



„Baby-friendly Hospitals“

die ONGKG-Sektion zur

WHO und UNICEF Initiative

„Baby-friendly Hospital Initiative – BFHI“

Fragebogen für Mütter im Rahmen der Nach-Evaluation

Kontakt:

Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder
Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen – ONGKG
Sektion Baby-Friendly Hospitals
baby-friendly@ongkg.at

In Zusammenarbeit mit



Liebe Mutter!

Die Geburtshilfeabteilung Ihres Krankenhauses legt größten Wert auf eine optimale Betreuung von Mutter und Kind und die Förderung des Stillens. Durch die Beantwortung dieses Fragebogens helfen Sie mit, diese Bemühungen zu unterstützen und Impulse für weitere Verbesserungen zu geben. Bitte beantworten Sie dafür folgende Fragen zu Ihren Erfahrungen rund um die Geburt. Sie benötigen dafür etwa 20 Minuten.

Bei Auswahlfragen kreuzen Sie bitte das für Sie Zutreffende an.

 Bei zusätzlichen offenen Fragen beschreiben Sie bitte Ihre Erfahrungen in Stichworten.

Den ausgefüllten Fragebogen werfen Sie bitte in die vorgesehene Box zur anonymen statistischen Auswertung durch ein unabhängiges Fachinstitut.

1. Wie alt sind Sie?

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bis 20 | <input type="checkbox"/> 31-35 |
| <input type="checkbox"/> 21-25 | <input type="checkbox"/> 36-40 |
| <input type="checkbox"/> 26-30 | <input type="checkbox"/> über 40 |

2. Haben Sie ein Mädchen oder einen Buben geboren?

- Mädchen
- Bub
- Zwillinge/Drillinge

3. Zu dieser Geburt:

3a) Gewicht des / der Babys bei der Geburt: _____ Gramm

3b) Größe des / der Babys bei der Geburt: _____ cm

3c) Wie viele Wochen dauerte die Schwangerschaft? _____ Wochen

4. Die Geburt war ein/e ...

- Normalgeburt
- Normalgeburt mit Dammschnitt bzw. Dammriss
- Sauglockengeburt / Zangengeburt
- Kaiserschnitt in PDA („Kreuzstich“)
- Kaiserschnitt in Spinalanästhesie
- Kaiserschnitt in Vollnarkose

4a) War der Kaiserschnitt vor der Geburt geplant? ja nein

5. Wurde die Geburt künstlich eingeleitet?

- ja
- nein

6. Erhielten Sie während der Geburt Medikamente?

- ja, Schmerzmittel
- ja, Wehenmittel
- ja, Periduralanästhesie („Kreuzstich“) / Spinalanästhesie
- ja, Vollnarkose
- ja, andere Medikamente
- nein, keine Medikamente

7. Wurde Ihr Baby in der ersten Woche an eine Kinderabteilung verlegt?

- ja
- nein

8. Wie war Ihr Gesamteindruck von Ihrem Krankenhausaufenthalt (medizinische und pflegerische Betreuung, räumliche Gegebenheiten, Verpflegung etc.)?

- sehr gut
- gut
- zufriedenstellend
- eher schlecht
- sehr schlecht

8a) Bitte begründen Sie in Stichworten Ihre Einschätzung:

9. Dieses Baby ist Ihr ...

- erstes Kind → **bitte gleich weiter zu Frage 12**
- zweites Kind
- drittes Kind
- viertes Kind
- fünftes oder weiteres Kind

10. Haben Sie früher schon Erfahrungen mit dem Stillen gemacht?

- ja
- nein → **bitte weiter zu Frage 12**

11. Wie sehen Sie heute, alles in allem, Ihre früheren Stillverfahren?

- sehr gut
- eher gut
- weniger gut
- schlecht

11a) Bitte begründen Sie in Stichworten Ihre Einschätzung:

12. Wurden Sie bereits in der Schwangerschaft über das Stillen informiert?

- nein, keine Info
- ja, durch das Krankenhaus
- ja, durch das Stillbuch / die Stillbroschüre
- ja, durch sonstige Angebote

12a) Durch welche sonstigen Angebote wurden Sie informiert?

13. Wie lange nach der Geburt blieb das Baby im Hautkontakt bei Ihnen?

Nach einer Normalgeburt:

- kein Hautkontakt
- bis 15 Minuten
- bis 30 Minuten
- länger

Nach einem Kaiserschnitt:

- Hautkontakt gleich im OP
- Hautkontakt im Aufwachzimmer
- Hautkontakt erst auf der Station, 1-3 Stunden nach der OP
- Hautkontakt erst auf der Station, 3-6 Stunden nach der OP
- kein Hautkontakt

14. Wann nach der Geburt haben Sie Ihr Baby zum ersten Mal angelegt?

- innerhalb der ersten 2 Stunden
- innerhalb der ersten 12 Stunden
- später
- nicht gestillt

14a) Falls Sie nicht mit dem Stillen begonnen haben: Was war der Grund?

15. Wie lange waren Sie nach der Geburt im Krankenhaus?

- 1 - 4 Tage
- länger als 4 Tage
- ambulante Geburt

16. Wie viele Frauen waren mit Ihnen im Zimmer? (Mehrfachangaben möglich)

- Keine, ich war alleine im Zimmer.
- Keine, ich hatte ein Familienzimmer.
- eine
- zwei
- drei oder mehr

17. Wie lange / wie oft war während Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus Ihr Baby bei Ihnen im Zimmer?

- immer bei Tag und Nacht → **gleich weiter zu Frage 18**
- meistens bei Tag und Nacht
- Baby war meistens im Kinderzimmer

17a) Warum war das Baby nicht immer bei Ihnen im Zimmer?

- Es war medizinisch notwendig.
 - auf meinen Wunsch
 - sonstige Gründe, und zwar: _____
-

18. Konnten Sie (gegebenenfalls auch der Vater) bei der Untersuchung Ihres Babys durch den Kinderarzt / die Kinderärztin dabei sein und Fragen stellen?

- ja
- nein

18a) Wo fand(en) die Untersuchung(en) statt? (Mehrfachangaben möglich)

- in meinem Zimmer
- im Kinderzimmer
- in einem anderen Raum

19. Wie wird Ihr Baby seit der Geburt ernährt?

- ausschließlich gestillt
- gestillt + Zufütterung mit Tee / Nähr-/ Zuckerlösung
- gestillt + Zufütterung mit Säuglingsnahrung
- ausschließlich Säuglingsnahrung

19a) Wenn Zufütterung oder ausschließlich Säuglingsnahrung: WOMIT?

- Becher / Löffel
- Zufütterung direkt an der Brust mit Sonde / Spritze
- Spritze mit Fingerfeeder
- Flasche

19b) Wenn Zufütterung oder ausschließlich Säuglingsnahrung: WARUM?

- auf Anordnung des Arztes / der Ärztin
 - auf meinen Wunsch
 - Ich stille nicht (ausschließlich Säuglingsnahrung). → bitte weiter zu Frage 30
 - sonstige Gründe, und zwar:
-
-

20. Wurden Sie über die möglichen Auswirkungen des Schnullers auf das Stillen informiert?

- ja
- nein

21. Haben Sie ein Still-/ Saughütchen verwendet?

- nein
- ja

21a) Wenn ja: warum?

- Wunde / schmerzende Brustwarzen
 - Baby konnte die Brust nicht ausreichend erfassen.
 - sonstige Gründe, und zwar:
-
-

22. Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie beim Stillen Ihr Baby richtig halten und anlegen können?

- ja
- nein

23. Wie wurde Ihnen empfohlen, Ihr Baby zu stillen?

- Stillen nach Bedarf, häufiges Anlegen
- Stillen in bestimmten Zeitintervallen, nicht zu lange anlegen
- keine Empfehlung

24. Wurden Sie darauf aufmerksam gemacht, ein zu schläfriges Baby zum Stillen zu wecken?

- ja
- nein

25. Wurde Ihnen gezeigt, wie Sie bei Bedarf die Brust mit der Hand entleeren können?

- ja
- nein

26. Wie waren die Informationen und die Anleitung zum Stillen?

- einheitlich
- teilweise widersprüchlich
- stark widersprüchlich

27. Wie haben Sie die Stillberatung im Krankenhaus empfunden?

- ausreichend
- zu wenig
- zu viel

28. Alles in allem: Waren die Informationen und die Anleitung zum Stillen für Sie hilfreich?

- ja, sehr
- ja, eher schon
- nein, eher nicht
- nein, gar nicht

28a) Falls eher nicht oder gar nicht: warum?

29. Haben Sie vom Krankenhaus Informationen bekommen, an wen Sie sich nach der Entlassung bei auftretenden Stillproblemen wenden können?

JA, und zwar (Mehrfachantworten möglich):

- telefonische / persönliche Beratung durch das KH
- Stillgruppe
- Stillambulanz
- Nachbetreuung durch die Hebamme

NEIN

- keine Informationen

30. Gibt es noch etwas zu Ihren Erfahrungen mit der Geburt und mit dem Stillen, das Ihnen wichtig ist und das Sie uns mitteilen möchten?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!