

Bachelorarbeit

Pflegerische Maßnahmen zur Erhöhung der Stillrate bei Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status

eingereicht von
Marlene Rammel

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science
(BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Priv.-Doz. in Dr.in scient. med. Franziska Großschädl, MSc, BSc

Graz, 25.03.2020

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

25.03.2020

Marlene Rammel, eh.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	II
Tabellenverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis.....	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
Zusammenfassung.....	VIII
Abstract.....	IX
1 Einleitung	1
1.1 Stillen	1
1.2 Die historische Entwicklung des Stillens	2
1.2.1 Mythologie	2
1.2.2 17. und 18. Jahrhundert.....	2
1.2.3 18. und 19. Jahrhundert.....	3
1.2.4 Beginn des 20. Jahrhunderts	3
1.2.5 Nationalsozialismus	4
1.2.6 Ende des 20. bis 21. Jahrhunderts	5
1.3 Nationale Stillempfehlungen und Umsetzung.....	7
1.4 Internationale Stillempfehlungen und Umsetzung	8
1.5 Einflussfaktoren auf die Stillentscheidung und den Stillverlauf.....	8
1.5.1 Sozioökonomischer Status und dessen Auswirkungen	9
1.5.2 Gesundheitsförderung	10
1.5.3 Auswirkungen auf das Stillverhalten	11
1.6 Forschungslücke	11
1.7 Forschungsziel & Forschungsfrage.....	12
2 Methode	12
2.1 Design.....	12
2.2 Datensammlung	12

2.3	Datenanalyse	16
3	Ergebnisse	18
3.1	Pränatale Maßnahmen zur Stillförderung	25
3.2	Maßnahmen zur Stillförderung im Krankenhaus	25
3.3	Postnatale Maßnahmen zur Stillförderung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.....	27
3.4	Staatliche Maßnahmen zur Stillförderung	29
4	Diskussion.....	31
4.1	Status Quo der Stillberatung in Österreich	34
4.2	Abgeleitete Empfehlungen für die Praxis	35
4.3	Empfehlungen für die Forschung	37
4.4	Stärken.....	38
4.5	Limitationen.....	38
5	Schlussfolgerung.....	38
6	Literaturangabe	40
	Anhang.....	X

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchstrategie sowie Ein- und Ausschlusskriterien.....	13
Tabelle 2: Übersicht der eingeschlossenen Studien.....	19

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwickelte Länder (United Nations, 2019)	15
Abbildung 2: Schwellenländer (United Nations, 2019)	16
Abbildung 3: Auswahl der Studien nach dem Schema des PRISMA-Statements (Ziegler et al., 2011)	17
Abbildung 4: Maßnahmen der Stillberatung	18
Abbildung 5: Abgeleitete Maßnahmen zur Stillförderung aus der eingeschlossenen Literatur	30

Abkürzungsverzeichnis

AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
BFHI	Baby-Friendly Hospital Initiative
IBCLC.....	International Board Certified Lactation Consultant
MMAT.....	Mixed Methods Appraisal Tool
SES	Sozioökonomischer Status
SUKIE	Studie zur Säuglings- und Kinderernährung
UN.....	Vereinte Nationen
UNICEF.....	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Zusammenfassung

Hintergrund: Die WHO empfiehlt, Säuglinge die ersten sechs Monate ausschließlich zu stillen und mit sechs Monaten die Beikost einzuführen. Zudem befürwortet die WHO, dass Kinder bis zum zweiten Lebensjahr und darüber hinaus weiter gestillt werden sollen. Deutlich kann beobachtet werden, dass speziell Frauen mit geringem sozioökonomischem Status (SES) eine kürzere Stilldauer aufweisen, als Frauen mit höherem SES. Es gibt viele Studien, die über Maßnahmen zur Stillförderung berichten, jedoch wenig Forschung zu stillfördernden Maßnahmen bei Frauen mit geringem SES.

Ziel: Die Intention dieser Bachelorarbeit ist, gesundheitsfördernde Maßnahmen aufzuzeigen, wie die Stillrate von Müttern mit geringem SES in entwickelten Ländern und Schwellenländern erhöht werden kann.

Methodik: Diese Arbeit basiert auf einer Literaturrecherche, welche in den Datenbanken PubMed und CINAHL sowie mittels Handsuche durchgeführt wurde. Mit Hilfe von MeSH-Terms sowie Schlüsselwörtern und mittels vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien, wurde nach passender deutscher und englischer Literatur gesucht. Alle sieben eingeschlossenen Studien wurden anhand des Mixed Methods Appraisal Tool Version 2018 von Hong et al. (2018) bewertet.

Ergebnisse: Die Pflegeperson wird als große Unterstützung beim Stillen gesehen. Initiativen wie die Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) sowie die pränatale Stillaufklärung beeinflussen die Stillrate und haben einen positiven Effekt auf die Stillzeit zuhause. Studien, die Maßnahmen zur häuslichen Stillberatung nach Entlassung erforschten, brachten divergierende Ergebnisse. Die staatliche Finanzierung der Stillberatung konnte die Stillrate signifikant erhöhen.

Schlussfolgerung: Die Forschungsfrage kann nur bedingt beantwortet werden, da die unterschiedlichen Studien schwer zu vergleichen sind und unterschiedliche Ergebnisse aufweisen. Die pränatale Stillaufklärung sowie die BFHI und die staatliche Finanzierung der Stillberatung haben einen positiven Einfluss auf die Stillrate bei Frauen mit niedrigem SES.

Schlüsselwörter: Sozioökonomischer Status, SES, Stillen, Gesundheitsfördernde Maßnahmen, Pflege

Abstract

Background: The WHO recommends that infants should exclusively be breastfed during the first six months and that supplementary feeding should be introduced from the sixth month onwards. In addition, the WHO advocates that children should continue to be breastfed until the age of two and beyond. It can be observed that especially women with a low socio-economic status (SES) have a shorter duration of breastfeeding than women with a higher SES. There are many studies that report on measures to promote breastfeeding, but little research on breastfeeding interventions for women with low SES.

Aim: The intention of this bachelor thesis is to show health promotion measures to increase the breastfeeding rate of mothers with low SES in developed and emerging countries.

Method: This thesis is based on literature research, which was carried out in the databases PubMed and CINAHL as well as by manual search. Via MeSH terms as well as keywords and predefined inclusion and exclusion criteria, suitable German and English literature was scanned for. All seven included studies were evaluated using the Mixed Methods Appraisal Tool Version 2018 by Hong et al (2018).

Results: The nurse is seen as a great support in breastfeeding. Initiatives such as the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) and prenatal breastfeeding education influence the breastfeeding rate and have a positive effect on breastfeeding at home. Studies investigating measures for breastfeeding counselling at home after discharge have produced divergent results. State funding of breastfeeding counselling could significantly increase the breastfeeding rate.

Conclusion: The research question can only be answered to a limited extent, since the different studies are difficult to compare and show different results. Prenatal breastfeeding education as well as the BFHI and the state funding of breastfeeding counselling have a positive influence on the breastfeeding rate of women with low SES.

Keywords: socio-economic status, SES, breastfeeding, health promotion, nursing

1 Einleitung

In diesem Teil der Arbeit folgt die Einleitung, welche zunächst die historische Entwicklung des Stillens aufzeigt. Weiters werden die nationalen und internationalen Stillempfehlungen sowie deren Umsetzungen erläutert. Danach erfolgt die Erläuterung der Einflussfaktoren auf die Stillentscheidung und den Stillverlauf, sowie die Beeinflussung des SES auf das Stillen.

1.1 Stillen

“Breastfeeding has many health benefits for both the mother and infant. Breast milk contains all the nutrients an infant needs in the first six months of life. Breastfeeding protects against diarrhoea and common childhood illnesses such as pneumonia, and may also have longer-term health benefits for the mother and child, such as reducing the risk of overweight and obesity in childhood and adolescence. Exclusive breastfeeding means that the infant receives only breast milk. No other liquids or solids are given – not even water – with the exception of oral rehydration solution, or drops/syrups of vitamins, minerals or medicines (World Health Organization, 2019).”

Stillen hat viele gesundheitliche Vorteile für Mutter und Kind. Muttermilch enthält alle Inhaltsstoffe, die ein Säugling in den ersten sechs Lebensmonaten benötigt. Stillen schützt vor Durchfallerkrankungen und häufigen Kinderkrankheiten, wie beispielsweise Lungenentzündung und kann längerfristige Vorteile für Mutter und Kind haben, wie etwa das Risiko von Übergewicht und Fettleibigkeit im Kindes- und Jugendalter verringern. Ausschließliches Stillen bedeutet, dass das Kind nur Muttermilch erhält. Es werden keine anderen Flüssigkeiten oder Feststoffe verabreicht, auch kein Wasser mit Ausnahme von oralen Rehydrierungslösungen oder Tropfen bzw. Sirup mit Vitaminen, Mineralstoffen oder Arzneimitteln. [Übersetzt von der Autorin dieser Arbeit]

1.2 Die historische Entwicklung des Stillens

In diesem Unterkapitel werden die zeitlichen Epochen des Stillens näher beschrieben. Beginnend in der Mythologie bis zum 21. Jahrhundert, werden die unterschiedlichen Aspekte des Stillens in den einzelnen Zeitabschnitten beschrieben.

1.2.1 Mythologie

In der klassischen Mythologie finden sich wiederholt Geschichten zum Stillen. Ein sehr bekanntes Beispiel ist die Sage um die Gründer Roms. Die Zwillinge Romulus und Remus wurden als Kinder von einer Wölfin gesäugt. Ein ebenso weitverbreiteter Auszug aus der griechischen Mythologie ist die Sage von Amaltheia, eine Nymphe, welche den Gott Zeus mit Ziegenmilch aufgezogen hat (Whybra-Trümpler et al., 2018).

Eine weitere Sage aus Griechenland beschreibt die Namensgebung der Milchstraße. Herkules soll als Kind so stark gewesen sein, dass er beim Trinken an der Brust sehr heftig saugte bis die Milch in einem hohen Bogen zum Himmel spritzte und dort die Milchstraße bildete. Die Römer wiederum erzählten dieselbe Geschichte mit anderen Namen (Whybra-Trümpler et al., 2018).

1.2.2 17. und 18. Jahrhundert

Im 17. Jahrhundert wurde verbreitet, dass Stillen dem weiblichen Körper schadet indem es die weibliche Brust verunstaltet. Seinerzeit war es für Frauen wichtig, die körperlichen Vorzüge bei gesellschaftlichen Kundgebungen zur Schau zu stellen. Ab dem 18. Jahrhundert entwickelte sich die Mutter-Kind-Beziehung und die Mutterschaft in jener Form, in der sie heute bekannt ist. Davor empfahlen Pädagoginnen und Pädagogen allen Eltern sich Kindern gegenüber reserviert und kühl zu zeigen. Eine gute Beziehung zu Kindern wurde mit einer schlechten Erziehung in Verbindung gebracht. In dieser Zeit war Stillen ein Zeichen, nicht der besseren Gesellschaft anzugehören (Whybra-Trümpler et al., 2018).

Immer mehr Frauen begannen Mitte des 18. Jahrhunderts ihre Kinder selbst zu stillen, jedoch nach einem genauen Zeitplan mit vorgegeben Stillmahlzeiten, um die gesellschaftlichen Pflichten nicht außer Acht zu lassen (Manz et al., 1997).

1.2.3 18. und 19. Jahrhundert

In Europa gab es im 18. und 19. Jahrhundert Findelhäuser. In diesen wurden Esel und Ziegen eingesetzt, um die dort lebenden Kinder zu ernähren. In dieser Zeit säugten Tiere einerseits Neugeborene und Kinder, andererseits stillten Frauen Tierjunge. Die Tiere wurden als Ammenersatz für Säuglinge verwendet. Das hatte auch praktische Gründe, da menschliches Stillen gesundheitliche Risiken mit sich brachte, denn es wurden Krankheiten wie Syphilis über die Muttermilch übertragen. Bis ins 19. Jahrhundert wurde jedes Kind mit Muttermilch oder Tiermilch ernährt, häufig wurden Kinder mit Muttermilch von Ammen versorgt, welche in bestimmten Regionen großes Ansehen hatten. In einigen Teilen Europas, wie z.B. in Tirol, Norditalien und Teilen der Schweiz wurden Säuglinge seit dem späten Mittelalter gar nicht gestillt. Die Kinder bekamen nach der Geburt Tiermilch oder Brei (Whybra-Trümpler et al., 2018).

Medizinische Schriften, welche Mütter zum Stillen aufforderten erschienen in der Zeitepoche der Aufklärung. Diese blieben in den obengenannten Regionen jedoch wirkungslos, obwohl die Säuglingssterblichkeit bei nichtgestillten Säuglingen höher war (Whybra-Trümpler et al., 2018). Frauen, die ihre Kinder im 19. Jahrhundert selbst stillten, ernährten ihre Kinder ad libitum an der Brust. Diese Kinder entschieden selbst wie oft und wie häufig sie trinken wollten (Manz et al., 1997).

1.2.4 Beginn des 20. Jahrhunderts

Im Jahr 1904 gab es im Dresdner Säuglingsheim noch 205 Ammen, welche die Kinder mit Muttermilch versorgten. Die Milchnahrungsindustrie verkaufte ab 1920 Milchpulver und verdrängte so den Ammenberuf. In den westlichen Gesellschaften erfuhr die Flaschennahrung immer größere Bedeutung. Da es nur noch wenige Ammen gab, fingen Kinderärztinnen und -ärzte damit an, überschüssige Muttermilch zu sammeln und für bedürftige früh- und neugeborene Kinder zu verwenden (Whybra-Trümpler et al., 2018).

Anfang des 20. Jahrhunderts galt Stillen als ein Zeichen der Armut und die Entblößung der Brust in der Öffentlichkeit war verpönt. Nach Beginn der Industrialisierung wurde es den Frauen erschwert ihre Kinder zu stillen, da sie als billige Arbeitskräfte in Fabriken arbeiteten. Damit die Fabriken nicht auf Niedriglohnarbeiterinnen

verzichten mussten, wurden Stillräume eingerichtet, damit Frauen weiter in der Fabrik beschäftigt bleiben konnten. Die Wertschätzung der Kinder war sehr gering, da sich zu dieser Zeit Menschen durch Arbeit definierten. Kinder wurden erst als wertvoller Teil der Gesellschaft betrachtet, sobald sie das arbeitsfähige Alter erreichten (Groiß et al., 2010).

Im 19. Jahrhundert hatten nichtgestillte Säuglinge ein sieben Mal höheres Risiko zu sterben als gestillte Kinder. Dies war für viele Ärztinnen und Ärzte der Grund das Stillen zu fördern (Manz et al., 1997). 1930 wurden die positiven Auswirkungen des Stillens erkannt und falsche Ernährung sowie mangelnde Hygiene wurden als auslösende Faktoren für die Kindersterblichkeit erkannt. Einerseits führte das zu großen Fortschritten in der Hygiene, andererseits zu strengen Bestimmungen und Reglementierungen, welche bis 1980 fester Bestandteil in Krankenhäusern waren (Groiß et al., 2010).

Schwangere Frauen entbanden meist in Spitälern, in denen strikte Regeln und Vorgaben eingehalten wurden. Neugeborene wurden nach der Geburt den Müttern weggenommen und von den Säuglingskrankenschwestern versorgt. Die Kinder wurden nach einem strikten Zeitplan alle vier Stunden an die Brust der Mutter angelegt und nächtliches Stillen wurde nicht zugelassen. Diese Empfehlungen wurden auch für den häuslichen Bereich übernommen (Groiß et al., 2010).

1.2.5 Nationalsozialismus

Die Denkweise zur Zeit des Nationalsozialismus besagte, Kinder auf keinen Fall zu verwöhnen und von Anfang an einen strikten Ablauf einzugewöhnen. Obwohl diese Einschränkungen vorherrschten, nahm die Stillrate während und nach dem zweiten Weltkrieg zu. Das Stillen und Muttersein wurde von der nationalsozialistischen Ideologie stark geprägt. Kinderreichtum wurde vom Staat geschätzt und durch das Mutterkreuz und den Mutterorden ausgezeichnet (Groiß et al., 2010).

Die Ärztin Johanna Haarer schrieb 1941 in ihrem Buch „Die Deutsche Mutter und ihr erstes Kind“, dass Säuglinge wenn sie weinen nicht aus ihrem Bett genommen werden dürfen und die Mutter standfest bleiben soll. Haarer schrieb: *„Versagt auch der Schnuller, dann, liebe Mutter, werde hart! Fange nur ja nicht an, das Kind aus dem Bett herauszunehmen, es zu tragen, zu wiegen, zu fahren oder es auf dem*

Schoß zu halten, es gar zu stillen. Das Kind begreift unglaublich rasch, daß es nur zu schreien braucht, um mitleidige Seele herbeizurufen und Gegenstand solcher Fürsorge zu werden. Nach kurzer Zeit fordert es diese Beschäftigung mit ihm als ein Recht, gibt keine Ruhe mehr, bis es wieder getragen, gewiegt oder gefahren wird – und der kleine, aber unerbittliche Haustyrann ist fertig (Haarer, 1941).“ Haarer schrieb ebenfalls in ihrem Buch, dass Kinder nach einem festen Rhythmus an der Brust trinken und, dass mindestens drei bis vier Stunden Pause zwischen den Mahlzeiten sein müssen, nachts muss eine Pause von acht Stunden eingehalten werden. Für Haarer gibt es keinen ersichtlichen Grund die Kinder zwischen den Mahlzeiten an die Brust zu nehmen (Haarer, 1941).

1.2.6 Ende des 20. bis 21. Jahrhunderts

In der anfänglichen Nachkriegszeit war die Stillrate sehr hoch, nach und nach fiel sie und erreichte Ende 1960 einen Tiefpunkt. Dies hatte mehrere Gründe. Ein bedeutender Anlass war die Erzeugung von künstlicher Säuglingsnahrung auf Kuhmilchbasis. Die Pulvernahrung war nun der Muttermilch ähnlich und es gab keine gravierenden Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit, dass jedoch nichtgestillte Kinder häufiger erkrankten wurde nicht beachtet bzw. berücksichtigt. Ein weiterer Grund war die Begeisterung für industriell erzeugte Produkte. Nahrung aus der Flasche galt als fortschrittlich sowie modern und der Slogan „Gekauftes ist besser“ verstärkte diese Überzeugung. Weiters galt Stillen als altmodisch. Die Emanzipationsbewegung nutzte dies und suggerierte, dass Flaschennahrung Unabhängigkeit und Freiheit von Gesellschaftszwängen bedeutet. Zusätzlich zeigten sich Ärztinnen und Ärzte begeistert, somit wurde künstliche Säuglingsnahrung auf Säuglingsstationen immer präsenter. Für Säuglingskrankenschwestern war es eine Arbeitserleichterung, da bei Stillschwierigkeiten alternativ eine künstliche Flaschennahrung verabreicht wurde, anstatt die Milchproduktion der Kindesmutter zu fördern (Groiß et al., 2010).

In den 1960-1970er Jahren entstand eine Frauenbewegung, die sich für eine gesellschaftliche und rechtliche Gleichstellung der Frauen einsetzte und eine adäquate Unterstützung für Frauenthemen forderte. Diese lehnte Stillen nach Zeitvorgaben ab und setzten sich für ad libitum Stillen ein. Diesen Frauen war es bewusst, dass in den Krankenhäusern stillfeindliche Praktiken angewandt wurden. Mit diesem

Wissen stießen sie anfangs vor allem bei Ärztinnen und Ärzten auf Unverständnis, anders der Wiener Kinderarzt Hans Czermak (1913-1989), welcher sich immer für das Stillen und dessen Förderung aussprach. Czermak galt als Revolutionär und schaffte es, dass Stillen nach Bedarf schrittweise in die Praxis implementiert wurde. Aufgrund von medizinischer, psychologischer und ernährungswissenschaftlicher Wertschätzung des Stillens stieg die Stillrate seit 1980 an (Groiß et al., 2010 ; Manz et al., 1997).

Heute nimmt die wissenschaftliche Forschung zum Thema Stillen stetig zu und die positiven Auswirkungen werden in zahlreichen Publikationen immer deutlicher (Groiß et al., 2010). In einer Studie von 2013 wurde gezeigt, dass längeres Stillen das Risiko von Übergewicht und Adipositas um 26 % reduziert. Das Ergebnis war bei Kindern stärker ausgeprägt als bei Jugendlichen, das bedeutet, die positiven Effekte werden mit zunehmendem Alter geringer. Die positiven Auswirkungen des Stillens sind aber auch im Erwachsenenalter noch nachzuweisen (Horta et al., 2015b). In einer weiteren Studie von Horta liegen Ergebnisse vor, dass Stillen vor Atemwegsinfektionen und Durchfall schützt. Ein Drittel aller Atemwegsinfektionen und die Hälfte aller Durchfallerkrankungen könnten durch Stillen vermieden werden (Horta & Cesar, 2013). In einer ebenso von Horta publizierten Studie geht hervor, dass ehemals gestillte Kinder und Jugendliche beim IQ-Test um durchschnittlich 3,4 Punkte besser abschnitten, als Kinder die nicht gestillt wurden (Horta et al., 2015a).

Stillen bringt nicht nur Vorteile für das Kind, sondern ebenso für die Mutter. In einer Studie, welche 2015 publiziert wurde zeigt sich, dass das Brustkrebsrisiko um 7 % gesenkt wird, wenn die Stillzeit unter sechs Monate beträgt. Bei einer Stillzeit zwischen sechs und zwölf Monaten verringert sich das Brustkrebsrisiko um 9 %. Mütter, welche ihre Kinder über zwölf Monate stillten, hatten im Vergleich zu nichtstillenden Müttern ein 26 % geringeres Risiko an Brustkrebs zu erkranken. Ebenso wurde aufgezeigt, dass das Eierstockkrebsrisiko bei stillenden Müttern um 30 % reduziert werden kann, im Vergleich zu nichtstillenden Müttern (Chowdhury et al., 2015).

Stillen wird nicht nur von Kinderärztinnen und -ärzten empfohlen, zudem auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) gefördert (Groiß et al., 2010). An der Trendwende der positiven Stillentwicklung waren die WHO und die UNICEF maßgeblich beteiligt, da sie jahrelange Erfahrungen mit Müttern und Kindern aufweisen konnten (Groiß et al., 2010).

1.3 Nationale Stillempfehlungen und Umsetzung

Die Stillempfehlung der Ernährungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde und der Nationalen Ernährungskommission des Bundesministeriums empfiehlt, Säuglinge in den ersten sechs Lebensmonaten ausschließlich zu stillen und keine zusätzlichen Flüssigkeiten zu verabreichen. Nach der individuellen Entwicklung des Säuglings soll die Beikost um den sechsten Lebensmonat eingeführt werden. Das bedeutet nicht vor Beginn des fünften Lebensmonats und nicht nach Ende des sechsten Lebensmonats. Mutter und Kind sollen solange weiterstillen wie es ihnen angenehm ist (Zwiauwer, 2014).

2006 führte die Medizinische Universität Wien in Kooperation mit der AGES (Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH) und dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz die Studie zur Säuglings- und Kinderernährung (SUKIE) in ganz Österreich durch. In dieser Studie wurden Daten zu den verschiedensten Themen wie Geburtsvorbereitung, Geburt, Ernährung, Stillen und weitere Bereiche erfasst. Von 719 befragten Müttern gaben 93,2 % an, ihr Kind anfangs voll oder teilgestillt zu haben. 32,6 % wiederum, ihr Kind bis zum sechsten Lebensmonat ausschließlich zu stillen. 22,1 % der Mütter gaben an, ihr Kind in den ersten drei Monaten abgestillt zu haben. Zwischen dem dritten und sechsten Lebensmonat gaben 26,6 % der befragten Mütter an, ihr Kind abgestillt zu haben. Zwölf Monate nach der Geburt haben 79,1 % aller Teilnehmerinnen ihre Kinder abgestillt (Esberger, 2007).

In der SUKIE Studie wurden die Gründe für das Abstillen innerhalb der ersten drei Monate genannt. Als häufigste Abstillgründe wurden Milchmangel und Erkrankungen der Brust genannt. Als weitere Motive wurden angegeben, dass die Flasche besser ist als Stillen oder die Verweigerung der Brust seitens des Kindes. Außerdem

wurde auf Anraten von Kinderärztinnen und -ärzten, Hebammen sowie medizinischem Personal oder Stillberaterinnen und Stillberater abgestellt. Ein kleiner Teil der Mütter stillte ab, weil die Zielvorstellungen nicht erreicht wurden (Esberger, 2007).

1.4 Internationale Stillempfehlungen und Umsetzung

Die WHO empfiehlt, Säuglinge die ersten sechs Monate ausschließlich zu stillen und mit sechs Monaten die Beikost einzuführen. Zudem befürwortet die WHO, dass Kinder bis zum zweiten Lebensjahr und darüber hinaus weiter gestillt werden sollen (World Health Organization, 2018a).

Die WHO veröffentlichte in einem Bericht, dass weltweit in den Jahren 2007-2014 nur etwa 36 % der Säuglinge zwischen null und sechs Monaten ausschließlich gestillt wurden. Die WHO kommentiert diese Zahlen damit, dass viele Säuglinge und Kinder keine optimale Ernährung erhalten. Unterernährung ist mit 45 % der Todesfälle bei Kindern verbunden (World Health Organization, 2018a).

1.5 Einflussfaktoren auf die Stillentscheidung und den Stillverlauf

Die Entscheidung zu stillen oder das Kind mit künstlicher Säuglingsmilch zu ernähren ist von einigen Faktoren abhängig, welche sich im Laufe der Zeit verändert haben. Mitunter für die Stillentscheidung verantwortlich sind zum einem die kulturellen und sozialen Einflüsse, aber auch Modeerscheinungen, gesellschaftliche Interessen und Ideologien und Wertvorstellungen beeinflussen den Entschluss zum Stillen (Groiß et al., 2010).

In der österreichischen SUKIE Studie wurden 22 Einflussfaktoren untersucht – fünf Variablen hatten einen signifikanten Zusammenhang mit der Vollstilldauer. Das Alter der Mutter, Rauchen während der Schwangerschaft, Erst- oder Mehrgebärende, der Geburtsverlauf sowie die Entscheidung zum Stillen beeinflussten die Stilldauer maßgeblich. Ein weiterer Faktor, welcher in dieser Studie einen großen Einfluss auf die Stilldauer hatte, ist die Bildung der Mutter. Mütter mit Matura stillen deutlich länger als Frauen mit geringerer Bildung (Esberger, 2007).

In Deutschland zeigt sich ein ähnliches Bild. In der Studie von Rückert und Mielck (2008) geht ebenso deutlich hervor, dass Frauen in Deutschland mit einem geringem SES kürzer stillen als Frauen mit einem höherem SES.

1.5.1 Sozioökonomischer Status und dessen Auswirkungen

„Der Begriff sozioökonomischer Status bzw. Sozialstatus beschreibt zusammenfassend die Stellung eines Menschen innerhalb einer Gesellschaft. Um den sozioökonomischen Status zu bestimmen, wird zumeist auf Informationen zur schulischen und beruflichen Bildung, zur beruflichen Stellung und zur Einkommenssituation zurückgegriffen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes Deutschland, 2015).“

„Der Begriff des sozioökonomischen Status beschreibt die individuelle Position in einem durch soziale Ungleichheit gekennzeichneten Gesellschaftsgefüge. Damit wird unterstellt, dass der sozioökonomische Status regelmäßig mit sozialen Vor- und Nachteilen einhergeht, die sich an der Verfügung über knappe und allgemein hoch bewertete Güter wie Einkommen, Vermögen, Macht, Sozialprestige, Bildung oder Wissen, einschließlich ungleicher Zugangswege zu diesen, festmachen lassen. Im Mittelpunkt stehen soziale Vor- und Nachteile, die durch die Stellung in der Arbeitswelt und die berufliche Position bestimmt sind. Den deutlichsten Niederschlag findet dies im schichtungssoziologischen Ansatz, dessen Fokus sich, ausgehend von einer starken Prestigeorientierung im Laufe der 1960er- und 1970er-Jahre, unter dem Eindruck des gesellschaftlichen Wandels in Deutschland, zunehmend auf die Dimensionen Bildung, Berufsstatus und Einkommen verlagert hat (Lampert et al., 2013).“

Menschen mit wenig Bildung oder armutsgefährdete Menschen haben meist eine geringere Lebenserwartung, außerdem sind sie häufiger krank. Menschen mit geringem SES rauchen häufiger Zigaretten und trinken mehr Alkohol, ernähren sich ungesund und haben ein geringeres Gesundheitsbewusstsein. Weiters nehmen sie weniger gesundheitsfördernde Angebote an (Rückert & Mielck, 2008).

Durch die geringe oder nicht abgeschlossene Bildung resultieren häufig keine festen Beschäftigungsverhältnisse. Dies bringt meist ein geringes bzw. unregelmäßiges Einkommen. Durch das geringe Haushaltseinkommen folgt ein niedriger Sozialstatus. Je mehr Kinder desto höher das Risiko für Armut und Überforderung in Alltagssituationen. Spannungen, aber teilweise auch Gewalt stehen häufig an der Tagesordnung. Weiters treten häufig belastende Psychosozialanamnesen auf und eine beengte oder gesundheitsschädliche Wohnsituation (Niessen, 2012).

In vielen westlichen Industrieländern sind die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken ein gängiges Phänomen. Die WHO befürwortete schon seit langem die Notwendigkeit eines Ausgleichs der Lebensbedingungen und Gesundheitschancen innerhalb der Länder, aber auch über die Grenzen hinweg (Lampert et al., 2005).

Im Jahre 1997 änderte sich die Bezeichnung der Diplomierten Krankenschwester zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson. Mit dieser aktualisierten Bezeichnung wurde ein neuer Aufgabenbereich geschaffen – die Gesundheitsförderung. Ein essentieller Aspekt der Gesundheitsförderung ist die Autonomie und Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten zu erhöhen, dabei ist die Pflegeperson beratend tätig. Das Ziel der Gesundheitsförderung ist, Gesundheit zu erlangen, zu verbessern und über eine möglichst lange Zeit aufrechtzuerhalten. (Steinbach, 2011).

1.5.2 Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin (World Health Organization, 1986).“

1.5.3 Auswirkungen auf das Stillverhalten

In vulnerablen Familien treten in Folge von psychosozialen Problemen, Angst und Stress häufig Stillschwierigkeiten auf. Durch ein erhöhtes Stresslevel steigt auch das Adrenalin, welches verhindert, dass die Milch aus der Brust fließen kann. Durch den hohen Adrenalingehalt wird die Ausschüttung des Glückshormons Oxytocin, welches für das erfolgreiche Stillen essentiell ist, gehindert. Schwierigkeiten wie wundere Mamillen, Milchstau oder Mastitis sind die Folgen eines erhöhten Stresslevels. Frauen, welche der vulnerablen Gruppe angehören, weisen eine erhöhte Zahl an Frühgeburten und Kindern mit zu geringem Geburtsgewicht auf. Das Resultat dessen ist ein Teufelskreis aus geringer Milchproduktion, Unruhe des Neugeborenen sowie eine erhöhte Belastung für die Mutter. Um diesem Teufelskreis zu entkommen sind Copingstrategien, das bedeutet Wege um mit schwierigen Lebenssituationen zurechtzukommen, notwendig. Funktionale Bewältigungsstrategien zielen auf die Lösung des Problems ab, im Gegensatz zu dysfunktionalen Copingstrategien, welche nach Ablenkung oder Entlastung suchen. Durch das hohe Stresslevel neigen einige Mütter dazu sich vom Kind zu distanzieren. Unter Stress und Angst nimmt die Fähigkeit ab, Feinfühligkeit und Nähe gegenüber dem Kind zuzulassen. Das Abstillen erscheint in diesem Kontext als naheliegende Möglichkeit den kindlichen Kontakt zu minimieren. Dieses Verhalten beeinträchtigt die Mutter-Kind Bindung und hat erhebliche Folgen auf die Mutter-Kind Beziehung (Niessen, 2012).

1.6 Forschungslücke

Es gibt einige Studien dazu, dass Frauen mit niedrigem SES ihr Kind kürzer stillen als Frauen mit höherem SES. Diese Problematik wurde in vielen Studien aufgezeigt, jedoch gibt es noch sehr wenig Forschung darüber, durch welche gesundheitsfördernden Maßnahmen Frauen mit geringem SES unterstützt werden können, um die Stillrate bzw. die Stildauer zu erhöhen.

Die Pflegeperson hat einen großen Einfluss auf den Stillbeginn und die weitere Stillzeit, daher sollte diese Möglichkeit genutzt werden damit vor allem Mütter mit geringem SES spezielle Unterstützung bekommen, um die Stillzeit zu verlängern.

1.7 Forschungsziel & Forschungsfrage

Das Ziel dieser Arbeit ist, gesundheitsfördernde Maßnahmen aufzuzeigen, wie die Stillrate von Müttern mit geringem sozioökonomischem Status in entwickelten Ländern und Schwellenländern erhöht werden kann.

Die Forschungsfrage lautet: Durch welche gesundheitsfördernden Maßnahmen kann die Stillrate von Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status in entwickelten Ländern und Schwellenländern erhöht werden?

2 Methode

Im folgenden Abschnitt wird das Design dieser Bachelorarbeit aufgezeigt, des Weiteren wird die Datensammlung sowie die Datenanalyse näher erklärt.

2.1 Design

Damit die Forschungsfrage beantwortet werden kann, wurde eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt. Ein Literaturreview ist die Zusammenfassung eines Themenfeldes zu einer spezifischen Forschungsfrage. Zuerst wird ein Plan erstellt, wie die bestehende Literatur gesammelt werden kann, danach werden Studieninhalte analysiert und interpretiert. Im Anschluss werden die Ergebnisse narrativ zusammengefasst (Polit & Beck, 2017).

2.2 Datensammlung

Die Studien für die vorliegende Arbeit wurden von September 2019 bis November 2019 in wissenschaftlichen Datenbanken recherchiert. Einerseits wurde in der Datenbank PubMed (Public Medical Literature OnLine), andererseits in der Datenbank CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) recherchiert, außerdem wurde mittels Handsuche nach weiterer Literatur gesucht. Die Handsuche wurde mittels Google Scholar und in der Bibliothek der Medizinischen Universität Graz durchgeführt. Die Suchbegriffe wurden anhand der Forschungsfrage abgeleitet. Die grundlegenden Suchbegriffe lauteten: „breast feeding“, „breastfeeding support“ und „socioeconomic status“.

Auf Synonyme wurde bewusst verzichtet, da die Trefferanzahl dadurch unüberschaubar wurde und die gefundenen Studien nicht die Forschungsfrage beantworten konnten. Für die Suchbegriffe "breast feeding" und "socioeconomic status" wurden MeSH-Terms (Medical Subject Headings) bestimmt. Die Suchbegriffe wurden mit den booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ kombiniert. Die Suchstrategie wurde für jede Datenbank einzeln angepasst und optimiert. In PubMed wurden zwei Suchstränge erstellt, dadurch konnten mehr Studien in die Arbeit eingeschlossen werden.

Ein- & Ausschlusskriterien

Grundsätzlich wurden Studien in diese Arbeit eingeschlossen, die im Laufe der letzten zehn Jahre publiziert wurden und in deutscher oder englischer Sprache erschienen sind. Ein wichtiges Kriterium, welches berücksichtigt wurde, um Studien einzuschließen, ist der SES. Es wurden nur Studien miteingeschlossen, die sich auf den SES beziehen oder einzelne Aspekte wie Bildung, Einkommen oder Beruf berücksichtigen. Es wurden alle Studien ausgeschlossen, die sich nicht auf die Forschungsfrage bezogen haben. Ebenso wurden alle Studien ausgeschlossen, wenn die Durchführung der Maßnahmen zur Stillförderung von Personen durchgeführt wurden, die nicht der Pflege angehörten. Systematische Reviews konnten nicht inkludiert werden, da sie nicht mit dem Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018 bewertet werden können. Eine nähere Beschreibung der Suchstrategie sowie Ein- und Ausschlusskriterien können der folgenden Tabelle entnommen werden:

Tabelle 1: Suchstrategie sowie Ein- und Ausschlusskriterien

Datenbank	Suchstrategie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Ergebnisse
PubMed	1. Suchstrang: ("Breast Feeding"[Mesh] AND "Social Class"[Mesh] AND breastfeeding support)	Publikationszeitraum: 2009-2019 Sprache: Deutsch & Englisch Berücksichtigung SES	Systematischer Review Nichtberücksichtigung von Pflegepersonen	68 Treffer

		Studien aus Entwickelten Ländern und Schwellenländern nach UN-Definition		
PubMed	2. Suchstrang: ((breastfeeding duration[Title/Abstract]) OR breastfeeding period[Title/Abstract]) AND breastfeeding support[Title/Abstract]	Publikationszeitraum: 2009-2019 Sprache: Deutsch & Englisch Berücksichtigung SES Studien aus Entwickelten Ländern und Schwellenländern nach UN-Definition	Systematischer Review Nichtberücksichtigung von Pflegepersonen	92 Treffer
CINAHL	MH "Breast Feeding" AND TX breastfeeding support AND TX socioeconomic status	Publikationszeitraum: 2009-2019 Sprache: Deutsch & Englisch Berücksichtigung SES Studien aus Entwickelten Ländern und Schwellenländern nach UN-Definition	Systematischer Review Nichtberücksichtigung von Pflegepersonen	72 Treffer

Eine Länderklassifizierung der Vereinten Nationen (UN) unterteilt weltweit alle Länder u.a. in drei breitgefächerte Kategorien: Entwickelte Länder, Schwellenländer und Entwicklungsländer – die je nach Kategorie in etwa das gleiche Level an

ökonomischem Entwicklungsstand haben. Diese Klassifizierung wurde für die vorliegende Arbeit herangezogen, um nur Studien einzuschließen, welche in entwickelten Ländern und Schwellenländern publiziert wurden. Dadurch können die gefundenen Ergebnisse besser miteinander verglichen werden. In den folgenden Abbildungen findet sich eine Auflistung aller Länder, welche den Kategorien Entwickelte Länder und Schwellenländer zugeordnet sind (United Nations, 2019).

Developed economies

North America	Europe		Major developed economies (G7)
	European Union	Other Europe	
Canada United States	EU-15 Austria ^a Belgium ^a Denmark Finland ^a France ^a Germany ^a Greece ^a Ireland ^a Italy ^a Luxembourg ^a Netherlands ^a Portugal ^a Spain ^a Sweden United Kingdom ^b	Iceland Norway Switzerland	Canada Japan France Germany Italy United Kingdom United States
Developed Asia and Pacific	EU-13^c Bulgaria Croatia Cyprus ^a Czech Republic Estonia ^a Hungary Latvia ^a Lithuania ^a Malta ^a Poland Romania Slovakia ^a Slovenia ^a		
Australia Japan New Zealand			

Abbildung 1: Entwickelte Länder (United Nations, 2019)

Economies in transition

South-Eastern Europe	Commonwealth of Independent States and Georgia ^a	
Albania	Armenia	Republic of Moldova
Bosnia and Herzegovina	Azerbaijan	Russian Federation
Montenegro	Belarus	Tajikistan
Serbia	Georgia ^a	Turkmenistan
The former Yugoslav Republic of Macedonia	Kazakhstan	Ukraine ^b
	Kyrgyzstan	Uzbekistan

Abbildung 2: Schwellenländer (United Nations, 2019)

2.3 Datenanalyse

Insgesamt wurden in PubMed und CINAHL 232 Studien gefunden, des Weiteren wurden sieben Studien per Handsuche und Referenzlistenrecherche herangezogen. Nach Ausschluss von zehn Duplikaten konnte eine Trefferanzahl von 229 Studien erzielt werden. Alle 229 Studien, die aufgrund der Suchstrategie zur Auswahl standen, wurden mittels Titeldurchsicht gefiltert. Danach wurde bei den verbliebenen 16 Studien Abstract und Volltext durchgesehen. Titel oder Abstract mussten die ausgewählten Schlüsselwörter enthalten, um eingeschlossen zu werden. Die Studie wurde nur eingeschlossen, wenn sie die Forschungsfrage adäquat beantworten konnte. Die Studiena Auswahl ist in Abbildung 3 anhand eines Flowchart dargestellt.

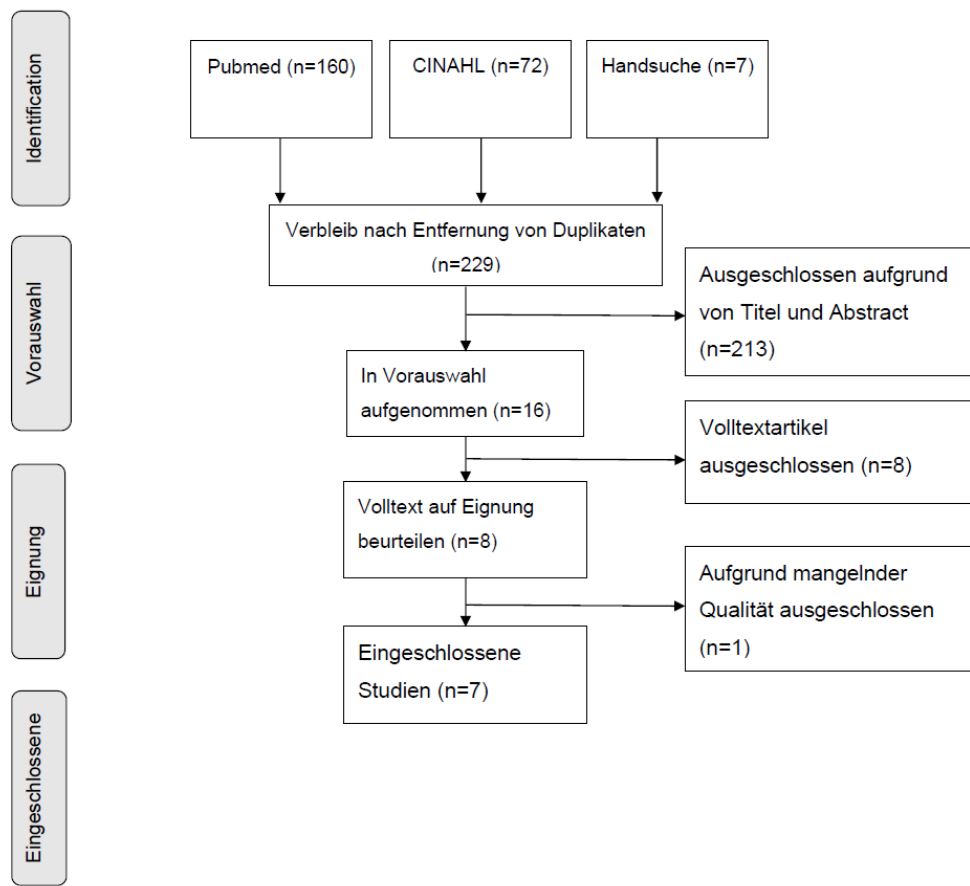


Abbildung 3: Auswahl der Studien nach dem Schema des PRISMA-Statements (Ziegler et al., 2011)

Alle sieben eingeschlossenen Studien wurden anhand des MMAT Version 2018 bewertet. Das MMAT ist ein kritisches Bewertungsinstrument zur Bewertung der methodischen Qualität empirischer Studien. Dieses wurde 2006 entwickelt und 2011 überarbeitet. Die aktuelle Version wurde anhand von Erkenntnissen einer Literatürübersicht über kritische Beurteilungsinstrumente, Interviews mit Personen, die MMAT verwendet haben und eine e-Delphi Studie mit internationalen Spezialisten erarbeitet. Mit diesem Bewertungsinstrument können verschiedene Studiendesigns bewertet werden, u.a. Mixed Methods Design Studien, Qualitative Studien, Quantitative randomisierte kontrollierte Studien, Quantitative nicht randomisierte Studien sowie Quantitative deskriptive Studien. Das Messinstrument gliedert sich in zwei Screening Fragen, sowie weitere 25 Fragen und Nennung der einzelnen Kriterien. Die Fragen werden nicht mit einer Punkteanzahl bewertet (Hong et al., 2018). Die Bewertungen der inkludierten Studien anhand des MMAT befinden sich im Anhang.

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse anhand der eingeschlossenen Studien erläutert. Insgesamt wurden sieben Studien nach der Beurteilung mittels MMAT inkludiert. Bei den ausgewählten Studien handelt es sich um fünf quantitative und eine qualitative Studie, sowie eine Mixed Methods Design Studie. Die Studien wurden nach Maßnahmen in Unterkapitel kategorisiert und die jeweiligen Ergebnisse miteinander verglichen. Zu Beginn des Kapitels findet sich eine Tabelle mit den wichtigsten Charakteristika und Inhalten der einzelnen Studien. Die inkludierten Studien wurden in den USA, Kanada sowie in Weißrussland durchgeführt. Abbildung 4 zeigt die möglichen Bereiche der Stillberatung auf, anhand dieser Unterteilungen sind die Ergebnisse gegliedert.

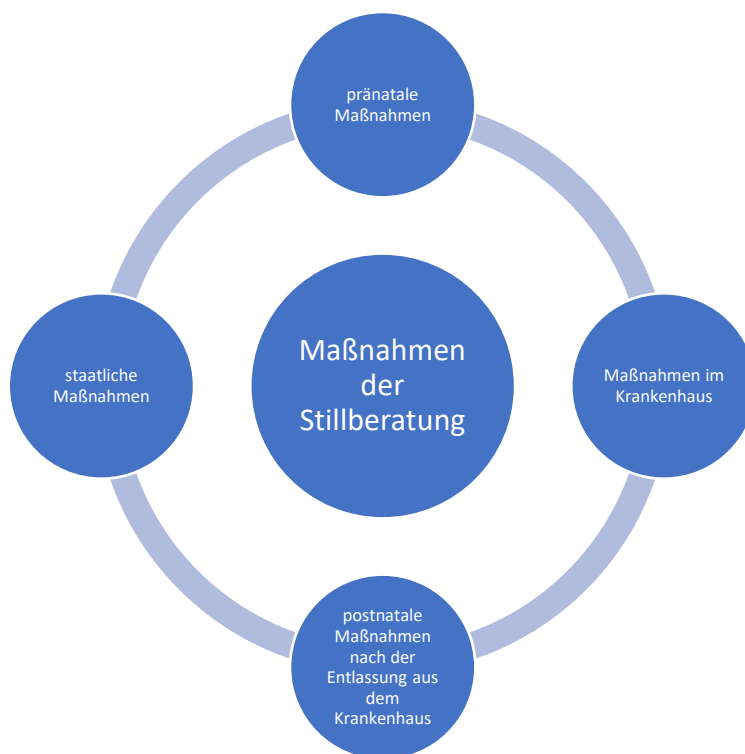


Abbildung 4: Maßnahmen der Stillberatung

Tabelle 2: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Auto- rin/Autor & Jahr	Forschungsziel	Design	Setting & Stichprobe	Zusammenfassung der Ergebnisse
Ruffin, Renaud 2015	In dieser Studie wurden die Auswirkungen der pränatalen Aufklärung sowie anderer wichtiger Unterstützungsmaßnahmen untersucht und demografische Daten zum Stillbeginn von Frauen, die in einer kleinen ländlichen Gemeinde leben, berücksichtigt.	Quantitative Querschnittsstudie	Gemeindekrankenhaus in Eastern Shore in Virginia n = 41 Frauen, welche durchschnittlich einen niedrigeren SES aufweisen als Frauen in benachbarten Gebieten	Die pränatale Stillaufklärung hat eine positive Auswirkung auf die Stillentscheidung der Frau. Die Stillrate konnte dadurch um 9,2 % erhöht werden. Das geschulte Pflegepersonal war für die Frauen die größte Stillunterstützung. Unterstützung durch Angehörige beeinflusst das Stillen positiv.
Yang et al. 2014	Das Ziel dieser Studie war, die Auswirkungen einer Intervention zur	Quantitative randomisierte	31 Geburtskliniken in Weißrussland	Die Studie zeigt, dass in der Interventionsgruppe die Stilldauer und das ausschließliche Stillen erhöht wurde. 79,6 % aller Frauen mit

	<p>Förderung des Stillens in Krankenhäusern in Weißrussland zu untersuchen. Außerdem wurde die Auswirkung der sozioökonomischen Ungleichheiten auf das Stillverhalten untersucht und des Weiteren die kognitiven Fähigkeiten im Alter von 6,5 Jahren analysiert.</p>	<p>kontrollierte Studie</p>	<p>n = 17.064 Mütter</p>	<p>geringer Bildung stillten ihre Kinder in der Interventionsgruppe. 25,6 % der Frauen mit geringer Bildung stillten ihre Kinder in der Kontrollgruppe.</p> <p>Mütter in der Interventionsgruppe mit geringer Bildung weisen höhere Stillraten auf als Mütter mit Universitätsabschluss in der Kontrollgruppe.</p> <p>Frauen mit höherer Bildung hatten bessere Stillraten, sie konnten die Intervention besser annehmen als Frauen mit geringer Bildung</p>
<p>Vehling et al. 2018</p>	<p>Das Ziel dieser Studie war, einen Zusammenhang zwischen frühem ausschließlichem Stillen im Krankenhaus und der Stilldauer herzustellen, besonders</p>	<p>Quantitative Querschnittsstudie</p>	<p>Vier Geburtzentren in Kanada</p> <p>n = 2.285 Mütter</p>	<p>Frauen mit geringer Bildung haben ein höheres Risiko, Kinder mit Formulanahrung zu füttern und die Stillzeit zu verkürzen.</p> <p>Förderung des ausschließlichen Stillens im Krankenhaus hat einen langfristigen Einfluss auf die Stilldauer, vor allem bei Frauen mit geringerer Bildung.</p>

	bei Müttern mit geringer Bildung.			Die mediane Stilldauer ist bei Säuglingen, die im Krankenhaus ausschließlich gestillt wurden, um vier Monate länger als bei Säuglingen, die Formulanahrung im Krankenhaus erhalten haben.
Friesen et al. 2014	Ziel dieser Studie war, die Durchführbarkeit von Stillberatung mittels Videokonferenztechnologie zu testen und für dunkelhäutige Mütter mit geringem Einkommen einen erleichterten Zugang zur Stillunterstützung durch International Board Certified Lactation Consultants (IBCLC) zu ermöglichen.	Qualitative Studie	Raphael Health Center Indianapolis in Indiana n = 35 Frauen	Die Videostillberatung hat dazu beigetragen, dass dunkelhäutige, einkommensschwache Mütter das Stillen fortsetzen bzw. damit beginnen. Dieses Programm hat großes Potenzial für ländliche und unterversorgte Gebiete.

Pugh et al. 2010	Das Ziel dieser Studie war, die Stillrate sechs, zwölf und 24 Wochen nach der Geburt bei einkommenschwachen, städtischen Müttern durch ein Stillunterstützungsteam, welches aus Pflegepersonen und Peer-Beraterinnen bestand, zu erhöhen.	Quantitative randomisierte kontrollierte Studie	Johns Hopkins Hospital und Mercy Medical Center in Baltimore Maryland Kontrollgruppe n = 160 Interventionsgruppe n = 168	Sechs Wochen nach der Geburt weist die Interventionsgruppe eine deutlich höhere Stillrate auf. Zwölf Wochen nach der Geburt stillten mehr Frauen in der Interventionsgruppe ihre Kinder, die Ergebnisse sind jedoch nicht signifikant. 24 Wochen nach der Geburt ist die Stillrate in beiden Gruppen sehr ähnlich.
Bunik et al. 2010	Das primäre Ziel der Gemischten Methoden Studie von Bunik et al. 2010 war, die Wirksamkeit von telefonischer Stillunterstützung zu beurteilen und zu untersuchen, ob dies die Stilldauer bei	Mixed Methods Ansatz Quantitativer Teil: randomisierte, kontrollierte Studie	Geburtenstation in Denver, Colorado Kontrollgruppe n = 180 Interventionsgruppe n = 161 Interview n = 40	Die Stillrate nahm in beiden Gruppen mit der Zeit ab. Mütter, die mit Sectio entbunden hatten, fütterten häufiger Formulanahrung und stillten dadurch frühzeitig ab.

	<p>einkommenschwachen Latina Frauen beeinflusst. Ein weiteres Ziel dieser Studie war, Gründe für ein frühzeitiges Abstillen zu ermitteln, die Zufriedenheit der Mütter zu erfassen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten zu erheben.</p>	<p>Qualitativer Teil</p>		<p>Mütter, welche vorgeburtlich entschieden ausschließlich Stillen zu wollen, wiesen in der Interventionsgruppe eine höhere Stillrate auf.</p> <p>Die meisten Mütter empfanden die Stillunterstützung als hilfreich.</p> <p>Gesundheitsdienste wurden in der Kontrollgruppe um 11 % häufiger in Anspruch genommen.</p>
<p>Kapinos et al. 2017</p>	<p>Das Ziel dieser Studie war es zu überprüfen, ob durch die Gesetzesänderung „Affordable Care Act“ für privatversicherte Frauen mit niedrigem Einkommen die Wahrscheinlichkeit des initialen</p>	<p>Quantitative quasiexperimentelle Studie</p>	<p>USA n = 17.975.231 Mütter, die in den USA entbunden haben</p> <p>Kontrollgruppe mit staatlicher Versicherung n = 8.698.072</p>	<p>Durch den „Affordable Care Act“ wurde die Stillrate um 2,5 % erhöht, das sind auf Basis dieser Stichprobe 47.000 Säuglinge, die durch diese Intervention gestillt wurden.</p> <p>Die Ergebnisse waren am deutlichsten ausgeprägt bei Müttern mit dunkler Hautfarbe, geringerer Bildung und unverheirateten Müttern.</p>

	Stillbeginns erhöht wird. Das Gesetz „Affordable Care Act“ ermöglicht Frauen mit geringem Einkommen eine kostenlose Stillberatung und Stillunterstützung, sowie kostenloses Stillzubehör.		Interventionsgruppe mit privater Versicherung n = 9.287.512	
--	---	--	--	--

3.1 Pränatale Maßnahmen zur Stillförderung

In der Studie von Ruffin and Renaud (2015) nahmen 41 Frauen an einer Umfrage mit 27 Fragen teil. Unter anderem beurteilten sie, welche Maßnahmen der Stillunterstützung sie als hilfreich empfanden. 69,2 % aller Frauen mit pränataler Stillaufklärung stillten ihr Kind. Im Vergleich dazu waren es nur 60 % aller Frauen ohne pränataler Stillaufklärung, die ihr Kind stillten. Die befragten Mütter gaben an, dass das Pflegepersonal die hilfreichste Unterstützung, gefolgt von der Familie war. Die pränatale Aufklärung wirkte sich positiv auf die Stillentscheidung der Mütter aus.

3.2 Maßnahmen zur Stillförderung im Krankenhaus

In der Studie von Yang et al. (2014) wurden in Weißrussland 17.046 Mütter eingeschlossen und per randomisierter Zuteilung in Interventions- oder Kontrollgruppe geteilt. Die Interventionsgruppe erhielt Stillunterstützung anhand der zehn Kriterien für ein Baby-friendly Hospital, während die Kontrollgruppe Stillunterstützung anhand der krankenhausinternen Richtlinien erhielt.

Die zehn Schritte, die in der Interventionsgruppe berücksichtigt wurden, lauten:

1. Einhaltung des Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten
Einheitliche Stillrichtlinien
laufende Überwachungs- und Datenverwaltungssysteme implementieren
2. Schulung und Fortbildung für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
3. Stillvorbereitung in der Schwangerschaft
4. Bonding sofort nach der Geburt starten
5. Unterstützung der Mütter bei der Einleitung und Aufrechterhaltung des Stillens, sowie bei der Bewältigung häufiger Probleme
6. Zufüttern nur bei medizinischer Indikation
7. Rooming-in für Mutter und Kind ermöglichen
8. Mütter dabei unterstützen, die Fütterungszeichen ihrer Säuglinge zu erkennen und darauf zu reagieren
9. Mütter über die Verwendung und das Risiko von Saugflaschen, Saugern und Schnullern beraten

10. Entlassung koordinieren und Nachbetreuung (Stillgruppen, Stillambulanz) sichern (World Health Organization, 2018b)

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Maßnahmen zur Stillförderung eine signifikante Auswirkung auf die Stillrate hatten. Die Studie zeigt, dass in der Interventionsgruppe die Stilldauer und das ausschließliche Stillen im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich erhöht wurden. In der Interventionsgruppe stillten Frauen mit geringer Bildung einen Monat nach der Geburt zu 79,6 % ihre Kinder ausschließlich, im Vergleich zur Kontrollgruppe sind es nur 25,6 % der Mütter, die ihre Kinder im ersten Monat ausschließlich stillten. Frauen mit höherer Bildung, welche der Interventionsgruppe zugeteilt wurden, stillten ihre Kinder im ersten Monat ausschließlich zu 81,5 %. Dies weist darauf hin, dass Frauen mit höherer Bildung die Intervention besser annahmen als Frauen mit geringer Bildung. Die Studie zeigt aber auch, dass Frauen mit geringer Bildung in der Interventionsgruppe im ersten Monat eine höhere Stillrate (79,6 %), als Frauen mit höherer Bildung (26,6 %) in der Kontrollgruppe aufweisen. Dieser Effekt zeigt sich nicht nur im ersten Monat, sondern ebenso im dritten wie im sechsten Monat nach der Geburt (Yang et al., 2014).

Vehling et al. (2018) versuchten, einen Zusammenhang zwischen frühem ausschließlichem Stillen im Krankenhaus und der Stilldauer herzustellen, besonders bei Müttern mit geringer Bildung. Pflegepersonen erhoben mittels eines standardisierten Fragebogens Daten von 2.285 kanadischen Müttern zu Informationen rund um die Geburt sowie zur Säuglingsernährung. Die Forscherinnen und Forscher dieser Arbeit erhoben den Zeitraum ausschließlichen Stillens und den Zeitpunkt der Zufütterung mit Formulanahrung oder Beikost. 97,5 % aller Mütter haben mit dem Stillen im Krankenhaus begonnen. 74,1% dieser Mütter stillten ausschließlich und 25,9 % haben bereits im Krankenhaus mit Formulanahrung zugefüttert. Frauen mit höherer Bildung, sowie Normalgewicht und vaginaler Entbindung wiesen eine höhere Stillrate auf.

Die mediane Stilldauer bei Frauen, welche im Krankenhaus entbunden haben betrug im Durchschnitt elf Monate. Bei Frauen, die bereits im Krankenhaus zugefüttert haben, betrug die mediane Stilldauer im Durchschnitt sieben Monate. Somit ergibt sich für Frauen, welche im Krankenhaus ausschließlich gestillt haben, eine um vier Monate längere mediane Stilldauer. Geringe mütterliche Bildung war mit einem

früheren Stillabbruch assoziiert. Zusammenfassend wurde herausgefunden, dass die Förderung des ausschließlichen Stillens mit der Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) im Krankenhaus einen positiven Effekt auf die Stillzeit zuhause hat, denn das Risiko vorzeitig abzustillen wurde um 21 % gesenkt. Besonders bei Frauen mit erhöhtem Risiko, das Stillen vorzeitig zu beenden ist diese Maßnahme sehr wirksam (Vehling et al., 2018).

Beide Forscherteams, Vehling et al. (2018) und Yang et al. (2014) fanden heraus, dass die BFHI eine positive Auswirkung auf das Stillverhalten der Mütter hat, denn in beiden Fällen konnte die Stillrate signifikant erhöht werden.

3.3 Postnatale Maßnahmen zur Stillförderung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

In der Studie von Friesen et al. (2015) wurden 35 Mütter mit geringem Einkommen inkludiert, welche pränatale und postnatale Stillunterstützung erhielten. Die Unterstützung erfolgte durch eine IBCLC, welche mittels Videokonferenz die Mütter zum Thema Stillen beriet. Die Teilnehmerinnen beschrieben die Durchführung als sehr einfach. Des Weiteren wurden Anfahrtswege und dadurch Kosten für die einkommensschwachen Mütter gespart, außerdem stellte die Videoberatung eine Zeiterparnis dar und verbesserte den Zugang zur Unterstützung. Das Selbstvertrauen der Mutter wurde durch die Beratung gestärkt. Die Videostillberatung hat dazu beigetragen, dass dunkelhäutige, einkommensschwache Mütter das Stillen fortsetzen bzw. damit beginnen.

In der Studie von Pugh et al. (2010) wurden 328 einkommensschwache Mütter rekrutiert, welche bei einem speziellen Ernährungsprogramm für Frauen, Säuglinge und Kinder teilnahmen. Dieses Ernährungsprogramm wird speziell für Frauen in den USA mit geringem Einkommen angeboten. Die Teilnehmerinnen wurden randomisiert in die Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt. In den ersten 24 Tagen nach der Geburt erhielten Frauen in der Interventionsgruppe Stillunterstützung. Das Stillunterstützungsteam bestand aus Pflegepersonen, welche mit Hausbesuchen, Telefonaten und mit 24 Stunden Pager die Mütter unterstützten. Außerdem bestärkten Peer-Beraterinnen die Mütter telefonisch. In den ersten vier Wochen postpartum war die Stillunterstützung am intensivsten. Die Kontrollgruppe konnte lediglich im

Krankenhaus eine Stillberaterin konsultieren. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen in den ersten zwölf Wochen eine signifikant höhere Stillrate in der Interventionsgruppe. Sechs Wochen postpartum stillten in der Interventionsgruppe 66,7 % der Mütter ihre Kinder, im Vergleich zur Kontrollgruppe stillten 56,9 % ihre Kinder. Zwölf Wochen postpartum stillten 49,4 % der Frauen in der Interventionsgruppe ihre Kinder, in der Kontrollgruppe waren es 40,6 %. 24 Wochen postpartum ist die Stillrate in beiden Gruppen fast ident. In der Interventionsgruppe stillten 29,2 % während es in der Kontrollgruppe 28,1 % der Mütter waren. Die Studie zeigt, dass bei Frauen mit geringem Einkommen die Stillrate mithilfe einer Stillberatung durch Pflegepersonen anfangs erhöht werden kann (Pugh et al., 2010).

In der Studie von Bunik et al. (2010) wurden 386 Frauen randomisiert und in eine Kontroll- oder Interventionsgruppe zugeordnet. Frauen in der Interventionsgruppe erhielten ab dem Zeitpunkt der Entlassung einen täglichen Anruf einer Pflegeperson, welche jeden Tag ein anderes Thema in Bezug auf das Stillen mit den Müttern besprach. Es wurde zwischen Stillen und überwiegendem Stillen unterschieden. Überwiegendes Stillen bedeutete vier oder weniger Fläschchen mit Formulanahrung pro Tag. Falls Mütter mehr als vier Fläschchen Formula pro Tagen fütterten, wurde ein Stillstopp vermerkt sowie Gründe dafür erfasst. Zusätzlich wurde die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung erhoben, da die Forscherinnen und Forscher davon ausgingen, dass sich durch die telefonische Betreuung der Bedarf verringert. Nach der durchgeführten randomisierten Kontrollstudie wurden mit 40 Frauen Interviews geführt, um die positiven und negativen Aspekte der telefonischen Unterstützung festzustellen. Die Daten wurden anhand 35 offener Fragen erhoben (Bunik et al., 2010).

Bei den Stillraten wurde deutlich, dass diese in beiden Gruppen nach der Zeit abnahmen. Die Kontrollgruppe wies eine höhere Stillrate auf als die Interventionsgruppe, wobei die Ergebnisse statistisch nicht signifikant sind. Im ersten Monat nach der Geburt ist die Stillrate in beiden Gruppen mit 74 % gleich hoch. Im sechsten Monat sinkt die Stillrate der ausschließlich stillenden Mütter in beiden Kohorten, auf 37 % der Frauen aus der Kontrollgruppe und auf 28 % der Frauen aus der Interventionsgruppe. Die Ergebnisse der Mütter, die ihre Kinder überwiegend stillten, sind vergleichbar mit den Daten jener Mütter die ausschließlich stillten. Mütter, die mittels Sectio entbunden haben, fütterten häufiger Formulanahrung und stillten dadurch

frühzeitig ab. 92 % aller Mütter, die per Sectio entbunden haben und 79 % aller Frauen mit vaginaler Entbindung fütterten Formulanahrung. 25 % der Frauen in der Interventionsgruppe nahmen das Gesundheitswesen im ersten Monat in Anspruch, im Vergleich dazu nahmen 36 % der Mütter in der Kontrollgruppe das Gesundheitswesen in Anspruch (Bunik et al., 2010).

In den Interviews wurde erfasst, dass die meisten Mütter Stillen als gesünder erachten, jedoch das Stillen schwieriger als Flasche füttern empfinden und daher die Formulanahrung als gute Alternative gesehen wird. Der Großteil der Mütter empfand die Unterstützung als sehr hilfreich (Bunik et al., 2010).

Bunik et al. (2010) und Pugh et al. (2010) versuchten mit ähnlichen Stillförderungsmaßnahmen die Stillrate zu erhöhen. In der Studie von Pugh et al. konnten kurz nach der Geburt signifikante Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe aufgezeigt werden und es bestätigte sich, dass die Intervention bei einkommensschwachen Müttern hilfreich ist. In der Studie von Bunik et al. (2010) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zur Erhöhung der Stillrate durch telefonische Stillunterstützung.

3.4 Staatliche Maßnahmen zur Stillförderung

Kapinos et al. (2017) untersuchten, ob eine Gesetzesänderung („Affordable Care Act“) in den USA, welche eine kostenlose Stillberatung und -unterstützung im Rahmen der Versicherung inkludierte, die Stillrate sowie den Stillbeginn erhöhen würde. Es wurden 17.975.331 Mütter mit niedrigem Einkommen in die Studie inkludiert. Des Weiteren folgte eine Aufteilung in Interventions- und Kontrollgruppe. Alle Frauen in der Interventionsgruppe bekamen eine bezahlte Stillberatung sowie kostenlose Stillhilfsmittel durch die Versicherung zur Verfügung gestellt. Durch den „Affordable Care Act“ wurde die Wahrscheinlichkeit des initialen Stillbeginns um 2,5 % erhöht, das sind auf Basis dieser Stichprobe 47.000 Säuglinge, die durch diese Intervention gestillt wurden. Am deutlichsten waren die Ergebnisse bei Frauen mit dunkler Hautfarbe, wenig Bildung sowie unverheirateten Frauen. Abbildung 5 stellt eine Zusammenfassung aller Maßnahmen zur Stillförderung dar:

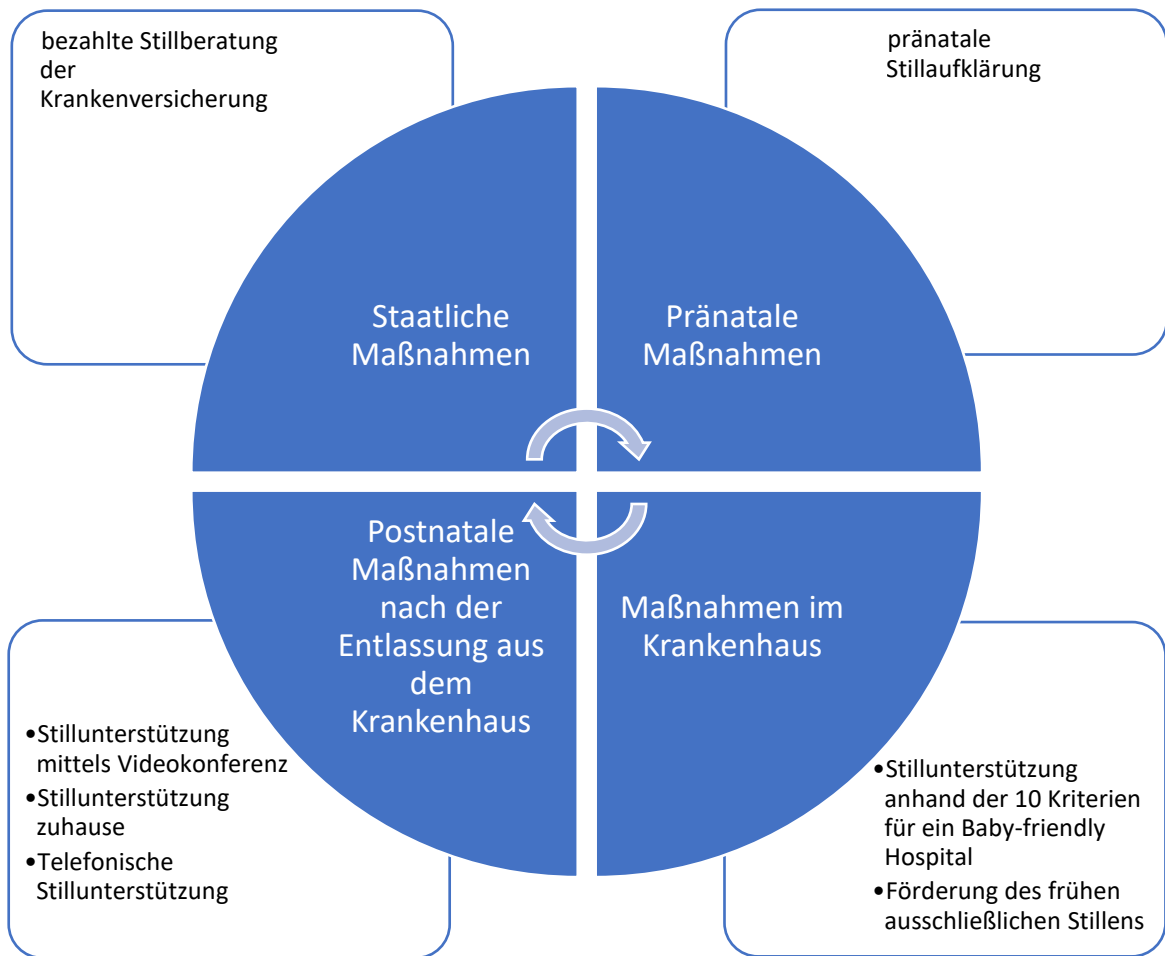


Abbildung 5: Abgeleitete Maßnahmen zur Stillförderung aus der eingeschlossenen Literatur

4 Diskussion

Ziel dieser Literaturarbeit ist es, gesundheitsfördernde Maßnahmen aufzuzeigen, welche die Stillrate bei Frauen mit geringem SES in entwickelten Ländern und Schwellenländern erhöht. Aufgrund der unterschiedlichen Ergebnisse und der eingeschränkten Vergleichbarkeit infolge verschiedener Studiendesigns, kann die Forschungsfrage dieser Arbeit nur bedingt beantwortet werden. Nichtsdestotrotz wurden aussagekräftige Ergebnisse aufgezeigt, welche eine große Relevanz für die Praxis darstellen können. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden je nach Maßnahme in vier verschiedene Gruppen gegliedert.

Als wirksame pränatale Maßnahme stellte sich die vorgeburtliche Stillaufklärung heraus. In einer Studie aus den USA wurde herausgefunden, dass Frauen, die eine pränatale Stillaufklärung erhielten, um 9,2 % häufiger stillten als Frauen ohne dieser Maßnahmen (Ruffin & Renaud, 2015). Diese Intervention wurde in keiner anderen eingeschlossenen Studie gefunden, daher können diese Ergebnisse nicht durch mehrere Quellen bestätigt werden und weisen daher keine besonders hohe Evidenz auf. Ebenso tragen das quantitative Querschnittsdesign sowie die sehr kleine Stichprobe nur zu einer bedingten Aussagekraft bei.

Zwei Studien untersuchten Maßnahmen, welche direkt nach der Geburt im Krankenhaus angewendet werden können, um die Stillrate zu erhöhen (Vehling et al., 2018 ; Yang et al., 2014). Die Ergebnisse der beiden Studien verdeutlichen, dass das Konzept des Baby-friendly Hospitals signifikante Auswirkungen auf die Stillrate der Mütter hat. Einen Monat nach der Geburt stillten 79,6 % der Mütter mit geringer Bildung, die anhand der Richtlinien zum Baby-friendly Hospital betreut wurden, ihre Kinder. Vergleichsweise stillten nur 25,6 % der Frauen mit normaler Betreuung und geringer Bildung ihre Kinder (Yang et al., 2014). In einer Querschnittsstudie wurde herausgefunden, dass bei Müttern mit geringer Bildung ein signifikanter Zusammenhang zwischen frühem ausschließlichem Stillen im Krankenhaus und der Stildauer besteht. Die mediane Stildauer bei Frauen, welche im Krankenhaus entbunden haben und im Krankenhaus ausschließlich gestillt haben, ist im Durchschnitt um vier Monate länger als bei Frauen, die bereits im Krankenhaus zugefüttert haben (Vehling et al., 2018).

Beide Studien bestätigen durch ihre Ergebnisse, dass die BFHI eine positive Auswirkung auf das Stillverhalten hat. Diese Initiative ist eine Strategie der WHO und UNICEF für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern. Die Evidenz der experimentellen Studie ist gewichtiger als jene der Querschnittstudie. Das Ergebnis der beiden Studien wird auch durch einen systematischen Review bestätigt. In diesem wurden 58 Studien eingeschlossen, die die Auswirkungen der BFHI auf die Still- und Kindergesundheit untersuchten. Der Review bestätigt, dass die Einhaltung der zehn Schritte einen merklichen Einfluss auf den frühen Beginn des Stillens unmittelbar nach der Geburt, das ausschließliche Stillen und auf die Gesamtstilldauer hat (Perez-Escamilla et al., 2016). Diese Studie bezieht sich auf Mütter aus allen Bildungsschichten und spezialisiert sich nicht ausschließlich auf jene mit geringem SES. In Österreich gibt es insgesamt zwölf Krankenhäuser, die die BFHI umsetzen und diese Auszeichnung erhalten haben. Diese Auszeichnung bedeutet für die teilnehmenden Kliniken, dass die zehn Schritte umgesetzt werden müssen und keinerlei Werbung für industriell hergestellte Säuglingsnahrung präsentiert werden darf (ONGKG, 2019).

Drei weitere Autorinnen und Autoren versuchten die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Stillförderung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu bestimmen (Friesen et al., 2015 ; Pugh et al., 2010 ; Bunik et al., 2010). Die Studie von Friesen et al. (2015) stellte Müttern mit geringem Einkommen eine gratis Stillberatung mittels Videokonferenz zu Verfügung. Die Mütter sowie die Stillberaterinnen empfanden die Videoberatung als Zeitersparnis und gute Unterstützung. Diese Art der Stillförderung hat es Müttern ermöglicht, mit dem Stillen zu beginnen bzw. fortzusetzen. Die Evidenz dieser Studie ist nicht sehr hoch, da es sich um eine qualitative Studie handelt und die Ergebnisse nur unzureichend präsentiert wurden. Die Maßnahme dieser Studie ist trotz der geringen Aussagekraft der Ergebnisse sehr interessant, denn die Umsetzung von Stillberatung mittels Videokonferenz könnte mit geringem Aufwand in zukünftigen Primärversorgungszentren oder auch zuhause am Computer oder Smartphone umgesetzt werden.

Die Studie von Pugh et al. (2010) erbrachte nur zum Teil die gewünschten Ergebnisse. Die Stillrate erhöhte sich in der Interventionsgruppe in den ersten zwölf Wochen postpartal deutlich und war höher als in der Kontrollgruppe, welche keine zusätzliche Stillunterstützung zur Verfügung bekam. 24 Wochen nach der Geburt war kein signifikanter Unterschied in der Stillrate zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zu erkennen.

Eventuell könnte die Stillrate anfänglich in der Interventionsgruppe höher sein, da die Stillberatung in den ersten Wochen nach der Geburt häufiger durchgeführt wurde. Als die Beratung abnahm, ist auch die Stillrate gesunken. Aus diesem Ergebnis lässt sich ablesen, dass eine Stillberatung längere Zeit nach der Geburt sinnvoll und notwendig ist. Stillprobleme treten nicht nur direkt nach der Geburt auf, sondern können ebenso Wochen und Monate nach der Entbindung auftreten.

In der Studie von Bunik et al. (2010) erhielten Frauen in der Interventionsgruppe nach der Entlassung einen täglichen Anruf einer Pflegeperson, welche eine Stillberatung durchführte. Die Stillrate nahm in der Interventions- sowie Kontrollgruppe nach der Zeit ab. In den anschließenden Interviews stellte sich heraus, dass die Mütter die Beratung als sehr hilfreich empfanden. Viele Frauen nahmen das Stillen als sehr schwierig wahr und stiegen daher auf die aus ihrer Sicht gute Alternative der Formulanahrung um. Möglicherweise ist dieser Umstieg auf eine zu geringe Aufklärung der Bedeutung des Stillens zurückzuführen. Die Mütter erhielten eine Beratung, jedoch wurden sie vermutlich nicht darüber aufgeklärt, welche Vorteile es mit sich bringen würde, ein Baby zu stillen, daher empfanden die Mütter die Säuglingsnahrung als angemessene Alternative.

Die Ergebnisse dieser drei Studien sind sehr unterschiedlich. Die ersten beiden Publikationen, Friesen et al. (2015) und Pugh et al. (2010), erzielten mit den durchgeführten Maßnahmen erkennbare Ergebnisse und die Stillrate konnte teilweise erhöht werden. Die Ergebnisse von Bunik et al. (2010) erzielten nicht den gewünschten Effekt. Daraus resultiert die Frage, ob die postnatal durchgeführten Maßnahmen zur Stillförderung für Frauen mit geringem SES nicht angemessen waren oder ob die Durchführung der Maßnahmen unzureichend war.

Die Studie Kapinos et al. (2017) ist die einzige Publikation, die unter den staatlichen Maßnahmen angeführt wurde. Durch eine bezahlte Stillberatung die in die

Krankenversicherung von Frauen mit geringem Einkommen aufgenommen wurde, konnte die Wahrscheinlichkeit des initialen Stillbeginns um 2,5 % erhöht werden. Durch die große Stichprobe von 17.975.231 Frauen ist die statistische Aussagekraft dieser Studie sehr hoch.

Die Vergleichbarkeit der einzelnen Publikationen wurde insofern erschwert, da jede Autorin und jeder Autor aller inkludierten Arbeiten ausschließliches Stillen und Teilstillen unterschiedlich definierte. Die Definition der WHO ist international gültig, trotzdem wurde diese Bestimmung nicht immer berücksichtigt.

4.1 Status Quo der Stillberatung in Österreich

In Österreich kann die Stillberatung zuhause von einer Hebamme sowie durch Stillberaterinnen und Stillberater durchgeführt werden. Stillberaterinnen und Stillberater sind meist Pflegepersonen oder Hebammen, welche die Weiterbildung zur IBCLC absolvieren. Pflegepersonen, Hebammen oder andere Personen, die genügend Arbeitsstunden mit Schwangeren und Neugeborenen aufweisen, dürfen diese Weiterbildung absolvieren. In Österreich wird die Stillberatung im Rahmen der Sozialversicherung durch eine Kassenhebamme finanziert, jedoch muss eine Kassenhebamme 317 Geburten abdecken. In Wien waren es 2017 sogar 1.172 Geburten pro Hebamme (Schlintl, 2017). Die Arbeit von Kapinos et al. (2017) zeigt deutlich, dass eine bezahlte Stillberatung durch die Versicherung die Stilldauer erhöhen würde. Da dies in Österreich aufgrund des Kassenhebammenmangels nur zum Teil möglich ist, bezahlen viele Frauen selbst für eine Stillberatung. Eine häusliche Stillberatung kostet je nach Region bis zu 100 Euro pro Stunde. Frauen mit geringem SES weisen ein geringes Einkommen auf und haben oft nicht die finanziellen Mittel, um diese zu bezahlen.

Da die Stillberatung durch Kassenhebammen nur bedingt möglich ist, werden in weiterer Folge meist Kinderärztinnen und -ärzte bei Stillproblemen aufgesucht. In Wien gibt es einen großen Mangel an Kassenkinderärztinnen und -ärzten. 109 Wahlärztinnen und -ärzte stehen 83 Kassenärztinnen und -ärzten gegenüber. Bei vielen Kassenärztinnen und -ärzten ist aufgrund eines erhöhten Patientinnen- und Patientenaufkommens keine Terminvergabe möglich (Patientenombudsman, 2017). Österreich hat einerseits die zweitgrößte Ärztinnen- und Ärztedichte, andererseits zu wenig Kassenärztinnen und -ärzte. Wahlärztinnen und -ärzte müssen

drei Patientinnen bzw. Patienten pro Stunde behandeln, bei Kassenärztinnen und -ärzten sind es neun Patientinnen bzw. Patienten pro Stunde um die Praxis finanzieren zu können (Bachmayr-Heyda, 2019). Frauen, die sich keine private Hebamme oder Ärztin/Arzt leisten können, bekommen häufig durch den Zeitmangel eine unzureichendere Betreuung und auf die Bedürfnisse der Frauen kann nicht optimal eingegangen werden. Dies verdeutlicht, dass Mütter mit geringem SES oftmals eine zweitklassige Betreuung im Gegensatz zu Frauen mit höherem SES bekommen, denn jene Mütter mit höherer Bildung haben tendenziell bessere finanzielle Mittel zur Verfügung. Die Studie von Bunik et al. (2010) zeigt auf, dass Frauen, die zuhause eine telefonische Stillberatung durch eine Pflegeperson erhalten, um 11 % weniger Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen. Durch eine telefonische Stillberatung könnte zum Teil das hohe Patientinnen- und Patientenaufkommen bei Kinderärztinnen- und -ärzten verhindert werden.

Des Weiteren verfügen Frauen mit geringem SES meist auch nicht über die finanziellen Mittel für eine Inanspruchnahme einer Stillberatung. Dies könnte bei Frauen mit geringem SES wiederum ein Grund für früheres Abstillen sein, da die Unterstützung und Aufklärung seitens des Gesundheitspersonals außerhalb des Krankenhauses nur teilweise gegeben ist. Ebenso sind viele Mütter nicht ausreichend darüber informiert, welche Möglichkeiten es gibt, um Stillberatung in Anspruch zu nehmen. Die Publikation von Ruffin and Renaud (2015) stellte fest, dass Pflegepersonen als große Unterstützung gesehen werden. Ebenso können Pflegepersonen die Stillentscheidung der Mutter positiv beeinflussen, indem sie im Krankenhaus über die Vorteile des Stillens für Mutter und Kind aufklären.

4.2 Abgeleitete Empfehlungen für die Praxis

Frauen mit geringem SES wissen häufig nicht welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt und wie sie zu diesen gelangen. Es wäre wünschenswert, dass das Gesundheitspersonal bereits im Krankenhaus vermehrt damit beginnt, Frauen mit geringem SES zu unterstützen. Einerseits ist die Stillaufklärung sehr wichtig. Frauen müssen von Pflegepersonen und Hebammen, aber auch von Kinderärztinnen und -ärzten darüber informiert werden, welche gesundheitlichen Vorteile durch das Stillen für Mutter und Kind erzielt werden. Wenn Mütter über die Bedeutung des Stillens Bescheid wissen, werden sie versuchen, stillfördernde Maßnahmen umzusetzen und

bei Schwierigkeiten Beratungsstellen aufsuchen um weiterhin stillen zu können. Andererseits sollen für Frauen mit geringem SES Informationen zur Verfügung gestellt werden, wo es kostenlose Stillberatung gibt und welche weiteren Möglichkeiten vorhanden sind, um Stillunterstützung zu beziehen.

Die Organisation La Leche Liga unterstützt Frauen beim Stillen mithilfe von Telefonberatungen oder Stillgruppen. Die Angebote sind kostenlos und unverbindlich, jedoch haben die beratenden Frauen keine medizinische Ausbildung (La Leche Liga, k.A.). In allen österreichischen Bundesländern gibt es Stillgruppen, welche von ausgebildeten Stillberaterinnen und Stillberatern geleitet werden. Einerseits findet eine Beratung durch eine professionelle Person statt, andererseits hilft der Austausch unter den Müttern häufig, um Stillprobleme zu bewältigen. Diese Stillgruppen kosten ca. zehn Euro pro Stunde und sind gerade eben für Frauen gedacht, die sich keine Einzelstillberatung leisten können.

Ebenso gibt es in ganz Österreich Elternberatungsstellen, welche von Kinderärztinnen und -ärzten sowie Pflegepersonen, Hebammen oder Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern geführt werden. Diese Einrichtungen werden vom jeweiligen Land gefördert. Dort können Eltern ohne Voranmeldung kostenlose Beratung in Anspruch nehmen. In ländlichen Gebieten sind die Beratungsstellen nicht so häufig besetzt wie in größeren Städten.

Ein weiterer wichtiger Schritt ist der Ausbau an Krankenhäusern mit der BFHI. Diese Initiative verbessert den Stillbeginn deutlich und ist somit unumgänglich, um das anfängliche Stillen zu fördern. Mit den vorgesehenen Maßnahmen würden alle Mütter erreicht, unabhängig des SES.

Eine weitere Möglichkeit wäre die Stillberatung in einem Primärversorgungszentrum anzubieten. Frauen können vor Ort eine Stillberatung in Anspruch nehmen, die von einer fachlich speziell ausgebildeten Pflegeperson geführt und direkt mit der Krankenkasse abgerechnet wird. Kinderärztinnen und -ärzte, welche sich ebenfalls in diesem Zentrum befinden, könnten Mütter zur Beratungsstelle verweisen und hätten somit mehr Zeit für medizinische Fragen und Anliegen. Des Weiteren könnten Informationsblätter über die Stillberatung in Primärversorgungszentren von Hebammen sowie auf Geburtenabteilungen an Mütter ausgeteilt werden.

Einerseits verlangt die Gesellschaft, dass jede Mutter ihr Kind stillen sollte, andererseits wird es von einem kleinen Teil der Gesellschaft nicht toleriert, wenn Mütter ihre Kinder in der Öffentlichkeit stillen. Eine Studie in Deutschland hat die Einstellung der Bevölkerung gegenüber dem Stillen an öffentlichen Plätzen erhoben und Mütter befragt, welche Erfahrungen sie beim Stillen in der Öffentlichkeit gemacht haben. 6 % aller Befragten lehnten es ab, dass Mütter ihre Kinder in der Öffentlichkeit stillen. 6 % der befragten Mütter machten negative Erfahrungen beim Stillen in der Öffentlichkeit (Koch et al., 2018).

Eine Werbekampagne, welche die Bedeutung des Stillens anspricht und die Menschen sensibilisiert, könnte die Stillrate sowie die Akzeptanz in Österreich erhöhen. Diese Kampagne könnte außerdem die Sozialausgaben senken, denn durch das Stillen können Krankheiten und Krankenhausaufenthalte verhindert werden und Kosten für Gesundheitseinrichtungen gespart werden. In der Publikation von Bunik et al. (2010) wurde erhoben, dass Frauen, die zuhause keine Stillunterstützung bekommen, um 11 % häufiger Gesundheitseinrichtungen aufsuchen als Frauen mit häuslicher Stillunterstützung.

Durch die Gesundheitsförderung soll jeder Mensch Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit erlangen. Gesundheitspersonal hat die Aufgabe das Gesundheitswissen an jede einzelne Person weiterzugeben, damit jeder Mensch selbst zur Expertin/zum Experten für die eigene Gesundheit wird. Ein zentraler Begriff der Gesundheitsförderung ist Empowerment. Empowerment meint die Unterstützung und Befähigung der Patientinnen und Patienten, damit diese verantwortungsbewusst mit ihrer Gesundheit umgehen können (Steinbach, 2011). Pflegepersonen sollten sich dieser Aufgabe bewusst sein und Frauen dahingehend informieren und unterstützen, damit das Stillen aufrechterhalten wird.

4.3 Empfehlungen für die Forschung

Aktuell gibt es zu wenige Studien, um eindeutig zu beantworten, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen die Stillrate bei Frauen mit geringem SES eindeutig erhöhen würde. Dadurch können die Ergebnisse nicht generalisiert werden und weitere Forschung ist zwingend notwendig. Derzeit gibt es wenige Studien, welche pränatale sowie postnatale Stillförderungsmaßnahmen nach der Entlassung beschreiben, um das Stillen zu fördern. Die höchste Evidenz weisen randomisierte

kontrollierte Studien auf, daher wäre es empfehlenswert, weitere Studien dieser Art durchzuführen.

4.4 Stärken

Für diese Arbeit spricht, dass nur Studien verwendet wurden, die in den vergangenen zehn Jahren publiziert wurden. Dies ermöglicht die Aktualität der vorliegenden Ergebnisse. Weiters wurde jede eingeschlossene Studie anhand des MMAT Version 2018 bewertet, welche eine Qualitätssicherung ermöglicht. Ebenso können die vorhandenen Ergebnisse als Grundlage für weitere Forschung gesehen werden.

4.5 Limitationen

Bei dieser Arbeit handelt es sich um einen Literaturreview und keinen systematischen Review, da es nur eine Gutachterin gibt und die Literaturrecherche von der Autorin selbst durchgeführt wurde. Eine weitere Limitation ist die Auswahl der Datenbanken. In dieser Arbeit wurden PubMed und CINAHL verwendet und keine weiteren miteingeschlossen, dies könnte dazu führen, dass relevante Studien nicht inkludiert wurden. Weiters wurde nur nach deutscher und englischer Literatur gesucht, da die Autorin über keine weiteren Sprachkenntnisse verfügt. Es wurden Studien mit unterschiedlichen Designs eingeschlossen, dies erschwert die Vergleichbarkeit und Generalisierbarkeit der einzelnen Ergebnisse.

5 Schlussfolgerung

In dieser Arbeit konnte die Forschungsfrage, nämlich welche gesundheitsfördernden Maßnahmen bei Frauen in entwickelten Ländern und Schwellenländern mit geringem SES angewendet werden können, um die Stillrate zu erhöhen, nur bedingt beantwortet werden.

Frauen mit geringem SES sind in vielen Lebensbereichen benachteiligt und haben oft nicht dieselben Möglichkeiten wie Frauen mit höherer Bildung, höherem Einkommen und besserer beruflicher Stellung. Daher soll diese vulnerable Gruppe erkannt und seitens der Pflege besonders unterstützt und gefördert werden.

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass es Maßnahmen gibt, welche die Stillrate erhöhen, jedoch auch Maßnahmen die unzuverlässig sind und überarbeitet werden

müssen. Deutlich geht hervor, dass insbesondere Pflegepersonen einen großen Einfluss auf den Stillbeginn- und verlauf haben und eine große Unterstützung für die Mütter sein können.

Die BFHI ist ein Projekt, welches signifikante Auswirkungen auf die Stillrate hat und nicht nur in Österreich, sondern weltweit ausgebaut werden sollte. Ebenso wäre die staatliche Finanzierung der Stillberatung eine Maßnahme, welche die Stillrate erhöhen würde. Einerseits gibt es sehr viel Potenzial, um weitere Maßnahmen in die Praxis umzusetzen, andererseits bedarf es auch an weiterer Forschung. Es gibt sehr viele Forschungsergebnisse wie die Stillrate bei Frauen erhöht werden kann, jedoch nur wenig Evidenz zur Stillförderung bei Frauen mit geringem SES. Für eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist weitere Forschung, mit vermehrtem Fokus auf quasi-experimentelle Studien notwendig.

Schlussendlich sollte die Bedeutung des Stillens für Mutter und Kind bedacht werden und das Pflegepersonal dementsprechend handeln, da sie die Berufsgruppe darstellen, die einen großen Einfluss auf die Stillentscheidung der Frauen hat.

6 Literaturangabe

- BACHMAYR-HEYDA, A. 2019. *Zu viele Privatärzte, zu wenig Kassenärzte: Deshalb sind die Wartezimmer voll* [Online]. Kontrast Available: <https://kontrast.at/aerztemangel-oesterreich/> [Accessed 31.01.2020].
- BUNIK, M., SHOBE, P., O'CONNOR, M. E., BEATY, B., LANGENDOERFER, S., CRANE, L. & KEMPE, A. 2010. Are 2 weeks of daily breastfeeding support insufficient to overcome the influences of formula? *Acad Pediatr*, 10, 21-8.
- CHOWDHURY, R., SINHA, B., SANKAR, M. J., TANEJA, S., BHANDARI, N., ROLLINS, N., BAHL, R. & MARTINES, J. 2015. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104.
- ESBERGER, M. 2007. SÄUGLINGSERNÄHRUNG HEUTE 2006, Struktur- und Beratungsqualität an den Geburtenkliniken in Österreich, Ernährung von Säuglingen im ersten Lebensjahr. In: BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, F. U. J. (ed.). Wien.
- FRIESEN, C. A., HORMUTH, L. J., PETERSEN, D. & BABBITT, T. 2015. Using Videoconferencing Technology to Provide Breastfeeding Support to Low-Income Women: Connecting Hospital-Based Lactation Consultants with Clients Receiving Care at a Community Health Center. *J Hum Lact*, 31, 595-9.
- GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES DEUTSCHLAND. 2015. *Sozioökonomischer Status* [Online]. Available: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=25448 [Accessed 05.11.2019].
- GROIß, F., STREITER, B., VIELHABER, C. & WEBER, H. 2010. *Maria Lactans Die Stillende in Kunst und Alltag*.
- HAARER, J. 1941. *Die Deutsche Mutter und ihr erstes Kind*.
- HONG, Q. N., PLUYE, P., FABREGUES, S., BARTLETT, G., BOARDMAN, F., CARGO, M., DAGENAIS, P., GANGON, M., GRIFFITHS, F., NICOLAU, B., O'CATHAIN, A., ROUSSEAU, M. & VEDEL, I. 2018. *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018* [Online]. Available: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf [Accessed 05.12.2019].
- HORTA, B. L. & CESAR, V. G. 2013. Short-term effects of breastfeeding, A systematic Review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality, *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.

- HORTA, B. L., LORET DE MOLA, C. & CESAR, V. G. 2015a. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* 104
- HORTA, B. L., LORET DE MOLA, C. & VICTORA, C. G. 2015b. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*, 104, 30-7.
- KAPINOS, K. A., BULLINGER, L. & GURLEY-CALVEZ, T. 2017. Lactation Support Services and Breastfeeding Initiation: Evidence from the Affordable Care Act. *Health Services Research*, 52, 2175-2196.
- KOCH, S., ABRAHAM, K., SIEVERS, E., EPP, A., LOHMANN, M., BÖL, G.-F. & WEIKERT, C. 2018. Ist Stillen in der Öffentlichkeit gesellschaftlich akzeptiert? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 61, 990-1000.
- LA LECHE LIGA. k.A. *Stillberatung Österreich* [Online]. Available: <https://www.lalecheliga.at/home/> [Accessed 07.01.2020].
- LAMPERT, T., KROLL, L. E., MÜTERS, S. & STOLZENBERG, H. 2013. Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56, 131-143.
- LAMPERT, T., SAß, A., HÄFELINGER, M. & ZIESE, T. 2005. *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes* [Online]. Berlin Available: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3209/24aj8tYVir1Lo_14.pdf?sequence=1 [Accessed 12.12.2019].
- MANZ, F., MANZ, I. & LENNERT, T. 1997. Zur Geschichte der ärztlichen Stillempfehlungen in Deutschland*. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 145, 572-587.
- NIESSEN, K. 2012. *Praxisbuch: Besondere Stillsituationen*, Stuttgart, Hippokrates Verlag.
- ONGKG. 2019. *Baby-friendly Hospitals in Österreich* [Online]. Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Available: <http://www.ongkg.at/impressum.html> [Accessed 21.01.2020].
- PATIENTENOMBUDSMANN. 2017. *Mangel an Kinderärzten* [Online]. Ärztekammer Wien. Available: <https://www.patientenombudsmann-wien.at/aktuelles/detail/mangel-an-kinderaerzten.html> [Accessed 31.01.2020].
- PEREZ-ESCAMILLA, R., MARTINEZ, J. L. & SEGURA-PEREZ, S. 2016. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr*, 12, 402-17.

- POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2017. 'Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice', in *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*.
- PUGH, L. C., SERWINT, J. R., FRICK, K. D., NANDA, J. P., SHARPS, P. W., SPATZ, D. L. & MILLIGAN, R. A. 2010. A randomized controlled community-based trial to improve breastfeeding rates among urban low-income mothers. *Acad Pediatr*, 10, 14-20.
- RÜCKERT, I.-M. & MIELCK, A. 2008. Soziale Ungleichheit beim Stillen in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 3, 56-66.
- RUFFIN, S. D. & RENAUD, M. 2015. Prenatal Education, Significant Other Support and Demographic Determinants of Breastfeeding within a Rural Community. *Online Journal of Rural Nursing & Health Care*, 15, 132-151.
- SCHLINTL, E. 2017. *Wien bekommt mehr Kassenhebammen* [Online]. APA. Available: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20170706_OT0026/wien-bekommt-mehr-kassenhebammen [Accessed 29.01.2020].
- STEINBACH, H. 2011. *Gesundheitsförderung Wien facultas*.
- UNITED NATIONS 2019. *World Economic Situation and Prospects*.
- VEHLING, L., CHAN, D., MCGAVOCK, J., BECKER, A. B., SUBBARAO, P., MORAES, T. J., MANDHANE, P. J., TURVEY, S. E., LEFEBVRE, D. L., SEARS, M. R. & AZAD, M. B. 2018. Exclusive breastfeeding in hospital predicts longer breastfeeding duration in Canada: Implications for health equity. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 45, 440-449.
- WHYBRA-TRÜMPLER, C., WIECHERS, C. & MILDENBERGER, E. 2018. Mythen und „Ammenmärchen“ zum Thema Stillen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 166, 1082-1086.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1986. *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* [Online]. Available: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [Accessed 27.10.2019].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2018a. *Infant and young child feeding* [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> [Accessed 27.10.2019].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2018b. *Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018)* [Online]. Available: <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/> [Accessed 16.01.2020].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2019. *Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants* [Online]. Available: https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/ [Accessed 27.10.2019].

YANG, S., PLATT, R. W., DAHHOU, M. & KRAMER, M. S. 2014. Do population-based interventions widen or narrow socioeconomic inequalities? The case of breastfeeding promotion. *Int J Epidemiol*, 43, 1284-92.

ZWIAUER, K. 2014. *Österreichische Stillempfehlungen Ernährungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) und der Nationalen Ernährungskommission des BM für Gesundheit* [Online]. [Accessed 24.10.2019].

Anhang

Studie: Prenatal Education, Significant Other Support and Demographic Determinants of Breastfeeding within a Rural Community					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			Ja, die Forschungsfragen können aus dem Forschungsziel abgeleitet werden.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			Ja, die gesammelten Daten können die Forschungsfrage beantworten.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				

4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	x			Ja, es wurde eine Gelegenheitsstichprobe durchgeführt, wodurch die Forschungsfrage zwar beantwortet werden konnte, jedoch die Stichprobe nicht repräsentativ ist.
	4.2. Is the sample representative of the target population?		x		Nein, die Stichprobe ist sehr klein und repräsentiert nicht die gesamte Population.
	4.3. Are the measurements appropriate?	x			Ja, die Messinstrumente sind angemessen

				und wurde auch auf Reliabilität und Validität überprüft.
4.4. Is the risk of nonresponse bias low?		x		Nein, das Risiko für eine Verzerrung ist sehr hoch, da es sich um eine sehr kleine Stichprobe handelt.
4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?	x			Ja, es wird beschrieben welche statistischen Tests verwendet werden um die Ergebnisse zu erzielen.

Studie: Do population-based interventions widen or narrow socioeconomic inequalities? The case of breastfeeding promotion					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			Ja, aus dem Forschungsziel kann die Forschungsfrage abgeleitet werden.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			Ja, die erhobenen Daten können die Forschungslücke beantworten.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?	x			Ja, die Randomisierung und Zuteilung in den Gruppen erfolgte angemessen.
	2.2. Are the groups comparable at baseline?	x			Ja, die Gruppen sind vergleichbar.
	2.3. Are there complete outcome data?	x			Ja, die Ergebnisse sind vollständig.
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?			x	Kann nicht beantwortet werden, weil darüber keine Informationen zu finden sind.

2.5 Did the participants adhere to the assigned intervention?	x			Ja, die Maßnahme wurde vom Krankenhaus umgesetzt und es finden sich keine gegenteiligen Informationen in der Studie.
---	---	--	--	--

Studie: Exclusive breastfeeding in hospital predicts longer breastfeeding duration in Canada: Implications for health equity					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			Ja, es wird ein Forschungsziel und eine Hypothese formuliert, aus diesen kann die Forschungsfrage abgeleitet werden.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			Ja, die gesammelten Daten bestätigen die aufgestellte Hypothese.
<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>					

4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	x			Ja, es wurde auf die Daten einer bereits bestehenden Studie zurückgegriffen, in dieser wurde eine Gelegenheitsstichprobe durchgeführt.
	4.2. Is the sample representative of the target population?		x		Nein, es handelt sich zwar um eine sehr große Stichprobe, jedoch ist die Stichprobe nicht repräsentativ aufgrund der Gelegenheitsstichprobe.
	4.3. Are the measurements appropriate?		x		Nein, der verwendete Fragebogen ist standardisiert, jedoch gibt es keine Angabe ob die Pflegepersonen konkret geschult wurden. Außerdem gibt es keine Angaben zu den psychometrischen Eigenschaften.
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?	x			Ja, das Risiko für einen Bias ist niedrig.
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?	x			Ja, es wird beschrieben welche statistischen Tests verwendet wurden um die Ergebnisse zu erzielen.

Studie: Using Videoconferencing Technology to Provide Breastfeeding Support to Low-Income Women: Connecting Hospital-Based Lactation Consultants with Clients Receiving Care at a Community Health Center	
Methodological quality criteria	Responses

Category of study designs		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			Ja, aus der angegeben Forschungsziel kann die Forschungsfrage abgeleitet werden.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?		x		Nein, die gesammelten Ergebnisse werden nur ganz kurz wiedergegeben. Es wird genau beschrieben wie die Interventionen durchgeführt werden, jedoch nicht welche Ergebnisse die anschließenden Interviews erzielten.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			Ja, das qualitative Vorgehen wäre grundsätzlich angemessen. jedoch sind die Ergebnisse unzureichend im Text formuliert, daher kann die Forschungsfrage nicht beantwortet werden.
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			Ja, die Methode der Erhebung wäre angemessen, jedoch ist nicht nachvollziehbar welche Fragen im Interview erhoben wurden.
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?			x	Kann nicht beantwortet werden, weil dazu zu wenige Ergebnisse vorliegen.

1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?			x	Kann nicht beantwortet werden, weil dazu zu wenige Ergebnisse vorliegen.
1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?			x	Kann nicht beantwortet werden, weil dazu zu wenige Ergebnisse vorliegen.

Studie: A Randomized controlled Community-Based Trial to Improve Breastfeeding Rates Among Urban Low-Income Mothers					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			Ja, die Forschungsfrage kann aus dem Forschungsziel und der Hypothese abgeleitet werden.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			Ja, die gesammelten Daten bestätigen die aufgestellte Hypothese.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				

2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?	x			Ja, die Randomisierung erfolgte mittels SPSS-Algorithmus.
	2.2. Are the groups comparable at baseline?	x			Ja, die Gruppen sind zu Studienbeginn vergleichbar und sie weisen keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf soziodemografische Merkmale, psychosoziale Variablen und Dauer des Krankenhausaufenthaltes auf.
	2.3. Are there complete outcome data?	x			Ja, die Ergebnisse sind vollständig.
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?		x		Nein, es erfolgte nur die Zuteilung zu den Gruppen verblindet.
	2.5 Did the participants adhere to the assigned intervention?	x			Ja, es liegen keine gegenteiligen Informationen vor.

Studie: Are 2 Weeks of Daily Breastfeeding Support Insufficient to Overcome the Influences of Formula?					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
	S1. Are there clear research questions?	x			Ja, das Forschungsziel ist klar definiert, aus diesem kann die Forschungsfrage abgeleitet werden.

Screening questions (for all types)	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			Ja, die gesammelten Daten können die Forschungsfrage beantworten.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
<hr/>					
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?	x			Ja, die Autoren begründen die Designauswahl. Sie wollen nach der durchgeführten Intervention herausfinden, welche Stärken und Schwächen lt. den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die durchgeführte Intervention aufweist.
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	x			Ja, die Forschungsfrage kann durch das Mixed Methods Design beantwortet werden.
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	x			Ja, die Ergebnisse werden angemessen interpretiert.
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative	x			Ja, diese werden genannt.

and qualitative results adequately addressed?				
---	--	--	--	--

Studie: Studie Lactation Support Services and Breastfeeding Initiation: Evidence from the Affordable Care Act					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			Ja, die Forschungsfrage ist im Text zu finden.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			Ja, anhand der erhobenen Daten kann die Forschungsfrage beantwortet werden.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?	x			Ja, da die Stichprobe sehr groß ist.
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?	x			Ja, die Messinstrumente sind angemessen.

3.3. Are there complete outcome data?	x			Ja, die Daten der Ergebnisse sind vollständig.
3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?	x			Ja, mögliche Störfaktoren werden in den Ergebnissen genannt.
3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?	x			Ja, die Intervention wird wie geplant durchgeführt.