

Bonding – kein Platz in der Gebärabteilung?

Störungen in den ersten zwei Lebensstunden

Aleksandra Vasic
S15559693

Natalie Schunko
S15559610

Departement Gesundheit
Institut für Hebammen

Studienjahr: 2015
Eingereicht am: 18.04.2018
Begleitende Lehrperson: Regula Hauser

**Bachelorarbeit
Hebamme**

Abstract

Hintergrund: Bonding ist ein wichtiger Prozess und bezeichnet den Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Neugeborenem. Das Bonding kann durch Hautkontakt und Stillen gefördert werden. In der Praxis kann es durch Störfaktoren zu Unterbrüchen dieser sensiblen Kennenlernphase kommen.

Ziel: Das Ziel ist es, Faktoren aus der Literatur herauszuarbeiten, welche das Bonding nach einer Vaginalgeburt im Spitalsetting bis zwei Stunden postpartal stören. Dadurch sollen Förderungsmassnahmen für das Bonding aufgezeigt werden, um die Hebammen in ihrer täglichen Arbeit und in der Funktion der Gesundheitsförderung zu unterstützen.

Methode: Zur Beantwortung der Fragestellung wird anhand definierter Keywords in verschiedenen Datenbanken recherchiert. Unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien werden vier relevante Studien kritisch analysiert und diskutiert.

Ergebnisse: In der Literatur werden verschiedene Störfaktoren beschrieben, die zu einem Unterbruch des Bondings zwischen Mutter und Neugeborenem führen. Die Routine im Spital und mangelndes Wissen des Fachpersonals sowie der Mutter werden als wesentliche Störfaktoren genannt. Weiter führen gesundheitliche Gründe von Mutter oder Neugeborenem und von der Mutter selbst herbeigeführte Störungen zu Unterbrüchen des Bondings.

Schlussfolgerung: Das Personal sollte sich den potenziellen Störfaktoren bewusst sein und das Bonding fördern. Es ist das gesamte geburtshilfliche Team notwendig. Dadurch kann die Zeit nach der Geburt für Mutter und Neugeborenes optimal gestaltet werden.

Keywords: „Bonding“, „früher Hautkontakt“, „Gebärabteilung“, „Störfaktoren“, „Vaginalgeburt“.

Vorwort

In dieser Bachelorarbeit wird zur Verbesserung der Lesbarkeit die Vorbemerkung nach Pehlke-Milde (2009) übernommen:

„In der vorliegenden Arbeit wurden, in Anlehnung an den Leitfaden zur sprachlichen Gleichbehandlung von Frau und Mann der Universität Zürich (2006), verschiedene sprachliche Möglichkeiten eingesetzt, um einen geschlechtergerechten Sprachgebrauch umzusetzen. Dabei wurden Paarformen (z. B. Ärztinnen und Ärzte), geschlechtsneutrale Ausdrücke (z. B. die Studierenden) und Umformulierungen wenn möglich genutzt, um den Text klar, flüssig und leicht lesbar zu gestalten. Gleichwohl wurde die weibliche Sprachform dann verwendet, wenn es sich bei den aufgeführten Personen und Berufsgruppen ausschließlich um Frauen handelt. So wurde der Begriff Hebamme genutzt, um zu verdeutlichen, dass sich die Untersuchung bewusst auf Hebammen und nicht auf Entbindungspfleger bezieht. Dies geschah nicht, um zukünftige Entbindungspfleger auszuschließen, sondern um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Kompetenzanforderungen an männliche Kollegen in diesem bisher von Frauen dominierten Berufsfeld eine gesonderte Betrachtung erfordern.“

Die Begriffe „Hautkontakt“ und „Haut-zu-Haut Kontakt“ werden als Synonyme verwendet. In dieser Bachelorarbeit versteht sich darunter hauptsächlich der körperliche Kontakt zwischen Mutter und Neugeborenem. Der Hautkontakt zwischen Mutter und Neugeborenem wird als Teil des Bondings angesehen. Der Begriff „Neugeborenes“ bezieht sich auf das Kind nach der Geburt bis zum Alter von vier Wochen und wird mit dem Ausdruck „Kind“ abwechselnd verwendet.

Die Bachelorarbeit richtet sich an Gesundheitsfachpersonen mit medizinischen Grundkenntnissen. Bei Erstnennung sind die im Glossar definierten Fachbegriffe *kursiv* geschrieben. Fachbegriffe, welche mit einem Wort beschrieben werden können, sind im Text in Klammern definiert.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Relevanz für die Praxis	2
1.2	Fragestellung	2
1.3	Ziel	2
1.4	Abgrenzung	2
2	Methodik	4
2.1	Literaturrecherche	4
2.2	Ein- und Ausschlusskriterien	5
3	Theoretischer Hintergrund	6
3.1	Definition Bonding	6
3.2	Hautkontakt und Bonding	7
3.2.1	Auswirkungen von Hautkontakt auf das Neugeborene	7
3.2.2	Auswirkungen von Hautkontakt auf die Mutter	8
3.3	Stillen und Bonding	10
3.4	Sinnesorgane	10
3.5	Bindungshormone	11
3.5.1	Oxytocin	11
3.5.2	Prolaktin	11
3.5.3	Endorphine	11
3.5.4	Adrenalin und Noradrenalin	12
4	Ergebnisse	13
4.1	Studie 1: Sheridan (2010)	13
4.1.1	Studieninhalt	13
4.1.2	Studienergebnisse	13
4.1.3	Würdigung	14
4.2	Studie 2: Niela-Vilén et al. (2017)	15

4.2.1	Studieninhalt	15
4.2.2	Studienergebnisse	15
4.2.3	Würdigung.....	16
4.3	Studie 3: Koopman et al. (2016).....	17
4.3.1	Studieninhalt	17
4.3.2	Studienergebnisse	18
4.3.3	Würdigung.....	19
4.4	Studie 4: Koller Kologeski et al. (2017).....	20
4.4.1	Studieninhalt	20
4.4.2	Studienergebnisse	20
4.4.3	Würdigung.....	21
5	Diskussion	24
5.1	Gegenüberstellung der Studien	24
5.1.1	Untersuchungsgegenstand	24
5.1.2	Ansatz und Design.....	25
5.1.3	Stichprobe.....	25
5.1.4	Setting.....	26
5.1.5	Datenerhebung	27
5.2	Beantwortung Fragestellung.....	27
5.2.1	Spital	27
5.2.2	Mutter.....	29
5.2.3	Gesundheit Neugeborenes	30
5.2.4	Abschliessende Beantwortung der Fragestellung	31
6	Empfehlungen für die Praxis.....	32
6.1	Abläufe verändern	32
6.2	Eltern als Ressource.....	33
6.3	Umgebung anpassen.....	33

6.4 Wissen vermitteln	34
7 Schlussfolgerung	36
7.1 Limitationen	36
7.2 Ausblick	37
Literaturverzeichnis	39
Tabellenverzeichnis	42
Wortzahl	42
Danksagung	43
Eigenständigkeitserklärung	43
Anhang	44
A Glossar	44
B Rechercheprotokoll.....	46
C Studienbeurteilungen.....	49

1 Einleitung

Die Initiative „Babyfreundlich“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF) entwickelte zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen. Schritt vier besagt, es soll unmittelbar nach der Geburt ununterbrochener Hautkontakt zwischen Mutter und Neugeborenem ermöglicht werden. Der Kontakt sollte mindestens eine Stunde dauern oder bis das erste Stillen erfolgt ist (Abou-Dakn, 2016). Die American Academy of Pediatrics empfiehlt ebenfalls den Haut-zu-Haut Kontakt direkt nach der Geburt für mindestens eine Stunde auszuführen (2016).

Die deutsche Initiative „Babyfreundlich“ fokussiert sich auf die Förderung der Bindung als Voraussetzung des Stillens (Abou-Dakn, 2016). Die Förderung des Mutter-Kind Kontaktes und der Beziehung wird als Bonding bezeichnet (Mändle, 2015). Laut Geist (2013) sind die ersten ein bis zwei Stunden nach der Geburt eine sensible Phase, in der Mutter und Neugeborenes besonders empfänglich und aktiv für die erste Kontaktaufnahme sind. Sie sind physiologisch darauf programmiert miteinander zu interagieren und der Kontakt direkt nach der Geburt ist intuitiv (Sunderland, 2007, zit. nach Unicef, 2013). Alle Interventionen, die nicht medizinisch notwendig sind, sollten auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden, um den natürlichen Prozess nicht zu stören (Geist, 2013). Lang (2009) beschreibt die „Unterstützung der Bindung von Geburt an [als] die beste Investition für eine psychisch gesunde Entwicklung des Kindes“ (S. 8). Trotz der bekannten Vorteile und der Empfehlungen der WHO und UNICEF ist ununterbrochener Hautkontakt von einer Stunde oder mehr in den Gebärsälen keine Selbstverständlichkeit (Lang, 2009; Moore, Bergman, Anderson & Medley, 2016). Meist steht der Routineablauf mit Aufgaben wie Messen, Wiegen und Baden des Neugeborenen im Vordergrund und führt zur vorzeitigen Unterbrechung des Kontaktes zwischen Mutter und Neugeborenem (Lang, 2009).

In einer österreichischen Studie von Esberger (2007) wurden Mütter zum Hautkontakt nach der Geburt mit ihrem Kind befragt. Über 80 % der Frauen gaben an, direkt nach der Geburt Hautkontakt erlebt zu haben. Etwa 17 % hatten keinen Hautkontakt mit ihrem Neugeborenen. Die Dauer des Hautkontaktes zeigte beachtliche Differenzen auf. Die meisten Mütter gaben an, ihr Kind zwischen fünf und 15 Minuten nach der Entbindung im Hautkontakt gehalten zu haben. Einige Mütter hatten zwischen 15 und 30 Minuten Hautkontakt mit ihrem Neugeborenen. Nur eine geringe Anzahl der Frauen hatte zwischen 45 und 60 Minuten oder länger Hautkontakt (Esberger, 2007).

Es ist die Aufgabe der Hebammen für eine ungestörte erste Kontaktaufnahme optimale Bedingungen in der Gebärabteilung zu schaffen und das Bonding durch Ruhe, Geduld und gedämpftes Licht zu unterstützen (Brenner, 2015).

1.1 Relevanz für die Praxis

Swissuniversities (2009) beschreibt die Rolle der Hebammen als Health Advocates (Gesundheitsfürsprecher) „um die Gesundheit und die Lebensqualität der Patienten / Klienten sowie der Gesellschaft als Ganzes zu fördern" (S. 25).

Das Geburtserlebnis und die ersten Tage mit dem Neugeborenen stellen einen Teil der Bindungsentwicklung zwischen Eltern und Kind dar. Positive Weichen können in dieser Phase durch rücksichtsvolle Betreuung und Unterstützung gestellt werden (Ottlik, 2014). Das medizinische Fachpersonal, inklusive Hebammen, sollte den Prozess des Bondings unterstützen (Toussaint, 2007) und Sicherheit, Zuwendung, Zeit und Ruhe vermitteln (Geist, 2013). Die Unterstützung des Bondings und des Stillens hat weitreichende Folgen für die Gesundheit von Mutter und Kind. Hebammen nehmen dadurch eine gesundheitsfördernde Rolle ein (Schäfers, 2011). Weiter unterstützen und erhalten sie die Physiologie und die Gesundheit mit ihren Tätigkeiten (swissuniversities, 2009).

1.2 Fragestellung

Aus der geschilderten Problemdarstellung ergibt sich folgende Fragestellung:

„Welche störenden Faktoren auf das Bonding nach einer Vaginalgeburt im Spitalsetting bis zwei Stunden postpartal werden in der Literatur beschrieben?“

1.3 Ziel

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist, Massnahmen aufzuzeigen, um das Bonding zu fördern und die Hebammen bei ihrer täglichen Arbeit in der Funktion der Gesundheitsförderung zu unterstützen. Des Weiteren soll die Bachelorarbeit Hebammen zum Überdenken ihrer Gewohnheiten anregen und ihr Bewusstsein über die Wichtigkeit des Bondings wecken.

1.4 Abgrenzung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Bonding zwischen Mutter und Kind bis zwei Stunden postpartal (nach der Geburt). Die Arbeit beschränkt sich auf die Zeit in der Gebärabteilung im Spital und schliesst die Zeit auf der Wochenbettabteilung aus. Der

Fokus liegt auf dem Bonding nach *Vaginalgeburten* und auf Neugeborenen, welche bei der Mutter in der Gebärabteilung bleiben können. Der *spontane* oder *vaginaloperative Geburtsmodus* kann die *Adaptation* des Neugeborenen beeinflussen, wird in dieser Arbeit jedoch nicht eingegrenzt. Nicht betrachtet werden die *Parität* der Frau und die Geburtsleitung durch Hebammen oder durch ärztliches Fachpersonal. Ausgeschlossen werden Entbindungen per *Sectio caesarea* (Sectio) und das Bonding mit dem Vater oder einer anderen Bezugsperson. Obwohl Mutter und Neugeborenes meist nach einer Sectio im Bonding von Seiten der Hebamme zusätzliche Unterstützung brauchen, liegt der Schwerpunkt dieser Arbeit auf Vaginalgeburten. Ungeachtet der 33.2 % Sectiones in der Schweiz im Jahr 2016 werden zwei Drittel und somit die Mehrheit der Kinder vaginal geboren (Bundesamt für Statistik (BFS), 2018). Es werden Störfaktoren aus der Umgebung beschrieben. Dazu gehören von Hebammen, ärztlichem Fachpersonal, Pflegefachpersonen und von der Mutter oder Familie eigens verursachte Störungen.

2 Methodik

Im folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen dieser Bachelorarbeit beschrieben. Es wird erläutert wie bei der Literaturrecherche vorgegangen und welche Datenbanken und Keywords verwendet wurden. Die Ein- und Ausschlusskriterien werden aufgezeigt, um nachzuvollziehen anhand welcher Kriterien die Studien ausgewählt wurden. Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um ein Literaturreview.

2.1 Literaturrecherche

Die Recherche fand zwischen September und November 2017 in den Datenbanken CINAHL Complete, MEDLINE, MIDIRS Maternity and Infant Care, PsycINFO und PubMed statt. Zu Beginn wurde mit den Keywords „bonding“, „postpartum“ und „midwife“ recherchiert. Aufgrund der nicht relevanten Ergebnisse wurden die Keywords angepasst. Die Suche wurde mit den Keywords „bonding“, „early skin-to-skin contact“, „labour“ und „factors“ fortgeführt. Die Keywords wurden mit den Booleschen Operatoren AND, OR und NOT in verschiedenen Kombinationen angewendet. Das umfassende Rechercheprotokoll ist im Anhang angefügt.

Anfangs wurden die Titel sowie die Abstracts der Ergebnisse gelesen, um geeignete Studien zu erkennen. Die Ein-, Ausschlusskriterien und die Abgrenzung dieser Arbeit wurden bei der Studiauswahl berücksichtigt. In einem zweiten Schritt wurden die ausgewählten Studien ausführlich gelesen und die Relevanz in Bezug auf die Fragestellung nochmals geprüft. Dadurch konnte die Literatur ein weiteres Mal sortiert werden und die vier Studien für die Beantwortung der Fragestellung wurden ausgewählt.

Zwischen Dezember 2017 und Januar 2018 wurde eine weitere Recherche in den Datenbanken CINAHL Complete, Cochrane Library, MEDLINE, MIDIRS Maternity and Infant Care und PsycINFO durchgeführt. Die Resultate dieser Suchläufe ergaben keine neuen Ergebnisse. Während der Recherche ist aufgefallen, dass viele Treffer die Auswirkungen von Bonding und Hautkontakt oder den Einfluss von Hautkontakt auf das Stillen thematisieren. Es wurden keine weiteren Studien eruiert, welche störende Faktoren aus Sicht der Mütter untersuchen. Dies hätte die vorhandenen Studien, die die Sichtweise des Spitalpersonals untersuchen, ergänzt. Die gefundenen Studien aus mütterlicher Sicht handelten um ihre Erfahrungen mit Hautkontakt und nicht um die von ihnen erlebten Störfaktoren.

Ergänzend zu den Datenbanken wurde im Nebis-Katalog und per Handrecherche in der Hochschulbibliothek der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften recherchiert. Die Literaturverzeichnisse von relevanten Quellen wurden für die weitere Suche verwendet. Dieses Vorgehen wird auch als Schneeballsystem bezeichnet. Zur kritischen Beurteilung der Studien wurde die Broschüre „Evidenzbasiertes Arbeiten“ von Stahl (2008) verwendet.

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wird deutsch- und englischsprachige Literatur aus Industrieländern, die mit der Schweiz verglichen werden können. Zudem wird eine Studie aus Brasilien verwendet. Die beschriebenen Handlungsabläufe dieser Gebärabteilung können mit denen in der Schweiz verglichen werden. Ausgeschlossen wird Literatur, die älter als zehn Jahre ist. Weitere Ausschlusskriterien sind unter dem Kapitel Abgrenzung beschrieben.

3 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel wird der Begriff Bonding definiert. Weiter wird auf den Zusammenhang von Hautkontakt und Stillen mit Bonding eingegangen. Die Sinnesorgane und Bindungshormone sind zentrale Aspekte von Bonding und werden ebenfalls erläutert.

3.1 Definition Bonding

Lang (2009) beschreibt Bonding als ein emotionales Band zwischen einem Kind und seinen Eltern. Bonding wird auch Bindung genannt und ist ein dauernder Prozess und für das Neugeborene die erste Beziehung auf die es sich einlässt (Lang, 2009). Dieser Prozess beginnt mit dem Kinderwunsch und dauert über die gesamte Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett (Ottlik, 2014). Die gelungene Bindung bleibt während des gesamten Lebens bestehen (Ross, 2012; Vaughn et al., 2006, zit. nach Young, 2013). Hildebrandt (2011) hält fest: „Denn wir wissen heute, dass das Kind von Anbeginn seiner körperlichen Existenz ein fühlendes Wesen ist und dass jegliche Erfahrung – gut wie schlecht – prägend für sein ganzes weiteres Leben ist.“ (S. 150)

Die Bindung gibt dem Kind Sicherheit, Schutz vor Stress und einen guten Start ins Leben. Diese Faktoren sind wichtig für die Eltern und für das Neugeborene. Das Bonding in den ersten zwei Stunden postpartal wird zudem als ein überlebensnotwendiger Vorgang für das Neugeborene beschrieben (Lang, 2009).

Die Zeit direkt nach der Geburt wird auch als sensible Phase bezeichnet. Die Mutter und das Kind befinden sich in dieser Zeit in einem ruhigen und aufmerksamen Wachzustand (Lang, 2009). Weiter wird von Toussaint (2007) beschrieben, dass der enge Kontakt unmittelbar nach der Geburt eine optimale Voraussetzung ist, um die Entwicklung des Neugeborenen zu unterstützen. Während der sensiblen Phase senden Mutter und Kind Signale, wie zum Beispiel Augenkontakt, welche zu wechselseitiger Interaktion führen (Toussaint, 2007).

Die Bindungsforschung hat herausgefunden, dass das Neugeborene bereits direkt nach der Geburt Fähigkeiten besitzt, welche das Bonding mit seiner Bezugsperson erleichtern (Schäfers, 2011). Hautkontakt und Stillen sind eine Form von Bonding und werden nachfolgend beschrieben.

3.2 Hautkontakt und Bonding

Ainsworth benennt vermehrten körperlichen Kontakt zwischen Mutter und Kind in den ersten sechs Lebensmonaten als ein Merkmal, welches zu einer sicheren Bindung gehört. Durch den Körperkontakt entsteht eine gesunde Entwicklung von Bindung und den Fähigkeiten des Neugeborenen (Ainsworth & Witting, 2003, zit. nach Ottlik, 2014). Drei wichtige Anliegen der Mutter bezüglich Hautkontakt werden von Lang (2009) wie folgt beschrieben. Die Mutter wünscht den Hautkontakt, um den warmen und lebendigen Körper von ihrem Kind spüren zu können. Der Körper soll nackt sein, damit die Mutter sieht, dass das Neugeborene gesund ist und alles vorhanden ist. Weiter möchten die Eltern die Ähnlichkeiten zwischen ihnen und ihrem Kind vergleichen. Der Hautkontakt ermöglicht dem Neugeborenen die Brust selbst zu suchen und zu finden (Lang, 2009). Zusätzlich spürt das Neugeborene den entspannten Körper, das ruhige Nervensystem und den niedrigen Puls der Mutter und kann sich dadurch beruhigen (Amberg, 2016).

3.2.1 Auswirkungen von Hautkontakt auf das Neugeborene

Für ein Ungeborenes ist der Mutterleib der natürliche Lebensraum. Nach der Geburt stellen der Körper und die Brust der Mutter die natürliche Umgebung für das Neugeborene dar. Der Körper übernimmt die Funktion des Uterus (Gebärmutter) und der Plazenta (Mutterkuchen). Er versorgt das Neugeborene mit Wärme, Sicherheit, Nahrung und dient als Unterstützung für eine optimale Sauerstoffversorgung. Zusätzlich ist das Neugeborene in der Nähe des mütterlichen Herzens und ihrer Stimme, wie zuvor im Uterus. Der Körper der Mutter ist für das Kind der Ort, an dem alle seine Bedürfnisse gestillt werden (Phillips, 2013).

Für das Neugeborene hat der Hautkontakt zahlreiche positive Auswirkungen. Die Anpassung an das *extrauterine* Leben wird dem Kind erleichtert, der *Base Excess* gleicht sich schneller aus und Atemprobleme treten seltener auf. Die Kreislaufumstellung geschieht leichter und schneller. Die verbesserte Kreislaufumstellung zeigt sich unter anderem in einer besseren *peripheren* Durchblutung von Kindern in Hautkontakt. Ihre Füße sind im Vergleich zu angezogenen Kindern, die im Arm der Mutter sind, um circa zwei Grad Celsius wärmer (Lang, 2009).

Durch direkten Hautkontakt ist die Körpertemperatur der Kinder nach einer Stunde um durchschnittlich 0.15 Grad Celsius höher als die von Kindern ohne Hautkontakt (Carfoot, 2005, zit. nach Lang, 2009). Weiter wird eine signifikant höhere axilläre Temperatur der

Kinder, die während den ersten 90 Minuten nach der Geburt in Hautkontakt mit ihrer Mutter sind, gegenüber Kindern im Wärmebett beschrieben (Lang, 2009). Die Hauttemperatur der mütterlichen Brust erhöht oder senkt sich und führt so in direktem Hautkontakt zu einer stabilen Temperatur des Neugeborenen (Bergstrom, 2007, zit. nach Lang, 2009).

Zudem hilft der Hautkontakt bei einer raschen Erholung vom Geburtsstress und hat eine beruhigende Wirkung auf das Neugeborene. Die Schreidauer reduziert sich deutlich in den ersten Stunden nach der Geburt (Lang, 2009). Laut Arivabene und Tyrell (2010, zit. nach Young, 2013) verringert sich bei direktem Hautkontakt in der ersten Stunde der Kortisolspiegel im kindlichen Blut. Dies weist auf die Reduzierung von Stress hin. Durch vermindertes Schreien verbrauchen die Neugeborenen weniger Energie und der Blutzuckerspiegel ist konstanter (Lang, 2009; Moore et al., 2016).

Eine weitere Auswirkung von Hautkontakt ist die Förderung der Hirnentwicklung (Phillips, 2013). Im Gehirn eines Neugeborenen sind alle Zellen vorhanden, jedoch wird es erst nach der Geburt vollständig ausgereift. Kontakt, im Sinne von Körperkontakt oder Berührung, und Bewegung sind die wichtigsten Sinne für eine normale Hirnentwicklung (Prescott, 1975, zit. nach Phillips, 2013). Hautkontakt unterstützt die Ausreifung des Gehirns durch Aktivierung und Reifung der Amygdala. Die Amygdala, auch Mandelkern genannt, befindet sich im Zentrum des Gehirns. Sie ist Teil des *limbischen Systems* und für Emotionen, Erinnerungen und die Aktivierung des *sympathischen Nervensystems* zuständig. In der Hirnstruktur findet während den ersten zwei Monaten nach der Geburt ein wesentlicher Reifungsprozess statt (Schore, 2001, zit. nach Phillips, 2013).

3.2.2 Auswirkungen von Hautkontakt auf die Mutter

Hautkontakt hat auch auf die Mutter positive Auswirkungen. In einer Studie wurde die Saugtechnik von Neugeborenen beim ersten Stillversuch untersucht. Diese zeigte, dass Kinder, welche die ersten zwei Stunden in Hautkontakt mit der Mutter verbrachten, eine bessere Saugtechnik hatten. Der erste Stillversuch war durch die bessere Saugtechnik häufiger erfolgreich im Vergleich zu Neugeborenen, die eingewickelt bei der Mutter waren (Moore, Anderson & Bergman, 2007, zit. nach Lang, 2009).

Gemäss Moore et al. (2016) hat der postpartale Hautkontakt auch positive Auswirkungen auf das weitere Stillen während den ersten vier Monaten. Verglichen mit Frauen, die nach der Geburt keinen Hautkontakt hatten, sondern deren Neugeborenes eingewickelt oder

angezogen wurde, stillten mehr Frauen nach ein bis vier Monaten. Zusätzlich war die Gesamtstilldauer länger und ausschliessliches Stillen vom Zeitpunkt der Spitalentlassung bis einen Monat danach und von sechs Wochen bis sechs Monaten postpartum häufiger. Hautkontakt führt auch zu einer grösseren Aufmerksamkeit der Mutter für die Bedürfnisse ihres Neugeborenen (Winberg, 2005) und zu gesteigertem mütterlichen Verhalten (Phillips, 2013). Die Mütter sprechen während des Stillens vermehrt mit ihren Kindern, wenden sich ihnen liebevoll zu und berühren sie (Winberg, 2005). Negative Gefühle wie Angst oder Stress werden durch die Ausschüttung von Oxytocin während des postpartalen Bondings reduziert (Feldman, Gordon & Zagoory-Sharon, 2011, zit. nach Baber, 2015). Der frühe Kontakt und die damit verbundene Oxytocinausschüttung wirken zudem kontrahierend auf den Uterus wodurch sich die Plazenta besser lösen kann. Zusätzlich wird das Risiko für postpartale Blutungen aus der Plazentahaftstelle oder eine *Uterusatonie* verringert. Oxytocin wirkt ebenfalls präventiv gegenüber mütterlichen Depressionen (Lang, 2009).

Zusammenfassend lassen sich folgende positiven Auswirkungen von Hautkontakt festhalten:

Neugeborenes

- physiologische Stabilität
 - Körpertemperatur
 - Blutzuckerspiegel
 - Herzkreislauf
 - Ausgleich Base Excess
- Beruhigung
 - Erholung von Geburt
 - vermindertes Schreien
- geförderte Hirnentwicklung

Mutter

- Stillen
 - erfolgreicherer erstes Stillen
 - verlängerte Stilldauer
- gesteigertes mütterliches Verhalten
- Reduzierung negativer Gefühle

3.3 Stillen und Bonding

Stillen und Bonding werden in einer gegenseitigen Abhängigkeit beschrieben. Während des Stillens entsteht eine tiefe Bindung zwischen Mutter und Kind (Lang, 2009). Direkter Hautkontakt nach der Geburt hat laut Moore et al. (2016) einen positiven Einfluss auf die Stilldauer. Mit der Unterstützung des Stillens und des Bondings durch eine Hebamme wird die Gesundheit von Mutter und Kind beeinflusst. Die Eltern werden auch in ihrer Fähigkeit mit dem Neugeborenen umzugehen, gestärkt (Schäfers, 2011). „Bonding ist die beste Stillförderung – Stillen ist die beste Bondingförderung!“ (Lang, 2009, S. 85)

Die Hormone Oxytocin, Prolaktin und die Endorphine haben wichtige Wirkungen beim Stillen und einen Einfluss auf das Bonding (Lang, 2009). Auf die Hormone wird in einem separaten Kapitel eingegangen.

3.4 Sinnesorgane

Die Sinne des Kindes sind speziell dafür ausgerichtet, Reize von anderen Menschen und vor allem von seiner Bezugsperson wahrzunehmen (Toussaint, 2007). Lang (2009) beschreibt, dass für eine erfolgreiche Bindung nebst dem Fühlen (Hautkontakt) auch die weiteren vier Sinne von Bedeutung sind. Die Sinnesorgane des Neugeborenen sind bereit für die Interaktion mit der Mutter. Aufgrund der vergrößerten Pupillen wirken die Augen des Neugeborenen auf die Mutter anziehend. Die Pupillen vergrößern sich durch einen erhöhten Noradrenalin Spiegel (Lang, 2009). Der Blickkontakt dient dazu, einen Dialog zwischen Mutter und Kind herzustellen (Toussaint, 2007). Weiter kann bereits der *Fetus intrauterin* die Stimme der Mutter und des Vaters wahrnehmen (Lang, 2009). Nach der Geburt erkennt das Kind die Stimmen seiner Eltern, welche beruhigend wirken und die Bindung unterstützen. Auch der Geruchs- und Geschmackssinn spielen eine wichtige Rolle in Bezug auf die Bindung und das Stillen. Die Montgomery-Drüsen sind Erhebungen der Areola mammae (Warzenhof) und produzieren ein Sekret, welches einen ähnlichen Geruch wie das Fruchtwasser hat. Die Erinnerung an das Fruchtwasser gibt dem Neugeborenen eine Orientierung die Brust zu finden. Zudem erkennt das Kind durch den Geschmack des *Kolostrums* seine Mutter. Die Sinne des Neugeborenen sind somit wichtig für den Beziehungsaufbau von Mutter und Kind (Lang, 2009).

3.5 Bindungshormone

Die Hormone Oxytocin, Prolaktin, die Endorphine, Adrenalin und Noradrenalin haben einen unterstützenden Einfluss auf die Bindung (Lang, 2009). Der hohe Hormonspiegel während und nach der Geburt ist eine optimale Voraussetzung, damit eine Bindung entstehen kann (Ottlik, 2014). Nachfolgend werden die für die Bindung relevanten Hormone und deren Wirkungen beschrieben.

3.5.1 Oxytocin

Die Wehen während der Geburt, der direkte Hautkontakt zwischen Mutter und Kind postpartal und das Saugen des Neugeborenen an der Brust begünstigen eine natürliche Oxytocin Ausschüttung. Das Hormon Oxytocin hat nach der Geburt den höchsten Spiegel im Blut erreicht. Mutter und Kind werden durch die Wirkung des Oxytocins entspannt, verspüren keinen Stress und haben die Fähigkeit miteinander zu interagieren (Lang, 2009). Oxytocin gilt als das wichtigste Bindungshormon.

3.5.2 Prolaktin

Ein weiteres wichtiges Hormon ist das Prolaktin. Dieses Hormon zeigt eine ähnliche Wirkung wie das Oxytocin. Auch Prolaktin senkt das Stresshormon Kortisol und somit steigt die Stresstoleranz. Eine bindungsfördernde Wirkung von Prolaktin ist die Steigerung des intuitiven mütterlichen Verhaltens, das mit dem Kind in Einklang gebracht wird (Lang, 2009).

3.5.3 Endorphine

In der Literatur werden die Begriffe Endorphine und Beta-Endorphine nicht einheitlich verwendet. Im Zusammenhang mit Bonding werden vorwiegend Beta-Endorphine beschrieben. Lang (2009) definiert Endorphine als endogene (körpereigene) *Opioid*e. Diese wirken schmerzlindernd und positiv auf die Bindung. Während der Geburt werden die Endorphine mit der Stimulation von Oxytocin ausgeschüttet. Nach der Geburt weist das Kolostrum einen hohen Endorphinspiegel auf, um das Kind auf die Muttermilch zu prägen. Wenn eine Frau unter der Geburt Schmerzmittel benötigt, reduzieren sich die endogenen Endorphine (Lang, 2009). Daraus lässt sich schliessen, dass durch eine vorgeburtliche Schmerzmitteleinnahme der Endorphinspiegel im Kolostrum nach der Geburt vermindert ist.

3.5.4 Adrenalin und Noradrenalin

Adrenalin und Noradrenalin werden hauptsächlich in der Austreibungsphase, der letzten Phase der Geburt, produziert und wirken auf die Ausschüttung von Oxytocin. Noradrenalin bewirkt beim Neugeborenen eine Vergrößerung der Pupillen und das weite Öffnen der Augen. Dies ist ein Signal für die Mutter und zeigt ihr, dass das Neugeborene für den Blickkontakt bereit ist. Der Blickkontakt unterstützt die Bindung. Bei der Mutter wirken sich Adrenalin und Noradrenalin auf die Wachheit und Energie aus. Dies führt zu einer mütterlichen Bereitschaft für das Bonding (Lang, 2009).

4 Ergebnisse

Für die Beantwortung der Fragestellung werden vier Studien verwendet. In diesem Kapitel werden sie zusammengefasst und die relevanten Ergebnisse dargestellt. Die kritische Beurteilung findet sich nach den Ergebnissen der jeweiligen Studie. Die Würdigung erfolgt anhand der Leitfragen von Stahl (2008). Die detaillierte Beurteilung der Studien liegt im Anhang bei. Am Ende des Kapitels sind in Tabellen die Studien (Tabelle 1) und die Ergebnisse der Studien (Tabelle 2) zusammenfassend dargestellt.

4.1 Studie 1: Sheridan (2010)

„Organisational culture and routine midwifery practice on labour ward: implications for mother-baby contact“ von Sheridan (2010)

4.1.1 Studieninhalt

Die Studie untersucht die Organisationskultur in zwei britischen Geburtsstationen bezogen auf den Mutter-Kind Kontakt und das Stillen. Das Ziel der Studie ist es, Ansichten und Erfahrungen der Mütter, das Wissen, die Meinung und Praktiken der Hebammen und die Organisationskultur zu untersuchen. Mittels eines ethnografischen Designs wurde die Studie durchgeführt. 51 Hebammen und 50 Frauen mit einer risikoarmen Einlingsschwangerschaft, Normalgeburt am *Termin* und dem Wunsch zu stillen wurden in die Stichprobe eingeschlossen. Das Auswahlverfahren fand fortlaufend und zielgerichtet statt. Die Daten wurden mittels Beobachtungen während der ersten Stunde nach der Geburt erhoben. Mit dem Ziel, die Gespräche und das Verhalten von den Teilnehmenden zu erfassen. Zudem wurden semistrukturierte Interviews mit den Müttern und Hebammen durchgeführt, um ihre Perspektiven zu erfahren. Die Autorin stellt fest, dass die Arbeitskultur in den beiden untersuchten Stationen nicht evidenzbasiert und nicht förderlich für einen ununterbrochenen Mutter-Kind Kontakt ist. Mehrheitlich sind es Hebammenroutinen, die zu einem unterbrochenen Kontakt führen. Um dies zu verbessern, ist es laut der Autorin nötig, sich der Wichtigkeit und Einzigartigkeit der nachgeburtlichen Zeit bewusst zu sein und mehr Wert darauf zu legen.

4.1.2 Studienergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass Mutter-Kind Kontakt meist sofort oder bald nach der Geburt, durchschnittlich nach acht Minuten, stattfindet. Den meisten Müttern wurde der Kontakt, den sie mit ihrem Neugeborenen wollten, ermöglicht. Insgesamt waren sich Mütter und

Hebammen einig, dass der Wunsch der Mütter nach unmittelbarem Kontakt zu ihrem Neugeborenen ermöglicht werden sollte. In fast allen Beobachtungen wurde der Kontakt jedoch unterbrochen, manchmal sogar mehr als einmal und für unterschiedlich lange Perioden. Verschiedene Gründe führten zu einem Unterbruch oder zu verzögertem Erstkontakt. Dies war meistens die Erledigung von Aufgaben, insbesondere Wiegen des Kindes oder die Untersuchung durch ärztliches Fachpersonal der *Neonatologie*. Dieser Unterbruch wurde oft genutzt um das Neugeborene anzuziehen und somit fand danach kein Hautkontakt mehr statt. Einige Mütter lehnten unter anderem wegen ihres Zustands, während der Plazentaperiode oder der Versorgung der Geburtsverletzung den Kontakt ab. Andere wollten das Kind dem Vater geben oder es erst nach dem Waschen und Anziehen halten.

4.1.3 Würdigung

Das ethnographische Design ist für das Studienziel passend gewählt. Die Validität der Forschungsergebnisse wird durch Triangulation sichergestellt indem Sheridan (2010) unterschiedliche Methoden und Quellen zur Datenerhebung verwendet hat. Zudem bereichern die verschiedenen Perspektiven auf das Phänomen durch Beobachtungen und Interviews die Daten. Die Forscherin berücksichtigt die Gefahr von Selbstinterpretation bei der Beobachtung, was die Validität der Daten beeinflussen kann. Um die Gültigkeit zu erreichen, werden semistrukturierte Interviews durchgeführt. Es sind somit relevante Instrumente für die Datenerhebung gewählt worden. Das Vorgehen in der Studie weist auf eine methodische Offenheit hin. Eine weitere Stärke ist die zielgerichtete und fortlaufende Stichprobenauswahl. Zudem ist die Stichprobengröße für den Mixed-Methods-Ansatz geeignet. Das Setting ist für den Untersuchungsgegenstand passend gewählt. Die Qualität der Datenauswertung zeigt sich, indem eine repräsentative Stichprobe durch zwei unabhängige leitende Forschende auf die Zuverlässigkeit geprüft wurde und die Daten codiert und wiedergelesen wurden. Die gebildeten Kategorien werden durch passende Zitate untermauert. In der Schlussfolgerung finden sich realistische und umsetzbare Empfehlungen für die Praxis.

Schwächen und Unklarheiten der Studie werden nachfolgend dargestellt. Die quantitativ erhobenen Daten sind als deskriptive Statistik aufgezeigt. Die Berechnung dieser wird jedoch nicht genauer erläutert, was als negativ bewertet wird. Weshalb 27 Frauen und acht Hebammen die Teilnahme abgelehnt haben, ist in der Studie nicht ersichtlich.

Es besteht die Möglichkeit, dass die Absagen und die Gründe dafür die Ergebnisse der Studie beeinflussen. Eine weitere Schwäche der Studie liegt in der Stichprobe. 130 Frauen wurden eingeladen und nach Abzug der Absagen verbleiben 103 Frauen. Die Stichprobe umfasste jedoch nur 50 Frauen. Was mit den übrigen 53 Frauen war, ist nicht klar. Eine Ausfallrate und die Verifizierung der Daten durch die Teilnehmer beschreibt die Autorin nicht.

4.2 Studie 2: Niela-Vilén et al. (2017)

„Hospital routines promote parent–infant closeness and cause separation in the birthing unit in the first 2 hours after birth: A pilot study“ von Niela-Vilén, Feeley & Axelin (2017)

4.2.1 Studieninhalt

In der Studie wird die Nähe und Trennung zwischen Eltern und Kind auf einer Geburtsstation aus Sicht der Mitarbeitenden untersucht. Das Ziel ist es, herauszufinden welche Faktoren in den ersten zwei Stunden postpartal Nähe fördern oder zu einer Trennung führen. Die deskriptive Pilotstudie wurde in einem Universitätsspital in Finnland im Dezember 2014 durchgeführt. Die jährliche Geburtenzahl der Station beträgt über 4'000 und früher Haut-zu-Haut Kontakt ist üblich. Nach der Geburt verbleiben Mutter und Neugeborenes zwei Stunden auf der Geburtsstation bevor sie auf die Wochenbettstation verlegt werden. In jeder Schicht ist eine Hebamme oder eine Pflegehilfsperson für die Säuglingspflege zuständig und somit bei jeder Geburt anwesend.

Alle 34 Angestellten der Geburtsstation waren zur Studie zugelassen. Bei der zielgerichteten Auswahl der Stichprobe wurde die für die Säuglingspflege zuständige Person ausgewählt und es wurde auf unterschiedliche Arbeitserfahrungen sowie Teilnehmende, die in allen drei Schichten arbeiteten, geachtet. Mittels einer mobilen Applikation erhoben 14 Angestellte die Daten. Die Wahrnehmung der Teilnehmenden bezüglich der von ihnen beobachteten Situationen zwischen Eltern und Kind stand im Fokus. Nach Einordnung einer Situation in „Nähe“ oder „Trennung“ wurde eine kurze Beschreibung der Situation mittels Tonaufnahme gespeichert.

4.2.2 Studienergebnisse

Elf Hebammen und drei Pflegehilfspersonen nahmen während 20 Arbeitsschichten an der Studie teil. Es wurden 85 Situationen von Nähe und 52 Trennungen aufgezeichnet. Die Mutter-Kind Nähe nach der Geburt zu ermöglichen, ist das primäre Ziel der

Teilnehmenden. Als Nähe wird meist Haut-zu-Haut Kontakt genannt. Augenkontakt und *Rooming-in* beschreiben wenige Hebammen und Pflegehilfspersonen. Der Hauptgrund für Nähe ist ein gesundes, waches Neugeborenes in gutem Zustand und die Routinepraxis auf der Station.

Die Nähe zwischen Vater und Kind ist das sekundäre Ziel der Teilnehmenden und kommt bei Sectiones oder Geburtskomplikationen zur Anwendung. Dies stellt gleichzeitig eine Trennung von Mutter und Kind dar. Nach einer Vaginalgeburt wird das Neugeborene nur nach dem ersten Stillen dem Vater übergeben, wenn die Mutter isst oder duschen geht.

Die Erhebungen zeigen weiter, dass die Spitalroutine und die Gesundheit des Neugeborenen Vorrang gegenüber der Nähe zur Mutter haben. Alle Kinder wurden nach dem Erstkontakt mit der Mutter und dem Stillen zu irgendeinem Zeitpunkt von ihr getrennt. Dies für Körper-, Temperatur- und Sauerstoffmessungen. Die Gesundheit des Kindes stellte den Hauptgrund für eine Trennung dar. Der Gesundheitszustand der Mutter oder ihre Erschöpfung gilt manchmal als Bedrohung für das Neugeborene und hat eine Trennung zur Folge. Hauptsächlich wird Nähe und Trennung durch das Personal initiiert. Wenige Trennungen und keine Situationen von Nähe, die durch die Eltern veranlasst wurden, sind beschrieben worden.

4.2.3 Würdigung

Der qualitative Forschungsansatz ist geeignet, um die Wahrnehmung der Teilnehmenden zu erfassen. Die deskriptive Pilotstudie ist als Studiendesign angemessen. Denn für die Untersuchung ist keine Zuteilung in eine Interventions- und Kontrollgruppe nötig, die Studie wird mit einer kleinen Gruppe durchgeführt und die Ergebnisse sind beschreibend. Das Setting und die Stichprobenauswahl sind passend. Niela-Vilén et al. (2017) beschreiben eine erreichte Datensättigung. Eine weitere Stärke der Studie ist die Instruktion zur Datenerhebung, die die Forscherin Niela-Vilén den Teilnehmenden gegeben hat. Die Datenanalyse ist transparent beschrieben und eine zweite Forscherin hat die anfängliche Analyse bestätigt. Die Zitate im Ergebnisteil unterstützen die gebildeten Kategorien.

Als Schwäche kann die fehlende Definition von Situationen, die als „Nähe“ oder „Trennung“ gelten, angemerkt werden. Dies kann zu einer Datenverzerrung führen. Die Autorinnen zeigten den Teilnehmenden als Nähe die Beispiele Hautkontakt und Halten des Kindes auf und für Trennung die Beendigung von Hautkontakt oder Pflege im

Inkubator (Brutkasten). Sie ermutigten die Teilnehmenden selbst zu entscheiden, welche Situationen sie aufnehmen und wie sie sie einordnen. Eine Schwäche liegt zudem bei der Verifizierung der Daten. Sie wurden nicht an die Teilnehmenden zurückgegeben. Für die Interpretation der Ergebnisse wären Informationen über die beobachteten Mütter und Neugeborenen nützlich. Denn der Geburtsmodus, die Reife (Termin-, *Frühgeburt*) und der Gesundheitszustand des Kindes haben einen Einfluss darauf, wie die postpartale Zeit in der Gebärabteilung und der Mutter-Kind Kontakt gestaltet wird. Die Mütter und Neugeborenen blieben allerdings anonym und wurden nicht über die Studie informiert. Die nicht erhobenen Merkmale begründen die Forscherinnen durch den Fokus der Studie auf die Praxis des Personals. Die ermittelten Merkmale der Teilnehmenden werden im Ergebnisteil aufgezeigt, fließen jedoch nicht in die Auswertung mit ein. Das kann als Nachteil bei der Datenverarbeitung angesehen werden. Weiter fehlen bei den durch Eltern initiierten Trennungen die Gründe. Es wird nur durch ein Zitat eine Begründung genannt. Eine Schwäche der Studie ist weiter die limitierte beobachtete Zeitspanne, denn Mutter und Kind werden nach zwei Stunden verlegt. Dieser Umstand führt automatisch dazu, dass sie in diesen zwei Stunden für Vorbereitungen für die Verlegung getrennt werden. Positiv zu werten sind die von den Autorinnen der Studie genannten Limitationen. Sie vermerken die begrenzte Zeitspanne und die eher geringe Stichprobengröße. Eine weitere genannte Limitation ist das Wissen der Teilnehmenden über den Fokus der Studie. Ihr Wissen und die ihnen vorgelegten Beispiele für „Nähe“ und „Trennung“ könnten die Interpretation der Ereignisse zusätzlich beeinflusst haben.

4.3 Studie 3: Koopman et al. (2016)

„Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives“ von Koopman, Callaghan-Koru, Alaofin, Argani & Farzin (2016)

4.3.1 Studieninhalt

In der Studie werden Schlüsselfaktoren, welche ungestörten frühen Haut-zu-Haut Kontakt beeinflussen, aus Sicht des Spitalpersonals untersucht. Betrachtet wird Hautkontakt mit gesunden Termingeborenen sofort nach der Geburt bis zu einer Stunde oder bis zum ersten Stillen. Das Ziel ist ein besseres Verständnis von der Praxis zu erhalten und die Umsetzung von frühem Hautkontakt als Standard zu erleichtern. Die explorative Studie wurde in einem der Universität angeschlossenen Gemeindekrankenhaus in den

Vereinigten Staaten von Amerika durchgeführt. Das Personal der Geburtshilfe und Gynäkologie Abteilung wurde zu Hautkontakt nach Vaginalgeburten und nach Sectiones befragt. Da das Personal der Neugeborenen Intensivstation bei einer Sectio anwesend ist, wurden sie nur zum Hautkontakt nach Sectiones befragt. Die medizinischen Fachpersonen wurden persönlich angefragt und die, die der Studie zustimmten, sind eingeschlossen worden. Bezüglich Vaginalgeburten wurden fünf Pflegefachpersonen und eine Ärztin befragt. Die Daten wurden zwischen September und Oktober 2014 mittels semistrukturierten Interviews während der Arbeitszeit erhoben. Der Interviewleitfaden beinhaltete die Kernthemen „aktuelle Praxis im Spital“, „Erfahrung“, „Meinung“, „beeinflussende Faktoren der Ausübung“ (fördernde und hindernde) und „Umsetzung“ in Bezug auf frühen Hautkontakt.

4.3.2 Studienergebnisse

Alle Teilnehmenden empfanden frühen Haut-zu-Haut Kontakt als wichtig und förderlich. Die Sichtweisen bezüglich des Umfangs, wie Hautkontakt im Spital ausgeübt wird, unterschieden sich. Manche bestätigten die Durchführung von frühem Hautkontakt, jedoch hatten sie verschiedene und manchmal falsche Vorstellungen, was früher Hautkontakt beinhaltet. Die Hindernisse für erfolgreichen Hautkontakt nach einer Vaginalgeburt werden nachfolgend in drei Kategorien aufgeteilt.

Institutionelle Faktoren

Institutionelle Barrieren beinhalten ungenügenden Personalbestand und konkurrierende Prioritäten bei der Betreuung. Das Personal ist bei der Geburt mit der Pflege der Mutter ausgelastet. Ihnen ist es daher oft nicht möglich die Sicherheit des Neugeborenen im Hautkontakt zu gewährleisten. Zudem sind die mangelnde Ausbildung des Spitalpersonals über frühen Hautkontakt und ihre Routinearbeit ein Hindernis. Auch intravenöse Infusionen und Überwachungsmassnahmen am Thorax (Brustkorb) der Mutter hindern den Hautkontakt.

Familiäre Faktoren

Die Auffassung der Befragten, dass manche Mütter kein Interesse an frühem Hautkontakt zeigen, wird als familiäre Erschwernis genannt. Weiter hindert der Wunsch einiger Mütter, das Kind zuerst zu waschen, den Kontakt.

Umsetzung

Ein Hindernis bei der Umsetzung von Hautkontakt ist das Fehlen von Richtlinien. Keine Bestimmungen über medizinische Voraussetzungen, die der mütterliche oder kindliche Gesundheitszustand für die Ausführung von Hautkontakt erfüllen muss, sind erschwerend.

4.3.3 Würdigung

Die qualitativ, explorative Methode der Studie ist für das Forschungsziel aufgrund des relativ unbekanntes Untersuchungsgegenstandes passend gewählt. Koopman et al. (2016) beabsichtigen spezifische Herausforderungen des praktischen Handelns in ihrer Untersuchung anzugehen, wodurch der pragmatische Ansatz begründet wird. Praktisches Handeln steht beim Pragmatismus im Vordergrund. Eine weitere Stärke liegt in der Abgrenzung des Themas. Die Teilnehmenden wurden im Interview nochmals auf den Fokus auf gesunde Termingeborene aufmerksam gemacht. Eine klare Trennung des Geburtsmodus in die Kategorien Vaginalgeburt und Sectio erfolgte während der Datenerhebung, der Datenanalyse und in den Ergebnissen. Die Datenanalyse und Entwicklung der Kategorien sind transparent und die gewählten Zitate sind mit Zusatzinformationen, wie Abteilung und Berufserfahrung, unterlegt. Die Ergebnisse werden mit weiteren Studienerkenntnissen ergänzt, wodurch angemessene und umsetzbare Handlungsempfehlungen entstehen.

Eine Schwäche der Studie liegt in der mangelnden Definition des Untersuchungsgegenstandes. Der Zeitraum, auf den sich die Studie postpartal bezieht, wird nicht klar definiert. Es ist lediglich in der Einleitung durch die Empfehlungen der Initiative „Babyfreundlich“ ersichtlich, worauf sich früher Hautkontakt bezieht. Zudem wurden die Daten weder durch die Befragten noch durch eine weitere Forscherin verifiziert. Weiter fehlen Angaben über das Spital, wie Geburtenzahl oder der Personalbestand der Abteilung. Ohne diese Informationen kann der Kontext, in welchem die Studie durchgeführt wurde, nicht vollständig betrachtet werden. Weiter ist das Setting für das Erreichen des Studienziels nicht ideal, da das Spital keine Zertifizierung „Babyfreundlich“ aufweist und früher Hautkontakt zur Zeit der Datenerhebung erst eingeführt wurde und keine Routine war.

Positiv anzufügen sind die Limitationen der Forscherinnen. Sie beschreiben die Grenzen der Studie aufgrund des Settings, der kleinen Stichprobengröße und der zeitlich

beschränkten Interviewdauer durch viel Arbeit auf der Abteilung. Zudem ist die Sicht des Spitalpersonals nur ein Teilaspekt und die Sicht der Eltern ein weiterer wichtiger Aspekt.

4.4 Studie 4: Koller Kologeski et al. (2017)

„Skin to skin contact of the newborn with its mother in the perspective of the multiprofessional team“ von Koller Kologeski, Strapasson, Schneider & Renosto (2017)

4.4.1 Studieninhalt

In dieser Studie wird die Wahrnehmung von den Fachpersonen aus einem multiprofessionellen Team bezüglich frühem Hautkontakt zwischen Mutter und Kind nach der Geburt untersucht. Für die Erreichung des Ziels wurde ein qualitativer Ansatz mit explorativem, deskriptivem Studiendesign gewählt. Die Studie wurde in einem öffentlichen Spital in Rio Grande do Sul in Brasilien durchgeführt. Die Einschlusskriterien waren, dass die Teilnehmenden älter als 18 Jahre alt sind, mehr als ein Jahr in der Gebärabteilung gearbeitet haben und Fachpersonen aus dem multiprofessionellen Team sind.

Ausgeschlossen wurden Personen, welche während der Zeit der Datenerhebung abwesend oder in gekündigter Anstellung waren und diejenigen, die die Teilnahme abgelehnt haben. Die Stichprobe setzte sich aus fünf Personen aus dem ärztlichen Dienst, und zehn Personen aus dem Pflegepersonal zusammen. In der Zeit zwischen Januar und Februar 2015 wurden semistrukturierte Interviews durchgeführt, um die Daten anhand fünf Leitfragen zu erheben. Die Leitfragen beinhalteten die Schwerpunkte „Sichtweise“, „Schwierigkeiten in der Umsetzung“, „unterstützende Faktoren“, „Vorteile“ und „Beiträge der Mitarbeiter“. In der Schlussfolgerung wird aufgezeigt, dass Haut-zu-Haut Kontakt zwischen Mutter und Neugeborenem in diesem Spital während der Untersuchung ausgeführt wurde.

4.4.2 Studienergebnisse

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Schwierigkeiten in der Umsetzung von Hautkontakt. Einerseits sind die Fachpersonen durch Routinearbeit, die im Vordergrund steht, daran gehindert den Hautkontakt zwischen Mutter und Kind bald nach der Geburt zu ermöglichen. Weiter spielt der Geburtsmodus eine Rolle, denn bei Sectiones ist der Hautkontakt zusätzlich erschwert. Der Betreuungsbedarf und die reduzierte Anzahl von Fachpersonen, um Mutter und Neugeborenes zu unterstützen, ist eine zusätzliche Schwierigkeit. Die Fachleute setzen ihr Wohlbefinden in den Vordergrund und vernachlässigen dadurch die Unterstützung des Hautkontakts. Mütter führen aufgrund

mangelnder Informationen in der Schwangerschaftsvorsorge weniger Hautkontakt mit ihren Neugeborenen aus.

4.4.3 Würdigung

Das Ziel der Studie sowie die Forschungsfrage sind klar formuliert. Der qualitative Ansatz ist geeignet, um die Sichtweise der Befragten zu erfassen. Das explorative, deskriptive Design ist für das Studienziel passend gewählt, da mit der Untersuchung ein besseres Verständnis der Thematik erlangt werden soll und die Ergebnisse deskriptiv sind. Eine weitere Stärke der Studie sind die Ein- und Ausschlusskriterien und die Stichprobengröße von 15 Teilnehmenden, die aufgrund des Gaskell's Konzept gewählt wurde. Die Wahrnehmung der Teilnehmenden wird anhand eines Interviewleitfadens erfasst. Die Methode ist korrekt gewählt, um die Validität zu erreichen. Die Resultate werden durch Zitate unterlegt und mit übersichtlichen Titeln klar und verständlich aufgezeigt. Eine Stärke in der Schlussfolgerung ist die Relevanz für die Praxis und die Umsetzbarkeit der Vorschläge.

Eine Schwäche der Studie zeigt sich in der Beschreibung des Settings. Die Autorinnen nennen das Spital, in welchem die Untersuchung durchgeführt wird. Es gibt jedoch keine Angaben über die Geburtenzahl, den Personalbestand und ob das Spital die Zertifizierung „Babyfreundlich“ hat. Diese Merkmale würden mehr Einblick in das Setting geben. Um das Forschungsziel zu erreichen, ist das Setting passend gewählt. Eine wesentliche Schwäche dieser Studie ist das nicht beschriebene Auswahlverfahren. Es ist nicht ersichtlich, ob eine zielgerichtete Auswahl stattgefunden hat. Für die Datenanalyse wurde die für qualitative Studien geeignete Inhaltsanalyse gewählt. Das Vorgehen bei der Datenanalyse ist nicht weiter beschrieben. Die Ergebnisse und Schlussfolgerung können dadurch nicht vollständig nachvollzogen werden, was eine weitere Schwäche der Studie aufzeigt. Ob die Daten durch die Forschenden auf ihre Zuverlässigkeit geprüft wurden, ist nicht bekannt. Die Ergebnisse sind nicht zur Verifizierung an die Teilnehmenden zurückgegeben worden, was ein Mangel in der Glaubwürdigkeit darstellt. In der Diskussion wird die Wichtigkeit des multiprofessionellen Teams erwähnt und dadurch der Bezug auf die Fragestellung angedeutet. Die Ergebnisse werden nicht bezüglich der Fragestellung interpretiert oder diskutiert. Es werden hauptsächlich Fakten über frühen Hautkontakt, wie die Wichtigkeit und Auswirkungen, beschrieben. Die Inhalte einer Diskussion sind dementsprechend nicht erreicht. Die Autorinnen benennen auch keine Limitationen der Studie oder eigene Fehler.

Tabelle 1: Studienübersicht (eigene Darstellung, 2018)

	Sheridan (2010)	Niela-Vilén et al. (2017)	Koopman et al. (2016)	Koller Kologeski et al. (2017)
Untersuchungsgegenstand	Mutter-Kind Kontakt und Stillen	Eltern-Kind Nähe und Trennung	früher Hautkontakt	früher Hautkontakt
	1 h postpartal	2 h postpartal	1 h postpartal oder bis zum ersten Stillen	30 min postpartal
	risikofreie Einlingsschwangerschaft, Normal-, Termingeburt	alle Geburten, auf der Geburtsstation	gesunde Termingeburt nach Vaginalgeburt und Sectio	alle Geburten
	Hebammen und Mütter	Spitalpersonal	Spitalpersonal	multiprofessionelles Team
Stichprobe	51 Hebammen, 50 Mütter	11 Hebammen, 3 Pflegehilfspersonen	5 Pflegefachpersonen, 1 Ärztin Geburtshilfe & Gynäkologie	5 Personen des ärztlichen Dienstes, 10 Personen aus dem Pflegepersonal
Studiendesign	Mixed-Methods Ethnographie	qualitativ deskriptive Pilotstudie	qualitativ explorative Studie	qualitativ explorative deskriptive Studie
Methode	Beobachtungen, Interviews	Beobachtungen	semistrukturierte Interviews	semistrukturierte Interviews
Setting	England	Finnland	Vereinigte Staaten Amerika	Brasilien
	zwei Geburtskliniken A: ca. 3'500 Geburten B: ca. 3'400 Geburten	Universitätsspital Geburtsstation > 4'000 Geburten	Universität angeschlossenes Gemeindekrankenhaus Geburtshilfe und Gynäkologie	öffentliches Spital Geburtshilfzentrum
Zertifizierung „Babyfreundlich“	keine Zertifizierung keine Angabe über Ausführung Hautkontakt	keine Angabe früher Hautkontakt ist üblich	keine Zertifizierung früher Hautkontakt ist nicht Routine	keine Angabe Hautkontakt wird ausgeführt

Tabelle 2: Studienergebnisse bezüglich Fragestellung (eigene Darstellung, 2018)

	Sheridan (2010)	Niela-Vilén et al. (2017)	Koopman et al. (2016)	Koller Kologeski et al. (2017)
Spital / Personal	<ul style="list-style-type: none"> - Routinearbeit Wiegen, Messen, Untersuch, Verlegung 	<ul style="list-style-type: none"> - Routinearbeit Messungen: Gewicht, Länge, Kopfumfang, Temperatur, Sauerstoffsättigung 	<ul style="list-style-type: none"> - Routinearbeit - Gewohnheiten - konkurrierende Prioritäten - Personalmangel - mangelnde Ausbildung der Fachpersonen - Infusionen und Überwachungsmassnahmen - fehlende Richtlinien 	<ul style="list-style-type: none"> - Gewohnheiten: Routineabläufe im Vordergrund - Wohlbefinden der Fachpersonen - Personalmangel
Familie / Mutter	<ul style="list-style-type: none"> - Ablehnung wegen Unwohlsein, Müdigkeit, Plazentaperiode, Versorgung Geburtsverletzung - Wunsch: Neugeborenes waschen, anziehen oder dem Vater geben 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitszustand, Erschöpfung - Körperpflege und Nahrung - Gesundheit Neugeborenes 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitszustand - fehlendes Interesse der Mutter - Gesundheit Neugeborenes - Wunsch: Neugeborenes waschen 	<ul style="list-style-type: none"> - fehlende Kenntnis - mangelnde Informationen in der Schwangerschaft

5 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Studien von Koller Kologeski et al. (2017), Koopman et al. (2016), Niela-Vilén et al. (2017) und Sheridan (2010) einander gegenübergestellt und kritisch diskutiert. Um die Störfaktoren des Bondings während den ersten zwei Stunden postpartal umfassend darzustellen, wird neben den Studienergebnissen weitere Literatur einbezogen.

5.1 Gegenüberstellung der Studien

Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beschriebenen Studien werden bezüglich der Fragestellung dieser Bachelorarbeit herausgearbeitet.

5.1.1 Untersuchungsgegenstand

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist das Bonding in der Gebärabteilung in den ersten zwei Stunden postpartal nach einer Vaginalgeburt. In den eingeschlossenen Studien wird der Untersuchungsgegenstand unterschiedlich definiert. Für die Beantwortung der Fragestellung sind die Kernmerkmale „Bonding“, „Zeitpunkt“ und „Vaginalgeburt“ erreicht.

Bonding und Zeitpunkt

Sheridan (2010) untersucht in ihrer Forschungsstudie den Mutter-Kind Kontakt in der ersten Stunde nach der Geburt. Niela-Vilén et al. (2017) untersuchen die Eltern-Kind Nähe und Trennung in den ersten zwei Stunden. Die Nähe kann als Bonding angesehen werden. Bei den Studien von Koller Kologeski et al. (2017) und Koopman et al. (2016) steht der frühe Haut-zu-Haut Kontakt zwischen Mutter und Kind im Fokus. Der Hautkontakt ist ein Teil des Bondings. Der untersuchte Zeitraum von frühem Hautkontakt unterscheidet sich in den beiden Studien. Koopman et al. (2016) beschränken sich auf die erste Stunde nach der Geburt oder bis zum ersten Stillen. Koller Kologeski et al. (2017) legen den Schwerpunkt auf Hautkontakt in den ersten 30 Minuten nach der Geburt. Der Untersuchungsgegenstand Bonding wird in allen vier Studien eingeschlossen. Der Zeitraum von zwei Stunden postpartal wird nur von Niela-Vilén et al. (2017) definiert. Dennoch sind die Zeiteinschränkungen der anderen Studien im Rahmen der zwei Stunden und somit für die Bachelorarbeit geeignet.

Geburtsmodus

Der Geburtsmodus ist in den einbezogenen Studien ebenfalls unterschiedlich. Untersucht werden von Koller Kologeski et al. (2017), Koopman et al. (2016) und Niela-Vilén et al. (2017) Vaginalgeburten und Sectiones. Sheridan (2010) untersucht nur die Normalgeburt. Diese Arbeit begrenzt den Geburtsmodus auf Vaginalgeburten, worunter auch Normalgeburten verstanden werden. Deshalb werden die Ergebnisse von Entbindungen per Sectio nicht berücksichtigt.

Neugeborene

Weiter wird im Untersuchungsgegenstand die Reife und Gesundheit der Neugeborenen unterschieden. Die Studie von Sheridan (2010) bezieht sich auf Termingeborene und Koopman et al. (2016) beziehen sich auf das Bonding bei gesunden Termingeborenen. Koller Kologeski et al. (2017) und Niela-Vilén et al. (2017) machen keine Angaben über die Neugeborenen und deren Gesundheit. Die Reife und Gesundheit der Neugeborenen wurden in der Bachelorarbeit nicht eingeschränkt. Die Arbeit beschränkt sich lediglich auf das Bonding in der Gebärabteilung. Angaben über Kinder, die aus gesundheitlichen Gründen von der Mutter getrennt oder auf eine andere Abteilung verlegt werden, werden daher für die Beantwortung der Fragestellung nicht miteinbezogen.

5.1.2 *Ansatz und Design*

Alle Studien verfolgen einen qualitativen Ansatz. Das Studiendesign wird jedoch unterschiedlich festgelegt. Sheridan (2010) verwendet ein ethnographisches und Koopman et al. (2016) ein exploratives Design. Niela-Vilén et al. (2017) verwenden das Design einer deskriptiven Pilotstudie. Koller Kologeski et al. (2017) führen eine explorative und deskriptive Studie durch. Die Studiendesigns wurden für die Untersuchung der jeweiligen Studien passend gewählt. Die Fragestellung wird mittels qualitativen Studien beantwortet.

5.1.3 *Stichprobe*

Alle vier Studien haben die Sichtweisen des medizinischen Fachpersonals untersucht. Sheridan (2010) hat zusätzlich noch die Ansichten und Erfahrungen der Mütter erhoben. An den Studien nahm unterschiedliches medizinisches Fachpersonal wie Hebammen, Pflegefachpersonen, weiteres Pflegepersonal und ärztliches Fachpersonal teil. In dieser Arbeit werden die Sichtweisen der Mütter und des medizinischen Personals miteinbezogen.

5.1.4 Setting

Die Studien wurden in unterschiedlichen Ländern durchgeführt. Drei der untersuchten Studien stammen aus Industrieländern und eine aus einem Schwellenland (Brasilien). Das in der Studie aus Brasilien untersuchte Spital weist ähnliche Handlungsabläufe auf, wie die Spitäler der Industrieländer. Dies bedeutet, dass der Kulturbias ausgeschlossen ist und die Ergebnisse der Studien auf die Schweiz übertragbar sind.

Die Studien zeigen weitere Unterschiede in Bezug auf das Setting. Die Bachelorarbeit begrenzt sich auf das Bonding in der Gebärabteilung. Die Arbeit wird nicht auf Spitäler mit der Zertifizierung „Babyfreundlich“ oder Spitäler, in denen Hautkontakt Routine ist, eingegrenzt. Nachfolgend werden die Settings in Bezug auf Hautkontaktroutine und die Zertifizierung „Babyfreundlich“ gegenübergestellt.

Das Spital in der Studie von Sheridan (2010) hat keine Zertifizierung „Babyfreundlich“ und es wird nicht beschrieben, ob Hautkontakt Routine ist. Koopman et al. (2016) beschreiben den frühen Haut-zu-Haut Kontakt als nicht routinemässig und geben an, keine Zertifizierung „Babyfreundlich“ zu haben. Hautkontakt wurde jedoch während der Studie eingeführt und es fanden Schulungen dazu statt.

Niela-Vilén et al. (2017) beschreiben, dass im untersuchten Spital während der Studie früher Hautkontakt zwischen Mutter und Kind durchgeführt wurde. Koller Kologeski et al. (2017) erwähnen in der Schlussfolgerung, dass der Hautkontakt in ihrem Setting ausgeführt wurde. In beiden Studien sind keine Angaben dazu, ob es sich um ein „Babyfreundlich“ zertifiziertes Spital handelt.

Ob ein Spital „Babyfreundlich“ zertifiziert ist oder Hautkontakt routinemässig durchgeführt wird, verändert die Handlungsabläufe der Mitarbeiter. Das Personal eines zertifizierten Spitals ist mit den zehn Schritten zum erfolgreichen Stillen vertraut. Somit kennen sie auch den in Bezug auf den Hautkontakt relevanten vierten Punkt. Wenn Hautkontakt Routine im Spital ist, kennt das Personal die Bedeutung und die Zeit dafür wird ermöglicht. In einem Spital ohne Zertifizierung „Babyfreundlich“ oder wenn Hautkontakt keine Routine ist, bestehen keine genauen Spitalabläufe bezüglich der Ermöglichung von Hautkontakt. Somit kann das Personal durch die unterschiedlichen Settings beeinflusst sein. Die Resultate der Studien sollten demzufolge nicht gleich gewertet werden. Die Störfaktoren auf das Bonding sind in allen Settings vorhanden, aber nicht gleich stark ausgeprägt, wenn die Spitäler unterschiedliche Schwerpunkte in ihrer Arbeitsweise haben.

5.1.5 Datenerhebung

Die ausgewählten Studien haben unterschiedliche Methoden für die Datenerhebung verwendet. Semistrukturierte Interviews wurden in drei Studien durchgeführt (Koller Kologeski et al., 2017; Koopman et al., 2016; Sheridan, 2010). Niela-Vilén et al. (2017) haben mittels Beobachtungen Daten erhoben. Sheridan (2010) hat durch Interviews und Beobachtungen die Datenerhebung durchgeführt. Sheridan (2010) stellt zusätzlich die Validität der Ergebnisse durch Triangulation bei der Datenerhebung sicher. Die Ergebnisse der vier Studien können bezüglich ihrer Validität gleichgestellt und für die Beantwortung der Fragestellung verwendet werden.

5.2 Beantwortung Fragestellung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Studien und Erkenntnisse aus weiterer Literatur für die Beantwortung der Fragestellung beschrieben. Die eingeschlossenen Studien weisen in Bezug auf die Fragestellung ähnliche Ergebnisse auf. Deshalb werden sie kategorisiert, um die Störfaktoren zusammenzufassen.

5.2.1 Spital

Einige Störfaktoren lassen sich den Gegebenheiten im Spital und dem Personal zuschreiben. Dies sind Routine, Personalmangel, die Ausbildung des Personals, medizinische Faktoren, wie fehlende Richtlinien, sowie die Überwachung der Mutter.

Routine

Routinearbeiten werden als wesentlicher Störfaktor von Bonding genannt. Koopman et al. (2016), Niela-Vilén et al. (2017) und Sheridan (2010) sind sich einig, dass Mutter und Neugeborenes nach der Geburt vor allem durch die Erledigung von Aufgaben gestört werden. Aufgaben bestehen aus Wiegen, Messen und Baden des Neugeborenen, Temperatur- und Sauerstoffmessungen und Untersuchung durch ärztliches Fachpersonal der Neonatologie. Niela-Vilén et al. (2017) nennen diese Aufgaben als Vorbereitung für die Verlegung von Mutter und Kind auf die Wochenbettabteilung. Die Routinemessungen wurden vom Personal als fundamental wichtig betrachtet und weder von ihnen noch von den Eltern hinterfragt (Niela-Vilén et al., 2017). Dieses Ergebnis wird durch unterschiedliche Literatur bestätigt (D'Artibale & Bercini, 2014; Lang, 2009). Phillips (2013) erwähnt in seinem Artikel, dass Bonding im Spitalsetting routinemässig durch Aufgaben, die auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden könnten, gestört wird.

Neben Routineaufgaben können Gewohnheiten des Personals störend sein. Koopman et al. (2016) führen aus, dass bestehende Arbeitsabläufe die Adaption von neuen Praktiken erschweren. Das Spitalpersonal ist mit konkurrierenden Prioritäten konfrontiert (Koopman et al., 2016). Die Ergebnisse decken sich mit denen von Koller Kologeski et al. (2017). Es gestaltet sich dadurch schwierig, Hautkontakt nach der Geburt als Routine einzuführen. Koller Kologeski et al. (2017) kamen zusätzlich zum Ergebnis, dass die Fachpersonen ihr Wohlbefinden bei der Arbeit in den Vordergrund stellen und die Unterstützung von Hautkontakt vernachlässigen.

Personalmangel

Die Untersuchungen von Koller Kologeski et al. (2017) und Koopman et al. (2016) haben gezeigt, dass Personalmangel ein weiterer Störfaktor ist. Das Personal ist bei der Geburt mit der Betreuung der Mutter ausgelastet. Es kann Mutter und Neugeborenes nicht zusätzlich unterstützen und die Sicherheit des Neugeborenen während dem Hautkontakt nicht gewährleisten (Koopman et al., 2016). Lang (2009) beschreibt Ruhe und Zeit als sehr wichtige Faktoren beim Bonding. Ausgelastetem Personal wird es umso schwieriger fallen, Ruhe und Zeit zu vermitteln.

Ausbildung Personal

Mangelnde Kenntnis des Personals über frühen Hautkontakt wird von Koopman et al. (2016) als zusätzliches Hindernis genannt. Koller Kologeski et al. (2017) und Sheridan (2010) führen das Wissen des Personals nicht direkt als Störfaktor auf, jedoch formulieren sie diesen Aspekt als Förderungsmaßnahme. Schulung über Hautkontakt und dessen Wichtigkeit ist ein fördernder Faktor. Es ist für alle bei der Geburt Beteiligten bedeutend, sich der Wichtigkeit von Bonding (Young, 2013) und Haut-zu-Haut Kontakt (Johnson, 2013) bewusst zu sein. Vor allem die Bedeutung des kontinuierlichen und ununterbrochenen Hautkontakts sollte betont werden (Cantrill et al., 2004, zit. nach Lang, 2009). Wissen und Verständnis über die Bedeutung erhöhen die Bereitschaft des Personals, ihre Handlungen zu überdenken und zu optimieren (Lang, 2009). Laut Wallin, Rudberg und Gunningberg (2005, zit. nach Napoli, 2015) liegt eine weitere Schwierigkeit bei der Umsetzung von Haut-zu-Haut Kontakt in der fehlenden Erfahrung der Pflegefachpersonen.

Richtlinien und Medizin

Weiter kamen Koopman et al. (2016) zum Ergebnis, dass medizintechnische Geräte den Hautkontakt zwischen Mutter und Kind erschweren können. Dies kann eine Infusion am Arm der Mutter sein oder Überwachungsmassnahmen am Thorax.

Der Gesundheitszustand von Mutter oder Neugeborenem, der für die Ausübung von Hautkontakt vorhanden sein muss, sollte klar definiert werden. Fehlende Richtlinien über die Voraussetzungen verhindern zusätzlich die Umsetzung des frühen Hautkontaktes (Koopman et al., 2016). Stikes und Barbier (2013, zit. nach Napoli, 2015) schliessen sich dieser Meinung betreffend dem Vorhandensein von Richtlinien an.

5.2.2 Mutter

Neben den institutionellen Faktoren bestehen auch auf mütterlicher Seite Faktoren, die das Bonding stören können. Die mütterlichen Barrieren werden unter den Kapiteln Wunsch, Interesse und Wissen und Befinden zusammengefasst.

Wunsch

Sheridan (2010) zeigt unterschiedliche Gründe auf, weshalb es zu mütterlicher Ablehnung von Kontakt zu ihrem Neugeborenen kommt. Gründe dafür können emotionale, physische, soziale Probleme oder kulturabhängige Präferenzen sein. Von manchen Müttern besteht der Wunsch das Neugeborene zuerst zu waschen oder anzuziehen (Koopman et al., 2016; Sheridan, 2010). Auch während der Plazentaperiode oder Versorgung von Geburtsverletzungen lehnen einige Mütter den Kontakt ab (Sheridan, 2010).

Die Mütter äussern auch den Wunsch, das Kind dem Vater zu geben (Sheridan, 2010). Der Kontakt des Neugeborenen zum Vater oder einer anderen anwesenden Bezugsperson wird zudem gefördert während die Mutter am Essen oder Duschen ist (Niela-Vilén et al., 2017).

Interesse und Wissen

Ein weiterer Faktor ist das Interesse der Mütter. Die Befragten der Studie von Koopman et al. (2016) sind der Auffassung, dass manche Mütter kein Interesse an frühem Hautkontakt zeigen. Womöglich ist das fehlende Interesse auf ungenügendes oder fehlendes Wissen über die Vorteile von Hautkontakt zurückzuführen. Die Ergebnisse der Doktorarbeit von Napoli (2015) zeigen, dass die Mehrheit der Pflegefachpersonen ungenügende Kenntnisse der Mütter über die Wichtigkeit von Haut-zu-Haut Kontakt als mütterliche

Barriere sehen. Auch Koller Kologeski et al. (2017) nennen mangelndes Wissen der Frauen durch wenig bis keine Informationen in der Schwangerschaftsvorsorge als weitere Barriere des Hautkontaktes. Wallin et al. (2005, zit. nach Napoli, 2015) unterstützen dieses Ergebnis in ihrer Studie. Eine Schwierigkeit in der Umsetzung von Hautkontakt liege auch in der Unkenntnis der Familien. Neben dem Personal ist es auch für die Eltern notwendig, über die Bedeutung von Bonding Bescheid zu wissen (Young, 2013). Denn desto mehr eine Mutter über die Vorteile des Hautkontaktes für ihr Neugeborenes weiss, umso eher wird sie Hautkontakt ausführen wollen (ICEA, 2013, zit. nach Baber, 2015).

Befinden

Die Ergebnisse von Niela-Vilén et al. (2017) zeigen aus Sicht des Personals, dass der Gesundheitszustand der Mutter oder ihre Erschöpfung als Bedrohung für das Neugeborene angesehen werden können und so eine Trennung zur Folge haben. Koopman et al. (2016) fokussierten sich zwar in ihrer Studie auf gesunde Mütter, trotzdem gaben viele Befragte gesundheitliche Probleme der Mutter als Hindernis für frühen Hautkontakt an. Diese Aussage wird durch die Ergebnisse der Untersuchung von Napoli (2015) unterstützt. Sie führt mütterliches Unwohlsein, Schläfrigkeit oder Krankheit als Barriere für den Hautkontakt zwischen Mutter und Neugeborenem auf.

5.2.3 Gesundheit Neugeborenes

Neugeborene, die gesund auf die Welt kommen, können zeitweise instabil sein und dennoch in der Gebärabteilung verbleiben. Dies bedarf einer vermehrten Überwachung. Die vorliegende Bachelorarbeit schliesst Neugeborene, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes auf eine Neonatologie verlegt werden müssen, aus. Niela-Vilén et al. (2017) beschreiben in ihrer Untersuchung die Gesundheit des Neugeborenen als Hauptgrund für eine Trennung von Mutter und Kind. Die Gesundheit hat Vorrang gegenüber der Nähe zur Mutter. Das Neugeborene kann getrennt von der Mutter besser überwacht werden als während des Hautkontaktes (Niela-Vilén et al., 2017). Koopman et al. (2016) unterstützen diese Aussage. Sie erwähnen medizinische Komplikationen des Neugeborenen als Erschwernis für Haut-zu-Haut Kontakt.

5.2.4 Abschliessende Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung lautete:

„Welche störenden Faktoren auf das Bonding nach einer Vaginalgeburt im Spitalsetting bis zwei Stunden postpartal werden in der Literatur beschrieben?“

Die Fragestellung kann durch die Ergebnisse der vier eingeschlossenen Studien beantwortet werden. Störfaktoren gehen einerseits vom Spital und andererseits von der Mutter aus. Häufig werden institutionelle Faktoren wie Routine, Personalmangel und Richtlinien beschrieben. Weiter können mangelndes Wissen von Fachpersonen und den Eltern, sowie die Gesundheit von Mutter und Neugeborenem störend auf das Bonding wirken. In der Literatur wurden keine widersprüchlichen Angaben beschrieben. Die Ergebnisse der Studien ergänzen sich und konnten durch weitere Literatur unterstützt werden.

6 Empfehlungen für die Praxis

Nachfolgend werden Empfehlungen für die Mitarbeiter der Geburtshilfe aufgezeigt. Diese sollen Hebammen und anderes geburtshilfliches Personal in der Umsetzung von Bonding unterstützen. Die Empfehlungen werden auf Grundlage von den Studienergebnissen erarbeitet und es werden ergänzende Förderungsmassnahmen aus weiterer Literatur miteinbezogen.

Für die Umsetzung von Hautkontakt ist es erforderlich, dass das Gesundheitspersonal die Vorteile von Hautkontakt versteht. Es ist zudem hilfreich, wenn sich das Personal in der aktuellen Literatur darüber informiert und sich den Barrieren bewusst ist. Dies kann den Hautkontakt zwischen Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt unterstützen und eine evidenzbasierte Versorgung gewährleisten (Dabrowski, 2007).

„Für das Mutter-Kind-Paar ist es sehr wichtig, welchen Start die beiden miteinander haben und jede gemeinsam in Hautkontakt miteinander verbrachte Minute ist wertvoll. Dafür sollten alle Beteiligten des medizinischen Teams sensibilisiert werden.“ (Lang, 2009, S. 52)

6.1 Abläufe verändern

Routinearbeiten stellen einen grossen Störfaktor in Bezug auf das Bonding dar. Der Hautkontakt zwischen Mutter und Kind sollte nicht durch Priorisierung von Routinearbeit gestört werden (Sheridan, 2010). Die Verschiebung von Routinearbeit auf einen späteren Zeitpunkt würde Bonding fördern (Koller Kologeski et al., 2017). Lang (2009) bestätigt dies und empfiehlt Messungen wie das Gewicht, Baden des Neugeborenen und die Vitamin-K-Gabe nach dem Stillen durchzuführen. Verschiebungen von Routineaufgaben sollen als Anpassung im Dokumentationssystem notiert werden, damit das restliche Personal über die Veränderung informiert ist (Koopman et al., 2016). Um die Routineabläufe verändern zu können, benötigt es neue Personalrichtlinien, wie auch zusätzliches geburtshilfliches Personal. Das zusätzliche Personal kann sich um die Neugeborenenpflege und den frühen Hautkontakt nach der Geburt kümmern (Dabrowski, 2007; Koopman et al., 2016). Diese veränderten Richtlinien sollten als Standards in den Spitälern eingeführt werden, um das Personal in der Umsetzung von frühem Hautkontakt zu unterstützen (Koopman et al., 2016).

Routineabläufe und deren Zeitpunkt sollten in Frage gestellt werden (Toussaint, 2007). Prozessveränderungen könnten hierbei helfen. Sie würden Flexibilität des Personals ermöglichen, das Personal zum Überdenken ihrer Handlungen anregen und so die Trennung von Mutter und Kind verhindern (Dabrowski, 2007). Durch Flexibilität und Offenheit der Hebammen können zudem die Wünsche der Frau besser berücksichtigt werden (Sheridan, 2010).

6.2 Eltern als Ressource

„Das gesunde Neugeborene gehört zu seiner Mutter, wenn es der Zustand von beiden erlaubt. Die Beobachtung des Kindes rechtfertigt nicht die Trennung von der Mutter.“
(WHO, 1995, zit. nach Ottlik, 2014, S. 94)

Neben der Verschiebung von Routineaufgaben können wichtige Massnahmen auch in den Armen der Mütter durchgeführt werden (Sheridan, 2010). Dabrowski (2007), Haxton, Doering, Gingras und Kelly (2012) und Smith, Moore und Peters (2012) schliessen sich dieser Aussage an. Aufgaben, wie das Kind Abnabeln und die physische Beurteilung des Neugeborenen (Apgar-Score), können während dem das Kind mit der Mutter im Hautkontakt ist, durchgeführt werden. Smith et al. (2012) beschreiben, dass Neugeborene in den Armen ihrer Mutter von der Gebärabteilung auf das Wochenbett verlegt werden sollen. In speziellen Situationen, in denen früher Haut-zu-Haut Kontakt nicht möglich ist, sollte das Kind trotzdem die Chance erhalten mit der Mutter auf eine Art in Kontakt zu bleiben. Zum Beispiel könnte der Blickkontakt gewährleistet werden (Smith et al., 2012).

Niela-Vilén et al. (2017) beschreiben in ihrer Studie, dass die Gesundheit und Fürsorge des Neugeborenen sichergestellt werden soll, ohne das Kind von seinen Eltern zu trennen. Die Eltern sollen als Ressource und nicht als Gefahr gesehen werden. Dadurch wird familienzentrierte Pflege gefördert und die Elternautonomie unterstützt. Falls das Kind aufgrund medizinischer Überwachung von seinen Eltern getrennt werden muss, hat die Gesundheit Vorrang. Bei einer Trennung von Mutter und Neugeborenem aufgrund des Gesundheitszustandes der Mutter, kann die Nähe zwischen Vater und Neugeborenem gefördert werden (Niela-Vilén et al., 2017).

6.3 Umgebung anpassen

Es ist die Aufgabe der Hebamme und der bei der Geburt anwesenden Personen, sich zurückzunehmen und die Mutter und das Neugeborene, sofern beide stabil sind, nicht zu stören (Koller Kologeski et al., 2017). Eine ruhige, warme Umgebung und gedimmte

Beleuchtung, damit das Neugeborene seine Augen besser öffnen und das Hormon Oxytocin besser wirken kann, fördern das Bonding (Koller Kologeski et al., 2017; Lang, 2009). Ruhe und Zeit sind in dieser Phase besonders wichtig. Um dies zu garantieren sollte das Zimmer nicht immer wieder betreten, Putz- und Aufräumarbeiten unterlassen und Besuch erst nach dem ersten Stillen erlaubt werden. Zudem sollte der Raum nicht direkt nach der Geburt gewechselt und von häufigen Personalwechseln abgesehen werden (Lang, 2009).

6.4 Wissen vermitteln

Koller Kologeski et al. (2017) betonen, dass die Schwierigkeiten in der Umsetzung von Hautkontakt unterschiedlicher Natur sind. Dies macht es nötig das Thema gemeinsam mit den verschiedenen Fachpersonen und den Eltern anzugehen. Mangelndes Wissen des Spitalpersonals und der Eltern über Hautkontakt ist ein häufig genannter Störfaktor. Für die Praxis bedeutet dies, dass Informationen über die Vorteile, die Wichtigkeit und die Ausführung von Hautkontakt förderlich sind.

Das bei der Geburt anwesende Personal inklusive Ärztinnen und Ärzte nehmen eine wichtige Rolle in der Förderung von Hautkontakt und Stillen ein (Koller Kologeski et al., 2017). Fortlaufende Ausbildung des Personals würde dazu führen, dass die Kenntnisse grösser, die Praxis verbreiteter (Koller Kologeski et al., 2017) und das gesamte Team Hautkontakt unterstützen würde (Koopman et al., 2016). Kenntnisse und Bewusstsein über die Vorteile erleichtern es dem Personal, Hautkontakt mit ihrer Arbeit zu unterstützen (Dabrowski, 2007; Sheridan, 2010). Smith et al. (2012) erwähnen *Skillslabore*, Foren oder Mittagsveranstaltungen als Möglichkeit Schulungen durchzuführen. Die Initiative „Babyfreundlich“ der Vereinigten Staaten von Amerika hat ein Standardprogramm für die Schulung von Personal entwickelt (2010, zit. nach Koopman et al., 2016).

Neben dem Spitalpersonal sollten die Eltern, insbesondere die werdenden Mütter, Informationen über Haut-zu-Haut Kontakt und die Vorteile erhalten. Dies könnte zu mehr Motivation ihrerseits führen (Koopman et al., 2016). Informationen über Hautkontakt würden den Müttern mehr Wissen geben, ihre Autonomie stärken (Koller Kologeski et al., 2017) und dadurch die Nähe mit ihrem Kind postpartal fördern (Niela-Vilén et al., 2017). Hautkontakt könnte pränatal über Broschüren (Haxton et al., 2012), während Schwangerschaftskontrollen, Still- oder Geburtsvorbereitungskursen und Führungen thematisiert werden (Dabrowski, 2007; Smith et al., 2012).

Zusätzlich zu pränataler Wissensvermittlung formulieren Koller Kologeski et al. (2017) die Information der Eltern bei Eintritt zur Geburt als eine weitere Förderungsmassnahme. Das Personal sollte zu diesem Zeitpunkt Informationen an die Schwangere und die Begleitperson über die Praxis des Hautkontaktes geben. Eine bei der Geburt anwesende Begleitperson könnte der Mutter zudem im Hautkontakt mit ihrem Neugeborenen Sicherheit vermitteln (Koller Kologeski et al., 2017).

7 Schlussfolgerung

Der Beginn eines neuen Lebens ist ein prägender Moment und sollte von den bei der Geburt anwesenden Personen geschützt werden. Es bestehen unterschiedliche Faktoren, welche diese erste Zeit und das Bonding stören können. Diese Störfaktoren sollten den Fachpersonen bekannt sein, um das Bonding und die damit zusammenhängenden positiven Auswirkungen zu fördern. Es stellte sich heraus, dass das gesamte geburtshilfliche Team bei der Förderung von Bonding wichtig ist und miteinbezogen werden muss.

Bonding ist ein alltägliches Thema und häufig werden Förderungsmaßnahmen für besondere Situationen, wie das Bonding nach Sectio oder mit Frühgeborenen, formuliert. Aufgrund dessen legten die Verfasserinnen den Fokus auf das Bonding nach einer Vaginalgeburt. Das Ziel dieser Bachelorarbeit war es, Förderungsmaßnahmen aufzuzeigen und das Bewusstsein der Fachpersonen für Bonding zu wecken. Durch Aufgreifen dieses Themas sollten die Fachpersonen zur Reflexion ihrer Arbeit angeregt werden. Die Förderung von Bonding und Hautkontakt ist eine leicht auszuführende und kostengünstige Handlung mit grosser Wirkung für Mutter und Kind. Hebammen haben die Aufgabe auch fernab des Gebärsaals, in allen Phasen der Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett das Bonding zwischen Mutter und Kind zu fördern.

Die zu Beginn formulierte Fragestellung konnte beantwortet werden und das Ziel, Massnahmen für die Förderung von Bonding aufzuzeigen, wurde erreicht. Die in der Literatur beschriebenen Störfaktoren decken sich mit den persönlichen Praxiserfahrungen der Verfasserinnen dieser Arbeit. Dies zeigt auf, dass in der Praxis dem Thema Bonding mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte.

„Skin-to-skin contact immediately after birth not only empowers mothers as they embark on their journey of motherhood but also ensures that birth remains where it belongs - between mothers and babies.“ (Dabrowski, 2007, S. 71)

7.1 Limitationen

Die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit reflektierten den Arbeitsprozess regelmässig. So auch die Eingrenzung des Themas. Sie stellten im Verlauf fest, dass sie einige Aspekte eingegrenzt haben, die keinen Einfluss oder Relevanz auf die Fragestellung der Bachelorarbeit zeigten. Diese Aspekte wurden auch nicht von den verwendeten Studien ein- oder ausgeschlossen. Die ursprüngliche Abgrenzung beinhaltete das Bonding nach

Spontangeburt ohne *Periduralanästhesie* und gesunde Termingeborene. Ob die Geburt in Periduralanästhesie stattgefunden hat oder nicht, zeigt jedoch keinen Einfluss auf die störenden Umgebungsfaktoren, welche die Verfasserinnen in dieser Bachelorarbeit untersuchen wollten. Die Periduralanästhesie hat allerdings einen Einfluss auf die Hormone der Frau, was ein anderer Aspekt des Themas darstellt.

Bei einer weiteren Arbeit würden die Verfasserinnen die Literaturrecherche anders gestalten. Sie sind strukturiert vorgegangen, haben jedoch im Nachhinein Verbesserungsmöglichkeiten erkannt. Sie haben nicht in allen gewählten Datenbanken dieselben Keywords und Kombinationen der Keywords recherchiert. Dadurch wurden bei der Literaturrecherche für diese Arbeit nicht alle Suchkombinationen in jeder Datenbank angewendet.

Es muss zudem berücksichtigt werden, dass nur eine der eingeschlossenen Studien die Störfaktoren von Bonding aus mütterlicher Sicht untersucht hat. Die Sicht der Mutter würde die Ergebnisse der Bachelorarbeit bereichern.

Bei der Gegenüberstellung des Settings der eingeschlossenen Studien sind Unterschiede festgestellt worden. Die Zertifizierung „Babyfreundlich“ wies keines der Spitäler aus und früher Hautkontakt war nicht in allen Spitälern Routine. Die Verfasserinnen gehen von einem Einfluss auf die Studienergebnisse aus, wenn ein Spital „Babyfreundlich“ zertifiziert ist oder nicht. Diesbezüglich werden die Ergebnisse der Bachelorarbeit kritisch betrachtet.

Die Verfasserinnen möchten anmerken, dass die Studienanzahl mit vier ausgewählten Studien eher gering ist. Die Datensättigung wird jedoch erreicht. Denn die vier Studien zeigen dieselben Ergebnisse auf und liefern eine umfassende Sicht auf das Thema. Zudem konnten bei der Literaturrecherche keine weiteren relevanten Studien in Bezug auf die Fragestellung der Bachelorarbeit recherchiert werden.

7.2 Ausblick

Nachfolgend werden zuerst die während der Erstellung der Bachelorarbeit offen gebliebenen Fragen beschrieben. Im zweiten Teil wird der weitere Forschungsbedarf aus Sicht der Verfasserinnen genannt.

Die Beschreibung des Settings der jeweiligen Studien fiel unterschiedlich detailliert aus. In zwei Studien wurde die Geburtenzahl des Spitals, in welchem die Untersuchung stattgefunden hat, genannt. Neben der Geburtenzahl würden Angaben darüber, wie viele

Frauen eine Hebamme oder Pflegefachperson durchschnittlich pro Schicht betreut, ein umfassenderes Verständnis der Handlungsabläufe im Spital und der Störfaktoren geben.

Den Geburtsmodus haben Koller Kologeski et al. (2017) und Niela-Vilén et al. (2017) in ihren Studien nicht getrennt berücksichtigt. Die fehlende Trennung der Ergebnisse bezüglich Vaginalgeburt und Sectio wirft Fragen auf. Es ist unklar, wie viele Sectiones bei der Studie beteiligt waren. Es fehlen auch Angaben über die Sectorate des jeweiligen Spitals. Diese Zusatzinformationen würden ein genaueres Bild über das Setting der Studien geben.

Weiterer Forschungsbedarf besteht bezüglich Störfaktoren auf das Bonding aus Sicht der Mütter. Die vier in die Bachelorarbeit eingeschlossenen Studien untersuchten die Sichtweise des Fachpersonals. Die Sichtweise der Mütter wurde nur in einer Studie untersucht. Es konnten bei der Literaturrecherche keine für die Fragestellung relevanten Studien, die die mütterliche Sicht untersuchten, gefunden werden.

Es wurden wenige Studien gefunden, die das Bonding mit Termingeborenen untersuchen. Viele Studien beziehen sich auf den Hautkontakt mit Frühgeborenen oder definieren die Reife des Neugeborenen nicht. Demnach besteht weiterer Forschungsbedarf bezüglich des Bondings mit Termingeborenen.

Forschungsbedarf besteht auch für Studien, welche die Dauer und den Zeitpunkt von postpartalem Hautkontakt und das Bonding in Schweizer Spitälern untersuchen. Von Interesse wäre es ausserdem zu untersuchen, ob und in wie fern die Arbeitserfahrung oder das Alter der Hebamme einen Einfluss auf die Dauer von Hautkontakt postpartal hat.

Literaturverzeichnis

- Abou-Dakn, M. (2016). Stillen – Laktationsmedizin. In H. Schneider, P. Husslein & K.-T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (5., S. 1079–1099). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Amberg, P. (2016, 14. Juni). Für Babies ist die Berührung das Zentralmedium. Abgerufen 16. Januar 2018, von https://www.zdf.de/uri/p12_beitrag_43950026
- American Academy of Pediatrics. (2016). American Academy of Pediatrics Announces New Safe Sleep Recommendations to Protect Against SIDS, Sleep-Related Infant Deaths. Abgerufen 16. Februar 2018, von <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/pages/american-academy-of-pediatrics-announces-new-safe-sleep-recommendations-to-protect-against-sids.aspx>
- Baber, K. L. (2015). Promoting Maternal-Newborn Bonding During the Postpartum Period. *Senior Honors Theses*.
- Brenner, K. (2015). Die aufrechten Gebärhaltungen. In C. Mändle & S. Opitz-Kreuter (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6., S. 464–492). Stuttgart: Schattauer.
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2018). *Gesundheit: Taschenstatistik 2017* (Statistik der Schweiz No. 14). Neuchâtel. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.assetdetail.4342091.html>
- Dabrowski, G. A. (2007). Skin-to-Skin Contact: Giving Birth Back to Mothers and Babies. *Nursing for Women's Health*, 11(1), 64–71. <https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2007.00119.x>
- D'Artibale, E. F. & Bercini, L. O. (2014). The practice of the fourth step of the baby friendly hospital initiative. *Escola Anna Nery*, 18(2), 356–364.
- Esberger, M. (2007). *Säuglingsernährung Heute 2006: Struktur- und Beratungsqualität an den Geburtenkliniken in Österreich; Ernährung von Säuglingen im ersten Lebensjahr* (Kurzfassung). Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Geist, C. (2013). Wochenbettbetreuung in der Klinik. In A. Stiefel, C. Geist & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. Aufl., S. 496–503). Stuttgart: Hippokrates.

- Haxton, D., Doering, J., Gingras, L. & Kelly, L. (2012). Implementing Skin-To-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model: Applying Evidence to Practice. *Nursing for Women's Health*, 16(3), 220–230. <https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2012.01733.x>
- Hildebrandt, S. (2011). Wann beginnt Bonding? *Die Hebamme*, 24(3), 148–152. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1288947>
- Johnson, K. (2013). Maternal-Infant Bonding: A Review of Literature. *International Journal of Childbirth Education*, 28(3), 17–22.
- Koller Kologeski, T., Strapasson, M. R., Schneider, V. & Renosto, J. M. (2017). Skin to skin contact of the newborn with its mother in the perspective of the multiprofessional team. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 11(1), 94–101. <https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201712>
- Koopman, I., Callaghan-Koru, J. A., Alaofin, O., Argani, C. H. & Farzin, A. (2016). Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, (25), 1367–1376. <https://doi.org/10.1111/jocn.13227>
- Lang, C. (2009). *Bonding: Bindung fördern in der Geburtshilfe* (1.). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Mändle, C. (2015). Physiologie des Wochenbetts. In C. Mändle & S. Opitz-Kreuter (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6., S. 699–714). Stuttgart: Schattauer.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C. & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). <https://doi.org/DOI:10.1002/14651858.CD003519.pub4>.
- Napoli, R. A. (2015). *Perceived Barriers to Skin to Skin Care from Maternal and Nurse Perspectives* (Doctoral Projects). San Jose State University.
- Niela-Vilén, H., Feeley, N. & Axelin, A. (2017). Hospital routines promote parent–infant closeness and cause separation in the birthing unit in the first 2 hours after birth: A pilot study. *Birth*, 44, 167–172. <https://doi.org/10.1111/birt.12279>
- Ottlik, C. (2014). *Gesundheitsförderung in der Geburtshilfe: Über den Zusammenhang von Stillförderung, Bonding und Familiengesundheit*. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.

- Pehlke-Milde, J. (2009). *Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumsentwicklung*. Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin. Abgerufen von http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000013587
- Phillips, R. (2013). The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(2), 67–72. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001>
- Schäfers, R. (2011). *Gesundheitsförderung durch Hebammen*. Stuttgart: Schattauer.
- Sheridan, V. (2010). Organisational culture and routine midwifery practice on labour ward: implications for mother-baby contact. *Evidence Based Midwifery*, 8(3), 76–84.
- Smith, P. B., Moore, K. & Peters, L. (2012). Implementing Baby-Friendly Practices: Strategies for Success. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 37(4), 228–233. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e318251054e>
- Stahl, K. (2008). Evidenzbasiertes Arbeiten. *Hebammenforum*. Abgerufen von https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1512854871&hash=b22c6b9427acae550b64c9dec1c25579d9d92ed0&file=fileadmin/user_upload/Grafiken/hf-shop/Evidenzbasiertes-arbeiten.pdf
- swissuniversities. (2009, 25. Juni). Projekt Abschlusskompetenzen Gesundheitsberufe FH. Abgerufen von https://www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/Kammern/Kammer_FH/Best_practice/2_KFH___Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesundheitsberufe_Anhang.pdf
- Toussaint, J. K. (2007). Eltern-Kind-Bindung. In *Psychologie und Psychopathologie für Hebammen: Die Betreuung von Frauen mit psychischen Problemen* (S. 310–356). Stuttgart: Hippokrates.
- Unicef. (2013). *The evidence and rationale for the UNICEF UK Baby Friendly Initiative standards*. London: UNICEF UK. Abgerufen von https://www.unicef.org.uk/wp-content/uploads/sites/2/2013/09/baby_friendly_evidence_rationale.pdf
- Winberg, J. (2005). Mother and newborn baby: Mutual regulation of physiology and behavior— A selective review. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 217–229. <https://doi.org/10.1002/dev.20094>

Young, R. (2013). The Importance of Bonding. *International Journal of Childbirth Education*, 28(3), 11–16.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Studienübersicht (eigene Darstellung, 2018).....	22
Tabelle 2: Studienergebnisse bezüglich Fragestellung (eigene Darstellung, 2018)	23

Wortzahl

Abstract: 199 Wörter

Arbeit: 10'055 Wörter

(exkl. Abstract, Vorwort, Tabellen und deren Überschriften,
Verzeichnisse, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhang)

Danksagung

Wir möchten uns für die tatkräftige und kompetente Begleitung dieser Bachelorarbeit sowie für die konstruktiven Rückmeldungen herzlich bei unserer Betreuungsperson Regula Hauser, Leiterin für Weiterbildungen an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, bedanken. Für die Unterstützung bei der Themenwahl und die lehrreichen Tipps im Schreibworkshop möchten wir uns bei Ruth Eggenschwiler bedanken.

Speziell danken möchten wir Katja Winzeler, die uns mit viel Geduld und Wissen hinsichtlich strategischer Arbeitsweise unterstützt hat. Unser Dank gilt auch Robert Batliner und Vinz Germann für das Korrekturlesen und die Unterstützung. Vreni und Haki Kazaz gilt der Dank für das Überlassen des Ferienhauses in Malix, wo wir uns in einer ruhigen und angenehmen Atmosphäre ganz auf die Bachelorarbeit konzentrieren konnten. Besonders danken möchten wir auch unseren Familien, Freundinnen und Freunden für die verständnisvolle und geduldige Begleitung während des ganzen Schreibprozesses.

Eigenständigkeitserklärung

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

Aleksandra Vasic

Natalie Schunko

Anhang

A Glossar

Adaptation	Anpassung des Neugeborenen an das extrauterine Leben
Base Excess	Basenüberschuss, diagnostischer Parameter der Blutgasanalyse, ermöglicht eine differenzierte Beurteilung des Zustands des Neugeborenen
extrauterin	ausserhalb der Gebärmutter
Fetus	menschlicher Embryo nach Ausbildung der inneren Organe während der Schwangerschaft
Frühgeburt	Geburt vor der Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche
Geburtsmodus	
spontan	das Kind wird auf natürliche Weise ohne geburtshilfliche Operation (Sectio oder vaginaloperative Geburt) geboren
vaginaloperativ	eine Saugglocke oder eine Geburtszange wird für die Geburt verwendet
intrauterin	in utero, innerhalb der Gebärmutter
Kolostrum	proteinreiche Vormilch, die bereits während der Schwangerschaft und in den ersten Tagen postpartal gebildet wird
limbisches System	Funktionseinheit des Gehirns, unter anderem für Verarbeitung von Emotionen und intellektuelle Leistungen zuständig
Neonatologie	Teilgebiet der Kinderheilkunde (Pädiatrie), betrifft die Neugeborenenphase
Opioide	Wirkstoffe mit schmerzlindernder, beruhigender Wirkung

Parität	Anzahl der Geburten einer Frau
Periduralanästhesie	rückenmarksnahe Regionalanästhesie, Kurzform: PDA
peripher	vom Körperstamm weg orientierte oder entfernte Körperteile
Rooming-in	Mutter und Kind sind während des Spitalaufenthaltes im selben Raum
Sectio caesarea	Kaiserschnitt, abdominale Schnittentbindung, Kurzform: Sectio, Mehrzahl: Sectiones
Skillslabor	Ort, an dem praktische Handlungen geübt werden
sympathisches Nervensystem	Synonym: Sympathikus, Teil des vegetativen Nervensystems, bereitet den Körper auf körperliche und geistige Leistungen, wie Stress und Gefahren vor
Termingeburt	Geburt zwischen der 37 0/7 und 42 0/7 Schwangerschaftswoche
Uterusatonie	fehlendes oder vermindertes Zusammenziehen (Kontraktion) der Uterusmuskulatur nach der Geburt des Kindes
Vaginalgeburt	spontan oder vaginaloperativ möglich

B Rechercheprotokoll

Datenbank	Datum	Suchkombination	Treffer	betrachtete Literatur	Relevanz
MEDLINE	27.09.2017	(bonding and (midwife or midwives) and postpart*).af.	26	Moore, Cowl, Soyle-Corby, Kane, Doyle, Azari, Hawkins, Elieson, Fogg, 2001 How can midwives best facilitate the bonding process between mother-baby in pregnancy, birth and postpartum?	ausgeschlossen: Question of the quarter Interview > 10 Jahre
MIDIRS	27.09.2017	(bonding and (midwife or midwives) and postpart*).af.	19		nichts Relevantes
		(postpart* and (midwife or midwives) and bonding).af.	13		nichts Relevantes
PubMed	28.10.2017	“early skin-to-skin contact” and “factors”	27	Koopman, Callaghan-Koru, Alaofin, Argani & Farzin, 2016 Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives Awi, Alikor, 2004 The influence of pre- and post-partum factors on the time of contact between mother and her new-born after vaginal delivery	Studie 3 ausgeschlossen: Publikationsjahr, Afrika
PsycINFO	08.11.2017	(“early skin-to-skin contact” and “factors”).af.	65	Niela-Vilén, Feeley & Axelin, 2017 Hospital routines promote parent–infant closeness and cause separation in the birthing unit in the first 2 hours after birth: A pilot study	Studie 2

Cinahl	10.11.2017	bonding and labour	87	<p>Sheridan, 2010 Organisational culture and routine midwifery practice on labour ward: implications for mother-baby contact</p> <p>Koller Kologeski, Strapasson, Schneider & Renosto, 2017 Skin to skin contact of the newborn with its mother in the perspective of the multiprofessional team</p> <p>D'Artibale & Bercini, 2014 The practice of the fourth step of the baby friendly hospital initiative</p> <p>Cruz, Sumam, Spindola, 2007 Immediate care given to newborns and promotion of mother-baby bond.</p>	<p>Studie 1</p> <p>Studie 4</p> <p>ausgeschlossen: Brasilien, beschriebener Ablauf pp in dieser Klinik nicht vergleichbar mit CH, 60 % Sectorate</p> <p>ausgeschlossen: portugiesisch</p>
Google	10.11.2017	barriers and skin-to-skin contact		<p>Napoli, 2015 Perceived Barriers to Skin to Skin Care from Maternal and Nurse Perspectives Doktorarbeit</p>	<p>ausgeschlossen: Zeitraum Hautkontakt nicht klar definiert, Gebärdabteilung und Wochenbett</p>
Cochrane	21.12.2017	"early skin-to-skin contact" and newborn	1	<p>Moore, Bergman, Anderson & Medley, 2016 Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants</p>	<p>theoretischer Hintergrund</p>
		"early skin-to-skin contact" and "factors"	5		<p>nichts Relevantes, nur Effekte Hautkontakt</p>
PsycINFO	21.12.2017	("early skin-to-skin contact" and factors).af.	68	<p>Anderzén-Carlsson, Lamy & Eriksson, 2014 Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn</p>	<p>ausgeschlossen: hauptsächlich Quellen Neo, Zeitraum, Erfahrungen mit</p>

				infant. Part 1: A qualitative systematic review, Part 2: A qualitative meta synthesis	Hautkontakt wie es für sie ist weniger wie sie Hindernisse erleben, Privatsphäre und Zeit auf der Neo
MEDLINE	26.01.2018	“early skin-to-skin contact” and “factors”	27		keine neuen Treffer
Cinahl	26.01.2018	“early skin-to-skin contact” and “factors”	22		keine neuen Treffer
	21.12.2017	early skin to skin contact NOT effect*	46		keine neuen Treffer
MIDIRS	21.12.2017	(bonding or "skin-to-skin contact") and labour).af.	125	Finigan, Davies, 2004 'I just wanted to love, hold him forever': women's lived experience of skin-to-skin contact with their baby immediately after birth	ausgeschlossen: Fokus auf Erfahrung mit Hautkontakt nicht was es unterbricht
	26.01.2018	“early skin-to-skin contact” and “factors”	14		keine neuen Treffer
		((“skin contact” and factors) not (premature or NICU)).af.	53	Robiquet, Zamiara, Rakza, Deruelle, Mestdagh, Blondel, Turck, Subtil, 2016 Observation of skin-to-skin contact and analysis of factors linked to failure to breastfeed within 2 hours after birth. Calais, Dalbye, Nyqvist, Berg 2010 Skin-to-skin contact of fullterm infants: an explorative study of promoting and hindering factors in two Nordic childbirth settings	ausgeschlossen: Fokus auf Stillen und Dauer des Hautkontakt ausgeschlossen: Zeitraum, erste Tage postpartal

C Studienbeurteilungen

Würdigung Studie 1

Organisational culture and routine midwifery practice on labour ward: implications for mother-baby contact

Sheridan (2010)

Titel	<ul style="list-style-type: none">- Inhalt der Studie wird wiedergegeben
Abstract	<ul style="list-style-type: none">- klar strukturierter und verständlicher Aufbau
Hintergrund	<ul style="list-style-type: none">- geeignete Hintergrundinformationen, Studien werden erwähnt, teils Studien älter als 10 Jahre, wird jedoch nicht begründet. Die Studien legen Fakten dar, es findet keine Diskussion statt.- Ziel Ansichten und Erfahrungen der Mütter, das Wissen, die Meinung und Praktiken der Hebamme und die Organisationskultur zu untersuchen.- nur im Abstract klar erwähnt, im Hintergrund nicht mehr- Gründe für Forschungsziel nicht klar, nur dass eine Forschungslücke seit 1985 besteht- Forschungsfrage keine- Untersuchungsgegenstand wird verständlich dargelegt
Methode	<ul style="list-style-type: none">- Forschungsansatz Mixed-Methods; qualitativ und quantitativ- angemessen, da es sich um Erfahrungen und Glauben handelt (qualitativ) quantitativ um Zeit und Dauer des Mutter-Kind Kontaktes darzustellen- ethnographisches Studiendesign passend um die Organisationskultur zu verstehen und Daten aus der Perspektive von Mitgliedern zu sammeln- Autorin als ehemalige Hebamme: Sicht als Mitglied (emic) und als externe Beobachterin (etic), da sie nicht in der Abteilung arbeitet

Setting	<ul style="list-style-type: none"> - Studie wird in zwei verschiedenen Geburtskliniken durchgeführt - Geburtsklinik A „inner London NHS Trust“ ca. 3'500 Geburten jährlich, allgemeine und akute Dienstleistungen, regionale Einheit für hochrisiko NG und Mütter vor Ort - Geburtsklinik B „outskirts of London“ ca. 3'400 Geburten jährlich, allgemeine und akute Dienstleistungen, sub-regionale neonatale Unit - Gebärende mit verschiedenen sozioökonomischen, ethischen und kulturellen Hintergründen. Beide haben keine Zulassung für ein stillfreundliches Spital von der WHO/UNICEF. Stillrate in beiden Gebärkliniken während der Untersuchung gleich. - Vollzeitäquivalent Hebammen Geburtsklinik A: 111.06 und B: 90 - Demographische Merkmale, verschiedene Einflüsse, welche auf dem Land oder in der Stadt gehäuft vorkommen, werden nicht erläutert.
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> - 51 Hebammen und 50 Mütter (je 25 von jeder Gebärklinik) - Auswahlverfahren fand zielgerichtet und fortlaufend statt 130 Frauen eingeladen, 27 Frauen abgelehnt, weshalb schlussendlich nur 50 Mütter teilnehmen ist nicht klar. Hebamme wurde automatisch eingeschlossen, wenn sie die Frau betreut hat. 8 Hebammen haben Teilnahme abgelehnt, Gründe nicht beschrieben - Einschlusskriterien risikoarme Einlingsschwangerschaft, Normalgeburt am Termin, Stillwunsch der Mutter - Ausschlusskriterien Mehrlingsschwangerschaft, instrumentelle oder operative Geburt
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> - Methode und Zeitpunkt Beobachtung in der ersten Stunde nach der Geburt und semistrukturierte Interviews mit den Müttern und Hebammen, welche die Frauen betreut haben -> Triangulation - die Interviews wurden aufgenommen

	<ul style="list-style-type: none"> - Handlung von betreuenden Hebammen und Müttern kann man subjektiv wahrnehmen, Geschehnisse können direkt wahrgenommen werden und sind nicht von Erzählungen abhängig. - Risiko beim Beobachten → Selbstinterpretation und dies hat Einfluss auf die Validität der Daten. Zur Vorbeugung semistrukturiertes Interviews durchgeführt um Perspektiven und Meinungen von den Teilnehmenden zu erhalten - Methode für die Datenerhebung geeignet - Instrumente Beobachtungsnotiz und Fragebogen - Datenerhebung durch Forscherin und Assistentin, es wird nicht beschrieben ob die Erhebung durch beide gleich erfolgt, kein Training für die Instrumente - Interviewfragen werden nicht aufgezeigt - Rolle der Forscherin Datenerhebung - Festhalten der Daten: Daten sicher gespeichert, Vertraulichkeit und Anonymität gewährleistet
Ethische Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> - genehmigt durch lokale Ethikkomitee - Einverständniserklärung der Teilnehmenden - Hebammen und Mütter wussten über die Studie Bescheid, ob es ausreichend war, kann nicht beurteilt werden, da die Information nicht beschrieben wird - Nicht ersichtlich: freiwillige Teilnahme, keine Nachteile bei Abbruch oder Ablehnung - Teilnehmende wurden über Vertraulichkeit und Anonymität informiert
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> - Auswertungsmethode der Mutter-Kind Beziehung ist klar definiert - Analyse klar und verständlich beschrieben - Quantitativ: Statistik für die Zeit und Dauer des Kontaktes - Entwicklung der Kategorien und Konzepte durch Interview-Transkription und Beobachtungslisten

	<ul style="list-style-type: none"> - Die Transkriptionen und Listen wurden wiedergelesen, codiert und gekennzeichnet. - Auszug für jede Kategorie oder Unterkategorie in ein separates Dokument kopiert - zweite Analyse durchgeführt um weitere Daten zu interpretieren und erscheinende Muster und Themen zu erkennen - Verifizierung Ergebnisse wurden den Teilnehmern nicht zurückgegeben für die Verifizierung ein Sample durch zwei unabhängige leitende Forschende auf Zuverlässigkeit geprüft
<p>Ergebnisse</p>	<ul style="list-style-type: none"> - klar und verständlich aufgezeigt - Hauptgründe für den Unterbruch von Kontakt zwischen Mutter und Kind sind erwähnt - Rücklaufquote nicht ersichtlich - Ausfallrate wird nicht beschrieben - Merkmale der Stichprobe keine genauen, bis auf die Ein- und Ausschlusskriterien - in Tabellen nur Teile der Resultate aufgezeigt, Ergebnisse im Text beschrieben - Tabellen sind vorhanden, jedoch werden andere Kategorien verwendet als im Text -> nicht klar nachzuvollziehen Tabellen und Ergebnisse - Zitate unterstützen die Kategorien
<p>Diskussion</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ergebnisse werden in Bezug auf das Forschungsziel interpretiert und diskutiert - Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien teilweise diskutiert - Limitationen der Studie werden benannt, Arbeitskultur ist womöglich in anderen Spitälern anders, aber die Autorin hofft, dass das Untersuchte die Praxis unterstützen kann - Fehler benannt: Gefahr von Interpretation besteht, Teilnehmende ändern ihr Verhalten - klinische Relevanz wird diskutiert
<p>Schlussfolgerung / Empfehlungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Empfehlungen lassen sich aus den Ergebnissen ableiten - angemessen und in der Praxis umsetzbar - weitere Forschungsmöglichkeit nicht beschrieben

Würdigung Studie 2

Hospital routines promote parent–infant closeness and cause separation in the birthing unit in the first 2 hours after birth: A pilot study

Niela-Vilén et al. (2017)

Titel	<ul style="list-style-type: none">- Fokus auf einen Aspekt (Hauptaspekt) der Ergebnisse (Spitalroutine, Gesundheit Kind, Eltern etc.), Titel aus der Schlussfolgerung hergeleitet
Abstract	<ul style="list-style-type: none">- nach EMED aufgebaut, klar verständlich
Hintergrund	<ul style="list-style-type: none">- Es werden wichtige Informationen und Fakten dargelegt. Auswirkung des frühen Hautkontakts werden genannt und Empfehlungen zur Dauer. Evidenzen und Empfehlungen werden durch die Autorinnen mit verschiedene Studien belegt.- Ziel Nähe und Trennung von Eltern-Kind untersuchen und welche Faktoren die Nähe fördern oder zur Trennung führen auf der Geburtsstation in den ersten 2h postpartal aus Sicht der Mitarbeiter- Ziel im Abstract wie auch in der Einleitung klar aufgezeigt- Forschungsfrage keine- Forschungsbedarf wir begründet; keine vorhandenen Studien über die Ereignisse und Begründung für Nähe/Trennung aus Sicht der Mitarbeiter auf der Geburtsstation- Untersuchungsgegenstand wird durch das Ziel ersichtlich, jedoch keine klare Definition von Nähe und Trennung
Methode	<ul style="list-style-type: none">- Forschungsansatz qualitativ, angemessen, da das Ziel die Wahrnehmung der Teilnehmenden ist- Studiendesign deskriptive Pilotstudie, ohne Begründung

Setting

- geeignet, da für das Forschungsziel keine Zuteilung in eine Interventions- und Kontrollgruppe nötig ist, Ergebnisse sind beschreibend, wenig erforschtes Gebiet (deskriptiv) und die Studie mit einer kleinen überschaubaren Gruppe durchgeführt wird (Pilotstudie)
- Universitätsspital in Finnland
- > 4'000 Geburten pro Jahr wie auch Risikogeburten
- Geburtsstation mit 12 Gebärdzimmer
- zwei Stunden bleiben die Frauen im Gebärdzimmer, vor der Verlegung
- Eine Hebamme oder Hilfskrankenschwester ist pro Dienst auf der Abteilung für die Kinderpflege zuständig und bei jeder Geburt anwesend.
- Früher Hautkontakt zwischen Mutter und gesundem Termingeborenem gehört zum Alltag in der Gebärdabteilung.
- Setting für die Erreichung des Forschungsziels ist geeignet

Stichprobe

- 14 Teilnehmende, 11 Hebammen und 3 Hilfskrankenschwestern, Grösse der Stichprobe im Resultat ersichtlich
- **Auswahlverfahren**
- Forscherin hat die auf dem Dienst anwesende Verantwortliche für die Kinderpflege angesprochen, Ziel: während einer Schicht so viele Daten wie möglich über Eltern-Kind Kontakt sammeln. Zielgerichtete Auswahl der Stichprobe um ein breites Spektrum an Mitarbeitenden zu rekrutieren. unterschiedliche Arbeitserfahrungen der nachfolgenden Teilnehmer sichergestellt, bemühte alle drei Schichten einzuschliessen. Das Auswahlverfahren ist geeignet.
- Alle Hebammen und Hilfskrankenschwestern (n=34), die in der Gebärdabteilung arbeiten, sind für die Pilotstudie geeignet. **Einschlusskriterien** sind Hebammen oder Hilfskrankenschwestern, die die Kinderpflege durchführen und Mitarbeitende aus allen drei Schichten. **Ausschlusskriterien** werden keine genannt.

Datenerhebung

- Anzahl Anfragen und Absagen werden nicht erwähnt
- **Methode und Zeitpunkt**
Die Daten wurden mit dem Smartphone mittels der Anwendung (HAPPY) während jeweils einer Schicht von den Teilnehmenden gesammelt. Anhand der Wahrnehmung der Teilnehmer Events in Nähe und Trennung klassifiziert und anschliessend eine Audioaufnahme gemacht
- die Methode der Datenerhebung ist geeignet
- Teilnehmende konnten mittels einer Markierung zu einem späteren Zeitpunkt die Aufnahme machen
- die Aufnahmen konnte nicht zurückgespult werden, Vertrauen wurde somit nicht gefährdet
- Fragebogen ausgefüllt um Hintergrundinformationen von Hebammen und Hilfskrankenschwestern zu erhalten
- **Instrumente:** Fragebogen und
„Handy Application to Promote Preterm infant happy life“ Ereignisse können schnell markiert werden und eine Audiobotschaft aufgenommen werden. Telefonanrufe keine möglich
- Datenerhebung durch Hebammen und Hilfskrankenschwestern
- Die Teilnehmenden wurden mündlich und schriftlich angeleitet, wie die Anwendung funktioniert. Erhielten auch noch Beispiele für Nähe und Trennung, wurden motiviert selbst Entscheidungen zu treffen.
- Die Daten wurden durch alle Teilnehmenden gleich erhoben
- **Rolle der Forscherinnen** Instruktion, keine Daten erhoben
- **Festhalten** der Daten auf einem verschlüsselten System am Computer und anschliessend wurden die Aufnahmen auf dem Handy gelöscht
- Die Studie wurde durch das Ethikkomitee angenommen
- Einverständniserklärung der Teilnehmenden

Ethische Aspekte

Datenanalyse

- Eltern wurden über die Studie nicht informiert, jedoch wurden auch keine Daten gesammelt über die Eltern und das NG (Begründung durch Autorin)
- Information über Freiwilligkeit der Teilnahme: nicht explizit erwähnt
- identifizierende Informationen, welche versehentlich aufgenommen wurden, sind gelöscht worden bei der Transkription der Daten. Teilnehmende wurden nicht über Anonymisierung informiert.

- **Auswertungsmethode** angemessen, induktive thematische Analyse
- als deskriptive Statistik sind die Hintergrundinformationen der Teilnehmenden dargestellt
- **Kategorien und Konzepte**
Die aufgenommenen Daten sind wortwörtlich transkribiert worden und wurden mit einer ID Nummer beschriftet
- Die Daten wurden durch die erste Autorin codiert
- In der letzten Phase von der Analyse wurden die Themen definiert und benannt.
- **Verifizierung** Ergebnisse nicht an Teilnehmer zurückgegeben
- Daten und Codierungen wurden mehrmals wiedergelesen
- Die zweite Forscherin hat sich mit den Daten vertraut gemacht und konnte so die erste Analyse bestätigen und den Vorschlag für weitere Codierungen machen.

Ergebnisse

- klare und verständliche Darstellung im Fliesstext
keine Tabellen oder Auflistung der Kernergebnisse
- alle erhobenen Daten in die Auswertung einbezogen
- **Rücklaufquote** von Fragebögen nicht ersichtlich
- Keine **Ausfallrate** und Gründe, die Teilnehmer sind jedoch nicht im Voraus rekrutiert worden, sondern direkt während der Schicht
- **Merkmale der Stichprobe**
mit deskriptiver Statistik beschrieben, 11 Hebammen, 3 Hilfskrankenschwestern, Mittelwert:

36 Jahre (24-61 Jahren), Median von Erfahrungen auf der Geburtsstation sind 9 Jahre (0.5-37 Jahre). Ein Mann, der Rest Frauen, Merkmale der Mütter/Neugeborenen sind anonym

- **Fehler:** keine, aber nur ein Zitat über die Angabe, weshalb die Eltern keine Nähe wollten und sonst keine weiteren Gründe, Merkmale der Teilnehmer betrachten sie nur isoliert und nicht in Zusammenhang mit den anderen Ergebnissen

- **Zitate** unterstützen die gebildeten Kategorien

Diskussion

- Diskussion und Interpretation der Ergebnisse mit dem Forschungsziel

- Interpretation und Diskussion mit bereits vorhandenen Studien hat nicht stattgefunden (ausser in Bezug auf FG/Stillen und Sectio)

- **Limitationen** werden ausführlich beschrieben. Die Stichprobengrösse ist eher gering und die beobachtete Zeitspanne limitiert. Den Teilnehmern wurden Beispiele vorgelegt und wussten über den Fokus der Studie Bescheid, was ihr Verhalten beeinflusst haben könnte.

- **Stärke:** Glaubwürdigkeit wurde verbessert, da zwei Forscher die Analyse durchgeführt haben und Zitate verwendet wurden. Datensättigung erreicht. Übertragbarkeit für die Gebärklinik vorhanden.

- **Fehler:** Die Beispiele für Nähe und Trennung können die Interpretation von den Teilnehmenden beeinflusst haben. Sie konnten ihr Verhalten ändern, da sie den Fokus der Studie kannten. Sie konnten vermuten, dass Nähe gewünscht ist und Trennung vermieden werden soll. Trennung war evtl. klarer für die Beobachter, als was gehört alles zur Nähe. Vorschläge keine genannt.

- **klinische Relevanz** wird diskutiert

Schlussfolgerung /

- Schlussfolgerung wird aus den Ergebnissen abgeleitet

Empfehlungen

- Die Empfehlungen sind angemessen und umsetzbar

- Weitere Forschungsmöglichkeit wird in Diskussion beschrieben, Vorschlag: die Perspektive von den Eltern, was ermöglicht ihnen die Nähe zu spüren

Würdigung Studie 3

Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives

Koopman et al. (2016)

Titel	- Inhalt der Studie wird wiedergegeben
Abstract	- klar strukturiert, wesentliche Aspekte der Studie aufgeführt
Hintergrund	<ul style="list-style-type: none">- geeignete Informationen werden gegeben, Auswirkungen des Hautkontaktes, Forschungsstand aufgezeigt, bisherige Studien beziehen sich auf FG und Perspektive der Mütter, bekannte hinderliche und förderliche Faktoren genannt- Ziel klar formuliert Einblick in die Sicht des Spitalpersonals bezüglich Schlüsselfaktoren, die ungestörten frühen Haut-zu-Haut Kontakt (HHK) nach Vaginalgeburt und Sectio eines gesunden TG beeinflussen, um die Umsetzung des frühen HHK zu erleichtern- Forschungsfrage keine- Forschungsbedarf ist aufgezeigt, bisherige Kenntnisse aus Sicht der Spitalangestellten beziehen sich auf FG in der Intensivstation, keine Routinepraxis von HHK bei TG- Untersuchungsgegenstand wird nicht klar definiert aber durch die Empfehlungen der Initiative „Babyfreundlich“ ersichtlich; früher HHK beginnt sofort nach der Geburt eine Stunde oder bis zum ersten Stillen
Methode	- Forschungsansatz qualitativ, wird schon im Titel deutlich, Wahl wird begründet weil mit pragmatischem Ansatz spezifische Herausforderungen angegangen werden sollen, ist angemessen weil es um die Perspektive (qualitativ) geht und das praktische Handeln im Vordergrund steht (pragmatisch)

Setting	<ul style="list-style-type: none"> - Studiendesign explorativ, keine Begründung, ist geeignet weil die Sicht der Spitalangestellte bzgl. des Untersuchungsgegenstands relativ unbekannt ist
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> - Geburtshilfe und Gynäkologie Abteilung in einem der Universität angeschlossenen Gemeindecrankenhaus in den USA und in der angegliederten Level IIIb Neugeborenen Intensivstation (NICU) - Spital hat keine Zertifizierung „Babyfreundlich“, früher HHK ist keine Routine - diese Gebärabteilung ist nur teilweise geeignet weil HHK keine Routine ist und erst eingeführt wird, NICU für Sectiones geeignet
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> - 11 Teilnehmende Geburtshilfe & Gynäkologie: 5 Pflegefachpersonen und 1 Ärztin, Berufserfahrung durchschnittlich 13 Jahre NICU: 4 Pflegefachpersonen und 1 Ärztin, Berufserfahrung durchschnittlich 6 Jahre - Auswahlverfahren geeignet, wird aber nicht begründet, zielgerichtete Auswahl durch die Forscherin (I. Koopman, IK), unter der Woche die Abteilungen besucht und angefragt, wer teilnehmen möchte - alle Angestellten, die der Teilnahme zustimmten wurden in die Studie eingeschlossen - keine Ein- und Ausschlusskriterien, haben auch keinen Einfluss auf die Ergebnisse, Merkmale der Teilnehmenden werden in Tabelle 1 aufgeführt - Anzahl Anfragen und Absagen werden nicht erwähnt

	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumente Fragebogen bzgl. Merkmale der Befragten, Inhalt wird beschrieben und ist durch Tabelle ersichtlich / Interviewleitfaden: 5 Kernthemen werden aufgezeigt mit kurzer Beschreibung, Fragebogen nach 1. Interview angepasst inkl. Begründung - Rolle der Forscherin IK Datenerhebung, führte Interviews, keine Infos über entsprechendes Training - Festhalten der Daten: Interviews aufgezeichnet
<p>Ethische Aspekte</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Johns Hopkins University School of Medicine Institutional Review Board genehmigt - Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt - keine Infos über Freiwilligkeit und Anonymität
<p>Datenanalyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Auswertungsmethode thematische Analyse mithilfe „Atlas Ti 7“ (Software für qualitative Datenanalyse), angemessen - Anonymität gewährleistet, Interviews wurden transkribiert - Kategorien und Konzepte Entwicklung ist detailliert beschrieben IK hat nach vertraut machen mit den Daten die Kodierung gemacht, wurde von 2 weiteren Forscherinnen (JCK und AF) überarbeitet, so entstanden die Unterthemen, Gruppe Vaginalgeburt und Sectio separat analysiert - übergreifende Kategorien wurden durch Anpassung des thematischen Rahmens aus der Studie von Lee et al. (2012) über Frühgeborene übernommen - Verifizierung Ergebnisse nicht an Teilnehmerinnen zurückgegeben
<p>Ergebnisse</p>	<ul style="list-style-type: none"> - klare und verständliche Darstellung im Fliesstext mit Untertiteln und in einer Tabelle - alle erhobenen Daten sind aufgeführt (5 Kategorien von Interview) - bei den Barrieren werden auch Empfehlungen genannt, was den Hautkontakt erleichtern würde - Rücklaufquote keine, Fragebogen zu Beginn des Interviews ausgefüllt - Ausfallrate keine erwähnt

Diskussion

- **Merkmale der Stichprobe** in Tabelle 1 aufgeführt und im Methodenteil unter „Teilnehmer“ beschrieben
Alter, Geschlecht, Herkunft, Funktion, Erfahrung, HHK-Training
- keine **Fehler** oder Inkonsistenzen
- **Tabellen** übersichtliche Gliederung, Aussagen im Text stimmen überein, aber nicht alle Förderungsmassnahmen enthalten
- **Zitate** unterstützen die Kategorien, Berufserfahrung und zugehörige Abteilung angegeben
- Kernergebnisse zusammengefasst und auf Forschungsziel bezogen
- mit vorhandenen Studien diskutiert, die aber auf NICU/FG bezogen sind und Vorschläge für die Umsetzung aufgezeigt
- **Limitationen** werden beschrieben: die kleine Stichprobengrösse und zeitlich beschränkte Interviewdauer wegen viel Arbeit auf der Station/ausgelasteten, Sicht der Eltern ist auch notwendig, HHK wurde erst eingeführt und so bei der Datenerhebung noch selten praktiziert
- **Fehler** keine benannt
- **klinische Relevanz** der Ergebnisse wird diskutiert und aufgeführt
- Empfehlungen lassen sich aus Ergebnissen ableiten
- sind angemessen und umsetzbar, konkrete Vorschläge aus anderen Studien gezeigt
- weitere Forschung: Follow up Studie zu späterem Zeitpunkt, wenn HHK mehr praktiziert wird, Sicht der Eltern bezüglich Hindernisse des frühen HHK

Schlussfolgerung /

Empfehlungen

Würdigung Studie 4

Skin to skin contact of the newborn with its mother in the perspective of the multiprofessional team

Koller Kologeski et al. (2017)

Titel	- gibt die Fragestellung wieder, den Inhalt nicht eindeutig, Zeitpunkt Hautkontakt (HK) nicht erwähnt
Abstract	- klar und verständlich, wesentliche Aspekte
Hintergrund	<ul style="list-style-type: none"> - geeignete Hintergrundinformationen gegeben, Auswirkungen HK, optimale Umgebung, aktuelle Situation, Schwierigkeiten in Umsetzung - Ziel die Wahrnehmung von den Fachpersonen aus dem multiprofessionellen Team bezüglich frühem HHK zwischen Mutter und Kind nach der Geburt zu kennen, klar formuliert - Forschungsfrage „Wie ist die Wahrnehmung des multiprofessionellen Teams in Bezug auf frühen HHK zwischen Mutter und Kind bei der Geburt?“ - Forschungsfrage begründet: HK schwierig einzuführen trotz der Evidenz - Untersuchungsgegenstand nicht klar definiert, anhand Ziel ersichtlich, Zeitpunkt des HK in Einleitung und Methoden bei Interviewfragen erwähnt
Methode	<ul style="list-style-type: none"> - Forschungsansatz qualitativ, keine Begründung angemessen wegen Sichtweise der Befragten - Studiendesign explorativ und deskriptiv, ohne Begründung geeignet da Ergebnisse beschreibend (deskriptiv), Ziel ist das bessere Verständnis, Einblick in die Perspektive gewinnen (explorativ)
Setting	- Untersuchung in einer Geburtsklinik in einem öffentlichen Spital in Brasilien (Rio Grande do Sul)

	<ul style="list-style-type: none"> - für das Forschungsziel geeignet, weil keine Eingrenzung gemacht wird - keine Informationen über das Spital
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> - 15 Fachpersonen des multiprofessionellen Teams: ärztliches Fachpersonal (5), nurses (5) und nursing technicians (5) - erforderliche Stichprobengrösse aufgrund Gaskell's Konzept gewählt, welches besagt dass bei explorativen Untersuchungen mit Interviews die Anzahl zwischen 15- 25 genügend ist - Auswahlverfahren nicht beschrieben, aufgrund Ein-/Ausschlusskriterien - Einschlusskriterien Fachpersonen des multiprofessionellen Teams, > 18-jährig, > 1 Jahr in der Geburtsklinik gearbeitet - Ausschlusskriterien während Datenerhebung abwesende Personen, in gekündigter Anstellung und die, die Teilnahme abgelehnt haben - Anzahl Anfragen und Absagen nicht erwähnt
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> - Methode und Zeitpunkt semistrukturierte Interviews mit 5 Leitfragen, Interviewdauer ca. 20min, im Spitalsetting, in einem separaten Raum, zu einem vereinbarten Zeitpunkt, je nach Verfügbarkeit der Teilnehmenden, zwischen Jan. und Feb. 2015 erhoben - Interview ist als Methode für Studie geeignet (nur Selbsteinschätzung der Befragten) - Instrument Interviewleitfaden wird beschrieben, 5 Themen erwähnt - Rolle der Forscherinnen & wer die Daten erhoben hat: unbekannt - Festhalten der Daten: Interviews aufgenommen
Ethische Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> - Genehmigt durch Ethikkomitee - Einwilligung der Teilnehmenden, Aufklärung, Freiwilligkeit
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> - Auswertungsmethode eine Art der Inhaltsanalyse, angemessen - Kategorien und Konzepte Kategorien sind aus den Leitfragen erstellt, Vorgehen bei der Datenanalyse nicht genauer beschrieben

<p>Ergebnisse</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verifizierung durch die Teilnehmer nicht ersichtlich - klare und verständliche Darstellung, Fliesstext mit Kategorien als Titel - Verhältnis Ergebnisse und Zitate: viele Zitate - alle erhobenen Daten in die Auswertung miteinbezogen - Ausfallrate und Gründe nicht erwähnt - Merkmale der Stichprobe beschrieben, aufgrund Ein-/Ausschlusskriterien, 3 Fachpersonen auf Pflege in der Geburtshilfe spezialisiert und 2 spezialisieren sich noch dafür, 3 spezialisiert auf Gynäkologie & Geburtshilfe, 2 Experten der Pädiatrie, die anderen 5 haben kein Spezialgebiet - keine Fehler oder Inkonsistenzen - Zitate unterstützen die Kategorien, auffallend: 6 von 21 Zitaten von der Person E1
<p>Diskussion</p>	<ul style="list-style-type: none"> - keine Diskussion, vielmehr wie eine Einleitung mit Fakten (Wichtigkeit, Vorteile etc. von Hautkontakt) - Ergebnisse nicht auf Fragestellung interpretiert oder diskutiert, Wichtigkeit des multiprofessionellen Teams erwähnt und dadurch Bezug auf Frage angedeutet - nur ein Teil der Ergebnisse mit vorhandenen Studien betrachtet, viele Studien ohne Bezug auf eigene Ergebnisse aufgeführt - Limitationen keine benannt - Fehler keine benannt - klinische Relevanz der Ergebnisse wird diskutiert
<p>Schlussfolgerung / Empfehlungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Empfehlungen lassen sich aus Ergebnissen ableiten - angemessen und umsetzbar - weitere Forschung: für das gleiche Thema aber aus Perspektive der Vorteile, die durch Hautkontakt für die Entwicklung des Kindes entstehen können