

Anne Schenk
Dr. med. dent.

Mundgesundheitspezifische Belastung bei Eltern von Kindern mit orofazialen Spaltbildungen

Geboren am 31.05.80 in Hanau

Staatsexamen am 29.11.2006 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Promotionsfach: Mund-Zahn-Kieferheilkunde

Doktorvater: Prof. Dr. med. dent. C. J. Lux

Ziel dieser Studie war es, Einflussfaktoren von elterlichem Stress bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten in kieferorthopädischer Behandlung zu untersuchen.

Dabei sollten die Hypothesen überprüft werden, ob die mundgesundheitspezifische Belastung im Zusammenhang mit der allgemeinen elterlichen Belastung steht und ob die Belastung bei Eltern von Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte höher ausfällt als bei Eltern von Kindern ohne Spaltbildung in kieferorthopädischer Behandlung.

Zur Erfassung der spezifischen elterlichen Belastung durch die kieferorthopädische Behandlung wurde ein eigener Fragebogen (*Fragebogen zur mundgesundheitspezifischen Belastung* - FMB) entwickelt, getestet und einer Faktorenanalyse unterzogen. Zur Erfassung der allgemeinen elterlichen Belastung wurde der *Parenting Stress Index* (PSI) in der deutschen Kurzfassung verwendet. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Spaltgruppe und der Kontrollgruppe für die mundgesundheitspezifische Belastung in der Kieferorthopädie, nicht jedoch für den allgemeinen elterlichen Stress. Weiterhin konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen der mundgesundheitspezifischen elterlichen Belastung in der kieferorthopädischen Behandlung und der allgemeinen elterlichen Belastung in beiden Gruppen aufgezeigt werden.

Für jeden Therapeuten von Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten liegt die Aufgabe darin, für diese elterlichen Belastungen sowohl in der kieferorthopädischen Behandlung als auch allgemein sensibel zu sein und die Herausforderung liegt in dem Bewusstsein, dass er dem Patienten und seinen Eltern zwar entscheidend helfen, das Spaltgeschehen als solches aber nicht ungeschehen machen kann. Während der Chirurg in mehreren Operationen, insgesamt aber in einer überschaubaren Anzahl von Stunden große Erfolge erzielt, der

Logopäde das Kind durchschnittlich während eines Jahres sprachlich deutlich fördert und alle übrigen Teamangehörigen mehr punktuell mit dem kleinen Patienten zu tun haben, steht insbesondere der Kieferorthopäde dieser Herausforderung während vieler Jahre gegenüber, da er eine schwierige und mühevoll, oft nur von kleinen Erfolgen gekrönte und besonders rezidivgefährdete Behandlung durchzuführen hat, bei der er außerdem auf beste Mitarbeit des Patienten angewiesen ist. Dies appelliert an eine hohe Eigenmotivation des Kieferorthopäden. Betrachtet man diese Rolle positiv, so hat der Kieferorthopäde innerhalb des Teams die besondere, nicht zu unterschätzende Chance, den schockierten Eltern über die sofortige Hilfe für das Kind die frühestmögliche Anbahnung ihrer Beziehung zu erleichtern, auf deren schicksalhafte Bedeutung in der Entwicklungsforschung der letzten Jahre immer wieder hingewiesen wurde. Weitere Behandlungsabschnitte korrelieren eng mit bedeutungsvollen psychischen Entwicklungsphasen des Kindes und Jugendlichen. Der Kieferorthopäde wird zu einem eigentlichen Vertrauten des Patienten, der auch das psychosoziale Umfeld zu erfassen und in die Koordination der übrigen Rehabilitationsmaßnahmen zu integrieren vermag. Deshalb sollte auch der Kieferorthopäde über ein Grundwissen zur psychologischen Gesprächsführung mit belasteten Patienten verfügen und bei Bedarf auf die Unterstützung einer medizinpsychologischen Abteilung zurückgreifen.