

Ocena świadomości stomatologicznej matek dzieci sześcioletnich w województwie mazowieckim

*Agnieszka Zanio-Kulaszewska, Aneta Zduniak, Marcin Zawadziński, Elżbieta Jodkowska

Zakład Stomatologii Zachowawczej Instytutu Stomatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Elżbieta Jodkowska

THE EVALUATION OF DENTAL AWARENESS OF MOTHERS OF CHILDREN AGED 6 YEARS IN THE REGION OF MAZOVIA

Summary

Introduction. Epidemiological studies assessing the dental awareness of respondents allow to determine not only oral treatment needs of the population, but also encourage the promotion of health. Particular importance is the health education of parents who make the future patterns of behavior of their children.

Aim. The objective of this research was to evaluate to awareness of oral health, health-oriented attitude of mothers of children aged 6 years, health education needs of this group of people in the region of Mazovia.

Material and methods. In study the evaluation of the dental awareness of mothers of children aged 6 years, based on surveys in the region of Mazovia, was made. Survey forms were distributed among 157 mothers of children 6 years old randomly selected (94 from urban environment, 63 from the rural environment) in the region of Mazovia.

Results. 54% of mothers in urban environment and 24% of the rural environment of the child visited the dentist in the last 6 months. In the city of brushing teeth twice a day were three times more often used. Most teeth were brushed only after supper (45% respondents). 75% of mothers from the city often helped the child to brush teeth. In rural areas the figure was 25%. Most mothers were aware of the presence of fluoride in toothpaste used by children. There was a high intake of white bread, dairy products and low consumption of vegetables and wholemeal bread. 50% of mothers from the city and 31% from rural areas reduced to their children cariogenic products. 70% of mothers regarded that it isn't necessary to care for the deciduous teeth because they are quickly replaced by permanent teeth. Most mothers have a strong belief in the genetic determinants of caries. 60% of respondents felt that the dental floss is only used for removing debris. 75% of mothers assessed their knowledge of dental care as satisfactory. Most indicated the source of knowledge was a dentist (67%) and mass media. The least often used a public dental care.

Conclusions. A high percentage of parents' satisfaction with oral health of their children despite the discrepancy with the clinical condition, evidence of downplaying the importance of their maintaining the health of primary teeth, and requires the implementation of appropriate educational and health promotion. Children assume patterns of behavior in maintaining daily oral hygiene mainly from their parents. Restrictions for children with eating sweets, on the other hand, sweetening the tea, serving mainly white and sweet bread, a small amount of fruit and vegetables, shows incomplete knowledge of parents about the "hidden sugar", as well as healthy eating. Despite the wide availability of products for oral hygiene, some of them (such as dental floss, mouthwash with fluoride) are rarely or inadequately applied, which among others, strengthens the role of relevant educational programs.

Key words: monitoring of oral cavity, prevention, cariogenic diet, caries

WSTĘP

Zgłoszenie dziecka na wizytę kontrolną do lekarza dentyisty przez matkę, a następnie doprowadzenie do jej finalizacji, jest podstawową miarą prozdrowotnych zachowań matek. Jak wynika z badań monitoringowych przeprowadzonych na terenie całego kraju w roku 2010, ponad 20% matek nigdy nie było ze swoim sześciolletnim dzieckiem u dentyisty (1). Ponad 45% matek spełniło ten wymóg, prowadząc swoje dziecko zarówno do lekarza dentyisty, jak i lekarza pediatrii. Biorąc nadal pod uwagę wyniki badań ogólnopolskich, to optymalne zachowanie

miało miejsce o 10 punktów procentowych częściej w środowisku miejskim niż w środowisku wiejskim. Analizując wyniki badań monitoringowych z szesnastu województw, okazuje się, że w województwie mazowieckim 11,5% dzieci sześciolletnich nigdy nie było u dentyisty. Jest to stosunkowo dobry wynik, zważywszy na fakt, że lepsza sytuacja jest tylko w województwie śląskim (9,6%). Prezentacja danych monitoringowych w układzie „wojewódzkim” nie wskazuje na występowanie istotnych różnic środowiskowych upoważniających do budowania hipotez typu: w województwach słabiej rozwiniętych jest istotnie

niższy poziom świadomości matek objętych badaniem oraz ich wzorce zachowań zdrowotnych są istotnie gorsze od tych, jakie obserwuje się u matek w środowisku miejskim. Niemniej jednak zauważono istotne różnice w wyborze placówek (prywatne, publiczne), do których matki prowadzą swoje sześciolletnie dzieci. Jeżeli chodzi o sektor prywatny, województwo mazowieckie zajmuje pierwsze miejsce, natomiast biorąc pod uwagę sektor publiczny, ostatnie – szesnaste miejsce. W porównaniu z poprzednimi latami sytuacja uległa poprawie, choć nadal pozostaje bardzo wiele do życzenia i do wykonania na polu kształtowania świadomości zdrowotnej matek i ich dzieci (2, 3).

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 157 matek/opiekunów dzieci sześciolletnich, w tym 94 ze środowiska miejskiego oraz 63 ze środowiska wiejskiego, wybranych losowo w województwie mazowieckim. Formularz ankiety składał się z 30 pytań wielokrotnego wyboru dotyczących częstości wizyt u dentysty i rodzaju wybieranych placówek, nawyków higienicznych zarówno opiekunów, jak i dziecka, częstości i rodzaju preparatów zawierających fluor, nawyków dietetycznych. W badaniu poruszana była również kwestia statusu społecznego i materialnego. Formularze dostarczane były osobiście lub rozprowadzane w szkołach podstawowych za pośrednictwem wychowawców klas „0”.

WYNIKI

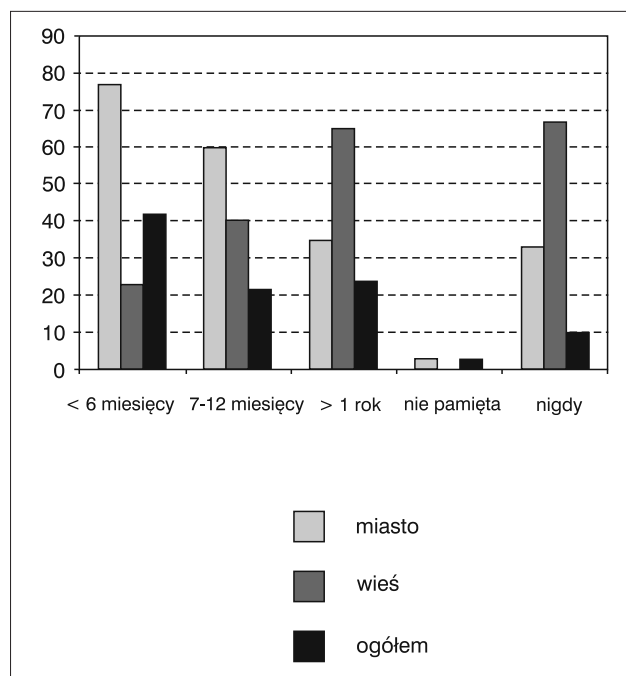
Korzystanie przez dzieci z wizyt u lekarza dentysty i pediatry

W pytaniu formularza ankiety dotyczącym daty ostatniej wizyty dziecka u dentysty i pediatry zawarto następujące przedziały czasowe: w okresie ostatnich 6 miesięcy, 7-12 miesięcy, ponad rok temu, nie pamiętam, nigdy (ryc. 1). Dane wskazują, że 47 z 94 badanych (tj. 50%) matek pochodzących ze środowiska miejskiego odwiedziło ze swoim dzieckiem lekarza pediatrę w przeciągu ostatnich 6 miesięcy, natomiast 51 (54%) w tym okresie skorzystało z wizyty u dentysty. W środowisku wiejskim dane te kształtowały się następująco: 31 z 63 badanych (49%) zgłosiło się ze swoim dzieckiem do lekarza pediatry, natomiast tylko 15 (24%) do lekarza dentysty. Niepokojący jest fakt, że 15 dzieci (ze 157 zbadanych), w tym 5 ze środowiska miejskiego i 10 ze środowiska wiejskiego nigdy nie było u dentysty.

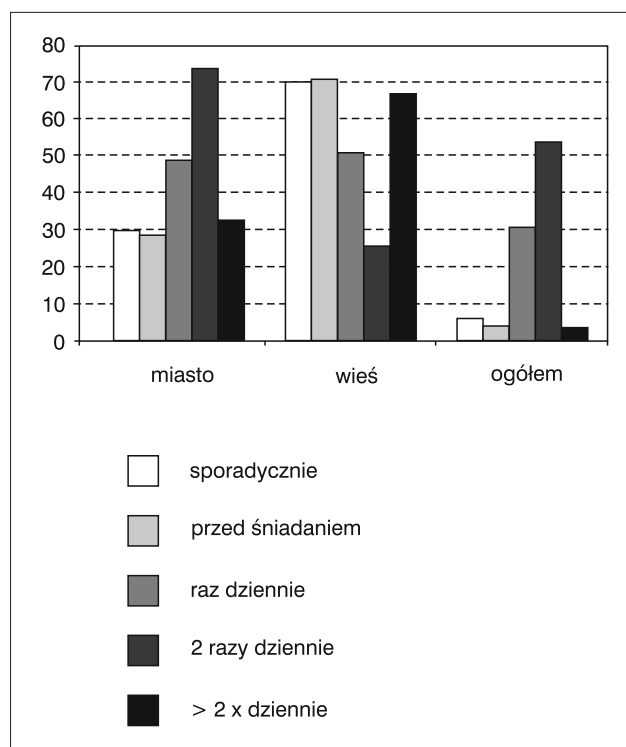
Troska matki/opiekuna o utrzymanie higieny jamy ustnej dziecka

Postawa rodziców/opiekunów, rodzeństwa i innych członków rodziny w dalszym ciągu decyduje o wzorcach zachowań higienicznych sześciolletniego dziecka. Rycina 2 przedstawia w układzie procentowym częstotliwość czyszczenia zębów przez sześciolletnie dzieci.

Jak wynika z analizy danych, dwukrotne mycie zębów było nawykiem trzykrotnie częściej spotykanym w środowisku miejskim niż w wiejskim. Jednak w rodzinach,



Ryc. 1. Termin ostatniej wizyty dzieci sześciolletnich u dentysty w środowisku miejskim i wiejskim (w %).



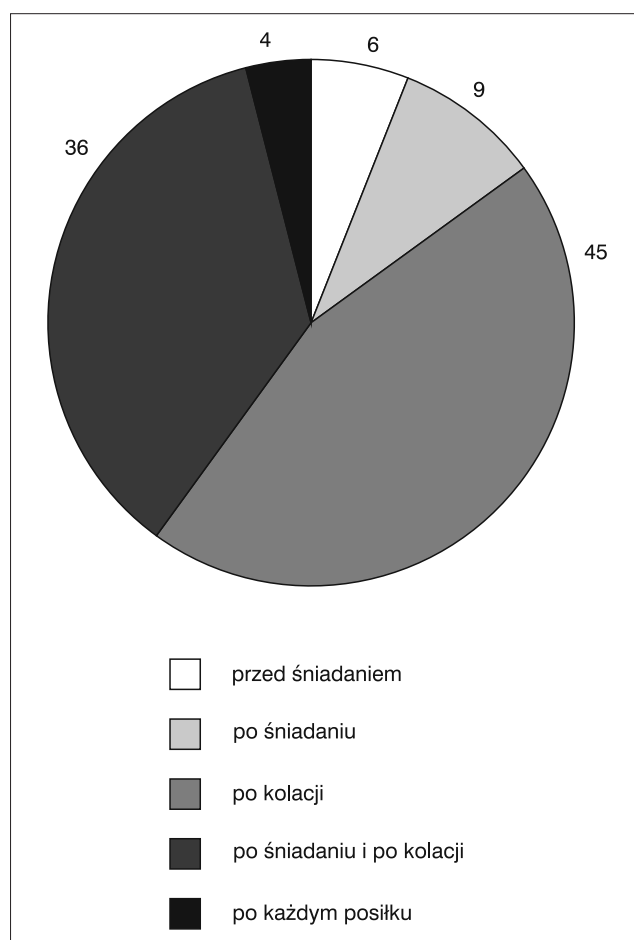
Ryc. 2. Częstotliwość czyszczenia zębów przez sześciolletnie dzieci z uwzględnieniem miejsca zamieszkania (w %).

gdzie dzieci sześciolletnie czyściły zęby raz dziennie bądź rzadziej, nie wykazano istotnych różnic związanych z miejscem zamieszkania.

Najczęstszymi wzorcami mycia zębów były: tylko po kolacji (45% ankietowanych) oraz dwukrotnie w ciągu dnia – po śniadaniu i kolacji (36%) – rycina 3. Odnotowano, że 75% ankietowanych matek ze środowiska miejskiego często pomagało dziecku w czyszczeniu zębów, podczas gdy na wsi odsetek ten wynosił 25%. Zaobserwowano, że odsetek matek w ogóle nie pomagających w czyszczeniu jest podobny u matek mieszkających w mieście, jak i na wsi, wynosi on ogółem 42% badanych.

Analizie poddano również sposób pomocy w czyszczeniu zębów. Najczęściej obserwowanym wzorcem pomocy (nadzoru) było obserwowanie dziecka podczas czyszczenia zębów (30%). W 10% przypadków troska o dokładne czyszczenie zębów przez dziecko objawiała się poprzez trzymanie szczoteczki i kierowanie jej ruchem, a 20% rodziców sprawdzało stan zębów po samodzielnym czyszczeniu przez dziecko oraz stosowało polecenia słowne.

Większość matek wychowujących dzieci zdawała sobie sprawę z obecności fluoru w paście używanej przez dziecko. Jednak zdecydowana większość, bo 75% ankietowanych, nie stosowało u swoich dzieci żadnych dodatkowych preparatów zawierających fluor (żelów, płynów do płukania).



Ryc. 3. Pora dnia, w której sześciolatek czyszczy zęby (w %).

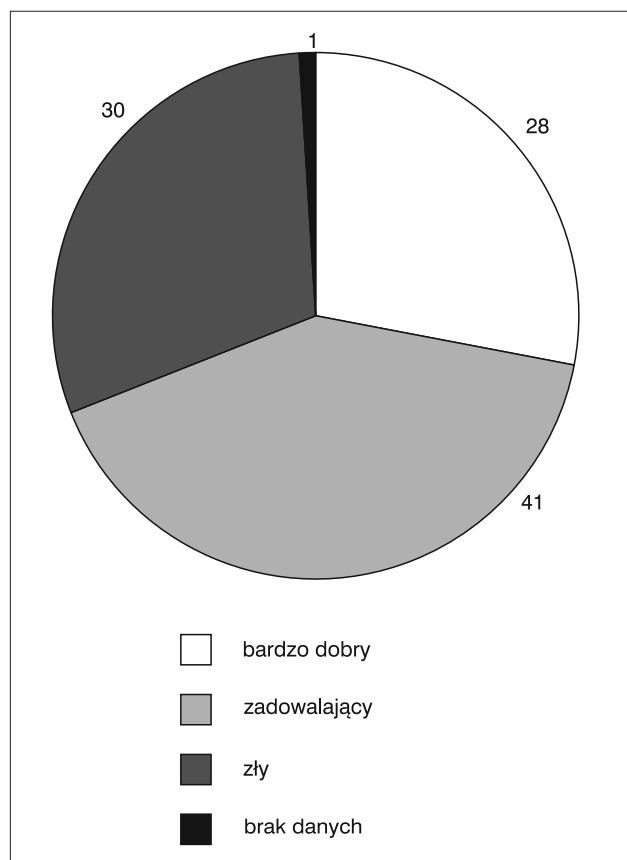
Opinia matek o stanie uzębienia własnych dzieci

Subiektywna ocena stanu uzębienia dziecka przez matki/opiekunów decyduje o częstotliwości wizyt kontrolnych, wzmożeniu kontroli czyszczenia zębów czy zmianie nawyków dietetycznych. Rycina 4 przedstawia opinię matek o stanie uzębienia ich dzieci. W porównaniu z danymi pozyskanymi w badaniu klinicznym (1), osąd matek był zdecydowanie zbyt optymistyczny i odbiegający od faktycznego stanu uzębienia dzieci (1).

Żywność i nawyki dietetyczne dzieci sześciolatek

Zgodnie z wytycznymi dotyczącymi odżywiania, dziecko sześciolatek powinno spożywać pięć posiłków w ciągu dnia, przy czym posiłki te nie powinny zawierać produktów wysoce kariogennych (4). Tabela 1 przedstawia częstość spożywania poszczególnych posiłków przez dzieci.

Z kolei tabela 2, w której przedstawiono odsetek spożywania poszczególnych posiłków przez dzieci, pozwala stwierdzić, że w województwie mazowieckim wśród wszystkich produktów, jakie znalazły się w diecie dziecka, dużą część stanowiły produkty wysoce próchnicotwórcze (słodzone mleko, herbata z cukrem, słodkie napoje gazowane, cukierki, lizaki, czekolada, batony, ciastka, słodkie bułki, pączki i białe pieczywo). Słodzona herbata



Ryc. 4. Opinia matek o stanie uzębienia ich dzieci.

Tabela 1. Częstość spożywania (% ogółu) poszczególnych posiłków przez dzieci.

Częstotliwość	Kategorie posiłków									
	Pierwsze śniadanie		Drugie śniadanie		Obiad		Podwieczorek		Kolacja	
	miasto	wieś	miasto	wieś	miasto	wieś	miasto	wieś	miasto	wieś
codziennie	56	33	49	29	60	40	35	13	57	38
czasem	2	3	8	7	0	0	15	17	3	2
rzadko	6	1	2	2	0	0	4	5	0	0
wcale	1	2	6	2	0	0	5	2	0	0

Tabela 2. Rodzaj i odsetek spożywania wybranych produktów przez dzieci sześciolletnie.

Produkt	Częstotliwość				
	Kilka razy dziennie	Raz dziennie	Rzadko	Wcale	Brak danych
Słodzone mleko	2,5	17,8	35,7	35,7	8,3
Słodzona herbata	31,8	29,3	29,9	7,6	1,3
Słodzone napoje gazowane	7,6	9,6	49	28,7	5,1
Cukierki, lizaki	7,6	15,9	72	1,3	3,2
Czekolada, batony	6,4	22,3	65,6	3,2	2,5
Ciasta, pączki, słodkie bułki	3,2	24,8	67,5	1,9	2,5
Białe pieczywo	55,4	36,3	7,6	0,6	–
Chipsy	0,6	7	72	17,8	2,5
Lody	0,6	5,7	86	5,1	2,5
Jogurt, kefir, mleko naturalne	17,2	52,9	22,9	5,7	1,3
Surowe warzywa	3,8	38,2	49	7	1,9
Chleb razowy	5,1	12,7	47,8	32,5	1,9
Napoje bez cukru	36,6	25,5	28,7	7,6	1,9
Guma do żucia bez cukru	6,4	15,3	51,6	25,5	1,3
Guma do żucia z cukrem	4,5	7,6	43,3	44,6	4,5

podawana była kilka razy dziennie lub przynajmniej raz dziennie u ponad 30% badanych dzieci, czyli dosyć często. Najczęściej spożywanymi produktami były: białe pieczywo oraz produkty mleczne (jogurty, mleko). Zwraca uwagę niskie spożycie surowych warzyw i razowego pieczywa. Ponad połowa dzieci biorących udział w badaniu spożywała je rzadko lub nie spożywała ich wcale.

Aż 80% badanych matek wychowujących sześciolletnie dzieci pozytywnie odpowiedziało na pytanie, czy ogranicza w jakiś szczególny sposób spożywanie przez swoje dziecko słodczy i produktów zawierających cukier. Biorąc jednak pod uwagę miejsce zamieszkania, obserwuje się pewne różnice: 50% matek ze środowiska miejskiego i 31% ze środowiska wiejskiego ograniczało

swoim pociechom dostęp do produktów kariogennych, a kolejno 55% (miasto) i 46% (wieś) – nie.

Czternaście ankietowanych matek (ze 157) praktykowało tzw. „model skandynawski” (5), a więc wyznaczało tylko jeden dzień w tygodniu (np. sobotę), kiedy dziecko może jeść słodczy do woli. Stanowi to stosunkowo mały odsetek (9%), porównując inne metody ograniczania przez dziecko „cukru”, takie jak: przygotowywanie posiłków ze świadomie zmniejszoną ilością cukru (tak postępowali 40 ankietowanych matek), praktykowanie na bieżąco zakazów i nakazów słownych w zakresie codziennego ograniczania spożywania słodczy przez dziecko (33 matki) oraz wydzielanie słodczy (32 matki) – stanowiących 67% ankietowanych. Inne sposoby

– wprowadzanie do diety zamienników słodczy (np. owoców), czy też pouczanie innych członków rodziny (dziadków) o konieczności ograniczania cukru w diecie dziecka stosowane były w niewielkim odsetku przypadków. Również „podkarmianie” dzieci słodczymi przez innych członków rodziny (np. babcię), wbrew woli rodzica, jak się okazuje, nie zdarzało się lub występowało rzadko (u ok. 85% ankietowanych).

Świadomość stomatologiczna matek/ opiekunów dzieci sześciolletnich

Poziom wiedzy ogólnostomatologicznej wyznaczano, przedstawiając osobom ankietowanym 12 twierdzeń z prośbą o nadanie każdemu twierdzeniu właściwej cechy: prawdziwe, fałszywe, trudno powiedzieć (tab. 3). Zdecydowana większość matek (94%) wykazała się świadomością konieczności okresowych wizyt kontrolnych, zasadności czyszczenia zębów oraz próchnicotwórczości węglowodanów. Podobny odsetek ankietowanych (93%) miał wiedzę na temat szkodliwości spożywania pokarmów między głównymi posiłkami („podjadania”) oraz niepożądanego w skutkach oddziaływania flory bakteryjnej z ubytków próchnicowych w zębach mlecznych na zęby stałe. Spory odsetek matek (ok. 70%) było przekonanych, że nie warto zbyt troszczyć się o zęby mleczne, ponieważ są szybko zastępowane zębami stałymi. Równie niepokojące było

fałszywe przekonanie większości matek o silnych genetycznych uwarunkowaniach choroby próchnicowej, co negatywnie wpływało na podejmowanie jakichkolwiek działań profilaktycznych. Błędne było także rozumienie zastosowania nitki dentystycznej. Większość ankietowanych (ok. 60%) uważało, że służy ona wyłącznie do usuwania resztek pokarmowych.

Postępując się czterostopniową skalą (świadomość bardzo duża, zadowalająca, mała, niewielka), oceniono dodatkowo posiadaną przez matki wiedzę na temat pielęgnacji zarówno swojego uzębienia, jak i zębów dziecka. Uzyskano następujące wyniki: 75% badanej populacji matek, zarówno ze środowiska miejskiego, jak i środowiska wiejskiego oceniło swoją wiedzę stomatologiczną jako wystarczającą (zadowalającą); zaledwie 1,3% matek zarówno ze środowiska miejskiego, jak i wiejskiego bardzo krytycznie odniosło się do swojej świadomości stomatologicznej, oceniając swoją wiedzę na ten temat jako niewystarczającą (bardzo niewielką).

Okazuje się również, że 8% matek intensywnie starało się pogłębiać poziom swojej wiedzy w zakresie pielęgnacji jamy ustnej. Zdecydowana większość, czyli 68% przyznaje, że źródłem ich wiedzy są głównie informacje pojawiające się okazjonalnie. Interesującym jest fakt, że matki mając do wyboru 10 wariantów odpowiedzi, najczęściej wskazywały jako źródło swojej wiedzy lekarza dentystę (67%). Zauważalny był zdecydowanie mniejszy

Tabela 3. Świadomość matek w zakresie zapobiegania próchnicy (w %).

Twierdzenie	Prawda	Fałsz	Trudno powiedzieć	Brak danych
Dzieci powinny korzystać z regularnych wizyt u dentysty co 6-8 miesięcy.	93,6	1,3	5,1	–
Szczotkowanie zębów zapobiega powstawaniu próchnicy.	90,4	1,9	6,4	1,3
Nadużywanie cukru powoduje ubytki próchnicowe.	93	0,6	6,4	–
Rodzice powinni ograniczać spożywanie słodczy przez dzieci.	88,5	1,9	8,9	0,6
Dzieciom przed 10. rokiem życia dorośli powinni pomagać (kontrolować) w czyszczeniu zębów.	65	8,3	24,8	1,9
Preparaty fluorkowe (żele, płukanki) pomagają chronić zęby przed próchnicą.	65	0	33,8	1,2
Częste podjadanie pomiędzy posiłkami, tzw. przekąski, przyczyniają się do powstawania próchnicy.	51	10,2	36,3	2,5
Zęby mleczne nie wymagają takiej troski jak stałe, ponieważ wkrótce wypadną.	13,4	71,3	14	1,3
Próchnica z zębów mlecznych „przenosi się” na zdrowe zęby stałe.	62,4	7	29,9	0,6
Jeżeli rodzic ma „słabe” zęby, to dziecko też będzie miało „słabe” zęby, niezależnie od tego czy będzie o nie dbało, czy nie.	20,4	36,3	40,8	2,5
„Wcześniaki” mają większe problemy z zębami niż dzieci urodzone w terminie.	12,7	26,1	58,6	2,5
Nitka dentystyczna służy wyłącznie do usuwania resztek pokarmowych, a nie do usuwania płytki nazębnej.	60,5	17,8	19,1	2,5

udział w przekazywaniu informacji przez lekarzy ogólnych czy wychowawców przedszkolnych. Szczegółowy podział przedstawia rycina 5.

Wzorce zachowań stomatologicznych matek i ich świadomość stomatologiczna

Dobry przykład matki w kształtowaniu racjonalnych zachowań zdrowotnych wydaje się mieć ogromne znaczenie w nabieraniu prawidłowych nawyków u dzieci. Podstawową rolę odgrywają prawidłowe czyszczenie oraz regularne wizyty kontrolne. Zdecydowana większość ankietowanych (64%) czyściła zęby dwa razy dziennie, przy czym okazuje się, że w środowisku miejskim częstym modelem mycia zębów było co najmniej trzykrotne czyszczenie. Szczegółowy podział przedstawia rycina 6.

Matki zostały zapytane również o znajomość metod i preparatów pomagających w prawidłowym utrzymaniu higieny jamy ustnej. Na pierwszym miejscu podkreślały rolę szczotkowania jamy ustnej oraz używanie pasty zawierającej fluor. Niestety w niewielkim odsetku badane zdawały sobie sprawę z roli regularnych wizyt kontrolnych, roli nici dentystycznych i wykałaczek. Nie zauważono istotnej różnicy w poziomie świadomości między

wsią a miastem. Rycina 7 przedstawia procentowy udział poszczególnych odpowiedzi.

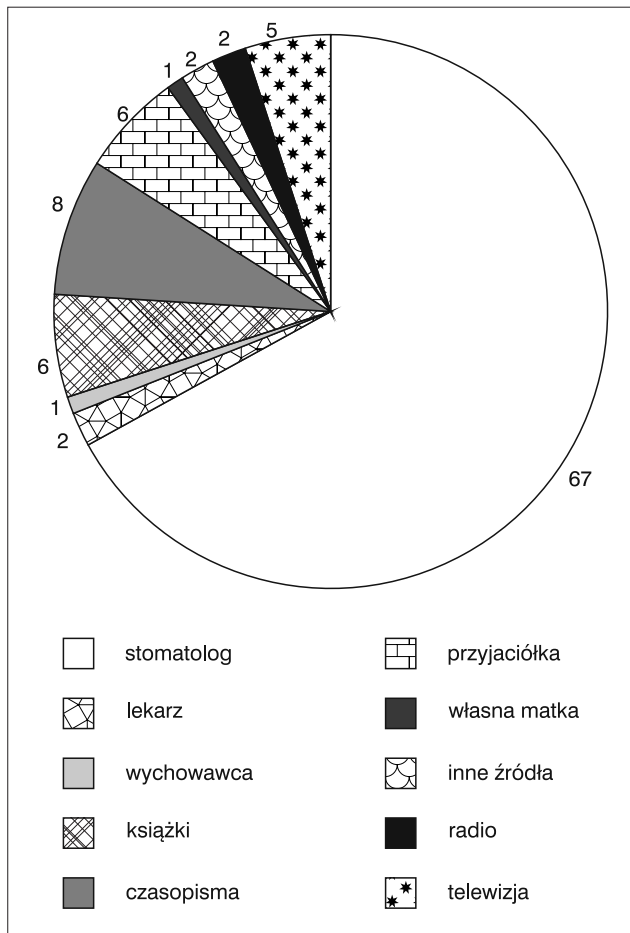
Kolejnym ważnym elementem kształtowania świadomości własnego dziecka jest częstotliwość wizyt u dentysty samych matek. Okazuje się, że 37% ankietowanych matek w środowisku miejskim i odpowiednio 19% w środowisku wiejskim odwiedziło stomatologa w okresie ostatnich 6-12 miesięcy, natomiast 5% z obu lokalizacji nie potrafiło określić terminu ostatniej wizyty. Dane te wydają się związane istotnie z datą ostatniej wizyty dzieci u stomatologa.

Analizowano również rodzaj placówek wybieranych przez matki zgłaszające się do dentysty z problemami swoimi i swojego dziecka, szczegółowy podział przedstawiają ryciny 8 i 9. Zwraca uwagę coraz rzadsze korzystanie z opieki zdrowotnej w sektorze publicznym.

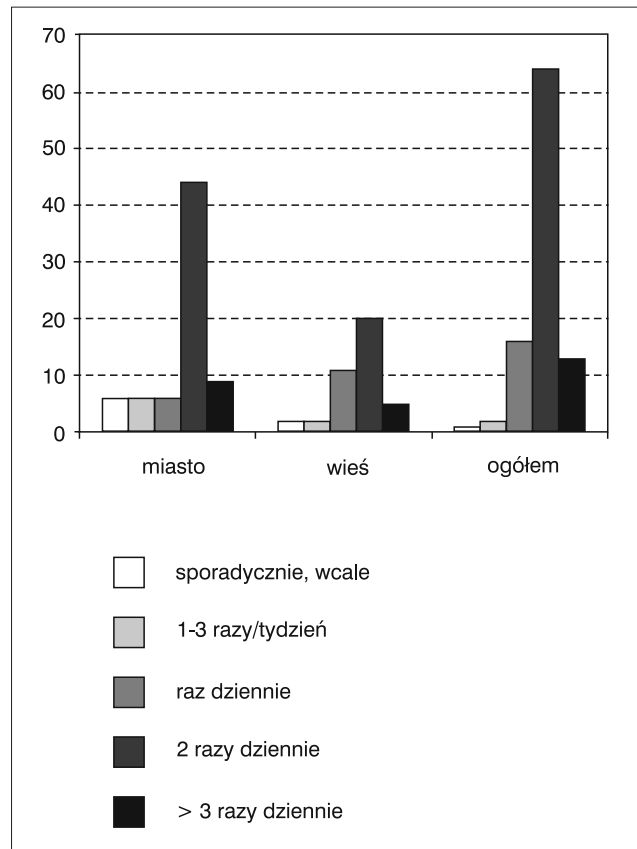
DYSKUSJA

W świetle prowadzonych badań epidemiologicznych zdecydowana większość uzyskanych wyników nie upoważnia do budowy hipotez związanych z istotnymi różnicami w poziomie świadomości czy prawidłowością wzorców higienicznych między matkami wychowującymi swe dzieci w środowisku miejskim i wiejskim.

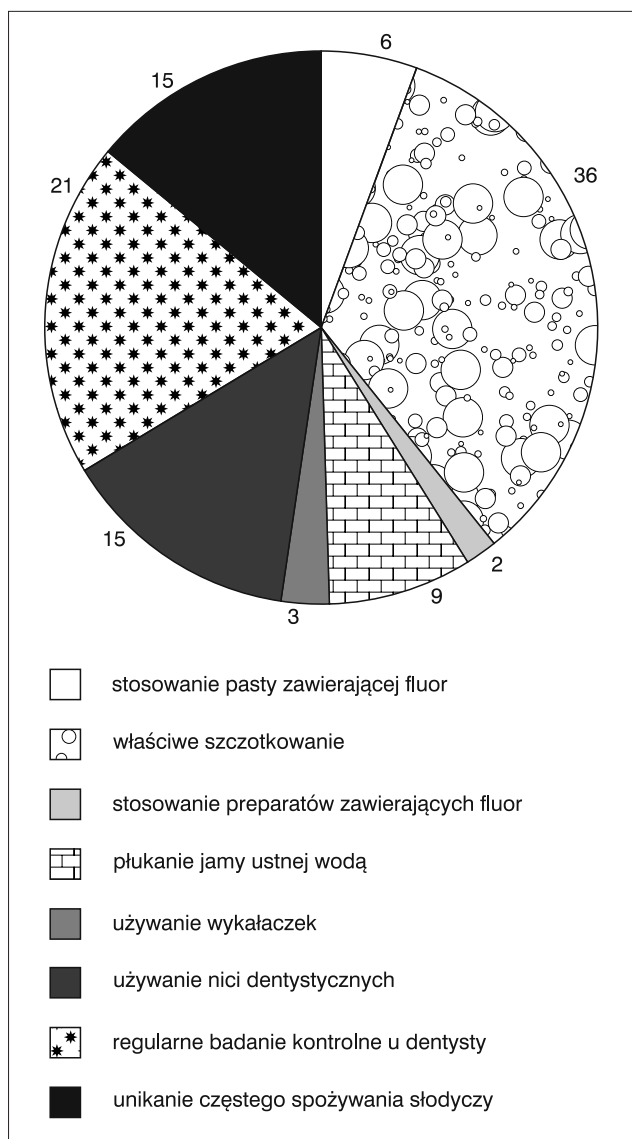
Dane z badań monitoringowych przeprowadzonych w roku 2010 na terenie całej Polski wskazują z jednej strony na poważne niedożywienie dzieci (szacowane na oko-



Ryc. 5. Źródło wiedzy stomatologicznej, z którego korzystają matki.



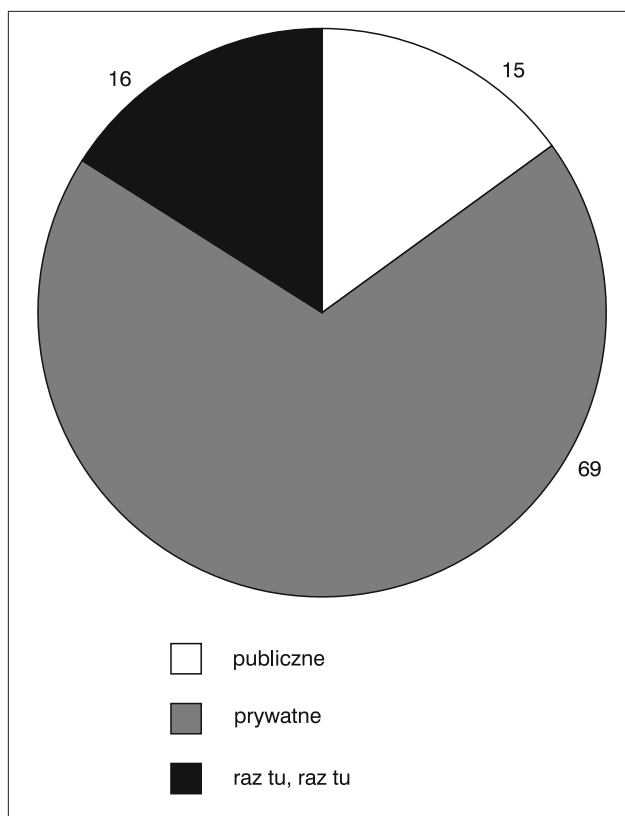
Ryc. 6. Częstotliwość czyszczenia własnych zębów przez matki.



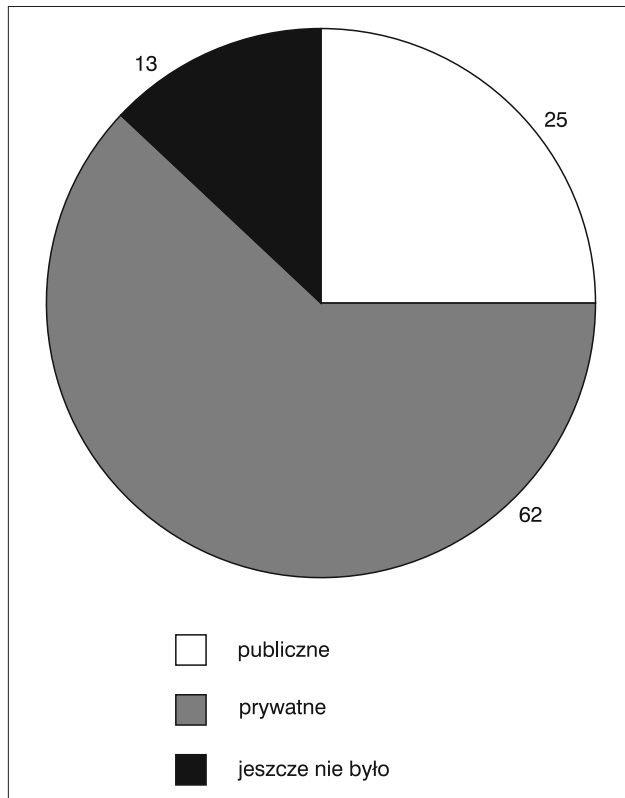
Ryc. 7. Metody i preparaty stosowane do higieny jamy ustnej.

to 20-30% populacji), z drugiej na zbyt energetyczną dietę prowadzącą do nadwagi (1). Ciekawym jest fakt zauważony w badaniach ogólnopolskim, że w porównaniu z grupą dzieci trzyletnich, sześciolatki spożywają zdecydowanie mniej produktów kariogennych (1). Godną uwagę jest coraz większa świadomość matek dotycząca konieczności ograniczania produktów kariogennych.

Niepokojący jest wysoki odsetek zadowolenia rodziców ze stanu zdrowia jamy ustnej ich dzieci. Kilkuletnia obserwacja (1-3, 6, 7) wskazuje, że nadal występuje duża rozbieżność między subiektywną oceną rodziców a stanem faktycznym zauważonym w badaniu klinicznym. Niepodważalny jest największy udział rodziców w kształtowaniu świadomości i nawyków higienicznych ich dzieci. Potwierdzają to również obserwacje innych autorów, gdzie wśród dzieci i młodzieży prowadzone były badania, które wyraźnie wskazały na rodziców jako pierwsze źródło informacji dotyczących pielęgnacji jamy ustnej



Ryc. 8. Rodzaj placówek wybieranych przez matki dla siebie.



Ryc. 9. Rodzaj placówek, do których matki udają się ze swoimi dziećmi.

dla dziecka (6, 8, 9). Okazuje się również, że wiedza rodziców na temat powstawania próchnicy i możliwości jej zapobiegania jest nadal niewystarczająca. Opinia ta potwierdza się również w innych badaniach ankietowych (6, 10, 11). W kształtowaniu świadomości dotyczącej wiedzy na temat higieny jamy ustnej dziecka dużą rolę odgrywają nawyki higieniczne rodziców. Dziecko najczęściej powiela obserwowane zachowania. Korzystny jest więc fakt, że 64% matek czyści swoje zęby 2 razy dziennie i więcej. Odsetek ten zbliżony jest do obserwacji innych autorów (6). Prawidłowe wykształcenie nawyku szczotkowania w dzieciństwie, zwyczajów dietetycznych oraz świadomość konieczności regularnych wizyt kontrolnych mają decydujący wpływ na późniejsze zachowania i potrzeby lecznicze dzieci. W tym aspekcie uwypatnia się również ważna rola lekarza dentysty w uświadamianiu pacjentom ich potrzeb. Z obserwacji kilkuletniej (6) wynika, że stomatolog pełni nadal bardzo dużą informacyjną rolę. Podkreślić należy również rolę lekarza pediatry w zwracaniu uwagi rodziców na stan zdrowia jamy ustnej ich dziecka. Konieczne wydaje się również podniesienie poziomu informacji dotyczących zdrowia jamy ustnej wśród wychowawców przedszkolnych. W dalszym ciągu dużą rolę w kształtowaniu świadomości matek odgrywają środki masowego przekazu, a więc zasadnym wydaje się kładzenie szczególnego nacisku na rzetelność merytoryczną przekazywanych przez nie informacji (6).

W świetle uzyskanych wyników z przeprowadzonych badań ankietowych matek dzieci w wieku przedszkolnym celowe wydaje się zwiększanie liczby publikacji, które pozwolą na podwyższenie poziomu ich wiedzy. Celowe jest również włączenie do działalności edukacyjnej w większym stopniu lekarzy pediatrów oraz wychowawców przedszkolnych. Wiele do zrobienia pozostaje również wśród stomatologów, by zachęcić ich do jak najszerszej i pełniejszej informacji z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej oraz wdrażania programów profilaktycznych.

WNIOSKI

1. Wysoki odsetek zadowolenia rodziców ze stanu zdrowia jamy ustnej ich dzieci mimo rozbieżności ze stanem klinicznym świadczy o bagatelizowaniu przez nich utrzymania zdrowia uzębienia mlecznego i wymaga wdrożenia odpowiednich działań edukacyjno-prozdrowotnych.
2. Dzieci przejmują wzorce zachowań w utrzymaniu codziennej higieny jamy ustnej głównie od swoich rodziców/opiekunów.
3. Stosowanie ograniczeń dla dzieci w jedzeniu słodczy, a z drugiej strony słodzenie im herbaty, podawanie głównie białego oraz słodkiego pieczywa, małej ilości

owoców i warzyw świadczy o niepełnej wiedzy rodziców na temat „ukrytego cukru”, jak również zdrowego odżywiania.

5. Mimo szerokiej dostępności produktów do higieny jamy ustnej niektóre z nich (np. nitka dentystyczna, płukanki z fluorem) są rzadko lub niewłaściwie stosowane, co m.in. umacnia rolę odpowiednich programów edukacyjnych.

PODSUMOWANIE

Głównym źródłem informacji na temat utrzymania prawidłowego zdrowia jamy ustnej nie powinny być tylko środki masowego przekazu czy nawet sam lekarz dentysta, ale również lekarz pierwszego kontaktu, pediatra, ginekolog, pielęgniarka szkolna, wychowawca w przedszkolu czy w szkole. Kompleksowe działania zdrowotne (edukacja, profilaktyka, leczenie) obejmujące matkę i dzieci, ich środowisko, jak również służbę zdrowia, z której oboje korzystają, powinny przyczynić się do poprawy obecnego stanu. □

Piśmiennictwo

1. Małkiewicz E, Wierzbicka M, Szatko F et al.: 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.
2. Wierzbicka M, Szatko F, Radziejewska M, Zawadzkiński M: Ogólnopolski Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej i Jego Uwarunkowań, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Zakład Stomatologii Zachowawczej IS AM w Warszawie, Katedra Higieny i Epidemiologii AM w Łodzi, Warszawa 1999 (raport).
3. Wierzbicka M, Jodkowska E, Szatko F et al.: Stan zdrowia jamy ustnej oraz potrzeby profilaktyczno-lecznicze dzieci w wieku 6 i 12 lat w Polsce, w pierwszych latach procesu integracji europejskiej. Ministerstwo Zdrowia 2005.
4. Woś H, Staszewska-Kwak A: Żywność dzieci. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
5. Szatko F, Dubojska AM, Grzybowski A: Czy programy profilaktyczne regulujące zachorowalność na próchnicę w krajach skandynawskich mogą być wzorem dla polskiej stomatologii? *Poradnik Stomat* 2004; 4, 3, 12-20.
6. Iwanicka-Grzegorek E, Kępa-Prokopienko J, Pierzynowska E: Świadomość zdrowotna rodziców dzieci w wieku przedszkolnym – badanie ankietowe. *Nowa Stomat* 2007; 1, 8-12.
7. Dybiżbańska E, Zawadzkiński M, Pierzynowska E et al.: Występowanie próchnicy u 3- i 6-letnich dzieci w Polsce. *Czas Stomat* 2003; LVI, 8, 510-515.
8. Szatko F: Świadomość zdrowotna, postawy i zachowania zdrowotne 12-13-letnich uczniów; II etap Międzynarodowych Badań Stomatologicznych. *Przegląd Stomatol Wiek Rozwojowego* 1994; 6-7, 110-112.
9. Radlińska J, Piskorski A, Weyna E et al.: Zachowania zdrowotne i stan zębów dzieci szkolnych. *Przegląd Stomat Wiek Rozwojowego* 1994; 6/7, 91-92.
10. Wierzbicka M, Petersen PE, Szatko F et al.: Changing oral health status and oral health behaviors of schoolchildren in Poland. *Community Dent Health* 2002; 19, 243-250.
11. 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.

nadesłano: 28.05.2012

zaakceptowano do druku: 13.03.2012

Adres do korespondencji:
*Agnieszka Zanio-Kulaszewska
Zakład Stomatologii Zachowawczej IS WUM
ul. Miodowa 18, 00-246 Warszawa
tel.: +48 (22) 502 20 32
e-mail: ejodkowska@amwaw.edu.pl