

Praca oryginalna

KATARZYNA MEHR¹, AGATA CZAJKA-JAKUBOWSKA²,
JERZY T. MARCINKOWSKI³, ZOFIA MACIEJEWSKA⁴,
PAWEŁ PIOTROWSKI¹

POSTAWA RODZICÓW I OPIEKUNÓW DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH
I SPRAWNYCH WOBEC ZAGADNIENÍ DOTYCZĄCYCH ETIOLOGII
I PROFILAKTYKI PRÓCHNICY ZĘBÓW. DONIESIENIE WSTĘPNE

*ATTITUDE OF PARENTS AND CAREGIVERS OF HANDICAPPED AND
NON-HANDICAPPED CHILDREN TOWARDS ISSUES CONCERNING
ETIOLOGY AND PREVENTION OF DENTAL CARIES. A PRELIMINARY
REPORT*

*ПОЗИЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ И ОПЕКУНОВ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ
И ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПО ОТНОШЕНИЮ К ВОПРОСАМ,
КАСАЮЩИХСЯ ЭТИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ.
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДОКЛАД*

*ПОЗИЦІЯ БАТЬКІВ І ОПІКУНІВ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ І ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ
ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ПИТАНЬ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ ЕТИОЛОГІЇ
І ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЕСУ ЗУБІВ.
ПОПЕРЕДНЯ ДОПОВІДЬ*

¹Z Kliniki Rehabilitacji Narządu Żucia Katedry Protetyki Stomatologicznej UM
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. P. Piotrowski

²Z Kliniki Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii Katedry Stomatologii Zachowawczej
i Periodontologii UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³Z Zakładu Higieny Katedry Medycyny Społecznej UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁴Z Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Rehabilitacji Narządu Żucia UM
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Na podstawie badania ankietowego rodziców i opiekunów dzieci uczęszczających do przedszkola z oddziałami integracyjnymi i oddziałem specjalnym w Poznaniu oceniono ich poziom wiedzy w zakresie etiologii i profilaktyki choroby próchnicowej oraz ich zaangażowanie w realizowanie potrzeb zdrowotnych dzieci.

SŁOWA KLUCZOWE: świadomość prozdrowotna, dzieci niepełnosprawne, próchnica zębów, nawyki higieniczne, nawyki żywieniowe.

KEY WORDS: *health awareness, handicapped children, dental caries, hygiene habits, dietary habits.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *здравоохранительная осведомленность, дети-инвалиды, кариес зубов, гигиенические привычки, навыки питания.*

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *оздоровча свідомість, діти-інваліди, карієс зубів, гігієнічні звички, навички харчування.*

Występowanie próchnicy zębów u dzieci często wiąże się z niską świadomością rodziców i opiekunów na temat etiologii i profilaktyki choroby próchnicowej. Próchnica zębów jest chorobą zakaźną w etiologii której wyróżniamy cztery główne czynniki, których współlistnienie warunkuje rozwój choroby. Należą do nich: obecność płytki bakteryjnej na powierzchni zębów, węglowodany, które stanowią substrat w metabolizmie bakterii, podatność tkanek zęba, która związana jest ze składem chemicznym szkliwa, zębiny i cementu korzeniowego oraz czas ekspozycji [12].

Jednym z podstawowych sposobów zapobiegania próchnicy zębów są codzienne zabiegi higieniczne polegające na mechanicznym i chemicznym usuwaniu zalegającej płytki nazębnej. Rodzice i opiekunowie odpowiedzialni są za kształtowanie prawidłowych nawyków higienicznych u dziecka od najwcześniejszych etapów jego życia [14]. Właściwa higiena jamy ustnej jest szczególnie istotna w przypadku dzieci niepełnosprawnych, zarówno intelektualnie jak i ruchowo, u których wykształcenie prawidłowych nawyków higienicznych jest o wiele trudniejsze niż u dzieci zdrowych. Rodzice i opiekunowie dzieci o zmniejszonej sprawności często nie uświadamiają sobie, że przyczyną chorób w obrębie jamy ustnej, w tym także próchnicy zębów, nie jest niepełnosprawność ich dziecka [4]. Bardzo często traktują stan zdrowia jamy ustnej jako problem mniej istotny w porównaniu z niepełnosprawnością i niejednokrotnie chcąc wynagrodzić swojemu podopiecznemu cierpienia spowodowane chorobą pozwalają jemu na spożywanie nieograniczonej ilości pokarmów zawierających cukier [1].

W licznych badaniach klinicznych stwierdzono duże zróżnicowanie stanu zdrowia jamy ustnej u dzieci sprawnych w porównaniu z dziećmi niepełnosprawnymi u których nie tylko stwierdzono większe narażenie na występowanie próchnicy zębów, ale także częstsze występowanie wad zgryzu, braków zębowych i innych nieprawidłowości w obrębie układu stomatognatycznego [4, 5].

Utrzymanie optymalnego zdrowia jamy ustnej dziecka zależy od świadomości i postawy prozdrowotnej rodziców i opiekunów, dlatego tak ważne jest ich kształtowanie poprzez edukację w zakresie zabiegów higienicznych, profilaktycznych i leczniczych [18]. Należy jednak podkreślić fakt, że społeczeństwo polskie wykazuje różny, często niezadawalający, stopień zainteresowania programami profilaktycznymi i edukacyjnymi [10].

ZAŁOŻENIA I CEL BADAŃ

Założono, że może występować istotna różnica w postawach rodziców dzieci sprawnych i niepełnosprawnych pod względem zaangażowania na rzecz stanu zdrowia jamy ustnej ich dzieci.

W związku z powyższym przyjęto następujące cele pracy:

Poznanie i porównanie poziomu wiedzy rodziców i opiekunów dzieci sprawnych i niepełnosprawnych w zakresie etiologii i profilaktyki choroby próchnicowej oraz ich postaw i zaangażowania pod względem stanu zdrowia jamy ustnej ich dzieci.

MATERIAŁ I METODA

Badania zostały przeprowadzone w czerwcu 2007 roku w ramach stomatologicznej akcji profilaktycznej „Zdrowy uśmiech przedszkolaka” w Przedszkolu nr 116 z oddziałami integracyjnymi i oddziałem specjalnym w Poznaniu. Do placówki integracyjnej uczęszczało 104 dzieci w wieku 3-10 lat. Spośród tych 104 dzieci 14 było niepełnosprawnych intelektualnie i/lub ruchowo; najczęściej był to zespół Downa 6 przypadków, u dwojga dzieci rozpoznawano autyzm, dwoje było głęboko niesłyszących, u czworga występowało mózgowie porażenie dziecięce pod postacią niedowładów spastycznych z przykurczami kończyn górnych i dolnych. Siedmioro niepełnosprawnych dzieci znajdowało się w grupach integracyjnych. Pozostała część tworzyła osobną grupę przedszkolną – oddział specjalny.

Rodzice/opiekunowie dzieci zostali zaproszeni na spotkanie, podczas którego wygłoszono prelekcję na temat przyczyn choroby próchnicowej, zasad higieny jamy ustnej i pożądanых nawyków żywieniowych. Przed rozpoczęciem tej prelekcji obecni na zebraniu rodzice/opiekunowie zostali poproszeni o dobrowolne wypełnienie anonimowej ankiety. Łącznie rozdano 91 ankiet, spośród których 72 (79%) zostało zwróconych.

Problemy zawarte w ankiecie podzielono tematycznie na 4 części. W I części znalazły się zagadnienia dotyczące nawyków żywieniowych dzieci, w II - zagadnienia z ogólnej wiedzy prozdrowotnej. W części III zamieszczono zdania dotyczące zasad higieny jamy ustnej, a w ostatniej części IV - wizyt dzieci w gabinecie dentystycznym.

Przed wypełnieniem ankiety rodzice i opiekunowie określili stopień sprawności dziecka, co umożliwiło podział badanych na dwie umowne grupy: 1) grupę S (rodzice/opiekunowie dzieci sprawnych $n=54$) oraz 2) grupę NP (rodzice/opiekunowie dzieci niepełnosprawnych $n=18$). Osoby wypełniające ankietę zakreślały jedno z pól odpowiadając: „prawda” - jeżeli się zgadzały ze stwierdzeniem; „fałsz” - jeżeli je kwestionowały. Prawidłowo zakreślone odpowiedzi przedstawiono we wzorze ankiety (tabela I).

ANALIZA STATYSTYCZNA

Biorąc pod uwagę formę udzielania odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie (zakreślenie odpowiedzi Prawda/Fałsz) w porównywanych dwóch grupach badanych (rodzice/opiekunowie dzieci sprawnych oraz rodzice/opiekunowie dzieci niepełnosprawnych) wykorzystano do analizy statystycznej test Fishera. Poziom istotności statystycznej dla weryfikacji uzyskanych wyników przyjęto jako $p < 0,05$.

WYNIKI BADAŃ

Tabela I. Ankieta (z zaznaczonymi prawidłowymi odpowiedziami) dotycząca nawyków żywieniowych, wiedzy prozdrowotnej, zasad higieny jamy ustnej i wizyt u lekarza dentyisty wypełniana przez rodziców lub opiekunów podczas stomatologicznej akcji profilaktycznej „Zdrowy Uśmiech Przedszkolaka”

Table I. Questionnaire form (with correct replies ticked) concerning nutritional habits, health promoting knowledge, principles of oral hygiene and visits to a dentist, completed by parents and caregivers during dental prophylactic action “Healthy smile of a pre-school child”

Таблица I. Анкета (с выделенными правильными ответами) касающаяся навыков питания, оздоровительной осведомленности, гигиены полости рта и посещения стоматолога. Выполняется родителями или опекунами, во время превентивной стоматологической акции “Здоровая улыбка в дошкольном возрасте”

Таблиця I. Анкета (з виділеними правильними відповідями) стосується навичок харчування, оздоровчої свідомості, гігієни порожнини рота і відвідування стоматолога. Виконується батьками або опікунами, під час превентивної стоматологічної акції “Здорова посмішка у дошкільному віці”

DZIECKO

SPRAWNE

NIEPEŁNOSPRAWNE

I	Nr zdania	Zdanie	Prawda	Falsz
Nawyki żywieniowe	1	Częste spożywanie słodczy sprzyja rozwojowi próchnicy zarówno u dzieci sprawnych jak i niepełnosprawnych	X	
	2	Dzieci w okresie rozwojowym powinny spożywać twarde pokarmy tj. marchew, skórkę od chleba.	X	
	3	Usypianie dziecka za pomocą butelki ze słodkim płynem jest niekorzystne dla uzębienia dziecka.	X	
II	Nr zdania	Zdanie	Prawda	Falsz
Wiedza prozdrowotna	4	Leczenie uzębienia mlecznego nie jest konieczne.		X
	5	Próchnica zębów jest nieswoistą chorobą zakaźną.	X	
	6	Dzieci niepełnosprawne są bardziej narażone na rozwój próchnicy i chorób przyzębia.	X	
	7	Próchnica jest chorobą dziedziczną.	X	
	8	Jama ustna dziecka w momencie urodzenia nie ma bakterii próchnicowych, ale mogą być one do niej przeniesione z jamy ustnej opiekuna.	X	
III	Nr zdania	Zdanie	Prawda	Falsz
Zasady higieny jamy ustnej	9	Elektryczna szczoteczka jest przeznaczona tylko dla dzieci niepełnosprawnych.		X
	10	Rodzice/opiekunowie powinni pomagać i nadzorować mycie zębów przez dzieci do 8 roku ich życia.	X	
	11	Dziecko powinno mieć swoją pastę i szczoteczkę do zębów dostosowaną do wieku.	X	
	12	Przeprowadzanie zabiegów higienicznych w obrębie jamy ustnej powinno rozpocząć się z chwilą pojawienia się pierwszego zęba.		X
IV	Nr zdania	Zdanie	Prawda	Falsz
Wizyta u lekarza dentyisty	13	Pierwsza wizyta u stomatologa powinna odbyć się między 6-12 miesiącem życia dziecka.	X	
	14	Dzieci powinny odbywać wizyty kontrolne u stomatologa częściej niż dorośli.	X	
	15	Pierwsza wizyta dziecka u stomatologa powinna być związana z bólem zęba.		X

Część I ankiety

Na pierwsze pytanie dotyczące zależności pomiędzy częstością spożywania słodczy a rozwojem próchnicy zębów wszystkie osoby udzieliły poprawnej odpowiedzi wskazując na istnienie takiej zależności. Stwierdzenie, że dieta bogata w twarde pokarmy korzystnie wpływa na rozwój uzębienia, uznano za prawidłowe 31 rodziców/opiekunów z grupy S (57%) i 8 osób (44%) z grupy NP. Usypianie dziecka za pomocą butelki wypełnionej słodkim sokiem uznano za niekorzystne dla uzębienia dziecka tylko 35% ankietowanych w grupie S (19 osób). Natomiast w grupie NP aż 15 osób (83%) odpowiedziało błędnie na to stwierdzenie. W obu grupach pytanych osób nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy w udzielanych odpowiedziach na wybrane zagadnienia.

Część II ankiety

Odpowiedzi ankietowanych osób z grup S i NP na dwa pierwsze pytania różniły się znacząco. Potrzebę leczenia uzębienia mlecznego widziała ponad połowa rodziców/opiekunów dzieci sprawnych (69%), natomiast z grupy NP potrzebę taką dostrzegło zaledwie 22% osób ($p=0,01$). Zagadnienie opisujące próchnicę zębów jako chorobę zakaźną sprawiło ankietowanym obu grup dużo trudności, a uzyskane odpowiedzi w obu grupach różniły się statystycznie ($p=0,02$). Poprawnie odpowiedziało na to pytanie zaledwie 24% rodziców/opiekunów z grupy S, a 77% nie wiedziało o zakaźności próchnicy. W grupie NP 67% osób podało błędną odpowiedź na to stwierdzenie. Na pytanie o większe ryzyko rozwoju próchnicy i chorób przyzębia u dzieci niepełnosprawnych, mniej niż połowa badanych z grupy S (46%) udzieliła poprawnej odpowiedzi a tylko 33% rodziców z grupy NP uznało to stwierdzenie za słuszne. Pytanie o dziedziczenie choroby próchnicowej sprawiło także ankietowanym poważne trudności. W grupie S udzielono 93% błędnych odpowiedzi - 50 na 54 badanych uznało próchnicę za chorobą dziedziczną. Jeszcze większy procent nieprawidłowych odpowiedzi pojawił się w grupie NP (94%). Podobne trudności sprawiło ankietowanym ostatnie zagadnienie. O tym, że w jamie ustnej dziecka w momencie urodzenia nie ma bakterii próchnicotwórczych, ale że mogą być one do niej przeniesione z jamy ustnej opiekuna wiedziało niewiele osób w obu grupach: 90,1% w grupie S a, w grupie NP – 94%.

Część III ankiety

Około 63% rodziców/opiekunów z grupy S, a 50% badanych z grupy NP uznało za trudniejsze utrzymanie prawidłowej higieny jamy ustnej u dzieci niepełnosprawnych w porównaniu do dzieci sprawnych. Wśród większości rodziców i opiekunów dzieci sprawnych (85%) dominowało przekonanie, iż szczoteczki elektryczne są przeznaczone tylko dla osób niepełnosprawnych, podczas gdy tylko 33% z grupy NP uważało podobnie. Odnotowano statystycznie istotną różnicę w odpowiedziach na dane zagadnienie w obu badanych grupach ($p=0,00$). Spośród 54 osób, tylko 10 z nich uważało, że pomoc

i nadzorowanie dzieci do 8 roku życia podczas szczotkowania zębów jest konieczna (19%). Potrzebę pomocy dziecku przy oczyszczaniu zębów widziało 28% ankietowanych z grupy NP.

O potrzebie posiadania przez dziecko odpowiednio dobranej do wieku, własnej szczoteczki i pasty do mycia zębów, wiedziało 78% ankietowanych z grupy S. To stwierdzenie za słuszne uznało 56% rodziców/opiekunów dzieci niepełnosprawnych. Aż 94% badanych z grupy rodziców i opiekunów dzieci sprawnych uznało za prawdę błędne stwierdzenie, iż odpowiednim momentem rozpoczęcia higieny jamy ustnej u dziecka jest pojawienie się pierwszego zęba mlecznego w jamie ustnej. Podobnie jak pytani z grupy S, niepoprawne stwierdzenie zaznaczyło 100% ankietowanych rodziców/opiekunów dzieci niepełnosprawnych,

Część IV ankiety

Pierwszą wizytę u stomatologa między 6 a 12 miesiącem życia dziecka zaplanowałyby 19 rodziców i opiekunów z grupy S (35%). W grupie NP tylko pięciu respondentów (28%) uznało poprawność tego stwierdzenia. Niewiele ponad połowa badanych z grupy rodziców i opiekunów dzieci sprawnych (54%) dostrzegało potrzebę odbywania przez dzieci częstszych wizyt kontrolnych uzębienia w porównaniu z dorosłymi. W grupie NP 39% ankietowanych uznało taką konieczność. Spośród ankietowanych, 41% grupy S, a 28% grupy NP uważało, że pierwsza wizyta dziecka u stomatologa powinna być związana z bólem zęba.

OMÓWIENIE

Występowanie zależności pomiędzy świadomością prozdrowotną rodziców i opiekunów dzieci, a stanem twardych tkanek zębów ich podopiecznych jest szeroko udokumentowanym zagadnieniem w literaturze medycznej [13, 18]. U dzieci których rodzice są świadomi czynników wywołujących chorobę próchnicową oraz sposobów jej zapobiegania, stwierdza się dobry stan zdrowia jamy ustnej w porównaniu z dziećmi, których rodzice nie dostrzegają konieczności pogłębiania swojej wiedzy w tym zakresie.

Wdrażanie odpowiednich działań kariostatycznych może nie tylko skutecznie zredukować czynniki ryzyka choroby, ale także kształtować prawidłowe nawyki higieniczne i żywieniowe w późniejszym życiu dziecka [8]. Znaczenie prawidłowych zachowań zdrowotnych w obrębie jamy ustnej powinno być przekazywane rodzicom – szczególnie matkom – już w pierwszych miesiącach ciąży [2, 13].

Niepokojąca jest niespójność pomiędzy stanem świadomości rodziców i opiekunów dzieci na temat przyczyn choroby próchnicowej, a stosowaniem w praktyce znanych sobie zachowań profilaktycznych. Wprawdzie rodzice i opiekunowie – zarówno dzieci sprawnych jak i niepełnosprawnych – uznają częste spożywanie słodczy za czynnik szkodliwy dla uzębienia swoich dzieci,

to jednak na pytanie dotyczące zasypiania dziecka z butelką wypełnioną słodkim napojem ponad 60% badanych z grupy S i 80% z grupy NP nie dostrzegało niebezpieczeństwa rozwoju próchnicy zębów przy takim postępowaniu.

Nasze badania potwierdziły obserwacje *Przywitowskiej i wsp.*, którzy podali, że 75% badanych matek korzysta z butelek wypełnionych słodkim płynem podczas usypiania dzieci [14]. Fakt uznania węglowodanów za jeden z głównych czynników etiologicznych choroby próchnicowej został szeroko nagłośniony nie tylko w literaturze medycznej, ale także w prasie codziennej i reklamach telewizyjnych. Na podstawie naszych obserwacji rodzice nie klasyfikują węglowodanów i słodkiego płynu do tej samej grupy czynników ryzyka choroby.

W profilaktyce próchnicy zębów ważną rolę odgrywa konsystencja diety [12]. W pożywieniu dziecka powinny znaleźć się twarde produkty spożywcze takie, jak: skórka chleba, twarde, niegotowane warzywa, pomimo iż dzieci często wykazują niechęć do gryzienia. Żucie takich pokarmów zapewnia działanie ochronne przeciwko próchnicy poprzez pobudzanie ślinianek do zwiększonego wydzielania śliny, a tym samym skuteczniejszego usuwania resztek pokarmowych zalegających w jamie ustnej [16]. Konieczność wzbogacania diety dzieci w produkty twarde poparło około 50% pytanych z obu badanych grup.

Próchnica zębów wielu osobom kojarzy się z chorobą przekazywaną dziedzicznie i powiedzenie typu „on ma zęby po dziadku” wrosło w świadomość społeczeństwa. Ponad 90% respondentów w naszym badaniu uznało chorobę próchnicową za chorobę dziedziczną, a nie zakaźną [13]. Podobne wyniki badań uzyskały *Grzesiak* i *Kaczmarek*, które na podstawie wyników swoich badań stwierdziły, że fakt wczesnego występowania próchnicy w zębach mlecznych utwierdza matki w przekonaniu o dziedziczeniu choroby i nie motywuje do skutecznych działań zapobiegających [8]. Chociaż obecny stan wiedzy sugeruje możliwość wpływu czynników genetycznych na rozwój i przebieg choroby, to jednak w dalszym ciągu uważa się, że udział genetyki w etiologii choroby nie przekracza 40% [12].

Ważne wydaje się uświadomienie rodzicom, że próchnica zębów jest chorobą zakaźną i możliwość jej wystąpienia rozpoczyna się w momencie zakażenia dziecka często przez matki, które nie stosując podstawowych zasad higieny nieświadomie przekazują dziecku bakterie próchnicotwórcze korzystając z untensyliów dziecka (łyżeczki, smoczki). Niewystarczający zakres wiedzy na ten temat wśród rodziców i opiekunów potwierdziły nasze badania w których ponad 90% ankietowanych z obu grup uznała za niemożliwe, przeniesienie bakterii z jamy ustnej opiekuna do jamy ustnej dziecka.

Zaskakujące wydały się również odpowiedzi rodziców na zagadnienia z zakresu higieny jamy ustnej. Większość naszych ankietowanych uważała, że zabiegi higieniczne w obrębie jamy ustnej powinny rozpocząć się z chwilą pojawienia się pierwszego zęba. Częstość oczyszczania bezzębnych wałów dziąsłowych oraz stosowanie zabiegów higienicznych przed pojawieniem się pierwszych zębów mlecznych badała *Przywitowska i wsp.* [14]. Wyniki pracy tych autorów wskazały, że żadna z badanych matek nie oczyszczała jamy ustnej

swojemu dziecku przed ząbkowaniem. Natomiast *Gmyrek-Marciniak* stwierdziła, iż około 25% ankietowanych ciężarnych nie widziało potrzeby przeprowadzania żadnych zabiegów oczyszczających w obrębie jamy ustnej dziecka przed ząbkowaniem [6].

Dla poprawności wykonywanych zabiegów higienicznych, podczas szczotkowania zębów, jest konieczny nadzór rodziców/opiekunów nad dziećmi do 8 roku życia, ponieważ zdolności manualne dzieci, a także poziom ich motywacji są niższe w porównaniu z osobami dorosłymi. Z badań ankietowych *Topolskiej i wsp.* wynika, że większość rodziców nadzoruje codzienne szczotkowanie zębów swoich dzieci (93%) [18]. Nasze wyniki są zbliżone do tych, które uzyskała *Daszkowska i wsp.* [3]. W jej badaniach pomoc w szczotkowaniu zębów dzieci deklarowało 25-87% rodziców, w naszej pracy tylko 19% pytanych z grupy S i 28% z grupy NP uznało taką pomoc za konieczną.

Niski procent poprawnych odpowiedzi wynika najprawdopodobniej z faktu, że rodzice uważają dziecko pozbawione kontroli ze strony dorosłych podczas szczotkowania zębów za bardziej samodzielne. Świadczy to według nich o zaradności i prawidłowym rozwoju ich dziecka [16]. Takie rozumowanie jest jednak błędne, gdyż dorośli powinni nadzorować mycie zębów dzieci do chwili, kiedy opanują one umiejętność poprawnego i bezpiecznego dbania o własne uzębienie. Sytuacja ta jest trudniejsza w przypadku dzieci niepełnosprawnych, u których wdrażanie prawidłowych nawyków higienicznych jest trudniejsze i wymaga więcej cierpliwości oraz zaangażowania ze strony rodziców i opiekunów. Jest to spowodowane zmniejszoną sprawnością manualną, zaburzeniami funkcji żucia oraz niewystarczającą u tych dzieci motywacją do dbałości o stan zdrowia jamy ustnej.

Niepełnosprawni intelektualnie często nie są zdolni poprawnie samodzielnie wykonywać zabiegów higienicznych w obrębie jamy ustnej. Najczęściej są oni zależni od opiekunów, którzy – ze względu na ciężar upośledzenia umysłowego dziecka i związane z nim liczne obowiązki – zmuszeni są niejednokrotnie odkładać kwestię higieny jamy ustnej na plan dalszy [5, 7]. *Górski i Buczkowska-Radlińska* przeprowadzili badanie ankietowe wśród rodziców/opiekunów dzieci niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu umiarkowanym. Wyniki ich badań wskazały, że większość badanych rodziców (73%) nie brała udziału w wykonywaniu zabiegów higienicznych u swoich upośledzonych dzieci. Taką pomoc deklarowało zaledwie 27% dorosłych. Z drugiej strony wszyscy opiekunowie ocenili, że ich niepełnosprawne dziecko posiada umiejętność samodzielnego oczyszczania zębów [7].

Każde dziecko powinno posiadać osobistą i dostosowaną do wieku szczoteczkę do zębów oraz pastę zawierającą odpowiednią ilość fluoru. Stwierdzenie to poparło tylko 78% ankietowanych z grupy S oraz 56% z grupy NP. Korzystniejsze wyniki (92%) odnotowały *Grzesiak i Kaczmarek* [8]. W momencie pojawienia się na rynku szczoteczek elektrycznych były one przede wszystkim zalecane osobom niepełnosprawnym i chorym, ponieważ umożliwiały

oczyszczanie powierzchni zębów bez konieczności wykonywania precyzyjnych ruchów ręką. Obecnie nie ma przeciwwskazań do używania ich także przez dzieci sprawne i zdrowe z zastrzeżeniem, że zabieg oczyszczania zębów jest przeprowadzany prawidłowo. Tymczasem wśród większości rodziców/opiekunów dzieci sprawnych ciągle jeszcze panuje przekonanie, iż szczoteczki elektryczne są przeznaczone tylko dla osób niepełnosprawnych.

Pasty do zębów, które zalecane są dzieciom, posiadają obniżoną zawartość fluoru w porównaniu z pastami przeznaczonymi dla osób dorosłych. Dzieci, szczególnie między 3 a 6 rokiem życia, nie potrafią jeszcze wypluwać całej pasty i podczas mycia zębów połykają ją mimowolnie do 60%. Dlatego zaleca się użycie pasty wielkości ziarna grochu oraz nadzór osoby dorosłej podczas szczotkowania zębów przez dzieci [9]. Okres przedszkolny w rozwoju dziecka uważany jest za odpowiedni do wdrażania właściwych nawyków i kształtowania postaw prozdrowotnych ze względu na naturalną skłonność dzieci do naśladowania dorosłych. Stąd prowadzenie akcji profilaktycznych i edukacyjnych z zakresu higieny jamy ustnej powinno zostać uwzględnione w stałym programie zajęć przedszkolnych [11].

Pierwsza wizyta dziecka u stomatologa powinna mieć charakter adaptacyjny. Dziecko powinno poznać personel, sprzęt i specyfikę gabinetu stomatologicznego. Optymalny wiek pierwszej wizyty, jak podaje *Szpringer-Nodzak*, to 18 miesięcy życia dziecka [17]. Z naszych badań wynika, że na pierwszą wizytę do lekarza dentystry między 6-12 miesiącem życia udałoby się z dzieckiem 35% rodziców z grupy S i tylko 28% z grupy NP. Badania *Topolskiej i wsp.* oraz *Przywitowskiej i wsp.* wskazują na niski odsetek dzieci odwiedzających gabinety dentystryczne poniżej pierwszego roku życia, szacowany jest on na około 9% [14, 18]. Według *Topolskiej i wsp.* około 30% dzieci doświadcza pierwszej wizyty u dentystry między 1 a 2 rokiem życia, a pomiędzy 2 a 3 - około 36% [18]. Natomiast *Przywitowska i wsp.* podają, że w 39% przypadków pierwsze spotkanie dziecka z dentystą ma miejsce między 4 a 5 rokiem życia dziecka [14].

Na podstawie dostępnego piśmiennictwa wiadomo, że pierwszy kontakt niepełnosprawnego intelektualnie dziecka z lekarzem dentystą jest znacznie oddalony w czasie i niestety najczęściej następuje z konieczności interwencji w sytuacji bólowej, gdy proces próchnicowy jest już znacznie zaawansowany [7]. Nieznaczna większość rodziców i opiekunów dzieci sprawnych (54%) dostrzegła potrzebę częstszych kontroli uzębienia u dzieci w porównaniu z pytanymi z grupy NP, w której tylko 39% ankietowanych zadeklarowało taką konieczność. Według *Topolskiej i wsp.* odsetek dzieci zgłaszających się na wizyty kontrolne uzębienia częściej niż co 3 miesiące wynosił około 37%, a co 3 miesiące - ponad 26% [18]. Szacuje się, że tylko 11% dzieci regularnie odwiedza gabinet dentystryczny [15]. Wizyty kontrolne u dzieci w znaczący sposób przyczyniają się do zachowania zdrowych tkanek twardych zębów, jednak istnieją uzasadnione obawy, że częstość wizyt kontrolnych nie wpływa na poprawę higieny jamy ustnej szczególnie u dzieci niepełnosprawnych intelektualnie.

Zaobserwowana prawidłowość jest prawdopodobnie wynikiem braku odpowiedniej edukacji prozdrowotnej w gabinetach dentystycznych, a także brakiem motywacji rodziców i opiekunów do szczególnej dbałości o zdrowie jamy ustnej ich dzieci [15].

Przedstawione wyniki badań stanowią doniesienie wstępne wymagające kontynuacji na większej populacji, co jest zamiarem autorów. W szczególności pogłębione będą badania porównawcze dotyczące postaw i zaangażowania dorosłych względem stanu zdrowia jamy ustnej ich dzieci. Wydaje się, że rodzice i opiekunowie dzieci niepełnosprawnych mogą być niejednokrotnie mniej zaangażowani emocjonalnie w profilaktykę choroby próchnicowej u swych dzieci, które nie mogą spełniać bądź nie spełnią w przyszłości ich marzeń. to bardzo delikatny problem badawczy z zakresu etyki i moralności.

WNIOSKI

1. Poziom wiedzy rodziców i opiekunów – zarówno dzieci sprawnych i niepełnosprawnych – na temat etiologii i profilaktyki choroby próchnicowej nie jest zadowalający.

2. Istnieje zapotrzebowanie na wdrożenie efektywnych programów edukacyjnych z zakresu promocji zdrowia jamy ustnej dla rodziców dzieci w wieku przedszkolnym.

K. Mehr, A. Czajka-Jakubowska, J. T. Marcinkowski, Z. Maciejewska, P. Piotrowski

ATTITUDE OF PARENTS AND CAREGIVERS OF HANDICAPPED AND NON-HANDICAPPED CHILDREN TOWARDS ISSUES CONCERNING ETIOLOGY AND PREVENTION OF DENTAL CARIES. A PRELIMINARY REPORT

Summary

Untreated dental caries in children may, within a short period of time, lead to tooth loss. A high variation is observed in the state of dental health between non-handicapped and handicapped children, the latter being more prone to dental caries. The objective of the study was to compare the level of knowledge concerning etiology and prevention of dental caries among parents and caregivers of handicapped and non-handicapped children, as well as their commitment to fulfilling their children's health needs.

The study was conducted based on an anonymous questionnaire, and involved 72 parents/caregivers of children attending Nursery School No. 116 in Poznań. The school has integrated groups, with both handicapped and non-handicapped children, as well as a unit exclusively for children with special needs. The questionnaire dealt with issues connected with general health-promoting knowledge, dietary habits, the principles of oral hygiene in children and children's visits to a dental surgery.

In the majority of cases, the answers of the parents of handicapped and non-handicapped children did not significantly differ. Differences appeared in the case of questions relating to the necessity of treating primary teeth, the infectious nature of dental caries and the indications for using electric toothbrushes, where the parents of non-handicapped children considerably more often indicated the correct answers.

Due to the low level of health awareness among both handicapped and non-handicapped children's parents, it is necessary to implement effective educational programmes promoting oral health among the parents/caregivers of pre-school age children.

К. Мехр, А. Чайка-Якубовска, Е. Марчинковски, З. Мачеевска,
П. Петровски

ПОЗИЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ И ОПЕКУНОВ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ И ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ
ПО ОТНОШЕНИЮ К ВОПРОСАМ, КАСАЮЩИХСЯ ЭТИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ
КАРИЕСА ЗУБОВ.
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДОКЛАД

Аннотация

Кариес зубов у детей при отсутствии лечения может быстро привести к потере зубов. Существует большая разница в состоянии здоровья полости рта между здоровыми детьми детьми-инвалидами, у которых, в частности, зафиксирован рост проявления кариеса. Целью данного исследования было сравнение уровня знаний родителей и опекунов здоровых детей и детей-инвалидов по отношению к этиологии и профилактике кариеса зубов, и их активного участия в реализации медико-санитарных потребностей своих детей.

Анонимное анкетное исследование охватило 72 родителя/опекуна детей, посещающих детский сад с интеграционными классами и специальными отделениями в Познани. Вопросы в анкете включали аспекты общих знаний про здоровье, рациона питания, гигиены полости рта детей, а также посещения детьми врача стоматолога.

В большинстве случаев ответы родителей/опекунов здоровых детей и детей-инвалидов существенно не отличались, за исключением вопросов, касающихся необходимости лечения молочных зубов, инфекционности кариеса и показаний к применению электрических щеток, где значительно больше правильных ответов было зарегистрировано в группе родителей здоровых детей.

Из-за низкого уровня оздоровительной осведомленности родителей и опекунов здоровых детей и детей-инвалидов, необходимо внедрять эффективные образовательные программы из области промоции здоровья полости рта для родителей и опекунов детей дошкольного возраста.

К. Мехр, А. Чайка-Якубовска, Е. Марчинковски, З. Мачеевска,
П. Петровски

ПОЗИЦІЯ БАТЬКІВ І ОПІКУНІВ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ І ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ ПО
ВІДНОШЕННЮ ДО ПИТАНЬ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ ЕТІОЛОГІЇ І ПРОФІЛАКТИКИ
КАРІЕСУ ЗУБІВ.
ПОПЕРЕДНЯ ДОПОВІДЬ

Анотація

Кариес зубов у дітей при відсутності лікування може швидко привести до втрати зубів. Існує велика різниця в стані здоров'я порожнини рота між здоровими дітьми і дітьми-інвалідами, у яких зокрема, зафіксовано зростання прояву карієсу. Метою даного дослідження було порівняння рівня знань батьків та опікунів здорових дітей і дітей-інвалідів по відношенню до етіології і профілактики карієсу зубів, і їх активної участі в реалізації медико-санітарних потреб своїх дітей.

Анонімне анкетне дослідження охопило 72 батьків/опікунів дітей, відвідуючих дитячий садок з інтеграційними класами і спеціальними відділеннями в Познані. Питання в анкеті включали аспекти загальних знань про здоров'я, раціону живлення, гігієни порожнини рота дітей, а також відвідин дітьми лікаря стоматолога.

У більшості випадків відповіді батьків/опікунів здорових дітей і дітей-інвалідів істотно не відрізнялися, за винятком питань, що стосуються необхідності лікування молочних зубів, інфекційності карієсу і показань до застосування електричних щіток, де значно більше правильних відповідей було зареєстровано в групі батьків здорових дітей.

Із-за низького рівня оздоровчої свідомості батьків і опікунів здорових дітей і дітей-інвалідів, необхідно впроваджувати ефективні освітні програми з області промоції здоров'я порожнини рота для батьків і опікунів дітей дошкільного віку.

PIŚMIENNICTWO

1. Al-Hussyeen A.A., Al-Sadhan S.A.: Oral hygiene practices and dietary habits among children with Down's Syndrome in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Dent. J.* 2006, 18, 141-148.

2. Chłapowska J., Opydo-Szymaczek J.: Analiza wpływu programu profilaktycznego na stan uzębienia i nawyki prozdrowotne kobiet ciężarnych – badania kliniczne i ankiety. *Dent. Med. Probl.* 2006, 43, 1, 59-64.

3. Daszkowska M., Lubowiedzka B., Szydłowska B., Wochna-Sobańska M.: Ocena stanu uzębienia dzieci przedszkolnych objętych programem profilaktyki próchnicy. *Dent. Med. Probl.*, 2003, 40, 2, 309-312.

4. Gerreth K., Borysewicz-Lewicka M.: Stomatologiczne zachowania prozdrowotne uczniów szkół specjalnych – badania ankiety zwyczajów dietetycznych. *Dent. Med. Probl.* 2008, 45, 3, 286-292.

5. Gerreth K., Gromadzińska-Zapłata E., Liweń B., Paszyńska E.: Ocena stanu zdrowia jamy ustnej osób niepełnosprawnych umysłowo czynnie uprawiających sport. *Dental Forum* 2007, 35, 1, 35-39.

6. Gmyrek-Marciniak A., Wilk-Sieczak B.: Zapobieganie próchnicy u dzieci w wieku do trzech lat. *Magaz. Stom.* 2001, 11, 7-8, 48-52.

7. Górski M., Buczkowska-Radlińska J.: Stan zębów, przyzębia oraz higieny jamy ustnej u osób w wieku 15-18 lat upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym przebywających w domach rodzinnych. *Czas. Stom.* 2006, 59, 769-776.

8. Grzesiak I., Kaczmarek U.: Wiedza prozdrowotna matek i świadomość stanu uzębienia ich dzieci w wieku do 3 lat. *Dent. Med. Probl.* 2004, 41, 1, 59-66.

9. Kaczmarek U.: Mechanizmy kariostatyczne fluoru. Konsensus grupy ekspertów nad auspicjami Fundacji Promocji Zdrowia Jamy Ustnej w sprawie promocji zdrowia jamy ustnej i profilaktyki fluorowej próchnicy zębów. Fundacja Zdrowia Jamy Ustnej. Warszawa, 2004, 12, 10-11.

10. Majewicz A., Marcinkowski J.T.: Epidemiologia chorób układu krążenia. Dlaczego w Polsce jest tak małe zainteresowanie istniejącymi programami profilaktycznymi? *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2008, 89, 3, 322-325.

11. Mehr K., Marcinowski M., Dyszkiewicz M., Glapiński M., Piotrowski P.: Ocena programu edukacyjnego z zakresu promocji zdrowia jamy ustnej dla dzieci 4-9-letnich. *Ann. UMCS Sect. D.* 2007, 62, 18, 21-24.

12. Milgrom P., Riedy C.A., Weinstein P., Tanner A.C., Manibusan L., Bruss J.: Dental caries and its relationship to bacterial infection, hypoplasia, diet, and oral hygiene in 6-to 36-month-old children. *Commun. Dent. Oral Epidemiol.* 2000, 28, 295-306.

13. Proc P., Filipińska-Skapska R., Wochna-Sobańska M.: Próchnica uzębienia dzieci łódzkich do lat 5. II. Zachowania zdrowotne matek. *Dent. Med. Probl.* 2005, 42, 4, 567-571.

14. Przywitowska I., Fita K., Skośkiewicz-Malinowska K.: Postawa i szkodliwe nawyki matek wpływające na rozwój próchnicy wczesnej u ich dzieci. *MS* 2007, 9, 106-110.

15. Rajab L.D., Petersem P.E., Bakaeen G., Hamadan M.A.:

Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *Int. J. Paediatr. Dent.* 2002, 12, 3, 168-176.

16. Szczepańska J.: Wpływ różnych aspektów higieny jamy ustnej na występowanie próchnicy u dzieci w okresie poniemowlęcym. *Nowa Stomatologia* 2003, 23, 1, 4-9.

17. Szpringer-Nodzak M., Wochna-Sobańska M.: *Stomatologia wieku rozwojowego. Fluor w profilaktyce próchnicy*, PZWL, Warszawa 2003, 784-793.

18. Topolska J., Bałanda W., Malicka M., Rudnicka-Siwiek K., Pels E., Borowska M.: Ocena świadomości prozdrowotnej rodziców dzieci w zakresie nawyków higienicznych i żywieniowych oraz ich wpływu na stan uzębienia mlecznego. *Dental Forum*, 2006, 34, 1, 37-41.

Data otrzymania: 13.02.2009.

Adres Autorów: dr n. med. Katarzyna Mehr, 60-681 Poznań, ul. Wachowiaka 8.