

# **Let's screen for postnatal depression!**

Ein Literaturreview zu den Einflussfaktoren auf die Handhabbarkeit des Screenings  
auf postpartale Depressionen mit dem Edinburgh Postnatal Depression Scale

Agresta Francesca

Rappoport Rahel

Departement Gesundheit  
Institut für Hebammen

Studienjahr: 2019

Eingereicht am: 06. Mai 2022

Begleitende Lehrperson:  
Petra Katrin Oberndörfer

**Bachelorarbeit  
Hebamme**

## Abstract

**Einleitung:** Bis zu 15 % der Wöchnerinnen leiden an einer postpartalen Depression (Riecher-Rössler, 2012). Aufgrund der negativen Folgen für Eltern und Kind ist die Früherkennung wichtig. Der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) gilt als Goldstandard für das Screening. In der Schweiz sind jedoch keine Leitlinien zum Screening auf PPD vorhanden.

**Ziel:** Das Ziel der Arbeit besteht darin, Einflussfaktoren auf das Screening mittels EPDS aus Sicht der Fachpersonen der Wochenbettpflege und Mütter aufzudecken.

**Methode:** Diese Bachelorarbeit ist ein Literaturreview. Anhand von Keywords wurde in verschiedenen Datenbanken eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Es wurden fünf Studien zu Erfahrungen mit dem Screening auf PPD verwendet. Die Ergebnisse wurden mittels der thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2006) untersucht.

**Ergebnisse:** Die ermittelten Einflussfaktoren auf die Handhabbarkeit des Screenings mittels EPDS sind Beziehungsaufbau und Vertrauen, Zeitmangel, Arbeitsaufwand und Betreuungskontinuität, Dienste und Versorgungspfade, einheitliche Vorgehensweise, Kenntnisse und Fähigkeiten der Fachpersonen, Schulung der Fachpersonen und verschiedene maternale Faktoren.

**Schlussfolgerungen:** Ein Routinescreening mit dem EPDS durch Fachpersonen des Wochenbettes ist zu empfehlen. Um dieses zu implementieren, müssen in der Schweiz Leitlinien erstellt und etabliert werden. Das Fachwissen muss durch Schulungen gefördert und damit das Kompetenzgefühl der Fachpersonen im Screeningprozess gestärkt werden.

*Keywords: Edinburgh postnatal depression scale, EPDS, postnatal depression, screening, experience*

# Inhaltsverzeichnis

Abstract .....	1
Vorwort .....	5
1 Einleitung .....	6
1.1 Problemstellung.....	6
1.2 Relevanz für die Hebammenprofession.....	6
1.3 Stand der Forschung .....	8
1.4 Fragestellung.....	8
1.5 Ziel der Arbeit.....	8
1.6 Abgrenzung des Themas .....	9
2 Methodik .....	9
2.1 Datenerhebung.....	9
2.2 Ein – und Ausschlusskriterien .....	11
2.3 Evaluationsinstrumente .....	12
2.4 Datenanalyse .....	12
3 Theoretischer Hintergrund .....	13
3.1 Das Wochenbett in der Schweiz.....	13
3.2 Postpartale Depression .....	14
3.2.1 Definition.....	14
3.2.2 Ätiologie und Risikofaktoren .....	14
3.2.3 Symptome.....	15
3.2.4 Diagnostik .....	16
3.2.5 Folgen der postpartalen Depression .....	18
3.2.6 Behandlung.....	19
3.3 Postpartale Depression in der Schweiz.....	20
3.4 Screening international.....	21
4 Ergebnisse .....	22

4.1	Vik et al. (2021) .....	22
4.1.1	Zusammenfassung .....	23
4.1.2	Kritische Würdigung.....	24
4.2	Langvik et al. (2020).....	25
4.2.1	Zusammenfassung .....	26
4.2.2	Kritische Würdigung.....	27
4.3	Nagle und Farrelly (2018).....	28
4.3.1	Zusammenfassung .....	29
4.3.2	Kritische Würdigung.....	30
4.4	Arefadib et al. (2021).....	31
4.4.1	Zusammenfassung .....	33
4.4.2	Kritische Würdigung.....	35
4.5	Higgins et al. (2017) .....	36
4.5.1	Zusammenfassung .....	37
4.5.2	Kritische Würdigung.....	38
5	Diskussion.....	40
5.1	Relevanz der gewählten Literatur für die Beantwortung der Fragestellung .	40
5.1.1	Vik et al. (2021).....	42
5.1.2	Langvik et al. (2020) .....	42
5.1.3	Nagle und Farrelly (2018) .....	42
5.1.4	Arefadib et al. (2021) .....	42
5.1.5	Higgins et al. (2017).....	43
5.2	Gegenüberstellung der Studienergebnisse .....	43
5.3	Beantwortung der Forschungsfrage .....	48
6	Schlussfolgerungen.....	49
6.1	Theorie-Praxis-Transfer.....	49
6.2	Limitationen .....	53

6.3	Ausblick.....	55
6.4	Fazit.....	56
	Literaturverzeichnis .....	57
	Tabellenverzeichnis.....	66
	Abbildungsverzeichnis.....	67
	Abkürzungsverzeichnis.....	68
	Wortzahl .....	69
	Danksagung .....	70
	Eigenständigkeitserklärung.....	71
	Anhang .....	72
	Anhang A: Glossar .....	72
	Anhang B: AICA Raster Zusammenfassungen .....	75
	Vik et al. (2021).....	75
	Langvik et al. (2020).....	80
	Nagle und Farrelly (2018) .....	88
	Arefadib et al. (2021).....	99
	Higgins et al. (2017).....	115
	Anhang C: Kritische Würdigungen der Studien .....	133
	Anhang D: EPDS-Fragebogen und Bewertung .....	147
	Anhang E: Search History .....	148
	Anhang F: Vergleich der Studienergebnisse .....	165
	Anhang G: Austausch Leiterin Geschäftsstelle Verein Postpartale Depression Schweiz.....	180

## Vorwort

Die Bachelorarbeit richtet sich an Fachpersonen der Wochenbettbetreuung und der Geburtshilfe.

Für den geschlechtergerechten Sprachgebrauch orientiert sich die Bachelorarbeit am „Leitfaden sprachliche Gleichbehandlung von Frau und Mann“ (ZHAW, 2015). Für die Verfassenden der inkludierten Studien werden die Begriffe der Autorenschaft und der Forschenden synonym verwendet.

Ist die Rede von der Hebamme, werden laut dem Schweizerischen Hebammenverband (2007) sämtliche Geschlechtsformen inkludiert, da Hebamme eine Berufsdefinition ist.

In den inkludierten Studien haben ausschliesslich weibliche Personen partizipiert. Die Begriffe „Frauen“, „Mütter“ und „Wöchnerinnen“ werden synonym für die untersuchte Population in den Studien verwendet. In den Studien werden unterschiedliche, im Wochenbett tätige Professionen untersucht. Für die Lesbarkeit wird in der Bachelorarbeit, wenn in den Studien nicht explizit die Rede von Hebammen ist, der Begriff „Fachpersonen“ verwendet. Kompetenzspezifische Schlussfolgerungen in dieser Bachelorarbeit beziehen sich vordergründig auf die Profession der Hebamme. Die Ergebnisse der untersuchten Studien sind für sämtliche Professionen der Wochenbettbetreuung, Fachpersonen der frühen Kindheit und der gynäkologischen sowie allgemeinmedizinischen Ärzteschaft gültig.

Der Begriff des Routinescreenings wird im Rahmen dieser Arbeit für ein Screening verwendet, welches mit einer einheitlichen Vorgehensweise zumindest einmal während einer bestimmten Zeit durchgeführt wird. Medizinische Begriffe, die für das Verständnis wichtig sind, finden sich im Glossar (siehe Anhang A). Im Text werden diese Begriffe bei der Primärnennung kursiv markiert.

Abkürzungen werden bei der Erstnennung ausgeschrieben und im Abkürzungsverzeichnis aufgeführt.

Im Rahmen der Bachelorarbeit fand mit der Leiterin der Geschäftsstelle Postpartale Depression Schweiz, ein Austausch statt. Das Protokoll ist dem Anhang G zu entnehmen.

# 1 Einleitung

Die Geburt eines Kindes ist ein gesellschaftlich verankertes Sinnbild für Glück und Freude. Wenn das Mutterglück nicht von Beginn an da ist, die Strapazen im Alltag grösser sind als die Freude über das Kind und gewisse Erwartungen an die Mutterrolle relativiert werden müssen, geraten viele Frauen unter Druck und sind in der Anpassung an die Mutterschaft überfordert. Aufgrund von Scham und Schuld ziehen sie sich zurück und verbergen ihre Empfindungen (Hornstein & Trautmann-Villalba, 2010).

## 1.1 Problemstellung

Die Prävalenz der postpartalen Depression ist hoch und ihre Konsequenzen sind schwerwiegend. Deshalb sind die Prävention, die Früherkennung und die entsprechende Behandlung wichtig (Schönberner, 2020). Dennoch werden sowohl in der Schwangerschaft wie auch in der Wochenbettzeit Depressionen selten erkannt und diagnostiziert (NICE, 2020). Der EPDS ist ein valides Screeninginstrument für postpartale Depressionen, welches für die Erkennung der PPD empfohlen wird (NICE, 2020; Schönberner, 2020). Für das Screening der PPD ist in der Schweiz keine Leitlinie vorhanden. Hebammen berichten, dass das Vorgehen bei der Erkennung von psychischen Auffälligkeiten im *Wochenbett* individuell ist und der EPDS dabei kaum Anwendung findet (persönliche Kommunikation, Juni 2021). Viele Fachpersonen sind gegenüber dem Screening und der Anwendung positiv eingestellt, es bestehen aber Einflussfaktoren, die zu einer Lücke zwischen Theorie und Praxis führen. Werden diese Hindernisse nicht angegangen, kann diese Diskrepanz nicht überwunden werden (Arefadib et al., 2021).

## 1.2 Relevanz für die Hebammenprofession

Die Hebammenbetreuung umfasst die gesamte Zeit des Betreuungsbogens nach Sayn-Wittgenstein (2007). Die Hebamme fördert dabei die Gesundheit der ganzen Familie (SHV, 2007). Durch ein frühzeitiges Erkennen der Symptomatik kommt der Hebamme eine wichtige Lotsinnenfunktion zu (Schönberner, 2020).

Mit Hilfe der Abschlusskompetenzen der Hebamme (Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen der Schweiz, 2021) wird veranschaulicht, wie sich die verschiedenen Rollen im Screeningprozess manifestieren.

### **Rolle der Expertin**

Eine Hebamme ist nicht befugt, die Diagnose einer Depression zu stellen. Anhand ihres Wissens, ihrer Erfahrung und mit Hilfe von Screenings erkennt sie aber als Expertin Hinweise darauf.

### **Rolle der Kommunikatorin**

Die Kommunikation nimmt in der Wochenbettbetreuung wie auch spezifisch beim Screening auf postpartale Depressionen eine zentrale Rolle ein. Sie wird benötigt, um über die Thematik zu informieren, das Befinden der Frau zu erfragen und das Screening durchzuführen.

### **Rolle der Teamworkerin**

Die Hebamme arbeitet bei Bedarf mit Berufsangehörigen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen zusammen und agiert in diesem interprofessionellen Team als Teamworkerin. Bei einer erkannten PPD muss die Hebamme die verschiedenen Schnittstellen kennen und die Versorgung koordinieren.

### **Rolle der Leaderin**

Das Screening auf PPD organisiert und priorisiert die Hebamme selbstständig. Durch ein routinemässiges Screening handelt sie vorausschauend.

### **Rolle der Health Advocate**

Die Hebamme gibt Informationen zur PPD und thematisiert die Thematik der psychischen Gesundheit. Damit bestärkt sie die Wöchnerin, Verantwortung für die eigene psychische Gesundheit zu tragen.

### **Rolle der Scholar**

Als Lernende erweitert die Hebamme ihr Wissen zu psychischen Erkrankungen während der gesamten Karriere. Durch den stetigen Austausch wird der eigene Lernprozess sowie jener von anderen Fachpersonen gefördert.

### **Rolle der Professional**

Die Hebamme übernimmt eine zentrale Rolle bei der Erfassung von gesundheitlichen Problemen und somit auch von postpartalen Depressionen. Diese Kompetenz sollte sowohl gegenüber der Frau wie auch im Gesundheitswesen und der Öffentlichkeit vertreten werden.



### 1.3 Stand der Forschung

Mit der Thematik der PPD und des EPDS haben sich verschiedene Studien auseinandergesetzt. Bei der Durchsicht der Datenbanken CINHAL, MedLine und PubMed fällt auf, dass sich viele Studien zur Wirksamkeit des EPDS finden. Zudem setzen sich viele Studien mit den *Cut-Off-Scores* auseinander, wie in einer Metaanalyse von Brooke et al. (2020) ersichtlich wird. Weiter bestehen Untersuchungen, welche verschiedene Screeninginstrumente für die PPD miteinander vergleichen. Ebenso sind Prävalenz und Inzidenz der postpartalen Depression (Shorey et al., 2018) sowie die Auswirkungen der PPD auf Mutter und Kind gut erforscht (Field, 2010). Obwohl die Evidenzen von einer positiven Einstellung, einem vielversprechenden Effekt sowie einem validen Screeninginstrument ausgehen (Arefadib et al., 2021; Langvik et al., 2020; Vik et al., 2021), findet der EPDS in der Schweiz kaum Anwendung. Weder von der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) noch vom Schweizerische Hebammenverband (SHV) finden sich nationale Leitlinien zum Screening. Dies erschwert die Identifizierung und das Management einer PPD.

Während sich Studien mit der Wirksamkeit des EPDS befassen, ist der Forschungsstand zu den Einflussfaktoren auf die Handhabbarkeit dieses Instrumentes allerdings begrenzt. Durch diese Forschungslücke wird die vorliegende Bachelorarbeit begründet.

### 1.4 Fragestellung

Die Fragestellung, welche im Rahmen der Bachelorarbeit beantwortet wird, lautet: „Welche Einflussfaktoren wirken sich auf die Handhabbarkeit des Screenings auf postpartale Depressionen mit dem Edinburgh Postnatal Depression Scale durch Fachpersonen der Wochenbettbetreuung aus?“.

Der Begriff der Handhabbarkeit wird in der Bachelorarbeit als die Fähigkeit definiert, mit einem Screeninginstrument umgehen und dieses korrekt anwenden zu können.

### 1.5 Ziel der Arbeit

Primär ist das Ziel, Einflussfaktoren auf die Handhabbarkeit des EPDS zu ermitteln, um dessen Handhabbarkeit zu verbessern. Dies ist eine Voraussetzung für die

Erstellung von Leitlinien und der Umsetzung eines einheitlichen Vorgehens bei der Erkennung von postpartalen Depressionen.

## 1.6 Abgrenzung des Themas

Die vorliegende Arbeit untersucht, wie das Screening mit dem EPDS in der Praxis bestmöglich umgesetzt werden kann. Obwohl für das Screening auf PPD verschiedene Instrumente zur Verfügung stehen, konzentriert sich diese Arbeit auf den EPDS, da dieser aufgrund seiner hohen Sensitivität und Spezifität als Goldstandard gilt (Gibson et al., 2009; Reulbach et al., 2009; Sit & Wisner, 2009). Die Wirksamkeit des EPDS ist nicht Gegenstand der Arbeit, da der Nutzen dieses validen Instrumentes bereits belegt wurde (Gibson et al., 2009). Die Arbeit orientiert sich an der Empfehlung des Vereins für postpartale Depressionen Schweiz (PPDCH) (o. D.), den EPDS im Wochenbett routinemässig bei allen Frauen anzuwenden. Das Screening auf andere psychische Erkrankungen, welche im Wochenbett auftreten können, wird nicht behandelt. Weiter wird nicht die Diagnostik, sondern das Erkennen von Symptomen in den Vordergrund gestellt. Behandlungs- und Betreuungsaspekte der PPD sind nicht Inhalt dieser Bachelorarbeit. Im Mittelpunkt steht nicht das Formulieren von spezifischen Handlungsanweisungen, wie sie für Leitlinien erforderlich sind, sondern das Ableiten von möglichen Konsequenzen für die Praxis.

## 2 Methodik

Bei dieser Bachelorarbeit handelt es sich um ein systematisches Literaturreview. Für die Beantwortung der Fragestellung wurden vier Primärstudien und ein Literaturreview verwendet.

### 2.1 Datenerhebung

Die Literaturrecherche fand zwischen Oktober 2021 und Januar 2022 statt. Eine primäre Suche fand in den Datenbanken CINHAL, MEDLINE und PubMed statt. Im Rahmen einer Rechercheberatung wurde der Fokus schliesslich auf die Datenbanken CINHAL und MEDLINE gelegt. Die verwendeten Datenbanken sind für den Hebammenstudiengang empfohlen. Für die spezifische Datenbankrecherche wurden in einem ersten Schritt aus den Elementen der Fragestellung Keywords und Synonyme generiert. Diese sind in der unterstehenden Tabelle 1 zu finden. Die

Keywords und Synonyme wurden mit den Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ kombiniert. Die Funktion der Trunkierung (\*) wurde zusätzlich angewendet. Im Anhang E ist das Rechercheprotokoll beigefügt. Um die Konsistenz der Recherche zu gewährleisten, wurden in allen Datenbanken dieselben Keyword-Kombinationen eingegeben.

**Tabelle 1**

*Schlüsselwörter, Keywords und Synonyme für Literaturrecherche, eigene Darstellung (2022)*

<b>Schlüsselwörter</b>	<b>Keywords</b>	<b>Synonyme</b>
<b>Edinburgh postnatal depression scale</b>	EPDS	-
<b>postpartal</b>	postpartal	postnatal, postpartum, after birth, after delivery
<b>Wochenbett</b>	Maternity ward	-
<b>Depression</b>	depression	Depressive, depressive disorder, mood disorder
<b>Screeningverfahren</b>	Screening	Assessment, test, diagnosis
<b>Wahrnehmung</b>	Perception	Insight, perceptiveness, apprehension, experience, opinion, attitude
<b>Rahmenbedingung/ Voraussetzung</b>	Framework requirement Barriers	Precondition, condition, presumption,
<b>Hebamme</b>	Midwife	obstetrician, health care health professional, nurse
<b>Ambulant</b>	Ambulatory	Ambulatory procedure
<b>Durchführung</b>	Feasibility	-
<b>Anwendung</b>	Applicability	-

Für die Wahl der passenden Literatur wurden zuerst der Fragestellung entsprechende Titel ausgewählt und die dazugehörigen Abstracts gelesen. Behandelte die Studie das gewünschte Thema und waren die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt, wurden die Einleitung und der Ergebnisabschnitt gelesen. Im nächsten Schritt wurde die Studie gelesen und kritisch gewürdigt. Anhand dieses Vorgehens konnten aus der Recherche fünf Studien für die Beantwortung der

Fragestellung ausgewählt werden. In der Tabelle 2 findet sich eine Übersicht der gewählten Studien.

**Tabelle 2**

*Ausgewählte Hauptstudien, eigene Darstellung (2022)*

Nummer	Jahr	Autoren	Titel	Land
1	2017	Higgins et al.	Barriers to midwives and nurses addressing mental health issues with women during the perinatal period: The Mind Mothers study	Irland
2	2018	Nagle & Farrelly	Women's views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period	Irland
3	2020	Langvik et al.	Routine screening for postpartum depression puts mental health on the agenda	Norwegen
4	2021	Vik et al.	Experiences with the routine use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale from health visitors' and midwives' perspectives – An exploratory qualitative study.	Norwegen
5	2021	Arefadib et al.	Postnatal depression and anxiety screening and management by maternal and child health nurses in community settings: A scoping review	Australien

## 2.2 Ein – und Ausschlusskriterien

Für diese Bachelorarbeit wurden die in Tabelle 3 aufgeführten Einschlusskriterien berücksichtigt. Ausgeschlossen wurden Länder, in welchen keine professionelle Wochenbettbetreuung stattfindet oder sich das System stark von jenem in der Schweiz unterscheidet. Es wurden nur Studien in den Sprachen verwendet, welche die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit beherrschen. Ausgeschlossen wurden Studien, welche sich mit dem *antenatalen* EPDS-Screening befassen. Studien, deren Population eine bestimmte ethnische oder kulturelle Minderheitsgruppe untersuchten, wurden ebenfalls nicht verwendet.

**Tabelle 3**

*Einschlusskriterien, eigene Darstellung (2022)*

<b>Kriterium</b>	<b>Einschlusskriterium</b>
<b>Publikationsjahr</b>	2010 – 2021
<b>Land</b>	Amerika, Australien, Europa sowie Länder, welche auch ambulante Wochenbettbetreuung durchführen und ein ähnliches Gesundheitssystem wie die Schweiz haben.
<b>Population</b>	Frauen (unabhängig von Parität und Gravidität). Hebammen und Gesundheitsfachpersonen, die den EPDS anwenden und Erfahrung in besagter Anwendung haben.
<b>Setting</b>	Ambulante und stationäre Wochenbettbetreuung
<b>Instrument</b>	EPDS
<b>Sprachen</b>	Deutsch und Englisch

### 2.3 Evaluationsinstrumente

Die kritische Würdigung und Beurteilung der Güte wurde bei qualitativen Studien nach Letts et al. (2007) und bei quantitativen Studien nach Law et al. (1998) durchgeführt. Die Würdigungen der Studien sind im Anhang C zu finden. Bei quantitativen Studien wird die Güte anhand der Objektivität, Reliabilität und Validität gemessen. Die Güte qualitativer Studien wird mittels Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Nachvollziehbarkeit und Bestätigbarkeit, den Kriterien nach Guba und Lincoln (1985), geprüft. Das verwendete Review wurde mittels Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2018) analysiert.

Die Einstufung des Evidenzlevels geschieht anhand der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

### 2.4 Datenanalyse

Um die Daten auszuwerten, wurde in Anlehnung an Braun und Clarke (2006) eine thematische Analyse durchgeführt. Aus den gelesenen Studien wurden die relevanten Ergebnisse herausgefiltert und Überthemen zugeteilt. Schliesslich ergaben sich Hauptthemen, die in der Diskussion aufgezeigt werden und in der folgenden Abbildung 1 dargestellt sind.

## Abbildung 1

Ergebnisse der thematischen Analyse, eigene Darstellung (2022)



## 3 Theoretischer Hintergrund

### 3.1 Das Wochenbett in der Schweiz

Das Wochenbett umfasst die Zeit von der Geburt bis sechs Wochen postpartum (Geist & Bauer, 2021). In der Schweiz werden Mütter drei oder vier Tage nach der Geburt entlassen (Spital Thurgau, o. D.). Die Leistungen der Wochenbettbetreuung werden von der Grundversicherung vergütet. Normalerweise sind nach der ersten Geburt, Mehrlingsgeburten, Frühgeburt und *Sectio* 16 Hausbesuche vorgesehen, für alle weiteren Geburten zehn Besuche (Spital Thurgau, o. D.). Besteht nach dieser Zeit weiterer Betreuungsbedarf, setzt die Hebamme auf ärztliche Verordnung ihre Betreuung fort. Das Wochenbett wird mit einer Abschlusskontrolle sechs bis acht Wochen *postpartal* beendet. Diese kann von der Hebamme oder in der gynäkologischen Praxis erfolgen (SHV, o. D.).

Die Aufgaben der Wochenbettbetreuung sind vielfältig. Beim Kind reichen sie von Überwachungen über Pflege bis hin zu Blutentnahmen oder Medikamentenverabreichung. Bei der Mutter stehen Kontrollen von Rückbildungsprozessen sowie Beratungen zur Ernährung des Kindes und zur Säuglingspflege im Vordergrund. Die Familie wird auch bei Unsicherheiten und im Übergang in die neue Situation begleitet (SHV, o. D.).

In der Schweiz sind Hebammen und spezialisierte Pflegefachpersonen für die Wochenbettbetreuung befähigt. Für die Ausübung im ambulanten Wochenbett müssen Pflegefachpersonen eine zweijährige praktische Tätigkeit im Vollpensum nachweisen (SBK, 2022).

## 3.2 Postpartale Depression

### 3.2.1 Definition

Die WHO (2019) klassifizieren im ICD 11 die postpartalen Depressionen unter der Kategorie 6E20 „Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the puerperium, without psychotic symptoms“.

Riecher-Rössler (2012) definiert die „postpartale Depression“ als eine behandlungsbedürftige depressive Erkrankung, die im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten kann. Die postpartale Depression tritt bei 10–15 % der Wöchnerinnen auf (Dorsch & Rohde, 2016; Ochsenbein-Kölbe, 2016; Riecher-Rössler, 2012). Ebenfalls erkranken im Laufe der Wochenbettzeit 12 % der Frauen, welche zuvor noch nie an einer Depression litten, an einer Wochenbettdepression (Shorey et al., 2018). Eine PPD entwickelt sich im Vergleich zum Baby-Blues schleichend (Schönberner, 2020). Es handelt sich um eine schwere Erkrankung mit potenziellem Suizidrisiko (Regen & Benkert, 2020).

Die PPD muss differentialdiagnostisch vom physiologisch auftretenden Baby-Blues abgegrenzt werden. Dieser tritt in der Regel zwischen dem dritten und fünften Tag nach der Entbindung auf (Brockhaus-Dumke & Dorsch, 2019). Als mögliche Ursache wird der rapide Abfall des Progesteronspiegels diskutiert (Mändle, 2014).

Verschiedene Anzeichen wie Weinen, Reizbarkeit und Insuffizienzgefühle weisen auf einen Baby-Blues hin (Brockhaus-Dumke & Dorsch, 2019). Die Aufgabe der Hebamme besteht darin, die Frauen darüber aufzuklären. Hält ein Baby-Blues länger als zwei Wochen an, kann sich daraus eine postpartale Depression entwickeln (Mändle, 2014).

### 3.2.2 Ätiologie und Risikofaktoren

Ätiologisch für die PPD werden multiple Faktoren vermutet. Neben hormonellen Einflüssen spielen geburtsbedingte, körperliche, seelische, soziale und persönlichkeitsbedingte Faktoren eine entscheidende Rolle (Hoff & Hoff, 2005).

Depressionen in der Schwangerschaft sowie in der Eigen- oder Familienanamnese, Zustand nach PPD, Stress, mangelhafte Unterstützung durch das Umfeld, Partnerschaftsprobleme, ungewollte Schwangerschaften und junges mütterliches Alter zählen zu den Risikofaktoren (Ochsenbein-Kölbe, 2016). Zu den körperlichen Ursachen nennt der Verein PPDCH (2016) eine genetische Veranlagung, einen gestörten Schlaf, ein verändertes Körperbild nach der Geburt sowie Blutzuckerschwankungen. Auf psychischer Ebene sieht der Verein PPDCH (2016) Identitätskrisen im Zusammenhang mit dem neuen Lebensabschnitt, Schuldgefühle und Kontrollbedürfnisse als Ursachen. Ebenso können eine traumatische Geburt, Probleme im Wochenbett oder Abstillmedikamente eine postpartale Depression begünstigen. Die Ursachen gehen nicht nur von mütterlicher Seite aus, auch die Gesellschaft ist massgeblich daran beteiligt. Ideale und Normen bezüglich der Mutterrolle und der Geburt sowie Diskrepanzen zwischen diesen Idealen und der Realität beeinflussen die Entstehung einer PPD ebenso (Verein PPDCH, 2016).

### 3.2.3 Symptome

Die Symptome für eine postpartale Depression reichen von Antriebs- und Energiemangel, Freudlosigkeit, Interessensverlust, Müdigkeit, Schlaf- und Appetitveränderungen, Konzentrationsstörungen, Ängsten, Sorgen und Schuldgefühlen bis hin zu Suizidgedanken (O'Hara, 1987). Schwenger-Fink (2017) erweitert die Symptome mit Traurigkeit, einem Gefühl der Wertlosigkeit, sozialem Rückzug sowie mangelndem sexuellem Interesse. Auch Panikattacken, Zwangsgedanken und Zwangsimpulse können auftreten (Dudenhausen et al., 2018). Nicht ausser Acht gelassen werden dürfen ebenfalls körperliche Symptome wie Verdauungsbeschwerden, Kopfschmerzen und Essstörungen. In schweren Ausprägungen der Depression lassen sich psychotische Symptome wie Verwirrtheit, Körperbildstörungen, Wahnvorstellungen oder gestörte Realitätswahrnehmungen feststellen (Uhl, 2018). In der Tabelle 4 sind die charakteristischen Symptome postpartaler Stimmungsstörungen dargestellt.

Obwohl die postpartale Depression in allen Kulturen auftritt, können sich die Symptome von Kultur zu Kultur unterscheiden (Verein PPDCH, 2016).



**Tabelle 4**

*Charakteristika der postpartalen Stimmungsstörungen, eigene Darstellung (2022) in Anlehnung an Riecher-Rössler (2012)*

<b>Störung</b>	<b>Merkmale</b>
<b>Babyblues</b>	Häufiges Weinen und Stimmungslabilität in der 1. Woche postpartum, klingen innerhalb von kurzer Zeit von selbst an
<b>Postpartale Depression</b>	Depressive Symptome in den ersten 12 Monaten nach der Geburt halten über Wochen an und sind dringend behandlungsbedürftig.
<b>Postpartale Psychose</b>	Psychotische Symptome in den ersten Monaten nach der Geburt halten über lange Zeit an und sind dringend behandlungsbedürftig.

### 3.2.4 Diagnostik

Die Identifizierung der PPD ist erschwert, da die Abgrenzung von pathologischem und situationsangepasstem Verhalten schwierig ist (Dorsch & Rohde, 2016). Wendt und Rohde (2004) weisen darauf hin, dass die PPD oftmals spät erkannt wird, weil die Betroffenen sich schämen und infolgedessen die Problematik verschweigen.

Zur psychiatrischen Diagnostik gehört stets auch der Ausschluss organischer Ursachen (Dorsch & Rohde, 2016).

Die Hebamme kann durch das Screening die Diagnostik einer PPD unterstützen. Dafür stehen ihr verschiedene Screeninginstrumente zur Verfügung. NICE (2020) empfiehlt ein zweistufiges Screeningverfahren. Dabei werden im ersten Schritt Frauen ohne Hinweise auf eine PPD identifiziert. Dafür stehen laut Lauener et al. (2014) der *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2), als Kurzform des PHQ-9, oder die zwei Fragen nach Whooley et al. (1997) zur Verfügung. Die Fragen nach Whooley et al. (1997) entsprechen den zwei Identifikationsfragen von NICE (2020). Hierbei liegt der Fokus auf den zwei Depressionskriterien Interessensverlust und niedergeschlagene Stimmung entsprechend dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 4th edition (DSM-IV) der American Psychiatric Association

(1994, nach Lauener et al., 2014). Im Folgeschritt wird bei Frauen mit Hinweisen ein genaueres Assessment ihrer Stimmung durchgeführt (Lauener et al., 2014). Zum Screening auf Depressionen sind der *State of Anxiety and Depression* (SAD), der *General Health Questionnaire* (GHQ) und der *Beck Depression Inventory* (BDI) bekannt, wobei diese ihren Fokus nicht auf die PPD legen (Cox & Holden, 2003). Das meistverwendete und als Goldstandard geltende Instrument zum Screening auf PPD ist der EPDS. Dieser überzeugt mit seiner hohen Sensitivität und Spezifität (Reulbach et al., 2009; Sit & Wisner, 2009).

Der EPDS ist eine Selbsteinschätzung in Form eines Fragebogens. Dieser wurde 1987 von Cox et al. entwickelt, um medizinischem Fachpersonal dabei zu helfen, betroffene Mütter zu erkennen. Es handelt sich hierbei nicht um ein Diagnoseinstrument, daher bedarf es neben dem Fragebogen einer genauen Abklärung und Gesprächen (Verein PPDCH, o. D.). Der Test besteht aus zehn kurzen Aussagen, welche die Stimmungslage der Mutter während der letzten sieben Tage analysiert. Pro Aussage stehen vier Antwortmöglichkeiten zur Verfügung (siehe Tabelle 5). Bei der Auswertung wird jeder Aussage eine Punktzahl zugewiesen (Cox et al., 1987). Der Gesamtscore ergibt eine Aussage in Bezug zur Wahrscheinlichkeit einer PPD. Null bis neun Punkte sprechen für eine geringe Wahrscheinlichkeit einer postpartalen Depression, bei zehn bis zwölf Punkten ist die Wahrscheinlichkeit mässig und bei einem Score von über 13 Punkten besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine postpartale Depression (AWMF, 2018). Der EPDS ist in zahlreichen Sprachen verfügbar (Verein PPDCH, o. D.).

Laut Dorsch und Rohde (2016) soll das Screening mittels EPDS sechs Wochen postpartum erfolgen. Die Psychologin F.F (persönliche Kommunikation, 10.12.2021) empfiehlt wiederum ein regelmässiges Screening während der Schwangerschaft, spätestens im dritten Trimenon, nach der Geburt wöchentlich oder zweiwöchentlich während sechs Wochen und anschliessend monatlich während eines Jahres empfohlen. Die Leiterin der Geschäftsstelle des Vereins PPDCH erklärt, dass EPDS-Screenings nach erfolgter Instruktion selbstständig durch die Frau wiederholt werden können (persönliche Kommunikation, 29. März 2022).

**Tabelle 5**

Beispiel Frage und Antwortmöglichkeiten sowie die entsprechende Bewertung, eigene Darstellung (2022) in Anlehnung an Bergant et al. (1998)

Frage	Antwort/Punktezahl
<b>Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen</b>	<b>0</b> Genauso oft wie früher
<input type="radio"/> <b>Genauso oft wie früher</b>	<b>1</b> Nicht ganz so oft wie früher
<input type="radio"/> <b>Nicht ganz so oft wie früher</b>	<b>2</b> Eher weniger als früher
<input type="radio"/> <b>Eher weniger als früher</b>	<b>3</b> Überhaupt nie
<input type="radio"/> <b>Überhaupt nie</b>	

Im Anhang D dieser Arbeit sind der gesamte Fragebogen auf Deutsch sowie die Punktzahlen für die Bewertung aufgeführt.

### 3.2.5 Folgen der postpartalen Depression

Die Folgen un- oder zu spät behandelter Depression sind weitreichend. So erkennt man Interaktionsstörungen zwischen Mutter und Kind über verschiedene Kulturen und sozioökonomischen Gruppen hinweg. Durch die Depression können Betreuungsaktivitäten beeinträchtigt sein (Field, 2010), denn depressiven Müttern kann es schwerfallen, die Signale des Kindes wahrzunehmen und adäquat darauf zu reagieren (Hornstein & Trautmann-Villalba, 2010). Deshalb geht die postpartale Depression oft mit einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung einher (Schönberner, 2020). Die Kinder können Schwierigkeiten im Umgang mit dem mütterlichen Verhalten haben und mit Passivität und Rückzug reagieren. Dies verstärkt die Unsicherheiten und negativen *Affekte* der Mutter weiter und es entsteht ein Teufelskreis (Hornstein & Trautmann-Villalba, 2010). Die psychischen und physischen Auswirkungen zeigen sich beim Kind durch vermehrte Diarrhoe und Wachstumsverzögerungen im ersten Lebensjahr (Rahman et al., 2004), antisoziales Verhalten (Kim-Cohen et al., 2005), Schlafstörungen und Fehlernährung (Schwenger-Fink, 2017). Auch übermässiges Schreien, Apathie und Stillprobleme sind zu beobachten (Uhl, 2018).

Laut Uhl (2018) zeigt sich bei der Mutter die gestörte Bindung durch grosse Unsicherheit. Betroffene Mütter können haben Mühe, ihr Kind abzugeben. Gewisse Frauen haben das Bedürfnis, permanent mit ihrem Kind zu sprechen, während

andere kaum mit dem Kind kommunizieren, was zu einer verzögerten Sprachentwicklung führen kann. Oft haben Frauen mit PPD Schwierigkeiten, körperliche und seelische Nähe zu ihrem Kind aufzubauen. Gefühle wie Wut können auf das Kind projiziert werden und in ausgeprägten Krankheitsverläufen zu *infantiziden* Gedanken führen (Uhl, 2018). Bei einer unbehandelten PPD erhöht sich laut Schönberner (2020) die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung oder eines *Rezidivs* um bis zu 50 % bei einer erneuten Schwangerschaft. Betroffene Frauen weisen ein erhöhtes *Suizidrisiko* auf (Schönberner, 2020).

Eine PPD kann auch partnerschaftliche Probleme verursachen, wobei Spannungen, Konflikte und Aggressivität gegenüber dem Partner oder der Partnerin aufkommen können (Uhl, 2018).

### 3.2.6 Behandlung

Der Verein PPDCH (2016) zeigt auf, dass eine postpartale Depression durch verschiedene Faktoren ausgelöst wird, weshalb sie vielfältig therapiert werden muss. Die Therapie richtet sich nach den vordergründigen Leitsymptomen. Es stehen Therapien mit verschiedenen psychologischen Ansätzen im stationären und ambulanten Setting zur Verfügung. Die Angebote reichen von Einzeltherapien oder Gruppentherapien bis hin zu Selbsthilfegruppen und alternativen Angeboten (Verein PPDCH, 2016). In der Postpartalzeit ist die soziale Unterstützung der Frau, zum Beispiel durch verlängerte Hebammenbesuche, Haushaltshilfen und das Einbinden des Partners in das Geschehen, ein essenzieller Therapie-Baustein (Dorsch & Rohde, 2016). In der Postpartalzeit kommt laut Hoff und Hoff (2005) der Vermittlung von Informationen elementare Bedeutung zu. Damit kann den Schuld- und Insuffizienzgefühlen der Betroffenen entgegengewirkt werden. Eine medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka kann insbesondere bei Suizidalität und infantiziden Gedanken sowie bei ausbleibender Besserung durch andere Ansätze indiziert sein (Dudenhausen et al., 2018; Verein PPDCH, 2016) und sollte von einer spezialisierten Fachperson begleitet werden (Heck, 2017). Bei leichten bis mittelschweren PPD empfehlen Regen und Benkert (2020) die nicht medikamentöse Therapie. Die Leiterin der Geschäftsstelle des Vereins PPDCH empfiehlt, die Behandlung auf drei Pfeiler zu stützen: fachliche Hilfe, persönlicher Austausch und Unterstützungs- und Entlastungsangebote (persönliche Kommunikation, 29. März 2022).

### 3.3 Postpartale Depression in der Schweiz

In der Schweiz finden sich keine offiziellen Leitlinien im Bezug zur Thematik, weder die SGGG noch der SHV geben diesbezüglich Empfehlungen ab.

Die Gesundheitsförderung Schweiz hat 2021 eine Broschüre mit Informationen und Empfehlungen für Fachpersonen zur psychischen Gesundheit von Eltern publiziert. Darin werden zum Erfassen des psychischen Zustandes verschiedene Fragebögen zur Selbsteinschätzung empfohlen. Diese sollen beiden Elternteilen ab der Schwangerschaft bis ein Jahr nach der Geburt regelmässig (nicht weiter definiert) ausgehändigt werden. Spezifisch für das Erkennen der PPD wird zur Anwendung des EPDS geraten. In der Broschüre sind Vorschläge für Fragen zur Erfassung von Schutz- und Risikofaktoren zu finden. Weiter werden zehn Empfehlungen zur Förderung von Schutzfaktoren sowie zehn Empfehlungen zum Umgang mit Risikofaktoren erläutert. Weiter sind Angebote und Anlaufstellen sowie Literaturempfehlungen aufgelistet.

Auch das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt lancierte 2012 eine Kampagne zur postpartalen Depression und gibt im „Leitfaden zum Depressionsscreening in der Schwangerschaft und im Postpartum mittels der Edinburgh Postnatal Depression Scale“ Empfehlungen zum Screening und zum Selbsttest mittels EPDS.

Besondere Bedeutung kommt dem Verein der postpartalen Depression Schweiz zu. Er betreibt eine mehrsprachige Webseite mit Informationsmaterial zur PPD, zum Screening und der Behandlung. Weiter findet man eine Fachpersonenliste und ein Beratungstelefon für Fachpersonen und Betroffene. Der Verein hat ein schweizweites Patenschaftsprogramm und ein Selbsthilfegruppen-Netz aufgebaut. Die Ziele des Vereins sind ein flächendeckendes Screening aller Mütter und Väter, die Ausweitung von Angeboten für Betroffene und die Entstigmatisierung der PPD. Betroffene und deren Angehörige finden Informationen zur PPD auf Webseiten von Städten, Kantonen und Gemeinden, der Gesundheitsförderung, Kliniken mit Geburtshilfe, Kinder- und Jugendhilfezentren, Versicherungsgesellschaften sowie sonstigen Internetseiten zur Mutterschaft und frühen Kindheit.

Aus- und Weiterbildungen werden in der Schweiz von den ausbildenden Fachhochschulen sowie dem Schweizerischen Hebammenverband (SHV) angeboten. Der Verein PPDCH bietet in Zusammenarbeit mit Prävention und Gesundheitsförderung Kanton Zürich und mit der Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz Kurse für Fachpersonen aus dem Bereich früher Kindheit und der Geburtshilfe an. Zukünftig möchte der Verein spezialisierte Weiterbildungen auch an medizinische und psychologische Fachpersonen richten (persönliche Kommunikation, 29. März 2022).

### 3.4 Screening international

Durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden keine international gültigen Empfehlungen oder Leitlinien zum Screening der PPD herausgegeben. Innerhalb von Europa bestehen länderspezifische Unterschiede bezüglich des Vorhandenseins, aber auch des Inhaltes von Leitlinien. Diese werden nicht weiter aufgeführt, da sie über den Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit hinausgehen würden. Folgend werden die Empfehlungen und Vorgehensweisen ausserhalb von Europa aufgeführt.

Die NICE Guidelines (2020) empfehlen beim Erstkontakt mit der Wöchnerin die Anwendung von zwei Identifikationsfragen „During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?“ und „During the past month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?“ sowie ein erweitertes Screening mit dem EPDS beziehungsweise eine Überweisung an Fachpersonen der Gynäkologie oder Psychologie, falls eine der Fragen bejaht wird.

Das American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2018) empfiehlt, dass Gynäkologen und Gynäkologinnen sowie Hebammen alle Frauen während der Perinatalperiode mindestens einmal mit einem standardisierten Instrument screenen. In der Postpartalzeit wird eine ausführliche Erhebung des emotionalen Wohlbefindens empfohlen. Wenn eine Frau in der Schwangerschaft auf Depressionen gescreent wurde, sollte ein zusätzliches Screening in der Postpartalzeit stattfinden. Das Screening im Wochenbett wird entweder beim ersten Hausbesuch bei der Wöchnerin oder bei der Zweimonatskontrolle in der

Kinderarztpraxis empfohlen (ACOG, 2018). Die Wahl der Screeninginstrumente entspricht jener von NICE (2022).

Das Australische Gesundheitsamt (2017) publiziert nur Leitlinien zum Screening während der Schwangerschaft.

In den nationalen Leitlinien von Norwegen wird ein Screening auf PPD empfohlen. Gleichwohl konnten keine Vorgaben zu einem Routinescreening gefunden werden (Gesundheitsdirektion Norwegen, 2009).

Von der Gesundheitsdirektion von Irland konnten keine Vorgaben zum Screening gefunden werden.

## 4 Ergebnisse

In folgender Tabelle 6 bis Tabelle 10 finden sich Eckdaten als Übersicht zu den einzelnen inkludierten Studien.

### 4.1 Vik et al. (2021)

**Tabelle 6**

*Eckdaten zur Studie von Vik et al. (2021), eigene Darstellung (2022)*

<b>Titel</b>	Experiences with the routine use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale from health visitors' and midwives' perspectives – An exploratory qualitative study
<b>Forschende</b>	Vik, K., Aass, I.M., Willumsen, M.A., Hafting, M.
<b>Land, Sprache</b>	Norwegen, Englisch
<b>Journal, Jahr</b>	Midwifery, 2021
<b>Ziel</b>	Wahrnehmung und Art der Durchführung des Routinescreenings von Gesundheitsberaterinnen und Hebammen.
<b>Setting</b>	ambulant
<b>Stichprobe</b>	Zehn Gesundheitsberaterinnen und zwei Hebammen
<b>Zeitraum der Erhebung</b>	Einmalig zwei Interviews April 2018
<b>Einschlusskriterien</b>	Nicht spezifisch Alle Gesundheitsberaterinnen und Hebammen des kommunalen Gesundheitszentrums einbezogen
<b>Ausschlusskriterien</b>	-
<b>Studiendesign</b>	Fokusgruppeninterviews

Evidenzlevel nach Di Censo (2009)	Studies
<b>Forschungsmethode</b>	Explorativ, qualitativ
<b>Methodisches Vorgehen</b>	Rekrutierung Zwei Fokusgruppeninterviews Thematische Netzwerkanalyse (Attride-Stirling, 2011)
<b>Ergebnisse</b>	EPDS für Routinescreening gut etabliert und akzeptiert Auch Instrument, um über Probleme rund um Mutterschaft zu sprechen Vertrauensvolle Beziehung als Voraussetzung Enger Zeitplan als Herausforderung Soziale und kulturelle Faktoren als schwierig erlebt Gute Zusammenarbeit; interdisziplinär und Fallbesprechungen

#### 4.1.1 Zusammenfassung

Die Studie von Vik et al. (2021) hat zum Ziel, die Erfahrungen von Gesundheitsfachpersonen mit dem EPDS zu untersuchen. Der kommunale Gesundheitsdienst von Vagsbygd in Norwegen führt den EPDS routinemässig bei der sechswöchigen Konsultation durch. Vik et al. (2021) begründen ihre Forschung damit, dass bisher zwar die Validität des Screenings, nicht jedoch die Wahrnehmung der Handhabbarkeit untersucht wurde.

Vik et al. (2021) verwendeten einen explorativen qualitativen Ansatz im Sinne von Fokusinterviews. Das Sample umfasste zehn Gesundheitsberater und Gesundheitsberaterinnen sowie zwei Hebammen, welche in besagter Institution arbeiten. In einem offenen Interview berichteten die Teilnehmenden in zwei gleich grossen Gruppen von ihren Erfahrungen mit dem EPDS. Die Interviews wurden als Audio- und Videoaufnahme festgehalten und anschliessend durch eine forschende Person transkribiert. Die Datenanalyse wurde mithilfe der thematischen Netzwerkanalyse von Attride-Stirling (2001) durchgeführt. Die Studienergebnisse sind in die drei Themen Chancen, Bewusstsein für Vertrauen und Herausforderungen gegliedert.

Der EPDS bietet Gesundheitsfachpersonen die Chance, Informationen über Mütter, welche besondere Aufmerksamkeit in Bezug auf psychische Probleme benötigen, zu erhalten und dient als Instrument, um über Probleme in der frühen Mutterschaft zu sprechen. Bei Unsicherheit mit der Thematik vermittelt er Sicherheit. Als



Voraussetzung für die Screeningroutine wurden Supervisionen und eine gute Zusammenarbeit genannt. Die multidisziplinäre Zusammenarbeit verbesserte sich durch den Austausch. Für Gespräche über schwierige Themen war vor allem eine vertrauensvolle Beziehung ausschlaggebend. Es wurde ein sensibler Umgang mit der Verwendung des Begriffes „Depression“ beschrieben. Vik et al. (2021) berichten zudem von Herausforderungen. Aufgrund eines engen Zeitplans sowie sozialer und kultureller Faktoren verpassen die Gesundheitsfachpersonen manchmal die Gelegenheit, hilfsbedürftige Mütter zu identifizieren. Psychische Probleme, die somatisch ausgedrückt werden, können durch das Instrument nicht erfasst werden. Zudem zeigten sich Frauen, welche negative Erfahrungen mit Behörden erlebt hatten, zurückhaltender gegenüber dem EPDS.

In der Diskussion ziehen Vik et al. (2021) den Schluss, dass es sich beim EPDS um ein nützliches und unter Beachtung der genannten Voraussetzungen gut anwendbares Screeninginstrument handelt. Es wird die Empfehlung gegeben, dass die sechswöchige Beratung neu organisiert werden sollte.

#### 4.1.2 Kritische Würdigung

Die Studie von Vik et al. (2021) entspricht der tiefsten Evidenzstufe nach DiCenso et al. (2009), da es sich um eine einzelne Studie handelt.

**Stärken:** Die Stichprobe ist für das qualitative Design repräsentativ, was für die Übertragbarkeit der Ergebnisse wichtig ist. Der verwendete Fragebogen (EPDS) wird erklärt und seine Validität bestätigt. Ebenfalls werden Schwächen des EPDS genannt. Vik et al. (2021) beschreiben ausführlich den Prozess der Datenanalyse, wodurch diese nachvollziehbar und replizierbar ist. Die Forschenden legen einen persönlichen Bezug zu den befragten Personen sowie eigene Annahmen offen und reflektieren dies im gesamten Forschungsprozess, wodurch die Ergebnisse glaubwürdig sind. Das methodische Vorgehen der Datengewinnung via transkribierter Audio- und Videoaufnahmen ist übersichtlich dargestellt. Die Studienergebnisse werden mit Zitaten hinterlegt, weshalb die Ergebnisse übertragbar sind.

**Schwächen:** Das Sampling wurde aus einer einzigen Klinik rekrutiert. Dadurch lassen sich die Ergebnisse nicht auf die gesamte Bevölkerung übertragen. Zudem

fand keine theoretische Sättigung statt. Es finden sich keine Informationen zum Inhalt, der Struktur und dem Umfeld des Interviews. Die Ein- und Ausschlusskriterien zum Sampling werden nicht genannt. Bis auf den Beruf und die Erfahrung fehlen detaillierte Informationen zu den Teilnehmenden. Dies erschwert die Glaubwürdigkeit und die Übertragbarkeit der Ergebnisse. Eine mögliche Verzerrung der Daten kann durch den persönlichen Bezug der Teilnehmenden zu den Forscherinnen und die Rekrutierung durch den Direktor der Klinik, in welcher alle Teilnehmenden tätig sind, vorhanden sein. Zudem nennen die Teilnehmenden auffallend viel Positives und haben als Klinik lange an der Implementierung des EPDS gearbeitet.

## 4.2 Langvik et al. (2020)

**Tabelle 7**

*Eckdaten zur Studie von Langvik et al. (2020), eigene Darstellung (2022)*

<b>Titel</b>	Routine screening for postpartum depression puts mental health on the agenda
<b>Forschende</b>	Langvik E., Hystad Håberg, C., Høve Storholt, H.
<b>Land, Sprache</b>	Norwegen (Trondheim), Englisch
<b>Journal, Jahr</b>	Sykepleien Forskning, 2020
<b>Ziel</b>	Erfahrungen von Pflegefachpersonen des öffentlichen Gesundheitswesens mit dem Routinescreening mittels EPDS bei frischgebackenen Müttern.
<b>Setting</b>	Gesundheitsfachpersonen des öffentlichen Gesundheitswesens
<b>Stichprobe</b>	8 Pflegefachpersonen
<b>Zeitraum der Erhebung</b>	Herbst 2017
<b>Einschlusskriterien</b>	Erfahrung und Schulung in der Anwendung des EPDS (Gesundheitsfachperson des öffentlichen Gesundheitswesens in Trondheim)
<b>Ausschlusskriterien</b>	-
<b>Studiendesign</b>	Halbstrukturierte Interviews und Auswertung mittels thematischer Analyse
<b>Evidenzlevel</b>	<i>Studies</i>
<b>Forschungsmethode</b>	Qualitativ
<b>Methodisches Vorgehen</b>	Rekrutierung durch leitende Gesundheitsfachpersonen von vier Bezirken Reflexionsgespräch vor Interviews zur Haltung der Forschenden zur Vermeidung von Suggestivfragen Halbstrukturierte Interviews mit Interviewleitfaden

	Wörtliche Transkription der Interviews Thematische Analyse in sechs Schritten
<b>Ergebnisse</b>	Vier Schlüsselthemen: Screening setzt die psychische Gesundheit der Mütter auf die Tagesordnung Screenings als weniger invasiv wahrgenommen, wenn sie standardmässig durchgeführt werden. Der EPDS greift das auf, was das Bauchgefühl übersieht Das Klinische Urteil ist ein wichtiges ergänzendes Instrument

#### 4.2.1 Zusammenfassung

Die Studie von Langvik et al. (2020) hat zum Ziel, die Erfahrungen von Fachpersonen mit der routinemässigen Anwendung des EPDS aufzuzeigen. Die Studie wurde nach der Implementierung eines Routinescreening mit dem EPDS durch Pflegefachpersonen der öffentlichen Gesundheit in Trondheim, Norwegen durchgeführt. Langvik et al. (2020) verwendeten einen qualitativen Ansatz mit semi-strukturierten Interviews, welche aufgenommen und transkribiert wurden. Das Sample umfasste acht Fachpersonen, wobei über die Hälfte langjährige Erfahrung im Screening für PPD hatte. Mittels thematischer Analyse wurden die Daten evaluiert. Daraus ergaben sich vier übergeordnete Themen.

Das routinemässige Screening setzt die psychische Gesundheit der Mütter in den Fokus. Die Fachpersonen sehen sich besser in der Lage, Probleme zu identifizieren und die Frauen zu unterstützen. Den Frauen wird das Gefühl vermittelt, dass sich jemand um sie sorgt. Durch die routinemässige Anwendung des Screenings wird dieses weniger invasiv wahrgenommen. Die Hemmschwelle für die Thematisierung von psychischen Problemen wird verringert, da jede Frau unabhängig ihrer sozialen und ökonomischen Lage, die gleichen Fragen gestellt bekommt. Depressionen können in Gesprächen durch Fachpersonen nicht immer erkannt werden. Durch das Screening werden Aspekte ersichtlich, die sonst vielleicht nicht ausformuliert würden. Der EPDS greift das auf, was das klinische Urteil übersieht. Nichtsdestoweniger wird dieses als wichtiges ergänzendes Instrument angesehen. So wurden nach der Implementierung Massnahmen anhand der EPDS-Ergebnisse in Kombination mit der Intuition eingeleitet.

In der Diskussion ziehen Langvik et al. (2020) den Schluss, dass sich die Fähigkeit, die Beurteilung auf mehr als nur das klinische Urteilsvermögen zu stützen, durch die Einführung eines Routinescreenings verbessert hat. In der routinemässigen Anwendung wird der Vorteil des frühzeitigen Erkennens von Symptomen gesehen. Dem Evaluationsgespräch der EPDS-Ergebnisse kommt eine wesentliche Bedeutung zu. Es ist ausschlaggebend für das weitere Vorgehen. Eine Voraussetzung für die Implementierung ist eine angemessene Schulung im Umgang mit Depressionen und dem EPDS.

#### 4.2.2 Kritische Würdigung

Die Studie von Langvik et al. (2020) entspricht der tiefsten Evidenzstufe nach DiCenso et al. (2009), da es sich um eine einzelne Studie handelt.

**Stärken:** Das methodische Vorgehen ist nachvollziehbar und replizierbar. Dadurch ist die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse gegeben. Vor den Interviews wurde ein Reflexionsgespräch geführt, um Suggestivfragen aufgrund persönlicher Haltung gegenüber persönlicher Haltung zu psychischen Erkrankungen zu vermeiden. Dadurch wirken die Ergebnisse glaubwürdig. Durch die genauen Beschreibungen des Samplings ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse gewährleistet. Der Inhalt der semi-strukturierten Interviews wird beschrieben, aber nicht detailliert aufgezeigt. Der Prozess der Datenanalyse wird tabellarisch veranschaulicht. Wodurch die Übertragbarkeit gestärkt wird. Ebenfalls wird die positiv durch die Unterlegung der Aussagen mit Zitaten beeinflusst. Die Forschenden deklarieren den eigenen Wissensstand und reflektieren dessen Einfluss auf die Studie. Durch die Selbstreflexion im gesamten Prozess wird einerseits die Glaubwürdigkeit und andererseits die Bestätigbarkeit der Studie gefestigt.

**Schwächen:** Die Übertragbarkeit wird limitiert durch das unklare Interviewsetting und die fehlende genaue Beschreibung der Teilnehmenden. Die Glaubwürdigkeit ist dadurch geschwächt, dass Mitarbeitende der Gemeinde Trondheim die befragten Frauen rekrutiert haben, was aufgrund der sozialen Erwünschtheit zu einer Verzerrung der Daten führt. Dadurch wird ebenfalls die Bestätigbarkeit der Studie beeinflusst. Während dem Interview stellte das Forschungsteam bewusst Fragen zu negativen Erfahrungen und suchte nach Beispielen, welche den Ergebnissen des

Interviews widersprechen. Durch die Lenkung der Gespräche ist die Aussagekraft der Ergebnisse eingeschränkt.

### 4.3 Nagle und Farrelly (2018)

**Tabelle 8**

*Eckdaten zur Studie von Nagle und Farrelly (2018), eigene Darstellung (2022)*

<b>Titel</b>	Women's views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period
<b>Forschende</b>	Nagle, U und Farrelly, M.
<b>Land, Sprache</b>	Irland, Englisch
<b>Journal, Jahr</b>	Midwifery, 2018
<b>Ziel</b>	Kritische Analyse der aktuellen Literatur und Evidenzbasis zum Screening auf PMPH. Untersuchung der Ansichten und Erfahrungen von Frauen bei der Berücksichtigung ihrer psychischen Bedürfnisse in der Perinatalzeit durch Fachkräfte des Gesundheitswesens. Feststellung, welche Screeningmethoden für Frauen als akzeptabel angesehen werden Formulierung von Empfehlungen auf der Grundlage der Ergebnisse
<b>Setting</b>	EPDS am Austrittstag abgegeben Interview ambulant Fragen zum Screening im ambulanten und stationären Setting
<b>Stichprobe</b>	8 Wöchnerinnen
<b>Zeitraum der Erhebung</b>	-
<b>Einschlusskriterien</b>	Innerhalb der letzten drei Monate vor Interview entbunden Bewusstsein für Erfahrungen in der Schwangerschaft und der frühen Postpartalzeit Körperliche und geistige Gesundheit nach der Geburt Regelmässige Betreuung durch die Hebamme postpartal (durch Hebamme gesund genug für Studienteilnahme angesehen) Über 18 Jahre alt Ausreichende Englischkenntnisse für Verständnis des Informationsblattes und Zustimmung
<b>Ausschlusskriterien</b>	-
<b>Studiendesign</b>	Halbstrukturierte Interviews und Analyse anhand retrospektiver Sekundäranalyse
<b>Evidenzlevel</b>	<i>Studies</i>

<b>Forschungsmethode</b>	Qualitativ
<b>Methodisches Vorgehen</b>	Rekrutierung in der frühen Postpartalphase durch Gatekeeper und Gatekeeperinnen Halbstrukturierte Interviews mit Wöchnerinnen, digitale Aufnahme Prüfung der Interviewfragen nach 2 Interviews Transkription der Interviews Thematische Analyse nach Braun und Clarke (2006)
<b>Ergebnisse</b>	Schwierigkeit Gefühle einzuordnen (Was ist normal?) Gesellschaftlicher Druck glücklich zu sein Zuversicht im Umgang mit psychischer Gesundheit Verschiedene Hindernisse für die Offenbarung Gemischte Gefühle gegenüber Screeninginstrumenten Erfahrungen bei der Inanspruchnahme von Hilfe Beziehung zur Fachperson
<b>Titel</b>	Postnatal depression and anxiety screening and management by maternal and child health nurses in community settings: A scoping review

#### 4.3.1 Zusammenfassung

Nagle und Farrelly (2018) erfragten die Erfahrungen der Frauen zur Evaluation ihrer psychischen Gesundheit durch Fachpersonen. Zusätzlich wird untersucht, welche Screeningmethode von Frauen akzeptiert wird. Dabei wurde ein qualitativer Ansatz mit semi-strukturierten Interviews gewählt. Das Sample umfasste acht Frauen, die in der frühen Wochenbettzeit befragt wurden. Die Studie fand in einer irischen Entbindungsklinik statt, die Zugang zu einem spezialisierten Dienst für perinatale psychische Gesundheit hatte.

Die Studienergebnisse zeigen, dass Frauen die Grenze zwischen „normalen“ und „nicht-normalen“ Gefühlen in Schwangerschaft und Wochenbett nicht immer einschätzen können. Auf den Frauen lastet der gesellschaftliche Druck, während dieser Zeit glücklich sein zu müssen. Negative Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken, fällt ihnen deshalb schwer. Psychisch vorbelastete Frauen haben mehr Wissen und Einsicht in ihr psychisches Befinden. Sie zögern zwar eher, sich an spezialisierte Institutionen zu wenden, möchten aber um die Verfügbarkeit eines Hilfsangebotes wissen. Hindernisse wie Stigmatisierung, Schamgefühle und die Angst, eine schlechte Mutter zu sein, halten die Frauen davon ab, ihre psychischen

Probleme offenzulegen. Zudem wirken sich auch der Zeitmangel und die fehlende Betreuungskontinuität seitens der Fachpersonen negativ aus. Einige Frauen nehmen das Screening als ein Vorgehen wahr, welches nur pro forma durchgeführt wird. Andere schätzen die Möglichkeit, negative Gefühle zu zeigen, ohne sie aussprechen zu müssen. Der EPDS wirkt als Eisbrecher für das Gespräch über psychische Gesundheit. Die Beziehung zwischen Fachperson und Frau wird als eine wichtige Schlüsselrolle im Umgang mit dem EPDS erkannt. Nagle und Farrelly (2018) kommen zum Schluss, dass ein kontinuierlicher Aus- und Weiterbildungsbedarf besteht.

#### 4.3.2 Kritische Würdigung

Die Studie von Nagle und Farrelly (2018) entspricht der tiefsten Evidenzstufe nach DiCenso et al. (2009), da es sich um eine einzelne Studie handelt.

**Stärken:** Die Datenerhebung wird klar beschrieben und der verwendete Fragebogen wird inhaltlich erläutert. Dadurch sind die Entscheidungspfade klar und die Nachvollziehbarkeit ist gegeben. Hiermit werden auch die Übertragbarkeit und die Bestätigbarkeit der Ergebnisse gestärkt. Die Glaubwürdigkeit wird gefestigt, indem eine unabhängige Person für die Interviews eingestellt wurde, um die Antworten der Befragten nicht zu beeinflussen. Ebenfalls sind die Ergebnisse glaubwürdig, weil die Samplinggrösse empirisch begründet und berechnet wird. Die Ergebnisse werden mit Zitaten hinterlegt und in Tabellen dargestellt, wodurch diese übertragbar und glaubwürdig sind.

**Schwächen:** In der Studie wird nicht klar, welche der Forschenden in der Institution arbeitet und ob eine der aufgeführten Autorinnen die unabhängige hinzugezogene Person ist. Dies schwächt die Glaubwürdigkeit sowie die Bestätigbarkeit der Ergebnisse. Bei dem verwendeten Fragebogen handelt es sich um einen selbst erstellten, nicht validierten Fragekatalog, wodurch die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse beschränkt ist. Die anamnestische Vorbelastung der Frauen wird benannt, jedoch der Umfang nicht weiter erläutert, dadurch lassen sich die Ergebnisse nicht verallgemeinern und sind mit Vorsicht zu geniessen. Das Sampling beschränkte sich auf die Wöchnerinnen einer einzigen Entbindungsklinik. Aufgrund dessen ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse limitiert. Zudem war eine der Forschenden im Arbeitsalltag in besagter Institution integriert, sodass ein Bias trotz

der getroffenen Massnahme nicht ausgeschlossen ist und die Bestätigbarkeit der Ergebnisse beeinflusst wird.

#### 4.4 Arefadib et al. (2021)

**Tabelle 9**

*Eckdaten zur Studie von Arefadib et al. (2021), eigene Darstellung (2022)*

<b>Titel</b>	Postnatal depression and anxiety screening and management by maternal and child health nurses in community settings: A scoping review
<b>Forschende</b>	Arefadib, N., Cooklin, A., Nicholson, J., Shafiei, T.
<b>Land, Sprache</b>	Australien (Primärstudien aus verschiedenen Ländern)
<b>Journal, Jahr</b>	Midwifery, 2021
<b>Ziel</b>	Untersuchung des Umfangs und der Art der primären Forschungsergebnisse zum Screening auf postpartale Depressionen und postpartale Ängste und deren Behandlung durch Gesundheitsfachpersonen für Mütter und Kinder.
<b>Setting</b>	ambulant
<b>Stichprobe</b>	22 Studien
<b>Zeitraum der Erhebung</b>	Juni 2019 bis Juli 2020
<b>Einschlusskriterien</b>	Primärstudien Englischsprachige Studien Zeitraum: 2008-2020 Population: Pflegefachpersonen und Hebammen in der Primärversorgung, in der Gemeinde oder in Kinderbetreuung (well-child-visits) tätig sind (mussten den grössten Teil der Stichprobe ausmachen oder klar abgrenzbar sein) Interventionen: Screening und Behandlung von PNDA nur in der postnatalen Phase.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Graue Literatur Artikel mit Bezug auf perinatale Zeit (wenn keine Unterscheidung zwischen prä- und postpartal) Krankenhaussetting andere Fachkräfte des Gesundheitswesens (z. B. Kinderärzteschaft oder Geburtshelfende und gynäkologische Ärzteschaft) Mütter, Väter und Säuglinge/Kleinkinder Pränatales/ antenatales Screening/ Management



	<p>Screening und Behandlung anderer psychischer Erkrankungen (z. B. Psychose oder bipolare Störung)</p> <p>Behandlung von PNDA (z. B. Behandlungsinterventionen wie Gruppentherapie, kognitive Verhaltenstherapie oder Peer-Unterstützung).</p> <p>Interventionen zur Verbesserung des PNDA-Screenings und der Managementpraktiken</p>
<b>Studiendesign</b>	retrospektive Sekundäranalyse
<b>Evidenzlevel</b>	<i>Synthesis</i>
<b>Forschungsmethode</b>	Literaturreview
<b>Methodisches Vorgehen</b>	<p>Scoping-Methodik nach Arksey und O'Malley (2005) orientiert:</p> <p>Literaturrecherche in den Datenbanken: Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature, MEDLINE, PsycINFO, COCHRANE Library</p> <p>Verweise aus Volltexten wurden so lange geprüft, bis keine neuen relevanten Dokumente mehr gefunden wurden.</p> <p>Studienauswahl nach PICO (Population, Intervention, vergleichende Intervention, Ergebnisse)</p> <p>Prüfung durch zwei Forschende, bei Konflikt Entscheid durch dritte Forschungsperson</p> <p>Anwendung der PRISMA-Checkliste</p> <p>Thematische Analyse nach Braun und Clarke (2006)</p> <p>Qualitätsprüfung von 5 zufällig gewählten Studien anhand Methods Appraisal Tool (MMAT) (Hong et al., 2018)</p>
<b>Ergebnisse</b>	<p>Ergebnisse sind gegliedert in 2 Hauptthemen</p> <p>1. Screening auf PPD und postpartale Ängste (PPÄ)</p> <p>Einstellung zum Screening</p> <p>Routinepraxis des Screenings</p> <p>Wirksamkeit des Screenings</p> <p>Einstellung zum EPDS</p> <p>2. Faktoren, die den Umgang mit PPD und PPÄ</p> <p>Verfügbarkeit formaler Betreuungswege</p> <p>Überweisungsmöglichkeiten</p> <p>Wissen und Vertrauen</p> <p>Zusammenarbeit mehrerer Stellen</p>

#### 4.4.1 Zusammenfassung

Der Lesbarkeit halber werden die von Arefadib et al. (2021) untersuchten Primärstudien im Text nur explizit aufgeführt, wenn weniger als drei Primärstudien das aufgeführte Ergebnis erzielten. Dem Anhang B kann das AICA-Raster mit sämtlichen Sekundärzitataten entnommen werden.

Arefadib et al. (2021) untersuchen den Umfang und die Art der primären Forschungsergebnisse zum Screening auf postpartale Depressionen und Ängste und deren Behandlung durch Gesundheitsfachpersonen.

Das Literaturreview von Arefadib et al. (2021) wurde anhand der Scoping-Methodik nach Arksey und O'Malley (2005) gemacht. Dazu wurde eine zweimalige Recherche (2019 und 2020) in vier Datenbanken durchgeführt. Es wurden Studien aus den Jahren zwischen 2008 und 2020 einbezogen, welche das Screening und die Behandlung in der postpartalen Phase untersuchen. Die Studiena Auswahl fand anhand der PICO-Methode statt. Die Datenanalyse wurde mittels einer PRISMA-Checkliste gemacht. Zum Schluss wurde eine thematische Analyse nach Braun und Clarke (2006) durchgeführt. Das Ziel war die Untersuchung des Umfangs und der Art der primären Forschungsergebnisse zum Screening auf postpartale Depressionen und Ängste sowie deren Behandlung durch Hebammen und Pflegefachpersonen des Wochenbetts. Die Ergebnisse sind in die zwei Hauptthemen Screening und Management gegliedert.

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass der EPDS als wertvolles und einfach anzuwendendes sowie auswertbares Beurteilungsinstrument angesehen wird und dem Start in den Dialog über PPD dient. Durch den Fragebogen liegt der Fokus auf der Mutter und ihren Gefühlen.

Die Ansichten darüber, ob das Screening zur Rolle der Wochenbettbetreuung gehört, unterscheiden sich. Für die Durchführung ist jedoch wichtig, dass die Eltern die Verantwortung für das Screening bei der betreuenden Fachperson erkennen (Alexandrou et al., 2018; Kang et al., 2019, zitiert nach Arefadib et al., 2021).

Screenings werden eher durchgeführt, wenn sie nicht zeitaufwändig sind. Zeitmangel und Ressourcenknappheit führen zum Gefühl, dass nur äusserst auffällige oder leidende Wöchnerinnen erkannt werden (Chew-Graham et al., 2008; Edge, 2010,

zitiert nach Arefadib et al., 2021). Zudem wirkt sich Zeitmangel negativ auf den Beziehungsaufbau aus.

Es bestehen Wissenslücken, welche durch Schulungen behoben werden müssen. Besonders beim Erkennen von gefährdeten Frauen aus ethnischen Minderheitsgruppen haben die Fachpersonen Mühe, da sie sich die entsprechende kulturelle Kompetenz nicht zutrauen.

Arefadib et al. (2021) erkennen in den Studien die Beziehung zwischen der Wöchnerin und der Fachperson als wichtigen Faktor für ein effektives Screening, bei welchem Mütter offen über ihre Symptome sprechen können.

Für eine einheitliche Screeningpraxis werden Leitlinien vorausgesetzt. Es wird allerdings festgestellt, dass zahlreiche Fachpersonen vorhandene Leitlinien nicht umsetzen. Fehlende Leitlinien führen dazu, dass Frauen nur anhand des klinischen Urteils eingeschätzt werden. Einige der untersuchten Fachpersonen ziehen das individuelle Urteil dem Screening vor. Anhand dieses Urteils werden jedoch 50 % der Mütter mit PPD nicht identifiziert (Alexandrou et al., 2018; Anding et al., 2015, zitiert nach Arefadib et al., 2021). Trotzdem ist der Einbezug der Erfahrung und des individuellen Urteils elementar für Fachpersonen und somit zentral für den Implementierungsprozess von Screeninginstrumenten (Ben-David et al., 2017, zitiert nach Arefadib et al., 2021). Die Intuition kann helfen, gefährdete Mütter mit niedrigen EPDS-Werten zu identifizieren.

Bezogen auf den EPDS werden sprachliche und kulturelle Einschränkungen bei fremd- und muttersprachlichen Wöchnerinnen genannt (Ben-David et al., 2017; Doering et al., 2017, zitiert nach Arefadib et al., 2021). Das Bildungsniveau der Mütter beeinflusst ebenfalls den Umgang mit dem EPDS (Skoog et al., 2017; Rollans et al., 2013, zitiert nach Arefadib et al., 2021). Die Frage nach grundloser Angst oder Besorgnis übersieht den sozioökonomischen Kontext, da Frauen mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten ihre Ängste als begründet ansehen (Ben-David et al., 2017, zitiert nach Arefadib et al., 2021).

Das zweite Hauptthema befasst sich mit dem Umgang mit PPD und PPA. Die Verfügbarkeit formaler Betreuungswege und Überweisungsmöglichkeiten werden demnach als problematisch erlebt. Die Fachpersonen weisen mangelndes Wissen

und Vertrauen in die eigenen Kompetenzen auf. Dies beeinflusst ihr Screeningverhalten. Die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit wird betont.

Arefadib et al. (2021) empfehlen, dass die Politik Strategien für die Umsetzung der Evidenz in der täglichen Praxis entwickeln soll.

#### 4.4.2 Kritische Würdigung

Die nachfolgende Studie entspricht der zweithöchsten Evidenzstufe nach DiCenso et al. (2009), da es sich um ein Review handelt, das bestehende Evidenzen zusammenfasst.

**Stärken:** Das methodische Vorgehen von Arefadib et al. (2021) ist nachvollziehbar und replizierbar, was die Güte der Studie stärkt. Die Datenerhebung fand systematisch statt und ist konsistent, indem in allen Datenbanken die gleichen Keywords eingegeben wurden. Die Datenerhebung und Analyse fanden anhand von validen Instrumenten statt. Der Vergleich der Ergebnisse ist aufgrund des ähnlichen Fokus der Studien umsetzbar. Durch dieses Vorgehen wird die Bestätigbarkeit der Studie gestützt. Nach dem Zufallsprinzip wurden fünf Artikel für die Qualitätsbeurteilung ausgewählt, um Kohärenz und Konsistenz zu gewährleisten. Die Qualität der eingeschlossenen Studien wurde von der Autorenschaft anhand des Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) geprüft. Dies beeinflusst die Glaubwürdigkeit positiv. Die Nachvollziehbarkeit wird durch die deutliche Darstellung der Entscheidungspfade gewährleistet. Durch die theoretische Sättigung wird die Glaubwürdigkeit gestärkt.

**Schwächen:** Arefadib et al. (2021) inkludieren im Review keine *graue Literatur*. Dadurch kann ein Publikationsbias entstehen und die Übertragbarkeit der Ergebnisse limitiert sein. Ebenfalls wird dieses Kriterium dadurch negativ geprägt, dass viele Studien in einkommensstarken Ländern durchgeführt wurden. Weiter haben Arefadib et al. (2021) von den insgesamt 22 Studien lediglich fünf auf deren Qualität überprüft. Da die Qualitätsprüfung nach dem Zufallsprinzip erfolgte, sind die Aussagekraft der Ergebnisse und die Güte der Glaubwürdigkeit nur bedingt gewährleistet.

## 4.5 Higgins et al. (2017)

**Tabelle 10**

*Eckdaten zur Studie von Higgins et al. (2017), eigene Darstellung (2022)*

<b>Titel</b>	Barriers to midwives and nurses addressing mental health issues with women during the perinatal period: The Mind Mothers study
<b>Forschende</b>	Higgins, A. Downes, C. Monahan, M., Gill, A. Lamb, S. Carroll, M.
<b>Land, Sprache</b>	Irland, Englisch
<b>Journal, Jahr</b>	Journal of Clinical Nursing, 2017
<b>Ziele</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untersuchung, wie Fachpersonen die Hindernisse bei der Behandlung von psychischen Problemen bei Frauen der Perinatalperiode wahrnehmen.</li> <li>2. Faktoren ermitteln, die die Praxis am stärksten beeinträchtigen.</li> <li>3. Feststellen, ob es Unterschiede im Ausmass der wahrgenommenen Barrieren gibt, abhängig der Profession (Hebammen vs. Pflegefachpersonen) und des Ausbildungsstandes zu perinataler psychischer Gesundheit (Ausbildung im Bereich der perinatalen psychischen Gesundheit absolviert haben oder nicht) gibt.</li> </ol>
<b>Setting</b>	Fachpersonen in stationärer und ambulanter Wochenbettbetreuung
<b>Stichprobe</b>	809 Fachpersonen (438 Hebammen und 371 Pflegefachpersonen)
<b>Zeitraum der Erhebung</b>	2 Monate im 2016
<b>Einschlusskriterien</b>	<p>Hebammen und Pflegefachpersonen (bei Allgemeinärzten angestellt)</p> <p>In Irland registriert</p> <p>Vollzeit- oder Teilzeit in öffentlichen Entbindungseinrichtungen oder Primärversorgung tätig</p>
<b>Ausschlusskriterien</b>	<p>Temporär angestellte Hebammen und Pflegefachpersonen</p> <p>Hebamme und Pflegefachpersonen in Ausbildung</p>
<b>Studiendesign</b>	retrospektive Sekundäranalyse
<b>Evidenzlevel</b>	<i>Studies</i>
<b>Forschungsmethode</b>	Quantitativ
<b>Methodisches Vorgehen</b>	<p>Rekrutierung über Gatekeeper</p> <p>Anonyme Umfrage (online oder Papierform) mit selbst erstelltem Fragebogen</p> <p>Datenanalyse: Statistical Package for the Social Science (SPSS), Version 21 (IBM Corp, 2012)</p>
<b>Ergebnisse</b>	<p>Organisatorische Hindernisse (häufigste)</p> <p>Praxisbedingte Hindernisse</p> <p>Organisatorische Faktoren als grösste Hindernisse</p>

Fehlen von Diensten für perinatale psychische Gesundheit

Fehlen von Versorgungspfaden

hohe Arbeitsbelastung

Zeitmangel

fehlende Privatsphäre

unzureichende Betreuungskontinuität

Praxisbedingte Barrieren (in > 50 %)

mangelndes Wissen über die perinatale Gesundheit

kulturelle Fragen

fehlende Fähigkeiten, auf eine erkannte psychische Erkrankung zu reagieren

Befürchtung, die Frauen zu verletzen und zu belasten

Betreuungs- und Ausbildungskontext beeinflusst die Wahrnehmung der Hindernisse

#### 4.5.1 Zusammenfassung

In der Studie von Higgins et al. (2017) beantworteten 809 Fachpersonen, bestehend aus 438 Hebammen und 371 Pflegefachpersonen, einen vom Forschungsteam erstellten Fragebogen. Die Fachpersonen wurden zur Einschätzung der Ausprägung von Hindernissen bei der Erfassung psychischer Probleme bei Wöchnerinnen befragt. Die Daten wurden anhand deskriptiver Statistik ausgewertet. Higgins et al. (2017) erfragen, inwieweit persönliche, organisatorische und strukturelle Faktoren die Betreuung von psychischen Problemen bei Frauen in der *Perinatalperiode* behindern. Die Studie verfolgt drei Ziele. Diese umfassen die Erfassung der Relevanz bestimmter Hindernisse und der Unterschiede zwischen den inkludierten Professionen sowie des Ausbildungsstandes zu perinataler psychischer Gesundheit untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass Hindernisse vor allem organisations- und systembedingt sind. Spezifisch sind dies eine hohe Arbeitsbelastung (96.2 %) und Zeitmangel (93.6 %). Die daraus resultierende fehlende Betreuungskontinuität behindert den Beziehungsaufbau. Dieser wird allerdings von den Fachpersonen als Voraussetzung zum An- und Besprechen von psychischen Problemen und dem Offenlegen von Problemen durch die Frauen angesehen. Es kann die Gefahr bestehen, dass fehlende Zeit für den Beziehungsaufbau als Ausrede genutzt wird,

um psychische Gesundheit nicht zu thematisieren. 63.6 % der Befragten sind der Ansicht, dass die psychische Gesundheit kein Tabuthema ist.

Fehlende Privatsphäre für die Gespräche ist für 81.4 % der Fachpersonen ein Hindernis. Dieses Unbehagen kann durch die Anwesenheit von Angehörigen ausgelöst werden. Fehlende oder unbekannte Versorgungspfade und ein angenommener oder tatsächlich vorhandener Mangel an verfügbaren Diensten für perinatale psychische Gesundheit hindert die Fachpersonen am Screening. 83.6 % der Fachpersonen geben einen Mangel an Wissen und fehlenden Fähigkeiten beim Erkennen und im Umgang mit postpartalen psychischen Auffälligkeiten an. Sie trauen sich adäquate Reaktionen auf psychische Erkrankungen nicht zu. Die Einschätzung und das Screening von Wöchnerinnen aus fremden Kulturen werden von 88 % der Befragten als schwierig empfunden. Higgins et al. (2017) empfehlen, ein besonderes Augenmerk auf die Weiterbildung zum Screening von Frauen aus ethnischen Minderheiten und der Förderung von kultureller Kompetenz zu legen.

170 Hebammen befürchten, bei den Wöchnerinnen negative Reaktionen hervorzurufen, welche sich auf die Beziehung auswirken. Durch Aufklärung kann den Fachpersonen laut Higgins et al. (2017) vermittelt werden, dass sie die Frauen durch das Thematisieren der PPD nicht bedrängen oder verletzen. Allgemein müssen Fachpersonen laut Higgins et al. (2017) vermehrt mit dem Ziel geschult werden, psychischen Problemen mit Vertrauen und Kompetenz zu begegnen.

Ausgebildete Fachpersonen betonen den Mangel an Privatsphäre, die Arbeitsbelastung und den damit verbundenen Zeitaufwand. Jene ohne Ausbildung berichten vermehrt über einen Mangel oder fehlenden Zugang zu verfügbaren Diensten, fehlende Versorgungspfade, Isolation von fachkundigen Kollegen, fehlende Autorität, fehlendes Wissen im Allgemeinen und über kulturelle Barrieren.

Die Dominanz von biomedizinischen Ansätzen führt zur Angst, dass bei einer Überweisung lediglich ein medikamentöser Ansatz gewählt wird.

#### 4.5.2 Kritische Würdigung

Die nachfolgende Studie entspricht der tiefsten Evidenzstufe nach DiCenso et al. (2009), da es sich um eine einzelne Studie handelt.

**Stärken:** Die Reliabilität wird durch die genannten spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien und die genau beschriebene Methodik gewährleistet. Higgins et al. (2017) berechnen die Grösse der Studienpopulation empirisch, was die Validität der Forschungsarbeit unterstreicht. Der vom Forschungsteam erstellte Fragebogen wurde durch Experten aus verschiedenen Arbeitsbereichen auf seine Validität geprüft und wird in tabellarischer Form dargelegt, was die Güte der Studie stärkt. Die Datenanalyse ist klar und nachvollziehbar beschrieben, die verwendeten Analysemethoden passen zu dem zu untersuchenden Phänomen. Higgins et al. (2017) setzten eine statistische Signifikanz von  $p < 0.05$  voraus. Dies stärkt die Validität der Studie. Die Ergebnisse zeigen signifikante Unterschiede und werden mit bestehenden Studienergebnissen verglichen, ebenso werden Implikationen für die Praxis genannt. Da die Forschenden keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben und diese nicht beeinflussen, ist von einer starken Objektivität auszugehen.

**Schwächen:** Obwohl der erstellte Fragebogen hinsichtlich seiner Validität durch Fachpersonen bestätigt wurde, fand kein vorangegangener Testdurchlauf statt. Dies wirkt sich auf die Validität und Reliabilität des Fragebogens und der Studie aus. Aufgrund der quantitativen Methodik ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Fachpersonen die jeweiligen Hindernisse unterschiedlich gewichten. Die Samplinggrösse ist im Text nicht rechnerisch begründet, wodurch die Validität beeinträchtigt wird. Eine Limitation der Studie besteht in der fehlenden Differenzierung der Ansichten von stationär und ambulant tätigen Fachpersonen, da sich dies auf die Ergebnisse auswirken kann. Es wird nicht explizit beschrieben, inwiefern sich die Kompetenzen der Hebammen und der Pflegefachpersonen unterscheiden.



## 5 Diskussion

### 5.1 Relevanz der gewählten Literatur für die Beantwortung der Fragestellung

In folgender Tabelle 11 findet sich eine Übersicht über die inkludierten Studien.

**Tabelle 11**

*Übersicht Studien, eigene Darstellung (2022)*

<b>Autorenschaft</b>	<b>Jahr</b>	<b>Fragestellung</b>	<b>Studiendesign</b>	<b>Methode</b>	<b>Sampling</b>	<b>Berufsgruppe</b>	<b>Setting</b>
<b>Vik et al.</b>	2021	Nicht explizit erläutert. Ziel: Ziel die Erfahrungen von Gesundheitsfachpersonen mit dem EPDS zu untersuchen.	qualitativ	Fokusinterviews Datenanalyse: thematischen Netzwerkanalyse von Attride-Stirling (2001)	12	2 Hebammen 10 Gesundheitsfachpersonen	ambulant
<b>Langvik et al.</b>	2020	Nicht explizit erläutert. Abgeleitet: Welches sind die Erfahrungen der Gesundheitsfachpersonen mit dem EPDS nach der Einführung der routinemässigen Anwendung?	qualitativ	Halbstrukturierte Interviews	8	Pflegefachpersonen des öffentlichen Gesundheitswesens	ambulant

<b>Nagle und Farrelly</b>	2018	«Welche Ansichten und Erfahrungen haben Frauen mit der Berücksichtigung ihrer psychischen Bedürfnisse während der Perinatalperiode?»	qualitativ	halbstrukturierte Interviews	8	Wöchnerinnen	EPDS am Austrittstag abgegeben / Interview ambulant
<b>Arefadib et al.</b>	2021	Nicht explizit erläutert. Ziel: Untersuchung des Umfangs und der Art der primären Forschungsergebnisse zum Screening auf postpartale Depressionen und postpartale Ängste und deren Behandlung durch Gesundheitsfachpersonen für Mütter und Kinder.	Literaturreview / Scoping-Review (qualitative und quantitative Studien inkludiert)	Studienwahl nach PICO  Methodologische Reflexion und Datenanalyse nach PRISMA.	22 Studien	Einschlusskriterien: Pflegefachpersonen und Hebammen in der Primärversorgung, in der Gemeinde oder in Kinderbetreuung	Ambulant
<b>Higgins et al.</b>	2017	Nicht explizit erläutert. Direkt abgeleitet: «Inwieweit behindern persönliche, organisatorische und strukturelle Faktoren die Betreuung von Frauen mit perinatalen psychischen Problemen?»	Quantitativ, deskriptiv	Anonyme Umfrage mit selbst erstelltem Fragebogen  Datenanalyse mit SPSS; deskriptive statistische Analyse, Kategorisierung, Inferenzstatistiken,	809	54.1% Hebammen 45.9% Pflegefachpersonen	Stationär und ambulant

#### 5.1.1 Vik et al. (2021)

Die Studie von Vik et al. (2021) zeigt die Erfahrung und die Meinung von Fachpersonen des Wochenbettes auf. Da der EPDS im Setting der befragten Personen bereits seit zehn Jahren routinemässig angewendet wird, stützen sich die Ergebnisse auf bestehende Einflussfaktoren. Entsprechend kann die Studie als sehr relevant für die Beantwortung der Fragestellung betrachtet werden. Die Studie untersucht zudem explizit die Erfahrungen mit dem EPDS.

#### 5.1.2 Langvik et al. (2020)

Langvik et al. (2020) haben ausschliesslich Pflegefachpersonen befragt. Diese sind in der ambulanten Wochenbettbetreuung tätig, was einen indirekten Bezug auf die Hebammenarbeit im Wochenbett ermöglicht. Auch diese Studie macht Aussagen zu den Erfahrungen mit der routinemässigen Anwendung des EPDS. Die Ergebnisse der Studie sind aufgrund dessen relevant für die Beantwortung der Fragestellung.

#### 5.1.3 Nagle und Farrelly (2018)

Die Studie zeigt die Perspektive der Wöchnerinnen auf. Dadurch werden Einflussfaktoren beleuchtet, die für die Anwendung des Fragebogens wichtig sind. Alle befragten Frauen haben den EPDS ausgefüllt. Die Befragung bezog sich nicht direkt auf den Fragebogen, sondern auf die Erfahrungen bezüglich der Berücksichtigung und Thematisierung ihrer psychischen Bedürfnisse und allfälliger Probleme. In Irland werden die Frauen nach der Geburt durch qualifizierte Pflegefachpersonen der öffentlichen Gesundheit im Wochenbett zu Hause betreut (Citizens Information Board, 2020). Die Studie liefert einen ergänzenden Blickwinkel und unterstützt dadurch die Beantwortung der Fragestellung.

#### 5.1.4 Arefadib et al. (2021)

Das Review von Arefadib et al. (2021) untersucht zusätzlich zu den Erfahrungen des Screenings auf postpartale Depressionen, jene auf postpartale Ängste. In vorliegender Arbeit werden allerdings Studien eingeschlossen, welche sich explizit auf die postpartalen Depressionen konzentrieren. Die Ergebnisse zum Screening können entsprechend direkt auf die Fragestellung der Bachelorarbeit übertragen werden. Zudem haben die Ergebnisse zu den Faktoren, welche den Umgang mit postpartalen Depressionen und Ängsten beschreiben, einen Einfluss auf das Screeningverhalten und somit eine Relevanz für die Bearbeitung der Fragestellung.

Als Einschlusskriterium wird angegeben, dass die Mehrheit der Stichprobe aus Fachpersonen, also Hebammen und Pflegefachpersonen, bestehen muss, was die Ergebnisse auf die Fragestellung und das Schweizer System übertragen lässt. Arefadib et al. (2021) schliessen den Einbezug von Studien zum ambulanten Wochenbettsetting ein, was hilfreich ist, Massnahmen für die freiberufliche Hebamme zu formulieren. Ein Ergebniskapitel behandelt explizit die Haltung gegenüber dem EPDS.

#### 5.1.5 Higgins et al. (2017)

Diese Studie hat keinen direkten Bezug zum Screening mit dem EPDS. Ihre Relevanz für die Beantwortung der Fragestellung wird dadurch begründet, dass sie verschiedene Einflussfaktoren auf ihre Bedeutung für die Fachpersonen in der Praxis prüft. Durch das quantitative Design ist die Population grösser als bei den anderen inkludierten Studien. Es werden Vergleiche zwischen den Ansichten von Hebammen und Pflegefachpersonen aufgezeigt, wobei diese aufgrund der unterschiedlichen Berufskompetenzen nur eine bedingte Relevanz für das Schweizer System haben und Rückschlüsse erschwert sind.

## 5.2 Gegenüberstellung der Studienergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der einzelnen Studien gegenübergestellt und diskutiert. Dabei werden aus der Datenanalyse (siehe Kapitel 2.4) generierten Hauptthemen aufgegriffen. Eine detailliertere Aufführung in Tabellenform ist dem Anhang F zu entnehmen.

### **Beziehungsaufbau, Vertrauen und Betreuungskontinuität**

Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen der Wöchnerin und der Fachperson wird als Voraussetzung für die Gespräche über die psychische Gesundheit angesehen (Vik et al., 2021). Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen auch Nagle und Farrelly (2018), Higgins et al. (2017) und Arefadib et al. (2021). Der Beziehungsaufbau zeigt sich erschwert bei Müttern, welche bereits negative Erfahrungen mit Kindes- oder Erwachsenenschutzbehörden gemacht haben (Vik et al., 2021). Higgins et al. (2017) und Arefadib et al. (2021) erkennen, dass eine fehlende oder unterbrochene Betreuungskontinuität die Beziehung zur Wöchnerin beeinflusst und dadurch die Offenlegung von Problemen erschwert wird. Higgins et al. (2017) weisen auf die Befürchtung von Fachpersonen hin, dass durch das Ansprechen von psychischer

Gesundheit die Beziehung zur Wöchnerin gestört wird. Arefadib et al. (2021) greifen auf, dass Gespräche als besonders förderlich für den Beziehungsaufbau und das Thematisieren von psychischen Problemen sind. Higgins et al. (2017) kommen zu ähnlichen Erkenntnissen. Eine fehlende Privatsphäre und die Anwesenheit Angehöriger hemmt die Hebamme, das Gespräch mit der Frau über die PPD zu suchen (Higgins et al., 2017).

### **Zeit und Arbeitsaufwand**

Die verfügbare Zeit hat massgeblichen Einfluss auf die Umsetzung eines Routinescreenings. Die Ergebnisse bezüglich der negativen Auswirkung von Zeitdruck, Zeitmangel und einer hohen Arbeitsbelastung auf die Erhebung von psychischen Problemen decken sich in allen untersuchten Studien. Darüber hinaus betonen Higgins et al. (2017) die Zeitknappheit im direkten Kontakt mit den Wöchnerinnen. Entsprechend fordern Arefadib et al. (2021), dass das Screening nicht zeitaufwändig sein darf. Um der Zeitknappheit entgegenzuwirken, empfehlen Vik et al. (2021) einen möglichst baldigen Termin anzubieten und Zeit für Notfalltermine einzuplanen.

Der beschriebene Zeitmangel wirkt sich laut den untersuchten Studien negativ auf den Beziehungsaufbau aus. Während die Bedeutung einer vertrauensvollen Beziehung hervorgehoben wird, weisen Higgins et al. (2017) darauf hin, dass die Voraussetzung einer guten Beziehung kritisch betrachtet werden soll. Es besteht die Gefahr, dass Zeitmangel und Unterbrechungen in der Betreuungskontinuität als Vorwand für das Umgehen von Gesprächen über psychische Gesundheit genutzt werden.

### **Dienste und Versorgungspfade**

Dem Vorhandensein und der Zugänglichkeit von Ressourcen im Sinne von Diensten und Versorgungspfaden kommt für die Handhabbarkeit des EPDS eine zentrale Rolle zu. Arefadib et al. (2021) sowie Higgins et al. (2017) stellen fest, dass fehlende perinatale psychische Gesundheitsdienste oder die Zuweisung dahin Hemmschwellen für die Thematisierung postpartaler Depressionen darstellen. Aufgrund schlechter Erfahrungen mit Überweisungen an Hausarztpraxen wünschen sich Fachpersonen die Möglichkeit, selbstständig an psychosoziale Dienste überweisen zu können (Arefadib et al., 2021). Fachpersonen und Mütter fürchten

eine rein medikamentöse Behandlung durch die Hausärzteschaft (Higgins et al., 2017). Eine zusätzliche Hürde zeigt sich in langen Wartezeiten für Termine bei spezialisierten Diensten und Therapeuten (Arefadib et al., 2021).

Eine niederschwellige und multidisziplinäre Zusammenarbeit wird als Voraussetzung für ein Routinescreening mit dem EPDS erkannt (Vik et al., 2021). Laut Arefadib et al. (2021) ist dabei auch die behördenübergreifende Zusammenarbeit unerlässlich, zum Beispiel mit Mütterberatungsstellen und Hausarztpraxen. Sowohl Higgins et al. (2017) wie auch Vik et al. (2021) halten den intradisziplinären Austausch für bedeutsam. Vik et al. (2021) zeigen positive Erfahrungen mit regelmässigen Gruppensupervisionen mit spezialisierten Fachpersonen auf und Arefadib et al. (2021) berichten vom positiven Einfluss einer monatlichen Beratung für Fachpersonen durch spezialisierte Dienste. Das Informieren über postpartale Depression wirkt sich positiv auf die Erkennung dieser aus (Arefadib et al., 2021). Darüber hinaus berichten Vik et al. (2021) von positiven Erfahrungen mit der Informationsabgabe bereits in der Schwangerschaft.

### **Einheitliche Arbeitsweise**

Eine einheitliche Arbeitsweise beeinflusst laut den untersuchten Studien die Handhabbarkeit des EPDS. Das Vorhandensein und die Einhaltung von Leitlinien führen zu einer effektiven und einheitlichen Screeningpraxis (Arefadib et al., 2021). Weiter führen Langvik et al. (2020) auf, dass das einheitliche Vorgehen anhand einer fest eingeplanten Umsetzungsstrategie dazu führt, dass Zeit für das Screening eingeplant wird und dieses systematisch und strukturiert erfolgt. In derselben Studie wird deutlich, dass Fachpersonen klare Erwartungen an ihre Rolle im Screeningprozess benötigen. Langvik et al. (2020) und Vik et al. (2021) vertreten die Ansicht, dass ein Fragebogen das Gespräch mit den Frauen über deren psychischen Zustand sowohl strukturiert wie auch erleichtert und über die Frage des Befindens hinausgeht.

### **Kenntnisse und Fähigkeiten der Fachpersonen**

Die Kenntnisse und Fähigkeiten der anwendenden Fachpersonen prägen die Handhabung des EPDS. Die Resultate von Arefadib et al. (2021) und Higgins et al. (2017) decken sich darin, dass beide einen ausgeprägten Mangel an Kenntnissen und Fähigkeiten zur perinatalen psychischen Gesundheit bei den Fachpersonen

erkennen. Des Weiteren führen sie auf, dass Fachpersonen befürchten, nicht über die erforderlichen Kompetenzen für das Screening und den Umgang mit PPD zu verfügen.

Vik et al. (2021) und Arefadib et al. (2021) zeigen auf, dass der Beziehungsaufbau durch Akzeptanz und Anerkennung von psychischen Problemen unterstützt wird. So fördert ein professioneller Umgang mit der Thematik die Handhabung perinataler psychischer Probleme.

Während die meisten Fachpersonen das Screening als integralen Bestandteil ihrer Rolle erachten, fehlt anderen das Verantwortungsbewusstsein im Umgang mit der PPD (Arefadib et al., 2021). Ähnlich wie Arefadib et al. (2021) erkennen Higgins et al. (2017), dass den Fachpersonen die Selbstsicherheit fehlt, professionell zu agieren. Ebenso haben Fachpersonen Angst, das Suizid- oder Infantizidrisiko durch das Thematisieren von PPD zu erhöhen (Higgins et al., 2017).

Obgleich viele Fachpersonen sich ausschliesslich auf ihr individuelles Urteil verlassen, werden dabei nicht alle betroffenen Frauen erkannt (Arefadib et al., 2021; Langvik et al., 2020; Vik et al., 2021). Im Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse von Arefadib et al. (2021), dass das Urteilsvermögen im Prozess der Implementierung berücksichtigt werden muss. Das klinische Urteil wird in den untersuchten Studien unterschiedlich bewertet. Langvik et al. (2020) schlagen in diesem Zusammenhang vor, sich nicht nur an den Cut-Off-Scores des EPDS zu orientieren, sondern die eigene Intuition bei der Bewertung einfließen zu lassen. Diese wird benötigt, um falsch-negative sowie falsch-positive Ergebnisse des EPDS zu erkennen (Arefadib et al., 2021; Langvik et al., 2020; Vik et al., 2021).

Das klinische Urteil wird unterschiedlich bewertet. Viele Fachpersonen verlassen sich ausschliesslich auf ihr individuelles Urteil (Arefadib et al., 2021). Dadurch werden allerdings nicht alle Betroffenen erkannt (Arefadib et al., 2021; Langvik et al., 2020; Vik et al., 2021). Gleichwohl anerkennen genannte Studien die Bedeutsamkeit der Intuition für das Screening. Arefadib et al. (2021) betonen, dass das Urteilsvermögen für den Implementierungsprozess bedeutsam ist. Langvik et al. (2020) schlagen vor, sich nicht einzig an den Cut-Off-Scores des EPDS zu orientieren. Auch Arefadib et al. (2021) und Vik et al. (2021) sind der Ansicht, dass das individuelle Urteil bei der

Bewertung des Screenings einbezogen werden soll, da diese für das Erkennen von falsch-negativen sowie falsch-positiven Ergebnisse des EPDS essenziell ist.

Arefadib et al. (2021), Higgins et al. (2017) und Vik et al. (2021) zeigen kongruente Ergebnisse bezüglich Unsicherheiten, unzureichendem Wissen und Fähigkeiten im Zusammenhang mit kulturellen Fragen auf. In den Studien werden verschiedene Schwierigkeiten mit dem EPDS erörtert. In gewissen Kulturen werden psychische Probleme über die somatische Ebene ausgedrückt. Diese werden durch den EPDS allerdings nicht erfasst (Vik et al., 2021). Die Frage im EPDS nach grundloser Angst oder Besorgnis scheint den sozioökonomischen Kontext gewisser Mütter zu übersehen, da diese ihre Sorgen als begründet ansehen (Arefadib et al., 2021). Im Umgang mit Multikulturalität sind Intuition und der Aufbau einer fürsorglichen Betreuung elementar, um die Stimmungen der Mütter zu interpretieren (Arefadib et al., 2021).

### **Aus- und Weiterbildung**

Aufgrund der Wissenslücken und der unzureichenden Fähigkeiten besteht dringende Notwendigkeit von Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen zum Screening und Management psychischer Gesundheit (Arefadib et al., 2021; Higgins et al., 2017). Fundamental sind dabei Inhalte zum Umgang mit kulturellen Unterschieden (Arefadib et al., 2021). Die Fachpersonen wünschen sich ebenfalls Schulungen zum Sicherheitsmanagement bei psychisch auffälligen Frauen (Arefadib et al., 2021).

### **Mütterliche Faktoren**

Den Ergebnissen von Langvik et al. (2020), Nagle und Farrelly (2018) und Vik et al. (2021) ist gemein, dass Faktoren wie Angst und Unsicherheit sich hemmend auf das Screening auswirken. Diese Faktoren sind mit Stigmatisierung, der Befürchtung eine schlechte Mutter zu sein sowie der Involvierung eines Sozialdienstes zu begründen. Übereinstimmend mit den Ergebnissen von Langvik et al. (2020), Nagle und Farrelly (2018) und Vik et al. (2021) wird die Angst vor Medikamenten und die Sorge hervorgehoben, eine Last für die Fachperson zu sein. Während gewisse Frauen die Durchführung des EPDS als pro forma wahrnehmen, sind andere erleichtert, Probleme auf einem Fragebogen ankreuzen zu können, statt sie offen an- oder auszusprechen (Nagle & Farrelly, 2018). Durch den EPDS werden automatisch Symptome der PPD angesprochen, wodurch die Hemmschwelle der Frau, über



eigene Gefühle zu sprechen, gesenkt wird, so Nagle und Farrelly (2018) und Vik et al. (2021).

Nagle und Farrelly (2018) betonen, dass die Wöchnerinnen nicht zu Therapien oder Angebote gedrängt werden wollen. Stattdessen möchten die Frauen über mögliche Angebote informiert sein. Die Überzeugung der Eltern, dass das Screening in der Verantwortung der Fachpersonen liegt, ist zentral für ihre Bereitschaft und Offenheit (Arefadib et al., 2021).

### 5.3 Beantwortung der Forschungsfrage

Die Fragestellung dieser Bachelorarbeit „Welche Einflussfaktoren wirken sich auf die Handhabbarkeit des Screenings auf postpartale Depressionen mit dem Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) durch Fachpersonen der Wochenbettbetreuung aus?“ kann anhand der im Kapitel 5.2 aufgeführten Einflussfaktoren beantwortet werden. Die Liste der ermittelten Einflussfaktoren kann nicht als abschliessend betrachtet werden. Ebenso können die Ergebnisse aufgrund der Individualität nicht auf alle Betroffenen übertragen werden.

Die identifizierten Einflussfaktoren können wie folgt zusammengefasst werden: Es besteht das Bedürfnis nach einer einheitlichen Vorgehensweise anhand von Leitlinien. Der Zeitmangel und die hohe Arbeitsbelastung wirken sich negativ auf das Screening und auf den Beziehungsaufbau zwischen der Wöchnerin und der Fachperson aus. Letzterer wird von zahlreichen Fachpersonen für das Thematisieren von psychischen Erkrankungen vorausgesetzt. Die Fachpersonen weisen einen Mangel an Wissen und Fähigkeiten zum Thema der psychischen Gesundheit im Puerperium auf. Dieser Mangel bezieht sich sowohl auf das Erkennen wie auch auf den Umgang mit PPD. Die Aus- und Weiterbildungsangebote werden als unzureichend angesehen. Eine gelungene interprofessionelle und intradisziplinäre Zusammenarbeit wirkt sich förderlich auf das Screeningverhalten aus. Nur wenn eine entsprechende Behandlung gewährleistet werden kann, lohnt sich das Screening. Deshalb werden der Bedarf an ausreichend spezialisierten Diensten und klare Versorgungspfade deutlich. Fachpersonen sehen das Screening von Frauen aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen als besonders herausfordernd an. Sie benötigen spezifische Weiterbildungsinhalte zur Erkennung und Betreuung von Müttern aus ethnischen Minderheitsgruppen mit PPD.

## 6 Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel werden mögliche Implikationen der ermittelten Ergebnisse in die Praxis eingeführt und diskutiert.

### 6.1 Theorie-Praxis-Transfer

Im Theorie-Praxis-Transfer werden anhand der Theorie (siehe Kapitel 3) und den ermittelten Einflussfaktoren (siehe Kapitel 4) mögliche Konsequenzen für die Handhabbarkeit des EPDS in der Praxis formuliert. Diese wirken sich auch auf die verschiedenen Rollen aus, welche die Hebamme im Sinne der Abschlusskompetenzen (Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen der Schweiz, 2021) innehat (siehe Kapitel 1.2).

Damit die Hebamme die psychische Gesundheit von Frauen und Familien wahren und sie in abweichenden Situationen entsprechend betreuen kann, sind politische und strukturelle Massnahmen nötig, welche das Erstellen von Leitlinien und somit ein einheitliches Vorgehen fördern. Die Hebamme tritt dabei als Expertin auf, indem sie durch das Screening und mit ihrem individuellen Urteil Hinweise auf eine PPD früh erkennt. In der Schweiz bestehen keine offiziellen Leitlinien zum Screening der postpartalen Depression, obwohl diese entsprechend der ermittelten Ergebnisse zu empfehlen sind. Bei der Erstellung von Leitlinien sollten die in dieser Arbeit identifizierten Einflussfaktoren und die in der Schweiz bestehenden Empfehlungen (siehe Kapitel 3.3) beachtet werden.

Für die Erfassung der PPD und der routinemässigen Anwendung eines einheitlichen Screeninginstrumentes bedarf es einer guten Einführung und guter Kenntnisse seitens der Hebamme in ihrer Rolle als Expertin. In den Studien wurde hier ein allgemeines Defizit festgestellt, daher sollte die Hebamme in ihrer Rolle als Lernende das entsprechende Wissen sowohl in der Grundausbildung erlernen als auch in Weiterbildungen fortlaufend erweitern. Folglich sollten die in der Schweiz vorhandenen Aus- und Weiterbildungsangeboten (siehe Kapitel 3.3) ausgebaut werden. Durch die Aus- und Weiterbildungen kann das Kompetenzgefühl sowie die Sicherheit gestärkt werden, welche für das Screening relevant sind. Im Rahmen der Schulungen sollte die Rolle und Verantwortung der Wochenbettbetreuung im Screening- und Betreuungsprozess von Wöchnerinnen aufgezeigt und zugleich die

Anwendung des EPDS praxisnah erlernt werden. Um Fachpersonen die Angst vor der Thematisierung zu nehmen, sollte ihnen nahegebracht werden, dass Probleme ohnehin bestehen und diese durch ein Screening nicht verstärkt, sondern erkennbar und dadurch im weiteren Verlauf behandelbar werden.

Es ist sinnvoll, eine Beziehung zur Frau aufzubauen, bevor man den EPDS durchführt. Dies impliziert, den EPDS nicht beim ersten Wochenbettbesuch durchzuführen. Für die Durchführung des Screenings und vor allem für das Auswertungsgespräch muss der Schutz der Privatsphäre gewahrt und die Umgebung entsprechend gestaltet werden. Das Ermöglichen eines Gesprächs unter vier Augen ist förderlich, um den Gesprächsfokus auf die Mutter zu lenken und exogene Störfaktoren zu minimieren. In diesem intimen Rahmen kann sich die Frau uneingeschränkt zu ihren Gefühlen äussern. Im Anschluss kann die Wahrnehmung der Angehörigen erfragt werden, da dies zur Einschätzung der Situation beitragen kann.

Eine Betreuungskontinuität, wie sie von Sayn-Wittgenstein (2007) im Sinne des Betreuungsbogens propagiert wird, sollte auch für das Screening auf PPD in der Schweiz weiter gefördert werden. Dies wird teilweise durch das Angebot freiberuflicher Hebammen sowie der Wochenbettbetreuung durch die gleiche Fachperson, welche unter Umständen sogar selbst gewählt wurde, bereits umgesetzt.

In keiner der untersuchten Studien wird der Zeitpunkt oder die Frequenz des Screenings als Einflussfaktor auf die Handhabbarkeit des EPDS genannt. Wie von Dorsch und Rohde (2016) empfohlen, wird auch in der Studie von Vik et al. (2021) der EPDS bei der sechswöchigen Abschlusskontrolle durchgeführt.

In den Studien wird die Bedeutung des Auswertungsgesprächs der EPDS-Ergebnisse deutlich, sodass ein begleitetes Screening zumindest ein Mal durchgeführt werden sollte. Wiederholungsscreenings im weiteren Verlauf können, der Empfehlung der Leiterin Geschäftsstelle des Vereins PPDCH (persönliche Kommunikation, 29. März 2022) entsprechend, selbständig durch die Wöchnerin durchgeführt werden.

Dem Zeitmangel kann die Hebamme in ihrer Rolle als Leaderin indirekt durch das Einplanen des Screenings und des Auswertungsgespräches entgegenwirken. So kann es nötig sein, einen separaten Besuch einzuplanen, um bei den Wochenbettbesuchen zusätzlichen Zeitdruck durch das Screening zu vermeiden. Durch das Screening und die Evaluation geschieht eine gezielte und strukturierte Auseinandersetzung mit möglichen Problemen (Langvik et al., 2020; Vik et al., 2021), was zeitsparend ist. Falls aufgrund von Zeitmangel den Bedürfnissen bzw. Problemen der Wöchnerin keine Rechenschaft getragen werden kann, sollten kurzfristige Termine innerhalb des gleichen Tages oder der folgenden Tage ermöglicht werden, wie von Vik et al. (2021) empfohlen.

Um eine Frau mit Anzeichen einer postpartalen Depression erkennen und optimal betreuen zu können, sollte die Hebamme in ihrer Expertinnenrolle die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten kennen. Der Verein PPDCH (2016) erkennt hier einen Ausbaubedarf der stationären und teil-stationären Mutter-Kind-Stationen. Die Hebamme sollte auch über die Überweisungswege zu den entsprechenden Diensten Bescheid wissen. Je nach Versicherungsmodell der Frau muss eine Überweisung an eine therapeutische Fachperson durch ärztliches Fachpersonal ausgestellt werden, um die Behandlungskosten zu decken. Die Hebamme kann eine Frau mit erhöhtem Unterstützungsbedarf deshalb nicht immer direkt an spezialisierte Dienste überweisen. Eine solche Möglichkeit der direkten Zusammenarbeit sollte für die Zukunft in Betracht gezogen und geprüft werden. So könnte die Hebamme in ihrer Rolle als Health Advocate bestmöglich für die Frau eintreten. Die Hebamme vertritt dabei die Interessen der Frau und der Familie und deren Recht auf psychische Gesundheit. Unterstützend wirkt das Angebot des Vereins PPDCH, bei welchem sowohl Fachpersonen wie auch Familien selbst bei der Vermittlung an Fachexpertinnen und Fachexperten geholfen wird. Das Wissen um die Angebote des Vereins PPDCH ist aktuell noch unzureichend, wobei sich die Profession der Hebammen und der Pflegefachpersonen als zunehmend informierter erweisen (persönliche Kommunikation, 29. März 2022).

Neben spezialisierten Diensten werden die involvierten Fachpersonen auch durch den intra- und interprofessionellen Austausch unterstützt. Dieser sollte in Institutionen durch Fallbesprechungen, *Inter-* oder *Supervisionen*, wie sie in der

Studie von Vik et al. (2021) aufgezeigt werden, aktiv gefördert werden. Die Hebamme hat in der Rolle als Teamworkerin eine wichtige vernetzende Aufgabe im Screeningprozess. Der Zusammenarbeit mit der Mütter-Väter-Beratung und ambulanten medizinischen Praxen sollte besondere Beachtung geschenkt werden, da die postpartale Depression sich nicht nur während der Wochenbettzeit manifestiert. Misstrauen gegenüber der Hausärzteschaft sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen bezüglich des Umgangs mit postpartalen Depressionen stellt eine Konfliktsituation dar, welche die Hebamme als Teamworkerin proaktiv angehen und lösen sollte.

In multikulturellen Settings und Betreuungen zeigen Fachpersonen oft Unsicherheiten. Die Symptome der PPD können sich je nach Kultur unterscheiden (Verein PPDCH, 2016). So werden psychische Problematiken zum Beispiel auch auf somatischer Ebene ausgedrückt, wobei körperliche Beschwerden durch den EPDS nicht erfragt werden (Vik et al., 2021). Dies beeinträchtigt die Handhabbarkeit des EPDS. Das Bewusstsein für mögliche Unterschiede sollte deshalb bei den Fachpersonen vorhanden sein. In einer Fortbildung der Prävention und Gesundheitsförderung Zürich erläutert die Psychologin F.F (persönliche Kommunikation, 10.12.2021), dass Cut-Off-Scores kultursensibel anzupassen sind. Das soziale Netzwerk der Frau ist in diesem Kontext elementar und sollte von der Hebamme als Leaderin einbezogen werden. Auch das Hinzuziehen von kulturellen Dolmetschern sollte unter Umständen in Betracht gezogen werden.

Der Beziehungsaufbau ist wichtig für die Offenheit gegenüber dem Screening. Durch eine *personenzentrierte Kommunikation* nach Carl Rogers (1942) kann dieser unterstützt werden. Insbesondere bei der Aufklärung rund um das Thema psychischer Störungen und beim Screening in der Praxis befindet sich die Hebamme in der Rolle der Kommunikatorin. Durch das Beherrschen der Kommunikationstechniken vermittelt sie Sicherheit und erfährt diese auch selbst. Dadurch kann es leichter fallen, schwierige Themen zu besprechen. Dies wirkt sich wiederum förderlich auf die Entstigmatisierung psychischer Probleme aus.

Die Hebamme ist nicht befugt, die Diagnose einer Depression zu stellen, kann aber in ihrer Rolle als Expertin mittels Screening mit dem EPDS Hinweise darauf erkennen. Anhand der Ergebnisse wird klar, dass sich die Fachpersonen klare

Handlungsanweisungen für entsprechende Cut-Off-Scores wünschen. Solche statischen Vorgaben beachten allerdings nicht die Individualität jeder Wöchnerin und geben keinen Raum für die individuelle Bewertung der EPDS-Ergebnisse durch die Fachperson. Diese sollte allerdings in den Screeningprozess einbezogen werden. Für ein optimales Screening sollen der EPDS und das individuelle Urteil kombiniert werden, damit geeignete Massnahmen abgeleitet werden können. Die Fachperson sollte Überweisungsindikationen kennen. Um die Dringlichkeit von Interventionen abschätzen zu können, sollten Fachpersonen die Grundlagen zur Einschätzung der Suizidalität und des Infantizidrisikos beherrschen. Der Verein PPDCH (2016) stellt hierzu eine Frageliste zur Verfügung, wann fachliche Hilfe einbezogen werden sollte.

In der Rolle als Expertin und Kommunikatorin kann die Hebamme durch die Informationsabgabe die Wöchnerin und deren Familie in deren Autonomie stärken. Indem die Frau den EPDS ausfüllt, setzt sie sich mit möglichen Herausforderungen auseinander und psychische Probleme werden automatisch thematisiert. Dadurch kann die Frau selbstbestimmter agieren. Das Betonen des Screenings als Routinemassnahme fördert die *Compliance* der Wöchnerinnen. Es ist wichtig, stets den Unterstützungsaspekt des Screenings hervorzuheben und die Mütter auch über die Auswirkung der PPD auf das Kind zu informieren. Wöchnerinnen, welche sich vor Stigmatisierung, der Einschaltung einer Behörde oder dem Kindesentzug fürchten, sollten durch die Fachpersonen ernst genommen und informiert werden. Dies gilt auch für die mögliche Ansicht, dass das Screening nur pro forma durchgeführt wird. Die Frauen sollten zu nichts gedrängt werden. Trotzdem soll sich die Fachperson ihrer Verantwortung in Bezug auf den Schutz von Mutter und Kind und ihrer Rolle als Health Advocate stets bewusst sein. Dafür sollte ein *salutogenetischer Ansatz* nach Aaron Antonovsky verfolgt und die Prinzipien der *Shared decision making* und der *Informed choice* eingehalten werden.

## 6.2 Limitationen

Das Thema der vorliegenden Bachelorarbeit ist relevant für die Praxis, da es den Grundstein für die spätere Implementierung einer Routinehandlung setzen könnte. Eine Stärke der Arbeit liegt in den übereinstimmenden Ergebnissen der einbezogenen Studien, was für eine Datensättigung, soweit der Rahmen dieser Arbeit dies erlaubt, spricht. Die Literaturanalyse fand in mehreren Datenbanken statt,

wodurch ein breites Forschungsgebiet abgedeckt werden konnte. Die Datensuche anhand gleicher Keywords in allen Datenbanken unterstreicht die Konsistenz des Suchprozesses. Die verwendeten Studien sind maximal fünf Jahre alt, sodass sie den aktuellen Forschungsstand widerspiegeln.

Die Hauptstudien für diese Arbeit stammen aus unterschiedlichen Ländern, sodass Rückschlüsse für die Schweiz nur limitiert möglich sind.

Der Einbezug von drei qualitativen Studien ermöglichte eine für die Beantwortung der Fragestellung elementare Einsicht in die Erfahrungen und Ansichten der untersuchten Population. Die qualitativen Studien wiesen alle die tiefste Evidenzstufe nach DiCenso et al. (2009) auf. Dies wirkt sich limitierend auf die Ergebnisse dieser Arbeit aus. Das Literaturreview von Arefadib et al. (2021) wird der dritthöchsten Evidenzstufe zugeordnet und liefert bereits einen Vergleich verschiedener Einflussfaktoren. Die Studie von Higgins et al. (2017) hat keinen direkten Bezug zum EPDS, jedoch zum Screening auf PPD allgemein. Sie erfüllt damit grundsätzlich die Einschlusskriterien nicht. Da sie es durch ihr Studiendesign ermöglicht, eine Bewertung von Einflussfaktoren vorzunehmen und diese sich mehrheitlich mit jenen aus den anderen Studien decken, wurde sie dennoch einbezogen. Eine weitere quantitative Studie zu den behandelten Einflussfaktoren hätte zur Vergleichbarkeit und daraus resultierend für eine höhere Aussagekraft der Ergebnisse dieser Arbeit von Nutzen sein können.

Eine Eingrenzung auf ein ambulantes oder stationäres Setting hätte spezifischere Ergebnisse liefern können. In zahlreichen ermittelten Studien war das Setting allerdings unbekannt, sodass das Setting nicht in die Ein- und Ausschlusskriterien einbezogen wurde.

Die Studienpopulationen der verwendeten Studien umfasste die Profession der Hebamme und der Pflegefachperson. Dies ist prinzipiell sinnvoll, weil beide Professionen in der stationären und ambulanten Wochenbettbetreuung tätig sind. Da nicht auszuschliessen ist, dass diese Berufsgruppen einen unterschiedlichen Wissensstand bezüglich der psychischen Gesundheit aufweisen, ist ein expliziter Rückschluss auf die Hebammenprofession nur bedingt möglich. Zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit sind auch die Erfahrungen von Fachpersonen der

Gynäkologie und der frühen Kindheit von grosser Bedeutung. Da diese Professionen nicht in den untersuchten Studien inkludiert sind, wird darin eine Limitation erkannt.

Trotz weitreichender Recherche ist nicht auszuschliessen, dass weitere Einflussfaktoren oder kontroverse Ergebnisse zu finden sind, wodurch die Aussagekraft aufgrund des Umfangs dieser Arbeit limitiert ist.

### 6.3 Ausblick

Eine schweizweite Leitlinie zum Screening von Depressionen in der Schwangerschaft und im Wochenbett ist wünschenswert. Für ihre Erstellung wird allerdings weitere Forschung im Rahmen der Umsetzbarkeit eines solchen Routinescreenings und der Abwägung des Nutzens eines solchen benötigt.

Weitere Forschung wird benötigt, um den optimalen Zeitpunkt des Screenings, die Screeningfrequenz sowie die Beteiligung oder Rolle der Fachperson zu untersuchen. In den Studien wird die Wichtigkeit des Auswertungsgesprächs des EPDS betont, woraus sich die Empfehlung zu einem durch die Fachperson geführten Screening, ableiten lässt. Der Einfluss durch die Beteiligung der Fachperson am Screeningprozess wird in den Studien allerdings nicht genau untersucht. Da sich das Vorgehen in den untersuchten Studien von den Empfehlungen des Vereins PPDCH (o. D.) (siehe Kapitel 3.2.4) zu einem selbstständigen Screening durch die Wöchnerin unterscheidet, sollte dazu weiter geforscht werden. Eine Unterscheidung von einem einmaligen Screening zu regelmässigen Wiederholungsscreenings ist dabei zu beachten. Forschungen sollten zusätzlich den antenatalen Zeitraum einbeziehen, sodass Empfehlungen sich auf den gesamten Perinatalzeitraum beziehen können. Wie aus der Arbeit hervorgeht, sind kulturelle Unterschiede für Fachpersonen herausfordernd. Daher sollte künftig geklärt werden, ob und wie der EPDS und die Cut-Off-Scores den Kulturen angepasst werden können. Um Aus- und Weiterbildungsangebote ausbauen zu können, sollte der Wissenstand der Fachpersonen in der Schweiz erfasst werden. Zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit sollten die Bedürfnisse der verschiedenen Berufsgruppen (wie Gynäkologinnen und Gynäkologen und Fachpersonen der frühen Kindheit) evaluiert werden, um in einem späteren Schritt spezifische Schulungsangebote zu generieren.



## 6.4 Fazit

Die PPD gefährdet die psychische und physische Gesundheit von Mutter und Kind. Für das Management der PPD ist die Früherkennung unabdingbar. Der EPDS ist ein valides Screeninginstrument für PPD, welches routinemässig eingesetzt werden sollte. Die Einführung von nationalen Leitlinien und einem einheitlichen Routinescreening werden deshalb aufgrund der vorliegenden Evidenzen empfohlen. Für das Erstellen von solchen, sollten die in dieser Arbeit ermittelten Einflussfaktoren auf die Handhabbarkeit des EPDS einbezogen werden. Bei diesen handelt es sich um Beziehungsaufbau und Vertrauen, Zeitmangel, Arbeitsaufwand und Betreuungskontinuität, Dienste und Versorgungspfade, einheitliche Vorgehensweise, Kenntnisse und Fähigkeiten der Fachpersonen, Schulung der Fachpersonen und verschiedene maternale Faktoren.

Die Fachpersonen weisen einen Mangel an Wissen und Fähigkeiten zum Thema der psychischen Gesundheit im Puerperium auf. Dieser bezieht sich sowohl auf das Erkennen wie auch auf den Umgang mit PPD. Es besteht deshalb dringender Bedarf an Aus- und Weiterbildungen für die Fachpersonen der Wochenbettbetreuung, wie auch der Gynäkologie, der frühen Kindheit und der Hausärzteschaft. Diese arbeiten in der Betreuung von Müttern mit einer PPD interprofessionell zusammen und müssen einander vertrauen. Im Screeningprozess sollte möglichst ein kombinierter Ansatz mit einem evidenzbasierten Screeninginstrument wie dem EPDS und der individuellen Einschätzung durch ein obligatorisches Auswertungsgespräch zum Fragebogen verfolgt werden. Zudem macht das Screening nur Sinn, wenn auch entsprechende Unterstützungsangebote gewährleistet sind. Der Zugang zu unterstützenden Diensten muss sowohl gesundheitspolitisch wie auch auf der individuellen Ebene der Fachpersonen gefördert werden. Der Zeitpunkt und die Frequenz des Screenings sollten die Arbeitsbelastung und den Zeitdruck der Fachpersonen berücksichtigen und den Beziehungsaufbau gewährleisten. Essenziell dafür ist die Betreuungskontinuität. Zum Screening von Frauen mit unterschiedlichen kulturellen und sozialen Hintergründen wird weitere Forschung benötigt.

Um auf individueller Ebene viel bewegen zu können, sollte hingeschaut, hingehört und nachgefragt werden!

**– Let's screen for postnatal depression! –**

## Literaturverzeichnis

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2018). *Screening for Perinatal Depression*. Committee Opinion. Number 757. Abgerufen am 28. März 2022 von <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/11/screening-for-perinatal-depression>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2015). *Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie. 2. Auflage, Version 5. Abgerufen am 28. März 2022 von [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-005l\\_S3\\_Unipolare\\_Depression\\_2017-05\\_abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05_abgelaufen.pdf). Abgelaufen
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2018). *S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge*. 2. Auflage. Abgerufen am 28. März 2022 von [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/057-008l\\_S3\\_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge\\_2019-06.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/057-008l_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2019-06.pdf)
- Arefadib, N., Cooklin, A., Nicholson, J. & Shafiei, T. (2021). *Postnatal depression and anxiety screening and management by maternal and child health nurses in community settings: A scoping review*. *Midwifery*, 100, 103039. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103039>
- Australian Government of Health. (2017). *Screening for depressive and anxiety disorders*. Pregnancy Care Guidelines. Abgerufen am 28. März 2022 von <https://www.health.gov.au/resources/pregnancy-care-guidelines/part-e-social-and-emotional-screening/screening-for-depressive-and-anxiety-disorders>
- Bergant, A. M., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer, H. & Dapunt, O. (1998). *German language version and validation of the Edinburgh postnatal depression scale*. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 123(3), 35-40.
- Berner Fachhochschule. (o. D.) *Weiterbildung Geburtshilfe*. Abgerufen am 24. Februar 2022 von <https://www.hebamme.ch/bildung/fort-weiterbildung-shv/>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Brockhaus-Dumke, A. & Dorsch, V. (2019). *Unerwartete seelische Probleme statt Glück mit dem Baby*. *Gynäkologie und Geburtshilfe*, 24(6), 35–43.  
<https://doi.org/10.1007/s15013-019-2308-6>
- Brooke, L., Zelalem, N., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs, B.D. (2020). *Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data*. *BMJ*, m4022.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>
- Citizens Information Board. (2020, 4. Dezember). *Citizens Information*. Abgerufen am 19. März 2022 von [https://www.citizensinformation.ie/en/birth\\_family\\_relationships/after\\_your\\_baby\\_is\\_born/maternity\\_care\\_and\\_public\\_health\\_nurse.html](https://www.citizensinformation.ie/en/birth_family_relationships/after_your_baby_is_born/maternity_care_and_public_health_nurse.html).
- Cox, J. & Holden, J. (2003). *Perinatal mental health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. Royal College of Psychiatrists.
- Cox, J., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). *Detection of Postnatal Depression*. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). (2018). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Systematic Review*. Heruntergeladen am 13. September 2022 von [https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018\\_fillable-form.pdf](https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018_fillable-form.pdf)
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). *Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model*. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101.  
<https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Dorsch, V. & Rohde, A. (2016). *Postpartale psychische Störungen – Update 2016*. *Frauenheilkunde up2date*, 10(04), 355–374.  
<https://doi.org/10.1055/s-0042-112631>
- Dudenhausen, J. W., Obladen, M. & Grab, D. (2018). *Das pathologische Wochenbett*. *Praktische Geburtshilfe* (22. Aufl., S. 546-549). De Gruyter.

- Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen der Schweiz. (2021).  
*Professionsspezifische Kompetenzen* [Broschüre]. FKG-CSS. Heruntergeladen  
am 13. Januar 2022 von  
[https://fkg-css.ch/wp-content/uploads/2021/11/Competences-professions-de-la-sante\\_D\\_21.09.03.pdf](https://fkg-css.ch/wp-content/uploads/2021/11/Competences-professions-de-la-sante_D_21.09.03.pdf)
- Field, T. (2010). *Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review*. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1–6.  
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Flick, U. (2020). *Gütekriterien qualitativer Forschung*. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Springer, Wiesbaden.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9\\_30](https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9_30)
- Geist, C., & Bauer, N.H. (2020). *Betreuung und Visite im Wochenbett*. In: Stiefel, A., Brendel, K. & Bauer, N. (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6. Aufl., S. 792). Thieme.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt. (2012). *Postpartale Depression*. Medizinische Dienste des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt. Abgerufen am 8. September 2021, von  
<https://www.gesundheit.bs.ch/gesundheitsfoerderung/sexualitaet-schwangerschaft/eltern/postpartale-depression.html>
- Gesundheitsdirektion Norwegen. (2009, Mai). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet Oslo. Abgerufen am 12. März 2022, von [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20-%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/\\_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20-%20](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20-%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20-%20)

%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling  
%20%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf

Gesundheitsförderung Schweiz. (2021, September). Die psychische Gesundheit von werdenden Eltern unterstützen [Broschüre]. Heruntergeladen am 10. Januar 2022 von [https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/empfehlungen/kinder-und-jugendliche/Broschuere\\_GFCH\\_2021\\_08\\_-](https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/empfehlungen/kinder-und-jugendliche/Broschuere_GFCH_2021_08_-)

[\\_Die\\_psychische\\_Gesundheit\\_von\\_Eltern\\_unterstuetzen.pdf](#)

Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J. & Gray, R. (2009). A *systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(5), 350–364. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x>

Graf, S. & Hurni, A. (2014). *Empfehlungen für die Betreuung im frühen und späten Wochenbett*. Schweizerischer Hebammenverband. Sektion Bern.

Heruntergeladen am 19. März 2022 von [https://www.ostschweizer-hebammen.ch/wp-content/uploads/2016/02/14Empfehlungen\\_Wochenbett\\_Ostschweiz2.pdf](https://www.ostschweizer-hebammen.ch/wp-content/uploads/2016/02/14Empfehlungen_Wochenbett_Ostschweiz2.pdf)

Heck, A. (2017, Januar). *Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit- so viel wie nötig, so wenig wie möglich* [Vorlesungsfolien]. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.

<https://www.pukzh.ch/default/assets/File/Vortrag%20Heck.pdf>

Higgins, A., Downes, C., Monahan, M., Gill, A., Lamb, S. A. & Carroll, M. (2017). *Barriers to midwives and nurses addressing mental health issues with women during the perinatal period: The Mind Mothers study*. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9–10), 1872–1883.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14252>

Hoff, C. & Hoff, P. (2005). *Schwangerschaft, Postpartalzeit und seelische Störungen*. In Rath, W. & Friese, K. (Hrsg.), *Erkrankungen in der Schwangerschaft* (1. Aufl., S. 346–355). Thieme.

Hornstein, C. & Trautmann-Villalba, P. (2010). *Postpartale psychische Erkrankungen und die Folgen für das Kindeswohl*. In: Leyendecker, C. (Hrsg.), *Gefährdete*

- Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern. (1. Aufl., S: 63-71). Stuttgart: Kohlhammer
- Kersting, A. (2008). *Mutter-Kind-Bindungsstörung bei postpartaler Depression*. *Psychotherapeut*, 53(3), 213–215.  
<https://doi.org/10.1007/s00278-008-0609-7>
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T. E., Taylor, A., Pawlby, S. J. & Caspi, A. (2005). *Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects*. *Archives of general psychiatry*, 62(2), 173–181.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.2.173>
- Langvik, E., Håberg, C. H. & Storholt, H. H. (2020). *Routine screening for postpartum depression puts mental health on the agenda*. *Sykepleien Forskning*, 81060, e-81060.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2020.81060>
- Lauener Knüppel, S., Schnepf, W., Imhof, L. (2014). *Screening für Postnatale Depressionen in der ambulanten Versorgung*. *Pflegewissenschaft*, 12, 676–684.  
<https://doi.org/10.3936/1277>
- Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Guidelines for Critical Review of Qualitative Studies*. Heruntergeladen am 13. September 2022 von  
[https://medfac.tbzmed.ac.ir/Uploads/3/cms/user/File/10/Pezeshki\\_Ejtemaei/conference/dav.pdf](https://medfac.tbzmed.ac.ir/Uploads/3/cms/user/File/10/Pezeshki_Ejtemaei/conference/dav.pdf)
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies*. Heruntergeladen am 13. September 2021 von  
[https://www.unisa.edu.au/contentassets/72bf75606a2b4abcaf7f17404af374ad/7b-mcmasters\\_qualreview\\_version2-01.pdf](https://www.unisa.edu.au/contentassets/72bf75606a2b4abcaf7f17404af374ad/7b-mcmasters_qualreview_version2-01.pdf) am 17.09.2021
- Mändle, C. (2014). *Physiologie des Wochenbetts*. In: Mändle, C. & Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.), *Das Hebammenbuch - Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe*. (6. Aufl., S.: 538 - 543). Schattauer.

- Nagle, U. & Farrelly, M. (2018). *Women's views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period*. *Midwifery*, 66, 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.015>
- Nationale Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. Clinical guideline. Abgerufen am 28. März 2022 von <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>
- O'Hara, M. W. (1987). *Post-partum 'blues,' depression, and psychosis: A review*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 7(3), 205–227. <https://doi.org/10.3109/01674828709040280>
- Ochsenbein-Kölbe, N. (2016). *Wochenbett*. In: Schneider, H., Husslein, P., & Schneider K.T.M. (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (5. Aufl., S. 1077). Springer.
- Rahman, A., Iqbal, Z., Bunn, J., Lovel, H. & Harrington, R. (2004). *Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study*. *Archives of general psychiatry*, 61(9), 946–952. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.9.946>
- Regen, F. & Benkert, O. (2020). *Postpartale Depression (Wochenbettdepression)*. In: Benkert, O. & Hippus, H. (Hrsg.), *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie* (12. Aufl., S. 90). Springer.
- Reulbach, U., Bleich, S., Knörr, J., Burger, P., Fasching, P.A., Kornhuber, J. & Beckmann, M.W. (2009). *Prä-, peri- und postpartale Depressivität. Implikationen für die klinische Praxis. Erkenntnisse aus FRAMES (Franconian Maternal Health Evaluation Studies)*. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 69(09). <https://doi.org/10.1055/s-0029-1238948>
- Riecher-Rössler, A. (2012). *Depressionen in der Postpartalzeit*. In: Riecher-Rössler, A. (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und Stillzeit*. (1. Aufl., S. 52–60). Karger. <https://doi.org/10.1159/000332896>.
- Sayn-Wittgenstein, F. (2007). *Geburtshilfe neu denken*. (1. Aufl.). Hans Huber.
- Schönbernen, P. (2020). *Psychische Krise und Erkrankungen in der Postpartalzeit*. In: Stiefel, A., Brendel, K. & Bauer, N. (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für*

- Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf (6. Aufl., S. 929 – 943).  
Thieme.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (2022).  
*Freiberuflich werden*. Abgerufen am 19. März 2022 von  
<https://www.sbk.ch/dienstleistungen-sbk/freiberufliche-pflege/freiberuflich-werden>
- Schweizerischer Hebammenverband. (2007, 5. Dezember). *Berufsdefinition  
Hebamme*. Heruntergeladen am 4. April 2022 von [https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2018/06/01\\_Berufsdefinition-der-Hebamme-d.pdf](https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2018/06/01_Berufsdefinition-der-Hebamme-d.pdf)
- Schweizerischer Hebammenverband. (o. D.) *Fort- und Weiterbildung SHV*.  
Abgerufen am 25. Februar. 2022 von <https://www.hebamme.ch/bildung/fort-weiterbildung-shv/>
- Schweizerischer Hebammenverband. (o. D.). *Dienstleistungen*. Abgerufen am  
19.03.2022 von <https://www.hebammensuche.ch/dienstleistungen/>
- Schweizerisches Rotes Kreuz Zürich. (o. D.). *Kinderbetreuung zu Hause*.  
Schweizerisches Rotes Kreuz Zürich. Abgerufen am 23. März 2022, von  
<https://www.srk-zuerich.ch/damit-im-notfall-die-kinder-betreut-sind>
- Schwenger-Fink, C. (2017). *Elternschaft & Psyche*. In: K. Bütke, K. & C. Schwenger-Fink, C. (Hrsg.). *Evidenzbasierte Wochenbettpflege: Eine Arbeitshilfe für Hebammen im Praxisalltag*. (1. Aufl., S. 153–167). W. Kohlhammer GmbH.
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S. & Chong, Y. S. (2018). *Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235–248.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
- Sit, D. K. Y. & Wiesner, K. L. (2009). *Identification of Postpartum Depression*. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 52(3), 456–468.  
<https://doi.org/10.1097/grf.0b013e3181b5a57c>
- Spital Thurgau AG. (o. D.). *Ambulante Wochenbettbetreuung bei Ihnen zu Hause*.  
Abgerufen am 19. März 2022 von <https://www.stgag.ch/fachbereiche/kliniken->



fuer-gynaekologie-geburtshilfe/gynaekologie-geburtshilfe-in-frauenfeld/wochenbett/ambulantes-wochenbett/

- Torres, F. (2020). *What Is Postpartum Depression?* The American Psychiatric Association (APA). Abgerufen am 10.03.2020 von: <https://www.psychiatry.org/patients-families/postpartum-depression/what-is-postpartum-depression>
- Uhl, B. (2018). *Postpartale psychische Erkrankungen*. In: Uhl, B. (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe compact: Alles für Station, Praxis und Facharztprüfung*. (6. Aufl., S. 365–367). Thieme.
- Verein Postpartale Depression Schweiz. (2016, 06. Mai.). *Häufige Fragen/FAQ*. Abgerufen am 28. März 2022 von <https://postpartale-depression.ch/de/haeufige-fragen-faq.html>
- Verein Postpartale Depression Schweiz. (2016, 16. März). *Medikamente*. Abgerufen am 28. März 2022 von <https://postpartale-depression.ch/de/hilfe/fachhilfe/medikamente.html>
- Verein Postpartale Depression Schweiz. (2016, 16. März). *Ursachen*. Abgerufen am 28. März 2022 von <https://postpartale-depression.ch/de/informationen/ursachen.html>
- Verein Postpartale Depression Schweiz. (2016, 18. März). *Wann braucht es fachliche Hilfe?* Abgerufen am 28. März 2022 von <https://postpartale-depression.ch/de/hilfe/fachhilfe/wann-braucht-es-fachliche-hilfe.html>
- Verein Postpartale Depression Schweiz. (2016, 26. Februar). *Symptome der Postpartalen Depression*. Abgerufen am 28. März 2022 von <https://postpartale-depression.ch/de/informationen/symptome/postpartale-depression.html>
- Verein Postpartale Depression Schweiz. (2016, 26. März). *Ziele und Tätigkeiten*. Abgerufen am 28. März 2022 von <https://postpartale-depression.ch/de/ueberuns/ziele-und-taetigkeiten.html>
- Verein Postpartale Depression Schweiz. (2016, 29. April). *Hilfe*. Abgerufen am 28. März 2022 von <https://postpartale-depression.ch/de/hilfe.html>
- Verein Postpartale Depression Schweiz. (2018, 09. Juni.). *Patenschaft*. Abgerufen am 28. März 2022 von <https://postpartale-depression.ch/de/component/zoo/item/patenschaft.html>

- Verein Postpartale Depression Schweiz. (2022, 01. März). *Anmeldung Online Fortbildung*. Abgerufen am 28. März 2022 von <https://postpartale-depression.ch/de/informationen/online-fortbildung.html>
- Verein Postpartale Depression Schweiz. (o. D.). *Postpartale Depression – Selbsttest*. Abgerufen am 28.03.2022 von <https://postpartale-depression.ch/de/selbsttest.html>
- Vik, K., Aass, I. M., Willumsen, A. B. & Hafting, M. (2021). *Experiences with the routine use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale from health visitors' and midwives' perspectives – An exploratory qualitative study*. *Midwifery*, 100, 103017.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103017>
- Wendt, A. & Rohde, A. (2004). *Rechtzeitige Erkennung postpartaler Depressionen in der gynäkologischen Praxis*. In: Wollmann-Wohlleben, V., Knieling, J., Nagel-Brotzler, A., Wollmann- Wohlleben, V. & Nagel- Brotzler, A. (Hrsg.), *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe* (1. Aufl., S. 295 - 301). Giessen
- Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J. & Browner, W. S. (1997). *Case-finding instruments for depression*. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439–445. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. Abgerufen am 24. Februar 2022 von <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f1124422593>
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. (o. D.) *Weiterbildung Hebammen*. Abgerufen am 24. Februar 2022 von <https://www.hebamme.ch/bildung/fort-weiterbildung-shv/>
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. (2015). *Leitfaden sprachliche Gleichbehandlung von Frau und Mann*. Stabstelle Diversity. Heruntergeladen am 23. Januar 2022 von: <https://www.zhaw.ch/storage/linguistik/forschung/barrierefreie-kommunikation/about/sprachleitfaden-gender-zhaw-neu.pdf>

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1</b> Schlüsselwörter, Keywords und Synonyme für Literaturrecherche, eigene Darstellung (2022) .....	10
<b>Tabelle 2</b> Ausgewählte Hauptstudien, eigene Darstellung (2022).....	11
<b>Tabelle 3</b> Einschlusskriterien, eigene Darstellung (2022) .....	12
<b>Tabelle 4</b> Charakteristika der postpartalen Stimmungsstörungen, eigene Darstellung (2022) in Anlehnung an Riecher-Rössler (2012) .....	16
<b>Tabelle 5</b> Beispiel Frage und Antwortmöglichkeiten sowie die entsprechende Bewertung, eigene Darstellung (2022) in Anlehnung an Bergant et al. (1998).....	18
<b>Tabelle 6</b> Eckdaten zur Studie von Vik et al. (2021), eigene Darstellung (2022) .....	22
<b>Tabelle 7</b> Eckdaten zur Studie von Langvik et al. (2020), eigene Darstellung (2022) .....	25
<b>Tabelle 8</b> Eckdaten zur Studie von Nagle und Farrelly (2018), eigene Darstellung (2022) .....	28
<b>Tabelle 9</b> Eckdaten zur Studie von Arefadib et al. (2021), eigene Darstellung (2022) .....	31
<b>Tabelle 10</b> Eckdaten zur Studie von Higgins et al. (2017), eigene Darstellung (2022) .....	36
<b>Tabelle 11</b> Übersicht Studien, eigene Darstellung (2022).....	40

## Abbildungsverzeichnis

**Abbildung 1** Ergebnisse der thematischen Analyse, eigene Darstellung (2022).... 13

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
<b>ACOG</b>	American College of Obstetricians and Gynecologists
<b>AFP</b>	American Family Physician
<b>APA</b>	American Psychiatric Association
<b>AWMF</b>	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
<b>BDI</b>	Beck Depression Inventory
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>GHQ</b>	General Health Questionnaire
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases
<b>NICE</b>	National Institute for Health and Clinical Excellence
<b>PHQ</b>	Patient Health Questionnaire
<b>PNA</b>	Perinatale Angst
<b>PND</b>	Perinatale Depression
<b>PPD</b>	Postpartale Depression
<b>SAD</b>	State of Anxiety and Depression
<b>SGGG</b>	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
<b>SHV</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Verein PPDCH</b>	Verein Postpartale Depression Schweiz
<b>WHO</b>	World Health Organisation
<b>ZHAW</b>	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

## Wortzahl

Wortzahl Abstract (exkl. Keyword): 192 Wörter

Wortzahl Bachelorarbeit: 11462 Wörter

## Danksagung

Wir bedanken uns für die Betreuung unserer Bachelorarbeit und für die konstruktiven Rückmeldungen sowie ermutigenden Worte bei unserer Betreuungsperson Katrin Oberndörfer.

Ein spezieller Dank gilt der Leiterin Geschäftsstelle Verein Postpartale Depression Schweiz. Mit ihrer berührenden Geschichte hat sie unser Engagement für dieses Thema gestärkt und die notwendige Kraft für die Arbeit gegeben.

Ein besonderer Dank gilt auch unseren Familien, Freunden und Freundinnen für die Unterstützung und die aufmunternden Worte während des gesamten Schreibprozesses der Bachelorarbeit.

## Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Winterthur, 06.05.2022

Winterthur, 06.05.2022

Francesca Agresta

Rahel Rappoport



## Anhang

### Anhang A: Glossar

<b>Begriff</b>	<b>Definition</b>
<b>Affekte</b>	Vorübergehende Stimmungsschwankungen
<b>Anamnese</b>	Krankengeschichte
<b>Antenatal</b>	Zeitraum vor der Geburt
<b>Beck Depression Inventory</b>	Ein psychologisches Testverfahren, das die Schwere depressiver Symptomatiken erfasst. Dabei wird nicht die Depression, sondern einzig der Schweregrad erfasst.
<b>Compliance</b>	Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Massnahmen, ausgehend von den Betroffenen.
<b>Cut-Off-Score</b>	Eine zu erreichende Punktzahl in einem Test oder einem Fragebogen
<b>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</b>	Der DSM ist ein Klassifikationssystem für psychische Störungen und wird seit 1952 von der amerikanischen Psychiater-Vereinigung (APA) erstellt. Im Moment ist der DSM V in Anwendung.
<b>General Health Questionnaire</b>	Ein Screeninginstrument zur Feststellung psychiatrischer Störungen. Der Fragebogen besteht aus 12, 28, 30 oder 60 Fragen (je nach Version) und kann mit einer vierstufigen Likert Skala beantwortet werden.
<b>Infantizid</b>	Kindesmord, den Tod des Kindes herbeirufen
<b>Infant Handling</b>	Kinästhetik des Kindes. Durch Handlungen wird dem Neugeborenen die Wahrnehmung des eigenen Körpers und der Umwelt vereinfacht.
<b>Intervision</b>	Kollegiale Beratung in psychosozialen Berufen. Hauptfokus liegt im Austausch und der Reflexion schwieriger Situationen.
<b>Perinatal</b>	Zeitraum kurz vor, während oder nach der Geburt.

<b>Personenzentrierte Gesprächsführung</b>	Modell in der Kommunikation. Der Mensch und eine positive Wertschätzung und Achtung stehen im Mittelpunkt. Jeder Mensch ist dazu fähig, die eigenen Probleme selbstständig zu lösen und Fachpersonen dienen als Wegweisende in diesem Prozess.
<b>Patient Health Questionnaire</b>	ein Instrument der psychologischen Diagnostik. Er dient als Testverfahren zur Erfassung des Schweregrades von psychischen Störungen und des Behandlungserfolges. Der PHQ-9 Fragebogen dient zur Erfassung der Depressivität mit 9 Fragen. Er dient einerseits dem Screening und gibt andererseits den Schweregrad der Depression an. Eine Kurzform der PHQ-9 ist der PHQ-2 mit 2 Fragen zur Erfassung der Depression
<b>Postpartal</b>	Zeitraum nach der Geburt (Sowohl von Kind wie auch Plazenta)
<b>Postpartum (Wochenbett)</b>	Zeit nach der Geburt bis zur Rückbildung der schwangerschafts- und geburtsbedingten Veränderungen, was typischerweise sechs bis acht Wochen dauert.
<b>Salutogenetischer Ansatz/Salutogenese</b>	Modell (nach A. Antonovsky), dass im Gegensatz zum in der Medizin vorherrschenden Modell der Pathogenese die Entstehung von Gesundheit erklärt.
<b>Screening</b>	Darunter versteht man ein systematisches Testverfahren, um Elemente eines Prüfbereichs zu eruieren.
<b>Sectio</b>	Entbindung durch Kaiserschnitt
<b>Shared decision making</b>	Partizipative Entscheidungsfindung nach Informationsabgabe zwischen Fachpersonen und Betroffene.
<b>State of Anxiety and Depression</b>	Ein Bewertungsinstrument, dass zur Bestimmung des Suizidrisikos entwickelt wurde. Es besteht aus zehn ja/nein Fragen

**Suizidalität**

Sich das Leben nehmen

**Trimenon**

Abschnitt der Schwangerschaft, welches drei Monate dauert. Also ein Drittel der Schwangerschaft.

## Anhang B: AICA Raster Zusammenfassungen

Vik et al. (2021)

<b>Einleitung</b>	Phänomen	<p>Die WHO berichtet, dass 13 % der frischgebackenen Mütter in den Industrieländern an einer psychischen Störung leiden und 19,8 % in den Entwicklungsländern (World Health Organization, 2020. Maternal Mental Health). Mütter, die an PND leiden, haben möglicherweise eine geringere Fähigkeit zu sensibler und abgestimmter emotionaler und sozialer Interaktion mit ihrem Nachwuchs (Braten, 2007; Stern, 2000; Weinberg und Tronick, 1998). Ein zurückgezogenes oder aufdringliches Verhalten der Mutter kann sich negativ auf die affektive und kognitive Entwicklung des Kindes auswirken (Hart et al., 1999; Malphurs et al., 1996). Das Screening auf PND und/oder depressive Symptome mit der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987) ist allgemein anerkannt und wird weltweit eingesetzt. Der EPDS ist ein einfacher Fragebogen, der 10 Aussagen mit jeweils vier alternativen Antworten enthält (siehe ergänzendes Material). Normalerweise füllt die Mutter den Fragebogen etwa 6 Wochen nach der Geburt aus. In Norwegen wurde das Screening auf PND mit dem EPDS in einigen kommunalen Gesundheitsdiensten (MHCS) vor mehr als zehn Jahren eingeführt. Im MHCS Vagsbygd wurde das EPDS-Screening im April 2005 eingeführt. Wir hatten die Gelegenheit zu untersuchen, wie erfahrene Gesundheitsberaterinnen und Hebammen dieses Instrument im MHCS nach mehr als zehn Jahren kontinuierlicher Anwendung anwenden und wahrnehmen.</p>
-------------------	----------	--

		<p>Die Edinburgh Postnatal Depression Scale wird seit mehr als zehn Jahren als Routinescreening für postnatale Depressionen in einem städtischen Gesundheitszentrum eingesetzt.</p> <p><b>Begründung Forschungsbedarf:</b></p> <p>Unseres Wissens gibt es nur wenige Studien über die klinische Praxis aus der Sicht derjenigen, die das Instrument anwenden. Da die Anwendung dieses Screening-Instruments in vielen Ländern der Welt noch unbekannt oder neu ist, könnten die Erfahrungen von Gesundheitsberatern und Hebammen, die das Instrument routinemäßig anwenden, einen wichtigen Einfluss auf die Beurteilung der perinatalen psychischen Gesundheit in anderen Teilen der Welt haben.</p>
	Forschungsfrage	Nicht explizit aufgeführt
	Ziel	<p>Ziel dieser Studie war es, zu untersuchen, wie Gesundheitsberaterinnen und Hebammen dieses Routinescreening wahrnehmen und durchführen. In dieser Studie sollten die langjährigen Erfahrungen von Gesundheitsberatern und Hebammen mit dem Einsatz des EPDS als Screening-Instrument für PND erhoben werden.</p> <p>Denjenigen, die Erfahrungen auf ihren Standort übertragen wollen, Möglichkeiten und Grenzen aufzuzeigen</p>
<b>Methode</b>	Design	Wir wählten einen explorativen qualitativen Ansatz mit der Analyse von Daten aus zwei Fokusgruppeninterviews. Wir wählten einen explorativen qualitativen Ansatz, weil wir die

	Gedanken, Gefühle, Erwartungen und Erfahrungen der Teilnehmerinnen aus ihrer eigenen Perspektive erforschen wollten. Fokusgruppeninterviews werden als Datenerhebungsmethode empfohlen, wenn die Forschungsfrage begrenzt ist und die Teilnehmer gemeinsame Erfahrungen teilen (Brown, 1999; Kitzinger, 1995).
Population	Zehn Gesundheitsberaterinnen und zwei Hebammen.
Studienort	Vagsbygd
Einschlusskriterien	Alle Gesundheitsberaterinnen und Hebammen des kommunalen Gesundheitszentrums
Ausschlusskriterien	keine
Datenerhebung	Zwei Fokusgruppeninterviews teilten ihre Gedanken und Überlegungen mit
Methodologische Reflexion (Begründung des Vorgehens, Limitationen)	Wahl von Fokusgruppeninterviews begründet mit Forschungsfrage  Gemeinsame Ideologien könnten Antworten beeinflusst haben Leitung der kommunalen Gesundheitsdienste setzte sich für Einführung des Routinescreenings ein -> soziale Erwünschtheit Die Forschenden berichten über jahrelange Zusammenarbeit mit den Befragten – dadurch mögliche Beeinflussung Nicht nach Rolle der Väter (so benannt) gefragt

	Datenanalyse	Die Analyse wurde in Zusammenarbeit mit allen Autoren anhand einer thematischen Netzwerkanalyse durchgeführt. ). Die Analyse wurde mit Hilfe der thematischen Netzwerkanalyse (Attride-Stirling, 2001) durchgeführt.
	Ethik	Offiziell zugelassen / bestätigt
<b>Ergebnisse</b>	Hauptergebnisse	Die Edinburgh Postnatal Depression Scale ist als Screening-Instrument gut akzeptiert. Die Edinburgh Postnatal Depression Scale gibt Gesundheitsberatern und Hebammen nicht nur Informationen über Mütter, die besondere Aufmerksamkeit in Bezug auf psychische Probleme benötigen, sondern ist auch ein Instrument, um über Probleme im Zusammenhang mit der frühen Mutterschaft zu sprechen. Eine vertrauensvolle Beziehung ist eine Voraussetzung für diese Gespräche. Die Gesundheitsberaterinnen verwenden das Wort "Depression" im Kontakt mit der einzelnen Mutter nur selten. Aufgrund eines engen Zeitplans sowie sozialer und kultureller Faktoren verpassen sie manchmal die Gelegenheit, hilfsbedürftige Mütter zu identifizieren. Die tägliche Zusammenarbeit mit Kollegen und Familientherapeuten sowie die monatliche Beratung durch Fachleute aus dem Bereich der psychischen Gesundheit sind notwendig, um die fachliche Qualität und das Vertrauen zu sichern.
<b>Diskussion</b>	Schlussfolgerungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gute Erfahrungen mit EPDS</li> <li>• ausreichendes Personal</li> <li>• multidisziplinäre Zusammenarbeit</li> <li>• regelmässige Supervision</li> <li>• sicheres Arbeitsumfeld.</li> <li>• Vertrauen als grundlegende Qualität, die erforderlich ist</li> </ul>

		<p><b>Herausforderungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mütter mit Migrationshintergrund</li> <li>• Frauen aus sozial schwachen Verhältnissen</li> <li>• Knappe Zeit bei Vorsorgeuntersuchungen</li> </ul>
	Empfehlungen für die Praxis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anpassungen vornehmen zu Unterstützung für Familien mit Migrationshintergrund (Stapleton et al., 2013) und Familien, die von Sozialleistungen leben</li> <li>• sechswöchige Beratung neu organisieren (um mehr Zeit für EPDS-Screenings zur Verfügung zu stellen)</li> </ul> <p><b>Forschung benötigt zu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rolle und Beitrag der Väter in der Zeit nach der Geburt</li> <li>• qualitative Befragung von Müttern kulturübergreifende Forschung, um Erkenntnisse über die Praktiken der Kindererziehung, insbesondere in der Zeit nach der Geburt, zu gewinnen</li> </ul>



Langvik et al. (2020)

<b>Einleitung</b>	Phänomen	<p>Prävalenz von PPD: 10-15% (1,2)</p> <p>Krankenhausaufenthalte sind meist sehr kurz, sodass postpartale Depressionen und Verstimmungen oft von Hebammen und Pflegefachpersonen des Kindergesundheitszentrums erkannt werden.</p> <p><i>Früherkennung:</i> Sie ist sehr wichtig, da Konsequenzen schwerwiegend.</p> <p><i>Folgen einer PPD:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verschlimmerung und Verlängerung der PPD</li><li>• Auswirkung auf die Mutter-Kind-Interaktion</li><li>• Bei Mutter: Ungeduld, Feindseligkeit, geringe Sensibilität (6) oder auch Suizid</li><li>• Beim Kind: Risiko für Verhaltensauffälligkeiten, emotionale und kognitive Probleme, schlechte körperliche Gesundheit, sprachliche und soziale Schwierigkeiten (7-9)</li></ul> <p>Frühintervention: Diese ist am wirksamsten zur Verhinderung der negativen Folgen der PPD.</p> <p><i>Klinisches Urteilsvermögen</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dieses besteht aus professionellem Urteilsvermögen und gesundem Menschenverstand und den Erfahrungen.</li><li>• Es fand eine zunehmende Konzentration auf die Verwendung von standardisierten Screeninginstrumenten zur Vermeidung von Fehldiagnosen statt. Bei falscher Anwendung und der Vernachlässigung der klinischen Beurteilung könnte dies auch in Überbehandlung und falschen Behandlungen führen. (Skard, 11).</li></ul>
-------------------	----------	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• In bisherigen Studien sei beides als wichtig hervorgehoben worden. (13)</li> </ul> <p><i>Screening auf postpartale Depressionen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hindernisse in der Anwendung werden im Zeitmangel, in der mangelnden Ausbildung und Überweisungsmöglichkeiten gesehen. (13). Es besteht die Angst, die Mütter zu verletzen oder sie in Verlegenheit zu bringen. Die Einschätzung zum positiven gesundheitlichen Nutzen und das Risiko Frauen fälschlicherweise als depressiv einzustufen, sind geäußerte Bedenken.</li> <li>• Der Einsatz von Screeninginstrumenten hat laut norwegischen Studien eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit und des Berufsklimas, sowie einer tieferen Hemmschwelle für das Suchen von Hilfe bewirkt.</li> <li>• Der EPDS wird weltweit am häufigsten verwendet.</li> </ul> <p><i>EPDS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstauskunftsfragebogen, 10 Aussagen mit je vier Antwortmöglichkeiten</li> <li>• Befinden der letzten sieben Tage beurteilt</li> <li>• Edinburgh-Methode: EPDS ausfüllen + anschließendes Beratungsgespräch</li> <li>• Ursprünglich für Gesundheitspersonal ohne Fachwissen zur Erkennung von postpartalen Depressionen</li> <li>• Körperliche Beschwerden werden nicht erfasst, da sie Folgesymptome der Geburt und der Verantwortung für ein Neugeborenes sein könnten</li> <li>• Schwellenwert &gt;10 -&gt; alle depressiven Personen werden erfasst</li> <li>• Cave: viele falsch-positive Ergebnisse</li> </ul>
--	--	---

		<p>Methodenvorschlag: zweistufiges Screening: zwei Messungen und ein Gespräch entscheiden über weiteres Vorgehen -&gt; weitgehende Einigkeit, dass Gespräch entscheidend ist und nicht Schwellenwert</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kein Diagnoseinstrument (Frauen mit hohen Werten werden weiter abgeklärt, meist durch Hausarzt)</li> </ul> <p>Das EPDS war von der Gemeinde Trondheim (Studienort) als Routineuntersuchung im Rahmen der sechswöchigen Untersuchung eingeführt worden.</p> <p>Es besteht eine norwegische Leitlinie, dass es ein Verfahren für das Screening auf postpartale Depressionen geben sollte. Ein universelles Screening oder eine Anwendungsinstruktion des Screenings ist jedoch nicht vorhanden.</p>
	Forschungsfrage	<p>Nicht explizit erläutert.</p> <p>Abgeleitet: Welches sind die Erfahrungen der Gesundheitsfachpersonen mit dem EPDS nach der Einführung der routinemässigen Anwendung?</p>
	Ziel	<p>Erfahrungen von Pflegefachpersonen des öffentlichen Gesundheitswesens mit der routinemässigen Verwendung des EPDS als Screening auf postpartale Depressionen bei frischgebackenen Müttern.</p>
<b>Methode</b>	Design	<p>Qualitative Studie</p>
	Population	<p>Sampling: Acht Pflegefachpersonen des öffentlichen Gesundheitswesens, je zwei aus gesamt vier Bezirken</p> <p>Arbeitserfahrung: &lt;3 Jahre bis fast 40Jahre</p> <p>Erfahrung mit dem Screening auf PPD: die meisten hatten mehrjährige Erfahrung (nicht näher erläutert)</p>

	<p>Rekrutierung: Leitende Gesundheitspflegepersonen von vier Bezirken wurden durch Kontaktperson der Stadtverwaltung über Projekt informiert. Interessierte Pflegefachpersonen konnten sich melden. Davon wurden je zwei aus den Bezirken ausgewählt.</p>
Studienort	Gemeinde Trondheim, Norwegen
Einschlusskriterien	Erfahrung und Schulung in der Anwendung des EPDS
Ausschlusskriterien	Nicht erwähnt
Datenerhebung	<p><b>Halbstrukturierte Interviews</b></p> <p>Interviewleitfaden bestehend aus übergreifenden Fragen und vertiefenden Folgefragen</p> <p>Audioaufnahme mit einem Diktiergerät und anschliessende wörtliche Transkription</p>
Methodologische Reflexion (Begründung des Vorgehens, Limitationen)	<p>Reflexionsgespräch vor den Interviews -&gt; Vermeiden von Suggestivfragen aufgrund persönlicher Haltung gegenüber psychischer Gesundheit. Die Forschenden vertreten aufgrund ihres psychologischen Hintergrundes die Meinung, dass eine Konzentration auf postpartale Depressionen wichtig ist. Schwerpunkt auf möglichst grosser Bandbreite an positiven und negativen Erfahrungen. Während den Interviews wurde bewusst nach negativen Erfahrungen gefragt und es wurde aktiv nach Beispielen gesucht, die den Ergebnissen widersprechen.</p> <p>Mögliche Fehlerquellen von halbstrukturierten Interviews werden aufgezeigt.</p> <p>Es ist nicht auszuschliessen, dass durch eine grössere Stichprobe eine grössere Erfahrungsbandbreite geliefert hätte.</p> <p>Das Screening war integraler Bestandteil behördlicher Pläne und die Rekrutierung fand über die Behörde statt. Dies hätte zu Unsicherheit bezüglich der Vertraulichkeit führen können.</p>

		Die Ergebnisse werden trotz der Einschränkungen als deckungsgleich zur bisherigen Studienlage und deshalb als aussagekräftig angesehen.
	Datenanalyse	Thematische Analyse aus sechs Schritten 1. Alle Transkripte wurden mehrfach gelesen 2. Erste Codierung (Textelemente mit Etiketten versehen) 3. Überprüfung der Codes und Themensuche 4. Bewertung der Themen (teilen oder zusammenfügen?) 5. Identifikation Essenzen der Themen 6. Verfassen des Berichtes
	Ethik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genehmigt durch norwegisches Zentrum für Forschungsdaten</li> <li>• Anonymisierung eingehalten</li> <li>• Richtlinien für Speicherung und Löschung von Daten befolgt</li> <li>• Schriftliche Zustimmung der Teilnehmenden vorhanden</li> <li>• Studienteilnahme freiwillig (mehrfach erläutert) -Bedingungen erklärt</li> </ul>
<b>Ergebnisse</b>	Hauptergebnisse	Vier Schlüsselthemen: 1. Screening setzt die psychische Gesundheit der Mütter auf die Tagesordnung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rahmen geschaffen, Teilnehmer bleiben beim Thema</li> <li>• Vereinfacht Fragen nach psychischen Problemen/ Barriere geringer</li> <li>• Thematik wird nicht vergessen, psychische Gesundheit der Mutter wird aktiv in den Vordergrund gestellt</li> <li>• Pflegefachpersonen waren früher informiert und einbezogen und sahen sich besser in der Lage, Stimmungstiefs zu verhindern</li> <li>• Bewusstsein für die Frauen, dass sich jemand kümmert</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klare Erwartung an Fachpersonen (Zeit für Screening einplanen)</li> </ul> <p>2. Screenings als weniger invasiv wahrgenommen, wenn sie standardmässig durchgeführt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Screening als fester Bestandteil der Arbeit -&gt; Thema psychische Gesundheit wird einfacher anzusprechen</li> <li>• Allen werden die gleichen Fragen gestellt</li> <li>• Sicherheitsgefühl; Standardmerkmal der Arbeit, an dem alle beteiligt sind</li> <li>• Pflegefachpersonen konnten mehr abfangen, weil alle untersucht, wurden</li> </ul> <p>3. Der EPDS greift das auf, was das Bauchgefühl übersieht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bauchgefühl reicht in gewissen Situationen nicht aus</li> <li>• Stimmungstiefs und Depressionen können in Gesprächen nicht immer erkannt werden</li> <li>• Früher: Bauchgefühl entschied über Anwendung von EPDS, nun immer EPDS und Bauchgefühl entscheidet über Interpretation der Ergebnisse</li> <li>• Auch erfahrene Pflegefachpersonen waren teilweise von unerwarteten Ergebnissen überrascht</li> <li>• Vielleicht ist es manchmal einfacher, etwas auf einem Formular anzukreuzen, statt es zu sagen</li> </ul> <p>4. Das Klinische Urteil ist ein wichtiges ergänzendes Instrument</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Teilnehmer fühlten sich in der Lage, zu spüren, ob es der Mutter gut geht</li> <li>• Bauchgefühl ist ein wichtiger Faktor, wie an die Screenings herangegangen wird</li> <li>• Bauchgefühl ist entscheidend, auch wenn der EPDS-Wert niedrig ausfällt</li> <li>• Beurteilung der weiteren Nachsorge und Behandlung beruhte auf dem Bauchgefühl und dem klinischen Urteil</li> </ul>
--	--	---

	Weitere Themen im Ergebnisteil	Alle Ergebnisse als Hauptergebnisse angesehen
<b>Diskussion</b>	Schlussfolgerungen	<p><i>Allgemein:</i> Der EPDS ist ein wertvolles Instrument für das Screening auf postpartale Depressionen. Die Teilnehmenden hatten keine negativen Erfahrungen mit dem Screening gemacht. Dies widerspricht den erwarteten negativen Erfahrungen, aufgrund von möglichen Faktoren wie Zeitmangel. Die Ergebnisse decken sich mit der bisherigen Studienlage.</p> <p>Die Einführung des obligatorischen Screenings hat die Fähigkeit verbessert, die Beurteilung auf mehr als nur das klinische Urteilsvermögen zu stützen.</p> <p>Die obligatorische Anwendung eines Screenings erleichtert das Ansprechen von Themen im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit. Zudem waren die Erwartungen im Zusammenhang mit ihren Aufgaben geklärt.</p> <p>Arbeitsdruck, Zeitmangel, Scheu oder die Befürchtung, die Mutter zu verärgern, können zu Hemmungen beim Ansprechen des Themas führen. Diese wurden durch die routinemässige Anwendung verringert.</p> <p>Die Teilnehmerinnen berichtet davon, dass sie durch den EPDS besser in der Lage waren, die psychische Gesundheit der Mütter zu schützen und damit eine negative Entwicklung für das Kind zu verhindern. Die erkannten Vorteile der Anwendung des EPDS stimmen mit anderen Studien überein.</p> <p>Der EPDS führt dazu, dass sich Fachpersonen auf die psychische Gesundheit und die Interaktion mit dem Kind konzentrieren und die Eltern dafür sensibilisieren, dass auch den Eltern zu helfen.</p> <p>Ein universelles Screening könnte zur Stärkung des Screenings und einer Früherkennung von Müttern mit depressiven Symptomen beitragen.</p> <p>Durch den Selbstauskunftsfragebogen werden der Mutter die Herausforderungen deutlich vor Augen geführt und das Interesse an ihrem psychischen Befinden wird aufgezeigt. So werden die Barrieren für</p>

		<p>die Inanspruchnahme von Hilfe verringert. (16) Dies wurde auch in anderen Studien bestätigt. Die Überwindung dieser Barrieren ist wichtig, weil sich Mütter oft für ein Stimmungstief nach der Geburt schämen. (1)</p> <p>Die Gefahr von falsch positiven Ergebnissen kann laut den befragten Teilnehmerinnen durch das klinische Urteilsvermögen relativiert werden, da die Fachpersonen sich die Einschätzung zutrauen, ob unter psychischen Problemen leiden. Dies gilt sowohl für klinischen Auffälligkeiten trotz niedrigen EPDS-Werten wie auch bei hohen Screeningwerten und gutem Bauchgefühl.</p> <p>Da Depressionen, wie andere psychische Störungen auch, keine direkt nachweisbaren Störungen sind und um Fehlbehandlungen und unnötiger Ressourcenverbrauch zu vermeiden, ist der Wert des klinischen Urteilsvermögens zu betonen. So beziehen sich Einwände gegen das Routinescreening auf Meinungsverschiedenheiten zu Cut-Off-Scores und dem Risiko von falsch-positiven Bewertungen.</p> <p>Laut dieser Studie, wie auch bisherigen Studienergebnissen kommt dem Gespräch mit der Frau, in welchem die Screeningergebnisse besprochen werden, eine wesentliche Bedeutung zu. Der EPDS selbst gibt nur Hinweise auf depressive Symptome, während der Inhalt des Gesprächs die Grundlage für die Entscheidung über das weitere Vorgehen und die Einschätzung über eine möglicherweise vorhandene postpartale Depression ist.</p> <p>Es ist wichtig, dass sich die Anwendenden mit dem Instrument wohlfühlen.</p> <p>Das obligatorische Screening bedeutet zusätzliche Arbeit in einem bereits vollen Arbeitsalltag.</p> <p>Durch das die Schulung zum EPDS, könnte das Fehlen von negativen Erfahrungen erklärbar sein.</p>
--	--	---



Empfehlungen für die Praxis	<p>Das routinemässige Screening mit dem EPDS wird empfohlen.</p> <p>Als Voraussetzung für die routinemässige Anwendung wird eine angemessene Schulung betrachtet.</p> <p>Die Werte des EPDS sollten als Grundlage für das folgende Gespräch dienen. Massnahmen und das Vorgehen sollten anhand des klinischen Urteilsvermögens der Fachpersonen stattfinden.</p>
Limitationen	Siehe Diskussion zu den Methoden (Methodenteil)

### Nagle und Farrelly (2018)

<b>Einleitung</b>	Phänomen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Zeitraum</i> von perinatalen psychischen Problemen (PMHP): Empfängnis bis ein Jahr postpartal</li> <li>• <i>Prävalenzen:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 20% mit PMPH</li> <li>○ perinatale Ängste 15.2%</li> <li>○ Komorbidität perinataler Ängste und Depressionen: 8.2%</li> <li>○ 81% erleben mindestens eine PMHP (69% schlechte Stimmung, 49% Angstzustände, 37% Depression) -&gt; schätzungsweise 10-15% leiden an Depressionen und Ängsten, 3% PTBS.</li> </ul> </li> <li>• <i>Auswirkungen von PMPH auf die Schwangerschaft:</i> unzureichende Schwangerschaftsbetreuung, Frühgeburtslichkeit, niedriges Geburtsgewicht</li> <li>• <i>Langfristige Folgen für Kinder:</i> Auswirkungen auf soziale, kognitive und neurologische Gesundheit (mit div. Studien referenziert)</li> <li>• <i>Problem:</i> wichtiges Problem der öffentlichen Gesundheit, Suizid als Folge ist eine der Haupttodesursachen von Müttern während der Schwangerschaft und bis ein Jahr nach der Geburt, vor allem Depressionen und Ängste verursachen hohe Kosten</li> </ul>
-------------------	----------	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Weitere psychische Erkrankungen der Perinatalzeit</i>: neuere und bestehende andere psychische Störungen wie Zwänge, generalisierte Angststörungen, Essstörungen, PTBS, Anpassungsstörungen, Phobien, Panikstörungen treten auf, werden aber häufig nicht erkannt.</li> <li>• Infos zur <i>Rezividhäufigkeit von bipolaren Störungen, Psychosen</i> werden erläutert.</li> <li>• <i>Komorbidität von Depressionen und Ängsten</i> wird aufgezeigt</li> <li>• <i>Früherkennung durch Screenings</i>: können Ergebnisse für Frauen verbessert werden.</li> <li>• <i>Screening</i>: Frage nach vorbestehenden psychischen Erkrankungen unbedingt notwendig, soll Gespräch über psychischen Wohlbefinden eröffnen.</li> <li>• <i>Benefit von Früherkennung</i> in der Schwangerschaft und frühzeitiger Überweisung an spezifizierte Dienste aufgezeigt (Higgins et. Al, 2017a, 2017b, NICE 2014).</li> <li>• <i>Empfehlung zur Anwendung von Screeninginstrumenten</i> für Hebammen und Gesundheitsfachpersonen bei der Bewertung der Frauen und zur Identifizierung von Frauen mit PMPH.</li> <li>• <b>Forschungslücke</b>: keine nationalen Leitlinien und keine Studien zu den Erfahrungen von Frauen mit der Beurteilung der psychischen Gesundheit in Irland</li> </ul>
	Forschungsfrage	«Welche Ansichten und Erfahrungen haben Frauen mit der Berücksichtigung ihrer psychischen Bedürfnisse während der Perinatalperiode?»
	Ziel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kritische Analyse der aktuellen Literatur und Evidenzbasis zum Screening auf PMPH</li> <li>• Untersuchung der Ansichten und Erfahrungen von Frauen bei der Berücksichtigung ihrer psychischen Bedürfnisse in der Perinatalzeit durch Fachkräfte des Gesundheitswesens</li> <li>• Feststellung, welche Screeningmethoden für Frauen als akzeptabel angesehen werden</li> <li>• Formulierung von Empfehlungen auf der Grundlage der Ergebnisse</li> </ul>
<b>Methode</b>	Design	Qualitatives Design (n. Gerrish und Lacey, 2013) mit halbstrukturierten Interviews

	Zugrundeliegende theoretische Perspektive: Interpretivismus
Studienort	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entbindungsklinik in Dublin, Irland</li> <li>• Zugang zu einem Team für perinatale psychische Gesundheit (in Dublin damals nur 3 vorhanden, allgemein in Irland wenige)</li> </ul>
Population/Sampling inkl. Rekrutierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 Frauen angefragt</li> <li>• <i>Sampling</i>: 8 Frauen an Interviews teilgenommen -&gt; gezielt homogene Stichprobe</li> <li>• <i>Rekrutierung</i>: Rekrutierung in der frühen postpartalen Phase, durch Gatekeeper, nach Absicherung der ausreichenden Stabilität durch die betreuenden Hebammen des Wochenbettes</li> <li>• <i>Alter</i>: 20-39 Jahre, Durchschnitt bei 33 Jahren</li> <li>• Alles Einlingsschwangerschaften</li> <li>• <i>Parität</i>: zwei Primiparae, sechs Multiparae</li> <li>• <i>Bildungsniveau</i>: gemischt</li> <li>• <i>Vorbelastung</i>: drei Teilnehmerinnen hatten Vorgeschichte mit Depressionen, Angstzuständen, aufdringliche Gedanken oder Selbstverletzungen / keine schweren psychischen Erkrankungen</li> </ul> <p>Die Frauen hatten folgende Screeningmethoden erlebt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragen zur Identifizierung von Depressionen nach Whooley (Whooley et. al., 1997)</li> <li>• Fragen zur Identifizierung von Angstzuständen nach GAD-2 (Kreonke et. al, 2007)</li> <li>➔ allen Frauen bei der Voranmeldung gestellt</li> <li>• Positives (auffälliges Ergebnis) Ergebnis bei Identifikationsfragen: dritte Frage in der Mitte der Studie: «Ist das etwas, bei dem Sie Hilfe benötigen» (Arroll et al., 2005)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der EPDS wurde allen Frauen im Studienzentrum am Tag der Entlassung als Teil der Praxis des frühen Screenings auf postpartale Depressionen verabreicht. So wird es von Crotty und Sheehan (2004) empfohlen</li> </ul>
Datenerhebung	<p>Ort: Studienort in einem Büro</p> <p>Forscherin (UN) erstellte Interviewplan mit Fragen (Grundlage war einschlägige Literatur und die Erfahrung der Forscherin)</p> <p>Interviewdauer: 25- 70 Minuten</p>
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innerhalb von 3 Monaten nach der Entbindung</li> <li>• Bewusstsein für Erfahrungen in der Schwangerschaft und frühe Postpartalzeit</li> <li>• Körperliche und geistige Gesundheit nach der Geburt</li> <li>• Regelmässige Betreuung durch die Hebamme postpartal (durch Hebamme gesund genug für Studienteilnahme angesehen)</li> <li>• Über 18 Jahre alt</li> <li>• Ausreichende Englischkenntnisse für Verständnis des Informationsblattes und Zustimmung</li> </ul>
Ausschlusskriterien	<i>Nicht bekannt</i>
Methodologische Reflexion (Begründung des Vorgehens, Limitationen)	<p>Nach 2 Interviews Prüfung der Interviewfragen durch die Forscherin</p> <p>Begründung thematische Analyse n. Braun and Clarke (2006): Daten in thematische Bereiche gliedern, Ansichten, Meinungen, Erfahrungen und Prioritäten der Frauen aufzeigen können. -&gt; Ermöglichte den umfangreichen Datensatz für Analyse in flexible Themen zu gliedern.</p>
Datenanalyse	<p>Digitale Audioaufnahmen wurden wörtlich transkribiert</p> <p>Datenschutz und Anonymisierung vorgenommen</p>

		<p><b>Thematische Analyse n. Braun and Clarke (2006)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Transkripte durch Forscherin (UN) mehrfach gelesen, einige Transkripte durch forschungsleitende Person (MF) zur Gegenlesung gegeben</li> <li>2. Codierung, kodierte Transkripte an MF zur Prüfung gegeben -&gt; Gewährleistung strenger Konsistenz</li> <li>3. Codes in Unterthemen und Themen geordnet</li> <li>4. Detaillierte Kategorienanalyse (Erweiterung der Themen, um Bedeutung zu identifizieren)</li> </ol>
	Ethik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genehmigung durch Studienort und Universität</li> <li>• Forscherin als Hebamme für perinatale psychische Gesundheit bei UN tätig</li> <li>• Gatekeeper: um Voreingenommenheit der Forscherin zu minimieren, in Studienzentrum tätige Hebamme, rekrutierte die TN, Verbindungsglied zu Hebammen der Wochenbettbetreuung zur Sicherstellung der ausreichenden Stabilität der Frauen für die Teilnahme</li> <li>• Schriftliche Einwilligung durch die Teilnehmenden</li> <li>• Sicherstellung der sofortigen Überweisung einer Teilnehmerin bei einer akuten Notlage an einen PMH-Dienst</li> </ul>
<b>Ergebnisse</b>	Ergebnisse	<p><i>Emotionale Zeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unsicherheit, was «normal» ist / Frauen mit Vorgeschichte schienen mehr Wissen und Einsicht in eigene psychische Gesundheit zu haben <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erfahrungen von psychischen Belastungen in der Perinatalzeit berichtet, Problem des Kontrollverlust über eigenen Körper</li> <li>○ Schwangerschaftsspezifische Ängste weit verbreitet</li> </ul> </li> </ul> <p>«Du sollst glücklich sein»</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Druck glücklich sein zu müssen -&gt; negative Gefühle über sich oder Schwangerschaft sind schwierig zu äussern</li> </ul> <p><i>Zuversicht im Umgang mit psychischer Gesundheit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorbelastete Frauen mit der entsprechenden Einsicht, trauten sich Einschätzung und selbst Hilfe zu holen, zu -&gt; fühlten sich dadurch unter Kontrolle und autonom</li> <li>• Teilnehmerinnen wussten, welche Unterstützung sie brauchten und wie sie diese Unterstützung erhalten können (von vorbelasteten Frauen als wichtig angesehen, dass sie wissen, dass Dienst da ist)</li> <li>• Frauen mit signifikanter (psychischer) Vorbelastung wollten sich weniger an verfügbare Dienste überweisen lassen/ möchten eher selbst um Hilfe bitten</li> <li>• Vorbelastete Frauen: wenn längerfristiges Problem reicht perinataler Dienst nicht aus, sondern Kontinuität der Betreuung ist wichtig</li> </ul> <p><i>Gespräche mit Angehörigen der Gesundheitsberufe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hindernisse für Offenbarung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stigmatisierung/Einstellung des Personals/ Scham <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angst durch psychische Vorbelastung abgestempelt zu werden</li> <li>▪ Befürchtung, als schlechte Mutter angesehen zu werden -&gt; Angst Kind weggenommen</li> </ul> </li> <li>○ Zeitmangel des Fachpersonals (hektisches Umfeld in Geburtsklinik und auf postnatalen Abteilungen / Gefühl von Last für Personal)</li> <li>○ Mangelnde Kontinuität der Versorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gefühl von Last für Personal</li> <li>▪ Gegenüber nicht bekannt -&gt; Hemmschwelle grösser</li> </ul> </li> <li>○ Hauptaugenmerk auf medizinischer Entlassung und Untersuchung des Kindes</li> </ul> </li> </ul>
--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eine Frau berichtet von aufdringlichen Gedanken dem Kind in der Schwangerschaft zu schaden: Gespräch über Gedanken hätte vermutlich geholfen, fühlte sich nicht in der Lage mit Fachperson darüber zu sprechen</li> <li>• In der Schwangerschaft: Alle Teilnehmerinnen wurden mindestens ein Mal nach ihrer psychischen Gesundheit befragt. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verwendung von unterschiedlichen Fragen</li> <li>○ Fokus lag auf der Vorgeschichte, wobei weniger häufige Erkrankungen nicht erfragt wurden.</li> <li>○ Frauen mit Vorgeschichte von psychischen Problemen wurden häufiger zur psychischen Gesundheit befragt</li> </ul> </li> <li>• Gemischte Gefühle gegenüber Screeninginstrumenten <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hälfte der Teilnehmerinnen sahen sie als «Abhak-Übung»</li> <li>○ Screening als Möglichkeit sensible Probleme und negative Gedanken zu vertuschen</li> <li>○ Gewissheit, dass Gesundheitsfachpersonen einer Offenlegung von PMHP nachgehen würden, wenn sie schriftlich erfolgt</li> <li>○ Möglichkeit Problem zu zeigen, ohne es sagen zu müssen</li> </ul> </li> <li>• Frauen schätzten es, nach ihrer psychischen Gesundheit befragt zu werden -&gt; Gefühl von Umsorgung und Betreuung =&gt; möchten von Hebamme speziell nah Gefühlen befragt werden, um etwaige Bedenken äussern zu können</li> </ul> <p>Erfahrungen bei der Inanspruchnahme von Hilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angemessene und einführende Reaktionen der Gesundheitsfachpersonen erlebt (sieben von acht Frauen)</li> <li>• Beziehung zum Personal als Schlüsselrolle angesehen</li> <li>• Bedingung: Zuhören</li> </ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlechte Erfahrung einfach Medikamente zu erhalten (durch Ärzteschaft)</li> <li>• Teilnehmerinnen hätten sich prinzipiell gemeldet, fanden es schwierig Gegenüber nicht zu kennen</li> <li>• Baby als Motivation um Hilfe in Anspruch zu nehmen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grund, psychotrope Medikamente abzusetzen</li> <li>○ Grund, gesund bleiben zu wollen</li> <li>○ Grund, um nach Hilfe zu fragen</li> </ul> </li> </ul>
	Weitere Themen im Ergebnisteil	Vorschlag: Gespräch mit der Hebamme, während der Arzt das Kind untersucht -> Fokus auf der Frau und Hemmschwelle geringer, Hilfe einzufordern oder zuzulassen
<b>Diskussion</b>	Schlussfolgerungen	<p><b>Grundhaltung: Frauen schätzen alle Methoden zur Erkundigung über ihre psychische Gesundheit, da sie so mit den Fachkräften ihre Sorgen besprechen können. Dies deckt sich mit anderen Studienergebnissen.</b> (Kingston et. al, 2015, Rollans et al., 2013, Slade et al., 2010)</p> <p><i>Screeninginstrumente:</i></p> <p>Ergebnis, dass Screeninginstrumente einerseits als Abhakübung und andererseits als nützliche Modalität angesehen werden. Die Gefahr, dass Frauen beim Screening unehrlich sein könnten, ist aus anderen Studien bekannt. (Kingston et al., 2015, Brealy et.al, 2010).</p> <p>EPDS: In anderen Studien wurde gesehen, dass der EPDS allgemein gut akzeptiert ist. (El-Den et. al., 2015, Kingston et. al, 2015, Brealy et al., 2010). Er wurde als dem Whooley überlegen beschrieben. (Howard et al., 2018</p> <p>Die Anwendung wird empfohlen. Es wird eine Gefahr darin gesehen, dass weniger häufige Störungen nicht erkannt werden (Ayers und Delicate, 2016, Jomeen et al., 2013).</p>



		<p>Erklärung neuester Forschungsergebnisse, welche die Empfehlung der psychosozialen Beurteilung machen. (Es werden mehrere Risikofaktoren ermittelt und die Frauen erhalten Ratschläge für den Zugang zu geeigneter Pflege.)</p> <p>Screening-Instrumente können Frauen identifizieren, die eine weitere Untersuchung benötigen. -&gt; In der Praxis funktioniert eine Kombination vermutlich am besten (Milgrom und Gemmil, 2014).</p> <p><i>Beobachtete Hindernisse:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unwissenheit, welche Gefühle normal sind</li> <li>• hohe Arbeitsbelastung und Zeitmangel der Fachpersonen</li> <li>• Angst vor Stigmatisierung: Bewertung als schlechte Mutter, Meldung bei Sozialarbeitern und Stigma der psychischen Erkrankung</li> </ul> <p>=&gt; diese Dinge decken sich mit anderen Studienergebnissen (Kingston et al., 2015 und Darwin et. al., 2015, Goodman, 2009, Higgins et al., 2017a, 2017b, Fonseca et al., 2015, Breal et. al, 2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mangelnde Kontinuität in der Versorgung</li> <li>• Anwendung der Screeninginstrumente als «Abhak-Übung» vs. «Modalität», um gefährdete Frauen zu erkennen</li> <li>• Gesellschaftlicher Mythos, dass Schwangere glücklich sein sollten mit bisherigen Studienergebnissen belegt und Verbindung zu Medien gemacht (Murphy, 2017 und Weissberg et al., 2017)</li> <li>• Diskrepanz zu bisherigen Studienergebnissen: Zwei vorbelastete Teilnehmerinnen sagten, sich weniger bereit zu fühlen, unterstützende Dienste anzunehmen und stattdessen dann Hilfe einholen zu wollen, wenn sie es selbst nötig finden. Andere Studien fanden heraus, dass nicht vorbelastete Frauen eher in der Lage sind, psychische Probleme zu bewältigen, für psychische Gesundheit zu sorgen.</li> </ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychische Vorbelastung oder Probleme werden nicht angegeben, wenn nicht aktiv danach gefragt wird.</li> </ul> <p><i>Problem:</i> Fokus auf Depressionen und Angstzustände (andere psychische Störungen kaum oder gar nicht untersucht)</p> <p><i>Förderlich:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsfachkräfte sollen Zeit haben, um zuzuhören</li> <li>• Kontinuität der Betreuung -&gt; wichtig für Beziehungsaufbau -&gt; wichtiger Faktor um Hilfe zu bitten (unabhängig der Screeningmethode) (Kingston et al., 2015)</li> <li>• Förderlich für gute Beziehung: Respekt, Ehrlichkeit, Zeit, Verständnis (Bennett et al., 2007, Sword et al., 2012)</li> <li>• Baby als Motivation auch durch andere Studien bestätigt (Heron et al., 2008, Edwards und Timmons, 2005)</li> <li>• Hebamme mit Spezialisierung für perinatale psychische Probleme und spezialisierte Anlaufstellen eindeutig gerechtfertigt</li> <li>• Wichtiger Teil ist es, für Frauen eine sichtbare Anlaufstelle zu sein</li> </ul> <p><i>Empfehlung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung des Bewusstseins für Früherkennung könnte helfen, informierte Entscheidungen über psychische Gesundheit zu treffen und Schäden reduzieren. Dies deckt sich mit dem Frühinterventions-Konzept der PMH.</li> </ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen, die Überweisung ablehnen, sollten unterstützt werden in der Entscheidung (ausser grosses Risiko vorhanden) und sollten Kontaktkarte erhalten, falls sie Entscheidung ändern.</li> <li>• Die Befragung nach psychischen Vorerkrankungen und dem psychischen Befinden, wie sie von den Teilnehmerinnen erlebt wurde, deckt sich mit der NICE-Leitlinie von 2014.</li> </ul> <p>Zentrale Rolle der Hebammen wird betont. Studienergebnisse zeigten einen kontinuierlichen Aus- und Weiterbildungsbedarf der Hebammen im Bereich vom breiten Spektrum perinataler psychischer Probleme. (Higgins et al., 2016, 2017a, 2017b)</p> <p>Hebammenausbildung zu perinatalen psychischen Problemen sollte standardisiert werden.</p> <p>Vom Nurture-Programm (HSE, 2017) wurde das Ziel formuliert, nationale Standards für die vorgeburtliche Aufklärung festzulegen und die psychische Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen in Irland zu fördern.</p>
	Empfehlungen für die Praxis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachpersonen, sollten sich bei jedem vor- und nachgeburtlichen Kontakt zum emotionalen und psychischen Wohlbefinden der Frau erkundigen und bei Bedarf entsprechende Unterstützung anbieten. (auch laut NICE, 2014, Higgins et. al., 2017a, 2017b)</li> <li>• Screeningtools können bei der Identifizierung von Frauen mit einem erhöhten Risiko helfen und eröffnen ein Gespräch über psychische Gesundheit und Probleme</li> <li>• Die Erkundigungen nach der psychischen Gesundheit sollten sich nicht nur auf Depressionen und Ängste beschränken.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf die psychische Gesundheit spezialisierte Fachpersonen der Geburtshilfe (z.B. Hebammen) sollten sich bei der ersten vorgeburtlichen Untersuchung mit Frauen mit erhöhtem Risiko in Verbindung setzen und Informationen über Frühinterventionen und den Zugang zu Diensten bereitstellen.</li> <li>• Involvierte Gesundheitsfachpersonen sollten standardmässig geschult werden.</li> <li>• Frauen, die sich gegen die Inanspruchnahme von psychosozialer Betreuung entscheiden, sollten unterstützt werden, fundierte Entscheidungen zu treffen</li> <li>• Alle Entbindungsstationen in Irland sollten Zugang zu einer auf psychische Gesundheit spezialisierte Hebamme haben</li> </ul>
	Limitationen	<p>Schwächen: Studie mit kleinem Masstab Breite, multinationale Gesellschaft wurde nicht wiedergespiegelt</p> <p>Stärken: vermutlich wird Wissensstand über das Screening auf PMHP durch Studie erweitert und kann zur Entwicklung von Richtlinien beitragen.</p>

Arefadib et al. (2021)

<b>Einleitung</b>	Phänomen	<p>Postpartale Depressionen (PPD) und postpartale Ängste (PNA) = PNDA (postnatale Depressionen und Ängste) sind ein weit verbreitetes Problem der öffentlichen Gesundheit. Dies bleibt jedoch weitgehend unerkannt. So werden bei ausbleibendem routinemässigem Screening auf PNDA 50% der Fälle übersehen (Buist und Bilszta, 2006) und nur eine von zehn Frauen, die eine psychosoziale Betreuung benötigen, erhält diese auch (Bowen et al., 2012).</p> <p>Das universelle Screening kann die Überweisungsrate und die Inanspruchnahme von Diensten steigern und so die psychische Gesundheit der Mütter verbessern.</p>
-------------------	----------	---

		<p>Für die Implementierung bedarf es systemischen Überweisungswegen und implementierten Versorgungsplänen (Family and Community Development Committee, 2018)</p> <p>Gesundheitsfachpersonen für Mütter und Kinder (MCHN) haben gute Möglichkeiten um Frauen, die von PPD und PPÄ betroffen sind, zu identifizieren und sie zu unterstützen. Trotz ihrer bedeutenden Rolle sind die aktuellen Praktiken des PNDA-Screenings und -Managements bei den MCHNs noch weitgehend unbekannt (Family and Community Development Committee, 2018).</p> <p>Es gibt bestehende Übersichtsarbeiten, welche sich mit den Barrieren für Screening und Management und der Rolle und Erfahrung bei der Erkennung und Behandlung auseinandergesetzt haben. (Bayrompur et. Al, 2018, Viveiros und Darling, 2019, Noonan et al., 2017 a, 2017b). Das Problem liegt darin, dass diese sich vor allem auch allgemeine perinatale psychische Probleme (auch sonstige schwerwiegende Probleme mit anderen Symptomen und Einbezug der Pränatal- und Postpartalzeit) beziehen, nur Länder mit hohem Einkommen untersuchten, nicht zwischen Gemeinschafts- oder Krankenhaussetting unterschieden und nur qualitative Studien einbezogen.</p>
	Forschungsfrage	Nicht explizit erläutert
	Ziel	<p>Untersuchung des Umfangs und der Art der primären Forschungsergebnisse zum Screening auf postpartale Depressionen und postpartale Ängste und deren Behandlung durch Gesundheitsfachpersonen für Mütter und Kinder.</p> <p>(Die Forscher verfolgen das Verständnis, dass durch die Gewinnung eines besseren Verständnisses der Screening- und Managementpraktiken durch MCHNs Vorgaben für künftige politische und praktische Strategien und Leitlinien abgeleitet werden können.)</p>

<b>Methode</b>	Design	Literaturreview -> Scoping-Review (=eine Übersicht über die Literatur zu einem bestimmten Thema oder Forschungsbereich erstellen und die Möglichkeit bieten, Schlüsselkonzepte zu identifizieren)
	Population/Sampling (inkl. Rekrutierung)	Kein Sampling/Population selbst untersucht Population (Einschlusskriterium) Pflegefachpersonen und Hebammen in der Primärversorgung, in der Gemeinde oder in Kinderbetreuung (well-child-visits) tätig sind
	Datenerhebung	Scoping-Methodik nach Arksey und O'Malley (2005) orientiert: <b>Literaturrecherche</b> in den Datenbanken: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature</li> <li>• MEDLINE</li> <li>• PsycINFO</li> <li>• COCHRANE Library</li> </ul> <p>1. Suche Juni 2019 2. Such-Aktualisierung Juli 2020</p> <p>Verweise aus Volltexten wurden so lange geprüft, bis keine neuen relevanten Dokumente mehr gefunden wurden.</p> <p><b>Studienauswahl:</b> Nach PICO (Population, Intervention, vergleichende Intervention, Ergebnisse) für Ein- und Ausschlusskriterien</p>

		<p>Zwei Forscher prüften unabhängig die Suchergebnisse (Titel, Zusammenfassungen und Volltexte) anhand der Ein- und Ausschlusskriterien</p> <p>Konflikte wurden durch eine dritte Forscherin oder einen dritte Forscher geprüft</p>
	<p>Methodologische Reflexion (Begründung des Vorgehens, Limitationen)</p>	<p>PRISMA-Vorlagen verwendet für Best-practice-Anwendung</p> <p>Konsistenz gewährleistet durch: Verwendung gleicher Suchbegriffe in den Datenbanken</p> <p>Suchzeitraum: deckungsgleich mit Einführung australischer nationaler Aktionsplan für perinatale psychische Gesundheit</p> <p>Qualitätsprüfung der Studien erläutert</p>
	Datenanalyse	<p>PRISMA-Checkliste</p> <p>23 Artikel, die sich auf 22 Studien beziehen wurden ausgewertet</p> <p>1. Es wurde eine Datenextraktionstabelle geführt. (Erster Forscher trug ein, zweiter und dritter Forscher prüften)</p> <p>2. Erstellung einer vorläufigen deskriptiven numerischen Zusammenfassung der Daten</p> <p>3. Anschliessende thematische Analyse n. Braun und Clarke (2006)</p> <p>Bewertung der Qualität:</p> <p>1. nach Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018 (Hong et al., 2018)</p> <p>2. Prüfung von jeweils 5 zufällig gewählten Artikel durch zweiten und dritten Autor.</p>
	Einschlusskriterien	<p>Primärstudien</p> <p>Englischsprachige Studien</p> <p>2008-2020</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Population:</b> Pflegefachpersonen und Hebammen in der Primärversorgung, in der Gemeinde oder in Kinderbetreuung (well-child-visits) tätig sind</li> <li>• <b>Interventionen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Screening und Behandlung nur in der postnatalen Phase.</li> <li>○ Nur Screening und Behandlung von PNDA (oder deren Risikofaktoren).</li> <li>○ Management von PNDA-Risikofaktoren (einschließlich systematischer Überweisungswege und der Bereitstellung von Unterstützung für die gefährdete Mutter)</li> </ul> </li> <li>• <b>vergleichende Ergebnisse der Intervention:</b> Keine (die sich auf die Ergebnisse in Bezug auf die ermittelte Bevölkerungsgruppe konzentrieren /einschließlich Wissen, Einstellung, Vertrauen und Praxis bei PNDA-Screening und -Management)</li> </ul> <p>MCHN mussten den grössten Teil der Stichprobe ausmachen oder die Ergebnisse mussten klar abgrenzbar sein (für MCHN)</p> <p>PRISMA-Flussdiagramm:</p>
	Ausschlusskriterien	<p>Graue Literatur</p> <p>Artikel mit Bezug auf perinatale Zeit (wenn keine Unterscheidung zwischen prä- und postpartal)</p> <p>Spezifische Ausschlusskriterien (Tabelle 2):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Population/Setting:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Krankenhaussetting</li> </ul> </li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ andere Fachkräfte des Gesundheitswesens (z. B. Kinderärzte oder Geburtshelfer und Gynäkologen)</li> <li>○ Mütter, Väter und Säuglinge/Kleinkinder</li> <li>● <b>Interventionen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pränatales / antenatales Screening/ Management</li> <li>○ Screening und Behandlung anderer psychischer Erkrankungen (z. B. Psychose oder bipolare Störung)</li> <li>○ Validierung eines neuen Screening-Instruments.</li> <li>○ Behandlung von PNDA (z. B. Behandlungsinterventionen wie Gruppentherapie, kognitive Verhaltenstherapie oder Peer-Unterstützung).</li> <li>○ Interventionen zur Verbesserung des PNDA-Screenings und der Managementpraktiken</li> </ul> </li> <li>● <b>vergleichende Ergebnisse der Intervention:</b> Ergebnisse mit Fokus auf Mutter, den Vater, das Kind/den Säugling oder die Gemeinschaft</li> </ul>
	Ethik	Keine Population selbst untersucht, deshalb nicht nötig und auch nicht erwähnt in Studienbeschreibung
<b>Ergebnisse</b>	Hauptergebnisse	<p>23 Artikel mit Bezug auf 22 Studien</p> <p>2 Hauptthemen (hier Fokus auf Screening)</p> <p>1. <b>Screening auf PPD und PPA</b> (unterteilt in vier Unterthemen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b><u>Einstellung zum Screening</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Positive Einstellung gegenüber Screening (Arefadib et al., 2021)</li> <li>○ Als integralen Bestandteil der eigenen Rolle betrachtet (Borglin et al., 2015; Vik et al., 2009, zitiert nach Arefadib et al., 2021)</li> </ul> </li> </ul>

		<p>Vs. Nicht als integralen Bestandteil betrachtet (Alexandrou et al.,2018; Chew-Graham et al.,2008, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Routinescreening</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○Es besteht ein Mangel an einheitlichem Screeningverfahren (Alexandrou et al., 2018; Chew-Graham et al.,2008; Edge, 2010; Kang et al., 2019, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> <li>○Die Wahrscheinlichkeit einer routinemässigen Screeningpraxis war abhängig von der Überzeugung, dass das Screening nicht zu zeitaufwändig ist. (Chew-Graham et al.,2008; Edge, 2010; Kang et al., 2019, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> <li>○Die Eltern müssen der Ansicht sein, dass es in das Screening in der Verantwortung der entsprechenden Fachperson liegt (Alexandrou et al.,2018; Kang et al.,2019, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> <li>○Eltern müssen den Fachpersonen eine angemessene Reaktion auf auffällige Screeningergebnisse zutrauen (Chew-Graham et al., 2009, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> <li>○Zeitmangel und Ressourcenknappheit führen zum Gefühl, dass nur sehr auffällige und sehr krank wirkende Frauen wahrgenommen werden (Chew-Graham et al.,2008; Edge, 2010, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> </ul> </li> <li>• <b><u>Screening-Effizienz</u></b> (Ausmass, in welchem man sich auf die bestehende Screening-Praxis verlassen kann, in Bezug auf die Identifikation von PNDA.</li> <li>• Es wurden vier Schlüsselthemen identifiziert: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wissen und Schulung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es bestehen Lücken im vorhandenen Wissen der Fachpersonen und somit ein Bedarf an Schulung (Alexandrou et al., 2018; Ashford et al., 2017; Doering et al., 2017; Edge, 2010;</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
--	--	--

		<p>Kang et al., 2019; Lees et al., 2009; Mivšek et al., 2008; Noonan et al., 2019; Rollans et al., 2013; Rush, 2012, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angemessene Kenntnisse und Schulungen sind für das Screening wichtig (Alexandrou et al., 2018; Almond and Lathlean, 2011; Ashford et al., 2017; Bina et al., 2019; Doering et al., 2017; Edge, 2010; Kang et al., 2019; Lees et al., 2009; Mivšek et al., 2008; Noonan et al., 2019; Rollans et al., 2013; Rush, 2012; Skoog et al., 2017; Tammentie et al., 2013; Vik et al., 2009, zitiert nach Arefadib et al,2021).</li> <li>▪ Besonderer Bedarf besteht bei den Schulungen zur PPA. (Ashford et al.,2017, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> <li>▪ Es zeigt sich ein Mangel an adäquatem Wissen und Training in Bezug auf ethnische Minderheitsgruppen (Almond and Lathlean, 2011; Baldwin and Griffiths, 2009; Edge, 2010; Noonan et al., 2019; Skoog et al., 2017, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> </ul> <p>○ Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Beziehung zwischen der Wöchnerin und der Fachperson ist ein wichtiger Faktor für ein effektives Screening (Mütter legen Symptome und/oder Risikofaktoren offen) (Baldwin and Grif- fiths, 2009; Chew-Graham et al., 2008; Edge, 2010; Mivšek et al., 2008; Noonan et al., 2019; Rollans et al., 2013; Rush, 2012; Skoog et al., 2017; Tammentie et al., 2013, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> <li>▪ Zeitmangel wirkt sich negativ auf die Beziehungsbildung aus. (Baldwin and Griffiths, 2009; Mivšek et al., 2008; Noonan et al., 2019; Rollans et al., 2013, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> <li>▪ Auch ein Unterbruch in der Betreuungskontinuität wirkt sich negativ auf die Beziehungsbildung aus (Chew-Graham et al.,2008, Mivsek et al., 2008; Rush, 2012).</li> </ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Leitlinien und Strategien <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Vorhandensein und die Einhaltung von Leit- und Richtlinien sind wichtig für eine einheitliche Screeningpraxis (Alexandrou et al., 2018; Anding et al., 2015; Baldwin and Griffiths, 2009; Edge, 2010; Lees et al., 2009; Rollans et al., 2013, zitiert nach Arefadib et al.,2021).</li> <li>▪ Fehlende Leitlinien führen zu einer Reduktion auf das klinische Urteil (Alexandrou et al.,2018, zitiert nach Arefadib et al.,2021).</li> <li>▪ 50% der Mütter mit PDD bleiben unerkannt, wenn kein systematisches Screening stattfindet (Anding et al., 2015, zitiert nach Arefadib et al.,2021).</li> <li>▪ Zahlreiche Fachpersonen halten sich nicht an vorhandene Leitlinien und haben eine inkonsistente Screeningpraxis (Baldwin and Griffiths, 2009; Edge, 2010; Lees et al., 2009; Rollans et al., 2013, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> </ul> </li> <li>○ Verwendung eines validierten Instrumentes vs. Individuelles Urteil <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Rahmen des individuellen Urteils beobachten die Fachpersonen die Mutter-Kind-Interaktion, die Aufmerksamkeit für nonverbale Kommunikation und das stetige Wachstum des Kindes (Alexandrou et al., 2018; Baldwin and Grif- fiths, 2009; Rollans et al.; 2013; Tammentie et al., 2013, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> <li>▪ Einige Fachpersonen ziehen das individuelle Urteil einem Screening-Instrument vor (Alexandrou et al., 2018; Baldwin and Griffiths, 2009; Chew-Graham et al., 2009; Edge, 2010, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> <li>▪ Aufgrund mangelnden Vertrauens und mangelnder Kompetenz bei der Erkennung von PPD ist dies problematisch (Edge,2010, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> </ul> </li> </ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oft wird auch ein standardisiertes Screening-Instrument zusätzlich zur Intuition verwendet und so auch gefährdete Mütter mit niedrigen EPDS-Werten identifiziert (Ben- David et al., 2017; Borglin et al., 2015; Glavin et al., 2010; Rollans et al., 2013; Rush, 2012; Skoog et al., 2017, zitiert nach Arefadib et al.,2021).</li> <li>▪ Zentral für den Implementierungsprozess von Screeninginstrumenten ist der Respekt vor der Erfahrung und dem individuellen Urteil der Fachpersonen und auch die klinische Supervision, (Ben-David et al., 2017; Vik et al., 2009, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> <li>• <b><u>Einstellung zum EPDS</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der EPDS wird als wertvolles Beurteilungsinstrument angesehen (Ben-David et al., 2017; Borglin et al., 2015; Doering et al., 2017; Glavin et al., 2010; Rush, 2012; Skoog et al., 2017, zitiert nach Arefadib et al.,2021) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der EPDS dient als Türöffner und hilft, den Dialog über PNDA zu beginnen (Doering et al., 2017; Rush, 2012, Glavin et al.,2010, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> <li>▪ Der Fragebogen ermöglicht den Fokus auf die Mutter und ihre Gefühle zu legen (statt wie oft auf das Kind) (Borglin et al., 2015; Doering et al., 2017; Rollans et al., 2013; Vik et al., 2009); einfache Handhabung und Auswertung (Borglin et al., 2015; Glavin et al., 2010, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> <li>▪ Die Anwendung und Auswertung des EPDS wird als einfach erlebt (Glavin et al., 2010, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> <li>▪ Die Verwendung des EPDs stärkt das Kompetenzgefühl und wirkt sich positiv auf die Zusammenarbeit mit den Müttern aus (Borglin et al., 2015; Glavin et al., 2010; Vik et al., 2009, zitiert nach Arefadib et al.,2021).</li> </ul> </li> <li>○ Der EPDS hat kulturelle und sprachliche Einschränkungen</li> </ul> </li> </ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wöchnerinnen mit Migrationshintergrund haben trotz Dolmetschern Schwierigkeiten mit dem Ausfüllen des EPDS (Glavin et al., 2010; Rollans et al., 2013; Skoog et al., 2017, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> <li>▪ Der EPDS ist nicht in allen Sprachen verfügbar, was eine Herausforderung darstellt im Screening von fremdsprachigen Müttern (Doering et al., 2017; Skoog et al., 2017, zitiert nach Arefadib et al.,2021).</li> <li>▪ Das Bildungsniveau der Mutter beeinflusst die Fähigkeit, den EPDS auszufüllen (Rollans et al., 2013; Skoog et al., 2017, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> <li>▪ Sprachliche und kulturelle Einschränkungen treten auch bei Müttern, welche den EPDS in ihrer Muttersprache ausfüllen, auf (Ben-David et al., 2017; Doering et al., 2017, zitiert nach Arefadib et al., 2021)</li> <li>▪ Insbesondere die Frage sechs des englischen EPDS-Bogens («Things have been getting on top of me») ist problematisch (Ben-David et al., 2017; Doering et al., 2017, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> <li>▪ Die Frage nach grundloser Angst oder Besorgnis übersieht den sozioökonomischen Kontext, da Frauen mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten dieser nicht zustimmen, da sie ihre Ängste als begründet ansehen (Ben-David et al., 2017, zitiert nach Arefadib et al.,2021)</li> </ul> <p>2. Hauptthema: <b>Faktoren, die den Umgang mit PPD und PPÄ beeinflussen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verfügbarkeit formaler Betreuungswege</li> <li>• Überweisungsmöglichkeiten</li> <li>• Wissen und Vertrauen</li> <li>• Zusammenarbeit mehrerer Stellen</li> </ul>
--	--	---

	<p>Weitere Themen im Ergebnisteil</p>	<p>Verteilung pro Jahr meist gleichmässig</p> <p>Häufigstes Studiensetting: Vereinigtes Königreich, USA,</p> <p>qualitatives Design: 15 / quantitativ-deskriptiv: 4, mixed-methods: 2, nicht-randomisierte quasi experimentelle: 1</p> <p><b>Die meisten Studien beziehen sich auf Bewertung und/oder Behandlung von PND (17 Studien) (PNDA-Fokus bei 4 Studien und PNA bei 1 Studie)</b></p> <p>17/22 Studien machen eine Aussage zu Screening-Effizienz und Einstellung gegenüber dem EPDS</p> <p>Bewertung der Studienqualität: Bewertung anhand der MMAT-Kriterien (Hong et al., 2018). Insgesamt weisen die Studien eine gute methodische Qualität auf. (16 von 22 Studien erzielten einen Wert von 80-100%)</p>
<p><b>Diskussion</b></p>	<p>Schlussfolgerungen</p>	<p>Gesundheitsfachpersonen für Mütter und Kinder schätzen und sehen ihre zentrale Rolle bei der Erkennung und Unterstützung. Es gibt zahlreiche und oft gleichzeitig auftretende Hindernisse. Bestimmte individuelle und organisatorische Faktoren führen jedoch dazu, dass dies in der Praxis noch nicht umfassend umgesetzt wird.</p> <p>Lücken im Wissen und Fähigkeiten und im Vertrauen der Gesundheitsfachpersonen in Bezug auf ein effektives Screening und Management.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faktoren, die sich in der Praxis und der Organisation auf Umsetzung und Akzeptanz auswirken:</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitmangel</li> <li>• Mangelndes Bewusstsein für Leitlinien</li> <li>• Mangel an angemessenen Überweisungsmöglichkeiten</li> <li>• Mangel an klar definierten Betreuungspfaden</li> <li>• Organisatorische Barrieren <ul style="list-style-type: none"> <li>→ verhindern Betreuungskontinuität</li> <li>→ verhindern Aufbau vertrauensvoller Beziehungen</li> </ul> </li> <li>• Weit verbreiteter Mangel an Fort- und Weiterbildungen</li> </ul> <p>Es ergaben sich zwei übergreifende Themen: eines bezog sich auf die Screening-Praxis und das andere auf Faktoren, die die Fähigkeit von MCHNs zum Umgang mit PNDA.</p> <p>Es handelt sich um die erste Untersuchung in dieser Art. (Screening, Nachsorge, Management durch Mütterberatungsstellen in Gemeinden).</p> <p>Das Review zeigt auf</p> <p>Stärken und Grenzen der bestehenden Praxis</p> <p>Erforderliche Faktoren für ein universelles, wirksames Screening</p> <p>Erforderliche Faktoren für angemessene Behandlung</p> <p>Für postnatale Ängste besteht ein grosses Defizit in der Identifizierung. Der Fokus der betrachteten Studien, der gängigen Leitlinien, der Ausbildungsinhalte und der verfügbaren Screeningtools liegt auf den postpartalen Depressionen.</p>
--	--	---



		<p>Die MCHNs glauben, dass das Screening auf PNDA in integralem Bestandteil ihrer Rolle ist, führen dieses aber trotzdem noch nicht routinemässig durch.</p> <p>Es gibt Hinweise, dass Schulungen die Screening-Kompetenz verbessern können. Unzureichende Schulung kann zu einer Stigmatisierung und negativen Wahrnehmung psychischer Erkrankungen führen und die Qualität der Versorgung beeinträchtigen. (Legere et. Al, 2017).</p> <p>Obwohl es so viele Belege für die Wichtigkeit und den Nutzen von PNDA-Screenings und Behandlung gibt, wurde herausgefunden, dass es an ausreichender Ausbildung, Wissen und Vertrauen mangelt. Dies wurde in einem anderen Review (Coates und Foureur, 2019) auch in Bezug auf allgemein psychische Erkrankungen herausgefunden.</p> <p>Es wurden zudem begrenzte Möglichkeiten zur Weiterbildung im Bereich der perinatalen psychischen Gesundheit herausgefunden. (Legere et al., 2017)</p> <p>In dieser Studie wurde herausgefunden, dass dies besonders im Zusammenhang mit ethnischen Minderheitengruppen der Fall war. Dabei spielten auch die Einschränkungen des EPDS noch verschärft. Entsprechend gibt es auch Auswirkungen auf die Screeninghäufigkeit- und Qualität. Es fehlten Ausbildungsinhalte zu kultureller Kompetenz und die besonderen Bedürfnisse und Herausforderungen von Müttern aus ethnischen Minderheiten. Die Studie von Redshaw und Henderson, 2016) ergab, dass Mütter aus ethnischen Minderheiten im Vergleich seltener auf PNDA untersucht werden. So wird ihnen seltener eine Behandlung angeboten und die Wahrscheinlichkeit an PNDA zu erkranken ist höher.</p> <p>In den untersuchten Studien zeigte sich, dass einige Dienste zwar über Organisationsrichtlinien zur erleichterten gerechten Leistungserbringung verfügten, es aber keine offiziellen Strategien zur Bewertung dieser Fortschritte bei der Erreichung dieses Ziels gab.</p>
--	--	---

		<p>Hinsichtlich der Bedenken bei der Wirksamkeit des EPDS wird die Nutzung des klinischen Urteils als besonders wichtig bei der Beurteilung von Müttern aus ethnischen Minderheiten beschrieben. (Skoog et al., 2017). So wird neben den Screeninginstrumenten auch die Anwendung vom professionellen Urteil gefordert. (Austin et al., 2017).</p> <p>In diesem Review konnte eine Inkonsistenz in der Screening-Praxis, durch oftmals nicht eingehaltene Leitlinien und eine ausschliessliche oder primäre Beurteilung nach klinischer Einschätzung.</p> <p>Es wird bestätigt, dass durch Screeningtools wie den EPDS die Erkennungsraten, die Reaktionsfähigkeit der Fachpersonen und die Screeninghäufigkeit verbessert werden.</p> <p>Die Gründe für die Nichtanwendung von Screeningtools trotz Leitlinien sind: negative Wahrnehmung vom Instrument und mangelndes Bewusstsein für die Tools. Angemessene Schulung zur Anwendung unter der Berücksichtigung des klinischen Urteilsvermögens und die klinische Überwachung sind von zentraler Bedeutung für die Akzeptanz des EPDS und seiner routinemässigen Anwendung.</p> <p>Bezug auf 2. Thema (Hauptergebnisse)</p> <p>Für die Sinnhaftigkeit des Screenings ist es notwendig, dass eine angemessene und entsprechende Betreuung bei Bedarf gewährleistet werden kann.</p> <p>Die Hindernisse dafür sind der fehlende Zugang zu geeigneten Überweisungsmöglichkeiten, verstärkt durch den Mangel an Kontinuität in der Versorgung und einem koordinierten Ansatz zwischen den Einrichtungen. Kontinuität der Pflege schafft Bedingungen und Beziehungen für eine nahtlose Interaktion zwischen Anbietern und interdisziplinärem Team. (WHO, 2018). Die Aus- und Weiterbildung stärken das Wissen und die Kompetenzen und bereiten auf eine</p>
--	--	--

		interdisziplinäre Praxis vor und wird deshalb als was als Schlüsselpriorität gesehen. Die Studie ergab allerdings einen unzureichenden Zugang zu Schulungen. Dies liegt nicht an mangelnder Motivation.
	Empfehlungen für die Praxis	<p>Es bedarf einer kontinuierlichen Weiterbildung, um die Defizite der Gesundheitsfachpersonen zu beheben.</p> <p>Die Inhalte sollten PND und PNA gleichermassen abdecken.</p> <p>Zudem sollte entsprechend den besonderen Bedürfnissen von Müttern aus ethnischen Minderheiten geschult werden.</p> <p>Die Fachpersonen sollen über den einzigartigen Kontext, die Bedürfnisse und Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten und geeigneter Überweisungswege in ihrer Gemeinschaft verfügen.</p> <p>Für die Betreuung ist ein koordinierter und multidisziplinärer Ansatz verfolgt, mit individuellen und gemeinsamen Verantwortungsbereichen.</p> <p>Staatliche und organisatorische Massnahmen müssen evidenzbasiert sein.</p> <p>Die Politik soll Strategien für die Umsetzung der Evidenz in der täglichen Praxis formulieren.</p> <p>Diese sollten Möglichkeiten zur Überprüfung und Bewertung der Fortschritte enthalten.</p>
	Limitationen	<p><b>Stärken:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Überprüfung ist systematisch, transparent und replizierbar.</li> <li>• Ein- und Ausschlusskriterien wurden unter Verwendung der PICO-Methode angewandt.</li> <li>• Hohe Inter-Rater-Reliabilität</li> </ul> <p><b>Schwächen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzung auf englische Artikel</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausschluss von grauer Literatur</li> <li>• Eingeschränkte Vielfalt in Publikationsstichprobe / begrenzte Perspektive: Meiste Studien in Ländern mit hohem Einkommen</li> <li>• Begrenzte Aussagekraft für PNA</li> </ul>
--	--	---

Higgins et al. (2017)

<b>Einleitung</b>	Phänomen	<p><b>Relevanz Hebammen/Pflegefachpersonen:</b></p> <p>Hebammen und Pflegefachpersonen (=Fachpersonen) in der Primärversorgung sind in einer guten Position, um psychische Probleme frühzeitig zu erkennen. Sie können somit ideal Notlagen durch Überweisungen an geeignete Dienste verbessern. (<i>WHO</i>)</p> <p>Es gibt Hinweise darauf, dass sie Hemmungen haben, über solche mit Frauen in der Schwangerschaft, der postpartalen Phase zu sprechen und die psychische Gesundheit in ihren Tätigkeitsbereich einzubeziehen.</p> <p>Perinatale Probleme scheinen nach wie vor oft unerkannt und nicht diagnostiziert zu bleiben, sodass viele Frauen ohne die erforderliche Unterstützung auskommen müssen.</p> <p>Es ist deshalb wichtig die Gründe (Hindernisse) dafür. zu ermitteln.</p> <p><b>Weiterführendes Ziel; (Begründung)</b></p> <p>Die Identifizierung von Hindernissen für den Einbezug von psychischer Gesundheit hat das Potenzial, die Fähigkeiten zu verbessern, relevante und zielgerichtete Interventionen zu entwickeln.</p> <p>Die Ergebnisse sind relevant, weil sie aufzeigen, dass die Barrieren im organisatorischen Bereich (Dienstleistungen, Versorgungspfade, Arbeitsbelastungen, Schaffen von Privatsphäre, Bereitstellen von</p>
-------------------	----------	---

		<p>Entscheidungshilfen) angegangen werden müssen. Es wird gezeigt, dass Schulungen notwendig sind, um die Fähigkeiten und Kenntnisse in der kulturellen Kompetenz entsprechend ihrer Notwendigkeit zu fördern.</p> <p>Die meisten Studien sind qualitativ mit eher kleinen Stichprobengrößen. =&gt; Aufschluss auf relative Bedeutung für die Praktiker ist gering.</p> <p>Laut Damschroder (2009) scheitern 2/3 der Bemühungen von Organisationen, Veränderungen in die Praxis zu implementieren.</p> <p>Die Forschung zur Identifizierung von Barrieren aus einer Implementierungsperspektive ist deshalb sehr wichtig. (<i>Bauer et al., 2014; May et al., 2007</i>)</p> <p>Die Identifizierung von Barrieren führt zum Verständnis von Herausforderungen bei der Umsetzung und quantifiziert auch die wahrgenommene Bedeutung und verbessert somit die Fähigkeiten, Interventionen zu entwerfen, die relevant und praxisorientiert sind. (<i>McEvoy, 2014</i>)</p> <p><b>Prävalenz:</b></p> <p>15-25% der Frauen entwickeln in der Perinatalperiode ein psychisches Problem. (<i>NICE, 2014</i>).</p> <p>15% der Gebärenden in Irland haben in der Perinatalperiode irgendeine Form von psychischen Problemen gehabt. (vorsichtige Schätzungen, Quelle?)</p> <p><b>Konsequenzen der PPD:</b></p> <p>Als Konsequenz werden schlechte gesundheitliche Ergebnisse für die Familie (Kind, Mutter, Partner oder Partnerin), hohe wirtschaftlichen Kosten und entsprechend ein bedeutendes Problem für die öffentliche Gesundheit anhand verschiedener Quellen angegeben.</p>
--	--	---

		<p>Es besteht die Gefahr des Wiederauftretens bestehender psychischer Probleme, der Entwicklung neuer Probleme und eines erhöhten Suizidrisikos. (<i>Oates und Cantwell, 2011</i>)</p> <p><b>Vorgehen/Massnahmen:</b></p> <p>Das Departement of Health hat 2016 in Irland die Bereitstellung von psychologischer und psychosozialer Unterstützung für Mütter, Kinder und Familien in der Perinatalperiode als wichtiges nationales Ziel definiert auch in anderen Ländern gewinnt dies zunehmend an Wichtigkeit. Zusätzlich wurde eine nationale Mutterschaftsstrategie entwickelt, welche die Bedeutung der Identifizierung und Unterstützung von Frauen, bei denen das Risiko eines psychischen Problems in der Perinatalperiode besteht, unterstreicht.</p> <p>NICE (2014) empfiehlt, dass mit allen Frauen beim ersten Kontakt in der Schwangerschaft und der frühen postpartalen Phase ein allgemeines Gespräch über die psychische Gesundheit geführt wird und bei jeder Begegnung Fragen zur psychischen Gesundheit und Wohlbefinden gestellt werden.</p> <p>Die Studie ist Teil eines grösseren «Mind mothers»-Projektes. Dieses konzentriert sich auf die Erforschung des Wissens, der Kompetenz und der Praxis von Fachpersonen in Bezug auf perinatale psychische Probleme.</p> <p><b>Bisherige herausgefundene Barrieren/ Forschungslage:</b></p> <p>Bisherige qualitative Studien (<i>Agapidaki et al., 2014; McLachlan, Forster, Collins, Gunn, &amp; Hegarty, 2011; Ross-Davie, Elliott, Sarkar, &amp; Green, 2006</i>) zeigen, dass die meisten Fachpersonen sind sich ihrer Verantwortung und ihrer Beteiligung bewusst, einige zögern jedoch in der Umsetzung.</p>
--	--	--

		<p><u>Patientenebene:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kulturelle Barrieren</li> <li>• Stigmatisierung / Sorge, beurteilt zu werden</li> </ul> <p><u>Ebene Leistungserbringer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlende Ressourcen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine klaren Versorgungspfade, Unterstützungsangebote und Dienstleistungen -&gt; Fachpersonen wissen nicht über Verfügbarkeit Bescheid</li> </ul> </li> <li>• Mangelndes Wissen</li> <li>• Befragung zur psychischen Gesundheit werden als nicht zielführend erlebt und erhöhen ohnehin hohe Arbeitsbelastung</li> <li>• Fehlende Fähigkeiten und Selbstvertrauen, um perinatale Depressionen zu beurteilen oder behandeln / Geringe wahrgenommene Fähigkeit zur Reaktion auf psychische Probleme und entsprechend mit angemessener Versorgung zu reagieren <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Persönliches Unbehagen in Bezug auf sensible Themen wie Selbstverletzung, Suizid, sexueller Missbrauch</li> <li>○ Ansicht, dass gewisse Themen zu konfrontativ und direkt sind, um Frauen direkt anzusprechen</li> <li>○ Geringe wahrgenommene Fähigkeit resultiert in weniger Engagement (in Bezug auf psychische Probleme)</li> </ul> </li> <li>• Eindruck, dass man zuerst eine langfristige Beziehung aufbauen muss</li> </ul>
--	--	---

		<p><u>Systemebene:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eingeschränkter Zugang zu psychosozialer Versorgung und Ressourcen</li> <li>• Keine klaren Versorgungspfade, Unterstützungsangebote und Dienstleistungen -&gt; nicht da</li> <li>• Zeitmangel für Gespräche über psychische Gesundheit</li> </ul> <p><u>Barrieren bei Frauen mit Fluchthintergrund</u></p> <p>=&gt; Betreuung von Frauen mit kulturell unterschiedlichem Hintergrund wird in diversen Studien als Herausforderung genannt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelnde kulturelle Kompetenz <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mangelndes Wissen über kulturelle Unterschiede und Nuancen im Bereich der psychischen Gesundheit</li> </ul> </li> <li>• Mangelnde Kompetenz von Trauma-Screening-Instrumenten</li> <li>• Fehlende Überweisungswege</li> <li>• Zeitmangel</li> </ul>
	Forschungsfrage	<p>Inwieweit behindern persönliche, organisatorische und strukturelle Faktoren die Betreuung von Frauen mit perinatalen psychischen Problemen?</p> <p><i>(Wird nicht als Frage ausformuliert, kann aber direkt abgeleitet werden.)</i></p>
	Ziel	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untersuchung, wie Fachpersonen die Hindernisse bei der Behandlung von psychischen Problemen bei Frauen der Perinatalperiode wahrnehmen.</li> <li>2. Faktoren ermitteln, die die Praxis am stärksten beeinträchtigen.</li> <li>3. Feststellen, ob es Unterschiede im Ausmass der wahrgenommenen Barrieren gibt, die abhängig von der Gruppe der Praktiker (Hebammen vs. Pflegefachpersonen in der Primärversorgung) und des</li> </ol>



		<p>Ausbildungsstandes zu perinataler psychischer Gesundheit (denjenigen, die eine Ausbildung im Bereich der perinatalen psychischen Gesundheit absolviert haben oder nicht) gibt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung der Hindernisse, die Hebammen und Pflegefachpersonen davon abhalten, psychische Probleme bei Frauen während der Perinatalperiode anzusprechen.</li> <li>• Untersuchung und Quantifizierung der Wahrnehmungen von Fachpersonen hinsichtlich einiger Barrieren für das Besprechen von perinataler psychischer Gesundheit, um herauszufinden, welche Barrieren die grössten Auswirkungen auf die Praxis haben.</li> </ul>
<b>Methode</b>	Design	Deskriptiv, quantitativ
	Population	<p><b>Stichprobe: 809 Fachpersonen</b></p> <p>Cut-out: 28</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 54.1% Hebammen / 45.9% Pflegefachpersonen</li> <li>• 53.1% im Bereich der perinatalen psychischen Gesundheit geschult -&gt; die meisten während der Ausbildung</li> </ul> <p>Rücklaufquote: nicht berechenbar</p> <p>Demografische Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 99.8% weiblich</li> <li>• 65.7% über 40 Jahre alt</li> <li>• 51.5% seit mehr als 11 Jahren im Bereich tätig</li> <li>• Ausbildungen: 32.8% Postgraduiertendiplom, 29.1% Hochschulabschluss</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 32.6% gaben an, berufsbegleitende Schulungen zum Thema perinataler Gesundheit erhalten zu haben.</li> </ul> <p>Ziel: möglichst gesamte Stichprobe</p> <p>Rekrutierung: über Gatekeeper (Direktoren der öffentlichen Gesundheitspflege, Koordinator für Praxisentwicklung von Pflegefachpersonen). Diese versendeten eine E-Mail mit den Informationen zur Studie und dem Link zur Umfrage.</p> <p>Hebammenleitende gewährten den Zugang zu Mitarbeitenden der Dienststelle und verteilten Umfragen an potenzielle Teilnehmende, die die Einschlusskriterien erfüllten.</p> <p>Der Rückversand geschah über die Rückgabe an Pförtner und Aufstellen von versiegelten Boxen an strategisch wichtigen Stellen in Krankenhäusern.</p> <p>Zur Maximierung der Rücklaufquote wurden im Abstand von zwei Wochen Folgebriefe/Erinnerungsmails durch die Gatekeeper verschickt.</p>
Einschlusskriterien	<p>Hebammen und Pflegefachpersonen (bei Allgemeinärzten angestellt)</p> <p>In Irland registriert</p> <p>Vollzeit- oder Teilzeit in öffentlichen Entbindungseinrichtung oder Primärversorgung tätig</p>
Ausschlusskriterien	<p>Temporär angestellte Hebammen und Pflegefachpersonen</p> <p>Hebamme und Pflegefachpersonen in Ausbildung</p>
Datenerhebung	<p>809 Hebammen und Pflegefachpersonen füllten eine anonyme Umfrage in online über survey monkey oder in Papierform aus.</p> <p>Die Umfrage umfasste 26 potenzielle Hindernisse für die perinatale psychische Gesundheitsversorgung.</p> <p>Erhebungszeitraum: 2 Monate im 2016</p>

		<p>Fragebogen: selbst entwickelt durch das Forschungsteam umfasste 26 Items, bei welchen angegeben werden musste, wie sehr (in keinem Ausmass, in geringem Ausmass, in mässigem Ausmass, in grossem Ausmass) sie als Barrieren wahrgenommen werden.</p> <p>Die Items wurden nach Barriere-Ebenen aufgeteilt:</p> <p><u>Anbieter:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissen (perinatale psychische Gesundheit, perinatale Dienste, kulturelle Kompetenz)</li> <li>• Fähigkeiten (Unsicherheit beim Fragen, Reagieren auf die Offenbarung, Reden, wenn Partner/Familie anwesend ist)</li> <li>• Rollenbezogen (Autorität zur Einbeziehung, Frauen sehen es nicht als Teil ihrer Rolle)</li> <li>• Befürchtung negativer Auswirkungen auf die Frauen (Verzweiflung, Beleidigung, Stigmatisierung der Frau, erhöhtes Risiko der Selbstbeschuldigung, erhöhtes Risiko der Medikation)</li> <li>• Erhöhtes Risiko für das Baby</li> <li>• Angst vor negativen Auswirkungen auf die Arbeitsbeziehung mit Frauen</li> <li>• Überzeugungen über psychische Erkrankungen (Stigma, Tabu, erhöht den Leidensdruck)</li> </ul> <p><u>System-/ organisationsbezogen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation der Betreuung (Privatsphäre, Häufigkeit der Besuche bei der Frau, Fehlen von Verfahren zur Unterstützung von Besuchen bei alleinstehenden Frauen)</li> <li>• Ressourcen (Dienste, Betreuungspfade, unterstützende Kollegen, sachkundige Kollegen)</li> <li>• Zeit (Arbeitsbelastung, Zeit für die Frau)</li> </ul>
--	--	--

		Zusätzlich wurden demografische Daten zu den Qualifikationen, zur Ausbildung von perinatalen psychischen Problemen, zur Dauert der Tätigkeit, zum Tätigkeitsbereich (Geburtshilfe oder Primärversorgung)
	Methodologische Reflexion (Begründung des Vorgehens, Limitationen)	Selbst erstellter Fragebogen, weil in der Literatur kein geeignetes Instrument gefunden wurde. Er wurde auf der Grundlage von Erkenntnissen bestehender Forschung erstellt. Augenscheinvalidität: Rücksprache mit spezialisierten Praktikern und Experten => Feedback in Bezug auf Relevanz, Angemessenheit und Lücken eingeholt.
	Datenanalyse	Statistical Package for the Social Science (SPSS), Version 21 ( <i>IBM Corp, 2012</i> ) 1. deskriptive statistische Analyse (Häufigkeiten, Prozentsätze für Gesamtstichprobe) mit vier Kategorien (in keinem Ausmass, in geringem Ausmass, in mässigem Ausmass, in grossem Ausmass). 2. Kategorien «mässiges» und «grosses» Ausmass zusammengefasst -> Unterscheidung, welche Barrieren jede Gruppe (Hebammen vs. Pflegefachpersonen) als die grösseren Barrieren wahrnimmt. 3. Inferenzstatistiken (Kreuztabellen, Chi-Quadrat-Tests) -> statistisch signifikante Unterschiede feststellen, mit Signifikanzniveau $p=0.05$ . <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Praktikerguppen (Hebammen vs. Pflegefachpersonen)</li> <li>• Bei Ausbildungsstand zu psychischer Gesundheit</li> </ul>
	Ethik	Genehmigung durch Forschungsethikkommission der Universität und den regionalen Forschungsethikkommissionen der Gesundheitsdienste Die Informationen zur Studie wiesen auf Freiwilligkeit und Anonymität hin. Es bestand der Hinweis, dass der Studienort nicht genannt wird.

		Rücksendung des Fragebogens wurde als Einwilligung gesehen.
<b>Ergebnisse</b>	Hauptergebnisse	<p>Die meisten Hindernisse (sieben von den zehn häufigsten) sind organisations- und systembedingt. Diese waren: Hohe Arbeitsbelastung und entsprechender Zeitmangel, fehlende Versorgungswege, fehlende organisatorische Abläufe, um Frauen allein zu betreuen und dass Frauen nicht regelmässig genug gesehen werden.). Hebammen nahmen fünf dieser Probleme stärker wahr.</p> <p>Fachpersonen mit einer Ausbildung zu perinatalen psychischen Problemen sahen insbesondere den Mangel an Privatsphäre, die Arbeitsbelastung und den damit verbundenen Zeitaufwand als grössere Hindernisse an.</p> <p><b><u>Organisatorische</u></b> Hindernisse wurden am häufigsten genannt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Arbeitsbelastung führt zu Zeitmangel (76.7%)</li> <li>• Geringe Zeit, die der Frau zugestanden wird (75.1%)</li> <li>• Fehlen von Versorgungspfaden (klarer Weg zur psychischen Gesundheitsvorsorge (64.8%)</li> <li>• Frauen werden zu wenig regelmässig gesehen -&gt; Beziehungsaufbau erschwert -&gt; Gespräch «nicht» möglich (50.8%)</li> <li>• Fehlende Privatsphäre 49.3%</li> <li>• Fehlen von/ nicht verfügbare Diensten für perinatale Gesundheit (49.3%)</li> <li>• Organisationsstruktur erlaubt es nicht, Frau allein zu sehen (48%)</li> <li>• Isolation von sachkundigen Kollegen, mit denen psychosoziale Fragen besprochen werden können. (43%)</li> </ul> <p><b><u>Anbieter-Hindernisse / Praxisbedingte Hindernisse</u></b></p>

		<p>(von mehr als 50% genannt)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zu wenig Kenntnisse, um mit Frauen aus unterschiedlichen Kulturen über psychische Gesundheit zu sprechen (60.8%)</li> <li>• Zu wenig Kenntnisse, um mit Frauen allgemein über psychische Gesundheitsprobleme zu sprechen. (52.9%)</li> <li>• Fehlende Fähigkeit im Umgang mit (Reaktion auf) erkannte psychische Erkrankungen (47.7%)</li> <li>• Befürchtung, die Frauen zu verletzen oder negative Reaktionen hervorzurufen (36-43%)</li> <li>• Unbehagen aufgrund der Anwesenheit des Partners (35.4%)</li> <li>• Mangelnde Kenntnisse über den Zugang zu psychischen Gesundheitsdiensten und Unterstützungsangebote für Frauen 29.1%)</li> <li>• Gefühl, nicht befugt zu sein, psychische Probleme mit Frauen zu besprechen (28%)</li> <li>• Fehlende Unterstützung durch Kollegen oder Vorgesetzte, wenn ein psychisches Problem auftritt (23.9%)</li> <li>• Befürchtung, dass Frauen nur Medikamente erhalten, wenn sie an den Hausarzt verwiesen werden (23.2%)</li> <li>• Beziehung zu den Frauen könnte negativ beeinflusst werden (20.8%)</li> <li>• Frauen halten Hebammen/Pflegefachpersonen nicht verantwortlich für Erörterung der psychischen Gesundheit (18.1%)</li> <li>• Stigmatisierung durch Dokumentation psychischer Probleme (17.3%)</li> <li>• Ärzte betrachten psychische Gesundheit selbst als Tabuthema (12.7%)</li> <li>• Risiko einer Selbstverletzung oder Suizid oder erhöhtes Risiko für das Baby erhöhen (7.3% / 6.1%)</li> </ul>
--	--	--

	<p>Der Betreuungs- und Ausbildungskontext beeinflusst die Wahrnehmung der Hindernisse.</p> <p><b><u>Keine Unterschiede bei den Professionen:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die beiden Professionen nannten die gleichen fünf Hindernisse als am häufigsten.</li> <li>• Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede, wie Wissen und Fähigkeiten als Hindernisse wahrgenommen werden.</li> </ul> <p><b><u>Statistisch signifikante Unterschiede:</u></b></p> <p>Die hohe Arbeitsbelastung, den Zeitmangel, die fehlende Privatsphäre, nicht genug regelmässige Besuche bei den Frauen, keine organisatorische Struktur/kein Verfahren, um die Frau allein zu sehen wurden durch die Hebammen öfter angegeben. Die Hebammen befürchteten zudem eher, dass die Frauen negativ reagieren würden, verletzt oder in Bedrängnis gebracht würden.</p> <p>Hingegen empfanden mehr Pflegefachpersonen fehlende klare Wege für die Versorgung von Frauen und einen Mangel an verfügbaren Diensten als grössere Barrieren.</p> <p><b><u>Einfluss der Bildung im Bereich der psychischen Gesundheit</u></b></p> <p>Die «ausgebildeten» Fachpersonen nannten häufiger die fehlende Privatsphäre, die hohe Arbeitsbelastung und den Zeitmangel.</p> <p>Ein Mangel an verfügbaren Diensten, fehlende Versorgungspfade, Isolation von sachkundigen Kollegen, fehlende Autorität, fehlendes Wissen im Allgemeinen, fehlendes Wissen über kulturelle Unterschiede, fehlende Kenntnisse und Wissenslücke für den Zugang zu Unterstützungsdiensten für die Frau wurde von jenen ohne entsprechende Ausbildung mehr angekreuzt.</p>
--	---

<b>Diskussion</b>	Schlussfolgerungen	<p>Organisatorische und berufsbezogene Hindernisse wirken sich negativ auf die Fähigkeit der Fachpersonen aus, psychische Gesundheit in ihre Praxis einzubeziehen.</p> <p>Ebenen, auf denen Hindernisse auftreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientin</li> <li>• Fachperson</li> <li>• Gesundheitsteam</li> <li>• Gesundheitsorganisation</li> <li>• Weiteres Umfeld</li> </ul> <p><b><u>Zusammenspiel der Faktoren hoher Arbeitsbelastung, Zeitmangel und Beziehung:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In der Literatur werden negative Auswirkungen von hoher Arbeitsbelastung und folglich Zeitmangel auf den Aufbau einer Beziehung beschrieben. (<i>Elliott, Ross-Davie, Sarkar, &amp; Green, 2007; Jones et al., 2012; Ross-Davie et al., 2006</i>)</li> <li>• <u>Wochenbettstationen</u>; bieten laut Studien ein besonders herausforderndes Umfeld, da die Frauen das stark frequentierte System schnell durchlaufen. Edge, 2010</li> <li>• <u>Schwangerschaftsbetreuung</u>; Hebammen müssen in kurzer Zeit viel erledigen. (<i>Red Shaw &amp; Henderson, 2016</i>)</li> <li>• Fragen zur psychischen Gesundheit werden vermieden, wenn man keine Zeit hat, die Antwort zu hören und sich damit auseinanderzusetzen. (<i>Borglin et al., 2015</i>)</li> <li>• Frauen zu wenig häufig gesehen -&gt; Aufbau von Beziehungen dadurch behindert</li> </ul>
-------------------	--------------------	--



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Kontinuität in der Betreuung fördert die Offenlegung von Problemen gegenüber Fachpersonen (Stanley, Borthwick, &amp; Macleod, 2006) / Fachpersonen haben das Gefühl, die Frauen zuerst über einen längeren Zeitpunkt betreuen zu müssen, bevor sie mit ihnen über die psychische Gesundheit sprechen können</li> </ul> <p><b>Problem</b></p> <p>=&gt; Dies kann als «Ausrede» missbraucht werden, um psychische Probleme nicht anzusprechen =&gt; zirkuläres Aufrechterhalten des Schweigens über psychische Gesundheit =&gt; nächste Generation wird gleich sozialisiert und übernimmt dies.</p> <p><b><u>Fehlen klar definierter Versorgungspfade und die Verfügbarkeit von entsprechenden Diensten:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn die Dienste nicht vorhanden sind, die Fachpersonen nicht davon wissen oder kein Vertrauen in die Überweisungssysteme haben, werden Gespräche zur psychischen Gesundheit eher vermieden. (<i>Jomeen et al., 2013; Almond &amp; Lathlean, 2011; Jomeen et al., 2013; Red-shaw &amp; Henderson, 2016</i>)</li> <li>• Bei einem Mangel an verfügbaren Diensten, sind die Frauen eher von den Hebammen und Pflegefachpersonen abhängig und erhöhen die <b>Arbeitsbelastung</b> weiter.</li> <li>• Dominanz biomedizinischer Ansätze (Fachpersonen haben Angst, dass Hausärzte nur Medikamente verschreiben)</li> <li>• Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen wurden als ausreichend wahrgenommen.</li> </ul> <p><b><u>Hindernisse beim Anbieter:</u></b></p> <p><b>Mangel an Wissen</b> und <b>fehlendes Vertrauen in eigene Reaktionsfähigkeit</b> scheinen vor allem bei Fachpersonen ohne Ausbildung in diesem Bereich besondere Hindernisse zu sein.</p>
--	--	--

		<p><b><u>Persönliches Unbehagen</u></b></p> <p><b>Ängste vor den Reaktionen der Frauen</b> schienen vor allem für Hebammen gross zu sein. Dies könnte auf die mangelnde Ausbildung in diesem Bereich zurückzuführen zu sein. =&gt; Hebammen sollten Sicherheit, Vertrauen und Kompetenz entwickeln, um proaktiv mit den Frauen ins Gespräch zu gehen</p> <p><b><u>Angst vor Stigmatisierung</u></b> (Hindernisse bei der Patientin und Fachperson) (Higgins et al., 2016)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst, als unfähige Mutter abgestempelt zu werden.</li> <li>• Angst, das Sorgerecht zu verlieren.</li> <li>• Werden bei Frauen aus ethnischen Hintergründen verstärkt wahrgenommen (<i>Keefe, Brownstein-Evans, &amp; Rouland-Polmanteer, 2016</i>)</li> <li>• Kleine Anzahl der Fachpersonen hatte Angst, dass die Dokumentation zur Stigmatisierung der Frau führen könnte.</li> </ul> <p>=&gt; Dokumentation ist extrem wichtig -&gt; Dies muss in der Ausbildung thematisiert werden.</p> <p><b><u>Privatsphäre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vor allem Hebammen äusserten Probleme, mit den Frauen allein zu sein/ zu sprechen.</li> </ul> <p>=&gt; Entwicklung von Strategien dagegen entwickelt werden.</p> <p><b><u>Schulungen:</u></b></p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sie haben das Potenzial, die herausgefundenen Defizite zu beheben. (<i>Elliott et al., 2007; Higgins, Tuohy, Murphy, &amp; Begley, 2016; Legere et al., 2017; McLachlan et al., 2011</i>).</li> <li>• Problem: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Viele Fachkräfte haben keinen Zugang zu angemessenen Schulungen. (<i>Agapidaki et al., 2014; Mollart, Newing, &amp; Foureur, 2009; Redshaw &amp; Henderson, 2016</i>)</li> <li>○ Fokus auf Depressionen bei bestehenden Schulungen (<i>Almond &amp; Lathlean, 2011; Jomeen et al., 2013</i>)</li> <li>○ Bisherige Schulungen zu postpartalen Depressionen haben keine Inhalte zu kulturellen Unterschieden (<i>Almond und Lathlean, 2011</i>)</li> </ul> </li> <li>• Es gibt wenig Belege für wirksame Bildungsstrategien zur Kompetenzsteigerung von Fachkräften</li> </ul> <p><b>Anforderungen an die Schulungen:</b></p> <p>=&gt; Erarbeitung von Strategien, z.B. durch Rollenspiele, Videoarbeit: innerhalb von kurzer Zeit/ während der ersten Begegnung mit der Frau heikle Themen aufgreifen und logisch und zielgerichtet erklären.</p> <p>=&gt; <b>Befürchtung Frauen zu verletzen oder Bedrängen</b> nehmen, stattdessen offenes Ohr zeigen und Möglichkeit anbieten, dass sie zu diesem oder späteren Zeitpunkt über Probleme sprechen können.</p> <p>=&gt; Klarer Bedarf an mehr kultureller Kompetenz, Umgang mit Frauen mit unterschiedlichen Hintergründen</p> <p><b><u>Betreuung von Frauen mit kulturell unterschiedlichen Hintergründen:</u></b></p> <p>(<i>Almond &amp; Lathlean, 2011; Baldwin &amp; Griffiths, 2009; Borglin et al., 2015; Edge, 2010; Nithianandan et al., 2016</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterschiedliche Erwartungen der Mütter</li> </ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bisherige Schulungen zu postpartalen Depressionen haben keine Inhalte zu kulturellen Unterschieden (Almond und Lathlean, 2011)</li> <li>• Nichtverfügbarkeit von kulturell sensiblen Bewertungsinstrumenten -&gt; Bedarf an kulturspezifischen, validierten Instrumenten</li> <li>• Bedenken hinsichtlich Sprachbarrieren</li> <li>• Zugang zu qualifizierten Dolmetschern eingeschränkt</li> <li>• Angst vor Stigmatisierung noch grösser ((Keefe, Brownstein-Evans, &amp; Rouland-Polmanteer, 2016)</li> <li>• Weltweite Modelle und Theorien zur Beschreibung von psychischer Gesundheit und Krankheit, die sozial und kulturell verankert sind, sind vorhanden (Mental Health Reform, 2016)</li> <li>• Klarer Bedarf an mehr kultureller Kompetenz, Umgang mit Frauen mit unterschiedlichen Hintergründen / Mangel an Wissen und Verständnis</li> </ul> <p>=&gt; Fachpersonen müssen wissen, wie sich der soziale und kulturelle Kontext auf die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, Hilfe zu suchen und psychische Probleme zu besprechen, auswirkt.</p> <p>=&gt; Unterschiedliche gesellschaftliche und kulturelle Normen für die Inanspruchnahme von Hilfe (Higgins, Carroll, Gill, et al., 2017)</p> <p>=&gt; Bedarf an kultursensiblen Informationen zur psychischen Gesundheit</p> <p><b><u>Psychische Gesundheit als Tabuthema und Risikoerhöhung für Familien</u></b></p> <p>Nur wenige Fachpersonen waren dieser Ansicht, was als sehr positiv angesehen wird.</p> <p>Einordnung in bestehende Forschung: Bisherige Studien zeigen mögliche Hindernisse auf. Diese ist die erste grosse quantitative Studie, welche die Hindernisse für Fachpersonen untersucht. Sie liefert</p>
--	--	--

		wichtige Anhaltspunkte für die Priorisierung von Massnahmen zur Verbesserung der Versorgung im Bereich der perinatalen psychischen Gesundheit.
	Empfehlungen für die Praxis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategieentwicklung, um system- und praxisbezogene Hindernisse zu beseitigen</li> <li>• Entwicklung von Diensten und Versorgungspfaden <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erhöhung von Diensten für perinatale psychische Gesundheit</li> <li>○ Bereitstellen von Standardarbeitsanweisungen</li> </ul> </li> <li>• Bereitstellung von Anleitungen und Schulungen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insbesondere auf kultursensiblen Schulungen</li> <li>○ Ausbilder müssen die Ängste der Fachpersonen in der Praxis einbeziehen</li> </ul> </li> </ul> <p>=&gt; Ziel: Fachkräfte unterstützen den Problemen mit Vertrauen und Kompetenz zu begegnen.</p>

## Anhang C: Kritische Würdigungen der Studien

### Würdigung der Studie Vik et al. (2021) nach Letts et al. (2007)

<b>Einleitung</b>	Das Ziel wird klar formuliert. Die Fragestellung ist nicht genau genannt, lässt sich jedoch aus dem Kontext herleiten. Die Relevanz der Studie wird mit Prävalenzen und negativen Folgen der postpartalen Depression erklärt. Über die Erfahrungen der Gesundheitsfachpersonen mit dem EPDS ist wenig bekannt, wodurch sich die Forschungslücke begründen lässt. Der Fragebogen wird erklärt und die Validität bestätigt sowie Einschränkungen genannt.
<b>Methode</b>	Das Studiendesign ist begründet und nachvollziehbar. Die Repräsentativität der Daten ist fraglich, da nur eine Klinik berücksichtigt wird. Zudem fand keine theoretische Sättigung statt. Es finden sich keine Informationen zum Inhalt, der Struktur und dem Umfeld des Interviews. Die Ein- und Ausschlusskriterien zum Sampling werden nicht genannt. Bis auf den Beruf und die Erfahrung fehlen detaillierte Informationen zu den Teilnehmenden. Die Zustimmung der Teilnehmenden wird schriftlich eingeholt und die ethische Grundlage zur Forschung ist gegeben. Eine mögliche Verzerrung der Daten kann durch den persönlichen Bezug der Teilnehmenden zu den Forscherinnen und die Rekrutierung durch den Direktor der Institution, in welcher alle Teilnehmenden tätig sind, vorhanden sein. Vik et al. (2021) beschreiben den Prozess der Datenanalyse ausführlich. Das Vorhandensein eigener Annahmen und die Beziehungen zu den Teilnehmenden werden genannt. Es findet sich eine übersichtliche Beschreibung zum methodischen Vorgehen der Datengewinnung via Audio- und Videoaufnahmen sowie Transkription.
<b>Ergebnisse</b>	Die qualitative Auswertung der Ergebnisse ist nachvollziehbar. Hauptergebnisse werden mit passenden Zitaten bestärkt. Alle Haupt- und Subthemen werden beschrieben. Die Ergebnisse sind konsistent mit dem definierten Ziel. Eine mögliche Verzerrung der Daten ist nicht auszuschliessen, da die Teilnehmenden auffallend viel Positives nennen. Ein möglicher Grund könnte sein, dass die Teilnehmenden einen guten Eindruck hinterlassen wollten. Zudem haben sie als Klinik lange an der routinemässigen Umsetzung des EPDS gearbeitet.
<b>Diskussion</b>	Die Themen in der Diskussion sind kongruent mit den gewonnenen Ergebnissen. Die Ergebnisse werden auf verschiedenen Ebenen diskutiert sowie Rückschlüsse zum untersuchten Phänomen gezogen. In der Diskussion wird zusätzliche Literatur zum Vergleich hinzugezogen. Es ist abgrenzbar, welche Interpretationen zu den

	<p>Forscherinnen und welche zu bereits vorhandener Literatur gehören. Stärken, Schwächen sowie Limitationen werden realistisch genannt. Die eigene Position im gesamten Forschungsprozess wird erneut reflektiert und nachvollziehbar dargelegt. Für zukünftige Recherche werden Anhaltspunkte aufgezeigt. Das Ziel wird somit umfänglich erreicht und die Forschungsfrage beantwortet.</p>
--	---

#### Einschätzung der Güte nach Y. Lincoln und E. Guba (1985)

	Erfüllt	Nicht erfüllt
<b>Credibility</b> (Glaubwürdigkeit)	<p>Mögliche Verzerrungen durch die eigenen Haltungen und Beziehungen zu den Teilnehmenden werden durch die Forschenden erläutert.</p> <p>Die Datenanalyse wurde den Teilnehmenden zur Prüfung vorgelegt.</p> <p>Die Teilnehmenden erhalten die Ergebnisse zur Überprüfung.</p>	<p>Es fehlt eine Triangulation.</p> <p>Durch die fehlende Beschreibung des Partizipationsausmasses durch die Forschende während dem Interview ist ein Bias möglich.</p>
<b>Transferability</b> (Übertragbarkeit der Ergebnisse)	<p>Da keine theoretische Sättigung stattfand und nur eine einzige Institution berücksichtigt wurde, muss mit Verzerrungen gerechnet werden.</p> <p>Die Grösse des Sampling ist für den gewählten Ansatz ausreichend.</p>	<p>Es fehlen Informationen zu den Teilnehmenden.</p> <p>Die Rekrutierung der Stichprobe wird nur oberflächlich erläutert.</p>
<b>Dependability</b> (Zuverlässigkeit in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit)	<p>Das methodische Vorgehen ist nachvollziehbar.</p> <p>Die Datenerhebung und Analyse werden verständlich beschrieben.</p>	<p>Die Ein- und Ausschlusskriterien werden nicht genannt.</p>
<b>Confirmability</b> (Bestätigbarkeit)	<p>Alle Aussagen und Ergebnisse werden mittels Zitate belegt. Die Autorinnen reflektieren sich mehrmals und legen die Ergebnisse den Teilnehmenden offen auf.</p>	<p>Es wurden keine externen Forscher in der Untersuchung miteinbezogen</p>

## Würdigung der Studie von Langvik et al. (2020) nach Letts et al. (2007)

<b>Einleitung</b>	<p>Das Ziel und die Fragestellung werden klar formuliert. Die Relevanz der Studie wird mit Prävalenzen und negativen Folgen der postpartalen Depression erklärt. Langvik et al., (2020) nennen bereits durchgeführte Studien und Ergebnisse und definieren somit die Forschungslücke der Wahrnehmungen der Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit dem EPDS.</p>
<b>Methode</b>	<p>Das Studiendesign ist begründet und nachvollziehbar. Neben Studiendesign wird auch das Setting und die Rekrutierung klar beschrieben sowie Ein – und Ausschlusskriterien genannt. Die Forschung wurde durch das ethische Komitee genehmigt und schriftliche Einverständnis wurde eingeholt. Das methodische Vorgehen ist nachvollziehbar und replizierbar. Alle Teilnehmenden wurden im Umgang mit dem EPDS trainiert, hatten aber unterschiedliche Jahre Erfahrung im Umgang damit. Die Forschenden haben den eigenen Wissensstand öffentlich deklariert und sich auch mehrmals reflektiert. Der Inhalt der Semi-strukturierten Interviews wird beschrieben, die Umgebung jedoch nicht. Die Interviews wurden aufgezeichnet und anschliessend transkribiert. Die Rekrutierung der Teilnehmer fand durch die Gemeindeverwaltung Trondheims statt, weshalb mit einem Bias gerechnet werden muss.</p>
<b>Ergebnisse</b>	<p>Der Prozess der Datenanalyse ist genau detailliert beschrieben. Der Prozess der Datengewinnung wird auch durch eine Tabelle veranschaulicht. Die sich ergebenden Ergebnisse sind in Hauptthemen gegliedert und alle Themen/Ergebnisse werden mit prägenden Zitaten der Teilnehmenden unterzeichnet. Die Ergebnisse sind konsistent mit dem definierten Ziel und geben eine erste Übersicht der Empfindungen der Frauen wieder. Undeutlich wird, welche psychischen Vorgeschichten Frauen mit anamnestisch vorhandenen Faktoren hatten, weshalb es die Interpretation der Ergebnisse erschwert und ebenfalls einen gewissen Freiraum für eigene Interpretationen lässt. Erstaunlicherweise erzielten Langvik et al., (2020) ähnliche Ergebnisse wie andere Studien auch.</p>
<b>Diskussion</b>	<p>In der Diskussion werden die wichtigsten Ergebnisse nochmals zusammengefasst. Die Themen in der Diskussion sind kongruent mit den gewonnenen Ergebnissen. Die Ergebnisse werden auf verschiedenen Ebenen diskutiert sowie Rückschlüsse zum untersuchten Phänomen gezogen. In der Diskussion wird zusätzliche Literatur zum Vergleich hinzugezogen. Stark wird in der Diskussion auch auf das eigene Gefühl eingegangen. Es ist abgrenzbar, welche Interpretationen zu den</p>



	<p>Forschenden und welche zu bereits vorhandener Literatur gehören. Die Forschenden reflektieren sich und den eigenen Standpunkt erneut. Stärken, Schwächen sowie Limitationen werden realistisch genannt. Für zukünftige Recherche werden Anhaltspunkte aufgezeigt. Das Ziel wird somit umfänglich erreicht und die Forschungsfrage beantwortet.</p>
--	---

Einschätzung der Güte nach Y. Lincoln und E. Guba (1985)

	Erfüllt	Nicht erfüllt
<b>Credibility</b> (Glaubwürdigkeit)	Die Ergebnisse sind glaubwürdig, da der Standpunkt mehrmals reflektiert wurde und die Datenerhebung und Analyse nicht von allen gemacht wurde, sondern jeder einen Part übernommen hat und man dies dann gegengelesen hat.	
<b>Transferability</b> (Übertragbarkeit der Ergebnisse)	Die Ergebnisse werden alle mittels plausiblen Zitaten generiert und diskutiert. In der Diskussion werden keine neuen Ergebnisse aufgenommen.	Samplinggrösse klein und Bias durch Rekrutierung durch Gemeinde möglich.
<b>Dependability</b> (Zuverlässigkeit in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit)	Das methodische Vorgehen ist nachvollziehbar. Die Datenerhebung und Analyse werden verständlich beschrieben. Die Ein- und Ausschlusskriterien werden klar genannt. Eine kurze Dokumentation der Forschungsprozesses ist beschrieben.	Keine Begründung der Entscheidungspfade ersichtlich.
<b>Confirmability</b> (Bestätigbarkeit)	Transparente Darstellung der Ergebnisse vorhanden und Selbstreflexion mehrmals im Prozess ersichtlich und detailliert beschrieben.	Kein Expertenaudit und Gegenlesen der Ergebnisse durch Teilnehmenden beschrieben.

## Würdigung der Studie Nagle und Farrelly (2018) nach Letts et al. (2007)

<b>Einleitung</b>	Das Ziel und die Fragestellung werden klar formuliert. Die Relevanz der Studie wird mit zitierten Prävalenzen und negativen Folgen der postpartalen Depression erklärt. Die Forschungslücke lässt sich durch geringe Datenlage der Erfahrungen der Frauen mit der Beurteilung der eigenen psychischen Gesundheit erklären.
<b>Methode</b>	Das Studiendesign ist begründet und nachvollziehbar. Neben Studiendesign wird auch das Setting und die Rekrutierung klar beschrieben sowie Ein – und Ausschlusskriterien genannt. Die Forschung wurde durch das ethische Komitee genehmigt, da eine Forscherin eine dort arbeitende Hebamme ist, wurde eine unabhängige Person organisiert, um die Teilnehmerinnen zu befragen. Dadurch wird ein Bias der Voreingenommenheit verhindert. Die Teilnehmerinnen wurden in der frühen postpartalen Phase (zwei bis fünf Tage postpartum) befragt, zuvor stellte die unabhängige Person fest, ob es den teilnehmenden Frauen physisch und psychisch gut ging. Alle Teilnehmerinnen werden genau beschrieben sowie die Samplinggrösse empirisch begründet. Die Datenerhebung ist klar beschrieben sowie die Erstellung und Inhalt des verwendeten Fragebogens. Die Teilnehmenden partizipierten freiwillig und das Einverständnis wurde schriftlich eingeholt.
<b>Ergebnisse</b>	Der Prozess der Datenanalyse ist genau beschrieben sowie deren Genauigkeit. Zu den Hauptthemen, die sich ergeben haben, erstellen die Forschenden eine übersichtliche Tabelle und zu den Hauptergebnissen werden prägnante Zitate beigefügt. Die Ergebnisse sind konsistent mit dem definierten Ziel und geben eine erste Übersicht der Empfindungen der Frauen wieder. Undeutlich wird, welche psychischen Vorgeschichten Frauen mit anamnestisch vorhandenen Faktoren hatten, weshalb es die Interpretation der Ergebnisse erschwert und ebenfalls einen gewissen Freiraum für eigene Interpretationen lässt.
<b>Diskussion</b>	Der EPDS wird durch Nagle & Farrelly (2018) in der Diskussion und der Umgang in der Klinik in Irland genannt. Er wird auch in dem für die aktuelle Studie entwickeltem Fragebogen aufgenommen und Aussagen zu diesem getroffen. Die Themen in der Diskussion sind kongruent mit den gewonnenen Ergebnissen. Die Ergebnisse werden auf verschiedenen Ebenen diskutiert sowie Rückschlüsse zum untersuchten Phänomen gezogen. In der Diskussion wird zusätzliche Literatur zum Vergleich hinzugezogen. Es ist abgrenzbar, welche Interpretationen zu den Forscherinnen und welche zu bereits vorhandener Literatur gehören. Stärken, Schwächen sowie Limitationen werden realistisch genannt. Für zukünftige

	Recherche werden Anhaltspunkte aufgezeigt. Das Ziel wird somit umfänglich erreicht und die Forschungsfrage beantwortet.
--	---

Einschätzung der Güte nach Y. Lincoln und E. Guba (1985)

	Erfüllt	Nicht erfüllt
<b>Credibility</b> (Glaubwürdigkeit)	Den Forschenden wird eine unabhängige Person zur Seite gestellt, um Voreingenommenheit als Bias zu entfernen. Die Ergebnisse wurden mehrmals durchgelesen	Beim verwendeten Fragebogen handelt es sich um ein selbst erstelltes Fragekatalog. Daher ist die Validität nicht gegeben und auch nicht in der Studie genannt.
<b>Transferability</b> (Übertragbarkeit der Ergebnisse)	Die Samplinggrösse ist für das Studiendesign passend. Die Ergebnisse beantworten die Forschungsfrage und das Ziel.	Untersucht wurde nur eine Institution, daher keine Verallgemeinbarkeit möglich.
<b>Dependability</b> (Zuverlässigkeit in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit)	Das methodische Vorgehen ist nachvollziehbar. Die Datenerhebung und Analyse werden verständlich beschrieben. Die Ein- und Ausschlusskriterien werden klar genannt	Ergebnisse nicht immer klar verständlich zum Interpretieren, da keine Hintergrundinformationen zur Vorgeschichte bei anamnestisch belasteten Teilnehmerinnen bestehen.
<b>Confirmability</b> (Bestätigbarkeit)	Alle Aussagen und Ergebnisse werden mittels Zitate belegt. Die Autorinnen reflektieren sich mehrmals und legen die Ergebnisse den Teilnehmenden offen auf. Es wurden eine externe Person in der Untersuchung miteinbezogen	

## Würdigung der Studie Higgins et al. (2017) nach Law et al. (1998)

<p style="text-align: center;"><b>Einleitung</b></p>	<p>Higgins et al. (2017) zielen auf hebammenspezifische Fragen und Problematiken ab. Sie formulieren drei Ziele, von denen sich die Fragestellungen ableiten lassen. Die Relevanz und Notwendigkeit der Studie wird mittels Literatur und Forschungslücke, bei der zwar laut Higgins et al. (2017) Hürden erforscht sind, aber nicht die relative Wichtigkeit, die die Fachpersonen diesen Hürden im Screening für PND zuschreiben.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Methode</b></p>	<p>Das Studiendesign ist passend gewählt. Die Rekrutierung wird klar beschrieben. Ein – und Ausschlusskriterien werden genannt. Der Fragebogen, der vom Forschungsteam erstellt und dessen Validität mit Experten aus verschiedenen Arbeitsbereichen geprüft wurde wird genannt und die Fragen auch in tabellarischer Form dargelegt. Kritik daran ist, dass der Fragebogen durch eine kleine Gruppe validiert wurde und dadurch nicht eine allgemeine Validität vorhanden ist. Die Samplinggrösse ist passend, es wird aber keine rechnerische Berechnung sichtbar. Das Sampling wird genau beschrieben und die Aufteilung zwischen Hebammen und Pflegefachpersonen ist ähnlich. Die ethische Einwilligung für die Durchführung wird eingeholt und das Einverständnis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ergibt sich direkt mit dem Zurücksenden des Fragebogens. Teilnehmende wurden einerseits durch die Direktoren der jeweiligen Institutionen und aber auch durch Bekannte rekrutiert, was jedoch zu einer Verfälschung der Ergebnisse führen kann. Zudem muss damit gerechnet werden, dass in einer Umfrage, diejenigen, die die Thematik positiv gegenüberstehen auch Positives aussagen.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Ergebnisse</b></p>	<p>Higgins et al. (2017) setzten eine statistische Signifikanz von <math>p &lt; 0.05</math> voraus. Die Stichprobe umfasste 837 Teilnehmer. Achtundzwanzig Teilnehmer wurden ausgeschlossen, da sie die Einschlusskriterien der Studie nicht erfüllten. Da diese Teilnehmer zu Beginn der Studie ausgeschlossen wurden, gilt es diese nicht angemessen handzuhaben. In der Studie wird nicht ersichtlich, ob noch Drop-Out vorhanden waren oder nicht. Da es nicht steht, muss man davon ausgehen, dass dies nicht der Fall ist. Die Ergebnisse zeigen signifikante Unterschiede und auch nachvollziehbare Vergleiche hauptsächlich zwischen Hebammen und Fachpersonen. Die Datenanalyse ist klar und nachvollziehbar beschrieben und die verwendeten Analysemethoden passen zu dem zu untersuchenden Phänomen. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind von klinischer Bedeutung und darauf</p>

	aufbauend blicken Higgins et al. (2017) in die Zukunft und schlagen Verbesserungsmassnahmen vor. Zu Beginn der Studie haben Higgins et al. (2017). Schwächen der Ergebnisse finden sich im Anwenden eines Fragebogens, der nicht allgemeingültig validiert ist. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens sind immer Bias zu erwarten. Zudem wird ein Fragebogen mit 26 Fragen einer Berufsgruppe zukommen gelassen, welche schon mit Zeitmangel zu kämpfen hat.
<b>Diskussion</b>	In der Diskussion werden die wichtigsten Ergebnisse nochmals zusammengefasst. Die Themen in der Diskussion sind kongruent mit den gewonnenen Ergebnissen. Higgins et al. (2017) vergleichen die eigenen Ergebnisse mit denen aus bereits vorhandenen Studien und nennen Implikationen für die Praxis sowie Ansätze für Verbesserungen im Hinblick auf die Hebammen und Pflegeprofession. Die genannten Limitationen und Stärken der Studie sind nachvollziehbar.

### Einschätzung der Güte

	<b>Erfüllt</b>	<b>Nicht erfüllt</b>
<b>Validität</b>	Die Ergebnisse passen zur Fragestellung und es wurde das gemessen, was auch gemessen werden sollte.	Die Ergebnisse sind jedoch zu einem Teil valide, da ein Fragebogen verwendet wurde, der nicht bekannt ist.
<b>Reliabilität</b>	Die Datenanalyse ist klar beschrieben und man kann nachvollziehbar verfolgen, welche Ergebnisse mit welchen Tests erzielt wurden.	Eigener entwickelter Fragebogen nicht reliabel und auch nicht standardisiert. Im Fragebogen lassen sich quantitative sowie qualitative Fragen finden.
<b>Objektivität</b>	Die Forschenden beeinflussen die Datenerhebung nicht und verfälschen so die Antworten der Teilnehmenden nicht.	Objektivität teils eingeschränkt, da Teilnehmer, die der Thematik positiv gegenüber stehen auch Positives gesagt haben könnten.

## Würdigung der Studie Arefadib et al. (2021) nach CASP (2018)

### Section A: Are the results of the review valid?

1. Did the review address a clearly focused question?

Yes	X
Can't Tell	
No	

HINT: An issue can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the intervention given
- the outcome considered

Comments:

Die Fragestellung und das Ziel sind klar genannt. Im Verlaufe des Reviews wird diese oft wieder aufgenommen und nochmals vor Augen geführt. Es wird eine wichtige Lücke und auch eine die sich durch das Review ergeben hat genannt und erforscht. In der Einleitung werden wichtige Fakten zur Thematik genannt.

2. Did the authors look for the right type of papers?

Yes	X
Can't Tell	
No	

HINT: 'The best sort of studies' would

- address the review's question
- have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)

Comments:

Arefadib et al. (2021) haben sich sowohl auf qualitative wie auch quantitative Daten fokussiert. Sie haben nach Studien gesucht, die die Fragestellung beantworten können und welche auch das gleiche Setting oder die gleiche Thematik analysieren. Schliesslich handelte es sich bei den Studien ausschliesslich um qualitative Studien, da diese auch die Thematik und die Datenerhebung sowie das Design am besten repräsentieren können.

### Is it worth continuing?

Yes	x
-----	---

HINT: Look for

3. Do you think all the important, relevant studies were included?	Can't Tell	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• which bibliographic databases were used</li> <li>• follow up from reference lists</li> <li>• personal contact with experts</li> <li>• unpublished as well as published studies</li> <li>• non-English language studies</li> </ul>
	No	<input checked="" type="checkbox"/>	

Comments:

Arefadib et al. (2021) haben sich im Review ausschliesslich auf Studien begrenzt, die auf englischer Sprache publiziert wurden. Die Datenerhebung fand systematisch statt. Sie haben in allen Datenbanken die Gleichen Keywords gebraucht und zwischen einer und der abschliessenden Suche eine Pause gemacht. Der Austausch fand zwischen den vier Forschenden statt und wurde nicht mit externen oder unabhängigen Personen ergänzt. Es wurden publizierte wie auch nicht publizierte Studien eingeschlossen. Die Population bestand ebenfalls vor allem aus Frauen aus mittlerem Wohlstand, weshalb nicht eine breite Diversität gegeben ist. Dies sind aber alles Faktoren, die Arefadib et al. (2021) bewusst auch als Limitationen erkannt haben.

4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?	Yes	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results ("All that glisters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)</p>
	Can't Tell	<input type="checkbox"/>	
	No	<input type="checkbox"/>	

Comments:

Die Qualität der eingeschlossenen Studien wurde von der Erstautorin anhand des Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) geprüft. Der zweite und der dritte Autor wählten dann nach dem Zufallsprinzip jeweils 5 Artikel für die Qualitätsbeurteilung aus, um Kohärenz und Konsistenz zu gewährleisten

5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes	X
Can't Tell	
No	

HINT: Consider whether

- results were similar from study to study
- results of all the included studies are clearly displayed
- results of different studies are similar
- reasons for any variations in results are discussed

Comments:

Die Ergebnisse aus den verschiedenen Studien liessen sich gut kombinieren, da die Ergebnisse unter den Studien zum Teil ähnlich waren. Die Autoren haben die Studien nach dem Studiendesign gruppiert und diese anhand der formierten Gruppen analysiert in Bezug auf die Qualität. Die Resultate der einzelnen Studien werden in Form einer Tabelle aufgelistet. Zudem werden sie schriftlich zusammengefasst. Die Aufteilung und Unterteilung der Ergebnisse in Subthemen und zwei Hauptthemen sind sinnvoll.

### Section B: What are the results?

6. What are the overall results of the review?

HINT: Consider

- If you are clear about the review's 'bottom line' results
- what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

Comments:

Insgesamt verstehen und schätzen die Fachpersonen ihre einzigartige Position bei der Identifizierung und Unterstützung von Müttern, die von PNDA bedroht oder



betroffen sind. Allerdings stehen dem Niveau und der Qualität der von ihnen geleisteten Betreuung zahlreiche (und oft gleichzeitig auftretende) Hindernisse entgegen. Qualität der von ihnen geleisteten Betreuung. Die Leitlinien für bewährte Verfahren zur Erkennung und Behandlung von PNDA spiegeln zwar weitgehend die Forschungsergebnisse wider, doch wurden bei der Überprüfung Lücken zwischen den Forschungsergebnissen und der klinischen Praxis festgestellt. Viele praktische und organisatorische Faktoren wirken sich auf die Umsetzung und Akzeptanz aus, von denen einige in dieser Untersuchung identifiziert wurden. Zeitmangel, mangelndes Bewusstsein für die Leitlinien, fehlende Überweisungsmöglichkeiten und klar definierte Betreuungspfade, organisatorische Hindernisse, die die Kontinuität der Betreuung und die Fähigkeit, vertrauensvolle Beziehungen zu den Müttern aufzubauen, und ein weit verbreiteter Mangel an kontinuierlicher Aus- und Weiterbildung. Die Kluft zwischen Praxis und Evidenz lässt sich nur schliessen, wenn man diese Hindernisse angeht.

7. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Comments:

Bei einem qualitativen Review können die Ergebnisse nicht quantitativ gemessen und eine Genauigkeit zugeschrieben werden. Die Datenerhebung ist aber konsistent und einheitlich und die Ergebnisse sind glaubwürdig, da Studien mit validen Fragebogen hinzugezogen wurden und die Ergebnisse sachlich zusammengefasst und nicht zusätzlich interpretiert wurden.

Section C: Will the results help locally?

8. Can the results be applied to the local population?

Yes

Can't Tell

No

X

HINT: Consider whether

- the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern
- your local setting is likely to differ much from that of the review

Comments:

Im Review wurden nicht gewollt hauptsächlich Frauen aus einem mittleren Wohlstand analysiert. Daher können die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden, auch weil mehrere Studien besagt haben, dass die Auffassung verschiedener Fragen auch stark mit dem sozio-ökonomischen Stand zusammenhängt und dort Fälschungen zustande kommen könnten. Die Ergebnisse lassen sich also lokal auf die untersuchten Personen in den Studien ausbreiten, aber diese sind natürlich limitiert auf diese. Es entspricht aber vom Setting her auch viele Institutionen, die dieses Problem auch haben und auch die Schweiz, obwohl die Studien vor allem in Amerika und England durchgeführt wurden. Es ist daher anzunehmen, dass es sich um ein globales Problem handeln könnte.

9. Were all important outcomes considered?

Yes	X
Can't Tell	
No	

HINT: Consider whether

- there is other information you would like to have seen

Comments:

Ja es wurden alle wichtigen und aussagekräftigen Resultate genannt. Von anderen Studien wurden keine weiteren Ergebnisse vermisst.

10. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes	X
Can't Tell	
No	

HINT: Consider

- even if this is not addressed by the review, what do **you** think?

Comments:

Die Ergebnisse des Reviews zeigen ein altbekanntes Problem dar. Es ist sicher schwierig, aber mit guter Vorbereitung und Unterstützung sowie Trainings kann ein Fragebogen als annähernd routinemässig eingeführt werden. Zuerst müssen aber

die Hürden der einzelnen Fachpersonen und Institutionen angefangen werden.  
Daher finden wir, dass der Benefit die Kosten und Umstände wert sind.

## Anhang D: EPDS-Fragebogen und Bewertung

### Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS)\*

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

In den letzten 7 Tagen oder in den Tagen seit der Geburt...	Punkte
<b>1. ... konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen</b>	
<input type="checkbox"/> so wie ich es immer konnte.....	0
<input type="checkbox"/> nicht ganz so wie sonst.....	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher.....	2
<input type="checkbox"/> überhaupt nicht.....	3
<b>2. ... konnte ich mich so richtig auf etwas freuen</b>	
<input type="checkbox"/> so wie immer.....	0
<input type="checkbox"/> etwas weniger als sonst.....	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als frühe.....	2
<input type="checkbox"/> kaum.....	3
<b>3. ... fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief</b>	
<input type="checkbox"/> ja, meistens.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht so oft.....	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals.....	0
<b>4. ... war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen</b>	
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
<input type="checkbox"/> selten.....	1
<input type="checkbox"/> ja, manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> ja, häufig.....	3
<b>5. ... erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen</b>	
<input type="checkbox"/> ja, oft.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht oft.....	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
<b>6. ... überforderte mich verschiedenste Umstände</b>	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden.....	2
<input type="checkbox"/> nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden.....	1
<input type="checkbox"/> nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig.....	0
<b>7. ... war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte</b>	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht sehr oft.....	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
<b>8. ... habe ich mich traurig und schlecht gefühlt</b>	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> selten.....	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
<b>9. ... war ich so unglücklich, dass ich geweint habe</b>	
<input type="checkbox"/> ja, die ganze Zeit.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> nur gelegentlich.....	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals.....	0
<b>10. ... überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen</b>	
<input type="checkbox"/> ja, ziemlich oft.....	3
<input type="checkbox"/> manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> kaum.....	1
<input type="checkbox"/> niemals.....	0

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

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

## Anhang E: Search History

Suchbegriffe		CINHAL	MedLine	PubMed	Ein- Ausschlusskriterien
Edinburgh postnatal depression scale AND (midwife OR midwives OR midwifery) AND experience	<b>Anzahl Treffer</b>	28	18	10	Reilly et al., 2020 ausgeschlossen, da Implementation in einer Klinik untersucht wird. Die anderen beiden erfüllen Einschusskriterien daher einbezogen
	<b>Gelesene Abstracts</b>	3	0	5	
	<b>Studien</b>	Vik et al., 2021 Reilly et al., 2020 Nagle & Farrelly., 2018	0	Vik et al., 2021	
(Edinburgh postnatal depression scale OR EPDS) AND postpartum AND perception AND healthcare professionals	<b>Anzahl Treffer</b>	3	1	6	Mason, L., & Poole, H. (2008) konnte nicht geöffnet werden.
	<b>Gelesene Abstracts</b>	0	0	1	
	<b>Studien</b>	0	0	Mason, L., & Poole, H. (2008)	
	<b>Anzahl Treffer</b>	92	1	409	

midwife OR midwives OR midwifery) AND (Edinburgh postnatal depression scale OR EPDS)					
	<b>Gelesene Abstracts</b>	3	0	0	
	<b>Studien</b>	0	0	0	
(Edinburgh postnatal depression scale OR EPDS) AND experience	<b>Anzahl Treffer</b>	311	288	3453	Beide in BA einbezogen, da Einschlusskriterien erfüllt
	<b>Gelesene Abstracts</b>	5	2	1	
	<b>Studien</b>	Langvik et al., 2020	Vik et al., 2021	Vik et al., 2021	
(Edinburgh postnatal depression scale OR EPDS) AND experience AND healthcare professionals	<b>Anzahl Treffer</b>	9	1	344	Chan et al., 2018 ausgeschlossen, da Fokus auf Aborigini. Die anderen beiden einbezogen, da Kriterien erfüllt.
	<b>Gelesene Abstract</b>	1	1	2	
	<b>Studien</b>	Nagle & Farrelly, 2018	Chan et al., 2018	Vik et al., 2021	
(Edinburgh postnatal depression scale OR	<b>Anzahl Treffer</b>	23	15	100	

EPDS) AND experience AND (midwife OR midwives OR midwifery)	<b>Gelesene Abstracts</b>	1	2	2	Nagle & Farrelly, 2018 einbezogen, da Kriterien erfüllt.
	<b>Studien</b>	Nagle & Farrelly, 2018	0	0	
midwife and (edinburgh postnatal depression scale OR EPDS))	<b>Anzahl Treffer</b>	69	27	379	Studie von Jones et al., 2012 sowie Toler et al., 2018 nicht einbezogen da nicht Einschlusskriterien entsprechend
	<b>Gelesene Abstracts</b>	5	2	2	
	<b>Studien</b>	Jones et al., 2012 Toler et al., 2018	0	0	
Edinburgh postnatal depression scale AND women perception	<b>Anzahl Treffer</b>	18	0	331	Studie von Milgrom et al., 2011 nicht einbezogen, da Kriterien nicht erfüllt
	<b>Gelesene Abstracts</b>	0	0	4	
	<b>Studien</b>	0	0	Milgrom et al., 2011	
	<b>Anzahl Treffer</b>	21	4847	239	

(Edinburgh postnatal depression scale OR epds) AND (healthcare professionals OR healthcare workers OR healthcare providers) AND experience					Long et al., 2020 nicht einbezogen, da Kriterien nicht erfüllt.
	<b>Gelesene Abstracts</b>	2	0	0	
	<b>Studien</b>	Long et al., 2020	0	0	
EPDS AND experience AND (postpartum depression OR PPD OR postpartal depression) AND (mothers OR maternal OR mother OR midwife OR maternity)	<b>Anzahl Treffer</b>	135	69	178	
	<b>Gelesene Abstracts</b>	2	5	6	
	<b>Studien</b>	Langvik et al., 2020	0	0	
(edinburgh postnatal depression scale OR epds) AND (benefits or advantages) AND midwifery	<b>Anzahl Treffer</b>	6	264	16	
	<b>Gelesene Abstracts</b>	0	0	0	
	<b>Studien</b>	0	0	0	



(edinburgh postnatal depression scale OR epds) AND perceptions AND midwives	<b>Anzahl Treffer</b>	4	2	35	
	<b>Gelesene Abstracts</b>	0	1	0	
	<b>Studien</b>	0	0	0	
(edinburgh postnatal depression scale OR epds) AND (attitudes OR perceptions) AND (women OR female OR woman OR females)	<b>Anzahl Treffer</b>	236	116	4038	Langvik et al.,2020 erfüllt die Kriterien, daher Einbezug in die Bachelorarbeit
	<b>Gelesene Abstracts</b>	4	2	1	
	<b>Studien</b>	Langvik et al., 2020	0	0	
EPDS OR Edinburgh postnatal depression scale AND experience* OR perception* OR view* OR perspective AND qualitative	<b>Anzahl Treffer</b>	41	34531	39234	Langvik, Vik und Nagle & Farrelly, 2018 miteingezogen, da Kriterien erfüllt.
	<b>Gelesene Abstracts</b>	6	0	0	
	<b>Studien</b>	Langvik et al., 2020 Vik et al., 2021			

		Nagle & Farrelly, 2018 Emerson et al., 2018 Ben-David et al., 2017			Ben-David et al., 2017 Zugang nicht möglich, angefragt  Emerson et al. wird in Betracht gezogen
Feasibility AND EPDS OR Edinburgh postnatal depression scale	<b>Anzahl Treffer</b>	54	2246	10324	Ben David et al., Zugang nicht möglich, wurde angefragt Emerson et al., wird in Betracht gezogen
	<b>Gelesene Abstracts</b>	4	0	0	
	<b>Studien</b>	Ben David et al., 2017 Emerson et al., 2018		0	
EPDS AND qualitative	<b>Anzahl Treffer</b>	40	60	20	Brealey et al., 2010 ist ein

	<b>Gelesene Abstracts</b>	4	3	2	Literaturreview, aber relativ alt, da neue Studien vorhanden sind. Beinhaltet aber nicht die ausgewählten für die Bachelorarbeit? Slade et al., 2010 relativ alt aber eventuell inhaltlich gut
	<b>Studien</b>	Langvik et al., 2020 Brealey et al., 2010 Slade et al., 2010	Drake et al., 2014	0	
EPDS OR edinburgh postnatal depression scale AND applicability	<b>Anzahl Treffer</b>	7	0	143	
	<b>Gelesene Abstracts</b>	0	0	2	
	<b>Studien</b>	0	0	0	
EPDS AND Feasibility	<b>Anzahl Treffer</b>	43	54	50	

	<b>Gelesene Abstracts</b>	2	3	0	Emerson et al., kann in Betracht gezogen werden
	<b>Studien</b>	0	Emerson et al., 2018	0	

### Abschliessende Recherche nach Besuchen einer Rechercheberatung

Suchbegriffe		CINHAL	MedLine	Ein-Ausschlusskriterien
« Edinburgh postnatal depression scale » AND (midwife OR midwives OR midwifery) AND experience	<b>Anzahl Treffer</b>	13	10	
	<b>Gelesene Abstracts</b>	0	0	
	<b>Studien</b>	0	0	
(« Edinburgh postnatal depression scale » OR EPDS) AND postpartum AND perception AND healthcare professionals	<b>Anzahl Treffer</b>	1	1	
	<b>Gelesene Abstracts</b>	0	0	
	<b>Studien</b>	0	0	

(midwife OR midwives OR midwifery) AND (« Edinburgh postnatal depression scale » OR EPDS)	<b>Anzahl Treffer</b>	58	70	Fisher et al., 2012 nicht einbezogen, da Kriterien nicht erfüllt. Die anderen miteinbezogen
	<b>Gelesene Abstracts</b>	5	5	
	<b>Studien</b>	Vik et al., 2021	Vik et al., 2021 Fisher et al., 2012	
(« Edinburgh postnatal depression scale » OR EPDS) AND experience	<b>Anzahl Treffer</b>	218	280	Slade et al., 2010 nicht miteinbezogen, da alt und es neuere Studien mit ähnlichen Ergebnissen gibt. Die anderen miteinbezogen
	<b>Gelesene Abstracts</b>	6	2	
	<b>Studien</b>	Langvik et al., 2020 Emerson et al., 2018 Slade et al., 2010	0	
(« Edinburgh postnatal depression scale » OR EPDS) AND experience	<b>Anzahl Treffer</b>	10	1	Studie einbezogen, da Kriterien erfüllt
	<b>Gelesene Abstract</b>	0	0	

AND healthcare professionals	<b>Studien</b>	Nagle & Farrelly, 2018	0	
(Edinburgh postnatal depression scale OR EPDS) AND experience AND (midwife OR midwives OR midwifery)	<b>Anzahl Treffer</b>	11	45	
	<b>Gelesene Abstracts</b>	0	1	
	<b>Studien</b>	0	0	
midwife AND (« Edinburgh postnatal depression scale » OR EPDS)	<b>Anzahl Treffer</b>	79	14	Anding et al. 2015 kann in Betracht gezogen werden
	<b>Gelesene Abstracts</b>	3	5	
	<b>Studien</b>	Vik et al., 2021 Nagle & Farrelly, 2018	Anding et al., 2015	
(« Edinburgh postnatal depression scale ») AND wom* perception*	<b>Anzahl Treffer</b>	23	7	Kingston et al. (2017) nicht einbezogen, da nur Unterscheidung von Papier- zu Onlinescreening und
	<b>Gelesene Abstracts</b>	3	1	
	<b>Studien</b>	0	Kingston et al., 2017	

				wenig Bezug zu Fachpersonen.
(« Edinburgh postnatal depression scale » OR EPDS) AND (« healthcare professionals » OR « healthcare workers » OR « healthcare providers ») AND experience	<b>Anzahl Treffer</b>	13	5	Nagle & Farrelly, 2018 wird einbezogen, Armstrong & Small kann in Betracht gezogen werden. Armstrong et al. (2010) nicht einbezogen, weil Fokus auf Frauen in entlegenen Gebieten.
	<b>Gelesene Abstracts</b>	3	1	
	<b>Studien</b>	Nagle & Farrelly, 2018 Armstrong, S.J. & Small, R.E. (2010)	Armstrong, S.J. & Small, R.E. (2010)	
EPDS AND experience AND (postpartum depression OR PPD OR postpartal depression)	<b>Anzahl Treffer</b>	68	55	Studien in BA einbezogen da Kriterien erfüllt sind.
	<b>Gelesene Abstracts</b>	4	4	

AND (mother* OR maternal OR midwife* OR maternity)	<b>Studien</b>	Langvik et al., 2020 Emerson et al., 2018	Emerson et al. (2018) Chaudron et al. (2010)	Emerson et al. (2018) für BA einbezogen.  Chaudron et al. (2010) gibt wenig Auskunft über Handhabbarkeit des EPDS, sondern kann allenfalls für Diskussionsteil verwendet werden mit Hinweisen zur Anpassung der Cut-offs bei bestimmten Gruppen
(« edinburgh postnatal depression scale » OR epds) AND (benefit* OR	<b>Anzahl Treffer</b>	4	9	
	<b>Gelesene Abstracts</b>	0	0	



advantage*) AND midwifery	<b>Studien</b>	0	0	
(« edinburgh postnatal depression scale » OR epds) AND perception* AND midwi*	<b>Anzahl Treffer</b>	4	17	Jardri et al. Kann in Betracht gezogen werden
	<b>Gelesene Abstracts</b>	1	1	
	<b>Studien</b>	Jardri et al., 2010	Jardri et al., 2010	
(« edinburgh postnatal depression scale » OR epds) AND (attitude* OR perception*) AND (wom* OR female*OR)	<b>Anzahl Treffer</b>	272	128	Arefadib et al. (2021) kann für BA einbezogen werden.  Magnusson et al. (2011) bezieht sich vor allem darauf, dass EPDS allein nicht immer reicht. Allenfalls in Diskussion einbeziehen.
	<b>Gelesene Abstracts</b>	0	9	
	<b>Studien</b>	Langvik et al., 2020	Arefadib et al. (2021)  Magnusson et al. (2011)  Jardri et al., 2010	

				Jardri et al. Kann in Betracht gezogen werden
(EPDS OR « Edinburgh postnatal depression scale ») AND (experience* OR perception* OR view* OR perspective*) AND qualitative	<b>Anzahl Treffer</b>	68	41	Slade et al., 2010 nicht einbezogen, da alt und neuere Studien vorhanden. Segre et al., 2014 Zugang nicht vorhanden, wird abgeklärt. Die anderen miteinbezogen da Kriterien erfüllt sind. Glavin et al wird in Betracht gezogen, jedoch unschlüssig, weil Jahrgang relativ alt ist
	<b>Gelesene Abstracts</b>	10	5	
	<b>Studien</b>	Langvik et al., 2020 Vik et al., 2021 Nagle & Farrelly, 2018 Slade et al., 2010 Segre et al., 2014 Ben-David et al., 2017 Glavin et al., 2010	Slade et al., 2010 Glavin et. al (2010) Jardri et al., 2010	
	<b>Anzahl Treffer</b>	76	69	Loudon et al. (2019) in Betracht ziehen-

Feasibility AND (EPDS OR « Edinburgh postnatal depression scale »)	<b>Gelesene Abstracts</b>	3	5	bezieht den Aspekt von guter Beziehung beim Screening nicht ein, gibt dafür Ratschläge wie ein standardmässiges Screening technisch durchgesetzt werden könnte.
	<b>Studien</b>	Emerson et al., 2018	Emerson et al. (2018) Loudon et al. (2019) Drake et al. (2014)	
EPDS AND qualitative	<b>Anzahl Treffer</b>	40	49	Brealey et al., 2010 nicht miteinbezogen, da relativ alt und es neuere Studien mit ähnlichen Ergebnissen gibt. Slade et al., auch nicht einbezogen, da Kriterien nicht erfüllt sind. Jardri et al.,
	<b>Gelesene Abstracts</b>	6	5	
	<b>Studien</b>	Langvik et al., 2020 Brealey et al., 2010 Slade et al., 2010 Jardri et al., 2010	Drake et al. (2014) Jardri et al. (2010)	

				kann in Betracht gezogen werden.
(EPDS OR « edinburgh postnatal depression scale ») AND applicability	<b>Anzahl Treffer</b>	6	12	
	<b>Gelesene Abstracts</b>	0	0	
	<b>Studien</b>	0	0	
EPDS AND Feasibility	<b>Anzahl Treffer</b>	37	48	Loudon et al. (2019) in Betracht ziehen- bezieht den Aspekt von guter Beziehung beim Screening nicht ein, gibt dafür Ratschläge wie ein standardmässiges Screening technisch durchgesetzt werden könnte.
	<b>Gelesene Abstracts</b>	0	4	
	<b>Studien</b>	Emerson et al., 2018	Emerson et al. (2018)  Loudon et al. (2019)  Drake et al. (2014)	
	<b>Anzahl Treffer</b>	36	21	

(« edinburgh postnatal depression scale » OR epds) AND experience AND nurse*				Segre et al. Kein Zugriff, wird angefragt
	<b>Gelesene Abstracts</b>	8	1	
	<b>Studien</b>	Langvik et al., 2020 Vik et al., 2021 Ben-David et al., 2017 Segre et al., 2014 Armstrong, S.J, & Small, R.E. (2010)	Schaar & Hall (2013)	Die anderen in die BA einbezogen, da Kriterien erfüllt werden. Armstrong und Small wird in Betracht gezogen.  Schaar & Hall (2013): beschreibt eine Nurse-initiated Initiative zur Implementierung einer routinemässigen Anwendung vom EPDS durch Gynäkologen. Erkenntnisse aus

				dieser Implementierung könnten vielleicht übernommen werden.
Barriers AND mental health AND midwif*	<b>Anzahl Abstracts</b>	44	366	Higgins et al., 2017
	<b>Gelesene Abstracts</b>	4	5	aufgrund Ein uns
	<b>Studien</b>	Higgins et al., 2017	0	Ausschlusskriterien eingeschlossen

#### Anhang F: Vergleich der Studienergebnisse

Aus den untersuchten Studien haben sich verschiedene Hauptthemen ergeben, welche sich besonders hinderlich bzw. durch entsprechende Massnahmen förderlich auf die Anwendbarkeit des EPDS auswirken.

Die Ergebnisse werden der Übersicht halber und entsprechend dem Umfang der Arbeit, in der Bachelorarbeit, zusammenfassend und verkürzt dargestellt. Der Fokus wird dabei auf die, für die Fragestellung relevanten Ergebnisse, gelegt.

## Beziehungsaufbau, Vertrauen, Betreuungskontinuität

hemmend	förderlich
<p>Erschwert bei Müttern, die bereits negative Erfahrungen mit Kinder- oder Erwachsenenschutzbehörden gemacht haben (<i>Vik et al., 2021</i>)</p> <p>Frauen werden zu wenig regelmässig gesehen für Beziehungsaufbau (<i>Higgins et al., 2017</i>)</p>	<p><b>Vertrauensvolle Beziehung ist Voraussetzung</b> (<i>Tammentie et al. (2013); Baldwin und Griffiths, 2009; Chew-Graham et al., 2008; Edge, 2010; Mivšek et al., 2008; Noonan et al., 2019; Rollans et al., 2013; Rush, 2012; Skoog et al., 2017, nach Arefadib et al., 2021; Vik et al., 2021; Nagle &amp; Farrelly; 2018, Higgins et al., 2017 teilweise</i>)</p> <p><i>Higgins et al. (2017)</i> weisen darauf hin, dass Annahmen in Frage gestellt werden sollen, wonach eine Frau häufig oder über einen längeren Zeitraum hinweg gesehen werden muss, bevor sie sich nach ihrer psychischen Gesundheit/ihrem emotionalen Wohlbefinden erkundigt werden kann.</p> <p>Offenheit bei Themen, die durch EPDS selbst nicht aufgedeckt würden (<i>Vik et al., 2021</i>)</p>
<p>Angst der Fachpersonen, dass durch das Ansprechen der psychischen Gesundheit die Beziehung zur Wöchnerin gestört werden könnte (<i>Higgins et al., 2017</i>)</p>	

	Der Frau das Gefühl geben, dass das was zwischen ihr und der Fachperson ist, zählt und nicht primär der Fragebogen selbst (Vik et al., 2021)
	<b>Standardinstrument macht es prinzipiell einfacher, Fragen zur psychischen Gesundheit zu stellen</b> (Langvik et al., 2021) Die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme kann reduziert werden (Langvik et al. 2021)
Augenmerk liegt oft nur auf dem Baby (Nagle & Farrelly, 2018)	
	Gespräche (Tammentie et al. 2013, nach Arefadib et al., 2021)
<b>Fehlende/ unterbrochene Betreuungskontinuität</b> (Mivšek et al., 2008; Chew-Graham et al., Mivsek et al., 2008; 2008; Rush, 2012, nach Arefadib et al., 2021; Higgins et al., 2017)  Frauen die bereits psychische Probleme hatten, haben teilweise die Einsicht, dass sie längerfristig Unterstützung benötigen. Wenn sie diese nur bei wochenbettspezifischen Diensten in Anspruch nehmen, leidet die Betreuungskontinuität. (Nagle & Farrelly, 2018)	
<b>Fehlende Privatsphäre</b> (Higgins et al., 2017)	



Hemmnisse, Themen bei Anwesenheit von - Angehörigen/Partner oder Partnerin zu besprechen ( <i>Higgins et al., 2017</i> )	
--	--

### Zeit, Arbeitsaufwand

hemmend	förderlich
<p><b>Enger Zeitplan / Zeitmangel</b> (<i>Chew-Graham et al., 2018 und Edge (2010); Baldwin und Griffiths, 2009; Mivsek et al., 2008; Noonan et al., 2019; Rollans et al., 2013 nach Arefadib et al., 2021; Vik et al., 2021; Nagle &amp; Farrelly, 2018; Higgins et al., 2017</i>)</p> <p>- i.b. zu wenig Zeit bei den Wöchnerinnen selbst (<i>Higgins et al., 2017</i>)</p> <p><b>Personalmangel</b>, der zu Zeitdruck bei Fachpersonal führt (<i>Lees et al. (2009) nach Arefadib et al., 2021; Nagle &amp; Farrelly, 2018</i>)</p>	<p>Termine zwischen den «geplanten»/»fixen» Terminen für Besprechungen von Problemen einplanen (<i>Vik et al., 2021</i>)</p> <p>Bei Zeitmangel einen möglichst baldigen neuen Termin anbieten (<i>Vik et al., 2021</i>)</p> <p>Screening darf nicht zu zeitaufwändig sein (<i>Chew-Graham et al., 2008 und Edge (2010) und Kang et al., 2009 nach Arefadib et al., 2021</i>)</p>
<p><b>Hohe Arbeitsbelastung</b> (<i>Vik et al., 2021; Higgins et al., 2017</i>)</p>	<p>Die klare Erwartung, Zeit für das Screening einzuplanen, bedeutete ein strukturierter Screening-Rahmen und «Planbarkeit» (<i>Langvik et al., 2020</i>)</p>

## Dienste und Versorgungspfade

hemmend	förderlich
<p>Problem beim Weiterverweisen: Frauen kommen wieder mit Fachpersonen in Kontakt, zu denen noch kein Vertrauensverhältnis besteht (<i>Vik et al., 2021</i>)</p>	<p>Niedrige Schwelle für Zusammenarbeit / Gute Zusammenarbeit mit Familientherapeuten (<i>Vik et al., 2021</i>)-gibt Sicherheit und professionelles Vertrauen und besseres Kompetenzgefühl in der Rolle (<i>Vik et al., 2021</i>)</p>
<p><b>Fehlen von Diensten für perinatale psychische Gesundheit</b> (<i>Ashford et al., 2017; Chew-Graham et al., 2008, 2009, nach Arefadib et al., 2021; Higgins et al., 2017</i>)</p>	<p>Es sollen angemessene Ressourcen zur Verfügung stehen (<i>Chew-Graham et al., 2008, nach Arefadib et al., 2021</i>)</p>
<p><b>Fehlende Versorgungspfade</b> (<i>Higgins et al., 2017</i>) / Fehlen klarer Wege zur psychischen Gesundheitsfürsorge für Frauen (Wöchnerinnen) (<i>Higgins et al., 2017</i>) / Koordinierung des Zugangs zu psychosozialen Gutachten in Gebieten mit begrenztem Zugang war eine häufige Herausforderung (<i>Doering et al., 2017; Edge, 2010, nach Arefadib et al., 2021</i>)</p>	<p>Idee: Wenn die Zeit da ist, kann die Hebamme die Frau zu weiteren Fachpersonen begleiten (<i>Vik et al., 2021</i>)</p>
<p>lange Wartezeiten für Termine (<i>Doering et al., 2017; Noonan et al., 2019, nach Arefadib et al., 2021</i>)</p>	

<p>weitere Schwierigkeiten bei der Weiterverweisung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kinderbetreuung (Doering et al., 2017, nach Arefadib et al., 2021)</i></li> <li>• nicht in der Lage sein, direkt an psychosoziale Dienste zu verweisen (<i>Noonan et al., 2019, nach Arefadib et al., 2021</i>)</li> </ul>	
<p>Isolation von fachkundigen Kollegen, mit denen psychosoziale Fragen besprochen werden können (<i>Higgins et al., 2017</i>)</p>	<p>Austausch mit Arbeitskollegen- und kolleginnen (<i>Vik et al., 2021</i>)</p>

<p>Fehlende Unterstützung durch Kollegen oder Vorgesetzte, wenn ein psychisches Problem auftritt (<i>Higgins et al., 2017</i>)</p>	<p>Monatliche Beratung durch Fachleute/ Gruppensupervision im Krankenhaus (<i>Vik et al., 2009, nach Arefadib et al., 2021; Vik et al., 2021,</i></p>
	<p>Die multidisziplinäre Zusammenarbeit wird als Voraussetzung angesehen, wird aber gleichzeitig auch verbessert (<i>Vik et al., 2021</i>)</p> <p>Die behördenübergreifende Zusammenarbeit, z. B. zwischen Mütterberatenden und Hausärzten und Hausärztinnen, ist für die Unterstützung von "gefährdeten" Müttern unerlässlich (<i>Borglin et al., 2015; Chew-Graham et al., 2008; Edge, 2010, nach Arefadib et al., 2021</i>)</p>
	<p>Durch die Verwendung eines einheitlichen Screeninginstrumentes und die multidisziplinäre Zusammenarbeit entsteht eine gemeinsame Plattform, mit einem gemeinsamen Schwerpunkt und eine gemeinsame Sprache =&gt; <i>an einem Strang ziehen</i> (<i>Vik et al., 2021</i>)</p>
<p>Angst der Fachpersonen, dass die Frauen bei Überweisung an den Hausarzt oder die Hausärztin nur mediziert werden (<i>Higgins et al., 2017</i>)</p>	

<p>Ansicht der Fachpersonen, dass sie nur an den Hausarzt überweisen können. Dies im Zusammenspiel mit schlechten Erfahrungen mit Hausärzten. (<i>Chew-Graham et al., 2008, nach Arefadib et al., 2021</i>)</p>	
	<p>Bereitstellung von Informationen (<i>Tammentie et al., 2013, nach Arefadib et al., 2021</i>)</p> <p>Information über PPD und EPDS bereits in der Schwangerschaft- EPDS als Vorbeugung und nicht zum Erkennen (<i>Vik et al., 2021</i>)</p>

### Einheitliche Arbeitsweise

<b>hemmend</b>	<b>förderlich</b>
	<p>Das Formular/der Fragebogen gibt vor, worüber man spricht, und geht über die normale Frage nach dem Befinden hinaus (<i>Vik et al., 2021</i>)</p>
	<p>Durch die standardmässige Anwendung kann der Verlauf besser beurteilt werden – dies gibt Sicherheit (<i>Vik et al., 2021</i>)</p>

	Einheitliches Vorgehen / fix geplante Umsetzung/Anwendung des EPDS -> Zeit eingeplant, strukturierter Screening-Rahmen, systematische Vorgehensweise ( <i>Langvik et al., 2020</i> )
Nichteinhalten von Leitlinien führt zu inkonsistenter Screening-Praxis ( <i>Baldwin und Griffiths, 2009; Edge, 2010; Lees et al., 2009; Rollans et al., 2013, nach Arefadib et al., 2021</i> )	Vorhandensein und die Einhaltung von Leitlinien und Richtlinien zu einer effektiven und einheitlichen Screening-Praxis ( <i>Alexandrou et al., 2018; Anding et al., 2015; Baldwin und Griffiths, 2009; Edge, 2010; Lees et al., 2009; Rollans et al., 2013 nach Arefadib et al., 2021</i> )  Protokolle ( <i>Alexandrou et al., 2018 nach Arefadib et al., 2021</i> )

### Schulung von involvierten Fachpersonen

hemmend	förderlich
	Dringende Notwendigkeit von Weiterbildungsmaßnahmen zum Screening und Management ( <i>Alexandrou et al., 2018; Rush, 2012; Edge (2010), nach Arefadib et al., 2021</i> )  Schulung von zentraler Bedeutung ( <i>Alexandrou et al., 2018; Almond und Lathlean, 2011; Ashford et al., 2017; Bina et al, 2019; Doering et al., 2017; Edge, 2010; Kang et al., 2019; Lees et al., 2009; Mivšek et al., 2008; Noonan et al., 2019; Rollans et</i>

	<i>al., 2013; Rush, 2012; Skoog et al., 2017; Tammentie et al., 2013; Vik et al., 2009, zitiert nach Arefadib et al., 2021)</i>
	Schulung zum Umgang mit verschiedenen ethnischen Gruppen und verschiedenen kulturellen Hintergründen ( <i>Almond &amp; Lathlean, 2011 und Noonan et al., 2019, nach Arefadib et al., 2021)</i> )
	Bedarf an weiteren Schulungen zum Sicherheitsmanagement ( <i>Doering et al., 2017, nach Arefadib et al., 2021)</i> )

### Faktoren, Kenntnisse und Fähigkeiten der Fachpersonen

hemmend	förderlich
	Wort «Depression» nur mit Vorsicht verwenden / Umschreibung und Fokus auf die dargelegten Probleme als weniger stigmatisierend ( <i>Vik et al., 2021)</i> )
Manchmal reicht das Bauchgefühl/ das individuelle Urteil nicht aus ( <i>Glavin et al., 2010, nach Arefadib et al., 2021; Vik et al., 2021; Langvik et al., 2020)</i> )	Individuelles Urteil der Fachperson einbeziehen (Zeit investieren, wenn EPDS unauffällig, aber Bauchgefühl gibt an und auch umgekehrt) ( <i>Rush, 2012; Ben-David et al., 2017, nach Arefadib et al., 2021; Vik et al., 2021; Langvik et al., 2020)</i> )

<p>Nur 50% der depressiven Frauen werden anhand des klinischen Urteils <i>erkannt</i> (Anding et al., 2015, nach Arefadib et al., 2021)</p>	<p>Kein penibles Einhalten von <i>Schwellenwerten</i> (Langvik et al., 2020)</p> <p>Respekt vor der praktischen Erfahrung und dem klinischen Urteilsvermögen der Fachpersonen als Schlüssel zum Prozess (Ben-David et al., 2017, nach Arefadib et al., 2021)</p> <p>Einbezug von weiteren Faktoren, die auf der Einschätzung der Fachperson beruhen (Einschätzung Mutter-Kind-Bindung) (Rollans et al., 2013, nach Arefadib et al., 2021)</p>
<p><b>Mangelndes Wissen über die perinatale psychische Gesundheit</b> (Lees et al., 2009; Mivšek et al., 2008; Alexandrou et al., 2018; Ashford et al., 2017; Doering et al., 2017; Edge, 2010; Kang et al., 2019; Noonan et al., 2019; Rollans et al., 2013; Rush, 2012, nach Arefadib et al., 2021; Higgins et al., 2017)</p>	<p>Wissen über Umgang mit PPD und Überweisungsmöglichkeiten (Rush, 2012; Bina et al., 2019, nach Arefadib et al., 2021)</p>
<p>Fehlende Fähigkeiten auf erkannte psychische Erkrankungen zu reagieren (Higgins et al., 2017)</p>	
<p>Befürchtung der Fachpersonen, die Frauen zu verletzen oder zu belasten durch Thematisierung der psychischen Gesundheit (Higgins et al., 2017)</p>	



<p>Gefühl der Fachpersonen, dass sie nicht über die erforderlichen Kenntnisse verfügen, um mit den Frauen über psychische Gesundheit zu sprechen (<i>Higgins et al., 2017</i>)</p>	<p>Verwendung des EPDS und einer Routine stärkt das berufliche Selbstvertrauen, was wiederum die Qualität der Zusammenarbeit mit den Müttern verbessert (<i>Borglin et al., 2015; Glavin et al., 2010; Vik et al., 2009, nach Arefadib et al., 2021</i>)</p>
<p>Nur in geringem Ausmass: Angst der Fachpersonen; Risiko der Selbstverletzung, Suizides oder Homizides zu vergrössern (<i>Higgins et al., 2017</i>)</p>	
<p>Fehlendes Verantwortungsbewusstsein (<i>Mivšek et al., 2008; Alexandrou et al., 2018; Chew-Graham et al., 2009, nach Arefadib et al., 2021</i>)</p>	<p>Screening als integralen Bestandteil der Rolle erachten (<i>Borglin et al., 2015; Vik et al., 2009, nach Arefadib et al., 2021</i>)</p>
<p>Unsicherheiten, unzureichendes Wissen und Fähigkeiten im Zusammenhang mit kulturellen Fragen (<i>Skoog et al. (2017); Almond und Lathlean, 2011; Baldwin und Griffiths, 2009; Edge, 2010; Noonan et al., 2019, nach Arefadib et al., 2021; Higgins et al., 2017</i>)</p> <p>Fragen wie "Ich war ohne guten Grund ängstlich oder besorgt" übersehen den sozioökonomischen Kontext einiger Mütter (<i>Ben-David et al., 2017, nach Arefadib et al., 2021</i>)</p>	<p>Umgang mit Transkulturalität: Intuition und der Aufbau einer fürsorglichen und transkulturellen Beziehung waren von unschätzbarem Wert, um die Stimmungen der Mütter zu interpretieren (<i>Skoog et al., 2017, nach Arefadib et al., 2021</i>)</p>

<p>Probleme im Umgang mit sozialen und kulturellen Unterschieden (<i>Baldwin &amp; Griffiths, 2009, nach Arefadib et al., 2021; Vik et al., 2021</i>)</p> <p>-&gt; Probleme werden körperlicher ausgedrückt = durch EPDS nicht erfasst (<i>Vik et al., 2021</i>)</p>	
	Professionalität ( <i>Tammentie et al., 2013, nach Arefadib et al., 2021</i> )
	Beziehungsaufbau durch Akzeptanz und Anerkennung von psychischen Problemen ( <i>Vik et al., 2021</i> )

### Faktoren bei den Müttern

hemmend	förderlich
	Frauen: Es fällt vielleicht einfacher, Probleme auf einem Blatt anzukreuzen, als sie an- oder auszusprechen ( <i>Langvik et al., 2020; Nagle &amp; Farrelly, 2018</i> )
Angst, beurteilt und stigmatisiert zu werden ( <i>Nagle &amp; Farrelly, 2018</i> )	Baby als Motivator, für sich selbst zu schauen und sich Hilfe zu holen ( <i>Nagle &amp; Farrelly, 2018</i> )

Befürchtung, als schlechte Mutter angesehen zu werden ( <i>Nagle &amp; Farrelly, 2018</i> )	
Angst der Involvierung des Sozialdienstes und dass Kind weggenommen wird ( <i>Nagle &amp; Farrelly, 2018</i> )	
Angst vor Medikamenten (dass nur Medikamente verschrieben werden) ( <i>Nagle &amp; Farrelly, 2018</i> )	
	Überzeugung der Mütter und Väter, dass es in der Verantwortung der Fachperson liegt, ein Screening durchzuführen ( <i>Alexandrou et al., 2018; Kang et al., 2019, nach Arefadib et al., 2021</i> )
Angst, den Fachpersonen, die unter Zeitdruck stehen, zur Last fallen»- ( <i>Nagle &amp; Farrelly, 2018</i> )	
Frauen möchten nicht zu Therapien oder weiterführenden Angeboten gedrängt oder gezwungen werden ( <i>Nagle &amp; Farrelly, 2018</i> )	Frauen wissen, dass jemand da ist und es erweiterte Unterstützungsmöglichkeiten gibt ( <i>Nagle &amp; Farrelly, 2018</i> )
Der Fragebogen könnte als Abhak-Übung wahrgenommen werden ( <i>Nagle &amp; Farrelly, 2018</i> )	Durch einen standardisierten Fragebogen werden vielleicht vorhandene negative Gefühle «normalisiert» ( <i>im Sinne davon, dass man sie ansprechen darf, nicht im Sinne davon sie zu bagatellisieren</i> ) ( <i>Vik et al., 2021</i> ) / Die Hemmschwelle über Gefühle, die nicht den erwarteten Glücksgefühlen entsprechen» zu reden, wird gesenkt, indem

	sie aktiv darauf untersucht und angesprochen werden ( <i>Nagle &amp; Farrelly, 2018</i> )
--	---

## Anhang G: Austausch Leiterin Geschäftsstelle Verein Postpartale Depression Schweiz

Austausch am 23. März 2022 durchgeführt.

*Da wir weder einheitliche Leitlinien noch Statements zu dieser Aussage aus der Schweiz finden konnten, wollten wir euch zu euren Erfahrungen befragen.*

Gespräch beginnt mit Erzählung

### **Welche Angebote stehen Frauen mit postpartalen Depressionen in der Schweiz zur Verfügung?**

- Selbsthilfegruppen
- Spezialisierte Therapeuten
- Stationäres Angebot:
  - Mutter-Kind-Station (z.B Affoltern 14 Plätze)
  - Wartezeiten unterschiedlich
  - Siehe Fachpersonenliste und Mu-Va-Kind-Plätze

### 3 Pfeiler der Hilfe:

- **Fachliche Hilfe**
  - Fachpersonenliste (Psychiater, Psychologen, ...) -> so kann man gleich einen Termin abmachen
  - Platz Mutter-Kind-Station finden
- Hebammen mit Gyn und HA oder über postpartale Depression CH -> mit PPDCH-Psychologin sprechen
- **Persönlicher Austausch**
  - Gesprächsgruppen
  - 90ehemalig Betroffene als Patinnen (PPD CH)
- **Unterstützungs- und Entlastungsangebote**
  - Psychiatrische Spitex, Kinderbetreuung -> Netz bauen

## **Informationen zum Verein**

- Schweizweit einzigartig -> PPD CH -> aber nur wegen Spenden möglich, seit 2 Jahren Gesundheitsförderung
  - Viel ehrenamtliche Arbeit
  - Die meisten Frauen melden sich erst nach 3,4,5,6 Monaten
- Online-Fortbildung frühe Kindheit

Flyer in Geburtsvorbereitung

### ***Haltet ihr die verfügbaren Dienste für ausreichend?***

Zu wenig Mutter-Kind-Plätze

Auch freie Plätze- aber teilweise

Nicht immer von Krankenkasse allein bezahlt -> teilweise hilft Gemeinde => aber Vorbehalte sind sehr gross

Bedarf an ambulanten Angeboten und Tagesklinik

Beispiel: Ida-Wegmann-Haus: antroposophisch, hat ein Ambulatorium

### ***Haltet ihr die Fachpersonen (insb. Hebammen) für ausreichend informiert über bestehende Angebote?***

- GynäkologInnen eher nein
- Hebammen sind teilweise sehr sensibilisiert
- TherapeutInnen: je nach Kanton, grosse gehen besser/ hat es
- Zu wenig die spezialisiert sind auf die Thematik
- Im Psychotherapeutenverband kein Nachdiplomstudium -> PPDCH ist dran
- Spezielle Fortbildung für Therapeuten für Zwang und Angst

### ***Wo können Fachpersonen Übersichten von spezialisierten Fachpersonen finden?***

- Siehe Rubrik «Hilfe» auf der Webseite
- Es hat eine Fachpersonenliste

- Es gibt auch Selbsthilfeangebote
- Auch Hebammen (und Gynäkologinnen und Gynäkologen oder Hausärztinnen und Hausärzte) rufen an für Tipps bei Überweisung

***Wo seht ihr die Aufgaben und Kompetenzen der Hebammen/ Fachpersonen der ambulanten Wochenbettbetreuung?***

- Problem erkennen
- Sie müssen keine Diagnose stellen
- Hebammen teilweise sehr sensibilisiert erlebt
- Sollen Frauen motivieren, den EPDS auszufüllen
- Sollen Informieren und darüber Bescheid wissen