Ausbildungszentrum
Laktation und Stillen
Frühe Kindheit und Familie

(Seminar Wächtersbach, 2019/2020)

Facharbeit

Japanische Geschichte des Stillens und

Aktuelle Situation des Stillens

-Was können Japaner tun, um ihre traditionelle Stillkultur wiederzuerlangen?-

Kayoko Wallenstein

16/01/2020

Inhaltsverzeichnis

Einführung

1. Einleitung

2. Geschichte des Stillens in Japan

   2.1 Edo-Ära (1603 – 1868)

   2.2 Von der Meiji-Ära bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs (1868-1945)

   2.3 Vom Ende des Zweiten Weltkriegs bis in die 1970er Jahre

   2.4 Nach den 1980ern

3. Die Aktuelle Situation in Japan

   3.1 Die Leitung im Krankenhaus

   3.2 Nach Entlassung aus dem Krankenhaus

   3.3 Änderung des Inhalts im Mutterpass

      3.3.1 Beruhigung des Babys

      3.3.2 Co-Sleeping

   3.4 Stillen als Berufstätige

4. Fazit

5. Literaturverzeichnis

1. Einführung

Bevor die Säuglingsmilchnahrung das Stillen übernahm, war die Geschichte der Säuglingsernährung in den Industrieländern ziemlich ähnlich [(1)(2)(3)(4)(5)]. Die menschliche Muttermilch war der einzige Weg den Säugling zu ernähren. Wenn die Mutter ihren Säugling nicht stillen konnte, benutzte sie eine Amme. Die Amme wurde vorwiegend von den Reichen angestellt und die soziale Unterschicht hat ihre Kinder in den Hintergrund gestellt, um eine Stelle als Amme zu beanspruchen, um finanziell ihren Familien zu helfen. Diesen Babys der Unterschicht, die keine menschliche Muttermilch mehr bekamen, wurde Tiermilch oder Brei gegeben, was aber, wegen Nährstoffmangel und Hygieneproblemen, eine hohe Kindersterblichkeit auslöste.

In den frühen Jahren des 20. Jahrhunderts hat sich die Lage im Bereich der allgemeinen Hygiene, der Milchwirtschaft und der Milchbehandlung verbessert, wodurch die Säuglingsmilchnahrung immer weiter akzeptiert wurde [(6)]. Neben der Nahrungsmittelkonservierung und der Hygiene hat es viele Faktoren gegeben, die zum Rückgang des Stillens führte; z.B. der Wandel von Hausgeburt zur mehrheitlichen Hospitalisierung der Geburten, die Separation von Mutter und Säugling und das routinierte Verteilen von Säuglingsnahrung. Dies beruht auf aggressiver globaler Vermarktung durch Säuglingsnahrungsfirmen, welche den Ärzten und Forschern Geldmittel gaben um die Säuglingsnahrung und Medizin zu verbinden, und um die Säuglingsnahrung für besser als Muttermilch zu verkaufen [(1)(5)(7)(8)]. In den 1930ern ist es den Säuglingsnahrungsfirmen gelungen, dass in den westlichen Staaten die Säuglingsnahrung als Ersatz für Muttermilch eingesetzt wurde. Ein oder zwei Wochen, nachdem Mütter und Babys das Krankenhaus verlassen hatten, hörten sie auf zu stillen, weil das Krankenhaus das Kind regelmäßig mit Säuglingsnahrung versorgte. Zwischen 1940 und 1970 sank die Stillrate auf 20-50%. [(4)].

Viele Ärzte und Organisationen finden dieses Phänomen alarmierend. Deshalb haben die WHO, UNICEF und andere Organisationen sich ebenfalls bemüht, Informationen über Vorteile des Stillens herauszuarbeiten. Die Stillrate in westlichen Ländern fängt dadurch an, Anfang der 1970er Jahre zu steigen.
1991 wird die Baby-Friendly-Hospital Initiative (BFHI) eröffnet und sie ist Zentrum der Unterstützung des Stillens geworden. Obwohl sich viele Länder bemühen, die Stillrate graduell zu erhöhen, ist diese viel langsamer als die Geschwindigkeit der Erhöhung der Nutzung von Säuglingsnahrung.

„Ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten und Fortsetzen des Stillens bis zu 2 Jahren" wird zwar von WHO und UNICEF empfohlen, jedoch 21% aller Babys bzw. jedes Fünfte Kind werden niemals gestillt, und nur 18% der Babys in Ländern mit hohem Einkommen werden für die ersten 6 Monate ausschließlich mit Muttermilch versorgt. Der weltweite Durchschnitt dafür beträgt 38%. 58% der Babys weltweit werden bis zum zweiten Lebensjahr gestillt [(9)(10)].

Ebenfalls Japan, das auch zu den Ländern mit hohem Einkommen zählte, war keine Ausnahme. Da Japan jedoch in Ostasien liegt und weiter weg von den USA und den reichen EU Ländern ist, ist diese negative Welle auf das Stillen erst einige Jahrzehnte später in Japan angekommen. Obwohl die Einführung der Säuglingsnahrung viel später als in den westlichen Ländern war, ist die Stillrate extrem schnell gesunken, viel schneller als in anderen Ländern.

Die japanische Haltung und das Verhalten gegenüber dem Stillen können in vier Zeiträume aufgeteilt werden:
Erst zur Zeit der Edo-Ära (1603 - 1868), dann von der Meiji-Ära (1868 - 1912) bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges, dann vom Ende des Zweiten Weltkrieges bis zu den 1970er Jahren, und zuletzt von den 1980er Jahren bis heute.

In diesem Artikel werde ich über die Japanische Geschichte des Stillens und die dortige Veränderung des Stillmanagements in den letzten 70 Jahren berichten.

2. Geschichte des Stillens in Japan

2.1 Edo-Ära (1603 – 1868)

Japan hatte zu dieser Zeit eine sehr stillfreundliche Kultur. Aufgrund der Isolationspolitik war Japan zu dieser Zeit komplett von der Welt isoliert, wodurch die japanischen Traditionen kaum vom Ausland beeinflusst wurden. Daher ist die Edo-Ära wahrscheinlich die beste Epoche, um die traditionelle japanische Kultur des Stillens kennen zu lernen.

Im japanischen wird die Brust “乳房“ geschrieben. „乳”bedeutet Milch und „房”bedeutet Büschel (wie bei der Traube). Zu dieser Zeit in Japan war die Brust noch kein sexuelles Objekt, sondern mehr das Symbol der Mutter, obwohl die Brust der Frau zu dieser Zeit in den westlichen Ländern schon als sexuelles Vergnügen angesehen wurde [11] [12] [13].

In Japan war das Stillen im Öffentlichen eine vollkommen normale Aktivität. Frauen haben ihre Babys auf der Straße gestillt, während sie mit anderen Frauen plauderten (Abb. 1.1, 1.2) und sie stillten im Lauf, z.B. auf dem Weg zum Einkaufen (Abb. 2). Langzeitstillen war auch normal. Sogar Kinder, die schon laufen konnten und sogar schon alle Zähne hatten, wurden noch gestillt (Abb. 3.1, 3.2). Stillen bei Bedarf, das Langzeitstillen und baby-led weaning war total üblich.

Abb.1.1 Stillen während des Plauderns
http://anthrodoula.blogspot.com/2010/08/breastfeeding-art-worldwide.html

Abb.1.2 Stillen auf der Straße
https://publicdomainq.net/kitagawa-utamaro-0036570/

Abb.2 Stillen im Lauf [1]
「紀伊国名所会　六之巻　那賀郡」

Abb. 3.1 Gestilltes älteres Kind

https://breastfeeding-magazine.com/breastfeeding-pictures.html

図 3.2 Gestillter Knirps – gestilltes Kleinkind

https://publicdomainq.net/kitagawa-utamaro-0036570/

Auch die traditionelle japanische Kleidung „Kimono“ war ideal für das Stillen. Damals gab es noch keine BHs und es war sehr einfach, die Brust herauszunehmen, wann und wo immer eine Mutter ihr Baby stillen wollte. Obwohl Japan eine sehr stillfreundliche Kultur hatte, konnten Frauen nicht immer zu Hause bleiben, um sich um ihr Kind oder ihre Kinder zu kümmern. Die Frauen mussten aufs Feld gehen und arbeiten, um ihren Familien zu helfen, wodurch die Stillzeit zeitlich sehr begrenzt war. Deshalb trugen sie oft während der Arbeit ihr Baby auf ihrem Rücken (Abb. 4 .1, 4.2). Wenn die Mutter das Baby nicht tragen konnte, wurde es immer von einer anderen Person wie der Großmutter oder sogar von jungen Geschwistern während des Spielens getragen (Abb. 5.1, 5.2). Es war traditionell üblich, dass das Baby immer am Leib einer Person war.

Abb.4.1 Mutter trägt während der Arbeit ihr Baby auf ihrem Rücken
http://blog.canpan.info/kosodate-bunka/category_1/3

Abb.4.2 Arbeitende Frauen, während der Arbeit - ihr Baby auf ihrem Rücken
https://edo-g.com/blog/2016/03/nagaya.html

Abb.5.1 Babys auf dem Rücken der Oma und spielende Geschwistern
https://blogs.yahoo.co.jp/seizoh529/48147574.html

Abb. 5.2 Die Mutter wiegte das Baby, um es zu beruhigen
https://blogs.yahoo.co.jp/seizoh529/48147574.html

Auch die Amme war bei den Reichen populär wie in westlichen Ländern, aber im Vergleich war der Auswahlprozess um eine Amme zu werden sehr strikt, wodurch nicht jeder als Amme arbeiten konnte. Die Arbeitgeber überprüften die Milchqualität und die Gesundheit der Frauen. Man glaubte, dass Stimmung und Charakter der Amme in die Muttermilch übergehen würde: Wenn eine Amme ein negatives Gefühl hatte, würde dieses negative Gefühl über die Muttermilch zum Baby weitergeleitet und hinterließ so einen negativen Effekt beim Baby, weshalb manche Milch als ungeeignet für die Fütterung angesehen wurde. Daher wurden Frauen mit instabiler Persönlichkeit und schlechten physischen Konditionen nicht als Amme ausgewählt.

Es gab viele Tempel und Schreine, in denen der Gott des Stillens verankert war. Wenn die Menschen nicht genug Milch für ihr Baby hatten oder sie Stillprobleme hatten, besuchten sie oft einen Tempel oder Schrein um für bessere Milchbildung zu beten.

2.2 Von der Meiji-Ära bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs (1868-1945)

Nach der Edo-Ära war Japan wieder zur Welt geöffnet. Infolge dessen wurden viele Kulturen, Bräuche und Gewohnheiten aus westlichen Ländern in Japan neu eingeführt. Frauen in der gehoben Gesellschaft begannen, westliche Kleider zu tragen, welche im Gegensatz zu den Japanischen Trachten deutlich die Körperform durch Brust und Hüfte zeigten (Abb. 6,7.1, 7.2). Westliche Medien, die die Brust von Frauen als sexuelle Anziehungskraft betonten, haben sich auch langsam in der japanischen Kultur angesiedelt.

Abb.6 das westliche Kleid
https://girlschannel.net/topics/1350902/

Abb.7.1 japanische Kimono
http://anonym.la.coocan.jp/bugrama/edokosode.html

Abb.7.2 Studentin Kleid
https://hakama-bijin.com/teacher/knowledge02/

Der Einfluss war allerdings immer noch sehr begrenzt auf die sehr hohen sozialen Klassen, die ein höheres Alphabetisierungsniveau hatten und die genug Geld besaßen, um Bücher, Zeitschriften, Kleidung und neue Waren zu kaufen. Die meisten Japaner hielten an ihren traditionellen Bräuchen fest. Nackte Frauen und Männer badeten noch zusammen in einem Bad. Es war auch normal, dass Frauen sich auf offener Straße wuschen (Abb. 8). Niemand interessierte sich zu diesem Zeitpunkt, dass die Brust in der Öffentlichkeit zu sehen war.

Abb.8 die badenden Frauen in der Öffentlichkeit
https://ameblo.jp/jjtaro/entry-11417525715.html

Das Trinken von Kuhmilch war auch nach der Einführung der Kuhmilch noch kein japanischer Brauch, und die Kuhmilch wurde nur als Medizin verwendet.

2.3 Vom Ende des Zweiten Weltkriegs bis in die 1970er Jahre

Von 1945 bis 1952 war Japan von den USA besetzt. Während der US-Besatzungszeit wurde die japanische Stilltradition katastrophal verändert und die japanischen Stillmethoden wurden stark von den amerikanischen beeinflusst was die Stillrate dramatisch reduzierte.

Die USA bemerkte bereits die Vorteile des Stillens, wodurch zu diesem Zeitpunkt schon begonnen wurde, das Stillen zu fördern (14) (15): Jedoch verweigerten die Japaner ihre eigene Stillkultur und übernahmen viele negative Routinen und Praktiken aus den USA.

Im Jahre 1955 beträgt die Hausgeburtenrate 82,4% und 80% der Geburten wurden ausschließlich von Hebammen begleitet (16). Zu der Zeit wurden in den USA fast 90% der Kinder bereits im Krankenhaus geboren (17). 10 Jahre später, fiel die Hausgeburtenrate in Japan auf 16% und mehr als 70% der Geburten wurden unter ärztlicher Aufsicht behandelt (16).
Zeitgleich wurde die Fütterung in 3-4 Stundenintervallen eingeführt, wie auch das Festlegen eines Zeitlimits für die Stilldauer, eine regelmäßige Zufütterung mit Säuglingsnahrung nach fast jedem Stillen, sowie eine Trennung von Mutter und Kind. Somit wurden die japanischen Stilltraditionen komplett verändert. Mitarbeiter der Säuglingsnahrungsfirmen, die wie ein Arzt im weißen Kittel ins Krankenhaus kamen und zeigten routinemäßig, wie man Säuglingsnahrung zubereiten konnte.

Bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs 1945 wurden die meisten Babys noch gestillt. Jedoch war die Stillrate, nach dem frühesten Regierungsbericht von 1960, bereits nach einem Monat nach der Geburt, bei 67,8% und nur 10 Jahre später bei 31,7% (18).

Im Jahr 1942 wurde der japanische Mutterpass, der vom deutschen Mutterpass inspiriert wurde, veröffentlicht, welcher aber auf amerikanischen Regeln zwischen dem 19. Jahrhundert und dem frühen 20. Jahrhundert beruht. Das Stillen wurde darin zwar als beste Wahl für die Ernährung von Säuglingen empfohlen, aber andere Empfehlungen widersprachen den japanischen Stilltraditionen. Beispielsweise wird die regelmäßige Fütterung in 3 bis 4 Stundenintervallen empfohlen, welche bis 1963 von 85% der Menschen ausgeführt wurde (19), obwohl diese in den USA zu diesem Zeitpunkt bereits auf 55% zurückgegangen war (17). Es wurde auch empfohlen, das Abstillen nach 4 bis 5 Monaten zu beginnen um das Stillen nach 12 Monaten abbrechen zu können. Falls Mütter ihr Baby noch nach 12 Monaten stillten, wurde ihnen von Ärzten oder anderen medizinischen Fachleuten empfohlen, das Stillen abrupt abzubrechen.

Traditionell kuschelt man in Japan, um das Baby zu beruhigen. Sobald das Baby weint, nimmt die Mutter ihr Baby und kuschelt es, womit sie mit dem Kind sofort Körperkontakt herstellt. Mütter trugen ihr Baby fast immer auf ihrem Rücken, vor allem wenn sie kochten, oder Hausarbeiten erledigen mussten. Dies wurde aber auch nicht empfohlen. Stattdessen wurde den Müttern empfohlen, das Baby weinen zu lassen und es in Ruhe zu lassen. Die Tradition des Co-Sleeping oder das Bed-sharing, wurde als unerwünschte Praxis angesehen.
Infolgedessen war die japanische Stilltradition völlig ruiniert und die Stillrate ging extrem zurück.

Zusätzlich zur Verringerung der Stillrate, veränderte der starke Einfluss der amerikanischen und westlichen Kulturen die Sichtweise der Japaner auf die Frauenbrust. In der Öffentlichkeit war keine Frau mit nacktem Oberkörper zu sehen und die Frauenbrust wurde hinter Kleidern versteckt. Die Frauenbrust wurde mehr zu einem sexuellen Objekt als zu einem mütterlichen Symbol. Deshalb findet man bis heute noch fast keine stillenden Mütter mehr in Öffentlichkeit.

2.4 Nach den 1980ern

Im Jahr 1975 startete die japanische Regierung, der 27. Weltgesundheitsversammlung der WHO und UNICEF nachkommend, eine „Kampagne zur Förderung des Stillens“. Japan war das erste Industrieland, das 1991 ein Baby-Friendly-hospital (BFH) besaß. Heute, im Jahr 2019, gibt es zwar 46 BFH in Japan, einschließlich vieler kleiner Entbindungskliniken, doch 2016 wurden nur 3,4% der Babys in BFH geboren [20]. Die japanische Regierung und der japanische Hebammenverband arbeiten hart daran, die Stillrate zu verbessern, insbesondere durch die Verbreitung von Informationen über „Ten steps to successful breastfeeding“.

Die Inhalte des Mutterpasses werden langsam verändert und einige Traditionen werden wieder in der Empfehlungsliste aufgeführt. Mit diesen Bemühungen steigt die Stillrate in Japan langsam an. Im Jahr 2015 lag die Vollstillrate, direkt nach der Entlassung der Mutter und des Babys vom Krankenhaus, bei 51,3% und die Zwiemilchrate bei 45,2%, nach 1 Monat, 54,7% und 35,1%, und nach 6 Monaten bei 53,8% und 27,3% [21]. The World Health Assembly (WHA) setzte sich zum Ziel, weltweit die Rate des ausschließlichen Stillens bis zum 6. Monat bis 2025 auf mindestens 50% zu erhöhen. Japan hat es zwar geschafft die Vollstillrate bis zum 6. Monat bis auf über 50 % zu erhöhen [21], aber laut Binns [22] beträgt die Rate des ausschließlichen Stillens bis zum 6. Monat nur etwa 15%, was unter dem weltweiten Durchschnitt liegt.

3. Die Aktuelle Situation in Japan

3.1 Die Leitung im Krankenhaus

In Japan wurden 2005 53% der Babys in großen Krankenhäusern, 46% in Arztpraxen mit weniger als 19 Betten, 1% in Geburtshäusern und 0,001% zu Hause geboren [23]. Im Jahr 2017 betrug die Kaiserschnittrate in großen Krankenhäusern 25,8% und in der Arztpraxis 14,0%. Mit Ausnahme des Kaiserschnitts, werden kaum Schmerzmittel verwendet [24]. Eine Periduralanasthesie wird nur bei 5,1% aller Geburten angewendet [25]. Es ist ein sehr positiver Fakt, dass nicht so oft Kaiserschnitte ausgeführt und fast keine Schmerzmittel oder Analgetika- genutzt werden, weil diese Faktoren einen negativen Einfluss auf das Stillen in der Frühphase zur Folge haben.

Nach der Geburt lassen heute fast 90% der Krankenhäuser und Arztpraxen Mutter und Kind, kurze Zeit nach der Geburt bonden. Trotzdem fördern noch mehr als 20% der Krankenhäuser und Arztpraxen nicht das „Rooming-In“ [26]. Das bedeutet, dass das Stillen an diesen Orten wahrscheinlich nicht an erster Priorität steht. Grund dafür ist, dass Ärzte, die normalerweise Besitzer der Praxen, oder die die Abteilung leiten, ein geringes Interesse am Stillen haben. Es wird auch nicht helfen, dass die meisten Ärzte, die in diesen medizinischen Bereichen arbeiten, männlich sind.

Laut Suenaga et.al [27], wollen 90% der japanischen Frauen während der Schwangerschaft ihr Baby stillen, aber nur 44% der Frauen führen zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus das ausschließliche oder Vollstillen durch. Das bedeutet, dass mehr als die Hälfte der Mütter ihrem Baby etwas Säuglingsnahrung während des Krankenhausaufenthalts geben. Viele Krankenhäuser und Kliniken sind leider immer noch mit Herstellern der Säuglingsnahrung verbunden, und es ist üblich, der Mutter kostenlose Proben zu geben, einschließlich Milchpulver und Flaschen. Dies ist nicht der einzige Grund. Es liegt auch am Mangel an Wissen unter Fachleuten, weshalb Mütter keine angemessene Unterstützung, Beratung und Ermutigung zum Stillen erhalten. Dagegen ist es einfach, einen Rat zu geben, um den Babys Säuglingsnahrung zu erteilen.
Es könnte auch ein Problem sein, dass Mütter und Babys nach der Geburt in separaten medizinischen Bereichen behandelt werden. Es kommt sehr häufig vor, dass Ärzte nur Informationen über den Zustand der Mutter oder nur über den Zustand des Babys erhalten, und nur darauf basierend Ratschläge geben und behandeln.

Wenn eine Mutter an Mastitis leidet, wird ihr von ärztlicher Seite oft geraten, das Stillen abzubrechen und auf Flaschennahrung umzusteigen, ohne wirklich Acht darauf zu geben, was der Grund für die Entzündung ist und ob man diese vielleicht beheben könnte. Wenn ein Baby an

Gewicht abnimmt, rät ein Kinderarzt oft nur, Säuglingsnahrung zu geben, ohne die Stillprobleme zu berücksichtigen. Es ist sehr wichtig, dass die Mutter und das Baby zusammen betrachtet und unterstützt werden, und nicht getrennt werden, wenn das medizinische Personal dem stillenden Paar hilft. Daher ist die Weiter- oder Fortbildung des Mutterschaftspersonals sehr wichtig und dies wird eines der Schlüsselthemen zur Verbesserung der Stillunterstützung sein.

Es gibt viele Krankenschwestern, die auf der Wochenbettstation mit stillenden Müttern und Babys arbeiten. Sie haben jedoch viel weniger Zeit und Gelegenheit als Hebammen, während ihrer Ausbildungszeit etwas über das Stillen zu lernen.

Es ist nicht wichtig, ob ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis das Ziel hat, als babyfreundlich eingestuft zu werden oder nicht, aber sobald sie anfangen in der Wochenbettstation zu arbeiten, sollten sie eine regelmäßige Fortbildungsmöglichkeit erhalten, um mehr über die Unterstützung beim Stillen von Müttern und Babys zu erfahren.

3.2 Nach Entlassung aus dem Krankenhaus

In Japan bleiben Frauen noch heute 4-7 Tage nach einer normalen Geburt und 5-14 Tage nach einem Kaiserschnitt im Krankenhaus. Die meisten Mütter und ihre Babys gehen erst nach Hause, nachdem die Mutter ohne Unterstützung stillen kann. Dann gibt es fast keinen Kontakt mit Professionals mehr.

In Japan sind Hebammen die Schlüssel- und Hauptfachkräfte, die das Stillen unterstützen und den Müttern helfen. Hebammen wechseln ihren Arbeitsbereich regelmäßig und sind dadurch gut ausgebildet, um stillende Mütter während der gesamten perinatalen Periode zu unterstützen. Es gibt viele Hebammen, die auf der Wochenbettstation und im Kreißsaal in großen Krankenhäusern arbeiten, aber nicht viele in kleinen Privatpraxen. Die Mütter werden während des Krankenhausaufenthalts von Hebammen gut unterstützt, aber oft nicht weiter.

Viele Frauen gehen direkt nach der Entlassung vom Krankenhaus für einen Monat zum Haus ihrer Mutter oder zur Schwiegermutter. Sie sind die Hauptperson, die junge Mütter zu Hause unterstützen. In den letzten 30 Jahren hat sich die Stillrate in Japan allmählich erholt, aber die meisten der Großmütter, die ihr Baby zwischen den 1960ern und 1980ern bekamen, haben fast keine Erfahrung mit dem Stillen. Sie sahen auch noch nie eine stillende Mutter.
Nach Angaben des japanischen Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Soziales [26] waren 31,2% der stillenden Mütter und 53,8% der Zwiemilch-fütternden Mütter nicht sicher, ob sie genug Muttermilch hatten oder nicht. Dadurch aber, dass die Mütter und Schwiegermütter oftmals nicht genug Wissen über das Stillen haben, raten sie einfach, Säuglingsnahrung zu verwenden.

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus suchen Mütter gehäuft erst einen Monat nach der Geburt einen Arzt auf. Es gibt kaum einen Hausbesuch von Hebammen oder Gesundheitsfachkräften, es sei denn, sie wenden sich selbst an sie, oder die Gesundheitsfachkraft merkt, dass die Mutter und ihr Baby professionelle Unterstützung benötigt. Die nächste offizielle Untersuchung durch eine Fachkraft findet etwa nach 3-4, 7-9, 12 und 18 Monaten, in einem Gemeindezentrum mit vielen anderen gleichaltrigen Babys zusammen, statt. Dadurch, dass es zu viele Mütter und Babys zum Untersuchen gibt, werden nur Grunduntersuchungen und Impfungen durchgeführt. Es gibt kaum Zeit für sie, um einer Fachkraft Fragen zu stellen. Das ist eines der größten Systemprobleme in Japan, um Mütter zu unterstützen. Die Mütter sollten in der Lage sein, sich häufiger und regelmäßiger von Fachkräften zu Hause untersuchen zu lassen.

Indem die Brustmassage durch Hebammen im Jahr 1970 gesetzlich anerkannt wurde, und die therapeutische Brustmassage in der Stillzeit von der Hebamme Sotomi Oketani eingeführt wurde, unterstützen immer mehr Hebammen stillende Mütter außerhalb des Krankenhauses. Es gibt ungefähr 1000 Hebammenpraxen, in denen Hebammen das Stillen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus unterstützen, einschließlich Brustmassage. Derzeit liegt die jährliche Geburtenrate bei ca. 100Tsd. und etwa 35000 davon, einschließlich Mehrgebärende, besuchen Hebammenpraxen oder die ambulante Hebammenabteilung in einem Krankenhaus. Das bedeutet, dass nur etwa ein Drittel der neuen Mütter Unterstützung von Hebammen erhalten [28]. Viele Mütter

wissen jedoch nicht, dass Hebammen das Stillen in ihrer Praxis unterstützen. Auch wenn eine Mutter davon weiß, dass Hebammen das Stillen unterstützen, wohnt sie oft zu weit entfernt. Die Kosten für die Stillhilfe mit Hebammen liegen bei rund 50 Euro pro Besuch, was aber die Mutter selbst zahlen muss und für manche zu teuer ist. Daher ist diese Unterstützung von der Hebamme nicht für jeden leicht zu bekommen.

3.3 Änderungen der Inhalte im Mutterpass

Der Inhalt des Mutterpasses wird schrittweise geändert und verbessert. Statt dem „schedule feeding“ wird im neuesten Mutterpass das Baby-led-feeding“ empfohlen. „Sechs Monate ausschließliches Stillen“ und „bis 2 Jahre Stillen“ wird dennoch nicht aufgelistet. Stattdessen wird empfohlen, erst nach 5 bis 6 Monaten nach der Geburt Babynahrung zu erteilen. Dies widerspricht jedoch der Empfehlung von WHO und UNICEF. Das wird Mütter nicht dazu ermutigen, im ersten halben Jahr ausschließlich zu stillen. Die japanische Regierung und die Fachkräfte müssen wieder den Inhalt im Mutterpass überprüfen.

3.3.1 Beruhigen des Babys

Im Gegensatz zum früheren Mutterpass, worin nicht empfohlen wurde das weinende Baby aufzunehmen und es zu kuscheln, wird im aktuellen Mutterpass empfohlen, viel zu Kuscheln, zu besänftigen und viel Körperkontakt zum Kind zu haben. Es wird auch betont, dass das Baby sich nicht daran gewöhnt, gekuschelt zu werden, wenn das Baby sehr oft von jemandem gekuschelt wird.

Keller et. al. zufolge [29] gibt es zwei Arten der Elternschaft: die „distale Elternschaft“ und „die proximale Elternschaft“. „Die Distale Elternschaft“ betont mehr den direkten Kontakt oder Augenkontakt und die Objektstimulation wie Sprechen und Kommunikation. Das demonstriert „die Selbstständige Werteorientierung“ des Kindes, und wird mehr in der westlichen Kultur bevorzugt, weil sie eine frühe Unabhängigkeit des Kindes schätzen. „Die Proximale Elternschaft“ betont den längeren Körperkontakt zwischen Mutter und Kind wie Kuscheln, Tragen oder Co-sleeping. Hier steht die Nähe und Wärmeerteilung im Vordergrund. Das demonstriert die „verbundene Wertorientierung“. Dies wird mehr in Asien und Afrika geschätzt.

Die Reaktionen auf ein weinendes Baby und die Verwendung des Schnullers sind ein gutes Beispiel für die Unterschiede zwischen diesen Erziehungsstilen.

Wenn ein Baby weint, sind die Reaktionen zwischen Westlern und Japanern sehr unterschiedlich. Die Westler versuchen zunächst, das Baby im Babybett zu lassen, mit ihm zu sprechen und eine Weile am Bett zu schütteln. Wenn das Weinen nicht nachlässt, versuchen sie, dem Baby einen Schnuller in den Mund zu geben, um zu sehen, ob sich das Baby beruhigt und im Bett bleibt. Es braucht einige Male, bis sie das Baby vom Bett hochnehmen. Die Verwendung von Schnullern ist in westlichen Ländern weit verbreitet, und mehr als 75% der Babys verwenden Schnuller [30]. Ein Baby ohne Schnuller scheint fast undenkbar zu sein.

In Japan wird ein weinendes Baby fast sofort in die Arme genommen, gewogen und dann sprechen und singen sie es an. Japaner können ein weinendes Baby nicht alleine lassen. Wenn eine Mutter ein Baby weinen lässt, spielen andere mit ihm oder nehmen das Baby hoch und trösten es. Es gibt kaum ein Baby in Japan, das im Öffentlichen einen Schnuller im Mund hat, auch wenn es in einem Babywagen oder in einem öffentlichen Transportmittel sitzt. Die Verwendung eines Schnullers wird in Japan häufig negativ angesehen. Die Schnuller-Verwendungsrate liegt bei etwa 12.5% [31].

Die Verwendung von Schnullern in Japan könnte jedoch in naher Zukunft steigen, weil die Hersteller nach erfolgreichem Schnullermarketing in westlichen Ländern ihre Geschäftschancen und Gewinne in Asien, einschließlich Japan, prospektieren [32]. Die Hersteller begannen bereits,

Schnullerproben an Krankenhäuser in Japan zu verteilen. Diese Krankenhäuser verwenden oder empfehlen heute Schnuller. Es gibt auch einige Krankenhäuser, wo Patienten ein Schnuller als Probegeschenk gegeben wird, darunter Milchpulver und eine Milchflasche. Aufgrund von Erfahrungen in Krankenhäusern, haben viele Mütter begonnen, die Verwendung eines Schnullers auf einer japanischen Website zu empfehlen.

Einige neuere Untersuchungen zeigen, dass die Verwendung von Schnuller das SIDS reduziert. Im Jahr 2016 hat die American Academy of Pediatrics (AAP) Empfehlungen für ein sicheres Schlafumfeld für Säuglinge aktualisiert. AAP empfiehlt, dass der Schnuller verwendet werden ***sollte***, wenn das Kind zum Schlafen gebracht wird [33]. Kinderärzte in einigen Ländern haben basierend auf diesen Forschungsergebnissen und der Empfehlung von AAP begonnen, allen Müttern die Verwendung von Schnullern zu empfehlen. Es gibt jedoch keine well-designed clinical trial, die diese Beweise belegen [34].

Dies widerspricht vor allem der Stillempfehlung von WHO und UNICEF völlig, die empfehlen, keinen Schnuller zum Stillen des Babys zu verwenden. Wie können die Fachkräfte den Müttern diesen Konflikt erklären?
Diese Empfehlung sollte nicht positiv aufgenommen und weit verbreitet werden, besonders deswegen, weil keine zuverlässigen Nachweise vorliegen.

Unter den Industrieländern weisen die USA eine der höchsten SIDS-Rate auf, und Japan die niedrigste SIDS-Rate [35]. Wenn der Schnuller allein die SIDS-Rate senkt, wie kann man dann erklären, dass Japaner, die kaum einen Schnuller benutzen, die niedrigste SIDS-Rate der Welt haben? Beide Nationen haben ganz andere Bräuche, Lebensstile, Körperformen und Formen der Ernährung. Es müssen andere Fakten beteiligt sein.

Dies ist dieselbe Methode wie die Verbreitung der Säuglingsnahrung. Die Hersteller fördern diese Forschungen. Die Ergebnisse, die zeigen, dass ein neues Babyprodukt die Kindersterblichkeit senkt, stehen im Rampenlicht. Viele Ärzte und Fachkräfte in westlichen Ländern überzeugen sich dann auch nicht selbst von dem Produkt und empfehlen den Müttern, die Produkte zu nutzen. Nach erfolgreicher Vermarktung in westlichen Ländern ziehen die Hersteller nach Asien und Afrika, wo die Menschen den westlichen Lebensstil bewundern. In kurzer Zeit wird die Verwendung des neuen Produkts auf der ganzen Welt verteilt. Wenn man erkennt, dass das neue Produkt doch nicht so gut oder gar schädlich ist, ist es zu spät und es erfordert eine immense Menge an Zeit, Geld und Mühe die Gewohnheiten und Meinungen vieler Menschen zu verändern.

3.3.2 Co-Sleeping

Das Co-Sleeping wird heute ebenfalls empfohlen. Co-Sleeping war bis 1960 in der traditionellen japanischen Kultur absolut normal. Zwischen 1960 und 1970 sank die Rate des Co-Sleepings aufgrund der Ratschläge im Mutterpass. Nach der Änderung des Mutterpassinhalts ist die Co-Sleeping Tradition wieder zurückgekehrt. Laut dem jüngsten Bericht liegt die Co-Sleeping-Rate bei etwa 90%. Das Co-Sleeping dauert bis zum 12. Lebensjahr an [36]. Interessanterweise schlafen die berufstätigen Mütter viel öfter mit ihren Kindern als eine Hausfrau [37]. Wahrscheinlich versuchen sie beim Co-Sleeping mit ihren Kindern die getrennte Zeit wieder gut zu machen. An diesem Phänomen kann man sehen, dass die Nähe zu Kindern für japanische Mütter sehr wichtig ist.

Ob Co-Sleeping das SIDS senkt wird immer noch heftig debattiert.
Es muss betont werden, dass sich die Schlafart in Japan grundlegend von der der westlichen Länder sehr unterscheidet.

Japaner schlafen auf einer Matratze, die „Futon“ heißt. Das „Futon“ ist nur 5 cm dick und wird direkt auf den Boden gelegt (Abb. 9). Japaner benutzen auch kaum ein Sofa oder eine Couch, sondern sitzen direkt auf einem Boden, wo das Baby auch schläft.

Abb.9.1 Japanische Futon

Abb.9.2 ein Mann im Japanische Futon
https://ko-kosuge.jp/living/35/

Obwohl die Nutzung eines Bettes langsam beliebter wird und etwa 50% der Menschen mittlerweile ein Babybett besitzen [38], schlafen sie trotzdem sehr oft mit ihrem Baby auf dem Boden oder machen auf dem Boden mit ihrem Baby ein Nickerchen. Traditionell schläft das Baby oder kleine Kind oft zwischen den Eltern. (Abb.10.1, 10.2) Ein Bett oder ein Babybett wird oft nur als Lagerfläche benutzt.

Abb.10.1 Nickerchen mit der Mutter
https://www.futonno-marusou.com/SHOP/b5110b.html

Abb.10.2 japanische traditionelle Art des Schlafens
https://www.jalan.net/news/article/315441/

Japanische Ärzte und Fachleute versuchen oft, sich dem Management und dem Rat der westlichen Forscher anzupassen. Sie müssen jedoch berücksichtigen, dass sich der japanische Lebensstil und die japanischen Bräuche sehr von den westlichen unterscheiden. Es wird notwendig sein, die Ergebnisse aus westlichen Ländern nicht einfach zu übernehmen, sondern stattdessen Forschungen auf Grundlage der eigenen japanischen Kultur durchzuführen, bevor Empfehlungen von westlichen Staaten angewendet werden.

3.4 Stillen als Berufstätige

Der Mutterschutz in Japan beginnt 6 Wochen vor der Geburt bis 8 Wochen nach der Geburt. In den ersten 6 Monaten werden 2/3 des Gehalts von der Krankenkasse gezahlt. Die Mutter muss mindestens ein Jahr lang für die gleiche Firma, in der mehr als 5 Mitarbeiter beschäftigt sind, für mindestens 20 Stunden pro Woche gearbeitet haben, um Mutterschutz beantragen zu können. Andernfalls wird kein Mutterschutzgeld gezahlt. Nach den 6 Monaten wird das Geld auf 50% des Gehalts reduziert. Das Geld wird bezahlt, bis das Kind ein Jahr alt ist.

Nachdem Mütter zur Arbeit zurückkehren, haben sie oft Probleme mit langen, unflexiblen Arbeitszeiten, mit sehr begrenzten Kinderbetreuungseinrichtungen, kaum familiärer Unterstützung etc..

Mehr als die Hälfte der Mütter arbeiten länger als 30 Stunden pro Woche, und die durchschnittliche Anzahl an Stunden, die ein Kind in der Kinderbetreuung verbringt, beträgt hierbei 38,4 Stunden pro Woche [39].

Nach dem Gesetz ist es zwar für Mütter möglich, statt 8 Stunden kürzere 6 Stunden am Tag zu arbeiten, aber die unflexiblen Arbeitszeiten und das Arbeitsklima erlauben es den Müttern oft nicht, 6 Stunden anstelle von 8 Stunden zu absolvieren. Allerdings verwenden nur weniger als ein Drittel der Mütter das Kurzarbeitssystem [40].

Darüber hinaus gibt es aufgrund der Arbeitsbedingungen des Vaters auch kaum Hilfe vom Vater. 2017 nahmen nur 3,1% der Väter Vaterschaftsurlaub und die meisten von ihnen nahmen im Schnitt nur weniger als zwei Tage direkt nach der Geburt [42]. Es gibt zwar 20 Tage bezahlten Urlaub in Japan, aber durchschnittlich wird nur 50% des Urlaubs genommen, was die niedrigste Rate in Industrieländern ist [41]. Mit diesem Problem sind große kulturelle Probleme verbunden.

Die Supportstunden des Vaters liegen bei nur 1,5 Stunden pro Tag in Japan, im Vergleich zu 4 Stunden in Deutschland oder in anderen westlichen Ländern.

Daher fällt es den Müttern mit kleinen Kindern sehr schwer, weiter zu arbeiten. Aufgrund der geringen gesellschaftlichen und familiären Unterstützung heutzutage, kündigte fast die Hälfte der berufstätigen Frauen ihren Beruf, wenn sie ihr erstes Baby bekommen [43].

Fast 50% der Mütter, die bereits 3 Monate nach der Entbindung arbeiten gehen, stillen noch immer vollzeitig und über 35% von ihnen mit Zwiemilch. Unter den Müttern, die sich im Mutterschaftsurlaub befinden oder arbeitslos sind, stillen rund 60% voll und 35% machen Zwiemilchernährung [26]. Aus diesem Phänomen geht hervor, dass sich die Entschlossenheit für das Stillen bei japanischen Müttern nicht, ihrem Lebensstil entsprechend, ändert.

Diese Determination hängt wahrscheinlich stark mit dem Gefühl zusammen, dass sie ihrem Baby so nahe wie möglich sein möchten. Japanische Mütter verlassen ihr Baby durchschnittlich nur 2 Stunden pro Woche [44]. Dieses Gefühl liegt wahrscheinlich am kulturellen Hintergrund und dem Stil der proximalen Elternschaft.

Viele Mütter, die arbeiten, fühlen sich schuldig, dass sie das Stillen aufgegeben haben, weil sie arbeiten gehen, obwohl sie dem Baby Muttermilch geben möchten. Deshalb stillen viele Mütter, wenn sie nach der Arbeit nach Hause kommen. Wahrscheinlich möchten sie die Nähe zu ihrem Kind durch das Stillen aufrechterhalten, um die verlorene Zeit auszugleichen.

Obwohl viele berufstätige Mütter weiterhin stillen, gibt es für Mütter, die während der Arbeitszeit ihre Brüste entleeren müssen, kaum Unterstützung von Arbeitgebern oder Kollegen. Nach Angaben von Medela Japan, reduzieren 60% der Mütter ihre überschüssige Milch auf der Toilette, wovon 95% ihre Milch leider wegwerfen müssen, da sie keinen Platz für die Aufbewahrung ihrer Milch haben [45].

Die Zahl der berufstätigen Mütter nimmt in Japan stetig zu, und es ist wichtig, dass Japaner die Arbeitsbedingungen und das Arbeitsumfeld verbessern, um die Mütter zu unterstützen.

Jedoch herrscht in Japan eines der höchsten geschlechtsspezifischen Diskrepanz in der Welt, und die größte geschlechtsspezifische Diskrepanz unter den Industrieländern [46]. Das Stillen wird eher als ein Thema der Frauen betrachtet, und die Verbesserung der Situation wird eine der größten Herausforderungen sein. Ein dynamischer und charismatischer Wandel ist unter dem gegenwärtigen männerorientierten Arbeitsklima nicht unmöglich. Die japanische Regierung muss nur bessere Rechtsvorschriften umsetzen, um berufstätige Mütter zu unterstützen.

4. Fazit

Japan besaß eine der stillfreundlichsten und idealsten Stillkulturen bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs. Japan verlor jedoch viele positive Bräuche und Kulturen bezüglich Stillen. Obwohl die japanische Regierung und Fachleute sich hart bemühten, kämpft Japan noch darum, die Stillkultur wie in allen anderen gut entwickelten Ländern wiederherzustellen. Überraschenderweise stillen ungefähr 90% der Mütter auch heute ihr Baby in den ersten sechs Monaten weiter. Die ausschließliche Stillrate liegt jedoch immer noch unter dem weltweiten Durchschnitt.

Die Frauenbrust ist kein mütterliches Symbol mehr, sondern eher ein sexuelles Objekt, und Mütter wollen nicht mehr öffentlich vor anderen Menschen stillen. Daher werden in Japan kaum mehr stillende Mütter und Kinder in der Öffentlichkeit gesehen. Wenn viele Mütter in der Öffentlichkeit stillen, wird das Stillen zur Norm in der Gesellschaft. Dann wird niemand mehr das Stillen und dabei die nackten Brüste mit sexuellen Objekten verbinden. Um die jetzige Situation zu verbessern, müssen Japaner mithilfe von Medien und Postern ein positiveres Bild von stillenden Müttern und Babys schaffen. Gleichzeitig wird die Ausbildung junger Menschen, die in Zukunft Eltern werden, von wesentlicher Bedeutung sein. Sie müssen verstehen, dass das Stillen für Babys, Mütter und Familien gut und sehr wichtig ist.

Es ist ein sehr positives Phänomen, dass japanische Mütter hoch motiviert sind und große Anstrengungen unternehmen, um das Stillen fortzusetzen. Darüber hinaus weist Japan im Vergleich zu anderen gut entwickelten Ländern eine relativ niedrige Kaiserschnittsrate auf, und es gibt kaum ein Schmerzmittel, das während der Geburt benutzt wird. Diese sind sehr positive Fakten, um mit dem Stillen zu beginnen. Dies sind Faktoren, wodurch die Vollstillrate steigen wird. Aber das bedeutet nicht, dass die ausschließliche Stillrate steigt. Das Schlüsselargument für die Steigerung der ausschließlichen Stillrate ist die Verbesserung der Unterstützungssysteme nach der Geburt.

Die meisten Mütter möchten während der Schwangerschaft ihr Kind stillen, aber fast der Hälfte von ihnen wird während ihres Krankenhausaufenthalts geraten, Säuglingsnahrung zu geben. Jede fünfte Entbindungsklinik und Krankenhaus fördert nicht das „Rooming-in“. Einige von ihnen verteilen Säuglingsnahrung und eine Flasche als ein Samplegeschenk. Gründe dafür sind das mangelnde Wissen und das Desinteresse am Stillen bei Fachleuten. Eine regelmäßige Fortbildung zum Stillen sollte für alle Fachkräfte, die mit stillenden Müttern und Babys arbeiten, Pflicht sein. Fachleute müssen verstehen, dass das Stillen nicht nur Mütter und Babys angeht, sondern auch das Wohlbefinden fördert und als vorsorgliche Medizin des Menschen dient, da das Stillen viele Gesundheitsprobleme und Krankheiten für Frauen und Kinder langfristig verhindert.

In Japan sind Hebammen zu einer Schlüsselfachkraft geworden, um stillende Mütter und Babys zu unterstützen. Sie sind jedoch nach der Entlassung aus einem Krankenhaus nicht mehr leicht zu erreichen, was am aktuellen Gesundheitssystem liegt. Es ist es sehr wichtig, dass das Support-System nach der Entlassung aus dem Krankenhaus überprüft und verändert wird. Die Gesundheitsfachkräfte wie Hebammen müssen leicht erreichbar sein, wann immer und wo immer die Mütter Hilfe benötigen. Japan könnte ein System wie in europäischen Ländern einrichten, in dem Hebammen oder Gesundheitsfachkräfte regelmäßig Mütter und Babys zu Hause besuchen, bis sich das neue Leben zuhause einlebt. Dann könnten sich Mütter sicher sein, was sie tun, und sie könnten positiv ermutigt werden, weiter ausschließlich zu stillen. Das positive Gefühl wird der Mutter mehr helfen, mehr Selbstvertrauen zu entwickeln, um das ausschließliche Stillen fortzusetzen und unnötige Ergänzungen zu verhindern.

Fast die Hälfte der berufstätigen Mütter stillen in Japan weiter, aber sie bekommen kaum Ausstattung und Unterstützung zur Verfügung gestellt, um ihre Milch zu entleeren und zu lagern. Die meisten von ihnen benutzt eine Toilette, um die Milch zu entleeren und sie werfen ihre Milch weg. Diese Situation muss dringend geändert werden.

Dies ist jedoch nicht einfach, da in Japan die geschlechtsspezifische Diskrepanz sehr groß ist und die Regeln und das Arbeitsklima im Beruf auf Männer ausgerichtet sind. Die Umsetzung besserer Rechtsvorschriften zum Schutz berufstätiger Mütter ist von entscheidender Bedeutung, um diese Situation zu ändern.

Japan hat ein sehr hohes Potenzial, die exklusive und langfristige Stillpopulation mit Müttern die hoch motiviert sind und einen ausdauernden Charakter haben, zu steigern. Die Entschlossenheit der Mütter allein kann jedoch die Situation nicht verbessern. Die Schlüsselfrage bei der Steigerung der ausschließliche Stillrate in Japan ist hierbei die Verbesserung der Unterstützungssysteme von den Fachkräften nach der Geburt und die soziale Akzeptanz der stillenden Mütter und Babys.

5. Literaturverzeichnis

(1) Stevens, E E et al. (2009). A History of Infant Feeding. The Journal of Perinatal Education. 2009 Spring; 18(2): 32–39.

(2) Sawayama, M (2017). 江戸の乳と子ども　命をつなぐ　吉川弘文館 ISBN-10 4642058419

(3) Zeit Online (1992), “Der Herr hat’s gegeben; der Herr hat’s genommen” veröffentlichen am 28.02.1992. https://www.zeit.de/1992/10/der-herr-hats-gegeben-der-her-hats-genommen/komplettansicht abgerufen am 10.09.2019; abgerufen am 01.10.19 23:40 Uhr

(4) Papastavrou, M et al. (2015). Breastfeeding in the Course of History (review article). Journal of Pediatrics and Neonatal Care, 21 I(6) 2015 https://medcraveonline.com/JPNC/JPNC-02-00096.pdf abgerufen am 02.10.19; 22:15 Uhr

(5) Bumslag, N, (übersetzt durch T Hashimoto) (1999), 母乳育児の文化と真実 Milk, Money, and Madness, メディか出版, ISBN-9784895738736

(6) Fomon, S J, (2001). Infant Feeding in the 20th Century: Formula and Beikost. *The Journal of Nutrition*, 131(2), 409-420

(7) Schuman, A J, *(2013),* A concise history of infant formula (twists and turns included). Contemporary Pediatrics, February 1, 2003. https://www.contemporarypediatrics.com/pediatrics/concise-history-infant-formula-twists-and-turns-included abgerufen am 02.10.19; 22:15 Uhr

(8) Bryder, L, (2005). Breastfeeding and Health Professionals in Britain, New Zealand and the United States 1900-1970, Cambridge Jounals Medical History, 2005, 49(2): 179–196.

(9) UNICEF WHO (2018). Breastfeeding scorecard Enabling women to breastfeed though better policies and programmes https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018.pdf?ua=1 abgerufen am 02.10.19; 22:15 Uhr

(10) World Health Organization regional office for South-East Asia. http://www.searo.who.int/en/ http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/data/chi/exclusive-breastfeeding/en/ abgerufen am 02.10.19; 22:23 Uhr

(11) Sankei News (2015). 江戸時代の男たちはおっぱいに興味なかった？！　だからこそ“秘めたるモノ”に魅かれ, veröffentlichen; 23.10.2015. https://www.sankei.com/premium/news/151023/prm1510230001-n2.html abgerufen am 02.10.19; 22:15 Uhr

(12) Yasuda, R, (2017). □□の□□□きなおっぱいはどう□ばれてきたのか. Oota press. ISBN-10 4778316053

(13) Sugamori, A, (2017). 乳房の表現と影響　Meanings and Influence of “the Breast Representation”(PDF). 社会学研究科年報 2017 No24 abgerufen am 02.10.19; 22:33 Uhr

(14) Wright, A L, Richard J S, (2001). Then Resurgence of Breastfeeding at the End of the Second Millennium. *The Journal of Nutrition*, 131(2), February 2001, 421S–425S

(15) Wolf, J H, (2001), Don’t kill your baby, Ohio State, ISBN: 978-0-8142-5077-8

(16) Shirai, C, (1997). 出産の社会史　一助産師さんに聞くお産のいまむかし- http://shirai.life.coocan.jp/index.html http://shirai.life.coocan.jp/html/shakaishi.html abgerufen am 02.10.19; 23:08 Uhr

(17) Devitt, N, (1977). The Transition from Home to Hospital Birth in the United States, 1930–1960. Birth Issues in Perinatal Care. June 1977 4(2). 47-58 https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1977.tb01207.x abgerufen am 02.10.19; 23:14 Uhr

(18) Hashimoto, T, (1997). 母乳栄養の推進方策に関する研究 (PDF). 厚生省心身障害研究「子どもの健康と栄養に関する研究 . https://www.niph.go.jp/wadai/mhlw/1997/h091514.pdf#search=%27日本の母乳栄養率+1950 年・1970 年%27 abgerufen am 02.10.19; 22:47 Uhr

(19) Koyanagi, Y, (2011). わが国における育児法のスタンダードの形成過程　一母子健康手帳の変遷を通して－ 福岡大学研究部論集 B：社会科学編/The Bulletin of Central Research Institute Fukuoka University Series B：Social Sciences,4,13-31 (09-2011) ISSN 1880-7356 (download in PDF) abgerufen am 25.09.2019; 23:12 Uhr

(20) World Health Organization (2017). National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative 2017 (PDF). **ISBN**: 978 92 4 151238 1 (report) https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-national-implementation2017/en/ abgerufen am 02.10.19; 23:34 Uhr

(21) Japanese Ministry of health labour and welfare (2015). 平成 27 年度乳幼児栄養調査 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000134208.html Abgerufen am 02.10.19; 23:42 Uhr

(22) Binns, C et. al. (2012). Reported Breastfeeding Rates in the Asia-Pacific Region. Current Pediatric Reviews. 8: pp. 339-345

(23) Japanese Ministry of health labour and welfare. 周産期医療体制の現状について 資料 2 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000096037.pdf#search=%27 出産場所+統計%27 abgerufen am 02.10.19; 23:55 Uhr

(24) Japanese Ministry of health labour and welfare (2017). 医療施設（静態・動態）調査・病院報告の状況(PDF) https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/17/dl/09gaikyo29.pdf#search=%27 帝王切開率+厚生労働省%27 abgerufen am 03.10.19; 00:02 Uhr

(25) Japanese Ministry of health labour and welfare (2019). 無痛分娩の実態把握及び安全管理体制の構築について　平成 30 年 4 月 1 日第６１回社会保障新議会医療部会資料５(PDF). https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000203217.pdf#search=%27 無痛分娩+割合%27 abgerufen am 03.10.19; 00:08 Uhr

(26) Japanese Ministry of health labour and welfare (2019). 授乳・離乳の支援ガイド　平成 31 年 3 月 8 日　「授乳・離乳の支援ガイド」改定に関する研究会　資料２ https://www.mhlw.go.jp/content/11908000/000488142.pdf#search=%27 日本人+乳児用粉ミルク+文化%27 abgerufen am 03.10.19; 00:12 Uhr

(27) Suenaga, Y et al (2016), Current status and issues of breastfeeding in A prefecture : Support of breastfeeding for mother's satisfaction. Journal of Health Sciences (13) 03-2016. 147-158

(28) Tamura, Y and Fushimi, Y, (2016). 明治期から昭和初期における小児科医の母乳への関心－「児科雑誌」の分析から－ （PDF）. 関西学院大学社会学部紀要 124 号. Veröffentlichen am 15.03.2016 abgerufen; am 03.10.19; 00:29 Uhr

(29) Keller, H et al. (2009), Distal and proximal parenting as alternative parenting strategies duringinfants' early months of life: A cross-cultural study. DevelopmentInternational Journal of Behavioral.(DOI: 10.1177/01650254093384412009; 33; 412 veröffentlichen am 16. 06.2009). https://www.academia.edu/2232704/Distal_and_proximal_parenting_as_alternative_parenting_strategies_during_infants_early_months_of_life_A_cross-cultural_study abgerufen am 03.10.19; 00:35

(30) Slater S (2014), Who made that pacifier?, The New York Times Magazine published 24.06.2014, https://www.nytimes.com/2014/06/22/magazine/who-made-that-pacifier.html Abgerufen am 17.10.2019; 21:23 Uhrs

(31) Mauch, C E et al. (2012). Predictors of and reasons for pacifier use in first-time mothers: an observational study (PDF). MBC Pediatrics 2012, 12:7. http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/7 abgerufen am 04.10.19; 10:29 Uhr

(32) Transparenca Market Research in depth Analysis Accurate Results, Baby Pacifier Market - Global Industry Analysis, Size, Share, Growth, Trends, and Forecast 2018 – 2026 https://www.transparencymarketresearch.com, https://www.transparencymarketresearch.com/baby-pacifier-market.htm, abgerufen am 04.10.19; 10:35 Uhr

(33) American Academy of Pediatrics. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment (PDF). Pediatrics 2016; 138; DOI: 10.1542/peds.2016-2938 originally published online October 24, 2016 https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/5/e20162938.full.pdf. Abgerufen am 05.10.19; 10:49 Uhr

(34) Psaila K et al (2017), Infant pacifiers for reduction in risk of sudden infant death syndrome, Cochrane, published 05.04.2017, https://www.cochrane.org/CD011147/NEONATAL_infant-pacifiers-reduction-risk-sudden-infant-death-syndrome Abgerufen am 17.10.19; 22:22 Uhr

(35) https://www.ncemch.org/suid-sids/statistics/index.php. Abberufen am 05.10.19; 10:52 Uhr

(36) Hamazaki, Yet al, (2018). Research on nighttime co-sleeping of parents and kindergartener (PDF). 上田女子短期大学紀要第四十一号 veröffentlichen am 31.01. 2018. ISSN: 2188-3114 abgerufen am 04.10.10; 10:06 Uhr

(37) Sonobe, M und Ueda, R, (1999). Co-sleeping of Toddlers with Adults : Similarities and Differences of Their Developmental Problems between 1976 and 1996 (PDF) 民 族 衛 生 Minzoku Eisei 第 65 巻 第 3 号 1999;65(3):129-13 https://www.jstage.jst.go.jp/article/jshhe1931/65/3/65_3_129/_pdf/-char/ja abgerufen am 10.10.19; 10:53 Uhr

(38) Kitagawa, K, (2017).【育児グッズ買った？借りた？vol.4】「ベビーベッドは物置化する？先輩ママの声は. Kufra, veröffentlichen am 27.10.2017 https://kufura.jp/family/childcare/3985 abgerufen am 04.10.19; 10:17 Uhr

(39) Takeyawa J (2019), 仕事と育児の両立に関する国際比較 (PDF), 季刊 個人金融 冬 S36-45, http://www.yu-cho-f.jp/wp-content/uploads/2019winter_articles04.pdf#search=%27 産休、育休+国際比較%27 abgerufen am 18.10.19, 01:34 Uhr

(40) Japanese Ministory of health labour and welfare, 仕事と育児の両立① (PDF),

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12602000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Roudouseisakutantou/0000101512.pdf#search=%27 女性+育児看護休業取得日数+平均%27 angerufen am 19.10.19; 01:42 Uhr

(41) Expedia Japan, 有給休暇取得率 3 年連続最下位に！有給休暇国際比較調査 2018, 10.02.2018 https://welove.expedia.co.jp/infographics/holiday-deprivation2018/ abgerufen; 11.10.19; 11:37Uhr

(42) Japanese Cabinet office , 第 2 章　少子化対策の取組（第 4 節 2 ） https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2017/29webhonpen/html/b1_s2-4-2.html abgerufen am 19.10.19; 01:46 Uhr

(43) Japanese Ministory of health labour and welfare (2016). 「第 1 子出産前後の女性の継続就業率」の動向関連データ集 (PDF). http://wwwa.cao.go.jp/wlb/government/top/hyouka/k_39/pdf/ss1.pdf#search=%27 第 1 子出産時のパート、正規社員率%27. Abgerufen am 04.10.19; 11:00 Uhr

(44) The Expat Mind (2016). Japanese Parenting Style -And Differences from the West. https://www.brianlosullivan.com. https://www.brianlosullivan.com/blog/japanese-parenting-style/ (published 28.10.2016) Abgerufen am 04.10.19; 11:03Uhr

(45) Medela Japan (2015). メデラ、「出産後の仕事復帰と母乳育児に関する調査」を発表、 産休・育休後に仕事復帰する女性の約半数が復帰後も母乳育児を継続、さく乳場所は約 6 割がトイレ (PDF) Published 04.03.2015 abgerufen am 05.10.19; 11:12 Uhr

(46) World Economic Forum (2018), The Global Gernder Gap Report 2018 (PDF), ISBN-13:978-2-940631-00-1 http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2018.pdf abgerufen am 11.10.19; 12:54