

# Körperliche Behinderung & Stillen?

Interprofessioneller Betreuungsbedarf von Müttern mit einer körperlichen Behinderung beim Stillen

Felder Simone



Institut für Ergotherapie

Hitz Daniela



Institut für Hebammen

Departement Gesundheit

Studienjahr: 2018

Eingereicht am: 07.05.2021

Begleitende Lehrperson: Huber Marion

**Interprofessionelle  
Bachelorarbeit**

Ergotherapie und Hebammen



## **Abstract**

**Hintergrund:** Frauen mit einer körperlichen Behinderung ist es genauso empfohlen zu stillen, wie anderen Frauen. Aufgrund ihrer körperlichen Behinderung begegnen sie jedoch zusätzlichen Herausforderungen während dem Stillen. Zur bedürfnisorientierten interprofessionellen Zusammenarbeit in diesem Bereich gibt es in der Schweiz bisher nur eine Leitlinie.

**Ziel:** Das Ziel dieser Arbeit ist es, Empfehlungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit von Hebammen und Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zu formulieren, um Frauen mit einer körperlichen Behinderung beim Stillen bedürfnisorientiert zu unterstützen.

**Methode:** Die Fragestellung wird im Rahmen einer Literaturliteraturarbeit bearbeitet. Mit zuvor ausgewählten Schlüsselwörtern wurden aus medizinischen Datenbanken vier qualitative Studien ausgewählt und ausgewertet.

**Ergebnisse:** Mütter mit einer körperlichen Behinderung sind oftmals verunsichert durch unterschiedliche Empfehlungen der Gesundheitsfachpersonen und mangelnde Verfügbarkeit von Informationen. Mütter erleben häufig Druck-, Scham- und Schuldgefühle rund um die Themen Stillen und Stillprobleme. Unterschiedliche berufliche Ansätze zu Geburt und Stillen sowie weitere professionelle und räumliche Umstände erschweren die interprofessionelle Zusammenarbeit.

**Schlussfolgerung:** Um eine bedürfnisorientierte interprofessionelle Betreuung von Frauen mit einer körperlichen Behinderung zu erreichen, benötigt es eine kontinuierliche interprofessionelle Zusammenarbeit und regelmässigen Austausch der Fachpersonen sowie den aktiven Miteinbezug der Frau in Entscheidungsprozesse. Zur Verfassung von Empfehlungen und Leitlinien braucht es zudem weitere Forschung.

**Schlüsselwörter:** mother, physical disability, breastfeeding, interprofessional collaboration

# Vorwort

Diese Bachelorarbeit ist für Gesundheitsprofessionen verfasst und setzt ein medizinisches Grundwissen voraus. Fachbegriffe oder Fremdwörter werden bei der Erstnennung kursiv geschrieben und im Glossar im Anhang «A» erklärt. Wichtige Abkürzungen werden bei der Erstnennung ausgeschrieben und anschliessend mit der Abkürzung erwähnt. Ein Abkürzungsverzeichnis befindet sich ebenfalls im Anhang «A».

Die gendergerechte Sprache wird in Anlehnung an den Leitfaden für geschlechtergerechte Sprache der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften umgesetzt (Erfahrungsaustauschgruppe Chancengleichheit der ZFH, 2015). Die Bezeichnung «Hebamme» wird in dieser Arbeit sowohl für die weibliche als auch männliche Person verwendet, wie in der Schweiz üblich.

In der vorliegenden Arbeit bezeichnet «Autorinnen» stets die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit. Mit «Forschende» sind jeweils die Autorinnen und Autoren der Studien gemeint.

# Inhaltsverzeichnis

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | Einführung in das Thema .....   | 1  |
| 1.1   | Relevanz des Themas .....   | 3  |
| 1.2   | Eingrenzung des Themas .....  | 3  |
| 1.3   | Aktueller Forschungsstand .....   | 4  |
| 1.4   | Zielsetzung .....   | 4  |
| 1.5   | Fragestellung .....   | 4  |
| 2     | Methode .....   | 5  |
| 2.1   | Literaturrecherche .....  | 5  |
| 2.2   | Ein- und Ausschlusskriterien .....  | 6  |
| 2.3   | Studienauswahl .....  | 7  |
| 2.4   | Evaluationsinstrumente .....  | 8  |
| 3     | Theoretischer Hintergrund .....   | 9  |
| 3.1   | Betreuungsbogen nach Friederike zu Sayn-Wittgenstein .....                                      | 9  |
| 3.2   | Stillen .....   | 10 |
| 3.3   | Vorteile von Muttermilch .....  | 11 |
| 3.4   | Herausforderungen beim Stillen .....  | 12 |
| 3.5   | Behinderung .....   | 13 |
| 3.6   | Interprofessionalität .....   | 14 |
| 3.7   | Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und<br>Gesundheit (ICF) ..... | 15 |
| 4     | Ergebnisse .....  | 17 |
| 4.1   | Andrews et al., 2021 .....  | 17 |
| 4.1.1 | Zusammenfassung .....   | 17 |
| 4.1.2 | Würdigung .....   | 19 |
| 4.1.3 | Einschätzung der Güte .....   | 20 |
| 4.2   | Powell et al., 2018 .....   | 21 |
| 4.2.1 | Zusammenfassung .....   | 21 |
| 4.2.2 | Würdigung .....   | 23 |
| 4.2.3 | Einschätzung der Güte .....   | 24 |
| 4.3   | Williams et al., 2019 .....   | 25 |
| 4.3.1 | Zusammenfassung .....   | 25 |
| 4.3.2 | Würdigung .....   | 27 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 4.3.3 | Einschätzung der Güte .....                             | 28 |
| 4.4   | Wieczorek et al., 2016 .....                            | 29 |
| 4.4.1 | Zusammenfassung .....                                   | 29 |
| 4.4.2 | Würdigung.....  | 31 |
| 4.4.3 | Einschätzung der Güte .....                             | 32 |
| 5     | Diskussion .....  | 33 |
| 5.1   | Informationen und Unterstützung .....                   | 33 |
| 5.2   | Schuld-, Scham- und Druckgefühle .....                  | 35 |
| 5.3   | Stillprobleme.....                                      | 37 |
| 5.4   | Interprofessionalität .....                             | 39 |
| 5.5   | Beantwortung der Fragestellung.....                     | 41 |
| 5.6   | Theorie-Praxis Transfer.....                            | 43 |
| 5.7   | Empfehlung für die Praxis .....                         | 44 |
| 6     | Schlussfolgerung.....                                   | 45 |
| 6.1   | Limitationen .....                                      | 45 |
| 6.2   | Forschungsbedarf.....                                   | 45 |
| 6.3   | Fazit.....  | 46 |
|       | Literaturverzeichnis .....                              | 47 |
|       | Abkürzungsverzeichnis.....                              | 54 |
|       | Abbildungsverzeichnis.....                              | 54 |
|       | Tabellenverzeichnis.....                                | 55 |
|       | Wortanzahl .....  | 55 |
|       | Danksagung .....  | 55 |
|       | Eigenständigkeitserklärung.....                         | 56 |
|       | Anhang .....  | 57 |
|       | Anhang A: Glossar.....                                  | 57 |
|       | Anhang B: Rechercheprotokoll .....                      | 58 |
|       | Anhang C: Zusammenfassung und Würdigung nach AICA ..... | 60 |

# 1 Einführung in das Thema

Die Mutterschaft gilt als eine faszinierende Zeit der Freude und des Staunens und stellt Mütter gleichzeitig vor viele psychische, physische und emotionale Herausforderungen (Revell, 2019). Für Mütter mit einer körperlichen Behinderung können sich diese Herausforderungen aufgrund ihrer körperlichen Einschränkung exponentiell erhöhen (Revell, 2019). Laut Schildberger et al. (2017) stossen betroffene Frauen auf zusätzliche Barrieren durch eine diskriminierende Haltung der Gesellschaft und fehlende Unterstützung aus dem eigenen Bekanntenkreis. Dabei wünschen sich die Frauen die Unterstützung durch das soziale Umfeld. Schildberger et al. (2017) erachten die adäquate Unterstützung von Müttern mit einer körperlichen Behinderung in der Zeit der Mutterschaft als unabstreitbare Voraussetzung, um ihren Kindern die für eine optimale Entwicklung entscheidenden Grundbedingungen zu bieten. Dazu zählen sie unter anderem das Stillen (Schildberger et al., 2017). Muttermilch gilt als die natürliche Ernährung für das Neugeborene und enthält alle Nährstoffe für eine optimale Unterstützung des Wachstums und der Entwicklung des Kindes (Ernährungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (EK SGP), 2008). Stillen hat zudem zahlreiche gesundheitliche Vorteile für die Mutter und das Kind, wie beispielsweise eine schnellere Rückbildung der Gebärmutter der Mutter und ein niedrigeres Allergierisiko des Kindes (Abou-Dakn, 2016). Die Welt Gesundheits Organisation (WHO) und das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) empfehlen daher, alle Kinder bis zum zweiten Lebensjahr zu stillen (WHO, 2020).

Obwohl Frauen mit einer körperlichen Behinderung eine vergleichbare Schwangerschaftsrate haben wie Frauen ohne Behinderung, (Horner-Johnson et al., 2016) und Stillen für Frauen mit körperlichen Behinderungen genauso empfohlen wird wie für andere Frauen (Smeltzer, 2007), stillen Mütter mit einer Behinderung weniger oft als andere Mütter (Mitra et al., 2015). Aufgrund ihrer Behinderung gibt es zusätzliche Herausforderungen wie ein genereller Mangel an Informationen und erfahrenem Fachpersonal (Schildberger et al., 2017).

Stillen ist sowohl für die Mutter als auch das Kind ein Lernprozess (Abou-Dakn, 2016). Gerade in der ersten Zeit treten die meisten Stillprobleme auf (Bovermann &

Tegethoff, 2013). Debus (2015) ist der Ansicht, dass die Versorgung im Wochenbett durch die Behinderung der Frau, ihren Partner und individuelle sowie soziale Umstände gekennzeichnet ist. Diese können unter anderem Wunde Brustwarzen, falsches Saugmuster, Schmerzen der Mutter, zu seltenes Ansetzen oder eine zu geringe Milchmenge sein (Bovermann & Tegethoff, 2013).

Die Betreuung und Beratung nach der Geburt sowie in der Stillzeit findet durch die Hebamme statt, die die Mütter zu verschiedenen Themen rund um die Gesundheit informiert (Der Schweizerische Hebammenverband (SHV), o.J.). Nach der Verordnung über die berufsspezifischen Kompetenzen für Gesundheitsberufe nach dem Gesundheitsberufegesetz (GesBG) soll bei Regelabweichung oder Regelwidrigkeit die Hebamme weitere Professionen zur Betreuung hinzuziehen und so ein interprofessionelles Netzwerk schaffen, in welchem sie die hebammenspezifische Sichtweise einbringen kann (Gesundheitskompetenzverordnung, GesBKV, 2019, SR 811.212, Art.5). Bei Frauen mit einer körperlichen Behinderung kann der Zuzug einer Ergotherapeutin oder eines Ergotherapeuten in der Betreuung eine wertvolle Hilfe darstellen (Smeltzer, 2007). Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten unterstützen die Klientinnen und Klienten in der Ausübung von wichtigen Betätigungen wie zum Beispiel bei der Ernährung und dem Essen (Pitonyak, 2014). Gemäss Pitonyak (2014) ist das Stillen eine zentrale Betätigung in der Mutterschaft und sollte von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten gefördert werden.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe trägt zu einer hochwertigen Betreuung bei und gilt als Qualitätssicherung (König-Bachmann et al., 2019). Durch die medizinischen Fortschritte und die optimierte Gesundheitsversorgung zur besseren Lebensqualität, wird es gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2017) zunehmend mehr chronisch erkrankte Menschen geben. Gemäss der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (WHO, 2005) wird eine chronische Erkrankung ebenfalls als körperliche Behinderung definiert, sofern sie eine Beeinträchtigung der alltäglichen Handlungen darstellt (WHO, 2005). Das Gesundheitspersonal steht nun vor der wachsenden Herausforderung bei immer komplexeren Gesundheitsproblemen Dienstleistungen zu erbringen (WHO, 2010).



## **1.1 Relevanz des Themas**

Das Bundesamt für Statistik verzeichnete für das Jahr 2015, dass 25.6% aller Frauen in privaten Haushalten in der Schweiz von einer Behinderung betroffen sind (Bundesamt für Statistik BFS, 2017). Zahlen aus dem Jahr 2017 zeigen auf, dass von den Menschen mit Behinderung in der Schweiz, der Anteil an Menschen mit einer körperlichen Behinderung mit 76.5 % den grössten Teil einnimmt (Bundesamt für Statistik BFS, 2019). Um die vielschichtigen Aufgaben in der Gesundheitsversorgung bewältigen zu können, ist es erforderlich, die Versorgung der Patientin oder des Patienten möglichst reibungsarm zu koordinieren (Mahler et al., 2012). Bei Müttern mit einer körperlichen Behinderung haben Gesundheitsfachpersonen häufig nur wenig Erfahrung mit der behinderungsspezifischen Unterstützung und es mangelt ihnen an Fachwissen für eine personenzentrierte Betreuung (Schildberger et al., 2017). Zudem gibt es bis anhin nur wenig Literatur und Leitlinien zur Stillbegleitung bei körperlichen Behinderungen (Bertschy et al., 2020; Debus, 2015). In Anbetracht der Tatsache, dass Frauen mit einer körperlichen Behinderung dieselbe Stillempfehlung haben wie andere Mütter, sehen die Autorinnen ein grosses Potential in der interprofessionellen Zusammenarbeit bei Frauen mit einer körperlichen Behinderung und Stillwunsch.

## **1.2 Eingrenzung des Themas**

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird der Bedarf und die Gestaltung von interprofessioneller Zusammenarbeit bei Frauen mit einer körperlichen Behinderung beim Stillen untersucht. Der Fokus dieser Bachelorarbeit wird auf die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten gelegt. Der Miteinbezug weiterer Professionen wie ärztlichem, therapeutischem oder pflegerischem Fachpersonal wird aufgrund der bestehenden Literatur berücksichtigt. Als Person mit körperlicher Behinderung bezeichnet man jemanden, der durch eine Schädigung des Bewegungs- und/ oder Stützsystems, einer anderen organischen Schädigung oder einer chronischen Erkrankung beeinträchtigt (Leyendecker et al., 2005). Psychische und geistige Behinderungen werden nicht eingeschlossen. Der Einfluss der körperlichen Behinderung auf das tägliche Leben, ohne Bezug zum Stillen, wird nicht in die Arbeit inkludiert. Eine mögliche Behinderung des Kindes wird ebenfalls nicht berücksichtigt.

### **1.3 Aktueller Forschungsstand**

Bisher wurden einige Studien zu den Erfahrungen und Schwierigkeiten bei Schwangerschaft und Geburt mit einer körperlichen Behinderung durchgeführt (Bertschy et al., 2016; Pousada García et al., 2015; Redshaw et al., 2013; Revell, 2019; Schildberger et al., 2017; Smeltzer, 2007). Leitlinien und Empfehlungen für das Fachpersonal gibt es wenige (Pousada García et al., 2015). Seit April 2020 gibt es eine Leitlinie in der Schweiz für eine praxisorientierte Unterstützung für die Betreuung und Beratung von querschnittsgelähmten Müttern vor, während und nach der Geburt (Bertschy et al., 2020). Die, für die an der Behandlung beteiligten Fachpersonen verfasste Leitlinie, befasst sich allerdings ausschliesslich mit der Querschnittlähmung und beschreibt das Thema Stillen nur oberflächlich (Bertschy et al., 2020).

### **1.4 Zielsetzung**

Das Ziel dieser Arbeit ist es, ein besseres Verständnis zur Thematik der Fragestellung zu verschaffen und interprofessionelle Empfehlungen zur Betreuung und Beratung einer Mutter mit einer körperlichen Behinderung beim Stillen ihres Kindes zu erstellen. Der Fokus der Interprofessionalität liegt dabei auf den Berufen der Hebammen und Ergotherapie, wobei weitere involvierte Professionen nicht ausgeschlossen werden.

### **1.5 Fragestellung**

Wie kann die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hebammen und Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten gestaltet werden, um Mütter mit einer körperlichen Behinderung bedürfnisorientiert beim Stillen ihrer Säuglinge zu unterstützen?

## 2 Methode

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der Arbeit erläutert. Es wird aufgezeigt, in welchen Datenbanken die Recherche durchgeführt, mit welchen Schlüsselwörtern gearbeitet und mithilfe welcher Ein- und Ausschlusskriterien letztendlich die Studien ausgewählt wurden.

### 2.1 Literaturrecherche

Die Fragestellung wird in Form einer Literaturliste bearbeitet.

Um einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu erhalten, wurde zunächst eine oberflächliche Recherche über Google Scholar durchgeführt.

Die systematische Datenbankrecherche fand im Januar 2021 statt und fokussierte sich auf qualitative Studien. Die dafür verwendeten Schlüsselwörter lauten:

«mother», «breastfeeding», «physical disabilities» und «interprofessional collaboration». Die Recherche mit diesen Schlüsselwörtern ergab nicht genügend geeignete Literatur, daher wurde die Suche mit Synonymen und Kombinationen erweitert. So konnten weitere Treffer erzielt werden. Die vollständigen Schlüsselwörter und Synonyme sind in der Tabelle 1 ersichtlich.

Die Suche der Literatur fand auf den medizinischen Datenbanken MEDLINE via Ovid, CINAHL Complete und PubMed statt. Die Schlüsselwörter wurden mit den Booleschen Operatoren «AND» und «OR» verknüpft, um weitere Suchkombinationen zu erhalten. Zudem dienten die Literaturverzeichnisse der geeigneten Studien als weitere Recherchemöglichkeit, welche jedoch keine relevanten Ergebnisse lieferte.

Eine Darstellung der ausführlichen Literaturrecherche ist im Anhang «B» zu finden.

Tabelle 1: Schlüsselwörter – eigene Darstellung

| Schlüsselwörter                    | Keywords                        | Synonyme   |
|------------------------------------|---------------------------------|--|
| Mutter                             | mother                          | woman  |
| Körperliche Behinderung            | physical disability             | disability, handicap, disabled, special, special needs, impaired, impairment   |
| Stillen                            | breastfeeding                   | breastfeed, lactation, lactating, infant feeding, breast-feeding   |
| Interprofessionelle Zusammenarbeit | interprofessional collaboration | interprofessional, collaboration, teamwork, midwife, occupational therapy, health professionals, healthcare professionals, interdisciplinary collaboration |

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden zudem gültige Leitlinien gesucht. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlichte im Jahr 2020 eine Leitlinie über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Frauen mit einer Querschnittlähmung (Bertschy et. al 2020). Weitere Leitlinien konnten nicht gefunden werden.

## 2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Vor der Literaturrecherche wurden zur weiteren Eingrenzung Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Nicht berücksichtigt wurden psychische oder kognitive Behinderungen sowie körperliche Behinderungen, welche das Stillen oder die Stillberatung nicht beeinträchtigen.

Ebenfalls ausgeschlossen wurden Studien aus Entwicklungs- und Schwellenländern, um eine Vergleichbarkeit zur Schweiz zu schaffen. Die Studien durften ausserdem nicht älter als 20 Jahre sein.

Die vollständigen Ein- und Ausschlusskriterien sind in der Tabelle 2 ersichtlich.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien – eigene Darstellung

| Einschlusskriterien   | Ausschlusskriterien  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mütter mit körperlicher Behinderung, welche das Stillen beeinträchtigt</li> <li>- Industrialisierte Länder</li> <li>- Interprofessionelle Zusammenarbeit in Bezug zum Stillen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychische oder kognitive Behinderung</li> <li>- Entwicklungsländer/ Schwellenländer</li> <li>- Kind mit Behinderungen oder kranke Kinder</li> <li>- älter als 20 Jahre</li> <li>- Interprofessionelle Zusammenarbeit ausserhalb des klinischen Settings</li> </ul> |

### 2.3 Studienauswahl

Die Studien wurden anhand des Titels und des Abstracts für die Eignung zur Beantwortung der Fragestellung beurteilt.

Gesamthaft kamen 18 Studien in die engere Auswahl. Diese wurden ein weiteres Mal auf die Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. So konnten einige Studien, welche aus Entwicklungsländern stammen, ausgeschlossen werden. Auch Studien, welche weder die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Begleitung stillender Mütter noch die Bedürfnisse von Müttern mit einer körperlichen Behinderung beim Stillen abdecken, wurden nicht berücksichtigt.

Nach erneuter Beurteilung und Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien erwiesen sich letztendlich vier qualitative Studien als geeignet. Da die Fragestellung in zwei Teile gegliedert wurde um sie zu bearbeiten, untersuchen die Studien unterschiedliche Phänomene.

Die vier ausgewählten Studien sind in der Tabelle 3 ersichtlich.

Die Studien von Andrews et al. (2021), Powell et al. (2018) und Williams et al. (2019) beschäftigen sich mit Frauen mit verschiedenen körperlichen Behinderungen und zeigen Barrieren und Hindernisse sowie Förderfaktoren beim Stillen auf.

Wieczorek et al. (2016) beschäftigt sich mit der interprofessionellen Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsfachpersonen im klinischen Setting zur Umsetzung der Baby-Friendly-Hospital Initiative (BFHI). Die Studie wurde ausgesucht, da sie sich mit

der interprofessionellen Zusammenarbeit bei der Begleitung von Müttern beim Stillen auseinandersetzt. Es wurde keine Studie gefunden, welche sich sowohl mit der interprofessionellen Zusammenarbeit als auch der Begleitung von Müttern mit einer körperlichen Behinderung befasst.

Tabelle 3: Ausgewählte Hauptstudien – eigene Darstellung

| <b>Ausgewählte Hauptstudien</b>   |
|---|
| <p><b>Studie 1:</b><br/>           Andrews, E. E., Powell, R. M., &amp; Ayers, K. B. (2021). Experiences of Breastfeeding among Disabled Women. <i>Women's Health Issues</i>, 31(1), 82–89.</p>   |
| <p><b>Studie 2:</b><br/>           Powell, R. M., Mitra, M., Smith, L. D., Rosenthal, E., Smeltzer, S. C., Long-Bellil, L. M., &amp; Iezzoni, L. I. (2018).<br/>           Breastfeeding Among Women With Physical Disabilities in the United States.</p>   |
| <p><b>Studie 3:</b><br/>           Williams, D., Webber, J., Pell, B., Grant, A., Sanders, J., Choy, E., Edwards, A., Taylor, A., Wu, M.-C., &amp; Phillips, R. (2019).<br/>           «Nobody knows, or seems to know how rheumatology and breastfeeding works»: Women's experiences of breastfeeding whilst managing a long-term limiting condition – A qualitative visual methods study.</p> |
| <p><b>Studie 4:</b><br/>           Wieczorek, C. C., Marent, B., Dorner, T. E., &amp; Dür, W. (2016).<br/>           The struggle for inter-professional teamwork and collaboration in maternity care: Austrian health professionals' perspectives on the implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative.</p>  |

## 2.4 Evaluationsinstrumente

Die Hauptstudien wurden mit dem Arbeitsinstrument Critical Appraisal (AICA) (Ris & Preusse-Bleule, 2015) analysiert und kritisch gewürdigt. Die Güte der Studien wurde anhand der Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) und das Evidenzlevel mittels der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) beurteilt. Die detaillierte Analyse, kritische Würdigung und Prüfung der Gütekriterien befinden sich im Anhang «C».

### **3 Theoretischer Hintergrund**

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Aspekte der Fragestellung wie die personenzentrierte Betreuung durch die Hebamme, Stillen und die Vorteile von Muttermilch sowie Herausforderungen beim Stillen erläutert. Weiter wird der Begriff Behinderung erklärt und die Relevanz von interprofessioneller Zusammenarbeit und das Klassifikationssystem ICF erläutert.

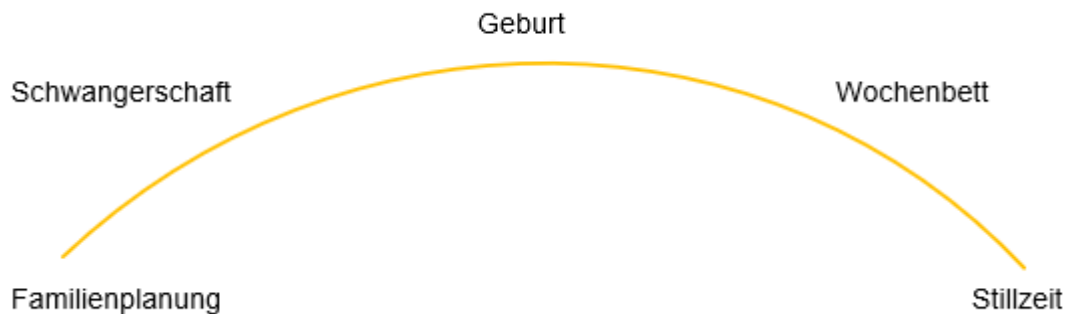
#### **3.1 Betreuungsbogen nach Friederike zu Sayn-Wittgenstein**

Der Betreuungsbogen von Sayn-Wittgenstein (2007) ist ein hebammenspezifisches Modell, welches das mögliche Versorgungsangebot der Hebamme darstellt. Die Bogenform (siehe Abbildung 1) repräsentiert eine bisher wenig genutzte, kontinuierliche und individuelle Betreuungsmöglichkeit von der Familienplanung bis zur Stillzeit durch die Hebamme.

Da es sich in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit um vitale, primär physiologische Lebensprozesse handelt, sind diejenigen Versorgungsleistungen und Handlungsansätze von besonderem Interesse, die auf die Unterstützung und Erhaltung von Gesundheit durch Gesundheitsförderung und Prävention gerichtet sind. (Sayn-Wittgenstein, 2007, S. 23)

Gemäss Sayn-Wittgenstein (2007) besitzt die Hebammenarbeit besondere strukturelle Chancen für eine sozialverträgliche und gemeinwohlorientierte Gesundheitsversorgung, da sie während des gesamten Betreuungsbogens personenzentrierte Beratung und Begleitung anbietet und dabei vielfältige Tätigkeitsfelder und Leistungen einschliesst. Die Angebote sind dabei niederschwellig im Vergleich zur üblichen Gesundheitsversorgung aber sehr effektiv (Sayn-Wittgenstein, 2007). Die Kontinuität und Individualität dieser Betreuung bietet ein bisher wenig genutztes Potential im Versorgungsangebot der Hebamme (Sayn-Wittgenstein, 2007).

Abbildung 1: Betreuungsbogen nach Sayn-Wittgenstein (2007, S.14) – eigene Darstellung



### 3.2 Stillen

Die World Health Organisation (WHO) und das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) empfehlen allen Müttern, ihre Kinder bis zum 6. Lebensmonat voll und bis mindestens zum 2. Lebensjahr mit Beikost ergänzend zu stillen (WHO, 2020). Dies begründen sie mit den vielen erwiesenen gesundheitlichen Vorteilen für Mutter und Kind und der Bekämpfung der Mangelernährung und der damit in Zusammenhang stehenden hohen Kindersterblichkeit, von welcher die Schweiz jedoch nicht betroffen ist (WHO, 2020).

Stillen ist ein Lernprozess für Mutter und Kind und kann anfangs noch etwas unbeholfen wirken. Stillen dient dabei nicht nur als Ernährung, sondern auch der Stillung der Bedürfnisse nach Nähe, Zuwendung und Wärme (Abou-Dakn, 2016). Die Frau fühlt sich kompetent und in ihrer Fähigkeit bestärkt, wenn sie ihr Kind selbstständig ernähren und versorgen kann, was einen positiven Einfluss auf ihre psychische Ausgeglichenheit hat (Bovermann et al., 2013). Der intensive Kontakt zwischen Mutter und Kind während der Stillmahlzeit kann sich zudem positiv auf die Mutter-Kind Bindung auswirken (Renz-Polster, 2015).

Eine wichtige Rolle, um das Stillen erfolgreich zu beginnen, spielt die korrekte Stillposition (Bovermann & Tegethoff, 2013). Hierbei ist wichtig, dass die Position für die Mutter und das Kind bequem und unverkrampft ist. Um die entspannte Haltung zu fördern, können Kissen oder weitere Hilfsmittel eingesetzt werden (Bovermann & Tegethoff, 2013).



### 3.3 Vorteile von Muttermilch

Muttermilch ist die natürliche und optimale Ernährung für das Neugeborene. Sie enthält alle benötigten Nährstoffe sowie eine Vielzahl an Vitaminen und immunologisch aktiven Komponenten, die eine optimale Unterstützung des Wachstums und der Entwicklung des Kindes begünstigen (Bovermann et al., 2013; Der Schweizerische Hebammenverband (SHV), o.J.). Die mütterlichen Abwehrstoffe stabilisieren das Immunsystem des Säuglings und verringern die Anfälligkeit für Infektionen beim Kind (Renz-Polster, 2015).

Muttermilch hat noch weitere gesundheitliche Vorteile für Mutter und Kind (Renz-Polster, 2015). Kinder, welche mehr als drei Monate gestillt werden, haben ein nur halb so grosses Risiko später an Adipositas zu leiden als Flaschenkinder (Renz-Polster, 2015). Gestillte Kinder erkranken im Allgemeinen seltener als Kinder, die mit künstlicher Säuglingsmilch ernährt werden (Bovermann et al., 2013). Bei der Mutter unterstützt Stillen eine schnellere Rückbildung der Gebärmutter nach der Geburt und hat einen positiven Einfluss auf eine mögliche depressive Erkrankung im Wochenbett (Abou-Dakn, 2016).

Muttermilch ist zudem kostenlos und jederzeit in ausreichender Menge und idealer Temperatur verfügbar (Abou-Dakn, 2016). Die Muttermilch verändert sich mit den individuellen Bedürfnissen und wachsenden Stoffwechselfunktionen des Säuglings stetig und passt sich in Zusammensetzung und Menge dem kindlichen Bedarf an (Abou-Dakn, 2016; Bovermann et al., 2013). Eine Überfütterung ist daher beim Stillen nicht möglich (Abou-Dakn, 2016).

Trotz der nachgewiesenen gesundheitlichen Vorteile von Muttermilch sinken die Stillraten weltweit (Hitthaller et al., 2009). Um das Stillen weiter zu fördern, wurde im Jahr 1991 von der WHO und UNICEF die Baby-Friendly-Hospital Initiative, kurz BFHI lanciert. Dafür wurden zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen formuliert (Hitthaller et al., 2009). Die Institutionen, die diese Kriterien umsetzen, können sich zertifizieren lassen und erhalten für vier Jahre das Qualitätslabel «Babyfreundliches Spital». Die Initiative wird von der WHO und UNICEF weltweit intensiv gefördert (Hitthaller et al., 2009).

### 3.4 Herausforderungen beim Stillen

Im Stillprozess können bei allen Frauen verschiedene Herausforderungen und Hindernisse auftreten. Als mögliche negative Einflüsse nennen Abou-Dakn (2016) und Bovermann & Tegethoff (2013) das verspätete erste Anlegen an die Brust nach der Geburt, schmerzende oder wundte Brustwarzen, fehlende Still Erfahrung der Mutter und frühes Zufüttern von künstlicher Säuglingsnahrung in den ersten drei Lebenstagen. Einige Hindernisse im Stillprozess können auf die mütterliche Konstitution zurückgeführt werden (Abou-Dakn, 2016). Wenn sich eine Frau beispielsweise nicht sicher fühlt, zu wenig Ruhe oder keinen geschützten Raum zur Verfügung hat, kann dies einen negativen Einfluss auf die Milchbildung und die Milchmenge haben. Angst oder starke Schmerzen gelten als weitere negative Einflüsse, welche vor der Stillmahlzeit beseitigt oder behandelt werden sollten (Abou-Dakn, 2016).

In wenigen Fällen muss die Mutter nach der Geburt Medikamente zu sich nehmen. Viele Medikamente weisen eine *Milchgängigkeit* auf, welche beim Neugeborenen bis zu toxischen Konzentrationen führen kann (Abou-Dakn, 2016). Daher sollte ein Medikament zuvor gewissenhaft geprüft und allenfalls vom Stillen abgeraten werden (Abou-Dakn, 2016). Seit 1988 bietet das Institut für Pharmakovigilanz, ein Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin, kostenlose Beratungen und öffentlichen Zugang zu unabhängigen Informationen zur Verträglichkeit von Arzneimitteln in Schwangerschaft und Stillzeit an (Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie, o.J.).

Das Verhalten und die Einstellung der Fachpersonen sowie die der sozialen Umgebung der Frau gelten als entscheidend für den Still Erfolg (Bovermann et al., 2013). Abou-Dakn (2016) nennt eine lieblose oder inkompetente Stillberatung als weiteren entscheidenden Negativfaktor.

Informationen zur Mutterschaft mit einer körperlichen Behinderung und besonders zum Stillen gibt es bisher wenige (Debus, 2015). Zusätzlich zu diesem Hindernis begegnen sie häufig diskriminierenden Einstellungen von der Gesellschaft, der Familie oder Freunden sowie dem Gesundheitspersonal (Schildberger et al., 2017).

### 3.5 Behinderung

Es gibt verschiedene Definitionen von Behinderung. Eine davon ist zum Beispiel die Definition von der «International Classification of Functioning, Disability and Health» kurz ICF. Gemäss der ICF wird eine Einschränkung der *Aktivität* und *Partizipation* als Behinderung definiert, wonach sie sich sowohl um ein biologisches als auch soziales Problem handelt (WHO, 2005). Dies bedeutet, dass beispielsweise eine Person behindert ist, wenn sie aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen grundlegenden Tätigkeiten des täglichen Lebens nicht nachgehen oder am gesellschaftlichen Leben nicht teilnehmen kann.

Eine weitere Definition ist diejenige vom Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) vom 1. Januar 2004. Diese definiert Behinderung wie folgt:

In diesem Gesetz bedeutet Mensch mit Behinderungen (Behinderte, Behinderter) eine Person, der es eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und weiterzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG, 2004, SR 151.3, Abs.1, Art.2).

So wird in dieser Definition vom BehiG zwischen körperlichen, geistigen und psychischen Behinderungen unterschieden (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG, 2004, SR 151.3, Abs.1, Art.2).

Eine Einschränkung des Bewegungsapparates oder eine chronische Krankheit, welche einen in der Handlung einschränkt, stellt laut Leyendecker et al. (2005) eine körperliche Behinderung dar. Eine körperliche Behinderung kann durch einen Unfall, eine Erkrankung oder einen genetischen Defekt entstehen (Leyendecker et al., 2005). Mögliche Beispiele für eine körperliche Behinderung sind nach dieser Definition *Multiple Sklerose*, *rheumatische Erkrankungen*, Querschnittslähmungen, Amputationen, Kleinwuchs oder Allergien.

### **3.6 Interprofessionalität**

Die Behandlung eines Patienten oder einer Patientin mit einer Erkrankung oder Behinderung erfordert eine interprofessionelle Zusammenarbeit durch verschiedene Gesundheitsprofessionen (Antoni, 2010). Dies gilt für viele Aufgaben im Gesundheitsbereich als unerlässlich (Antoni, 2010). Um die vielschichtigen Aufgaben rund um die Gesundheitsversorgung und die komplexen Anforderungen erfüllen zu können, ist es notwendig, die Versorgung möglichst reibungsarm zu koordinieren (Mahler et al., 2012). Sayn-Wittgenstein (2007) hat mit dem Betreuungsmodell Betreuungsbogen einen soliden Grundstein gelegt, um die individuelle und bedürfnisorientierte sowie kontinuierliche Betreuung durch die Fachperson aufzuzeigen. Eine körperlich behinderte Frau sollte dabei allerdings nicht nur durch die Hebamme sondern durch ein interprofessionelles Team betreut werden (Debus, 2015). Die interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe trägt dabei zu einer hochwertigen Betreuung bei und gilt als Qualitätssicherung (König-Bachmann et al., 2019). Studien deuten darauf hin, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit zudem einen positiven Einfluss sowohl auf die Zusammenarbeit als auch auf die Patientenversorgung hat (Mahler, 2012). Durch die medizinischen Fortschritte und die optimierte Gesundheitsversorgung wird es zunehmend mehr chronisch kranke Menschen geben (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2017). Das Gesundheitspersonal steht daher vor der wachsenden Herausforderung, bei immer komplexeren gesundheitlichen Problemen Dienstleistungen zu erbringen (WHO, 2010). Als interprofessionelle Zusammenarbeit sind nicht Vereinbarungen oder Kommunikation im Team gemeint, sondern Kreation von neuen Erkenntnissen und Synergie im Team (WHO, 2010). Eine interprofessionelle Zusammenarbeit entsteht, wenn mehrere Personen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund und Fähigkeiten zusammenarbeiten, um ein gemeinsames Verständnis zu schaffen, das keiner von ihnen zuvor besass. Somit entsteht etwas Neues, das es vorher noch nicht gab (WHO, 2010).

### 3.7 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Ein Schlüsselfaktor für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit ist die Kommunikation zwischen den Professionen (Antoni, 2010). Ein gemeinsames Kommunikationssystem unterstützt die Effizienz eines interprofessionellen Teams (Plattform Interprofessionalität, o.J.).

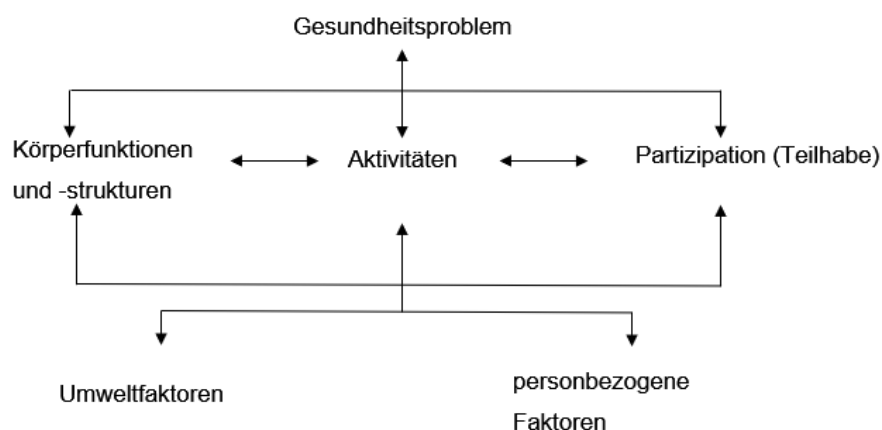
Die ICF ist ein Klassifikationssystem, welche von der WHO entwickelt wurde (WHO, 2005). Sie hat zum Ziel, eine standardisierte Sprache über Gesundheit sowie Verhalten und Zustände, welche mit Gesundheit zusammenhängen, zu beschreiben (WHO, 2005). Dadurch soll die Kommunikation zwischen dem Gesundheitspersonal verbessert werden (WHO, 2005).

Das bedeutet, dass man mit Hilfe von der ICF eine Situation in Bezug auf die Funktionsfähigkeit und Beeinträchtigung eines Menschen beschreiben kann (WHO, 2005).

Durch die Gliederung von der ICF sind die Informationen auf eine sinnvolle und leicht zugängliche Art strukturiert wobei die gegenseitige Beziehung der Komponenten berücksichtigt wird (WHO, 2005).

Die Struktur der ICF teilt sich auf in Kontextfaktoren sowie Funktionsfähigkeit und Behinderung (WHO, 2005). Funktionsfähigkeit und Behinderung werden wiederum in die Komponente der Körperfunktion und -strukturen und die Komponente der Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) eingeteilt (siehe Abbildung 2) (WHO, 2005).

Abbildung 2: Graphische Darstellung der Komponenten der ICF – eigene Darstellung



Unter Körperfunktionen wird die physische Funktionsfähigkeit verstanden, wie zum Beispiel die Funktion der Muskelkraft oder die Sinnesfunktion des Schmerzes (WHO, 2005).

Unter Körperstrukturen werden die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Körperteile oder Gliedmassen verstanden (WHO, 2005).

Die Komponenten der Aktivitäten und der Partizipation enthalten eine Liste von Aufgaben und Handlungen wie beispielsweise Mobilität, Selbstversorgung oder häuslichem Leben (WHO, 2005).

Die Kontextfaktoren umfassen die Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren. Umweltfaktoren können beispielsweise Technologien und Produkte sein, welche eine Person unterstützen oder hindern können eine Aktivität auszuführen.

Es können aber auch Einstellungen von Angehörigen, der Gesellschaft oder von Fachleuten des Gesundheitspersonals sein, welche eine fördernde oder hindernde Wirkung auf die Partizipation eines Menschen haben (WHO, 2005).

Unter personbezogenen Faktoren sind zum Beispiel der Lebensstil, Charakter, Alter oder Ethnie des Menschen gemeint, die nicht Teil des Gesundheitsproblems sind.

Die personbezogenen Faktoren sind nicht Teil der Klassifikation, werden jedoch in der Abbildung 2 miteinbezogen um aufzuzeigen, dass sie Einfluss auf die Interventionen haben können (WHO, 2005).

## 4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die vier ausgewählten Studien zusammengefasst, kritisch gewürdigt und ihre Güte sowie das Evidenzlevel aufgezeigt. Im Anhang «C» sind die dazugehörigen Critical Appraisal (AICA) von Ris und Preusse-Beule (2015) und die Einschätzung der Güte nach Lincoln und Guba (1985) zu finden.

### 4.1 Andrews et al., 2021

Tabelle 4: Übersicht zur Studie von Andrews et al., 2021 – eigene Darstellung

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Titel</b>            | Experiences of Breastfeeding among Disabled Women   |
| <b>Land</b>             | Vereinigte Staaten von Amerika (USA)  |
| <b>Erscheinungsjahr</b> | 2021  |
| <b>Population</b>       | Mütter mit einer oder mehreren kombinierten Behinderungen   |
| <b>Stichprobe</b>       | 24 Mütter mit selbst-identifizierten körperlichen, sensorischen, kognitiven, psychische und entwicklungsbedingten Behinderungen |
| <b>Zielsetzung</b>      | Die erlebten Erfahrungen von Müttern mit Behinderungen in Bezug auf das Stillen   |

#### 4.1.1 Zusammenfassung

Andrews et al. (2021) versuchen in ihrer qualitativen Studie aufzuzeigen, weshalb Frauen mit Behinderungen weniger stillen als Frauen ohne Behinderungen.

Untersucht werden dafür Stillereferenzen von Frauen mit verschiedenen Behinderungen aus den Vereinigten Staaten von Amerika (USA).

Zwischen Februar und Dezember 2016 wurden 24 Frauen mit verschiedenen und teilweise kombinierten, selbst-identifizierten körperlichen, sensorischen, kognitiven, psychischen und entwicklungsbedingten Behinderungen über semistrukturierte Telefon- oder Videointerviews befragt. Die Frauen mussten jeweils mindestens ein Kind in den letzten 18 Jahren geboren haben. Die Studie ist Teil eines grösseren Forschungsprojektes zu den Erfahrungen und Bedürfnissen von Eltern mit Behinderungen.

Die meisten der Frauen äusserten den Wunsch ihr Kind zu stillen. Tatsächlich stillten von den 24 Frauen sieben (29%) über sechs Wochen, 13 (54%) weniger als sechs Wochen und vier Frauen (17%) stillten gar nicht.

Im Rahmen der Gespräche nannten die Frauen unterschiedliche Themen, denen sie im Verlauf des Stillens begegnet waren.

Die Teilnehmerinnen mit sensorischen Behinderungen wie Taub- oder Blindheit begegneten im Stillprozess häufig Kommunikationsschwierigkeiten mit den Stillberatenden. Die Kommunikation wird als inadäquat, inkonsistent, ineffizient und anstrengend beschrieben und löste Frustration bei den Frauen aus. Die Frauen konnten demnach häufig nicht Lippen lesen, da die Fachpersonen kommunikationsabhängige Bedürfnisse der Frauen nicht erkannten und sie nicht ansahen beim Sprechen. Die Verfügbarkeit eines Dolmetschers für Gebärdensprache ist zudem ein Menschenrecht in den USA, welches gemäss Andrews et al. (2021) häufig nicht erfüllt wurde.

Die meisten Teilnehmerinnen der Studie berichten zudem von intensivem Stilldruck und fühlten sich beschämt, wenn Stillprobleme auftraten. Bei Stillproblemen wurden dann in einigen Fällen von den Fachpersonen die mütterlichen Kompetenzen hinterfragt.

Das Ansetzen des Kindes an die Brust, erweist sich für Frauen mit körperlichen Behinderungen als herausfordernd und manchmal unmöglich. Die Milchmenge und mögliche Zufütterung mit Säuglingsmilch ist auch ein häufig genanntes Thema. Die meisten Fachpersonen sehen künstliche Säuglingsmilch nicht als akzeptable Alternative zur Muttermilch an, was bei vielen Frauen zusätzlich Versagens- und Schamgefühle auslöst.

Einige der Teilnehmerinnen haben jedoch auch positive Erfahrungen mit dem Gesundheitspersonal gemacht. So berichtet eine Teilnehmerin über kreative Ansätze zur Stillposition von Beratungspersonen und neutrale Haltungen bezüglich künstlicher Säuglingsmilch.

Die Forschenden gehen aufgrund der Ergebnisse davon aus, dass Frauen mit Behinderungen besonders anfällig sind für Stress und Druck beim Stillen, da die Frauen hoffen, Stillen sei ein Bereich der Elternschaft, welcher durch die Behinderung nicht beeinflusst wird.



Die Forschenden kommen zum Schluss, dass Frauen mit Behinderungen den gleichen Stillwunsch haben wie Frauen ohne Behinderungen. Sie begegnen im Stillprozess speziellen Barrieren und Hindernissen und sind auf faire, personenzentrierte und kulturell kompetente Begleitung angewiesen. Die Frauen sollten dabei in die Entscheidungs- und Lösungsprozesse miteinbezogen werden, da sie häufig eine besondere Stärke in Kreativität und Entschlossenheit zeigen.

#### **4.1.2 Würdigung**

Die Studie von Andrews et al. (2021) befasst sich mit einem relevanten und aktuellen Thema und zeigt so die Relevanz für die Gesundheitsprofessionen auf.

Der Zweck der Studie ist präzise und nachvollziehbar und wird mit aktueller Literatur begründet. Dabei wird auf eine explizite Fragestellung verzichtet, was das Verständnis des Forschungszieles aber nicht mindert.

Der qualitative Ansatz bietet einen tieferen Einblick in die gelebten Erfahrungen der Frauen und passt zur Zielsetzung. Die Stichprobe dieser Studie wurde aus der Stichprobe des grösseren Forschungsprojekts gezogen. Dieses Vorgehen wird nicht begründet und ist somit nicht nachvollziehbar. Da sich die Frauen freiwillig gemeldet haben, kann von einer besonders negativen oder positiven Erfahrung ausgegangen werden, was einen Einfluss auf die Aussagekraft der Ergebnisse haben könnte. Die Frauen der Stichprobe gehören mehrheitlich derselben Ethnie, Bildungsstand und sexueller Orientierung an und sind daher nur wenig repräsentativ für die Population. Die regionale Verteilung über die USA ist jedoch ausgewogen. Da die Erfahrungen bis zu 18 Jahre her sind, muss mit einer möglichen Erinnerungsverzerrung gerechnet werden. Eine Datensättigung wird nicht erwähnt. Die Datenerhebung eignet sich für das gewählte Studiendesign, allerdings hätte sie besser beschrieben werden können. Die Stichprobengrösse ist mit 24 Personen typisch für einen qualitativen Forschungsansatz. Die drei Forscherinnen gehören selbst der Population an, was sie als Vorteil sehen, um sich besser in die Erlebnisse einfühlen zu können. Dabei könnten sie Einfluss auf die Datenverarbeitung genommen haben. Die Datenanalyse wurde allerdings detailliert beschrieben und ist präzise, glaubwürdig und nachvollziehbar und stellt eine Stärke der Studie dar. Die Analysemethoden sind referenziert. Es wird nicht erwähnt, ob eine Genehmigung eines Ethikkomitees eingeholt wurde. Das grössere Forschungsprojekt ist allerdings noch nicht

abgeschlossen. Die Ergebnisse werden mit Zitaten im Kontext verankert und sind präzise in ihrer Bedeutung. Vor jedem Zitat wird erläutert, um welche Behinderung es sich handelt, was die Nachvollziehbarkeit stärkt. Die Hauptthemen sind logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar. Eine Tabelle mit den Themen steht als Ergänzung zum Text zur Verfügung. Die Diskussion der Ergebnisse ist logisch und nachvollziehbar und mit bereits vorhandenen Erkenntnissen verknüpft. Es werden Empfehlungen für die Praxis genannt. Ausführliche Limitationen sind angegeben.

#### **4.1.3 Einschätzung der Güte**

Gemäss der Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) ist die Bestätigung aufgrund fehlender Begleitung oder Datenverifizierung durch externe Personen nicht gegeben. Zudem gehören alle Forschenden zugleich zur Population, was eine Datenverzerrung begünstigt. Die Zuverlässigkeit wird nur teilweise erreicht, da zwar ein regelmässiger und zeitnaher Austausch zwischen den Forschenden stattfand, aber nicht beschrieben wird, ob ein Gremium die Datenanalyse geprüft hat. Zudem wird nicht erwähnt, ob eine Dokumentation der Entscheidungsprozesse stattfand. Die Glaubwürdigkeit wird mehrheitlich erreicht, da sich die Forschenden bei der Analyse und Codierung abwechselten und Kontrastfälle berücksichtigt werden. Es wurde allerdings keine Überprüfung durch die Teilnehmerinnen durchgeführt. Die Übertragbarkeit wird durch die präzise Beschreibung der Teilnehmerinnen, vielen Zitaten und gelungenen Theorie-Praxis Transfers gewährleistet. Das Evidenzlevel entspricht der untersten Stufe, dem S-Level «studies» nach DiCenso et al. (2009).

## 4.2 Powell et al., 2018

Tabelle 5: Übersicht zur Studie von Powell et al., 2018 – eigene Darstellung

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Titel</b>            | Breastfeeding Among Women With Physical Disabilities in the United States   |
| <b>Land</b>             | Vereinigte Staaten von Amerika (USA)  |
| <b>Erscheinungsjahr</b> | 2018  |
| <b>Population</b>       | Mütter mit einer körperlichen Behinderung   |
| <b>Stichprobe</b>       | 25 Mütter mit einer körperlichen Behinderung, welche sie beim Gehen oder Gebrauch der Hände oder Arme einschränkt.  |
| <b>Fragestellung</b>    | (1) Welche Faktoren fördern oder unterstützen das Stillen bei Frauen mit körperlichen Behinderungen?<br>(2) Auf welche Hindernisse stossen Frauen mit körperlichen Behinderungen im Zusammenhang mit dem Stillen? |

### 4.2.1 Zusammenfassung

Powell et al. (2018) gingen in ihrer qualitativen Studie der Fragestellung nach, auf welche Förderfaktoren und Hindernisse Frauen mit einer körperlichen Behinderung im Verlauf des Stillprozesses stossen. Die Ergebnisse sollen weitere Erkenntnisse liefern, weshalb genannte Frauen weniger oft stillen als Frauen ohne körperliche Behinderung.

Die 25 Teilnehmerinnen wurden über einen Zeitraum von drei Monaten im Jahr 2014 mittels eines semistrukturierten Telefoninterviews befragt. Die Mütter haben eine körperliche Behinderung, welche sie beim Gehen oder dem Gebrauch der Arme oder Hände einschränkt und mussten in den letzten zehn Jahren mindestens einmal ein Kind geboren haben.

Die Teilnehmerinnen nutzten eine Vielzahl von Hilfsmitteln, Strategien und Unterstützung, um eine Ernährung mit Muttermilch zu ermöglichen. Für viele Frauen war aufgrund physischer Einschränkungen das Finden der richtigen Stillposition mit viel Geduld und Zeit verbunden. Dafür wurden häufig unterstützende Faktoren und Hilfsmittel, wie unterschiedliche Kissen oder Techniken verwendet. Dabei waren viele Frauen zusätzlich auf physische Unterstützung der Hebamme, des Partners oder weiterer Personen angewiesen. Diese halfen ihr, das Kind zu positionieren oder hielten es, während sie stillten. Wenn beim längeren Halten des Kindes

Schwierigkeiten auftraten, so wurde manchmal anstelle des direkten Stillens eine Milchpumpe genutzt. Einige der Frauen konnten so ohne fremde Hilfe Muttermilch gewinnen. Andere erhielten auch dabei Hilfe von vertrauten Personen.

Der Austausch in einer Peergroup wurde von den Frauen als sehr hilfreich eingeschätzt. Dadurch erhielten sie Ratschläge für Hilfsmittel und Positionen. Der Austausch diente zudem einer Teilnehmerin als Entscheidungshilfe, ob sie generell stillen möchte. Frauen welche Peersupport nutzten erklärten, dass es helfe, Teil einer Gemeinschaft zu sein.

Die Teilnehmerinnen nannten ausserdem einige Umstände, welche sich kurz- oder langfristig negativ auf das Stillen oder die Ernährung mit Muttermilch auswirkten. Einige Frauen erhielten zu wenig Unterstützung durch die Stillberatung. Dabei konnte diese oft keine adaptiven Techniken vorschlagen, worauf teilweise der Partner half und Techniken entwickelte. Des Weiteren fehlte einigen Frauen nach dem Austritt aus der Klinik die Betreuung zu Hause gänzlich.

Oft war eine zu geringe Milchmenge eines der ersten zentralen Probleme. Als Ursachen wurden unter anderem extrem früh geborene Kinder und verzögertes Ansetzen genannt. Die meisten Frauen mit Einschränkung der Arme oder Hände erlebten Schwierigkeiten beim Ansetzen des Kindes.

Als weitere Barriere nannten einige Frauen das fehlende Fachwissen über Probleme und Komplikationen, die nur aufgrund ihrer Behinderung auftreten, ausgelöst durch das Stillen oder mögliche Einflüsse durch die medikamentöse Behandlung der Frau. Das Fehlen behinderungsspezifischer Informationen wurden von den meisten generell als Hindernis angesehen, da die abgegebenen Informationen nicht behinderungsspezifisch verfasst waren und sich so als nutzlos erwiesen.

Die Forschenden kommen zum Schluss, dass das Fachpersonal mehr auf die individuellen Bedürfnisse und Erfahrungen der betroffenen Frau achten muss. Zudem sollte besserer Zugang zu Peersupport, individuelle Unterstützung und geeignete Hilfsmittel geschaffen werden. Powell et al. (2018) sind der Ansicht, dass dafür Empfehlungen und Richtlinien entwickelt, sowie das Fachpersonal entsprechend geschult werden muss.

#### 4.2.2 Würdigung

Die Studie von Powell et al. (2018) befasst sich mit einem aktuellen Thema, dessen Relevanz für die Gesundheitsprofessionen ausführlich aufgezeigt wird. Das Phänomen wird nachvollziehbar beschrieben und mit ausreichender Literatur referenziert. Die Forschungsfrage ist klar und präzise formuliert.

Der qualitative Ansatz ist passend zur Zielsetzung gewählt und eignet sich für das Forschungsdesign. Die Studie ist Teil eines grösseren Forschungsprojekts. Die Stichprobe wurde aber unabhängig gezogen. Die Stichprobenziehung ist für den Ansatz geeignet und die Stichprobengrösse ist angemessen und wird mit der Datensättigung begründet. Die Stichprobe ist aufgrund mangelnder Ausgewogenheit nur bedingt repräsentativ für die Population. Das Setting und die Teilnehmercharaktere werden reichhaltig beschrieben und sind als Ergänzung zum Text in einer Tabelle ersichtlich.

Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung wird explizit dargestellt und klar beschrieben. Um die Durchführbarkeit zu testen, wurde vorab ein Feldtest durchgeführt. Unklar ist, ob die drei Teilnehmerinnen des Feldtests in die Erhebung inkludiert wurden. Weiter wurde nicht erwähnt, ob zusätzliche Notizen zu den Transkripten geführt wurden. Die Datenanalyse wird verständlich und nachvollziehbar beschrieben und gewählte Analysemethoden sind referenziert. Es wird keine Dokumentation zu analytischen Entscheidungen erwähnt. Die Datenanalyse wurde regelmässig mit der Forschungsleitung besprochen. Die Forschenden deklarieren keinen möglichen Interessenskonflikt mit den Teilnehmerinnen. Es wird nicht erwähnt, ob eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt wurde oder ob sie gesamthaft für das Forschungsprojekt eingeholt wird. Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten und sind im Kontext präzise in ihrer Bedeutung verankert. Die Forschenden formulieren Kategorien, welche die Beleuchtung des Phänomens als Ganzes unterstützen. Die Kategorien sind logisch konsistent, nachvollziehbar und werden durch Zitate unterlegt. Aus den Zitaten lässt sich nicht schliessen, von welcher der unterschiedlichen Behinderungen die Frau betroffen war, was die Nachvollziehbarkeit mindert. Die Diskussion und Schlussfolgerung schaffen ein besseres Verständnis des Phänomens. Die Ergebnisse werden mit bestehender

Literatur in Bezug gesetzt. Es werden Empfehlungen für die Praxis genannt und ausführliche Limitationen angegeben.

#### **4.2.3 Einschätzung der Güte**

Gemäss den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) ist die Bestätigung nicht gegeben, da keine Begleitung durch externe Personen oder Rechnungsprüfung stattfand. Die Forschenden deklarieren jedoch keinen Interessenskonflikt mit den Teilnehmerinnen zu haben. Die Zuverlässigkeit wird nur teilweise erreicht, da nicht beschrieben wird, ob das Forschungsteam regelmässig die Datenerhebung oder Datenanalyse reflektiert hat, dies jedoch durch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter mit der Forschungsleitung stattfand. Es fand keine Prüfung der Datenanalyse durch ein hochschulinternes oder- externes Gremium statt und es wird keine Dokumentation analytischer Entscheidungen erwähnt.

Die Glaubwürdigkeit wird nicht erreicht, da weder Triangulation noch eine Überprüfung der Ergebnisse durch die Teilnehmerinnen durchgeführt wurde.

Lediglich die Datensättigung wird angegeben.

Die Übertragbarkeit wird durch die reichhaltige Beschreibung der Teilnehmerinnen und eine nachvollziehbare Präsentation der Resultate gewährleistet. Die Zitate sind passend, jedoch nicht referenziert.

Das Evidenzlevel entspricht der untersten Stufe, dem S-Level «studies» nach DiCenso et al. (2009).

### 4.3 Williams et al., 2019

Tabelle 6: Übersicht zur Studie von Williams et al., 2019 – eigene Darstellung

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Titel</b>            | «Nobody knows, or seems to know how rheumatology and breastfeeding works»: Women's experiences of breastfeeding whilst managing a long-term limiting condition – A qualitative visual methods study                                 |
| <b>Land</b>             | Vereinigtes Königreich (UK)   |
| <b>Erscheinungsjahr</b> | 2019  |
| <b>Population</b>       | Mütter mit rheumatischen Autoimmunerkrankungen (ARD)  |
| <b>Stichprobe</b>       | 13 Mütter mit rheumatischen Autoimmunerkrankungen (ARD) einschliesslich <i>rheumatischer Arthritis</i> , <i>systemischen Lupus</i> und <i>Dermatomyositis</i>   |
| <b>Fragestellung</b>    | Diese Studie zielt darauf ab, die gelebten Erfahrungen von Frauen mit ARD zu verstehen, um potenzielle Barrieren und Förderfaktoren des Stillens zu identifizieren und Elemente einer massgeschneiderten Intervention zu ermitteln. |

#### 4.3.1 Zusammenfassung

Die qualitative Studie von Williams et al. (2019) befasst sich mit den Stillereferenzen von Frauen mit rheumatischen Autoimmunerkrankungen (ARD). Williams et al. (2019) versuchen, potenzielle Barrieren und Förderfaktoren zu identifizieren und angepasste Interventionen zu ermitteln. Die Ergebnisse sollen weitere Erkenntnisse liefern, weshalb genannte Frauen nicht stillen können, wollen oder dürfen.

Die Studie fand im Vereinigten Königreich statt und war Teil einer STAR-Family Studie, welche den Verlauf von Präkonzeption, Schwangerschaft und Elternschaft betroffener Familien untersuchte.

Die Stichprobe für die vorliegende Studie wurde gezielt aus den 128 Frauen der Umfrage gezogen. Davon erfüllten 13 Frauen das Einschlusskriterium von mindestens einem Kind unter fünf Jahren. Die Forschenden wählten einen personenzentrierten Ansatz für die Befragung, indem sie vorab einen Zeitstrahl über die gesamte Zeit der Elternschaft erstellten und das narrative Interview danach

richteten. Der Zeitstrahl wurde den Teilnehmerinnen vorab zugesandt und diente als Gedächtnisstütze. Die Interviews fanden bei den Frauen zu Hause oder per Telefon statt.

Die 13 befragten Frauen hatten unterschiedliche rheumatische Autoimmunerkrankungen, einschliesslich rheumatischer Arthritis, systemischen Lupus und Dermatomyositis. Die Frauen sprachen nebst der Säuglingsernährung über eine grosse Bandbreite an Themen über die Mutterschaft, welche in diese Studie nicht mit einfliessen und nicht genannt werden.

Die meisten Teilnehmerinnen wollten stillen und erhofften sich einen protektiven Einfluss der Muttermilch auf eine allfällige zukünftige rheumatische Erkrankung ihrer Kinder. Viele Frauen mussten feststellen, dass es generell sehr wenig Informationen zum Thema ARD und Stillen gibt, beziehungsweise zugänglich sind. Informationen über Stillen und Medikamente waren zudem inkonsistent. Weiter unterschieden sich die Empfehlungen diesbezüglich deutlich zwischen den Gesundheitsprofessionen. Einer Teilnehmerin wurde beispielsweise geraten, mit der Medikation weiter zuzuwarten und ihre ARD alternativ zu therapieren damit sie länger stillen kann. Dies, obwohl der Start mit der Medikation bereits mit ihrem behandelnden Arzt besprochen war.

Viele Frauen nannten zudem einen generellen Mangel an Unterstützung und Empathie durch die medizinischen Fachkräfte. Die Teilnehmerinnen fühlten sich durch die Fachpersonen sowie Familienmitglieder gedrängt zu stillen, länger zu stillen, trotz Kontraindikationen weiter zu stillen oder sofort mit dem Stillen aufzuhören. Die Frauen nennen besonders Hebammen als zu richtlinienfokussiert und wenig personenzentriert. Einige Fachpersonen hatten zum Teil eine negative Haltung bezüglich künstlicher Säuglingsnahrung und äusserten diese gegenüber den Frauen.

Viele Frauen berichteten zudem von Schuldgefühlen, weil sie nicht stillen wollten, konnten oder durften. Weiter schämten sie sich, wenn sie beispielsweise nicht stillten, um die Medikation fortzusetzen. Die Frauen fühlten dann oft Scham, da sie das Gefühl hatten, sie stellten ihre Gesundheit über die ihres Kindes.

Die Studie legt dar, dass die Medikamentenunsicherheit einen Schlüsselfaktor für die Entscheidungsfindung der Frauen darstellt.



Die Forschenden kommen zum Schluss, dass es Frauen mit einer ARD aufgrund fehlender Information und Unterstützung seitens des Gesundheitspersonals schwerfällt, eine informierte Entscheidung bezüglich des Stillens zu treffen. Stattdessen fühlen sie sich oftmals zum Stillen gedrängt oder sind mit Schuldgefühlen konfrontiert, wenn sie nicht stillen können oder wollen. Frauen mit ARD beim Stillen zu unterstützen, benötigt individuell zugeschnittene, personenzentrierte und wertfreie Betreuung durch entsprechend geschultes Personal.

### **4.3.2 Würdigung**

Die Thematik der Studie ist aktuell und die Relevanz für die Gesundheitsprofessionen wird aufgezeigt. Das Phänomen ist nachvollziehbar beschrieben und wird mit mehrheitlich aktueller Literatur referenziert. Das Ziel der Forschungsarbeit ist explizit dargestellt. Der gewählte qualitative Ansatz passt zur Fragestellung. Die Stichprobe von 13 Teilnehmerinnen ist klein und die gezielte Stichprobenziehung wird nicht nachvollziehbar begründet. Eine Sättigung der Daten wird mit dem Konzept der Informationskraft begründet und gilt somit als erreicht. Das Setting und die Teilnehmenden sind reichhaltig beschrieben und die Teilnehmenden sind als Informanten der Studie geeignet. Die Datenerhebung wird ungenügend beschrieben und ist schwer nachvollziehbar. Es wird erwähnt, dass diese Studie Teil einer grösseren mixed-method STAR Family Studie, diese wird allerdings kaum näher beschrieben. Die 13 Frauen sprachen laut den Forschenden über verschiedene Themen nebst der Säuglingsernährung. Die weiteren Themen werden nicht erläutert. Die Diskussionspunkte zur Säuglingsernährung wurden in diese Teilstudie aufgenommen. Die Forschenden schreiben, einerseits auf Themenvorgaben zu verzichten, da die Teilnehmerinnen die Themen selbst bestimmen sollen, erwähnen andererseits aber, dass die Frauen vorab ein Informationsblatt mit relevanten Themen erhielten. Hierbei widersprechen sie sich. Die Forschenden entschieden sich für einen personenzentrierten Ansatz in Form des zeitstrahlorientierten narrativen Interviews. Das Konzept des verwendeten Zeitstrahls wird referenziert. Die Forschenden legen persönliche Interessen dar und reflektieren und begründen ihre Ansätze nachvollziehbar. Diese beiden Punkte stellen eine Stärke der Studie dar.

Die Datenanalyse ist klar und nachvollziehbar beschrieben und die Analysemethode referenziert. Eine Genehmigung durch ein Ethikkomitee erfolgte und die Frauen unterschrieben eine Einverständniserklärung. Eine Dokumentation analytischer Entscheidungen wird geführt. Die Ergebnisse werden präzise formuliert in Kategorien unterteilt und mit Zitaten ergänzt. Von den gesamthaft 13 Frauen wurden nur drei in den acht Zitaten zitiert. Drei Zitate davon stammen von einer Zwillingsmutter. Die einseitigen Zitate und das nicht vergleichbare Beispiel einer stillenden Zwillingsmutter reflektieren nur bedingt die Reichhaltigkeit der Daten. Die drei Hauptthemen sind logisch konsistent und nachvollziehbar formuliert. Sie unterscheiden sich inhaltlich, nehmen aber regelmässig Bezug zum Phänomen, was zum Verständnis beiträgt. Die Forschenden erwähnen, dass die Frauen auch über andere Themen diskutierten, diese werden im Ergebnisteil jedoch nicht erwähnt. Nicht ersichtlich ist, ob sie in einer Form Einfluss auf die Ergebnisse nehmen, was keine ganzheitliche Beleuchtung des Phänomens zulässt. Der zweite Teil der Fragestellung über die Förderfaktoren wird erst in der Diskussion erwähnt. Die Forschungsfrage wird beantwortet und es findet ein Theorie-Praxis-Transfer statt. Es werden Implikationen für die Praxis formuliert. Limitationen sind keine genannt.

### **4.3.3 Einschätzung der Güte**

Nach den Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) wird die Bestätigung nicht erreicht, da keine Begleitung durch eine externe Person stattfand und die erhobenen Daten nicht transparent dargestellt sind. Die Zuverlässigkeit wird nur mehrheitlich erreicht, da die Datenanalyse im Kollektiv erarbeitet wurde, aber nicht erwähnt wird, ob die Datenanalyse durch ein Gremium überprüft wurde. Eine Dokumentation der Forschungsschritte ist beschrieben. Die Glaubwürdigkeit ist nur teilweise gegeben, da die Forschenden in stetigem Austausch standen, jedoch keine Triangulation und keine Datenüberprüfung der Teilnehmenden durchgeführt wurden. Die Übertragbarkeit ist mehrheitlich gewährleistet, denn die Teilnehmenden sind reichhaltig beschrieben und der Theorie-Praxis Transfer ist nachvollziehbar. Die Zitate sind allerdings nur wenig plausibel, was die Übertragbarkeit schwächt. Das Evidenzlevel entspricht der untersten Stufe, dem S-Level «studies» nach DiCenso et al (2009).

## 4.4 Wieczorek et al., 2016

Tabelle 7: Übersicht zur Studie von Wieczorek et al., 2016 – eigene Darstellung

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Titel</b>            | The struggle for inter-professional teamwork and collaboration in maternity care: Austrian health professionals' perspectives on the implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative  |
| <b>Land</b>             | Österreich  |
| <b>Erscheinungsjahr</b> | 2016  |
| <b>Population</b>       | Hebammen, ärztliches Personal, Stillberaterinnen und Stillberater und Pflegepersonen mit Bezug zur BFHI   |
| <b>Stichprobe</b>       | 35 Gesundheitsfachpersonen und ein Qualitätsmanager   |
| <b>Fragestellung</b>    | (1) Welche Ansätze haben Gesundheitsprofessionen zu Geburt und Stillen? (2) Wie funktioniert die Zusammenarbeit angesichts professioneller und räumlicher Grenzen? (3) Welche Strategien verfolgen die Gesundheitsfachkräfte bei ihrem Engagement innerhalb der BFHI? |

### 4.4.1 Zusammenfassung

Die WHO und UNICEF haben 1991 die Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) ins Leben gerufen, die zur Förderung und Unterstützung des Stillens auf Entbindungsstationen auffordert. Dabei werden 10 Schritte zum erfolgreichen Stillen in der Klinik durchgesetzt, damit sie dieses Label tragen darf. Die qualitative Studie von Wieczorek et al. (2016) versucht, ein tieferes Verständnis für Faktoren im interprofessionellen Team zu erlangen, die die Umsetzung der BFHI erschwert. Untersucht werden die unterschiedlichen Ansätze der Gesundheitsprofessionen zu Geburt und Stillen, wie die Zusammenarbeit angesichts der professionellen und räumlichen Trennung gelingt und mit welchen Strategien die Gesundheitsprofessionen die Umsetzung der BFHI verfolgen. Die Stichprobe wurde gezielt aus drei urbanen Krankenhäusern in Österreich gezogen. Zwei der Spitäler besaßen bereits ein BFHI Zertifikat, das Dritte arbeitete während dieser Studie an der ersten BFHI Zertifizierung. Basierend auf einer Konsultation mit einem Experten, wurden 35 Gesundheitsfachpersonen sowie ein Qualitätsmanager ausgewählt. Die Stichprobe bestand aus elf Hebammen, elf Pflegefachpersonen, acht Fachärztinnen und Fachärzten der Gynäkologie, drei der

Pädiatrie und zwei der Anästhesie sowie einem Qualitätsmanager, welcher eine wichtige Rolle in der Umsetzung der BFHI spielte. Bei der Rekrutierung wurde darauf geachtet, dass möglichst unterschiedliche Dienstalter und Professionen vertreten waren. Zwischen August und Dezember 2013 wurden die 36 Interviews durchgeführt. Ein Interviewleitfaden diente dabei als Gedächtnisstütze oder Erzählanregung. Die ersten vier Interviews im ersten Spital dienten als Feldtest.

Letztlich wurden die Hauptergebnisse der Datenanalyse den Teilnehmenden zugesandt, um gewonnene Erkenntnisse zu bestätigen oder zu diskutieren.

Wieczorek et al. (2016) nennen als grundlegenden Aspekt, der bei der interprofessionellen Zusammenarbeit beachtet werden muss, die unterschiedlichen Ansätze zu Geburt und Stillen. Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte verfolgen demnach einen biomedizinischen Ansatz, während Hebammen einen natürlichen Ansatz zu Mutterschaft und Geburt verfolgen.

Dies führt dazu, dass durch die unterschiedlichen Ansätze des Gesundheitspersonals die BFHI unterschiedlich in die Praxis umgesetzt wird. Während die Pflegefachpersonen rasch interventionsreiche Strategien wie Milchpumpe und Brusthütchen einsetzen, sehen Hebammen das Stillen als natürlichen Prozess und unterstützen und bestätigen die Frauen in ihrem Können und Lernen. Die BFHI wird von ihnen als Basis angesehen, welche primär die Mutter-Kind-Beziehung fördert und emotionale Betreuung voraussetzt. Der Individualismus ist ihnen sehr wichtig. Wohingegen das ärztliche und auch pflegerische Personal gemäss den Hebammen nur den Nutzen und die Evidenz vom Stillen sieht. Sämtliche Teilnehmende sehen die Integration der BFHI als wichtig an und wissen, dass es eine weitreichende Zusammenarbeit und Kommunikation erfordert. Das gemeinsame Ziel kann jedoch nicht komplett umgesetzt werden, da sich die Fachleute über die Umsetzung nicht einigen können. Da jede Profession andere Ansätze verfolgt, muss zuerst ein Konsens gefunden werden. Hebammen und Pflegefachpersonen haben den Tätigkeitsbereich klar aufgeteilt und die Ärztinnen und Ärzte übergeben die Aufgaben zur Umsetzung der BFHI an sie. Zusätzlich erschwert die räumliche Trennung der Professionen die Zusammenarbeit, da so kein Platz für einen Austausch besteht. Dadurch werden teilweise verschiedene Empfehlungen abgegeben, was einen möglichen Konkurrenzkampf begünstigt. Die

Professionen sind sich einig, dass interprofessionelle Treffen während der BFHI Zertifizierung regelmässig und gewissenhaft geführt wurden, nach Erhalt des Zertifikats allerdings an Kontinuität deutlich abnahmen.

Pflegeschwestern halten sich tendenziell sehr strikt an die vorgegebenen Richtlinien und nutzen die schriftliche Regelung aller Eventualitäten als Rückhalt und Rechtfertigung ihrer Tätigkeiten. Die Hebammen sehen die BFHI als Ergänzung zu ihrem eigenen Ansatz und setzen die Richtlinien eher flexibel ein. Während Pflegeschwestern dieses Verhalten als besorgniserregend einschätzen, stören sich die Hebammen am richtlinienfokussierten Handeln der Pflegenden. Ärztinnen und Ärzte versuchen dabei, ihre Beteiligung auf ein Minimum zu reduzieren.

Die Forschenden kommen zum Schluss, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit auf Entbindungsstationen durch unterschiedliche Ansätze und Herangehensweisen sowie tiefsitzende berufliche Zuständigkeiten und räumliche Trennung der Professionen eingeschränkt wird. Um eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit zu erreichen ist es wichtig, kontinuierlich in die Fähigkeiten und Kompetenzen jedes Einzelnen zu investieren und mögliche Konflikte zwischen den Professionen zu beheben.

#### **4.4.2 Würdigung**

Die Studie erforscht ein wichtiges Thema zur interprofessionellen Zusammenarbeit, da diese Form von Teamarbeit immer mehr an Bedeutung gewinnt. Das Phänomen wird nachvollziehbar beschrieben und mit passender Literatur referenziert. Das Ziel der Studie ist explizit dargestellt. Die Signifikanz wird diskutiert.

Der gewählte qualitative Ansatz ist logisch und wird ausführlich begründet. Die Stichprobengrösse ist für eine qualitative Studie angemessen und repräsentativ für die Population, da gezielt verschiedene Professionen und unterschiedliche Dienstleister ausgewählt wurden. Das Setting und die Teilnehmenden sind ausreichend beschrieben. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erleben die Problematik in ihrem Berufsalltag und eignen sich daher als Informanten. Die Datenerhebung wird ausführlich aufgezeigt und der Interviewleitfaden im Anhang angefügt. Die Datensättigung wird angegeben und die Selbstbestimmung der Teilnehmenden diskutiert. Die Datenanalyse ist präzise, glaubwürdig und nachvollziehbar beschrieben und die Analysemethoden referenziert. Die

Forschenden trafen sich zu regelmässigen Teamsitzungen und zogen zwei externe Personen zur Beratung bei. Jeder Forschungsschritt wurde nebst der Forschungsleiterin von unterschiedlichen Co-Forscherinnen und Co-Forschern betreut. Die Hauptergebnisse wurden den Teilnehmenden vor Veröffentlichung zugesandt. Eine Dokumentation analytischer Entscheidungen wird nicht beschrieben. Die Studie wurde von einem Ethikkomitee genehmigt und relevante Fragen wurden diskutiert.

Die Ergebnisse werden in Kategorien unterteilt, im Kontext verankert und mit einigen passenden Zitaten ergänzt. Sie sind präzise formuliert, logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar. Die Kategorien sind mit jeweils kurzen Zitaten tabellarisch abgebildet.

Die Diskussion bietet, unter Einbezug weiterer Literatur, ein besseres Verständnis des Phänomens und beantwortet die Forschungsfragen. Die Ergebnisse sind für die Gesundheitsprofessionen relevant und es werden ausführliche Implikationen für die Praxis genannt.

#### **4.4.3 Einschätzung der Güte**

Die Bestätigung nach Lincoln und Guba (1985) ist durch die transparente Darstellung der Daten sowie die Begleitung zweier externer Personen gegeben. Die Zuverlässigkeit ist mehrheitlich erreicht, da die Daten in regelmässigen Nachbesprechungen diskutiert wurden und mehrere Forschende in die Prozesse einbezogen waren. Es wird jedoch nicht beschrieben, ob ein hochschulinternes oder -externes Gremium die Datenanalyse geprüft hat. Die Glaubwürdigkeit wird erreicht, da eine Triangulation der Daten durch die verschiedenen Professionen stattfand und die Daten zur Überprüfung den Teilnehmenden zugesandt wurden.

Die Übertragbarkeit wird durch die Verwendung plausibler Zitate, den reichlich beschriebenen Teilnehmern und ausführlichen und nachvollziehbaren Implikationen für die Praxis gesichert.

Das Evidenzlevel entspricht der untersten Stufe, dem S-Level «studies» nach DiCenso et al. (2009).

## 5 Diskussion

In der vorliegenden Bachelorarbeit wurde in Form einer Literaturliteraturarbeit mit vier Studien der interprofessionelle Betreuungsbedarf von Müttern mit einer körperlichen Behinderung beim Stillen ihrer Säuglinge erforscht. Die Ergebnisse lieferten verschiedene, häufig genannte Problemfelder und konnten inhaltlich in vier Kapitel unterteilt werden, wobei sich mangelnde Informationen und Unterstützung als übergeordnetes Thema darstellten. Als weitere Themen werden in diesem Kapitel Schuld-, Scham- und Druckgefühle, Stillprobleme und Interprofessionalität diskutiert.

Die vier gewählten Studien von Andrews et al. (2021), Powell et al. (2018), Williams et al. (2019) und Wieczorek et al. (2016) sind lediglich bedingt vergleichbar, da es sich um unterschiedliche Behinderungen der Mütter handelt. Grundsätzlich untersuchen Andrews et al. (2021), Powell et al. (2018) und Williams et al. (2019) ein vergleichbares Phänomen, jedoch unterscheiden sie sich in deren Stichproben. Die Studie von Wieczorek et al. (2016) beschäftigt sich mit der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Umsetzung der BFHI und ermöglicht einen Theorie-Praxis Transfer der vorangegangenen Studienergebnisse.

### 5.1 Informationen und Unterstützung

Powell et al. (2018) stellen fest, dass es den Gesundheitsfachpersonen in Bezug auf Stillen häufig an Fachwissen bezüglich der Aspekte über körperliche Behinderungen und den daraus entstehenden Barrieren mangelt. Dies spiegelt sich unter anderem in abgegebenen Informationsblättern, welche für Frauen ohne Einschränkungen verfasst sind (Powell et al., 2018). Diese Informationen nehmen keine Rücksicht auf die Bedürfnisse von Frauen mit körperlicher Behinderung und erweisen sich für diese als unbrauchbar (Powell et al., 2018). Williams et al. (2019) stellen zudem fest, dass die Fachpersonen häufig keine Erfahrung über einen möglichen negativen Einfluss des Stillens auf den Verlauf der Behinderung oder mögliche Komplikationen haben. Einen zentralen Aspekt der mangelnden Informationen stellt ausserdem die Medikation der Frau dar (Williams et al., 2019). Powell et al. (2018) machen ebenfalls auf das mangelhafte Fachwissen der Fachpersonen bezüglich der Medikamente aufmerksam. Die Empfehlungen durch die Gesundheitsprofessionen unterschieden

sich in diesem Bereich und die verfügbaren Informationen erwiesen sich als inkonsistent (Williams et al., 2019). Diese unterschiedlichen Empfehlungen und Unsicherheiten der betroffenen Frauen führen laut Williams et al. (2019) zu Schuld- und Schamgefühlen, was wiederum Stillprobleme begünstigen kann (Abou-Dakn, 2016).

Betroffene Frauen berichten, dass sich Peersupport als sehr hilfreich erwiesen hat (Powell et al., 2018). Die Erfahrungen und Tipps bezüglich Anpassungen, Hilfsmitteln oder Stillpositionen von Müttern mit einer ähnlichen Behinderung werden von Williams et al. (2019) ebenfalls als wertvoll angesehen. Durch die Integration in ein Netzwerk gelangen Frauen besser an Peersupport, an welchen sie sich beispielsweise auch während der Elternzeit wenden können. Denn gemäss Powell et al. (2018) fehlte den Frauen nach der Entlassung nach Hause oft nachbetreuendes Fachpersonal oder Ansprechpersonen, weshalb häufig die Partnerin oder der Partner oder weitere Familienangehörige die Unterstützung übernahmen. Dies war unter anderem dadurch bedingt, dass einige Frauen in ländlichen oder schwer zugänglichen Gebieten wohnen (Powell et al., 2018). Nach der ICF stellt der Wohnort daher einen Förderfaktor bei gutem Zugang und Barriere bei schlechtem Zugang zu Fachpersonen dar (WHO, 2005). Unter Berücksichtigung des Betreuungsbogens nach Sayn-Wittgenstein (2007) könnte die Kontinuität der Hebammenbetreuung im Wochenbett eine Alternative zum Peer Netzwerk darstellen.

Aus diesen Resultaten lässt sich schliessen, dass das Gesundheitspersonal häufig ungenügendes Fachwissen über die Behinderung selbst und die behinderungsabhängigen Bedürfnisse und Barrieren besitzt. Die Leitlinie von Bertschy et al. (2020) über die Betreuung von querschnittgelähmten Müttern bestätigt, dass gewisse Unterschiede zur Betreuung einer gesunden Frau bestehen. Zudem scheint es, als ob der Einfluss des Stillens auf die Behinderung und die Milchgängigkeit der Medikamente den Fachpersonen häufig unklar ist. Dies obwohl Abou-Dakn (2016) die gewissenhafte Prüfung der Milchgängigkeit in Anbetracht toxischer Konzentrationen beim Neugeborenen als wichtig hervorhebt. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Erlebnisse bis zu 18 Jahre zurückliegen. Die Stillverträglichkeit von Medikamenten wurden in den letzten Jahren zunehmend erforscht und auf Webseiten zugänglich gemacht. Es scheint, dass die Beratung durch die einzelnen Professionen teilweise grosse Unterschiede aufweist. Diese



Unterschiede legen nahe, dass die involvierten Fachpersonen weder im Austausch miteinander standen noch im interprofessionellen Kontext zusammengearbeitet haben. Die Aussagen müssen jedoch mit Vorsicht betrachtet werden, da die Studien mit teilweise bis zu 18 Jahren alten Erinnerungen verfasst wurden und es zu Verzerrungen der Erinnerungen kommen kann.

## **5.2 Schuld-, Scham- und Druckgefühle**

Andrews et al. (2021) stellen fest, dass die meisten Frauen mit einer körperlichen Behinderung stillen möchten. Doch in einigen Fällen kann, darf oder möchte die Mutter ihr Kind nicht stillen. Dies kann verschiedene Gründe haben, wie beispielsweise die medikamentöse Behandlung der Mutter, eine verminderte Milchproduktion durch eine Lähmung oder schlichtweg auf Wunsch der Mutter (Andrews et al., 2021; Powell et al., 2018; Williams et al., 2019).

Gemäss Williams et al. (2019) entscheiden sich einige Frauen gegen das Stillen, um auf Anraten der Rheumatologin oder des Rheumatologen möglichst rasch die medikamentöse Behandlung fortzusetzen, welche während der Schwangerschaft ausgesetzt wurde. Dieser Wunsch wird von Hebammen und Stillberaterinnen und Stillberatern oft denunziert (Andrews et al., 2021; Williams et al., 2019). Dadurch fühlen sich die Frauen schuldig und haben das Gefühl, dass sie ihre eigene Gesundheit über die ihres Kindes stellen würden (Williams et al., 2019). Zudem berichten Andrews et al. (2021), dass einigen Frauen erklärt wurde, ohne Stillen könne man keine Bindung zum Kind aufbauen, da sie zu wenig Körperkontakt hätten bei der Ernährung mit der Flasche. Wenn das Stillen dann nicht reibungslos funktioniert, zweifeln die Fachpersonen an den Fähigkeiten der Frauen und ihnen werden Schuldgefühle vermittelt (Andrews et al., 2021). Weiterführend stellen Williams et al. (2019) fest, dass negative Still Erfahrungen und Stilldruck viel Stress hervorrufen und eine depressive Verstimmung begünstigen.

Andrews et al. (2021) zeigen auf, dass die Frauen vom Fachpersonal teilweise intensiv zum Stillen gedrängt werden. Williams et al. (2019) hingegen berichten, dass Frauen sowohl Druck für als auch gegen das Stillen von Gesundheitsfachpersonen oder Familienmitgliedern spüren. Dieser Widerspruch könnte durch die unterschiedlichen Behinderungen oder auch die unterschiedlichen Ansätze der

Gesundheitsberufe begründet werden. Die Frauen in der Studie von Andrews et al. (2021) sind von körperlichen und psychischen Behinderungen betroffen. Die Frauen in der Studie von Williams et al. (2019) hingegen leiden an einer rheumatischen Autoimmunerkrankung, die meist mit Medikamenten therapiert wird.

Sowohl Andrews et al. (2021) als auch Williams et al. (2019) zeigen auf, dass Hebammen und Stillberaterinnen und Stillberater oft eine abweisende und negative Haltung gegenüber der künstlichen Säuglingsnahrung äussern und diese selten als akzeptable Alternative anbieten. Weiterführend dazu stellen sie fest, dass betroffene Mütter oft Schuld- und Schamgefühle entwickeln, wenn das Kind zusätzliche künstliche Säuglingsnahrung benötigt (Andrews et al., 2021; Williams et al., 2019). In der Studie von Andrews et al. (2021) hingegen berichten Frauen von ärztlichem Personal, welches ihre Entscheidung für künstliche Säuglingsnahrung unterstützte oder sogar anbot. Diese Unterschiede könnten mit den unterschiedlichen Ansätzen zum Stillen zwischen den verschiedenen Professionen begründet werden (Wieczorek et al., 2016). Die Hebamme sieht Stillen als natürlichen und physiologischen Prozess und möchte diesen fördern (Sayn-Wittgenstein, 2007), wohingegen Ärztinnen und Ärzte den Fokus auf medizinische Faktoren legen und beispielsweise die Thematik des Stillens anderen Professionen überlassen (Wieczorek et al., 2016). Um möglichen negativen Gefühlen bei den Frauen entgegenzuwirken, sollten laut Ernährungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (2008) Frauen in jedem Fall bei der Ernährung ihrer Kinder unterstützt werden.

Die aufgezeigten Resultate machen deutlich, dass Frauen mit einer körperlichen Behinderung häufig das Gefühl von Scham, Schuld oder Druck vermittelt bekommen. In einigen Situationen ist nicht immer klar, ob das Stillproblem behinderungsabhängig ist oder Frauen ohne Behinderung auf dieselben Schwierigkeiten stossen. Dennoch werden die genannten Ergebnisse als problematisch angesehen. Denn obwohl Muttermilch als natürliche und optimale Nahrung für den Säugling gilt, muss es im Individualfall nicht immer das Beste für die Mutter oder das Kind sein (Williams et al., 2019). Es scheint, als ob die Entscheidung der Frau oft nicht verstanden oder respektiert wird. Ausserdem scheinen Fachpersonen oftmals die Gesamtsituation nicht zu erfassen und dann durch Unverständnis Negativgefühle auszulösen.

### 5.3 Stillprobleme

Gemäss Andrews et al. (2021) möchten die meisten Frauen mit einer körperlichen Behinderung stillen. Besonders Frauen mit einer rheumatischen Autoimmunerkrankung erhoffen sich durch die vielen erwiesenen gesundheitlichen Vorteile von Muttermilch einen protektiven Aspekt für ihr Kind (Renz-Polster, 2015; Williams et al., 2019).

Obwohl die WHO und UNICEF (WHO, 2020) zwei Jahre Stillen empfehlen, ist diese Stilldauer sozial nicht überall akzeptiert (Williams et al., 2019). Um die Stilldauer international zu fördern, wurde 1991 die BFHI ins Leben gerufen. Dafür wurden zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen definiert. Um das Zertifikat zu verdienen, muss ein Spital diese Schritte einhalten (Wieczorek et al., 2016).

Die Studienteilnehmerinnen aus der Studie von Williams et al. (2019) erachten Leitlinien zwar als wichtig, allerdings nicht auf jede Situation übertragbar. Weiter legen die Ergebnisse von Andrews et al. (2021) nahe, dass die Frauen aktiv in den Entscheidungsprozess miteingebunden werden wollen. Zudem sollte immer die Gesamtsituation erfasst und individuell beraten werden (Williams et al., 2019).

Laut Williams et al. (2019) empfinden Frauen die Stillberatung durch die Hebammen als richtlinienfokussiert und zu wenig personenzentriert. Die Pflegefachpersonen aus der Studie von Wieczorek et al. (2016) hingegen berichten, dass besonders Hebammen die Stillrichtlinien flexibel handhaben und die Frauen individuell beraten. Dabei muss berücksichtigt werden, dass beispielsweise in der Schweiz nur 20 von insgesamt 281 Spitalbetrieben das BFHI Siegel tragen (Komitee für UNICEF Schweiz und Lichtenstein, 2020).

Stillschwierigkeiten treten nicht nur bei Müttern mit einer Behinderung auf, sondern auch bei gesunden Müttern (Powell et al., 2018). Die Ergebnisse von Andrews et al. (2021) und Powell et al. (2018) legen nahe, dass die Milchversorgung beispielsweise durch ein zu früh geborenes Kind, eine hohe Querschnittlähmung der Mutter oder die Verzögerung des Ansetzens an die Brust durch behinderungsabhängige Schwierigkeiten gestört sein kann. Abou-Dakn (2016) schreibt ebenfalls, dass das verzögerte Ansetzen ein erhöhtes Risiko darstellt, weitere Stillschwierigkeiten zu erleben.

Weiterführend nennen Williams et al. (2019) die Schwierigkeit bei anhaltenden rheumatischen Schmerzen das Kind korrekt zu positionieren, anzusetzen und zu halten. Wie Abou-Dakn (2016) bereits schreibt, gilt hier der Schmerz der Mutter, als weiteren möglichen Faktor, welcher negative Auswirkungen auf die Stillerrfahrung hat. Wenn Stillen auf Grund *musko-skelettaler* Einschränkungen nicht möglich ist, so werden zusätzliche Hilfsmittel wie etwa eine Milchpumpe verwendet (Williams et al., 2019). Damit ist die Verabreichung von Muttermilch möglich, ohne das Kind an die Brust anzusetzen (Powell et al., 2018). Frauen mit physischer oder schmerzbedingter Einschränkung der oberen Extremitäten benötigen häufig Hilfe bei der Anwendung (Andrews et al., 2021; Powell et al., 2018). Die Teilnehmerinnen der Studie von Andrews et al. (2021) berichten, dass enge Verwandte oder der Ehemann und manchmal die Stillberatung oder Hebamme dabei assistiert haben.

Zwei bis vier stündlich Milch abzupumpen ist allerdings zeitaufwändig und anstrengend. Nach Ende des Vaterschaftsurlaubes hatten die Frauen häufig keine Hilfe mehr, weshalb sie spätestens dann aufhören mussten (Andrews et al., 2021). Hier könnte die Ergotherapie nach Pitonyak (2014) eine Unterstützung sein, in dem sie die Betätigung des Stillens und die Umweltfaktoren wie die Partnerinnen und Partner als Gesamtsituation betrachtet und mögliche Anpassungen entwickelt, um das selbstständige Stillen oder Pumpen der Frau zu ermöglichen.

Für viele Frauen ist auf Grund physischer Einschränkungen das Finden der richtigen Stillposition mit viel Geduld und Zeit verbunden, weshalb die Unterstützung in diesem Punkt ein zentrales Ziel der Fachpersonen darstellen sollte (Powell et al., 2018).

Frauen mit einer körperlichen Behinderung besitzen gemäss Andrews et al. (2021) dabei häufig eine besondere Stärke in Entschlossenheit und Kreativität. Andrews et al. (2021) erhoben allerdings keine Vergleichsdaten mit gesunden Müttern, um diese Aussage zu begründen. Diese Erkenntnis ist daher eine reine Interpretation der Forschenden.

Als praktische Hilfsmittel erweisen sich individuell angepasste Kissen oder Equipment sowie adaptive Techniken (Powell et al., 2018). Adaptive Equipment verursacht allerdings Kosten, welche die betroffene Frau unter Umständen nicht aufbringen kann. Die Studienteilnehmerinnen von Andrews et al. (2021) und Williams et al. (2019) gehören zumeist der Ober- oder Mittelschicht an, weshalb der finanzielle Aspekt nicht erwähnt wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Schwierigkeiten beim Stillen verschiedene Ursachen haben können. Stillberaterinnen und Stillberater sowie Hebammen verstehen häufig die Behinderung und die speziellen Barrieren nicht und können keine adaptiven Strategien vorschlagen (Andrews et al., 2021; Powell et al., 2018; Williams et al., 2019). Die Mütter benötigen Verständnis und Unterstützung, um ihr Stillziel zu erreichen. Dafür muss die Situation individuell betrachtet und alle Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Dabei wird die Kreativität der Fachpersonen gefordert (Andrews et al., 2021). Bertschy et al. (2020) schreiben, dass Frauen mit einer Querschnittlähmung beispielsweise über ein hohes Mass an Gesundheitskompetenz verfügen und daher in die medizinischen Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden sollten. Weiter kann Stillen in die ergotherapeutische Behandlung miteinbezogen werden. Zusammen mit der Hebamme kann so eine adaptive Technik oder mögliches Equipment entwickelt werden (Pitonyak, 2014).

#### **5.4 Interprofessionalität**

Die Ergebnisse von Wieczorek et al. (2016) zeigen, dass in der Umsetzung der BFHI und bei der Unterstützung im Stillprozess verschiedene Professionen involviert sind. Jede dieser Professionen verfolgt eigene berufsphilosophische Ansätze zum Stillen. Es fällt auf, dass generell zu wenig interprofessioneller Austausch stattfindet (Wieczorek et al., 2016). Dies zeigt sich ebenfalls in der Studie von Williams et al. (2019), in welchen Frauen unterschiedlichen Haltungen bezüglich Stillen und künstlicher Säuglingsnahrung begegnen.

Es fällt zudem auf, dass besonders häufig die Hebammen und Stillberaterinnen und Stillberater mit negativen Haltungen zu Formula Milch und dem möglichen, daraus entwickelnden Stilldruck genannt werden (Andrews et al., 2021; Williams et al., 2019). Wieczorek et al. (2016) teilen die unterschiedlichen Ansätze der Professionen in die Kategorien Medizinisierung und Natürlichkeit ein. Die Natürlichkeit wird den Hebammen zugeordnet, die Medizinisierung den Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten. Die unterschiedlichen Ansätze haben einen massgeblichen Einfluss auf die Beratung der Frauen (Wieczorek et al., 2016). Das Thema Medikamente von Williams et al. (2019) kann dabei als Beispiel angesehen werden.

Das Gesundheitspersonal ist nach der ICF den Umweltfaktoren einzuordnen (WHO, 2005). Je nach Haltung können diese ein Förderfaktor oder eine Barriere für die Partizipation der Mütter beim Stillen darstellen (WHO, 2005).

Des Weiteren nennen Wieczorek et al. (2016) eine umfassende interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Zusammenhang mit der Umsetzung der BFHI als professionsübergreifendes Interesse. Diese gemeinsame Position impliziert jedoch nicht, wie die BFHI in die Praxis integriert wird (Wieczorek et al., 2016). Ein Schlüsselfaktor für eine interprofessionelle Zusammenarbeit ist die Kommunikation zwischen den Fachpersonen (Antoni, 2010).

Eine räumliche Trennung der Professionen sowie konkurrierendes Verhalten erschweren die interprofessionelle Zusammenarbeit (Wieczorek et al., 2016). Die unterschiedlichen Berufsidentitäten sollten respektiert und als Bereicherung angesehen werden. Dazu sollten die Rollen und Zuständigkeiten geklärt werden (WHO, 2010).

Andrews et al. (2021) sehen die besondere Situation einer stillenden Frau mit einer Behinderung als besonders herausfordernd, da hier die Kreativität und der Einfallsreichtum der Fachperson gefordert wird. Dabei können die diversen Ansätze und beruflichen Zuständigkeiten als nützlich angesehen werden. Diese Diversität im interprofessionellen Behandlungsteam, lässt eine umfängliche Beleuchtung der Situation zu und ermöglicht so die optimale, bedürfnisorientierte Betreuung der Frau (Plattform Interprofessionalität, o.J.).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die unterschiedlichen Ansätze der Gesundheitsprofessionen einen massgeblichen Einfluss auf die Stillberatung nehmen. In einer engen interprofessionellen Zusammenarbeit und geringer räumlicher Trennung der Professionen, können diese unterschiedlichen Ansätze optimal kombiniert und umgesetzt werden. Um dies zu erreichen, müssen die Fachpersonen die anderen Ansätze allerdings respektieren und konkurrierendes Verhalten vermeiden (Antoni, 2010; Wieczorek et al., 2016).

## 5.5 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung lautet:

Wie kann die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hebammen und Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten gestaltet werden, um Mütter mit einer körperlichen Behinderung bedürfnisorientiert beim Stillen des Säuglings zu unterstützen?

Da es sich hier um eine umfangreiche Fragestellung handelt und keine Studien gefunden wurden, welche speziell zu dieser Materie geforscht haben, kann die Fragestellung nur ansatzweise beantwortet werden. Die Rolle der Ergotherapie wird in keiner der vier Hauptstudien erwähnt. Auch werden in den Studien keine konkreten Interventionen analysiert, sondern die subjektiven Erfahrungen der Mütter mit einer Behinderung und des Gesundheitspersonals erfasst und daraus Empfehlungen abgeleitet. Die Ergebnisse liefern allerdings einen guten Einblick in unterschiedliche Barrieren, Schwierigkeiten sowie unterstützende Faktoren, die Mütter mit einer körperlichen Behinderung und die involvierten Gesundheitsfachpersonen in der interprofessionellen Zusammenarbeit im Stillprozess erleben. Diese eignen sich als Ansatz zur Gestaltung der bedürfnisorientierten interprofessionellen Zusammenarbeit bei der Begleitung der Mütter.

Übergeordnet kann gesagt werden, dass sich die Mütter eine faire, wertfreie, individuelle und kompetente Unterstützung wünschen, und sie aktiv in die Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden wollen (Andrews et al., 2021; Powell et al., 2018; Williams et al., 2019).

Aus den Ergebnissen von Andrews et al. (2021), Powell et al. (2018) und Williams et al. (2019) konnten die drei zentralen Hauptproblemfelder «Informationen und Unterstützung», «Schuld-, Scham- und Druckgefühle» und «Stillprobleme» formuliert werden.

Unter Anwendung eines interprofessionellen Ansatzes können die Ungewissheit, Unsicherheiten und Hindernisse, die den Frauen begegnen, besser erkannt und eingehender diskutiert werden, um die Frauen so bedürfnisorientiert unterstützen zu

können. Ein gemeinsames Klassifikationssystem wie die ICF kann dabei als Strategie eingesetzt werden, um ein professionsübergreifendes Verständnis zu schaffen und die interprofessionelle Kommunikation zu erleichtern.

Dabei muss immer berücksichtigt werden, dass jede Profession eigene Ansätze verfolgt, sich aber die Zuständigkeiten teilweise überschneiden (Wieczorek et al., 2016). Um die interprofessionelle Zusammenarbeit effizient und gewinnbringend für die Frau zu gestalten, müssen die Differenzen der Professionen geklärt sein und eine gemeinsame Strategie entwickelt werden. Die Individualität und Kontinuität in der Betreuung während des gesamten Betreuungsbogens kann dabei als wertvolle Stütze genutzt werden und übergeordnet für alle Gesundheitsberufe für eine bedürfnisorientierte und individuelle Begleitung angewandt werden.



## 5.6 Theorie-Praxis Transfer

Jede vierte Frau in der Schweiz ist von einer Behinderung betroffen (Bundesamt für Statistik BFS, o.J.). Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass komplexe Fälle in ein Zentrumspital überwiesen werden und Landspitäler deshalb weniger häufig Frauen mit einer komplexeren körperlichen Behinderung während und nach der Geburt betreuen (Debus, 2015; Paramama – Schweizer Paraplegiker-Vereinigung, o.J.).

Wenn eine solche Situation eintritt, sollen die Barrieren und Hindernisse im interprofessionellen Team besprochen und festgehalten werden, um einen einheitlichen und repetitiven Informationsfluss zu gewährleisten. Um eine bessere Kommunikation zwischen den Fachpersonen zu erreichen, kann beispielsweise ein gemeinsames Dokumentationssystem genutzt werden (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2018). Eine weitere Möglichkeit stellen regelmässige gemeinsame Sitzungen oder ein gemeinsames Klassifikationssystem wie die ICF dar.

Durch eine einheitliche Sprache wie die der ICF kann das Verständnis der verschiedenen Professionen gefördert werden. Dabei müssen die verschiedenen professionellen Ansätze und möglichen Konfliktpunkte berücksichtigt werden. Die Hebamme ist gemäss Sayn-Wittgenstein (2007) die Fachperson für die gesamte Stillzeit. Daher sollte sowohl sie als auch bei Bedarf eine Fachperson der Ergotherapie frühzeitig involviert werden, damit der Übergang der verschiedenen Phasen reibungslos und mit stetem Informationsfluss einhergeht.

Die Mütter sollten in die Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden, in dem sie genügend Informationen zur Verfügung gestellt bekommen und ihre Bedürfnisse sowie Ressourcen miteinbezogen werden. Zudem sollten die Fachpersonen eine Entscheidung der Frau nicht verurteilen.

Die Fachpersonen sollten ihre Rollen und Kompetenzen darlegen und das Verständnis der eigenen Rolle ausbauen (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2018). Die Fachpersonen können auf bestehende Netzwerke hinweisen. Paramama.ch (Paramama – Schweizer Paraplegiker-Vereinigung, o.J.) beispielsweise bietet die Möglichkeit, eine nachbetreuende Hebamme zu kontaktieren, die sich auf körperlich behinderte Frauen spezialisiert hat.

Wenn Hilfsmittel zur Verfügung stehen, sollten diese der Frau nach Möglichkeit vor der Geburt zur Verfügung gestellt werden. Hier könnte der Zuzug einer

Ergotherapeutin oder eines Ergotherapeuten eine wertvolle Unterstützung sein (Pitonyak, 2014). Leitlinien wie das BFHI oder die Empfehlungen von Bertschy et al. (2020) können dabei als Unterstützung dienen. Dabei sollte die individuelle Situation jedoch nicht aus dem Blickfeld geraten und immer auch die Frau miteinbezogen werden.

## 5.7 Empfehlung für die Praxis

Auf Grund der Ergebnisse der Studien und deren Schlussfolgerungen können folgende Leitgedanken zu möglichen Empfehlungen zur Begleitung von Müttern mit einer körperlichen Behinderung im interprofessionellen Team formuliert werden:

- Frühzeitig andere Professionen miteinbeziehen wie beispielsweise Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten für die Anpassung von Hilfsmitteln und adaptiven Techniken.
- Um eine kontinuierliche und individuelle Betreuung durch die Fachpersonen zu erreichen, sollte sie während des gesamten Betreuungsbogens in die Beratungs- und Betreuungsprozesse involviert sein.
- Verunsicherung durch unterschiedliche Informationen vermeiden durch regelmässigen Austausch im interprofessionellen Team oder einem gemeinsamen Dokumentationssystem.
- Unterschiedliche berufliche Ansätze thematisieren, respektieren und für eine optimale Betreuung kombinieren.
- Eine partizipative Entscheidungsfindung anwenden und die Mütter in die Entscheidungsprozesse miteinbeziehen, indem sie beispielsweise über die Vor- und Nachteile informiert werden.
- Wertfreie und kompetente Unterstützung und Beratung.
- Bei der Stillempfehlung auf die Bedürfnisse von Mutter und Kind eingehen, um keinen Druck auszuüben und Schamgefühle zu vermeiden.
- Empfehlungen von Webseiten wie Paramama.ch um den Peersupport zu fördern (*Paramama – Schweizer Paraplegiker-Vereinigung*, o.J.).
- Ressourcen und Erfahrungen der Mutter erfragen und miteinbeziehen.
- Gewonnene Erkenntnisse und Befunde in Registern zur Qualitätssicherung erfassen.

## **6 Schlussfolgerung**

Nachfolgend werden die Limitationen der Arbeit dargelegt, weiterer Forschungsbedarf erläutert und ein Fazit gezogen.

### **6.1 Limitationen**

Die Fragestellung kann als solche nur ansatzweise mit den Hauptstudien beantwortet werden, da die Profession der Ergotherapie in keiner der Hauptstudien erwähnt wird. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird nur in einer Hauptstudie näher untersucht, was eine grosse Limitation der Arbeit darstellt. Der Miteinbezug weiterer Studien zur interprofessionellen Zusammenarbeit hätte als Kontrast oder Ergänzung eine umfassendere Beleuchtung der Fragestellung ermöglicht. Die Hauptstudien, die sich mit den Still Erfahrungen der Mütter beschäftigen, stellen Förderfaktoren und Barrieren fest, jedoch keine spezifisch zur interprofessionellen Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen. Dabei werden Empfehlungen aus den Erfahrungen interpretiert.

Als weitere Limitation dieser Bachelorarbeit werden die Limitationen der gewählten Studien angesehen. Die Stichproben sind jeweils eher klein und weisen keine hohe Durchmischung von sexueller Orientierung, Ethnie und Bildungsstand auf. Die Ergebnisse stammen zudem aus bis zu 18 Jahre vergangenen Erinnerungen und Erzählungen der betroffenen Frauen, was eine Erinnerungsverzerrung begünstigt. Überdies hat sich die Gesundheitsversorgung in den letzten 18 Jahren stetig weiterentwickelt, weshalb die Ergebnisse nicht gänzlich übertragbar sind. Die Art der Behinderung der Frauen unterscheiden sich darüber hinaus in jeder Studie in Einschränkung und Ausprägungsgrad, weshalb sie sich nicht vergleichen lassen.

### **6.2 Forschungsbedarf**

Um Frauen mit verschiedenen körperlichen Behinderungen beim Stillen bedürfnisorientiert im interprofessionellen Team betreuen zu können, benötigt es weitere Forschung zu den Bedürfnissen und Hindernissen, denen Frauen mit unterschiedlichen körperlichen Behinderungen im Stillprozess begegnen. Da eine körperliche Behinderung ein Überbegriff für viele mögliche Erkrankungen oder Einschränkungen ist, müssen in der Forschung Kategorien gebildet werden. Die

gewonnenen Erkenntnisse sollten in einem interprofessionellen Team mit der Frau zusammengetragen und gemeinsam eine Lösungsfindung angestrebt werden. Um eine reibungslose und koordinierte interprofessionelle Zusammenarbeit zu erreichen, benötigt es zudem auch hier weitere Forschung zu Barrieren und erschwerenden Faktoren und darauf aufbauende Leitlinien oder Empfehlungen. In Bezug auf die vorliegende Bachelorarbeit dürfen auch Berufe wie die Ergotherapie oder Physiotherapie nicht vergessen werden, da sie nach dem Spitalaufenthalt die Betreuung zu Hause ebenfalls weiterführen.

### **6.3 Fazit**

In dieser Bachelorarbeit werden anhand von Erfahrungswerten aus Studien und aktueller Literatur aufgezeigt, wie eine bedürfnisorientierte interprofessionelle Betreuung einer Frau mit einer körperlichen Behinderung beim Stillen gefördert werden könnte. Aufgrund der Limitationen lässt sich die Fragestellung der Bachelorarbeit allerdings nur ansatzweise beantworten. Anstelle der Berufe der Hebammen und Ergotherapie konnten Empfehlungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsprofessionen formuliert werden.

Abschliessend kann gesagt werden, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hebammen und Fachpersonen der Ergotherapie bei der Betreuung von Frauen mit einer körperlichen Behinderung beim Stillen ihrer Säuglinge weiter gefördert werden muss. Die an der Betreuung beteiligten Fachpersonen sollten frühzeitig involviert werden und in regelmässigem Austausch miteinander stehen. Um eine bedürfnisorientierte interprofessionelle Betreuung zu erreichen, benötigt es eine kontinuierliche interprofessionelle Zusammenarbeit und gemeinsam erarbeitete Strategien sowie den aktiven Miteinbezug der Frau in Entscheidungsprozesse.

## Literaturverzeichnis

- Abou-Dakn, M. (2016). Stillen—Laktationsmedizin. In H. Schneider, P. Husslein, & K.-T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (5., überarb. und akt. Aufl., S. 1079–1099). Springer. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-45064-2\\_47](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-45064-2_47)
- Andrews, E. E., Powell, R. M., & Ayers, K. B. (2021). Experiences of Breastfeeding among Disabled Women. *Women's Health Issues, 31*(1), 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.09.001>
- Antoni, C. H. (2010). Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 104*(1), 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.12.027>
- Bertschy, S., Pannek, J., & Meyer, T. (2016). Delivering care under uncertainty: Swiss providers' experiences in caring for women with spinal cord injury during pregnancy and childbirth – an expert interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 16*, 181. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0976-y>
- Bertschy, S., Schmidt, M., Fiebag, K., Lange, U., Kues, S., & Kurze, I. (2020). Guideline for the management of pre-, intra-, and postpartum care of women with a spinal cord injury. *Spinal Cord, 58*(4), 449–458. <https://doi.org/10.1038/s41393-019-0389-7>
- Bovermann, Y., & Tegethoff, D. (2013). Stillprobleme. In A. Stiefel & C. Ahrendt (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5., überarb. und erw. Aufl., S. 544–575). Hippokrates.
- Bovermann, Y., Tegethoff, D., Geist, C., & Friedrich, J. (2013). Laktation und Stillen. In A. Stiefel & C. Ahrendt (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für*

*Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5., überarb. und erw. Aufl., S. 520–543). Hippokrates.

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2017). *Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen»*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html>

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2018). *«Interprofessionalität im Gesundheitswesen—Beispiele aus der Berufspraxis»* [Broschüre]. [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufes-gesundheitswesen/Interprofessionalitaet/Publikationen/Broschuere%20Interprofessionalitaet%20im%20Gesundheitswesen.pdf.download.pdf/d\\_BAG\\_Interprofessionalitaet\\_screen\\_II.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufes-gesundheitswesen/Interprofessionalitaet/Publikationen/Broschuere%20Interprofessionalitaet%20im%20Gesundheitswesen.pdf.download.pdf/d_BAG_Interprofessionalitaet_screen_II.pdf)

BehiG. (2004). <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2003/667/de>

Bundesamt für Statistik BFS. (2017, Dezember 1). *Anteil von Menschen mit Behinderungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, 2015*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/behinderungen.assetdetail.3942994.html>

Bundesamt für Statistik BFS. (2019). *Behinderungsart—2007, 2012, 2017* [Tabelle]. <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/11487183/master>

Debus, G. (2015). Schwangerschaft bei Frauen mit körperlicher Behinderung. *Der Gynäkologe*, 48(11), 843–848. <https://doi.org/10.1007/s00129-015-3799-4>

Der Schweizerische Hebammenverband SHV. (o.J.). *Bildung*. <https://www.hebamme.ch/bildung/>

DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>

Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie (o.J.). *Startseite*. Embryotox. <https://www.embryotox.de/>

Erfahrungsaustauschgruppe Chancengleichheit der ZFH. (2015). *Leitfaden geschlechtergerechte Sprache*. <https://www.zhaw.ch/storage/hochschule/ueber-uns/rektorat/leitfaden-geschlechtergerechte-sprache-diversity.pdf>

Ernährungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie EK SGP. (2008). Empfehlungen für die Säuglingsernährung 2008. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum*, 8(20). <https://doi.org/10.4414/smf.2008.06484>

Gesundheitskompetenzverordnung GesBKV. (2019). <https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/2020/17/20200201/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-2020-17-20200201-de-pdf-a.pdf>

Hitthaller, A., Bruckmüller, M., & Stepanek, S. (2009). *Bedarfsanalyse Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI)*. [https://www.richtigessenvonanfangen.at/fileadmin/Redakteure\\_REVAN/user\\_upload/Bedarfsanalyse\\_BFHI.pdf](https://www.richtigessenvonanfangen.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/Bedarfsanalyse_BFHI.pdf)

Horner-Johnson, W., Darney, B. G., Kulkarni-Rajasekhara, S., Quigley, B., & Caughey, A. B. (2016). Pregnancy among US women: Differences by presence, type, and complexity of disability. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(4), 529.e1-529.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.10.929>

Komitee für UNICEF Schweiz und Lichtenstein. (2020). *Initiative «Baby Freundliches Spital»*. <https://www.unicef.ch/de/unsere-arbeit/schweiz-liechtenstein/babyfreundliches-spital>

König-Bachmann, M., Zenzmaier, C., & Schildberger, B. (2019). Health professionals' views on maternity care for women with physical disabilities: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 551. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4380-y>

Leyendecker, C., Gebhard, B., & Garre, K. (2005). *Motorische Behinderungen: Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten*. Kohlhammer.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications. <http://catalogue.library.ulster.ac.uk/items/396850>

Mahler, C., Karstens, S., Roos, M., & Szecsenyi, J. (2012). Interprofessionelle Ausbildung für eine patientenzentrierte Versorgung der Zukunft. Die Entwicklung eines Kompetenzprofils für den Bachelor-Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(7), 523–532. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.04.003>

Mitra, M., Clements, K. M., Zhang, J., Iezzoni, L. I., Smeltzer, S. C., & Long-Bellil, L. M. (2015). Maternal characteristics, pregnancy complications and adverse birth outcomes among women with disabilities. *Medical care*, 53(12), 1027–1032. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000427>

*Paramama – Schweizer Paraplegiker-Vereinigung*. (o.J.). <https://www.paramama.ch/de/>

Pitonyak, J. S. (2014). Occupational therapy and breastfeeding promotion: Our role in societal health. *The American Journal of Occupational Therapy: Official*



*Publication of the American Occupational Therapy Association, 68(3), e90–e96.* <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.009746>

Plattform Interprofessionalität. (o.J.). *PLATTFORM INTERPROFESSIONALITÄT* [PDF].[https://www.interprofessionalitaet.ch/fileadmin/user\\_upload/interprofessionalitaet/Positions\\_Politique/Fiche\\_Information\\_P.IP\\_d.pdf](https://www.interprofessionalitaet.ch/fileadmin/user_upload/interprofessionalitaet/Positions_Politique/Fiche_Information_P.IP_d.pdf)

Pousada García, T., Madrid Martínez, P., Pereira Loureiro, J., Groba González, B., & Díaz Martínez, E. (2015). Influence of Disability on Maternal Care. *Sexuality & Disability, 33(4), 469–481.* <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9413-9>

Powell, R. M., Mitra, M., Smith, L. D., Rosenthal, E., Smeltzer, S. C., Long-Bellil, L. M., & Iezzoni, L. I. (2018). Breastfeeding Among Women With Physical Disabilities in the United States. *Journal of Human Lactation, 34(2), 253–261.* <https://doi.org/10.1177/0890334417739836>

Redshaw, M., Malouf, R., Gao, H., & Gray, R. (2013). Women with disability: The experience of maternity care during pregnancy, labour and birth and the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth, 13(1), 174.* <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-174>

Renz-Polster, H. (2015). Kinder. In R. Huch & K. D. Jürgens (Hrsg.), *Mensch Körper Krankheit* (7. Aufl., S. 431–444). Elsevier, Urban & Fischer. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/zhaw/reader.action?docID=3563740&ppg=443>

Revell, M. A. (2019). Challenges of Motherhood with Physical Disabilities. *International Journal of Childbirth Education, 34(2), 18–22.* <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=135888083&site=ehost-live>

- Ris, I., & Preusse-Bleule, B. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit. Winterthur: ZHAW.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu. (2007). *Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*. Huber.
- Schildberger, B., Zenzmaier, C., & König-Bachmann, M. (2017). Experiences of Austrian mothers with mobility or sensory impairments during pregnancy, childbirth and the puerperium: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 201. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1388-3>
- Smeltzer, S. C. (2007). Pregnancy in Women With Physical Disabilities. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(1), 88–96. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00121.x>
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit: ICF*. (2005). World Health Organization.
- WHO. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice* [PDF]. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HP\\_N\\_10.3\\_eng.pdf;jsessionid=AC57F4E565835555A96F93E8C561AB13?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=AC57F4E565835555A96F93E8C561AB13?sequence=1)
- WHO. (2020, August 24). *Infant and young child feeding*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Wieczorek, C. C., Marent, B., Dorner, T. E., & Dür, W. (2016). The struggle for inter-professional teamwork and collaboration in maternity care: Austrian health professionals' perspectives on the implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative. *BMC Health Services Research*, 16, 91. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1336-3>

Williams, D., Webber, J., Pell, B., Grant, A., Sanders, J., Choy, E., Edwards, A., Taylor, A., Wu, M.-C., & Phillips, R. (2019). "Nobody knows, or seems to know how rheumatology and breastfeeding works": Women's experiences of breastfeeding whilst managing a long-term limiting condition – A qualitative visual methods study. *Midwifery*, 78, 91–96.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.08.002>

# Abkürzungsverzeichnis

Tabelle 8: Abkürzungsverzeichnis – eigene Darstellung

| Abkürzung | Bedeutung   |
|-----------|---|
| AICA      | Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal                                |
| ARD       | autoimmune rheumatic disease, (rheumatologische Autoimmunerkrankung)        |
| AWMF      | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften |
| BAG       | Bundesamt für Gesundheit  |
| BehiG     | Behinderten Gleichstellungsgesetz   |
| BFHI      | Baby-Friendly-Hospital Initiative   |
| BRK       | Behindertenrechtskommission   |
| ICF       | International Classification of Functioning, Disability and Health          |
| EK SGP    | Ernährungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie         |
| GesBG     | Gesundheitsberufegesetz   |
| GesBKV    | Gesundheitskompetenzverordnung  |
| SHV       | Schweizerischer Hebammenverband   |
| UK        | Vereinigtes Königreich  |
| UNICEF    | United Nations Children’s Fund  |
| USA       | Vereinigte Staaten von Amerika  |
| WHO       | Weltgesundheitsorganisation   |
| z.B.      | Zum Beispiel  |
| ZHAW      | Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften                            |

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Betreuungsbogen nach Sayn-Wittgenstein (2007, S.14) – eigene Darstellung ..... 10

Abbildung 2: Graphische Darstellung der Komponenten der ICF – eigene Darstellung ..... 15

## **Tabellenverzeichnis**

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 1: Schlüsselwörter – eigene Darstellung .....                                | 6  |
| Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien – eigene Darstellung .....                   | 7  |
| Tabelle 3: Ausgewählte Hauptstudien – eigene Darstellung .....                       | 8  |
| Tabelle 4: Übersicht zur Studie von Andrews et al., 2021 – eigene Darstellung.....   | 17 |
| Tabelle 5: Übersicht zur Studie von Powell et al., 2018 – eigene Darstellung .....   | 21 |
| Tabelle 6: Übersicht zur Studie von Williams et al., 2019 – eigene Darstellung ..... | 25 |
| Tabelle 7: Übersicht zur Studie von Wieczorek et al., 2016 – eigene Darstellung....  | 29 |
| Tabelle 8: Abkürzungsverzeichnis – eigene Darstellung .....                          | 54 |

## **Wortanzahl**

Abstract: 197 Wörter

Arbeit: 11'111 Wörter

(exkl. Titelblatt, Abstract, Inhaltsverzeichnis, Abbildungsbeschriftungen, Tabellen, Tabellenbeschriftungen, Verzeichnisse, Wortanzahl, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung, Anhänge)

## **Danksagung**

Wir bedanken uns herzlich bei Frau Marion Huber für die Begleitung unserer Bachelorarbeit. Ein besonderer Dank gilt zudem Freunden und Familie für das Gegenlesen, die Korrekturen und die wertvollen Rückmeldungen.

# **Eigenständigkeitserklärung**

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

Winterthur, 06.05.2021

Hitz Daniela

Felder Simone

# Anhang

## Anhang A: Glossar

| Fachwort                         | Erklärung  |
|----------------------------------|--|
| Aktivität                        | Bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen.   |
| Dermatomyositis                  | Eine Muskelerkrankung bzw. Muskelentzündung mit Hautbeteiligung.   |
| Milchgängigkeit                  | Der Übertritt von Medikamenten aus dem mütterlichen Blutplasma in die Muttermilch.   |
| Musko-Skelettal                  | Der menschliche Bewegungsapparat bestehend aus Muskeln und Knochen.  |
| Multiple Sklerose                | Eine chronisch-entzündliche neurologische Autoimmunerkrankung mit sehr unterschiedlichen Verlaufsformen.   |
| Partizipation                    | Einbezogen sein in eine Lebenssituation  |
| Rheumatoide Arthritis            | Entzündliche, schubweise verlaufende Gelenkserkrankung.  |
| Rheumatische Autoimmunerkrankung | Eine vielfältige Gruppe von Erkrankungen, die vor allem die Gelenke, Knochen, Muskeln und das Bindegewebe betreffen, wie beispielsweise rheumatoide Arthritis. |
| Systemischer Lupus               | Entzündlich-rheumatische Erkrankung verschiedener Organe oder Organgruppen mit unberechenbaren Entzündungsschüben.   |

## Anhang B: Rechercheprotokoll

| Datum    | Datenbank        | Suchkombination  | Treffer | Näher Geprüft | Relevant | Eingeschlossene Studien                      |
|----------|------------------|--|---------|---------------|----------|--|
| 13.01.21 | MEDLINE via Ovid | «breastfeeding» AND «disabled mother»  | 1       | 1             | 0        |  |
| 13.01.21 | MEDLINE via Ovid | «breastfeeding» AND «mother with disability»   | 0       | 0             | 0        |  |
| 13.01.21 | MEDLINE via Ovid | «breastfeeding» AND «handicap»   | 4       | 0             | 0        |  |
| 13.01.21 | MEDLINE via Ovid | «breastfeed» AND «disability»  | 15      | 4             | 2        | Powell et al., 2018<br>Williams et al., 2019 |
| 13.01.21 | MEDLINE via Ovid | «interprofessional» AND «breastfeeding»  | 48      | 2             | 0        |  |
| 13.01.21 | MEDLINE via Ovid | «breastfeeding» AND «collaboration» AND «disability»   | 5       | 1             |          |  |
| 13.01.21 | MEDLINE via Ovid | «mother» AND «disability» AND «health professions»   | 2       | 0             | 0        |  |
| 14.01.21 | CINHAL Complete  | «breastfeeding» AND «disabled»   | 24      | 5             | 1        |  |
| 15.01.21 | CINHAL Complete  | «breastfeeding» AND «disabilities» OR «disability» OR «disabled» OR «impairment» OR «impaired» OR «special needs»  | 344     | 2             | 0        |  |
| 29.01.21 | CINHAL Complete  | «breastfeeding» OR «breast-feeding» OR «infant feeding» OR «lactation» OR «lactating» AND «disability» OR «disabilities» OR «disabled» OR «impairment» OR «impaired» OR «special» OR «special needs» AND «interprofessional collaboration» | 1       | 0             | 0        |  |
| 29.01.21 | CINAHL Complete  | «breastfeeding» AND «collaboration» OR «teamwork» AND «healthcare professionals»   | 15      | 1             | 1        | Wieczorek et al., 2016                       |
| 29.01.21 | PubMed           | «interprofessional collaboration» AND «breastfeeding»  | 19      | 3             | 0        |  |
| 30.01.21 | PubMed           | «occupational therapy» AND «breastfeeding»   | 80      | 1             | 0        |  |



| Datum    | Datenbank      | Suchkombination   | Treffer | Näher Geprüft | Relevant | Eingeschlossene Studien |
|----------|----------------|---|---------|---------------|----------|-------------------------|
| 30.01.21 | PubMed         | «occupational therapy» AND «mothers with disability»  | 148     | 2             |          |                         |
| 30.01.21 | PubMed         | «health professionals» AND «breastfeeding» AND «interprofessional collaboration»                                      | 8       | 0             | 0        |                         |
| 30.01.21 | PubMed         | «health professionals» AND «interdisciplinary collaboration» AND «breastfeeding»                                      | 7       | 0             | 0        |                         |
| 30.01.21 | PubMed         | «health professionals» AND «mothers with disability» AND «breastfeeding»  | 18      | 2             | 1        | Andrews et al., 2021    |
| 30.01.21 | PubMed         | «interprofessional collaboration» AND «disabled mothers»  | 2       | 0             | 0        |                         |
| 30.01.21 | Google Scholar | «occupational therapy» AND «midwife» AND «interprofessional collaboration» AND «disabled mothers» AND «breastfeeding» | 1270    | 7             | 0        |                         |

## Anhang C: Zusammenfassung und Würdigung nach AICA

### Zusammenfassung der Studie: Experiences of Breastfeeding among Disabled Women

| Einleitung  | Methode  | Ergebnisse  | Diskussion   |
|---|--|---|--|
| <p>Obwohl die vielen Vorteile von Stillen und Muttermilch mittlerweile erwiesen sind, hat es sich gezeigt, dass Frauen mit Behinderung weniger und kürzer stillen als Frauen ohne Behinderung. Die Studie befasst sich mit den subjektiven Stillverfahren von Müttern mit verschiedenen Behinderungen und macht auf die mangelnde Forschungslage aufmerksam. In dieser Studie werden Frauen mit einer oder mehreren kombinierten Behinderungen interviewt und berichten von ihren Stillverfahren.</p> | <p>Die vorliegende Studie ist Teil eines grösseren Forschungsprojekts, welches die Bedürfnisse von Eltern mit verschiedenen Behinderungen erforscht. Das Studiendesign ist qualitativ. Die Stichprobe wurde aus der Stichprobe des Projekts gezogen. Ausgewählt wurden 24 Mütter mit einer oder mehreren selbst-identifizierten sensorischen, körperlichen, kognitiven, psychischen oder entwicklungsbedingten Behinderungen, die mindestens ein Kind unter 18 Lebensjahren hatten, wohnhaft in den USA und in Englisch oder Gebärdensprache kommunizierten. Es fanden semistrukturierte Interviews via Videoübertragung statt, welche aufgezeichnet und transkribiert wurden. Die Transkripte wurden iterativ und induktiv analysiert, wobei ein traditionelles Verfahren der deskriptiven Inhaltsanalyse verwendet wurde. Jede Forschende prüfte zunächst drei zufällig ausgewählte Interview Transkripte, führte zeilenweise eine Tiefenanalyse durch und entwickelte einen vorläufigen Satz an Codes, welcher in ein Softwareprogramm eingespeist wurde. Jede Forschende analysierte danach 1/3 der Transkripte. Während des Kodierungsprozesses trafen sich die Forschenden regelmässig und diskutierten Unterschiede, bis ein Konsens erreicht wurde. Das endgültige Codebuch, welches Themen, Codes und Definitionen enthielt, wurde von allen Forschenden genehmigt.</p> | <p>Der grösste Teil der Frauen wollte stillen. Mehr als die Hälfte (54%) der Frauen stillten ihr Kind weniger als sechs Wochen, ein Drittel (29%) mehr als sechs Wochen und 17% stillten gar nicht. Anhand der Codes, die aus den transkribierten Interviews entstanden, konnten vier Hauptthemen herausgearbeitet werden. Kommunikationsschwierigkeiten mit Stillberatern, intensiver Stilldruck, Milchmenge und Schwierigkeiten beim Ansetzen. Die Kommunikationsschwierigkeiten entstanden durch eine inkonsistente und inadäquate Sprache des Gesundheitspersonals und führten zu Frustration bei den Müttern. Auch fehlte teilweise der Dolmetscher bzw. die Stillberaterinnen gingen nicht auf die Bedürfnisse der Mutter ein. Wenn die Mütter aus unterschiedlichen Gründen nicht Stillen konnten, wurde manchmal die Kompetenz der Frauen hinterfragt, ob sie generell in der Lage waren für ihr Kind zu sorgen. Viele der Mütter berichten von einem intensiven Stilldruck. Die Milchmenge und das Zufüttern von künstlicher Säuglingsnahrung waren ein häufig genanntes Thema, da künstliche Säuglingsnahrung negativ behandelt wurde. Es gab jedoch auch positive Erfahrungen mit Gesundheitsfachpersonen.</p> | <p>Die Forscherinnen gehen aufgrund ihrer Ergebnisse davon aus, dass Frauen mit Behinderungen besonders anfällig für Stress und Druck im Zusammenhang mit Stillen sind. Die Frauen hofften, dass Stillen ein Bereich der Elternschaft sei, welcher durch die Behinderung unbeeinflusst bleibt. Es wird beschrieben, dass nicht immer klar ist, ob die Schwierigkeiten auf die Art der Behinderung zurückzuführen sind oder ob Mütter ohne Behinderung dieselben Schwierigkeiten haben. Die Forschenden kommen zum Schluss, dass sich viele Institutionen nicht immer an die Gesetze halten, wonach z.B. jede gehörlose Frau jederzeit das Recht auf einen Dolmetscher hat. Den Gesundheitsfachpersonen fehlte es häufig an Erfahrung oder Kenntnis und so stiessen die Teilnehmerinnen auf erhebliche Barrieren. Sie berichteten von massivem Druck der Stillberaterinnen, auch wenn die Mütter gar nicht stillen durften z.B. wegen Medikamenten. Künstliche Säuglingsnahrung wurde dabei nie als akzeptable Alternative dargestellt. Die Ergebnisse dieser Studie lassen sich mit anderen Forschungsergebnissen vergleichen. Die Studie kommt zum Schluss, dass Frauen mit einer Behinderung genau so gerne stillen möchten wie Frauen ohne Behinderung. Sie begegnen in diesem Prozess speziellen Hindernissen und sind auf faire, personenzentrierte und kulturell kompetente Begleitung angewiesen. Die Frauen sollten dabei in die Lösungsprozesse miteinbezogen werden da sie häufig eine besondere Stärke in Kreativität und Entschlossenheit aufweisen.</p> |

## Würdigung der Studie: Experiences of Breastfeeding among Disabled Women

| Einleitung  | Methode  | Ergebnisse  | Diskussion  |
|---|--|---|---|
| <p>Die Studie befasst sich mit einem relevanten und aktuellen Thema. Es ist keine eindeutige Forschungsfrage formuliert, sondern ein Zweck angegeben, welcher nachvollziehbar und präzise formuliert ist. Das Thema wird mit aktueller Literatur und vorangegangenen ähnlichen Studien eingeführt und dessen Relevanz wird damit begründet.</p> | <p>Der qualitative Ansatz bietet einen tieferen Einblick in die gelebten Erfahrungen der Teilnehmerinnen und passt so zur Zielsetzung. Die gewählte Methode eignet sich zur Bearbeitung des Zwecks der Studie. Es wurde keine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt und das grössere Projekt ist noch nicht abgeschlossen. Somit ist unklar, ob dies gesamthaft gemacht wurde. Die Stichprobe wurde aus dem Bestand des Forschungsprojekts ausgewählt. Die Forschenden begründen dieses Vorgehen nicht. Es besteht keine Ausgewogenheit der Stichprobe von Ethnie, Bildungsstand oder sexueller Orientierung. Somit ist sie nur bedingt repräsentativ für die Population. Die regionale Verteilung über die USA ist ausgewogen. Die Stichprobengrösse ist mit 24 Personen typisch für ein qualitatives Forschungsdesign. Das Setting der Interviews hätte detaillierter beschrieben werden können. Die Teilnehmerinnen sind reichhaltig beschrieben. Die Erfahrungen liegen bis zu 18 Jahre zurück, weshalb mit einer Erinnerungsverzerrung gerechnet werden muss. Die Teilnehmer haben sich freiwillig gemeldet, deshalb vermuten die Forschenden, dass sich Frauen gemeldet haben, deren Erlebnisse besonders positiv oder negativ für sie waren. Die Datenerhebung eignet sich für das Studiendesign, allerdings hätte sie besser beschrieben werden können. Die Datensättigung wird nicht erwähnt, weshalb davon ausgegangen wird, dass sie nicht erreicht wurde. Die drei Forscherinnen haben selbst eine oder mehrere Behinderungen und gehören der Population an. Dies wird von den Forscherinnen als Vorteil angesehen, da sie sich besser in die Erlebnisse einfühlen können. Eigene Erfahrungen könnten jedoch Einfluss auf die Datenverarbeitung nehmen. Die Datenanalyse ist detailliert beschrieben und nachvollziehbar. Die verwendeten Analysemethoden werden genannt und referenziert.</p> | <p>Die Ergebnisse werden mit Zitaten im Kontext verankert und sind präzise in ihrer Bedeutung. Die vier Hauptthemen sind einzeln in Kapiteln aufgeführt und reichhaltig mit diversen Zitaten ergänzt. Vor den jeweiligen Zitaten wird in einer Einleitung die Behinderung der Frau beschrieben, was die Nachvollziehbarkeit erleichtert. Die Hauptthemen sind logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar. Eine Tabelle mit den Themen und der jeweiligen Definition stellt eine Ergänzung zum Text dar.</p> | <p>Die Forscherinnen schaffen mit der Interpretation und Diskussion der Forschungsergebnisse ein besseres Verstehen des Phänomens. Die Ergebnisse liefern einen tieferen Einblick über die Barrieren und Hindernisse, denen Frauen mit Behinderungen im Stillprozess begegnen. Die Ergebnisse werden mit empirischer Literatur in Bezug gesetzt und diskutiert. Die Schlussfolgerungen weisen auf mehrere Bereiche hin, in welchen Fachpersonen mit wenig Aufwand viel bewirken können. Es wird ausserdem auf die gesetzlichen Bestimmungen und die zwingende Einhaltung der Rechte der Frauen hingewiesen. Somit spiegeln sich die Ergebnisse in den Schlussfolgerungen wider. Empfehlungen für die Praxis und ausführliche Limitationen werden genannt.</p> |

## **Einschätzung der Güte nach Lincoln und Guba (1985)**

### **Confirmability (Bestätigung)**

Die Bestätigung wird eingeschränkt, dadurch dass keine Verifizierung der erhobenen Daten und Begleitung durch eine externe Person stattgefunden hat. Zudem gehören die Forschenden selbst zu der Population, was eine Datenverzerrung begünstigen kann.

### **Dependability (Zuverlässigkeit)**

Die Zuverlässigkeit wird gefördert durch den regelmässigen und zeitnahen Austausch der Forschenden über Unterschiede und Differenzen der Codes. Sie diskutieren die Transkripte bis ein Konsens erreicht wurde. Jedoch wurde nicht beschrieben, ob eine Dokumentation der Entscheidungsprozesse stattfand. Die Zuverlässigkeit wird zusätzlich geschwächt durch das Fehlen einer Prüfung der Datenanalyse und deren Ergebnisse durch ein hochschulinternes oder -externes Gremium.

### **Credibility (Glaubwürdigkeit)**

Die Forschenden wechselten sich ab bei der Analyse und Codierung und berücksichtigten Kontrastfälle, was die Glaubwürdigkeit fördert. Die Teilnehmerinnen hatten allerdings keine Möglichkeit die Daten nach der Analyse zu prüfen, was die Glaubwürdigkeit schwächt.

### **Transferability (Übertragbarkeit)**

Die Ergebnisse werden mit Zitaten und Teilnehmergeschichten nachvollziehbar ergänzt und der Theorie-Praxis Transfer erfolgt logisch aus den Ergebnissen, was die Übertragbarkeit erhöht. Die Forschenden stellen zudem die zentralen Probleme dar und leiten mögliche wirksame Veränderungen daraus ab. Ebenfalls sind sowohl demografische als auch charakteristische Daten der Teilnehmerinnen ersichtlich dargestellt, was die Übertragbarkeit ebenfalls erhöht.

**Evidenzlevel:** Das Evidenzlevel entspricht der untersten Stufe, dem S-Level «studies» nach DiCenso et al. (2009).

## Zusammenfassung der Studie: Breastfeeding Among Women with Physical Disabilities in the United States

| Einleitung   | Methode  | Ergebnisse   | Diskussion   |
|--|--|--|--|
| <p>Obwohl Frauen mit Behinderung ähnlich oft schwanger werden wie Frauen ohne, stillen Frauen mit Behinderungen deutlich seltener. Einige Studien ergaben, dass Frauen mit einer körperlichen Behinderung oftmals schlechte Erfahrungen gemacht haben und das Gesundheitspersonal zu wenig Wissen über mögliche Barrieren oder Förderfaktoren hatte. Diese Studie untersucht einerseits, welche Faktoren beim Stillen mit einer körperlichen Behinderung unterstützend sind (1) und andererseits, auf welche Hindernisse Frauen mit einer körperlichen Behinderung während des Stillens stossen (2).</p> | <p>Die Studie ist Teil eines grösseren Forschungsprojekts. Die Stichprobe wurde unabhängig davon über Datenbanken von Behindertenorganisationen und mittels Schneeballsystems gezogen. Die Stichprobe besteht aus 25 Müttern mit einer körperlichen Behinderung, welche sie beim Gehen oder Gebrauch ihrer Hände oder Arme einschränkt, die in den letzten 10 Jahren mindestens einmal geboren haben und in den USA leben. Zwei geschulte Interviewer führten, unter Verwendung eines Interviewleitfadens, zweistündige semistrukturierte Telefoninterviews durch. Bevor mit den eigentlichen Interviews begonnen wurde, testete man die Klarheit und Verständlichkeit des Interviewleitfadens an drei Teilnehmerinnen. Da im Feldtest keine Probleme auftraten, wurden keine Änderungen vorgenommen. Die Aufnahmen wurden professionell transkribiert. Die Analyse der Transkripte wurde iterativ und induktiv durchgeführt und basierte auf traditionellen Verfahren der Inhaltsanalyse. Codes wurden zeilenweise durch eine Tiefenanalyse entwickelt. Jeder beteiligte Forscher überprüfte die Transkripte und entwickelte einen vorläufigen Satz an Codes. Als die Forschenden die ersten Codes entwickelt hatten, wurden diese in ein Codebuch eingetragen, welches laufend um neue Codes erweitert wurde. Ähnliche Codes wurden gruppiert, um daraus themenbasierte Kategorien zu verfassen. Die Kategorien lassen sich den zwei Forschungsfragen eindeutig zuordnen. Die Interview Transkripte wurden in Atlas.ti Version 7 hochgeladen, um die Datenanalyse zu unterstützen. Die Codierung wurde von einem wissenschaftlichen Mitarbeiter durchgeführt, der sich regelmässig mit dem Forschungsleiter traf, um die Codes zu diskutieren und zu verfeinern. Das endgültige Codebuch enthielt Themen und Codes sowie Definitionen und wurde von allen Forschern genehmigt.</p> | <p>Die zwei Fragestellungen werden einzeln beantwortet. Beide Hauptthemen werden in Unterthemen gegliedert. Es wurden einerseits die Förderfaktoren geschildert, welche in folgende Kategorien eingeteilt werden können:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Anpassung und Hilfsmittel, wie Kissen oder Techniken</li> <li>(2) Physische Unterstützung von anderen, wie z.B. Partner, Mutter oder Hebamme</li> <li>(3) Gebrauch von Brustpumpen</li> <li>(4) Peersupport wurde von den Müttern als nützlich angesehen. Es half ihnen teilweise bei der Entscheidungsfindung und man fühle sich als Teil einer Gemeinschaft</li> </ol> <p>Andererseits wurden Barrieren geschildert, welche in folgende Kategorien eingeteilt werden können:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Zu wenig Unterstützung, z.B. von Stillberatenden, welche zu wenig adaptive Techniken vorschlugen und mangelnde Unterstützung nach dem Spitalaustritt</li> <li>(2) Behinderungsbezogene Gesundheitsprobleme, wie mögliche Komplikationen einer Behinderung, welche durch das Stillen ausgelöst wurden oder mögliche Einflüsse von Medikamenten</li> <li>(3) Zu wenig behinderungsspezifische Informationen</li> <li>(4) Milchversorgung, zu wenig Milch</li> <li>(5) Schwierigkeiten beim Ansetzen</li> </ol> | <p>Die Ergebnisse zeigen Hindernisse auf, welchen die Frauen mit Behinderung beim Stillen begegnen, wie zu wenig Informationen, Unterstützung, behinderungsspezifischen Gesundheitsproblemen, Schwierigkeiten bei der Milchversorgung und Ansetzen des Kindes. Die Frauen nannten auch Förderfaktoren, welche ihnen geholfen haben, wie der Gebrauch von Brustpumpen, Unterstützung von Anderen, angepasste Hilfsmittel sowie Peersupport. Die Forschungsergebnisse wurden mit anderen Studien in Bezug gesetzt und weisen vergleichbare Ergebnisse auf. Um die Stillrate zu erhöhen, muss mehr auf die Bedürfnisse und Erfahrungen der Mütter mit körperlichen Behinderungen geachtet werden. Das Gesundheitspersonal soll besser über das Stillen bei Frauen mit Behinderung informiert werden. Die Mütter mit Behinderung sollen besseren Zugang zu Peerunterstützung, personenzentrierter Unterstützung und Hilfsmittel bekommen. Auch sollen Guidelines entwickelt werden, welche die Unterstützung von Frauen mit Behinderung beim Stillen beschreibt.</p> |

## Würdigung der Studie: Breastfeeding Among Women with Physical Disabilities in the United States

| Einleitung  | Methode  | Ergebnisse   | Diskussion   |
|---|--|--|--|
| <p>Die Studie befasst sich mit einem relevanten Thema und wird nachvollziehbar begründet. Die Forschungsfrage ist zweiteilig, präzise und explizit dargestellt. Die Forscherinnen verwenden verschiedene aktuelle Studien, um die Forschungsfrage zu begründen.</p> | <p>Die Studie ist Teil eines grösseren Forschungsprojektes. Es wird ein qualitativer Forschungsansatz verwendet. Semistrukturierte Interviews eignen sich für die Bearbeitung der Fragestellung und sind typisch beim phänomenologischen Design. Die Stichprobengrösse ist angemessen und wird mit der Datensättigung begründet. Da aber zu grossen Teilen Weisse, gut gebildete Frauen den Stichproben angehören, kann sie nur bedingt als repräsentativ für die USA angesehen werden. Da sich die Teilnehmerinnen freiwillig gemeldet haben, kann von besonders negativen oder positiven Erfahrungen ausgegangen werden. Dies wird in der Limitation angegeben. Ausserdem wurde die Rekrutierung über Behindertenorganisationen gemacht, weshalb alle Teilnehmerinnen demnach in ein System integriert waren und zwingend Zugang zu Internet hatten. Das Setting ist klar und die Teilnehmercharakteristiken sind reichhaltig beschrieben und als Ergänzung zum Text in einer Tabelle ersichtlich. Die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung sind explizit dargestellt und klar beschrieben. Es wird nicht erwähnt, ob die drei Teilnehmerinnen des Feldtests zur Stichprobe dazugehören. Beim Leitfaden wird ein philosophischer Hintergrund genannt. Die Datenanalyse ist klar, präzise und nachvollziehbar beschrieben. Analysemethoden sind referenziert. Das Codebuch wurde mit der Forschungsleitung besprochen und verfeinert, was die Glaubwürdigkeit erhöht. Es wird nicht erwähnt, ob nebst den transkribierten Interviews noch weitere Notizen geführt wurden. Eine Dokumentation analytischer Entscheidungen wird ebenfalls nicht erwähnt. Die Forschenden deklarieren keinen Interessenskonflikt mit den Teilnehmerinnen. Ansonsten werden keine ethischen Fragen diskutiert. Es wurde keine ethische Genehmigung eingeholt, ob sie im Rahmen des grösseren Forschungsprojekts eingeholt wurde, ist unklar.</p> | <p>Die zwei Fragestellungen werden im Ergebnisteil einzeln in Kategorien beantwortet, stehen aber in ständigem nachvollziehbarem Bezug zueinander und beleuchten das Phänomen als Ganzes. Die Ergebnisse werden nachvollziehbar und sinnvoll dargestellt. Sie reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten und sind im Kontext präzise in ihrer Bedeutung verankert. Die Kategorien werden durch passende Zitate dargestellt. Für die Verständlichkeit wäre es hilfreich gewesen, die einzelnen Zitate mit der jeweiligen Frau und ihrer Behinderung zu beschriften, da die Einschränkungen sehr unterschiedlich sind. Dies hätte das Verständnis und die Nachvollziehbarkeit gefördert. Eine Tabelle mit den Kategorien stellt eine Ergänzung zum Text dar.</p> | <p>Die Ergebnisse werden diskutiert und interpretiert. Die Interpretation ist logisch und nachvollziehbar und beantwortet die zweiteilige Fragestellung vollumfänglich. Die Ergebnisse werden in Bezug zu bestehender Literatur gesetzt und diskutiert. Die Forschenden kommen zum Schluss, dass sich die Ergebnisse vergleichen lassen. Als Schlussfolgerung werden einige Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen sowie fördernde Massnahmen genannt. Die Schlussfolgerung spiegelt die Resultate wider. Limitationen sind ausführlich angegeben.</p> |

## **Einschätzung der Güte nach Lincoln und Guba (1985)**

### **Confirmability (Bestätigung)**

Es schränkt die Bestätigung ein, dass keine Begleitung durch externe Personen stattfand. Die Forschenden deklarieren jedoch keinen Interessenskonflikt zu haben.

### **Dependability (Zuverlässigkeit)**

Die Zuverlässigkeit wird dadurch gefördert, dass die Datenanalyse von mehreren Forschenden durchgeführt und anschliessend durch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter mit der Forschungsleitung diskutiert und verfeinert wurde. Des Weiteren wurde der Interviewleitfaden vorgängig von den Teilnehmerinnen auf die Verständlichkeit getestet. Weder die Datenanalyse noch die Ergebnisse wurden von einem externen Gremium geprüft und keine Dokumentation analytischer Entscheidungen erwähnt, was die Zuverlässigkeit schwächt.

### **Credibility (Glaubwürdigkeit)**

Es fand keine Triangulation und kein Member-Checking statt, was die Glaubwürdigkeit schwächt. Es wird eine Datensättigung angegeben, was die Glaubwürdigkeit wiederum stärkt.

### **Transferability (Übertragbarkeit)**

Die Ergebnisse werden mit Zitaten und Teilnehmergeschichten nachvollziehbar ergänzt, was die Übertragbarkeit erhöht. Die Zitate werden jedoch nicht referenziert. Die Forschenden stellen die Förderfaktoren und Barrieren dar und leiten dadurch mögliche Empfehlungen ab. Präzise demografische Charakteristiken der Teilnehmerinnen werden genannt.

**Evidenzlevel:** Das Evidenzlevel entspricht der untersten Stufe, dem S-Level «studies» nach DiCenso et al. (2009).

**Zusammenfassung der Studie:** «Nobody knows, or seems to know how rheumatology and breastfeeding works»: Women's experiences of breastfeeding whilst managing a long-term limiting condition – A qualitative visual methods study

| Einleitung  | Methode  | Ergebnisse   | Diskussion   |
|---|--|--|--|
| <p>Fast jede zehnte Frau, die kürzlich entbunden hat, leidet an einer Langzeiterkrankung. Die Studie befasst sich mit den Stillverfahren von Frauen mit ARD. Das Ziel war es, Barrieren und Förderfaktoren in der Stillsituation zu identifizieren und Elemente einer angepassten Intervention zu ermitteln. Durch bestehende Literatur ist bekannt, dass Frauen mit einer ARD während des Stillprozesses verschiedene Barrieren erleben, welche auf den Krankheitsverlauf zurückzuführen sind und auf Grund dessen sie nicht stillen können, wollen oder dürfen.</p> | <p>Diese Studie ist Teil einer STAR-Familien Umfrage, welche die Erfahrungen von Frauen mit einer ARD über den Zeitraum der Familiengründung, Schwangerschaft und Elternschaft erforscht. Die Stichprobe für die vorliegende Studie wurde absichtlich aus dem sample der STAR-Familien Umfrage gezogen und umfasste 128 Frauen zwischen 18-49 Jahren mit einer ARD, wohnhaft im Vereinigten Königreich (UK), welche eine Familiengründung in Erwägung zogen, schwanger waren oder mind. ein Kind unter fünf Lebensjahren hatten. Die Frauen gaben in der online-Umfrage von der STAR-Familienstudie an, dass sie an einem Interview interessiert seien. 13 davon hatten bereits Kinder und eigneten sich daher für diese fokussierte Analyse. Diese Frauen wurden via Telefon oder E-Mail kontaktiert und erhielten nach der Kontaktaufnahme ein Paket mit Informationsblättern und einer Einverständniserklärung. Die Forschenden wählten einen personen-zentrierten Ansatz für die Befragung, indem sie vorab einen Zeitstrahl über Präkonzeption, Schwangerschaft und Säuglingsernährung erstellten und das narrative Interview danach richteten. Der Zeitstrahl und eine Themenliste sowie Leuchtmarker und Emoji Stickers wurden den Frauen vorab zugesandt. Der Zeitstrahl fungierte als Gedächtnisstütze während des Interviews. Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert. Die Daten wurden mit Hilfe eines thematischen Analyse Ansatzes analysiert, der das Vertrauen machen mit den Daten, die Generierung erster Codes, die Suche nach Themen, die Überprüfung und Verfeinerung von Themen und die Definition von Themen beinhaltet. Diese besprachen die Forschenden in regelmässigen Teamsitzungen. Bei der Analyse wurde ein induktiver Ansatz verwendet, um Themen aus den Daten zu generieren. In Teamsitzungen wurden die Datenerstellung, Entwicklung des Codier Rahmens und die Datenanalyse diskutiert. Ethische Fragen werden nicht erwähnt.</p> | <p>Die 13 Frauen erkrankten an unterschiedlichen ARD, einschliesslich entzündlicher Arthritis, systemischem Lupus und Dermatomyositis. Die Frauen diskutierten über eine grosse Bandbreite an Themen, welche in einer weiteren Studie genauer erläutert werden. (referenziert)</p> <p>Es konnten im Zusammenhang mit Stillen drei Hauptthemen formuliert werden. Mangel an Informationen z.B. über die Milchgängigkeit von Medikamenten sowie Mangel an Unterstützung beim Stillen oder dessen Beenden und Schuld- und Schamgefühle der Mütter. Viele der Mütter erhofften sich einen protektiven Effekt des Stillens auf eine allfällige zukünftige rheumatische Erkrankung der Kinder. Die Beratung durch die Gesundheitsfachpersonen war häufig sehr unterschiedlich. Viele Frauen erlebten Schuld- und Schamgefühle. Die Begleitung wurde richtlinienfokussiert erlebt. Das Fachpersonal hatte oft eine negative Einstellung zu künstlicher Säuglingsnahrung und bot es nicht als akzeptable Alternative an. Die Frauen berichteten, dass sie sich zu wenig in die Entscheidungen eingebunden fühlten und dass sie sich schuldig fühlten, wenn sie zu Gunsten der Fortführung der Medikation auf das Stillen verzichteten.</p> | <p>Frühere Studien mit Frauen mit einer körperlichen Behinderung berichteten von ähnlichen Herausforderungen und Barrieren. Die Studie zeigt, wie Mütter mit einer ARD das Stillen ihres Kindes erlebt haben. Es wird dargelegt, dass die Unsicherheit mit dem Medikamenteneinfluss auf die Muttermilch ein Schlüsselfaktor ist für die Entscheidung, ob die Mutter stillen möchte oder nicht. Einige Frauen fühlten einen enormen Druck zu stillen, andere wurden gedrängt mit dem Stillen aufzuhören und wieder mit der medikamentösen Behandlung zu beginnen. Sie fühlten Schuld und Scham, dass sie ihre Gesundheit über die ihres Kindes stellten. Die Forschenden stellen fest, dass es mehr Forschung und korrekte Benennung der Ressourcen erfordert, wie auch mehr Aufklärung zu diesem Thema bei den Gesundheitsfachpersonen. Es ist notwendig, dass Informationen sowohl für das Fachpersonal als auch für die Frauen verfügbar sind. Personenzentrierte und wertfreie Schulung des Personals ist erforderlich.</p> |



**Würdigung der Studie:** «Nobody knows, or seems to know how rheumatology and breastfeeding works»: Women's experiences of breastfeeding whilst managing a long-term limiting condition – A qualitative visual methods study

| Einleitung  | Methode  | Ergebnisse  | Diskussion  |
|---|--|---|---|
| <p>Die Studie befasst sich mit einer relevanten Thematik für die Gesundheitsfachpersonen. Die Beschreibung des Phänomens ist nachvollziehbar. Das Ziel der Studie ist explizit dargestellt und klar formuliert. Das Thema wird mit vorhandener Literatur eingeführt und dessen Relevanz damit begründet. Die verwendete Literatur ist mehrheitlich aktuell gewählt.</p> | <p>Der Forschungsansatz ist qualitativ. Er passt zur gewählten Fragestellung. Die Studie ist Teil einer grösseren mixed-method STAR-Family Studie. Diese wird kaum näher beschrieben. Die Forschenden entschieden sich für einen personenzentrierten Ansatz in Form des zeitstrahlorientierten narrativen Interviews. Derartige Zeitleisten haben sich als nützlich erwiesen in der Lebenslauforschung, da sie persönliche Erinnerungen vereinfachen und den Kontext erweitern. Die Stichprobe ist klein und das Vorgehen der gezielten Stichprobenziehung wird nicht begründet. Die Teilnehmerinnen sind als Informanten geeignet. Die Datenerhebung ist im Allgemeinen ungenügend beschrieben und schwer nachzuvollziehen. Das Setting und die Teilnehmercharakteristik sind reichhaltig beschrieben. Die Forschenden sprechen einerseits davon, dass sie absichtlich auf einen Themenleitfaden verzichteten, um die Frauen zu ermutigen, die Themen selbst zu wählen, welche für sie wichtig waren. Später erwähnen sie, dass die Frauen vorab ein «was zu erwarten»- Informationsblatt erhielten mit Themen, welche für die Forschenden von Interesse waren. Hierbei widersprechen sie sich. Der Zeitstrahl wird in der Studie nicht erklärt, ist aber referenziert. Die Forschenden orientierten sich am Konzept der «Informationskraft» und nicht an der «Datensättigung». Die Forschenden legen ihre persönlichen Interessen und beruflichen Hintergründe dar. Sie reflektieren Ansätze wie die Zeitleiste nachvollziehbar und begründen und referenzieren ihre Vorgehensweise. Es wurde für das Interview eine Genehmigung durch ein Ethikkomitee und eine Einverständniserklärung eingeholt. Die Datenanalyse ist klar und nachvollziehbar beschrieben. Die verwendete Analysemethode ist referenziert. Die Glaubwürdigkeit ist gewährleistet durch die regelmässigen Treffen und Diskussionen der Forschenden. Analytische Entscheidungen wurden dokumentiert.</p> | <p>Die Daten werden mit Hilfe der Hauptthemen dargestellt. Die Ergebnisse sind präzise formuliert und mit Zitaten untermauert. Von den gesamthaft 13 Frauen wurden nur drei in den acht Zitaten zitiert. Drei Zitate davon stammen von einer Zwillingsmutter. Das Fehlen von unterschiedlichen Zitaten und das nicht vergleichbare Beispiel einer stillenden Zwillingsmutter reflektieren nur bedingt die Reichhaltigkeit der Daten. Die drei Hauptthemen sind logisch konsistent und nachvollziehbar formuliert. Sie unterscheiden sich inhaltlich, nehmen aber regelmässig Bezug zum Phänomen auf, was zum Verständnis beiträgt. Es wurde erwähnt, dass andere Themen im Interview diskutiert wurden. Diese sind jedoch nicht in den Resultaten ersichtlich. Es ist ebenfalls nicht ersichtlich, ob diese einen Einfluss auf die Ergebnisse nehmen und ermöglichen so kein ganzheitliches Bild des Phänomens.</p> | <p>Die Ergebnisse liefern einen tieferen Einblick zu den Barrieren und Hindernissen, welchen Frauen mit ARD begegnen können. Die Ergebnisse werden mit empirischer Literatur in Bezug gesetzt und diskutiert. Die Schlussfolgerungen spiegeln die Ergebnisse der Studie wider. Es sind keine Limitationen formuliert.</p> |

## **Einschätzung der Güte nach Lincoln und Guba (1985)**

### **Confirmability (Bestätigung)**

Die Forschenden erwähnen nicht, ob eine Prüfung der Studiendurchführung oder Begleitung durch eine externe Person stattgefunden hat, was die Bestätigung einschränkt. Zudem wurden die Daten nicht transparent dargestellt.

### **Dependability (Zuverlässigkeit)**

Das Forschungsteam codierte die Daten einmalig. Anstelle einer zweiten Codierung trafen sich die Forschenden zu Teamsitzungen und diskutierten die Datenproduktion und Datenentwicklung sowie den Codierungsrahmen. Die Zuverlässigkeit wird durch dieses regelmässige und zeitnahe Reflektieren gefördert. Es wird nicht erwähnt, ob ein hochschulinternes- oder externes Gremium die Datenanalyse geprüft hat, was die Zuverlässigkeit schwächt.

### **Credibility (Glaubwürdigkeit)**

Die Forschenden standen zwar regelmässig im Austausch miteinander, es fand jedoch keine Triangulation statt und es wurde ebenfalls nicht erwähnt, ob ein Member-Checking stattfand.

### **Transferability (Übertragbarkeit)**

Die Forschenden beschreiben einen nachvollziehbaren Theorie-Praxis-Transfer und die Teilnehmerinnen sind reichhaltig beschrieben, was die Übertragbarkeit erhöht. Die Übertragbarkeit wird eingeschränkt durch die Zitate von nur drei Teilnehmerinnen. Zudem befindet sich eine davon in einer aussergewöhnlichen Situation mit Zwillingen, welche man nochmals von den anderen Teilnehmerinnen hätte differenzieren müssen.

**Evidenzlevel:** Das Evidenzlevel entspricht der untersten Stufe, dem S-Level «studies» nach DiCenso et al. (2009).

**Zusammenfassung der Studie:** The struggle for inter-professional teamwork and collaboration in maternity care: Austrian health professionals' perspectives on the implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative

| Einleitung   | Methode  | Ergebnisse  | Diskussion   |
|--|--|---|--|
| <p>Die WHO hat aufgezeigt, wie wichtig Stillen für die Gesundheit von Mutter und Kind ist. Die WHO und UNICEF haben deswegen eine «Baby-Friendly-Hospital-Initiative» (BFHI) entwickelt, um das Stillen zu fördern. In Österreich stillen weniger als 10% länger als die von der WHO empfohlenen sechs Monate. Obwohl das BFHI in Österreich gefördert wird, haben weniger als 1/5 der Spitäler mit Entbindungsstation das BFHI-Zertifikat. In einer vorangehenden Studie wurde festgestellt, dass eine Schwierigkeit bei der interprofessionellen Zusammenarbeit die Umsetzung der BFHI war. Das Phänomen wurde mit verschiedener Literatur gestützt. Die Studie setzt an vorangegangene Studien an, um ein tieferes Verständnis zu schaffen, welche Faktoren zu Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit von Gesundheitsprofessionen bei der Förderung und Unterstützung von Stillen auf Entbindungsstationen führen. Deshalb wurde folgende dreiteilige Fragestellung formuliert:</p> | <p>Bei der Population handelt es sich um das Gesundheitspersonal auf Entbindungsstationen in Österreich. Die Stichprobe wurde gezielt gezogen und bestand aus 35 Gesundheitspersonen (11 Hebammen, 11 Pflegefachpersonen und 13 Ärztinnen und Ärzten), um eine möglichst vielfältige Stichprobe zu erhalten. Dies begründen die Forschenden damit, möglichst viele Meinungen und Informationen zu generieren. Das Einverständnis der Teilnehmenden wurde vorab eingeholt und sie wurden darüber informiert, dass sie zu jedem Zeitpunkt während der Studie ihre Mitarbeit abbrechen können. Es wurde ein semi-strukturiertes Interview mit einem Interviewleitfaden von zwei Forschenden durchgeführt. Der Leitfaden wurde zuvor an vier Teilnehmenden getestet und diskutiert, ob die zu erforschenden Themen abgedeckt werden. Eine Datensättigung wird beschrieben. Die Interviews wurden bis auf eine Ausnahme (gab kein Einverständnis für eine Aufnahme) aufgezeichnet und transkribiert. Bei der Ausnahme wurden Feldnotizen gemacht. In allen Papieren wurden Pseudonyme für die Teilnehmenden verwendet. Es wurde eine thematische Analyse der Daten durchgeführt. Die Daten und Codes wurden</p> | <p>Es wurden folgende Schwierigkeiten bei der Umsetzung von BFHI in der Praxis festgestellt und in drei Hauptkategorien mit jeweils zwei Unterkategorien eingeteilt:</p> <p><u>Ansatz des Gesundheitspersonals zu Geburt und Stillen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medizinisierung von Geburt und Stillen: Ärzte und Pflege sehen vor allem den medizinischen Vorteil und die Evidenz vom Stillen. Die Hebammen sehen es als problematisch an, dass die Pflege zu schnell interveniert.</li> <li>- Natürlichkeit von Geburt und Stillen: die Hebammen sehen die Geburt als normalen physiologischen Vorgang an, während die Pflege eher das Gefühl hat, eingreifen zu müssen, obwohl sie wissen, dass Mutter und Kind gesund sind</li> </ul> <p><u>Zusammenarbeit angesichts professioneller und räumlicher Trennung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fachliche Zuständigkeit: es sind sich alle einig, dass BFHI umgesetzt werden soll, aber nicht darüber wie.</li> <li>- räumliche Aufteilung der Entbindungsstation: räumliche Trennung, zu wenig oder keine Kommunikation zwischen innerhalb und ausserhalb der Entbindungsstation, zu wenig Platz für interprofessionellen Austausch.</li> </ul> | <p>Die Forschenden beschreiben, dass die Zusammenarbeit durch die verschiedenen Ansätze zu Geburt und Stillen erschwert wird. In bisherigen Studien wurde zu wenig Aufmerksamkeit auf die unterschiedlichen Berufsidentitäten bei der Umsetzung von BFHI gelegt. Die Pflege und die Ärzteschaft teilen einen bio- medizinischen, interventionsreichen Ansatz zur Geburt und zum Stillen, welcher auch zu unterschiedlicher Interpretation von BFHI führt. So nutzt beispielsweise die Pflege das BFHI als Rechtfertigung ihrer Arbeit vor den Hebammen und Ärzten. Wohingegen die Hebammen das BFHI eher als Ergänzung zu ihrem Ansatz der Natürlichkeit der Geburt sieht. Die Ärzte sehen oft nicht den Nutzen von BFHI für ihre Profession und überlassen die Umsetzung anderen Professionen. Eine weitere Schwierigkeit ist die Kommunikation zwischen den Professionen. Hier erschweren die räumliche Trennung und zu wenig Platz für Austausch die Zusammenarbeit. Die Aussagen werden von den Forschenden mit vorangegangenen Studien verglichen und interpretiert. Effizientes Zusammenarbeiten und gute kollaborative Praktiken zwischen Hebammen, Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten, erfordern umfangreiche und kontinuierliche Investitionen in ihre Fähigkeiten und</p> |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <p>(1) Welche Ansätze haben Gesundheitsprofessionen zu Geburt und Stillen? (2) Wie funktioniert die Zusammenarbeit angesichts professioneller und räumlicher Grenzen? (3) Welche Strategien hat das Gesundheitspersonal, um ihr Engagement für das BFHI zu verfolgen?</p> | <p>regelmässig von zwei Forschenden diskutiert und zu Hauptthemen verdichtet. Des Weiteren wurden die vorläufigen Daten in der Forschungsgruppe diskutiert, bis ein Konsens gefunden wurde. Zusätzlich wurde eine Zusammenfassung der ersten Ergebnisse per Mail an die Teilnehmenden versandt, damit diese ihr Einverständnis zu den vorläufigen Daten geben konnten.</p> | <p><u>Strategien, die die Gesundheitsfachpersonen im Engagement für die BFHI verfolgen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schutz- und Verteidigungsstrategie: Pflege nutzt BFHI für die Rechtfertigung ihrer Kompetenzen, nehmen es sehr genau. Hebammen sehen es als flexibles Konstrukt, welches der Situation und Person angepasst werden sollte.</li> <li>- Umgehungsstrategie: Hebammen passen BFHI an, Ärzte wollen möglichst wenig damit zu tun haben.</li> </ul> <p>Es wurden alle Kategorien mit Zitaten ergänzt.</p> | <p>Kompetenzen. Während interprofessionelle Teamarbeit und Kollaboration ein weit verbreitetes Ziel des heutigen Gesundheitswesens ist, hat dieser Artikel gezeigt, dass es von erheblicher Bedeutung ist zu untersuchen, wie die Zusammenarbeit und die damit verbundenen Diskrepanzen zwischen den Professionen in einem bestimmten Bereich des Gesundheitswesens sichtbar werden. Gerade im Hinblick auf die Umsetzung von BFHI sind kreative Lösungen zur Zusammenführung unterschiedlicher Perspektiven notwendig.</p> |
|---|--|--|---|

**Würdigung der Studie:** The struggle for inter-professional teamwork and collaboration in maternity care: Austrian health professionals' perspectives on the implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative

| Einleitung  | Methode   | Ergebnisse   | Diskussion  |
|---|---|--|---|
| <p>Die Studie befasst sich mit einer wichtigen Thematik zur interprofessionellen Zusammenarbeit für Gesundheitsprofessionen. Es wurden drei Forschungsfragen klar formuliert. Es wurde mit diversen Studien in das Thema eingeführt. Einige der zitierten Studien sind von denselben Forschenden. Die Signifikanz wurde diskutiert.</p> | <p>Es handelt sich um einen qualitativen Ansatz. Es wird begründet, dass sich der Ansatz gut eignet, um individuelle Ansichten eines konkreten Phänomens als auch ein abstraktes Konzept zu entdecken. In diesem Fall wird dieser Ansatz gewählt, um die Wahrnehmung der Gesundheitsprofessionen zur Umsetzung von BFHI herauszufinden. Die Verbindung der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz ist logisch, präzise und nachvollziehbar. Die Stichprobe ist für den Ansatz angebracht. Die Stichprobengröße ist für eine qualitative Studie ausreichend und ausgewogen. Dadurch ist sie repräsentativ für die Population. Sie wird dabei angemessen begründet. Das Setting wird reichhaltig beschrieben und übersichtlich dargestellt. Die Teilnehmenden sind als Informanten geeignet und erleben das Phänomen. Die Datenerhebung befasst sich mit erlebten Erfahrungen, sozialen Prozessen und Verhalten. Es wird explizit dargestellt und klar beschrieben, wie sie bei der Datenerhebung vorgegangen sind. Der Interviewleitfaden wurde im Verlauf mit den ersten vier Teilnehmenden getestet und diskutiert. Die Datensättigung wird ebenfalls diskutiert. Die Teilnehmenden wurden über die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert und darüber, dass sie zu jedem Zeitpunkt abbrechen dürfen. Das methodische Vorgehen stimmt mit dem gewählten Forschungsansatz überein. Die Datenanalyse wird nachvollziehbar beschrieben und referenziert. Die Datenanalyse ist präzise und glaubwürdig, indem sie regelmässig diskutiert wurde. Zwei externe Personen wurden zur Beratung beigezogen. Die Ergebnisse wurden für ein Member-Checking an die Teilnehmenden versandt. Es wird jedoch nicht erwähnt, ob ein Protokoll für analytische Entscheidungen geführt wurde. Ethische Fragen wurden geklärt und die Studie wurde von einem Ethikkomitee genehmigt.</p> | <p>Die Daten werden mit Hilfe der drei Hauptthemen dargestellt. Die Hauptthemen sind jeweils in zwei Unterthemen aufgeteilt. Die Ergebnisse werden mit mehreren Zitaten aus unterschiedlichen Professionen ergänzt und verglichen. Die Ergebnisse sind präzise formuliert und nachvollziehbar und mit Hilfe einer Tabelle übersichtlich dargestellt. Die drei Hauptthemen sind logisch konsistent und nachvollziehbar formuliert. Die Hauptthemen sind unterscheidbar voneinander und nehmen regelmässig Bezug zueinander.</p> | <p>Die Diskussion trägt zu einem besseren und tieferen Verständnis des Phänomens bei und beantwortet die gestellten Fragestellungen schlüssig. Die Ergebnisse werden in Bezug zu konzeptioneller und empirischer Literatur gesetzt und diskutiert. Die Ergebnisse sind relevant für ein besseres Verständnis über die Schwierigkeiten bei der Umsetzung von BFHI in Spitälern. In der Schlussfolgerung werden Empfehlungen für die Praxis aus den Ergebnissen formuliert.</p> |

## **Einschätzung der Güte nach Lincoln und Guba (1985)**

### **Confirmability (Bestätigung)**

Die Bestätigung wird durch eine transparente Darstellung der Ergebnisse und die Begleitung zweier externer Personen gestärkt.

### **Dependability (Zuverlässigkeit)**

Die Zuverlässigkeit wird dadurch gefördert, dass die Datenanalyse regelmässig mit dem Forschungsteam diskutiert und verfeinert wurde. Auch wird die Begleitung durch zwei weitere externe Personen beschrieben. Des Weiteren wurde der Interviewleitfaden vorgängig von vier Teilnehmenden auf die Verständlichkeit getestet. Die Zuverlässigkeit wird geschwächt, dadurch dass keine Prüfung der Datenanalyse durch ein Gremium stattfand.

### **Credibility (Glaubwürdigkeit)**

Die Glaubwürdigkeit wird dadurch gefördert, dass eine Triangulation durch die verschiedenen Professionen stattfand. Die Probanden hatten die Möglichkeit, Stellung zu den gebildeten Codes zu beziehen, was die Glaubwürdigkeit stärkt.

### **Transferability (Übertragbarkeit)**

Die Ergebnisse werden mit Zitaten nachvollziehbar ergänzt, was die Übertragbarkeit erhöht. Charakteristiken der Teilnehmerinnen werden genannt und die Stichprobe ist gesättigt und sehr divers, was die Übertragbarkeit zusätzlich stärkt.

**Evidenzlevel:** Das Evidenzlevel entspricht der untersten Stufe, dem S-Level «studies» nach DiCenno et al. (2009).