

Zusammenfassung



Der verantwortungsbewusste Umgang mit dem Schnuller aus logopädischer Sicht – Erarbeitung und Erprobung eines Informationsfolders für Eltern von Neugeborenen

Ulrike Lins

Betreuerin: Elke Mesenholl-Strehler

Einleitung

Hintergrund und Stand des Wissens

Repräsentative Reihenuntersuchungen an Kindern im Milch- und Wechselgebiss haben gezeigt, dass Zahn- und Kieferfehlstellungen weit verbreitet sind (Hensel und Splieth 1998, Stahl et al. 2007). Laut einer Studie des Instituts des zahnärztlichen Dienstes im Jahr 1991 (Clausnitzer 2006, S. 32) erhielten 60% der dreizehn- bis vierzehnjährigen Jugendlichen in Deutschland aufgrund einer Gebissanomalie eine kieferorthopädische Behandlung.

Bei einem großen Anteil der Kinder mit Zahn- und Kieferfehlstellungen liegt eine orofaziale Dysfunktion vor (Hensel und Splieth 1998, Stahl et al. 2007). Orofaziale Dysfunktionen sind definiert als „Störungen des Muskeltonus, der Muskelfunktion und/oder der Bewegungsabläufe im orofazialen Komplex, die aufgrund motorischer, sensorischer und/oder skelettaler Abweichungen entstehen“ (Giel 2006, S. 408). Es wird von einem multifaktoriellen Ursachengefüge für die Entstehung einer orofazialen Dysfunktion ausgegangen. Neben Kiefer- und Zahnstellungsanomalien (welche wiederum genetisch bedingt, angeboren bzw. erworben sein können) werden u.a. habituelle Ursachen wie Lutschgewohnheiten und ungünstige Säuglings- und Kleinkindernahrung genannt (Kittel 2000, Giel 2006).

Dass das habituelle Lutschen am Schnuller bzw. am Daumen (und/oder anderen Fingern und Gegenständen) einen negativen Einfluss auf die Zahn- und Kieferentwicklung sowie die Entwicklung der orofazialen Funktionen hat, haben zahlreiche Studien (u. a. Larsson 1994, Warren 2002, Zardetto et al. 2002, Viggiano et al. 2004, Stahl et al. 2007) sowie die logopädische Praxis gezeigt. Ein Großteil der Kinder, die aufgrund einer orofazialen Dysfunktion bzw. einer phonetischen Artikulationsstörung vorgestellt und behandelt werden, hat eine Lutschgewohnheit, oder die Eltern geben bei der Anamnese an, dass das Kind bis ins Kleinkind- bzw. Vorschulalter am Schnuller (bzw. am Daumen oder an anderen Fingern) gelutscht hat (siehe auch Furtenbach 2005).

In der praktischen logopädischen Arbeit wird beobachtet, dass viele Eltern wenig über die Risiken einer über die Säuglingszeit hinausgehenden Lutschgewohnheit zu wissen scheinen bzw. zu spät über Zusammenhänge informiert werden, nämlich erst wenn sich die Gewohnheit manifestiert und orofaziale

Dysfunktionen bzw. Zahn- und Kieferfehlstellungen diagnostiziert werden (siehe auch Furtenbach 1999). Eltern praktizieren einen unreflektierten Umgang mit dem Schnuller (bzw. anderen Lutschobjekten ihrer Kinder), sodass die Kinder über die Säuglingszeit hinaus lutschen. Oft wird der Schnuller (bzw. der Daumen oder andere Lutschgegenstände) nicht nur zur Beruhigung und zum Einschlafen verwendet, sondern ist ein ständiger Begleiter im Leben des Kindes (siehe auch Furtenbach 1999, 2005).

In der logopädischen und kieferorthopädischen Fachliteratur sind Forderungen nach Prävention lutschbedingter Zahn- und Kieferfehlstellungen und orofazialer Dysfunktionen zu finden (siehe Furtenbach 1999, Hahn 2002, Codoni 2004, Stahl et al. 2007). Die tatsächlich publizierten Empfehlungen an Eltern zum Thema Schnuller bzw. Lutschgewohnheiten von zahnärztlicher bzw. kieferorthopädischer und kinderärztlicher Seite gehen weit auseinander und reichen von Empfehlungen, die im Sinne der Primärprävention darauf abzielen, das Entstehen einer Lutschgewohnheit möglichst zu verhindern (Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Flaschensauger und Schnuller, Universitätsklinik Innsbruck 2008, Initiative Kiefergesundheit e.V. 2010) bis zu Aufforderungen an Eltern, Lutschgewohnheiten im Kleinkind- und Vorschulalter zu ignorieren und erst nach dem Zahnwechsel eine Entwöhnung des Schnullers bzw. Daumens anzustreben (Schweizerische Gesellschaft für Kieferorthopädie 2010).

Forschungsfrage

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einer Möglichkeit der Primärprävention. Es werden die Fragen bearbeitet, welche Informationen ein aus logopädischer Sicht gestalteter Informationsfolder für Eltern von Neugeborenen zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller beinhalten muss (Forschungsfrage 1a), wie diese Informationen aufbereitet sein müssen (Forschungsfrage 1b) und wie das Ergebnis, ein Informationsfolder, Mütter von Neugeborenen im Hinblick auf den Wissensstand zum Thema Schnuller sowie den Schnullergebrauch im Alltag beeinflusst und wie diese Mütter den Informationsfolder beurteilen (Forschungsfrage 2).

Methodik

Methodik zur Forschungsfrage 1a und 1b

Es erfolgte eine Literaturrecherche zum Thema Schnullerforschung (Suchbegriffe in Pub Med und NML: *pacifier and malocclusion, effects of pacifiers on dental occlusion, pacifiers and myofunctional disorder* und *pacifiers and orofacial disorder*) sowie eine kritische Beurteilung der Aussagekraft relevanter Artikel. Ergänzend wurde Literatur zur physiologischen Entwicklung der orofazialen Funktionen sowie zur Ätiologie von Lutschgewohnheiten herangezogen. Weiters wurden aktuelle Empfehlungen zum Schnullergebrauch kritisch im Hinblick auf ihre primärpräventive Ausrichtung beurteilt und zentrale Aussagen gegebenenfalls in die zu vermittelnden Informationen eingearbeitet. Zur Beantwortung der Frage, wie die zu vermittelnden Informationen aufbereitet sein müssen, wurde Literatur zum Thema Informationsvermittlung in der Gesundheitsförderung sowie zum Thema Textoptimierung herangezogen. Ein neu erarbeiteter Informationsfolder ist das Ergebnis zur Forschungsfrage 1a und 1b. Die graphische Gestaltung erfolgte in Zusammenarbeit mit Dr. Andrea Bachmann, M. A., Marketingleiterin des aks Arbeitskreis für Vorsorge und Sozialmedizin BetriebsGmbH in Bregenz, Vorarlberg.

Methodik zur Forschungsfrage 2

Design

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 2 wurde eine qualitative Untersuchung in Form einer deskriptiven mehrmaligen Expertenbefragung von Müttern von Neugeborenen durchgeführt. Die

Versuchspersonen beantworteten zu zwei Untersuchungszeitpunkten (teil)-standardisierte Fragen. Die Antwortmöglichkeiten waren je nach Frage offen oder geschlossen.

Interviewleitfaden

Die Befragung erfolgte anhand eines teilstandardisierten Interviewleitfadens, der von der Autorin zusammengestellt worden war. Die Fragen waren größtenteils offen gestellt, d.h. Wissen über den Schnullergebrauch und Auskünfte über den praktischen Umgang mit dem Schnuller wurden nicht direkt erfragt, sondern es wurde versucht mittels zunächst offen gestellter Fragen möglichst wenig vorzugeben. Informationen, die über diese offen gestellten Fragen nicht gewonnen werden konnten, wurden mittels geschlossener Fragen ergänzt.

Teilnehmerinnen

Befragt wurden zum Zeitpunkt 1 acht erstgebärende Mütter von primär gesunden Neugeborenen, zum Zeitpunkt 2 konnten sieben der acht Frauen ein zweites Mal befragt werden.

Durchführung

Die Befragung zum Zeitpunkt 1 wurden auf der Wochenstation im Krankenhaus Dornbirn durchgeführt. Das erste Interview erfolgte durch die Autorin im Rahmen eines Gesprächs unter vier Augen. Anschließend erhielten die Mütter den Informationsfolder. Sechs bzw. sieben Wochen später (Zeitpunkt 2) wurden die Mütter nochmals von derselben Person telefonisch befragt.


Analyse

Die aufgezeichneten Interviews wurden vollständig transkribiert. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels Qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2008). In einem ersten Schritt wurden die Analyseeinheiten festgelegt. Danach wurden inhaltstragende Textstellen paraphrasiert und nach Bestimmung des Abstraktionsniveaus diesem entsprechend generalisiert. Die Textteile wurden den deduktiv gewonnenen Kategorien zugeordnet. Die deduktive Kategoriendefinition wurde deshalb gewählt, weil die Fragestellung zur Erprobung des Informationsfolders klar eingegrenzt war und auch die Fragen im Interviewleitfaden dementsprechend gewählt worden waren. Paraphrasen mit gleichem oder ähnlichem Inhalt wurden den einzelnen Kategorien zugeordnet und nach Häufigkeit in den einzelnen Interviews ausgezählt. Das so für die Auswertung gewonnene Material wurde nochmals am Originaltext überprüft und nach Inhalt bzw. Häufigkeit der vorkommenden Inhalte sortiert und so in verschiedene Items unterteilt. An Hand des Datenmaterials, welches den deduktiv festgelegten Kategorien nicht zugeordnet werden konnte, für die Beantwortung der Forschungsfragen der Autorin jedoch relevant erschien, wurden induktiv Kategorien definiert. Die Ergebnisse der Items zu den beiden Messzeitpunkten wurden, wenn möglich, miteinander verglichen.

Ergebnisse

Der Informationsfolder für Eltern von Neugeborenen

Dieser neu erarbeiteter Informationsfolder ist das Ergebnis zur Forschungsfrage 1a und 1b:



Das Wichtigste in Kurzform

Saugen ist in den ersten 6 Lebensmonaten natürlich und wichtig. Das Saugbedürfnis des Kindes soll befriedigt werden. Dies geschieht beim Stillen. Wenn ein Schnuller verwendet wird, soll verhindert werden, dass eine Lutschwahnheit entsteht.


Der Schnuller soll nicht zu oft und nicht zu lange im Mund des Kindes sein.

Der Schnuller soll keine anderen Bedürfnisse überdecken, nur wenn das Kind saugen will, soll der Schnuller verwendet werden.

Auch Schnuller die als „kieferegerecht“, „physiologisch“ oder „natürlich geformt“ verkauft werden, können der Kiefer- und Sprechentwicklung schaden, wenn sie zu oft und zu lange verwendet werden.

Wenn das Kind anfängt zu beißen und kauen, ist feste Nahrung wichtig. Das Saugen wird vom Kauen abgelöst. Das Kind braucht keinen Schnuller mehr.

Kontakt



aks Kinderdienste Dornbirn
Logopädie
Ulrike Lins
Färbergasse 13 / 1
6850 Dornbirn
T 055 74 / 202 - 5200
kt.l@aks.or.at

Der Schnuller

Fragen und Antworten zum verantwortungsbewussten Umgang

Kinderdienste www.aks.or.at

Der Schnuller

aks Sozialmedizin GmbH
Kinderdienste Dornbirn
Färbergasse 13 / 1
6850 Dornbirn
T 055 74 / 202 - 5200
kt.l@aks.or.at

Brauchen Babys einen Schnuller?

Saugen ist ein natürliches Bedürfnis. Es dient vor allem zur Nahrungsaufnahme, aber auch zur Beruhigung und Entspannung im Säuglingsalter. Beim Stillen wird die Muskulatur des Babys optimal trainiert und das natürliche Saugbedürfnis am besten befriedigt. So begünstigt Stillen die normale Kiefer- und Sprechentwicklung.

Der Schnuller ist ein Ersatz für die Mutterbrust. Gerade in der Anfangszeit ist es wichtig, dass das Kind das Saugbedürfnis nur an der Brust befriedigt. So wird die Milchbildung angeregt. Falls Sie sich für einen Schnuller entscheiden, ist es wichtig, dass Sie ihn bewusst und überlegt verwenden.

Warum ist ein verantwortungsbewusster Umgang mit dem Schnuller wichtig?

Wenn der Schnuller zu oft im Mund des Kindes ist und zu lange verwendet wird, können Zahn- und Kieferfehlstellungen die Folge sein. Außerdem kann sich die Muskulatur, die zum Sprechen benötigt wird, nicht richtig entwickeln. Das Kind kann Schwierigkeiten beim Sprechen bekommen.

Typische Schnuller-Folgen: Offener Biss, vergrößerte Frontzahnstufe



Kinderdienste

Wie kann ich verhindern, dass der Schnuller meinem Kind schadet?

Der Schnuller kann Ihrem Baby helfen, das natürliche Saugbedürfnis zu befriedigen. Damit der Schnuller keinen Schaden anrichten kann, soll das Kind keine Lutschgewohnheit entwickeln. Darum ist es wichtig, dass das Baby den Schnuller nur dann bekommt, wenn es ein Saugbedürfnis zeigt. Der Schnuller soll nur so lange im Mund bleiben, bis das Saugbedürfnis gestillt ist bzw. bis das Kind sich beruhigt hat. Auf keinen Fall muss der Schnuller ständig im Mund des Kindes sein.

Soll ich meinem Kind, wenn es weint, immer zuerst den Schnuller geben?

Wenn das Baby weint, kann das verschiedene Gründe haben. Vielleicht hat es in dem Moment gar kein Saugbedürfnis sondern ein ganz anderes Bedürfnis. Vielleicht hat es Hunger, muss gewickelt werden oder möchte getragen werden? Vielleicht braucht es ganz einfach Zeit und Aufmerksamkeit. Es liegt in Ihrer Verantwortung zu entscheiden, wann und wie lange Sie Ihrem Kind einen Schnuller geben.

Kinderdienste

Gibt es nicht auch gesunde Schnuller?

Hersteller bewerben ihre Produkte mit Bezeichnungen wie „kiefergerechter Schnuller“, „natürlich geformter Schnuller“, „physiologischer Schnuller“ usw. Diese Bezeichnungen sind irreführend. Jeder Schnuller, egal wie er aussieht und gemacht ist, schadet der Kiefer- und Sprechentwicklung, wenn er zu lange und zu häufig im Mund des Kindes ist.

Wann soll der Schnuller nicht mehr verwendet werden?

Sobald das Kind Zähne bekommt, will es beißen und kauen. Es ist wichtig, dass es dann festere Nahrungsmittel angeboten bekommt. Das Saugbedürfnis tritt in den Hintergrund. Wird der Schnuller weiter verwendet, wird das Saugbedürfnis künstlich aufrecht erhalten. Das Lutschen am Schnuller ist dann kein echtes Bedürfnis mehr sondern eine Gewohnheit. Daher ist es sinnvoll, dem Kind ab dem 8. bis 12. Lebensmonat, den Schnuller gar nicht mehr zu geben.

Kinderdienste

Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews mit den Müttern von Neugeborenen

Insgesamt wurden 11 Kategorien deduktiv und 3 Kategorien induktiv ermittelt. Exemplarisch werden an dieser Stelle Kategorie 4 (*Entscheidung für bzw. gegen die Verwendung eines Schnullers*) und Kategorie 6 (*Umgang mit dem Schnuller*) dargestellt.

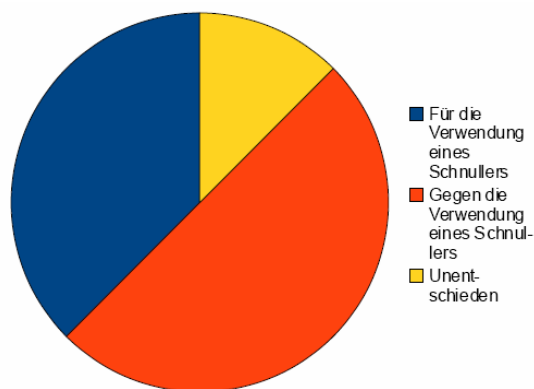
Kategorie 4: Entscheidung für bzw. gegen die Verwendung eines Schnullers

Definition:

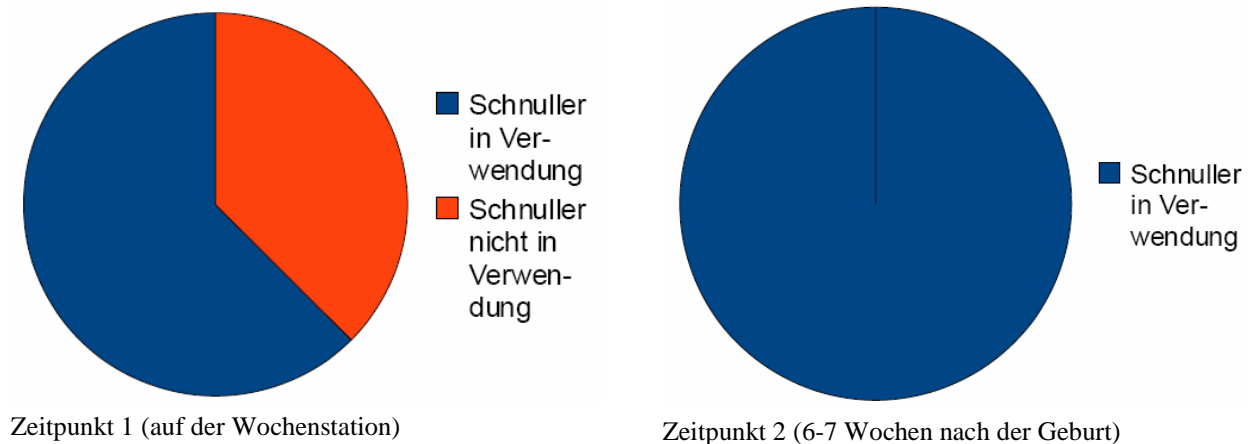
In dieser Kategorie ist erfasst, wie sich die Versuchspersonen zu verschiedenen Zeitpunkten bezüglich der Verwendung eines Schnullers generell entschieden hatten: ob sie den Schnuller prinzipiell verwenden wollten oder prinzipiell nicht verwenden wollten bzw. dann tatsächlich verwendeten.

Graphische Darstellung der Kategorie 4 *Entscheidung für oder gegen einen Schnuller:*

Graphische Darstellung der Kategorie 4 *Entscheidung für oder gegen einen Schnuller:*



Vor der Geburt



Zusammenfassung der Kategorie 4 *Entscheidung für oder gegen einen Schnuller:*

Vier Frauen gaben zum Messzeitpunkt 1 an, sich vor der Geburt gegen die Verwendung eines Schnullers entschieden zu haben. Als Gründe wurden die Angst vor Stillproblemen, das Problem des Entwöhrens, der Schnuller als etwas Künstliches sowie das Überwiegen negativer Assoziationen genannt. Eine Frau äußerte sich unentschieden und drei gaben an, sich schon vor der Geburt für den Schnuller entschieden zu haben. Als Gründe wurden Beruhigung und Vorteile für andere Betreuungspersonen genannt.

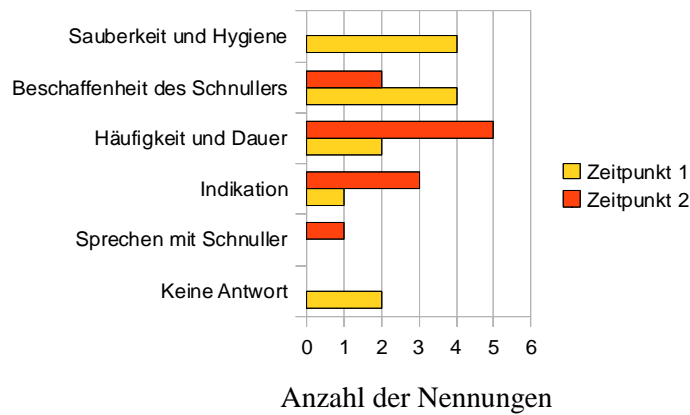
Zum Messzeitpunkt 1 hatten fünf Befragte den Schnuller für ihr Baby in Verwendung: die drei Frauen, die sich schon vor der Geburt dafür entschieden hatten und zwei der vier Frauen, die eigentlich keinen verwenden wollten, sich dann aber aufgrund des starken Saugbedürfnisses des Babys doch dafür entschieden hatten. Drei Frauen gaben ihren Babys den Schnuller direkt nach der Geburt nicht, erwähnten jedoch explizit, dass sie den Kinderkrankenschwestern auf der Station die Verwendung auch nicht verboten hatten. Zum Zeitpunkt 2 gaben alle sieben zu diesem Zeitpunkt Befragten an, den Schnuller täglich in Verwendung zu haben.

Kategorie 6: Umgang mit dem Schnuller im Alltag

Definition:

Diese Kategorie vergleicht die Antworten der Versuchspersonen zu den zwei Interviewzeitpunkten auf die Frage, was im Umgang mit dem Schnuller im Alltag zu beachten ist bzw. worauf man im Alltag als Mutter Einfluss nehmen kann.

Graphische Darstellung der Kategorie 6 *Umgang mit dem Schnuller* zu den zwei Messzeitpunkten:



Zusammenfassung der Kategorie 6 *Umgang mit dem Schnuller*:

Als im Umgang mit dem Schnuller beachtenswert nannten zum Zeitpunkt 1 vier der befragten acht Mütter Sauberkeit und Hygiene. Nicht mehr genannt wurde dieses Item, das im Informationsfolder nicht thematisiert wird, zum Zeitpunkt 2. Die Beschaffenheit des Schnullers erwähnten zum Zeitpunkt 1 vier, zum Zeitpunkt 2 zwei Versuchspersonen. Während das Item Häufigkeit und Dauer zum Zeitpunkt 1 zwei Mal genannt wird, sind es zum Zeitpunkt 2 fünf der sechs Befragten, die den Folder gelesen hatten und diesen Punkt anführen. Die Indikation für die Schnullergabe für wichtig im Umgang erachten zum Zeitpunkt 1 eine, zum Zeitpunkt 2 drei Mütter. Dass es das Sprechen mit dem Schnuller im Mund zu vermeiden gilt, betont eine Versuchsperson zum Zeitpunkt 2. Keine Antwort auf die Frage nach dem Umgang mit dem Schnuller konnten zum Zeitpunkt 1 zwei Versuchspersonen geben. Zum Zeitpunkt 2 wurde diese Frage von allen sechs Versuchspersonen, die den Folder gelesen hatten, beantwortet.

Diskussion

Interpretation des Ergebnisses zur Forschungsfrage 1

Dass das Lutschen am Schnuller negative Folgen auf die Zahn- und Kieferentwicklung sowie die Entwicklung der orofazialen Funktionen haben kann, gilt als unumstritten. Es liegt in der Natur der Sache, dass mehrere verschiedene Einflussfaktoren wie die Beschaffenheit des Schnullers, die Intensität und Art des Lutschens am Schnuller sowie auch die Dauer des Lutschens pro Tag, das Andauern der Lutschgewohnheit im Bezug auf das Lebensalter des Kindes, die Art der Säuglings- bzw. Kleinkindernahrung usw. zusammenwirken. Untersuchungen, die den Einfluss aller dieser Variablen direkt vergleichen, liegen derzeit nicht vor.

Trotz der bekannten Problematik gibt es derzeit keine einheitlichen Empfehlungen zum Schnullergebrauch von Seiten der Logopädie. Die Auswahl der logopädisch relevanten Informationen für den Informationsfolder stützt sich auf eine Literaturrecherche zum Thema Schnullerforschung in Pub Med und NML, auf Literatur zur physiologischen Entwicklung der orofazialen Funktionen sowie zur Ätiologie von Lutschgewohnheiten und bereits existierende Empfehlungen zum Schnullergebrauch, die als primär präventiv ausgerichtet beurteilt werden konnten: Saugen ist ein natürliches und v.a. für die Nahrungsaufnahme wichtiges Bedürfnis im Säuglingsalter. Es wird auf die Wichtigkeit des Stillens hingewiesen. Beim Stillen wird die Muskulatur des Babys optimal trainiert und das Saugbedürfnis gestillt. Umgekehrt ist jedoch für den Stillerfolg ebenso wichtig, dieses angeborene Saugbedürfnis des Babys zu nutzen. In puncto Schnullergebrauch wird die Wichtigkeit des verantwortungsbewussten Umgangs zur Vermeidung ungewünschter Schnullerfolgen wie Zahn-

und Kieferfehlstellungen sowie Sprechprobleme (untermauert mit Fotos typischer Schnullerfolgen) betont. Dauer und Häufigkeit wird thematisiert, ebenso der Unterschied zwischen der Befriedigung des Saugbedürfnisses und dem Entstehen einer Lutschgewohnheit. Es erfolgt bewusst keine Empfehlung für einen bestimmten Schnuller, sondern es wird darauf hingewiesen, dass auch sogenannte kiefergerechte, physiologische Schnuller bei zu langem und häufigem Gebrauch schaden können. Die Frage, ab wann der Schnuller gar nicht mehr verwendet werden soll, wird wiederum im Zusammenhang mit der physiologischen Entwicklung der Mundfunktionen erklärt. Wenn das Kind Zähne zum Beißen hat und kauen lernt, braucht es feste Nahrung und keinen Schnuller mehr. Es wird empfohlen, den Schnuller ab dem 8. bis 12. Lebensmonat gar nicht mehr zu geben.

Der Informationsfolder thematisiert einen *verantwortungsbewussten* Umgang. Damit soll signalisiert werden, dass es weniger um eine Ja oder Nein-Entscheidung sondern um eine informierte Entscheidung und ein Bewusstsein für die eigene Verantwortung im Umgang mit dem Schnuller geht.

Die hier dargestellten Überlegungen aus logopädischer Sicht müssen im Sinne der bestmöglichen Elternberatung im interdisziplinären Vergleich diskutiert werden: Die Sorgen und Ängste von Eltern rund um das Thema *Plötzlicher Kindstod* (Sudden Infant Death Syndrom, abgekürzt: SIDS) lassen verständlicherweise primärpräventive Bestrebungen aus logopädischer Sicht zweitrangig erscheinen. Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit erarbeiteten Empfehlungen an Eltern aus logopädischer Sicht stehen jedoch in keinem Widerspruch zur eigentlichen SIDS-Vorsorge. Die Wichtigkeit des Stillens wird von beiden Seiten betont. Aus Sicht der SIDS-Prävention stellt die Verwendung eines Schnullers eine Maßnahme neben vielen anderen, zum Teil bedeutend wichtigeren dar. Von einigen SIDS-Organisationen wird der Schnuller gar nicht erwähnt (Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Kindstod Deutschland, e.V., 2010), andere empfehlen, den Schnuller dem Kind zum Einschlafen ab einem Lebensalter von einem Monat anzubieten, jedoch nicht aufzudrängen bzw. nachdem das Kind den Schnuller im Schlaf verloren hat, nicht nochmals in den Mund zustecken (ISPID, International Society for the Study and Prevention of perinatal and Infant Death, 2010). Aus logopädischer Sicht ist der bewusste Umgang mit dem Schnuller besonders wichtig. Das Saugbedürfnis kann, wenn nötig, durch den Schnuller zusätzlich befriedigt werden, es soll jedoch vermieden werden, durch eine zu häufige und zu lange Verwendung eine Lutschgewohnheit entstehen zu lassen. Keinesfalls rechtfertigt die Sorge vor dem plötzlichen Kindstod die Verwendung des Schnullers über das erste Lebensjahr hinaus. In der Praxis ist die Situation oft die, dass Säuglinge und Kleinkinder an das Einschlafen mit Schnuller gewohnt sind, die Umstellung dem Kind und damit auch den Eltern schwer fällt und der Schnuller aus diesem Grund oft deutlich länger verwendet wird. In den meisten Fällen ist der Schnuller aber ja nicht nur (wie in der SIDS Empfehlung) zum Einschlafen in Gebrauch, sondern hat den ganzen Tag über einen wichtigen Stellenwert im Leben des Kindes.

Von Seiten der Kieferorthopädie gibt es unterschiedliche Empfehlungen zum Thema Schnuller. Die der deutschen *Initiative Kiefergesundheit (e.V.)* sind wie die im Rahmen dieser Arbeit aus logopädischer Sicht vorgeschlagenen primärpräventiv angelegt. Es wird die Wichtigkeit des Stillens zur Befriedigung des Saugbedürfnisses betont, die Werbung sowie die oft unreflektierte Einstellung zum Schnuller als typisches Babyzubehör kritisch gesehen und empfohlen, mit der Umstellung auf feste Nahrung den Schnuller nicht mehr zu verwenden. Empfehlungen von kieferorthopädischer bzw. zahnärztlicher Seite, die Lutschgewohnheiten verharmlosen (*American Dental Association, American Academy of Pediatric Dentistry, Schweizerische Gesellschaft für Kieferorthopädie*) bzw. das

Entwöhnen vom Schnuller bzw. Daumen ab einem Alter von drei Jahren (*American Academy of Pediatric Dentistry*), vier Jahren (*American Dental Association*) bzw. spätestens mit sechs bis sieben Jahre (*Schweizerische Gesellschaft für Kieferorthopädie*) empfehlen, erscheinen der Autorin weder zeitgemäß noch dem Stand der Forschung entsprechend.

Die Suche nach konkret brauchbaren, theoretischen Erkenntnissen zur Informationsvermittlung in der Gesundheitskommunikation gestaltete sich schwierig. Der Versuch, eine systematische Literatursuche in Pub Med und NMH durchzuführen, brachte nicht die gewünschten konkret brauchbaren, auf die Gestaltung des Informationsfolders umlegbaren Informationen. Daher wurden schlussendlich die wenigen Veröffentlichungen zu Gesundheitspsychologie und Foldergestaltung sowie Lesbarkeitsforschung, die der Autorin zugänglich waren, verwendet. Die Literaturrecherche zur Beantwortung der Fragen, wie die Informationen gestaltet sein müssen, erfolgte schlussendlich nicht systematisch.

Interpretation der Ergebnisse zur Forschungsfrage 2

Aufgrund der kleinen Stichprobe ist die Untersuchung, die zur Erprobung des erarbeiteten Informationsfolders durchgeführt wurde, nicht repräsentativ.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass sich die betroffenen Mütter einerseits zum Thema Schnuller schon vor der Geburt informiert hatten, andererseits aber auch, dass der untersuchte Informationsfolder von beinahe allen Befragten als hilfreich in der Meinungsbildung zum Schnuller empfunden wurde.

Die Botschaft, einen verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller anzuregen, ist bei den Befragten angekommen: die Mütter stellten im zweiten Interview, sechs bzw. sieben Woche nach Erhalt des Folders, auf die Frage, worauf sie als Mütter Einfluss nehmen können, Dauer und Häufigkeit der Schnullergabe sowie die Indikation für die Schnullergabe in den Vordergrund, während zum Zeitpunkt 1 (vor der Lektüre des Folders) die Beschaffenheit des Schnullers (deren Wichtigkeit von Herstellern, aber auch von Broschüren der SIDS Austria, betont wird) und die Sauberkeit und Hygiene (was von den Zahngesundheitserzieherinnen im Rahmen der Kariesprophylaxe direkt auf der Wochenstation vermittelt wird) vorrangig genannt wurden.

Was den Schnullergebrauch im Alltag betrifft, ist bemerkenswert, dass die Babys aller sieben Mütter, die sechs bzw. sieben Wochen nach der Befragung auf der Wochenstation nochmals befragt werden konnten, den Schnuller täglich in Verwendung hatten und die Wichtigkeit des Schnullers im täglichen Leben mit ihrem Baby von einigen Müttern dezidiert betont wurde (siehe induktiv gewonnene Kategorien). Bedauerlicherweise konnte jene Mutter, die sich bei der ersten Befragung am vehementesten gegen den Schnuller geäußert hatte, für eine Befragung sechs bzw. sieben Wochen später nicht mehr erreicht werden. Direkt nach der Geburt gaben vier der befragten acht Frauen an, sich vor der Geburt gegen einen Schnuller entschieden zu haben, eine Mutter berichtete, vor der Geburt noch unentschlossen gewesen zu sein. Mit der Geburt änderte sich für zwei der vier Mütter, die eigentlich keinen Schnuller wollten, die Situation: ihre Babys bekamen einen Schnuller, als Grund wurde das starke Saugbedürfnis des Kindes genannt.

An dieser Stelle muss die Situation auf der Wochenstation bedacht werden. Die Empfehlung, die z. B. die *American Association of Pediatrics* oder die *interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Klinik Innsbruck* bezüglich des Still Erfolgs gibt, nämlich den Schnuller erst einige Wochen nach der Geburt, wenn das Stillen gut etabliert ist, zu verwenden, wird in dem Krankenhaus, in dem die Befragung durchgeführt wurde, nicht gelebt. Der Schnuller ist präsent und stellt ein wichtiges Beruhigungsmittel dar.

Die Dauer des Schnullergebrauchs pro Tag wurde von den Müttern auf Angaben zwischen einer halben Stunde und fünf Stunden geschätzt. Kritisch anzumerken ist, dass die Frage nicht präzise genug formuliert wurde, also nicht zwischen Tag und Nacht unterschieden bzw. nicht dezidiert nach Tag und Nacht gefragt wurde. In jedem Fall bleiben die Angaben subjektive Schätzungen der Mütter. Vergleicht man die subjektiv beurteilte Schnullerdauer pro Tag mit den Informationen über die Ernährung des Babys, bestätigt die vorliegende kleine Untersuchung groß angelegte Studien (Adair 2003) und logopädische Überlegungen (Furtenbach 2005) zum Thema Schnuller und Stillen. Das Baby, das nicht gestillt sondern nur mit der Flasche ernährt wurde, verwendete den Schnuller mit fünf Stunden pro Tag am längsten. Im Informationsfolder wird keine maximale Dauer pro Tag empfohlen, sondern darauf hingewiesen, die Indikation für die Schnullergabe kritisch zu hinterfragen und die Dauer zu begrenzen ist. Konkret empfohlen wird jedoch, dass der Schnuller zwischen dem 8. und 12. Lebensmonat, parallel zur Entwicklung der Nahrungsaufnahme, im besonderen zur Kauentwicklung, gar nicht mehr verwendet wird. Diese Information scheint bei den Versuchspersonen nur bedingt angekommen zu sein: die Mütter, die klare Altersangaben machten, benannten diese mit ein bis eineinhalb Jahre bzw. zwei Jahre. Andere wollten den Schnullergebrauch parallel zur Nahrungsaufnahme reduzieren bzw. nach dem Abstillen den Schnuller nach Bedarf verwenden. Die Antwort einer Mutter, den Schnuller dann eher nicht mehr geben zu wollen, wenn die ersten Zähne kämen, traf die Aussage des Informationsfolders am ehesten. In diesem Zusammenhang wäre es besonders interessant, die Mütter zu späteren Zeitpunkten (z. B. wenn die Kinder ein Jahr bzw. zwei Jahre sind) nochmals über den täglichen Umgang mit dem Schnuller zu befragen.

Risiken des Schnullergebrauchs konnten die Versuchspersonen zu beiden Interviewzeitpunkten aufzählen. Im Hinblick auf die Häufigkeit der Nennung von Zahn- und Kieferfehlstellungen vor der Lektüre des Folders ist sehr wohl von einem Bewusstsein für das Problem auszugehen, jedoch muss bemerkt werden, dass die Qualität des Informationsstandes weniger zufriedenstellend ist. Auch nach der Lektüre hält sich bei einer Versuchsperson die Idee des kiefergerechten Schnullers hartnäckig. Dieses Ergebnis muss vor dem Hintergrund von Marketingbestrebungen der Schnullerproduzenten, z. T. in Zusammenarbeit mit der SIDS-Prophylaxe, gesehen werden, welche Eltern beim Schnullerkauf, in Elternzeitschriften und Babybroschüren begegnen und den gesunden, kiefergerechten, physiologischen etc. Schnuller bewerben. Insgesamt lassen die Aussagen der Versuchspersonen zum Zeitpunkt 2 auf eine Verbesserung der Qualität des Informationsstandes zum Thema Zahn- und Kieferfehlstellungen nach der Lektüre des zu untersuchenden Folders schließen.

Alternativen zum Schnuller, nach denen nicht explizit gefragt wurde, wurden von zwei Versuchspersonen genannt: zweimal wurde Zuwendung und einmal der Daumen genannt. Die Frage Schnuller oder Daumenlutschen wird auch bzw. gerade in logopädischen Kreisen, aber auch von Seiten der Kieferorthopädie oft pauschal so beantwortet, dass der Schnuller auf jeden Fall dem Daumen vorzuziehen sei, da dieser leichter wieder entwöhnt werden könne. Diese Diskussion muss in den Augen der Autorin differenzierter geführt werden. Furtenbach (2005) betont den Unterschied

zwischen einer Daumenlutschgewohnheit und des normalen oralen Explorationsbedürfnisses im ersten Lebensjahr, im Rahmen dessen das Kind seine Finger, damit auch den Daumen, die ganze Hand, andere Körperteile sowie Gegenstände in den Mund nehme. Nicht jedes Lutschen am Daumen ist gleich eine Lutschgewohnheit und das frühe Gewöhnen an einen Schnuller mit der Begründung, das Daumenlutschen verhindern zu wollen, kann tatsächlich das Explorationsbedürfnis des Babys einschränken, wenn der Fremdkörper Schnuller über Stunden im Mund des Kindes ist.

Folgerungen

Der im Rahmen dieser Masterthesis erarbeitete Informationsfolder für Eltern von Neugeborenen zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller aus logopädischer Sicht steht in keinem direkten Widerspruch zu Empfehlungen zur SIDS-Vorsorge sowie zu präventiven Empfehlungen der Kieferorthopädie, sondern ergänzt das Informationsmaterial, das Eltern zu einer informierten Entscheidung und zu einem bewussten Umgang mit dem Schnuller verhelfen soll. Dem Stillen kommt sowohl in der SIDS-Vorsorge als auch in der Prävention von Lutschgewohnheiten eine wichtige Rolle zu.

Die Ergebnisse der Befragung der Mütter von Neugeborenen zeigen eine hohe Prävalenz, was den Schnullergebrauch anbelangt, sowie die Wichtigkeit des Schnullers aus Sicht der Mutter im täglichen Umgang mit dem Baby und bestätigen damit die Notwendigkeit, Eltern im Sinne der Primärprävention auf einen möglichst verantwortungsbewussten Umgang mit der Schnuller hinzuweisen und konkrete Empfehlungen zu geben. Die Kernaussage des Informationsfolders, auf Häufigkeit und Dauer sowie Indikation im Umgang mit dem Schnuller zu achten, scheint bei den Befragten angekommen zu sein, während dies für die Empfehlung, den Schnuller gegen Ende des ersten Lebensjahres nicht mehr zu verwenden, um eine Lutschgewohnheit zu verhindern, weniger zutrifft. Der Informationsfolder wurde von den Befragten positiv bewertet und größtenteils als hilfreich in der Meinungsbildung befunden. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass der Informationsfolder als Informationsquelle von den Müttern akzeptiert wurde.

Eigenkritisches

Um verallgemeinerbare Aussagen über die Auswirkungen der Lektüre des Informationsfolders auf Mütter von Neugeborenen im Hinblick auf ihren Wissensstand und ihren täglichen Umgang mit dem Schnuller zu erlauben, hätte die Untersuchung quantitativ höher angelegt werden müssen.

Weitere Kritikpunkte betreffen die Rahmenbedingungen, unter denen die Befragung durchgeführt wurden, Details in der Interviewführung (verpasste Gelegenheiten, genauer nachzufragen) sowie die inhaltliche Gestaltung des Interviewleitfadens in puncto Vergleichbarkeit zu beiden Messzeitpunkten.

Was die Auswahl der im Folder zu vermittelnden Informationen anbelangt, so ist kritisch zu hinterfragen, ob nicht ausführlicher auf Alternativen zur Schnullergabe im Sinne einer optimalen Förderung der Mundfunktionen im ersten Lebensjahr sowie Alternativen zur Beruhigung eines Säuglings eingegangen werden sollte.

Anregung zu weiterführender Arbeit

In einem ersten Schritt könnte der Informationsfolder überarbeitet werden: Besondere Beachtung sollte dabei denjenigen zu vermittelnden Informationen geschenkt werden, die bei den Versuchspersonen der vorliegenden Untersuchung nicht angekommen sind.

Eine größer angelegte, repräsentative Untersuchung zur Erprobung des (überarbeiteten) Informationsfolders wäre wünschenswert. Dieser könnten Überlegungen, wie die Zielgruppe möglichst gut zu erreichen wäre, vorausgehen.

Zur genaueren Erprobung des Informationsfolders wäre es hilfreich, wenn die Befragung der Versuchspersonen zu verschiedenen Zeitpunkten (z. B. kurz nach der Geburt, wenn das Kind sechs Monate, ein Jahr bzw. zwei Jahre alt ist) durchgeführt werden könnte.

Der Ansatz, Informationen in schriftlicher Form (Informationsfolder) zu vermitteln, stellt natürlich nur eine Möglichkeit der Primärprävention dar. Wünschenswert wäre es auch, andere Möglichkeiten (z. B. Vorträge im Rahmen von Schwangerschaftsvorbereitungskursen, logopädische Sprechstunden in Zusammenarbeit mit Mütterberatungsstellen usw.) durch zu denken, zu planen und deren Umsetzung wissenschaftlich zu untersuchen.

Der im Rahmen dieser Arbeit erarbeitete Informationsfolder zur Primärprävention von Lutschgewohnheiten könnte durch einen Informationsfolder für Eltern von Kindern, die bereits eine Lutschgewohnheit entwickelt haben, ergänzt werden (Sekundärprävention).

Das Thema des verantwortungsbewussten Umgangs mit dem Babyfläschchen, das eng mit dem Thema Schnuller verknüpft ist und viele Kinder mit Lutschgewohnheiten berührt, könnte ebenfalls im Sinne der Primärprävention von myofunktionellen Störungen (ergänzend zur Prävention von Nuckelflaschenkaries) aufgearbeitet werden. Es könnte auch eine Aufnahme der Thematik in den Informationsfolder zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller diskutiert werden: einerseits ist die Thematik eng verwandt, andererseits sollte das Thema nicht nur kurz bzw. am Rande behandelt werden.

Literatur

American Academy of Pediatrics. Thumbs, fingers and pacifiers- Guidelines for parents.

<http://www.aap.org/publiced/BR_Thumbs.htm> (Stand Juni 2006; Abruf 19.7.2009 MEZ)

American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD Publications.

<<http://www.aapd.org/publications/brochures/tfphabits.asp>> (Abruf 1.5.2010 MEZ)

American Association of Orthodontics. When should I start?. <<http://www.braces.org/learn/When-Should-I-Start.cfm>> (Stand 20.5.2009; Abruf 19.7.2009 MEZ)

American Dental Association. Thumbsucking. <<https://www.ada.org/public/topics/thumbsucking.asp>>

(Stand August 2007; Abruf 19.7.09 MEZ)

Adair S. M.: Pacifier use in children: a review of recent literature, in: Pediatric Dentistry, vol. 25, 2003, pp. 449-458.

Clausnitzer R.: Kieferorthopädische Grundlagen für Logopäden und Sprachtherapeuten, 2. Auflage. Verlag modernes lernen, Dortmund 2006.

Codoni S.: Orofaziale Dyskinesie und myofunktionelle Therapie aus ganzheitlicher Sicht, in: GZM - Praxis und Wissenschaft, 9. Jg., 2004, Heft 4, S. 2-8.

Furtenbach M.: Das Märchen vom kiefergerechten Schnuller in: Codoni S.: HABITS -eine interdisziplinäre Annäherung, Berichte vom 12. Europäischen Kongress für myofunktionelle Therapie. Eigenverlag Arbeitskreis für myofunktionelle Therapie e.V., Basel 1999.

Furtenbach M.: Sauger und Schnuller: Logopädische Aspekte, in: Hebammen*info*, 2005, Heft 5, S. 11-18.

GEPS: Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Kindstod Deutschland (e.V.).
http://www.geps.de/cms/front_content.php?path=Der-Plötzliche-Saeuglingstod/Das-Risiko-senken/ (Abruf 19.3.2010 MEZ)

Giel B.: Orofaziale Dysfunktionen, in: Siegmüller J., Bartels H.: Leitfaden, Sprache Sprechen Stimme Schlucken, 1. Auflage. Urban & Fischer, München 2006.

Grabowski R., Stahl F., Gaebel M., Kundt G.: Zusammenhang von Okklusionsbefunden und orofazialen myofunktionellen Status im Milch- und frühen Wechselgebiss, Teil I: Häufigkeit von Gebissanomalien, in: Fortschritte der Kieferorthopädie, Nr. 68, 2007, S. 26- 37.

Hahn V.: Prävention und Frühbehandlung orofazialer Dyskinesien- Ein Beitrag zur kieferorthopädischen Prophylaxe, in: GZM- Praxis und Wissenschaft, 7. Jg., 2002, S. 16-20.

Hensel E., Splieth C.: Gesundheitszustand, Morphologie und Funktion der 1. Dentition, in: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, Nr. 53, 1998, S. 398-402.

Initiative Kiefergesundheit e.V. (IKG).<<http://www.milchzahnseite.de/>> (Abruf 1.5.2010 MEZ)

Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Flaschensauger und Schnuller: Anforderungen an einen Beruhigungssauger am Department für Kinder-und Jugendheilkunde der Universitätsklinik für Pädiatrie, Innsbruck. <<http://www.all4family.at/index.php?region=3&content=4337>> (Stand Dezember 2008; Abruf 1.5.2010 MEZ)

ISPID: International Society for the Study and Prevention of perinatal and Infant Death.
<http://www.ispid.org/prevention.html> (Abruf 19.3.2010 MEZ)

Kittel A. M.: Myofunktionelle Therapie, 5. Auflage. Schulz-Kirchner-Verlag, Idstein 2000.

Larsson E.: Artificial Sucking Habits: Etiology, prevalence and effect on occlusion, in: International Journal of Orofacial Myology, vol. 20, 1994, pp. 10-21.

Larsson E.: Artificial Sucking Habits: Etiology, prevalence and effect on occlusion, in: International Journal of Orofacial Myology, vol. 20, 1994, pp. 10-21.

Mayring P.: Qualitative Inhaltsanalyse, 10. Auflage. Beltz-Verlag, Weinheim 2008.

Schweizerische Gesellschaft für Kieferorthopädie. <http://www.swissortho.ch/action=120_20> (Abruf 1.5.2010)

Sexton S., Natale R.: Risks and Benefits of Pacifiers, in: American Family Physician, vol.79, 2009, pp. 681-685.

SIDS Austria Steiermark (Hrsg.): Vorsorgeinitiative gegen Plötzlichen Kindstod. Nimm das Schicksal in die Hand. Broschüre ohne Angabe des Erscheinungsjahres, erhalten am 5.3.10 von der Firma MAM auf dem Logopädiekongress (Im Gespräch 2010) in Innsbruck.

Stahl F., Grabowski R., Gaebel M., Kundt G.: Zusammenhang von Okklusionsbefunden und orofazialen myofunktionellen Status im Milch- und frühen Wechselgebiss; Teil II: Häufigkeit von orofazialen Dysfunktionen, in: Fortschritte der Kieferorthopädie, Vol. 68, 2007, S. 74-90.

Viggiano D., Fasano D., Monaco G., Strohmenger L.: Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition, in: Archives of Disease in Childhood, vol. 89, 2004, pp. 1121-1123.

Warren J.J., Bishara S.E.: Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition, in: American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopedics, vol. 121, 2002, pp. 347-356.

Zardetto C.G., Rodrigues C.R., Stefani F.M.: Effects of different pacifiers on the primary dentition and oral myofunctional structures of preschool children, in : Pediatric Dentistry, vol. 24, 2002, pp. 252-260.

[Layout von Kolleg angepasst]