arbeit mit einer längeren Follow-up Periode um die Entwicklungen oder Veränderungen der Faktoren und ihrer Beziehung zueinander über die Zeit untersuchen zu können. Ebenfalls empfehlen sie longitudinale Studien mit häufigen Messungen um feststellen zu können, in welche Richtung die Beziehung zwischen Unterstützung/Konflikt mit dem Partner und Depression wirkt.
Literatur und andere Angaben	
<i>Sind die Literaturangaben eindeutig?</i>	Ja
<i>Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben?</i>	Ja
Sonstiges	
<i>Von wem wurde die Studie finanziert?</i>	Keine Angaben
<i>In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt (zum Beispiel Teil eines Studiums, Auftragsforschung)?</i>	Keine Angaben
<i>Gibt es Interessenkonflikte, die einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben könnten (zum Beispiel Interessen des Sponsors, Durchführung der Studie am eigenen Arbeitsplatz)?</i>	Keine Angaben, scheint unwahrscheinlich.

Heh, S.-S., Coombes, L. & Bartlett, H. (2004). The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month.

Titel	
<i>Gibt der Titel den Inhalt der Studie eindeutig wieder?</i>	Ja
Abstract	
<i>Ist ein Abstract vorhanden?</i>	Ja
<i>Gibt er eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie</i>	Das Abstract ist im Fliesstext verfasst und gibt einen gut verständlichen Überblick über die wesentlichen Aspekte. Alle Teile der Studie sind vertreten.

(Ziel, Methoden, wichtigste Ergebnisse, Schlussfolgerung)?	
Hintergrund	
Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben?	Die Autoren bieten dem Leser Hintergrundinformationen zum Ritual „doing the month“ sowie zur Ätiologie der postpartalen Depression und den in der Literatur beschriebenen Zusammenhängen mit sozialer Unterstützung.
<u>Literaturreview</u>	
Wird der aktuelle Forschungsstand (bisher verfügbare Studien) zum Thema umfassend, logisch und verständlich dargestellt?	Der Leser erhält einen gut verständlichen Überblick über die Forschung zur Beziehung zwischen dem Ritual „doing the month“ und der postpartalen Depression sowie zur Frage der Rolle der sozialen Unterstützung in diesem Kontext. Der theoretische Hintergrund zur postpartalen Depression ist eher knapp gehalten. Die möglichen Folgen der postpartalen Depression für die Familie werden nicht dargelegt.
Stehen die dargestellten Studien im Zusammenhang mit der Forschungsfrage? – Von wann sind die Studien?	Die referenzierten Arbeiten stehen im Zusammenhang mit der Forschungsfrage oder betreffen relevante Teilaspekte. Wenige Arbeiten sind mehr als zehn Jahre älter als die Studie.
Wird die bisherige verfügbare Literatur lediglich beschrieben und zusammengefasst oder wird sie kritisch diskutiert? Werden auch eventuell Widersprüche oder Lücken aufgezeigt?	Die Autoren zeigen Lücken auf. So zeigen sie auf, dass in den bisherigen Arbeiten, die sich mit dem chinesischen Ritual „doing the month“ beschäftigen, nur in zwei Studien auf die einflussnehmenden Faktoren und deren Beziehung zueinander eingegangen worden sei. Zudem fügen sie an, dass die Prävalenz der postpartalen Depression je nach Messinstrument stark variiert, was das für die Autoren bedeutet, wird nicht erwähnt. In den Informationen zur postpartalen Depression wären weitere Referenzen angebracht („There is strong evidence in the literature that lack of social support is an important factor in the development of postnatal depression“ (S. 574)).
Ziel der Studie und Forschungsfrage	
Wird das Ziel der Studie klar formuliert?	Zu Ende der Einleitung legen die Autoren dar, dass es Ziel der Arbeit sei die Beziehung zwischen wahrgenommener und erhaltener sozialer Unterstützung und postpartaler depressiver Symptomatik zu untersuchen. Warum die Autoren hier <i>wahrgenommen (perceived)</i> und <i>erhalten (received)</i> schreiben, scheint jedoch unklar, da das verwendete Instrument zum Erfassen der sozialen Unterstützung ein self-report Instrument ist und daher keine Aussagen zur tatsächlich erhaltenen sozialen Unterstützung gemacht werden können.
Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?	Die Autoren beschreiben erst die hohe Prävalenz der postpartalen Depression bei taiwanesischen Müttern (37-40%) und weisen darauf hin, dass taiwanesische Mütter während des Rituals „doing the month“ traditionell sehr viel soziale Unterstützung erhalten, was eigentlich zur Hypothese leiten könnte, dass die postpartale Depression einen tieferen Prävalenz hat. Aufgrund fehlender Untersuchungen sowie methodologischer Mängel der vorhandenen Arbeiten seien keine Schlüsse möglich, die diesen Widerspruch klären könnten. Aus diesem Grund sei die Studie gerechtfertigt.
Definition des Untersuchungsgegenstandes	

<i>Wird der zu untersuchende Gegenstand klar definiert?</i>	Es geht aus der Einleitung hervor, dass die Studie mit taiwanesischen Frauen durchgeführt werden soll, welche sich nach der Geburt ihres Kindes dem Ritual „doing the month“ unterziehen. Es soll über einen Fragebogen herausgefunden werden, wie die soziale Unterstützung mit Symptomen der postpartalen Depression im Zusammenhang steht.
Methode	
<u>Forschungsansatz</u>	
<i>Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?</i>	Eine Begründung für den quantitativen Ansatz liegt nicht vor, es ist aber deutlich, dass es sich um einen solchen handelt.
<i>Ist der Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?</i>	Ein quantitativer Ansatz ist sinnvoll, um Beziehungen zwischen Faktoren zu analysieren.
<u>Studiendesign</u>	
<i>Wird deutlich, welches Studiendesign (zum Beispiel eine randomisierte, kontrollierte Studie, eine nicht-experimentelle, deskriptive Studie etc.) gewählt wurde, und wurde die Wahl begründet?</i>	Es handelt sich um ein nicht-experimentelles Korrelationsdesign mit Teilen einer Vergleichsstudie (Frauen mit depressiven Symptomen/Frauen ohne depressive Symptome). Welcher Art das Design ist, wird nicht beschrieben und nicht begründet.
<i>Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?</i>	Das Design ist geeignet, um Beziehungen zwischen Faktoren zu erkennen und analysieren.
Setting	
<i>In welchem Setting wurde die Studie durchgeführt?</i>	Die Frauen erhielten den Fragebogen per Post zugestellt und konnten so wählen, wo sie diesen ausfüllen wollten.
<i>Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?</i>	Ja, die Autoren können durch dieses Setting eine grössere Stichprobe bearbeiten, als sie dies mit ähnlichem Aufwand bei einem Face-to-Face-Setting könnten.
Teilnehmerinnen/Stichprobe	
<i>Wie groß ist die Stichprobe?</i>	n=186
<i>Wurde die erforderliche Stichprobengröße vorab berechnet, das heißt wurde eine so genannte Powerkalkulation durchgeführt (nur bei quantitativen Studien)?</i>	Keine Angaben
<i>Wie wurden die Teilnehmerinnen ausgewählt?</i>	Die Autoren geben an, 300 Frauen angeschrieben zu haben, die den Auswahlkriterien entsprachen. Von diesen Frauen gaben 240 noch im Krankenhaus ihren Informed Consent. Warum die Autoren genau 300 Frauen anschrieben ist nicht beschrieben.
<i>War das Auswahlverfahren geeignet?</i>	Da dies eine Gelegenheitsstichprobe ist, ist ein Bias nicht auszuschliessen. Die Frauen über eine Geburtsklinik zu rekrutieren, scheint jedoch passend, da so die Zielgruppe sehr gut erreicht werden kann.
<i>Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?</i>	Einschlusskriterien waren: verheiratet, Erstgebärende, 20-35 Jahre alt, Spontangeburt eines gesunden termingeborenen Kindes (38-42SSW, >2.5kg, APGAR>8). Ausgeschlossen wurden Frauen mit perinatalen Komplikationen, einer psychiatrischen Vorgeschichte und Frauen, die nicht dem Ritual „doing the month“ folgten. Die Ein- und Ausschlusskriterien werden nicht begründet.
<i>Wie viele Personen wurden um die</i>	300 wurden angeschrieben, 240 gaben die Zustimmung zur

<i>Teilnahme gebeten und wie viele haben warum abgelehnt?</i>	Teilnahme und 186 (78% von 240) schickten den ausgefüllten Fragebogen an die Autoren zurück. Gründe für ein Ablehnen sind keine angegeben.
<u>Nur bei Vergleichsstudien (Fragen, die nur für Interventionsstudien relevant sind, wurden weggelassen)</u>	
<i>Wurde getestet, ob die Gruppen in allen Merkmalen bis auf die Intervention vergleichbar sind oder gab es Unterschiede (zum Beispiel im durchschnittlichen Alter), die das Ergebnis beeinflusst haben könnten?</i>	Es wurde getestet, inwiefern demographische Faktoren im Zusammenhang mit Symptomen einer Depression stehen und weder Alter, Bildung, Anstellungsverhältnis noch Familieneinkommen zeigten eine Einflussnahme. Jedoch konnten statistisch signifikante Beziehungen zwischen EPDS-Werten und ungewollter Schwangerschaft ($p < 0.05$), dem Ort des Rituals ($p < 0.01$) sowie dem Haupthelfer ($p < 0.01$) festgestellt werden
Datenerhebung	
<i>Wie und wann wurden die Daten erhoben?</i>	Die Daten wurden über Fragebogen erfasst. Der Zeitraum, über welchen diese Daten erhoben wurden, ist nicht erwähnt.
<i>War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?</i>	Die Methode der Datenerhebung scheint geeignet.
<i>Wird das Instrument der Datenerhebung (zum Beispiel Fragebogen, Interviewleitfaden) beschrieben?</i>	Die verwendeten Instrumente (PSSQ und EPDS) werden beschrieben. Der EPDS wird als Screening-Instrument beschrieben, es fehlt jedoch ein expliziter Hinweis darauf, dass es sich nicht um ein Diagnose-Instrument handelt. Die Autoren benennen nicht, wo sie den Cut-Off-Point festlegen und warum. Ein Cut-Off-Point von >9 geht aus den Resultaten hervor. Die Autoren verwenden zudem einen eigenen halb-strukturierten Fragebogen zur Erfassung der Erfahrung mit dem Ritual „doing the month“ sowie mit der postpartalen Depression.
<i>Wenn es sich bei dem Instrument um ein bestehendes handelt (wie zum Beispiel die Edinburgh Postnatal Depression Scale 6) oder es aus einem bestehenden abgeleitet wurde, ist die Quelle angegeben?</i>	Die Quellen für die Instrumente sind angegeben.
<i>Wenn das Instrument verändert wurde, gibt es hierfür eine Begründung und sind die Veränderungen benannt?</i>	Es werden keine Angaben über Veränderungen gemacht, jedoch berechnen die Autoren aus den im PSSQ erfragten Daten über erhaltene Unterstützung und gewünschte Unterstützung eine Differenz, welche sie „Dissatisfaction of social Support“ (S.576, Table 2) nennen. Diese Grösse wird von den Autoren des ursprünglichen Instrumentes (Hopkins et al., 2008) nicht erwähnt und scheint nicht deren Entwicklung zu sein. Obwohl die Grösse nachvollziehbar scheint, ist sie als nicht-validierter Zusatz der Autoren dieser Studie anzusehen. Verwendet wird eine ältere PSSQ-Version mit 81 Items. Auch diese Version gilt als validiert.
<i>Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?</i>	Die übersetzten Versionen der Instrumente sind laut Autoren auf ihre Validität hin geprüft worden. Zum Fragebogen, den die Autoren selbst entwickelten fehlen jegliche Angaben.
<i>Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein entsprechendes</i>	Self-report

<i>Training (zum Beispiel eine Interviewerschulung) stattgefunden?</i>	
<i>Welche Rolle spielten die Forscherinnen bei der Datenerhebung?</i>	Die Forscher spielten bei der Auswahl der Frauen und dem Verfassen der Informationen über die Studie eine Rolle.
<i>Wenn die Daten von mehreren Personen erhoben wurden, wurden Anstrengungen unternommen, dass die Datenerhebung durch alle gleich erfolgte?</i>	Self-report
<i>Wie wurden die Daten festgehalten?</i>	Schriftlich von den Frauen selbst.
Ethische Aspekte	
<i>Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?</i>	Die Studie wurde von den Researchkommissionen der teilnehmenden Kliniken genehmigt.
<i>Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurden sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?</i>	Die Teilnehmerinnen unterschrieben ein Formular zum informed Consent und erhielten schriftliche Informationen zur Studie
<i>Wurde für die Teilnehmerinnen deutlich, dass die Teilnahme freiwillig ist und sich keine Nachteile für sie ergeben, wenn sie die Teilnahme ablehnen oder im Verlauf der Studie abbrechen?</i>	Die Autoren beschreiben, dass sie die Teilnehmerinnen darüber informierten, dass eine Teilnahme nichts an der Betreuung veränderte.
<i>Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?</i>	Die Teilnehmerinnen wurden darüber aufgeklärt, dass jegliche Informationen vertraulich behandelt und nur für diese Studie eingesetzt wurden.
Datenanalyse	
<u>Quantitative Studien</u>	
<i>Sind die statistischen Analyseverfahren (sowie das Computerprogramm zur Auswertung) klar benannt?</i>	Deskriptive Statistik für alle erhobenen Grössen. T-Tests, ANOVA und Pearson Korrelationen wurden für EPDS-Werte und die Faktoren Ort der Durchführung „doing the month“ und Haupthelfer berechnet. Pearson Korrelationen wurden auch zwischen PSSQ-Werte und EPDS-Werten berechnet. Schrittweise multiple Regressionsanalyse wurde benutzt um zu untersuchen wie sich die verschiedenen Variablen der sozialen Unterstützung zu den EPDS-Werten verhalten.
<i>Sind die statistischen Tests für die Daten geeignet?</i>	Die benannten Tests entsprechen den gängigen Methoden.
<i>Wird das Signifikanzniveau benannt?</i>	Nein, die Autoren benennen kein Signifikanzniveau, sie geben jeweils an, wenn ein p-Wert <0.05 oder <0.01 ist.
Ergebnisse	
<i>Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?</i>	Die im Fliesstext zusammengefassten Ergebnisse sind wohl verständlich, jedoch fehlen teilweise die dazugehörigen Werte. So wird von starken negativen Korrelationen gesprochen, der Leser muss die Pearson-Koeffizienten jedoch in den Tabellen suchen. Zudem wird von Risiken gesprochen, jedoch werden keine entsprechenden Berechnungen vorgelegt. Zu den jeweiligen Pearsons-Koeffizienten sind die p-Werte nicht angegeben, es ist nur vermerkt, wenn ein p-Wert <0.05 oder <0.01 ist.
<i>Sind alle erhobenen Daten in die</i>	Es scheinen keine erhobenen Daten weggelassen worden

<i>Auswertung einbezogen worden?</i>	zu sein.
<i>Bei der Verwendung von Fragebögen: Wie war die Rücklaufquote (sollte mindestens bei 65 Prozent liegen)?</i>	Wird von den 240 Frauen ausgegangen, die ihre Zustimmung zur Teilnahme gaben, liegt die Rücklaufquote bei 78%
<i>Wie viele der in die Studie aufgenommenen Teilnehmerinnen waren am Ende noch dabei (Ausfallrate)?</i>	78%
<i>Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie benannt?</i>	Keine benannt
<i>Werden die Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben?</i>	Ja, die Merkmale werden beschrieben.
<i>Gibt es Fehler oder Inkonsistenzen in den Ergebnissen?</i>	Keine ersichtlich
<i>Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?</i>	Es fehlen teilweise die p-Werte neben den Pearsons-Koeffizienten.
<i>Stimmen die Aussagen im Text mit den Grafiken und Tabellen überein?</i>	Ja.
Diskussion	
<i>Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert?</i>	<p>Die Autoren besprechen dazu erst die soziale Unterstützung als Faktor, der die Depression während dem Ritual „doing the month“ abschwächt. Sie heben hervor, dass hauptsächlich die instrumentelle Unterstützung durch die Eltern wichtig ist und die Unzufriedenheit mit der elterlichen instrumentellen Unterstützung entsprechend Einfluss nimmt.</p> <p>Als zweiten Punkt der Diskussion gehen sie auf die Prävalenz der postpartalen Depression während dem Ritual „doing the month“ ein und besprechen ihre Resultate (21% > 9EPDS). Als dritten Punkt besprechen sie die Wichtigkeit der instrumentellen Unterstützung durch die Eltern. Dieser Punkt bezieht sich ebenfalls auf die Fragestellung, da die verschiedenen Einflussnehmenden Faktoren untersucht werden sollten. Haupteckentnis ist, dass für taiwanische Frauen das Ritual „doing the month“ schützend im Bezug auf postpartale Depression ist, falls die Betreuung den Bedürfnissen der Frauen entspricht. Ist dies nicht der Fall, steigen die EPDS-Werte.</p> <p>Als letzten Punkt besprechen die Autoren die Auswirkungen von Veränderungen in der Gesellschaft auf soziale Unterstützung im Bezug auf postpartalen Depression. Die zehn Frauen, die das Ritual in einem „doing the month“-Center und nicht in ihrer Familie vollzogen, hatten allesamt EPDS-Werte >10.</p>
<i>Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien diskutiert (Übereinstimmungen und Unterschiede)?</i>	Die Autoren besprechen ihre Ergebnisse im Bezug auf die vorhandene Literatur und benennen sowohl Übereinstimmungen als auch Unterschiede.
<i>Werden die Grenzen der Studie benannt?</i>	Benannt werden zwei Limitationen. Einerseits, dass nur eine Erhebung gemacht wurde und somit kein Verlauf beobachtet werden kann, andererseits bemängeln die Autoren die Stichprobenauswahl, da keine Zufallsauswahl stattfand und die Resultate daher nicht repräsentativ sein werden.

<i>Sind eventuelle Fehler benannt und werden Vorschläge gemacht, wie diese in Zukunft vermieden werden können?</i>	Keine angegeben.
<i>Wird die klinische Relevanz der Ergebnisse diskutiert?</i>	Die Autoren befinden, dass die aktuelle Praxis des Rituals „doing the month“ insofern überholt ist, als dass Frauen eine Betreuung brauchen, die ihren individuellen Bedürfnissen angepasst ist.
Schlussfolgerungen und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis	
<i>Lassen sich die Schlussfolgerungen/Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?</i>	Die Autoren nennen ihren Punkt 5.2 zwar „Implication for healthcare practice“ (S. 578), klare Implikationen werden aber keine beschrieben. Sprachlich nicht verständlich.
<i>Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?</i>	Keine Vorhanden
<i>Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung?</i>	Es wird empfohlen, die Schwiegermutter-Schwiegertochter-Beziehung und deren Einfluss auf die Qualität der sozialen Unterstützung weiter zu erforschen.
Literatur und andere Angaben	
<i>Sind die Literaturangaben eindeutig?</i>	Ja
<i>Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben?</i>	Ja
Sonstiges	
<i>Von wem wurde die Studie finanziert?</i>	Keine Angaben
<i>In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt (zum Beispiel Teil eines Studiums, Auftragsforschung)?</i>	Keine Angaben
<i>Gibt es Interessenkonflikte, die einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben könnten (zum Beispiel Interessen des Sponsors, Durchführung der Studie am eigenen Arbeitsplatz)?</i>	Keine Angaben

Cheng, C.-Y. & Pickler, R. H. (2009). Effects of stress and social support on postpartum health of Chinese mothers in the United States.

Titel	
<i>Gibt der Titel den Inhalt der Studie eindeutig wieder?</i>	Ja, der Titel beschreibt, um wen es in der Studie geht (chinesische Mütter postpartum in den USA) und worum (um die Effekte von Stress und sozialer Unterstützung auf die Gesundheit).
Abstract	
<i>Ist ein Abstract vorhanden?</i>	Ja
<i>Gibt er eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie (Ziel, Methoden, wichtigste Ergebnisse, Schlussfolgerung)?</i>	Das Abstract ist als Fliesstext verfasst und ist verständlich. Es fehlen dabei Angaben zu den Methoden.
Hintergrund	
<i>Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben?</i>	Ja, die Autoren stellen sowohl den mütterlichen Gesundheitszustand im postpartum, die Forschung zu den Zusammenhängen zwischen Stress, sozialer Unterstützung und der mütterlichen Gesundheit dar. In einem dritten Teil gehen sie auf kontextuelle Faktoren ein,

	die auf die mütterliche Gesundheit wirken.
<u>Literaturreview</u>	
<i>Wird der aktuelle Forschungsstand (bisher verfügbare Studien) zum Thema umfassend, logisch und verständlich dargestellt?</i>	Der aktuelle Forschungsstand ist übersichtlich dargestellt und wirkt umfassend. Der Hintergrund wurde sehr gründlich erfasst.
<i>Stehen die dargestellten Studien im Zusammenhang mit der Forschungsfrage? – Von wann sind die Studien?</i>	Ja, die benannten Studien sind themenrelevant. Grösstenteils sind die Arbeiten aus dem Jahre 2000 oder jünger. Einige ältere Studien werden ebenfalls erwähnt.
<i>Wird die bisherige verfügbare Literatur lediglich beschrieben und zusammengefasst oder wird sie kritisch diskutiert? Werden auch eventuell Widersprüche oder Lücken aufgezeigt?</i>	Die verfügbare Literatur wird hauptsächlich beschrieben und es werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Ergebnissen aufgezeigt. Kritik und Widersprüche fehlen. Einzelne Forschungslücken werden aufgezeigt.
<u>Ziel der Studie und Forschungsfrage</u>	
<i>Wird das Ziel der Studie klar formuliert?</i>	Das Ziel, nämlich die Beziehungen zwischen Stress, sozialer Unterstützung und der mütterlichen Gesundheit postpartum bei chinesischen Müttern in den USA zu untersuchen, wird in der Einleitung klar formuliert.
<i>Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?</i>	Ja, die Forschungsfrage wird damit begründet, dass keine entsprechende Untersuchung vorliegt, obwohl immer mehr chinesische Immigranten in den USA leben. Immigrantinnen hätten zudem eher ein höheres Risiko für Stress also amerikanische Mütter und zudem möglicherweise weniger Unterstützung zur Verfügung. Zudem beschreiben die Autoren, dass kulturelle Verschiedenheiten möglicherweise andere Bedürfnisse und Wahrnehmungen bezüglich Stress, Gesundheit und Unterstützung mit sich bringen.
<u>Definition des Untersuchungsgegenstandes</u>	
<i>Wird der zu untersuchende Gegenstand klar definiert?</i>	Der Forschungsgegenstand wird in der Forschungsfrage definiert.
Methode	
<u>Forschungsansatz</u>	
<i>Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?</i>	Klar quantitativ. Begründet wird dies nicht explizit.
<i>Ist der Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?</i>	Der quantitative Ansatz ist geeignet, da die Beziehung zwischen verschiedenen Faktoren untersucht werden soll.
<u>Studiendesign</u>	
<i>Wird deutlich, welches Studiendesign (zum Beispiel eine randomisierte, kontrollierte Studie, eine nicht-experimentelle, deskriptive Studie etc.) gewählt wurde, und wurde die Wahl begründet?</i>	Das Studiendesign wird benannt (<i>cross-sectional correlational design</i>). Diese Wahl wird nicht begründet.
<i>Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?</i>	Aufgrund der Forschungsfrage bietet sich dieses Design an, da es für die Darstellung von Beziehungen entwickelt wurde.

Setting	
<i>In welchem Setting wurde die Studie durchgeführt?</i>	Die Frauen füllten selbständig einen Fragebogen aus und retournierten diesen an die Forscher (postalisch oder per e-Mail).
<i>Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?</i>	Ja, die Teilnehmerinnen können so einen für sie geeigneten Zeitpunkt und -ort zum Bearbeiten des Fragebogens wählen.
Teilnehmerinnen/Stichprobe	
<i>Wie groß ist die Stichprobe?</i>	152
<i>Wurde die erforderliche Stichprobengröße vorab berechnet, das heißt wurde eine so genannte Powerkalkulation durchgeführt (nur bei quantitativen Studien)?</i>	Nicht benannt.
<i>Wie wurden die Teilnehmerinnen ausgewählt?</i>	Die Teilnehmerinnen wurden über verschiedene Kanäle rekrutiert. Einerseits wurden sie durch Fachpersonen auf die Studie aufmerksam gemacht, andererseits wurden Handzettel verteilt und Inserate auf Internetseiten geschaltet.
<i>War das Auswahlverfahren geeignet?</i>	Ein Selektions-Bias durch dieses Auswahlverfahren kann nicht ausgeschlossen werden, da nicht aufgezeigt wird, ob zum Beispiel Frauen gewisser Bildungs- oder Gesellschaftsschichten über- oder untervertreten sind.
<i>Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?</i>	Frauen müssen zum Zeitpunkt der Erhebung ein Kind <12 Monate haben, welches gesund geboren worden sein muss. Die Frauen müssen über 17 Jahre alt, chinesischer oder taiwanesischer Abstammung sein und mit ihrem Kind in den USA leben. Der Geburtsort von Mutter und Kind ist kein Kriterium.
<i>Wie viele Personen wurden um die Teilnahme gebeten und wie viele haben warum abgelehnt?</i>	Wie viele Frauen von Fachpersonen auf die Studie angesprochen wurden, ist nicht erwähnt. Wie viele Frauen einen Handzettel oder ein Inserat lasen, kann nicht nachvollzogen werden. Gründe für Nichtteilnahmen werden keine benannt.
Datenerhebung	
<i>Wie und wann wurden die Daten erhoben?</i>	Die Daten wurden über Fragebögen erfasst. Diese wurden entweder postalisch oder per e-Mail verschickt. Über den Zeitraum der Datenerhebung werden keinerlei Angaben gemacht.
<i>War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?</i>	Ja
<i>Wird das Instrument der Datenerhebung (zum Beispiel Fragebogen, Interviewleitfaden) beschrieben?</i>	Die fünf verwendeten Instrumente werden beschrieben: <i>Self-rated Health Subindex</i> für die Erfassung des generellen Gesundheitszustandes. <i>Physical Health Condition Checklist</i> zur Erfassung von typischen Beschwerden und Krankheiten der Postpartalzeit. <i>Center for Epidemiology Depression Scale (CES-D)</i> erfragt Symptome der Depression. Cut-Off-Point ist >15. (Siehe Übersicht über die Messinstrumente). <i>Postpartum support Questionnaire (PSQ)</i> (Siehe Instrumente)
<i>Wenn es sich bei dem Instrument um ein bestehendes handelt (wie zum Beispiel die Edinburgh Postnatal Depression Scale 6) oder es aus</i>	Die Quellen für die verwendeten Instrumente sind korrekt angegeben.

einem bestehenden abgeleitet wurde, ist die Quelle angegeben?	
Wenn das Instrument verändert wurde, gibt es hierfür eine Begründung und sind die Veränderungen benannt?	<p><i>Physical Health Condition</i> Checklist wurde angepasst, da im pre-Test Teilnehmerinnen weitere Beschwerden nannten, die nicht vorgesehen waren. Diese wurden ebenfalls aufgenommen. Die hinzugefügten Items werden genannt.</p> <p>Alle Instrumente wurden, wenn nicht schon in Chinesisch vorhanden, nach den gängigen Methoden übersetzt. Die Fragebögen waren für die Teilnehmerinnen in englischer und chinesischer Sprache verfügbar.</p>
Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?	Die Validität des veränderten PHCC scheint nicht speziell getestet worden zu sein.
Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein entsprechendes Training (zum Beispiel eine Interviewerschulung) stattgefunden?	Self-Report
Welche Rolle spielten die Forscherinnen bei der Datenerhebung?	Die Forscher nehmen eventuell über einen Begleitbrief zum Fragebogen Einfluss.
Wenn die Daten von mehreren Personen erhoben wurden, wurden Anstrengungen unternommen, dass die Datenerhebung durch alle gleich erfolgte?	Self-Report
Wie wurden die Daten festgehalten?	Schriftlich von den Teilnehmerinnen selbst, entweder auf Papier oder elektronisch.
Ethische Aspekte	
Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?	Durch das <i>Institutional Review Board</i> der finanzierenden Universität genehmigt. Ob dies die Taipeh Medical University, Taiwan oder die Virginia Commonwealth University in Richmond VA ist, erschliesst sich dem Leser nicht.
Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurden sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?	Keine Informationen dazu vorhanden
Wurde für die Teilnehmerinnen deutlich, dass die Teilnahme freiwillig ist und sich keine Nachteile für sie ergeben, wenn sie die Teilnahme ablehnen oder im Verlauf der Studie abbrechen?	Keine Informationen dazu vorhanden
Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?	Keine Informationen dazu vorhanden
Datenanalyse	
<u>Quantitative Studien</u>	
Sind die statistischen Analyseverfahren (sowie das Computerprogramm zur Auswertung) klar benannt?	Die Analyseverfahren sind klar benannt, eine Referenz zum verwendeten Computerprogramm fehlt jedoch.

<i>Sind die statistischen Tests für die Daten geeignet?</i>	Ja, es sind die gängigen Tests für entsprechende Designs
<i>Wird das Signifikanzniveau benannt?</i>	Ein Signifikanzniveau wird von den Autoren nicht festgelegt.
Ergebnisse	
<i>Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?</i>	Die Art der Darstellung hilft beim Verständnis, da jeder untersuchte Faktor im Fliesstext einen eigenen Abschnitt erhält. Die Ergebnisse sind so gut zu erfassen. Leider fehlt die Angabe des Signifikanzniveaus, was die Interpretation der Werte etwas erschwert. Hauptergebnisse sind: Soziale Unterstützung korreliert (Pearson Korrelation/ p-Wert) positiv mit Gesundheit (0.47/p<0.001), soziale Unterstützung korreliert negativ mit den depressiven Symptomen (-0.50/p<0.00) während die Wichtigkeit der Unterstützung positiv mit den depressiven Symptomen korreliert (0.22/p=0.2). Zudem wird die Beziehung zwischen Stress und depressiven Symptomen durch soziale Unterstützung abgeschwächt (p<0.001)
<i>Sind alle erhobenen Daten in die Auswertung einbezogen worden?</i>	Die Daten von allen fünf Instrumenten werden dargestellt. Jedoch könnten aus dem PSQ mehr Ergebnisse abgeleitet werden (zum Beispiel Welche Unterstützung korrelierte am stärksten negativ mit den depressiven Symptomen). Besonders im Kontext der kulturellen Besonderheiten wäre dies interessant.
<i>Bei der Verwendung von Fragebögen: Wie war die Rücklaufquote (sollte mindestens bei 65 Prozent liegen)?</i>	Nicht ersichtlich
<i>Wie viele der in die Studie aufgenommenen Teilnehmerinnen waren am Ende noch dabei (Ausfallrate)?</i>	Datensätze von 10 Frauen konnten nicht ausgewertet werden
<i>Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie benannt?</i>	Entweder war das Kind über 12 Monate oder die Frauen schickten die Fragebogen unvollständig zurück.
<i>Werden die Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben?</i>	94.2% wurden ausserhalb der USA geboren, durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den USA war 8.66 Jahre, durchschnittliches Alter lag bei 33.42, 55.9% hatten einen Bildungstand hatten einen höheren Abschluss als einen Bachelortitel vorzuweisen, 87.1% sprachen eine andere Sprache als Englisch, 45.5% Hausfrauen, 32.9% hatten eine Vollzeitstelle, 60.5% waren Erstgebärende, 71.1% Vaginalgeburten, 90.7% doing the month, 5.3% gaben postpartale Komplikationen an. 55.3% männliche Säuglinge, 96.0% der Kinder wurden gestillt.
<i>Gibt es Fehler oder Inkonsistenzen in den Ergebnissen?</i>	Keine ersichtlich
<i>Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?</i>	Ja, die zwei Tabellen sind gut verständlich
<i>Stimmen die Aussagen im Text mit den Grafiken und Tabellen überein?</i>	Ja
Diskussion	
<i>Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert?</i>	Ja.
<i>Werden die Ergebnisse im</i>	Ja, vor allem Übereinstimmungen, für den einzigen

<i>Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien diskutiert (Übereinstimmungen und Unterschiede)?</i>	benannten Unterschied wird eine mögliche Erklärung geboten (kleine Stichprobe in dieser Studie und keine chinesische CES-D Version in anderer Studie)
<i>Werden die Grenzen der Studie benannt?</i>	Die Grenzen werden nicht explizit genannt. Erwähnt wird die kleine Stichprobe, jedoch nicht konkret als Limitation.
<i>Sind eventuelle Fehler benannt und werden Vorschläge gemacht, wie diese in Zukunft vermieden werden können?</i>	Nein
<i>Wird die klinische Relevanz der Ergebnisse diskutiert?</i>	Die Autoren halten fest, dass an die Kultur angepasste unterstützende Interventionen Müttern helfen könnten, mit ihren depressiven Symptomen umzugehen.
Schlussfolgerungen und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis	
<i>Lassen sich die Schlussfolgerungen/Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?</i>	Ja.
<i>Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?</i>	Keine konkreten Vorschläge, aber eine Idee (s.o.) ist vorhanden
<i>Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung?</i>	Ausgiebige Empfehlungen für weitere Forschung vorhanden.
Literatur und andere Angaben	
<i>Sind die Literaturangaben eindeutig?</i>	Ja
<i>Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben?</i>	Ja
Sonstiges	
<i>Von wem wurde die Studie finanziert?</i>	Von einer der beiden oben genannten Universitäten, welche wird nicht deutlich
<i>In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt (zum Beispiel Teil eines Studiums, Auftragsforschung)?</i>	Keine Angaben
<i>Gibt es Interessenkonflikte, die einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben könnten (zum Beispiel Interessen des Sponsors, Durchführung der Studie am eigenen Arbeitsplatz)?</i>	Keine ersichtlich

Wortzahl

Abstract: 198 Wörter

Arbeit (exklusive Abstract, Tabellen, Abbildungen, Tafeln, Verzeichnisse, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung, Wortzahl und Anhänge sowie deren Überschriften): 8500 Wörter