

## Determinanty korzystania z opieki stomatologicznej przez dzieci w okresie uzębienia mlecznego – badania ankietowe

<sup>1</sup>Zakład Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk

<sup>2</sup>Katedra Doświadczalnictwa i Bioinformatyki, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego, Warszawa

Kierownik Katedry: dr hab. Krzysztof Pawłowski

### SŁOWA KLUCZOWE

opieka stomatologiczna, dzieci, zęby mleczne, badanie kwestionariuszowe

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Ogólnopolskie badania epidemiologiczne wskazują niewystarczające zaspokojenie potrzeb w zakresie leczenia próchnicy zębów mimo ryzyka licznych powikłań. Przyczyną zaniedbań leczniczych może być ograniczona dostępność do opieki stomatologicznej dla dzieci lub niewłaściwy stosunek ich rodziców do leczenia zębów mlecznych.

**Cel pracy.** Określenie czynników determinujących korzystanie z opieki stomatologicznej przez dzieci w okresie uzębienia mlecznego.

**Materiał i metody.** Do badania włączono rodziców dzieci w wieku od 4. do 10. roku życia uczęszczających do losowo wybranej warszawskiej szkoły podstawowej i przedszkola. Kwestionariusz zawierał 21 pytań dotyczących sytuacji socjoekonomicznej ankietowanego, stanu zdrowia uzębienia dziecka i dotychczasowego korzystania przez dziecko z opieki stomatologicznej. Dla badanych zmiennych ilościowych zostały obliczone statystyki opisowe oraz współczynniki korelacji Spearmana. Przeprowadzono analizę regresji logistycznej istotnych statystycznie korelacji (Statistica 13, poziom istotności  $p < 0,05$ ).

Badanie zostało zaakceptowane przez Komisję Bioetyczną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (nr zgody AKBE 171/16).

**Wyniki.** Do analizy włączono 295 ankiet. Większość (87,1%) respondentów stanowiły kobiety, średni wiek wynosił  $36,73 \pm 5,44$  roku, a średni wiek ich dzieci –  $7,31 \pm 1,96$  roku. Prawie wszyscy ankietowani odpowiedzieli prawidłowo na pytania dotyczące świadomości prozdrowotnej. Pozytywne nastawienie do wizyt stomatologicznych prezentowało 74,2% dzieci. Istnieje większe prawdopodobieństwo, że rodzice będą się regularnie zgłaszać z dzieckiem na wizytę stomatologiczną, gdy odbędzie się ona przed 3. rokiem życia dziecka (OR = 2,77), a dziecko nie odczuwa strachu przed lekarzami związanego z wcześniejszymi doświadczeniami medycznymi (OR = 0,24).

**Wnioski.** Pierwsza wizyta dziecka przed 3. rokiem życia, brak strachu przed lekarzami oraz pozytywne nastawienie do dentystry istotnie wpływają na częstotliwość odbywania wizyt u stomatologa.

## WSTĘP

Utrzymanie zdrowego uzębienia mlecznego jest warunkiem prawidłowego rozwoju narządu żucia i zdrowego uzębienia stałego. Nieleczona próchnica zębów mlecznych może być przyczyną bólu, utrudnionego żucia, wad zgryzu i mowy oraz infekcji (1-3). Infekcje okołożębowe towarzyszące pulpopatiami zębów mlecznych mogą rozprzestrzeniać się lokalnie, powodując m.in. zapalenia kości, ropowicę twarzy czy zapalenia tkanek oczodołu. Mogą także być przyczyną gorączek nawracających, ropni mózgu, bakteryjnego zapalenia wsierdza, a nawet posocznicy (1).

Ogólnopolskie badania epidemiologiczne prowadzone w ramach programu „Monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań populacji polskiej” wskazują na bardzo zły stan uzębienia mlecznego dzieci w wieku przedszkolnym. Częstość występowania próchnicy u dzieci w wieku 3 lat wyniosła 53,8% w 2015 roku i 41,1% w 2017 roku, w grupie 5-latków aż 76,9% (2016 r.), 6-latków – 81,6% (2018 r.) i 89,4% wśród 7-latków (2016 r.) (4-7). Próchnica wczesnego dzieciństwa (ang. *early childhood caries* – ECC) jest w dalszym ciągu chorobą pandemiczną, występującą na różnym poziomie między kontynentami i poszczególnymi krajami. Dane z USA pokazują wyższą częstość próchnicy w porównaniu do krajów europejskich. W wieku przedszkolnym 40% dzieci amerykańskich ma próchnicę, podczas gdy w Wielkiej Brytanii zaledwie 12%. Liczne publikacje pokazują wysoką częstość występowania próchnicy u dzieci w wieku 3-5 lat: 36-85% w Azji, 38-45% w Afryce i 22-61% na Bliskim Wschodzie (8).

Potrzeby lecznicze i profilaktyczne utrzymują się nadal na bardzo wysokim poziomie w naszym kraju. Mimo dostępności do bezpłatnej opieki stomatologicznej dla dzieci potrzeby w zakresie leczenia próchnicy zębów mlecznych są zaspokojone zaledwie w 7% u dzieci w wieku 3 lat i 15% w wieku 5 lat (6, 7).

## CEL PRACY

Celem pracy było określenie czynników determinujących korzystanie z opieki stomatologicznej przez dzieci w okresie uzębienia mlecznego.

## MATERIAŁ I METODY

Do badania włączono rodziców dzieci w wieku od 4. do 10. roku życia uczęszczających do losowo wybranej szkoły podstawowej (w klasach 0-III) i przedszkola w Warszawie. Kwestionariusz zawierał 23 pytania umożliwiające charakterystykę socjoekonomiczną ankietowanego (płeć, wiek, poziom wykształcenia, status ekonomiczny) i jego wiedzę o stanie zdrowia jamy ustnej (związek między próchnicą zębów mlecznych i stałych, konieczność dbania o zęby mleczne, znaczenie fluorków w profilaktyce) oraz pytania dotyczące oceny uzębienia dziecka i dotychczasowego korzystania przez dziecko z opieki stomatologicznej (pierwsza wizyta dziecka i jej powód, częstość odbywania wizyt w gabinecie stomatologicznym, rodzaj placówki leczniczej,

skierowanie do dentysty, unikanie wizyty u dentysty i jego powody, postawy lekarzy dentystów, występowanie bólu zęba u dziecka, ekstrakcja zęba). Przed rozpoczęciem badania przeprowadzono badanie pilotażowe, w którym kwestionariusz poddano ewaluacji z udziałem rodziców dzieci zgłaszających się do Zakładu Stomatologii Dziecięcej WUM. Na jego podstawie powstała ostateczna wersja ankiety, która zawierała 21 pytań.

Do analizy statystycznej włączono prawidłowo wypełnione kwestionariusze. Dla badanych zmiennych ilościowych zostały obliczone statystyki opisowe (średnie i odchylenia standardowe) oraz współczynniki korelacji Spearmana między wybranymi parami cech. Przeprowadzono analizę regresji logistycznej istotnych statystycznie korelacji. Analizy wykonano w programie Statistica 13, przyjmując poziom istotności  $p < 0,05$ .

Badanie zostało zaakceptowane przez Komisję Bioetyczną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (nr zgody AKBE 171/16).

## WYNIKI

Do analizy włączono 295 ankiet spośród 334 wypełnionych przez rodziców. Charakterystykę respondentów przedstawia tabela 1.

W tabeli 2 przedstawiono świadomość prozdrowotną respondentów oraz nastawienie do leczenia stomatologicznego.

Badanie ujawniło, że rodzice mają świadomość konieczności odbywania wizyt u dentysty i leczenia zębów mlecznych, jak również znają rolę fluoru w profilaktyce próchnicy (tab. 2). Większość (64,1%) rodziców ocenia stan

Tab. 1. Charakterystyka respondentów

Wiek	
– wiek respondentów (średnia ± SD w latach)	36,73 ± 5,44
– wiek dzieci (średnia ± SD w latach)	7,31 ± 1,96
Płeć respondenta	
– mężczyźni	38/295 (12,9%)
– kobiety	257/295 (87,1%)
Wykształcenie respondenta	
– podstawowe	16/295 (5,4%)
– średnie	134/295 (45,4%)
– wyższe	145/295 (49,2%)
Status ekonomiczny rodziny	
– niski	17/295 (5,8%)
– przeciętny	207/295 (70,2%)
– wysoki	71/295 (24%)

**Tab. 2.** Świadomość prozdrowotna respondentów oraz nastawienie do leczenia stomatologicznego

Świadomość prozdrowotna respondentów (odpowiedzi prawidłowe)	N /295 (%)
– dziecko powinno regularnie odbywać wizyty u dentysty	290/295 (98,3%)
– próchnica zębów mlecznych zwiększa ryzyko próchnicy zębów stałych	251/295 (85,1%)
– leczenie zębów mlecznych jest tak samo ważne jak leczenie zębów stałych	257/295 (87,1%)
– fluor chroni zęby przed próchnicą	254/295 (86,1%)
Doświadczenie przez dziecko bólu zęba	90/295 (30,6%)
Doświadczenie przez dziecko ekstrakcji zęba	47/295 (15,9%)
<b>Nastawienie dziecka do dentysty:</b>	
– pozytywne – chętnie odbywanie wizyt	219/295 (74,2%)
– negatywne – unikanie wizyt	76/295 (25,8%)
Strach dziecka przed lekarzami wynikający z wcześniejszych doświadczeń medycznych	24/295 (8,1%)
Negatywne nastawianie dziecka do dentysty przez osoby trzecie	4/295 (1,4%)

uzębienia swoich dzieci jako dobry. Zgodnie z uzyskanymi informacjami u 14 (4,7%) dzieci ból zęba powtarzał się co najmniej trzykrotnie w ostatnim roku. Na wizytę u dentysty dotychczas nie zgłosiło się **13 (4,4%)** dzieci (tab. 3). W pierwszych 3 latach życia pierwszą wizytę odbyło 176 (59,7%) dzieci, w tym jedynie 39 (13,2%) między 6. a 12. miesiącem życia.

Korzystanie z opieki stomatologicznej przez dzieci przedstawia tabela 3.

Lekarze rodzinni i pediatrzy ocenili stan zdrowia jamy ustnej u 173 (58,6%) pacjentów. Do dentysty skierowali 86 (29,2%) dzieci, spośród których na wizytę nie zgłosiło się tylko jedno dziecko. 34 (11,5%) respondentów spotkało się z odmową dentysty przyjęcia dziecka, gdyż: lekarz nie leczył dzieci (3,4%); twierdził, że leczenie zębów mlecznych nie było konieczne (2,4%); nie było współpracy dziecka podczas leczenia (5,1%) lub wolnego terminu wizyty (0,7%). Większość (84,1%) rodziców twierdzi, że jeśli istnieje konieczność zgłoszenia się z dzieckiem do dentysty, to nigdy nie odkładają wizyty, 30 (10,2%) rodziców odkłada termin wizyty ze względów ekonomicznych, a 13 (4,4%) z powodu strachu dziecka przed wizytą.

Analiza regresji logistycznej prostej wykazała, że pierwsza wizyta u dentysty odbyta przed ukończeniem 3. roku życia zwiększa dwukrotnie szansę na ukształtowanie pozytywnej postawy dziecka wobec dentysty (OR = 1,97). Włączono

**Tab. 3.** Korzystanie z opieki stomatologicznej przez dzieci w okresie uzębienia mlecznego

Parametry	N (%)
<b>Odbyta wizyta u dentysty</b>	<b>282/295 (95,6%)</b>
Pierwsza wizyta dziecka u dentysty w wieku do 3. roku życia	176/295 (59,7%)
<b>Powód pierwszej wizyty u dentysty:</b>	
– wizyta kontrolna	141/225 (62,7%)
– profilaktyka	73/225 (32,4%)
– ból zęba	11/225 (4,9%)
<b>Częstość odbywania wizyt u dentysty:</b>	
– 3-6 miesięcy	192/282 (68,1%)
– 12 miesięcy	55/282 (19,5%)
– > 12 miesięcy	35/282 (12,4%)
<b>Rodzaj placówki medycznej, z której korzysta dziecko:</b>	
– kontrakt z NFZ (bezpłatne)	52/282 (18,4%)
– prywatna (odpłatność)	161/282 (57,1%)
– kontrakt z NFZ i placówka prywatna	68/282 (24,1%)
<b>Doświadczenia dziecka w czasie wizyt u dentysty:</b>	
– wykonana ekstrakcja zęba mlecznego u dziecka	47/282 (16,7%)
– bolesny zabieg leczniczy	45/282 (16%)
– bezbolesne zabiegi lecznicze, zabiegi profilaktyczne, badania kontrolne	92/282 (32,6%)
<b>Postawa lekarza wobec dziecka:</b>	
– nieprzyjazna	3/282 (1,1%)
– przyjazna	117/282 (41,5%)
– lekarz odmówił leczenia dziecka	34/295 (11,5%)

do analizy wizyty kontrolne co 3-6 miesięcy i brak wizyt lub odbywane rzadziej niż co rok. Odbywanie wizyt co 12 miesięcy nie było statystycznie skorelowane z porównywanymi cechami. Istnieje większe prawdopodobieństwo zgłaszania się z dzieckiem na wizytę stomatologiczną co 3-6 miesięcy, gdy dziecko ma pozytywną postawę wobec dentysty (OR = 2,24), nie odczuwa strachu związanego z wcześniejszymi doświadczeniami medycznymi (OR = 0,24), rodzice mają wyższy poziom wykształcenia (OR = 2,15), a pierwsza wizyta odbyta się przed 3. rokiem życia dziecka (OR = 2,77). Zwiększa się szansa na ukształtowanie negatywnej postawy u dziecka, gdy dziecko odczuwa strach

przed lekarzami związany z wcześniejszymi doświadczeniami medycznymi (OR = 122,48), dentysta jest nieprzyjazny (OR = 24,36) lub dziecko doświadczyło bólu podczas leczenia stomatologicznego (OR = 965,49). Jeżeli dentysta jest nieprzyjazny, to jest bardziej prawdopodobne, że rodzice będą odbywać wizyty rzadziej niż co rok lub wcale (OR = 14,91). Doświadczenie przez dziecko bólu zęba w ostatnim roku, jak również skierowanie na wizytę stomatologiczną przez pediatrę nie było istotnie skorelowane z postawą dziecka wobec wizyt u dentysty ani z częstotścią ich odbywania (tab. 4).

## DYSKUSJA

Badanie kwestionariuszowe wykazało, że rodzice mają świadomość konieczności opieki stomatologicznej, pomimo tego 4,4% dotychczas nie zgłosiło się ze swoimi dziećmi na pierwszą wizytę do stomatologa, a 11,9% odbyło ostatnią wizytę dawniej niż rok temu. **Większość ocenia stan uzębienia swojego dziecka jako dobry**, jednakże 1/3 dzieci odczuwała ból zębów przynajmniej raz w roku. Wyniki Grzesiak i Kaczmarek (9) wskazały, że matki nie potrafią dostrzec zmian próchnicowych u swoich dzieci, a różnice między oceną matek a badaniem stomatologicznym ich dzieci okazały się istotne statystycznie. Zatem, z innych badań auterek wynika, że według 80% matek ich dzieci mają zdrowe uzębienie, przy czym w przypadku zdrowych zębów ocena połowy matek pokrywała się z opinią stomatologa, a przy zmienionych chorobowo tylko w 36% (10). Potwierdza to badania innych autorów o **rozbieżności pomiędzy deklarowaną przez matki świadomością a rzeczywistym stanem uzębienia** (4-7, 11).

Ponadto, wyobrażenia rodziców odnośnie uzębienia są sprzeczne z aktualnymi danymi epidemiologicznymi. Wyniki Ogólnopolskiego Monitoringu Stanu Zdrowia Jamy Ustnej wykazały, że 41,1% dzieci 3-letnich ma średnio 3 zęby z ubytkami próchnicowymi, 81,6% 6- latków 3,54 ± 3,53 zęba i 68% 10-latków w uzębieniu mlecznym oraz 60,7% próchnicę zębów stałych (4, 5).

Stosunek rodziców do leczenia stomatologicznego dzieci i ich świadomość prozdrowotna jest związana z poziomem wykształcenia (12). Prezentowane badanie potwierdza istotną statystycznie zależność między poziomem wykształcenia rodziców a wcześniejszym zgłaszaniem się z dzieckiem na pierwszą wizytę u stomatologa, co jest zgodne z wynikami innych autorów oraz badań monitoringowych (4-7, 13, 14). Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrastała szansa na zachowania sprzyjające utrzymaniu zdrowia jamy ustnej dziecka (12).

Blisko połowa dzieci była po raz pierwszy u dentysty między 1. a 3. r.ż., a niewielki odsetek dzieci (13%) odbył wizytę między 6. a 12. m.ż. Tymczasem Amerykańska Akademia Stomatologii Dziecięcej American Academy of Pediatric Dentistry – AAPD zaleca, aby pierwsza wizyta dziecka miała miejsce w ciągu 6 miesięcy od wyrżnięcia pierwszych zębów mlecznych, nie później niż w 12. m.ż. (15). Badania Wdowiak i wsp. (14) pokazały, że jedynie 32% rodziców zgłasza się

na wizyty przed 4. r.ż. dziecka. Pozostali odbywają wizyty w późniejszym wieku.

Według badania dzieci polskich w wieku 5 lat, u dentysty nie było 13,2%, a pierwszą wizytę w gabinecie stomatologicznym między 6. a 12. m.ż. odbyło 2,9% dzieci, między 1. a 2. r.ż. – 19,9%, między 2. a 3. r.ż. – 53,9%. Ponad połowa (52,4%) dzieci 3-letnich, 10% 6-letnich oraz 4,7% 7-letnich nie korzystało dotychczas z usług stomatologicznych (4-6).

Badanie wykazało, że pierwsza wizyta u dentysty przed ukończeniem 3. roku życia zwiększa szansę na ukształtowanie pozytywnej postawy dziecka wobec dentysty, a to z kolei zwiększa szanse na odbywanie regularnych wizyt, podczas których możliwe jest monitorowanie stanu jamy ustnej.

Wizyty kontrolne powinny być przeprowadzane co 6 lub co 3 miesiące, w zależności od grupy ryzyka próchnicy. W badaniu kwestionariuszowym 68,1% dzieci zgłaszało się co 3-6 miesięcy na wizyty kontrolne, podobnie jak przedstawili Iwanicka-Grzegorek i wsp. (63,3%) (11). Niższy odsetek odnotowały Bruzda-Zwiech i wsp. (16).

**Większość ankietowanych (86,1%) jest świadoma znaczenia fluoru w profilaktyce próchnicy, co jest zbieżne z wynikami badania ankietowego matek dzieci przedszkolnych (96,2%) (11).**

Im bardziej pozytywny jest stosunek rodziców do leczenia stomatologicznego, tym szersza ich wiedza i bardziej troszczą się o stan zdrowia jamy ustnej dzieci (17).

Sporniak-Tutak wykazała, że przeżywanie nieprzyjemnych uczuć w dzieciństwie podczas wizyt stomatologicznych wpływa znacząco (75%) na odczuwanie lęku w późniejszych latach (18). Rauch i wsp. na podstawie badania ankietowego dzieci 6-letnich i ich rodziców sformułowali wniosek, że im wyższy lęk u rodziców, **tym wyższy u dziecka (19). Dzieci odgadują więc stosunek rodzica do leczenia i prawdopodobnie będą go przejmowały, co znajduje potwierdzenie w pracach innych autorów (20, 21).**

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że duży wpływ na to, czy dziecko chętnie odbywa wizyty stomatologiczne, ma wcześniejsze odczuwanie bólu podczas leczenia. Należy dokładać wszelkich starań, by dzieci nie odczuwały bólu w trakcie wizyt stomatologicznych. Badania wykazują, że stosowanie premedykacji przy zabiegach leczniczych zmniejsza odczuwanie lęku u dzieci. W związku z tym należy podkreślić ich znaczące działanie w opanowaniu strachu (22, 23). Przyjazne nastawienie lekarza również ma wpływ na kształtowanie postawy dziecka. Ubiór lekarza oraz sposób, w jaki wykonuje on znieczulenie, ma wpływ na poziom lęku u młodszych dzieci. Preferują one kolorowe fartuchy i kamuflowanie strzykawki podczas znieczulenia, podczas gdy u starszych dzieci nie ma to istotnego znaczenia, a nawet większość z nich skłania się ku białemu fartuchowi (12, 24).

Niepokojące jest, że mimo **zgłaszania się dzieci do gabinetów stomatologicznych lekarze dentyści odmawiają leczenia małych pacjentów, podając jako argument, że**

**Tab. 4.** Analiza regresji logistycznej wskazująca na czynniki determinujące korzystanie z opieki stomatologicznej przez dzieci oraz nastawienie do wizyt w gabinecie stomatologicznym

	Zgłaszanie się na wizyty u dentysty		Postawa dziecka wobec wizyty u dentysty		
		co 3-6 miesięcy	rzadziej niż co rok lub wcale	negatywna	pozytywna
wyższy poziom wykształcenia (N = 145)	N/%	107/73,8%	10/6,9%	31/21,4%	114/78,6%
wykształcenie poniżej wyższego (N = 150)	N/%	85/56,7%	38/25,3%	45/30,0%	105/70,0%
	OR	OR = 2,15 (1,32;3,52)	OR = 0,22 (0,10;0,46)	OR = 0,63 (0,37;1,08)	OR = 1,58 (0,93;2,67)
	P	P = 0,002*	P < 0,001*	P = 0,092	P = 0,092
odbyta pierwsza wizyta przed ukończeniem 3. r.ż. (N = 176)	N/%	131/74,4%	16/9,1%	36/20,5%	140/79,5%
brak wizyty przed 3. r.ż. (N = 119)	N/%	61/51,3%	32/26,9%	40/33,6%	79/66,4%
	OR	OR = 2,77 (1,69;4,54)	OR = 0,27 (0,14;0,52)	OR = 0,51 (0,30;0,86)	OR = 1,97 (1,16;3,34)
	P	P < 0,001*	P < 0,001*	P = 0,012*	P = 0,012*
strach przed lekarzami (N = 14)	N/%	5/35,7%	3/21,4%	14/100%	0/0%
brak strachu (N = 268)	N/%	187/69,8%	32/11,9%	51/19,0%	217/81,0%
	OR	OR = 0,24 (0,08;0,74)	OR = 2,01 (0,53;7,60)	OR = 122,48 (7,19;2086,98)	OR = 0,008 (0,001;0,14)
	P	P = 0,013*	P = 0,303	P < 0,001*	P < 0,001*
doświadczenie bólu podczas zabiegu stomatologicznego (N = 45)	N/%	27/60,0%	9/20,0%	45/100%	0/0%
brak bólu i brak leczenia (N = 237)	N/%	165/69,6%	26/11,0%	20/8,4%	217/91,6%
	OR	OR = 0,65 (0,34;1,26)	OR = 2,03 (0,88;4,68)	OR = 965,49 (57,34;16256,18)	OR = 0,001 (0,0001;0,017)
	P	P = 0,206	P = 0,097	P < 0,001*	P < 0,001*
nieprzyjazny lekarz (N = 3)	N/%	1/33,3%	2/66,7%	3/100%	0/0%
przyjazny lekarz (N = 279)	N/%	191/68,5%	33/11,8%	62/22,2%	217/77,8%
	OR	OR = 0,23 (0,02;2,57)	OR = 14,91 (1,32;168,98)	OR = 24,36 (1,24;477,95)	OR = 0,04 (0,002;0,81)
	P	P = 0,233	P = 0,029*	P = 0,036*	P = 0,036*
pozytywna postawa dziecka wobec wizyty u dentysty (N = 217)	N/%	157/72,4%	21/9,7%		
negatywna postawa dziecka wobec wizyty u dentysty (N = 65)	N/%	35/53,8%	14/21,7%		
	OR	OR = 2,24 (1,27;3,97)	OR = 0,39 (0,19;0,82)		
	P	P = 0,006*	P = 0,013*		

 \*istotność statystyczna  $p < 0,05$

nie leczą dzieci lub wprowadzając rodziców w błąd, że zęby mleczne nie wymagają leczenia. Opóźnione leczenie próchnicy u dzieci zwiększa ryzyko powikłań i naraża dzieci na odczuwanie bólu, co w konsekwencji prowadzi do lęku, utrudnionej współpracy i niechęci dzieci do wizyt stomatologicznych (25-28).

W początkowych latach życia dzieci odbywają regularne wizyty u lekarzy pediatrów, jednak nie wszyscy zwracają uwagę na stan uzębienia pacjenta. Ponad połowa ankietowanych podała, że lekarze rodzinni i pediatrzy ocenili stan zdrowia jamy ustnej ich dzieci, a co trzecie dziecko zostało skierowane do dentysty. Rodzice, których dzieci zostały skierowane przez pediatrę do dentysty, odbyli wizytę w 99% przypadków. Pokazuje to, że skuteczną drogą przekazu

informacji jest personel medyczny, co potwierdzają inni autorzy (29-31). Indywidualna edukacja rodziców przez personel dentystyczny jest najskuteczniejsza, szczególnie podczas pierwszych wizyt dziecka (9).

## WNIOSKI

Pierwsza wizyta u dentysty przed ukończeniem 3. roku życia, brak strachu przed lekarzami, pozytywne nastawienie dziecka do dentysty, jak również postawa lekarza istotnie wpływają na częstotliwość odbywania wizyt u stomatologa. Ból podczas leczenia jest głównym powodem niechęci dzieci do wizyt stomatologicznych. Wyższy poziom wykształcenia rodziców jest czynnikiem sprzyjającym zachowaniom prozdrowotnym i kształtującym pozytywną postawę dziecka.

## KONFLIKT INTERESÓW

Brak konfliktu interesów

## ADRES DO KORESPONDENCJI

\*Anna Turska-Szybka  
Zakład Stomatologii Dziecięcej  
Warszawski Uniwersytet Medyczny  
ul. Miodowa 18, 00-246 Warszawa  
tel.: +48 (22) 502-20-31  
anna.turska-szybka@wum.edu.pl

## PIŚMIENNICTWO

1. Piekoszewska P, Turska-Szybka A, Olczak-Kowalczyk D: Infekcje zębopochodne – przegląd piśmiennictwa. *Nowa Stomatol* 2016; 2: 120-134.
2. Polek A, Szyper-Szczurowska J, Loster BW: Rola pediatrów i lekarzy rodzinnych w profilaktyce wad zgryzu u dzieci w okresie niemowlęcym i poniemowlęcym. *Dent Med Probl* 2013; 50(3): 328-340.
3. American Academy of Pediatric Dentistry: Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent* 2014; 36: 50-52.
4. Olczak-Kowalczyk D, Mielczarek A, Kaczmarek U et al.: Stan zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowania u dzieci w wieku 6 lat. [W:] Olczak-Kowalczyk D (red.): Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej i jego uwarunkowań w latach 2016-2020. Ocena stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań w populacji polskiej w wieku 6, i 10 oraz 15 lat w 2018 roku. Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2019.
5. Olczak-Kowalczyk D, Mielczarek A, Kaczmarek U, et al.: Stan zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowania u dzieci w wieku 3 lat. [W:] Olczak-Kowalczyk D (red.): Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej i jego uwarunkowań w latach 2016-2020. Ocena stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań w populacji polskiej w wieku 3, i 18 oraz 35-44 lata w 2017 roku. Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2018.
6. Olczak-Kowalczyk D, Kaczmarek U, Bachanek T: Stan zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowania u dzieci w wieku 5 lat. [W:] Olczak-Kowalczyk D (red.): Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej i jego uwarunkowań w latach 2016-2020. Ocena stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań w populacji polskiej w wieku 5, 7 i 12 lat w 2016 roku. Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2017.
7. Olczak-Kowalczyk D, Kaczmarek U, Bachanek T: Stan zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowania u dzieci w wieku 3 lat. [W:] Olczak-Kowalczyk D (red.): Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013-2015. Ocena stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań w populacji polskiej w wieku 3, 10 i 15 lat w 2015 roku. Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2016.
8. WHO Expert Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries: report of a meeting, Bangkok, Thailand, 26-28 January 2016. World Health Organization, Geneva 2017; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255627>.
9. Grzesiak I, Kaczmarek U: Wiedza prozdrowotna matek i świadomość stanu uzębienia ich dzieci w wieku do 3 lat. *Dent Med Probl* 2004; 41: 59-66.
10. Grzesiak I, Kaczmarek U: Pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym. *Dent Med Probl* 2006; 43: 433-437.
11. Iwanicka-Grzegorek E, Kępa-Prokopieńko J, Pierzynowska E: The health awareness of pre-school age children' parents – questionnaire study. *Nowa Stomatol* 2007; 8(1): 8-12.

12. Williams NJ, Whittle JG, Gatrell AC: The relationship between socio-demographic characteristics and dental health knowledge and attitudes of parents with young children. *Brit Dent J* 2002; 193: 651-654.
13. Wierzbicka M, Szatko F, Pierzynowska E et al.: Świadomość i zachowania zdrowotne matek małych dzieci w Polsce z początkiem nowego tysiąclecia. *Stomat Współczesna* 2003; 10(4): 8-12.
14. Wdowiak L, Pawka B, Szymańska J: Pierwsza wizyta dzieci lubelskich u stomatologa. *Nowa Stomatol* 2007; 4: 103-106.
15. American Academy of Pediatric Dentistry: Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent* 2012; 34(5): 148-152.
16. Bruzda-Zwiech A, Filipińska R, Szydłowska-Walendowska B et al.: Stomatologiczne zachowania prozdrowotne 4-5-letnich dzieci w świetle badań ankietowych rodziców. *Dent Med Probl* 2012; 49(2): 272-278.
17. Kowalczyk-Kustra O, Jarzębowska A, Zakrzewski J: Wpływ doświadczeń i emocji stomatologicznych rodzica na sposób kształtowania postawy stomatologicznej dziecka. *Nowa Stomatol* 2015; 2: 47-52.
18. Sporniak-Tutak K: Ocena lęku u pacjentów przed zabiegami stomatologicznymi. *Czas Stomat* 1995; 48: 396-340.
19. Rauch J, Kaszuba M, Jastrzębska J: Geneza i poziom lęku stomatologicznego a stan twardych tkanek zębów oraz przyzębia u dzieci 6-letnich z województwa podkarpackiego. *Forum Stomat* 2005; 2: 106-111.
20. Wilk-Sieczak B, Gmyrek-Marciniak A: Children's behaviour during their dental adaptation visits and their families' attitudes towards dental treatment. *Dent Med Probl* 2005; 42: 573-580.
21. Kaczmarek U, Wilk-Sieczak B: Methods of evaluation of dental anxiety in children and adolescents. *Dent Med Probl* 2006; 43: 596-601.
22. Ilasrinivasan, Setty JV, Shyamachalam, Mendiretta P: A Comparative Evaluation of the Sedative Effects of Nitrous Oxide-oxygen Inhalation and Oral Midazolam-Ketamine Combination in Children. *Int J Clin Pediatr Dent* 2018; 11(5): 399-405.
23. Wal A, Remiszewski A, Sosnowska-Boroszkó A: Zastosowanie uspokojenia wziewnego przy użyciu podtlenku azotu (N<sub>2</sub>O) w leczeniu stomatologicznym dzieci – doniesienie wstępne. *Nowa Stomatol* 2000; 3: 3-5.
24. Babaji P, Chauhan P, Churasia VR et al.: A cross-sectional evaluation of children preference for dentist attire and syringe type in reduction of dental anxiety. *Dent Res J* 2018; 15(6): 391-396.
25. Davey GCL: Dental phobias and anxieties: evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear. *Behav Res Ther* 1989; 27: 51-58.
26. Kruger E, Thomson W, Poulton R et al.: Dental caries and changes in dental anxiety in late adolescence. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26: 355-359.
27. Alvesalo I, Murtomaa H, Milgrom P et al.: The dental fear survey schedule: a study with Finnish children. *Int J Paed Dent* 1993; 3: 193-198.
28. Milsom KM, Tickle M, Humphris GM, Blinkhorn AS: The relationship between anxiety and dental treatment experience in 5-year-old children. *Br Dent J* 2003; 194(9): 503-506.
29. Wapniarska K, Buła K, Hilt A: Parent's pro-health awareness concerning oral health of their children in the light of survey research. *Przegl Epidemiol* 2016; 70(1): 59-63.
30. Jadach R, Siwek-Jadach K, Migas-Mastalerz A: Rola lekarza rodzinnego w prewencji próchnicy zębów u dzieci i młodzieży. *Fam Med Primary Care Rev* 2007; 9(3): 442-444.
31. Janus S, Olczak-Kowalczyk D, Wysocka M: Rola lekarzy niestomatologów w zapobieganiu próchnicy wczesnego dzieciństwa. *Nowa Pediatr* 2011; 1: 6-14.