

MARIA BORYSEWICZ-LEWICKA¹, *KAROLINA GERRETH¹, DOMINIKA WYCHOWANIEC¹, EWA NITSCHKE¹, ANNA KLIMIUK², MAGDALENA CHROMAŃSKA², ANNA ZALEWSKA²

Ocena opieki stomatologicznej sprawowanej nad dziećmi z obniżoną sprawnością na podstawie badania socjomedycznego rodziców/opiekunów

¹Klinika Stomatologii Dziecięcej, Katedra Stomatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka

²Zakład Stomatologii Zachowawczej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Danuta Waszkiel

SŁOWA KLUCZOWE

dzieci niepełnosprawne, zdrowie jamy ustnej, opieka stomatologiczna

STRESZCZENIE

Wstęp. Opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym związana jest z trudnościami występującymi w wielu dziedzinach życia, w tym także dotyczącymi zapewnienia dziecku kompleksowej opieki lekarskiej.

Cel pracy. Celem badania socjomedycznego była ocena poziomu opieki stomatologicznej sprawowanej nad dziećmi z obniżoną sprawnością na podstawie danych z kwestionariusza wypełnionego przez ich rodziców/opiekunów.

Materiał i metody. Badania przeprowadzone zostały wśród 200 rodziców/opiekunów dzieci niepełnosprawnych i/lub przewlekle chorych zamieszkujących na terenie Poznania i Białegostoku. Zebrano informacje dotyczące: częstotliwości wizyt stomatologicznych, ich przyczyn, możliwości dostępu do gabinetów dentystycznych oraz przebiegu leczenia, w szczególności odnoszącego się do zębów mlecznych. Przed przystąpieniem do badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (uchwała nr 159/17) oraz dyrektorów placówek i rodziców/opiekunów.

Wyniki. Uzyskane dane pokazały, że aż 18,50% dzieci z obniżoną sprawnością nie było nigdy u lekarza dentysty. W najwyższym odsetku powodem wizyty dentystycznej były zauważone przez rodzica zmiany w zębie dziecka (25,50%) lub badanie kontrolne (25,00%). U 36 dzieci (18,00%) kilkakrotnie występowały odzębowe dolegliwości bólowe, przy czym 47,00% dzieci nigdy nie miało leczonych zębów mlecznych. Bariery w dostępie do leczenia stomatologicznego nie zgłosiło 67,50% respondentów. Aż 51,50% rodziców/opiekunów podało, iż aktualnie nie ma potrzeby leczenia uzębienia u ich dzieci.

Wnioski. Zaprezentowane dane obrazują brak dostatecznej opieki dentystycznej nad dziećmi z obniżoną sprawnością, co zapewne wynika głównie z niedostatecznej edukacji ich opiekunów/rodziców w zakresie dbania o zdrowie jamy ustnej ich podopiecznych. Wyniki badań wskazują również na wciąż występujący problem napotykania na trudności w dostępie do leczenia stomatologicznego, takie jak bariery architektoniczne i finansowe czy w dostępności do opieki stomatologicznej w miejscu zamieszkania.

WSTĘP

Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością stanowią grupę pacjentów wymagających zarówno ze strony rodziców/opiekunów, jak i personelu medycznego szczególnej uwagi i zaangażowania. Ograniczona samodzielność wynikająca z występujących zaburzeń motorycznych i intelektualnych tych osób sprawia, że potrzebują one znacznie więcej nadzoru i wsparcia we wszystkich czynnościach życia, również tych dotyczących dbania o zdrowie jamy ustnej (1).

Wśród szczególnych potrzeb dzieci z niepełnosprawnością zaznaczają się: potrzeba właściwej opieki stomatologicznej, łatwa dostępność (ze względu na lokalizację blisko miejsca zamieszkania) opieki specjalistycznej oraz krótki czas oczekiwania na wizytę. Dodatkowo ważne jest przystosowanie architektury gabinetu i otoczenia do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz wyposażenie gabinetu stomatologicznego ułatwiające sprawną i kompleksową opiekę dentystyczną (2).

Problemy stomatologiczne dotyczące dzieci z niepełnosprawnością to głównie próchnica zębów oraz stany zapalne dziąseł. Za wiodącą przyczynę ich występowania uznaje się trudności w utrzymaniu właściwej higieny jamy ustnej, związane z brakiem uzyskiwania codziennej pomocy w tym zakresie (3, 4). Ważnymi czynnikami mającymi wpływ na rozwój chorób w obrębie jamy ustnej tej grupy dzieci są także: częściej występujące niż u ich zdrowych rówieśników zaburzenia okluzji, obecność ustnego toru oddychania, stosowanie kariogennej diety czy wpływ skutków działania przewlekle stosowanego leczenia ogólnego (5). Ponadto u osób z obniżoną sprawnością częściej występują niż w zdrowej części populacji urazy mechaniczne zębów i błony śluzowej niejednokrotnie wymagające leczenia przez lekarza stomatologa (6).

CEL PRACY

Celem pracy była ocena poziomu opieki stomatologicznej sprawowanej nad dziećmi niepełnosprawnymi na podstawie badania kwestionariuszowego ich rodziców/opiekunów.

MATERIAŁ I METODY

Badania wykonano w 2017 roku w dwóch dużych miastach Polski, jednym znajdującym się w zachodniej części kraju – Poznań (województwo wielkopolskie) oraz drugim w północno-wschodniej Polsce – Białystok (województwo podlaskie). Przeprowadzono je w ramach przedłużenia projektu działającego w latach 2012-2016 pt. „Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców”, w skrócie: „Dzieciństwo bez próchnicy” (7-9). Projekt współfinansowany był przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej oraz z inicjatywy i środków Ministerstwa Zdrowia.

Badanie socjomedyczne przeprowadzono wśród rodziców/opiekunów osób niepełnosprawnych i/lub z chorobami

przewlekłymi, w wieku od 3. do 17. roku życia, objętych opieką w placówkach nauczania i wychowania (przedszkola i szkoły), stowarzyszeniach, a także znajdujących się na oddziale rehabilitacji.

Przed przystąpieniem do badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (uchwała nr 159/17) oraz dyrektorów placówek i rodziców/opiekunów.

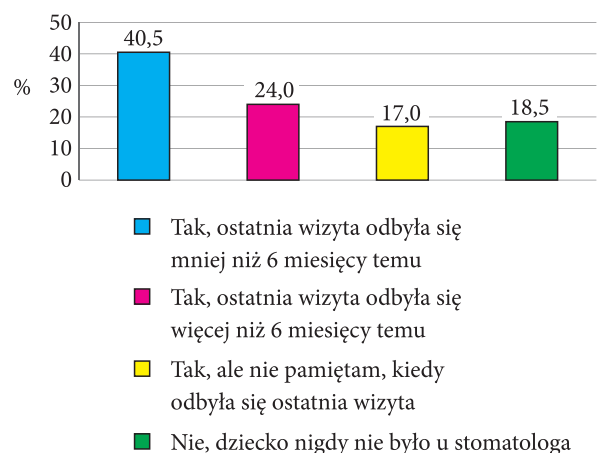
Kwestionariusz ankiety dla rodziców/opiekunów dzieci niepełnosprawnych zawierał pytania jedno- i wielokrotnego wyboru dotyczące m.in. opieki stomatologicznej sprawowanej nad ich dziećmi, w tym dostępności do leczenia stomatologicznego, kierowania na wizyty stomatologiczne, powodów zgłaszania się do stomatologa oraz przebiegu leczenia.

Nie wszyscy rodzice odpowiedzieli na postawione pytania, stąd też ostatecznie analizowano dane pochodzące od 200 opiekunów dzieci.

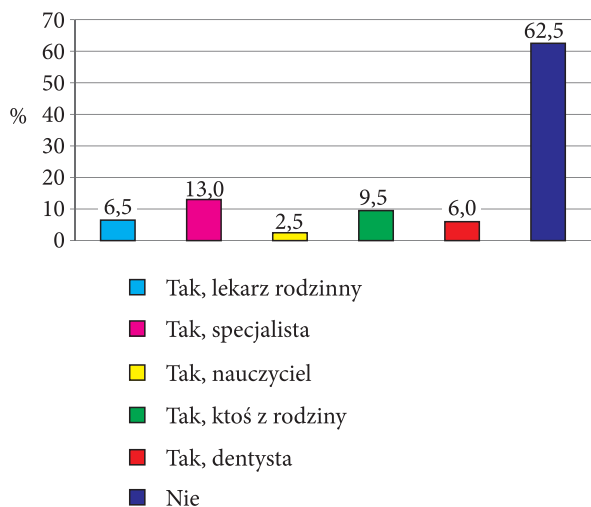
WYNIKI

Spośród 200 ankietowanych rodziców/opiekunów 37 osób (18,50%) podało, że dziecko nigdy nie było u lekarza dentysty. Pozostali respondenci zadeklarowali, iż zgłosili się już z dzieckiem do lekarza celem objęcia opieką stomatologiczną, z czego 81 rodziców/opiekunów (40,50%) podało, iż wizyta miała miejsce w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Natomiast 34 badanych (17,00%) nie pamiętało, kiedy odbyła się ostatnia wizyta (ryc. 1).

Skierowanie na leczenie stomatologiczne u 13 dzieci (6,50%) było wystawione przez lekarza rodzinnego, u 26 (13,00%) przez lekarza specjalistę, u 12 (6,00%) przez dentystę, a 19 badanych (9,50%) podało, że leczenie stomatologiczne zasugerował członek rodziny. Aż 125 respondentów na 200 badanych (62,50%) odpowiedziało, że nikt nigdy nie skierował dziecka na leczenie stomatologiczne (ryc. 2).



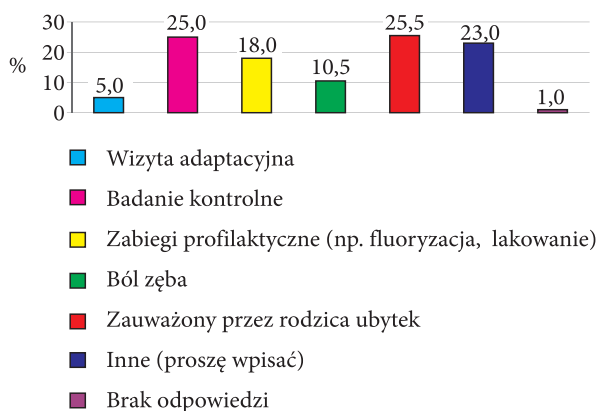
Ryc. 1. Odpowiedzi na pytanie: „Czy dziecko było kiedykolwiek u stomatologa i kiedy była ostatnia wizyta?”



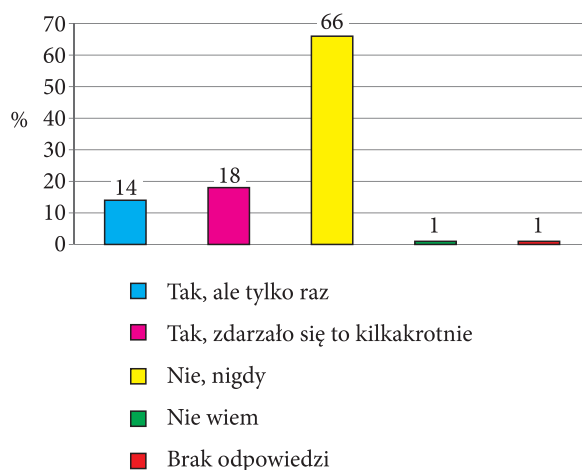
Ryc. 2. Odpowiedzi na pytanie: „Czy ktoś kiedykolwiek skierował Pani/Pana dziecko do leczenia stomatologicznego i kto to był?”

Wśród powodów udania się z podopiecznym do lekarza dentysty 21 respondentów (10,50%) podało występowanie dolegliwości bólowych zęba u dziecka, 51 rodziców/opiekunów (25,50%) zauważyło ubytek w zębie, natomiast 36 (18,00%) zgłosiło się do gabinetu z powodu planowanego stomatologicznego zabiegu profilaktycznego, takiego jak fluoryzacja czy lakowanie bruzd. Jedynie 10 badanych (5,00%) udało się z dzieckiem na wizytę adaptacyjną, a 50 rodziców/opiekunów (25,00%) na wizytę kontrolną. Spośród innych przyczyn wymienili konieczność ekstrakcji zęba, leczenia ortodontycznego czy usunięcia kamienia nazębnego, ale także wystąpienie niepokojącego, zielono-brązowego koloru wyrzyniętych zębów oraz obecność problemów z artykulacją. W jednym przypadku powodem wizyty było rozpoznanie u dziecka stwardnienia guzowatego (ryc. 3).

Na pytanie dotyczące obecności odzębowych dolegliwości bólowych rodzice 28 dzieci podali (14,00%), że taki epizod zdarzył się tylko raz, a u 36 dzieci (18,00%) dolegliwości odzębowe wystąpiły kilkakrotnie (ryc. 4).



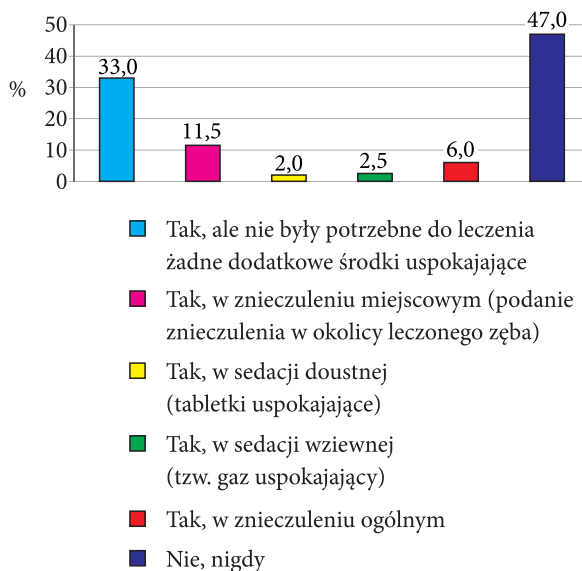
Ryc. 3. Odpowiedzi na pytanie: „Jaki był powód wizyty?”



Ryc. 4. Odpowiedzi na pytanie: „Czy kiedykolwiek u Pani/Pana dziecka wystąpiły odzębowe dolegliwości bólowe?”

Niemal u połowy dzieci (47,00%) nigdy nie leczono zębów mlecznych. U 5 dzieci (2,50%) zabiegi przeprowadzono w sedacji wziewnej. Znieczulenie miejscowe podczas leczenia zastosowane zostało u 23 pacjentów (11,50%), natomiast znieczulenia ogólnego wymagało 12 dzieci (6,00%) (ryc. 5).

W dostępie do leczenia stomatologicznego dziecka niepełnosprawnego 135 rodziców/opiekunów nie napotkało na żadne bariery (67,50%). Pozostali spotkali się z takimi problemami, jak: odmowa leczenia przez lekarza stomatologa (8,00%), brak gabinetu w miejscu zamieszkania przystosowanego do leczenia dzieci niepełnosprawnych (6,50%) bądź brak informacji, gdzie można znaleźć gabinet, w którym lekarz podejmie się leczenia niepełnosprawnego dziecka (4,50%). Znaczną barierą dla opiekunów dzieci niepełnosprawnych są wysokie koszty leczenia (13,00%) i zbyt



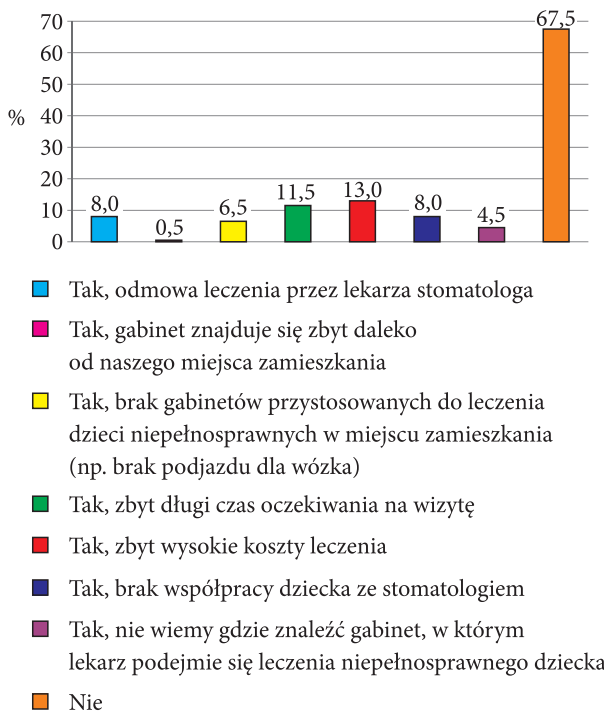
Ryc. 5. Odpowiedzi na pytanie: „Czy kiedykolwiek Pani/Pana dziecko miało leczone zęby mleczne?”

długi czas oczekiwania na wizytę (11,50%). Szesnastu badanych (8,00%) wskazało na problem braku współpracy dziecka ze stomatologiem (ryc. 6).

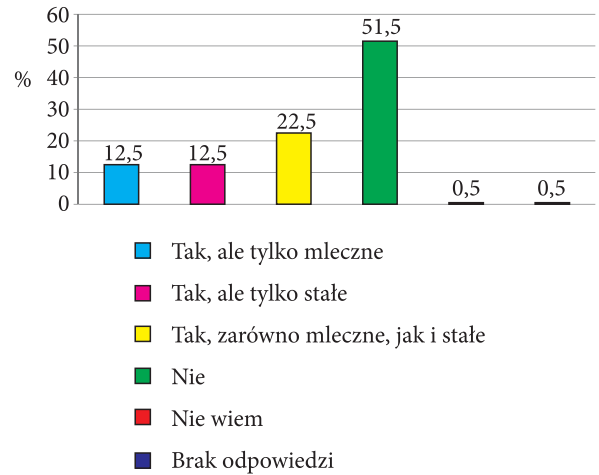
Na pytanie dotyczące oceny rodziców/opiekunów odnośnie obecnego stanu uzębienia ich dziecka ponad połowa respondentów (51,5%) uznała, że leczenie stomatologiczne nie jest konieczne, natomiast 25 osób (12,50%) udzieliło odpowiedzi, że jest ono potrzebne, ale tylko w obrębie zębów mlecznych. Kolejne 25 osób (12,50%) wskazało na konieczność leczenia wyłącznie zębów stałych, natomiast 45 badanych (22,50%) uważa, że terapię powinny być objęte zarówno zęby mleczne, jak i stałe (ryc. 7).

DYSKUSJA

Zebrane dane z badań własnych wskazują, że poziom ochrony zdrowia jamy ustnej roztaczanej nad badanymi będącymi pod opieką placówek nauczania i wychowania, stowarzyszeń oraz oddziału rehabilitacji jest niewystarczający. Większość dzieci nie jest objęta systematyczną specjalistyczną kontrolą stanu zdrowia jamy ustnej. Rodzice, być może z powodu braku wiedzy, nie zgłaszają się do stomatologa celem przeprowadzenia zabiegów profilaktycznych. Niespełna połowa respondentów (40,50%) zgłosiła się z dzieckiem do lekarza dentystry w ciągu ostatnich 6 miesięcy, przy czym w 25,00% przypadków była to wizyta kontrolna, a tylko 5,00% badanych przyprowadziło dziecko do gabinetu stomatologicznego na wizytę adaptacyjną. Aż 62,50% badanych podało, że nikt nigdy nie skierował ich dziecka na kontrolną



Ryc. 6. Odpowiedzi na pytanie: „Czy napotkał/a Pan/i na bariery w dostępie do leczenia stomatologicznego swojego dziecka?”



Ryc. 7. Odpowiedzi na pytanie: „Czy uważa Pani/Pan, że dziecko powinno mieć w chwili obecnej leczone zęby?”

wizytę stomatologiczną. Można uznać, że udział lekarza rodzinnego czy nauczyciela szkolnego w edukacji rodziców w zakresie konieczności profilaktyki stomatologicznej oraz leczenia chorób jamy ustnej jest niewielki (odpowiednio 6,50 i 2,50% wskazań).

Uzyskane dane potwierdzają wyniki przeprowadzonych w latach 2006-2007 w czterech województwach Polski badań wykonanych w ramach ekspertyzy „Epidemiologiczna ocena zdrowia jamy ustnej dzieci niepełnosprawnych i przewlekle chorych” zleconej przez Ministerstwo Zdrowia wśród dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną, chorobami układu nerwowego oraz obniżeniem sprawności sensorycznej (niedowidzących i niewidomych). Wskazywały one na znaczne zaniedbania w opiece stomatologicznej, niedostateczną integralność opieki stomatologicznej, ogólnomedycznej i specjalistycznej, ale także niewystarczającą edukację zdrowotną z zakresu problemów stomatologicznych zarówno w środowisku pacjentów z obniżoną sprawnością, ich rodziców/opiekunów, ale także personelu medycznego (10-12). Rodzice wówczas zadeklarowali, iż zaledwie 9,9% dzieci zostało kiedykolwiek skierowanych przez lekarza pediatrę do stomatologa, natomiast jedynie 67,0% respondentów uważało, iż jest potrzebna stała opieka stomatologiczna u ich dziecka, przy czym tylko 46,5% opiekunów było zadowolonych z opieki stomatologicznej sprawowanej nad dzieckiem (10). Ponadto 48,3% respondentów napotykało na bariery w dostępie do opieki dentystrycznej u ich dziecka (11). Należałoby zatem obecnie ponownie podkreślić konieczność przygotowania i wdrożenia specjalnie opracowanego dla tej grupy osób stomatologicznego programu edukacyjnego z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej.

Dla porównania można przytoczyć wyniki badań opublikowanych w 2013 roku przez Leroy i Declerck, polegających na 7-letniej obserwacji opieki stomatologicznej sprawowanej nad populacją 326 dzieci i młodzieży

z niepełnosprawnością oraz 53 589 osób zdrowych (13). Autorzy spostrzegli, iż u 25% dzieci z obniżoną sprawnością występowała konieczność 3 lub więcej interwencji z zakresu stomatologicznej pomocy doraźnej podczas 7 lat obserwacji. W populacji osób zdrowych odnotowano większą liczbę wykonanych radiologicznych zdjęć diagnostycznych czy założonych wypełnień, ale także u większego odsetka dzieci i młodzieży bez niepełnosprawności przeprowadzono leczenie ortodontyczne. Jednakże, z drugiej strony wyniki badań belgijskich wskazują, iż podobny odsetek osób zdrowych i z niepełnosprawnością odbywa systematyczne wizyty u lekarza dentysty, odpowiednio 49,1 i 48,8%.

W obecnie przedstawionych wynikach badań wyłania się problem zaniechania leczenia zębów u dzieci. Ponad połowa (51,50%) respondentów uważa, że nie ma takiej konieczności, 22,50% rodziców/opiekunów spostrzega konieczność leczenia zarówno zębów mlecznych, jak i stałych, a 12,50% jedynie zębów mlecznych. W badaniu przeprowadzonym we Wrocławiu wśród rodziców dzieci zdrowych w wieku 6-7 lat znacznie mniej, bo 35,4% spośród 548 ankietowanych podało, że nie ma konieczności leczenia ubytków w zębach mlecznych (14). Komentując występującą różnicę pomiędzy tymi danymi, można uznać, że uwaga rodzica/opiekuna dziecka z niepełnosprawnością skupia się bardziej na chorobie ogólnoustrojowej i schorzeniu przewlekłym podopiecznego niż na profilaktyce pozostałych chorób, w tym jamy ustnej. Sytuacja taka wymaga jednak intensyfikacji działań w sektorze edukacji dzieci i rodziców w zakresie dbania o zdrowie jamy ustnej w okresie uzębienia mlecznego i mieszanego (14). Zaniedbywanie tego problemu niesie za sobą konsekwencje w postaci występowania odzębowych dolegliwości bólowych, które w badanej grupie wystąpiły aż u 1/3 badanych dzieci z obniżoną sprawnością. Podobne wyniki uzyskano w oparciu o badania przeprowadzone w wieloetnicznej grupie rodziców w Stanach Zjednoczonych, co wskazuje na występowanie problemu zarówno w populacji dzieci zdrowych, jak i chorych, niezależnie od pochodzenia i przynależności kulturowej (15).

Wydaje się, że ograniczony dostęp lub brak informacji dotyczącej placówek, do których można zgłosić się z dzieckiem niepełnosprawnym celem przeprowadzenia leczenia stomatologicznego, stanowi znaczącą barierę dla właściwej opieki specjalistycznej. Ponadto niedogodnością zgłaszaną

przez rodziców/opiekunów jest podawany przez respondentów długi czas oczekiwania na wizytę. Nie bez znaczenia jest także fakt, iż wielu lekarzy stomatologów odmawia przeprowadzenia leczenia u pacjenta z obniżoną sprawnością.

Mało osiągalna jest także możliwość leczenia w warunkach sedacji wziewnej, która uznana została za alternatywną dla leczenia w znieczuleniu ogólnym, bezpieczną i skuteczną metodę ułatwiającą leczenie pacjentów niewspółpracujących, w tym także dzieci niepełnosprawnych (16). Zabiegi z użyciem sedacji wziewnej nie są objęte finansowaniem z państwowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, co zwiększa koszty leczenia. Dla opiekunów/rodziców jest to znaczące obciążenie. Opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym wiąże się z dużymi wydatkami stałymi, takimi jak koszt przewlekle przyjmowanych leków, protez, wózków czy zabiegów rehabilitacyjnych.

Pacjenci z obniżoną sprawnością stanowią niewątpliwie duże wyzwanie dla personelu medycznego. Trudności w procesie leczenia powodowane są przez trudności w rozumieniu pojęć i procedur leczniczych przez dzieci z niepełnosprawnością intelektualną oraz niewystarczającą współpracę z pacjentem (17). Oczywiście jest więc, że wykonywanie zabiegów stomatologicznych w tej populacji niejednokrotnie wymaga większego zaangażowania ze strony personelu medycznego oraz rodziców/opiekunów.

W podsumowaniu należałoby podkreślić, iż niedostateczna opieka stomatologiczna i także być może wiedza opiekunów w zakresie dbania o zdrowie jamy ustnej wymagałyby większego zaangażowania takich osób ze środowiska dziecka, jak lekarz rodzinny/pediatra czy pedagog lub nauczyciel szkolny. Dlatego też niezbędna jest organizacja placówek, w których pacjenci w łatwy sposób mogliby zostać poddani leczeniu z wykorzystaniem różnych metod dostosowanych do ich stanu ogólnego.

WNIOSKI

Zaprezentowane dane obrazują brak dostatecznej opieki dentystycznej nad dziećmi z obniżoną sprawnością. Wyniki badań wskazują również na wciąż występujący problem napotykania trudności w dostępie do leczenia stomatologicznego, takich jak: bariery architektoniczne, finansowe czy w dostępności do opieki stomatologicznej w miejscu zamieszkania.

KONFLIKT INTERESÓW

Brak konfliktu interesów

PIŚMIENNICTWO

1. Diéguez-Pérez M, de Nova-Garcia MJ, Mourelle-Martínez MR, Bartolomé-Villar B: Oral health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down Syndrome) disabilities: systematic review I. *J Clin Exp Dent* 2016; 8(3): 337-343.
2. Gerreth K: Sprzęt wykorzystywany podczas leczenia stomatologicznego pacjentów niepełnosprawnych i przewlekle chorych – przegląd piśmiennictwa. *Mag Stomatol* 2013; 23(2): 158-162.
3. Morgan JP, Minihan PM, Stark PC et al.: The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc* 2012; 143(8): 838-846.

ADRES DO KORESPONDENCJI

*Karolina Gerreth
Klinika Stomatologii Dziecięcej
Katedra Stomatologii Dziecięcej
Uniwersytet Medyczny
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań
tel. +48 (61) 854-70-53,
fax +48 (61) 854-70-59
klstomdz@ump.edu.pl

4. Gerreth K: Sposoby utrzymywania higieny jamy ustnej u pacjentów niepełnosprawnych i przewlekle chorych – na podstawie piśmiennictwa. *Prz Lek* 2013; 70(1): 31-34.
5. Pini DM, Fröhlich PC, Rigo L: Oral health evaluation in special needs individuals. *Einstein* 2016; 14(4): 501-507.
6. Batista C, Ramos-Jorge ML, Coelho M et al.: Dental trauma in individuals with severe cerebral palsy: prevalence and associated factors. *Braz Oral Res* 2011; 25: 319-323.
7. Borysewicz-Lewicka M, Gerreth K: Działania populacyjne w zapobieganiu chorobie próchnicowej zębów. *Stomatol Współcz* 2016; 23(3): 36-39.
8. Borysewicz-Lewicka M, Gerreth K, Gmerek P: Program stomatologicznej edukacji prozdrowotnej w ramach projektu „Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców”. *Stomatol Współcz* 2015; 22(4): 26-29.
9. Borysewicz-Lewicka M, Gerreth K, Gmerek P: Promowanie zdrowia jamy ustnej dzieci przedszkolnych – materiały edukacyjne. *Dental Forum* 2015; 43(2): 99-102.
10. Borysewicz-Lewicka M, Wochna-Sobańska M, Mielnik-Błaszczak M et al.: Ocena stomatologicznych zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z wybranych województw Polski – badania socjomedyczne. *Czas Stomatol* 2010; 63(1): 18-26.
11. Borysewicz-Lewicka M, Wochna-Sobańska M, Mielnik-Błaszczak M et al.: Wyniki ekspertyzy oceniającej stan jamy ustnej, potrzeby lecznicze, a także dostępność do stomatologa dzieci oraz młodzieży niepełnosprawnej i przewlekle chorej. *Czas Stomatol* 2010; 63(2): 90-101.
12. Borysewicz-Lewicka M, Gerreth K, Wiśniewska K, Wysocki J: Leczenie stomatologiczne jako część wymaganej opieki medycznej nad dziećmi niepełnosprawnymi – opinia rodziców. *Dent Med Probl* 2011; 48(1): 45-53.
13. Leroy R, Declerck D: Oral health care utilization in children with disabilities. *Clin Oral Invest* 2013; 17: 1855-1861.
14. Grzesiak-Gasek I, Kaczmarek U: Wiedza rodziców na temat zdrowia jamy ustnej w odniesieniu do intensywności próchnicy u ich dzieci w wieku 6-7 lat. *Dent Med Probl* 2015; 52(2): 184-191.
15. Hilton IV, Stephen S, Barker JC, Weintraub JA: Cultural factors and children's oral health care: a qualitative study of carers of young children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(6): 429-438.
16. Galeotti A, Garret Bernardin A, D'Antò V et al.: Inhalation Conscious Sedation with Nitrous Oxide and Oxygen as Alternative to General Anesthesia in Precooperative, Fearful, and Disabled Pediatric Dental Patients: A Large Survey on 688 Working Sessions. *Biomed Res Int* 2016; 2016: 7289310.
17. Bartolomé-Villar B, Murrelle-Martínez MR, Diéguez-Pérez M, e Nova-Garcia MJ: Incidence of oral health in paediatric patients with disabilities: sensory disorders and autism spectrum disorder. Systematic review II. *J Clin Exp Dent* 2016; 8(3): 344-351.

nadesłano:

8.02.2018

zaakceptowano do druku:

29.02.2018