

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Stillen und Selbstwirksamkeit – ein Beitrag zur präventiven Erfassung von Stillproblemen durch standardisierte Instrumente“

Verfasserin

Pamela Sitter-Trollmann

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, September 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 9002094

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Profⁱⁿ. Mag^a. Drⁱⁿ. Hanna Mayer

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere, dass

ich diese Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

ich diese Arbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

diese Arbeit mit der von meiner Begutachterin/Betreuerin übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

Dank

Mein besonderer Dank gilt Frau Profⁱⁿ. Mag^a. Drⁱⁿ. Hanna Mayer für ihre geduldige Betreuung dieser Diplomarbeit. Konstruktive Kritik und aufmunternde Worte waren wichtige Begleiter auf einem manchmal steinigen Weg.

Weiters danke ich meinen Eltern, welche mich immer unterstützt haben mich zu einem eigenständigen Menschen zu entwickeln. Meine leider schon verstorbene Mutter wäre stolz auf mich.

Für die guten Zusammenarbeit während des gesamten Studiums und ihre professionelle Hilfe beim Korrekturlesen dieser Arbeit danke ich meiner Freundin und Studienkollegin Karin Klas.

Für den Rückhalt und die Liebe die ich jeden Tag von meinem Mann geschenkt bekomme möchte ich an dieser Stelle ein ganz großes Dankeschön sagen!

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|---------|--|----|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 2 | Stillen | 5 |
| 2.1 | PHYSIOLOGIE DES STILLENS | 5 |
| 2.1.1 | <i>Die Entwicklung der weiblichen Brust</i> | 5 |
| 2.1.2 | <i>Die Physiologie der Milchbildung</i> | 6 |
| 2.1.3 | <i>Die Zusammensetzung der Muttermilch</i> | 8 |
| 2.1.4 | <i>Stilldefinitionen</i> | 11 |
| 2.2 | ARGUMENTE FÜR DAS STILLEN | 13 |
| 2.2.1 | <i>Argument für das Stillen im Bezug auf das Kind</i> | 14 |
| 2.2.1.1 | Effekte auf der körperlichen Ebene | 14 |
| 2.2.1.2 | Effekte auf der psychischen Ebene | 21 |
| 2.2.2 | <i>Argumente für das Stillen im Bezug auf die Frau</i> | 24 |
| 2.2.2.1 | Kurz- und mittelfristige Effekte | 24 |
| 2.2.2.2 | Langfristige Effekte | 27 |
| 2.2.3 | <i>Sozioökonomische Argumente für das Stillen</i> | 30 |
| 2.2.3.1 | Auf der Ebene der Familie | 30 |
| 2.2.3.2 | Auf gesundheitspolitischer Ebene | 31 |
| 2.3 | STILLEMPFEHLUNGEN | 33 |
| 2.3.1 | <i>Internationale Stillempfehlungen</i> | 33 |
| 2.3.2 | <i>Nationale Stillempfehlungen</i> | 35 |

| | | |
|---------|--|------------|
| 2.4 | DIE STILLSITUATION IN ÖSTERREICH..... | 38 |
| 2.4.1 | <i>Stillraten in Österreich.....</i> | <i>38</i> |
| 2.4.2 | <i>Stillförderung in Österreich</i> | <i>40</i> |
| 2.4.2.1 | Geburtsvorbereitung | 40 |
| 2.4.2.2 | Initiative Stillfreundliches Krankenhaus | 42 |
| 2.4.2.3 | Medizinisches Fachpersonal - intra- und extramural | 45 |
| 2.4.2.4 | Stillberaterinnen | 47 |
| 2.4.2.5 | Stillambulanzen..... | 47 |
| 3 | Stillen und Selbstwirksamkeit | 49 |
| 3.1 | DAS KONZEPT DER SELBSTWIRKSAMKEIT NACH BANDURA | 50 |
| 3.2 | DAS KONZEPT DER SELBSTWIRKSAMKEIT - ANWENDUNG IM GESUNDHEITS- BEREICH..... | 60 |
| 3.2.1 | <i>Theoretische Überlegungen zur Erhebung gesundheitsrelevanter Selbstwirksamkeit.....</i> | <i>62</i> |
| 3.2.2 | <i>Angewandte Selbstwirksamkeitserhebung im Gesundheitsbereich</i> | <i>70</i> |
| 3.3 | STILLSSELBSTWIRKSAMKEIT NACH DENNIS..... | 76 |
| 3.3.1 | <i>Der theoretische Rahmen der Stillselbstwirksamkeit.....</i> | <i>77</i> |
| 3.3.2 | <i>Erhebung von Stillselbstwirksamkeit.....</i> | <i>85</i> |
| 3.3.2.1 | Die Stillselbstwirksamkeitsskala | 85 |
| 3.3.2.2 | Die Kurzform der Stillselbstwirksamkeitsskala | 95 |
| 3.3.3 | <i>Internationale Anwendungen.....</i> | <i>102</i> |

| | | |
|-----|---|-----|
| 4 | Ausblick für die Anwendung der Stillselbstwirksamkeitsskala im österreichischen Kontext | 104 |
| 4.1 | EVIDENZBASIERTE ÜBERSETZUNG | 104 |
| 4.2 | DESIGN FÜR EINE ÜBERSETZUNG INS DEUTSCHE..... | 112 |
| 4.3 | EINSATZ DER SKALA IN DER PRAXIS | 113 |
| 5 | Literaturverzeichnis | 116 |
| 6 | Abbildungsverzeichnis..... | 129 |
| 7 | Abkürzungsverzeichnis | 131 |
| 8 | Anhang | 132 |
| 8.1 | INHALTSANGABE | 132 |
| 8.2 | ABSTRACT | 133 |
| 8.3 | ZUSÄTZLICHE ABBILDUNGEN | 134 |
| 9 | Curriculum Vitae | 135 |

1 Einleitung

Der Titel der vorliegenden Diplomarbeit lautet: „Stillen und Selbstwirksamkeit - ein Beitrag zur präventiven Erfassung von Stillproblemen durch standardisierte Instrumente“. Das Thema der Arbeit ist das Stillen und der Zusammenhang zwischen dem Stillen und der Selbstwirksamkeit von Frauen.

Auf der Homepage der WHO (World Health Organisation) finden sich 10 Fakten zum Stillen, dort wird unter anderem das ausschließliche Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten empfohlen. Muttermilch ist die beste Nahrungsquelle für Babies und Kleinkinder, sie versorgt diese mit allen notwendigen Nährstoffen für eine gesunde Entwicklung. Neben diesen unmittelbaren Vorteilen, hat das Stillen auch positive Auswirkungen auf die Gesundheit über die gesamte Lebensspanne eines Menschen. Gestillte Personen haben weniger häufig hohen Blutdruck und hohe Cholesterinwerte, sind seltener übergewichtig beziehungsweise fettleibig und erkranken seltener an Diabetes Typ II. Als Vorteile für die Frau werden der natürliche Empfängnischutz nach der Geburt, das verminderte Risiko in einer späteren Lebensphase an Brust- oder Eierstockkrebs zu erkranken, die Tatsache das Ausgangsgewicht nach der Geburt früher wieder zu erreichen und niedrigere Raten von Fettleibigkeit angeführt. Weltweit werden allerdings weniger als 40% der Kinder in den ersten sechs Lebensmonaten ausschließlich gestillt. (World Health Organisation, 2009a)

Österreich schließt sich den Empfehlungen der WHO an, das Bundesministerium für Gesundheit definiert in den Stillempfehlungen der österreichischen Stillkommission des Obersten Sanitätsrates:

„Stillen ist die optimale ausschließliche Ernährung für Säuglinge idealer Weise während der ersten 6 Lebensmonate“. (Bundesministerium für Gesundheit, 2011)¹

Es hat sich jedoch auch für Österreich gezeigt, dass die Ernährungssituation der Säuglinge die von der WHO herausgegebenen Empfehlungen weit verfehlt. Eine vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen im Jahr 2006 veröffentlichte Studie mit dem Titel „Säuglingsernährung Heute“ hatte das Ziel aktuelle Daten zum Stillen und zur Säuglingsernährung im ersten Lebensjahr zu erfassen. Insgesamt wurden 700 Mütter, drei, sechs und zwölf Monate nach der Geburt ihres Kindes telefonisch interviewt. Bei der Befragung nach sechs Monaten gaben nur mehr 10 % der Mütter an noch voll zu stillen. (Esberger, 2006)

Die Arbeit liefert Argumente für das Stillen. Nach einer kurzen Erläuterung der Ist-Situation und der möglichen Ursachen der niedrigen Stillraten in Österreich, werden Strategien zur Verbesserung dieses Missstandes vorgestellt. Als präventiver Ansatz sollen dabei der Zusammenhang von Stillen und Selbstwirksamkeit diskutiert und die Erhebung der Stillselbstwirksamkeit näher umrissen werden.

Die Motivation zu dieser Arbeit begründet sich zum einen darauf, dass die Problematik der Diskrepanz zwischen den Empfehlungen und der Wirklichkeit deutlich und gut belegt ist, zum anderen auf die Wichtigkeit der Unterstützung und Förderung des Stillens, welche ebenfalls in allen Empfehlungen enthalten ist. Die UNICEF bekräftigt im November 2005 die schon 1990 in der Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding festgeschriebenen Punkte zur Unterstützung des Stillens unter anderem durch die Bestätigung der „10 Schritte zu erfolgreichem Stillen“. In denen eine

¹ Anmerkung der Autorin: Alle im Text angeführten direkten Zitate sind zum Zweck der deutlichen Hervorhebung kursiv.

verstärkte Einführung von Stillgruppen und Stillunterstützung gefordert wird. (Unicef, 2005) Auch die WHO sieht Unterstützung für stillende Mütter als einen unerlässlichen Faktor. (World Health Organisation, 2009a)

Mein persönlicher Zugang zu diesem Thema erwächst aus der Tatsache, dass ich seit nunmehr siebzehn Jahren als Hebamme tätig bin. Dies in allen Bereichen, also in der Betreuung und Beratung von Schwangeren und ihren Partnern, bei Geburten und im Wochenbett und auch darüber hinaus bei Rückbildungskursen und Stillgruppen. Immer wieder sind mir dabei Frauen begegnet, bei denen subjektiv alle Voraussetzungen, für ein erfolgreiches Stillen geben waren und trotzdem hatten diese Frauen Probleme. Verschiedenste Kolleginnen, mit den unterschiedlichsten Ideen und Hilfestellungen, blieben bei der Beratung erfolglos. Das wahre Problem dieser Frauen schien auf einer anderen Ebene zu liegen. Im Laufe meines Studiums bin ich dann auf ein Erhebungsinstrument gestoßen, welches die Selbstwirksamkeit von Frauen im Bezug auf das Stillen misst. (C. Dennis & Faux, 1999) Dieses Instrument erhebt die Stillselbstwirksamkeit der Frau und lässt somit einen Schluss auf mögliche Schwierigkeiten beim späteren Stillen zu. (C. Dennis, 2006)

Die Ursache für mögliche Stillprobleme ist also nach dem, diesem Erhebungsinstrument zugrunde liegenden Konzept, des sogenannten Selbstwirksamkeitskonzepts nach Bandura, nicht nur auf objektive Faktoren wie zum Beispiel die Form der Brustwarzen, die Stillposition der Frauen, die Saugfreudigkeit des Kindes, etc. zurückzuführen, sondern kann ihren Ursprung in der Stillselbstwirksamkeit der Frauen haben. Selbstwirksamkeit ist allgemein die Fähigkeit eines Menschen daran zu glauben, bestimmte Aufgaben erfüllen zu können. Der Erfolg einer Anforderung hängt also auch von der Selbstwirksamkeit der Person ab, an die diese Anforderung gestellt wird. (Bandura, 1997)

Dieses Konzept deckt sich mit meinen persönlichen Erfahrungen im Umgang mit Müttern im Wochenbett, die versuchen ihre Neugeborenen zu stillen. Die Möglichkeit die Stillselbstwirksamkeit von Frauen mit standardisierten Instrumenten schon in der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt zu erfassen, stellt demnach eine Möglichkeit dar, schon vor deren Auftreten, Stillprobleme präventiv zu erfassen und Interventionen zu setzen um diese zu verhindern. (Blyth, et al., 2002; Nichols, Schutte, Brown, Dennis, & Price, 2009; Noel-Weiss, Bassett, & Cragg, 2006; Wells, Thompson, & Kloeblen-Tarver, 2006)
Guoth-Gumberger et al schreiben:

„Die beste Intervention ist Prävention.“ (Guoth-Gumberger, et al., 2003)

Dieser Gedanke steht für mich im Vordergrund und ich möchte ihn zum Leitgedanken meiner Diplomarbeit machen. Durch die Aufarbeitung und Darstellung des allgemeinen Selbstwirksamkeitskonzepts nach Bandura und der Stillselbstwirksamkeit nach Dennis soll gezeigt werden, ob und welchen Einfluss die Stillselbstwirksamkeit einer Frau auf ihr Stillverhalten hat. Die Wichtigkeit der Erhebung der Stillselbstwirksamkeit als präventive Maßnahme zur Verbesserung des Stillverhaltens soll beschrieben werden. Das Ziel der Arbeit ist ein theoretisches Fundament für die Sinnhaftigkeit einer möglichen Adaptierung und erste Übersetzung eines Erhebungsinstrumentes zu schaffen. Folgende Forschungsfragen werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit beantwortet:

- Inwieweit ist die Erfassung der Stillselbstwirksamkeit einer Frau eine Möglichkeit präventiv auf ihr Stillverhalten und auf die Stildauer einzuwirken?
- Welche Möglichkeiten der Erfassung von (Still) Selbstwirksamkeit gibt es?
- Welche dieser Möglichkeiten (Skalen) würde sich für die österreichische Situation am besten eignen?

2 Stillen

Der erste Teil der Arbeit behandelt das Thema Stillen. Nach einer Einführung über die Physiologie des Stillens, werden Argumente für das Stillen diskutiert, internationale und nationale Stillempfehlungen exploriert und die Stillsituation in Österreich mit besonderem Blick auf die Stillförderung erörtert.

2.1 Physiologie des Stillens

Stillen bedeutet einen Säugling an der Brust Muttermilch trinken lassen, der Säugling wird durch regelmäßiges Stillen ernährt. Etymologisch bedeutet das Wort „stillen“ stillmachen oder beruhigen. (Duden - Deutsches Universalwörterbuch, 2007) Synonym werden die Begriffe „an die Brust legen“, „anlegen“, „die Brust geben“, „nähren“ und „säugen“ verwendet. (Duden - Das Synonymwörterbuch, 2006)

2.1.1 Die Entwicklung der weiblichen Brust

Die Entwicklung der weiblichen Brust erfolgt in fünf Stadien. Am Beginn stehen die Embryogenese und die Entwicklung in der Pubertät, welche auch unter dem Begriff Mammogenese zusammengefasst werden. Die Anlage der Brustdrüse erfolgt etwa in der 18. bis 19. Schwangerschaftswoche. In der Pubertät kommt es, noch vor Einsetzen der Menstruation durch den Einfluss von Östrogenen und Wachstumshormonen zum Wachsen der noch undifferenzierten Gänge, durch das Fettgewebe. Mit Einsetzen der Menstruation und dem dadurch in der zweiten Zyklushälfte vorhandenen Hormon Progesteron kommt es zur Entwicklung der Alveolen und Lobuli, dem eigentlichen Drüsengewebe der Brust. Beide Vorgänge sind äußerlich durch ein Größenwachstum der Brust sichtbar. Die vollständige Entwicklung der Brust ist erst dann abgeschlossen, wenn zum ersten Mal Milch gebildet wird. Die dritte Phase ist die sogenannte Laktogenese welche in Laktogenese 1 und Laktogenese 2 unterteilt wird. Hierbei erlangt die

Brustdrüse die Fähigkeit zur Milchbildung. Wiederum unter hormonellem Einfluss wird die Brust in der Schwangerschaft auf die Milchbildung vorbereitet. Etwa ab der Mitte der Schwangerschaft mit Beginn der Laktogenese 1 ist die Brustdrüse zur Sekretion fähig, das Drüsengewebe erfährt eine deutliche Vermehrung und ein deutliches Wachstum. Der hohe mütterliche Progesteronspiegel verhindert die Absonderung von Milch während der Schwangerschaft.

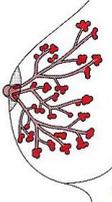
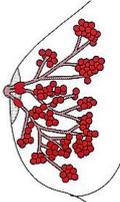
| | Neugeborenes/ Kind | Thelarche | Menarche | Ende Schwangerschaft |
|--|---|---|--|---|
| schematische Darstellung der Entwicklung |  |  |  |  |
| hauptverantwortliche hormonelle Einflussfaktoren | Ruhephase | Östrogen | Östrogen Progesteron | Östrogen, Progesteron, hHPL, Prolaktin |

Abbildung 1: Zeitleiste der Entwicklung der Brustdrüse (Lutz, 2007)

Begriffsklärung zur Abbildung:

Thelarche: Beginn der Mammogenese (8-12 Lebensjahr)

Menarche: Einsetzen der Menstruation (etwa 1-2 Jahre später)

2.1.2 Die Physiologie der Milchbildung

Die Absonderung von Muttermilch in der weiblichen Brustdrüse wird als Laktation bezeichnet. Bei der Geburt und auch schon davor wird Kolostrum gebildet. In der frühen Nachgeburtsperiode wird die sogenannte transitorische Muttermilch gebildet, als Laktogenese 2 wird das Einsetzen der reichlichen Milchbildung in den ersten vier postpartalen Tagen bezeichnet, es ist bedingt durch das Wegfallen der Plazentahormone und des auch nach der Schwangerschaft hoch bleibenden Prolaktinspiegels. Dieser Vorgang wird oft als Milcheinschuss bezeichnet, es kommt zu einer deutlichen Steigerung der Milchmenge und auch zu einer Änderung in der Zusammensetzung

der Muttermilch. Das Kolostrum ist reich an Immunglobulinen und hat eine anregende Wirkung auf die Darmtätigkeit des Neugeborenen, welche eine leichtere Ausscheidung des Mekoniums bewirkt. Verglichen mit reifer Frauenmilch, hat es einen höheren Eiweiß- und Mineralstoffgehalt. Der Fett- und Kohlehydratgehalt ist niedriger, dadurch ist es leichter verdaulich, sichert dem Neugeborenen aber trotzdem die notwendige Proteinzufuhr und die notwendigen Abwehrstoffe. In der transitorischen Milch nehmen der Eiweiß- und Mineralstoffgehalt allmählich ab, während der Fett- und Kohlehydratgehalt ansteigen. Etwa ab dem vierten Tag bildet die weibliche Brust reife Frauenmilch, die Milchmenge hat sich zu diesem Zeitpunkt im Vergleich zum Zeitpunkt der Geburt verzehnfacht und beträgt etwa 500 – 600 ml. Ab der zweiten Woche nach der Geburt beträgt die Milchmenge etwa 700 – 800 ml pro Tag und bleibt auf diesem Level bis mit dem Zufüttern begonnen wird.

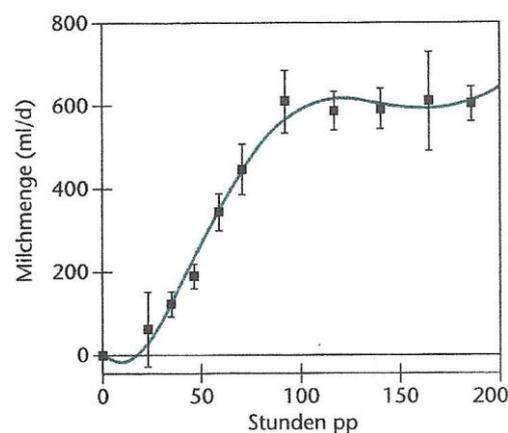


Abbildung 2: Durchschnittliche Milchmenge während der ersten Woche post partum (vollstillende Amerikanerinnen) (Biancuzzo, 2005)

Die Laktogenese stellt einen sensiblen Zeitraum in der Stillbeziehung zwischen Mutter und Kind dar. Es ist wichtig, dass die Frauen über die Abläufe Bescheid wissen. Um nicht zum Beispiel bei einem, durch die

geringen Mengen an Kolostrum und das gleichzeitige Ausscheiden des Mekoniums physiologischen Gewichtsverlust, den Mut zu verlieren.

„Das uneingeschränkte Vertrauen der Frau in ihre Fähigkeit, das Kind mit ihrer eigenen Milch versorgen zu können, ist die grundlegende Voraussetzung für das erfolgreiche Stillen.“(Margit Lutz, 2007)

Als die Laktogenese verzögernde Umstände gelten, Plazentaresten in der Gebärmutter, Kaiserschnitte, Diabetes, eine verlängerte Austreibungsperiode sowie das Verabreichen von künstlicher Säuglingsnahrung. (Biancuzzo, 2005; Lutz, 2007; Wagenbichler, 1990)

2.1.3 Die Zusammensetzung der Muttermilch

Biancuzzo (2005) hält fest, dass sich die Argumente für die Muttermilch am besten über die Erklärung ihrer Zusammensetzung beschreiben lassen. Muttermilch enthält weniger Eiweiß, Kalzium, Natrium und Kalium als künstliche Säuglingsnahrung, und hat daher eine halb so hohe renale Molenlast. Die sogenannte Molenlast beschreibt die Menge an auszuscheidenden Substanzen und ist bei keinem Nahrungsmittel so niedrig wie bei Muttermilch. Der Säugling benötigt dadurch für die Ausscheidung weniger Wasser, was in weiterer Folge zu einer stabileren Körpertemperatur führt. Das in der Muttermilch enthaltene Taurin, ein Wachstumsfaktor, welchen der Säugling nicht bilden kann, ist in der Kuhmilch nicht vorhanden. Es ist wesentlich für die neurologische Entwicklung, als Wachstumsfaktor für die Gehirnentwicklung, Neuromodulator und als Schutzfaktor für die Netzhaut. Die in der Muttermilch enthaltenen Eiweiße Kasein und Laktalbumin sind auch in der Kuhmilch enthalten jedoch in einem unterschiedlichen Mengenverhältnis. In der Muttermilch beträgt das Verhältnis von Laktalbumin zu Kasein 60:40, in der Kuhmilch 20:80, der niedrigere Anteil an Kasein macht die Muttermilch leichter verdaulich, der höhere Anteil an Laktalbumin macht den Stuhl weicher. Beim in der Muttermilch enthaltenen Laktalbumin handelte es sich um arteigenes

Alpha-Laktalbumin, künstliche Säuglingsnahrung enthält artfremdes Beta-Laktalbumin, welches unter allen Kuhmilchproteinen die höchste allergene Wirkung aufweist. Weitere in der Muttermilch enthaltene Eiweiße sind Immunglobuline, Laktoferrin und Lysozym. Das während der gesamten Stillzeit enthaltene Laktoferrin bindet Eisen und hemmt dadurch das Wachstum eisenabhängiger Bakterien, es weist also eine bakterio-statische Wirkung, insbesondere von *Escherichia coli* und Staphylokokken auf. Auch eine fungistatische Wirkung gegen *Candida albicans* ist nachgewiesen. In der Kuhmilch kommt es kaum vor und wird zusätzlich noch beim Erhitzen zerstört. Unter den Immunglobulinen IgM, IgG, IgE, IgD und IgA, kommt dem IgA durch seine Schutzwirkung im kindlichen Darm besondere Bedeutung zu. Es überzieht die Darmschleimhaut mit einem Schutzfilm, wodurch das Eindringen von Mikroorganismen in den kindlichen Organismus erschwert wird und ist in der Lage Giftstoffe, die von Mikroorganismen produziert werden zu neutralisieren und so die Heftigkeit dieser krankmachenden Substanzen zu reduzieren. Da die Menge an Immunglobulinen im Kolostrum besonders hoch ist, bezeichnet Biancuzzo es als die erste „Impfung“. Das Lysozym hat die Fähigkeit Enterobakterien und gram-positive Bakterien zu zerstören, zusätzlich fördert es das Wachstum von Milchsäurebakterien und hat entzündungshemmende Eigenschaften. Seine Konzentration steigt im Laufe der Stillzeit an und es lässt sich im Stuhl von gestillten Kindern nachweisen, jedoch nicht in dem von mit künstlicher Säuglingsnahrung ernährten. Muttermilch ist eine lebendige Substanz, sie enthält lebendige Zellen, Makropagen und Lymphozyten, welche nutritive Antigene (Nahrungsmittelallergene) von der Darmwand fernhalten. Dieser Umstand ist besonders in allergiebelasteten Familien von Bedeutung. Durch das Pasteurisieren der Kuhmilch werden die in ihr enthaltenen Zellen abgetötet und so finden sich in künstlicher Säuglingsnahrung keine lebenden Zellen mehr.

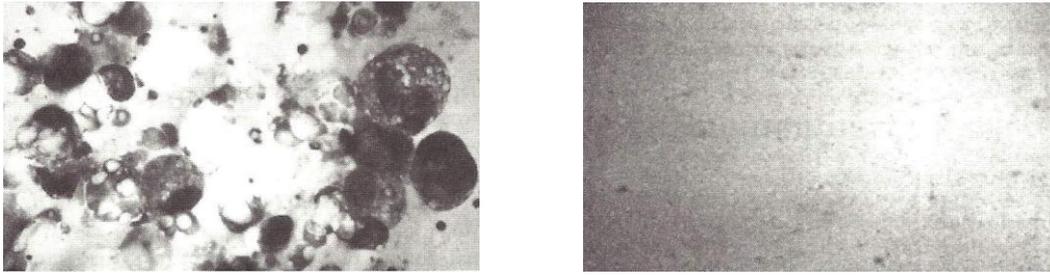


Abbildung 3: links: Muttermilch unter dem Mikroskop, rechts: Künstliche Säuglingsnahrung unter dem Mikroskop (Biancuzzo, 2005)

Die Fette sind ein wesentlicher Energiespender der Muttermilch, charakteristisch ist der hohe Gehalt an leicht resorbierbaren ungesättigten Fettsäuren. Als Folgeprodukte entstehen langkettige, mehrfach ungesättigte Fettsäuren. Diese sind eine Vorstufe der E-Prostaglandine, welche für die Reifung der Immunzellen verantwortlich sind. Linolsäure, α -Linolsäure und deren langkettige Derivate, die Arachidonsäure und die Dokosahexaensäure sind die am häufigsten vorkommenden langkettigen, mehrfach ungesättigten Fettsäuren. Muttermilch hat einen 5-7-mal höheren Anteil an Linolsäure als Kuhmilch. Die Stoffwechselprodukte der Linolsäure und ihre Wirkung auf die Entwicklung des Immunsystems erklären die schützende Wirkung der Muttermilch vor atopischen Erkrankungen, hier insbesondere der Neurodermitis.

Das sowohl in der Muttermilch als auch in der Kuhmilch hauptsächlich vorkommende Kohlehydrate ist die Laktose. Der Unterschied besteht jedoch im höheren Laktosegehalt der Muttermilch, so enthalten 100 ml Muttermilch 6,8 g Laktose während 100 ml Kuhmilch nur 0,3 g enthalten. Der hohe Laktosegehalt der Muttermilch begünstigt ein saures Darmmilieu welches Escherichia coli besser abwehren kann. Die langsamere Verdaulichkeit der Laktose in der Muttermilch führt zu flacheren Glukose- und Insulinkurven als bei mit künstlicher Säuglingsnahrung gefütterten Kindern. Neben der Laktose enthält

Muttermilch noch eine Reihe anderer Kohlehydrate welche einen hohen Anteil an Oligosacchariden aufweisen, auch diese sind für die Bildung eines sauren Darmmilieus mitverantwortlich. Sie begünstigen das Wachstum des Bifidobacterium bifidum und verhindern so eine Ansiedlung pathogener Keime wie zum Beispiel Kolibakterien oder Streptokokken. (Biancuzzo, 2005; Lutz, 2007)

Abschließend hält Lutz (2007) fest:

„..., dass die immunologischen Schutzfaktoren der Frauenmilch nicht industriell herstellbar sind. Die Immunfaktoren bieten Schutz gegen fast alle Infektionen aus der mütterlichen Umgebung. Besonderen Schutz erhalten muttermilchernährte Säuglinge gegen Infektionen des Magen-Darm-Traktes und der Atemwege.“ (Lutz, 2007)

2.1.4 Stilldefinitionen

Die Begriffe welche die Ernährungsart der Säuglinge beschrieben, sind in allen Studien ähnlich, aber doch nicht immer einheitlich. Die meisten Autoren beschreiben aber die von ihnen verwendeten Begrifflichkeiten. Dies ist vor allem dann von Bedeutung, wenn man mehrere Studien vergleichen möchte. Exemplarisch sind hier die von Biancuzzo (2005) verwendeten Definitionen des Stillens beschrieben:

- **Volles Stillen**, welches sich in :
 - **Ausschließliches Stillen** und
 - **Fast ausschließliches Stillen** unterteilt.
- **Teilweises Stillen**, welches sich in:
 - **Hochgradig**
 - **Mittelgradig**
 - **Geringgradig** unterteilt.

Ausschließlich gestillte Säuglinge erhalten demnach neben der Muttermilch weder andere Flüssigkeiten noch feste Nahrung. Fast ausschließlich Gestillte erhalten in unregelmäßigen Abständen Wasser,

Soft oder andere Nahrungsmittel zusätzlich zur Muttermilch. Hochgradiges teilweises Stillen beschreibt eine Ernährungsform des Säuglings bei der dessen Mahlzeiten zu überwiegender Mehrheit aus Muttermilch bestehen. Beim mittelgradigen teilweise Stillen sind etwa die Hälfte der Mahlzeiten Stillmahlzeiten, während beim geringgradigen teilweise Stillen, der Hauptanteil der Mahlzeiten aus anderen Nahrungsmitteln besteht. Zuletzt beschreibt die Autorin noch den Begriff des gelegentlichen Stillen, bei welchem der Säugling selten und unregelmäßig Muttermilchmahlzeiten erhält. Andere Autoren verwenden die Begriffe „Volles Stillen“ und „Ausschließliches Stillen“ oder „komplettes Stillen“ synonym.

2.2 Argumente für das Stillen

Der anfänglich gewählte Begriff „Vorteile des Stillens“ wurde in Laufe der Arbeit verworfen und durch den Begriff „Argumente für das Stillen“ ersetzt. Dies geschah deshalb, da der Begriff „Vorteil“ den Begriff „Nachteil“ impliziert und sich im Rahmen der Recherche keine evidenzbasierten „Nachteile des Stillen“ festmachen ließen. „Argumente gegen das Stillen“ scheinen daher eher auf gesellschaftlichem Einfluss zu beruhen und entpuppen sich bei genauerer Betrachtung durchaus als lavierte „Argumente für das Stillen“. So wird zum Beispiel häufig argumentiert, dass eine Stillmahlzeit länger dauert, als eine Flaschenmahlzeit. Die Flasche könne zudem noch von jemand anderem verabreicht werden, dies verschaffe der Mutter mehr Zeit für andere Tätigkeiten. Im nun folgenden Kapitel werden die Argumente für das Stillen aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet und unter anderem auch diese Behauptung entkräftet.

Bei der Durchsicht der Literatur scheinen die Argumente für das Stillen schier endlos. Am Beginn fast aller Texte, die sich mit dem Stillen und dessen Bedeutung befassen, finden sich ähnliche Aussagen wie die von Friedrich (2007):

„Seit Menschengedenken ist das Stillen das erfolgreichste Mittel um die Bedürfnisse des Säuglings zu sichern“.

Lutz (2007) fasst zusammen:

„...dass die Muttermilch hinsichtlich der Nährstoffzusammensetzung, der Resorbierbarkeit und der Schonung der noch unreifen Stoffwechselorgane und vor allem hinsichtlich der immunologischen Wirkung hochspezifisch auf die Bedürfnisse des menschlichen Säuglings zugeschnitten ist.“

2.2.1 Argument für das Stillen im Bezug auf das Kind

Im nachfolgenden Kapitel werden die Argumente für das Stillen im Bezug auf das Kind dargestellt. Es erfolgt die Vorstellung zahlreicher Studien, in denen Argumente für das Stillen wissenschaftlich untermauert wurden. Nach einem Blick auf die Effekte auf der körperlichen Ebene, richtet sich der Fokus auf die positiven Aspekte des Stillens für die kindliche Psyche, sowie auf die menschheitsgeschichtliche Entwicklung des Stillens.

„Muttermilch ist ohne Frage der Goldstandard in der Säuglingsernährung. Im Idealfall wird der gesunde, termingerecht geborene Säugling ausschließlich und direkt an der Brust gestillt“.
(Biancuzzo, 2005)

2.2.1.1 Effekte auf der körperlichen Ebene

Chantry, Howard und Auinger (2006) führten eine Studie durch mit dem Ziel zu ermitteln, ob ausschließliches Stillen von sechs Monaten und mehr, einen größeren Schutz vor Infektionen der Atemwege der Säuglinge hat, als nur vier monatiges Stillen. Sie analysierten dazu die Daten von 2277 Kindern. Ihre Ergebnisse dokumentieren, für Säuglinge die nur vier Monate ausschließlich gestillt wurden ein signifikant höheres Risiko an Erkrankungen der Atemwege zu leiden, einschließlich Lungenentzündung und rezidivierender Mittelohrentzündung, verglichen mit Säuglingen welche sechs oder mehr Monate gestillt wurden. Es lässt sich also ein dosisabhängiger protektiver Faktor beschreiben. Die Autoren leiten aus ihren Ergebnissen ab, dass das ausschließliche Stillen von Säuglingen für die ersten sechs Lebensmonate zu empfehlen ist.

Duffy et al (1997) untersuchten den Zusammenhang von Stillen und der Anzahl von akuten Mittelohrentzündungen, mit und ohne Erguss in einer Gruppe von 306 Kindern im Alter von einem Monat bis zu zwei Jahren. Dafür wurden Informationen zum Stillen, dem elterlichen

Rauchen, der Unterbringung der Kinder in Kindertagesstätten und der Familiengeschichte erhoben. Die Ergebnisse zeigten in der Gruppe mit künstlicher Säuglingsernährung gefütterten Kindern ein doppelt so hohes Risiko an einer Mittelohrentzündung erkrankt, wie in der Gruppe der über einen Zeitraum von sechs Monaten ausschließlich gestillten. Stillen ist den Autoren zur Folge, ein Faktor welcher das Auftreten von Mittelohrentzündungen verringert.

In einer Veröffentlichung von Michaelsen aus dem Jahre 2008 sind die wichtigsten Einflüsse auf das Immunsystem und die Entstehung von Krankheiten die im Zusammenhang mit der Entwicklung des Immunsystems stehen beschrieben. Muttermilch enthält eine ganze Reihe von Verbindungen, die das kindliche Immunsystem beeinflussen. Einerseits stehen Abwehrstoffe zur Verfügung, welche eine passive Abwehr von Krankheitserregern in den oberen Atemwegen und dem Verdauungstrakt gewährleisten, andererseits üben weiße Blutzellen einen direkten Einfluss auf die Entwicklung des kindlichen Immunsystems aus. So ist beispielsweise der Thymus, welcher für die Reifung des Immunsystems von Bedeutung ist, bei mit Muttermilch ernährten Kindern größer. Während in Entwicklungsländern nicht gestillte Säuglinge ein sechsfach erhöhtes Risiko haben in den ersten zwei Lebensmonaten an einer Infektion der Atemwege oder des Darmes zu sterben, ist es in Industrieländern auf Grund der hohen Hygienestandards bei der Herstellung und Zubereitung von künstlicher Säuglingsnahrung zwar keine Frage des Überlebens, dennoch bietet die Ernährung mit Muttermilch Schutz vor Durchfallerkrankungen und Mittelohrentzündungen. Bei bestehender Familienanamnese, ist der positive Einfluss des Stillens auf die Entstehung von Asthma, Allergien und atopischen Erkrankungen am stärksten nachweisbar. Die signifikanteste Verminderung der erwähnten Krankheiten war dann zu beobachten, wenn beide Eltern und ein Geschwisterkind erkrankt waren. Diabetes Typ I ist eine Autoimmunerkrankung, deren

Entstehung durch Umweltfaktoren beeinflusst wird. Stillen schützt die Zellen des Pankreas, welche bei dieser Erkrankung zerstört werden. Weiters spricht der Autor von einem möglichen protektiven Effekts des Stillens vor Morbus Crohn und Cholitis ulcerosa. Die verschiedenen Anteile der Muttermilch, welche einen Einfluss auf das kindliche Immunsystem haben, sind in der unterstehenden Tabelle angeführt.

Table 1 Immune factors in human milk

- secretory immunoglobulin A
- leucocytes
 - b lymphocytes
 - macrophages
 - neutrophil
 - T lymphocytes
- oligosaccharides
- bifidus factor
- lysozyme
- lactoferrin
- interferon-gamma
- nucleotides
- cytokines

Abbildung 4: Immunfaktoren in der Muttermilch (Michaelsen, 2008)

Holler (2000) berichtet von einer epidemiologische Evidenz, welche daraufhin weist, dass eine sehr frühe Verabreichung von Kuhmilch, wie dies bei kurzer oder fehlender Stillzeit der Fall ist, die Entstehung von Diabetes Typ I erhöht. Komplettes Stillen in den ersten Lebensmonaten vermindert demnach das Risiko an Diabetes Typ I zu erkranken. Der Autor spricht von einer sogenannten Kuhmilchhypothese der zur Folge Kuhmilch das erste Protein ist welches im kindlichen Darm gegen die Mukosa, als wichtigste immunregulierende Abgrenzung, ankämpft. Muttermilch dagegen enthält Wachstumsfaktoren, Zytokine und weitere immunanregende Substanzen, die eine zweckgerechte Ausreifung des kindlichen Darms begünstigen. Trotz der Tatsache, dass nicht alle

Zusammenhänge kausal geklärt sind, ist komplettes Stillen als primäre Präventionsmaßnahme von Diabetes Typ I zu sehen, weiters sollte die Verabreichung von Kuhmilch erst möglichst spät erfolgen.

Die Zahl der Kinder die schon in jungen Jahren eine Adipositas entwickeln nimmt weltweit zu. Dieses Faktum nahm von Kries zum Anlass eine Untersuchung in Bayern durchzuführen, deren Ziel es war mögliche Risikofaktoren zu erfassen und Schutzfaktoren aufzuzeigen. Als Basis für die Untersuchung dienten die Daten der Schuleingangsuntersuchung 1997 und eine Elternbefragung. Zusätzlich wurden die Adipositasprävalenzen bei den Schuleingangsuntersuchungen 1982, 1987 und 1992 retrospektiv erfasst und zwei weitere gezielte Elternbefragungen durchgeführt. Stillen konnte dabei vom Autor als Schutzfaktor vor Adipositas erkannt werden. Von Kries erörtert, dass es schon Anfang der 80er-Jahre Untersuchungen gab die zeigten, dass gestillte Kinder seltener übergewichtig waren, welche jedoch wieder in Vergessenheit geraten sind. Im Anschluss an die Ergebnisse von von Kries gab es jedoch eine Reihe von Studien, die sich mit dem Zusammenhang von Stillen und der Entstehung von Adipositas befassten. (von Kries, 2004)

So testen Armstrong und Reilly (2002) die Hypothese, dass Stillen vor Adipositas im späteren Leben schützt. Sie untersuchten dafür 32200 schottische Kinder in einem Alter von etwa dreieinhalb Jahren und erhoben eine signifikant niedrigere Prävalenz von Adipositas bei den Kindern die gestillt wurden.

„Our results suggest that breastfeeding is associated with a reduction in childhood obesity risk.“(Armstrong & Reilly, 2002)

Bergmann et al (2003) untersuchten 918 Kinder in einer Längsschnittkohortenstudie vom Zeitpunkt der Geburt bis zum Alter von sechs Jahren. Sie teilten die Kinder in zwei Gruppen: Kinder die

niemals oder weniger als drei Monate gestillt wurden, wurden der Gruppe „mit der Flasche gefüttert“ zugeteilt, Kinder die drei Monate oder mehr gestillt wurden, der Gruppe „Gestillt“. Zum Geburtszeitpunkt waren die Bodymassindizes der Kinder gleich, doch schon nach drei Monaten zeigten sich in der Gruppe „mit der Flasche gefüttert“ signifikant höhere Bodymassindizes und dickere Hautfettfalten. Im Alter von vier, fünf und sechs Jahren war die Prävalenz von Fettleibigkeit in derselben Gruppe doppelt bis dreifach erhöht. Die Autoren schlussfolgern aus ihrer Untersuchung, dass neben einem mütterlichen Bodymassindex (≥ 27), mütterlichem Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft, einem niedrigen Sozialstatus, frühes Flaschenfüttern ein Risiko darstellt im Kindesalter an Fettleibigkeit zu erkranken. Das Ausmaß des Zusammenhangs von Übergewicht im Jugendlichenalter und der Ernährungsform im Säuglingsalter beleuchteten Gillman et al. (2001). Sie analysierten dazu die Daten von über 15000 Kindern, welche an einer landesweiten amerikanischen Studie, der „Growing Up Today Study“ teilnahmen und kamen zu dem Ergebnis, dass Kinder die gestillt wurden ein niedrigeres Risiko haben in der Kindheit und im Jugendlichenalter Übergewicht zu entwickeln. Die Ergebnisse einer von Liese et al (2001) durchgeführten Studie, bei der die Daten von 1046 Kindern aus Dresden und 1062 Kindern aus München untersucht wurden, machen den präventiven Einfluss des Stillens auf die Entwicklung von Übergewicht im Kindesalter ebenfalls deutlich.

Toschke et al (2002) untersuchten die Auswirkungen von Stillen auf kindliches Übergewicht in Osteuropa anhand von Daten von 33768 Schulkindern im Alter zwischen sechs und vierzehn in Tschechien. Ihre Resultate zeigen ebenfalls eine geringere Prävalenz von Übergewicht bei gestillten Kindern.

Da der Zusammenhang von Stillen und späterem kindlichen Übergewicht in den letzten zwei Jahrzehnten großes wissenschaftliches

Interesse fand, führt Arenz 2004 (Arenz, 2008) eine Metaanalyse durch, welche Studien von 1966 bis 2003 einbezog. In einer späteren Arbeit aus dem Jahre 2008 diskutiert Arenz seine Metaanalyse, zeigt die verwendeten Methoden, die Grenzen und die Hauptergebnisse der Untersuchung auf. Es wurden 9 Studien in die Analyse eingeschlossen, was einer TeilnehmerInnenzahl von mehr als 69000 entspricht. Im überwiegenden Teil der Studien wurden Kinder die niemals gestillt wurden mit jenen verglichen die gestillt wurden. Durch dieses nicht Erfassen der Dauer des Stillens wird ein dosisabhängiger Effekt der Muttermilchernährung erschwert beziehungsweise unmöglich. Zusammenfassend diskutiert Arenz eine:

„...biologische Plausibilität eines protektiven Effekts von Stillen auf die Entwicklung kindlichen Übergewichts.“ (Arenz, 2008)

Kinder welche mit künstlicher Säuglingsnahrung ernährt werden zeigen höhere Plasmainsulinspiegel als mit Muttermilch ernährte. Dieser Umstand führt zu einer frühen Bildung von Adipozyten, welche die Anlagerung von Fett im Gewebe anregen. In der Muttermilch sind bioaktive Faktoren enthalten, welche über die Modulation von Wachstumsfaktoren eine Differenzierung der Adipozyten in vitro hemmen. Muttermilchernährung bewirkt eine geringere Proteinzufuhr sowie einen geringeren Energiemetabolismus. So zeigte sich in einer in die Metaanalyse eingeschlossenen Longitudinalstudie eine signifikant positive Assoziation zwischen früher Proteinzufuhr und späterem Bodymassindex. Auch im Tierversuch ließ sich ein Langzeiteffekt von Proteinzufuhr in der frühen postpartalen Phase auf den Glukosestoffwechsel und die Körperzusammensetzung feststellen. Der Autor verwendet hier den Begriff der „metabolischen Programmierung“. Die durchgeführte Metaanalyse zeigt einen geringen protektiven Effekt des Stillens auf das kindliche Übergewicht, wobei der Autor einräumt,

dass auch dieser Auswirkungen auf die Gesundheit auf der Bevölkerungsebene hat.

Gernhold et al starteten 2005 (Gernhold, et al., 2008) in Bayern eine Informationskampagne zum Thema „Plötzlicher Säuglingstod“. Hierfür wurden Flyer und Plakate entworfen, welche die bekannten Risikofaktoren beziehungsweise die daraus resultierenden evidenzbasierten Empfehlungen, welche den plötzlichen Säuglingstod reduzieren können bildlich und in kurzen Worten darstellten. Neben der Rückenlage als Schlafposition für den Säugling, die Verwendung eines Schlafsackes, dem Schlafen im Elternschlafzimmer, bei einer Raumtemperatur von 16-18 ° C, einer rauchfreien Umgebung findet sich auf den Informationsmedien auch folgende Abbildung:



Abbildung 5: Teil des Posters zur Informationskampagne "Wichtige Tipps zum sicheren und gesunden Babyschlaf" (Gernhold, et al., 2008)

„Stillen verringert das Risiko für SIDS.“ (Gernhold, et al., 2008)

Plötzlicher Säuglingstod ist in Industrieländern die häufigste Todesursache von Säuglingen. In Deutschland starben 2006 298 Säuglinge einen plötzlichen Säuglingstod. Das entspricht einer Rate von 0,44 von 1000 Lebendgeborenen. Vennemann et al führten 2009 eine Untersuchung durch, welche den Zusammenhang von Plötzlichem Säuglingstod und dem Ernährungsmodus der Säuglinge erforschte.

In einer Fall/Kontrollstudie wurden die Daten von 333 an Plötzlichem Säuglingstod verstorbenen Kindern mit den Daten von 998 lebenden Kindern verglichen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Stillen das Risiko des plötzlichen Säuglingstodes um 50% reduziert. Die Autoren empfehlen daher „Stillen für mindestens sechs Monate“ als den Plötzlichen Säuglingstod reduzierende Maßnahme in Informationsbroschüren und Plakaten unbedingt anzuführen.

Hannah Lothrop (2006) führt aus, dass bei Säuglingen die länger als drei Monate gestillt wurden die Gaumen-, Gebiss-, und Gesichtslinienentwicklung harmonischer und ästhetischer verläuft als bei kürzer gestillten. Die Autorin erklärt diesen Umstand damit, dass das Saugen an der Brust eine völlig andere Kieferbewegung und einen anderen Einsatz der kindlichen Zunge erfordert. Durch die physiologische Ausformung des Kiefers beim Saugen an der mütterlichen Brust reduziert sich auch die spätere Notwendigkeit der Regulierung des Kiefers mit einer Zahnsperre. Der erhöhte Zuckergehalt von Muttermilchersatzprodukten und das Anpressen der Zunge an schon vorhandene Vorderzähne erhöht die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von Karies. Auch auf die Sprachentwicklung hat das Stillen einen positiven Einfluss, wobei diese Auswirkungen mit der Dauer der Stillzeit zunehmen und über das Kindesalter hinaus bestehen bleiben. (Bader, et al., 2003; Lutz, 2007)

2.2.1.2 Effekte auf der psychischen Ebene

Alle bisher beschriebenen Argumente für das Stillen im Bezug auf das Kind haben sich lediglich auf dessen körperliche Entwicklung bezogen. Im Folgenden sind noch einige die Psyche und das seelische Wohlergehen des Kindes betreffende angeführt. Stillen ist geprägt durch eine hohe körperliche Intimität zwischen Mutter und Kind, die beiden brauchen einander körperlich und seelisch. In der Symbiose des Stillens wird der Säugling an der mütterlichen Brust ernährt, diese wird

wiederum vom Säugling geleert, um nicht zu voll zu werden und der Mutter Schmerzen zu bereiten. Stillen ist ein leiser Dialog zwischen Mutter und Kind. Neugeborene brauchen den Körperkontakt zur Mutter, ihre Zärtlichkeit und Zuwendung. Im Akt des Stillens erfüllen sich diese lebensnotwendigen Handlungen wie von selbst. Das Kind hört den Herzschlag der Mutter, spürt ihre Haut und nimmt ihren Geruch wahr, die Beziehung, die beim Stillen zwischen Mutter und Kind entsteht ist die Grundlage für gesunde spätere Liebesbeziehungen und die Hingabe an das Leben überhaupt. Waisenkinder welche nur gefüttert und wieder in ihr Bettchen gelegt werden entwickeln sich deutlich schlechter, als solche mit denen sich das Personal häufig beschäftigt. Untersuchungen mit Frühgeborenen zeigen, dass Kinder die gestillt, getragen und gehalten wurden meistens früher entlassen werden konnten. Die Prävention von Süchten wie Ess-, Nikotin-, Alkoholsucht, wird ebenfalls im Zusammenhang mit dem Stillen diskutiert, da diese oft eine Ersatzbefriedigung für den erlebten Mangel darstellen. (Lothrop, 2006)



Abbildung 6: Intensiver Blickkontakt zwischen Mutter und Kind (Lothrop, 2006)

Schmelter (2006) hält fest, dass sich der Mensch in den letzten 40.000 Jahren nicht wesentlich biologisch weiterentwickelt hat, im Gegensatz dazu haben sich die kulturellen und ökologischen Verhältnisse enorm verändert. Dieser Umstand führt laut Schmelter zu Unstimmigkeiten und Widersprüchen zwischen den natürlichen Anlagen und den aktuellen Lebensbedingungen. Die Autorin beschreibt als natürliche

Anlage das sogenannte „Stillen nach traditionalem Muster“, welches durch Stillen ab der Geburt, Stillen nach Bedarf, eine hohe Stillfrequenz, Zufüttern nicht vor dem dritten Lebensmonat, Stillen auch als nicht-nutritive Maßnahme, große körperliche Nähe von Mutter und Kind während Tag und Nacht, Einsatz von Allomüttern, Entwöhnung ab dem zweiten Lebensjahr und einer Varianz im Abstillverhalten gekennzeichnet ist. In der Doktorarbeit von Schmelter mit dem Titel: „Empirische Untersuchung zum Stillverhalten und zur Stildauer in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Langzeitstillens“, zeigt sich jedoch, dass sich nur eine Minderheit der Mutter-Kind-Paare entsprechend des Modells „Stillen nach traditionalem Muster“ verhält. Bezogen auf den evolutionsgeschichtlich kurzen Zeitraum, ist das Stillverhalten der heutigen westlichen Gesellschaft menschheitsgeschichtlich unerprobt und die Folgen für die psychische Entwicklung der Kinder nicht abschätzbar.

2.2.2 Argumente für das Stillen im Bezug auf die Frau

Für die Frau lassen sich zahlreiche Argumente für das Stillen festmachen. Im nachstehenden Kapitel wurde eine Unterteilung in kurz- und mittelfristige sowie langfristige Effekte vorgenommen.

„Stillen ist eine Win-win-Situation, also ein Zustand, von dem alle profitieren und der somit auch für die Mutter mit wesentlichen Vorteilen verbunden ist.“ (Eugster & Both, 2009)

2.2.2.1 Kurz- und mittelfristige Effekte

Die Kosten für künstliche Säuglingsernährung und die ökologischen Nachteile deren Herstellung, Beschaffung und der Entsorgung des dabei entstehenden Abfalls werden unter Punkt 2.2.3.1 noch ausführlicher diskutiert. Eine stillende Frau muss weder Säuglingsnahrung einkaufen, noch nach Hause tragen. Sie muss die Milch nicht zubereiten und auch die Fläschchen im Anschluss nicht waschen und aufbereiten. Eine stillende Frau kann in der Nacht im Bett liegen bleiben und ihr Baby an die Brust legen. Im Gegensatz dazu muss künstliche Säuglingsnahrung für jede Mahlzeit frisch zubereitet werden. Dies führt zu einer wesentlich größeren Unterbrechung der Nachtruhe. Auch tagsüber ist Muttermilch immer in der richtigen Menge und Temperatur vorhanden. Die Mutter ist dadurch mobiler, unabhängig davon für welche Unternehmung sie das Haus verlässt. Es entfällt die Vorbereitung von abgekochtem Wasser und Milchpulver. Sollte der Ausflug länger dauern als geplant, ist es ihr dennoch möglich ihr Kind optimal zu ernähren. Stress, der durch das Schreien eines hungrigen Babys entsteht, wird vermieden.

Während einer Stillmahlzeit muss sich die Frau hinsetzen oder hinlegen, sie kann dabei dösen und sich entspannen, diese Ruhephase bietet der jungen Mutter Erholung und stärkt gleichzeitig die Beziehung zu ihrem Kind. Das während des Stillens ausgeschüttete Hormon Oxytocin wird auch als Bindungshormon bezeichnet. Es bewirkt

einerseits die Ausschüttung der Milch, hat beruhigenden Einfluss auf die Mutter und fördert die Rückbildung der Gebärmutter. Prolaktin, das Hormon welches für die Milchbildung verantwortlich ist, hat ebenfalls eine beruhigende Wirkung auf die Mutter und ist desweiteren für die Unterdrückung der Ovulation verantwortlich. (Ernährungskommission der österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, 2001; Williams & Stehlin, 1997) Unmittelbar nach der Geburt bewirkt das Oxytocin eine raschere Ablösung der Plazenta und geringere Blutungen in der Nachgeburtsperiode. (Lothrop, 2006) Die Gefahr einer Endometritis ist geringer. Durch die verbesserte Stimmungslage der Frau wird die Wochenbettdepression unwahrscheinlicher und die Gewöhnung der Frau an ihre neue Aufgabe wird erleichtert. In den ersten 48-72 Stunden nach der Geburt wird durch häufiges Stillen, auch während der Nachtstunden, der Schlafrythmus von Mutter und Kind leichter synchronisiert. Während der Schwangerschaft bildet jede Frau ein Fettdepot von etwa 3,5 Kilogramm, welches als physiologische Reserve für eine mindestens sechs Monate dauernde Stillperiode angelegt wird. (Höfer, 2007; Stadelmann, 2005) Stillt eine Frau kürzer oder gar nicht, so kommt es mit jeder Schwangerschaft zu einer durchschnittlichen Gewichtszunahme von etwa 3,5 Kilogramm. Schon allein diese Erhöhung des Körpergewichts ist mit einem gesteigerten Karzinomrisiko verbunden. (Perl & Zittermann, 2003) Abou-Dakn und Wöckel (2006) beschreiben die Gewichtabnahme durch das Stillen als signifikant, jedoch erst nach einer Stilldauer (ausschließliches Stillen) von mindestens vier bis sechs Monaten. Die beiden Autoren führen weiter aus, dass ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten nach der Geburt, weltweit gesehen, eine der wesentlichen Verhütungsmethoden ist. Solange der Abstand zwischen den einzelnen Stillmahlzeiten vier bis fünf Stunden auch während der Nacht nicht überschreitet schützt Stillen effizient vor einer neuerlichen Schwangerschaft. Der Schutz ist allerdings nicht hundertprozentig. Dies bedeutet für eine Frau, welche sicher kein Kind mehr möchte, dass

sie zusätzlich verhüten muss. Für Frauen, welche jedoch keinen Zugang zu Verhütungsmitteln haben, wie dies zum Beispiel in Entwicklungsländern der Fall ist, ist Stillen nicht nur die einzige sondern auch eine äußerst effektive Methode der Geburtenkontrolle. (Lutz, 2007) Weltweit verhindert laut Perl und Zittermann langfristiges volles Stillen mehr ungeplante Schwangerschaften als alle anderen Familienplanungsmethoden zusammen und trägt dadurch zu Reduktion der Müttersterblichkeit bei.

Jonas (2006) beschreibt neben den schon länger bekannten Effekten des Oxytocin auf den Uterus und die weibliche Brust, ebenfalls dessen beruhigende Wirkung, welche sich durch die Senkung des Blutdrucks und des Cortisolgehalts im Blut der Stillenden nachweisen lässt. Das Sinken des Cortisolgehalts ist auf eine Herabsetzung der Aktivität im sympathischen Nervensystem und in der Nebennierenrinde zurückzuführen. Die Autorin sieht diesen entspannenden Effekt des Oxytocins als einen Teil des physiologischen Anpassungsprozesses an die Stillsituation, welcher es der Frau ermöglicht weniger mentalen und körperlichen Stress zu erleben. Heinrichs, Neumann und Ehlert (2002) sehen in der Herabsetzung des Cortisolspiegels im mütterlichen Blut während des Stillens folgende Vorteile für die Frau, einen Schutz vor ablenkenden, möglicherweise beunruhigenden Einflüssen aus der Umwelt, Bereitstellung von Energiereserven für die Milchbildung, Verbesserung des Immunsystems und einen Schutz vor einem möglichen Rückgang der Milch durch Stress. Neben diesen Vorteilen für die Frau, wird auch das Kind durch den niedrigeren Cortisolspiegel im mütterlichen Blut vor hohen Cortisolkonzentrationen in der Muttermilch geschützt.

2.2.2.2 Langfristige Effekte

Langfristige Schutzeffekte des Stillens für die Frau sind eine Reduktion des Risikos für Entstehung eines Mammakarzinoms, Endometriumkarzinoms und Ovarialkarzinoms. Das Auftreten aller drei Karzinome wird durch das Stillen reduziert und zwar in Abhängigkeit von der Stilldauer. Perl und Zittermann (2003) sprechen in diesem Zusammenhang von einem sogenannten dosisabhängigen Effekt, welcher durch den hypoöstrogenen Zustand während der Laktation hervorgerufen wird. Prolaktin unterdrückt die Follikelreifung, dadurch wird der Zeitraum des Östrogeneinflusses auf das Brustgewebe der Frau reduziert. Weiters wird vermutet, dass nach dem Abstillen durch die Atrophie des Brustgewebes die Milchgänge teilweise degenerieren und dadurch eine dauerhafte Reduktion der Östrogenstimulation eintritt. Immunologische Eigenschaften der Muttermilch, welche lokale Wirkung auf das Drüsengewebe haben werden ebenso diskutiert wie eine aktive Eliminierung von Krebszellen aus den Milchgängen durch die Muttermilch und die Verringerung freier Radikale durch den Einfluss von Prolaktin und Oxytocin. (Abou-Dakn & Wöckel, 2006)

Die Collaborative Group of Hormonal Factors on Breast Cancer (2002) veröffentlichte die Ergebnisse einer Untersuchung in der die Daten von 50302 Frauen, die an Brustkrebs erkrankt waren mit denen von 96973 ohne Erkrankung verglichen wurden. Die Resultate zeigen eine Reduktion des Risikos an Brustkrebs zu erkranken von 4,3% pro 12-monatiger Stilldauer. Die schützende Wirkung steigt mit der Stilldauer an. Laut den Autoren wäre die Brustkrebsrate bei 70-jährigen Frauen in Industrieländern halb so hoch, würden diese Frauen ebenso viele Kinder bekommen und diese dann stillen, wie Frauen derzeit in Entwicklungsländern. Stillen könnte demnach die Inzidenz von Brustkrebs um bis zu zwei Drittel reduzieren. Nichtstillen und nur kurzfristiges Stillen sind in den Industrieländern die Hauptursachen für die hohen Brustkrebsraten. Als weiteres Beispiel für den

Zusammenhang von Nichtstillen und der Entstehung von Brustkrebs führen Perl und Zittermann das Ansteigen des Brustkrebsrisikos von Ostasiatinnen nach deren Auswanderung in die USA an. Traditionell stillen Frauen aus Ostasien mehr als zwei Jahre. Dieses Verhalten ändert sich jedoch nach der Migration, was zu einem Anstieg der Krebsrate führt. In einer deutschen Studie wurde der schützende Effekt des Stillens ebenfalls nachgewiesen, Chang-Claude et al (2000) halten fest, dass das Brustkrebsrisiko mit dem Anstieg der Stilldauer signifikant reduziert ist, wobei die Autoren die Dauer des Stillens besonders unterstreichen. Wird ein Kind lange gestillt, ist das Krebsrisiko insgesamt niedriger, als bei kürzerem Stillen mehrerer Kinder.

Im Zusammenhang mit der Entstehung eines Endometriumkarzinoms wird ebenfalls die hypoöstrogene Wirkung des Stillens als positiver Effekt angeführt. Es besteht eine Korrelation zwischen der sogenannten Menstruationsspanne einer Frau und der Erkrankungshäufigkeit. Die Menstruationsspanne einer Frau ergibt sich aus ihrem Alter bei der Menopause minus ihrem Alter bei der Menarche, minus die Anzahl der Geburten, multipliziert mit dem Faktor 1,5. Bei einer Stillzeit von zwölf Monaten reduziert sich das Risiko an einem Endometriumkarzinom zu erkranken um 25%. Da Übergewicht ein Hauptrisikofaktor bei der Entstehung des Endometriumkarzinoms darstellt, erweist sich die Gewichtsabnahme der Frau durch das Stillen ebenfalls als schützender Einfluss. (Abou-Dakn & Wöckel, 2006; Perl & Zittermann, 2003)

Stuebe und Schwarz (2010) halten in einem Bericht über die Risiken und Vorteile der Art der Säuglingsernährung für Mutter und Kind fest, dass Frauen, die niemals gestillt haben, ein um den Faktor 1,3 höheres Risiko haben an einem Ovarialkarzinom zu erkranken, als Frauen die gestillt haben. Eine Untersuchung von Cramer et al (2005) analysierte den Zusammenhang von speziellen Antikörpern und der Entstehung

eines Ovarialkarzinoms. Auch diese Forschungsgruppe fand heraus, dass Frauen, die niemals stillten ein größeres Risiko haben zu erkranken. Als interessantes Ergebnis dieser Forschung ist noch anzumerken, dass bei Frauen, die während des Stillens eine Mastitis hatten, das Erkrankungsrisiko noch weiter reduziert ist.

Auf die veränderte Hormonkonstellation während des Stillens führen Eugster und Both (2009) das seltenere Auftreten von Diabetes Typ II zurück. Dieser Effekt nimmt dito mit der Dauer des Stillens zu. Stuebe, Rich-Edwards, Willett, Manson und Michels (2005) führten zwei großangelegte Untersuchungen durch, die Nurses Health Study und die Nurses Health Study II. In diesen beiden prospektiven Kohortenstudien wurden die Daten von 83585 und 73418 Frauen untersucht. Zweck dieser Analyse war es den Zusammenhang des Stillens und des Auftretens von Diabetes Typ II im späteren Leben der Frauen zu erfassen. Die Teilnehmerinnen beider Kohorten erhielten jeweils einen Fragebogen am Beginn der Untersuchung gefolgt, von zweijährigen follow-up Fragebögen. Der Erhebungszeitraum erstreckt sich insgesamt von 1976 bis 2002. Es wurden die Parität, die Stillgeschichte und das Auftreten von Diabetes Typ II sowie Daten zum Ernährungsstatus, dem Rauchverhalten und der körperlichen Aktivität der Probandinnen erhoben. Die Ergebnisse beider Gruppen zeigen einen durchgängigen Rückgang der Inzidenz von Diabetes Typ II mit dem Anstieg der Stilldauer. Dies unabhängig von anderen Risikofaktoren für eine Diabetes Typ II Erkrankung wie zum Beispiel Rauchen, ein erhöhter BMI, die Ernährung oder die sportliche Aktivität. Als Erklärung für diese Resultate führen die Autoren den veränderten Stoffwechsel von Stillenden an. Stillen reduziert die Insulinresistenz. Im Tierversuch zeigen sich bei stillenden Ratten am zwölften Tag post partum um 20% niedrigere Blutzuckerwerte und um 35% niedrigere Insulinwerte im Vergleich zu nicht stillenden Ratten. Desweiteren ist die Insulinaufnahmen der laktierenden Brustdrüse um ein Zwölffaches

erhöht und die Halbwertszeit von Insulin im Plasma nimmt ab. Humanstudien zeigen einen Einfluss des Stillens auf die Homöostase des Insulins und der Glukose. So zeigen beispielsweise Stillende signifikant niedrigere Nüchternblutzuckerwerte und eine erhöhte Glukosetoleranz als Frauen die nicht Stillen. So beschreiben Butte, Hopkinson, Mehta, Moon, und Smith (1999) einen signifikanten Unterschied in den Stoffwechselfparametern von Stillenden und Nichtstillenden. In der ersteren Gruppe fanden sich neben niedrigeren Insulinwerten, niedrigere Insulin-Glukoseraten und der Gesamtkalorienverbrauch war höher. Ein weiteres Ergebnis von Stuebe et al (2005) ist, dass das ausschließliche Stillen eines Kindes über den Zeitraum von einem Jahr, eine größere Reduktion des Diabetesrisikos mit sich brachte als das kürzere kumulierte Stillen mehrere Kinder. Insgesamt tritt der positive Effekt für die Gesundheit der Frauen nach einer Stillperiode von sechs Monaten am stärksten zu Tage. Interessant erscheint auch die Entdeckung der Autoren, dass medikamentöses Abstillen zu einer Erhöhung des Erkrankungsrisikos führt, begründet wird dies mit weitreichenden Folgen für den Stoffwechsel durch diesen Eingriff.

2.2.3 Sozioökonomische Argumente für das Stillen

Neben gesundheitlichen Argumenten für das Stillen für Mutter und Kind finden sich auch sozioökonomische Argumente. Diese lassen sich sowohl im kleinen Rahmen, auf der Ebene der Familie, als auch im großen Rahmen, auf gesundheitspolitischer Ebene festmachen und sind nachstehend dargestellt.

2.2.3.1 Auf der Ebene der Familie

Muttermilch ist kostenlos immer und überall in der optimalen Zusammensetzung und Temperatur verfügbar. Betrachtet frau die Kosten für künstliche Säuglingsnahrung in Österreich am Beispiel von zwei Produkten in einem Supermarkt so beträgt der Preis für ein

Kilogramm Pre Nahrung im Durchschnitt 19 Euro. (Pre Nahrung ist in ihrer Zusammensetzung der Muttermilch am ähnlichsten und wird daher für die Ernährung im ganzen ersten Lebensjahr empfohlen.) Laut Lutz (2007) ist eine Volladaptation der Kuhmilchnahrungen nicht möglich. Die weibliche Brust produziert ab der dritten Lebenswoche des Säuglings etwa 700 -800 ml Muttermilch pro Tag. (Biancuzzo, 2005) Unter der Annahme, dass ein Säugling auch 700 - 800 ml künstliche Säuglingsnahrung pro Tag trinkt, betragen die Kosten für einen Monat zwischen 60 und 63 Euro. (Diese Berechnung erfolgte nach den Angaben auf der Packung.) Hinzuzurechnen sind auch noch die Kosten für Flaschen, Sauger, eventuelle Mineralwasser und Stromverbrauch für die Zubereitung der künstlichen Ernährung. Muttermilch findet sich in einer natürlichen Verpackung, muss nicht zubereitet werden, sondern ist immer und überall in der richtigen Temperatur, Menge und Zusammensetzung vorhanden. So ist es der Mutter möglich ihr Kind jederzeit zu stillen, die Zubereitung von Flaschennahrung erfordert demgegenüber aus technischen und hygienischen Gründen einen wesentlich höheren zeitlichen Aufwand. Für die Herstellung von künstlicher Nahrung die ein Säugling im ersten Lebensjahr benötigt, werden etwa 438 Liter Kuhmilch verarbeitet, hierzu kommen neben den Herstellungskosten noch Kosten für Verpackung und Transport. (Lutz, 2007)

2.2.3.2 Aufgesundheitropolitische Ebene

In einer Studie von Ball und Wright (1999) wurden die Kosten, die dem Gesundheitssystem durch die häufigsten Erkrankungen von Kindern im ersten Lebensjahr entstehen, erhoben. Konkret geschah dies für Erkrankungen der unteren Atemwege, Mittelohrentzündung und Erkrankungen des Verdauungstraktes. Die Häufigkeit dieser Erkrankungen wurde im Bezug zur Art der Ernährung der Säuglinge in den ersten drei Lebensmonaten erhoben. Der Ernährungsstatus wurde dabei in, niemals gestillt, teilweise gestillt und ausschließlich gestillt

eingeteilt. Weiters wurden die Häufigkeit der Arztbesuche und der Krankenhausaufenthalte gezählt und so die dadurch entstehenden Kosten geschätzt. Die Daten bezogen die Autoren aus zwei Studien, der Tucson Children's Respiratory Study und der Dundee Community Study. In beiden Untersuchungen wurde die Häufigkeit der erwähnten Erkrankungen und Ernährungsform der Kinder erhoben. In den ersten drei Lebensmonaten ausschließlich gestillte Kinder haben signifikant seltener Mittelohrentzündung und Erkrankungen des Verdauungstraktes, bei den Erkrankungen der unteren Atemwege war die Häufigkeit der Erkrankungen auch niedriger, die Ergebnisse jedoch nicht signifikant. Die von Ball und Wright berechneten Kosten betragen zwischen 331 und 475 Dollar pro Kind im ersten Lebensjahr. Zusätzlich zu der Tatsache, dass nicht gestillte Kinder häufiger an den erhobenen Krankheiten leiden entstehen also auch beträchtliche Kosten für das Gesundheitssystem. Die Autoren empfehlen demnach das ausschließliche Stillen zu befürworten und zu fördern.

2.3 Stillempfehlungen

Die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Vorteile für Mutter und Kind stellen die gesundheitsfördernde Wirkung des Stillens detailliert dar. Neben dem gesundheitlichen Nutzen für das Individuum, ist das Stillen auf gesundheitspolitischer Ebene eine Präventionsmaßnahme, die auf internationaler wie nationaler Ebene empfohlen wird.

„Das Steigern von Stillraten und Stildauer ist weltweites Ziel der WHO und UNICEF...“ (Hingst, 2008)

2.3.1 Internationale Stillempfehlungen

Die WHO und die UNICEF empfehlen das ausschließliche Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten eines Kindes. Die UNICEF bekräftigt im November 2005 die schon 1990 in der Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding festgeschriebenen Punkte zur Unterstützung des Stillens unter anderem durch die Bestätigung der „10 Schritte zu erfolgreichem Stillen“. Ausschließliches Stillen für sechs Monate wird dort als die optimale Ernährung des Säuglings beschrieben. (Unicef, 2005)

Auf der Homepage der WHO finden sich 10 Fakten zu Stillen aus dem Jahre 2009. Unter Punkt 1 wird ausschließliches Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten dringend empfohlen. In einem Statement der WHO vom 15. Jänner 2011 mit dem Titel „Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere“ bekräftigt diese ihre Empfehlungen mit folgendem Wortlaut:

*“WHO recommends mothers worldwide to exclusively breastfeed infants for the child's first six months to achieve optimal growth, development and health. Thereafter, they should be given nutritious complementary foods and continue breastfeeding up to the age of two years or beyond.”
(World Health Organisation, 2011)*

Weiters wird in diesem Statement festgehalten, dass die Vorteile des ausschließlichen Stillens für sechs Monate, gegenüber einer ausschließlichen Stildauer von drei bis vier Monaten, gefolgt von teilweisem Stillen überwiegen. (World Health Organisation, 2011) Die UNICEF schließt sich diesen Empfehlungen der WHO an. (Unicef, 2011)

Im Rahmen eines Projekts zur Förderung des Stillens in Europa hat die europäische Kommission (2004) einen Aktionsplan erstellt. In diesem werden der Schutz, die Förderung und die Unterstützung des Stillens als gesundheitspolitisches Thema ersten Ranges genannt. Stillen ist die natürliche Form der Säuglings- und Kleinkindernahrung. Das Wachstum, die Gesundheit und die Entwicklung eines Kindes werden durch ausschließliches Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten auf optimale Weise gewährleistet. Im Anschluss an die ersten sechs Lebensmonate ist Stillen und die Gabe von angemessener Beikost die bestmögliche Ernährungsform eines Säuglings und Kleinkindes.

Die Ernährungskommission der ESPGHAN in ihrem Bericht mit dem Titel „Stillen“ fest, dass

„ausschließliches Stillen für ungefähr sechs Monate ein erstrebenswertes Ziel ist, aber auch teilweises Stillen und Stillen für einen kürzeren Zeitraum sind ebenso wertvoll.“ [Übersetzung der Autorin] (Agostoni, et al., 2009)

Die Autoren empfehlen auch nach der Einführung von Beikost weiter zu Stillen und Mutter und Kind nach deren Wünschen zu unterstützen. Die Rolle von MitarbeiterInnen des Gesundheitssystems wird als eine schützende, fördernde und unterstützende beschrieben. Soziale Standards und gesetzliche Mutterschutzregelungen für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten, sowie der Schutz von berufstätigen Müttern sollen gefördert werden. (Agostoni, et al., 2009)

In einem weiteren Bericht der Ernährungskommission der ESPGAHN werden Empfehlungen zur Einführung von Beikost folgendermaßen zusammengefasst: Ausschließliches Stillen wird als erstrebenswertes Ziel definiert, die Einführung von Beikost soll nicht vor der 17. Lebenswoche erfolgen. Spätestens im Alter von 26 Wochen sollte bei jedem Kind mit der Fütterung von Beikost begonnen werden. Es wird die zeitliche Uneinheitlichkeit der Beikosteinführung in verschiedenen europäischen Ländern dargestellt, wobei deutlich wird, dass in vielen Ländern eher zu früh zugefüttert wird. Darauf begründen die Autoren die Empfehlung *„Complementary food should not be introduced in any infant before 17 weeks,...“* (Agostoni, et al., 2008)

2.3.2 Nationale Stillempfehlungen

Auf der Homepage des österreichischen Gesundheitsministeriums finden sich die Stillempfehlungen der Österreichischen Stillkommission des Obersten Sanitätsrates. Auf der ersten Seite dieses Dokuments findet sich folgende Empfehlung:

„Stillen ist die optimale ausschließliche Ernährung für Säuglinge idealer Weise während der ersten 6 Lebensmonate. Spätestens im 7. Lebensmonat soll mit der Gabe von Beikost begonnen und dabei weiter bis ins zweite Lebensjahr und darüber hinaus gestillt werden, solange Mutter und Kind das wollen. Als Grundlage jeder Stillempfehlung ist jedoch der informierten Entscheidung und dem Wunsch der Mutter Rechnung zu tragen.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2011)

Das zehnsseitige Papier enthält weiters Informationen über die Vorteile des Stillens für Mutter und Kind und eine Aufzählung von Punkten welche die Ermöglichung des Stillens erleichtern sollen. Exemplarisch sei hierfür, dass frühzeitige Anlegen des Neugeborenen nach der Geburt, die Vermeidung von Schnullern und Saughütchen oder das Zufüttern vor dem guten in Gang kommen des Stillens erwähnt. Im Folgenden werden Personengruppen genannt, welche Hilfestellung bei

Stillfragen bieten. (siehe dazu auch Punkt 2.4.2 weiter unten) Nachstehend findet sich eine Auflistung von internationalen Empfehlungen. Wobei die oben unter Punkt 2.3.1. erwähnte Empfehlung der WHO an erster Stelle, als eine Empfehlung mit weltweiter Gültigkeit, angeführt ist.

Die Broschüre „Stillen ein guter Beginn“, eine Informationsheft für Mütter und Väter, wird ebenfalls vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegeben und enthält neben sehr viel wertvoller Information ebenfalls die oben zitierte Empfehlung zur Stilldauer. (Bundesministerium für Gesundheit, 2009)

Der Berufstand der Hebammen ist in Österreich durch das Österreichische Hebammengremium vertreten. Auf der Homepage dieses Berufsverbandes finden sich auch dessen Empfehlungen zum Stillen: *„...für alle Kinder ausschließliches Stillen nach Bedarf – von der Geburt bis zum Ende des sechsten Lebensmonats, auch während der Nacht.“* (Österreichisches Hebammengremium, 2011b)

Die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde veröffentlicht unter der Rubrik Vorsorgemedizin zum Thema Stillen, neben umfangreicher Information, auch die Empfehlung ihrer Ernährungskommission. Diese beinhaltet die Feststellung, dass Muttermilch die optimale Ernährung für jedes Baby ist und alle erforderlichen Nährstoffe für dieses enthält. Ausschließliches Stillen wird bis zum sechsten Lebensmonat empfohlen, danach sollte zusätzlich zum Stillen Beikost gegeben werden. Neben diesen ernährungsphysiologischen Vorteilen bietet das Stillen dem Baby auch noch Geborgenheit, Liebe und Sicherheit. (Ernährungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, 2011)

Der Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs (VSLÖ) setzt sich aus geprüften Still- und Laktationsberaterinnen zusammen.

Diese international anerkannte Qualifikation wird nach umfassender Fortbildung durch das Examen des International Board of Lactation Consultant Examiners erworben. Auf der Homepage des VSLÖ schließt sich dieser den Empfehlungen der WHO und UNICEF an und empfiehlt ausschließliches Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten eines Säuglings. Danach soll zusätzlich zum Stillen Beikost gegeben werden. (Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs, 2011a)

„Der Schutz, die Förderung und die Unterstützung des Stillens gehören eindeutig zu den Menschenrechten.“ (Europäische Kommission Direktorat Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung, 2004)



Abbildung 7: Muttermilch, die natürliche Form der Ernährung eines Kindes bis zum sechsten Lebensmonat (www.eltern.de)

2.4 Die Stillsituation in Österreich

In den beiden vorangegangenen Kapiteln wurden Empfehlungen für das Stillen auf internationaler und nationaler Ebene dargestellt. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein Zeitraum von sechs Monaten in denen Säuglinge ausschließlich gestillt werden sollen, empfohlen wird. Werden diese Empfehlungen in Österreich auch umgesetzt und gelebt?

2.4.1 Stillraten in Österreich

Der VSLÖ (2011) gibt an, dass ein Großteil der österreichischen Mütter zwar beginnt ihre Neugeborenen zu Stillen, aber nicht einmal die Hälfte der Kinder werden bis zum sechsten Monat ausschließlich gestillt. Eine vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen im Jahr 2006 veröffentlichte zweiphasige Studie mit dem Titel „Säuglingsernährung Heute“, hatte in der ersten Phase das Ziel die Struktur- und Beratungsqualität der Geburtenabteilungen im Bezug auf die Säuglingsernährung zu erheben. In einer zweiten Phase wurden aktuelle Daten zum Stillen und zur Säuglingsernährung im ersten Lebensjahr erfasst. Insgesamt wurden 700 Mütter, drei, sechs und zwölf Monate nach der Geburt ihres Kindes telefonisch interviewt. 93,2% der Mütter haben mit dem Stillen begonnen. Bei der Befragung nach sechs Monaten gaben nur mehr 10 % der Mütter an noch voll zu stillen. Als signifikante Einflussfaktoren auf das Stillen werden das Alter der Mutter, das Rauchen, die Parität, der Geburtsverlauf und der Zeitpunkt der Stillentscheidung beschrieben. Ein höheres mütterliches Alter hat einen begünstigenden Einfluss auf das Stillen. Mütter die schon einmal ein Kind erfolgreich gestillt haben, stillen länger voll als Erstgebärende. Frauen deren Geburten normal verlaufen sind stillen signifikant länger als Frauen die während der Geburt Komplikationen erfahren haben. Eine höhere mütterliche Schulbildung und das erste Anlegen innerhalb der ersten zwei Lebensstunden des Säuglings werden ebenfalls als das Stillen positiv beeinflussende Faktoren beschrieben.

Bei 82,5% der Frauen erfolgt die Stillentscheidung vor der Schwangerschaft. Allerdings informieren sich nur etwa ein Drittel der Frauen auch schon vor einer Schwangerschaft über das Stillen. Ein weiteres Drittel beschäftigt sich mit dem Thema während der Schwangerschaft zum Beispiel in Geburtsvorbereitungskursen. Das dritte Drittel gibt an, sich erst in den Tagen nach der Geburt genauer mit dem Thema Stillen auseinander zu setzen. Die häufigste Informationsquelle zum Thema Stillen ist die Hebamme, gefolgt von der Kinderschwester. Weitere Informationsträger sind Bücher und Broschüren. Den signifikant höchsten Einfluss auf das Stillen hat der Kinderarzt/die Kinderärztin, an zweiter Stelle steht die eigene Mutter. 65% der befragten Frauen gaben die Schwangerschaft als den besten Zeitpunkt für eine Information über das Stillen an. Obwohl während der Schwangerschaft aufgrund der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen ein regelmäßiger Kontakt zum Frauenarzt/zur Frauenärztin besteht, gaben 65% der Mütter an, an dieser Stelle gar keine Information über das Stillen erhalten zu haben. Als persönliche Wunschvorstellung gibt die Hälfte der Frauen die mit dem Stillen begonnen hat an, gerne sechs Monate zu stillen. Als Grund für das Stillen wird die Gesundheit des Kindes am häufigsten genannt. Der am häufigsten genannte Grund für das Abstillen ist ein wahrgenommener Milchmangel. Stillkrisen treten in etwa bei der Hälfte der Befragten in den ersten drei Monaten auf, danach sinkt die Wahrscheinlichkeit für eine Stillkrise. Fast 66% der Mütter geben an zwischen dem dritten und dem sechsten Monat keine Stillkrise gehabt zu haben. Das Abstillen erfolgt allerdings oft unmittelbar im Anschluss an eine Stillkrise, dies vor allem dann, wenn das Kind schon drei Monate gestillt wurde. 58,2% der Frauen die zwischen den dritten und dem sechsten Lebensmonat des Kindes einen Stillkrise haben stillen in Folge ab. Auch die Ansprechpersonen während einer Krise unterscheiden sich nach dem Zeitpunkt des Auftretens derselben, so ist etwa in den ersten drei Monaten noch eine höhere Anbindung der Frauen an die Geburtsklinik festzustellen.

Bei Krisen nach dem dritten Monat wird die Geburtenabteilung gar nicht mehr kontaktiert, 16% der Frauen wenden sich zu diesem Zeitpunkt an den Kinderarzt. (Esberger, 2006)

2.4.2 Stillförderung in Österreich

Im Aktionsplan zum Schutz, der Förderung und der Unterstützung des Stillens in Europa (2004) wird festgehalten, „*dass das Stillen nur durch konzentrierte und koordinierte Aktionen geschützt, gefördert und unterstützt werden kann.*“ Dienstleistungen, die das Stillen unterstützen, müssen jeder Frau zugänglich sein. Im folgenden Kapitel wird der Fragen nachgegangen, auf welche Weise Stillförderung in Österreich stattfindet und welche Berufs- und Personengruppen an der Förderung beteiligt sind. Dabei machen sowohl die Recherche als auch die langjährige Berufserfahrung der Autorin klar, dass es in Österreich keine vereinheitlichte Stillförderung gibt. Die Auflistung der Angebote von Punkt 2.4.2.1 bis 2.4.2.5 erfolgte zufällig. Analog dieser Zufälligkeit begegnet auch die Schwangere oder Stillende diesen Angeboten.

2.4.2.1 Geburtsvorbereitung

Der Fokus eines Geburtsvorbereitungskurses liegt wie der Name verdeutlicht auf der Vorbereitung auf die Geburt. Historisch gesehen geht Geburtsvorbereitung auf Grantly Dick-Read zurück, welcher 1933 erstmals seine Erkenntnisse über den Angst-Spannungs-Kreislauf und gleichzeitig die Möglichkeit dessen Unterbrechung durch Aufklärung über die physiologischen Abläufe von Schwangerschaft und Geburt sowie körperliche Übungen und die psychologische Begleitung der Schwangeren veröffentlichte. Kurse werden in verschiedenen Settings für schwangere Frauen mit und ohne Partner angeboten. Viele Krankenhäuser bieten Frauen, die bei Ihnen zur Geburt angemeldet sind, diese Möglichkeit an ihrer Institution an. Ebenfalls werden an Volkshochschulen, in Eltern-Kind-Zentren und in Hebammenpraxen/zentren Geburtsvorbereitungskurse angeboten.

Hebammen leiten Geburtsvorbereitungskurse alleine oder gemeinsam mit anderen Berufsgruppen, wie zum Beispiel ÄrztInnen, Geburtsvorbereiterinnen, PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und Stillberaterinnen. Es können Angehöriger dieser Berufsgruppen Teile des Kurses gemeinsam gestalten, oft werden aber auch bestimmte Themen von einer Berufsgruppe an einem Kurstag speziell behandelt. Die Frauen oder Paare treffen sich meist im letzten Drittel der Schwangerschaft in einer kleinen Gruppe von acht bis vierzehn Personen. Das Thema Stillen und die Bedürfnisse des Neugeborenen sind fixe Themenschwerpunkte in einer solchen Schulung. (Koch, 2007)

Laut Esberger (2006) geben 65% der in der Studie „Säuglingsernährung Heute“ befragten Frauen die Schwangerschaft als den besten Zeitpunkt für eine Information über das Stillen an. Allerdings gab nur etwa ein Drittel der Befragten an, sich im Rahmen eines Geburtsvorbereitungskurses über das Thema Stillen informiert zu haben. Dies legt die Vermutung nahe, dass nicht alle Frauen bzw. Paare einen solchen Kurs besuchen. Es ist anzunehmen, dass Frauen und Paare mit niedriger Schulbildung an einem Geburtsvorbereitungskurs tendenzielle eher seltener teilnehmen. Ein weiterer Punkt ist, dass solche Angebote meist kostenpflichtig sind und nicht flächendeckend als einheitliche Maßnahmen zum Beispiel im Rahmen des Mutter-Kind-Passes angeboten werden. Grundsätzlich erscheint dieses Angebot jedoch als günstige Variante Frauen bzw. Paaren das Thema Stillen näher zu bringen. Sowohl im Bezug auf das Interesse als auch auf den Zeitpunkt. Während eines Geburtsvorbereitungskurses besteht auch die Möglichkeit die TeilnehmerInnen auf Folgeangebote wie Stillgruppen, Stillberaterinnen der Stillambulanzen aufmerksam zu machen oder sie mit Foldern und Broschüren auszustatten.

2.4.2.2 Initiative Stillfreundliches Krankenhaus

Lanciert wurde die Baby Friendly Initiative in den Jahre 1991-1992 als weltweite Initiative gemeinsam von WHO und UNICEF. Seither haben sich über 20000 Krankenhäuser in 156 Ländern angeschlossen. Ein Krankenhaus wird als stillfreundlich bezeichnet und mit der Plakette „Stillfreundliches Krankenhaus“ ausgezeichnet, wenn es die gemeinsam von WHO und UNICEF als weltweite Minimalstandards definierten „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ erfüllt und weder Gratisproben noch Werbung von industriell hergestellter Säuglingsnahrung verteilt. Das Ziel dieser Aktivität ist es Krankenhäuser und Gesundheitspersonal aufzurufen, die Bindung zwischen Mutter und Kind zu stärken und Mütter in Ihrer Entscheidung zum Stillen zu unterstützen. Die Umsetzung der „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ stellt eine aktive Stillförderung dar.

Die **„Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“** lauten im deutschsprachigen Original:

„Schritt 1

Schriftliche Richtlinien zur Stillförderung haben, die dem gesamten Pflegepersonal in regelmäßigen Abständen nahegebracht werden.

Schritt 2

Das gesamte Mitarbeiterteam in Theorie und Praxis so schulen, dass es diese Richtlinien zur Stillförderung mit Leben erfüllen kann.

Schritt 3

Alle schwangeren Frauen über die Vorteile und die Praxis des Stillens informieren.

Schritt 4

Müttern ermöglichen, ihr Kind innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt anzulegen.

Schritt 5

Den Müttern das korrekte Anlegen zeigen und ihnen erklären, wie sie ihre Milchproduktion aufrechterhalten können, auch im Falle einer Trennung von ihrem Kind.

Schritt 6

Neugeborenen Kindern weder Flüssigkeiten noch sonstige Nahrung zusätzlich zur Muttermilch geben, wenn es nicht aus gesundheitlichen Gründen angezeigt scheint.

Schritt 7

Rooming-in praktizieren - Mutter und Kind erlauben zusammen- zubleiben - 24 Stunden am Tag.

Schritt 8

Zum Stillen nach Bedarf ermuntern.

Schritt 9

Gestillten Kindern keinen Gummisauger oder Schnuller geben.

Schritt 10

Die Entstehung von Stillgruppen fördern und Mütter bei der Entlassung aus der Klinik oder Entbindungseinrichtung mit diesen Gruppen in Kontakt bringen.“ (Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs, 2011a)

Einrichtungen welche diese Schritte erfüllen werden ausgezeichnet und sind anhand der unten abgebildeten Plakette mit dem Titel „Maternity“ von Pablo Picasso zu erkennen.



Abbildung 8: "Maternity", Pablo Picasso 1963, WHO 2009 b

Der Anerkennungsprozess verläuft in einem dreistufigen Verfahren. Am Beginn steht die Selbsteinschätzung der Institution, welche sich um die Auszeichnung bewirbt, anhand einer Checkliste. Wird ein Großteil der Fragen mit „Ja“ beantwortet und werden 75% der Säuglinge von der Geburt bis zur Entlassung ausschließlich gestillt, so ist die Checkliste an das Österreichische Komitee von UNICEF zu senden. Über dieses wird vom auszeichnungswerbenden Krankenhaus in weiterer Folge ein GutachterInnenteam eingeladen. Die zweite Säule des Auszeichnungsprozesses bildet die Fortbildung, die dem gesamten mit den Müttern und Neugeborenen arbeitenden Personal im Umfang von mindestens 18 Stunden möglich gemacht werden muss. Weiters müssen vor der abschließenden zwei bis dreitägigen Begutachtung durch ein zwei bis dreiköpfiges Team von StillexpertInnen von der werbenden Institution drei Papiere verfasst werden. Dies sind Richtlinien zur Stillförderung, ein Lehrplan für das Personal und eine Verschriftlichung der Informationen, welche an die Frauen weitergegeben werden. Das Ergebnis der Überprüfung wird an das Österreichische Komitee von UNICEF übermittelt. Bei entsprechend positivem Ergebnis wird die Anerkennungsplakette verliehen. In Abständen von drei bis fünf Jahren erfolgt eine neuerliche Begutachtung.

Den Entbindungskliniken und dem dort arbeitenden Personal kommt bei der Förderung des Stillens eine Schlüsselrolle zu, unter anderem weil sich gezeigt hat, dass Frauen, die schon vor der Entlassung zugefüttert haben, kaum mehr zum ausschließlichen Stillen zurückkehren.

(Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs, 2011a; World Health Organisation, 2009b)

2.4.2.3 Medizinisches Fachpersonal - intra- und extramural

Laut den Stillempfehlungen der Österreichischen Stillkommission des Obersten Sanitätsrates haben die geburtshilflichen Abteilungen bei der Betreuung der Frauen einen besonders hohen Stellenwert. (Bundesministerium für Gesundheit, 2011) Dies ist unter anderem deshalb nachvollziehbar, da etwa 99% der Geburten in Österreich im Krankenhaus stattfinden. (Statistik Austria, 2010) Das erste Anliegen, welches laut WHO innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt erfolgen sollte, findet also in den meisten Fällen in einem Krankenhaus statt. (World Health Organisation, 2009a)

Laut § 3 des Österreichischen Hebammengesetzes hat jede Schwangere zur Geburt und zur Versorgung des Kindes eine Hebamme beizuziehen. Der Berufsgruppe der Hebammen kommt also für das wichtige erste Anliegen die höchste Bedeutung zu. § 2 beschreibt den Tätigkeitsbereich der Hebamme: Es finden sich dort unter anderem unter Punkt 4 die Beratung in Fragen der Ernährung, unter Punkt 9 die Pflege des Neugeborenen und unter Punkt 10 die Erteilung zweckdienlicher Ratschläge für die bestmögliche Pflege des Neugeborenen. (Bundeskanzleramt, 2011)

Weitere Berufsgruppen mit denen Frauen im Laufe ihrer Schwangerschaft und des Wochenbettes bzw. der Zeit danach in Berührung kommen, sind die Gynäkologin/der Gynäkologe, die Kinderkrankenschwester/der Kinderkrankenschwester, die Gesundheits- und Krankenschwester/der Gesundheits- und Krankenpfleger, die Stillberaterin und die Kinderärztin/der Kinderarzt. Die Vermittlung von Information erfolgt laut den Ergebnissen der ersten Phase der Studie von Esberger zur Erhebung der Struktur- und Beratungsqualität der Geburtsabteilungen hauptsächlich von Hebammen und Kinderkrankenschwestern. Der Kontakt mit der Gynäkologin/dem Gynäkologen findet hauptsächlich während der Schwangerschaft im

Rahmen der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen statt. Das hier bei den Frauen bestehende Informationsbedürfnis wird laut Esberger aber in 65% der Fälle überhaupt nicht gedeckt. Esberger bezeichnet in ihren Schlussfolgerungen die Gynäkologin/den Gynäkologen als „Stillinitiator“ und sieht den Bedarf der Forcierung deren Rolle als erste Informationsstelle. (Esberger, 2006)

Der Kontakt zu allen weiteren obengenannten Berufsgruppen tritt in relativ geballter Form um den Zeitpunkt der Geburt und den ersten Tagen danach auf. Lediglich im Fall einer vorzeitigen Entlassung (= Entlassung aus dem Krankenhaus vor dem 4. Tag nach der Geburt) erwirbt sich die Frau die Möglichkeit auf Kosten der Krankenkasse Hausbesuche von einer Hebamme zu erhalten. (Österreichisches Hebammengremium, 2011a)

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt die Betreuung vorwiegend durch die Kinderärztin/den Kinderarzt wiederum im Rahmen der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen. Esberger hat in ihrer Untersuchung, die Angst der Mütter das Kind bekäme nicht genug Milch, gerade in den ersten drei Monaten nach der Geburt, als große Schwierigkeit und als Grund für das vorzeitige Abstillen identifiziert.

*„Es scheint hier ein Netzwerk an unterstützenden Maßnahmen zu fehlen“
(Esberger, 2006)*

Die Studienautorin weist in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit eines proaktiven Eingreifens der Geburtskliniken hin, welche ein Paket an Maßnahmen schnüren könnte, um damit Mütter auf kommende Probleme schon im Vorfeld hinzuweisen zu können. Auch die Festschreibung fassbarer Ansprechpartnerinnen, welche für die Frauen niederschwellig und kostenfrei erreichbar wären, wird angeregt. Alle bisher genannten Berufsgruppen haben interdisziplinäre

Verantwortung für die Ernährung eines Kindes im ersten Lebensjahr, welche ein Zusammenwirken verlangt. (Esberger, 2006)

2.4.2.4 Stillberaterinnen

Der VSLÖ vermittelt Stillberaterinnen welche aus den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens stammen und auf Grund einer Zusatzausbildung eine hochwertige Wissensbasis zum Thema Stillen und Laktation besitzen. Sie sind dadurch berechtigt den Titel „International Board Certified Lactation Consultant“ zu führen. Neben der Stillberatung zählen zu den Aufgaben der IBCLCs die Abhaltung von Bildungsveranstaltungen und Stillrunden, die Unterstützung bei der Einführung von Stillrichtlinien an geburtshilflichen Abteilungen und die Planung und Umsetzung von Qualifizierungen für alle Berufsgruppen die an der Betreuung von Schwangeren und Frauen mit Kindern beteiligt sind. Frauen können auf der Homepage des VSLÖ nach IBCLCs in ihrer Nähe suchen. Die Ergebnisse von Esberger zeigen, dass in 80% der befragten Krankenhäuser Stillberatung von geprüften IBCLCs angeboten wird. (Esberger, 2006; Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs, 2011c)

2.4.2.5 Stillambulanzen

Stillambulanzen stellen ein niederschwelliges Angebot mit großen Möglichkeiten dar. Die Hälfte der von Esberger befragten Abteilungen verfügt über eine solche Einrichtung, welche wiederum in der Hälfte der Fälle von einer IBCLC bespielt wird. Die Idee der Stillambulanz hat den Vorteil, dass die Frauen an einen ihnen schon bekannten Ort zurückkehren können um dort rasch Informationen bei auftretenden Stillproblemen zu erhalten. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Beispiel zwischen der Stillberaterin und der Kinderärztin ist im Krankenhaus auch leichter zu organisieren. Esberger beschreibt, dass Frauen in den ersten drei Monaten dazu tendieren Rat und Hilfe in der Anstalt einzuholen, in der die Geburt stattgefunden hat. Der zeitliche

Faktor spielt eine große Rolle, um die Entwicklung eines Stillproblems zu einer Stillkrise, welche häufig mit dem Abstillen endet, zu verhindern. Um die Vorteile einer Stillambulanz in ausreichendem Umfang anbieten zu können, müsste dieses Angebot flächendeckend, zu fixen und angemessenen Zeiten angeboten werden. Dieser Umstand scheint zum momentanen Zeitpunkt jedoch nicht gegeben, so beteuert eine Stillberaterin auf der Homepage des VSLÖ, das es ihr nicht möglich ist, an einem fixen Wochentag Beratung anbieten zu können. Es finden sich aber auch zwei positive Beispiele wie die Still- und Ernährungsambulanz am Krankenhaus Leoben und die Babycare-Ambulanz am Preyer'schen Kinderspital. (Esberger, 2006; Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs, 2011b)

3 Stillen und Selbstwirksamkeit

Die unter Punkt 2.4.2.1 bis 2.4.2.5 aufgeführten, an der Betreuung von Schwangeren und jungen Müttern beteiligten Personen rekrutieren sich aus verschiedensten Berufsgruppen. Zum Teil ist die Betreuung auf kurz zeitliche Räume begrenzt. Es scheint der rote Faden zu fehlen. Lassen sich noch zusätzliche Maßnahmen beschreiben und eventuell in ein strukturiertes Gesamtkonzept einbetten?

Die ersten beiden dieser Arbeit zu Grunde liegenden Forschungsfragen lauten: „Inwieweit ist die Erfassung der Stillselbstwirksamkeit einer Frau eine Möglichkeit präventiv auf ihr Stillverhalten und auf die Stildauer einzuwirken?“ und „Welche Möglichkeiten der Erfassung von (Still) Selbstwirksamkeit gibt es?“ Um diese Fragen zu beantworten, wird im folgenden Kapitel zunächst das Konzept der allgemeinen Selbstwirksamkeit nach Albert Bandura charakterisiert. Im Anschluss folgt ein Überblick über die Anwendung der Selbstwirksamkeitstheorie in ausgewählten Gesundheitsbereichen.

Die Entwicklung der Theorie der Stillselbstwirksamkeit nach Dennis und die Möglichkeiten ihrer Erfassung werden diskutiert. Am Ende des Abschnitts werden die internationalen Anwendungen der Still selbstwirksamkeitsskala dargestellt.

3.1 Das Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura

Das Konzept der Selbstwirksamkeit ist Teil der sozial-kognitiven Theorie, welche von Albert Bandura 1977 begründet wurde. Bandura wurde 1925 in Kanada geboren, 1952 promovierte er zum Doktor der Psychologie und setzte seine Arbeit an der Stanford University fort. Am Beginn seiner Forschungsarbeiten richtet sich sein Interesse auf die Ursachen von Aggression in der Familie. Dabei erkennt er „das Lernen durch Beobachten anderer“, als zentralen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung. Der Begriff des Modell- oder Beobachtungslernens beschreibt die Fähigkeit durch Beobachten anderer, neue Verhaltensweisen zu lernen. Er rückt die Denkprozesse des Menschen in den Mittelpunkt und stellt sich somit deutlich in Opposition zum Behaviorismus, wo Umwelteinflüsse und vor allem Konditionierungsprozesse im Vordergrund stehen. Bedeutende Kernaussage seiner Theorie und gleichzeitig auch der wichtigste Unterschied zu vorangehenden Persönlichkeitstheorien, hier wiederum besonders dem Behaviorismus, ist, dass Bandura das Verhalten als das Ergebnis einer Interaktion von Mensch und Umwelt interpretiert. Dieses Konzept wird als reziproker Determinismus bezeichnet. (siehe Abbildung 9)

„Der Mensch wird als Verursacher gesehen, der seine eigene persönliche Entwicklung formen kann.“ (Pervin, Cervone, & John, 2005)

Die sozial-kognitive Theorie befasst sich mit der Fähigkeit des Menschen zur Selbstbestimmung. Bandura richtet seine Aufmerksamkeit auf Denkprozesse, die beim Setzen von persönlichen Zielen, der Selbstbewertung und bei Überzeugungen von der eigenen Leistungsfähigkeit zum Tragen kommen. Ziel der Forschung im Rahmen der sozial-kognitiven Theorie ist es Ansätze zu schaffen, welche dazu beitragen, die Wirkungsfähigkeiten und Kräfte der Menschen bestmöglich zu nützen.

Pervin et al (2005) fassen die charakteristischen Merkmale der sozial-kognitiven Theorie folgendermaßen zusammen:

„1. Betonung der persönlichen Handlungsmöglichkeiten des Menschen

2. Betonung sozialer Ursprünge des Verhaltens

3. Betonung kognitiver (Denk) Prozesse

4. Betonung des Verhaltens als situationsspezifisch

5. Betonung systematischer Forschung

6. Betonung des Lernens komplexer Verhaltensmuster ohne Belohnung“

(Pervin, et al., 2005)

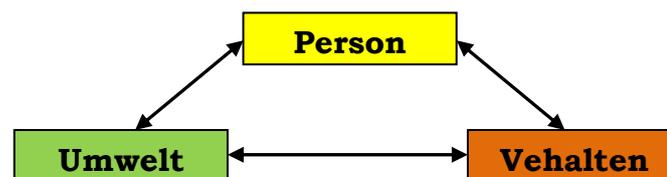


Abbildung 9: Reziproker Determinismus nach Zimbardo & Gerring 2004

Kompetenzen und Fertigkeiten, Erwartungen und Überzeugungen, Bewertungsmaßstäbe und persönliche Ziele werden von Pervin et al (2005) als vier besonders bezeichnende Konzepte der sozial-kognitiven Theorie hervorgehoben. Diese vier Konzepte werden im Folgenden kurz umrissen, wobei dem Konzept der Erwartungen und Überzeugungen, unter denen das Konzept der Selbstwirksamkeit definiert ist, besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Bandura hat im Laufe der Entstehung seiner Theorie die Selbstwirksamkeit als zentrales Konstrukt definiert und ihr im Jahre 1997 ein eigenes Buch mit dem Titel „ Self-efficacy: the Exercise of Control“, welches sechshundert Seiten umfasst, gewidmet. Er bettet sie aber weiterhin in die allgemeinere sozial-kognitive Theorie ein.

Menschen unterscheiden sich in ihren **Fähigkeiten** und **Kompetenzen**. Aber auch die Fähigkeiten und Kompetenzen eines einzelnen Menschen unterscheiden sich nach der Unterschiedlichkeit der Situation, in der sich der Mensch befindet. Fähigkeiten und Kompetenzen sind also vom Kontext abhängig, Pervin et al sprechen in diesem Zusammenhang von der sogenannten Kontextspezifität. Ein und dieselbe Person kann in einer Situation eine ihr gestellte Aufgabe kompetent lösen, eine andere Aufgabe dagegen nicht. Die sozial-kognitive Theorie vermeidet es einen Menschen als „allgemein kompetenter“ oder „allgemein inkompetenter“ zu bezeichnen. So kann zum Beispiel eine Person ein hohes Maß an sportlicher Kompetenz besitzen und gleichzeitig aber weniger kompetent im Lösen von mathematischen Aufgaben sein. Fertigkeiten sind in unterschiedlichen Umgebungen und bei unterschiedlichen Anforderungen des Lebens variabel. Eine weitere Annahme ist, dass sich Menschen Fähigkeiten im sozialen Zusammenspiel und durch das schon weiter oben erwähnte Beobachten der Umwelt und ihrer Akteure aneignen. Mangelt es einer Person in gewissen Bereichen an Fähigkeiten, so ist es ihr durch Interaktion und Beobachtung möglich, sich neue Fähigkeiten anzueignen. Diese Annahme der sozial-kognitiven Theorie impliziert ihre direkte Anwendbarkeit im klinischen Bereich, wenn es darum geht Fertigkeiten der Klienten zu verbessern.

Über die Kompetenzen hinausgehend bedient sich der Mensch seiner Gedanken, er hat **Überzeugungen** darüber wie die Welt „tatsächlich“ ist und macht sich ein Bild von der Zukunft, darüber wie die Welt sein wird, er formuliert also **Erwartungen**. Durch die Festlegung von Dingen, die er erreichen möchte, definiert er **persönliche Ziele**. Dieses Gedankenpaket wird als Bewertungsmaßstab herangezogen und als wichtigste Grundlage des menschlichen Handelns und der menschlichen Emotionen gesehen. Wie schon bei den Kompetenzen und Fertigkeiten beschrieben, variieren nach Annahme der sozial-kognitiven Theorie die Erwartungen einzelner Menschen je nach Situation.

So erwartet sich zum Beispiel eine Lehrerin von ihren SchülerInnen während des Unterrichts Ruhe und Aufmerksamkeit, während dieselbe Lehrerin in der Pause, im Garten, von ihren SchülerInnen lautes Toben erwartet.

Pervin et al (2005) fassen die Ansichten der sozial-kognitiven Theoretiker zu diesem Punkt folgendermaßen zusammen:

„...liegt die Essenz der Persönlichkeit in dieser unterschiedlichen Art und Weise, wie einmalige Individuen Situationen wahrnehmen, Erwartungen in Bezug auf künftige Umstände entwickeln und infolge dieser unterschiedliche Wahrnehmungen und Erwartungen bestimmte Verhaltensmuster zeigen.“ (Pervin, et al., 2005)

Diese Einstellung im Bezug auf die Erwartungen eines Menschen und den daraus resultierenden Handlungen, bezeichnet einen weiteren wesentlichen Unterschied zum Behaviorismus. Dieser sieht die Handlungen eines Menschen als Resultat von Verstärkung bzw. Bestrafung.

Erwartungen von Menschen können auf Mitmenschen gerichtet sein, eine wesentlich höhere Bedeutung misst Bandura jedoch jenen Erwartungen bei, die sich auf die eigene Person beziehen. Er sieht den Ausgangspunkt für das Potential und das Wohlbefinden eines Individuums in dessen Erwartungen in seine eigenen Fähigkeiten, eben diese Leistungen zu erbringen. Das Empfinden dieser eigenen Fähigkeiten bezeichnet er als wahrgenommene Selbstwirksamkeit. Zimbardo & Gerring (2004) beschreiben Selbstwirksamkeit als:

„Die Menge an Überzeugungen, dass man in einer bestimmten Situation sich angemessen verhalten und angemessene Leistungen erbringen kann.“ (Zimbardo & Gerring, 2004)

Die Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit beeinflusst unser Verhalten und in weiterer Folge unsere Leistungen. Menschen mit einem hochgradigeren Ausmaß an Selbstwirksamkeit, trauen sich mit höherer Wahrscheinlichkeit an schwierige Aufgaben und zeigen bei der Bewältigung dieser mehr Ausdauer. Sie zeigen weniger Nervosität und können ihre Gedanken analytisch ordnen. Das Maß der Selbstwirksamkeit beeinflusst also nicht nur die Frage, ob sich jemand an eine Aufgabe heranwagt, sondern auch die Art der Bewältigung und den Umgang mit auftretenden Problemen. Wurde eine Aufgabe zufriedenstellend erledigt wirkt sich dies wiederum positiv auf die Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit für in Zukunft anstehende Aufgaben aus. Dabei ist die Selbstwirksamkeit von Konzept des Selbstwertgefühls zu differenzieren. Während die Selbstwirksamkeit in unterschiedlichen Situationen variiert, ist das Selbstwertgefühl ein eher stabiler Faktor, mit globalem Charakter, der sich auf die Einschätzung des gesamten Wertes einer Person bezieht. Selbstwirksamkeit ist eine Variable, die sich auf eine spezielle Situation richtet und dem Menschen ein Gefühl dafür gibt, was er in dieser Situation tun kann. Ein Mensch der im Allgemeinen ein hohes Selbstwertgefühl hat, gut singen kann, aber Angst hat vor großen Menschenmengen zu stehen, wird im Bezug auf die bevorstehende Aufgabe ein Konzert geben zu müssen, eine niedrige Selbstwirksamkeitswahrnehmung haben. Diese Unterscheidung ist laut Bandura deshalb wichtig, weil das Ausmaß an wahrgenommener Selbstwirksamkeit einen hohen Einfluss auf die Leistung darstellt. Dies ist beim Selbstwertgefühl wesentlich weniger deutlich.

Eine weitere Unterscheidung die Bandura vornimmt, ist jene zwischen **Selbstwirksamkeitserwartung** (perceived self-efficacy) und **Ergebniserwartung** (outcome expectancy), welche in Abbildung 10 illustriert ist. Ergebniserwartungen beziehen sich hierbei auf das zu erwartende Ergebnis und die sich daraus ergebenden Konsequenzen.

So weiß, die/der oben erwähnte Sängerin/Sänger wahrscheinlich, dass sie/er Anerkennung und Applaus für Ihren/seinen Auftritt ernten wird. Ihre/seine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung im Bezug auf öffentliche Auftritte hindert sie/ihn jedoch möglicherweise daran überhaupt aufzutreten. Selbstwirksamkeitserwartungen beschreiben die subjektive Gewissheit, Aufgaben auf Grund eigener Fähigkeiten ausführen zu können. Im Bezug auf die Ergebniserwartung besteht ein globalerer Zusammenhang zwischen der Aufgabe und dem Ergebnis. „Jemand der gut singen kann, wird bei einem Konzert erfolgreich sein.“ Die Selbstwirksamkeitserwartung bezieht sich auf die wahrgenommene Kompetenz der Sängerin /des Sängers. „Ich fühle mich nicht in der Lage vor einem großen Publikum zu singen.“ Im Bezug auf den Zusammenhang des Stillen und der Selbstwirksamkeit lässt sich daraus folgendes Szenario ableiten: Bei einer Frau mit anatomisch korrekt geformten Brustwarzen könnte die Ergebniserwartung lauten: „Das Anlegen des Säuglings ist ohne Probleme möglich“. Die Selbstwirksamkeitswahrnehmung der Frau könnte dagegen lauten „ Ich fühle mich nicht in der Lage mein Neugeborenes korrekt an meine Brust zu legen.“ Die wahrgenommene Selbstwirksamkeitserwartung dieser Frau könnte dazu führen, dass sie ihr Kind nicht erfolgreich stillen kann. Weiter Ausführungen dazu finden sich in Kapitel 3.3.

Wichtig ist noch anzumerken, dass sich aus der Unterscheidung zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Ergebniserwartung auch die Formulierung der Fragen bei einer Erhebung der Selbstwirksamkeit ergibt. Solche Fragen haben immer einen hohen Grad an Selbstbezug und zielen auf die persönlichen Kompetenzen zur Ausführung einer Aufgabe ab. „Ich fühle mich in der Lage,...; Ich verfüge über die notwendigen Mittel,...; Ich weiß, dass ich auch in schwierigen Situationen,...“. „Wenn-Dann Fragen“ implizieren einen zu starken Handlungs-Ergebniszusammenhang und lassen die Fragen nach der Verfügbarkeit von persönlichen Kompetenzen außer Acht. „Wenn ich

mich über Anlegetechniken informiere, dann werde ich mein Neugeborenes Stillen können.“ Auch allgemeine Formulierungen wie „Frauen die häufig anlegen, produzieren genug Milch“ sind zur Erhebung der Selbstwirksamkeit ungeeignet. Die Formulierung ist global und zielt nicht auf die Fähigkeit der einzelnen Frau ab, sie ist diffus und beschreibt keine direkte Handlung, auch das Auftreten möglicher Schwierigkeiten ist nicht artikuliert. Besser wäre zum Beispiel eine Formulierung wie: „Ich bin überzeugt davon mir bei Schwierigkeiten beim Anlegen meines Babies die nötige Unterstützung holen zu können.“

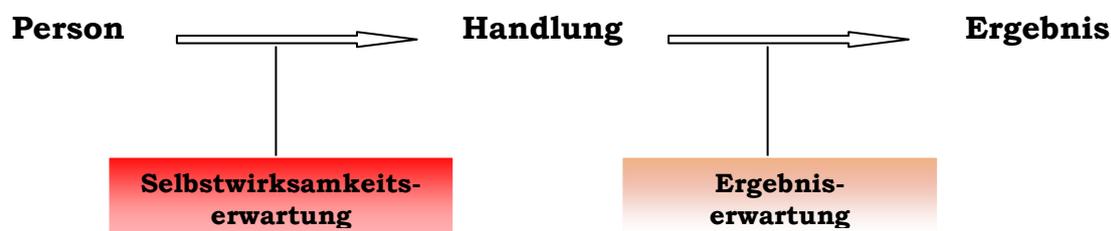


Abbildung 10: Das Konzept der Selbstwirksamkeit: Selbstwirksamkeitserwartung und Ergebniserwartung nach Bandura (1977, 1997)

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass das Ausmaß der Selbstwirksamkeit weitgehend unabhängig von den tatsächlichen Begabungen und Fähigkeiten eines Menschen ist.

Als **Quellen der Selbstwirksamkeit**, also Ressourcen auf die ein Mensch zurückgreift um Selbstwirksamkeit entwickeln zu können, nennt Bandura:

- (1) **Eigene Handlungserfahrung** (Enactive Mastery Experience)
- (2) **Stellvertretende Erfahrung** (Vicarious Experience)
- (3) **Verbale Überzeugung** (Verbal Persuasion)
- (4) **Emotionaler/Gefühlszustand** (Physiological and Affective States)

Eigene Handlungserfahrung (Enactive Mastery Experience)

Die Durchführung einer Handlung durch die betroffene Person selbst, stellt die direkteste und einflussreichste Quelle der Selbstwirksamkeit dar, da sie die/den Betroffene/n erleben lässt, dass sie/er die notwendigen Mittel in der Hand hat. Durch diese Erfahrung wird die Selbstwirksamkeit gestärkt. Wie erfolgreich eine Handlung ausgeführt werden kann, hängt zusätzlich noch von der Komplexität der Aufgabe, dem Aufwand, welcher zur Erfüllung notwendig ist und der zur Verfügung stehenden Unterstützung ab, all diese Einflüsse können sich entweder erleichternd oder erschwerend auswirken. Tatsache ist, dass eine unmittelbar erfahrene positive Erfahrung bei der Bewältigung einer Aufgabe, einen selbstwirksamkeitsverstärkenden Einfluss hat.

Stellvertretende Erfahrung (Vicarious Experience)

Nicht bei allen Handlungen besteht die Möglichkeit, sie selbst durchzuführen. Hier tritt in Anlehnung an das Modellernen, das Lernen durch Beobachten. Dieses Beobachten hat ebenfalls einen beachtlichen Einfluss auf die Entwicklung von Selbstwirksamkeit. Laut Bandura erhöht sich durch die Beobachtung einer Person, welche eine Aufgabe erfolgreich löst, die Selbstwirksamkeit der Beobachterin/ des Beobachters, im Bezug auf die beobachtete Aufgabe. Der Glaube an die eigene Kompetenz wird dadurch gestärkt. Der Effekt ist dabei umso höher, je mehr sich der/die Beobachter/in mit dem Modell identifiziert. Ist das Modell dem/der Beobachter/in ähnlich, ist ebenfalls mit mehr Wirkung zu rechnen. Auch der gesellschaftliche Status des Modells ist von Bedeutung, handelt es sich um eine angesehene, erfolgreiche Person ist die Wirkung ebenfalls gesteigert. Modelle können Menschen sein, hier kommen im Bereich der Gesundheitsförderung vor allem jene Personen in Frage, die positive Erfahrungen im jeweiligen Gebiet gemacht haben. Im Englischen findet hier der Begriff peer counselor Anwendung. Aber auch Filme und grafische Illustrationen, wie zum

Beispiel Poster, Broschüren oder Comics dienen als Modelle. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Darstellung möglichst klar und in kleinen gut fassbaren Abschnitten erfolgt.

Verbale Überzeugung (Verbal Persuasion)

Eine weitere Möglichkeit eine Steigerung der Selbstwirksamkeit zu erzielen, ist die verbale Überzeugung, also das Beratungsgespräch. Menschen messen der Einschätzung anderer Bedeutung zu, besonders dann, wenn es sich um Experten in einem gewissen Bereich handelt. Bandura sieht die Wirkung der verbalen Überzeugung als unterstützende Maßnahme, welche vor allem schon vorhandene Gefühle der Selbstwirksamkeit steigern kann. Dabei ist es wichtig, dass die Information glaubwürdig dargeboten wird.

Emotionaler/Gefühlszustand (Physiological and Affective States)

Die emotionalen Empfindungen, die eine Person während der Durchführung einer Aufgabe hat, beeinflussen ebenfalls die empfundene Selbstwirksamkeit. Auf Grund ihres emotionalen Zustandes ziehen Menschen Rückschlüsse auf ihre Möglichkeiten bei der Durchführung der Angelegenheit. Positive Empfindungen, wie zum Beispiel Zufriedenheit führen zur Entspannung und erhöhen daher die Selbstwirksamkeit. Unruhe, Angst oder Stress bewirken das Gegenteil.

Bandura sieht die vier Quellen der Selbstwirksamkeit als voneinander unabhängige Einflussfaktoren, welche je nach Situation variieren können. Das Ausmaß der jeweils in einer bestimmten Situation von einer Person wahrgenommenen Selbstwirksamkeit setzt sich aus der Einzelbewertung der vier Parameter zusammen. Alle vier angeführten Quellen der Selbstwirksamkeit können zur Steigerung derselben genutzt werden. Wie dies in den jeweiligen Bereichen möglich ist, wird in den Kapiteln 3.2 und 3.3 genauer diskutiert.

Durch das Setzen von **persönlichen Zielen** hat der Mensch die Möglichkeit die Zukunft in den Blick zu nehmen und durch sein Verhalten gesteuerte Aktionen zu setzen und zu beeinflussen. Die Auswahl eines bestimmten Zieles ist dabei von dessen Wichtigkeit, den Möglichkeiten im Umfeld und von den Überzeugungen über die Selbstwirksamkeit der Zielerreichung beeinflusst. Ziele unterscheiden sich einerseits durch den Grad der Herausforderung bzw. Schwierigkeitsgrad und durch ihre zeitliche Einbettung in das Lebenssystem eines Menschen. Unmittelbare Ziele haben eine größere Wirkung auf das Verhalten eines Menschen als fernere. Ein weiterer Einflussfaktor auf die Zielsetzung ist die Erwartung an die eigene Selbstwirksamkeit, wobei sich Menschen mit einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung höhere Ziele setzen. Ist eine Aufgabe einmal in Angriff genommen, so beeinflusst das Feedback die weitere Vorgehensweise.

In der sozial-kognitiven Theorie sind vor allem die **Bewertungsmaßstäbe** von Bedeutung, die das Selbst des Menschen beurteilen. Diese Maßstäbe lösen im Menschen Emotionen aus und sind so wiederum für die weitere Motivation und Leistungsfähigkeit verantwortlich. Bandura spricht in diesem Zusammenhang von sogenannten selbstbewertenden Reaktionen. Ist jemand mit seiner Leistung zufrieden, reagiert er mit Stolz und ist zu weiteren Handlungen im Sinne des gesetzten Ziels motiviert. Umgekehrt gilt, dass Menschen die ihre gesetzten Maßstäbe nicht einhalten können unzufrieden sind und dies die Motivation negativ beeinflusst. (Bandura, 1977a, 1977b, 1997; Pervin, et al., 2005; Schmitz & Schwarzer, 2000; Schwarzer, 2004; Zimbardo & Gerring, 2004)

3.2 Das Konzept der Selbstwirksamkeit - Anwendung im Gesundheitsbereich

Das Konzept der Selbstwirksamkeit kommt laut Schwarzer (2004) in den unterschiedlichsten Handlungsfeldern und in einer Vielzahl von Situationen zum Einsatz. Der Autor spricht von über 500 wissenschaftlichen Publikationen zu diesem Thema. Im Bildungsbereich beschäftigt sich die Forschung zum Thema Selbstwirksamkeit mit deren Einflüssen auf das Lernen und die Leistung, die Motivation und die Selbstregulationsmechanismen sowohl von Schülern und Schülerinnen als auch Lehrern und Lehrerinnen. Der Beleuchtung dieses Bereiches soll jedoch im Rahmen dieser Arbeit keine weitere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Vielmehr geht es im Folgenden um die Anwendung des Selbstwirksamkeitskonzepts im Gesundheitsbereich. Auch hier finden sich zahlreiche Beispiele für dessen Gebrauch. Schwarzer unterstreicht seine Wichtigkeit für das Gesundheitsverhalten und reiht es neben Konstrukte wie „Health Belief-Modell“, „Theory of Reasoned Action“, „Theory of Planned Behaviour“ und andere Modelle der Gesundheitspsychologie.

Die Arbeits- und Forschungsschwerpunkte von Schwarzer sind der Umgang mit und die Bewältigung von Krankheit, Änderungen im Gesundheitsverhalten, soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeit. Er hat zahlreiche Forschungsprojekte zu diesen Themen durchgeführt und Publikationen veröffentlicht. Diverse Skalen zur Erhebung von Selbstwirksamkeit in unterschiedlichen Bereichen wurden von ihm entwickelt und sind zu einem großen Teil auf der Homepage: der Freien Universität Berlin (<http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/gesund/psychomess/index.html>) veröffentlicht. Unter Punkt 3.2.1 und werden die Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeit und die Skala zur Erfassung der sportbezogenen Selbstwirksamkeit näher diskutiert.

In dem Buch „Psychologie des Gesundheitsverhaltens“ (2004) führt der Autor mehrere Studien an, die den Zusammenhang von Gesundheitsverhalten und Selbstwirksamkeit beleuchtet haben. Zum Beispiel wurde die Beziehung von Selbstwirksamkeit und dem Gesundheitsverhalten im Alter untersucht. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass höhere Selbstwirksamkeit, mit mehr körperlicher Aktivität, mit präventiver Ernährung und positivem Stressbewältigungsverhalten korrelieren. Weiters werden Untersuchungen vorgestellt, welche den Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Krankheitsbewältigung, dem Umgang mit Schmerzen und Stresssituationen untersucht haben. Optimistische Selbstwirksamkeitserwartungen wirken sich positiv auf den Blutdruck, den Puls und den Adrenalin Spiegel aus und haben sich als bedeutsamer Faktor bei der Rehabilitation nach Krankheiten der Atemwege und auch nach einem Herzinfarkt erwiesen.

Smith & Liehr (2008) definieren das Konzept Selbstwirksamkeit als Middle Range Theory for Nursing. In ihrem Buch mit dem gleichnamigen Titel beschreiben die beiden Autorinnen, neben der Theory of Self – Efficacy, zwölf weitere Middle Range Theories for Nursing. In dem Kapitel über die Selbstwirksamkeit wird der theoretische Rahmen nach Bandura dargestellt, und die Quellen der Selbstwirksamkeit werden diskutiert. Die Art der Erhebung von Selbstwirksamkeit und die Entwicklung von Instrumenten zu ihrer Messung sind beschrieben. Erhoben wird Selbstwirksamkeit mittels Fragebogen. Die Entwicklung eines solchen basiert auf der Kombination von quantitativer und qualitativer Erforschung von Faktoren, die für die Erfüllung der jeweiligen Aufgabe notwendig sind. Als Beispiel nennen Smith und Liehr die „self-efficacy for exercise scale“, welche neun Items enthält. Jedes Item erfasst eine bestimmte Herausforderung einer körperlichen Übung. Als Anwendungsbereiche in der Pflegeforschung heben die Autorinnen die klinische Aspekte der Pflege, Unterricht, die

Pflegekompetenz und Professionalisierung der Pflege hervor. Unter dem Begriff Unterricht sind die Schulung von PatientInnen und Angehörigen aber auch die Schulung von PflegeschülerInnen und die Weiterbildung von Pflegenden subsummiert. In den letzten zehn Jahren wurden in Pflegefachzeitschriften über 1500 Artikel veröffentlicht, welche sich mit der Messung und der Anwendung von Selbstwirksamkeit befassen. Viele dieser Studien behandeln Themenbereiche wie Schulung von Angehörigen, Umgang mit chronischen Erkrankungen, Gesundheitsförderung und Prävention. Die Mehrzahl der Studien legt den Fokus auf Verhaltensänderung wie zum Beispiel mit dem Rauchen aufzuhören oder an einem Fitnessprogramm teilzunehmen. Bei chronischen Erkrankungen steht ein verbesserter Umgang mit den Symptomen, zum Beispiel Schmerz, aber auch eine Verbesserung der Einhaltung von notwendigen Maßnahmen (etwa Diäten) im Zentrum der Forschungsarbeiten. Der Umgang mit den Folgen von Herzerkrankungen, Schlaganfall, Diabetes, Parkinson, Brustkrebs, Lungenerkrankungen, Oberschenkelhalsfraktur und deren Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeit der Betroffenen wurden erforscht. Im Bereich der Prävention richtet sich das Interesse der ForscherInnen zum Beispiel auf Themen wie Gewichtsreduktion, „Rauchstops“, Krebsvermeidung, „Safer Sex“, Stillen und Neugeborenenpflege. In der Pflegeausbildung werden einerseits selbstwirksamkeitssteigernde Unterrichtstechniken exploriert, andererseits Maßnahmen dargelegt, welche die Selbstwirksamkeit der StudentInnen erhöhen.

3.2.1 Theoretische Überlegungen zur Erhebung gesundheitsrelevanter Selbstwirksamkeit

Bei der Entwicklung von Instrumenten zur Erhebung gesundheitsrelevanter Selbstwirksamkeit ist einerseits die Art der Erhebung und andererseits der Spezifizierung der jeweiligen Situation Beachtung zu schenken. Da es sich bei der Erfassung von

Selbstwirksamkeit um subjektive Überzeugungen einer Person handelt, eignet sich als Erhebungsinstrument die Befragung. Wie schon weiter oben erwähnt hat Schwarzer mehrere Messinstrumente zur Erhebung der Selbstwirksamkeit entwickelt. Die von ihm stammende Skala zur Erhebung der allgemeinen Selbstwirksamkeit, ist nachstehend im Original abgebildet. Beispielhaft für eine situationsspezifische Skala wird die Skala zur Erhebung der Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität vorgestellt. Bandura misst der Entwicklung von situationspezifischen Instrumenten einen hohen Stellenwert bei.

Er unterscheidet drei Dimensionen von Selbstwirksamkeit, den **Grad** oder das Niveau, die **Stärke** und die **Allgemeinheit**. Der Grad beschreibt dabei, für wie schwierig es eine Person hält, eine spezielle Aufgabe zu erfüllen. Die Stärke bezieht sich auf die Frage: „Wie sicher sich eine Person ist eine bestimmte Aufgabe zu erfüllen“. Mit Allgemeinheit ist die positive Wahrnehmung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen gemeint. Diese Einteilung geht auf die ersten Forschungsarbeiten Banduras zurück, bei denen Schlagophobiker untersucht wurden. Sie beobachteten in einem ersten Schritt andere Personen, wie sie eine Schlange berührten. Danach wurden sie gefragt, ob sie sich zutrauten in einem nächsten Schritt, die Schlange selber zu berühren. Diese Frage zielt auf den Grad der durch die Beobachtung erworbenen Selbstwirksamkeit ab. Ob sie sich auch zutrauen, eine andere Schlange zu berühren, ist eine Frage die den Allgemeingrad der erworbenen Selbstwirksamkeit ermittelt. Die Frage danach, wie sicher sie sich sind die Schlange zu berühren, erfasst die Dimension der Stärke.

Bandura selbst ist sehr genau, wenn es um die Spezifizierung der gemessenen Selbstwirksamkeit geht, er sieht Selbstwirksamkeit als ein stark mit der jeweiligen Aufgabe korrelierendes Konzept und mahnt Forscher dazu Messinstrumente für spezifische Bereiche zu entwickeln.

Die von ihm beschriebene Allgemeingültigkeit der Selbstwirksamkeit, im Sinne eines Vorhandenseins in allen Lebensbereichen darf nicht mit einer generellen Selbstwirksamkeit einer Person, welche für diese in allen Lebensbereichen und für alle Aufgaben gleich ist, verwechselt werden. Schwarzer nimmt einen etwas anderen Blickwinkel ein, dies wird unter anderem durch die Entwicklung der General Self-Efficacy Scale deutlich. Er ist sich der Grenzen dieses Instruments aber bewusst und beschreibt seine Schwäche, als generelles Instrument, welches nicht zur Erhebung von Selbstwirksamkeit in Bezug auf spezielle Aufgaben dient. Es kann als Instrument zur Erhebung der Anpassung nach Veränderungen im Leben eines Menschen verwendet werden, muss jedoch im Einzelfall mit situationspezifischen Items ergänzt werden. Für die Erstellung solcher Items empfiehlt Schwarzer, die Verwendung von Sätzen wie: „Ich bin zuversichtlich, dass (Ausführung der Aufgabe), auch wenn (Hindernis) auftritt“.

„I am confident that I will carry out my planned exercise, even if...

(1) I feel a bit tired.

(2) the weather is poor.

(3) my regular exercise partner is absent.

(4) I feel depressed.

(5) There is something good on television.

(6) My friends want me to do something else.” (Schwarzer & Jerusalem, 1995)

Die Antwortkategorien werden in Form einer 5 Punkt Likert - Skala mit in mit den Antwortmöglichkeiten „not at all confident, possibly und very confident“ angeboten. Als Beispiel für die Erfassung der Stillselbstwirksamkeit, könnte der Satz wie folgt formuliert sein: „Ich bin zuversichtlich, mein Neugeborenes auch dann Stillen zu können, wenn meine Brustwarzen am Anfang wund werden.“

Exkurs² – Likertskala:

Eine Likertskala bietet die Möglichkeit aus einer Auflistung von vorgegebenen Aussagen, die für das Individuum am besten Zutreffendste, auszuwählen. Sie ist die am häufigsten verwendete Skalentechnik. Ursprünglich enthält sie fünf Kategorien, kann aber auch weniger oder mehr aufweisen. In der Regel werden die Antwortkriterien: starke Zustimmung, Zustimmung, Ablehnung und starke Ablehnung definiert. Weiters besteht die Möglichkeit auch eine „neutrale“ Kategorie anzubieten (z. B: „unentschieden“, „weiß nicht“,...). In diesem Fall ist die Anzahl der Kategorien immer eine Ungerade.

Um diese Skalen auswerten zu können, werden den Kategorien Zahlen von z. B. 1 - 5 (wobei dem Zahlenwert 1 immer der negativste Wert und dem Zahlenwert 5 die positivste Antwort entspricht) zugeordnet und somit erscheinen sie intervallskaliert. (Backhaus, 2008; Burns & Grove, 2005; LoBiondo-Wood & Haber, 2005)

² Zur besseren Kennzeichnung eines Exkurses, wird dieser mit einem Zeileneinzug dargestellt.

Unten findet sich die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von Schwarzer im deutschen Original.

1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.
10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.

Antwortformat:

(1) stimmt nicht, (2) stimmt kaum, (3) stimmt eher, (4) stimmt genau.

Abbildung 11: Skala der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, (Schwarzer & Jerusalem, 2011)

(Bandura, 1977a; Schwarzer, 2004; Schwarzer & Fuchs, 1995; Schwarzer & Jerusalem, 1995; van der Bijl & Shortridge-Baggett, 2002)

Ein weiteres von Schwarzer, gemeinsam mit Fuchs (Fuchs & Schwarzer, 1994) entwickeltes Instrument ist, die schon weiter vorne erwähnte Skala zur Erhebung der Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität (SSA-Skala). Die ursprüngliche Skala umfasst 14 Items und zielt auf die Erfassung der Selbstwirksamkeit im Bezug auf die Durchführung einer geplanten sportlichen Aktivität ab (die Skala findet sich im Anhang). Interessant ist, dass Schwarzer später, das Instrument erweitert hat und so eine vierteilige Skala zur Erhebung der sportbezogenen Aktivität entstanden ist. Dieses Instrument ist phasenspezifisch, in ersten Teil wird der Frage nachgegangen, ob eine Person sich zukünftig in der Lage sieht eine körperliche Aktivität bewältigen zu können. Es wird also die Motivation zu einer Aufgabe erhoben. Das Fragenformat sieht dabei folgendermaßen aus:

Die Umstellung alter Gewohnheiten ist eine schwierige Aufgabe. Trauen Sie sich zu, in Zukunft regelmäßig körperlich aktiv zu sein?

Ich bin mir sicher,...

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

...dass ich mein Leben auf einen

körperlich aktiven Lebensstil

umstellen kann.

usw.

In einem zweiten Teil geht es um die Initiative der Person. Wie hoch ist die Bereitschaft mit der entsprechenden Aufgabe zu beginnen? Eine Frage aus diesem Block sieht folgendermaßen aus:

Aller Anfang ist schwer. Wie sicher sind Sie, dass Sie den Einstieg in eine regelmäßige körperliche Aktivität finden werden?

Ich bin mir sicher, dass ich sofort mit mehr körperlicher Aktivität beginnen kann,...

...auch wenn ich zunächst

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

ganz neu über körperliche

Aktivität nachdenken muss,

usw.

Der dritte Teil des Instruments erhebt die Selbstwirksamkeit im Bezug auf die Aufrechterhaltung der körperlichen Aktivität.

Es ist wichtig, körperliche Aktivität auf Dauer aufrecht zu erhalten.

Trauen Sie sich das zu?

Ich bin mir sicher, dass ich mich auch dann dauerhaft regelmäßig körperlich betätigen kann,...

...wenn ich lange brauche, bis es mir zur Gewohnheit geworden ist.
usw.

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

Im letzten Teil geht es um den Umgang mit auftretenden Hindernissen und Rückschlägen.

Trotz guter Vorsätze kann es zu kleineren oder größeren Rückschlägen kommen. Stellen Sie sich nun vor, Sie hätten eine Weile keinen Sport mehr getrieben. Wie zuversichtlich sind Sie, zu regelmäßiger Aktivität zurückzukehren, wenn Sie damit mal ausgesetzt haben?

Ich bin mir sicher, dass ich wieder regelmäßig körperlich aktiv werden kann,...

...auch wenn ich meine konkreten Pläne mehrmals verschoben habe.
usw.³

trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

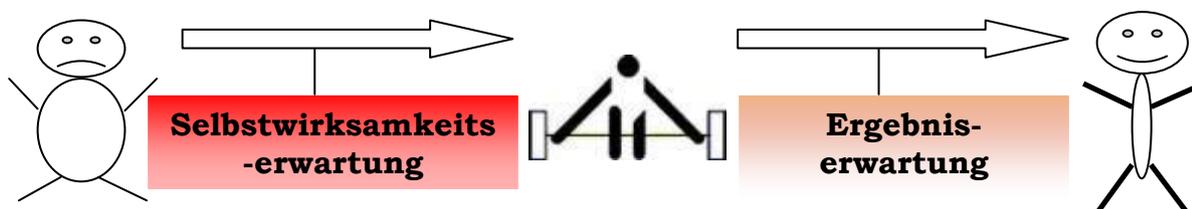


Abbildung 12: Das Konzept der Selbstwirksamkeit: Sportliche Aktivität: Eine mögliche Anwendung im Gesundheitsbereich: Selbstwirksamkeitserwartung und Ergebniserwartung nach Bandura (1997)

³ Alle vier Fragen sind dem Buch „Psychologie des Gesundheitsverhaltens“ im Original entnommen. (Schwarzer, 2004)

Bandura sieht die Erhebung von Selbstwirksamkeit als eine aufgabenspezifische. Ihre Erfassung sollte dabei auf einem möglichst hohen Niveau der Aufgabe entsprechend erfolgen. Die Erfassung einer generellen Selbstwirksamkeit, bei der die Probanden keine spezifische Aufgabe im Kopf haben, wird als problematisch gesehen. Bei der Erstellung von Fragebögen zu Erhebung einer aufgabenspezifischen Selbstwirksamkeit, ist es wichtig, die der jeweiligen Aufgabe entsprechenden Herausforderungen genau zu bestimmen. (van der Bijl & Shortridge-Baggett, 2002) Ein weiterer beachtenswerter Faktor, der im Hinblick auf die Erhebung der Stillselbstwirksamkeit relevant erscheint, ist die Tatsache, dass sich die Selbstwirksamkeit im zeitlichen Verlauf verändern kann. Sie ist vor dem Beginnen der Aufgabe wichtig, am Beginn der Aufgabe und im Verlauf, bzw. beim Auftreten von Hindernissen. Es wird zwischen einer Motivationsphase und einer Volitionsphase unterschieden. In der Motivationsphase steht die Bildung der Handlungsintention in Vordergrund. Hier setzen sich Personen mit höherer Selbstwirksamkeit höherer Ziele. Anschließend werden Handlungen gesetzt, um die gefassten Ziele zu erreichen. In der Volitionsphase, der Phase des Aufrechterhaltens der Handlungen, soll dies auch bei Ablenkung und Rückschlägen gelingen. Hier sind Personen mit höherer Selbstwirksamkeit wiederum erfolgreicher. (Schwarzer, 2004) Bei der Aufgabe „Stillen“ scheinen alle diese Aspekte beachtenswert. Es handelt sich um eine neue Tätigkeit, die Erhebung der Stillselbstwirksamkeit im Hinblick auf die Motivation der Frauen scheint also notwendig. Der Aspekt des Auftretens von Problemen während des Stillens muss ebenfalls in der Erhebung einbezogen werden. Es liegt also nahe, dass es sich bei der Erhebung von Stillselbstwirksamkeit um eine aufgabenbezogene handeln muss. Zudem konstatieren van der Bijl und Shortridge-Baggett (2002) aufgabenspezifischen Erhebungsinstrumenten einen höheren Vorhersagewert als generellen.

Auch Smith und Liehr mahnen zu einer aufgabenspezifischen Entwicklung von Selbstwirksamkeitsskalen.

„Self – efficacy theory is situation-specific. It is difficult, therefore, to generalize an individual’s self – efficacy from one type of behaviour to the other.” (Smith & Liehr, 2008)

3.2.2 Angewandte Selbstwirksamkeitserhebung im Gesundheitsbereich

In der Forschungsliteratur finden sich Studien zur Erhebung der Selbstwirksamkeit im Gesundheitsbereich, mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung. Es gibt Arbeiten, deren Fokus auf die Entwicklung und Testung von Instrumenten zur Erhebung gesundheitsrelevanter Selbstwirksamkeit gerichtet ist, während sich andere damit befassen die Variable Selbstwirksamkeit im Bezug auf gesundheitsrelevantes Verhalten der Probanden zu testen. In einer dritten Variante werden Programme zur Erhöhung der Selbstwirksamkeit entwickelt und deren Wirkung untersucht. Im Folgenden werden einige Studien, deren Forschungsschwerpunkt jeweils unterschiedlich ist näher beschrieben

Gölz, Schwarzer, & Fuchs (1998) haben eine Skala zur ernährungsbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung getestet. Sie wurde 144 Patienten und Patientinnen, welche wegen einer Stoffwechselerkrankung zu einer Ernährungsberatung überwiesen wurden, vorgelegt. Die Daten wurden zu zwei Messzeitpunkten erhoben. Es zeigte sich eine Vorhersagbarkeit des Essverhaltens zum zweiten Messzeitpunkt aus den Ergebnissen der Selbstwirksamkeitserwartung zum ersten Messzeitpunkt. Die Autoren beschreiben das Konstrukt der ernährungsbezogenen Selbstwirksamkeit als spezifisches und begründen damit auch die Entwicklung eines eigenen Instrumentes. Es erfolgt der Hinweis, dass es bei der Erhebung von generalisierten Überzeugungen um die Vorhersage breiter Verhaltensweisen geht. Die spezifische Selbstwirksamkeitserwartung im Bezug auf das

Ernährungsverhalten sei aber eine bedeutsame Bestimmungskomponente.

Sousa, Zauszniewski, Musil, Mc Donald, & Milligan (2004) führten eine Forschungsarbeit mit 141 insulinpflichtigen DiabetikerInnen durch. Diabetes wird dabei als eine Erkrankung gesehen, bei der die PatientInnen ein hohes Maß an Selbstpflege beherrschen müssen. Die ForscherInnen nehmen an, dass die PatientInnen bei der Ausbildung ihrer Fähigkeit zur Selbstpflege, Wissen über die Erkrankung, soziale Unterstützung, die Mittel zur Ausführung der Selbstpflege und Selbstwirksamkeit benötigen. In ihrer Arbeit untersuchten sie den Zusammenhang zwischen diesen Faktoren. Die Ergebnisse zeigen, dass die TeilnehmerInnen mit höheren Selbstwirksamkeitswerten ihre Selbstpflege besser bewerkstelligten. Die Variable Selbstwirksamkeit zeigt diesen positiven Einfluss für sich alleine. Insgesamt haben alle untersuchten Variablen, Wissen über die Erkrankung, soziale Unterstützung, Zugang zu Mitteln, welche für die Selbstpflege notwendig sind und die Selbstwirksamkeit, einen positiven Effekt auf das Selbstpflegemanagement der PatientInnen.

Dennis, et al führten (2002) eine Studie durch, welche die Erhebung der Selbstwirksamkeit und Interventionen zu deren Steigerung in einem Forschungsprojekt vereinte. Mittels der Weight Control Self-efficacy Q Set (WCSEQ) wurde die Selbstwirksamkeit von übergewichtigen Frauen nach der Menopause, im Bezug auf ihre Bereitschaft, ihr Gewicht zu reduzieren, erhoben. Die WCSEQ ist eine Skala welche Dennis und Goldberg (1996) im Rahmen eines anderen Forschungsprojekts entwickelt haben. Nach den Ergebnissen der WCSEQ werden die ProbandInnen zwei Gruppen zugeteilt. Einer „Assured“ und einer „Disbeliever“ Gruppe. Im Rahmen des Forschungsvorhabens aus dem Jahre 2002 wurden anschließend aus diesen zwei Gruppen drei Behandlungsgruppen gebildet. Ein AT – Gruppe (Assured Treatment),

eine DT – Gruppe (Disbeliever Treatment) und eine NT Gruppe (non-targeted Treatment). Frauen der Gruppe „Assured“ wurden nach dem Zufallsprinzip entweder der AT – Gruppe oder der NT – Gruppe zugeteilt. Frauen der Gruppe „Disbeliever“ wurden ebenfalls nach dem Zufallsprinzip der NT – Gruppe oder der DT – Gruppe zugeteilt.

Die Gruppeneinteilung ist im Folgenden schematisch dargestellt.

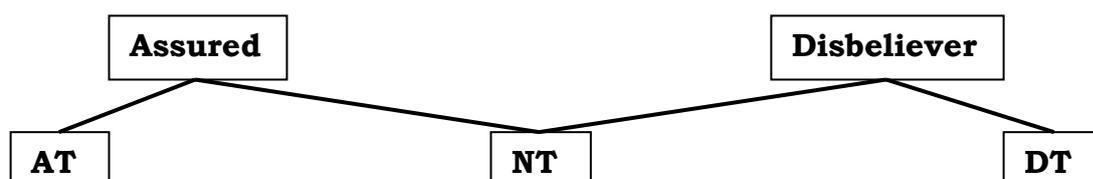


Abbildung 13: Schematische Darstellung der Gruppeneinteilung (K. Dennis, et al., 2002)

Die NT – Gruppe dient als Kontrollgruppe. Über einen Zeitraum von sechs Monaten erhielten alle drei Gruppen ein Schulungsprogramm, mit folgenden Inhalten: Theorie über gesunde Ernährung, Bewegung, Möglichkeiten zur Gewichtsreduktion (z.B.: kleinere Portionen).

Zusätzlich erhielten die AT und die DT – Gruppe ein jeweils auf die Gruppe zugeschnittenes Programm, mit der Absicht, die Gewichtskontrollselbstwirksamkeit zu beeinflussen. Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung wurde einmal vor und einmal nach Abschluss des Programms erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass selbstwirksamkeitssteigernde Maßnahmen ein wichtiger Bestandteil in Gewichtsreduktionsprogrammen sein sollten, wobei der eigenen Handlungserfahrung die größte Bedeutung zukommt.

Eine von Lev, et al. (2002) durchgeführte Studie hatte das Ziel, durch einen kontrollierten Test, die Effekte von selbstwirksamkeitssteigernden Maßnahmen, bestehend aus fünf Einzelteilen, zu testen. Die Teilnehmerinnen der Studie waren Frauen mit der Diagnose Brustkrebs, welche eine Chemotherapie erhalten sollten.

Die Nebenwirkungen dieser Therapie wie Übelkeit, Erbrechen und Gewichtsverlust beeinträchtigen die Lebensqualität der Frauen. Umfassende onkologische Betreuungsprogramme sollten daher ihr Augenmerk auch auf psychosoziale Belange richten. Es wurden 56 Frauen in die Studie eingeschlossen, von 53 konnten die Daten ausgewertet werden. Die abhängigen Variablen, die beobachtet wurden waren: Lebensqualität, Stresssymptome und Selbstpflegeselbstwirksamkeit. Die AutorInnen der Studie formulierten zwei Hypothesen: (1) In der Interventionsgruppe werden die Werte für Lebensqualität und Selbstpflegeselbstwirksamkeit nach vier bzw. acht Monaten höher sein als in der Kontrollgruppe. (2) In der Interventionsgruppe werden nach vier bzw. acht Monaten, die Stresswerte niedriger sein als in der Kontrollgruppe.

Es wurde zu drei Zeitpunkten gemessen, am Beginn der Studie bzw. der Chemotherapie, nach vier und nach acht Monaten. Die Frauen wurden in zwei Gruppen randomisiert, eine Kontroll- und eine Versuchsgruppe. Beide Gruppen wurden nach der üblichen Vorgehensweise auf die Chemotherapie vorbereitet. Sie erhielten Information über den zeitlichen Ablauf der Verabreichung und über möglicherweise auftretende Nebenwirkungen sowie über eine mögliche medikamentöse Behandlung derselben. Die Kontrollgruppe erhielt zudem noch eine Broschüre, welche Informationen über Krebs, Zellteilung und Erklärungen zur Chemotherapie enthielt.

Die Versuchsgruppe erhielt zusätzlich folgende selbstwirksamkeitssteigernde Maßnahmen:

- (1) Videofilm
- (2) Broschüre: „Verhaltensweisen zur Selbstpflege“
- (3) Fünf Einzelberatungsgespräche mit geschulten TrainerInnen

Diese Interventionen wurden direkt aus den von Bandura beschriebenen Quellen der Selbstwirksamkeit abgeleitet. Der Zusammenhang ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

| Quellen der Selbstwirksamkeit | Zusammenhang zu den angewandten Interventionen |
|--------------------------------------|---|
| Eigene Handlungserfahrung | Teilnehmerinnen führen praktische Selbstpflegeverhaltensweisen durch und erhalten positives Feedback von den TrainerInnen |
| Stellvertretende Erfahrung | Videofilm |
| Verbale Überzeugung | TrainerInnen geben Bestätigung |
| Emotionaler/Gefühlszustand | <p>TrainerInnen reflektieren Stresssymptome mit den Frauen</p> <p>TrainerInnen helfen Symptome realistisch zu interpretieren</p> <p>TrainerInnen helfen entspannte Einstellung aufrechtzuerhalten</p> |

Abbildung 14: Anwendung der Selbstwirksamkeitstheorie in der Studie von Lev et al. (2002)

Der Videofilm wurde von Lev und ihren MitarbeiterInnen gestaltet. Es werden drei Frauen gezeigt, die ihre Brustkrebserkrankung überlebt haben und während ihrer Chemotherapie Handlungsweisen der Selbstpflege in einer Art und Weise angewendet haben, die ihnen half, mit den Nebenwirkungen besser umzugehen. Die Teilnehmerinnen erhielten zusätzlich eine Broschüre, in der Maßnahmen der positiven

Selbstpflege beschrieben waren. Sie enthielt Anleitung zur gezielten Lenkung der Aufmerksamkeit, positive Symbole, Möglichkeiten des Abgrenzens und der Neuausrichtung, sowie zur Selbstermutigung. Es war die Aufgabe der Frauen die Broschüre zu lesen und sich nach ihren Vorstellungen und Bedürfnissen Ziele für ihr eigenes positives Selbstpflegeverhalten zu setzen.

Die AutorInnen der Studie definieren Selbstpflegeselbstwirksamkeit als *„das Vertrauen einer Person in die Anwendung von Strategien zur Verbesserung der eigenen Gesundheit“ (Lev, et al., 2002)⁴*

Sie wurde im Rahmen der Studie mit dem SUPPH (Strategies Used by Patients to Promote Health), einem schriftlichen Befragungsinstrument, welches die Kategorien Coping, Stressreduktion, Entscheidungsfindung und soziale Unterstützung enthält, erhoben. Die Beantwortung erfolgt mittels einer 5 - Punkte Likert Skala. Das empfundene Vertrauen sollte von 1= „very little“ bis 50 = „quite a lot“ gereiht werden. Ein Beispiel für die Dimension Coping: „Keeping my stress within healthy limits“

Die Ergebnisse der Studie stützen die beiden Hypothesen der AutorInnen. Zum zweiten und dritten Messzeitpunkt waren die Werte für Lebensqualität und Selbstpflegeselbstwirksamkeit der Frauen in der Interventionsgruppe gestiegen, die Stresswerte gesunken. Die geringe Zahl an Studienteilnehmerinnen wird als Einschränkung definiert, und die AutorInnen betrachten die Studie demzufolge als Pilotstudie. Die selbstwirksamkeitssteigernde Wirkung der beschriebenen Interventionen sehen sie als bestätigt, das Erfassen von Selbstwirksamkeit und die Durchführung von selbstwirksamkeitssteigernden Maßnahmen wird daher als notwendiger und wichtiger Aspekt der professionellen Pflege postuliert.

⁴ Übersetzt aus dem Englischen von der Autorin

3.3 Stillselbstwirksamkeit nach Dennis

Cindy-Lee Dennis hat das theoretische Fundament des Vertrauens einer Frau in ihre Stillfähigkeit erarbeitet, indem sie es in das Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura eingebettet hat. (C. Dennis, 1999) Dennis ist mitwirkende Professorin am Institut für Pflege der Universität von Toronto. Sie hat den Lehrstuhl für pränatale Gesundheit inne. Ihre Homepage trägt den Titel „Mothering Transitions“. Dieser lässt sich nur schwer wörtlich ins Deutsche übersetzen. Sinngemäß bedeutet er in etwa „Begleitung einer Frau im Übergang zu ihrem Muttersein“. Wörtlich übersetzt bedeutet der Begriff „Mothering“ „Bemuttern“, dies verleiht dem Titel eine zusätzliche Größe: „Das Bemuttern des Mutterwerdens“. Die Intention ihrer Forschung richtet sich auf die Verbesserung der mütterlichen Gesundheit, mit der dahinterstehenden Absicht, auch die der Kinder zu verbessern. Ihre definierten Forschungsbereiche sind: (1) Verbesserung der Stillraten, (2) Postpartale Depression, (3) Müttergesundheit und Migration, (4) Einbeziehung der Väter in postpartale Interventionen.

Ihr Leitsatz dabei lautet:

*„Die Gesundheit der Kinder beginnt bei der Gesundheit der Mütter“
(C. Dennis, 2011)⁵*

⁵ Übersetzt aus dem Englischen von der Autorin

3.3.1 Der theoretische Rahmen der Stillselbstwirksamkeit

Wie schon eingangs erwähnt hat Dennis (1999) eine Forschungsarbeit durchgeführt, deren Ziel es war, die Selbstwirksamkeitstheorie nach Bandura als theoretischen Rahmen für das Vertrauen einer Frau in ihre Stillfähigkeit darzustellen. Sie diskutiert darin die Ansätze von Banduras Theorie und stellt den Zusammenhang zum Stillverhalten von Frauen her. Die „Breastfeeding Self-Efficacy Scale“ wird am Ende der Arbeit als ein Instrument eingeführt, welches Gesundheitspersonal als Werkzeug zur Einschätzung von jungen stillenden Müttern und zur effizienten Planung von Unterstützungsmaßnahmen dienen kann. Die genaue Entwicklung und statistische Testung des Instruments ist in einem eigenen Forschungsbericht, ebenfalls aus dem Jahre 1999, ausführlich dokumentiert und wird in Kapitel 3.2.2 dargestellt.

Am Beginn der ersten Arbeit hält Dennis ausdrücklich fest, dass Selbstwirksamkeit ein grundlegender Faktor für die Ausführung von spezifischen Aufgaben ist. In ihr spiegelt sich die Wahrnehmung eines Menschen über seine Fähigkeiten, nicht aber notwendigerweise seine tatsächlichen Fähigkeiten, wider. Sie bezieht sich auf eine spezielle Konstellation und stellt kein andauerndes Charaktermerkmal einer Person dar. Im Anschluss werden, in Anlehnung an die von Bandura beschriebenen Quellen der Selbstwirksamkeit, die stillspezifischen Quellen der Selbstwirksamkeit exploriert.

Die **eigene Handlungserfahrung** stellt die stärkste Quelle der Selbstwirksamkeit dar. Im Bezug auf das Stillen lässt sich dies dadurch belegen, dass Frauen, die bereits eine positive Stillerfahrung in ihrer Geschichte haben, deutlich länger stillen als Frauen ohne positive Stillerfahrung. Für eine Frau, die ihr erstes Kind bekommt, ist es unmöglich, Stillen am eigenen Leib erfahren zu haben. Laut Dennis gibt es aber vor allem am Beginn des Stillens durchaus Ereignisse, die die Stillselbstwirksamkeit einer Frau steigern oder senken können. Ist es

der Mutter ohne Probleme möglich ihr Kind an die Brust zu legen und erhält sie zusätzlich noch positives Feedback dazu, so wird ihre Stillselbstwirksamkeit dadurch gestärkt. Umgekehrt gilt: Gelingt das vermeintlich leicht an die Brust legen des Kindes nicht und im selben Moment betritt die Schwiegermutter mit den Worten: „Ich habe meine drei Söhne auch nicht gestillt und sie sind alle groß geworden!“ den Raum, kann dies zu einer Senkung der Stillselbstwirksamkeit beitragen.

„The effect of actual experience on self-efficacy is modified by individuals' interpretations of their performance...”(C. Dennis, 1999)

Dennis sieht die Aufgabe von Gesundheitspersonal darin, positive Effekte zu verstärken, dies aber bei negativen auf jeden Fall zu vermeiden.

Stellvertretende Erfahrungen, sei es in Form des Beobachtens anderer, in Form von Videos oder Bildern, haben ebenfalls einen hohen Einfluss auf die Selbstwirksamkeit. Dies ist auch beim Stillen der Fall. Dennis führt als Beispiel an, dass Frauen, welche andere Frauen, Mütter, Schwestern oder Freundinnen beim Stillen beobachtet haben, sich eher für das Stillen entscheiden und dabei auch erfolgreicher sind. Fehlt diese Erfahrung berichten Frauen, dass Gedanken an das Stillen in ihnen Gefühle der Beschämung und Hilflosigkeit auslösen. Als mögliche stillselbstwirksamkeitssteigernde Maßnahmen treten hier wiederum sogenannte peer counselors, also Frauen, die schon gestillt haben und ihre Erfahrungen mit anderen Frauen teilen wollen. Aber auch Videos, in denen zum Beispiel das Anlegen eines Säuglings gezeigt wird oder Folder, Plakate und Broschüren, können hilfreich sein. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die abgebildeten/gezeigten Personen, dem Zielpublikum möglichst ähnlich sind. Filmische und schriftliche Darstellungen sollen möglichst einfach und in kleine Sequenzen zerlegt präsentiert werden.

Verbale Überzeugung, in Form von glaubwürdiger Begutachtung durch andere, kann ebenfalls eine selbstwirksamkeitssteigernde Wirkung haben. Die Einschätzungen von zum Beispiel StillberaterInnen, Gesundheitspersonal, Familienmitgliedern oder Freunden sollten dabei wertschätzend sein. Lob, Ermunterung und die Betonung von bereits vorhandenem Können stehen hier im Vordergrund.

Die **Gefühle** und **Emotionen**, die eine Person mit einer Aufgabe verbindet, beeinflussen sie auch im Hinblick auf die Durchführung der Aufgabe. Positive Gefühlszuschreibungen wie Begeisterung, Freude oder Entspannung wirken sich selbstwirksamkeitssteigernd aus. Verspannung, Müdigkeit, Angst und Stress bewirken das Gegenteil. Zusätzlich zum selbstwirksamkeitsmindernden Effekt haben die erwähnten Affekte auch auf der körperlichen Ebene negative Einflüsse auf das Stillen. Die Oxytocinausschüttung wird reduziert und der Milchspendereflex gehemmt. Es fließt weniger Milch und es entsteht ein still- und selbstwirksamkeitsfeindlicher Kreislauf. Das Kind wird unruhig, das Anlegen klappt nicht mehr, die Frau wird unruhig. Bleibt Hilfe, Zuspruch und die Schaffung einer stressfreien, entspannten Atmosphäre aus, besteht die Gefahr einer Stillkrise, an deren Ende allzu oft ein vorzeitiges Abstillen steht.

Dennis führt vier Hauptprozesse an, die den Einfluss der Selbstwirksamkeit auf das Stillverhalten beschreiben:

- (1) Wahl des Verhaltens
- (2) Kraftaufwand und Ausdauer
- (3) Denkmuster
- (4) Gefühlsreaktionen

Wahl des Verhaltens

Im Allgemeinen tendieren Menschen dazu Aufgabenstellungen zu vermeiden, wenn sie das Gefühl haben, dass diese ihre Möglichkeiten übersteigen. Fühlt man/frau sich dahingegen einer Aufgabe gewachsen, steigt die Wahrscheinlichkeit dafür, dass man/frau sie auch tatsächlich ausführen wird. Frauen, die in der Schwangerschaft bezüglich ihrer Fähigkeit Stillen zu können unsicher sind, beginnen auch seltener mit dem Stillen. Frauen, die mit dem Stillen beginnen, setzen sich Ziele, diese dienen als Vorhersagefaktor für die Stildauer. Durch das Festhalten an den gesetzten Zielen werden die Ausdauer und die Aufrechterhaltung der begonnenen Handlung unterstützt.

Kraftaufwand und Ausdauer

Das Erlernen einer neuen Aufgabe erfordert den Aufwand von Kraft, Motivation und Unterstützung. Dies trifft auch beim Stillen zu. Ein hohes Ausmaß an Selbstwirksamkeit unterstützt das Durchhaltevermögen einer Person. Schwierigkeiten und Rückschläge werden leichter bewältigt. Frauen, die am Beginn des Stillens Schwierigkeiten hatten, berichten davon, wie wichtig es war, durchzuhalten.

Denkmuster

Menschen mit höherer Selbstwirksamkeit haben Denkmuster, die ihre Fähigkeit, Aufgaben zu bewältigen, steigert. Es fällt ihnen leichter sich positive Bilder der Aufgabe zu machen. Es fällt ihnen auch leichter, bei auftretenden Schwierigkeiten, analytisch zu denken. Selbstbekräftigung findet in Form von inneren Monologen statt, die im Bezug auf das Stillen etwa so lauten könnten: „Ich will das so, es wird schon wieder besser werden. Denk an das Baby, es ist gut, wenn es meine Milch bekommt.“ Menschen mit niedriger Selbstwirksamkeit machen sich

hingegen eher negative Gedanken und visualisieren eher Niederlagen als Erfolge. Auf Schwierigkeiten reagieren sie eher emotional.

Gefühlsreaktionen

Emotionale Reaktionen sind ein weiterer Faktor, der die Selbstwirksamkeit beeinflusst. Menschen mit hoher Selbstwirksamkeit sehen eine Aufgabe noch als Herausforderung, während Menschen mit niedriger Selbstwirksamkeit sich von derselben Aufgabe möglicherweise schon erdrückt fühlen.

Dennis ordnet diese vier Prozesse in den theoretischen Rahmen der Selbstwirksamkeit ein und stellt dies wie, auf der folgenden Seite abgebildet dar.

Sozial kognitive Theorie

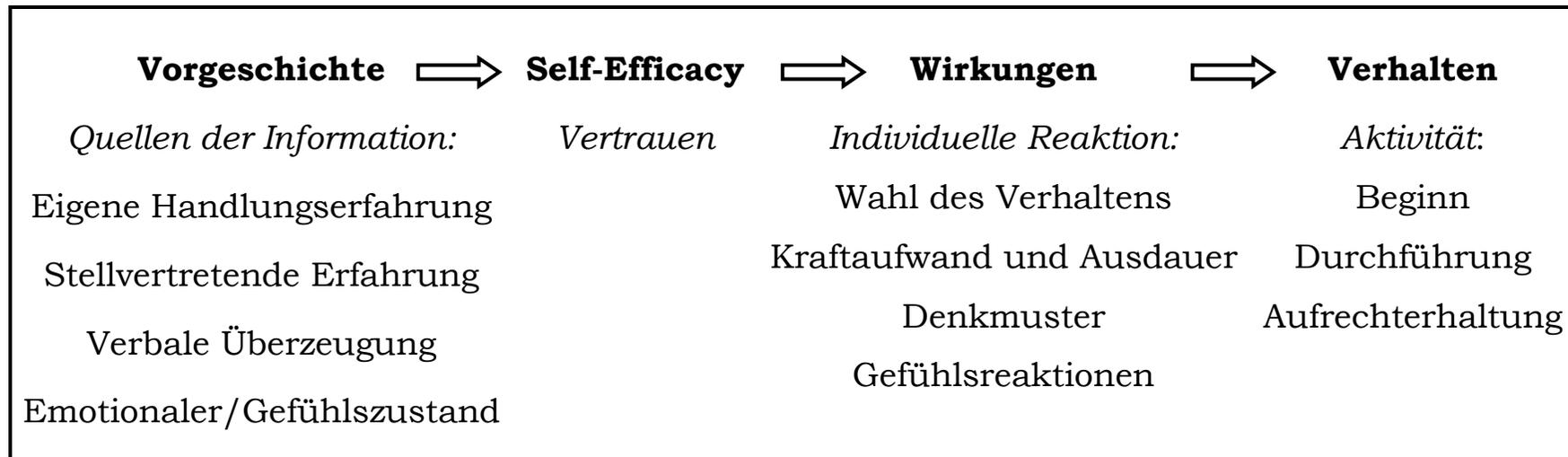


Abbildung 15: Theoretischer Rahmen der Selbstwirksamkeit nach Dennis 1999



Abbildung 16: Stillselbstwirksamkeit

Zum Abschluss stellt Dennis den Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitstheorie und dem Stillen her und leitet daraus die Implikationen für die Praxis ab. Laut Dennis haben StillberaterInnen und Gesundheitspersonal hervorragende Möglichkeiten die Stillselbstwirksamkeit von Müttern zu steigern. Ein hohes Maß an Stillselbstwirksamkeit impliziert, dass Frauen mit dem Stillen beginnen, damit gut zurechtkommen und länger Stillen. Die logische Konsequenz ist, die Theorie der Stillselbstwirksamkeit zu verwenden, um daraus Erhebungsinstrumente, Betreuungskonzepte und Richtlinien für die Evaluierung abzuleiten.

Vor der Geburt sollen vergangene Still Erfahrungen besprochen werden. Oft bestehen Missverständnisse und Annahmen, die die Selbstwirksamkeit schwächen. Unmittelbar nach der Geburt empfiehlt Dennis die Erhebung der Stillselbstwirksamkeit und das Einleiten von vertrauensverbessernden Maßnahmen. Dazu gehören die Unterstützung beim Anlegen unmittelbar nach der Geburt, das Angebot in verschiedenen Positionen zu Stillen und vor allem die Anwesenheit einer professionellen Person während der ersten Stillversuche. Werden diese von der jungen Mutter als positiv erfahren, führt dies zu einer Steigerung ihrer Stillselbstwirksamkeit. Die Aufmerksamkeit der Betreuenden soll sich auf die erfolgreichen und positiven Aspekte richten. Ist der Frau etwas gut gelungen, so soll gezielte Bestärkung stattfinden. Es ist wichtig eine stressfreie und entspannte Situation zu schaffen. Das Stillen in einem eigens dafür vorgesehenen gemütlichen Stillzimmer, in verschiedenen Positionen, zum Beispiel mit einem Stillkissen, muss der Frau angeboten werden. Das erfolgreiche Anlegen und verschiedene Stillpositionen können zum Beispiel mittels Videos demonstriert werden. Das Lernen durch das Beobachten anderer kann durch Stillgruppen, Stillambulanzen und die Einrichtung von öffentlichen „Stillplätzen“ gefördert werden.

| Elemente der Selbstwirksamkeit | | Beispiele für Stillselbstwirksamkeit |
|--|-------------------------------|--|
| Erwartungen an das Verhalten | Selbstwirksamkeitserwartungen | Die Frau ist zuversichtlich, ihr Baby richtig an die Brust legen zu können. |
| | Wahl des Verhaltens | Eine Frau mit hoher Selbstwirksamkeit ⁶ wird sich für das Stillen entscheiden, sich Ziele setzen und sich für diese engagieren. |
| Einflüsse der Selbstwirksamkeit auf das Stillverhalten | Kraftaufwand und Ausdauer | Eine Frau mit hoher Selbstwirksamkeit wird Kraft dafür aufwenden und auch wenn Probleme auftreten weiter Stillen. |
| | Denkmuster | Eine Frau mit hoher Selbstwirksamkeit visualisiert ihren Stillerfolg, denkt analytisch und hat die Fähigkeit selbstzerstörende Gedanken abzuwenden. |
| | Emotionale Reaktionen | Eine Frau mit hoher Selbstwirksamkeit kann Schwierigkeiten als Herausforderung interpretieren und lässt sich nicht von ihnen überrollen. |
| | Eigene Handlungserfahrung | Frauen mit vorangehender Stillerfahrung und Frauen mit einem erfolgreichen Stillstart haben eine höhere Stillselbstwirksamkeit. |
| Entwicklung von Stillselbstwirksamkeitserwartungen | Stellvertretende Erfahrung | Frauen, die andere beim erfolgreichen Stillen beobachten können, haben eine höhere Stillselbstwirksamkeit. |
| | Verbale Überzeugung | Frauen, die Unterstützung und positives Feedback von Mitmenschen (Peers, Familienmitgliedern, Gesundheitspersonal) bekommen, haben eine höhere Stillselbstwirksamkeit. |
| | Emotionaler/Gefühlszustand | Entspannte, ruhige Frauen, haben eine höhere Stillselbstwirksamkeit, als ängstliche oder verspannte, mit Schmerzen. |

Abbildung 17: Der Zusammenhang der Selbstwirksamkeitstheorie und dem Stillen nach Dennis 1999

⁶ In den nächsten vier Sätzen meint das Wort Selbstwirksamkeit jeweils Stillselbstwirksamkeit.

3.3.2 Erhebung von Stillselbstwirksamkeit

Wie schon ausgeführt, variieren die Erwartungen eines Menschen im Bezug auf unterschiedliche Situationen. So kann ein und dieselbe Person in einem bestimmten Bereich eine hohe Selbstwirksamkeit aufweisen und in einem andern eine niedrige. Dies ist ein Grund dafür, warum die Skalen zur Messung der Selbstwirksamkeit je nach Anwendungsgebiet verschieden sein müssen. Eine Frau kann durchwegs eine hohe allgemeine Selbstwirksamkeit aufweisen, im Bezug auf das Stillen jedoch eine niedrige. Die Anwendung der allgemeinen Selbstwirksamkeitsskala nach Schwarzer würde die Frauen mit einer niedrigen Stillselbstwirksamkeit nicht eindeutig erfassen.

„Self-efficacy theory is situation-specific. It is difficult, therefore, to generalize an individual's self-efficacy from one type of behaviour to another”. (Resnick, 2008)

3.3.2.1 Die Stillselbstwirksamkeitsskala

Dennis schließt sich dieser Auffassung an, sie sieht die Selbstwirksamkeitserwartungen einer Person als situationspezifisch und vielfältig. (C. Dennis, 1999) Sie entwickelte 1999 gemeinsam mit Faux ein Instrument zur Erfassung der Stillselbstwirksamkeit einer Frau: Die **Stillselbstwirksamkeitsskala**. (C. Dennis & Faux, 1999)

Am Beginn der Entwicklung dieser Skala standen zwei umfangreiche Literaturrecherchen und eine Analyse des Konzepts der Selbstwirksamkeit, um es auf das Stillen anwenden zu können. Dieser Punkt ist in Kapitel 3.3.1 ausführlich dargestellt. Um die inhaltlichen Problembereiche des Stillens und Faktoren zu Stilldauer zu erfassen, fand ebenfalls eine Literaturrecherche statt. Aus dieser ergaben sich drei spezifische Kategorien, die zum Stillerfolg beitragen: **Technik**, der **persönliche Zugang der Frau** zum Stillen und die **Unterstützung**. Technik beschreibt die körperlichen Handlungen, die eine Frau bei Stillen beherrschen muss und beinhaltet alle Schritte, die erfolgreiches

Stillen begünstigen. Der persönliche Zugang der Frau umfasst deren Vorstellung vom Stillen, wie ihre Einstellung zum Stillen und ihren Glauben an einen Stillerfolg. Unter der Dimension Unterstützung wird die Auffassung der Frau über ihren Zugang zu Information, und Begutachtung ihrer Stillsituation, sowie zu emotionalem Beistand definiert. Aus der Literatur zu diesen drei Kategorien wurden in einem nächsten Schritt 40 Items gebildet. Entsprechend Bandura's (1977a) Empfehlungen, wurde ein Antwortformat mit vier Antwortmöglichkeiten pro Item gewählt. Die einzelnen Items sind alle positiv formuliert, wobei 1 für not sure at all (gar nicht sicher) und 4 für completely sure all of the time (immer ganz sicher) steht. Um die Inhaltsvalidität der Items zu testen, wurden sie in eine zufällige Reihenfolge gebracht und einem siebenköpfigen ExpertInnenteam (vier inhaltlichen ExpertInnen, drei ExpertInnen für Statistik; fünf davon waren ÄrztInnen und zwei Pflegepersonen) vorgelegt.

Exkurs: Validität

Die Validität eines Instruments steht für den Grad, in dem die abstrakten Konstrukte, die untersucht werden, reflektiert werden. Es werden drei Formen der Validität unterschieden: **Inhaltsvalidität**, **Kriteriumsvalidität** und **Konstruktvalidität**. (Burns & Grove, 2005; Polit, Beck, Hungler, & Bartholomeyczik, 2004)

Jedes Mitglied des ExpertInnenteams erhielt eine genaue Beschreibung über die Ziele der Erhebung der Stillselbstwirksamkeit, eine Literaturübersicht und die Aufforderung, die Items einer der drei obengenannten Kategorien zuzuordnen. Ebenso war es ihre Aufgabe, die größte Streuung der möglichen Antworten für jedes Item vorherzusagen. Zum Schluss sollten sie mittels einer 3-Punkteskala die Eignung der einzelnen Items im Bezug auf ihre Potenz, Stillselbstwirksamkeit zu messen, angeben. Die Klarheit und Lesbarkeit

der Items war ebenfalls zu bewerten. Der gesamte Inhaltsvaliditätsindex lag bei 86%, dies weist auf eine hohe Übereinstimmung unter den ExpertInnen hin. In 94% der Fälle ordneten die ExpertInnen die Items den korrekten Kategorien zu. Falsch zugeordnete Items wurden entfernt. Drei neue, den Stillkomfort betreffende Items, kamen hinzu und minimale redaktionelle Veränderungen wurden vorgenommen. Im Anschluss an die Begutachtung durch das ExpertInnenteam wurden noch zwei semistrukturierte Interviews mit stillerfahrenen Müttern geführt. Die Aussagen der Mütter wurden codiert, in einem Matching mit den Items der Skala ergab sich eine Übereinstimmung von 88%. Nun erfolgte ein Pilottest mit 23 Frauen, um Aufschlüsse über die Klarheit und die Spezifität zu bekommen und erste Aussagen über die Reliabilität machen zu können. Für das Ausfüllen des Instruments benötigten die Probandinnen im Durchschnitt zehn Minuten. In einer Nachbesprechung wurden die Inhaltsvalidität und das Format des Instruments von den Frauen beurteilt.

Exkurs: Reliabilität

Unter Reliabilität wird verstanden, dass bei wiederholten Messungen eines bestimmten Items, zuverlässig die gleichen Ergebnisse erzielt werden können. Kennzeichnend für eine reliable Skala sind **Stabilität** (gleiche Ergebnisse bei Testwiederholungen), **Homogenität** oder **interne Konsistenz** (die Items einer Skala sind aufeinander abgestimmt, sie beziehen sich alle auf das gleiche Konzept) und **Äquivalenz** (Instrument führt bei gleichen Methoden zu gleichen Ergebnissen). (LoBiondo-Wood & Haber, 2005) Bei der Überprüfung der Reliabilität zählt man die Zufallsfehler bei Anwendung der Messmethode bzw. Verwendung der Skala. Da jede Messmethode aber ein gewisses Maß an Zufallsfehlern aufweist, wird die Reliabilität mittels Korrelationskoeffizienten ausgedrückt. Erzielt werden können

Werte zwischen 0-1; je näher der Koeffizient bei 1 liegt, desto höher ist die Reliabilität. (Burns & Grove, 2005)

Der Pilottest ergab für die Homogenität (= interne Konsistenz) einen Cronbach's Alpha Koeffizienten von 0.95, dies weist auf eine hohe Homogenität hin. Die Messung der Homogenität mittels Cronbach's Alpha wird bei psychologischen Variablen und Einstellungsmessungen häufig angewandt. Die Items einer Skala werden simultan miteinander verglichen. Weiters wurde der Item/Gesamtskala-Korrelationskoeffizient erhoben, der die Beziehung jedes einzelnen Items zur Gesamtskala errechnet. Dadurch besteht die Möglichkeit einzelne Items, die keine große Korrelation zur Gesamtskala aufweisen, aus der Skala auszuschließen. (LoBiondo-Wood & Haber, 2005)

In der bearbeiteten Skala hatten drei Items einen Gesamtskala-Korrelationskoeffizienten von < 0.30 und fielen somit unter die empfohlene Spannweite von 0.30 bis 0.70. Die Forscherinnen entschlossen sich jedoch dazu, die Items in der Skala zu belassen, einerseits auf Grund der kleinen Gruppe, die am Pilottest teilgenommen hatte, andererseits, weil sie alle drei aus der Kategorie Unterstützung stammten, welche ohnehin nur sechs Items enthielt.

Die Autorinnen nahmen nach dem Pilottest folgende Veränderungen an der Skala vor:

- (1) Kennzeichnung der drei Items mit Gesamtskala-Korrelationskoeffizienten von < 0.30 , um diese eventuell später zu entfernen.
- (2) Um die Variabilität der Antwortmöglichkeiten zu erhöhen, wurde die ursprüngliche 4-Punkt Likertskala durch eine 5-Punkt Likertskala ersetzt
- (3) Die Wortwahl der Antwortmöglichkeiten wurde gemäß den Vorschlägen der Mütter geändert.

- (4) Der Wortlaut der Items wurde präzisiert und „mütterfreundlicher“ gestaltet. So wurde zum Beispiel das Item: „Take the baby off the breast without pain to you“ in „I can always take my baby off the breast without pain to myself“ umformuliert.

Die so entstandene Breastfeeding Self-efficacy Scale hatte 43 Items, welches jeweils mit der Phrase „I can always“ begann. Der Grad des Vertrauens ist in einer 5 - Punkt Likertskala, von „not at all confident“ bis „always confident“ anzugeben. Die Gesamtpunktzahl reicht von 43 bis 215, wobei höhere Werte für ein höheres Ausmaß an Stillselbstwirksamkeit stehen.

Im Anschluss erfolgte eine methodologische Untersuchung der Skala mit 130 Frauen, die mittels Gelegenheitsstichprobe in einem Krankenhaus zur Teilnahme angeworben wurden. Zusätzlich zur Breastfeeding Self-efficacy Scale erhielten die Teilnehmerinnen einen demografischen Fragebogen. Um die Konstruktvalidität zu überprüfen wurden zwei weitere Fragebögen verwendet, welche aus der Literatur über das Stillen und die Stildauer einerseits und über die Selbstwirksamkeit andererseits ausgewählt wurden. Das erste verwendete Instrument war der QMIDAT (Questionnaire measure of individual differences in achieving tendency), ein Fragebogen, mit dem die Bereitschaft zur Motivation gemessen wird. Das zweite Instrument war die GSES (General self-efficacy scale). Diese wurde von Sherer et al 1992 entwickelt. Sherer sieht Selbstwirksamkeit als ein „weites“ Gefühl von Selbstvertrauen eines Menschen, das auf verschiedene Situationen angewendet werden kann und sich aus der Erfahrung von Erfolgen und Niederlagen in der Vergangenheit herausbildet. (nach C. Dennis & Faux, 1999) Nach ihrer Aufnahme auf die Wochenbettstation einer großen kanadischen Klinik und ihrer Zustimmung mittels Informed Consent, füllten die Teilnehmerinnen alle Fragebögen aus. Nach sechs Wochen wurde mittels Anruf die Ernährungsform der Säugling erhoben.

Darstellung der Ergebnisse:

Reliabilität:

Die Erhebung der internen Konsistenz erfolgt mittels folgender Methoden:

- a. Cronbach's Alpha Koeffizient
- b. Item/Gesamtskala-Korrelationskoeffizient
- c. Alphaschätzung, wenn ein Item ausgeschieden wurde

Ein Item wurde dann als mangelhaft bezeichnet, wenn der Alpha Koeffizient nach dessen Entfernung aus der Skala um 0.10 anstieg oder es eine Korrelation von weniger als 0.30 mit der Gesamtskala aufwies. Der Cronbach's Alphakoeffizient der Stillselbstwirksamkeitskala lag bei 0.96. Dies ist ein Wert über 0.70 und kann damit als ausreichend betrachtet werden. (LoBiondo-Wood & Haber, 2005)

Der Item/Gesamtskala-Korrelationskoeffizient war positiv und 73% der Items lagen in einer Spannweite von 0.30-0.70., lediglich ein Item aus der Kategorie Unterstützung lag unter einem Wert von 0.30 und wurde aus der Skala entfernt.

Validität:

Zur Erhebung der Konstruktvalidität kamen drei Methoden zu Einsatz:

- a. Faktorenanalyse
- b. Gruppenvergleich
- c. Korrelation mit verwandten theoretischen Konstrukten

Die erste angewandte Methode war eine Faktorenanalyse. Es zeigte sich, dass einige Items die erforderlichen Werte nicht erfüllten. Es waren dies Items, die in die Kategorie Unterstützung einzureihen waren, zum Beispiel: „Safely store my breast milk in the fridge“. Diese Items wurden

aus der Skala entfernt. Es zeigte sich, dass nur die Kategorien Technik und persönliche Einstellung der Frau der Skala zugrundelagen.

Als zweite Methode diente der Gruppenvergleich. Gemäß der Auffassung von Badura, dass ein Verhalten durch die Ausführung desselben positiv beeinflusst wird, wurde die Hypothese formuliert, dass Frauen, die schon eine positive Still Erfahrung mit einem vorangegangenen Kind hatte, höherer Stillselbstwirksamkeitswerte haben müssten. Um diese Hypothese zu prüfen, wurde die oben schon erwähnte Technik der bekannten Gruppe angewandt und es zeigten sich in der Gruppe der Frauen mit vorangegangener Still Erfahrung deutlich höherer Stillselbstwirksamkeitswerte als in der Gruppe der Erstgebärenden, ohne Still Erfahrung.

Die dritte angewendete Methode war die Evaluierung des Ausmaßes des Zusammenhangs zwischen der Stillselbstwirksamkeitsskala und anderen theoretisch verwandten Konstrukten. Zu diesem Zweck füllten die Frauen, die schon weiter oben erwähnten Instrumente QMIDAT und GSES aus. Es wurde eine positive Korrelation zwischen den beiden Instrumenten und der Stillselbstwirksamkeitsskala vermutet. Diese Hypothese bestätigte sich nur zum Teil. Die Stillselbstwirksamkeitsskala korrelierte positiv mit dem QMIDAT aber negativ mit der GESS. Die positive Korrelation mit dem QMIDAT bestätigt die Konstruktvalidität der Stillselbstwirksamkeitsskala. Die negative Korrelation mit der GSES tut dies nicht. Die Autorinnen diskutieren in diesem Zusammenhang die Problematik, dass es keine psychometrische Testung der GSES mit Schwangeren oder Stillenden gibt. Sie empfehlen für zukünftige methodologische Untersuchungen der Stillselbstwirksamkeitsskala Instrument zu verwenden, welche zuvor schon mit Schwangeren oder Stillenden getestet wurden.

Die prognostische Validität, als Teil der Kriteriumsvalidität, wurde über den Zusammenhang zwischen den Ergebnissen der Skala und dem

Ernährungstyp der Säuglinge sechs Wochen nach der Erhebung der Stillselbstwirksamkeit evaluiert. Die prognostische oder auch prädiktive Validität gibt Aufschluss über die Fähigkeit eines Instruments, zwischen den Ergebnissen der Messung und einem zukünftigen Kriterium eine Beziehung herzustellen bzw. eine Vorhersage machen zu können. (Polit, et al., 2004) Im vorliegenden Fall wurde überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen den erhobenen Stillselbstwirksamkeitswerten und dem Ernährungstyp der Säuglinge sechs Wochen später, ein Zusammenhang besteht. Es wurden drei Ernährungstypen definiert: Flaschenfütterung, Kombination von Flaschenfütterung und Stillen und ausschließliches Stillen. Die Ergebnisse zeigen, dass höhere Werte der Stillselbstwirksamkeit der Mütter, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, dass die Mütter sechs Wochen später noch ausschließlich stillten, verbunden waren. Die Autorinnen sehen diese Ergebnisse als die klarsten und signifikantesten ihrer Untersuchung an und halten fest:

„...the relationship between breastfeeding self-efficacy and participants' subsequent infant feeding method at 6 weeks is promising for clinical practice.” (C. Dennis & Faux, 1999)

Die Stillselbstwirksamkeitsskala könnte aufschlussreiche Informationen bereitstellen, welche es möglich machen würden, den jungen Müttern ganz gezielt Unterstützung zukommen zu lassen. Während in vielen Fällen Information erst dann gegeben wird, wenn sie benötigt wird, steht mit der Stillselbstwirksamkeitsskala ein Instrument zu Verfügung, dass die Fähigkeit hat, jene Frauen zu identifizieren, die wahrscheinlich erfolgreich stillen werden und jene, die Unterstützung benötigen werden. Gerade die Entlassung stellt für die Frauen einen sensiblen Moment dar, hier wäre es zum Beispiel möglich, für eine Frau mit niedrigen Stillselbstwirksamkeitswerten, schon vor der Entlassung ein Paket mit zusätzlichen Unterstützungsmaßnahmen zu schnüren.

Eine weitere Anwendungsmöglichkeit der Stillselbstwirksamkeitsskala bestünde darin, unterschiedliche Unterstützungsmethoden für Frauen mit niedrigen Werten und Frauen mit höheren Werten zu entwickeln und die Wirkung dieser Maßnahmen im Anschluss mit der Skala zu überprüfen. Die Autorinnen führen noch einen weiteren wichtigen Punkt an: Mit der Erhebung der Stillselbstwirksamkeit könnte beim Gesundheitspersonal die Akzeptanz für Frauen, die trotz erfolgter Stillhilfe Probleme mit dem Stillen haben, gesteigert werden. Im Hinblick auf die immer kürzer werdende Aufenthaltsdauer im Krankenhaus könnte die Erhebung der Stillselbstwirksamkeit ein wertvolles Instrument sein, um die Notwendigkeit von Unterstützung vor der Entlassung präzise feststellen zu können. So könnten Interventionen noch vor der Entlassung gesetzt werden oder zum Beispiel mittels einer telefonischen Stillhotline eine Möglichkeit zur weiteren Unterstützung der Frauen geschaffen werden.

Die aus der beschriebenen Untersuchung hervorgegangenen Items sind unten abgebildet. Den einzelnen Items ist immer die Phrase „I can always“ vorangestellt. Zur Beantwortung wird eine 5 – Punkt Likert Skala verwendet. Wobei 1 „not at all confident“ und 5 „always confident“ anzeigt. Der Gesamtscore der Skala reicht von 33 bis 165, wobei eine höhere Punktezahl auf ein höheres Maß an Stillselbstwirksamkeit hindeutet.

- 1 Hold my baby comfortably during breastfeeding
- 2 Position my baby correctly at my breast
- 3 Focus on getting through one feeding at a time
- 4 Recognize the signs of a good latch
- 5 Take my baby off the breast without pain to myself
- 6 Determine that my baby is getting enough milk
- 7 Successfully cope with breastfeeding like other challenging tasks
- 8 Depend on my family to support my decision to breastfeed
- 9 Motivate myself to breastfeed successfully
- 10 Monitor how much breast milk my baby is getting by keeping track of my baby's urine and bowel movements
- 11 Breastfeed my baby without using formula as a supplement
- 12 Ensure that my baby is properly latched on for the whole feeding
- 13 Manage the breastfeeding situation to my satisfaction
- 14 Manage to breastfeed even if my baby is crying
- 15 Keep my baby awake at my breast during a feeding
- 16 Maintain my milk supply by using the "supply and demand"
- 17 Refrain from bottle-feeding for the first 4 weeks
- 18 Feed my baby with breast milk only
- 19 Stay motivated to breastfeed my baby
- 20 Count on my friends to support my decision to breastfeed
- 21 Keep wanting to breastfeed
- 22 Feed my baby every 2 to 3 hours
- 23 Keep wanting to breastfeed my baby for at least 6 months
- 24 Comfortably breastfeed with my family members present
- 25 Be satisfied with my breastfeeding experience
- 26 Comfortably breastfeed in public places
- 27 Deal with the fact that breastfeeding can be time-consuming
- 28 Finish feeding baby on one breast before switching to the other
- 29 Continue to breastfeed my baby for every feeding
- 30 Feel if my baby is sucking properly at my breast
- 31 Accept the fact that breastfeeding may limit my freedom
- 32 Manage to keep up with my baby's breastfeeding demands
- 33 Tell when my baby is finished breastfeeding

Abbildung 18: BSES, aus Dennis 2003

3.3.2.2 Die Kurzform der Stillselbstwirksamkeitsskala

Eine weitere Studie von Dennis (2003) hatte das Ziel die Items der ursprünglichen Stillselbstwirksamkeitsskala zu reduzieren und die überarbeitete Version, die Kurzform der Stillselbstwirksamkeitsskala, erneut psychometrisch zu testen. Die Langversion hat einen Cronbach's Alpha Wert von 0.96. Da hohe Cronbach's Alpha Werte nicht nur durch wachsende Iteminterkorrelation zustande kommen sondern auch durch eine hohe Zahl an Items, wurde geprüft, ob bei einer reduzierten Anzahl von Items ein ähnlich hoher Cronbach's Alpha Wert erreicht werden kann. (Bortz & Döring, 2009) Ein weiteres Kriterium, welches für die Verkürzung eines Instruments spricht, ist die sich dadurch erhöhende Anwenderinnenfreundlichkeit.

Im Rahmen einer Längsschnittstudie nahmen 491 stillende Frauen an der Untersuchung teil. Die Erhebung erfolgte per E-Mail, eine Woche, vier Wochen und acht Wochen nach der Geburt. Die Teilnehmerinnen erhielten neben der Stillselbstwirksamkeitsskala die Edinburgh Postnatal Depression Scale, die Rosenberg Self – Esteem Scale und die Perceived Stress Scale. Die Edinburgh Postnatal Depression Scale ist ein Fragebogen mit 10 Items, der Frauen identifiziert, die ein erhöhtes Risiko haben, eine postpartale Depression zu entwickeln. Die Punktezahl reicht von 0 bis 30, wobei höhere Werte eine schlechtere Stimmungslage der Frau anzeigen. Es wurde die Hypothese formuliert, dass die Stillselbstwirksamkeit negativ mit der mütterlichen Stimmungslage korrelieren würde. Die Rosenberg Self – Esteem Scale besteht ebenfalls aus 10 Items und wurde zur Erfassung eines generellen Selbstwertgefühls entwickelt. Die Skala ist auch mit jungen Müttern getestet worden. Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Stildauer und dem Selbstwert. Es wurde daher die Hypothese formuliert, dass die Stillselbstwirksamkeit und der mütterliche Selbstwert positiv korrelieren müssten. Die Perceived Stress Scale, ein ebenfalls 10 Items umfassender Fragebogen, wurde

entwickelt, um festzustellen in welchem Maß Personen Situationen als stressreich einschätzen. Die Gesamtpunktezahl reicht von 0 bis 40, wobei eine höhere Zahl, ein höheres Ausmaß an wahrgenommenem Stress anzeigt. Es wurde daher ein negativer Zusammenhang zwischen Stillselbstwirksamkeit und dem von den Frauen wahrgenommenem Stress angenommen. Die Studienteilnehmerinnen erhielten die Edinburgh Postnatal Depression Scale zu allen drei Erhebungszeitpunkten, die anderen beiden Instrumente nur eine und acht Wochen nach der Geburt.

Zum ersten Erhebungszeitpunkt, eine Woche nach der Geburt, erhielten die Teilnehmerinnen neben den oben beschriebenen Instrumenten die Stillselbstwirksamkeitsskala in ihrer langen, 33 Items umfassenden Version. Im Anschluss an diese erste Erhebung erfolgte in einem ersten Schritt die Evaluierung der Reliabilität. Dafür wurden zur Bestimmung der internen Konsistenz folgende Parameter ermittelt:

- a. Mittelwert der Gesamtskala
- b. Inter-Item Korrelation
- d. Item/Gesamtskala-Korrelationskoeffizient
- c. Cronbach's Alpha Koeffizient
- d. Alphaschätzung, wenn ein Item ausgeschieden wurde

Der Mittelwert der Gesamtskala lag bei 133.16 mit einer Standardabweichung von 23.26. Der Itemmittelwert lag bei 4.03 (2.96-4.52), die Varianz der Items bei 1.01 (0.65-1.90). Die mittlere Inter-Item Korrelation lag bei 0.48 (0.20-0.88). Der Item/Gesamtskala-Korrelationskoeffizient war positiv und fiel zu 61% in die empfohlene Spannweite von 0.30-0.70, wobei 13 Items einen Wert über 0.70 erreichten. Der Cronbach's Alpha Koeffizient war 0.97 und erhöhte sich nicht um mehr als 0.1 durch den Ausschluss irgendeines Items.

Wie schon weiter oben erwähnt, ist ein konstant hoher Cronbach's Alpha Koeffizient möglicherweise ein Indiz für die Redundanz einzelner Items, und so erfolgte in einem zweiten Schritt die Reduktion der Items. Folgende Ausschlusskriterien kamen zur Anwendung:

- a. Items mit einem Itemmittelwert > 4.2 (zur Steigerung der Variabilität)
- b. Items mit einem Item/Gesamtskala-Korrelationskoeffizient < 0.60 (zur Steigerung des Gesamtzusammenhangs)
- e. Items mit mehr als 10 Inter-Item Korrelationen unter 0.40 (zur Steigerung der Homogenität)
- f. Items mit einer Inter-Item Korrelation über 0.80 (zur Senkung der Redundanz)

Insgesamt erfüllten 18 Items ein oder mehrere dieser Kriterien und wurden daher aus der Skala entfernt. Ein weiteres Item, welches in der Vergangenheit zu Problemen bei der Übersetzung der Langversion der Skala in andere Sprachen geführt hatte, wurde entfernt. Es handelte sich dabei um das Item: „I can always maintain my milk supply by using the 'supply and demand' rule“.

Auf diesem Weg entstand die Stillselbstwirksamkeitskala in ihrer Kurzform. Das Instrument umfasst nunmehr 14 Items. Die vorangegangene Prüfung der internen Konsistenz wurde mit der Kurzform wiederholt und es zeigen sich ein Cronbach's Alpha Koeffizient von 0.94, ein Itemmittelwert von 3.99, eine Varianz der Items von 1.04 und eine Inter-Item Korrelation von 0.55. Diese Werte der Kurzform korrelieren signifikant mit den Werten der ursprünglichen Version. Auf Grund dieser vielversprechenden Reliabilitätswerte wurde die Einschätzung der Validität mit der Kurzform der Skala durchgeführt.

Zur Erhebung der Konstruktvalidität wurden die schon bei der Testung der ursprünglichen Skala angewandten Methoden eingesetzt. Die Ergebnisse der Faktorenanalyse zeichnen die Stillselbstwirksamkeitskala - Kurzform als ein sehr brauchbares Instrument zur Erhebung von Stillselbstwirksamkeit aus. Weiters erfolgt der Vergleich mit bekannten Gruppen. Wiederum entsprechend des Selbstwirksamkeitskonzepts nach Bandura wurde angenommen, dass Frauen mit vorangegangener Still Erfahrung höhere Stillselbstwirksamkeitswerte erreichen müssten. Die Annahme konnte bestätigt werden. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Selbstwirksamkeitswerten von Mehrgebärenden und Erstgebärenden und zwar zu allen drei Erhebungszeitpunkten. Als dritte Methode zur Evaluierung der internen Konsistenz erfolgt der Vergleich mit verwandten theoretischen Konstrukten. Die oben erwähnten Hypothesen bezüglich der Korrelation mit den ebenfalls bei der Erhebung verwendeten Instrumenten, der Edinburgh Postnatal Depression Scale, der Rosenberg Self - Esteem Scale und der Perceived Stress Scale, bestätigten sich zu allen drei Erhebungszeitpunkten.

Die prognostische Validität wurde über den Zusammenhang zwischen den Selbstwirksamkeitswerten und dem Ernährungstyp der Säuglinge nach vier und acht Wochen beurteilt. Diesmal erfolgt die Einteilung des Ernährungstyps in folgende sechs Kategorien:

- a. *“exclusive breastfeeding (breast milk only)*
- b. *almost exclusive breastfeeding (breast milk and other fluids but no formula, e.g. vitamins)*
- c. *high breastfeeding (less than one bottle of formula a day)*
- d. *partial breastfeeding (at least one bottle of formula a day)*
- e. *token breastfeeding (breast given to comfort baby but not for nutrition)*
- f. *bottle feeding (no breast milk at all)” (C. Dennis, 2003)*

Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Stillselbstwirksamkeitswerten zum Zeitpunkt der ersten Erhebung von Müttern, die zum zweiten und zum dritten Erhebungszeitpunkt (vier bzw. acht Wochen nach der Geburt) ausschließlich stillten und denen, die mit der Flasche fütterten. Auch die zum zweiten Messzeitpunkt erhobenen Stillselbstwirksamkeitswerte unterschieden sich signifikant zwischen den Müttern, die nach acht Wochen noch stillten und jenen, die mit der Flasche fütterten. Die Mittelwerte der Stillselbstwirksamkeitswerte der Frauen zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten und deren Zusammenhang mit der Ernährungsform der Säuglinge nach vier und acht Wochen, sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

| Messzeitpunkt | Voll Stillende nach vier Wochen | Flasche nach vier Wochen | Voll Stillende nach acht Wochen | Flasche nach acht Wochen | Signifikanz |
|----------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------------|--------------------|
| 1 Woche post partum | 56,39 | 42,58 | 57,66 | 46,13 | p<0,001 |
| 4 Wochen post partum | | | 57,93 | 32,41 | p<0,001 |

Abbildung 19, Tabelle 1: Zusammenhang zwischen Stillselbstwirksamkeitswerten und Ernährungsmodus des Säuglings

Bei der Kategorisierung der Mütter nach dem Ernährungstyp der Kinder mittels Varianzanalyse zeigte sich, dass jene Mütter die nach vier Wochen noch voll stillten, höhere Stillselbstwirksamkeitswert (Kurzform) hatten, als jene, die teilweise stillten oder mit der Flasche fütterten. Dieselben Unterschiede zeigten sich für die Stlldauer von acht Wochen. Die Differenz zwischen den drei Gruppen war statistisch

signifikant. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass je höher die Stillselbstwirksamkeitswerte der Frauen zum ersten Messzeitpunkt (eine Woche nach der Geburt) waren, umso wahrscheinlicher war es, dass sie vier und acht Wochen nach der Geburt noch stillten und dies auch voll.

Der Zusammenhang von demografischen Merkmalen, wie das Alter, das Bildungsniveau, der Familienstand und der wirtschaftliche Status der Frauen und der Stilledauer wurden hinreichend untersucht. Die Stillselbstwirksamkeitsskala (Kurzform) soll ein Instrument zur eindeutigen Identifizierung von Frauen mit hohem Risiko zum vorzeitigen Abstillen sein. Aus diesem Grund wurde die Beziehung zwischen den demografischen Variablen und dem Stillselbstwirksamkeitswert (eine Woche nach der Geburt) erhoben. Es bestand kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter, dem Familienstand, dem Bildungsniveau und dem sozialen Status der Frauen und ihren Stillselbstwirksamkeitswerten. Dieser Umstand macht die Skala zu einem Instrument, mit welchem sich Frauen mit hohem Risiko zum vorzeitigen Abstillen auffinden lassen, dessen Ursache auf veränderbaren Umständen beruht. Ein Unterschied, der sich dennoch festmachen ließ, war jener zwischen den Entbindungsmodi. Frauen welche mit Kaiserschnitt entbunden hatten, hatten signifikant niedrigere Werte der Stillselbstwirksamkeit als Frauen einer vaginalen Geburt (vaginale Geburt: 56,57; Kaiserschnitt: 53,79; $p < 0,01$). Die niedrigeren Werte nach einem Kaiserschnitt dürften in Zusammenhang mit einer kurzfristigen allgemeinen psychischen Belastung durch diese Art der Geburt stehen.

Zusammenfassend zeichnen die Ergebnisse der psychometrischen Testung die Stillselbstwirksamkeitsskala – Kurzform als ein einsatzbereites Instrument (a) zur Identifizierung von Müttern mit hohem Risiko zum vorzeitigen Abstillen, (b) zur Entwicklung

individueller Unterstützungsmaßnahmen und (c) zur Evaluierung von Interventionen und Entwicklung von Leitfäden in der Beratung von Schwangeren und Stillenden aus. Untenstehend findet sich eine Abbildung der Skala im englischen Original.

- 1 Determine that my baby is getting enough milk
- 2 Successfully cope with breastfeeding like I have with other challenging tasks
- 3 Breastfeed my baby without using formula as a supplement
- 4 Ensure that my baby is properly latched on for the whole feeding
- 5 Manage the breastfeeding situation to my satisfaction
- 6 Manage to breastfeed even if my baby is crying
- 7 Keep wanting to breastfeed
- 8 Comfortably breastfeed with my family members present
- 9 Be satisfied with my breastfeeding experience
- 10 Deal with the fact that breastfeeding can be time-consuming
- 11 Finish feeding my baby on one breast before switching to the other breast
- 12 Continue to breastfeed my baby for every feeding
- 13 Manage to keep up with my baby's breastfeeding demands
- 14 Tell when my baby is finished breastfeeding

Abbildung 20: BSES-SF, aus Dennis 2003

3.3.3 Internationale Anwendungen

Dennis sieht in der Übersetzung der Skala⁷ in weitere Sprachen eine dringende Notwendigkeit und dies nicht nur für ihre Anwendung in anderen Ländern. Durch eine zunehmende Multikulturalität einer Gesellschaft ergibt sich diese Notwendigkeit auch innerhalb eines Landes. Die Autorin warnt eindringlich vor einer vorschnellen kulturübergreifenden Anwendung oder rein sprachlichen Übersetzung der Skala. Eine solche Vorgehensweise lässt sowohl mögliche Veränderungen der psychometrischen Eigenschaften, welche durch eine Übersetzungsbias und/oder Ungenauigkeiten bei der Übersetzung entstehen könnten außer Acht, als auch den Einfluss von möglichen kulturellen Einflüssen auf die Bedeutung der Skala. Aus den genannten Gründen plädiert Dennis für eine wissenschaftsbasierte Übersetzung der Skala und war an den bisher erfolgten Übersetzungen auch immer aktiv beteiligt. Bisher erfolgten Übersetzungen der Skala auf Französisch, Hochchinesisch, Spanisch, Polnisch, Italienisch, Griechisch, Portugiesisch, Japanisch und Thailändisch.

Neben der Anwendung der Skala in anderen Sprachen hat Dennis weiterführenden Untersuchungen, teilweise in Zusammenarbeit mit anderen WissenschaftlerInnen, mit unterschiedlichen Populationen durchgeführt. Die Studienteilnehmerinnen waren wie folgt:

- (1) Australische Mütter
- (2) Schwarze Amerikanerinnen
- (3) Jugendliche Mütter
- (4) Mütter mit frühgeborenen Kindern
- (5) Eine Gruppe von britischen Müttern mit einem über 50%-igem Anteil an Frauen aus Südostasien

⁷ Meint ab hier immer die Kurzform der Skala

Die Skala wurde für die jeweiligen Studien teilweise modifiziert, so wurden beispielsweise für die Untersuchung mit den Müttern von Frühgeborenen vier spezielle Items eingefügt. (C. Dennis, 2011)

4 Ausblick für die Anwendung der Stillselbstwirksamkeitsskala im österreichischen Kontext

Die Absicht der vorliegenden Arbeit war es eine Grundlage für eine Übersetzung und Anwendung der Stillselbstwirksamkeitsskala in Österreich zu erarbeiten. Die unter Punkt 3.3.2.2. beschriebene Skala ist ein Instrument, welches sich hervorragend zur Identifikation von Frauen, die erfolgreich Stillen werden, wie eben auch jenen, die ein hohes Risiko haben vorzeitig mit dem Stillen aufzuhören, eignet. So kann zum Beispiel angenommen werden, dass eine Frau, welche vor Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus einen hohen Stillselbstwirksamkeitswert erreicht, keine zusätzliche Unterstützung brauchen wird. Hat eine Frau jedoch einen geringen Wert, so ist dies Anlass zur gezielten weiteren Betreuung. Die Skala stellt dem Gesundheitspersonal auch eine Möglichkeit zur Verfügung, auffälliges Stillverhalten einer Frau besser einzuschätzen und so gezielt auf die individuellen Bedürfnisse der Frau eingehen zu können. Mit einer deutschsprachigen Version der Skala ließen sich die beschriebenen Anwendungsmöglichkeiten auch für Österreich nutzbar machen.

4.1 Evidenzbasierte Übersetzung

Den nächsten Schritt auf dem Weg zu einer deutschsprachigen Version der Skala stellt eine evidenzbasierte Übersetzung dar. Wie schon unter Punkt 3.3.3 angeführt, kann mit einer rein sprachlichen Übersetzung nicht garantiert werden, dass die psychometrischen Eigenschaften der Skala erhalten bleiben. Aus urheberrechtlichen Gründen und da Dennis immer an den Übersetzungen ihrer Skala beteiligt war, steht an erster Stelle, vor Beginn einer solchen Arbeit, die Information der Autorin der Originalskala und die Einholung einer Erlaubnis zur Übersetzung derselben.

Da es eine Vielzahl von englischsprachigen Instrumenten gibt, die sich für eine Anwendung in anderen Ländern eignen, haben sich auch Richtlinien zur Übersetzung entwickelt. Die WHO (2010) beschreibt den Prozess der Übersetzung und Anpassung von Instrumenten, dessen Ziel es ist, die konzeptionelle Äquivalenz der unterschiedlichen sprachlichen Versionen zu gewährleisten. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf einer qualitativ hochwertigen, der jeweiligen Kultur der Zielpopulation entsprechenden Übersetzung und der Erhaltung des ursprünglichen, inhaltlichen Konzepts des Instruments. Ziel ist es, ein gleichermaßen natürliches und in der Praxis gut einsetzbares Instrument zu erhalten. Genaue sprachliche oder sogar wörtliche Übersetzungen treten dabei in den Hintergrund. Als Methode zur Erreichung dieses Ziels formuliert die WHO die sogenannte **Vorwärtsübersetzung** und anschließende **Rückübersetzung**, welche folgende Schritte enthält:

- (1) Vorwärtsübersetzung
- (2) Begutachtung durch eine Gruppe von Fachpersonen
- (3) Rückübersetzung
- (4) Pre - Test mit anschließenden Interviews
- (5) Endversion
- (6) Dokumentation

Die **Vorwärtsübersetzung** soll vorzugsweise durch eine Person erfolgen, welche aus einem Gesundheitsberuf stammt. Sie sollte mit der Terminologie des jeweiligen Bereichs und mit den theoretischen Grundlagen von Interviewmethoden und der Fragebogengestaltung vertraut sein. Die Muttersprache der Übersetzerin/der Übersetzers sollte die jeweilige Sprache der Zielpopulation sein, sie/er müssen zusätzlich die englische Sprache beherrschen. Die Übersetzerin/ der Übersetzer erhält folgende Anleitung:

- (1) Die Übersetzung soll für eine möglichst breite Zielgruppe einsetzbar sein. Es ist auf eine inhaltliche Übersetzung Wert zu legen, auf wörtliche Übersetzung ist zu verzichten.

Nach dem Lesen des Originaltextes soll nach einer in der Zielsprache üblichen Formulierung des Inhalts gesucht werden.

- (2) Die Übersetzung soll möglichst einfach, klar und knapp sein. Weniger Worte und kurze Sätze sind zu bevorzugen.
- (3) Die Übersetzung soll für die Allgemeinheit der Zielpopulation verständlich sein und nicht ausschließlich für Gesundheitspersonal. Die Übersetzerin/ der Übersetzer soll während der Übersetzung immer wieder an die Zielpopulation denken und sich vorstellen, was sich diese unter der jeweiligen Frage vorstellen würde.
- (4) Umgangssprachliche, technische Ausdrücke oder Dialekte sind zu vermeiden. Ebenso Ausdrücke, welche von der Zielpopulation als Angriff gewertet werden könnten.
- (5) Genderrichtlinien und altersgerechte Eignung sind zu beachten.

Anschließend erfolgt die **Begutachtung durch eine Gruppe von Fachpersonen**. Diese Gruppe soll aus zweisprachigen (Englisch und die Sprache der Zielpopulation) Personen bestehen und von einem Gruppenleiter geführt werden. Die Mitglieder setzen sich aus dem/ der ErstübersetzerIn, GesundheitsexpertenInnen und methodologischen ExpertInnen zusammen. Die Anzahl ist variabel. Die Aufgabe der Gruppe ist es die Originalversion und die erste Übersetzung kritisch zu betrachten, ungenügende Ausdrücke in der Übersetzung zu identifizieren und Vorschläge zur Veränderung einzubringen. Weiters sollen eventuelle Diskrepanzen zwischen dem Original und der ersten Übersetzung erkannt werden. Dies geschieht in einer Diskussionsrunde und durch das Stellen von Fragen. Die Leiterin /der Leiter des Projektes ist dafür verantwortlich, den Gruppenmitgliedern möglichst viel Information, zum Beispiel über schon erfolgte Übersetzungen des Originaldokuments in andere Sprachen, zur Verfügung zu stellen. Am Ende dieses Prozesses steht eine komplette Übersetzung des Instruments.

Die anschließende **Rückübersetzung** erfolgt durch eine Person deren Muttersprache Englisch ist und die keine Kenntnis des Instruments hat. Die Person erhält die gleiche Anleitung wie unter dem Punkt Vorwärtsübersetzung angeführt. Auftretende Diskrepanzen werden mit der Projektleitung besprochen. Falls diese es für notwendig erachtet müssen die Punkte (1) bis (3) solange wiederholt werden, bis eine befriedigende Version des Instruments in der Sprache der Zielpopulation vorliegt.

Danach kann die neue Version einem **Pre-Test** unterzogen werden. Die TeilnehmerInnen werden im Anschluss **interviewt**. Die Testpersonen sollten aus der gleichen Gruppe von Personen stammen, welche das fertige Instrument in Zukunft erhalten wird. Mindestens zehn Personen sollen am Pre-Test teilnehmen. Im Interview werden die Personen systematisch zu den einzelnen Fragen befragt. Dabei sollen sie (1) den Inhalt der Frage in eigenen Worten wiedergeben, (2) erklären was die Frage ihrer Meinung nach abgefragt hat, (3) ihre Gedanken bei Lesen der Frage wiedergeben, (4) erklären, wie sie zur Auswahl ihrer Antwort gekommen sind. Die Antworten werden mit den Antworten, welche die Personen zuvor im Fragebogen angekreuzt haben, verglichen. Weiters werden die Testpersonen gefragt, ob sie einzelne Wörter oder Ausdrücke nicht verstanden haben und ob sie Fragen als Angriff empfunden haben. Der gesamte Prozess des Pre-Tests muss, gemeinsam mit ausgewählten Informationen über die TeilnehmerInnen, schriftlich festgehalten werden.

Am Ende der beschriebenen Schritte steht die Endversion des übersetzten Instruments in die Zielsprache. Wichtig ist eine ausführliche Dokumentation des gesamten Prozesses, sodass alle Veränderungen nachvollziehbar sind. (World Health Organisation, 2010)

Mahler et al (2009) fassen in dem Artikel „Komm, lass uns doch schnell mal einen Fragebogen übersetzen“, Richtlinien zur Übersetzung und anschließenden Anwendung von englischsprachigen Instrumenten zusammen. Anlass für die Erarbeitung dieses Papiers war die Tatsache, dass einer Vielzahl von englischsprachigen Instrumenten wenige deutschsprachige gegenüberstehen. Im Vergleich zu einer oftmals aufwändigen Neuentwicklung stellt eine Übersetzung eine erstrebenswerte Alternative dar. Allerdings sind beim Prozess der Übersetzung bestimmte Regeln einzuhalten.

„Der Einsatz übersetzter Assessment Instrumente und Fragebögen in der Forschung und Praxis kann helfen, Zeit, Arbeit und Kosten zu sparen, wenn dabei Übersetzungsregeln beachtet werden.“ (Mahler, Jank, Reuschenbach, & Szecsenyi, 2009)

Die AutorInnen halten fest, dass die Vorgehensweisen bei Übersetzungen uneinheitlichen sind und empfehlen die von einer Arbeitsgruppe der ISPOR (International Society für Pharmacoeconomics and Outcome Research) erarbeiteten Richtlinien. Diese unterscheiden sich nicht wesentliche von den oben beschrieben Empfehlungen der WHO. Sie sind in einer Tabelle auf der nächsten Seite im Original abgebildet.

Ergänzend scheinen noch drei Punkte aus der Arbeit von Mahler et al besonders erwähnenswert: (1) Die AutorInnen weisen darauf hin, dass es wichtig ist nur Instrumente zur Übersetzung auszuwählen, deren Gütekriterien in der Originalversion überprüft worden sind, (2) bezüglich des gemessenen Konstrukts ist es wichtig zu hinterfragen, ob zwischen den Ländern/Kulturen bedeutsame Unterschiede bestehen, (3) als Alternative zur manchmal als aufwendig beschriebenen Rückübersetzung, die sowohl in den Empfehlungen der WHO als auch der ISPOR enthalten ist, diskutieren die AutorInnen den „two panel approach“, bei dem das Ergebnis der Vorwärtsübersetzung

einer Bewertung durch eine Fokusgruppe, welche sich aus Professionellen und Laien zusammensetzt, unterzogen wird.

| <i>Übersetzungsschritte</i> | <i>Beschreibung der Kernelemente</i> | <i>Risiken bei Nichteinhaltung des Schritts</i> |
|---|--|---|
| 1. Vorbereitungen für den Übersetzungprozess | 1. Kontaktaufnahme mit dem Entwickler des Instruments zur Klärung urheberrechtlicher Fragen; Erlaubnis zur Übersetzung einholen; 2. Konzeptuelle Fragen klären | 1. Strafrechtliche Folgen für das Nichteinhalten des Urheberrechts; 2. Fehlinterpretation von einzelnen Items oder Konzepten |
| 2. Vorwärtsübersetzung | 1. Zwei oder mehr unabhängige Übersetzungen des Originalinstruments in die Zielsprache durch Personen mit der Zielsprache als Muttersprache. 2. Die Konzepte sind den Übersetzern bekannt | 1. Übersetzung in einem zu individuellen Stil; 2. Fehlende konzeptuelle Äquivalenz durch Fehlinterpretation einzelner Items |
| 3. Abstimmung | Vergleich und Abstimmung der versch. Versionen der Übersetzung in der Zielsprache zu einer Konsens-Version. Dies geschieht durch Diskussion der beiden Übersetzer | Eine verzerrte Übersetzung, die zu sehr dem persönlichen Übersetzungsstil einer Person entspricht; Fehlinterpretationen bleiben erhalten |
| 4. Rückübersetzung | Rückübersetzung (entweder wörtlich oder sinngemäß) der abgestimmten Version in die Originalsprache durch eine muttersprachliche Person der Originalsprache | Unterschiedlicher Inhalt oder konzeptuelle Bedeutungen einzelner Items der übersetzten Zielversion können nicht identifiziert werden. Es besteht die Gefahr, dass die Ergebnisse in der übersetzten Version verzerrt werden. |
| 5. Durchsicht der Rückübersetzung | Die Rückübersetzungen und die Originalfassung werden durch den Projektverantwortlichen begutachtet. Problematische Items werden identifiziert und u. U mit dem Entwickler besprochen. Dies dient der Überprüfung der konzeptionellen Übereinstimmung der Übersetzung | Fehlerhafte Übersetzungen oder ein Versäumnis können übersehen werden und verbleiben in der übersetzten Version |
| 6. Harmonisierung | Angleichung aller Übersetzungsversionen untereinander sowie mit der Originalfassung zur Entdeckung jeglicher Unterschiede zwischen den Sprachversionen; Diese Qualitätsüberprüfung erlaubt die spätere Zusammenführung globaler Datensätze | Übersetzungen mit sprachlichen Differenzen erschweren die Zusammenführung globaler Datensätze |
| 7. Erkenntnis Einsatz („Cognitive Debriefing“) | Das Zielinstrument wird an 5-8 Personen aus der Zielpopulation verteilt, um die Verständlichkeit und konzeptuelle Übereinstimmung zu überprüfen. Alternative Übersetzungen können dabei hervorgehen; Handhabbarkeit und Anwendung werden überprüft | Fehlende oder ungenaue Daten werden bei der Erhebung erfasst durch Fehlinterpretation der Items durch die Zielpopulation |
| 8. Bewertung des „Einsatzes der Zielversion und Finalisierung | Die Ergebnisse aus dem Einsatz der übersetzten Version werden bewertet und die Übersetzung abgeschlossen | Die Übersetzung kann Worte oder Phrasen enthalten, die in der Zielpopulation nicht üblich sind. Folglich können die erhobenen Daten eine hohe Anzahl an „Missings“ aufweisen bzw. eignen sich nicht zur Zusammenführung mit anderen Daten |
| 9. Korrektur lesen | Die Zielversion wird Korrektur gelesen und noch vorhandene kleine Fehler, die im Übersetzungsprozess übersehen wurden (z. B. Rechtschreibung), korrigiert. | Eine Zielversion mit Rechtschreib- oder anderen Fehlern |
| 10. Abschlussbericht | Im Abschlussbericht wird die Methode des Übersetzungsprozesses beschrieben und alle Entscheidungen begründet. Dies ist für weitere Übersetzungen des Instruments in andere Sprachen von Bedeutung. | Übersetzte Instrumente werden nicht eingesetzt, da der Übersetzungsprozess nicht beschrieben wurde. Weitere Übersetzungen des Instruments können nicht mit den anderen Sprachversionen abgeglichen werden. |

Tab. 2: Kurzbeschreibung der Kernelemente im Übersetzungsprozess nach ISPOR (Wild et al. 2005)

Abbildung 21: Empfehlungen der ISPOR aus Mahler et al 2009

Unter Punkt 3.3.3 sind die Sprachen, in welche die Still-selbstwirksamkeitsskala (Kurzform) bereits übersetzt wurde, angeführt. Eine dieser Übersetzungen erfolgte 2007 durch Wutke und Dennis ins Polnische und ist im Folgenden kurz exemplarisch dargestellt. Das Ziel der hier beschriebenen Studie war es, die englische Version der BSES-SF ins Polnische zu übersetzen und anschließend mittels statistischer Methoden auf ihre Anwendbarkeit zu überprüfen.

Um die inhaltliche, semantische und grammatische Äquivalenz der polnischen Version zu gewährleisten, kamen verschiedene Maßnahmen bei der Übersetzung zum Einsatz. Zur Gewährleistung der semantischen Übereinstimmung kam die Rückübersetzung zur Anwendung, im speziellen Fall wurde die „blinde Rückübersetzung“ angewandt. Fünf zweisprachige StudentInnen, die nicht in das Projekt und nicht mit dem Fachgebiet des Stillens befasst waren, übersetzten die englische Originalversion ins Polnische. Fünf andere StudentInnen mit gleichem Hintergrund, führten die Rückübersetzung aus dem Polnischen ins Englische durch. Für den Einsatz von nicht professionellen ÜbersetzerInnen sprach die Tatsache, dass eine Übersetzung in die „Alltagssprache“ gewährleistet werden sollte. Abschließend an die Übersetzung des StudentInnenteams erfolgte eine Überprüfung der semantischen Übereinstimmung durch das ForscherInnenteam.

Im Rahmen der transkulturellen Forschung wird weiters die Überprüfung des Inhalts des Instruments in der Zielkultur (= polnische Frauen) empfohlen. Hierfür legten die ForscherInnen die übersetzte Version des Fragebogens 31 polnischen Müttern, die erfolgreich gestillt hatten vor. Mit dem Ziel, eine Aussage darüber treffen zu können inwieweit die Items klar formuliert waren und die Relevanz für einen Stillerfolg abbildeten. Nachfolgend an diese Evaluierung wurden Modifikationen an zwei Items durchgeführt. Weiters wurden

Änderungen im Antwortformat der angewandten Likertskala implementiert. Anschließend an den Translationsprozess legte man das Instrument ein letztes Mal stillenden Müttern vor, und im Rahmen von Diskussionen wurde letztendlich die polnische Version der BSES-SF als für polnisch sprechende Mütter geeignet befunden. Zusätzlich bestätigte sich in einem zweiten Pretest mit weiteren 10 stillenden polnischen Müttern die Verständlichkeit und Lesbarkeit der polnischen BSES-SF. Das finale Ergebnis stellt eine polnische Version des BSES-SF dar. Abschließend wurde die technische Anwendbarkeit der BSES-SF mittels eines Papier-Bleistift-Tests mit hospitalisierten, stillenden Müttern auf einer Wochenbettstation überprüft.

Im Anschluss an diesen qualitativ hochwertigen Translationsprozess wurden die Reliabilität und die Validität der polnischen Version der BSES-SF erneut überprüft. Auf eine genaue Beschreibung der Überprüfung wird an dieser Stelle verzichtet. (die Daten können jederzeit bei der Autorin der Arbeit angefragt werden) Festgehalten wird, dass die Untersuchungsergebnisse die polnische Version des BSES-SF als reliables und valides Befragungsinstrument zur Erhebung der Stillselbstwirksamkeit von polnischen Müttern ausweisen.

Die Auswahl der Teilnehmerinnen erfolgte in fünf verschiedenen städtischen Krankenhäusern in Lodz, eine der größten Städte Polens, im Zeitraum von Juni bis August 2004. Dabei kamen folgende Einschlusskriterien: (1) 16 Jahre oder älter (2) der polnischen Sprache in Wort und Schrift mächtig (3) Schwangerschaftsdauer von mindestens 37 Wochen und folgende Ausschlusskriterien (1) Mehrlingschwangerschaften (2) Risikoschwangerschaften zur Anwendung. Alle potentiellen Teilnehmerinnen wurden von den ForscherInnen auf den Wochenbettstationen identifiziert. Erfüllten sie die Einschlusskriterien, erhielten die Frauen ein Informationsblatt über die Studie. Entschieden sie sich für die Teilnahme, wurden sie im Rahmen eines Informed

Consent der durch die Ethikkommission der Universität Lodz bestätigt war, in die Studie eingeschlossen. 126 Frauen stimmten einer Teilnahme an der Studie zu.

Die erste Befragung der jungen Mütter fand noch im Krankenhaus statt. Die zweite und dritte Befragung erfolgte mittels Telefoninterviews 8 bzw. 16 Wochen nach der ersten Befragung. Dabei wurden Informationen zum Ernährungsmodus des Säuglings erhoben. Zusätzlich erhielten die Frauen vor der Entlassung aus dem Krankenhaus einen Fragebogen, um die demographischen Daten zu erheben. (Wutke & Dennis, 2007)

4.2 Design für eine Übersetzung ins Deutsche

Die tatsächliche Übersetzung der Stillselbstwirksamkeitsskala (Kurzform) würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über einen möglichen Ablauf einer Übersetzung ins Deutsche gegeben.

Wie schon weiter oben erwähnt steht vor dem Beginn einer Übersetzung der Skala die Kontaktaufnahme mit der Autorin der ursprünglichen Fassung, Cindy Lee Dennis. Es muss die Erlaubnis zur Übersetzung eingeholt, urheberrechtliche Fragen geklärt und eine eventuelle Zusammenarbeit besprochen werden. Für eine Vorwärtsübersetzung, welche im günstigsten Fall von zwei Personen durchzuführen ist, würden sich eine Stillberaterin und eine Hebamme oder Gesundheitspflegeperson mit deutscher Muttersprache eignen. Beide sind mit der Materie des Stillens in jedem Fall vertraut. Eine Erläuterung des Konzepts der Stillselbstwirksamkeit kann durch die Projektleitung und das Bereitstellen von Literatur erfolgen. Ergänzend wären die Übersetzerinnen gemäß den unter Punkt 4.1 (siehe Vorwärtsübersetzung) angeführten Richtlinien der Übersetzung zu unterrichten. Die beiden so entstandenen Übersetzungen könnten in

einer ExpertInnengruppe, welche sich aus Hebammen, Gesundheitspflegepersonen, Stillberaterinnen, und Personen mit Forschungserfahrung zusammensetzt, diskutiert und abgestimmt werden. Eine anschließende Rückübersetzung ins Englische erfolgt durch eine Frau mit Stillererfahrung und Englisch als Muttersprache. Diese Vorgehensweise bietet neben der sprachlichen Rückübersetzung auch eine erste Möglichkeit die konzeptuelle Übereinstimmung der Versionen zu beurteilen. Nach Durchsicht und Harmonisierung der Versionen durch die Projektleitung und einer eventuellen Rücksprache mit der Autorin der ursprünglichen Version entsteht eine Fassung des neuen Instruments welche einem Pre-Test unterzogen werden kann. Falls es sich bei den Teilnehmerinnen des Pre-Tests wiederum um Frauen mit Stillererfahrung handelt, würde dieses Vorgehen weitere Informationen über das in der neuen Fassung abgebildete Konzept liefern. Die Teilnehmerinnen des Pre-Tests werden im Anschluss gemäß den oben angeführten Richtlinien interviewt. Nach einer abschließenden Bewertung und Finalisierung entsteht im Rahmen eines Abschlussberichtes die deutsche Version der Stillselbstwirksamkeitsskala, welche im Anschluss im Rahmen eines Forschungsprojektes psychometrisch getestet werden müsste.

4.3 Einsatz der Skala in der Praxis

Die nun folgenden Ausführungen verstehen sich einerseits als Blick in die Zukunft und bedienen andererseits sich der Annahme, dass nach der oben skizzierten Übersetzung und anschließenden statistischen Testung, eine reliable und valide deutsche Ausgabe der Stillselbstwirksamkeitsskala vorliegt.

Die Stillselbstwirksamkeitsskala – Kurzform ist ein Instrument, mit dem sich Frauen, die erfolgreich stillen werden, ebenso identifizieren lassen, wie jene die mit großer Wahrscheinlichkeit Probleme haben werden und deshalb Unterstützung brauchen. So wäre der Einsatz der Skala im

Wochenbett, vor der Entlassung, beispielsweise am dritten Tag nach der Geburt sinnvoll. Frauen mit niedrigen Werten könnten im Anschluss gezielte Unterstützung erhalten. Dies könnte im Rahmen eines Projekts, an einer ausgewählten Entbindungsklinik oder Gemeinde stattfinden. Es erscheint sinnvoll im Rahmen eines solchen Projekts, auch die Stlldauer zu erfassen, um so Rückschlüsse auf den Erfolg der Unterstützungsmaßnahmen ziehen zu können.

Die Erhebung der Stillselbstwirksamkeit von Frauen ist eine präventive, proaktive, von demografischen Variablen unabhängige Maßnahme. Sie erfüllt somit die Forderungen und Empfehlungen zum Stillen auf internationaler und nationaler Ebene. So steht beispielsweise im Aktionsplan der europäischen Kommission „Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa“:

„Die besonderen Bedürfnisse der Frauen, bei denen die Wahrscheinlichkeit, dass sie stillen werden, am geringsten ist, müssen erkannt und aktiv angegangen werden.“ (Europäische Kommission Direktorat Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung, 2004)

Für die österreichische Situation schreibt Esberger:

„Gerade in den ersten drei Monaten ist die Angst, das Kind bekäme auf Grund von „Milchmangel“ nicht ausreichend Nahrung, sehr groß. Dabei scheint ein Netzwerk an unterstützenden Maßnahmen für stillende Mütter zu fehlen, damit nicht als Lösung abgestellt und in Folge zur Milchflaschennahrung gegriffen wird. Hier könnte die Geburtsklinik proaktiv eingreifen, indem ein Maßnahmenpaket gewisse Probleme vorwegnimmt und die Mutter darauf vorbereitet. (Esberger, 2006)

Die Autorin spricht von einem Netzwerk. Es erscheint sinnvoll die Erhebung der Stillselbstwirksamkeit langfristig in ein Gesamtkonzept einzubetten. Schon in der Schwangerschaft muss die Frau Information über das Stillen und die angebotenen Unterstützungsmaßnahmen

erhalten. Eine entsprechende Broschüre wäre beispielsweise dem Mutterkindpass beizulegen. Als Maßnahme der stellvertretenden Erfahrung, wäre die Gestaltung eines Stillcomics, den die Frau ebenfalls mit dem Mutterkindpass erhält, eine Möglichkeit, die Stillselbstwirksamkeit der Frau vorbeugend zu stärken. Bei der Anmeldung zur Geburt, erhält die Frau Auskünfte über die angebotene Stillinformation der Klinik. Im Rahmen dieser Veranstaltung werden einerseits Informationen zum Stillen vermittelt, andererseits wird wieder als stellvertretende Erfahrung ein Videofilm gezeigt, in dem erfolgreich stillende Frauen zu sehen sind. Eine weitere Möglichkeit können Geburtsvorbereitungskurse sein, die an einzelnen Terminen gemeinsam mit einer Stillrunde abgehalten werden. Nach der Geburt gibt es auf der Station Unterstützung beim Stillen. Vor der Entlassung erfolgt die Erhebung der Stillselbstwirksamkeit, Frauen mit niedrigen Werten erhalten nach der Entlassung, gezielte Unterstützung. Treten Stillprobleme erst nach der Entlassung auf kann die Frau mittels der, dem Mutterkindpass beigefügten Informations- und Adressenliste niederschwellig und kurzfristig Hilfe finden. Der zehnte der „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“, welche unter Punkt 2.4.2.2 aufgelistet und von der WHO und der UNICEF als weltweite Mindeststandards für ein stillfreundliches Krankenhaus definiert wurden lautet:

„Die Entstehung von Stillgruppen fördern und Müttern bei der Entlassung aus der Klinik oder der Entbindungseinrichtung mit diesen Gruppen in Kontakt bringen“ (Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs, 2011a)

Zukünftig könnte der elfte Schritt lauten:

„Die Stillselbstwirksamkeit der Frauen vor der Entlassung erheben und den Frauen gezielten Zugang zur Unterstützung und weiteren Beratung nach der Entlassung anbieten“.

5 Literaturverzeichnis

- Abou-Dakn, M., & Wöckel, A. (2006). Effekte des Stillens auf die Müttergesundheit. In B. Borrmann (Ed.), *Stillen und Müttergesundheit*. Göttingen: V&R unipress.
- Agostoni, C., Braegger, C., Decsi, T., Kolacek, S., Koletzko, B., Michaelsen, K. F., et al. (2009). Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 49(1), 112-125
110.1097/MPG.1090b1013e31819f31811e31805.
- Agostoni, C., Decsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Kolacek, S., Koletzko, B., et al. (2008). Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 46(1), 99-110
110.1097/1001.mpg.0000304464.0000360788.bd.
- Arenz, S. (2008). Haben gestillte Kinder ein geringeres Risiko, später an Übergewicht zu leiden? Diskussion einer Metaanalyse. *Gesundheitswesen*, 70(S 1), S25,S28.
- Armstrong, J., & Reilly, J. J. (2002). Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *The Lancet*, 359(9322), 2003-2004.
- Backhaus, K. (2008). *Multivariate Analysemethoden eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin [u.a.]: Springer.

- Bader, P., Huenges, R., Krawinkel, M., McKenna, J. J., Mucha, R., de Onis, M., et al. (2003). Stillen, frühkindliche Ernährung und Gesundheit des Kindes. In V. Scherbaum, F. M. Perl & U. Kretschmer (Eds.), *Stillen Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Ball, T. M., & Wright, A. L. (1999). Health Care Costs of Formula-feeding in the First Year of Life. *Pediatrics*, 103(4), 870-876.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bergmann, K. E., Bergmann, R. L., von Kries, R., Bohm, O., Richter, R., Dudenhausen, J. W., et al. (2003). Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: role of breast-feeding. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 27(2), 162-172.
- Biancuzzo, M. (2005). *Stillberatung Mutter und Kind professionell unterstützen*. München: Elsevier, Urban und Fischer.
- Blyth, R., Creedy, D. K., Dennis, C., Moyle, W., Pratt, J., & De Vries, S. M. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 29(4), 278-274.
- Bortz, J., & Döring, N. (2009). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler mit 87 Tabellen*. Heidelberg: Springer.

- Bundeskanzleramt (2011). *Bundesgesetz über den Hebammenberuf*.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009). *Stillen - Ein guter Beginn*.
Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit (2011). Stillempfehlungen der
Österreichischen Stillkommission des Obersten Sanitätsrates, from
[http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/5/2/4/CH0775/
CMS1177050007867/stillempfehlungen_homepage_7_09_2_1.pd
f](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/5/2/4/CH0775/CMS1177050007867/stillempfehlungen_homepage_7_09_2_1.pdf), letzter Zugriff 13.04.2011
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *Pflegeforschung verstehen und
anwenden*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Butte, N. F., Hopkinson, J. M., Mehta, N., Moon, J. K., & Smith, E. O.
B. (1999). Adjustments in energy expenditure and substrate
utilization during late pregnancy and lactation. *The American
Journal of Clinical Nutrition*, 69(2), 299-307.
- Chang-Claude, J., Eby, N., Kiechle, M., Bastert, G., & Becher, H.
(2000). Breastfeeding and Breast Cancer Risk by Age 50 among
Women in Germany. *Cancer Causes and Control*, 11(8), 687-695.
- Chantry, C. J., Howard, C. R., & Auinger, P. (2006). Full Breastfeeding
Duration and Associated Decrease in Respiratory Tract Infection
in US Children. *Pediatrics*, 117(2), 425-432.
- Collaborative Group on Hormonal Factors on Breast Cancer (2002).
Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of
individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries,
including 50302 women with breast cancer and 96973 women
without the disease. *The Lancet*, 360(9328), 187-195.

- Cramer, D. W., Titus-Ernstoff, L., McKolanis, J. R., Welch, W. R., Vitonis, A. F., Berkowitz, R. S., et al. (2005). Conditions Associated with Antibodies Against the Tumor-Associated Antigen MUC1 and Their Relationship to Risk for Ovarian Cancer. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 14(5), 1125-1131.
- Dennis, C. (1999). Commentary. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, 15(3), 195-201.
- Dennis, C. (2003). The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: psychometric assessment of the short form. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(6), 734-744.
- Dennis, C. (2006). Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Research in Nursing & Health*, 29(4), 256-268.
- Dennis, C. (2011). Mothering Transitions, from <http://www.cindyleedennis.ca/> letzter Zugriff: 24.08.2011
- Dennis, C., & Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Research in Nursing & Health*, 22(5), 399-409.
- Dennis, K., Tomoyasu, N., McCrone, S. H., Goldberg, A. P., Bunyard, L., & Qi, B. B. (2002). Self-Efficacy Targeted Treatments for Weight Loss in Postmenopausal Women. In E. R. Lenz & L. M. Shortridge-Baggett (Eds.), *Self-Efficacy in Nursing*. New York: Springer.
- Dennis, K. E., & Goldberg, A. P. (1996). Weight control self-efficacy types and transitions affect weight-loss outcomes in obese women. *Addictive Behaviors*, 21(1), 103-116.

- Duden - Das Synonymwörterbuch (Ed.) (2006) (Vols. 4). Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag.
- Duden - Deutsches Universalwörterbuch (Ed.) (2007) Duden - Deutsches Universalwörterbuch (Vols. 6). Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag.
- Duffy, L. C., Faden, H., Wasielewski, R., Wolf, J., Krystofik, D., & Tonawanda/Williamsville Pediatrics (1997). Exclusive Breastfeeding Protects Against Bacterial Colonization and Day Care Exposure to Otitis Media. *Pediatrics*, 100(4).
- Ernährungskommission der österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (2001). Stillen. *Journal für Ernährungsmedizin*, 3(2), 19-24.
- Ernährungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (2011). Stillen, from <http://www.docs4you.at/Content.Node/Vorsorgemedizin/Stillen/stillen.php>, letzter Zugriff: 16.04.2011
- Esberger, M. (2006). *Säuglingsernährung Heute*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Eugster, G., & Both, D. (2009). *Stillen gesund & richtig gut vorbereitet ins Leben starten*. München ; Jena: Elsevier, Urban & Fischer.
- Europäische Kommission Direktorat Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung (2004). *EU Projekt zur Förderung des Stillens in Europa. Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa: Ein Aktionsplan*. Luxemburg.

- Friedrich, J. (2007). Die Bedeutung des Stillens. In C. Geist, U. Harder & A. Stiefel (Eds.), *Hebammenkunde Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (Vol. 4). Stuttgart: Hippokrates.
- Fuchs, R., & Schwarzer, R. (1994). Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 15(3), 141-154.
- Gernhold, U., Ehrensperger-Reeh, P., Laubereau, B., Käfer, M., Wildner, M., & Nennstiel-Ratzel, U. (2008). Prävention des plötzlichen Säuglingstodes: Eine Bayernweite Kampagne. *Gesundheitswesen*, 70(S 1), S29,S33.
- Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S. L., Camargo, C. A., Berkey, C. S., Frazier, A. L., Rockett, H. R. H., et al. (2001). Risk of Overweight Among Adolescents Who Were Breastfed as Infants. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 285(19), 2461-2467.
- Gölz, C., Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1998). Selbstwirksamkeit zu gesunder Ernährung: Erprobung eines Meßinstruments an Patienten mit Fettstoffwechselstörungen. *Journal of Public Health*, 6(1), 34-43.
- Guoth-Gumberger, M., Hormann, E., Mulder-Baalbergen, W., Perl, F. M., Pietschnig, B., Scherbaum, V., et al. (2003). Stillmanagement. In V. Scherbaum, F. M. Perl & U. Kretschmer (Eds.), *Stillen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Heinrichs, M., Neumann, I., & Ehlert, U. (2002). Lactation and Stress: Protective Effects of Breast-feeding in Humans. *Stress*, 5(3), 195-203.
- Hingst, V. (2008). Stillen und kindliche Gesundheit. *Gesundheitswesen*, 70(S1), 1.

- Höfer, S. (2007). Physiologie und Psychologie der Schwangerschaft. In C. Geist, U. Harder & A. Stiefel (Eds.), *Hebammenkunde Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (Vol. 4). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Holler, C. (2000). Die Bedeutung der Ernährung in der Ätiologie und Prävention des Diabetes mellitus. *Journal für Ernährungsmedizin*, 2(2), 24-28.
- Jonas, W. (2006). Oxytocin und seine Rolle beim Stillen. In B. Borrmann (Ed.), *Stillen und Müttergesundheit*. Göttingen: V&R unipress.
- Koch, R. (2007). Geburtsvorbereitung. In C. Mändle & S. Opitz-Kreuter (Eds.), *Das Hebammenbuch Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (Vol. 5). Stuttgart: Schattauer.
- Lev, E. L., Daley, K. M., Conner, N. E., Reith, M., Fernandez, C., & Owen, S. V. (2002). An Intervention to Increase Quality of Life and Self-Care Self-Efficacy and Decrease Symptoms in Breast Cancer Patients. In E. Lenz & L. M. Shortridge-Baggett (Eds.), *Self-Efficacy in Nursing*. New York: Springer
- Liese, A., Hirsch, T., von Mutius, E., Keil, U., Leupold, W., & Weiland, S. (2001). Inverse association of overweight and breast feeding in 9 to 10-y-old children in Germany. *International Journal of Obesity*, 25(11), 1644-1650.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung Methoden, Bewertung, Anwendung*. München [u.a.]: Elsevier, Urban & Fischer.
- Lothrop, H. (2006). *Das Stillbuch* (30 ed.). München: Kösel.

- Lutz, M. (2007). Laktation und Stillen. In C. Mändle & S. Opitz-Kreuter (Eds.), *Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (Vol. 5). Stuttgart: Schattauer.
- Mahler, C., Jank, S., Reuschenbach, B., & Szecsenyi, J. (2009). "Komm, lass uns doch schnell mal den Fragebogen übersetzen" Richtlinien zur Übersetzung und Implementierung englischsprachiger Assessment - Instrumente. *Pflegewissenschaft*, 5-12.
- Michaelsen, K. F. (2008). Breastfeeding and the Infant's Immune System. *Gesundheitswesen*, 70(S 1), S20,S21.
- Nichols, J., Schutte, N. S., Brown, R. F., Dennis, C., & Price, I. (2009). The impact of a self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes. *Health Education & Behavior*, 36(2), 250-258.
- Noel-Weiss, J., Bassett, V., & Cragg, B. (2006). Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(3), 349-357.
- Österreichisches Hebammengremium (2011a). Geburt, from <http://www.hebammen.at/impressum.php> letzter Zugriff: 10.04.2011
- Österreichisches Hebammengremium (2011b). Stillberatung von Hebammen Ernährung im ersten Lebensjahr, from <http://www.hebammen.at/stillen.php>; letzter Zugriff: 15.03.2011

- Perl, F. M., & Zittermann, A. (2003). Auswirkungen des Stillens auf die Gesundheit der Mutter In V. Scherbaum, F. M. Perl & U. Kretschmer (Eds.), *Stillen Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit*. Köln: Deutscher Ärzte- Verlag.
- Pervin, L. A., Cervone, D., & John, O. P. (2005). *Persönlichkeitstheorien*. München: Reinhardt.
- Polit, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P., & Bartholomeyczik, S. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern [u.a.]: Huber.
- Resnick, B. (2008). Theory of Self-efficacy. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing* (Vol. 2, pp. 183-197). New York: Springer.
- Schmelter, A. (2006). Stillen aus anthropologischer Sicht. In B. Borrmann & B. A. Schücking (Eds.), *Stillen und Müttergesundheit*. Göttingen: V&rr unipress.
- Schmitz, G. S., & Schwarzer, R. (2000). Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern: Längsschnittbefunde mit einem neuen Instrument. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 14(1), 12-25.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1995). Self-efficacy and Health Behaviors. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviors* (Vol. 1). Buckingham: Open Universtiy Press.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-efficacy Scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. Windsor: UK: NFER-NELSON.

- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2011). Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), from <http://userpage.fu-berlin.de/~health/germscal.htm>, letzter Zugriff am 28.04.2011
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (Eds.). (2008). *Middle Range Theory for Nursing* (2 ed.). New York: Springer.
- Sousa, V. D., Zauszniewski, J. A., Musil, C. M., Mc Donald, P. E., & Milligan, S. E. (2004). Testing a Conceptual Framework for Diabetes Self-Care Management. *Research and Theory for Nursing Practice*, 18, 293-316.
- Stadelmann, I. (2005). *Die Hebammensprechstunde einfühlsame und naturkundliche Begleitung zu Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit mit Heilkräutern, homöopathischen Arzneien und ätherischen Ölen* (Vol. 1). Ermengerst: Stadelmann.
- Statistik Austria (2010). *Demographisches Jahrbuch 2009*. Wien: Statistik Austria.
- Stuebe, A. M., Rich-Edwards, J. W., Willett, W. C., Manson, J. E., & Michels, K. B. (2005). Duration of Lactation and Incidence of Type 2 Diabetes. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294(20), 2601-2610.
- Stuebe, A. M., & Schwarz, E. B. (2010). The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children. *J Perinatol*, 30(3), 155-162.
- Toschke, A. M., Vignerova, J., Lhotska, L., Osancova, K., Koletzko, B., & von Kries, R. (2002). Overweight and obesity in 6- to 14-year-old Czech children in 1991: Protective effect of breast-feeding. *The Journal of Pediatrics*, 141(6), 764-769.

Unicef (2005). *Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding*. from <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/1990-2005-gb.pdf>, letzter Zugriff 16.04.2011

Unicef (2011). Breastfeeding, from http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html, letzter Zugriff 13.03.2011

van der Bijl, J. J., & Shortridge-Baggett, L. M. (2002). The Theory and Measurement of the Self-Efficacy Construct. In E. Lenz & L. M. Shortridge-Baggett (Eds.), *Self-efficacy in Nursing* (Vol. 1). New York: springer.

Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs (2011a). Die VSLÖ Stillempfehlung, from http://www.stillen.at/stillberatung/materialien/vsloe_stillempfehlung.html, letzter Zugriff 25.08.2011

Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs (2011b). Stillambulanzen: Niederschwelliges Angebot mit großen Chancen, from http://www.stillen.at/aktuelles/news/ausgabe_2008/stillambus_Chance.html letzter Zugriff 10.04.2011

Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs (2011c). Stillberaterinnen, from http://www.stillen.at/stillberatung/eingang_stillberaterinnen.html, letzter Zugriff: 10.04.2011

von Kries, R. (2004). Adipositas bei Kindern in Bayern - Erfahrungen aus den Einschulungsuntersuchungen. *Gesundheitswesen*, 66(Sonderheft 1), 80-85.

- Wagenbichler, P. (1990). Physiologie des Wochenbettes und der Laktation. In G. Martius (Ed.), *Hebammenlehrbuch* (Vol. 5). Stuttgart, New York: Thieme.
- Wells, K. J., Thompson, N. J., & Kloeblen-Tarver, A. S. (2006). Development and psychometric testing of the prenatal breastfeeding self-efficacy scale. *Am J Health Behav*, 30(2), 177-187.
- Williams, R. D., & Stehlin, I. (1997). Breast milk or formula: making the right choice for your baby *An FDA consumer special report: your guide to women's health*. (Vol. 3 ed, pp. 86-92). Rockville, MD: United States Department of Health and Human Services.
- World Health Organisation (2009a). 10 facts on breastfeeding, from <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>, letzter Zugriff:15.03.2011
- World Health Organisation (2009b). Baby-Friendly Hospital Initiative Revised, Updated and Expanded for Integrated Care, from http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf; letzter Zugriff:08.04.2011
- World Health Organisation (2010). Process of translation and adaption of instruments, from http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- World Health Organisation (2011). Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere, from http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/, letzter Zugriff: 08.04.2011

Wutke, K., & Dennis, C. (2007). The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: translation and psychometric assessment. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1439-1446.

Zimbardo, P. G., & Gerring, R. J. (2004). *Psychologie* (16 ed.). München: Pearson Education.

6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitleiste der Entwicklung der Brustdrüse (Lutz, 2007)

Abbildung 2: Durchschnittliche Milchmenge während der ersten Woche post partum (vollstillende Amerikanerinnen) (Biancuzzo, 2005)

Abbildung 3: links: Muttermilch unter dem Mikroskop, rechts: Künstliche Säuglingsnahrung unter dem Mikroskop (Biancuzzo, 2005)

Abbildung 4: Immunfaktoren in der Muttermilch (Michaelson, 2008)

Abbildung 5: Teil des Posters zur Informationskampagne "Wichtige Tipps zum sicheren und gesunden Babyschlaf" (Gernhold, et al., 2008)

Abbildung 6: Intensiver Blickkontakt zwischen Mutter und Kind (Lothrop, 2006)

Abbildung 7: Muttermilch, die natürliche Form der Ernährung eines Kindes bis zum sechsten Lebensmonat (www.eltern.de)

Abbildung 8: "Maternity", Pablo Picasso 1963, WHO 2009 b

Abbildung 9: Reziproker Determinismus nach Zimbardo & Gerring 2004

Abbildung 10: Das Konzept der Selbstwirksamkeit: Selbstwirksamkeitserwartung und Ergebniserwartung nach Bandura (1977, 1997)

Abbildung 11: Skala der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, (Schwarzer & Jerusalem, 2011)

Abbildung 12: Das Konzept der Selbstwirksamkeit: Sportliche Aktivität: Eine mögliche Anwendung im Gesundheitsbereich: Selbstwirksamkeitserwartung und Ergebniserwartung nach Bandura (1997)

Abbildung 13: Schematische Darstellung der Gruppenzuteilung (K. Dennis, et al., 2002)

Abbildung 14: Anwendung der Selbstwirksamkeitstheorie in der Studie von Lev et al. (2002)

Abbildung 15: Theoretischer Rahmen der Selbstwirksamkeit nach Dennis 1999

Abbildung 16: Stillselbstwirksamkeit

Abbildung 17: Der Zusammenhang der Selbstwirksamkeitstheorie und dem Stillen nach Dennis 1999

Abbildung 18: BSES, aus Dennis 2003

Abbildung 19, Tabelle 1: Zusammenhang zwischen Stillselbstwirksamkeitswerten und Ernährungsmodus des Säuglings

Abbildung 20: BSES-SF, aus Dennis 2003

7 Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------------|--|
| BMI | Body Mass Index |
| bzw. | beziehungsweise |
| ESPGHAN | European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition |
| ev. | eventuell |
| g | Gramm |
| IBCLC | International Board Certified Lactation Consultant |
| ISPOR | International Society of Pharmacoeconomics and Outcome Research |
| ml | Milliliter |
| SIDS | Sudden Infant Death Syndrome Plötzlicher Säuglingstod |
| UNICEF | United Nations International Children's Emergency Fund |
| usw. | und so weiter |
| VSLÖ | Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs |
| WHO | World Health Organisation |
| z.B. | zum Beispiel |

8 Anhang

8.1 Inhaltsangabe

Das Hauptaugenmerk dieser Arbeit liegt auf der Darstellung des Zusammenhangs der Selbstwirksamkeit und des Stillens. Die Absicht war ein Fundament für eine deutsche Übersetzung der Still-selbstwirksamkeitsskala nach Dennis zu schaffen. Im ersten Abschnitt wird ein evidenzbasierter Überblick über die Physiologie des Stillens, die Argumente für das Stillen, internationale und nationale Still-empfehlungen und die Stillsituation in Österreich gegeben.

Der zweite Abschnitt beleuchtet den Zusammenhang zwischen dem Stillen und der Selbstwirksamkeit näher. Das Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura, Anwendungen des Konzepts im Gesundheitsbereich, sowie die theoretischen Grundlagen zur Stillselbstwirksamkeit nach Dennis werden beschrieben. Stillselbstwirksamkeit bezeichnet das Vermögen einer Frau Vertrauen in ihre Stillfähigkeit zu haben, sie reflektiert die Annahme der Frau über ihre Fähigkeit zu Stillen. Die Entwicklung der Still-selbstwirksamkeitsskala und ihrer Kurzform werden dargestellt. Neben einer hohen Anwenderinnenfreundlichkeit, weisen die psychometrischen Testergebnisse die Kurzform der Skala, als ein hervorragendes Instrument (a) zur Identifizierung von Müttern mit hohem Risiko zum vorzeitigen Abstillen, (b) zur Entwicklung individueller Unterstützungsmaßnahmen und (c) zur Evaluierung von Interventionen und Entwicklung von Leitfäden in der Beratung von Schwangeren und Stillenden aus. Die Skala wurde bereits in zahlreiche Sprachen übersetzt. Richtlinien für eine evidenzbasierte Übersetzung ins Deutsche und ein Ausblick für die Anwendung der Skala im österreichischen Kontext bilden den Abschluss der Arbeit.

8.2 Abstract

The focus of this thesis is on the description of the correlation between self-efficacy and breastfeeding. The intention was to build a fundament for a German translation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale originally developed by Dennis.

In the first part is given an evidence based overview on the physiology of breastfeeding. International and national recommendations and arguments pro breastfeeding are highlighted as well as the breastfeeding situation in Austria.

The second part points out the connection between breastfeeding and self-efficacy. Bandura's self-efficacy concept, the application of this concept in the health sector as well as the theoretical principals of Dennis's breastfeeding self-efficacy are pointed out. Breastfeeding self-efficacy means the ability of a woman to have self confidence in her breastfeeding skills and reflects a woman's assumption to be able to breastfeed. The development of the Breastfeeding Self-efficacy Scale (BSES) and its short form (BSES-SF) are illustrated. Next to its user-friendliness the BSES-SF is proved to be an excellent instrument to a) identify nursing women with a high risk for early ablactation, b) develop individual support programs and c) to evaluate counselling interventions and guidelines for nursing women.

The BSES-SF has already been translated into several languages and so guidelines for an evidence based translation into German and future prospects for the implementation of the BSES-SF in the Austrian context are given at the end of this thesis.

8.3 Zusätzliche Abbildungen

Anhang: Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität (SSA-Skala)

* Ich bin mir sicher, eine geplante Sportaktivität auch dann noch ausüben zu können, wenn ...

| | gar nicht sicher | 1 | 2 | 3 | vielleicht | 4 | 5 | 6 | ganz sicher | 7 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... ich müde bin. | <input type="checkbox"/> |
| ... Ich mich niedergeschlagen fühle. | <input type="checkbox"/> |
| ... ich Sorgen habe. | <input type="checkbox"/> |
| ... ich mich über etwas ärgere. | <input type="checkbox"/> |
| ... ich mich angespannt fühle. | <input type="checkbox"/> |
| ... Freunde zu Besuch da sind. | <input type="checkbox"/> |
| ... andere Personen mit mir etwas unternehmen wollen. | <input type="checkbox"/> |
| ... meine Familie/mein Partner mich beansprucht. | <input type="checkbox"/> |
| ... Ich niemanden finde, der mit mir Sport treibt. | <input type="checkbox"/> |
| ... schlechtes Wetter ist. | <input type="checkbox"/> |
| ... ich noch viel Arbeit zu erledigen habe. | <input type="checkbox"/> |
| ... ein interessantes Fernsehprogramm läuft. | <input type="checkbox"/> |

(Fuchs & Schwarzer, 1994)

9 Curriculum Vitae



Name: **Pamela Sitter-Trollmann**

Geboren: 17.09.1972 in Wien

Familienstand: verheiratet

Kinder: Sohn, Fridolin 15 Jahre

Staatsbürgerschaft: Österreich

Wohnort: Neusiedl am See

Ausbildung

| | |
|---------------|--|
| seit 10/06 | Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien |
| 12/92 - 12/94 | Bundeshebammenlehranstalt Salzburg Diplom am 1. Dezember 1994 bestanden |
| 06/92 | Multiplikatorin der natürlichen Familienplanung |
| 09/82 - 06/90 | Bundesrealgymnasium 1210 Wien, Ödenburgerstraße 74 Reifeprüfung am 07. Juni 1990 bestanden |
| 09/78 - 07/82 | Volksschule 1020 Wien, Novaragasse 30 |

Berufspraxis

| | |
|---------------|---|
| seit 08/10 | Hauptberuflich Lehrende an der Fachhochschule Campus Wien, Studiengang Hebammen |
| 10/05 – 03/10 | Hebamme im Landeskrankenhaus Korneuburg |
| 02/04 - 09/05 | Hebamme in der Schwangerenambulanz im Allgemeinen Krankenhaus Wien |
| 10/03 - 12/03 | Ordinationsassistentin im Ambulatorium für Pilzinfektionen und andere infektiöse venerodermatologische Erkrankungen Dozent Stary |
| 04/01 - 09/03 | Ausschließlich freipraktizierende Hebamme |
| 07/00 - 04/01 | Hebamme im Krankenhaus Korneuburg sowie freipraktizierende Hebamme |
| Seit 10/98 | Freiberufliche Tätigkeit: Hausgeburten Geburtsbegleitung in der Semmelweis-Klinik und im Krankenhaus Korneuburg ambulante Schwangerschaftsbetreuung ambulante Wochenbettbetreuung Angebot folgender Kurse: Geburtsvorbereitung Rückbildungsgymnastik Aufbauendes Beckenbodentraining |

02/98 Bewilligung zur freiberuflichen Berufsausübung
02/95 - 05/96 Hebamme im Landeskrankenhaus Tulln

Weitere Qualifikationen

Sprachen: Englisch Fachsprache
 Französisch, Grundkenntnisse

Computerkenntnisse: MS Office, Internet, SPSS