

Ausbildungszentrum für
Laktation und Stillen

Kurs 2015/2016 Frankfurt/Wächtersbach

Facharbeit

Wer klopft denn jetzt schon wieder?

**Störungen im Klinikalltag und ihre Auswirkungen auf das Stillen und
die Mutter-Kind-Beziehung
im Frühwochenbett**

Kursleitung Gabriele Muhl, IBCLC

eingereicht im April 2016

Schwalbach, den 17.04.16

vorgelegt von
Sabrina Philippi
Herderstraße 9
66773 Schwalbach

Vorwort

Stillen ist besonders und jedes Stillpaar individuell. Jedes Mutter-Kind-Paar benötigt eine besondere Unterstützung und Beratung, die nur möglich ist, wenn alle Mitarbeiter die gleiche Sprache sprechen. Diese Arbeit soll eine Hilfe dabei sein, die tägliche Arbeit in der Stillberatung durch optimale Rahmenbedingungen zu verbessern. Die Lektüre soll außerdem dazu beitragen, den Austausch von Kolleginnen zu fördern, die Bereitschaft an Fortbildungen teilzunehmen zu erhöhen und zu erreichen, dass die Mütter eine gute Stillzeit erleben und durch das Stillen eine gute Mutter-Kind-Beziehung zu ihrem Kind aufbauen können.

Das Schreiben dieser Arbeit bereitete mir sehr viel Spaß und ich bin nun sehr stolz darauf, meine fertige Arbeit zu präsentieren. Ich las sehr viele Bücher und Studien, welche alle sehr interessant waren und mich auf jeden Fall bei meiner täglichen Arbeit begleiten werden.

Anfangs dachte ich niemals, dass ich zu diesem Thema so viel schreiben könnte, doch je mehr ich mich damit befasste, desto spannender wurde es Nachforschungen dazu zu betreiben.

Bei der Erstellung meines Fragebogens unterstützte mich mein Partner, der ihn ins englische übersetzte und mein ehemaliger Lehrer der Verbundschule für Pflegeberufe, der ihn in ein passendes Layout verwandelte.

Die erste Vorstellung meines Fragebogens bei dem Pflegedirektor unserer Klinik erstellte sich als etwas schwierig heraus. Er fand die Fragen sehr interessant und war auch gespannt was dabei heraus kam, nur machte er sich Gedanken darüber, wie unsere ausländisch sprechenden Patientinnen den Fragebogen beantworten sollten. Natürlich waren das auch meine Bedenken, also beschloss ich den Fragebogen auch auf englisch zu übersetzen mit der Hilfe meines Partners, der ein Studium zum Übersetzer in Englisch und Spanisch absolviert. Bis der Fragebogen durch sämtliche Abteilungen zur Genehmigung wanderte, vergingen einige Wochen, bis ich nun endlich damit starten konnte ihn an unsere Patientinnen zu verteilen. Denn auf die Auswertung war ich schon sehr gespannt.

Ich danke meinen Arbeitskolleginnen für die Unterstützung beim Schreiben meiner Arbeit, sowohl mit ihren Anmerkungen und Ideen als auch des „Korrekturlesens“. Ebenso danke ich meinem Partner und seiner Mutter, die mir ebenfalls dabei halfen, mit ihren Verbesserungsvorschlägen, die Arbeit zu dem zu machen, was sie nun ist.

Viel Spaß beim Lesen!

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung

1. Schilderung eines Stationsablaufes auf einer Wochenbettstation

1.1. Aus Sicht des Mitarbeiters

1.2. Aus Sicht der Patientin

2. Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf das Stillen

2.1. Störungen durch Personal und Besucher

2.2. Auswirkungen auf die Stillbeziehung und die Saugtechnik des Kindes

2.3. Auswertung der Fragebögen

3. Flexibilität des Personals und die optimale Unterstützung der Mutter

3.1. Flexible Gestaltung der Routinen

3.2. Förderung der Fachkompetenz der Mitarbeiter

II. Schlussfolgerung

III. Literaturverzeichnis

IV. Anhang Fragebogen

I. Einleitung

Im Krankenhausalltag geht es oft sehr stressig zu, was sich auch nicht immer vermeiden lässt. Aber gerade für eine frisch gebackene Mama und ihr Neugeborenes ist Ruhe sehr wichtig, damit sich sowohl die Stillbeziehung als auch die Mutter-Kind-Beziehung gut einspielen können. Daher habe ich mir Gedanken darüber gemacht, durch wen, durch was und weshalb die Mutter und ihr Kind gestört werden und wie man dem entgegenwirken kann beziehungsweise den Klinikalltag auf einer Wochenbettstation besser gestalten könnte. Denn um den Eltern viel Zeit zum Kennenlernen des Babys zu ermöglichen, ist es wichtig, Klinikroutinen flexibel zu gestalten. Da mir bei meiner Arbeit immer mehr auffällt, was von den Frauen in den ersten Tagen im Krankenhaus alles abverlangt wird, möchte ich einen besseren Stationsablauf auf unserer Station etablieren und eine Änderung der Besuchszeiten durchsetzen. Ebenso wichtig ist es, die Störfaktoren zu verringern und die Fachkompetenz der Mitarbeiter zu fördern, denn ich befürchte, dass sich diese Faktoren negativ auf das Stillen und die Stillbeziehung zwischen Mutter und Kind auswirken.

Ich werde in meiner folgenden Facharbeit einen Stationsablauf aus Sicht des Mitarbeiters und aus Sicht einer Patientin darstellen. Des Weiteren werde ich Einflussfaktoren und deren Auswirkungen auf das Stillen benennen und darlegen, wie man durch die Flexibilität der Mitarbeiter diesen Störungen entgegenwirken und Klinikroutinen flexibel gestalten kann. Außerdem habe ich einen Fragebogen für Patientinnen zur Besucherregelung auf unserer Station erstellt. Damit könnte möglicherweise eine Änderung der Besuchszeiten erreicht werden, denn die Mütter sollen gerade in den ersten Tagen nach der Geburt so viel Ruhe und Erholung wie möglich haben, um ihr Kind besser kennenzulernen, sich mit dem Stillen vertraut zu machen und so eine Bindung zu ihrem Baby aufzubauen.

Ich denke, dass sich einige Frauen durch den Besuch sehr gestört fühlen und erwarte, dass die Patientinnen für eine Verkürzung der Besuchszeiten stimmen. Denn bei meiner Arbeit erlebe ich oft, dass die Patientinnen sehr erleichtert sind, wenn der Besuch nach Hause geht, oder sich bei uns bedanken, wenn wir die Besucher auf unseren Aufenthaltsraum verweisen, da der Besucheransturm manchmal einfach Überhand nimmt.

1. Schilderung eines Stationsablaufes auf der Wochenbettstation

1.1. Aus Sicht des Mitarbeiters

Der Frühdienst auf unserer Station beginnt um 6:05 Uhr. Die Übergabe beträgt 20 Minuten. Um 6:45 Uhr beginnen wir damit, durch die Zimmer zu gehen. Es werden die Vitalzeichen der Frau wie zum Beispiel Blutdruck, Puls und Temperatur gemessen, der Fundusstand der Gebärmutter kontrolliert und die Schmerzen erfragt. Außerdem erkundigt man sich darüber, ob es in der Nacht Probleme beim Stillen gab. Danach wird das Bett bei Bedarf noch frisch bezogen, bevor es anschließend auch schon weiter in das nächste Zimmer geht. Insgesamt haben wir auf unserer Station 6 Zweibettzimmer, was bei voller Belegung einer Patientenzahl von 12 Patienten und ihren Babys entspricht. Beim dritten oder vierten Zimmer gerät man schon leicht unter Zeitdruck, da man jeden Moment auf das Klingeln des Telefons wartet, auf welchem die Kinderärztin sich erkundigt wie viele Vorsorgen am Morgen durchzuführen sind. Nachdem sie die Informationen erhalten hat, ist sie 5 Minuten später auch schon da. Es ist jetzt 7:15 Uhr. Eine Kollegin bereitet dann schnell das Kinderzimmer vor und weckt die noch schlafenden Mütter und ihre Babys. Die andere Kollegin geht alleine weiter durch die anderen Zimmer. Mittlerweile ist es schon 7:30 Uhr und die Frühstückswagen rollen ein. Manche Mütter bekommen ihr Frühstück im Zimmer serviert, andere können zwischen 8:00 Uhr und 9:30 Uhr in unserem Frühstücksraum am Büfett teilnehmen. Während die Frauen am Frühstück sind, können wir schnell die Befunde eintragen, bevor die Ärzte zur Visite kommen. Zwischen 8:30 Uhr und 9:00 Uhr läuft idealerweise die Visite. Da es keine feste Zeit bei uns gibt, ist es immer schwierig, dass auch alle Patientinnen im Zimmer anzutreffen sind. Nach der Visite setzen wir uns für eine halbe Stunde zum Frühstück in die Küche. In dieser halben Stunde klingelt das Stationstelefon, die Patienten benötigen eine Still- oder Wickelanleitung oder auch ein Schmerzmittel.

Nach unserer Pause werden dann die Frauen mit Kaiserschnitt mobilisiert und ins Bad begleitet. Nachdem alle Patientinnen versorgt sind, werden die restlichen Babys zum Wickeln, Waschen, Wiegen, Messen und Blut abnehmen in das Kinderzimmer gebracht. Dort können dann noch Fragen der Mütter zum Handling beantwortet oder auch Stillfragen geklärt werden. Nachdem nun alle Patientinnen und Babys versorgt sind, wird die Dokumentation in der Patientenakte erledigt. Es ist jetzt circa 11 Uhr, 11:30 Uhr. Das Mittagessen steht zu diesem Zeitpunkt schon vor der Tür. Schnell springt man auf und macht sich an die Essensverteilung. Zwischenzeitlich kommen natürlich neue Zugänge aus dem Kreißaal, um die sich gekümmert werden muss und über welche neue Patientenakten angelegt werden müssen.

1.2. Aus Sicht der Patientin

Eine frisch entbundene Patientin möchte sich natürlich zuerst ausruhen, die Bedürfnisse des Babys kennenlernen und ihre eigenen Schmerzen, seien es die Nachwehen, die Schmerzen durch den Kaiserschnitt oder eine Geburtsverletzung, minimieren.

Es ist 6:45 Uhr und die Schwestern betreten das Zimmer zur Messung der Vitalzeichen. Die Mutter ist total übermüdet, da das Baby sie fast die ganze Nacht wach gehalten hat und sie fragt sich, ob diese Maßnahme nun wirklich notwendig ist. „Natürlich ist mein Blutdruck aufgrund des großen Schlafmangels jetzt noch im Keller. Und das Bett muss jetzt auch noch frisch bezogen werden? Aber ich bin doch so müde. Wieso kann man das nicht später machen?“ Ihr schwirren tausend Fragen durch den Kopf: „Ist es normal, dass das Baby so oft an der Brust trinkt?“ „Kommt wirklich schon genug Milch und reicht das dem Baby aus?“ Doch sie traut sich vielleicht nicht all diese Fragen zu stellen, da sie merkt, dass das Pflegepersonal ziemlich hektisch ist und womöglich unter Zeitdruck steht. 7:15 Uhr: „Was jetzt schon ins Kinderzimmer zur U1? Aber ich habe doch noch gar nicht meine Zähne geputzt und mich frisch gemacht. Das ist ja wie auf dem Bahnhof hier. Na gut wenigstens kann ich im Kinderzimmer den Umgang mit meinem Baby üben und kann mir das Wickeln und Umziehen zeigen lassen.“ Fehlalarm. Heute Morgen sind so viele Untersuchungen und die Kinderärztin hat nicht viel Zeit. Die Schwester erledigt die Versorgung des Babys, weil es schließlich schnell gehen muss. „Ich stehe nur daneben und versuche durch Zuschauen zu lernen. Vielleicht hat die Schwester ja später noch Zeit mir das zu zeigen.“

7:45 Uhr: „Na endlich ist das Frühstück da. Ich habe so einen großen Hunger. Die Schwester betritt das Zimmer und händigt mir das Stillprotokoll und die Rooming-In Info zum durchlesen aus. Kurz darauf kommt auch schon die Visite herein, fragt mich nach meinem Befinden und nimmt mir noch Blut ab. Na wenn ich denn endlich mal zum Essen käme, würde es mir und meinem Kreislauf vielleicht besser gehen. Das Baby meldet sich auch schon wieder zum Stillen, doch es klappt noch nicht so richtig. Ich klinge nach der Schwester. Wenige Minuten später kommt sie herein, etwas abgehetzt, und hilft mir das Baby anzulegen. Im Laufe des Morgens geht meine Zimmertür so oft auf, dass ich mich irgendwann frage: Wer klopft denn jetzt schon wieder? Nach dem Mittagessen bin ich so erschöpft und müde, dass ich einfach nur schlafen möchte. Da klopft es schon wieder und meine gesamte Familie betritt das Zimmer mit vielen Geschenken und alle wollen sie das Baby auf den Arm nehmen. Nimmt das denn gar keine Ende?“

2. Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf das Stillen

2.1. Störungen durch Personal und Besucher

Auf einer Wochenbettstation gibt es viele Mitarbeiter, die ihre Arbeit erledigen müssen.

Es sind nicht nur die Schwestern, die ständig ins Zimmer kommen und somit als Störfaktor fungieren. Es gibt noch wesentlich mehr Personal, das über den Tag verteilt die Mutter und ihr Neugeborenes stören.

Da sind zunächst die Physiotherapeuten, die jeden Morgen kommen und mit den Frauen Wochenbettgymnastik, Bewegungstherapie und Mobilisation üben. Es ist natürlich wichtig schon früh damit zu beginnen, da die frühe Beckenbodengymnastik für die Frauen sehr wichtig ist. Dabei stellt sich mir allerdings die Frage, ob es für die Mutter Priorität haben muss, dieses Angebot schon so früh in Anspruch zu nehmen. Die Hebammen bieten nämlich ebenfalls Rückbildungskurse nach 6 Wochen nach der Geburt in ihren Praxen an. Es würde völlig ausreichen, erst nach dieser Zeit damit zu beginnen, da die Physiotherapeuten die wertvolle Zeit zwischen Mutter und Baby stören.

Außerdem gibt es auf der Station die Reinigungskraft, die für die Sauberkeit der Zimmer und des Bades zuständig ist und deshalb jeden Morgen ins Zimmer kommt. Dies ist natürlich Pflicht, aber ein zusätzlicher Störfaktor für Mutter und Baby.

Des Weiteren ist es Aufgabe unserer Babyfotografin sich bei jeder Patientin vorzustellen und einen Fototermin zu vereinbaren. Da dies jedoch meistens von den Müttern schon sehnsüchtig erwartet wird, sehe ich dies als geringen Störfaktor an. Unsere Fotografin nimmt auch bei den Fotoshootings sehr viel Rücksicht auf die Stillmahlzeit. Sie fotografiert das Baby erst, wenn es satt und zufrieden ist. Meldet es sich während des Shootings zum anlegen, so zieht sich die Fotografin erst einmal zurück, damit die Mutter das Baby in Ruhe stillen kann.

Ebenso kommen die Hebammen zu ihrer Wochenbettvisite vorbei, was natürlich auch nicht wegzudenken wäre, da viele Fragen der Frauen beantwortet werden können, das Stillen nochmals beobachtet werden kann und gegebenenfalls Unterstützung bei diesen Vorgängen geleistet wird.

Täglich geht auch die Stationshilfe durch alle Zimmer, um die Frauen nach ihren Essenswünschen für den kommenden Tag zu befragen. Die richtige und gesunde Ernährung in der Stillzeit ist natürlich sehr wichtig und die individuell ausgesuchten Mahlzeiten steigern auch das Wohlbefinden der Frau.

Zusätzlich muss auch manchmal die Stationssekretärin in die Zimmer, um verschiedene logistische Fragen zu klären oder eine Unterschrift auf einem Formular einzufordern.

Dann gibt es noch die Schwester, die von der Diagnostik kommt, um das Hörscreening bei dem

Baby durchzuführen.

Ebenso kommen jeden Morgen die Kinderärzte ins Kinderzimmer, um die U1, U2 oder Blutentnahmen durchzuführen.

Unsere Stationsärzte müssen natürlich auch ihre Arbeit erledigen, die darin besteht Visite, Blutentnahmen, Aufklärungen und Untersuchungen bei den Frauen durchzuführen.

Wie man sieht kommt es zu einigen Störungen an einem Tag. Das häufige Betreten des Zimmers von uns Schwestern ist jetzt hier nicht aufgeführt und ich gebe als Denkanstoß lediglich weiter, sich vor jedem Gang ins Patientenzimmer zu überlegen, ob dies jetzt wirklich notwendig ist, beziehungsweise, ob man verschiedene Tätigkeiten bündeln kann.

Als einer der größeren Störfaktoren sehe ich die Besucher. Zum einen finde ich unsere Besuchszeiten viel zu lange (von 8:00 bis 20:00 Uhr) und zum anderen sind oft einfach viel zu viele Besucher in einem Zimmer, die die Frauen davon abhalten, sich auszuruhen und ihren Säugling nach Bedarf anzulegen. Zudem reden sie beim Stillmanagement oft dazwischen und verunsichern somit die Frau.

2.2. Auswirkungen auf die Stillbeziehung und die Saugtechnik des Kindes

Aufgrund meiner Beobachtungen, fällt mir auf, dass die Mütter, die viel Besuch erhalten, ihre Babys weniger stillen und auch weniger mit ihnen kuscheln oder auch die Stillmahlzeiten herauszögern. Oft höre ich zum Beispiel das Baby lange schreien, wenn sich die Mutter mit ihrem Besuch im Aufenthaltsraum aufhält und versucht es irgendwie zu beruhigen, anstatt es einfach anzulegen. Ich gehe dann auf die Frau zu und versuche ihr zu erklären, dass ihr Baby Hunger hat und sie es anlegen soll. Viele verstehen das zuerst gar nicht und bemerken nicht, dass ihr Baby vor Hunger schreit. Oder es fällt mir in der Nachtschicht auf, dass das Baby total unruhig ist und oft an die Brust will. Wenn man dann die Mütter fragt, ob sie viel Besuch am Mittag hatte und sie dies bestätigen, ist einem sofort klar, dass das Baby wohl am Mittag nicht oft angelegt wurde und jetzt alles nachholen möchte. Gerade dann ist der Hautkontakt zwischen Mutter und Kinder sehr wichtig, damit es sich beruhigen kann. Untersuchungen zeigten nämlich, dass der Hautkontakt eine beruhigende Wirkung auf das Kind hat. (Christensson et al., 1992, 1995) Der physiologisch einzig richtige Platz für ein Neugeborenes ist, der Körper seiner Mutter in Hautkontakt. Dies wurde ebenfalls von Christensson bestätigt.

Eine weitere interessante Studie untersuchte, welche Auswirkungen der postpartale Hautkontakt auf die Stillbeziehung hat. Der ununterbrochene Hautkontakt bis zum ersten Stillen erleichtert das erste

Stillen und führt gleichzeitig dazu, dass die Kinder von Anfang an eine bessere Saugtechnik haben. Dies wurde durch eine Studie aus dem Jahr 2007 belegt, in der die Saugtechnik der Kinder beim ersten Anlegen untersucht wurde: Kinder, die mit ihren Müttern die ersten beiden Stunden in Hautkontakt waren, saugten im Gegensatz zu den Kindern, die in ein Tuch eingewickelt im Arm der Mutter lagen, bei ihrem ersten Saugen an der Brust mit einer besseren Saugtechnik. Sie entleerten die Brust schon nach circa 16 Stunden nach der Geburt zum ersten Mal effektiv. Die Kinder aus der anderen Kontrollgruppe erst nach 29 Stunden. (Moore; Anderson, 2007)

In einer weiteren Untersuchung mit 204 Frauen in England ergab sich, dass bei den Kindern, die Hautkontakt zu ihrer Mutter hatten, das erste Stillen erfolgreicher war und die Zufriedenheit der Mütter mit der Art der Versorgung höher war, als bei den Frauen, die ihr Kind nicht in Hautkontakt hatten. Daran zeigt sich, dass auch die Bedürfnisse der Mütter durch den Hautkontakt am besten erfüllt wurden. (Carfoot, 2005)

Die Mütter, die ihre Kinder in den ersten beiden Stunden nach der Geburt in Hautkontakt gestillt haben, stillten ihre Kinder in den ersten sechs Monaten häufiger ausschließlich. (Mikiel-Kostyra et al., 2005) Der Hautkontakt nach der Geburt führt zu einer deutlichen Verlängerung der Gesamtstillzeit mit all ihren bekannten Vorteilen und auch für die Mutter-Kind-Bindung. Kinder, die nach der Geburt mindestens 50 Minuten in ununterbrochenem Hautkontakt mit ihren Müttern waren, wurden durchschnittlich 1,9 Monate länger gestillt, als die Kinder aus der Kontrollgruppe. (Mizuno et al., 2004). Der frühe Hautkontakt erhöhte in einer Studie aus dem Jahr 2005 die Dauer des ausschließlichen Stillens deutlich und hatte einen noch stärkeren Effekt als das frühe Anlegen an sich, dessen Einfluss ebenso nachweisbar ist. (Vaidya et al., 2005).

Das erste Stillen innerhalb der ersten beiden Stunden nach der Geburt bietet viele Vorteile für Mutter und Kind, für ihre Beziehung zueinander und für das weitere Stillen. In einer Studie von schwedischen Forschern in St. Petersburg wurde die Auswirkung des frühen ersten Anlegens untersucht. Die Milchmenge wurde gesteigert und ebenso die Milchmenge am vierten Tag nach der Geburt. Die Kinder aus der Gruppe mit Stillen innerhalb der ersten beiden Lebensstunden tranken durchschnittlich 284 ml und die Kinder in der Kontrollgruppe nur 184 ml. Somit ist das frühe Saugen der wichtigste Faktor, der die Milchmenge beeinflusst. Daher ist es auch für uns, als Pflegepersonal sehr wichtig, dass wir den Frauen nach der Verlegung auf Station erklären wie wichtig das häufige und frühe Anlegen ist. Denn viele unserer Patientinnen lassen ihre Babys am ersten Tag sehr lange schlafen und wecken sie nicht zu den Mahlzeiten. Ebenso ist das frühe und häufige Anlegen in den ersten 24 Lebensstunden deshalb so wichtig, da das Mekonium schneller ausgeschieden wird und damit auch seltener behandlungsbedürftige Hyperbilirubinämien auftreten. (Yamauchi, 1990). Auch sind die Blutzuckerspiegel der Kinder durch das frühe Saugen stabiler.

Leider sieht die Realität in der Klinik etwas anders aus, da der ungestörte Routineablauf meist im Vordergrund steht. Es wird zwar fast jedes Baby auf den Bauch der Mutter gelegt, aber meist nur für kurze Zeit und nicht für die empfohlene wichtige Dauer von zwei Stunden. Die Routinemaßnahmen wie Messen, Wiegen, Waschen und Anziehen werden durchgeführt und somit werden die angeborenen Stillreflexe gestört. Es ist zwar nur eine kurze Dauer von circa 20 Minuten, doch dies kann bereits dazu führen, dass die Kinder nicht mehr effektiv an der Brust saugen. Das Kind wird auch somit in einen unnötigen Stresszustand versetzt. In einer Untersuchung aus dem Jahr 2006 in Österreich wurden Mütter befragt, wie lange sie ihre Kinder in Hautkontakt hatten. Über 80% gaben zwar an, in Hautkontakt mit dem Kind gewesen zu sein, doch die Länge des Hautkontakts wurde von einem Drittel mit 5 bis 15 Minuten angegeben. Nur etwa 15% hatten ihr Kind mehr als eine Stunde in Hautkontakt. Es wurde aber bereits in mehreren Studien belegt, dass die meisten Kinder erst nach durchschnittlich 65 Minuten Hautkontakt die Brust erreichen und eigenständig anfangen zu trinken. Dies bedeutet, dass nur 12% der Kinder theoretisch die Möglichkeit hatten, überhaupt eigenständig zur Brust zu gelangen. Daher ist es absolut notwendig, die Erkenntnisse über das physiologische Bondingverhalten und auch das damit einhergehende Stillverhalten in Fachkreisen zu verbreiten und umzusetzen. Denn wie jetzt durch Darlegung der verschiedenen Studien deutlich wurde, spielt das Bonding und das frühe Anlegen eine große Rolle für den weiteren Stillverlauf. An dieser Stelle möchte ich auf die Wichtigkeit des 24-Stunden-Rooming-ins im Hinblick auf das Stillen eingehen. Mutter und Kind sind dabei ständig zusammen und die Mutter kann somit die frühen Hungerzeichen ihres Kindes wahrnehmen. Dies ist nicht möglich, wenn die Mutter durch zu viel Besuch abgelenkt ist oder das Kind im Kinderzimmer ist. Der Säugling muss erst weinen, bis die Mutter ihn durch die vielen Ablenkungen, wahrnimmt. Schreien ist das letzte Hungerzeichen und außerdem hat ein schreiendes Kind wenig Geduld, das Saugen an der Brust zu üben. Das Erfassen der Brustwarze fällt ihm schwer, was dann langfristig zu wundnen Brustwarzen und zu geringerer Milchbildung führen kann. Das Stillen nach Bedarf wird durch das Roomin-in gefördert und es wurde bestätigt, dass die Mütter ihre Kinder insgesamt häufiger anlegten, was wiederum die Milchproduktion unterstützt. Eine Studie aus den Zeiten, in denen das Rooming-in eingeführt wurde, bestätigt, dass die Mütter die ihre Kinder immer bei sich hatten, selbstsicher waren und sich als kompetentere Mütter fühlten. Ebenso reagierten sie stärker auf das Weinen ihres Kindes. (Greenberg et al., 1973). Außerdem ergab eine weitere Studie, dass die Mütter, die ihre Kinder im Rahmen des Rooming-ins Tag und Nacht bei sich hatten, signifikant häufiger ausschließlich stillten. Auch stillten sie häufiger nach Bedarf, was das ausschließliche Stillen zusätzlich unterstützt. (Pechlivani, 2005).

Die Vorteile des frühen Bonding wurden ausführlich beschrieben. Sollte dies aus irgendwelchen

Gründen nicht stattfinden können, ist es sehr wichtig das bonden auf Station nachzuholen, damit sich die Mutter-Kind-Bindung festigt und das Stillen gut etabliert wird. Da nämlich Stillprobleme im Wochenbett häufig ein Grund von gestörtem Bonding sind, lohnt sich der Einsatz von Hautkontakt auf alle Fälle.

2.3. Auswertung der Fragebögen

Es wurden 50 Frauen zur Besucherregelung auf unserer Station befragt. Die Fragebögen befinden sich im Anhang.

An der Umfrage nahm keine Teilnehmerin in dem Alter von 16 bis 20 Jahren teil. Es nahmen 16 Prozent im Alter von 21 bis 25 Jahren teil, 52 Prozent im Alter von 26 bis 30, 38 Prozent waren von 31 bis 35 Jahren alt und 14 Prozent waren älter als 36 Jahre.

In Frage eins handelte es sich um die Besucheranzahl. 30 Prozent hatten 1 bis 2 Personen zu Besuch, 42 Prozent der Befragten hatten zwischen 3 und 5 Personen zu Besuch. 6 bis 7 Personen Besuch hatten 14 Prozent und mehr als 7 Personen zu Besuch hatten ebenfalls 14 Prozent.

78 Prozent stimmten für die Beibehaltung der Besuchszeiten und 22 Prozent waren dagegen und stimmten somit für eine Verkürzung.

Eine Patientin schrieb bei Frage zwei eine Begründung dazu: „Vielleicht bleibt die Besucheranzahl in kürzerer Zeit gleich, dann ist das Zimmer immer voll. Besser? Nein.“

Die Patientinnen, die für eine Verkürzung stimmten, schlugen folgende Besuchszeiten vor:

10 bis 18 Uhr, 10 bis 20 Uhr, 16 bis 19 Uhr, zweimal 9 bis 19 Uhr, 14 bis 17 Uhr, 10 bis 19 Uhr, 9 bis 12 Uhr und 14 bis 19 Uhr, 9 bis 11 Uhr und 14 bis 18 Uhr. Eine schrieb die Zeit zwischen 8 und 20 Uhr auf und dazwischen eine 4 stündige Besucherpause.

Für eine Einschränkung der Besucheranzahl stimmten 50 Prozent. Für die Beibehaltung der Besuchszeiten ebenfalls 50 Prozent.

28 Prozent der Befragten fühlten sich auf einer Skala von 1 bis 5 am wenigsten durch ihren eigenen Besuch beim Stillen gestört und stimmten somit mit einer 1.

26 Prozent stimmten auf der Skala mit einer 2, 28 Prozent mit einer 3, lediglich 4 Prozent mit 4. Und 14 Prozent fühlten sich sehr gestört und stimmten somit auf der Skala mit einer 5.

Bei der nächsten Frage ging es darum, wie sehr man sich durch den Besuch der Bettnachbarin beim Stillen gestört hat. Zwei der Befragten hatten ein Familienzimmer, so dass sie diese Frage nicht beantworteten. Dort stimmten 16,7 Prozent auf der Skala mit 1. 20,8 Prozent stimmten mit einer 2. Mit einer 3 stimmten mit 33,3 Prozent, die Meisten der Befragten. Mit 4 stimmten 12,5 Prozent und

5 stimmten 16,7 Prozent.

Bei der Frage, ob sie ihren Besuch beim Stillen aus dem Zimmer schickten, stimmten 80 Prozent für nein und nur 20 Prozent für ja. Bei Frage acht ging es darum, ob die Patientinnen unseren Aufenthaltsraum mit ihren Besuchern nutzten. Dabei stimmten 58 Prozent für ja und 62 Prozent für nein. In Punkt neun stellte ich die Frage, ob sie sich zum Stillen ins Stillzimmer zurückgezogen haben. Dabei stimmten lediglich 18 Prozent für ja und 82 Prozent für nein. In der nächsten Frage, wollte ich wissen ob unser Türschild: „Bitte warten- Stillzeit“ von unseren Patientinnen genutzt wird. Daraufhin stimmten 20 Prozent für ja und 80 Prozent für nein.

Der Durchschnitt der Patientinnen, hatte zwischen 3 und 5 Personen zu Besuch (exklusiv des Vaters). Meiner Meinung nach, würden 2 Personen zu Besuch völlig ausreichen und alles was darüber hinaus geht, sollte von uns auf den Aufenthaltsraum verwiesen werden. Liegen nämlich 2 Patientinnen in einem Zimmer und haben jeweils 2 Personen zu Besuch, zudem noch der Vater, befinden sich schon 6 Personen im Zimmer. Mich überraschte es, dass nur die Hälfte der Befragten für eine Einschränkung der Besucheranzahl stimmten.

Ebenso unverständlich ist es mir, dass lediglich 22% für eine Verkürzung der Besuchszeiten stimmten. Ich denke, dass viele Mütter im Vorfeld nicht ausreichend darüber informiert werden, wie wichtig die Ruhe und das Kennenlernen mit ihrem Baby ist, damit sich das Stillen und die Mutter-Kind-Beziehung gut einspielen können. Hier wäre mein Vorschlag, bereits in den Geburtsvorbereitungskursen und den Stillinformationsabenden darauf einzugehen und zu informieren.

Die Mehrheit fühlte sich auf der Skala von 1 bis 3 von ihrem eigenen Besuch beim Stillen gestört. Nur wenige fühlten sich sehr gestört durch den eigenen Besuch, was zu erwarten war. Stärker gestört, fühlten sich die Befragten von dem Besuch der Bettnachbarin, was ebenfalls zu erwarten war, da dies fremde Personen sind.

Die Vielzahl der Befragten, schickten ihren Besuch während des Stillens nicht aus dem Zimmer, was eventuell darauf zurückzuführen ist, dass sie denken, unhöflich gegenüber ihrem Besuch zu sein.

Unseren Aufenthaltsraum benutzten etwa die Hälfte der Befragten. Hier ist es nochmal unsere Aufgabe, die Patientinnen an unseren Aufenthaltsraum zu erinnern und bei einer hohen Besucheranzahl höflich darum zu bitten diesen zu nutzen. In das Stillzimmer zogen sich nur wenige zurück. Hier ist es ebenfalls unsere Aufgabe, die Patientinnen zu ermutigen das Stillzimmer zu benutzen und die Vorteile dieses Raumes zu erläutern. Ebenso wichtig ist es nochmals auf das Türschild aufmerksam zu machen, da dieses auch sehr wenig genutzt wurde.

3. Flexibilität des Personals und die optimale Unterstützung der Mutter

3.1. Flexible Gestaltung der Routinen

„Um das Bonding zu fördern, muss das Personal sich auf die notwendigen Interventionen beschränken und diese so flexibel gestalten, dass sie zu der Situation der Frau passen.“, sagte bereits Murray Enkin (Enkin, M. et al: Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt: Ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und GeburtshelferInnen, 2006).

„Nach der Geburt soll die Mutter Zeit bekommen, ihr Kind anzuschauen, es nackt auf die Haut zu legen und es mit allen Sinnen zu spüren, riechen, fühlen, anzuschauen und zu hören.“ Dieses Zitat stammt von Margarita Klein (Klein, M.: Schmetterling und Katzenpfoten, Ökotopia 1999).

Klaus und Kennel trafen bereits sehr früh eine Aussage darüber, dass sich in der ersten Zeit nach der Geburt die Beziehung zwischen der Mutter und ihrem Baby festigt. „In den Tagen nach der Geburt entfaltet und vertieft sich die Beziehung zwischen Mutter und Baby.“ (Klaus, Kennel, Klaus, 1995, Bowlby J., 1973). „In dieser Phase können die äußeren Umstände den Bindungsaufbau unterstützen oder behindern.“, stellte Christine Lang fest. (Lang, C.: Bonding, Bindung fördern in der Geburtshilfe, 2009)

Daher ist es unbedingt notwendig, dass Mutter und Kind im Rahmen des 24-Stunden-Rooming-in kontinuierlich zusammen sind. Ausgiebiger Hautkontakt in den ersten Tagen sollte gewährleistet sein. Somit ist es auch unsere höchste Priorität, die Mutter von Störungen durch zu viel Besuch, Telefonate und weiteren Ablenkungen abzuschirmen.

Das Pflegepersonal sollte die Mutter liebevoll umsorgen und eine ermutigende Beratung durchführen, um ihr Selbstvertrauen zu stärken. Wichtige Aspekte dabei sind, dass die Mutter zum häufigen Stillen bei frühen Hungerzeichen ermutigt wird, einheitliche Informationen und Anleitung zu den frühen Hungerzeichen erhält und ihr die bequemen Stillpositionen und die korrekte Anlegetechnik erklärt werden. Weiterhin benötigt sie Erklärungen zu den verschiedenen Möglichkeiten, das Saugen zu initiieren, zu der erwartenden Stillhäufigkeit und die Zeichen des Milchtransfers zu erkennen. Außerdem sollte sie Informationen darüber erhalten, dass die Menge der entleerten Milch die Milchbildung bestimmt, und Anhaltspunkte bekommen, wann sie Unterstützung von außen benötigt.

Das Fachpersonal beobachtet die Stillmahlzeit und steuert bei eventuellen Problemen rasch dagegen. Um einen besseren Stationsablauf zu gestalten, ist die Pflege nach Bedarf für mich einer der

wichtigsten Punkte. Die Vitalzeichenkontrolle oder die Bettenaufbereitung müssen nicht zwingend beim ersten Rundgang am Morgen erledigt werden. Wenn die Mutter noch sehr erschöpft von der anstrengenden Nacht ist, sollten wir sie ruhen lassen. Während des Stillens sollte sie nicht unterbrochen werden, sie wird darauf verwiesen sich bei Bedarf zu melden. Zu einem späteren Zeitpunkt erscheint dann das Personal im Zimmer und erledigt die Aufgaben, wie zum Beispiel das Beziehen neuer Bettwäsche. Ich sehe die regelmäßige Vitalzeichenkontrolle von Puls, Temperatur und Blutdruck bei spontan entbundenen Frauen ohne Komplikationen als kritisch an. Meiner Meinung nach, müsste dies nicht zwingend am Morgen erledigt werden, sondern gegebenenfalls auch auf den Nachmittag verschoben werden bzw. nur bei Auffälligkeiten durchgeführt werden, wie z.B. bei einer bekannten Hypertonie, einem HELLP oder einer Kreislaufdysregulation. Bei einer Patientin nach einer Sectio ist dies natürlich ein anderer Fall.

Die verschiedenen Unterlagen wie Stillprotokoll, Rooming-In Info, Geburtsanzeige, Einverständniserklärungen und etc. sollten gesammelt werden, damit man nicht wegen jedes einzelnen Zettels in das Zimmer läuft. Dabei kann auch gleichzeitig die Pflegeanamnese durchgeführt werden, wodurch es zu einem ersten Gespräch mit der Frau und einem Kennenlernen kommt.

Verschiedene Untersuchungen des Babys, wie beispielsweise der Hörtest oder auch die Blutentnahme für das Neugeborenen Screening, können auch während des Stillens durchgeführt werden und die Mutter muss die Stillmahlzeit nicht unterbrechen. Durch die Muttermilch werden gleichzeitig die Schmerzen des Babys bei der Blutentnahme gelindert. Andere Untersuchungen wie z.B. die Sonographiekontrolle können auch auf den nächsten Tag verschoben werden oder es werden andere Kinder vorgezogen, so dass die Mutter noch in Ruhe zu Ende stillen kann.

Ebenso sinnvoll ist die sogenannte Wochenbettvisite. Zu Beginn jeden Dienstes geht die Pflegekraft durch die Zimmer und nimmt sich Zeit für jede einzelne Patientin. Es werden verschiedene Fragen geklärt und besprochen. Die Pflegeperson erkundigt sich, wie das Stillen funktioniert. Sie fragt nach Stillfrequenz, Stilldauer und Saugverhalten des Kindes. Es wird erfragt, ob das Kind viele Pausen dazwischen macht oder ob es kontinuierlich durchsaugt, ob es kräftig oder schwach saugt. Des Weiteren werden das Aussehen der Brust und der Brustwarzen beurteilt und gegebenenfalls die Brustwarzenpflege besprochen. Die Schmerzen der Frau werden erfragt und gegebenenfalls auch begutachtet, sei es die Sectionaht oder auch eine Geburtsverletzung. Bei Bedarf wird ein Schmerzmittel verabreicht. Überprüft wird auch der Fundusstand der Gebärmutter und die Menge und das Aussehen des Wochenflusses. Dabei werden auch Hygienemaßnahmen zum Umgang mit Vorlagen und der eigenen Körperhygiene geklärt. Am Ende des Gespräches sollte noch Zeit sein, um Fragen der Mutter zu klären, sei es zu Häufigkeit der nassen Windeln des Babys oder Ähnliches.

Durch das Klären all dieser Fragen, wird das ständige Nachfragen der Patientin zu verschiedenen Themen minimiert und die Frau fühlt sich zufriedener und sicherer. Wird diese Wochenbettvisite jeden Morgen durchgeführt, hat es der nachkommende Dienst schon etwas leichter, da die Frau bereits ausreichend informiert wurde und die meisten ihrer Fragen geklärt wurden.

Die Einführung von festen Besuchszeiten für alle Besucher, außer natürlich dem Vater des Kindes, hat sich bereits in vielen Kliniken etabliert und bewährt, denn nur so kann die Wöchnerin auch tagsüber hin und wieder mal schlafen. Daher finde ich eine feste Mittagspause, zum Beispiel von 12:00 bis 15:00 Uhr, sehr sinnvoll. Dies ermöglicht nämlich den Frauen einen Teil des Schlafes, der von der Nacht fehlt, tagsüber nachzuholen. Eine solche Maßnahme dient der Entspannung und damit auch der Unterstützung der Milchbildung. Ebenso wichtig ist es, größere Besuchergruppen in den Aufenthaltsraum zu verweisen, um die nötige Ruhe zum Anlegen zu gewährleisten. Der frischoperierten Kaiserschnittmutter bleibt nämlich leider nichts anderes übrig, als in ihrem Bett zu bleiben und ihren Säugling dort zu stillen. Andere Mütter können natürlich in das Stillzimmer ausweichen und sich somit vor ihrem Besuch zurückziehen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das Einsetzen unseres Schildes: „Bitte warten - Stillzeit.“ Die Mutter kann somit signalisieren, dass sie nicht gestört werden möchte. Auch das Pflegepersonal sollte darauf Rücksicht nehmen und das Schild respektieren. Je seltener das Stillpaar durch hereinkommendes Personal gestört wird und je kontinuierlicher die Pflege ist desto besser. Daher finde ich es sehr wichtig, dass die Betreuung der Wöchnerin in den Händen möglichst weniger Personen liegt. Die Gefahr der widersprüchlichen Aussagen ist somit sehr gering und es entsteht eine persönliche Beziehung zwischen Mutter und Pflegekraft.

3.2. Förderung der Fachkompetenz der Mitarbeiter

Die wohl wichtigste und schwierigste Aufgabe zugleich, besteht für das Personal darin, die Mutter optimal zu unterstützen, ihr Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten zu geben und die Rahmenbedingungen zu schaffen, um die ersten Stillversuche als ein positives Erlebnis wahrzunehmen. Dies beginnt bereits im Kreißaal. „Eine Frau sollte unter der Geburt Liebe erfahren, um ihr Kind annehmen zu können.“, beschreibt Hanna Fischer in ihrem Praxisbuch. (H. Fischer, Praxisbuch Geburtsvorbereitung: Ein Kurskonzept für Frauen und Paare, 2007)

Daher ist es essentiell bereits im Kreißaal die optimierten Bedingungen zu schaffen wie zum Beispiel eine ruhige Atmosphäre und einen modern eingerichteten, wohnlichen Kreißaal, in dem sich die Frau wohl und geborgen fühlt.

Durch Weiterbildungen und Supervision wird die Kompetenz der Mitarbeiter gefördert, denn nichts ist schlimmer für die verunsicherte Mutter als ungenaue oder widersprüchliche Aussagen des Pflegepersonals. Gerade auf einer Wochenbettstation sollte jeder einzelne Mitarbeiter zum Thema Stillen geschult sein. Damit sind sowohl die Hebammen und Kinderkrankenschwestern als auch die Ärzte gemeint. Als Basisgrundlage sollten „die zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ dienen und bei den Mitarbeitern gut vertraut sein. 1990 starteten WHO und UNICEF das internationale Programm „Baby Friendly Hospital Initiative“ (BFHI), um damit durch verbesserte Rahmenbedingungen das Stillen in den Kliniken zu fördern. Dabei wurden die zehn Schritte als Grundlage entwickelt. In verschiedenen Studien wird beschrieben, dass Mütter, die in einem „Babyfreundlichen Krankenhaus“ entbunden haben, länger und problemloser stillen.

Im Folgenden werde ich die zehn Schritte auflisten und danach kurz erläutern, wie diese in unserer Klinik umgesetzt werden.

1. Schriftliche Stillrichtlinien sollen vorhanden sein, die mit allen Mitarbeitern/Innen regelmäßig besprochen werden.

Die Stillbeauftragte der Klinik und eine Arbeitsgruppe sollte geschaffen werden, um sicher zu stellen, dass die Richtlinien auf dem neuesten Stand sind. Diese sind in einem Ordner vorhanden, wurden aber schon seit längerem nicht überarbeitet. Außerdem werden sie nicht regelmäßig mit den Mitarbeitern besprochen. Es wäre sinnvoll, dass die Richtlinien jedem Mitarbeiter bekannt sind und bei jedem Teamgespräch kurz aufgefrischt werden.

2. Alle Mitarbeiter/Innen sollen so geschult sein, dass sie über die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten für die Umsetzung der Stillrichtlinien verfügen.

Zweimal im Jahr bietet unsere IBCLC Stillfortbildungen an, die aber bisher noch nicht von allen Mitarbeitern der Station besucht wurden. Es ist dringend erforderlich, dass ALLE Mitarbeiter der Wochenstation zu diesem Thema geschult sind und jeder Mitarbeiter sollte einmal im Jahr an einer 8 stündigen Fortbildung zum Thema Stillen teilnehmen, um kontinuierlich die erworbenen Kenntnisse zu erhalten und aufzufrischen.

3. Alle schwangeren Frauen sollen über die Bedeutung und die Praxis des Stillens informiert

werden.

Dies wird an unseren Elterninformationsabenden und Stillinformationsabenden, sowie in den Geburtsvorbereitungskursen der Hebammen durchgeführt.

4. Den Müttern soll ermöglicht werden, unmittelbar ab der Geburt ununterbrochen Hautkontakt mit ihrem Baby zu haben, mindestens eine Stunde lang oder bis das Baby das erste Mal gestillt wurde.

Dies wird fast immer im Kreißsaal von den Hebammen durchgeführt, so fern es die Situation zulässt. Gibt es Komplikationen bei Mutter oder Kind ist dies natürlich nicht möglich. Auch wenn sich die Entbindungen häufen und die Hebamme wenig Zeit hat, ist der ununterbrochene Hautkontakt oft nicht gewährleistet. Bei einem Kaiserschnitt wird das Kind der Mutter im OP ebenfalls nur kurz auf die Brust gelegt, da die Rahmenbedingungen hier natürlich auch schwierig sind. Das Kind wird aber dann dem Vater zum Bonden auf die Brust gelegt.

5. Den Müttern soll das korrekte Anlegen gezeigt werden und ihnen erklärt werden, wie sie ihre Milchproduktion aufrecht erhalten können, auch im Falle von einer Trennung von ihrem Kind.

Dies wird von allen Schwestern auf Station durchgeführt. Die Mütter werden ausführlich darüber informiert und angehalten sich bei Fragen zu melden. Bei einer Trennung, wie zum Beispiel Verlegung des Kindes oder der Mutter auf Intensivstation, wird mit der Mutter das Abpumpen besprochen.

6. Neugeborenen sollen weder Flüssigkeiten noch sonstige Nahrung zusätzlich zur Muttermilch gegeben werden, außer bei medizinischer Indikation.

Dies wird nicht konsequent durchgeführt. Meiner Meinung nach, wird noch relativ oft zugefüttert, allerdings fast ausschließlich mit alternativen Zufütterungsmethoden per Spritze, Fingerfeeder oder an der Brust, was schon mal positiv ist.

7. 24-Stunden-Rooming-in soll praktiziert werden. Mutter und Kind bleiben Tag und Nacht zusammen.

Alle Mitarbeiter sind sich der Notwendigkeit bewusst und nur auf ausdrücklichen Wunsch der

Mutter wird das Kind nachts im Kinderzimmer von der Schwester versorgt. Die Pflegeperson bringt das Kind aber dann circa alle 2 bis 3 Stunden zum Stillen zu der Mutter.

8. Die Mütter sollen zum Stillen nach Bedarf ermuntert werden.

Alle Patientinnen werden von der Pflegeperson zum Stillen nach Bedarf ermuntert und über die Stillfrequenz und die Stillintervalle aufgeklärt.

9. Gestillten Kindern sollten keine künstlichen Sauger gegeben werden.

Daran halten sich mittlerweile alle Mitarbeiter, außer die Mutter äußert den ausdrücklichen Wunsch einen Schnuller zu geben oder mit der Flasche zuzufüttern. Sie wird anschließend von der Pflegekraft auf die Risiken, die mit einem künstlichen Sauger einhergehen, hingewiesen, was dannach in der Akte der Mutter notiert wird.

10. Die Mütter sollen auf Stillgruppen hingewiesen werden und die Entstehung von Stillgruppen soll gefördert werden.

Zur Zeit wird in unserem Klinikum noch keine Stillgruppe angeboten. Ab Mai wird aber ein „Stilltreff & Elternberatung“ stattfinden, die von meinen zwei Arbeitskolleginnen und mir geleitet wird.

Die zehn Schritte sind in dem Praxisbuch: Besondere Stillsituationen, Hippokrates 2012, Seite 529, Kapitel 44.2. zu finden.

Durch zahlreiche internationale Studien wurde die Bedeutsamkeit dieser Maßnahmen bestätigt.

Die deutsche „SuSe“-Studie (Stillen und Säuglingsernährung) zeigte, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen stillfördernden Maßnahmen und einer verlängerten Gesamtstilldauer besteht, was von Dr. Mathilde Kersting und Dulong M. untersucht wurde. (Kerstin M, Dulong M, Assessment of breast-feeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother-infant pairs in Germany: the SuSe Study. Public Health Nutr. 2002; 547-552)

Durch weitere nationale und internationale Studien konnten diese Ergebnisse ebenfalls bestätigt werden.

Es ist grundlegend, dass die Mitarbeiter darin geschult sind, widersprüchliche Aussagen zu vermeiden und gemeinsam an den erstellten Richtlinien zum Stillen zu arbeiten. Diese gemeinsam erarbeiteten Richtlinien sollten an die Bedürfnisse der Klinik angepasst werden und schriftlich allen Mitarbeitern vorliegen beziehungsweise zugänglich gemacht werden.

II. Schlussfolgerung

Entgegen meiner Erwartungen stimmten die Patientinnen nicht für eine Verkürzung der Besuchszeiten. Daher ist es sehr wichtig, die Frauen schon früh dafür zu sensibilisieren, ihren Besuch einzuschränken oder sich während des Stillens zurückzuziehen, was ich bereits in Punkt 2.3. ausführlich erwähnt habe.

Ebenso ist es unsere Aufgabe, die Patientin von Störungen abzuschirmen und diese zu minimieren, da es in Punkt 2.2. deutlich wurde, dass die verschiedenen Einfluss- bzw. Störfaktoren tatsächlich Auswirkungen auf die Saugtechnik des Kindes haben und die Mutter-Kind-Beziehung negativ beeinflussen können.

Durch die Vorschläge der besseren Gestaltung eines Stationsablaufes, können wir den Frauen helfen eine gute Stillbeziehung zu ihrem Baby aufzubauen und somit auch die Zufriedenheit unserer Patientinnen steigern. Es ist anzunehmen, dass sie sich dadurch sicherer im Umgang mit ihrem Kind fühlen und schneller lernen auf die Signale ihres Babys zu reagieren. Somit sind sie für die Zeit zu Hause schon sehr gut vorbereitet und die Hebammen haben es in der Nachbetreuung ebenfalls leichter.

Ein weiterer wichtiger Punkt, ist die Förderung der Fachkompetenz der Mitarbeiter. Hier besteht die Aufgabe darin, alle Mitarbeiter zum Thema Stillen zu schulen.

Ebenso wichtig ist es einheitliche Stillrichtlinien festzulegen, die jedem Mitarbeiter bekannt sind und regelmäßig besprochen werden. Hierzu werde ich mich mit meiner Kollegin, die ebenfalls IBCLC ist, demnächst zusammensetzen und ein Konzept erarbeiten.

Ich denke, es sind wirklich nur kleine Änderungen im Stationsalltag nötig, um die Mütter kompetent und optimal zu unterstützen und zu beraten. Ist sich jeder Mitarbeiter dieser Störfaktoren bewusst, ist es umso leichter ihnen entgegenzuwirken. Daher wünsche ich mir, dass dieses Thema in die hausinterne Stillfortbildung aufgenommen wird.

Literaturverzeichnis

Carfoot, S.: A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breastfeeding. *Midwifery* 2005, 21 (1), S. 71-79.

Christensson, K. et al.: Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* (1992) 81, S.488-493.

Christensson, K. et al.: Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr* (1995) 84, S. 468-473.

Enkin, M. et al: *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt: Ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und GeburtshelferInnen*, 2006. Print.

Fischer, Hanna. *Praxisbuch Geburtsvorbereitung: Ein Kurskonzept für Frauen und Paare*. Stuttgart: Hippokrates-Verl., 2007. Print.

Greenberg, M. et al.: First mothers rooming-in with their newborns: Its impact on the mother. *American J of Orthopsychiatry* (1973) 43, S. 783-788.

Kersting, M.; Dulon, M.: Assessment of breast-feeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother-infant pairs in Germany: the SuSe Study URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12186663> (Stand 17.04.2016)

Klein, Margarita, and Horst Lichte. *Schmetterling und Katzenpfoten: Sanfte Massagen Für Babys Und Kinder*. Münster: Ökotopia-Verl., 1999. Print.

Lang, Christine. *Bonding: Bindung fördern in der Geburtshilfe*. München: Elsevier, Urban & Fischer, 2009. Print.

Mikiel-Kostyra, M. Et al.: Factors affecting exclusive breastfeeding in Poland: cross-sectional survey of population-based samples. *Soz Präventivmed* (2005) 50 (1), S. 52-59.

Mizuno, K. Et al.: Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. *Acta Paediatr* (2004) 93 (12), S. 1640-1645.

Moore, E.R.; Anderson, G.C.: Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *J Midwifery Womens Health* (2007) 53 (2), S. 116-125.

Pechlivani, F.: Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding during hospital stay in the area of Athens, Greece. *Acta Paediatr* (2005) 94 (7), S. 928-934.

Praxisbuch: Besondere Stillsituationen. Stuttgart: Hippokrates, 2011. Print.

Vaidya, K. Et al.: Effect of early mother-bbaby close contact over the duration of exclusive breastfeeding. *Nepal Med Coll J* (2005) 7 (2), S. 138-140.

Yamauchi, Y. und I.: Breast feeding frequency during the first 24 hours after birth in full term neonates. *Pediatrics* (1990) 86 (2), S. 171-175.

Befragung zur Besucherregelung auf Station 13

Liebe Patientin,
im Rahmen meiner Weiterbildung zur Still- und Laktationsberaterin führe ich eine Umfrage zur Besucherregelung durch. Ich würde mich freuen, wenn Sie daran teilnehmen würden. Ihre Daten werden streng vertraulich und anonym behandelt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
Sabrina Philippi, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin

1. Wieviele Besucher waren heute bei Ihnen?

- 1-2
- 3-5
- 6-7
- mehr als 7

2. Die Besuchszeiten auf unserer Station sind momentan von 8:00 Uhr bis 20:00 Uhr. Sind Sie der Meinung, dass die Besuchszeiten gekürzt werden sollten?

- Ja, ich bin für eine Verkürzung.
- Nein, ich bin für die Beibehaltung der bisherigen Regel.

3. Wenn Sie bei Frage 2 für eine Verkürzung der Besuchszeiten gestimmt haben, welche Zeiten schlagen Sie vor?

4. Sind Sie der Meinung, dass die Besucheranzahl eingeschränkt werden sollte? (ausgenommen sind Väter und Geschwisterkinder)

- dem stimme ich zu
- dem stimme ich nicht zu

5. Auf einer Skala von 1-5: Wie sehr fühlen Sie sich durch Ihren Besuch während des Stillens gestört?

gar nicht **1 2 3 4 5** sehr gestört

6. Auf einer Skala von 1-5 :Wie sehr fühlen Sie sich durch den Besuch ihrer Bettnachbarin während des Stillens gestört?

gar nicht **1 2 3 4 5** sehr gestört

7. Haben Sie Ihren Besuch aus dem Zimmer geschickt, wenn Sie Ihr Kind gestillt haben?

- Ja
- Nein

8. Nutzen Sie mit Ihren Besuchern unseren Aufenthaltsraum?

- Ja
- Nein

9. Haben Sie sich zum Stillen ins Stillzimmer zurückgezogen?

- Ja
- Nein

10. Benutzten Sie unser Türschild: "Bitte warten-Stillzeit"?

- Ja
- Nein

11. Wie alt sind Sie?

- 16-20 Jahre
 - 21-25 Jahre
 - 26-30 Jahre
 - 31-35 Jahre
 - 36 Jahre und älter
-