

AGNIESZKA KARGUL^{1, A-D}, MAGDALENA KOPERNY^{1, A, D}, MAŁGORZATA BAŁA^{2, E, F},
MICHAŁ SEWERYN^{3, C, E}, EWA WIERCZIŃSKA^{1, C}

Ocena stanu wiedzy na temat czynników wywołujących chorobę próchnicową oraz metod jej zapobiegania na podstawie badania ankietowego wśród rodziców dzieci w wieku przedszkolnym

Assessment of Knowledge on Factors Causing Caries and on Methods of Caries Prevention Based on the Survey Results Among Parents of Preschool Children

¹ Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Warszawa, Polska

² II Katedra Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska

³ Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego w Instytucie Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. W Polsce nie udało się znacząco ograniczyć występowania choroby próchnicowej. Wśród dzieci w wieku 5, 7 i 15 lat odpowiednio u ponad 80, 90 i 92% stwierdza się przynajmniej jeden ubytek próchnicowy. Liczne badania dowodzą, że stan zdrowia jamy ustnej w głównej mierze zależy od zachowań zdrowotnych jednostki oraz czynników środowiskowych.

Cel pracy. Ocena poziomu wiedzy stomatologicznej rodziców i opiekunów dzieci przedszkolnych na temat czynników wpływających na dużą częstość próchnicy wśród dzieci od 2. do 5. roku życia (w wieku przedszkolnym).

Materiał i metody. Badanie ankietowe przeprowadzono wśród 378 rodziców i opiekunów dzieci w wieku przedszkolnym z 19 placówek nauczania i wychowania znajdujących się w powiecie olkuskim województwa małopolskiego.

Wyniki. Wykazano, że dzieci są rzadkimi pacjentami w gabinetach stomatologicznych. Według deklaracji rodziców wiele dzieci nie odbyło jeszcze wizyty kontrolnej w gabinecie stomatologicznym. Analiza statystyczna nie wykazała istotnie statystycznego związku między wiedzą respondentów a codziennymi nawykami higienicznymi. Rzadkie wizyty, niewystarczająca wiedza rodziców oraz inne czynniki mogą przyczynić się do narastania problemu i zwiększenia częstości występowania choroby wśród dzieci.

Wnioski. Odsetek opiekunów, którzy deklarują, że odbyli z dzieckiem wizyty kontrolne jest niezadowolający i może wynikać z braku wiedzy o konieczności badania stanu jamy ustnej dziecka zarówno przed wyrżnięciem się zębów mlecznych, jak i po nim. Brak podstawowych zasad dotyczących prawidłowych nawyków codziennej higienizacji jamy ustnej oraz mały poziom wiedzy na temat konieczności uczęszczania na wizyty kontrolne może przyczyniać się do rozwoju ubytków próchnicowych już w uzębieniu mlecznym, a w dłuższej perspektywie także w uzębieniu stałym (*Dent. Med. Probl.* 2015, 52, 3, 316–323).

Słowa kluczowe: dzieci, higiena jamy ustnej, choroba próchnicowa, wiedza prozdrowotna.

Abstract

Background. Poland is a country which failed to significantly reduce the incidence of dental caries. Over 80%, 90% and 92% of children respectively, at the age of 5, 7 and 15 years have at least one carious loss.

Objectives. The purpose of this paper was to identify factors related to caries risk among children under the age of 5 years (preschool children).

Material and Methods. The study evaluates knowledge of parents or caregivers on oral health from Olkusz District in Małopolska Region. The survey was conducted among 378 parents and caregivers of preschool children (3–5 years) from 19 kindergartens.

Results. The authors reported that children are rare patients in dental offices. A high percentage of respondents have not visited a dentist yet. Statistical analysis showed no statistically significant relationship between knowledge on daily hygiene habits. Irregular or no dental visits, lack of knowledge on dental needs and other factors are the main causes of increased caries prevalence in children.

Conclusions. Only a small number of caregivers reported that they had visited a dentist with a child, and this may result from parental ignorance about the need to examine the child's mouth before and after the eruption of primary teeth. The lack of basic principles concerning the proper rules regarding daily dental care as well as little knowledge on the need to attend follow-up visits may, in the long term, contribute to the development of cavities already in primary dentition, and then in permanent teeth (**Dent. Med. Probl.** 2015, 52, 3, 316–323).

Key words: children, oral hygiene, dental caries, oral health-related knowledge.

Na przestrzeni lat obserwuje się zwiększenie intensywności i frekwencji występowania choroby próchnicowej. Rozwój zmiany próchnicowej jest uwarunkowany brakiem lub nieregularnymi wizytami w gabinecie stomatologicznym, nieprawidłową higienizacją jamy ustnej, a także dietą bogatą w węglowodany. Choroba próchnicowa obecnie stanowi istotny problem cywilizacyjny, o czym świadczy jej rozpowszechnienie w społeczeństwie zarówno wśród osób dorosłych, jak i przede wszystkim dzieci. Wyniki badań epidemiologicznych przeprowadzonych w kraju w 2012 r. w ramach ogólnopolskiego Monitoringu Zdrowia Jamy Ustnej wykazały, że odsetek dzieci 6-letnich, u których stwierdzono próchnicę lub brak zęba z powodu próchnicy wynosił 85,6%, a 64,4% ma 4 i więcej zębów zniszczonych przez próchnicę, z czego aż 37,6% ma 7 i więcej zębów objętych tą chorobą [1].

Kształtowanie prawidłowych nawyków higienicznych u najmłodszych dzieci powinno być nierozłącznie związane z podnoszeniem świadomości u ich rodziców lub opiekunów, którzy stanowią podstawowe źródło informacji z tego zakresu. Kontrola nad prawidłowością i częstością szczotkowania zębów przez dorosłych stanowi pierwszą i podstawową metodę prewencji choroby próchnicowej. Szczotkowanie zębów musi być wykonywane w sposób właściwy i regularny. Badania wskazują ponadto, że zapadalność i przebieg choroby próchnicowej w ok. 80% są determinowane przez styl życia i uwarunkowania systemowe, czyli przez czynniki o charakterze pozamedycznym [2].

Mimo że dostęp do świadczeń stomatologicznych jest możliwy zarówno na rynku prywatnym, jak i publicznym oraz mimo realizowanych programów profilaktycznych ogólnopolskich czy samorządowych zachęcających pacjentów do świadczeń zmierzających do zapobiegania próchnicy, to przede wszystkim pacjentami gabinetów stomatologicznych wciąż są osoby, które wymagają już leczenia, a nie wykonania świadczeń profilaktycznych. Efektywne zaplanowanie programu zdrowotnego z zakresu profilaktyki jamy ustnej

powinno opierać się na przeprowadzeniu analizy potrzeb zdrowotnych oraz oceny świadomości stomatologicznej społeczeństwa. Stan zdrowia jamy ustnej w głównej mierze zależy od zachowań zdrowotnych jednostki oraz czynników środowiskowych (społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych), które mają swoje odzwierciedlenie w opracowywaniu i wdrażaniu programów profilaktycznych na różnych szczeblach skierowanych do społeczeństwa [3]. Nieleczona próchnica może rodzić wiele poważnych konsekwencji zdrowotnych dla pacjenta, a dla płatnika publicznego wiąże się z dużymi nakładami finansowymi.

Celem badania była diagnoza potrzeb zdrowotnych na podstawie oceny poziomu wiedzy i świadomości opiekunów dzieci w wieku przedszkolnym z zakresu zasad dbania o higienę jamy ustnej oraz podstawowych nawyków żywieniowych.

Material i metody

Badanie pilotowe przeprowadzono w roku szkolnym 2012/2013, w ramach lokalnego programu profilaktycznego *Program zapobiegania próchnicy u dzieci w powiecie olkuskim* opracowanego przez Wojewódzką Stację Sanitarно-Epidemiologiczną (WSSE) w Krakowie i realizowanego w powiecie olkuskim województwa małopolskiego.

Po telefonicznym poinformowaniu i zaproszeniu przedstawicieli przedszkoli do wzięcia udziału w badaniu 19 z 33 placówek nauczania i wychowania znajdujących się w powiecie olkuskim przystąpiło do programu. Część placówek, które nie wzięły udziału w badaniach realizowały różne formy profilaktyki próchnicy i nie były zainteresowane dodatkowymi działaniami lub też rodzice nie byli zainteresowani udziałem w badaniu. Na potrzeby badań została stworzona własna ankieta. Za pomocą autorskiego narzędzia analitycznego zdiagnozowano wyjściowy stan wiedzy rodziców do wykorzystania w ewaluacji działań w latach kolejnych. Ankietowani udzielili odpowiedzi

na 22 pytania o charakterze zamkniętym: jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Ankietę podzielono na dwie części, każda z nich zawierała po 11 pytań. Pierwsza dotyczyła nawyków higienicznych, tj. stosowania podstawowych zasady higieny jamy ustnej i profilaktyki próchnicy, częstości zabiegów higienicznych i wizyt kontrolnych u lekarza stomatologa oraz nawyków żywieniowych. Celem drugiej części była natomiast ocena świadomości stomatologicznej opiekunów dzieci poprzez określenie, czy dane stwierdzenie w ich opinii jest prawdziwe czy fałszywe. Dwa pytania z pierwszej części ankiety wykluczono z dalszej analizy. Pytania te, mimo że były jednokrotnego wyboru, zostały potraktowane przez większy odsetek respondentów jako wielokrotnego wyboru, co uniemożliwiło przeprowadzenie ich prawidłowej i wiarygodnej interpretacji. Z drugiej części ankiety wykluczono jedno pytanie dotyczące znajomości metod zapobiegania próchnicy, które występowało w formie wielokrotnego wyboru, a nie oceny typu prawda-falsz.

Wyniki uzyskane z pierwszej części ankiety przedstawiono jako częstości odpowiedzi. W drugiej części na podstawie liczby udzielonych prawidłowych odpowiedzi oceniano natomiast poziom wiedzy rodziców. Zastosowano 2-stopniową skalę oceny poziomu wiedzy rodziców: niska (pkt 0–6) i wysoka (pkt 7–10). Dodatkowo na podstawie zebranych danych z ankiet dokonano oceny zależności między kształtowaniem nawyków higienicznych a posiadaną wiedzą. Prawidłowe nawyki zostały zdefiniowane jako odsetek osób, które odpowiedziały prawidłowo przynajmniej na 4 pytania.

Ankietyzację przeprowadzono podczas spotkań z rodzicami w grupach przedszkolnych przed przeprowadzeniem prelekcji edukacyjnej. W przypadku gdy spotkanie nie mogło się odbyć, poproszono dyrekcję przedszkola o przekazanie i wypełnienie ankiet przez rodziców/opiekunów oraz ich odesłanie do realizatorów.

Badanie przeprowadzono wśród 378 opiekunów dzieci w wieku 2–5 lat, a kompletne kwestionariusze otrzymano od 363 badanych (15 osób nie uzupełniło drugiej części ankiety), dlatego w ocenie świadomości respondentów z zakresu higieny jamy ustnej ankiet tych nie uwzględniono. Każde spotkanie z rodzicami uzupełniono prelekcją edukacyjną promującą zdrowie jamy ustnej. W trakcie bezpośrednich spotkań omówiono podstawowe zasady dbania o higienę jamy ustnej, czynniki rozwoju choroby próchnicowej, metody szczotkowania zębów dla dzieci oraz rolę rodziców w zapobieganiu rozwojowi choroby. Wszystkim uczestnikom spotkania przekazano ponadto materiały edukacyjne w formie ulotki.

Uzyskane dane poddano analizie statystycz-

nej za pomocą testu chi kwadrat oraz obliczono współczynnik korelacji liniowej Pearsona w celu zbadania współzmienności między danymi użytymi z pytań z kwestionariuszy. Przyjęto poziom istotności $p < 0,005$.

Wyniki

W badanej grupie rodziców/opiekunów dzieci najwięcej respondentów (nieco ponad 50%) deklarowało, iż w ciągu ostatnich 6 miesięcy odbyło z dzieckiem wizytę u lekarza stomatologa. W okresie ostatniego roku na badanie stomatologiczne przeprowadzone przez lekarza zgłosiło się jednak tylko 19% rodziców. Według wielu rodziców dziecko nie było jeszcze na wizycie kontrolnej (17%). Łącznie ponad 50% rodziców podało, że wizyty w gabinecie stomatologicznym mają miejsce przynajmniej raz na pół roku (tabela 1).

W odpowiedzi na pytanie dotyczące pory dnia oraz częstotliwości szczotkowania zębów zdecydowana większość respondentów (46%) deklarowała, że ich dziecko szczotkuje zęby dwa razy dziennie, rano i wieczorem, tj. po śniadaniu i po kolacji, natomiast przed śniadaniem i po kolacji 18%. Tylko po kolacji (raz dziennie) zęby szczotkuje co piąte badane dziecko (21%) (tabela 1).

W pytaniach odnoszących się do nawyków żywieniowych dzieci m.in. poproszono respondentów o udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy ograniczają dzieciom dostęp do słodczy. Blisko 80% badanych deklarowało, że kontroluje dostęp do słodczy, tj. produktów kariogennych, natomiast 20% nie. W pytaniu dotyczącym częstości spożycia przez dziecko pokarmów z dużą zawartością cukrów prostych „oblepiających” zęby oraz produktów o małym potencjale próchnicotwórczym stwierdzono, że pokarmami najczęściej przyjmowanymi przez dzieci – kilka razy dziennie – są: słodzona herbata (43%), białe pieczywo (41%) i napoje bez cukru (37%). Również często, bo raz dziennie, dzieci spożywają jogurty oraz kefiry, a także surowe warzywa, odpowiednio około 60 i 50%. Według rodziców dzieci spożywają rzadziej niż raz dziennie słodczy (41%), słodzone napoje (38%), chipsy (53%), lody (51%), chleb razowy (37%).

Poziom wiedzy na temat higieny jamy ustnej wyznaczono z zastosowaniem 2-stopniowej skali. Badanym przedstawiono stwierdzenia z prośbą o wskazanie, czy są one prawdziwe, czy fałszywe. W zależności od liczby poprawnych odpowiedzi określono świadomość jako wysoką (7 i więcej pkt) i niską (ryc. 1).

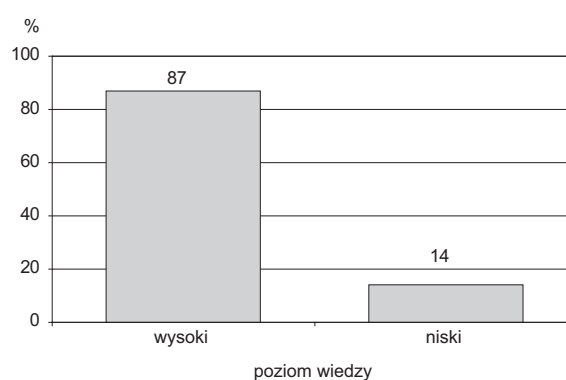
Analiza danych pozwala stwierdzić, że zdecydowana większość opiekunów ma relatywnie wysoki poziom wiedzy na temat zagadnień dbania

Tabela 1. Nawyki higieniczne dzieci w wieku przedszkolnym**Table 1.** Hygienic habits of preschool children

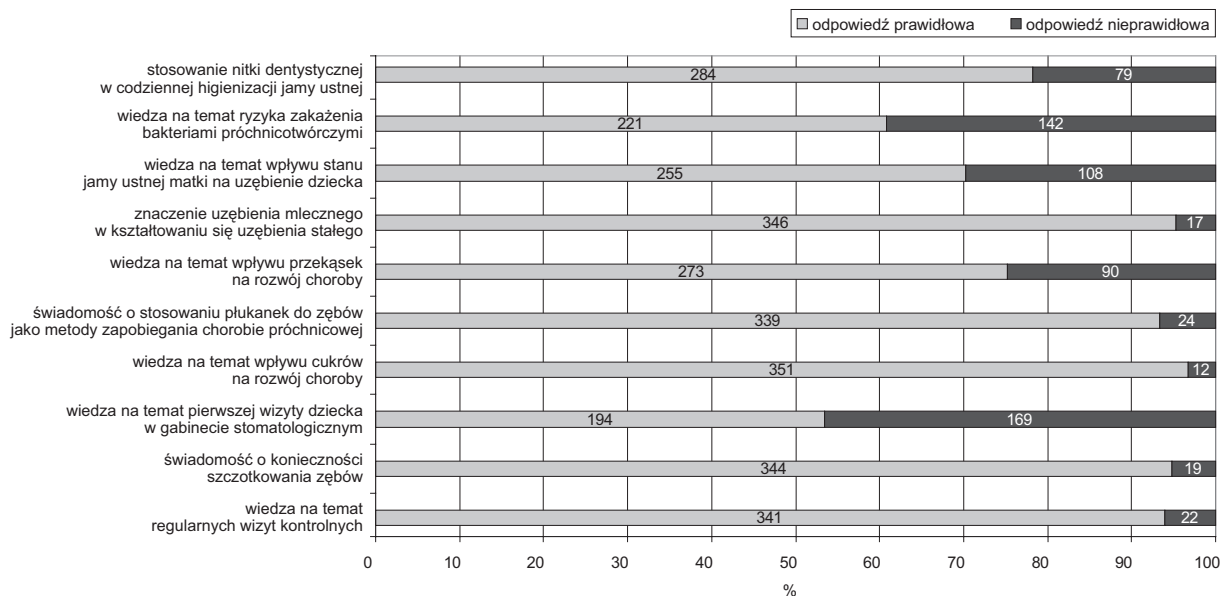
Pytania ankietowe Question survey	Odpowiedzi Responses	Odpowiedzi w % % of responses
Termin ostatniej wizyty dziecka w gabinecie stomatologicznym The time of your child's last dental visit	mniej niż 6 miesięcy	51,3
	od 7 do 12 miesięcy	19,3
	ponad 1 rok	9,0
	nigdy	16,9
	nie pamiętam	2,4
	brak danych	1,3
Częstotliwość wizyt w gabinecie stomatologicznym The frequency of dental visit	częściej niż raz na pół roku	26,2
	raz na pół roku	32,5
	rzadziej niż raz na pół roku	32,8
	brak danych	8,5
Pora dnia, w której dziecko szczotkuje zęby The time during the day when your child brushes teeth	po śniadaniu i po kolacji	46,0
	po kolacji	20,6
	przed śniadaniem i po kolacji	18,0
	po śniadaniu, obiedzie i kolacji	5,1
	po każdym posiłku	2,9
	po śniadaniu	1,9
	po obiedzie i kolacji	1,1
	przed śniadaniem	0,8
	po śniadaniu i obiedzie	0,5
	po obiedzie	0,3
	brak danych	2,9
Stosowanie past z mniejszą zawartością fluorku Using toothpastes with low fluoride concentration	tak	92,6
	nie	6,1
	brak danych	1,3
Pomoc dzieciom w szczotkowaniu zębów Helping children brushing their teeth	tak	65,9
	nie	32,8

o higienę jamy ustnej dziecka. Blisko 87% opiekunów odpowiedziało prawidłowo przynajmniej na 7 pytań. U tych osób poziom wiedzy oceniono jako wysoki. Szczegółowy zakres pytań wraz z częstością prawidłowych odpowiedzi przedstawiono na rycinie 2.

Zdecydowana większość badanych wykazała się wiedzą w zakresie wpływu: węglowodanów jako czynnika ryzyka na rozwój choroby próchnicowej (n = 351), uzębienia mlecznego na prawidłowy rozwój i stan uzębienia stałego (n = 346), świadomości konieczności szczotkowania zębów (n = 344), jak i regularnych wizyt kontrolnych (n = 341). Aż co czwarty respondent nie zdaje sobie jednak sprawy, że stan jamy ustnej matki może mieć wpływ na rozwój próchnicy u potomstwa. Najwięcej nieprawidłowych odpowiedzi udzielono w pytaniu dotyczącym terminu pierwszej wizyty dziecka w gabinecie stomatologicznym. Blisko połowa badanych zaznaczyła, że opiekun powinien

**Ryc. 1.** Poziom wiedzy ogólnostomatologicznej opiekunów dzieci w wieku przedszkolnym**Fig. 1.** The level of dental knowledge of parents of preschoolers

zgłosić się z dzieckiem na wizytę dopiero, gdy pojawi się pierwszy ząb mleczny. Istotną informacją uzyskaną z badania jest również przekonanie



Ryc. 2. Świadomość opiekunów z zakresu metod i czynników wpływających na ograniczenie występowania choroby próchnicowej

Fig. 2. Caregiver's knowledge on the methods and factors that reduce the occurrence of dental caries

wśród 35% respondentów, że nie może dojść do zakażenia wertykalnego (od opiekunów na dziecko).

Analiza statystyczna nie wykazała istotnego statystycznego związku między posiadaną wiedzą respondentów a codziennymi nawykami higienicznymi ($\chi^2 = 1,374$; $p = 0,241$). Tym niemniej 18% respondentów z dużą wiedzą ma jednocześnie prawidłowe nawyki. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona wykazał niską dodatnią korelację między posiadaną wiedzą respondentów a codziennymi nawykami higienicznymi ($r = 0,1$), wynik ten nie był jednak istotny statystycznie ($p = 0,051$). W związku z tym należy przypuszczać, że na nawyki związane z higieną jamy ustnej wpływają również inne czynniki poza wiedzą, które znacznie bardziej determinują analizowane zachowania zdrowotne. Jakkolwiek średnia wartość punktowa posiadanej wiedzy była istotnie wyższa w grupie badanych wykazujących się dobrymi nawykami ($p = 0,017$). Związek ten może wskazywać na istnienie bezpośredniej zależności między wiedzą i nawykami, ale wykazanie go wymaga przeprowadzenia analizy na większej grupie badawczej.

Omówienie

Do podstawowych metod zapobiegania próchnicy zębów należą: regularne szczotkowanie zębów oraz wizyty w gabinecie stomatologicznym, które mogą przyczynić się do szybkiego zdiagnozowania ubytków próchnicowych. Badanie własne wykazało, że ponad 30% rodziców nie uczęsz-

cza z dzieckiem na regularne wizyty kontrolne do gabinetów stomatologicznych. Wykazano ponadto, że wiele dzieci nie odbyło jeszcze pierwszej wizyty adaptacyjnej/kontrolnej w gabinecie. Badania monitoringowe prowadzone w całym kraju w 2010 r. wykazały, iż około 20% matek jeszcze nigdy nie odbyło wizyty u dentysty ze swoim 6-letnim dzieckiem [4]. W innym badaniu ankietowym wśród rodziców 6–12-latków wykazano, iż 74% rodziców udało się po raz pierwszy do stomatologa dopiero, gdy dziecko ukończyło trzeci rok życia, co więcej – w 50% przyczyną pierwszej wizyty było wystąpienie próchnicy zębów [5, 6]. Zgodnie z zaleceniami Amerykańskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej (ang. AAPD – American Academy of Pediatric Dentistry) dziecko powinno odbyć pierwszą wizytę w gabinecie stomatologicznym w czasie wyrzynania się pierwszego zęba mlecznego, ale nie później niż do ukończenia pierwszego roku życia. Kolejne wizyty powinny mieć charakter regularny, co oznacza, że dziecko powinno uczęszczać na wizyty przynajmniej dwa razy do roku [7, 8]. Konieczność leczenia z powodu ubytków próchnicowych czy też dolegliwości bólowe to najczęstsze przyczyny wizyt dziecka w gabinecie stomatologicznym [9].

Zgodnie z zaleceniami AAPD doustne środki do higieny jamy ustnej powinny być stosowane nie później niż w momencie pojawienia się pierwszego zęba mlecznego. Szczotkowanie zębów u dzieci powinno być przeprowadzane lub kontrolowane przez rodzica dwa razy dziennie, z użyciem miękkiej szczoteczki do zębów o odpowiedniej wielkości i ilości pasty z fluorem [8]. Blisko 80% rodzi-

ców potwierdza, że nitki dentystyczne można stosować do codziennej higienizacji jamy ustnej, co może wskazywać na brak wiedzy na temat rozporządzenia stosowania nici dentystycznych wśród dzieci. Warto jednak zauważyć, że AAPD rekomenduje ich stosowanie, w przypadku gdy zęby są osadzone blisko siebie (przez co stosowanie szczoteczek do zębów jest niewystarczające) [8].

Do podstawowych czynników ryzyka wystąpienia ubytków próchnicowych, zgodnie z uzyskanymi odpowiedziami, należą rzadkie przeglądy jamy ustnej lub ich nieprzeprowadzenie przez lekarza stomatologa. Jak wykazano podczas badania ankietowego, większość opiekunów dzieci w wieku przedszkolnym jest świadoma tego, jakie czynniki mogą inicjować lub wpływać na rozwój choroby próchnicowej. Jednak z odpowiedzi na pytania, w których oceniano dietę dzieci (w tym częstość oraz rodzaj spożywania przez dziecko pokarmów), wynika, że wśród respondentów dominowały nieprawidłowe nawyki żywieniowe u dzieci, co oznacza, że rodzice nie stosują zasad prawidłowego żywienia. Dużą część pożywienia stanowiły produkty wysoce próchnicotwórcze, takie jak słodkie napoje. Najczęściej spożywanymi produktami były: białe pieczywo oraz produkty mleczne (jogurty, mleko). Według raportowanych odpowiedzi spożycie razowego pieczywa i surowych warzyw wśród dzieci jest małe. Rodzice częściej wybierają białe pieczywo zamiast zdrowszego odpowiednika, jakim jest pieczywo razowe (5%). Wyniki badania są zgodne z opublikowanymi wynikami analizy żywienia dzieci, która miała na celu ocenę kariogenności produktów spożywanych przez dzieci. Analiza wykazała, iż rodzice podają dzieciom produkty i napoje z dużą zawartością cukru, nie stosując się tym samym do podstawowych zasad zdrowego żywienia. Również Staśkiewicz [10] wykazał w analizowanej populacji 3-letnich dzieci związek między sposobem żywienia a intensywnością próchnicy. Badanie własne wykazało, że ponad 1/3 rodziców nie zna możliwych dróg zakażenia się dziecka próchnicą, w tym między innymi ryzyka transmisji bakterii próchnicotwórczych z matki na dziecko. Najczęstszym źródłem zakażenia tymi bakteriami u dzieci są matki. Szczególne znaczenie mają bakterie *Streptococcus mutans*, których obecność w jamie ustnej matki zwiększa ryzyko i frekwencję występowania próchnicy u dziecka [11, 12].

Działania edukacyjne w ramach realizowanych programów zdrowotnych są jednym z najpopularniejszych narzędzi promocji zdrowia. Badania wskazują jednak, że mimo zwiększania się poziomu wiedzy rodziców w wyniku prowadzonych działań edukacyjnych, nie zawsze skutkuje to zmianą postaw prozdrowotnych, dlatego podej-

mowane działania powinny mieć charakter ciągły, a nie akcyjny [13]. Skuteczność programów profilaktycznych potwierdzają wyniki badania przeprowadzonego w losowo wybranych przedszkolach, w którym wykazano duże ograniczenie aproksymalnego wskaźnika płytki (API) po 18 miesiącach u dzieci 4- i 6-letnich objętych programem profilaktycznym [14]. Konieczność przeprowadzania programów profilaktycznych wynika także z istniejącej dużej dysproporcji w intensywności i frekwencji próchnicy między Polską a krajami rozwiniętymi. Wysokie wartości obu wskaźników sprawiają, że stan jamy ustnej dzieci w Polsce na tle innych krajów jest oceniany jako jeden z najgorszych na świecie [15].

Badania kliniczne wskazują, że edukacja z zakresu higieny jamy ustnej może wpłynąć na zwiększenie świadomości stomatologicznej oraz poprawę zachowań zdrowotnych dorosłych i dzieci [16–18]. Zdecydowana większość badań i publikacji z zakresu stanu uzębienia dotyczy dzieci z wyrzniętymi zębami stałymi. Również wiele programów edukacyjnych i profilaktycznych jest skierowanych do dzieci w wieku szkolnym, mniej uwagi poświęca się młodszym grupom wiekowym. Warto jednak pamiętać, że pierwszym krokiem w zapobieganiu próchnicy zębów stałych jest prawidłowa higiena uzębienia mlecznego, dlatego kluczowym zadaniem jest wprowadzenie do każdego przedszkola codziennej higienizacji jamy ustnej wykonywanej pod nadzorem nauczyciela w ramach programów lokalnych lub krajowych z zakresu zapobiegania próchnicy. Z przeprowadzonych badań epidemiologicznych prowadzonych w ramach programu *Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej* w 2012 r. wynika, że tylko 34,8% dzieci w wieku 6 lat jest objętych programem codziennego szczotkowania zębów pastą z fluorem w szkole/przedszkolu [15]. Należy pamiętać, że programy profilaktyczne skierowane do tej grupy docelowej nie przyniosą spodziewanych rezultatów, jeśli nie zostaną w te działania zaangażowani rodzice. To rodzice, opiekunowie dzieci przyczyniają się do kształtowania nawyków higienicznych, żywieniowych oraz postaw prozdrowotnych u dzieci. Edukowanie rodziców z tego zakresu pozwoli ponadto na usprawnienie i doskonalenie opieki zdrowotnej i poprawę jakości życia.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. Nr 140, poz. 1144, z późn. zm.) dzieciom i młodzieży do lat 18 przysługują bezpłatne świadczenia stomatologiczne podane w wykazie pt. *Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz warunki ich realizacji*. Zgodnie jednak

z wynikami raportu opracowanego przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK) pt. *Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych* w 2011 r. jedynie 22% populacji skorzystało ze świadczeń z zakresu stomatologii gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Według NIK dostęp do świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych jest ograniczony i wskazuje na potrzebę wyodrębnienia z ogółu środków na opiekę stomatologiczną większych środków finansowych na świadczenia skierowane dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia [19].

Przeprowadzone badanie własne ma pewne ograniczenia, gdyż opiera się na opiniach i deklaracyjnych odpowiedziach rodziców lub opiekunów dzieci uczęszczających do przedszkoli. Istotnym ograniczeniem badania jest brak skorelowania wyników badania ankietowego z oceną stanu uzębienia u dzieci przeprowadzonego przez wykwalifikowany personel stomatologiczny. Brak informacji o płci dziecka nie pozwala ponadto na wyciągnięcie wniosków dotyczących kwestii związanych z nawykami higienicznymi i żywieniowymi w zależności od płci.

Pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym powinna odbyć się najpóźniej do ukoń-

czenia pierwszego roku życia, jednak blisko 25% respondentów nie zgłosiło się z dzieckiem na badanie i nie wykonało u nich przeglądu stomatologicznego, mimo że przeprowadzone badanie wykazało, iż blisko 100% respondentów jest świadomych konieczności odbywania wizyt w gabinecie stomatologicznym.

Respondenci potwierdzili, że szczotkowanie zębów jest ważną metodą w zapobieganiu próchnicy zębów. Ponad 50% rodziców nie wie jednak, kiedy należy szczotkować zęby. Niedostateczna wiedza na temat częstotliwości szczotkowania zębów w połączeniu z nieprawidłową dietą może w znaczny sposób wpływać na rozwój choroby próchnicowej. Brak lub niewdrażanie kompleksowej wiedzy rodziców na temat zasad higieny jamy ustnej do codziennych obowiązków prawdopodobnie nie wpłynie na ograniczenie występowania choroby próchnicowej.

Działania edukacyjne są niezbędnym narzędziem podnoszenia i utrwalania wiedzy dotyczącej pielęgnacji jamy ustnej. Wpływ na skuteczność programów zdrowotnych ma czas ich realizacji. Uświadamianie rodzicom, że kształtowanie pozytywnych nawyków od najwcześniejszych lat pozwoli w dalszej perspektywie na utrzymanie i zachowanie zdrowego uśmiechu dziecka.

Piśmiennictwo

- [1] STRUŻYCKA I., WIERZBICKA M., JODKOWSKA E., RUSYAN E., GANOWICZ E., FIDECKI M.: Oral health and the need for prevention and treatment of children aged 6 years in Poland in 2012. *Przegl. Epidemiol.* 2014, 68, 139–142 [in Polish].
- [2] BROMBLIK A., WIERZBICKA M., SZATKO F.: Impact of environmental conditions on the incidence and course of dental caries in children. *Czas. Stomatol.* 2010, 63, 301–309 [in Polish].
- [3] ZHU L., PETERSEN P.E., WANG H.J., BIAN J.Y., ZHANG B.X.: Oral health knowledge, attitudes and behaviour of children and adolescents in China. *Internat. Den. J.* 2003, 53, 289–298.
- [4] MAŁKIEWICZ E., WIERZNICKA M., SZATKO F.: Monitoring zdrowia jamy ustnej, stan jamy ustnej i jego uwarunkowań oraz potrzeby profilaktyczno-lecznicze dzieci w wieku 6 i 12 lat oraz osób dorosłych w wieku 35–44 lat. *Polska* 2010.
- [5] ROGALSKA A., ZIELENIEWICZ K., MIKOŁAJCZYK M.: The level of parents knowledge about their children's present oral state. *Nowa Stomatol.* 2004, 9, 2 80–82 [in Polish].
- [6] IWANICKA-GRZEGOREK E., KĘPA-PROKOPIENKO J., PIERZYNOWSKA E.: The health awareness of pre-school age children' parents – questionnaire study. *Nowa Stomatol.* 2007, 12, 1, 8–12 [in Polish].
- [7] A Guide to improving children's oral health care: http://www.chcs.org/media/Guide_to_Improving_Childrens_Oral_Health.pdf.
- [8] American Academy of Pediatric Dentistry: Guideline on infant oral health care. *Pediatr. Dent.* 2014, 36, 5–15.
- [9] WILK-SIECZAK B., ZAKRZEWSKI M., CHMIELEWSKA-ŁUCZAK D.: Mothers' dental fear and the reasons for their pre-school children's first dental visit as the predictors of their negative attitude towards the dental treatment. *Dent. Med. Probl.* 2005, 42, 77–82 [in Polish].
- [10] STAŚKIEWICZ T.: Analysis of the influence of some factors on the intensity of early childhood caries. *Ann. Acad. Med. Stet.* 2012, 58, 2, 36–39 [in Polish].
- [11] BACA P., CASTILLO A.M., LIÉBANA M.J., CASTILLO F., MARTÍN-PLATERO A., LIÉBANA J.: Horizontal transmission of *Streptococcus mutans* in schoolchildren. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* 2012, 17, 495–500.
- [12] STARCZEWSKA M., EMERICH K.: Dental prophylaxis in children. *Nowa Pediat.* 2010, 12, 1, 28–31 [in Polish].
- [13] DYBIŻBAŃSKA E.: Effectiveness of dental health education on the basis of international experiences. *Nowa Stomatol.* 2005, 10, 3, 139–412 [in Polish].
- [14] BANASZEK D., SZYCH Z.: The estimation of effectiveness of two different prophylaxis programs in kindergartens children. *Nowa Stomatol.* 2007, 12, 3, 55–60 [in Polish].
- [15] Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010–2012, Warszawa, 30 czerwiec 2010.

- [16] HENDERSON N.: Healthy Smiles: A Family Guide. 2009. American Academy of Pediatric Dentistry. http://www.sonicare.com/professional/en_us/pdf/AAPD_HealthySmiles_guide.pdf
- [17] FRENKEL H., HARVEY I., NEEDS K.: Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge and attitudes: a randomised controlled trial. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2002, 30, 91–100.
- [18] SPENCER A.J., HARFORD J.: Improving oral health and dental care for Australians. Prepared for the National Health and Hospitals Reform Commission, 2008. [http://www.health.gov.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/Content/16F7A93D8F578DB4CA2574D7001830E9/\\$File/Improving%20oral%20health%20&%20dental%20care%20for%20Aust.pdf](http://www.health.gov.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/Content/16F7A93D8F578DB4CA2574D7001830E9/$File/Improving%20oral%20health%20&%20dental%20care%20for%20Aust.pdf)
- [19] Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych z dnia 2 lipca 2013 r. Najwyższa Izba Kontroli. <http://www.nik.gov.pl/plik/id,5280,vp,6841.pdf> [in Polish].

Adres do korespondencji:

Magdalena Koperny
Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie
ul. Prądnicka 76
31-202 Kraków
Polska
e-mail: magdakoperny@gmail.com

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 03.10.2014 r.

Po recenzji: 07.01.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 15.03.2015 r.

Received: 03.10.2014

Revised: 07.01.2015

Accepted: 15.03.2015