

Screening für Postnatale Depressionen in der ambulanten Versorgung

Susanne Knüppel Lauener¹, Univ.-Prof. Dr. Wilfried Schnepf, Prof. Dr. Lorenz Imhof

Postnatale Depressionen (PnD) sind eine der häufigsten Komplikationen bei Müttern nach der Geburt. Über 50 % der PnD werden nicht erkannt. Diese Studie untersucht, wie sich ein zweistufiges Screening Verfahren, angewendet im Rahmen einer aufsuchenden pflegerischen Grundversorgung, bewährt. Dafür haben in der Schweiz Mütter- und Väterberaterinnen das Patient Health Questionnaire-2 und die Edinburgh Postnatal Depression Scale eingesetzt. Es wurde ein deskriptives komparatives Studiendesign verwendet. 635 Frauen wurden angefragt und 34 Frauen hatten Anzeichen auf eine PnD (5.5 %). Die Wahrscheinlichkeit eine PnD zu entdecken, erhöht sich bei einer zweiten oder weiteren Beratung (RR=2.24, p=.012) und bei Frauen mit problematischen Schwangerschaften und/oder Geburten (RR=2.41, p=.040). Andere Eigenschaften haben keine signifikanten Unterschiede gezeigt. Der Einsatz von Screening Instrumenten ist abhängig von den Bedingungen der Durchführung. Weitere Untersuchungen zu ihrer Verwendung sind angesichts zunehmender Standardisierung der Pflege wichtig, um die Bedürfnisse der Pflegeempfänger nicht aus den Augen zu verlieren.

Screening for Postpartum Depression in the Community Care

Postpartum Depression (PpD) is one of the major complications for women after the delivery. More than 50 % of PpD is not recognized. This study investigates the usefulness of a two-step screening process conducted by nurses at the time of routine well child care. The Patient Health Questionnaire-2 and the Edinburgh Postnatal Depression Scale have been used for this purpose in Switzerland. We use a descriptive comparative study design. A total of 635 women were recruited, with 34 women indicating a PpD (5.5 %). The probability of detecting PpD was raised at a second and subsequent visits (RR=2.24, p=.012) and by women who had a difficult pregnancy and/or delivery (RR=2.41, p=.040). Other properties showed no significant difference. The usefulness of the screening instruments depended on the conditions around its implementation. In the face of increasing standardization of care, additional research on the use of assessment tools is important to not lose sight of patient needs.

Korrespondenzadresse

1

Susanne Knüppel Lauener, Universität Witten/Herdecke / Institut für Pflege, Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, knul@zhaw.ch

Eingereicht am 11.5.2014

Akzeptiert am 3.6.2014

DOI: 10.3936/1277

EINLEITUNG

Eine Postnatale Depression (PnD) ist mit einer Prävalenz von 10-15 % die häufigste psychische Erkrankung der Frauen nach der Geburt (O'Hara & Swain, 1996). PnD wird nach ICD-10 als depressive Episode einer affektiven Störung klassifiziert (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information-DIMDI, 2014). Sie äußert sich mit gedrückter Stimmung, der Verminderung von Antrieb und Aktivitäten sowie der Fähigkeit, Freude und Interesse zu empfinden. Dazu kommen häufig die Minderung des Selbstwertgefühls sowie des Selbstvertrauens. Bei leichten Formen können Schuldgefühle und Gedanken über die eigene Wertlosigkeit auftreten; die Verringerung des Appetites sowie Schlafstörungen können eine PnD als somatische Symptome begleiten. Die Zahl der vorhandenen Symptome und die Beeinträchtigungen im Alltag definieren den Schweregrad, der in leichte, mittelgradige und schwere PnD eingeteilt werden kann.

Die Auswirkungen der depressiven Verstimmungen der Mutter beeinflussen das ganze Familiensystem (Tamentie, Tarkka, Astedt-Kurki, Paavilainen, & Laippala, 2004), die Partnerschaft (Dennis & Ross, 2006) sowie die Entwicklung des Kindes (Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk, 2003; Murray et al., 1999; Sohr-Preston & Scaramella, 2006).

Risikofaktoren für eine PnD wurden weltweit untersucht (World Health Organization - WHO, 2009). Vorhergehende depressive Ereignisse und andere psychiatrische Störungen, negative Lebensereignisse, fehlende soziale Unterstützung sowie eine beeinträchtigte Partnerbeziehung zählen zu den wichtigsten Risikofaktoren (Beck, 2008; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004; World Health Organization - WHO, 2009). Als Risikofaktoren diskutiert werden ebenfalls ein niedriges Einkommen und ein Immigrationshintergrund (Lanes, Kuk, & Tamim, 2011).

Bisher wurde vorwiegend bei jungen Frauen bis 24 Jahren eine erhöhte Prävalenz der PnD gefunden (Lanes et al., 2011; Nunes & Phipps, 2013; Sword et al., 2011). Ein erhöhtes Risiko für PnD in den Altersgruppen 25-39 Jahren wurde vereinzelt rapportiert (Bener, Gerber Linda M., & Sheikh, 2012; Lanes et al., 2011), während andere Studien einen Zusammenhang zwischen dem Alter und PnD nicht bestätigen konnten (Goker et al., 2012; Horowitz, Murphy, Gregory, & Wojcik, 2011; Robertson et al., 2004). Die heterogene Klassifizierung der Altersgruppen könnte dafür eine Ursache sein. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass nicht die Variable Alter alleine ausschlaggebend ist, sondern die Korrelation von mehreren Faktoren (Bener et al., 2012; Glavin, Smith, & Sørnum, 2009; Lanes et al., 2011; Raisanen et al., 2013).

Die Brisanz der Frage bleibt auch deshalb bestehen, weil das Alter der gebärenden Frauen sich in den letzten Jahren verändert hat. In den Jahren 2000 - 2012 ist in der Schweiz der Anteil der Mütter mit einem Alter über 34 Jahren von 20.5 % auf 29.8% angestiegen (Bundesamt für Statistik - BFS, 2014b). Auch die Anzahl der Geburten von Frauen über 40 Jahren hat sich in dieser Zeit von 8.2 auf 16.3 Kinder pro 1000 Frauen fast verdoppelt (Bundesamt für Statistik - BFS, 2014a). Eine Hypothese ist, dass die problematischen Verläufe ein prädiktiver Faktor für

PnD sein und diese mit dem zunehmenden Alter häufiger vorkommen könnten. Verschiedene Studien konnten einen Zusammenhang zwischen einer problematischen Schwangerschaft bzw. Geburt und erhöhtem Risiko für eine PnD nachweisen (Lanes et al., 2011; Raisanen et al., 2013; Righetti-Veltama, Conne-Perreard, Bousquet, & Manzano, 1998; Robertson et al., 2004). Da ab einem Alter von 35 Jahren die Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft definiert wird und die meisten klinischen Risiken wie Fehlgeburt, Gestationsdiabetes, Placentapraevia und die Wahrscheinlichkeit eines Kaiserschnitts ab dem 40. Lebensjahr deutlich erhöht sind, könnte sich eine höhere Prävalenz von PnD in dieser Altersgruppe ergeben (Ritzinger P., 2013).

Es werden jedoch immer noch über 50 % der PnD nicht erkannt und somit auch nicht behandelt (National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE, 2007). Gründe dafür sind einerseits das Schamgefühl und das dadurch entstehende Schweigen der an depressiven Störungen leidenden Mütter (Knudson-Martin & Silverstein, 2009). Andererseits hemmen das fehlende Verständnis sowie gesellschaftliche Vorstellungen auch die Familienmitglieder daran, depressive Symptome anzusprechen (Dennis & Chung-Lee, 2006). Bei Fachpersonen sind das Wissen über PnD und die Risikofaktoren, die Qualität der Beziehung zu den Frauen sowie die fehlende systematische Anwendung von standardisierten Einschätzungsinstrumenten entscheidende Faktoren für die Nichterkennung von PnD (Dennis & Chung-Lee, 2006). Die Weltgesundheitsorganisation (2008) empfiehlt deshalb das Screening Verfahren während der Routinepflege im Rahmen der Grundversorgung durchzuführen. Dafür wurden in den letzten Jahrzehnten verschiedene Instrumente entwickelt und validiert (Boyd, Le, & Somberg, 2005). Frauen mit spezifischen Bedürfnissen (Erstgebärende, fehlende soziale Unterstützung, PnD) bevorzugen eine aufsuchende Dienstleistung (Sword, Krueger, & Watt, 2006). Hausbesuche und spezifische Ambulatorien im Rahmen der Grundversorgung erlauben eine individuelle Beratung durch eine Pflegefachperson, ein Vorteil, den diese Frauen gerne nutzen. Wenn Pflegefachpersonen die Frauen ermutigen über ihre Schwierigkeiten zu sprechen, steigern sie dadurch auch die Akzeptanz für Hausbesuche (Sword et al., 2006). Genügend zeitliche Ressourcen für eine offene Kommunikation und eine Diskussion über die Resultate eines Screening Verfahrens sind Grundbedingungen, um die hohe Rate von nicht erkannter PnD zu senken (Glavin, Ellefsen, & Erdal, 2010). Screening Instrumente sind nicht nur Instrumente, um PnD zu identifizieren, sie sind auch „Türöffner“ und erhöhen die Fokussierung auf die mentale Gesundheit (Glavin et al., 2010).

Im Rahmen dieser Studie wird untersucht, wie sich ein zweistufiges Screening Verfahren, angewendet im Rahmen einer aufsuchenden pflegerischen Grundversorgung (Mütter- und Väterberatung), bewährt.

MATERIAL UND METHODIK

Ein deskriptives komparatives Studiendesign wurde gewählt, um die Screeningresultate und die Eigenschaften der Stichprobe zu beschreiben.

Kontext der Studie

Die Studie erfolgte im Rahmen der Dissertation in Pflegewissenschaft der Erstautorin an der Universität Witten/Herdecke. Sie wurde in der italienischsprachigen Schweiz durchgeführt. Der Kanton Tessin hat 341'652 Einwohner (Ufficio di statistica, 2014a). Im Rahmen der Nachversorgung der Geburt besteht in der Schweiz eine flächendeckende kostenlose Dienstleistung im sozial- und präventivmedizinischen Bereich durch die Mütter- und Väterberatung. Die Beratungen erfolgen durch Pflegefachfrauen vorwiegend im ersten Lebensjahr des Kindes und werden im Ambulatorium oder bei den Familien zu Hause durchgeführt. Durch ihre Nähe zu den Familien und ihrem Tätigkeitsbereich in der Routinenachversorgung sind Mütter- und Väterberaterinnen (nachgehend MVB) Schlüsselfiguren, wenn es darum geht PnD einzuschätzen und die Mütter und Familien in diesen schwierigen Situationen zu unterstützen.

Im Jahr 2012 wurden in diesem Kanton 2839 Geburten verzeichnet (Ufficio di statistica, 2014a). Von den MVB wurden 2703 Familien mit Kinder im Alter von 0 – 3 Jahren beraten (Ufficio di statistica, 2014b). Da die MVB vor allem Familien mit Kindern im ersten Lebensjahr beraten, kann davon ausgegangen werden, dass ein Grossteil der Familien

mit einem Neugeborenen sich an die MVB wandte. Studienteilnehmende wurden von der MVB während 15 Monaten konsekutiv in die Studie eingeschlossen.

Screening Verfahren und Instrumente

Für das Screening Verfahren wurde ein zweistufiges Verfahren ausgewählt, welches von internationalen Leitlinien empfohlen wird (National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE, 2007). In einem ersten Schritt wurden die Mütter ohne Hinweise auf eine Depression identifiziert. Für diese erste Stufe wurde das Patient Health Questionnaire-2 (nachgehend PHQ-2) ausgewählt (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2003). Bei einem positiven Ergebnis wurde in einem zweiten Schritt das Assessment einer depressiven Verstimmung vorgenommen und für die zweite Stufe die Edinburgh Postnatal Depression Scale (nachgehend EPDS) eingesetzt (John L. Cox & Holden, 2008). Im Gegensatz zu den Leitlinien von NICE (2007), welche die Standardfragen von Whooley, Avins, Miranda und Browner (1997) empfehlen, wurde das PHQ-2 gewählt, weil dieses Instrument in italienischer Sprache mit guten Testeigenschaften validiert vorlag (Mazzotti et al., 2003).

Das in Stufe eins verwendete PHQ-2 ist die Zwei-Items-Kurzform des Patient Health Questionnaire Depression

Modul, PHQ-9 (Kroenke et al., 2003). Der PHQ-9 ist Bestandteil des Patient Health Questionnaire (PHQ), welcher verschiedene psychische Störungen (Depression, Angst-, Ess- und somatoforme Störungen sowie Alkoholprobleme) einschätzt. Der PHQ wurde nachfolgend auf den PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) entwickelt und fokussiert die ersten beiden Kriterien der Mayor Depression des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, DSM-IV. (Kroenke et al., 2003). Diese Kriterien beziehen sich auf den Interessensverlust und die niedergeschlagene Stimmung. Die beiden Items der deutschen Version lauten (Pfizer, 2002):
 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Aktivitäten
2. Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit oder Hoffnungslosigkeit

Whooley et al. (1997) beziehen ebenfalls ihr Instrument mit zwei Standardfragen auf diese beiden Kriterien des DSM-IV und validierten dieses

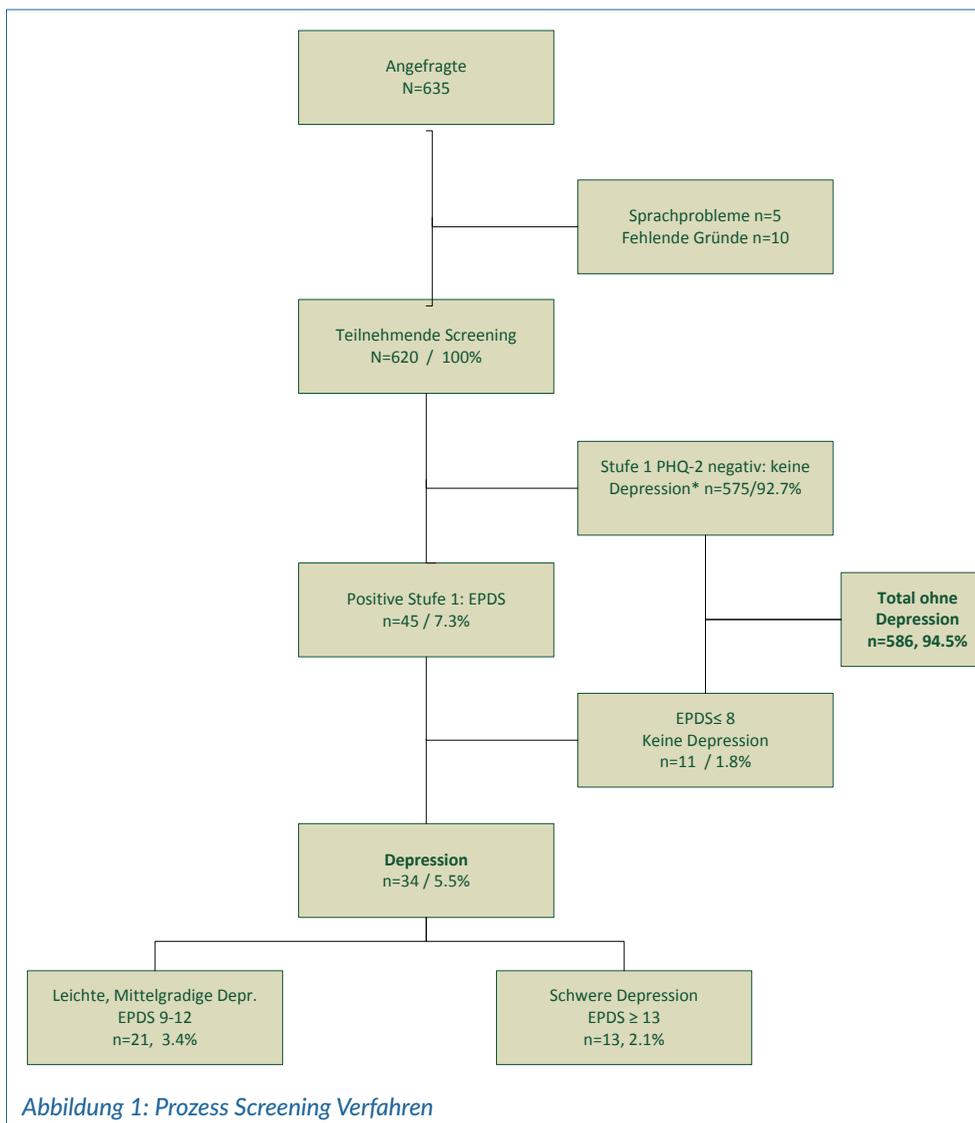


Abbildung 1: Prozess Screening Verfahren

Instrument mit einer vorwiegend männlichen Population (97 %). Im Gegensatz zu Wooley et al. (1997) konnte der PHQ-2 in unterschiedlichen Settings der Grundversorgung, inklusive des Bereiches der Geburtshilfe, validiert werden (Kroenke et al., 2003). Zudem wurden die beiden Fragen des PHQ-2 auf die letzten zwei Wochen fokussiert und auf vier Antwortmöglichkeiten (Likert-Skala) erweitert. Im Vergleich diskriminiert der PHQ-2 für die Mayor Depression besser zwischen depressiven und nicht depressiven Patienten im Gegensatz zu den beiden Standardfragen von Whooley et. al. (1997), AUC der Roc-Kurve 0.93 vs. 0.82.

Das PHQ-2 weist bei einem empfohlenen Cut-Off-Wert von drei Punkten eine Sensitivität von 62.3 % und eine Spezifität von 95.4 % auf. Angesichts der niedrigen Sensitivität des Instruments bei einem Cut-Off von 3 Punkten, wurde neu ein Wert von zwei Punkten gewählt, was zu einer Sensitivität von 82.1 % und einer Spezifität von 80.4 % führte.

Die EPDS, eingesetzt in Stufe zwei, ist ein 10-Items-Self-Report-Fragebogen. Die Items werden im Kasten eins in deutscher Sprache genannt. Dieser ist in verschiedenen Sprachen validiert und ist das meist verbreitete Assessmentinstrument für Pnd (Boyd et al., 2005; Cox & Holden, 2008). In dieser Studie wurde das Instrument mehrheitlich in italienischer Sprache eingesetzt. Bei Bedarf stand auch die deutsche und englische Version zur Verfügung.

Die EPDS wurde 1987 entwickelt, da die bis zu diesem Zeitpunkt existierenden Instrumente, wie der State of Anxiety and Depression (SAD) und der General Health Questionnaire (GHQ) und der Beck Depression Inventory (BDI), nicht spezifisch auf die Erhebung von Pnd ausgerichtet waren (Cox & Holden, 2003). Normale somatische Veränderungen (Gewichtsverlust, Atemlosigkeit und Herzrasen) im Puerperium und Schlaflosigkeit, die oft auch durch das Baby verursacht sind, hätten leicht missverständlich als psychologisch bedingte Veränderungen gedeutet werden können.

Benvenuti et al. (1999) haben bei leichten Depressionen mit einem Cut-Off-Wert von 8/9 eine Sensitivität von 94.4 %, eine Spezifität von 87.4 % und einen positiven prädiktiven Wert von 58.6 % für die italienische Version des EPDS beschrieben und empfehlen diese Version für eine Anwendung im nord- und zentralitalienischen Sprachraum (Cox & Holden, 2008). Die interne Konsistenz entspricht einem Chronbach's Alpha-Koeffizient von 0.79 und einem Guttman Split-Half-Koeffizienten von 0.82. Eine Punktzahl von 9 bis 12 Punkten entspricht dem Hinweis auf eine leichte und mittelgradige Depression und ein Wert von 13 und mehr Punkten dem Hinweis auf eine schwere Depression.

Das Screening Verfahren wurde in einer Routineberatung bei allen Müttern einmal zwischen der 6. und der 12. Woche, dazu einmal 6 Monate nach der Geburt sowie immer dann angewendet, wenn es von der Pflegefachperson als nötig eingeschätzt wurde (Cox & Holden, 2008). Alle Frauen erhielten von den MVB Informationen zu ihren Resultaten und wurden über die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten informiert und beraten.

Vorbereitung

Das Forschungsvorhaben und somit auch das Screening Verfahren wurde von der kantonalen Ethikkommission des Kantons Tessin bewilligt.

Eine dreiwöchige Testphase wurde durch zwei MVB durchgeführt. Zur Sicherung der Interrater-Reliabilität wurde eine halbtägige Schulung durchgeführt, an der 22 MVB-Pflegefachpersonen teilgenommen haben (91.6 %). Durch die Schulung wurden die MVB befähigt, das Screening Verfahren fachgerecht anzuwenden. Weitere regelmässige Beratungen zum Studienablauf und zum Screening während der Datensammlung haben die Umsetzung unterstützt.

Die Datenerhebung der Studie erfolgte mit einem Fragebogen zu den Eigenschaften der Mutter und des Kindes (Alter, Anzahl der Kinder, Partnerschaft, Verlauf der Schwangerschaft/Geburt), der Durchführung des Screenings Verfahrens (Dienststelle, Zeitpunkt, Ort und Anzahl der Besuche) sowie den Ergebnissen der Screening Instrumente. Die Daten wurden in einem Abstand von 1-2 Wochen, in einem schon frankierten und beschrifteten Briefumschlag, durch die MVB an die Forscherin geschickt.

Datenauswertung

Die deskriptive Analyse der metrischen Daten wurde mit Mittelwert, Standardabweichung, Rang und nominalen Variablen der Häufigkeit berechnet. Die Vergleiche für die diskreten Variablen erfolgten mittels T-Test für unabhängige Stichproben und jene für die kategorialen Variablen durch

Demographische Eigenschaften (N=620)		
Alter Frauen in Jahren, <i>M(±SD), range</i>	33.1 (±5), 18-46	
Alter Kinder in Wochen, <i>M(±SD), range</i>	10.8 (±6.5), 1-51	
	<u>n</u>	<u>%</u>
Anzahl Kinder		
1. Kind	359	58.4
2. und mehr Kinder	256	41.6
Beziehungssituation		
Verheiratet/Partnerschaft	613	99.7
Alleinstehend	2	0.3
Verlauf Schwangerschaft/Geburt		
Problemlos	553	91
Problematisch	55	9
Ort Beratung		
Hausbesuch	224	38.6
Ambulatorium	357	61.4
Anzahl Beratungen		
1. Beratung	281	45.5
2. und weitere Beratungen	336	54.5

Tabelle 1: Eigenschaften Studienpopulation

Vergleiche: Studienpopulation und Screening Verfahren mit Depression Ja - Nein

Vergleiche Eigenschaften Studienpopulation und Screening Verfahren <i>N</i> =620	Frauen ohne Depression		Frauen mit Depression		Teststatistik	P-Wert
Alter Frauen in Jahren, <i>n</i> , <i>M</i> (± <i>SD</i>)	585	33.11 (5)	33	33.27 (5)	t(1, 616)= -1.185	0.414
Alter des Kindes und Zeitpunkt Screening in Wochen nach Geburt, <i>n</i> , <i>M</i> (± <i>SD</i>)	579	10.7 (6.3)	34	12.5 (8.7)	t(1, 611) = -1.621	0.057

	n	%	n	%		
Vergleiche Kategorien						
Alter Frauen					Chi-Quadrat (3) 1.998	0.392
≤ 24 Jahre	28	96.6	1	3.4		
25 - 34 Jahre	325	93.7	22	6.3		
35 - 39 Jahre	174	96.7	6	3.3		
≥ 40 Jahre	59	92.2	5	7.8		

Anzahl Kinder					Chi-Quadrat (1) 0.092	0.762
1. Kind	340	94.7	19	5.3		
≥ 2 Kinder	241	94.1	15	5.9		

Geburt und Schwangerschaft					Chi-Quadrat (1) 4.219	0.040*
Problemlos	528	95.5	25	4.5		
Problematisch	49	89.1	6	10.9	RR= 2.41	

Ort des Screening Verfahrens					Chi-Quadrat(1) 0.703	0.402
Hausbesuch	209	93.3	15	6.7		
Ambulatorium	339	95	18	5		

Zeitpunkt Screening Verfahren					Chi-Quadrat (1) 1.539	0.215
5 - 8 Wochen nach Geburt	329	93.5	23	6.5		
≤ 4 und ≥ 9 Wochen nach Geburt	250	95.8	11	4.2		

Anzahl Beratungen Screening Verfahren					Chi-Quadrat (1) 6.378	
1. Beratung	273	97.2	8	2.8		0.012*
≥ 2 Beratungen	311	92.6	25	7.4	RR=2.24	

***(p<=0.05)**

Tabelle 2: Subgruppenanalyse - Vergleiche Studienpopulation und Screening Verfahren

den Chi-Quadrat Test. Das relative Risiko wurde bei signifikantem Unterschied von einem P-Wert kleiner als 0.05 berechnet.

Subgruppenvergleiche der Frauen ohne und mit Hinweis auf PnD wurden durchgeführt. Die Daten wurden durch SPSS Statistics 21 ausgewertet.

ERGEBNISSE

Von Juni 2012 bis August 2013 wurden 635 Frauen für eine Teilnahme angefragt. Die Mütter- und Väterberaterinnen befragten die Frauen in der Regel während einer Routineberatung zwischen der sechsten und zwölften Woche oder falls die Mutter zum ersten Mal nach diesem Zeitpunkt in die Beratung kam auch später. Fünf Frauen wurden wegen ungenügender Sprachkompetenz nicht in das Verfahren eingeschlossen und bei zehn Frauen fehlten die Gründe für eine Nichtteilnahme. Am Screening Verfahren nahmen 620 Frauen teil (siehe Grafik 1).

Das Durchschnittsalter der Frauen betrug 33.1 Jahre, die Mehrheit von ihnen lebte in einer Partnerschaft. Mehr als die Hälfte der Frauen (58.4 %) waren Erstgebärende, 91 % der Schwangerschaften und der Geburten verliefen problemlos. Bei 38.6 % wurde das Screening während eines Hausbesuchs durchgeführt und bei 61.4 % im Ambulatorium. Das Durchschnittsalter des Kindes beim Screening betrug 10.8 Wochen (siehe Tabelle 1).

Der erste Schritt des Screening Verfahrens, die Anwendungen des PHQ-2 zeigte bei 575 Frauen (92.7 %) einen negatives Resultat. In diesen Fällen wurde der zweite Schritt des Screening Verfahrens nicht durchgeführt (siehe Grafik 1).

Von den 45 Frauen, die mit dem Instrument EPDS in den zweiten Schritt des Screening Verfahrens eingeschlossen wurden, zeigten elf Frauen acht oder weniger Punkte und damit keinen Hinweis auf eine Depression. Anzeichen einer Depression wurde bei 34 Frauen (5.5 %) festgestellt. Einen Score von 9-12 Punkten, und damit eine leichte/mittelgradige Depression, wurde bei 21 dieser Frauen (3.4 %) festgestellt. Ein Score von 13 und mehr Punkten, und damit Zeichen einer schweren Depression, zeigten 13 Frauen (2.1 %) (siehe Grafik 1).

Das positive Screening Resultat hing davon ab, ob das Screening Verfahren bei der ersten (45.5 %) oder einer weiteren Beratung (54.5 %) durchgeführt wurde. Die Wahrscheinlichkeit eine PnD bei der zweiten oder einer weiteren Beratung zu entdecken, war mehr als doppelt so gross wie bei der ersten Beratung (RR=2.24, p=.012) (siehe Tabelle 2).

Andere Eigenschaften der Durchführung des Screening Verfahrens wie der Ort, ob Hausbesuch oder Ambulatorium, sowie auch der Zeitpunkt nach der Geburt, hatten keinen Einfluss auf das Resultat des Screenings. Die Gruppen ohne PnD und mit PnD unterschieden sich nicht bezüglich der Eigenschaften des Alters und der Anzahl Kinder. Auch ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf die soziodemographischen Variablen und die Lebensumstände konnte nicht nachgewiesen werden.

Hingegen zeigte sich, dass bei den Frauen mit PnD die Anzahl der problematischen Schwangerschaften und/oder Geburten höher war. Die Wahrscheinlichkeit für diese Frauen eine PnD zu entwickeln, war im Vergleich zu den

Frauen mit einer problemlosen Schwangerschaft und Geburt fast zweieinhalb Mal so hoch (RR=2.41, p=.040) (siehe Tabelle 2).

DISKUSSION

Die durch das Screening Verfahren erhobene Prävalenzrate von 5.5 % ist im Vergleich zu den bekannten Zahlen von 10 – 15 % (O'Hara & Swain, 1996) überraschend niedrig. Prävalenzraten sind abhängig von verschiedenen Faktoren wie der Anwendung des Instruments und der kulturellen Bedingungen (Halbreich & Karkun, 2006). Erklärungsgründe dieser niedrigen Prävalenzrate können bei den Eigenschaften der untersuchten Bevölkerung, dem zur Verfügung stehenden Unterstützungsangebot und beim Zugang zur Gesundheitsversorgung gefunden werden. Die kanadische Studie von Lanes, Kuk und Tamin (2011) hat Unterschiede in der Prävalenz von Depressionen von 4.3 – 10.63 % je nach geographischen Regionen gefunden (N=6421). Der Kanton Tessin hat einen hohen Anteil an ländlichen Gebieten, in der die Familienstrukturen oft noch gut intakt sind. Die Prävalenz könnte deshalb durch gut ausgebaute soziale Netzwerke und finanzielle Unterstützungsangebote beeinflusst sein. Andererseits bedeuten intakte soziale Strukturen auch soziale Kontrolle und damit die Möglichkeit, dass negative Empfindungen gegenüber der Mutterschaft weniger geäußert werden, da sie dem gesellschaftlichen Bild der Mutterschaft nicht entsprechen. Vor allem die Standardfragen des PHQ-2 könnten dadurch beeinflusst werden.

Das benutzte zweistufigen Screeningverfahren für PnD wurde in drei anderen Studien verwendet (Chae, Chae, Tyndall, Ramirez, & Winter, 2012; Cutler et al., 2007; Gjerdingen et al., 2009). Alle drei amerikanischen Studien haben sich auf schwere Depression konzentriert und dafür einen Cutt-off von 3 Punkten des PHQ-2 verwendet. Im Gegensatz zu dieser Studie, die mit einem PHQ-2 Cutt-off von 2 Punkten) einen Anteil von 7.3 % Frauen mit Depression identifizierte, waren die Ergebnisse der anderen drei Studien wesentlich höher und lagen zwischen 12.8 % und 26.9 %. Erklärungen für den höheren Anteil könnten einerseits in der Anwendung des Instrumentes liegen. Chaen et al. (2012) hatten z. B. die dichotome Ja/Nein Antwort angewendet anstatt der Likert-Skala, andererseits in der Studienpopulation, welche vorwiegend aus dem multiethnischen, urbanen Kontext und im pädiatrischen oder hausärztlichen Setting Teilnehmende rekrutierte.

Der Ort und der Zeitpunkt des Screening Verfahrens haben in dieser Studie keine entscheidende Bedeutung für die Anzahl entdeckter PnD. Die Ergebnisse haben jedoch gezeigt, dass es wahrscheinlicher war, depressive Symptome bei einer zweiten und weiteren Beratung zu entdecken als beim ersten Gespräch. Wird dieses Ergebnis so interpretiert, dass bei mehreren Versuchen auch eine vertiefte Beziehung entsteht, bestätigt diese Studie die Erkenntnisse von Dennis & Chung-Lee (2006), Glavin et al. (2010), welche auch zu dem Schluss kam, dass eine gute Beziehung zwischen Fachperson und Patientin eine Voraussetzung dafür ist, dass Frauen ihre Probleme offenlegen. Nach Aussagen der MVB stehen im ersten Beratungsgespräch die administrative Datensammlung, die Anamnese und der erste

Kontakt im Vordergrund. Bei einem zweiten und weiteren Besuch sind die Bedingungen für einen Aufbau einer Vertrauensbeziehung besser.

Das Assessment aus diesem Grund bei einem ersten Besuch nicht durchzuführen, birgt jedoch das Risiko, dass PnD erst später oder gar nicht erkannt wird, falls die Mütter das Beratungsangebot nicht mehr nützen würden. Da genügend Zeit eine wichtige Voraussetzung für ein erfolgreiches Assessment ist (Dennis & Chung-Lee, 2006; Glavin et al., 2010), wäre es sinnvoll, schon das erste Beratungsgespräch so zu strukturieren, dass genügend Zeit für den Aufbau und die Gestaltung der Vertrauensbeziehung zur Verfügung steht.

Die vorliegende Studie konnte keinen Zusammenhang zwischen der Geburt eines ersten, respektive eines zweiten oder weiteren Kindes und der Entwicklung einer PnD aufzeigen. Dieses Ergebnis wird auch von anderen Studien bestätigt (Horowitz et al., 2011; Robertson et al., 2004). Das Ergebnis steht aber auch im Gegensatz zu anderen bisher durchgeführten Studien, die ihrerseits nicht zu identischen Ergebnissen gekommen sind (Glavin et al., 2009; Lanes et al., 2011; Sword et al., 2011). Dies zeigt wie umstritten die Ursächlichkeit von Primipari respektive Multipari ist und dass eindeutige Aussagen schwierig sind. Zu beachten ist ebenfalls, dass die Anzahl der Kinder unterschiedliche Auswirkungen auf die Belastungen der Mütter hat. Ein erstes Kind stellt die Mütter vor neue Herausforderungen, während mehrere Kinder die Mütter darin fordern, verschiedenen und mehreren Bedürfnissen gerecht werden zu müssen. Es ist daher naheliegend, dass soziale und praktische Unterstützung entscheidend sind, um die herausfordernde Situation der neuen oder mehrfachen Mutterschaft zu bewältigen. Fehlende soziale Unterstützung wurde als Risikofaktor für PnD mehrfach bestätigt (Bener et al., 2012; Lanes et al., 2011; Nunes & Phipps, 2013; Raisanen et al., 2013; Robertson et al., 2004; Sword et al., 2011).

Aufgrund der Ergebnisse hat das Alter der Frauen keinen entscheidenden Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, eine PnD zu entwickeln. Die kleine Stichprobenzahl der Frauen mit Hinweisen auf eine Depression erschwert eine aussagekräftige statistische Analyse. Die Daten können deshalb nicht weiter für eine vertiefte Betrachtung eines allfälligen Zusammenhangs zwischen dem Alter und der Wahrscheinlichkeit einer PnD herangezogen werden.

Bezüglich des durchschnittlichen Alters der Frauen ist zu bemerken, dass jenes der Studienpopulation mit 33.1 Jahren etwas höher liegt als das durchschnittliche Alter von 31.5 Jahren von allen gebärenden Frauen in der Schweiz respektive 31.8 Jahren der Gebärenden im Tessin; jeweils bezogen auf das Jahr 2012 (Bundesamt für Statistik - BFS, 2014a). Ebenfalls wird der Trend des erhöhten Alters der gebärenden Frauen bestätigt (Bundesamt für Statistik - BFS, 2014b).

Die problematischen Verläufe der Schwangerschaft und/oder der Geburt konnten in dieser Studie als mögliche Risikofaktoren für PnD identifiziert werden. Dieses Ergebnis stimmt mit anderen Studien überein, welche Hyperemesis Gravidarum, Angst vor der Geburt, Anämien, Gestationsdiabetes, Frühgeburten, kongenitale Anomalien sowie der Aufenthalt des Kindes in der Intensivstation als Einflussfaktoren für eine PnD beschrieben (Goker et al., 2012; Raisa-

nen et al., 2013; Robertson et al., 2004). Die Hypothese, ob das zunehmende Alter und der problematische Verlauf der Schwangerschaft und/oder der Geburt einen Einfluss auf die Entwicklung einer PnD hat, sollte weiter verfolgt werden. Dabei sollte bedacht werden, dass die Komplexität der Entwicklung einer Depression nicht auf einzelne Variablen reduziert werden kann, sondern es sehr wahrscheinlich ein Zusammenkommen von mehreren Elementen ist.

Die vorliegende Studie hat sich auf das Screening Verfahren konzentriert. Daten zu verschiedenen Einflussfaktoren, wie Einkommen, vorbestehende depressive Episoden oder soziale Unterstützung konnten nicht erhoben werden. Die beschränkte Zahl von Frauen, die im Screening Verfahren Anzeichen einer PnD zeigten, erlaubte verschiedene statistische Untersuchungen nicht. Zudem sollte beachtet werden, dass die angewandten Instrumente keine Diagnose-Instrumente sind.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Standardisierte Screening Verfahren sind wertvolle Mittel, Pflegefachpersonen beim Assessment von schwer identifizierbaren Phänomenen wie es eine Depression ist, zu unterstützen. Sie sind Teil des klinischen Assessments und somit des Pflegeprozesses. Die Abklärung von Risikofaktoren ist Teil der klinischen Einschätzung und sollte in die Anamnese integriert werden. Der erfolgreiche Einsatz von Screening Instrumenten ist abhängig von den Rahmenbedingungen der Durchführung. Zeit und Vertrauen scheinen dabei wichtige Elemente bei der Umsetzung in die Praxis zu sein. Insbesondere die beiden Fragen des PHQ-2 sollten routinemässig allen Frauen gestellt werden. Dabei sind die Information über den Sinn der Anwendung des Screening Instrumentes und die Beratung zu den Ergebnissen ausschlaggebend, damit PnD erkannt und behandelt werden können. Alle Frauen und insbesondere diejenigen mit Risikofaktoren wie problematischer Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt, sollten frühzeitig über das Phänomen der depressiven Verstimmungen und mögliche Anlaufstellen informiert werden.

Der professionelle Einsatz von Screening Instrumenten für PnD setzt Fähigkeiten im Rahmen der Beziehungsgestaltung, des systematischen klinischen Assessments der mentalen Gesundheit sowie der Fähigkeit, Ergebnisse einzuschätzen und angemessene Interventionen einzuleiten, voraus. Diese Aspekte müssen ergänzend bei der Aus- und Weiterbildung der Anwendung von Screening Instrumenten einbezogen werden.

Die erzielten Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen viele Fragen offen. Soziale und demographische gesellschaftliche Veränderungen beeinflussen nicht nur die Eigenschaften der Mütter, sie betreffen ebenso die Mutterschaft. Die Untersuchung der Risikofaktoren von PnD sollten deshalb unter Einbezug der erwähnten Entwicklungen weiter untersucht werden. Wobei die Erforschung der Korrelation mehrerer Risikofaktoren, wie etwa jene der sozialen Unterstützung zusammen mit dem Alter, aktuelle aber noch nicht beantwortete Fragestellungen sind. Auch hat sich gezeigt, dass weitere Untersuchungen zu den notwendigen Bedingungen und Strategien für die Umsetzung des Assessment bei PnD wichtig sind. Gerade im Zeitalter

der zunehmenden Standardisierung der Pflege und Behandlungsprozesse sollten deshalb die individuellen Pflegesituationen in die Umsetzung des Screening Verfahrens integriert werden.

Die Anwendung des Screening Verfahrens stärken die Pflegenden beim Assessment von PnD und erweitern ihren Spielraum in der interdisziplinären Zusammenarbeit. MVB und ihr Angebot gehören zur medizinischen Grundversorgung der geburtlichen Nachversorgung im primären Gesundheitssystem. Neue integrierte Versorgungsmodelle haben das Ziel, ein am Patientennutzen orientiertes und an den Bedarf angepasstes Angebot sicherzustellen sowie Fachpersonen der Grundversorgung zu vernetzen (Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für die Gesundheit, 2012).

Die Anwendung von Evidenz basierten Screening Verfahren ermöglicht es, MVB Depressionen frühzeitig zu identifizieren, wenn bestimmte Rahmenbedingungen erfüllt sind. MVB knüpfen die ersten Kontakte, garantieren die Kontinuität und die Koordination der Behandlungen und der Pflege. Sie haben deshalb die Möglichkeit, sich über die Gesundheit des Kindes hinweg an der Prävention und der Gesundheitsförderung der Frauen und der ganzen Familien zu beteiligen und so ihre Rolle im primären Gesundheitssystem wahrzunehmen. Das Angebot der Pflegenden ist deshalb eine zentrale Dienstleistung in der Gesundheitsversorgung und stellt Exempel für weitere neue Versorgungsmodelle dar.

DANKSAGUNG

Diese Studie konnte dank finanzieller Unterstützung der Stiftung Pflegewissenschaft Schweiz durchgeführt werden.

GLOSSAR

- PnD= Postnatale Depression(en)
- MVB= Mütter- und Väterberaterinnen

In den letzten sieben Tagen:

1. Ich konnte lachen und die komischen Seiten von Dingen sehen
2. Ich habe mich auf Dinge im Voraus gefreut
3. Ich habe mich unnötiger Weise schuldig gefühlt, wenn Dinge schief gingen
4. Ich war ängstlich oder besorgt ohne guten Grund
5. Ich habe mich gefürchtet oder war in Panik ohne guten Grund
6. Dinge wurden mir zu viel
7. Ich war so unglücklich, dass ich nur schlecht schlafen konnte
8. Ich habe mich traurig oder elend gefühlt
9. Ich war so unglücklich, dass ich weinte
10. Der Gedanke, mir etwas anzutun, ist mir gekommen

Vier Optionen der Likert-Skala lagen in unterschiedlichen Wortlauten vor.

Kasten Nr. 1:

Items EPDS (John. L. Cox & Holden, 2003) / Deutsche Version

LITERATURVERZEICHNIS

- Beck, C. T. (2008). *State of the Science on postpartum depression: what nurse researchers have contributed--part 1*. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 33(2), 121-126.
- Bener, A., Gerber Linda M., & Sheikh, J. (2012). *Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison*. *International Journal of Women's Health*, 4, 191-200.
- Benvenuti, P., Ferrara, M., Nicolai, C., Valoriani, V., & Cox, J. L. (1999). *The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample*. *J Affect Disord*, 53(2), 137-141.
- Boyd, R. C., Le, H. N., & Somberg, R. (2005). *Review of screening instruments for postpartum depression*. *Arch Womens Ment Health*, 8(3), 141-153.
- Bundesamt für Statistik - BFS. (2014a). *Bevölkerungsbewegungs-Indikatoren, Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt*. Retrieved 25.04.2014, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02/06.html>
- Bundesamt für Statistik - BFS. (2014b). *Bevölkerungsbewegung - Indikatoren, Geburten und Geborene*. Retrieved 25.04.2014, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02/01.html>.
- Chae, S. Y., Chae, M. H., Tyndall, A., Ramirez, M. R., & Winter, R. O. (2012). *Can we effectively use the two-item PHQ-2 to screen for postpartum depression?* *Fam Med*, 44(10), 698-703.
- Cox, J. L., & Holden, J. e. M. (2008). *Maternità e Psicopatologia, Guida all'uso dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Gardolo: Edizioni Erickson.
- Cox, J. L., & Holden, J. M. (2003). *Perinatal Mental Health, A guide to the Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS)*. Glasgow: Gaskell, Royal College of Psychiatrists.
- Cutler, C. B., Legano, L. A., Dreyer, B. P., Fierman, A. H., Berkule, S. B., Lusskin, S. I., Tomopoulos, S., Roth, M., & Mendelsohn, A. L. (2007). *Screening for maternal depression in a low education population using a two item questionnaire*. *Arch Womens Ment Health*, 10(6), 277-283.
- Dennis, C., & Chung-Lee, L. (2006). *Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review*. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 33(4), 323-331.
- Dennis, C., & Ross, L. (2006). *Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms*. *J Adv Nurs*, 56(6), 588-599.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information-DIMDI. (2014). *ICD-10-GM Version 2014*. Retrieved 08.02.2014, from <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-f30-f39.htm>
- Gjerdingen, D., Fontaine, P., Crow, S., McGovern, P., Center, B., & Miner, M. (2009). *Predictors of mothers' postpartum body dissatisfaction*. *Women Health*, 49(6), 491-504.
- Glavin, K., Ellefsen, B., & Erdal, B. (2010). *Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression*. *Public Health Nurs*, 27(3), 255-262.
- Glavin, K., Smith, L., & Sørnum, R. (2009). *Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway*. *Scand J Caring Sci*, 23, 705-710.
- Goker, A., Yanikkerem, E., Demet, M. M., Dikayak, S., Yildirim, Y., & Koyuncu, F. M. (2012). *Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor?* *ISRN Obstet Gynecol*, 2012, 616759.

- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*, 91(2-3), 97-111.
- Horowitz, J. A., Murphy, C. A., Gregory, K. E., & Wojcik, J. (2011). A Community-Based Screening Initiative to Identify Mothers at Risk for Postpartum Depression. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 40, 52-61.
- Knudson-Martin, C., & Silverstein, R. (2009). Suffering in silence: a qualitative meta-data-analysis of postpartum depression. *J Marital Fam Ther*, 35(2), 145-158.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care*, 41(11), 1284-1292.
- Lanes, A., Kuk, J. L., & Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11, 302.
- Mazzotti, E., Fassone, G., Picardi, A., Sagoni, E., Ramieri, L., Lega, I., Camaioni, D., Abeni, D., & Pasquini, P. (2003). Il Patient Health Questionnaire (PHQ) per lo screening dei disturbi psichiatrici: uno studio di validazione nei confronti della Intervista Clinica Strutturata per il DSM-IV asse I (SCID-I). *Giornale di Psicopatologia*, 9(3).
- Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *Br J Psychiatry*, 182, 420-427.
- Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducourau, P., Turner, P., & Stein, A. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry*, 40(8), 1259-1271.
- National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE. (2007). Antenatal and postnatal mental health; NHS Clinical Guideline 45. . 13.10.2010, from <http://guidance.nice.org.uk/CG45>
- Nunes, A. P., & Phipps, M. G. (2013). Postpartum depression in adolescent and adult mothers: comparing prenatal risk factors and predictive models. *Matern Child Health J*, 17(6), 1071-1079.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *Int Rev Psychiat*, 8(1), 37-54.
- Pfizer. Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners. 2002. Retrieved 18.10.2014, from http://www.phqscreeners.com/overview.aspx?Screener=02_PHQ-9
- Raisanen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*, 3(11), e004047.
- Righetti-Veltima, M., Conne-Perreard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord*, 49(3), 167-180.
- Ritzinger P. (2013). Mutterschaft mit 40 - ovarielle Reserve und Risiken. *Gynäkologe*, 46, 29-36.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*, 26(4), 289-295.
- Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für die Gesundheit. (2012). Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung.
- Sohr-Preston, S. L., & Scaramella, L. V. (2006). Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 9(1), 65-83.
- Sword, W., Krueger, P., & Watt, M. (2006). Predictors of acceptance of a postpartum public health nurse home visit: findings from an Ontario survey. *Can J Public Health*, 97(3), 191-196.
- Sword, W., Kurtz Landy, C., Thabane, L., Watt, S., Krueger, P., Farine, D., & Foster, G. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118, 966-977.
- Tammentie, T., Tarkka, M., Astedt-Kurki, P., Paavilainen, E., & Laipala, P. (2004). Family dynamics and postnatal depression. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 11(2), 141-149.
- Ufficio di statistica. (2014a). 01 Popolazione. Retrieved 07.02.2014, from <http://www3.ti.ch/DFE/DR/USTAT/index.php?fuseaction=prodotti.home&p1=33>
- Ufficio di statistica. (2014b). Servizi di assistenza e cura a domicilio riconosciute LACD: prestazioni, personale e conti economici, in Ticino, dal 2001. Retrieved 07.02.2014, from <http://www3.ti.ch/DFE/DR/USTAT/index.php?fuseaction=dati.home&p1=54&p2=106&p3=113>
- Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*, 12(7), 439-445.
- World Health Organization - WHO. (2008). Integrating mental health into primary care. Retrieved 04.05.2014, from http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
- World Health Organization - WHO. (2009). Mental health aspects of women's reproductive health, A global review of the literature. World Health Organization. Retrieved 10.06.2010, from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241563567/en/index.html>