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

Eine Literaturrecherche

Andrea Zwyssig S10868180

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

Abstract .................................................................................................................. 4

1 Einleitung ............................................................................................................. 5
  1.1 Begründung der Themenwahl ........................................................................ 5
  1.2 Stand der Forschung ...................................................................................... 6
  1.3 Eingrenzung des Themas .............................................................................. 6
  1.4 Fragestellung .................................................................................................. 7
  1.5 Zielsetzung und Relevanz für die Praxis ....................................................... 7
  1.6 Methodik ........................................................................................................ 7
    1.6.1 Literaturrecherche ..................................................................................... 8
    1.6.2 Ein- und Ausschlusskriterien ................................................................. 8
    1.6.3 Bewertungskriterien ................................................................................. 9

2 Theoretischer Hintergrund .................................................................................. 9
  2.1 Substanzmissbrauch der Mutter ................................................................... 9
    2.1.1 Opiatabhängigkeit .................................................................................. 10
    2.1.2 Substitutionsbehandlung mit Methodon .............................................. 11
    2.1.3 Schwangerschaft und Substanzabhängigkeit ........................................ 12
  2.2 Auswirkungen auf das Kind ........................................................................... 12
    2.2.1 Unterschiedliche Substanzen und deren Auswirkungen ....................... 13
    2.2.2 Neonatales Abstinenzsyndrom ............................................................. 14
    2.2.3 Bewertungsinstrument .......................................................................... 14
    2.2.4 Drogenscreening .................................................................................... 15
    2.2.5 Medikamentöse Behandlung ................................................................. 15
    2.2.6 Nicht-medikamentöse Pflegeinterventionen ........................................ 16
  2.3 Stillen und Substanzmissbrauch .................................................................... 16
  2.4 Calgary Familienassessment- und Interventionsmodell ................................ 17
    2.4.1 Familienzentrierte Gespräche ............................................................... 18
    2.4.2 Umgangsformen ..................................................................................... 18
    2.4.3 Familiengeno-/Ökogramm ...................................................................... 18
    2.4.4 Familienzentrierte Fragen .................................................................... 19
    2.4.5 Stärken und Ressourcen anerkennen ................................................... 19

3 Ergebnisse .......................................................................................................... 19
  3.1 Darstellung der eingeschlossenen Studien .................................................... 19
3.2 Ergebniszusammenfassung ................................................................. 22
   3.2.1 Rollenkonflikte ........................................................................... 22
   3.2.2 Weiterbildung und psychosoziale Unterstützung ......................... 23
   3.2.3 Emotionale Betroffenheit .......................................................... 24
   3.2.4 Depressive Symptome .............................................................. 24
   3.2.5 Erschwerte Zusammenarbeit ....................................................... 25
   3.2.6 Verbesserte Einschätzung ............................................................ 25
   3.2.7 Verbesserungsvorschläge ............................................................ 26
   3.2.8 Stillen und Substanzmissbrauch .................................................. 27
   3.2.9 Assessmentmöglichkeit ............................................................. 27
4 Diskussion .......................................................................................... 28
   4.1 Kritische Würdigung der Studien .................................................... 28
   4.2 Bewertung der Ergebnisse .............................................................. 29
   4.3 Empfehlungen für die Praxis ............................................................ 31
   4.4 Reflexion der Bachelorarbeit .......................................................... 35
5 Schlussfolgerung ................................................................................. 35
   5.1 Ausblick .......................................................................................... 37
6 Verzeichnisse ....................................................................................... 38
   6.1 Literaturverzeichnis ........................................................................ 38
   6.2 Abkürzungsverzeichnis .................................................................... 43
   6.3 Tabellenverzeichnis ........................................................................ 44
7 Danksagung .......................................................................................... 45
8 Eigenständigkeitserklärung ................................................................. 45
9 Anhang .................................................................................................. 46
   Anhang A Glossar ................................................................................ 46
   Anhang B Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien .................. 49
   Anhang C Klinische Symptome des neonatalen Abstinenzsyndroms ......... 63
   Anhang D Verhaltensscore modifiziert nach Finnegan, USZ .................. 64
   Anhang E Geno-/Ökogramm ................................................................. 65
   Anhang F Wortzahl .............................................................................. 68
Abstract


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


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


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


1.1 Begründung der Themenwahl


---

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

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

1.2 Stand der Forschung

1.3 Eingrenzung des Themas

1.4 Fragestellung

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

1.5 Zielsetzung und Relevanz für die Praxis


1.6 Methodik


1.6.1 Literaturrecherche

1.6.2 Ein- und Ausschlusskriterien

1.6.3 Bewertungskriterien

2 Theoretischer Hintergrund
2.1 Substanzmissbrauch der Mutter
2.1.1 Opiatabhängigkeit


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


2.1.2 Substitutionsbehandlung mit Methodon
2.1.3 Schwangerschaft und Substanzabhängigkeit


2.2 Auswirkungen auf das Kind

Unterschiedliche legale und illegale Substanzen zeigen unterschiedliche Auswirkungen auf den Fetus und differenzieren sich auch in ihren postnatalen Symptomen. Eine klare Aussage bezüglich den Auswirkungen auf das Neugeborene zu treffen, wird durch die weitverbreitete Polytoxikomanie (Schaefer et al., 2006) der betroffenen Frauen erschwert und verkompliziert deren postnatale Behandlung. Ebenso scheinen auch Mangelernährung, Mangelhygiene, Traumatisierungen sowie ein niedriger sozioökonomischer Status (Ziegler et al., 2000) eine fehlbildungerzeugende Auswirkung auf die Schwangerschaft zu haben (Schaefer et al., 2006). Die betroffenen Frauen weisen neben psychoaktiven substanzbedingten Störungen und weiteren psychischen Erkrankungen (Zullino et al., 2007), auch ein
erhöhtes Risiko für Infektionskrankheiten, wie Hepatitis B und C sowie HIV auf (Clothery, Eichenwald und Stark, 2008), was eine zusätzliche Gefährdung des Kindeswohls darstellen kann.

### 2.2.1 Unterschiedliche Substanzen und deren Auswirkungen

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

**Tabelle 1: Unterschiedliche Substanzen und deren Auswirkungen**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Stimulanzien</strong></td>
<td>Kokain und Amphetamine (Speed, Ecstasy) können bei den Konsumentinnen zu Vasokonstruktionen (Gefässverengungen) und somit zu einer Minderdurchblutung des Fetus führen (Schaefe et al., 2006), was ein Abort, eine frühzeitige Plazentaablösung oder eine Wachstumsverzögerung auslösen kann (Clothery et al., 2008). Neben Organschäden können die Neugeborenen auch von Missbildungen der Extremitäten betroffen sein (Silvani, 2008). Entzugssymptome können teilweise ganz ausbleiben oder zeigen sich viel weniger ausgeprägt als bei einem Opiatentzug (Clothery et al., 2008).</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Cannabinoide</strong></td>
<td>Marihuana und Haschisch weisen alleine keine gesicherten Entwicklungsstörungen des Kindes auf (Schaefe et al., 2006). Da Cannabinoide jedoch meist in Kombination mit Nikotin und Alkohol eingenommen werden, können sie zu einem verminderten Geburtsgewicht führen und die Entzugssymptome dieser legalen Substanzen hervorrufen (Silvani, 2008).</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Alkohol</strong></td>
<td>Alkohol kann ein fetales Alkoholsyndrom [FAS], geprägt von Untergewicht, Mikrozephalie (Schädelfehlbildung), Herzkrankheiten und unterschiedliche Dysmorphien (Missbildungen) verursachen (Clothery et al., 2008). Ein ausgeprägtes FAS kann sich später in verzögterer geistiger Entwicklung sowie Verhaltensauffälligkeiten des Kindes zeigen (Köster und Schwarz, 2004).</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Nikotin

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

2.2.2 Neonatales Abstinenzsyndrom

2.2.3 Bewertungsinstrument

---

³ Klinische Zeichen des NAS werden im Anhang C ausführlich dargestellt.
⁴ Ein Verhaltensscore modifiziert nach Finnegan ist im Anhang D ersichtlich.

### 2.2.4 Drogenscreening

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

2.2.6 Nicht-medikamentöse Pflegeinterventionen

2.3 Stillen und Substanzmissbrauch

2.4 Calgary Familienassessment- und Interventionsmodell

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

### 2.4.2 Umgangsformen

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

---

5 Die Abbildungen eines Geno-/Ökogramms sowie die Erläuterung der einzelnen Symbole sind im Anhang E ersichtlich.
2.4.4 Familienzentrierte Fragen
Ein fortlaufender zirkulärer Austausch entsteht dadurch, indem sich in einem Gespräch die Fragen auf die gegebenen Antworten beziehen. Dadurch wird dem Gesprächspartner das Gefühl vermittelt, gehört und bestätigt zu werden. Im kognitiven Bereich begünstigen zirkuläre Fragen die Identifizierung eines Problems sowie die gemeinsame Lösungsfindung. Der affektive Bereich ermöglicht es den Familienmitgliedern positive und auch negative Gefühle zuzulassen. Das Anerkennen und Normalisieren ihrer emotionalen Reaktionen soll sie ermutigen, ihre Sicht der Krankheitsgeschichte, ihre Ideologien sowie ihre Hoffnungen transparent zu machen.

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

3 Ergebnisse
3.1 Darstellung der eingeschlossenen Studien
Es folgt eine kurze Darstellung der sieben analysierten Studien:

Tabelle 2: Darstellung der eingeschlossenen Studien

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Inhalt</td>
<td>In einer australischen Querschnittstudie mit 1605 Pflegenden wurde anhand einer multivariablen Regressionsanalyse* den Zusammenhang zwischen fachspezifischer Edukation (eindimensionaler Weiterbildung) bezüglich Substanzabhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Drogen) und dem gleichzeitigen Rollensupport (durch psychosoziale Unterstützung z. B. Supervision*, Coaching) während der Betreuung bezüglich des Einflusses auf die therapeutische Haltung und das Engagement der Pflegenden gegenüber Betroffenen mit Abhängigkeitserkrankungen, erforscht.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
von Strategien, welche Pflegende befähigen, besser mit komplexen Patientensituationen zu kooperieren, deutlich gemacht.

**Evidenzlevel:** 3 (nach Madjar und Walton, 2001)


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


**Evidenzlevel:** 2 (nach Kearney, 2001)

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

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

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

**Evidenzlevel:** 3 (nach Madjar und Walton, 2001)

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

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

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

**Evidenzlevel:** 3 (nach Madjar und Walton, 2001)

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

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


**Evidenzlevel:** 3 (nach Madjar und Walton, 2001)

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

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

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

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

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

**Evidenzlevel:** 2 (nach Kearney, 2001)


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

**Inhalt:** Die finnische Studie erforschte anhand eines explorativen Designs* die postnatale interaktive Kapazität von 12 Müttern mit einer Substanzabhängigkeit integriert in einer institutionellen Behandlung mit ihren Neugeborenen. Die generierten Daten wurden mit den retrospektiven Daten von 12 Müttern ohne Substanzabhängigkeiten verglichen. Zusätzliche wurden
relevanten Zusammenhänge zwischen sozialer Beziehungsfähigkeit, sozialer Unterstützung sowie depressiven Symptomen bei den Müttern mit einer Substanzabhängigkeit aufgezeigt.

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

**Evidenzlevel:** 3 (nach Madjar und Walton, 2001)

### 3.2 Ergebniszusammenfassung

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

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

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

#### 3.2.1 Rollenkonflikte

Murphy-Oikonen et al. (2010) beobachteten einen Rollenkonflikt unter den Pflegenden bezüglich der Betreuung von Neugeborenen mit NAS und deren Mütter mit einer Abhängigkeitserkrankung. Die Neugeborenen wurden als untröstlich (Murphy-Oikonen et al., 2010) und ihre Betreuung als zeitaufwendig beschrieben (Ford et al., 2009; Fraser et al., 2007; Pajulo et al., 2001). Sie bräuchten ein Höchstmass an liebvolle Fürsorge und mütterlicher Zuwendung, nicht aber die anspruchsvolle, medizinische Betreuung, wie sie Früh- und Termingeborene in
einem kritischen Zustand erfordern. Die Probandsinben fühlten sich bei der Betreuung nicht in ihren pflegerischen Kompetenzen angesprochen und durch die zeitaufwändige Auseinandersetzung mit den „schwierigen“ Eltern in die Rolle einer Sozialarbeiterin gedrängt (Murphy-Oikonen et al., 2010). Die neue Rolle als Mutter stellte auch für die Frauen mit einer Abhängigkeitserkrankung vermehrt eine Überforderung dar und konnte zu einer Distanzierung zu ihrem Neugeborenen führen (Pajulo et al., 2001), was von den Pflegenden als ein mütterliches Desinteresse sowie eine egozentrische Haltung interpretiert wurde (Murphy-Oikonen et al., 2010). Dieses Urteil erschwert es den Pflegenden eine wohlwollende Haltung dieser Population entgegenzubringen. Obschon die Aussagen der Pflegenden eine tendenziell negative Haltung gegenüber den Müttern mit einer Opiatabhängigkeit und deren Neugeborenen mit NAS aufzeigten, wurde deutlich, dass sich die Pflegenden sehr wohl ihrer zentralen Rolle in dieser komplexen Betreuung bewusst sind, es ihnen aber an theoretischem Fachwissen sowie an Erfahrung fehlt (Ford et al., 2009; Murphy-Oikonen et al., 2010; Pajulo et al., 2001).

3.2.2 Weiterbildung und psychosoziale Unterstützung


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

3.2.4 Depressive Symptome
Bei Pajulo et al. (2001) wurden unter den Müttern mit einer Abhängigkeitserkrankung vermehrt negative Gefühle beobachtet. Ihre Hypothese, dass die betroffenen Mütter vermehrt depressive Symptome als die Mütter ohne Abhängigkeitserkrankungen aufweisen, bestätigte sich eindeutig. Während nach drei Monaten postnatal in der Risikogruppe drei (25 %) der Mütter depressive Symptome zeigten, waren es nach sechs Monaten postnatal bereits fünf (42 %). Bei der Kontrollgruppe war bei beiden
Zeitpunkten nur eine Mutter (8 %) davon betroffen. Die Daten zur Erfassung der depressiven Symptome zeigten, dass die Probandinnen beider Gruppen am meisten unter dem Aspekt der Selbstbeschuldigung litten. Die Zunahme der depressiven Symptome korrelierte mit den Schwierigkeiten, welche die Mütter der Risikogruppe im interaktiven Umgang mit ihren Kindern zeigten. Es fiel den Müttern mit einer Abhängigkeitserkrankung signifikant schwerer mit ihren Neugeborenen zu kommunizieren, Freude über ihre neue Elternrolle zu zeigen und sich darin zu organisieren, als den Müttern der Kontrollgruppe.

3.2.5 Erschwerte Zusammenarbeit
Die betroffenen Familien wurden häufig als chaotisch und mit einem grossen Bedarf an emotionaler, sozialer und praktischer Unterstützung beschrieben (Fraser et al., 2007). Pajulo et al. (2001) stellten fest, dass die betroffenen Mütter signifikant weniger soziale Unterstützung erhielten. Sie waren häufiger alleinstehend und hatten einen geringeren Ausbildungsgrad oder waren arbeitslos und verfügten über weniger Wissen in Bezug auf die Erziehung, als die Mütter der Kontrollgruppe.
Ein Mangel an Hintergrundinformationen bezüglich der Drogenvergangenheit der Mütter sowie fehlende Angaben zur aktuellen Familiensituation führten zu Vorurteilen sowie Vermutungen, welche die Zusammenarbeit negativ beeinflusste (Fraser et al., 2007). Die Ungewissheit über die Verhältnisse in welche die Neugeborenen nach ihrem Entzug entlassen werden, wurde von den Pflegenden als belastend beschrieben. Besonders dann, wenn auch das Zweitgeborene einer Mutter ein NAS entwickelte (Murphy-Oikonen et al., 2010).
Aufgrund Personalknappheit und Schichtarbeit wurde die Bezugspersonenarbeit erschwert und führte zu einem Kontinuitätsmangel in der Betreuung. Dies wurde von den Pflegenden aber auch von den betroffenen Müttern, welche bereits häufiger Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen aufwiesen (Pajulo et al., 2001), bemängelt (Fraser et al. 2007).

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

3.2.7 Verbesserungsvorschläge


Pflegende wünschten sich vermehrt eine professionelle Weitebildung im Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen, psychologisches Hintergrundwissen sowie Copingstrategien, um adäquater die Herausforderung bewältigen zu können (Fraser et al., 2007). Eine Vertiefung in die komplexe Betreuung von Neugeborenen mit NAS und die physischen Auswirkungen der konsumierten Substanzen auf die Neugeborenen (Murphy-Oikonen et al., 2010) sowie evidenzbasierte Richtlinien
Bezüglich dem Stillen und Substanzmissbrauch (McQueen et al., 2011), wurden ebenfalls als relevant für eine wirksame Betreuung betrachtet.

### 3.2.8 Stillen und Substanzmissbrauch

McQueen et al. (2011) machten deutlich, dass Neugeborene, welche intrauterin Methadon exponiert waren und postnatal vorwiegend mit Muttermilch ernährt wurden, signifikant seltener ein NAS und eine geringere Intensität der NAS-Symptomatik zeigten, als die Neugeborenen, welche mit Muttermilch und Säuglingsmilch oder vorwiegend mit Säuglingsmilch ernährt wurden. Die Neugeborenen, welche vorwiegend Muttermilch erhielten, brauchten signifikant weniger häufig eine medikamentöse Behandlung und wiesen eine geringere Entzugsdauer auf. Aus den Ergebnissen schlossen die Autoren, dass Mütter mit einer Methadonsubstitution ohne weiteren Substanzenkonsum sowie ohne milchgängige übertragbare Infektionskrankheiten vom Betreuungsteam zum stillen motiviert werden sollten.

### 3.2.9 Assessmentmöglichkeit

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

4 Diskussion

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

4.2 Bewertung der Ergebnisse


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

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

4.3 Empfehlungen für die Praxis
Eine psychosoziale Unterstützung der Pflegenden in Form von Supervision, wäre
während der komplexen Betreuung von Neugeborenen mit NAS und deren Müttern
sicher vorteilhaft und könnte eine Förderung der therapeutischen Haltung sowie des
Pflegeengagements bedeuten. Eine personenbezogene berufliche Beratung könnte
Pflegende zur individuellen und sozialen Selbstreflexion befähigen und ihnen ein
Überprüfen und Optimieren des beruflichen und methodischen Handelns (Rappe-
Giesecke, 2003), ermöglichen. In Anbetracht der finanziellen Sparmassnahmen im
Gesundheitswesen sowie den neu eingeführten Fallpauschalen (DRG)*, bleibt
jedoch fraglich, inwiefern auf eine solche Unterstützung eingegangen werden kann.
Eine kostengünstigere Option bietet eine spezifische Fachgruppe, organisiert durch
Pflegende. Diese erscheint bei gleichzeitiger Berücksichtigung der
Bezugspersonenpflege in der Betreuung von Neugeborenen mit NAS und deren
Mütter, von zentraler Bedeutung zu sein. Ein regelmässiger Austausch von
Pflegenden in einer Fachgruppe dient dazu, ihre professionellen aber auch
persönlichen Erfahrungen, sowie Schwierigkeiten und Erfolge zu thematisieren (Leu,
2013). Da das Erfahrungswissen häufig intuitiv ist, sollte es auch immer kritisch
hinterfragt werden (Ullmann-Bremi und Natterer, 2009). Wird es aber in Verbindung
mit wissenschaftlichen Belegen weiterentwickelt, stellt es eine wertvolle
Wissensquelle dar und kann einer Fachgruppe bei der Implementierung von
praxisnahen, evidenzbasierten Richtlinien dienen.
Eine Erwähnung des Betreuungsauftrages von Neugeborenen mit NAS und deren
Mütter im Stellenprofil sowie eine differenzierte Einarbeitung von neuen Pflegenden
auf der Neonatologie könnte auch dem beobachteten Rollenkonflikt (Murphy-Oikonen et al., 2010), vorbeugen.


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

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


5 Schlussfolgerung


5.1 Ausblick

6 Verzeichnisse

6.1 Literaturverzeichnis


[http://www.kispi.uzh.ch/Kinderspital/Pflege/PflegeBetreuung/Pflegeentwicklung/poster-ebn%20%200609%20.pdf](http://www.kispi.uzh.ch/Kinderspital/Pflege/PflegeBetreuung/Pflegeentwicklung/poster-ebn%20%200609%20.pdf) am 12.03.2013


### 6.2 Abkürzungsverzeichnis

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

Andrea Zwysig
Abbildungsverzeichnis

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

6.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterschiedliche Substanzen und deren Auswirkungen .................. 13
Tabelle 2: Darstellung der eingeschlossenen Studien ........................................... 19
Tabelle 3: Hinweise zu relevanten Fragen ................................................................. 33
Tabelle 4: Glossar ........................................................................................................ 46
Tabelle 5: Studie 1: Improving nurses’ therapeutic attitude to patients who use illicit
drugs: Workplace drug and alcohol education is not enough (Ford et al., 2009) .... 49
Tabelle 6: Studie 2: Caring, chaos and the vulnerable family. Experiences in caring
for newborns of drug-dependent parents (Fraser et al., 2007) ............................ 51
Tabelle 7: Studie 3: Implementing Practice Guidelines and Education to Improve
Care of Infants With Neonatal Abstinence Syndrome (Lucas et al., 2012) .......... 53
Tabelle 8: Studie 4: Does the 15-Minute (or Less) Family Interview Influence Family
Nursing Practice? (Martinez et al., 2007) ................................................................. 55
Tabelle 9: Studie 5: The impact of Infant Feeding Method on Neonatal Abstinence
Scores of Methadon-Exposed Infants (McQueen et al., 2011) .............................. 57
Tabelle 10: Studie 6: The Experiences of NICU Nurses in Caring for Infants with
Neonatal Abstinence Syndrome (Murphy-Oikonen et al., 2010) ........................... 59
Tabelle 11: Studie 7: An early report on the mother-baby interactive capacity of
substance-abusing mothers (Pajulo et al., 2001) ..................................................... 61
Tabelle 12: Klinische Symptome des NAS modifiziert nach Kräemer und Schöni
(2007) ......................................................................................................................... 63
7 Danksagung
Ich bedanke mich herzlich bei Frau Hodel (Psychologin lic.phil.l und
Gesundheitsfachfrau, Leiterin MAS in Patienten- und Familienedukation,
Weiterbildung Pflege an der ZHAW, Institut Pflege) für die fachliche Begleitung, die
motivierenden und spannenden Gespräche sowie die wertvolle Unterstützung
während des ganzen Arbeitsprozesses. Ebenfalls gilt ein herzliches Dankeschön
Frau Leu (dipl. Pflegefachfrau der Neonatologie, USZ und Mitglied der Fachgruppe
„Konzept zur Betreuung von Neugeborenen mit Entzugsproblematik und deren
Eltern“) für die interessanten Auseinandersetzungen und den bereichernden Einblick
in die klinische Expertise. Herr Bader und meinen Eltern danke ich herzlich für das
Korrekturlesen, die Unterstützung beim Formatieren, die anregenden Diskussionen,
die Motivation und besonders für ihre Geduld.

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

Winterthur, 28.04.2013

Andrea Zwysig
# 9 Anhang

## Anhang A  Glossar

Tabelle 4: Glossar

<table>
<thead>
<tr>
<th>Begriff</th>
<th>Definition/Erklärung</th>
<th>Quelle</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>system</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Design</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(DRG)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alkoholsyndrom</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(FAS)</td>
<td>„In der Gebärmutterhöhle (Cavitas uteri), während der Leibesfruchtentwicklung im Uterus“</td>
<td>(Roche Lexikon, 2003, S. 940)</td>
</tr>
<tr>
<td>Intrauterin</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Laktations-</td>
<td>Eine Verlangsamung der Milchproduktion- und Ausschüttung durch die weibliche Brustdrüse im Anschluss</td>
<td>(Roche Lexikon, 2003)</td>
</tr>
<tr>
<td>hemmung</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Term</td>
<td>Definition</td>
<td>Quelle</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Multivariable</td>
<td>„Messung der Beziehung zwischen einer abhängigen Variablen der Intervallebene und mehreren unabhängigen Variablen“.</td>
<td>(LoBiondo-Wood und Haber, 2005, S. 789)</td>
</tr>
<tr>
<td>Regressions-</td>
<td>„Forschungsdesign, bei dem ein Phänomen ohne Manipulation der unabhängigen Variable beobachtet wird“.</td>
<td>(LoBiondo-Wood und Haber, 2005, S. 789)</td>
</tr>
<tr>
<td>analyse</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psychotrop, „psychoaktiv“</td>
<td>Das Wort wird meist im Zusammenhang mit Substanzen verwendet und beschreibt deren zentralvenöse Wirkungsmechanismen und ihren Einfluss auf das Bewusstsein und die Psyche (wie z.B. Alkohol, Heroin, aber auch Psychopharmaka).</td>
<td>(Roche Lexikon, 2003)</td>
</tr>
<tr>
<td>Quasi-experimentelles</td>
<td>Bei einem quasi-experimentellen Design wird keine randomisierte (nach Zufallsprinzip) Verteilung vorgenommen, jedoch aber die unabhängige Variable manipuliert und bestimmte Kontrollmechanismen eingesetzt.</td>
<td>(LoBiondo-Wood und Haber, 2005)</td>
</tr>
<tr>
<td>Design</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Querschnitts-</td>
<td>„Nicht-experimentelles Forschungsdesign, bei dem die Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt, d.h. in der unmittelbaren Gegenwart, untersucht werden“.</td>
<td>(LoBiondo-Wood und Haber, 2005, S. 794)</td>
</tr>
<tr>
<td>studie</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Retrospektives</td>
<td>Ist ein „nicht-experimenteller Forschungsprozess, der bei dem zu untersuchenden Phänomen (abhängige Variable) in der Gegenwart ansetzt und dessen Beziehung zu einer anderen Variablen (unabhängige Variable) in der Vergangenheit untersucht“.</td>
<td>(LoBiondo-Wood und Haber, 2005, S. 795)</td>
</tr>
<tr>
<td>Design</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-----------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Teratogen</td>
<td>„Fehlbildung erzeugend“. Biologische, chemische oder physikalische Einflussfaktoren, die bei einem Organismus Fehlbildungen hervorrufen.</td>
<td>(Roche Lexikon, 2003, S. 1809)</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorher-Nachher-Design</td>
<td>Ein Prozessverfahren, welches zur Beurteilung der Behandlungswirkung bei einer Gruppe/Einzelperson eingesetzt wird. Die Gruppe/Einzelperson wird vor und nach einer Behandlung untersucht, um eine Veränderungen durch die Behandlung feststellen zu können.</td>
<td>(Law et al., 1998)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Betreuung von Müttern mit einer Opiahängigkeit und deren Neugeborenen mit Entzugsproblematik auf der Neonatologie

Anhang B Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sample (NS 1665) Pflegende aus unterschiedlichen Settings (50% response rate), 94% weiblich, mit einem Durchschnittsalter von 44 (+/-9) Jahren (Table 1). Tabelle zeigte, wieviel Schulung die Pflegenden bezüglich Abhängigkeitserkrankungen erhalten hatten, in welchen Settings sie arbeiteten und welche Erfahrungen sie in der Betreuung von Patienten in Drogenprogrammen hatten. Auch die allgemeine Berufserfahrung (mean 21 +/-10, Range 0-50 Jahre) wurde festgehalten. 244 Pflegenden arbeiteten als Hebammen(Wochenbett, 68 in der Pädiatrie/Neonatologie 7 im theoretischen Hintergrund wird erwähnt, dass gerade in diesem Setting der Pflegeauftrag besonders komplex ist, besonders dann, wenn die Neugeborenen ein neonatales Abstinencezyndrom [NAS] entwickelten.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Literatur / Theoretischer Hintergrund Notwendigkeit der Studie wird mit vorangehender Literatur eingeführt. - Ein Mangel an theoretischem Fachwissen bezüglich Abhängigkeitserkrankung während der Pflegefachausbildung (in allen Settings) sowie eine verursachende Haltung der Pflegenden gegenüber diesen Patienten, erschweren eine gut funktionierende Zusammenarbeit, führen zu Unzufriedenheit bei Pflegenden und beeinflussen den Behandlungserfolg negativ.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ethische Genehmigung erfolgte durch „The Australian National Human Research Ethics Committee“. Für die Stichprobenerhebung wurden alle in das Jahr 2003 im „Australian Capital Territory“ registrierten Pflegenden berücksichtigt.</td>
</tr>
<tr>
<td>Beurteilung Auffallend ist, dass 34% aller Pflegenden während der Ausbildung keine und 32% weniger als 5 Stunden Schulung bezüglich Abhängigkeitserkrankungen erhalten hatten. Trotz tiefer Responderate von 50% gewährleistet die Stichprobengrösse eine ausreichende</td>
</tr>
<tr>
<td>Beurteilung Das Querschnittsdesign eignet sich um eine</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Andrea Zwyssig 49


| Beurteilung |


| Stärken |
| Ergebnisse werden mit vorangehender Literatur in Zusammenhang gebracht und im theorethischen Teil wird die Notwendigkeit der Studie sichtbar gemacht. |
| Aufgrund der erhobenen Population (Pflegenden waren in unterschiedlichen Bereichen tätig), lassen sich die Erkenntnisse auch in diverse medizinische sowie soziale Bereiche des Gesundheitswesen transferieren. |

| Schwächen |
| Das gewählte Studiendesign eignet sich um eine Momentaufnahmen eines Zustandes festzuhalten, erschwert aber Kausalzusammenhänge (Ursache und Wirkung) zu erkennen. |
| Die Datenerhebungsweise durch die Post (postal survey) kann die Zuverlässigkeit einer Studie negativ beeinflussen. |
| Mangelnde Beschreibung des Fragekataloges im Text (Forscher verweisen allerdings auf eine Quelle) führt zu einer Vulnerabilität der Studie bezüglich Validität und Reliabilität. |

| Evidenzlevel: | 2 (nach Madjar und Walton, 2001) |

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sample</th>
<th>Design / Methode</th>
<th>Ziel / Fragestellung</th>
<th>Datenerhebung</th>
<th>Literatur / Theoretischer Hintergrund</th>
<th>Beurteilung</th>
<th>Analyse</th>
<th>Resultate</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Beurteilung**:


1. Beziehung zum Neugeborenen
Die Betreuung von BAB mit NAS wurde als zeitaufwendig und durch ihr unruhiges Verhalten als schwierig empfunden. Der Finnegan Score [FNAS] wurde als hilfreich betrachtet, um die Bedürfnisse der BAB besser deuten zu können.

2. Interaktion mit der Familie

3. Spannungen im Betreuungsumfeld

4. Was brauchen die Pflegenden

5. Verbesserungsvorschläge
Frühzeitige Schwangerschaftsvorsorge, Aufklärung &
### Beurteilung der Ergebnisse


### Stärken
- Eine sorgfältig durchgeführte Inhaltsanalyse lässt die Forscher zentrale Kernthemen identifizieren.
- Zuverlässigkeit der Studie wird anhand original Zitaten der Pflegenden und des genau beschriebenen Analyseverfahrens erhöht.

### Schwächen
- Leider wird nicht erwähnt anhand welcher Inhaltsanalyse und welche der Forscher die Auswertungen der Daten durchgeführt haben.
- Exakte Angaben zum Ablauf und Dauer der Gruppeninterviews fehlen im Text.
- Die Signifikanz der Arbeit wird nicht explizit diskutiert, jedoch kurz in einem Satz erwähnt → Einstufung bezüglich der Zuverlässigkeit der Studie bleibt für den Betrachter schwierig (siehe unter Beurteilung der Analyse).

### Evidenzlevel: 2 (nach Kearney, 2001)

### Bedeutung für eigene Fragestellung


Die Erfahrungsberichte der Pflegenden zeigen die Wichtigkeit der Betreuung der NG mit NAS, aber auch die Betreuung der Eltern auf. Gerade in dieser Zeit, welche für die Mutter-Kind-Bindung von grosser Bedeutung ist sollte auch, trotz schwierigen Bedingungen, für eine kontinuierliche Bindungsförderung gesorgt werden. Die Pflegenden waren der Ansicht, dass eine verbesserte und offene Kommunikation und das Wissen über die Drogenkunde der Mütter, die Betreuung positiv beeinflussen würde und eine vertraute Beziehung zwischen den Pflegenden und den Eltern zu einer besserten Zusammenarbeit und letztendlich zu einem besseren Outcome für das Kind führen könnte.

Gewünscht werden:
- Verbesserte Assessmentinstrumente, Kommunikationsmöglichkeiten
- Psychologisches Hintergrundwissen
- Mehr Privatsphäre sowie Rückzugsmöglichkeiten (Überachtungsmöglichkeiten) für die Eltern
- Bezugs-personensystem (kontinuierliche Betreuung durch Pflegenden mit Erfahrung)
- Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit
Betreuung von Müttern mit einer Opiatabhängigkeit und deren Neugeborenen mit Entzugsproblematik auf der Neonatalstation

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

| Sample | 68 (81%) der 84 Pflegenden einer „neonatal intensive care unit“ [NICU] in „North Carolina“ (USA) nahmen an der Studie teil. Auf der 44-Bettenstation wurden 2010, 604 Neugeborene [NG] behandelt. Davon hatten 40 (9%) NG ein neonatales Abstinenzsyndrom [NAS] und erforderten eine medikamentöse Behandlung. In Zusammenhang mit NAS und dem FNAST, testen, welches sich diese auf Pflegenden und deren Betreuungskompetenzen auswirken. | Methoden / Design | Die Forscher wählten ein nicht-experimentelles „pre-/posttest“ Studiendesign (quantitative Studie). Ziel / Fragestellung | Die Forscher wählten ein nicht-experimentelles „pre-/posttest“ Studiendesign (quantitative Studie). Literatur / Theoretischer Hintergrund | • aus der Literatur ist bekannt, dass die häufig, unkorrekte und inkorrekte Anwendung des FNAST (bedingt durch zu wenig gezielte Weiterbildung) zu einer subjektiven Fehleinschätzung der Symptome der NG und somit die Behandlung passiv beeinflusst kann. | Ergebnisse | Die Forschungsergebnisse wurden anhand eines t-test analysiert: Eine um 10% erhöhte Punktzahl im posttest NAS-Test wurde als eine Wissenserweiterung betrachtet. Im Pretest zeigte niemand die maximale Punktzahl (100%). Im posttest erzielte 3 (4%) Pflegenden die maximale Punktzahl (100%) Alle Pflegenden zeigten eine Steigerung von (2%-44%). 61 (90%) der Pflegenden zeigten eine Steigerung von 10% oder mehr. Nur 7 (10%) erzielten keine Wissenserweiterung von 10%.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärken</th>
<th>Bedeutung für die eigene Fragestellung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Mit ihrer Intervention wirken sie die inkonsistenten und inkorrekten Anwendung des FNAST entgegen und leisten mit der Entwicklung von neuen, evidenzbasierten Richtlinien einen wichtigen Beitrag zu einer verbesserten Betreuung der NG mit NAS.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Das Interesse und Bedürfnis an gezielter Weiterbildung im Zusammenhang mit NAS und FNAST wurde mit der freiwilligen Teilnahme von 81% aller Pflegenden der NICU bestätigt.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schwächen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Die Ergebnisse lassen keine Aussagen bezüglich einer langfristigen Auswirkung der Weiterbildung auf die verbesserten Betreuungskompetenzen machen, da zwischen pre- und posttest nur eine kurze Zeitdifferenz lag.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Weiter klinische Outcomes der NG, in wie Fern sich die verbesserte Einschätzung auf die Intensität und Länge ihres Entzuges ausgewirkt hat, wurden aufgrund einer kleinen Population von NG mit NAS auf der NICU (zum Zeitpunkt der Untersuchung) nicht erhoben, hätten aber die Evidenz der Untersuchung steigern können.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Evidenzlevel: 3 (nach Madjar und Walton, 2001)
Tabelle 8: Studie 4: Does the 15-Minute (or Less) Family Interview Influence Family Nursing Practice? (Martinez et al., 2007)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Sample</strong></td>
<td>(n=5) Pflegende (5 Pflegefachfrauen und 1 Pflegefachmann)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Einschluss-/ Ausschlusskriterien</strong></td>
<td>Alle 52 Pflegenden eines kanadischen Kinderspitals wurden von den Forschern als geeignet betrachtet. Das Projekt wurde den 52 Vollzeit- und 11 Teilzeitbeschäftigten Pflegenden vorgestellt, die Teilnahme war freiwillig. Im Voraus wurde die Anzahl der Stichprobe der Forscher auf 6 Pflegenden festgelegt, 3 der Pflegenden hatten mehr als 4 Jahre Berufserfahrung auf der Abteilung, die anderen 3 Pflegenden zwischen 1-3 Jahre.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Literatur / Theoretischer Hintergrund</strong></td>
<td>Das Thema wird anhand vorangegangener Literatur eingeführt und die Notwendigkeit der Studie aufgezeigt.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Bereits Florence Nightingale (1863) strebte eine Sensibilisierung der Pflegenden für die Wichtigkeit der Pflege im Betreuungsvorgang an zu Wright &amp; Leashy betrachten den Einbezug von Familien in den Betreuungsvorgang gar als eine Verpflichtung der Pflegenden.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Die Krankheit eines Individuums hat auch immer einen Einfluss auf die Familienstruktur</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Nur wenige Studien haben bis anhin die praktische Auswirkung und die Effektivität des „family system nursing“ [FSN] in der Praxis erfasst.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Obwohl heutzutage die FSN bereits in die Pflegeausbildung integriert wird, geht aus der Literatur hervor, dass mehr Bildung notwendig ist.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ethische Genehmigung</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Design / Methode</strong></td>
<td>Ein anmutungsfähiges, „pretest/posttest“ Vorher-Nachher-Design wurde zur Beantwortung der Fragen angewendet (quantitative Studie).</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frage 1: Welchen Einfluss hat das 15-mFG auf die Pflege im Anamnesevorgang beim Spitalentrinn eines Kindes?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frage 2: In wiefern beeinflusst es die Pflegenden mit den Familien zu intervenieren (sich auf die Familien einzulassen)?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Die Intervention</strong></td>
<td>enthielt 2 in-depth Lernfrequenzen sowie „hands-on coaching“ in der Anwendung des 15-mFG. In der ersten 2-stündigen Lernfrequenz wurden die Rahmenbedingungen des CFAM und CFIM (Pflegende erhielten auch „handouts“), in der zweiten (ein Woche später) der Ablauf des 15-mFG mit den 5 Schlüsselslementen vorgestellt. Daraufhin wurden die Probanden gebeten 6 „15-mFG“ durchzuführen. Nach den ersten 3 Gesprächen erhielten sie erneut ein „coaching“, um offene Fragen zu klären und sich im Interview zu verbessern.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5 Schlüsselslemente des 15-mFG</strong></td>
<td>1. Familienzentrierte Gespräche</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ein zielgerichtetes, zeitbegrenztes Gespräch (aktiv zuführen, Informationen geben, Wertschätzung zeigen, gemeinsames lösungsorientiertes Denken).</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Umgangsmuster</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Eine wohltuende Haltung von Pflegenden gegenüber den Familien (respektvollen Umgang, Ton, Sprache), fördert eine vertrauensvolle Pflege-/Fam.beziehung.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Familienprospektive und Okogenomische Pflegeseitung der Blick die Familienstruktur, die Beziehungssituation untereinander, die Schwierigkeiten, die Ressourcen sowie die soziale Unterstützung.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Familienzentrierte Fragen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ermutigen die Familien ihr eigenes Verständen einer Krankheit auszurichten, ihre Situation zu reflektieren und selbstständig ihre Bedürfnisse zu erkennen.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Die Stärken der Familie und einzelner Familienmitglieder anerkennen Wertschätzung zeigen, fördert Selbstwirksamkeit der Familien.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ergebnisse</strong></td>
<td>Ein ausführliches Gegenstand der Interviews (semi-strukturiertes Fragekataloge [FK]. 1. Interview (pretest) vor der Intervention, 2. Interview (posttest) nach der Vollendung des Familieninterviews. Aus die Pflegenden ihre eigenen Erfahrungen (Feldnotizen) während des Interviewprozesses fest. Nach die ersten 3 Interviews wurden die Feldnotizen durch die Forscher betrachtet, um relevante Themen als Richtlinien für das „coaching“ zu verwenden.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Beurteilung</strong></td>
<td>Die Autoren wählen ein quantitatives Forschungsdesign, beziehen sich in der Datenerstellung sowie Analyse/interpretation auch auf Aspekte der qualitativen Forschung. Die Vermischung von quantitativer und qualitativer Forschung, erscheint bezüglich der gewählten Intervention mittlerweile sinnvoll, wird jedoch im Text nicht thematisiert. Die Studie unterzieht dennoch durch eine ausführliche Darstellung der Methodik und der Transformation von quantitativen Daten sowie das Auswerten der offenen Interviewfagen und Feldnotizen, werden adäquat beschrieben.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Erfahrungen in Ausführen der Familienassessments</strong></td>
<td>FNS Assesments sind ein theoretisches Wissen hatten keinen Einfluss auf die Familienn pflegenden, die Familienmitglieder vermehr in den Prozessen. Die Pflegenden aber fanden es wesentlich einfacher Informationen über die Familie zu erfragen (Fig.1). Bezüglich der Fähigkeit die Pflegenden die FNS Assessments durchzuführen wurde eine Steigerung festgestellt (Fig.2).</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Das Genogram</strong></td>
<td>Führte im Unterschied zum herkömmlichen Assessment dazu, dass Pflegenden zusätzliche Informationen erhebten, bezüglich der Familienstruktur, der Stressfaktoren in einer Familie sowie dem Ausmass an sozialer Unterstützung.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Andrea Zwwysig**

55

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärken</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Das Design wird von den Forschern passend zur Fragestellung und zur Bewertung der Intervention gewählt. Ausführliche Beschreibung des ganzen Forschungsprojektes.</td>
</tr>
<tr>
<td>• Original Zitate der Pflegenden im Ergebnissteil sichern die Validität der Studie.</td>
</tr>
<tr>
<td>• Studie liefert neue Erkenntnisse bezüglich der Relevanz der familienzentrierten Pflege in der Pflegebetreuung.</td>
</tr>
<tr>
<td>• Die praxisnahe Weiterbildung sowie die generierten Ergebnisse lassen sich auch auf andere Settings übertragen und erschienen für die praktische Integration der familienzentrierten Pflege von zentraler Bedeutung zu sein.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schwächen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Es werden keine Angaben bezüglich ihrer Designwahlp, noch ihrer festgelegten Samplegrössen gemacht, jedoch erwähnen sie unter den Limitierungen selber, dass die kleine Stichprobengrösse keine Generalisierung der Erkenntnisse zulasse.</td>
</tr>
<tr>
<td>• Es gehen keine Angaben zu einer ethischen Genehmigung aus dem Text hervor. Die Studie wird jedoch vom Kinderspital gutgeheissen und die Teilnahme war freiwillig.</td>
</tr>
<tr>
<td>• Signifikanz der Studie lässt sich nur schwer ermitteln. Forscher verwenden neben narrativen Daten auch statistische Daten (Likertskala), die Aussagen werden jedoch in einem Fliessertext zusammengefasst und nur Durchschnittswerte tabellarisch dargestellt.</td>
</tr>
<tr>
<td>• Die Vermischung von quantitativer und qualitativer Forschung erscheint bezüglich der gewählten Intervention durchaus sinnvoll. Die Beweggründe der Autoren dazu werden jedoch im Text nicht thematisiert.</td>
</tr>
</tbody>
</table>


| Evidenzlevel: | 3 (nach Madjar und Walton, 2001) |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Relevanz für die eigene Fragestellung</th>
</tr>
</thead>
</table>
Tabelle 9: Studie 5: The impact of Infant Feeding Method on Neonatal Abstinence Scores of Methadon-Exposed Infants (McQueen et al., 2011)

| Sample (n=28) in utero methadonexponierte termingeborene Neugeborenen [NG] mit neonatalem Abstinenzsyndrom [NAS], wurden in drei Gruppen unterteilt: 1. (n=14) waren ≥75% Muttermilch [MM] (wurden gestillt und erhielten, die abgepumpte MM via Flasche, Gestationsalter [GS] Mean: 38.8 Wochen 2. (n=11) bekamen 25-75% MM und ansonsten Säuglingsmilch [SM], GS Mean: 35.6 Wochen 3. (n=9) bekamen < 25% MM und mehrheitlich SM, GS Mean: 39.1 Wochen → gutes „matching“ der Gruppen einher (Tabelle 3). |
| Angaben zu den 28 Müttern: Alters: Mean: 25.2 Jahre, (SD=5.8), Range 16-18 Jahre N= 27 gaben an während der Schwangerschaft [SW] geraucht zu haben; N=1 Nicht-RaucherInnen Mehrheit N=22,78% hatte keine Geburtsvorbereitung. Mütter, welche die stillten hatten auch vermehrt Geburtsvorbereitung erhalten. 2 Mütter der NG Gruppe 3 konsumierten während SW Alkohol (Tabelle 2), → Mütter wählten selbstständig die Ermächtigungsform für ihre NG. |
| Angaben zur Methododsubstitution (Dauer/Dosis) der Mütter während der SW, wurde anhand deren Patientenanamnese aus der Patientenakte entnommen. |
|---|---|---|---|
| **Stärken** | | | |
| - Ergebnisse werden mit evidenzbasierten Literatur gestützt.  
- Methode ist nachvollziehbar und Design wurde bezüglich der Population und dem Phänomen zur Erreichung des Forschungszieles passend gewählt.  
- Verständliche statistische Analyseverfahren (siehe Beurteilung Datenerhebung / Analyse). | | | |
||||
| **Schwächen** | Mögliche Störfaktoren führen zu einer Vulnerabilität (siehe Beurteilung Datenerhebung/Analyse, sowie Sample).  
- Kleines Sample, (ist für diese Population in der Forschung bekannt), minimiert die externe Validität der Studie und erschwert es generalisierte Aussagen zu machen.  
- Aufgrund retrospektivem Design sind erkenntnistheoretische Nachteile eruierbar (siehe Beurteilung Sample). | | |
| **Evidenzlevel:** 3 (nach Madjar und Walton, 2001) | **Bedeutung für die eigene Fragestellung** | | |
| Nachdem die Autorin beim recherchieren für den theoretischen Hintergrund der BA feststellen konnte, dass bezüglich des Stillens bei Müttern mit einer Methadonsubstitution ein Mangel an evidenzbasierten Guidelines besteht, sowie Pflegenden diesbezüglich ein Wissensdefizit aufweisen, gleichzeitig aber auch positive Vorteile des Stillens sowie der Muttermilch vermutet werden (teilweise belegt), waren empirische Hinweise auf die direkte Beeinflussung der NAS-Symptomatik nur erschwert auffindbar. McQueen et al. (2011) liefert mit der aktuellen Studie einen Beitrag dazu und vergrößert die Möglichkeit an der Entwicklung von evidenzbasierten Guidelines, welche Pflegenden dazu dienen sollen, stillmotivierte Mütter zu unterstützen und damit ein besseres Outcome für die betroffenen NG zu ermöglichen. Es ist anzunehmen, dass der empirisch belegte, positive Einfluss des Stillens auf die Mutter-Kind-Bindung (im Allgemeinen), sich auch bei der risikobehafteten Population (Mütter mit einer Opiatabhängigkeit und NG mit NAS) zur Förderung der Mutter-Kind-Bindung als positiv erweisen könnte. | | |
Tabelle 10: Studie 6: The Experiences of NICU Nurses in Caring for Infants with Neonatal Abstinence Syndrome (Murphy-Oikonon et al., 2010)

**Studie 6: Murphy-Oikonon, J., Brownlee, K., Montelpare, W. & Gerlach, K. (2010).** The Experiences of NICU Nurses in Caring for Infants with Neonatal Abstinence Syndrome.

### Sample
14 Pflegefachfrauen einer „neonatal intensive care unit (NICU)“ aus einem regionalen Spital in einer mittelgrossen kanadischen Stadt.

### Design/ Methode

### Ziel / Fragestellung
Das Ziel der Autoren war es, die Erfahrungen von Pflegefachfrauen einer NICU im Bezug auf:
1. die Betreuung von NG mit einem NAS,
2. die betreuende der substanzzabhängigen Eltern und
3. die persönliche Betroffenheit der Pflegenden im Bezug auf die Betreuung aufzeigen zu können.

### Literatur / Theoretischer Hintergrund
Die Notwendigkeit der Studie wird mit vorhandener Literatur eingeführt

### Datenerhebung
Mit einem Fragebogen werden Konzepte festgehalten, welche in enger Verbindung mit den Fragestellungen stehen und somit zu relevanten Erkenntnissen für die Pflege führen sollen.

### Beurteilung
Der Pflegepersonal musste mehr als 6 Monate Erfahrung auf einer NICU vorweisen. Die 24 Vollzeit- und Teilzeitmitarbeiterinnen wurden via e-mail zur Studienteilnahme eingeladen. 16 Pflegende gaben ihre schriftliche Zustimmung, jedoch wurde der Fragekatalog nur von 14 Pflegenden ausgefüllt.

### Ethische Genehmigung
Die Probandinnen mussten schriftlich über die Studienteilnahme aufgeklärt und erteilten eine schriftliche Zusage (written consent).

### Ergebnisse
1. Engagement gegenüber den NG auf einer NICU
Pflegende bekunden ihr grosses Engagement den Kranken NG (im Allgemeinen) helfen zu wollen und brachten die Schwierigkeiten in der Betreuung der NG mit NAS mit einem Rollenkonflikt in Zusammenhang.

2. Pflegepraktische Kompetenzen versus mütterliche Zuwendung
Die NG mit NAS wurden weder als kritisch oder krank, jedoch als unmittelbar empfunden. Ihre Betreuung besteht aus einem Höchstmaß an liebevoller Zuwendung sowie mütterlicher Fürsorge, sie erfordern aber keine hochkomplexe, medizinische Betreuung, wie Frühgeborene und kranke NG. Pflegende hatten den Eindruck nicht in ihrem Aufgabenbereich tätig zu sein (Rollenkonflikt), in der Auseinandersetzung mit den Eltern fühlten sie sich in die Rolle einer Sozialarbeiterin gedrängt.

3. Unterschiedliche Erwartungen Pflegenden / Familien
Trotz viel Erfahrung in der Familienbetreuung wurde der Umgang mit den Eltern (mit Substanzabhängigkeit) als eine grosse Herausforderung empfunden. Vor allem dann, wenn die Mütter mehr mit ihren eigenen Wohlbeschäftigt waren als mit ihrem NG. Die Unzufriedenheit, in welche die NG nach der NICU entlassen werden, sei schwierig zu ertragen (besonders dann, wenn es bereits das zweitliche NAS einer Mutter ist). Die Mehrheit der Mütter sei nicht bereit nach der Geburt einen Entzug zu machen. Nur einer Mutter gelang der Ausstieg erfolgreich und sie bedankte sich später bei den Pflegenden der NICU, was sehr geschätzt wurde.

4. Stress, Frustration, Burnout
Gefühle von Stress Frustration und die Gefahr eines Burnouts wurden mit der Tatsache, dass NG mit NAS nur schwerig zu trösten sind, in Verbindung gebracht (eine Symptomatik des NAS ist unaufhörliches schrittes Schreien). Wenn es ihnen nicht gelang die NG zu beruhigen, bekamen sie den Eindruck ihren Arbeitsauftrag (Patientenbedürfnis) nicht gerecht zu werden.

5. Zurnahme der Substanzabhängigkeit im Allgemeinen
Dadurch erkannten die Pflegenden die Wichtigkeit einer gezielten Weiterbildung bezüglich der
<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärken</th>
<th>Schwächen</th>
<th>Evidenzlevel: 2 (nach Kearney, 2001)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Design und Interviewform sind passend gewählt, um einen Eindruck des Phänomens zu erhalten.</td>
<td>• Relativ kleines Sample aus nur einer NICU. Es lässt sich darüber spekulieren inwiefern solche Aussagen, dann auch von der aktuellen Teamkultur geprägt sein können. Dies kann die Aussagekraft einer Studie bezüglich der Übertragbarkeit (transferability) gefährden.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Die im Text vorgestellten Originalzitate der Pflegenden verleihen der Studie Glaubwürdigkeit.</td>
<td>• Es ist im Text nicht ersichtlich auf welche qualitative Inhaltsanalyse sich die Autoren beziehen und wer sich alles daran beteiligt hat. Ein größeres Forscherteam hätte die Qualität der Studie steigern können.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Einzelne Analyseschritte werden ausführlich erläutert und die Zuverlässigkeit (dependability) des Vorgehens wurde durch den offenen Dialog im Forscherteam (Meinungsdifferenzen wurden thematisiert bis mit der Zeit eine Einigung gefunden wurde), gewährleistet.</td>
<td>• Die Signifikanz der Arbeit wird im Text nicht diskutiert.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Bedeutung für die eigene Fragestellung**

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sample</th>
<th>(n=18) Mütter mit Drogen- und/oder Alkoholverzicht (Risikogruppe). (n=12) Mütter ohne Drogen- und/oder Alkohol - Kontrollgruppe (KG).</th>
</tr>
</thead>
</table>

Andrea Zwysig
### Betreuung von Müttern mit einer Opiatabhängigkeit und deren Neugeborenen mit Entzugsproblematik auf der Neonatologie

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Stärken</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>● Klare Darstellung des Forschungsprojekts. Daten werden anhand validen und reliablen Messinstrumente ausgewertet und die Ergebnisse werden mit relevanter, empirischer Literature gestützt.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>● Studie bringt relevante Zusammenhänge bezüglich sozialer Beziehungsfähigkeiten, sozialer Unterstützung sowie depressiven Symptomen bei den Müttern mit einer Substanzabhängigkeit ans Licht.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>● Studie liefert eine Sicht auf die Schwierigkeiten, welchen die betroffenen Mütter ausgesetzt sind und bietet somit eine Grundlage, um wirksamere Unterstützungsmöglichkeiten entwickeln zu können.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Schwächen</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>● Die KG enthielt mehr erstgebärend Mütter (relevanter Unterschied bezüglich der Sicherheit in der neuen Mutterrolle), dennoch zeigten die Mütter der KG im Allgemeinen mehr Schwierigkeiten damit zu haben.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>● Es ist unklar, welche Art von Betreuung die Mütter der KG in der Institution (Aufenthaltstduaer variierte zwischen 1-8 Wochen) erhielten. Betreuungform und Ausmass könnten jedoch die Ergebnisse beeinflussen haben.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>● Der ERA wurde in dieser Studie zum frühest möglichen Zeitpunkt eingesetzt (Messungen können dann teilweise ungenau und schwierig zu Interpreten sein. Evaluationsmöglichkeiten verbessern sich mit zunehmendem Alter des Kindes, da dieses dann mehr eigene aktive Impulse mit einbringen können).</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>● Kleines Sample, sowie die positive Motivation der Mütter der RK und die retrospektiven Daten der KG (erhöht die Gefahr von „confounder“ und „recall bias“) lassen keine generalisierten Aussagen machen.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Evidencelevel:** 3 (nach Madjar und Walton, 2001)

---

Andrea Zwysig
Anhang C  Klinische Symptome des neonatalen Abstinenzsyndroms

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


<table>
<thead>
<tr>
<th>zentrales Nervensystem</th>
<th>vegetative Funktion</th>
<th>respiratorisches System</th>
<th>gastrointestinal System</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Hyperaktivität</td>
<td>• Schwitzen</td>
<td>• Rhinitis (fließende/verstopfte Nase)</td>
<td>• nicht-nutritives/übermäßiges Sägen</td>
</tr>
<tr>
<td>• Irritabilität</td>
<td>• erhöhte Temperatur und Fieber</td>
<td>• gehäuftes Niesen</td>
<td>• Durchfall</td>
</tr>
<tr>
<td>(Reizbarkeit)</td>
<td>• arterieller Hypertonus</td>
<td>• Atemstörungen (Tachypnoe, Atemnotsyndrom)</td>
<td>• Gütschnel</td>
</tr>
<tr>
<td>• gesteigerte Reflexe</td>
<td>• marmorierte Haut</td>
<td></td>
<td>• Erbrechen (im Schwall)</td>
</tr>
<tr>
<td>• erhöhter Muskeltonus</td>
<td></td>
<td></td>
<td>• Trinkschwierigkeiten</td>
</tr>
<tr>
<td>• Tremor (Zittern)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• schrilles Schreien</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Unruhephasen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• gestörter Schlaf-, Wachrhythmus</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Schlafmyoklonien</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• zerebrale Krämpfanfälle</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Anhang D Verhaltensscore modifiziert nach Finnegans, USZ

<table>
<thead>
<tr>
<th>Name:</th>
<th>Datum Zeit Score</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Symptom</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Neurologie**
- Lautes hohes Schreien: 2
- Lautes Schreien > 2 h: 3
- Schlafen nach Essen < 3h: 1
- Schlafen nach Essen < 2h: 2
- Schlafen nach Essen < 1h: 3
- Leichtes Zittern bei Manipulationen: 1
- Mässiges Zittern bei: 2
- Leichtes Zittern in Ruhe: 3
- Mässiges Zittern in Ruhe: 4
- Erhöhter Muskeltonus: 2
- Hautabschürfungen: 1
- Schlafmyoklonien: 3
- Krampfanfälle: 5

**Vegetative Symptome**
- Schwitzen: 1
- Temperatur 37.5 – 38.0: 1
- Temperatur > 38.0: 2
- Häufiges Gähnen: 1
- Marmorierte Haut: 1
- Fliessende / verstopfte Nase: 2
- Niesen: 1

**Gastrointestinal Symptome**
- Überrääschendes Saugen: 1
- Trinkschwäche: 2
- Gütscheln: 2
- Erbrechen 'im Schwall': 3
- Dünner Stuhl: 2
- Wässriger Stuhl: 3

**Atmung**
- Tachypnoe > 60: 1
- Tachypnoe mit Einziehungen: 2

**Total Score**

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

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

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

Genogramm:

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

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

Die Symbole des Geno-/Ökogramms:

Anhang F  Wortzahl

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