

Datum: \_\_\_\_\_

Pseudonymisierungsnummer: \_\_\_\_\_

**UKD Entwicklungs-App - Entwicklung im ersten Lebensjahr**

**Wie sensitiv und spezifisch sind elterliche Angaben über eine Smartphone-App im Hinblick auf das Erreichen von Meilensteinen der Entwicklung?**

**Fragebogen „Stillverhalten und Ernährung“ zu Beginn der Studie**

*Um die Zusammenhänge zwischen der Ernährung (insbesondere mit Muttermilch) und der kindlichen Entwicklung weiter zu erforschen, würden wir Sie bitten den folgenden Fragebogen auszufüllen. Sollten Sie nicht die leibliche Mutter Ihres Kindes sein, ist das Stillen nicht möglich. In diesem Fall füllen Sie den folgenden Fragebogen bitte nicht aus. Uns interessiert hier insbesondere auch die Frage, ob das Auftreten und die Behandlung von Unterzuckerungen des Neugeborenen einen Einfluss auf das Stillverhalten haben. Hier möchten wir erste Eindrücke gewinnen. Im Verlauf werden Ihnen daher auch in der App Fragen zum Stillen gestellt.*

**1. Wie möchten Sie ihr Kind in Zukunft (über die nächsten 4 Monate) ernähren?**

**(gestillt = Ernährung mit Muttermilch. Hierzu zählt auch abgepumpte Muttermilch, die mit der Flasche gegeben wird.)**

- ausschließliches Stillen (ohne Säuglingsnahrung/Milch, ohne Getränke wie Wasser, Tee)
- volles Stillen (ohne Säuglingsnahrung/Milch, aber mit Getränken wie Wasser, Tee)
- teilweises Stillen (mit zusätzlicher Säuglingsnahrung/Milch und Getränken)
- gar nicht Stillen (nur Säuglingsnahrung/Milch, Getränke)
- noch unklar

**2. Warum haben Sie sich für das Stillen entschieden? (Mehrfachnennung möglich; nur wenn „ausschließlich/volles/teilweise Stillen“)**

- Ich habe gute Erfahrung mit dem Thema Stillen
- Ich halte stillen für die beste Ernährungsform für mein Kind
- Mir wurde das Stillen empfohlen
- Ich möchte stillen
- Ich finde stillen einfacher als Flaschenfütterung (Säuglingsnahrung)
- Ich wurde überredet zu stillen
- Ich fühle mich verpflichtet zu stillen
- Andere: \_\_\_\_\_

**3. Warum haben Sie sich gegen das Stillen entschieden? (Mehrfachnennung möglich; nur wenn „gar nicht stillen“)**

- Ich habe keine guten Erfahrungen mit dem Thema Stillen
- Ich habe/hatte gesundheitliche Probleme

- Ich bekomme Arzneimittel, wegen derer ich nicht Stillen kann
- Ich hatte bei einem früheren Kind Stillprobleme
- Ich möchte/muss bald wieder arbeiten
- Ich möchte nicht stillen
- Ich habe Sorge vor Komplikationen/Problemen
- Ich möchte bald wieder rauchen
- Ich finde Flaschenfütterung (Säuglingsnahrung) einfacher
- Ich finde Flaschenfütterung (Säuglingsnahrung) genauso gut wie stillen
- Andere: \_\_\_\_\_

**4. Haben Sie sich über das Thema der Kindesernährung informiert? / Wie sind Sie über das Thema Stillen informiert worden? (Mehrfachnennung möglich)**

- Hebammen
- Ärzte
- Bücher
- Internet
- Bekannte und Familie
- Vorbereitungskurse
- Andere: \_\_\_\_\_
- Bisher noch gar nicht

**5. Warum haben Sie sich nicht über das Thema Stillen informiert? (nur wenn „Bisher noch gar nicht“)**

- Ich habe schon Still erfahrung
- Ich hielt es nicht für notwendig mich zu informieren.
- Ich wusste nicht wie ich mich informieren sollte
- Ich habe keine Zeit mich zu informieren
- Ich habe kein Interesse
- Ich habe mir bisher noch keine Gedanken darüber gemacht

**6. Welche war für Sie die wichtigste Informationsquelle zum Thema Stillen?**

- Hebammen
- Ärzte
- Bücher
- Internet
- Bekannte und Familie
- Vorbereitungskurse

**7. Wie zufrieden waren Sie mit der Information/Anleitung/Hilfestellung zum Stillen?**

- Sehr zufrieden
- Eher zufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Eher unzufrieden
- Sehr unzufrieden

**8. Woran lag Ihre Unzufriedenheit? Was könnte verbessert werden (falls „eher / sehr unzufrieden“)?**

Antwort:

---



---



---

**9. Was denken Sie, wie lange Sie Ihr Kind voll stillen wollen? (volles Stillen = ohne Säuglingsnahrung/-milch, aber eventuell mit Getränken wie Wasser oder Tee)**

- So lange wie möglich, höchstens bis zum \_\_\_\_\_ Monat (hier Zahl einfügen)
- Bis zum Ende des \_\_\_\_\_ Monats (hier Zahl einfügen)
- Ich habe kein bestimmtes Ziel
- Ich will nicht stillen

**10. Wann haben Sie Ihr Kind nach der Geburt zum ersten Mal gestillt/gefüttert?**

- Direkt nach der Geburt
- Innerhalb der ersten Stunde
- Innerhalb der ersten sechs Stunden
- Später
- Nie

**11. Aus welchem Grund konnten Sie Ihr Kind innerhalb der ersten Stunden nach der Geburt nicht stillen / angelegen / füttern? (nur wenn: „Innerhalb der ersten sechs Stunden/Später/Nie“)**

- Meinem Baby ging es nicht gut/es war zu müde
- Mein Kind machte einen zufriedenen Eindruck und hat sich nicht gemeldet
- Mir (Mutter) ging es nicht gut
- Ich (Mutter) hatte einen Kaiserschnitt
- Ich (Mutter) wollte nicht stillen/füttern, weil \_\_\_\_\_
- Es gab andere Komplikationen: \_\_\_\_\_

**12. Haben Sie seit der Geburt versucht zu stillen?**

- Ja
- Nein

**13. Aus welchen Gründen haben Sie nicht versucht zu stillen? (falls „Nein“)**

- Mein Kind hat/hatte gesundheitliche Probleme
- Mein Kind wurde in die Kinderklinik verlegt
- Ich (Mutter) habe/hatte gesundheitliche Probleme
- Ich (Mutter) bekomme Arzneimittel, wegen derer ich nicht Stillen kann
- Ich (Mutter) hatte bei einem früheren Kind Stillprobleme
- Ich (Mutter) möchte/muss bald wieder arbeiten
- Ich (Mutter) möchte nicht stillen
- Ich (Mutter) habe Sorge vor Komplikationen/Problemen
- Ich (Mutter) möchte bald wieder rauchen
- Ich (Mutter) finde Flaschenfütterung (Säuglingsnahrung) einfacher
- Ich (Mutter) finde Flaschenfütterung (Säuglingsnahrung) genauso gut wie stillen

**14. Haben Sie bereits vor der Geburt Kolostrum („erste Muttermilch“) gesammelt und gegebenenfalls eingefroren?**

- Ja, ich habe Kolostrum gesammelt
- Nein, ich habe kein Kolostrum gesammelt

**15. Hat Ihr Kind nach der Geburt frisches oder zuvor eingefrorenes Kolostrum erhalten (Mehrfachantwort möglich)?**

- Ja, mein Kind hat frisches Kolostrum erhalten
- Ja, mein Kind hat Kolostrum erhalten, welches vor Geburt gewonnen und eingefroren wurde
- Nein, mein Kind hat kein Kolostrum erhalten

**16. Haben Sie schon einmal Muttermilch abgepumpt?**

- Ja, hin und wieder
- Ja, regelmäßig
- Nein

**17. Wieso haben Sie sich für das Milchabpumpen entschieden? (falls „Ja“)**

- Ich bin (Mutter) /wir sind (beide Elternteile) so flexibler beim Füttern
- Ich habe zu viel Muttermilch/mein Kind trinkt beim Stillen nicht genug
- Mir wurde das Abpumpen empfohlen
- Ich habe gute Erfahrungen mit dem Abpumpen gemacht
- Ich (Mutter) habe gesundheitliche Probleme
- Mein Kind hat gesundheitliche Probleme
- Ich (Mutter) finde Abpumpen besser als Stillen
- Ich (Mutter) möchte bald wieder arbeiten
- Ich (Mutter) möchte mein Kind nicht in der Öffentlichkeit stillen
- Ich denke, dass Abpumpen eine gute Ergänzung zum Stillen ist
- Andere: \_\_\_\_\_

**18. Musste Ihr Kind aufgrund einer der folgenden gesundheitlichen Probleme zugefüttert werden? (Zufüttern = zusätzlich zur Muttermilch noch Säuglingsnahrung oder Zuckerlösung)**

- Mangelernährung
- Unverträglichkeiten/Allergien
- Unterzuckerungen
- Stoffwechselstörungen
- Andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_
- Nein, mein Kind musste nicht zugefüttert werden

**19. Besteht bei einem Elternteil eine bekannte Allergie**

- | <u>Mutter</u>            | <u>Vater</u>             |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medikamentenallergie (z.B. Antibiotika oder Schmerzmittel)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lebensmittelallergien (z.B. Nüsse, tierische Produkte etc.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pollenallergie  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Latexallergie   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hausstaubmilbenallergie                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tierhaarallergie (Hund, Katze, Pferd etc.)                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insektengiftallergie (Bienengift, Wespengift)               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nickelallergie  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergie auf zahnärztliche Werkstoffe (Amalgam)             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Keine Allergien bekannt                                     |

Stillfragen angelehnt an: Weißenborn A. (2009): Dissertation; Drei Studien über das Stillverhalten von Berliner Müttern als Beitrag zur Einrichtung eines Stillmonitorings in Deutschland, Fragebögen zur Erhebung von Daten über das Stillverhalten von Müttern nach Entbindung in zwei Berliner Geburtskliniken, S.217-235 URL: [https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/13135/Stillverhalten\\_in\\_Berlin\\_Weissenborn.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/13135/Stillverhalten_in_Berlin_Weissenborn.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (10.01.2021)