



# Zdrowie jamy ustnej małego dziecka

Poradnik dobrych praktyk w kształtowaniu zachowań  
prozdrowotnych w placówkach nauczania i wychowania,  
organach samorządowych i organizacjach  
pozarządowych w Polsce

## **WYDAWCA**

Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Collegium Maius  
ul. Fredry 10, 61-701 Poznań  
tel. 61 854 60 00  
faks 61 852 04 55  
www.ump.edu.pl  
e-mail: info@ump.edu.pl

## **REALIZACJA**

Wydawnictwo Med Tour Press International Sp. z o.o.  
ul. Świdrska 2/4, 05-400 Otwock  
tel. 22 788 47 78  
faks 22 779 31 83  
www.medtourpress.pl  
e-mail: biuro@medtourpress.pl, redakcja@medtourpress.pl

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2016

Wszelkie prawa zastrzeżone. Każda reprodukcja albo adaptacja całości lub części poradnika, niezależnie od zastosowanej techniki reprodukcji (drukarska, fotograficzna, komputerowa i inna), wymaga pisemnej zgody Wydawcy.

Zdjęcia i ryciny zamieszczone w poradniku pochodzą ze zbiorów własnych autorów, zbiorów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Ministerstwa Zdrowia RP i serwisu Fotolia.com.

**ISBN 978-83-87717-24-7**

Lider projektu

Partnerzy projektu



# Przedmowa

Szanowni Państwo,

wbrew utartej opinii, walka z próchnicą u dzieci to nie tylko problem stomatologów i higienistek. Jej skuteczność zależy od działań prowadzonych na wielu frontach – od wyrabiania nawyków higienicznych przez regularne wizyty dentystyczne po kształtowanie dobrych zwyczajów żywieniowych. Wymaga to wsparcia od każdej osoby dorosłej, która ma wystarczającą styczność z dzieckiem, aby wpływać na jego zachowania, w tym od rodziców, dziadków, a także opiekunów i nauczycieli. To oni uczą najmłodszych otaczającego świata zarówno przez przekazywanie wiedzy o nim, jak i dawanie dobrego przykładu. Walka z próchnicą musi więc opierać się w pierwszej kolejności na edukacji tych właśnie osób i najczęściej również zmianach w ich codziennym postępowaniu. Ich mobilizacja oraz wyposażanie w odpowiednią wiedzę i narzędzia to z kolei zadanie władz lokalnych i centralnych, placówek edukacyjnych i opiekuńczych oraz środowiska medycznego i mediów. Z myślą o nich i o ich niezwykle ważnej roli w powstrzymaniu epidemii próchnicy powstała publikacja, którą oddajemy dziś w Państwa ręce.

Poradnik jest jednocześnie jednym z elementów realizowanych w ramach największego ogólnopolskiego programu profilaktyczno-edukacyjnego – „Dzieciństwo bez próchnicy”. Artykuły oparte na rzetelnej, aktualnej wiedzy medycznej ekspertów w dziedzinie stomatologii to prawdziwe kompendium wiedzy o próchnicy, które pokazuje zarówno skalę zagrożenia, jak również oferuje konkretne narzędzia do walki z nią. Mam nadzieję, że poradnik zachęci kolejne osoby i całe instytucje do włączenia się we wspólną walkę o zdrowe i piękne uśmiechy dzieci.



*dr n. med.*  
**Konstanty  
Radziwiłł**  
*minister zdrowia*

# Wprowadzenie

Drodzy Państwo,

badania epidemiologiczne prowadzone corocznie w ramach „Monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej” Polaków finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia wskazują na utrzymywanie się wysokiej częstości występowania i intensywności próchnicy zębów we wszystkich grupach wiekowych Polaków. Dotyczy ona już co drugiego dziecka w wieku 3 lat i niemal wszystkich 18-lletnich, wkraczających z tym obciążeniem w dorosłe życie. Należy podkreślić, że próchnica zębów obniża jakość życia dziecka i jego rodziny, jest częstą przyczyną bólu, przedwczesnej utraty zębów, wad zgryzu i wad wymowy. Utrudnia także prawidłowe odżywianie oraz wpływa negatywnie na rozwój emocjonalny i ogólny stan zdrowia dziecka. Jest zatem obciążona wysokimi kosztami społecznymi i ekonomicznymi.

Próchnica zębów występuje już we wczesnym dzieciństwie – dlatego działania zapobiegawcze należy rozpocząć wcześniej, w czasie ciąży, jako tzw. zapobieganie pierwotnie pierwotne, które powinno trwać przez całe życie. O skuteczności profilaktyki decyduje wiele czynników, w tym właściwe ukierunkowanie działań profilaktycznych, świadomość konieczności ich stosowania i motywacja do ich wdrażania. Niezbędne jest więc posiadanie wiedzy z zakresu przyczyn choroby próchnicowej, zasad jej zapobiegania oraz zasad tworzenia skutecznych programów zdrowotnych i ich realizacji. Niewystarczająca świadomość korzyści płynących z utrzymania zdrowego uzębienia u dzieci oraz brak motywacji do dbałości o zdrowie jamy ustnej, a także niedostateczna wiedza „stomatologiczna” osób planujących, wdrażających oraz realizujących działania profilaktyczne i prozdrowotne mogą istotnie zmniejszyć ich efektywność. Dotyczy to nie tylko narządu żucia i stanu zdrowia jamy ustnej, ale także wartości ogólnozdrowotnych, psychologicznych i społecznych.

W zapobieganiu próchnicy zębów u dzieci powinni być zaangażowani nie tylko ich rodzice, opiekunowie i personel stomatologiczny, ale także personel medyczny (lekarze rodzinni, pediatrzy, ginekolodzy, położne, pielęgniarki), nauczyciele, personel placówek oświatowych i wychowawczych oraz organy samorządowe i organizacje pozarządowe. Poradnik dobrych praktyk „Zdrowie jamy ustnej małego dziecka” jest zatem doskonałym źródłem podstawowych informacji i wskazań edukacyjnych



*prof. dr hab.  
n. med. Dorota  
Olczak-  
-Kowalczyk  
konsultant  
krajowy  
w dziedzinie  
stomatologii  
dziecięcej*

dotyczących przyczyn i sposobów zapobiegania próchnicy zębów u dzieci dla osób niezwiązanych zawodowo z dziedziną stomatologii. Obrazuje, jak wielką rolę mogą oni odegrać, włączając się w walkę z chorobą próchnicową, dostarczając jednocześnie praktycznych wskazówek i porad, jak należy to robić.

Autorzy podręcznika zwracają uwagę Czytelników na wpływ i znaczenie postaw prozdrowotnych w środowisku życia dziecka dla stanu zdrowia jamy ustnej, przedstawiają zasady kształtowania nawyków dietetycznych i higienicznych, podkreślając konieczność dostosowania metod edukacyjnych do etapu rozwojowego dziecka. Cennymi elementami są także „suplement” stanowiący zbiór materiałów informacyjnych i edukacyjnych, które ułatwią realizację działań edukacyjnych w praktyce, oraz przegląd programów profilaktycznych realizowanych w Polsce.

# Spis treści

## ROZDZIAŁ I

### Przesłanki tworzenia programów profilaktyki chorób jamy ustnej u dzieci 15

Stan zdrowia jamy ustnej małych dzieci w Polsce 16

Związki między zdrowiem jamy ustnej a ogólnym stanem zdrowia 21

Rola zachowań prozdrowotnych w przeciwdziałaniu chorobie próchnicowej zębów 30

Problematyka stomatologiczna w Narodowym Programie Zdrowia 39

## ROZDZIAŁ II

### Elementy programów profilaktyki choroby próchnicowej zębów 41

Preprofilaktyka próchnicy zębów u kobiet w ciąży 42

Kształtowanie nawyków dietetycznych i higienicznych sprzyjających zdrowiu zębów 53

Kontrola jamy ustnej w kolejnych fazach rozwojowych dziecka 59

Przeciwdziałanie urazom jamy ustnej w środowisku życia dziecka 69

Udział personelu medycznego w edukacji stomatologicznej 76

## ROZDZIAŁ III

### Programy profilaktyki stomatologicznej w Polsce 85

Programy rządowe 86

Programy samorządów lokalnych 91

Inne programy promujące zdrowie jamy ustnej 101

Współpraca międzysektorowa w realizacji programów zdrowia 109

## ROZDZIAŁ IV

### Programy o zdrowiu w ramach Swiss Contribution 111

Przegląd programów o zdrowiu w ramach Swiss Contribution 112

# Abstracts

## SECTION I

### The grounds for establishing mouth disease prophylactic programmes

#### **The state of oral health among small children in Poland**

Epidemiological examinations of dental caries in Polish children have been conducted since 1997. For 15 years children in various age groups, including the youngest (pre-school) population, have been covered by Oral Health Condition Monitoring. Its results reveal that the incidence and intensity of dental caries have remained high. Despite the gradual improvement observed in the case of permanent teeth (12-year-olds), the condition of primary teeth has remained far from satisfactory, with dental caries being diagnosed in over 50% of three-year-old children and in 80.5% of seven-year-olds. These results point to dental care neglect, in terms of both prophylaxis and treatment, among the youngest population.

#### **The relationship between oral health and general state of health**

The oral cavity forms an integral part of the human body. Not only are oral disorders and inflammations likely to affect the general state of health of a child, but also acute and chronic diseases of other body organs influence the oral cavity's condition. Mouth examination can facilitate diagnosing certain infectious diseases and some potentially life-threatening systemic disorders.

#### **The role of health-oriented behaviour in preventing dental caries**

The development of dental caries is influenced by a number of factors, the most significant being an improper diet and hygiene-related habits. As regards the former, consuming large amounts of products containing so-called empty carbohydrates, eating sweet snacks between meals, and frequently drinking sweet beverages, appear to have the most adverse effects. Parents do not always know that dental care should begin in the first months of their children's lives. Parental teeth-cleaning supervision should continue until the child attains school age. Routine visits to the dentist are of the utmost importance, providing an opportunity not only to inspect the teeth's condition but also to promote a healthy lifestyle.

## **Dental issues in the National Health Programme**

The National Health Programme contains information regarding the principal development directions of the activities serving the purpose of improving the state of health of the Polish public. Between 2012 and 2016 dental issues have constituted the domain of Action 18 focused on the needs to and ways of reducing the incidence of dental caries. The implementation of these goals is to be continued in the upcoming years.

### **SECTION II**

## **Elements of dental caries prophylactic programmes**

### **The pre-prophylaxis of dental caries among pregnant women**

Pre-prophylaxis – the dental care programme addressed to expectant mothers – takes into consideration the objectives of ensuring the optimum development conditions of the foetal tooth buds (e.g. a balanced diet, vitamins and minerals) and reducing the level of cariogenic bacteria. The education of expectant parents forms an intrinsic element in the programme, aimed at shaping the relevant health-oriented attitude to dieting and hygiene, and raising the awareness of routine dental examinations.

### **The shaping of good eating and hygiene-related habits, conducive to dental health**

Health education in society plays a vital role in promoting health and healthy lifestyles. Also, in view of the potential dental problems, the shaping of health-oriented habits should begin as early as possible.

The family creates the environment in which the child receives basic education, including in the field of health (e.g. dieting and hygiene). The habits developed as part of family life form the basis of adult behaviour.

The educational system and healthcare, as well as the local community and government administration, further contribute to the state of health. Among the tools utilised in the educational process, the media have a prominent function, constituting the key educational vehicle displaying high effectiveness.

The cooperation of all entities participating in the educational process, aiming at disseminating coherent views on healthy lifestyles, seems to be an essential attitude-building factor.



## **Routine dental examinations at various child development stages**

As with overall child development, which is regularly checked by paediatricians, the condition of the mouth also requires routine monitoring by a dentist. This facilitates the supervising of the proper development of the oral cavity and teeth, detecting early pathological changes, and implementing tailored prophylactic and treatment measures.

## **Preventing injuries in the living environment of children**

Appropriate health-oriented behaviour not only constitutes the prerequisite to preventing teeth problems, but they also enable the combatting of head trauma consequences, especially within the mouth. Dental injuries often occur during sporting activities. The use of mouth guards will thus help to avoid...

## **The participation of medical staff in dental education**

Dentists, medical doctors and dental hygienists play a vital role in the shaping of the health-oriented behaviour of patients reporting for check-ups and treatment visits. A specific role is assigned to gynaecologists and obstetricians, whose direct contact with expectant mothers facilitates the conducting of educational measures as part of early dental caries prophylaxis, as well as to paediatricians who take care of children from their earliest days.

### **SECTION III**

## **Dental prophylaxis programmes in Poland**

In Poland, a number of dental prophylaxis programmes have been completed, or are currently under implementation, addressed to children, and to the environments and people shaping their health-oriented behaviour patterns. The addressees of these measures include medical staff, nursery and school teachers, parents, and carers. The strategy aimed at oral health promotion from the earliest years of human life reflects a concerted effort by central and local government bodies, and non-governmental organisations which, using the support of scientific associations, organise dental education activities intended to foster increased health awareness among the public.

## Health programmes within the Swiss Contribution framework

### **A review of health programmes within the Swiss Contribution framework**

The Swiss-Polish Cooperation Programme constitutes an instrument of non-returnable foreign aid granted to Poland and nine other Member States of the European Union, as part of four priorities. The “Health Protection” thematic area provides for the implementation of programmes related to preventing HCV infections, combatting addictions to alcohol, tobacco and psychoactive substances, and preventing overweight, obesity and chronic diseases, as well as eliminating dental caries in children.

## Autorzy



**prof. dr hab.  
n. med. Maria  
Borysewicz-  
Lewicka**

Profesor zwyczajny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Katedry i Kliniki Stomatologii Dziecięcej. Specjalista stomatologii zachowawczej i stomatologii dziecięcej. Członek Zarządu Pierre Fauchard Academy – Sekcji Polskiej. Członek Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia oraz członek Centralnej Komisji do spraw Stopni i Tytułów.

W 1995 roku na zaproszenie prezydenta miasta Poznania podjęła w ramach działalności Europejskiej Sieci Zdrowych Miast współpracę z Wydziałem Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania, której celem było opracowanie „Programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci i młodzieży w Poznaniu”. W kolejnych latach realizowała inne programy na zlecenie Urzędu Miasta Poznania, w tym szereg szkoleń i badań stomatologicznych w ramach działań profilaktycznych. Była konsultantem merytorycznym projektu „Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży z terenu miasta Gorzowa Wielkopolskiego” realizowanego ze środków MF EOG oraz konsultantem lokalnych stomatologicznych programów profilaktycznych w Lesznie, Toruniu i Śremie oraz innych miejscowościach. W latach 2006-2007 odpowiadała za przeprowadzenie ekspertyzy zleconej przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej pt. „Epidemiologiczna ocena zdrowia jamy ustnej dzieci niepełnosprawnych i przewlekle chorych”. Kierowała też badaniami stomatologicznymi w ramach Special Olympics Special Smile (Poznań 2002, Trzcianka 2005). Jest laureatką zespołowej nagrody ministra zdrowia.

Była twórcą i koordynatorem programu Live.Learn.Laugh. „Program stomatologicznej edukacji prozdrowotnej przyszłych rodziców” realizowanego przez Polskie Towarzystwo Stomatologiczne z funduszy Federation Dental International (2006-2007). Od 2012 roku w wyniku postępowania konkursowego powierzono jej funkcję przewodniczącej rady programowej projektu „Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców” współfinansowanego w latach 2012-2016 przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej.



**dr n. med.  
Joanna  
Chłapowska**

Specjalista stomatologii zachowawczej i dziecięcej. Starszy wykładowca w Katedrze i Klinice Stomatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Przewodzi zajęcia dydaktyczne dla studentów kierunków lekarsko-dentystycznego, higiena dentystyczna i technika dentystyczna m.in. z przedmiotów promocja zdrowia z elementami edukacji zdrowotnej oraz profilaktyka stomatologiczna – opieka nad kobietą ciężarną i małym dzieckiem.

Promotor i recenzent prac licencjackich na kierunku higiena dentystyczna i technika dentystyczna. Autor kilku rozdziałów podręcznika „Zarys pediatrii” dla studentów medycyny i lekarzy pediatrów.

W 1995 roku uczestniczyła w ogólnopolskich stomatologicznych badaniach epidemiologicznych przeprowadzonych na zlecenie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Zdrowotnej (pod patronatem WHO) w ramach programu resortowego „Epidemiologia chorób i wad narządu zucia wybranych grup wieku populacji polskiej”. Dwukrotnie (2010, 2011) uczestniczyła też w ogólnopolskich badaniach monitoringowych stanu zdrowia jamy ustnej (województwo lubuskie) wykonywanych na zlecenie Ministerstwa Zdrowia.

Brała udział w szeregu programów profilaktycznych przygotowanych przez Wydział Zdrowia Urzędu Miasta Poznania. W 2010 roku na zaproszenie władz miasta opracowała wyniki ewaluacji projektu „Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży z terenu miasta Gorzowa Wielkopolskiego” realizowanego ze środków MF EOG.

W ramach projektu „Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców” współfinansowanego przez szwajcarski program współpracy z nowymi krajami Unii Europejskiej przeprowadziła szereg szkoleń dla edukatorów poświęconych profilaktyce stomatologicznej i chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 3-5 lat. Ponadto była trenerem szkoleń medycznych z zakresu profilaktyki próchnicy zębów małych dzieci skierowanych do pielęgniarek oraz nauczycieli przedszkolnych i nauczania początkowego.

W latach 2002-2010 roku pełniła funkcję sekretarza Zarządu Głównego Sekcji Stomatologii Dziecięcej, obecnie jest przewodniczącą komisji rewizyjnej sekcji.



**dr n. med.**  
**Karolina**  
**Gerreth**

Absolwentka Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, specjalista w dziedzinie stomatologii dziecięcej. Adiunkt w Klinice Stomatologii Dziecięcej Katedry Stomatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Prowadzi zajęcia ze studentami polsko- i anglojęzycznymi.

Członek krajowych i zagranicznych towarzystw naukowych, takich jak PTS, PTSD, IADH, ACFF oraz Pierre Fauchard Academy. Pełni funkcję sekretarza rady programowej projektu „Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców” współfinansowanego przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej oraz ze środków Ministerstwa Zdrowia (2012-2016).

Prowadzi działalność naukową, szkoleniową i kliniczną. Promotor i recenzent prac licencjackich oraz recenzent publikacji w zagranicznych anglojęzycznych czasopiśmie naukowych. Tłumacz (z języka angielskiego) kilku rozdziałów książek o tematyce stomatologicznej.

W roku 2008 obroniła z wyróżnieniem pracę doktorską dotyczącą opieki stomatologicznej nad pacjentami niepełnosprawnymi i przewlekle chorymi (promotor: prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka). Laureatka nagród naukowych, m.in. w roku 2009 otrzymała Nagrodę Miasta Poznania za wyróżniającą się pracę doktorską. Brała udział w licznych stomatologicznych badaniach epidemiologicznych, w tym w ramach ekspertyzy Ministerstwa Zdrowia (2006-2007), zawodników olimpiad specjalnych (Poznań 2002, Trzcianka 2005), „Programu profilaktyki próchnicy u dzieci” (Poznań 2009), „Ogólnopolskiego monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań” (2010-2011), uczniów szkół podstawowych prowadzonych przez gminę Śrem (rok szkolny 2010/2011).

Odbyła zagraniczne staże naukowo-kliniczne w Niemczech (2005), Norwegii (2007) i w ramach programu Erasmus dla nauczycieli akademickich w Finlandii (2009) oraz we Francji (2014). Dwukrotnie uczestniczyła w wyprawach medycznych z pomocą humanitarną do Ośrodka Leczenia i Rehabilitacji Trądu (Korunalaya Leprosy Care Center) w Puri (Indie) (2001, 2003).



**dr n. med.**  
**Wiesław**  
**Krajewski**

Ukończył Oddział Stomatologiczny Akademii Medycznej w Gdańsku (1980). Specjalista drugiego stopnia stomatologii zachowawczej.

W codziennej pracy zajmuje się m.in. profilaktyką i edukacją zdrowotną. Od 1985 roku jest zaangażowany w nauczanie higienistek stomatologicznych. W roku 1989 jego praca została uhonorowana trzecią nagrodą w I Ogólnopolskim Konkursie Stomatologicznej Oświaty Zdrowotnej przeprowadzonym przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

W roku 1996 został członkiem Pierre Fauchard Academy – Sekcji Polskiej. Był członkiem komitetu redakcyjnego czasopisma „Higienistka Stomatologiczna”. Autor m.in. książek: „Zagadnienia współczesnej profilaktyki stomatologicznej. Higiena jamy ustnej”, „Podstawy profilaktyki stomatologicznej. Metodyka i środki” oraz „Zagadki o zębach”.

Jest autorem prac z dziedziny oświaty zdrowotnej i kształcenia higienistek stomatologicznych publikowanych w czasopiśmie „Przegląd Stomatologii Wieku Rozwojowego”, „Higienistka Stomatologiczna”, „Pielęgniarka i Położna”. Referaty na te tematy wygłaszała na VII Zjeździe Sekcji Stomatologii Dziecięcej PTS w Puławach oraz na III Ogólnopolskim Zjeździe Zespołów Stomatologicznych w Łodzi. Prowadził wykłady na temat profilaktyki stomatologicznej na konferencjach szkoleniowych dla lekarzy i średniego personelu stomatologicznego. W roku 2008 był kierownikiem naukowym szkolenia stomatologów „Wady wrodzone w praktyce stomatologicznej” w Otwocku. Występował z cyklem referatów na konferencjach „Architektki uśmiechu” w MSZ w Chełmie. Publikuje również artykuły o charakterze popularnonaukowym.

W roku 1998 na Akademii Medycznej w Lublinie obronił rozprawę doktorską „Promocja zdrowia jamy ustnej ze szczególnym uwzględnieniem stomatologicznej oświaty zdrowotnej”, uzyskując stopień doktora nauk medycznych. W roku 2001 zdobył statuetkę Eskulapa (nagroda dla najlepszego lekarza stomatologa województwa lubelskiego w ogólnopolskim plebiscycie Eskulap 2000). Jest członkiem-założycielem Stowarzyszenia Polski Klub Stomatologiczny.

W 2011 roku został uhonorowany wyróżnieniem Fortitudo et Sapientia za organizację i prowadzenie praktyki stomatologicznej łączącej i promującej humanizm oraz wysoki standard w dziedzinie usług medycznych.

Od 2012 roku jest jednym z redaktorów tematycznych czasopisma „Stomatologia Współczesna”. Członek honorowy Ukraińskiego Towarzystwa Periodontologicznego.



**dr n. med.  
Tamara  
Pawlaczyk-  
-Kamieńska**

Absolwentka Wydziału Lekarskiego II Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Adiunkt w Klinice Stomatologii Dziecięcej Katedry Stomatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Specjalista z zakresu stomatologii ogólnej oraz protetyki stomatologicznej.

Prowadzi zajęcia ze studentami polsko- i anglojęzycznymi; jest koordynatorem zajęć obowiązkowych oraz fakultatywnych prowadzonych w języku angielskim dla studentów stomatologii, medycyny oraz farmacji. Promotor oraz recenzent prac licencjackich na kierunkach technika dentystyczna oraz higiena dentystyczna Wydziału Lekarskiego II Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Laureatka indywidualnej nagrody naukowej rektora uniwersytetu medycznego za pracę doktorską „Wybrane cechy środowiska jamy ustnej u dzieci ze skłonnością do mineralizacji bakteryjnej płytki nazębnej”, zespołowej nagrody ministra zdrowia oraz innych nagród naukowych, m.in. CED Travel Award at the 76<sup>th</sup> IADR General Session in Nice France.

Autor licznych publikacji naukowych w czasopismach krajowych i zagranicznych. Współautor podręczników oraz skryptów dla studentów medycyny oraz studentów stomatologii. Tłumacz podręcznika „Stomatologia dziecięca – przypadki kliniczne” (autorzy: Evert van Amerongen, Maddelon de Jong-Lenters, Luc Marks, Jaap Veerkamp). Była twórcą materiałów edukacyjnych w ramach programu Live.Learn.Laugh. „Program stomatologicznej edukacji prozdrowotnej przyszłych rodziców” realizowanego przez Polskie Towarzystwo Stomatologiczne z funduszy Federation Dental International (2006-2007).

Uczestniczyła w stomatologicznych programach profilaktycznych realizowanych na zlecenie Urzędu Miasta Poznania.

Odbyła zagraniczne staże naukowe: Christian-Albrechts-Universität (Kilonia, Niemcy), The Ohio State University College of Dentistry. Członek towarzystw naukowych: PTS, PTSD, PTEM Sapiientia.

# Rozdział I

## Przesłanki tworzenia programów profilaktyki chorób jamy ustnej u dzieci





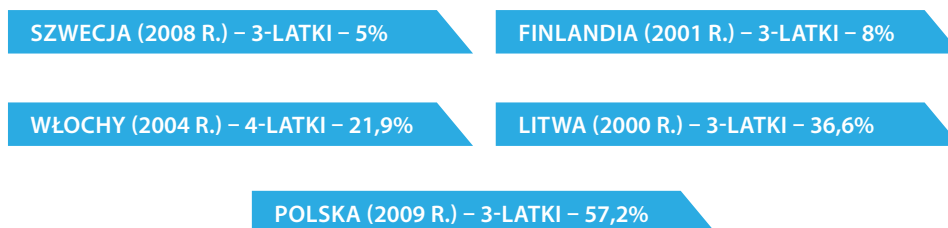
*Joanna Chłapowska*

## Stan zdrowia jamy ustnej małych dzieci w Polsce

Próchnica zębów wskazywana jest (obok wielu chorób ogólnoustrojowych) jako współczesna poważna choroba cywilizacyjna. W rankingach zapadalności Polska znajduje się na czołowych miejscach.

Pomimo podnoszenia poziomu świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki stomatologicznej, zwiększającej się liczby gabinetów oraz edukacji zdrowotnej społeczeństwa Polacy w badaniach epidemiologicznych dotyczących zdrowia jamy ustnej nadal wypadają słabo na tle mieszkańców innych krajów Europy. Niestety, wynika to przede wszystkim z niewiedzy oraz zaniedbań rodziców, którzy często bagatelizują znaczenie profilaktyki choroby próchnicowej zębów oraz nie dostrzegają potrzeby leczenia zębów mlecznych.

Dla przykładu poniżej przedstawiono dane dotyczące występowania choroby próchnicowej u małych dzieci w wybranych krajach europejskich:



Prowadzone w Polsce od 1997 roku badania epidemiologiczne i socjomedyczne objęły różne grupy wiekowe, a realizowany program „Monitoring stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej” umożliwił ocenę stanu jamy ustnej polskiego społeczeństwa.

Badania przeprowadzone zostały w populacji polskiej 6-, 12- i 18-latków (tzw. grupy indeksowe) oraz dzieci w wieku 3, 5, 11, 13 i 15 lat, 35-44-latków i 65-74-latków, a także u kobiet w ciąży.

**Wyniki prowadzonych badań zakończyły się negatywną oceną stanu zdrowia jamy ustnej najmłodszych dzieci**, wynikającą ze stwierdzenia wysokiej frekwencji (występowania) próchnicy zębów oraz jej intensywności (nasilenia). Ocenę tę potwierdzają badania socjomedyczne, które wskazują na zaniedbania dotyczące zachowań prozdrowotnych.

**OGÓLNOPOLSKI MONITORING ZDROWIA JAMY USTNEJ  
– WYNIKI BADAŃ DZIECI 3-LETNICH (LATA 2002 I 2009):**

- odsetek dzieci z chorobą próchnicową zębów wynosił 56,2% w roku 2002 i 57,2% w 2009 roku;
- chorobą próchnicową zębów u jednego dziecka objęte było średnio w 2002 roku 2,9 zęba mlecznego, a w roku 2009 – 2,7;
- wskaźnik leczenia zachowawczego (dotyczący poziomu leczenia choroby próchnicowej oraz efektywności opieki stomatologicznej) zarówno w roku 2002, jak i w 2009 roku wynosił 0,01 (im jest on wyższy, tym lepsza opieka; jego maksymalna wartość wynosi 1).

**OGÓLNOPOLSKI MONITORING ZDROWIA JAMY USTNEJ  
– WYNIKI BADAŃ DZIECI 5-LETNICH (ROK 2011):**

- odsetek dzieci z chorobą próchnicową wynosił 79,9%;
- chorobą próchnicową zębów u jednego dziecka objęte było średnio 5,07 zęba mlecznego i 0,03 zęba stałego;
- wskaźnik leczenia zachowawczego zębów wynosił 0,11;
- odsetek 5-latków z uszczelnionymi zębami mlecznymi i stałymi kształtował się na poziomie 0,6%.

**OGÓLNOPOLSKI MONITORING ZDROWIA JAMY USTNEJ  
– WYNIKI BADAŃ DZIECI 6-LETNICH (LATA 2008 I 2012):**

- częstość występowania próchnicy zębów wynosiła 85,4% w roku 2008 i 85,6% w 2012 roku;
- chorobą próchnicową zębów u jednego dziecka objęte było w 2008 roku średnio 5,06 zęba mlecznego, a w roku 2012 – 5,4 zęba mlecznego;
- wskaźnik leczenia zachowawczego wynosił 0,16 w 2008 roku i 0,23 w roku 2012.

Należy podkreślić, że w tej grupie wiekowej na przestrzeni 17 lat nastąpiła niewielka poprawa stanu zdrowia jamy ustnej, gdyż zwiększył się odsetek dzieci wolnych od próchnicy – w roku 1995 wynosił on 12,6%, natomiast w 2012 roku – 14,4%.



### OGÓLNOPOLSKI MONITORING ZDROWIA JAMY USTNEJ – WYNIKI BADAŃ DZIECI 7-LETNICH (LATA 2003 I 2011):

- częstość występowania próchnicy zarówno w roku 2003, jak i w 2011 roku wynosiła 90,5%;
- chorobą próchnicową zębów u jednego dziecka objęte było średnio 5,06 zęba mlecznego w 2003 roku i 5,62 zęba mlecznego w roku 2011;
- wskaźnik leczenia zachowawczego wynosił zarówno w roku 2003, jak i w 2011 roku 0,15 (uzębienie mleczne);
- odsetek 7-latków z uszczelnionymi zębami stałymi (lakowanie) kształtował się w roku 2011 na poziomie 16,4%.

Przedstawione dane potwierdzają, że nasilenie choroby próchnicowej (podobnie jak jej częstość) następuje wraz z wiekiem, osiągając w Polsce poziom około 90% u dzieci między 6. a 7. rokiem życia.

#### CELE DOTYCZĄCE ZDROWIA JAMY USTNEJ PRZEDSTAWIONE PRZEZ ŚWIATOWĄ ORGANIZACJĘ ZDROWIA (WHO) NA ROK 2015 OBEJMOWAŁY:

- ➔ zwiększenie do 60% odsetka 6-latków bez próchnicy;
- ➔ w przypadku odsetka dzieci 6-letnich bez próchnicy obniżenie o 20% (w stosunku do roku 2002) różnic między województwami;
- ➔ obniżenie do 2 średniej wartości DMFT (suma zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy oraz wypełnionych) u 12-latków;
- ➔ obniżenie o 30% (w stosunku do roku 2003) różnicy między województwami w nasileniu próchnicy zębów u 12-latków.

Oznacza to, że zgodnie z wynikami przedstawionych wcześniej badań epidemiologicznych poziom występowania próchnicy u dzieci w wieku 6 lat w Polsce w XXI wieku istotnie odbiega od tej wartości.

Niepokojące są szczególnie wysoka częstość i nasilenie próchnicy wczesnej (choroby atakującej uzębienie dzieci do 3. roku życia). Wynika to przede wszystkim z niewłaściwych nawyków dietetycznych i higienicznych oraz niezgłaszania się z małymi pacjentami na kontrolne wizyty stomatologiczne.



*Na rozwój choroby próchnicowej ma wpływ niska świadomość prozdrowotna rodziców małych dzieci.*

Z BADAŃ ANKIETOWYCH PRZEPROWADZONYCH W RAMACH OGÓLNOPOLSKIEGO PROGRAMU „MONITORING ZDROWIA JAMY USTNEJ” WYNIKA, ŻE:

- ➔ 50% dzieci codziennie spożywa słodczyce;
- ➔ 61,5% dzieci w wieku 3 lat nigdy nie było u lekarza dentysty;
- ➔ 37% dzieci w wieku 3 lat myje zęby 2 razy dziennie;
- ➔ 31% dzieci w wieku 3 lat myje zęby samodzielnie.

Tymczasem wielokrotnie dowiedziono, że przestrzeganie zasad dietetycznych, dbanie o higienę jamy ustnej i korzystanie z porad specjalistów może istotnie zmniejszyć ryzyko wystąpienia próchnicy. **Niezwykle ważna jest troska rodziców o stan zębów dzieci od najmłodszych lat.**

### OGÓLNOPOLSKI MONITORING ZDROWIA JAMY USTNEJ – WYNIKI BADAŃ DZIECI 12-LETNICH (LATA 2010 I 2012):

- odsetek dzieci z próchnicą zębów wynosił w 2010 roku 82,7%, a w roku 2012 – 79,6%;
- chorobą próchnicową zębów u jednego dziecka objęte było średnio 3,12 zęba stałego w 2010 roku i 3,5 zęba stałego w roku 2012;
- wskaźnik leczenia zachowawczego wynosił 0,53 w roku 2010 i 0,50 w 2012 roku.



DZIECIŃSTWO BEZ PRÓCHNICY TO SZCZĘŚLIWE DZIECIŃSTWO



Gromadzone w przeszłości dane epidemiologiczne dotyczące próchnicy zębów były wskazówką do planowania opieki stomatologicznej i opracowywania programów profilaktycznych, co wpłynęło na poprawę zdrowia jamy ustnej w krajach wysoko rozwiniętych.

**Cel Światowej Organizacji Zdrowia rekomendowany do realizacji do 2020 roku obejmuje m.in. zmniejszenie we wszystkich krajach europejskich odsetka dzieci 6-letnich bez próchnicy do 80% oraz liczby zębów objętych próchnicą u 12-latków do 1,5 zęba.** Cel ten został zaakceptowany przez najważniejsze organizacje zajmujące się problematyką zdrowia publicznego jamy ustnej: Międzynarodowe Towarzystwo Badań Stomatologicznych (IADR), Międzynarodową Federację Dentystryczną (FDI), Europejską Federację Wydziałów Stomatologii Uniwersytetów Medycznych (ADEE), Radę Głównych Stomatologów Krajów Europejskich (CECDO), Międzynarodowe Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (IAPD) oraz Europejskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego Jamy Ustnej (EADPH).



*Podsumowując, konieczna jest kontynuacja „Monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej”.*

Prowadzone w ramach programu badania epidemiologiczne i socjomedyczne umożliwiają nie tylko okresową ocenę występowania choroby próchnicowej, lecz także wyznaczenie kierunków podejmowanych programów edukacyjnych i działań profilaktycznych, które będą cechowały się największą skutecznością.

*Tamara Pawlaczyk-Kamieńska*

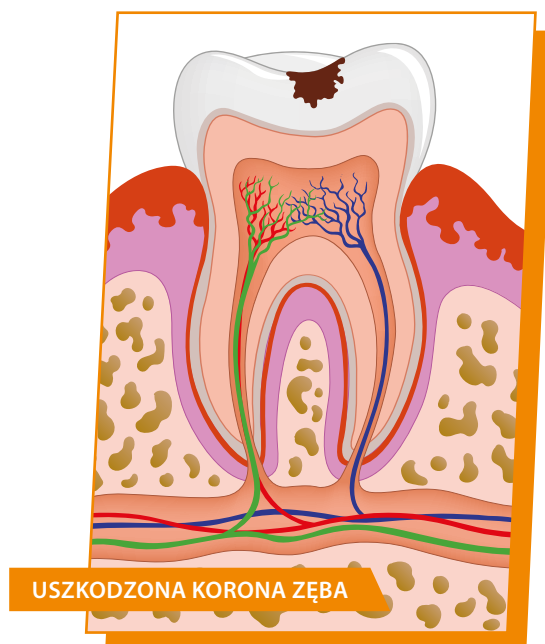
## Związki między zdrowiem jamy ustnej a ogólnym stanem zdrowia

Zdrowie jamy ustnej ma ogromny wpływ na dobre samopoczucie oraz na ogólny stan zdrowia – zarówno fizycznego, jak i psychicznego.



*Najczęstszą chorobą jamy ustnej u dzieci jest próchnica zębów.*

W tej grupie wiekowej cechą charakterystyczną jest istotna aktywność procesu chorobowego z mało widocznym obrazem klinicznym. Ponadto w zębach mlecznych dynamika próchnicy jest duża, a także obserwuje się szybkie powstawanie stanów zapalnych tkanek otaczających i związanych z nimi powikłań, takich jak ropień, przetoka lub obrzęk. Objawom tym może towarzyszyć ból, gorączka oraz ogólne złe samopoczucie dziecka.





PRZEWLEKŁY STAN ZAPALNY Z FORMUJĄCĄ SIĘ PRZETOKĄ NAD ZĘBEM GÓRNYM

**Zaawansowane stany chorobowe zębów mlecznych mogą być przyczyną uszkodzenia zawiązków zębów stałych.** Krótkie korzenie zębów mlecznych sprzyjają przenikaniu zakażenia do kości szczęk, a procesy chorobowe u dzieci szerzą się bardzo szybko, co jest spowodowane m.in. budową kości i nie w pełni ukształtowanym układem odpornościowym. Powikłania nieleczonej próchnicy mogą być przyczyną ostrych, bardzo bolesnych stanów zapalnych okolicznych tkanek, z obrzękiem oraz odczynem ogólnoustrojowym, wyrażających się niepokojem dziecka, nadmierną pobudliwością lub apatią, brakiem łaknienia, zaburzeniami snu, złym samopoczuciem, gorączką i dreszczami. Czasami dziecko nie skarży się na dolegliwości bólowe, ale na dźwięk widoczna jest ropna przetoka wskazująca na to, że w organizmie toczy się stan zapalny. Okoliczne węzły chłonne są powiększone, ale niebolesne.



OBRZĘK TWARZY U DZIECKA



*Stany zapalne mogą również przechodzić na rozwijający się zawiązek zęba stałego i prowadzić do jego uszkodzenia, co jest widoczne dopiero po wyrznięciu zęba.*

Powikłaniem nieleczzonej próchnicy zębów u dzieci – zarówno mlecznych, jak i stałych – może być zapalenie zatoki szczękowej. Jego cechą charakterystyczną jest rozwój tylko po jednej stronie twarzy, a typowym objawem – silny, rozpychający ból głowy zlokalizowany po chorej stronie, często w okolicy oczodołów i skroni. Mogą mu towarzyszyć nadwrażliwość na dotyk skóry twarzy oraz ból zębów.

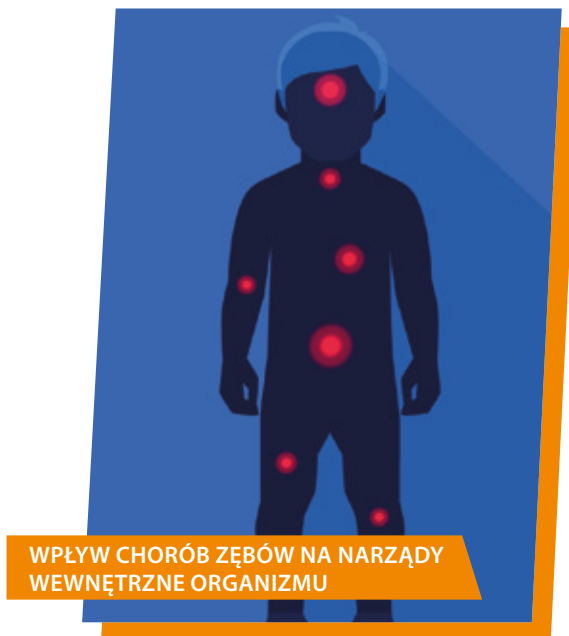


STAN ZAPALNY WOKÓŁ ZĘBA MLECZNEGO  
ZNISZCZONEGO CHOROBA PRÓCHNICOWĄ

Nieleczona próchnica zębów bywa przyczyną procesów patologicznych w nawet bardzo oddalonych narządach, a przy istniejących chorobach przewlekłych może prowadzić do ich zaostrzenia. **Chory ząb, nawet jeżeli nie powoduje dolegliwości, stanowi tzw. pierwotne ognisko zakażenia i może być źródłem oddziaływania bakteryjnego, toksycznego lub alergicznego na inne narządy.** Zatem ogniska zapalne, które znajdują się w jamie ustnej w postaci nieleczonych zębów, mogą prowadzić do rozsiania bakterii po całym organizmie, wywołując liczne powikłania, takie jak: bóle stawów, bóle mięśni, choroby serca, stany zapalne nerek i pęcherza moczowego, choroby układu pokarmowego, skóry lub oczu. Obserwowane dolegliwości i zmiany chorobowe w odległych narządach wymagają interwencji stomatologicznej. Lekarz dentysta powinien przeprowadzić dokładne badanie jamy ustnej oraz wykonać badania dodatkowe (np. rtg.), a następnie wyleczyć lub usunąć ząb, który stanowi źródło zakażenia.

Z uwagi na mniejszą odporność dzieci na infekcje, a także na ostry i gwałtowny przebieg chorób w okresie rozwojowym wszelkie działania lecznicze powinny być zdecydowane. W przypadku choroby reumatycznej, zapalenia wsierdza, zakrzepowo-zarostowego zapalenia naczyń krwionośnych, zapalenia kłębuszków nerkowych, chorób narządu wzroku lub chorób skóry wszystkie potencjalne ogniska infekcji należy wyeliminować. Wskazaniem do takiej interwencji są również planowane zabiegi chirurgiczne.

U dzieci z uzębieniem mlecznym eliminacja ognisk polega na usunięciu wszystkich zębów, które mogą być źródłem zakażenia. Czasami u dzieci i młodzieży problem stanowią także procesy patologiczne toczące się w zębach stałych. Również w tym przypadku należy rozważyć usunięcie zęba, mając na uwadze, że naraża to pacjenta na upośledzenie żucia, a często też na spore wydatki wynikające z konieczności leczenia protetycznego. Ostateczna decyzja lekarza poprzedzona jest jednak wieloma badaniami dodatkowymi, pozwalającymi na postawienie rozpoznania. Niezwykle istotnym elementem postępowania w przypadku występowania chorób dotyczących innych narządów jest profilaktyka chorób jamy ustnej.



WPŁYW CHORÓB ZĘBÓW NA NARZĄDY  
WEWNĘTRZNE ORGANIZMU



*Zniszczone próchnicą zęby, nieleczone korzenie bądź braki zębowe u dzieci i młodzieży upośledzają prawidłowy rozwój i funkcje jamy ustnej, a także szczęki i zuchwy, przyczyniając się m.in. do powstania lub nasilenia już istniejących wad zgryzu.*



Mogą również prowadzić do zaburzeń w rozwoju stawu skroniowo-żuchwowego, co w wieku dorosłym nierzadko skutkuje bólem, trzaskami czy nawet nawracającymi zwichnięciami stawu. Utrudniają także odgryzanie i żucie pokarmów. U dzieci z „problemami zębowymi” obserwuje się tzw. leniwe żucie, żucie po jednej stronie jamy ustnej, utrudnione połykanie oraz przyswajanie pokarmów. Konsekwencją tego mogą być problemy ze strony układu pokarmowego, jak przewlekłe, powtarzające się bóle brzucha, zahamowanie wzrostu lub spadek masy ciała dziecka. Ponadto zniszczone zęby, a także ich brak, szczególnie w odcinku przednim, mogą być przyczyną seplenia lub nieprawidłowej bądź niewyraźnej mowy. W następstwie powikłań próchnicy może dojść do zaburzeń żołądkowo-jelitowych, zahamowania wzrostu bądź przybierania na wadze, niskiej samooceny dziecka lub braku akceptacji przez rówieśników.



**BRAKI W UZĘBIENIU MLECZNYM**

Problemy z zębami to również problem natury estetycznej, co niekorzystnie wpływa na psychikę. Samopoczucie dzieci, które mają zniszczone zęby lub je utraciły (dotyczy to szczególnie zębów przednich), nie jest dobre. Czują się upośledzone, stają się nieśmiałe, nie nawiązują kontaktu z rówieśnikami lub go tracą, częściej też mają problemy w szkole. Może to prowadzić do urazu psychicznego powstającego w konsekwencji posiadania nieestetycznego uzębienia.



*Stan zdrowia jamy ustnej ma duży wpływ na zdrowie całego organizmu i przeciwnie – ogólna kondycja zdrowia oddziałuje na stan zdrowia jamy ustnej.*

Niepełnosprawność fizyczna bądź umysłowa dziecka może być przyczyną mniejszej sprawności manualnej, która utrudnia lub uniemożliwia samodzielne przeprowadzanie zabiegów higienicznych jamy ustnej. Może to skutkować zwiększoną





**DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ SĄ SZCZEGÓLNIENIE NARAŻONE NA ROZWÓJ PRÓCHNICY**

zapadalnością na próchnicę lub choroby dziąseł. W tych przypadkach na stan jamy ustnej mają wpływ nie same ograniczenia dziecka, ale przede wszystkim niezadawalający stan jego higieny, niepoddawanie się systematycznym badaniom kontrolnym i zabiegom profilaktycznym, a także niepodjęcie leczenia stomatologicznego na wczesnym etapie choroby zębów. **Tym samym niepełnosprawność dziecka nie jest czynnikiem sprawczym, ale predysponuje do większego zagrożenia wystąpieniem chorób jamy ustnej.** W zależności od stopnia ograniczeń fizycznych lub umysłowych zachowania prozdrowotne są uzależnione od osób sprawujących opiekę nad dziećmi. Często choroba dziecka i związane z nią codzienne obowiązki odsuwają na dalszy plan troskę o stan zdrowia jamy ustnej. Niestety, zaniechanie szczotkowania zębów i konieczność stosowania odpowiedniej diety sprzyjają rozwojowi próchnicy i chorób dziąseł, czasem dodatkowo powikłanych przerostem dziąseł w wyniku zażywania leków. Również oddychanie przez usta wpływa negatywnie na zęby oraz sprzyja powstawaniu stanów zapalnych błony śluzowej jamy ustnej i rozwojowi wad zgryzu. W tej grupie częściej dochodzi także do starcia zębów spowodowanego nawykiem zgrzytania nimi.

Warto podkreślić, że jama ustna jest integralną częścią organizmu i stanowi jego „zwierciadło”, w którym widoczne są zmiany chorobowe towarzyszące lub będące skutkiem istniejących chorób ogólnoustrojowych bądź ich leczenia. Badanie tej łatwo dostępnej części ciała jest nieinwazyjne i bezbolesne, a jednocześnie pozwala wykryć wczesne objawy problemów zdrowotnych związanych z nawet odległymi narządami. **U dzieci pozornie mało znaczące zmiany w jamie ustnej, szczególnie w błonie śluzowej, mogą wskazywać na choroby krwi, zaburzenia metaboliczne, endokrynologiczne, immunologiczne i inne zaburzenia układowe, a także towarzyszyć stanom obniżonej odporności lub niedoborom witamin.**

Zmiany w jamie ustnej mogą być wywołane infekcją wirusową, bakteryjną lub grzybiczą. Stan zapalny w postaci rozlanej, obejmującej całą powierzchnię błony śluzowej może towarzyszyć chorobom gorączkowym górnych dróg oddechowych pochodzenia bakteryjnego. Objawami klinicznymi są wówczas zaczerwienienia, obrzęk, pieczenie oraz nadwrażliwość podczas jedzenia. Czasami może im towarzyszyć nieprzyjemny zapach z ust.

### ZMIANY W JAMIE USTNEJ W PRZEBIEGU NIEKTÓRYCH CHOROÓB WIEKU DZIECIĘCEGO

W **płonicy** początkowo błona śluzowa jest zaczerwieniona i rozpulchniona, a po kilku dniach staje się malinowa. W **ospie** w większości przypadków zmiany w obrębie jamy ustnej zlokalizowane są głównie na podniebieniu i łukach podniebiennych. Najczęściej poprzedzają one wystąpienie zmian skórnych. Początkowo pojawiają się wypełnione białą treścią pęcherzyki, które szybko pękają, pozostawiając bolesne nadżerki. W przebiegu **odry** śluzówka jest obrzęknięta, matowa, a na błonie śluzowej policzków za zębami trzonowymi pojawiają się tzw. plamki Koplika, tj. wykwity o zabarwieniu niebieskobiałym wielkości łebka szpilki. Język jest zwykle pokryty grubym nalotem.



JĘZYK W PRZEBIEGU OSPY

### ZMIANY W JAMIE USTNEJ W PRZEBIEGU CUKRZYCY

U dzieci i młodzieży występuje niemal wyłącznie pierwszy typ cukrzycy. Głównymi objawami są zwiększone pragnienie i apetyt, wielomocz, spadek masy ciała,

cukromocz glukozowy i hyperglikemia. Przy dobrze kontrolowanej cukrzycy oraz wzorowej higienie zmiany w obrębie jamy ustnej są łagodne. Zagrożenie stanowią jednak okresy długotrwałego niewyrównania metabolicznego, kiedy to może dochodzić do charakterystycznych objawów, w tym zapalenia dziąseł, a w skrajnych przypadkach resorpcji kości wyrostka zębodołowego.

### ZMIANY W JAMIE USTNEJ W PRZEBIEGU ASTMY OSKRZELOWEJ

Astma oskrzelowa charakteryzuje się nadreaktywnością dróg oddechowych i stanem zapalnym oskrzeli, co prowadzi – w odpowiedzi na czynnik drażniący – do ataków duszności i kaszlu. Dzieci często oddychają przez usta, co predysponuje do wystąpienia stanów zapalnych jamy ustnej, dziąsła oraz powiększanie tkanki dziąseł w przednim odcinku łuku zębowego. Stosowane leki oraz oddychanie przez usta sprzyjają częstym infekcjom tkanek jamy ustnej.



**NIEKTÓRE LEKI SPRZYJAJĄ USZKODZENIOM SZKLIWA ZĘBOWEGO**

### ZMIANY W JAMIE USTNEJ W PRZEBIEGU INNYCH CHOROÓB

Zmiany w jamie ustnej w **chorobach nerek** mogą być związane z niedokrwistością i początkowo objawiać się błądnością błony śluzowej. W przewlekłej niewydolności nerek obserwuje się zwiększoną podatność na zakażenie oraz upośledzenie gojenia ran.

Zmiany w jamie ustnej związane z **alergi** dotyczą zwykle błony śluzowej warg, policzków, języka oraz podniebienia miękkiego. Mogą występować pod postacią pokrzywki, tj. różnej wielkości pęcherzy, lub w postaci obrzęku naczyńioruchowego. Przyczyną są alergeny lekowe lub pokarmowe.



*Wiele chorób ogólnoustrojowych oraz zespołów chorobowych na skutek szybkiej reakcji tkanek przyzębia na działanie czynnika uszkadzającego, jakim są bakterie występujące w jamie ustnej przy nawet najmniejszych zaniedbaniach higienicznych, wywołuje stany zapalne dziąseł.*

Zmiany te cechują się dużym dynamizmem i często są bardzo odporne w leczeniu. Najważniejszym i chyba najprostszym zabiegiem profilaktycznym jest systematyczne, codzienne szczotkowanie zębów. Pozwoli to chorym dzieciom na zachowanie zdrowej jamy ustnej, pięknego uśmiechu, ale przede wszystkim uniknięcie bólu zębów, dziąseł oraz nieprzyjemnych zabiegów stomatologicznych. Dbanie o zdrowie jamy ustnej to nic innego, jak troszczenie się o zdrowie całego organizmu.



**SZCZOTKOWANIE ZĘBÓW TO PODSTAWA ZDROWIA**

*Joanna Chłapowska, Wiesław Krajewski*

## Rola zachowań prozdrowotnych w przeciwdziałaniu chorobie próchnicowej zębów

Na zdrowie ogromny wpływ mają styl życia i zachowania zdrowotne. Wśród czynników, które ogrywiają mniejszą rolę w jego utrzymaniu (według Lalonde'a), są środowisko fizyczne, czynniki genetyczne, ale przede wszystkim działalność służby zdrowia.

Zachowania prozdrowotne (sprzyjające zdrowiu) to postępowanie, które pośrednio lub bezpośrednio wpływa na ochronę zdrowia lub jego poprawę.

W odniesieniu do próchnicy zębów pod pojęciem tym rozumiemy **przestrzeganie zaleceń dotyczących diety, dbanie o higienę jamy ustnej, wzmacnianie tkanek poprzez stosowanie związków fluoru oraz regularne kontrole uzębienia**. W zapobieganiu próchnicy zębów istotną rolę odgrywają również profesjonalne zabiegi wykonywane w gabinecie stomatologicznym, takie jak lakowanie i lakierowanie zębów. **Nie należy też zapominać o edukacji zdrowotnej pacjentów, która jest ważnym elementem profilaktyki**. W odniesieniu do osób w wieku rozwojowym powinna ona obejmować zarówno dzieci, jak i ich rodziców oraz opiekunów. Wszystkie te składowe są kluczowymi czynnikami służącymi utrzymaniu zdrowego uzębienia u dziecka, a w przyszłości również osób dorosłych.



*Dziecko, szczególnie małe, jest zależne od rodziców i opiekunów – dlatego to na nich spoczywa wykształcenie i utrwalanie u niego zasad postępowania prozdrowotnego.*

**Mówiąc o zapobieganiu chorobie próchnicowej u dzieci, należy podkreślić, że działaniami (tzw. preprofilaktyką) powinny zostać objęte już kobiety w ciąży**. Głównym zadaniem lekarza dentystry jest przeprowadzenie sanacji jamy ustnej polegającej na usunięciu wszystkich ognisk próchnicy, a więc wyleczeniu ubytków oraz wyeliminowaniu stanów zapalnych dziąseł i przyzębia. Działania te zmagają do obniżenia poziomu bakterii próchnicotwórczych w ślinie matki, które mogą nie tylko negatywnie wpływać na przebieg ciąży, ale po narodzinach dziecka stać się zagrożeniem dla zdrowia jego jamy ustnej. **Im mniejsze miano bakterii w ślinie matki, tym później dochodzi do ich kolonizowania (zasiedlenia) w jamie ustnej dziecka**. Zagadnienie to zostało również omówione w rozdziale II.

Po porodzie należy kontynuować działania profilaktyczne (preprofilaktyka postnatalna). Powinny one skupiać się na zdrowiu jamy ustnej matki, higienie i ocenie ryzyka próchnicy u dziecka, a także na opracowaniu dla nich i wdrożeniu programów profilaktyczno-leczniczych.

Podstawowym celem działań profilaktycznych u najmłodszych dzieci jest **opóźnienie zasiedlenia jamy ustnej dziecka przez bakterie próchnicotwórcze**, których głównym źródłem jest jama ustna matki, członków rodziny oraz osób opiekujących się niemowlęciem. Kolonizacja następuje zwykle między 19. a 31. miesiącem życia, a nawet wcześniej, gdy dziecko nie ma jeszcze zębów. Przekazywanie drobnoustrojów można zminimalizować poprzez stosowanie przez osoby z otoczenia dziecka zaleceń higienicznych. **Należy bezwzględnie wystrzegać się obliżywania dziecięcych smoczków, używania tych samych sztućców oraz całowania dziecka w usta.**



SMOCZEK TO ŹRÓDŁO PRZENOSZENIA BAKTERII PRÓCHNICOTWÓRCZYCH

Pod koniec 1. roku życia dziecka posiłki płynne powinny być częściowo zastąpione pokarmami stałymi. Nie należy podawać słodkich przekąsek – a w ich zamian warzywa, owoce i pieczywo.

Konieczne jest także **ograniczenie karmienia nocnego** (mleko, kaszka) oraz przede wszystkim podawania słodkich napojów (słodzona herbata) lub soków owocowych. Zwyczajnie te są jednym z głównych czynników przyczyniających się do rozwoju **tzw. próchnicy butelkowej**, która objawia się w postaci zmian przy dziąsłach na powierzchniach wargowych zębów górnych.

**W 2. roku życia dziecka należy zminimalizować częstość podawania pokarmu butelką oraz karmienia piersią.** Dziecko w tym wieku powinno spożywać nie więcej



**SŁODKIE NAPOJE SĄ PRZYCZYNĄ  
TZW. PRÓCHNICY BUTELKOWEJ**

niż 5 posiłków oraz maksymalnie 2 przekąski (warzywa, owoce). Należy wprowadzić pokarmy twarde, nierozdrobnione, wymagające gryzienia. Żucie pobudza wydzielanie śliny, a jednocześnie korzystnie wpływa na rozwój szczęk. Niezalecane są pokarmy o konsystencji papkowatej, kleistej, gdyż przylepiają się do powierzchni zębów, a dłuższy kontakt z nimi może prowadzić do demineralizacji (uszkodzenia) szkliwa.

**Jadłospis dziecka powyżej 2. roku życia składa się z 5 posiłków dziennie. Istotne jest przestrzeganie zasady, aby kolejny posiłek był spożywany najwcześniej po upływie 2 godzin od poprzedniego, bez podjadania pomiędzy nimi.** Zachowanie przerwy jest potrzebne do zubożenia kwaśnego odczynu śliny, a następnie naprawy początkowych uszkodzeń szkliwa (remineralizacja). Czas, w jakim po spożyciu posiłku pH znajduje się na niebezpiecznym dla powierzchni szkliwa poziomie, wynosi około 30 minut (zależy m.in. od rodzaju spożytego pokarmu).



**JUŻ NAJMŁODSZE DZIECKO NALEŻY ZACHĘCAĆ  
DO KORZYSTANIA Z ŁYŻECZKI**



Dzieci starsze powinny otrzymywać posiłki w określonych porach dnia i również unikać spożywania przekąsek. Należy im podawać pokarmy o twardej konsystencji, a unikać papkowatych i kleistych, gdyż dłużej zalegają w jamie ustnej, przez co mają większy potencjalny wpływ na rozwój zmian próchnicowych. Zaleca się, aby słodczyce podawać bezpośrednio po głównym posiłku, a nie pomiędzy posiłkami. Korzystne jest też ustalenie z dzieckiem konkretnego dnia, w którym słodczyce są dozwolone. Ważne, aby nie miało ono swobodnego dostępu do słodkich przekąsek, to rodzice i opiekunowie muszą kontrolować ich spożywanie.



Już od pierwszych chwil życia należy przyzwyczaić dziecko do picia wody niegazowanej. Gaszenie pragnienia napojami zawierającymi cukier (np. słodzoną herbatą, sokami owocowymi) powoduje, że pH środowiska jamy ustnej obniża się w kierunku kwaśnego. Częste zmiany jego wartości prowadzą zaś do demineralizacji (odwapnienia) szkliwa i stworzenia warunków sprzyjających próchnicy. U dzieci, które piją soki owocowe i gazowane napoje smakowe, może ponadto dojść do uszkodzenia (rozpuszczania) szkliwa o charakterze erozji (ubytki powstające bez udziału bakterii).



### ***Pamiętajmy!***

*Najlepszym napojem jest niegazowana woda. Soki owocowe należy spożywać w towarzystwie głównych posiłków, rezygnując z nich zwłaszcza przed snem i w nocy. Należy zrezygnować z napojów gazowanych i słodkich.*



Zachowaniem prozdrowotnym, które ma na celu przeciwdziałanie chorobie próchnicowej (oprócz przestrzegania zaleceń dietycznych), jest także **systematyczne wykonywanie zabiegów higienicznych w jamie ustnej**.

Utrzymywanie higieny jamy ustnej należy rozpocząć w pierwszych miesiącach życia dziecka, jeszcze przed wyrżnięciem zębów mlecznych. **Istotne jest, aby jak najwcześniej przyzwyczajać dziecko do manipulacji w jamie ustnej**. Konieczne jest przemywanie błony śluzowej oraz wałów dziąsłowych zwilżonym w przegotowanej wodzie lub roztworze rumianku gazikiem nawiniętym na palec, specjalnym naparstkiem z mikrofibry lub silikonową szczoteczką zakładaną na palec. Zabieg ten należy bezwzględnie wykonać przed nocnym spoczynkiem dziecka. Rodzice nie powinni zniechęcać się i rezygnować z niego, gdy dziecko nie chce otworzyć buzi – próbę należy podjąć ponownie po kilku dniach.



NAKLADKA NA PALEC UŁATWIA OCZYSZCZANIE ZĘBÓW NAJMŁODSZYCH

**Przeprowadzanie zabiegów higienicznych w jamie ustnej należy kontynuować z chwilą pojawienia się pierwszego zęba**. Początkowo można poprzestać na przemywaniu zębów gazikiem lub korzystaniu z silikonowej nakładki. Po wyrżnięciu pierwszych zębów trzonowych (13.-19. miesiąc życia) do ich oczyszczania powinna zostać wprowadzona manualna szczoteczka z małą zaokrągloną główką i miękkim włosiem. Można też korzystać ze szczoteczki elektrycznej przeznaczonej dla dzieci do 3. roku życia. **Zaleca się oczyszczanie zębów dwa razy dziennie z użyciem pasty zawierającej fluor**. Do 2. roku życia ilość nakładanej pasty powinna być minimalna (muśnięcie włosia, ziarnko ryżu), ponieważ w tym wieku dzieci nie potrafią jeszcze wypluwać ani płukać ust. Nadmierne polykanie pasty może skutkować zaburzeniami ze strony układu pokarmowego – należy usunąć jej resztki z jamy ustnej za pomocą wilgotnego gazika (do 2. roku życia dziecka).



ILOŚĆ PASTY POWINNA BYĆ DOSTOSOWANA DO WIEKU DZIECKA



### **Pamiętajmy!**

*Zgodnie z zaleceniami ekspertów pasta przeznaczona dla najmłodszych dzieci (do 2. roku życia) powinna zawierać 1000 ppm F (kiedy mycie zębów odbywa się pod ścisłym nadzorem rodziców) lub 500 ppm F (jeśli rodzice nie kontrolują zabiegu szczotkowania zębów). Dzieci pomiędzy 3. a 6. rokiem życia mogą stosować pastę o zawartości 1000 ppm F w ilości połowy ziarnka groszku, a starsze (powyżej 6 lat) pastę dla dorosłych 1450 ppm F w ilości ziarnka groszku (1 mg/l = 1 ppm). Stosowanie pasty z fluorem przez dzieci do czasu osiągnięcia wieku szkolnego powinno być kontrolowane przez rodziców.*

Trudno oczekiwać, aby dziecko, zwłaszcza najmłodsze, potrafiło samodzielnie prawidłowo oczyścić zęby. To rodzice i opiekunowie muszą mu udzielać pomocy w tej czynności aż do 6. roku życia, a czasami dłużej. **Aby zachęcić dziecko do szczotkowania, można wykonywać ten zabieg wspólnie – rodzice są dla dziecka autorytetem i ich przykład działa na nie mobilizująco (naśladownictwo).** Ważne, aby zwrócić uwagę na konieczność oczyszczania nie tylko zębów przednich, lecz także tych znajdujących się z tyłu (zęby trzonowe), ponieważ zalegające w ich głębokich bruzdach bakterie sprzyjają powstawaniu zmian próchnicowych. Szczotkowanie powinno objąć również powierzchnie wewnętrzne (językowe i podniebienne). Małe dzieci szczotkują zęby, wykonując ruchy okrężne (metoda Fonesa), natomiast dla starszych efektywniejsza jest metoda obrotowo-wymiatająca, tzw. roll. **Około 6. roku życia należy zwrócić uwagę na wyrzynające się (za ostatnim zębem mlecznym) pierwsze zęby trzonowe stałe i ich prawidłowe oczyszczanie.** Rodzice i opiekunowie często nie mają świadomości, że w tym wieku najczęściej rozpoczyna się drugie ząbkowanie.



WSPARCIE OPIEKUNÓW JEST WARUNKIEM  
DOBREJ HIGIENY JAMY USTNEJ

Szczotkowanie zębów nie jest jedyną metodą higieny jamy ustnej. Od 6. roku życia dzieci mogą stosować płukanki, a od 8. roku życia szczoteczki i skrobaczki do języka. Miejscami trudnymi do oczyszczenia za pomocą tradycyjnej szczoteczki są też przestrzenie międzyzębowe. W tym przypadku dobre efekty można uzyskać, stosując dodatkowe środki do higieny, tj. nici, taśmy dentystyczne, szczoteczki międzyzębowe. Akcesoriami tymi potrafią posługiwać się dzieci w wieku 8-10 lat, mogą też je stosować rodzice u dzieci młodszych.



*Tylko systematyczne, prawidłowe oczyszczanie zębów pozwala na utrzymanie liczby szkodliwych bakterii w jamie ustnej na niskim poziomie. To jeden z warunków zapobiegania chorobie próchnicowej.*

**Na pierwszą wizytę kontrolną należy zgłosić się z dzieckiem między 6. a 12. miesiącem życia** (po wyrżnięciu się pierwszych zębów mlecznych). Niedopuszczalne jest odwołanie wizyty do czasu wystąpienia dolegliwości bólowych.

Pierwsza wizyta jest okazją do przekazania rodzicom podstawowych zasad z zakresu żywienia i przeprowadzania zabiegów higienicznych. Powinna ona mieć charakter adaptacyjny. Lekarz dentysta ocenia stan zdrowia i higieny jamy ustnej dziecka oraz prawidłowość procesu wyrzynania zębów, a także planuje wykonywanie zabiegów profilaktycznych (domowe, profesjonalne). Należy pamiętać, że regularne wizyty od wczesnych lat życia pozwalają dziecku „oswoić się” z gabinetem i ułatwiają nawiązanie kontaktu z lekarzem dentystą.



*Regularne kontrole stanu zdrowia zębów i jamy ustnej są istotnym elementem zapobiegania próchnicy.*

**Kolejne wizyty powinny odbywać się co 3-6 miesięcy, w zależności od ryzyka próchnicy i ogólnego stanu zdrowia dziecka.** Choroba próchnicowa u dzieci rozwija się istotnie szybciej niż u osób dorosłych, dlatego konieczne jest przeprowadzanie częstszych kontroli uzębienia.



**KONTROLE UZĘBIENIA DZIECI POWINNY BYĆ CZĘSTSZE NIŻ DOROSŁYCH**

Wizyty kontrolne są też okazją do przeprowadzenia zabiegów profilaktycznych, które służą wzmocnieniu tkanek zęba. Oprócz oczyszczania zębów z nalotu u dzieci do 6. roku życia można wykonać lakierowanie zębów. Jest to metoda polegająca na bezpośrednim nałożeniu preparatów fluorkowych w postaci lakierów na powierzchnie zębów (profilaktyka egzogenna). W zależności od stanu uzębienia i stopnia ryzyka próchnicy wskazane jest powtarzanie zabiegu 2-4 razy w ciągu roku.



**LAKIEROWANIE CHRONI ZĘBY PRZED PRÓCHNICĄ**

U małych dzieci możliwe jest także przeprowadzenie zabiegu lakowania zębów trzonowych mlecznych. Polega on na wypełnieniu bruzd i zagłębień na powierzchni szkliwa specjalnym materiałem, który odizolowuje je od środowiska jamy ustnej, zabezpieczając tym samym przed czynnikami wywołującymi próchnicę. **Wskazane jest też pokrycie bruzd w pierwszych zębach trzonowych stałych (tzw. szóstki) krótko po ich wyrznięciu (5.-6. rok życia), zwłaszcza u dzieci z wysokim ryzykiem próchnicy.**

Zdrowie jamy ustnej w największym stopniu zależy od nas samych, od tego, czy chcemy i potrafimy do niego dążyć, od naszej świadomości i odpowiedzialności. Natomiast stan zdrowia jamy ustnej dzieci jest warunkowany zachowaniami prozdrowotnymi rodziców, ich wiedzą i konsekwencją w promowaniu właściwych nawyków u podopiecznych.



*Maria Borysewicz-Lewicka*

## Problematyka stomatologiczna w Narodowym Programie Zdrowia

**„Narodowy Program Zdrowia uwzględnia główne kierunki polityki zdrowotnej i stwarza szanse na bardziej skuteczną realizację zadań związanych ze zdrowiem społeczeństwa. Podstawowym warunkiem osiągnięcia celów NPZ jest włączenie się do ich realizacji organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych, a przede wszystkim samorządów, społeczności lokalnych i samych obywateli”.**

**(NPZ na lata 2007-2015, załącznik do uchwały nr 90/2007  
Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 roku)**

Opublikowanie dokumentu „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” stanowiło w 1990 roku w Polsce impuls do opracowania Narodowego Programu Zdrowia. Był on odpowiedzią na strategię przedstawioną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i jednoczył wysiłki administracji rządowej, organizacji pozarządowych, a także społeczności lokalnych w kierunku ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia polskiego społeczeństwa.

W kolejnych latach w dokumentach odnoszących się do realizacji założeń rozwoju opieki stomatologicznej w Polsce zawarte zostały cele operacyjne poświęcone działaniom ukierunkowanym m.in. na intensyfikację profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży. Planowanie takich działań było wynikiem alarmujących wyników uzyskanych w prowadzonych równolegle stomatologicznych badaniach epidemiologicznych. Badania te wykazały zły stan zdrowia uzębienia populacji we wszystkich grupach wiekowych, wyrażający się wysoką frekwencją i intensywnością próchnicy, a także dużym odsetkiem osób z chorobami przyzębia i brakami zębowymi.

Podczas tworzenia celów strategicznych i operacyjnych NPZ duży nacisk został położony na szeroko zakrojoną edukację, z uwzględnieniem wpływających z niej korzyści społecznych, zdrowotnych, prawnych i profilaktycznych.

**W przypadku stomatologicznych programów prozdrowotnych najwyższa skuteczność w dalekiej perspektywie uzyskiwana jest w odniesieniu do najmłodszej części społeczeństwa.** Stąd też strategie profilaktyczne powinny być adresowane szczególnie do dzieci i młodzieży. Promocja zdrowia i edukacja w tym wieku przynosi efekty nie tylko w postaci poprawy stanu uzębienia również

w przyszłości, ale też minimalizuje ewentualny negatywny wpływ tych chorób na ogólny stan zdrowia oraz rozwój człowieka i społeczeństwa.

Cele operacyjne NPZ na lata 2007-2015 oraz te zawarte we wcześniejszych jego edycjach kierowane są także do kobiet w ciąży i młodych matek (poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem). Podkreśla się też cele zmierzające do niwelowania nierówności w stanie zdrowia wynikających z różnic społecznych i terytorialnych.



Różnice społeczne i terytorialne w stanie zdrowia populacji powinny kierować działania na ich zmniejszenie lub eliminację, co było jednym ze strategicznych celów zdrowotnych w publicznym systemie opieki medycznej.

Wśród zadań zwrócono także uwagę na poprawę dostępu dzieci i młodzieży do świadczeń stomatologicznych oraz wprowadzenie lub zintensyfikowanie edukacji w zakresie zdrowia jamy ustnej wśród rodziców i dzieci do 7. roku życia oraz dzieci i młodzieży szkolnej.

Narodowy Program Zdrowia zaplanowany na lata 2016-2020 w swej części odnoszącej się do zagadnień stomatologicznych stanowi kontynuację działań przy ścisłej współpracy międzysektorowej.



## Rozdział II

### Elementy programów profilaktyki choroby próchnicowej zębów



*Joanna Chłapowska*

## Preprofilaktyka próchnicy zębów u kobiet w ciąży

Okres ciąży to czas, kiedy u kobiety zachodzi wiele zmian dostosowujących ciało i organizm przyszłej matki do potrzeb rozwijającego się płodu.



W czasie ciąży występuje wiele charakterystycznych objawów, wśród których są wymioty i nudności oraz refluks żołądkowo-przełykowy. Mogą one negatywnie wpływać na zdrowie jamy ustnej, gdyż sprzyjają rozwojowi choroby próchnicowej zębów oraz erozji powierzchni szkliwa (rozpuszczanie tkanek zęba).



*Przyszła matka powinna pamiętać, że dbając o własne zdrowie, zapewnia prawidłowy rozwój swojego dziecka.*

Dowodzono, że stan zdrowia jamy ustnej kobiety w ciąży ma wpływ na jej przebieg oraz wzrastanie płodu.

U większości kobiet w ciąży wahania poziomów hormonów prowadzą do wystąpienia zapaleń dziąseł i przyzębia, które manifestują się zaczerwienieniem, obrzękiem

oraz krwawieniem (zapalenie ciążyowe dziąseł). U niektórych kobiet może pojawić się tzw. guz ciążyowy. Jest to zmiana o zabarwieniu różowym, czerwonym lub fioletowym niedająca dolegliwości bólowych. Po porodzie zwykle samoistnie zanika, choć niekiedy może wymagać interwencji chirurgicznej (kiedy wywołuje uciążliwe krwawienie).

Obserwowana u kobiet w ciąży większa skłonność do rozwoju próchnicy wynika ze zmiany ilości i składu śliny, w wyniku czego warunki środowiska jamy ustnej są inne niż przed ciążą. Obniża się pH śliny, którego wartość u przyszłych matek spada poniżej 7 (odczyn kwaśny), natomiast zwiększa się zawartość w niej mucyny, na skutek czego staje się ona bardziej lepka, co sprzyja przyleganiu bakterii i resztek pokarmowych do powierzchni zębów (płytką nazębna).

**Niezwykle istotnymi czynnikami, które są odpowiedzialne za nagłe pojawienie się ubytków próchnicowych i problemów z dziąsłami, są niekorzystne zmiany w zwyczajach żywieniowych oraz higienicznych.** Przyszłe matki częściej spożywają produkty węglowodanowe oraz podjadają między posiłkami głównymi, zwłaszcza słodkie. **Dieta bogata w cukry wpływa na mniejszą odporność na próchnicę zębów u dziecka w przyszłości.** W dodatku kobiety w ciąży niezadają sobie trudu przy wykonywaniu zabiegów higienicznych. Dzieje się tak ze względu na obawę przed nasileniem stanu zapalnego dziąseł objawiającego się krwawieniem podczas szczotkowania (tzw. objaw różowej szczoteczki) lub odruchu wymiotnego podczas oczyszczania najdalej położonych zębów.



**PRZYSZŁE MATKI SĄ SZCZEGÓLNI  
NARAŻONE NA ROZWÓJ PRÓCHNICY**

**Wiele kobiet w okresie ciąży nie zdaje sobie sprawy, że przedstawione czynniki mają negatywny wpływ nie tylko na zdrowie ich jamy ustnej, ale również dziecka.** Jest to tzw. **preprofilaktyka** (zadbanie o zęby matki i innych osób z otoczenia dziecka jeszcze przed jego pojawieniem się na świecie).

Próchnica zębów uważana jest za chorobę zakaźną, bakterie próchnicotwórcze są przekazywane dziecku przez matkę i opiekunów. Dlatego tak ważne jest wyleczenie zębów i przestrzeganie zasad higieny przez osoby z najbliższego otoczenia malucha. **Aby zapobiec wczesnym zakażeniom jamy ustnej bakteriami, konieczne jest wyeliminowanie u kobiety w ciąży wszystkich ognisk próchnicy (ubytki w zębach) oraz stanu zapalnego dziąseł.** Jest to istotne, gdyż rozwój zębów dziecka rozpoczyna się już w 4.-6. tygodniu życia płodowego – zatem wszystkie stany chorobowe oraz niedobory i nieprawidłowości występujące w czasie ciąży u kobiety mogą mieć wpływ na prawidłowy rozwój zawiązków zębowych i odporność tkanek na choroby u dziecka w przyszłości.



*Preprofilaktyka polega na stworzeniu jak najlepszych warunków do rozwoju zębów.*

Istotne jest, aby u matki zredukować liczbę bakterii odpowiedzialnych za rozwój próchnicy zębów, gdyż to uchroni jamę ustną dziecka przed wczesną infekcją. Równie ważne jest skoncentrowanie się na wykształceniu właściwych nawyków żywieniowych u matki i dziecka. Dlatego w ramach preprofilaktyki prowadzona jest edukacja wśród rodziców oczekujących potomstwa, specjalistyczną opieką stomatologiczną obejmuje się również ich najbliższe otoczenie, zaś po porodzie także matkę i dziecko.



**KSZTAŁTOWANIE WŁAŚCIWYCH NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH NALEŻY ROZPOCZĄĆ OD NARODZIN**

Część kobiet w ciąży nie dostrzega potrzeby odbycia wizyty kontrolnej u lekarza dentyisty. Świadczy to o ich niewystarczającej wiedzy na temat znaczenia opieki stomatologicznej w czasie ciąży. Należy podkreślić, że w ramach publicznej opieki zdro-

wotnej kobiety w ciąży i w okresie połogu (6 tygodni po porodzie) mogą bezpłatnie wykonać wiele zabiegów stomatologicznych.

**Programy edukacyjne skierowane do kobiet w ciąży podnoszą świadomość przyszłych matek w zakresie higieny jamy ustnej, podkreślając konieczność przestrzegania prawidłowych zachowań dietetycznych, bezpieczeństwa przeprowadzania zabiegów leczniczych w tym okresie, a także istnienia związku pomiędzy stanem jamy ustnej rodziców a zdrowiem dziecka.** Niemniej jednak nadal wiele kobiet pomimo posiadanej wiedzy nie stosuje jej w praktyce.



### EDUKACJA PROZDROWOTNA PRZYSZŁYCH RODZICÓW SKUPIA SIĘ NA:

- ➔ poinformowaniu o drogach przenoszenia bakterii wywołujących chorobę próchnicową zębów,
- ➔ podkreśleniu konieczności przeprowadzania zabiegów higienicznych u matki i dziecka z wykorzystaniem środków zawierających fluor i ksylitol,
- ➔ podkreśleniu znaczenia prawidłowego odżywiania – zarówno matki, jak i dziecka,
- ➔ wyjaśnieniu znaczenia zachowania zdrowych zębów mlecznych dla dalszego rozwoju dziecka,
- ➔ zachęceniu rodziców do wczesnego zgłaszania się z dzieckiem do lekarza dentysty i regularnych wizyt kontrolnych.



### **Pamiętajmy!**

*Nie należy całować dziecka w usta, oblizywać smoczków i jeść wspólnymi sztućcami.*





**NIGDY NIE NALEŻY OBLIZYWAĆ  
DZIECIĘCEGO SMOCZKA**

**ZMNIEJSZENIE LICZBY BAKTERII PRÓCHNICOTWÓRCZYCH U KOBIET W CIĄŻY  
UZYSKUJE SIĘ POPRZEZ:**

- ➔ szczotkowanie zębów 2 razy w ciągu dnia pastą z fluorem,
- ➔ codzienne stosowanie nitki dentystycznej do oczyszczania powierzchni stycznych zębów,
- ➔ stosowanie środków zawierających fluor: past do zębów, płukanek (profilaktyka domowa) oraz lakierów fluorkowych (profilaktyka profesjonalna w gabinecie dentystrycznym, zgodnie ze wskazaniami stomatologa),
- ➔ stosowanie preparatów z chlorheksydyną (bezalkoholowe roztwory, żele, lakiery) i ksylitolem,
- ➔ po wymiotach przepłukiwanie jamy ustnej wodą lub wodą z dodatkiem sody oczyszczonej,
- ➔ możliwie szybkie usunięcie ognisk próchnicy (wyleczenie zębów).



**Ważne!**

*Należy wyeliminować zmiany zapalne przyzębia – mogą przyczynić się do przedwczesnego porodu i/lub niskiej wagi urodzeniowej dziecka.*



ZMIANY ZAPALNE PRZYŻĘBIA MATKI MOGĄ PROWADZIĆ DO PORODU PRZED TERMINEM

Jednym z elementów profilaktyki jest stosowanie się do zaleceń żywieniowych. Przyszła matka powinna pamiętać o regularnym spożywaniu różnorodnych posiłków (5 dziennie), w skład których wchodzi: pełnoziarniste produkty zbożowe, mleko i jego przetwory, warzywa i owoce, ryby, mięso, jajka, nasiona roślin strączkowych. Ważne jest, aby zróżnicowana dieta dostarczała odpowiednich ilości witamin A, D i C oraz mikro- i makroelementów, tj. wapnia, fosforu, żelaza, fluoru, ponieważ mają one wpływ na formowanie się i mineralizację zębów, a także warunkują ich prawidłową budowę (odporność tkanek zęba). Zaleca się unikanie podjadania pomiędzy posiłkami, zwłaszcza słodczy. Jak dowiodły badania, dzieci matek, które w okresie ciąży spożywały duże ilości produktów zawierających cukier, również w przyszłości preferowały słodkie posiłki.



### **Ważne!**

*Odpowiednia dieta wywiera pozytywny wpływ na formowanie i mineralizację tkanek zęba, a także pozwala kształtować preferencje smakowe dziecka w przyszłości.*

Nie należy zapominać o uzupełnianiu płynów; **korzystne jest picie wody mineralnej niegazowanej** (około 2 l dziennie) zamiast słodzonych napojów lub soków. Wskazane jest także **ograniczenie picia herbaty, kawy i bezwzględne zrezygnowanie z alkoholu.**





DIETA PRZYSZLEJ MATKI  
POWINNA OBFITOWAĆ W WARZYWA

### Nie ma przeciwwskazań do leczenia stomatologicznego kobiet w okresie ciąży!

- ➔ **Optymalnym okresem**, w którym należy przeprowadzić zabiegi stomatologiczne u kobiet w ciąży, **jest drugi trymestr** (14.-20. tydzień ciąży).
- ➔ Pomimo że nie istnieją przeciwwskazania do leczenia kobiet w ciąży, należy starać się (o ile nie jest to niezbędne) w pierwszym trymestrze nie podejmować inwazyjnych zabiegów stomatologicznych.
- ➔ W trzecim trymestrze zabiegi powinny być wykonywane ze szczególną ostrożnością (trzeba pamiętać o odpowiednim ułożeniu pacjentki w fotelu).

Kobiety w ciąży często nie zgłaszają się do lekarza dentysty, ponieważ obawiają się dolegliwości bólowych związanych z leczeniem zębów oraz stresu.



### **Ważne!**

*Pozycja półleżąca dla kobiety w ciąży nie jest wskazana, ponieważ powiększona macica uciska żyłę doprowadzającą krew z dolnej części ciała, utrudniając jej powrót do serca. Prowadzi to również do zmniejszenia pojemności wyrzutowej serca. Przedłużająca się pozycja na wznak podczas leczenia stomatologicznego może wywołać objawy tzw. zespołu żyły głównej dolnej, manifestującego się spadkiem ciśnienia tętniczego krwi, blednością, przyspieszeniem akcji serca i osłabieniem. Problem ten rozwiązuje uniesienie prawego biodra za pomocą wałka lub ułożenie na lewym boku podczas zabiegu.*



### **Zapamiętaj!**

*Planując ciążę, wylecz swoje zęby i dziąsła!*

Nie należy odkładać leczenia na okres po narodzinach dziecka. Wprawdzie nie ma przeciwwskazań do podawania przyszłym matkom leków znieczulających, jednak z uwagi na przenikanie preparatów przez łożysko nie stosuje się tych z dodatkiem środków obkurczających naczynia krwionośne (zapobieganie skurczom naczyń macicy). Eliminacja potencjalnego bólu sprawi, że zabieg w gabinecie dentystycznym zostanie przeprowadzony sprawnie i szybko, a przyszła matka będzie czuła się komfortowo.

### **PROBLEM WYKONYWANIA ZDJĘĆ RENTGENOWSKICH W CIĄŻY**

Lekarze dentyści unikają wykonywania zdjęć rentgenowskich zębów u kobiet w ciąży, aby uchronić rozwijający się płód przed promieniowaniem. Wprawdzie stosowana dawka, na jaką narażone jest dziecko, jest istotnie niższa niż dawka niebezpieczna dla zdrowia, jednak mimo to **u przyszłych matek nie zaleca się takiego badania radiologicznego przez cały okres ciąży**. Dotyczy to szczególnie pierwszego trymestru (od 3. do 8. tygodnia ciąży), ponieważ w tym czasie zaczynają kształtować się najważniejsze narządy dziecka. Z zasady zaleca się unikanie zdjęć kontrolnych i okresowych do czasu zakończenia ciąży. **Wykonuje się je tylko w wyjątkowych sytuacjach** (jeśli to konieczne) **w gabinetach wyposażonych w aparaty emitujące mniejsze dawki promieniowania**.



*Pamiętajmy o wizytach kontrolnych!*



Kobieta powinna przez cały okres ciąży kontrolować stan jamy ustnej. Konieczne są co najmniej 2 wizyty:

- ➔ w 3.-4. miesiącu ciąży;
- ➔ w 8. miesiącu ciąży.

W przypadku ciąży powikłanej lub zagrożonej przed podjęciem leczenia stomatologicznego konieczna jest konsultacja z ginekologiem-położnikiem. Istotna jest też współpraca lekarza dentystry z lekarzem prowadzącym ciążę pacjentki – to on podejmuje ostateczną decyzję o możliwości przeprowadzenia sanacji jamy ustnej.



*Preprofilaktyka po porodzie (postnatalna) obejmuje opiekę nie tylko nad matką, ale też nad dzieckiem.*

Zaleca się przeprowadzanie kontroli uzębienia matki po upływie 6 miesięcy od porodu, a następnie co pół roku – do 4. roku życia dziecka.

Utrzymanie jak najniższego poziomu bakterii w ślinie matki pozwala uchronić zęby dziecka przed atakiem próchnicy (opóźnienie kolonizacji jamy ustnej przez bakterie). Domowa higiena jamy ustnej i profesjonalnie wykonane zabiegi eliminujące bakterie próchnicotwórcze nie dopuszczają do przeniesienia infekcji z matki na dziecko.

### **KONTROLA JAMY USTNEJ DZIECKA**

Nie należy także zapominać o konieczności kontroli jamy ustnej dziecka. Pierwsza wizyta powinna odbyć się między 6. miesiącem a 1. rokiem jego życia, tj. w momencie, kiedy na ogół zaczynają się wyrzywać zęby mleczne (nie należy odkładać jej w czasie).

#### **WIZYTA STWARZA OKAZJĘ DO:**

- ➔ edukacji rodziców lub opiekunów,
- ➔ kontroli stanu zdrowia i higieny jamy ustnej dziecka oraz wyrzynania zębów,
- ➔ oceny zagrożenia chorobą próchnicową,
- ➔ przeprowadzenia zabiegów profilaktycznych,
- ➔ udzielenia wskazówek higienicznych i dietetycznych,
- ➔ zapoznania się dziecka z gabinetem dentystycznym.



Właściwe odżywianie niemowlęcia oraz małego dziecka jest istotne także z punktu widzenia zapobiegania próchnicy zębów. Konieczne jest zapewnienie dziecku pełnowartościowego pożywienia, gdyż niedobory pokarmowe w pierwszym roku życia wpływają na gorsze zmineralizowanie twardych tkanek zębów mlecznych i stałych, przez co są one bardziej podatne na próchnicę. Zalecane jest karmienie naturalne, gdyż dostarcza wszystkich składników niezbędnych do rozwoju dziecka.

Szczególnie groźne dla zębów małych dzieci jest zasypianie w czasie karmienia oraz częste nocne dokarmianie, zwłaszcza słodkimi pokarmami. Działania mające na celu odzwyczajenie dziecka od tego nawyku powinny zostać podjęte między 6. a 12. miesiącem jego życia. Zmniejszone wydzielanie śliny (normalizuje pH w jamie ustnej, oczyszcza zęby) w nocy prowadzi do obniżenia zdolności obronnych przed próchnicogennym działaniem zalegających resztek pokarmowych. Należy też stopniowo ograniczać częstość karmienia piersią/butelką i wprowadzać podawanie pokarmu za pomocą łyżeczki. Gdy w jamie ustnej wyrzną się zęby, trzeba rozpocząć podawanie pokarmów wymagających gryzienia i żucia. Wpływa to na oczyszczanie powierzchni szkliwa, a także na prawidłowy rozwój szczęk. Po wprowadzeniu do diety niemowlęcia stałych pokarmów można do 12. miesiąca życia dziecka kontynuować karmienie piersią na żądanie, pamiętając jednak, że konieczne jest zachowywanie przerw między karmieniami (co najmniej dwugodzinnych).

**Niezwykle istotne jest, aby w celu zaspokojenia pragnienia przyzwyczajając dziecko do picia wody.** Rodzice muszą pamiętać, że częste podawanie dzieciom soków owocowych sprzyja rozwojowi próchnicy zębów oraz erozjom szkliwa.

Dzieci, którym przed snem podawane są w butelce słodkie pokarmy (mleko, kaszka) oraz napoje (słodzona herbata bądź soki), narażone są na wystąpienie **tzw. próchnicy butelkowej** (próchnica na powierzchniach wargowych zębów górnych, w okolicy dziąsła, w miejscu przylegania smoczka).



Nie można też zapominać o oczyszczaniu jamy ustnej dziecka nawet wówczas, gdy nie ma jeszcze zębów. W tym celu zaleca się przemywanie wałków dżiastłowych gazikiem nawiniętym na palec lub specjalnym miękkim bawełnianym naparstkiem zwilżonym przegotowaną wodą lub roztworem rumianku. Z chwilą pojawienia się zębów należy rozpocząć stosowanie szczoteczki do zębów z małą główką i miękkim włosiem. Zalecane jest oczyszczanie zębów dwa razy dziennie pastą z fluorem (niewielka ilość, maźnięcie). Nadmiar pasty można usunąć z jamy ustnej dziecka wilgotnym gazikiem, co zapobiega jej połykaniu.

**W okresie ciąży i wczesnego dzieciństwa kształtuje się podatność tkanek na działanie czynników próchnicotwórczych, dlatego zwłaszcza w tym czasie należy dbać o przestrzeganie właściwych zachowań zdrowotnych.** Preprofilaktyka u kobiet w ciąży ma znaczenie dla zachowania zdrowia zębów potomstwa, dlatego tak ważne jest prowadzenie programów opieki stomatologicznej nad przyszłą matką. Konieczna jest w tym zakresie współpraca lekarzy dentystów z lekarzami ginekologami oraz położnymi środowiskowymi. **Dbanie o stan jamy ustnej powinno być nieodłącznym elementem opieki nad kobietą w ciąży oraz po narodzinach dziecka.**

*Joanna Chłapowska*

## Kształtowanie nawyków dietetycznych i higienicznych sprzyjających zdrowiu zębów

Wykształcenie zachowań sprzyjających zdrowiu jest celem edukacyjnym na różnych etapach rozwoju osobniczego. **Dla małego dziecka pierwszymi nauczycielami są rodzice i najbliższa rodzina.**

Rodzina jest naturalnym środowiskiem, w którym dziecko otrzymuje podstawy wychowania, również te dotyczące zachowań zdrowotnych. Postawy ukształtowane w środowisku rodzinnym są fundamentem postaw w dorosłym życiu.

**Środowiskami wspierającymi zdrowie są zaś system oświaty, służba zdrowia, a także społeczność i samorządy lokalne oraz administracja rządowa.** Wśród narzędzi, które odgrywają istotną rolę w procesie edukacyjnym, są też media.



W rodzinie dokonuje się podstawowy proces wychowania dziecka na różnych płaszczyznach. Środowisko rodzinne powinno sprzyjać kształtowaniu zachowań prozdrowotnych dziecka, aby zaszcześcić w nim odpowiedzialność za własne zdrowie. Rodzice, będąc autorytetem dla swojego potomstwa, stanowią wzorce właściwych (lub nie) postaw wobec zdrowia, uczą zdrowego stylu życia, zasad higieny, stwarzają warunki prawidłowego odżywiania.

Do prawidłowego rozwoju dziecka konieczne jest stworzenie w domu atmosfery sprzyjającej zdrowiu fizycznemu i psychicznemu, zaspokojenie potrzeb zdrowotnych dziecka oraz zagwarantowanie poczucia bezpieczeństwa. Systematyczna praca nad kształtowaniem prawidłowych, sprzyjających zdrowiu nawyków i postaw dziecka w zakresie zdrowia wymaga jednak nakładu sił i zaangażowania. **To, czy dziecko przyswoi prawidłowe zachowania zdrowotne, zależy od wzorców, jakie prezentują rodzice i inni członkowie rodziny** (rodzeństwo, dziadkowie). Dziecko nabiera nowych umiejętności poprzez powtarzanie zaobserwowanych czynności (naśladownictwo), które wykonują ważne dla niego osoby (np. rodzice).

Istotnym czynnikiem w edukacji zdrowotnej dzieci w środowisku rodzinnym jest to, **czy sami rodzice posiadają odpowiednią wiedzę i kompetencje w tym zakresie**. Często rodzice praktykują złe nawyki, nie zdając sobie sprawy z ich szkodliwości. Jeśli sami nie dbają systematycznie o higienę jamy ustnej lub nie przestrzegają zasad dietetycznych, dziecko będzie powielało ich nieprawidłowe zachowania. Zachęcanie potomstwa do przeprowadzania zabiegów higienicznych i wykształcenie w nim pozytywnych dla zdrowia nawyków odbywa się nie tylko poprzez dawanie przykładu, ale też np. **w trakcie zabawy we wspólne mycie zębów lub przygotowywanie posiłków**. Ważne, aby dziecku te codzienne czynności nie kojarzyły się z przykrym obowiązkiem, lecz traktowało je naturalnie i wykonywało automatycznie.



Rodzice, a **zwłaszcza matka pełni istotną rolę w kształtowaniu zwyczajów żywieniowych**. Zwykle to ona przygotowuje posiłki dla rodziny, decyduje o wyborze produktów żywnościowych, sposobie ich przetwarzania, podawania i przechowywania.

W zależności od okresu rozwoju dziecka zmieniają się rola i zadania rodziny w edukacji zdrowotnej, a wzorce przejmowane są nie tylko w tym środowisku.



**Okres przedszkolny i wczesnoszkolny** to najlepszy czas w rozwoju dziecka do kształtowania nawyków, postaw i umiejętności życiowych. Jest ono wówczas najbardziej **pojętne i otwarte na zdobywanie wiedzy**.

**Przedszkole jest miejscem, które sprzyja edukacji zdrowotnej dziecka.** To tu pozostaje ono przez większość dnia pod opieką pedagogów, mając możliwość zdobycia wiedzy i umiejętności dbania o zdrowie i bezpieczeństwo. Co ważne, dzieje się to w sposób naturalny, ponieważ przekazywanie treści prozdrowotnych jest wkomponowane w normalny rytm dnia, towarzyszy zabawie, posiłkom, zabiegom higienicznym i wypoczynkowi. Przykładem uczenia dzieci zasad higieny jest np. mycie rąk przed posiłkami oraz szczotkowanie zębów po posiłkach; **codzienne wykonywanie tych czynności sprzyja utrwalaniu prawidłowych przyzwyczajeń oraz nawyków**.



**W proces przyswajania zasad higieny włączają się również nauczyciele.** To od ich przygotowania, umiejętności i zaangażowania zależy, w jaki sposób będzie przebiegała edukacja zdrowotna dzieci. Ważne jest również oddziaływanie rówieśników. W tym wieku dziecko zaczyna stopniowo samodzielnie dbać o swoje zdrowie, a wzorcem staje się również grupa rówieśnicza.

Eksperti podkreślają znaczenie promocji zdrowia w środowisku szkolnym, które umożliwia edukację nie tylko młodej populacji, lecz także nauczycieli i wychowawców, a poprzez nich również rodziców.

Według Światowej Organizacji Zdrowia **edukacja prozdrowotna społeczeństwa jest sprawą priorytetową**. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 roku (DzU nr 14, poz. 129) **edukacja zdrowotna w szkole jest podstawowym prawem każdego dziecka**.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 1996-2005 oraz 2007-2015 wskazano na **konieczność jej zintensyfikowania**, także w odniesieniu do **zdrowia jamy ustnej** wśród dzieci oraz ich rodziców, opiekunów na terenie żłobków, przedszkoli, szkół oraz poradni dla dzieci.



*Głównym celem stomatologicznej edukacji prozdrowotnej dzieci jest skoncentrowanie się na eliminacji zachowań sprzyjających rozwojowi choroby próchnicowej oraz ukształtowaniu najmłodszych do podejmowania świadomych wyborów wpływających na stan uzębienia i zdrowie całej jamy ustnej.*

Konieczność promowania edukacji zdrowotnej dostrzegło **Biuro Regionalne dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)**, które w 2005 roku opracowało strategię działań na rzecz rozwoju dzieci i młodzieży. Jej celem było podjęcie przedsięwzięć dotyczących **promocji zdrowia i zdrowego stylu życia** wśród tej grupy populacji.

Dostrzegając wagę problemu i wskazania Światowej Organizacji Zdrowia, na podstawie **rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 roku** wprowadzono **podstawę programową** wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, uwzględniającą również **zadania dotyczące edukacji zdrowotnej**, w tym problemy zdrowia jamy ustnej.

Edukacja prozdrowotna dzieci powinna ewaluować na kolejnych etapach kształcenia, dostosowywać się do rozwoju dziecka, aby pogłębiać i utrzymywać właściwe zachowania.



Szkoła jest instytucją, która zgodnie z podstawą programową obok nauki określonych przedmiotów powinna prowadzić działania sprzyjające zdrowiu jamy ustnej po to, by dzieci mogły zdobyć odpowiednią wiedzę i umiejętności do świadomego prowadzenia zdrowego stylu życia. Przykładem takich działań jest nadzorowane szczotkowanie zębów preparatami fluorkowymi. W szkołach zabiegi te są prowadzone od 2003 roku na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Dodatkowo zabiegi te są okazją do prowadzenia edukacji na tematy dotyczące zdrowia jamy ustnej.



*Skuteczność edukacji prozdrowotnej w przedszkolach i szkołach zależy w dużym stopniu od współpracy z rodzicami i opiekunami.*

Powinni oni aktywnie uczestniczyć oraz wspierać działania edukacyjne prowadzone w tych placówkach. Zaangażowanie rodziców w promocję zdrowia, zachęcanie dzieci do udziału w programach edukacyjnych ukierunkowanych na profilaktykę, w tym także chorób jamy ustnej, pozytywnie wpływa na wypracowanie i utrwalanie właściwej postawy prozdrowotnej dzieci.



Większość rodziców dobrze ocenia rolę i znaczenie wczesnej edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na rozwój i zdrowie dzieci, co wyraża się poparciem działań zmierzających do jej rozszerzenia w przedszkolu oraz szkole.

**Jest wiele atrakcyjnych sposobów przekazywania wiedzy, które łączy się z wykształceniem motywacji poprzez uświadomienie znaczenia zdrowia jamy ustnej dla całego organizmu, akcje promujące zdrowie jamy ustnej, pogadanki,**



**instruktaże** (w małych grupach, indywidualnie). Zależy to od inwencji i zaangażowania osób odpowiedzialnych. Warto również podkreślić, że wzrost poziomu świadomości uczniów obserwuje się szczególnie w programach prowadzonych **cyklicznie w małych grupach**.

**Wsparciem w edukacji prozdrowotnej dzieci powinien być personel medyczny**. Jednak często nie jest on postrzegany jako główny propagator zdrowia, gdyż skupia się przede wszystkim na działalności leczniczej.

Współpraca różnych środowisk: naukowo-medycznych, oświatowych, zaangażowanie się rodziców, sprzyja poszukiwaniu i rozwijaniu nowych metod nauczania o zdrowiu i realizacji edukacji zdrowotnej, w tym kształtowaniu u dzieci właściwych nawyków higienicznych i dietetycznych.

We współczesnym świecie trudno pominąć **rolę mediów**, które stały się ważnym narzędziem w edukacji zdrowotnej. Są to środki masowego społecznego komunikowania się o szerokim zasięgu, tj. prasa, radio, telewizja, Internet, a w szerszym znaczeniu także książka, film, plakat, kino. Spełniają one trzy podstawowe funkcje: edukują, informują i udostępniają rozrywkę. Mają też wpływ na psychikę człowieka i modele jego zachowań – stanowią kluczowe narzędzie edukacyjne o wysokim wskaźniku skuteczności i są jednym z narzędzi wykorzystywanych w propagowaniu stylu życia.

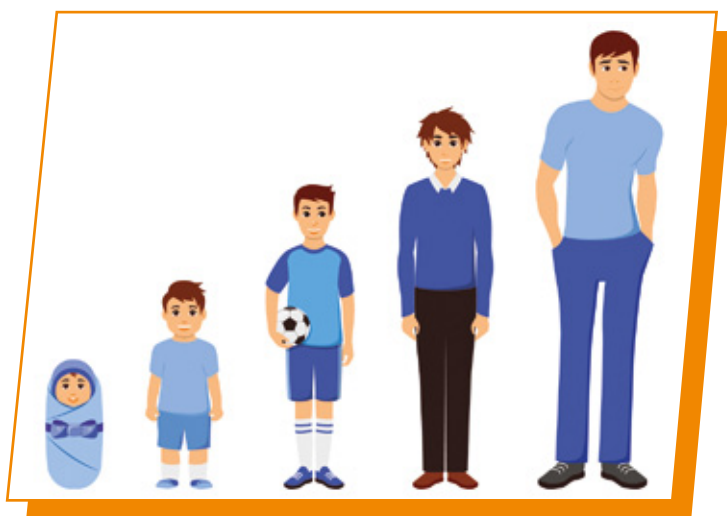
Informacje dotyczące zdrowia przekazywane są w kampaniach prozdrowotnych, czasopismach, telewizji, radiu oraz w Internecie. Działania zaplanowane, np. cykle programów telewizyjnych, spoty, audycje radiowe, plakaty oraz wystawy inicjowane, artykuły prasowe prezentujące wyniki najnowszych badań, programy zdrowotne, nowe odkrycia, są realizowane z udziałem profesjonalistów.

Ważne, aby media jako narzędzie edukacji były wykorzystywane w sposób prawidłowy, służąc nie tylko reklamie, ale także poszerzaniu świadomości społeczeństwa.

*Tamara Pawlaczyk-Kamieńska*

## Kontrola jamy ustnej w kolejnych fazach rozwojowych dziecka

Monitoring rozwoju jamy ustnej, podobnie jak kontrola wzrostu i rozwoju całego organizmu, niezbędny jest od chwili narodzin dziecka. Z jednej strony pozwala to zapobiegać, z drugiej – hamować postęp istniejących chorób jamy ustnej, takich jak próchnica zębów, choroby mięszki czy wady zgryzu. Wdrażanie we wczesnym okresie rozwoju dziecka działań profilaktyczno-leczniczych nierzadko pozwala uniknąć skomplikowanej terapii zarówno stomatologicznej, jak i niekiedy ogólnoustrojowej. W różnym wieku dziecka w jamie ustnej zachodzą określone zmiany. Niezbędna jest zatem znajomość tych cech charakterystycznych dla wieku dziecka.



### JAMA USTNA W OKRESIE NOWORODKOWYM

Okres noworodkowy to czas trwający przez pierwsze cztery tygodnie od chwili narodzin, przy czym za graniczny uważa się 28. dzień życia dziecka. Jest to okres usamodzielnienia się oraz adaptacji do nowego środowiska i nowych warunków otoczenia. W tym czasie podejmują aktywną, samodzielną pracę wszystkie narządy i układy organizmu.

Jama ustna noworodka, pozornie mało skomplikowana, jest złożonym organem, ściśle związanym z innymi rozwijającymi się narządami i układami, odpowiedzial-

nym szczególnie za utrzymanie kontaktu noworodka z otoczeniem. Dotykanie warg, policzków lub przedniej części języka powoduje zwrot głowy i tułowia w kierunku bodźca. Jednak w przypadku odczucia np. zbyt wysokiej lub zbyt niskiej temperatury pokarmu u noworodka wywołany jest odruch obronny, który polega na odwracaniu głowy lub zaciskaniu warg. Noworodek reaguje ssaniem na smak słodki, natomiast smaki kwaśny i gorzki wywołają u niego odruchy obronne.



W jamie ustnej noworodka znajdują się półkoliste wały dziąsłowe, z których w przyszłości rozwiną się łuki zębowe. Brak jest jeszcze zębów, a ich zawiązki leżą głęboko w kości.







Ssanie jest jedną z wcześniej skoordynowanych czynności. Pojawia się już w pierwszej dobie życia. Odgrywa zasadniczą rolę w kształtowaniu jamy ustnej do przyszłego wyrzynania zębów, prawidłowego rozwoju stawu skroniowo-żuchwowego, wzrostu szczęki i żuchwy, a także w kształtowaniu prawidłowo wysklepionego podniebienia, co umożliwi powiększanie się jamy nosowej oraz rozwój zatoki szczękowej.

Dominującą rolę jamy ustnej noworodka jest przyjmowanie pokarmów. Początkowa faza trawienia nie jest jeszcze wykształcona. W przypadku niedrożności nosa jama ustna może stanowić również szeroki tor oddychania. Przewlekła niedrożność może prowadzić do nawyku oddychania ustami, a to z kolei do kształtowania wady zgryzu, niedorozwoju zatok przynosowych oraz wysuszenia błony śluzowej.

Należy podkreślić, że noworodek posiada umiejętność wykonywania równocześnie trzech czynności: ssania, połykania i oddychania. Możliwe jest to dzięki wysokiemu położeniu krtani, która leży powyżej tylnego brzegu podniebienia miękkiego. Wraz ze wzrostem dziecka, szczególnie jego szyi, zmienia się położenie krtani. Zmiany te są również związane z pionizacją postawy dziecka.

### JAMA USTNA W OKRESIE NIEMOWLĘCYM

Kolejnym etapem życia dziecka jest okres niemowlęcy, który trwa od 2. do 12. miesiąca życia. Jest to czas intensywnego wzrostu i rozwoju organizmu. Dziecko przyjmuje wtedy pionową postawę ciała oraz zaczyna samodzielnie chodzić.

#### W ROZWOJU JAMY USTNEJ WYODRĘBNIĄ SIĘ DWA PODOKRESY:

- ➔ etap bezzębia niemowlęcego, który trwa od 2. do 6. miesiąca życia;
- ➔ etap wczesnego uzębienia mlecznego, trwający do 12. miesiąca życia.



W pierwszym podokresie jama ustna niemowlaka nie różni się istotnie od jamy ustnej noworodka. Czynność ssania, przede wszystkim w czasie karmienia naturalnego, wpływa stymulująco na wzrost szczęki i żuchwy. Z czasem na zewnętrznej powierzchni wałów dziąsłowych pojawiają się wygórowania, które odpowiadają zawiązkom zębów mlecznych.



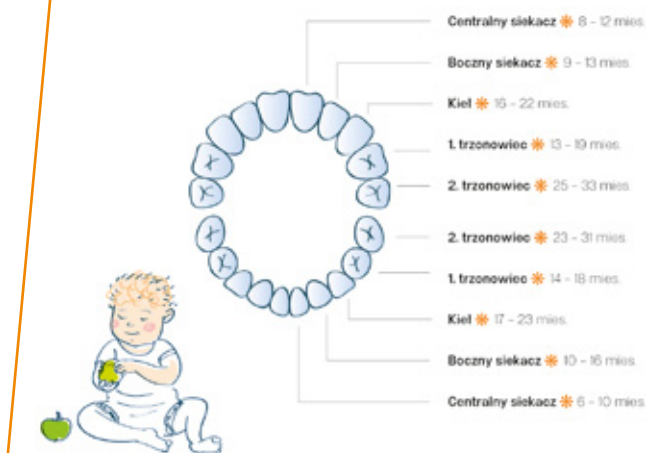
W podokresie wczesnego uzębienia mlecznego pojawiają się w jamie ustnej pierwsze zęby mleczne. Proces ich wyrzynania obejmuje przesuwanie z miejsca rozwoju w kości do jamy ustnej. Pierwsze zęby mleczne wyrzynają się około 6. miesiąca życia dziecka, ale proces ten może być nieco opóźniony lub przyspieszony. Ząbkowanie jest związane z ogólnym rozwojem dziecka i zależy od masy urodzeniowej oraz od dynamiki rozwoju ruchowego. Pierwszymi zębami mlecznymi pojawiającymi się





u niemowlęcia są siekacze. Około 8. miesiąca życia wyrzynają się zęby sieczne boczne w szczęcie, a następnie siekacze boczne w żuchwie. Między siekaczami widoczne są szpary fizjologiczne.

### KALENDARZ WYRZYNANIA ZĘBÓW MLECZNYCH



### JAMA USTNA W OKRESIE PONIEMOWLĘCYM

Okres poniemowlęcy dotyczy dzieci w 2. i 3. roku życia. W tym czasie następuje dalsze doskonalenie czynności ruchowych i kontynuowany jest proces wyrzynania kolejnych zębów. Około 12. miesiąca życia dziecka wyrzynają się pierwsze trzonowe zęby mleczne, około 15. miesiąca kły, natomiast drugie trzonowe zęby mleczne około 21. miesiąca.



Kolejność wyrzynania zębów mlecznych jest określona, jednak może wahać się w granicach kilku miesięcy. Wyrzynające się zęby mleczne ustawiają się w pewnej odległości od siebie, a w miarę wyrzynania kolejnych grup zębów uzyskują kontakt. Nie ma wyraźnych różnic w okresach wyrzynania zębów mlecznych u dziewczynek i chłopców. Średni czas wyrzynania zębów mlecznych, liczony od czasu pojawienia się pierwszego zęba w jamie ustnej do ukazania się ostatniego, wynosi około 20 miesięcy. Należy pamiętać, że ukazanie się korony zęba w jamie ustnej dziecka nie jest równoznaczne z zakończeniem jego rozwoju; korzeń wyrzynającego się zęba ulega rozwojowi – w przypadku zębów mlecznych okres ten trwa około 1 roku.

U dzieci w wieku 30 miesięcy zęby sąsiadujące ze sobą kontaktują się punktami stycznymi, chociaż szpary pomiędzy siekaczami i kłami również traktowane są jako prawidłowość.



W okresie tym doskonalili się funkcja żucia i połykania. Między 18. miesiącem a 3. rokiem życia wykształca się dorosły typ połykania, które odbywa się przy zwartych łukach zębowych, języku umieszczonym w jamie ustnej właściwej za łukami zębowymi, bez czynnego udziału warg i policzków. Niemożliwe staje się równoczesne połykanie i oddychanie.

### JAMY USTNA W OKRESIE PRZEDSZKOLNYM

Okres przedszkolny obejmuje dzieci od 3. do 7. roku życia. W tym czasie zmniejsza się tempo wzrostu organizmu, a w jamie ustnej obecne jest pełne uzębienie mleczne. Łuki zębowe mają kształt półkolisty, a zarys górnego łuku jest większy niż dolnego. W początkowej fazie tego okresu pozornie nic się nie dzieje, jednak w kości dobiega końca mineralizacja koron pierwszych stałych zębów trzonowych oraz zębów siecznych.

Okolo 5. roku życia obserwuje się przygotowywanie jamy ustnej do wymiany uzębienia. Pomiędzy zębami przednimi pojawiają się szpary, jeśli nie były obecne. W tym okresie ważne jest starcie guzków zębów mlecznych trzonowych oraz kłów. Korzenie zębów mlecznych ulegają resorpcji, a w kości rozwijają się zawiązki zębów stałych. W końcowym etapie resorpcji dochodzi do całkowitego zaniku korzenia, czego następstwem jest ruchomość zęba, w wyniku której następuje jego wypadnięcie.



Resorpcja, podobnie jak wyrzynanie zęba, jest procesem długotrwałym, zapoczątkowanym i stymulowanym przez wzrost zawiązka i wyrzynanie zęba stałego. Czasami nie dochodzi do całkowitej resorpcji korzeni, kiedy w pobliżu w dziąśle może wyrzynać się ząb stały. W takich sytuacjach konieczna jest interwencja lekarza dentystry.



Pierwszymi zębami stałymi pojawiającymi się w jamie ustnej są najczęściej dolne siekacze przyśrodkowe. Mówi się wówczas o tzw. siekaczowym typie wyrzynania. Coraz częściej jednak pierwszymi zębami stałymi są pierwsze zęby trzonowe, tzw. szóstki. Ten typ wyrzynania nazywany jest trzonowcowym.

#### **JAMA USTNA W OKRESIE WCZESNOSZKOLNYM**

Okres wczesnoszkolny obejmuje dzieci od 7. do 10. roku życia i stanowi wstępną fazę okresu pokwitania. Tempo wzrastania jest zwolnione, jednak zwiększają się sprawność ruchowa, siła mięśni oraz odporność ustroju.

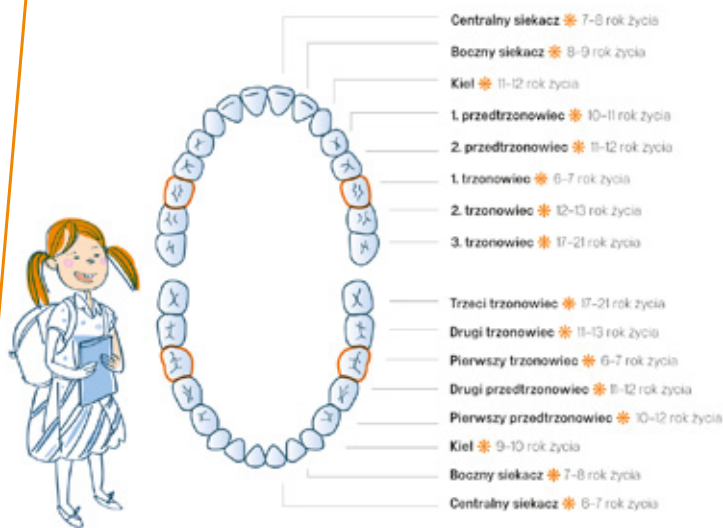
W okresie tym trwa wymiana uzębienia mlecznego na stałe. Około 7. roku życia wyrzynają się siekacze przyśrodkowe w szczęcie i boczne w żuchwie, a około 8. roku życia siekacze boczne w szczęcie.







## KALENDARZ WYRZYNANIA ZĘBÓW STAŁYCH



## JAMA USTNA W OKRESIE POKWITANIA

Okres ten charakteryzuje się wzrostowym skokiem pokwitaniowym. U dziewcząt kończy się około 16. roku życia, a u chłopców około 18. roku życia.

W jamie ustnej kontynuowana jest wymiana uzębienia. Około 12. roku życia wyrzynają się drugie zęby trzonowe. Drugie ząbkowanie kończy się wyrżnięciem trzecich



zębów trzonowych, które mogą pojawić się w różnym wieku, nawet dopiero po osiągnięciu dorosłości. Okres wymiany uzębienia to również czas kształtowania zgryzu.

U dzieci zdrowych występują wahania w terminach ząbkowania. O wczesnym ząbkowaniu mówimy wtedy, gdy pierwsze zęby mleczne pojawiają się przed 5. miesiącem życia, a zęby stałe przed 5. rokiem życia. Późne ząbkowanie to wyrzynanie pierwszych zębów mlecznych po 12. miesiącu życia, a zębów stałych po 8. roku życia. Jeśli dziecko ukończyło 1. rok życia i nie ma jeszcze ani jednego zęba, konieczna jest kontrola stomatologiczna.



*Tamara Pawlaczyk-Kamieńska*

## Przeciwdziałanie urazom jamy ustnej w środowisku życia dziecka

Właściwe zachowania prozdrowotne warunkują utrzymanie zdrowego uzębienia. Przestrzeganie zasad higieny jamy ustnej, stosowanie prawidłowej diety oraz systematyczne wizyty u lekarza dentystry pozwolą uchronić zęby mleczne i stałe przed chorobą próchnicową. **Jednak zębom zagraża nie tylko próchnica, ale również skutki sytuacji związanych ze zdarzeniami losowymi, np. wypadkami komunikacyjnymi.** Obok takich przypadkowych zdarzeń przyczynami obrażeń zębów i jamy ustnej mogą być działania celowe związane z przemocą fizyczną w rodzinie, wśród rówieśników i w innych środowiskach. **Zarówno przypadkowe, jak i nieprzypadkowe działania mogą prowadzić do uszkodzeń ciała, w tym zębów.** Z przyczyn społecznych urazy powstałe w wyniku działań celowych wymagają przeprowadzenia szczegółowego, ukierunkowanego wywiadu odnośnie okoliczności ich wystąpienia.



*Pourazowe uszkodzenia zębów stanowią drugą, po próchnicy i jej powikłaniach, przyczynę wizyt u lekarza dentystry.*

U niemal co trzeciego dziecka dochodzi do urazu zębów mlecznych, natomiast urazy zębów stałych dotyczą około 22% dzieci, przy czym ponaddwukrotnie częściej zdarzają się u chłopców.

### URAZY ZĘBÓW MLECZNYCH

**U małych dzieci największe ryzyko wystąpienia urazu związane jest z nauką chodzenia i usamodzielniania się.** Przypada to na okres między 18. a 30. miesiącem życia. Do urazów zwykle dochodzi w domu lub na placu zabaw, a najczęstszą ich przyczyną są upadki. **W uzębieniu mlecznym urazom ulegają przede wszystkim zęby sieczne górne.** Uszkodzenia pozostałych zębów są rzadsze i towarzyszą zwykle poważniejszym urazom kości twarzoczaszki, do których doszło np. w wyniku wypadku komunikacyjnego. W uzębieniu mlecznym często zdarzają się zwichnięcia zębów, rzadziej dochodzi do złamania korony zęba lub jego korzenia. Ząb może być wówczas nadmiernie ruchomy, przemieszczony, wbity, wysunięty, a nawet znajdować się poza jamą ustną. W istotnym stopniu wpływają na to specyficzne dla wieku rozwojowego dziecka warunki anatomiczne. Korony zębów mlecznych są krótsze w stosunku do koron zębów stałych, korzenie zębów mlecznych mają mniejsze wymiary, a sam



ząb jest słabiej osadzony w zębodole (kość szczęki u dziecka jest mniej zmineralizowana, a przez to bardziej miękka).

**Silne urazy dotyczące zębów są najczęstszą przyczyną zaburzonego rozwoju ich stałych następców.** Zaburzenia te mogą manifestować się białymi lub żółtobrązowymi plamami na szkliwie, zaburzeniami kształtu korony bądź korzenia zęba stałego, a nawet utratą zawiązka zęba stałego lub utrudnionym jego wyrzynaniem.



### URAZY ZĘBÓW STAŁYCH

Do urazów zębów stałych u dzieci dochodzi najczęściej w 8.-10. roku życia, a więc w okresie intensywnych zabaw z rówieśnikami. **Wraz z wiekiem wzrasta odsetek dzieci (aż do około 60%), które doznają urazów zębów podczas uprawiania**

**sportów lub gier zespołowych.** Czynnikiem usposabiającymi mogą być wady zgryzu, szczególnie objawiające się wysunięciem zębów przednich górnych, napady padaczki oraz ograniczona sprawność fizyczna.

Podobnie jak w uzębieniu mlecznym, również w odniesieniu do zębów stałych przeważają urazy zębów przednich górnych dotyczące najczęściej pojedynczego zęba, a w wypadkach komunikacyjnych i podczas uprawiania sportów – kilku zębów. Zdarzenia te mogą powodować uszkodzenia korony w postaci pęknięcia lub odłamania szkliwa, jej złamania, a nawet obnażenie miazgi.



**Każde pourazowe uszkodzenie zębów powinno być przez dłuższy okres kontrolowane przez lekarza dentystę, gdyż nawet po upływie kilku miesięcy mogą wystąpić powikłania.** Zdarza się, że procesy chorobowe, w tym również obumarcie zęba, przebiegają bezobjawowo, a zmiany są widoczne dopiero w badaniu radiologicznym.





*Uraz zęba może być przyczyną jego utraty nawet po upływie kilku lat.*

### POSTĘPOWANIE RODZICÓW I OPIEKUNÓW PO URAZACH ZĘBÓW U DZIECI

Urazy u dzieci zdarzają się stosunkowo często. Niejednokrotnie nawet niewielkiemu uszkodzeniu warg czy dziąseł towarzyszy silne krwawienie. Bardzo ważne wówczas jest zachowanie spokoju, udzielenie dziecku pierwszej pomocy i skonsultowanie się z lekarzem.

**Po urazie zębów mlecznych lub stałych należy jak najszybciej zgłosić się do stomatologa. Nawet pozornie niegroźny uraz może prowadzić do uszkodzenia głębiej położonych tkanek.**

### ZAPOBIEGANIE URAZOM

Urazy wywołują przykre następstwa zarówno dla poszkodowanego, jak i jego rodziny – ból, uraz psychiczny. Często również wiążą się z koniecznością poniesienia znacznych kosztów leczenia. **Jednak należy pamiętać, że zajęcia sportowe są istotnym elementem życia dzieci i młodzieży i nie można z nich rezygnować.**



**Statystycznie największe niebezpieczeństwa związane są z uprawianiem kolarstwa, narciarstwa, sportów walki (dżudo, karate), hokeju na lodzie, koszykówki, a także gimnastyki sportowej.** W dyscyplinach takich jak hokej czy


koszykówka do urazów najczęściej dochodzi podczas gry, natomiast w gimnastyce i sportach walki obrażenia występują głównie w czasie treningów. Do najczęstszych przyczyn urazów twarzoczaszki zalicza się zderzenia z innymi zawodnikami, uderzenia sprzętem sportowym (np. kijem w hokeju na lodzie) oraz upadki.

**W działaniach zapobiegających pourazowym uszkodzeniom zębów u dzieci ważne jest leczenie wad zgryzu, natomiast podczas uprawiania sportów stosowanie ochraniaczy na zęby oraz kasków ochronnych na głowę.** Jednym z najskuteczniejszych środków ochronnych jest ochraniacz jamy ustnej (mouthguard). Ochraniacze zębowe absorbują energię uderzenia i ją rozpraszają, przez co nie jest przekazywana na znajdujące się pod nimi zęby i kości. Ich użytkowanie zmniejsza również ryzyko uszkodzenia stawu skroniowo-żuchwowego, złamań szczęki lub żuchwy, a nawet wstrząśnienia mózgu. Ponadto dzięki odseparowaniu policzków i ust od zębów ochraniacze zapobiegają wystąpieniu urazu tkanek miękkich lub je minimalizują.



Ochraniacze mogą być także zintegrowanym elementem kasku (w postaci siatki lub podbródka). Są to tzw. ochraniacze zewnętrzne. Inne zakładane są w jamie ustnej – na jednym lub obu łukach zębowych (tzw. ochraniacze wewnętrzne). Ochraniacz powinien redukować siłę urazu poprzez zastosowanie odpowiedniej grubości materiału. Nie może jednak utrudniać mowy lub oddychania. Konieczne jest również zapewnienie odpowiedniej retencji, tak aby niemożliwe było jego samoistne przemieszczanie w jamie ustnej.



 *Najlepszymi ochroniaczami, jeżeli chodzi o komfort użytkowania, ich adaptację, retencję oraz ochronę tkanek jamy ustnej, są ochroniacze wykonywane indywidualnie w gabinecie dentystycznym. Zapewniają komfort użytkowania, a także jako jedyne mogą być stosowane u dzieci z mieszanym uzębieniem lub ze stałym aparatem ortodontycznym.*





Dostępne w sklepach sportowych ochraniacze nie wymagają dopasowania do jamy ustnej, są gotowe do użytkowania. Występują w różnych rozmiarach. Niestety, mają one wiele wad, takich jak: brak indywidualnego dopasowania do tkanek jamy ustnej, niewłaściwa stabilizacja i brak odpowiedniej retencji – w jamie ustnej utrzymywane są one wyłącznie poprzez kontakt z zębami przeciwstawnymi, a więc jedynie przy zwartych szczękach. Są też dość grube, co utrudnia artykulację i oddychanie. Istnieje również niebezpieczeństwo aspiracji ochraniacza. Z uwagi na swoje wady są najmniej rekomendowane.

**Każdy aparat wewnątrzustny należy odpowiednio pielęgnować:** po zastosowaniu przepłukać letnią wodą, czyścić za pomocą miękkiej szczoteczki, nie pozostawiać na słońcu lub przy grzejnikach (ochraniacz wykonany jest z materiału termoplastycznego). **Ponadto konieczna jest okresowa jego kontrola,** a wraz ze wzrostem, rozwojem, utratą zębów mlecznych i wyrzynaniem zębów stałych – wymiana. Aparat wewnątrzustny należy zastąpić nowym ze względu na zmieniające się warunki jamy ustnej dziecka. Równolegle niezwykle istotne jest leczenie ewentualnych wad zgryzu.

*Wiesław Krajewski*

## Udział personelu medycznego w edukacji stomatologicznej

Edukacja zdrowotna ma na celu kształtowanie takich postaw społeczeństwa, które sprzyjają doskonaleniu zdrowia i przeciwdziałaniu chorobom. Istotną rolę w tym procesie odgrywa przekazywanie stosownych informacji w celu zwiększenia świadomości zdrowotnej, rozwinięcia koniecznych umiejętności i wyboru zachowań właściwych dla zdrowia. Zadanie to wymaga czynnego zaangażowania personelu medycznego. Edukacja zdrowotna dotyczy przede wszystkim profilaktyki, ale nie tylko – powinna także towarzyszyć działalności leczniczej i rehabilitacyjnej. **Wymierne efekty może przynieść połączenie edukacji stomatologicznej z dobrą organizacją procesu nauki, podjęcie tej pracy przez personel medyczny i niemedyczny, wraz z profilaktyką chorób jamy ustnej i promocją zdrowia.**



*U małych pacjentów nie można zapominać o pochwałach i nagrodach, a także podkreślaniu nawet drobnych sukcesów.*

Rola personelu medycznego w edukacji zdrowotnej jest trudna i wymaga określonych kompetencji. Edukator musi wzbudzać zaufanie, być przewodnikiem, doradcą. Dobrym kierunkiem działania jest uświadamianie, zachęcanie, dawanie przykładu,



poszanowanie poglądów, współdziałanie. Ważne są znalezienie wspólnego języka, umiejętność komunikowania się, odpowiednie formułowanie pytań i udzielanie na nie jasnych odpowiedzi, aby nie zniechęcić, urazić, poniżyć.

Każda działalność personelu stomatologicznego wymaga przekazania pacjentowi określonych informacji. W przypadku dzieci jest to szczególnie ważne. Lekarz dentyista wyjaśnia, na czym polega zabieg, jaki będzie jego efekt, czy wiąże się z nieprzyjemnymi odczuciami. Asystentka, kontaktując się z pacjentem jeszcze przed zabiegiem, może przygotować go psychicznie, uspokoić, rozluźnić napięcie, złagodzić stres i emocje z nim związane. **Jednak największą rolę w profilaktyce i procesie edukacji stomatologicznej odgrywa higienistka dentyistyczna.** W zakresie jej obowiązków leży wykonywanie określonych zabiegów profilaktyczno-leczniczych przede wszystkim związanych z próchnicą zębów i chorobami przyzębia.

### HIGIENISTKA DENTYSTYCZNA

W stomatologii jest to zawód powołany do prowadzenia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Środowiska będące w kręgu zainteresowań higienistki obejmują cały przekrój społeczeństwa. Kobiety w ciąży, matki karmiące i wychowujące małe dzieci, dzieci w wieku żłobkowym, przedszkolnym i szkolnym zajmują w jej pracy szczególne miejsce.

#### STOMATOLOGICZNA EDUKACJA ZDROWOTNA OSÓB MŁODYCH NA TEMAT ZAPOBIEGANIA PRÓCHNICY ZĘBÓW OBEJMUJE WIELE ZAGADNIĘŃ. DOTYCZĄ ONE W SZCZEGÓLNOŚCI:

- ➔ sposobów racjonalnego odżywiania (zbilansowana dieta, konsystencja pokarmów, szkodliwość cukru),
- ➔ dbania o higienę jamy ustnej i zębów,
- ➔ stosowania różnych metod profilaktyki fluorkowej,
- ➔ znaczenia wczesnego regularnego leczenia zębów mlecznych i stałych, kontroli uzębienia,
- ➔ roli zdrowego uzębienia w zachowaniu zdrowia ogólnego.

Higienistki zatrudniane w gabinetach profilaktyki stomatologicznej pracują na oddzielnych stanowiskach, przyjmują pacjentów oraz udzielają im instruktaży i porad. W szkołach i przedszkolach zajmują się działalnością profilaktyczną i edukacyjną. **Placówki nauczania są bardzo ważnym środowiskiem, w którym higienistki dentyistyczne mogą prowadzić edukację prozdrowotną. To tam panują najbardziej sprzyjające warunki do przekazywania wiedzy.** Ponadto praca w szkole może być w łatwy sposób zorganizowana i prowadzona systematycznie przez kolejne lata.

Higienistka dentystyczna pracująca w szkole powinna być przygotowana do systematycznego prowadzenia edukacji zdrowotnej.



**Działaniom higienistki – zarówno z zakresu profilaktyki fluorkowej, jak i lakowania zębów oraz przeprowadzania innych zabiegów – powinna towarzyszyć edukacja zdrowotna podopiecznych.** Chodzi o to, aby każda osoba zdobyła niezbędne informacje dotyczące chorób jamy ustnej i sposobów zapobiegania im. Tym samym stanowiłoby to zachętę do czynnych działań na rzecz zdrowia i przeciwdziałania chorobie próchnicowej.

**Dobłą okazją do prowadzenia edukacji zdrowotnej stwarzają organizowane w grupach uczniów zabiegi fluoryzacji w szkołach. Cykl sześciu spotkań (co 2 ty-**



godnie) pozwala na przeprowadzenie praktycznego instruktażu prawidłowego szczotkowania zębów, przekazanie informacji dotyczących znaczenia i metod profilaktyki fluorkowej, powstawania próchnicy, roli racjonalnego odżywiania i wpływu cukru na uzębienie. Ostatnie spotkanie można wykorzystać na podsumowanie, powtórzenie lub przeprowadzenie konkursu z symbolicznymi nagrodami. Za każdym razem istnieje możliwość kontroli sposobu szczotkowania, jakości szczoteczek, skorygowania błędów. **Higienistkę dentystyczną w działalności profilaktycznej w szkołach wspomagają też pielęgniarki i higienistki szkolne.**

W przedszkolach i szkołach istnieje możliwość wykorzystania różnorodnych form oddziaływania. **Oprócz tradycyjnych pogadarek, rozmów indywidualnych, gazetek ściennych można edukować poprzez konkursy, wystawy, teatryki, inscenizacje, imprezy estradowe, gry i zabawy, rozrywki umysłowe, pokazy, wycieczki.** Wpływa to na atrakcyjność przekazu, a zawarte w nim treści są przyswajane automatycznie.



W szkołach higienistka dentystyczna ma również kontakt z rodzicami lub opiekunami dzieci i nauczycielami. Jej działalność edukacyjna zawsze powinna być prowadzona za wiedzą nauczyciela. Włączenie pedagogów w działalność edukacyjno-zdrowotną jest koniecznością, a rola tej grupy osób jest nie do przecenienia. **Współpraca higienistki dentystycznej z nauczycielami i wychowawcami powinna rozpoczynać się od poinformowania ich o podstawowych zasadach profilaktyki próchnicy zębów, w tym również metodach prawidłowego szczotkowania, oraz przedstawienia gotowych scenariuszy zajęć wraz z atrakcyjnymi materiałami dydaktycznymi.** Działania sprzyjające zdrowiu jamy ustnej można włączyć do programu nauczania takich przedmiotów, jak: biologia, chemia, przyroda, matematyka,



plastyka, wychowanie fizyczne, godziny wychowawcze, mogą one także być prowadzone w czasie różnych imprez klasowych i szkolnych. Celowe byłyby np. obchody Tygodnia Higieny Jamy Ustnej (październik), Dnia Dentysty (5 marca), Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej (20 marca), Święta Zęba (20 września), Światowego Dnia Uśmiechu (7 października), wybory miss/mistera uśmiechu itp. Z tych okazji mogą być organizowane konkursy, okolicznościowe pogadanki, spotkania, dyskusje, wystawy. Informacje na ten temat powinny się znaleźć w szkolnych gazetkach.







Nieodzowne jest także włączanie w edukację prozdrowotną rodziców i opiekunów. Bez ich aktywnego udziału realizacja założonych celów nie jest realna. **Organizowane w szkołach okresowe spotkania z rodzicami są okazją do objęcia ich edukacją stomatologiczną dotyczącą w szczególności zasad właściwego odżywiania dziecka, utrzymania higieny jamy ustnej i domowej profilaktyki fluorkowej.** Rodzice muszą być powiadomieni o prowadzonych w szkole programach zdrowotnych i profilaktycznych, a także ogólnie o przyczynach próchnicy, sposobach leczenia i metodach szczotkowania. Spotkania te należy traktować bardzo poważnie,



aby rodzice poczuli się zobowiązani do wyposażenia dziecka w odpowiedni zestaw do higieny jamy ustnej, ograniczenia spożywania przez nie słodczy oraz regularnych wizyt kontrolnych u lekarza dentysty.

### INNY PERSONEL MEDYCZNY

Dużą rolę w profilaktyce chorób jamy ustnej odgrywa także inny personel medyczny: lekarze rodzinni, pediatrzy, ginekolodzy i neonatolodzy, pielęgniarki i położne. Z nimi kontaktują się matka i dziecko w pierwszych latach życia, jeszcze zanim dotrze do gabinetu dentystycznego. **Personel medyczny niestomatologiczny musi zatem posiadać niezbędną wiedzę na temat współczesnych metod profilaktycznych.** Powinien edukować dzieci i ich rodziców w zakresie prawidłowej higieny jamy ustnej, przekazywać zasady racjonalnego odżywiania, informacje na temat stosowania związków fluoru, udzielać wskazówek dotyczących szkodliwych czynników w różnych okresach życia i konieczności okresowych wizyt w gabinecie dentystycznym.

### LEKARZE GINEKOLODZY

Stomatologiczną edukację prozdrowotną należy rozpocząć już w czasie ciąży. Szczególną rolę odgrywa w tym ginekolog prowadzący kobietę przez cały okres ciąży i porodu. To on powinien uświadomić przyszłej matce, że zdrowa jama ustna jest istotnym czynnikiem warunkującym prawidłowy przebieg ciąży oraz zdrowie jej dziecka. Koniecznymi elementami opieki nad kobietą w ciąży i po porodzie powinny być badanie stomatologiczne i sanacja jamy ustnej. Lekarz ginekolog powinien skierować pacjentkę do stomatologa i wymagać odpowiedniego wpisu w karcie ciąży potwierdzającego wizytę oraz prowadzone postępowanie profilaktyczno-lecznicze.





*Kobietom w ciąży należy zwracać szczególną uwagę na utrzymywanie właściwej higieny jamy ustnej ich samych i konieczność wykonywania zabiegów higienicznych nawet u bezzębnego noworodka i niemowlęcia.*

### LEKARZE PEDIATRZY

Pierwszym lekarzem, z którym stykają się rodzice nowo narodzonego dziecka, jest pediatra. Dużą rolę odgrywają w tym okresie również położna środowiskowa, pielęgniarka i lekarz rodzinny.



**W pierwszych latach rozwoju dziecka kontakt z pediatrą jest bardzo częsty, dlatego powinien on w czasie tych wizyt uwzględniać działania edukacji i profilaktyki stomatologicznej.** Dotyczy to szczególnie zagadnień zapobiegania, wczesnej diagnostyki i leczenia próchnicy. To właśnie pediatra powinien przekazać rodzicom podstawowe informacje dotyczące higieny jamy ustnej niemowlęcia, odpowiedniej diety oraz konieczności eliminacji szkodliwych dla narządu żucia nawyków (np. ssanie palca, smoczek) i zaburzonych funkcji (np. oddychanie przez usta) występujących w okresie wczesnego dzieciństwa.

### INNI PRACOWNICY

Personel stomatologiczny współpracuje także z innymi pracownikami. Są wśród nich w szczególności recepcjonistki (rejestratorki medyczne). **Rejestratorka jest pierwszym pracownikiem, z którym spotyka się pacjent po przekroczeniu progu placówki służby zdrowia.** To ona przyjmuje jego zgłoszenie, umawia

na wizytę, kieruje do właściwego lekarza. Od jej kompetencji i podejścia wiele zależy. I choć z założenia jej praca ma charakter biurowy, a nie medyczny, współpracuje z pozostałymi członkami zespołu, udziela pacjentom informacji o usługach świadczonych w placówce. Z uwagi na kontakt z chorymi i ich problemami jej praca wymaga również podstawowej wiedzy medycznej.



**Właściwa edukacja zdrowotna dzieci zależy nie tylko od pracy personelu stomatologicznego, ale także od współpracy z lekarzami innych specjalności oraz rodzicami i opiekunami dzieci, przedszkolankami i nauczycielami.** Wszyscy oni powinni być objęci działalnością edukacyjną, w wyniku której zrozumieją istotę i konieczność wykonywania zabiegów profilaktycznych oraz przyswoją niezbędną wiedzę na ten temat, co pozwoli na odpowiedzialną współpracę i osiągnięcie spodziewanych rezultatów.

## Rozdział III

### Programy profilaktyki stomatologicznej w Polsce





*Karolina Gerreth*

## Programy rządowe

W przeszłości z inicjatywy władz administracyjnych państwa realizowano programy o charakterze ogólnopolskim ukierunkowane na zapobieganie chorobie próchnicowej zębów.

W 1991 roku powstał program „**Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci w przedszkolu**” przygotowany dzięki współpracy Ministerstwa Edukacji Narodowej z Zakładem Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka, Komisją Zdrowia Zarządu Głównego Towarzystwa Przyjaciół Dzieci i Społecznym Centrum Stomatologii w Warszawie. Konsultacje programu z zakresu stomatologii zachowawczej przeprowadził prof. Zbigniew Jańczuk, natomiast autorami opracowania była doc. Barbara Woynarowska wraz z zespołem z Instytutu Matki i Dziecka. Program składał się z 4 etapów. Pierwszy dotyczył przygotowania materiałów pomocniczych do szkolenia z zakresu edukacji prozdrowotnej rodziców oraz personelu przedszkola i obejmował pomoce dydaktyczne, w tym całoroczny program pracy wychowawczej z dziećmi, rodzicami i personelem przedszkola, przezrocza („Jak dbać o zęby i dziąsła”), filmy („Zęby”, „Zdrowie zależy od nas”, „Higiena jamy ustnej”, „Nasz znak – wieściórka”) i 3-5 zestawów do oczyszczania zębów (szczotka, pasta i kubek). Etap drugi





opierał się na szkoleniu personelu przedszkola w odniesieniu do podstawowych zasad profilaktyki próchnicy zębów wraz z zaprezentowaniem technik szczotkowania zębów. W trzecim etapie realizacji programu rodzice lub opiekunowie uczestniczyli w zebraniu, na którym zapoznawani byli z etiologią choroby próchnicowej, metodami jej leczenia, zasadami profilaktyki próchnicy, z prawidłowymi technikami oczyszczania zębów. Zachęcano ich też do regularnego odwiedzania z dzieckiem gabinetu lekarza dentysty oraz ograniczenia spożywania słodyczy. Rodzice lub opiekunowie deklarowali wyposażenie dziecka w zestaw do higieny jamy ustnej oraz zakup pasty do zębów i co 3 miesiące nowej szczoteczki. Czwarty etap programu obejmował okres wstępny, trwający 2-3 tygodnie, podczas którego dzieci uczyły się płukać jamę ustną, oczyszczać wszystkie powierzchnie zębów oraz używać pasty do zębów. Po zdobyciu tych umiejętności podejmowano pracę całoroczną opartą na utrzymywaniu stałego kontaktu z rodzicami, ograniczeniu słodyczy w jadłospisie, szczotkowaniu zębów przez dzieci po posiłkach, nauczaniu odczuwania subiektywnej różnicy w samopoczuciu przed szczotkowaniem zębów oraz po wykonanym zabiegu, codziennym nadzorowanym podawaniu dzieciom tabletek fluorkowych i współpracy z higienistką stomatologiczną. Inicjatywę przystąpienia do programu podejmowali dyrektorzy przedszkoli.



W 1995 roku utworzony został program edukacyjny „Zdrowie jamy ustnej”, opracowany przy współpracy Zakładu Pediatrii Społecznej i Medycyny Szkolnej oraz Instytutu Matki i Dziecka. Zgodnie z programem działania ukierunkowane zostały na ginekologów, pielęgniarki i położne, lekarzy pediatrów oraz nauczycieli, którzy prowadzili edukację wśród kobiet w ciąży, rodziców i opiekunów dzieci poniżej 6. roku życia oraz młodzieży w okresie dorastania. Materiały edukacyjne stanowiły trzy scenariusze zajęć, w tym: „Jak dbać o zdrowie jamy ustnej” – który miał za zadanie korygowanie

wiedzy oraz sprawdzenie, w jaki sposób uczestnicy dbają o zdrowie jamy ustnej, „Czyścimy zęby skutecznie” – nauczający efektywnego szczotkowania zębów, oraz „Zdrowie zębów mojego dziecka” – uświadamiający kobietom w ciąży oraz rodzicom dzieci do 6. roku życia uwarunkowań zdrowia jamy ustnej i nauczający zasad dbałości o jamę ustną niemowląt i małych dzieci. Dodatkowe pomoce ułatwiające edukację stanowiły arkusze „Sprawdź, jak dbasz o zdrowie swoich zębów”, modele gipsowe szczęk oraz zestawy do higieny jamy ustnej składające się z szczoteczki i pasty do zębów, nici dentystycznej i wykałaczki. Materiały edukacyjne dla lekarzy ginekologów i pediatrów oraz pielęgniarek i położnych „Zdrowie jamy ustnej u dzieci, młodzieży i kobiet ciężarnych” przedstawiały problemy z zakresu anatomii i fizjologii narządu żucia, chorób jamy ustnej oraz ich profilaktyki.

### **PROFILAKTYKA STOMATOLOGICZNA W RAMACH KONTRAKTÓW NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Pod koniec ubiegłego wieku w Polsce została przeprowadzona reforma służby zdrowia. Z dniem 1 stycznia 1999 roku utraciło moc prawną rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1992 roku w sprawie zakresu, organizacji oraz form opieki zdrowotnej nad uczniami (DzU nr 87, poz. 441), które gwarantowało uczniom możliwość uzyskania bezpłatnych świadczeń profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz orzeczeń o stanie zdrowia. Świadczenia profilaktyczne obejmowały okresowe profilaktyczne badania stomatologiczne oraz fluorkową profilaktykę próchnicy zębów i profilaktykę ortodontyczną.

Obecnie profilaktyczną opiekę stomatologiczną nad uczniami sprawują, na zasadach przyjętych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU w 2004 r. nr 210, poz. 2135), lekarze dentyści, którzy podpisali z płatnikiem kontrakt na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje takie procedury z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej u pacjentów w wieku rozwojowym, jak: badanie wraz z instruktażem higieny jamy ustnej (raz w okresie 12 miesięcy), badanie lekarskie kontrolne (trzykrotnie w okresie 12 miesięcy), usunięcie złogów nazębnych (raz w okresie 12 miesięcy w obrębie całego uzębienia), zabezpieczenie bruzd zębów pierwszych trzonowych stałych lakiem szczelinowym (raz w danym zębie i wyłącznie do ukończenia 7. roku życia), lakierowanie zębów stałych (raz na kwartał), natomiast mlecznych w powiązaniu z procedurą profilaktycznego świadczenia stomatologicznego, która może być zrealizowana w 6., 9. i 12. miesiącu życia oraz w 2., 4., 5., 6., 7., 10., 12., 13., 18. i 19. roku życia pacjenta.

Równolegle ze środków publicznych (Narodowy Fundusz Zdrowia) realizowane jest nadzorowane szczotkowanie zębów preparatami fluorkowymi w szkołach, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 roku (DzU nr 282,

poz. 2814). Organizacja i nadzorowanie tych zabiegów należą do zadań pielęgniarki lub higienistki szkolnej.

Zabiegi nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi przeprowadzane są u uczniów szkół podstawowych 6 razy w roku w odstępach sześciotygodniowych. Procedura jest istotnym elementem edukacji zdrowotnej, gdyż umożliwia także dzieciom nabycie umiejętności prawidłowego oczyszczania zębów.

Prowadzona jest też książeczka zdrowia dziecka, w której są odnotowywane świadczenia profilaktyczne.

### OGÓLNOPOLSKI MONITORING STANU ZDROWIA JAMY USTNEJ

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

Program polityki zdrowotnej ministra zdrowia jest realizowany zgodnie z wytycznymi Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia. Prowadzone od 1997 roku w ramach monitoringu działania o zasięgu ogólnopolskim były koordynowane przez prof. Marię Wierzbicką z Zakładu Stomatologii Zachowawczej Akademii Medycznej w Warszawie.

**Celem badań jest ocena stanu zdrowia jamy ustnej i związanej z nim jakości życia dzieci oraz osób dorosłych, a także ocena częstości, nasilenia i tendencji oraz uwarunkowań społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych najczęstszych chorób przewlekłych jamy ustnej, tj. próchnicy zębów i zapaleń dziąseł. Zgodnie z programem określone zostają także aktualne stomatologiczne potrzeby profilaktyczno-lecznicze i edukacyjne populacji oraz stopień ich zaspokojenia, z uwzględnieniem istniejących różnic regionalnych i środowiskowych. Ocenie poddawane są również istnienie istotnego zróżnicowania stanu zdrowia jamy ustnej społeczeństwa w Polsce oraz dostępność do opieki stomatologicznej. Istotnym elementem programu jest wskazanie strategicznego działania profilaktyczno-edukacyjnego w celu poprawy stanu zdrowia populacji.**

Badania są finansowane z funduszy pozostających do dyspozycji ministra zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia, zgodnie z przyjętymi przez nią zasadami monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej. Łącznie badaniami obejmowane są cyklicznie grupy osób w wieku 3, 5, 6, 11, 12, 13, 15, 18, 35-44 i 65-74 lat oraz kobiety w ciąży. Populacja dzieci najmłodszych jest objęta badaniami co 2 lata, dorastająca młodzież oraz młodzież kończąca naukę w szkołach licealnych odpowiednio co 3 i 5 lat. Wyznaczone odstępy czasowe pomiędzy badaniami pacjentów z określonych grup wiekowych warunkowane są dynamiką rozwoju procesu próchnicowego zębów. Jest ona najwyższa w okresie pierwszych kilku lat



STRONA INTERNETOWA MINISTERSTWA ZDROWIA  
www.mz.gov.pl

po wyrznięciu zębów, natomiast wraz z upływem czasu ulega obniżeniu. Badania w grupie osób dorosłych prowadzone są co 5-8 lat. W każdej grupie wiekowej badanych jest średnio 2000 osób.

Badania terenowe uzupełniane są działaniami edukacyjnymi promującymi zdrowie jamy ustnej. Wyniki prowadzonych badań umożliwiają odniesienie się do skuteczności aktualnego systemu opieki stomatologicznej w kraju oraz wskazanie kierunków usprawnień mających wpływ na poprawę zarówno stanu zdrowia, jak i jakości życia dzieci oraz osób dorosłych w Polsce.

Badania są prowadzone w oparciu o ściśle określone kryteria diagnostyczne stanów klinicznych według zaleceń ustalonych przez Światową Organizację Zdrowia przy udziale uczelni medycznych i konsultantów wojewódzkich.

## Programy samorządów lokalnych

Zgodnie z zaleceniami Narodowego Programu Zdrowia samorządy lokalne również podejmują działania służące poprawie zdrowia i jakości życia mieszkańców poprzez finansowanie wdrażanych programów oraz organizowanie akcji profilaktycznych (uzupełniają zakres świadczeń opłacanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia). Wynika to z ustawowych zadań w zakresie promocji i ochrony zdrowia (Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie terytorialnym – art. 7 ust. 1 pkt 5, oraz Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym – art. 4 ust. 1 pkt 2). Inicjatywę taką podejmują organy samorządowe jako wsparcie głównie dla działań profilaktycznych wynikających ze stomatologicznych potrzeb zdrowotnych w wybranej części kraju.

### PRZYKŁADY PROGRAMÓW

#### PROGRAMY PROFILAKTYCZNE PROWADZONE W POZNANIU

Na początku lat 90. XX wieku władze miasta Poznania uznały profilaktykę próchnicy zębów u dzieci i młodzieży za priorytet w działalności lokalnej opieki zdrowotnej. Skutkowało to stworzeniem programu profilaktycznego, który realizowany był do 1998 roku, a finansowany z budżetu miasta. Zgodnie z programem prowadzone były następujące działania: miejscowa kontaktowa profilaktyka fluorkowa, lakowanie bruzd pierwszych trzonowych zębów stałych u dzieci z klas 0-IV oraz profilaktyka u dzieci w wieku przedszkolnym. Działania prowadzono w szkolnych gabinetach stomatologicznych, obejmując opieką ponad 20 000 dzieci.

Ponadto prowadzone było szkolenie nauczycieli przedszkolnych ze wszystkich poznańskich placówek odnoszące się do profilaktyki stomatologicznej (189 przedszkolnych nauczycieli) oraz zorganizowano badania dotyczące monitorowania poziomu fluorków u małych dzieci (do 3. roku życia).

Na początku XXI wieku w Poznaniu zadania miasta dotyczące promocji zdrowia i profilaktyki sprecyzowano w dokumencie „Plan zdrowotny miasta Poznania na lata 2003-2008”, który został zaakceptowany przez radę miasta. **Jednym z zadań programu było zmniejszenie zachorowalności na próchnicę zębów dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym.** Cel realizowano poprzez takie działania, jak organizowanie akcji edukacyjnych i promujących zdrowie oraz realizacja programów profilaktyki próchnicy ukierunkowanych na dzieci i młodzież do 19. roku życia.

W latach 2004-2005 miasto Poznań zakupywało też świadczenia zdrowotne polegające na wykonywaniu grupowej profilaktyki fluorkowej u dzieci z klas I-VI. Działaniami



objęto 59 500 dzieci w szkołach podstawowych, przeznaczając na ten cel 266 244,28 PLN. Przed rozpoczęciem realizacji zadań zorganizowano dwie konferencje szkoleniowe „Prowadzenie grupowej profilaktyki fluorkowej w szkołach podstawowych” dla pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania. W szkoleniu uczestniczyło 150 pielęgniarek i higienistek szkolnych.

W 2009 roku miasto Poznań sfinansowało program profilaktyki próchnicy, którym objęto dzieci z klas I-VI szkół podstawowych prowadzonych przez miasto. Koszt programu wyniósł 132 500 PLN. **Cel główny stanowiły analiza, diagnoza stanu zdrowia uzębienia dzieci objętych programem i rekomendacja dalszego postępowania.** W ramach prowadzonych działań na terenie szkół odbyły się badania stomatologiczne w celu oceny stanu zdrowia zębów uczniów. Łącznie objęto nimi 5634 uczniów. Prowadzono także indywidualny instruktaż higieny jamy ustnej, kwalifikację do szczególnej opieki stomatologicznej, w tym profilaktyki fluorkowej. Ponadto zrealizowano grupową edukację zdrowotną w zakresie profilaktyki próchnicy, zezwalającą na zapoznanie się z anatomią i funkcją zębów oraz z zasadami prawidłowej dbałości o higienę jamy ustnej, którą objęto 225 oddziałów klasowych. Rodzice lub opiekunowie otrzymywali informacje o stanie zdrowia jamy ustnej dziecka.

#### „PROFILAKTYKA STOMATOLOGICZNA DZIECI I MŁODZIEŻY Z TERENU MIASTA GORZOWA WIELKOPOLSKIEGO”

Projekt został zrealizowany w latach 2009-2010 przez Wydział Integracji Europejskiej i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Gorzowa Wielkopolskiego we współpracy z okręgową izbą lekarską, wydziałem edukacji urzędu miasta, oddziałem gorzowskim Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, sekcją Stomatologii Dziecięcej Polskie-



go Towarzystwa Stomatologicznego, Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Gorzowie Wielkopolskim oraz Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Dofinansowany był ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG).

Koszty projektu wynosiły ponad 300 000 EUR i w 85% zostały sfinansowane ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego; pozostałe 15% pochodziło ze środków budżetu miasta Gorzowa Wielkopolskiego.

Zadania w ramach projektu prowadzone były przez lekarzy stomatologów w 13 gabinetach dentystrycznych, w tym z udziałem 4 znajdujących się na terenie szkół. Przeprowadzono badanie stanu uzębienia stałego oraz zabiegi profilaktyczne wśród dzieci uczęszczających do 93 placówek oświatowych, publicznych i niepublicznych, takich jak: przedszkola (zerówki), szkoły podstawowe, gimnazja, licea, ośrodki wychowawcze, zespoły szkół, szkoły specjalne i stowarzyszenia znajdujące się na terenie Gorzowa Wielkopolskiego. Dodatkowo przeprowadzone zostało szkolenie uczniów w zakresie profilaktyki przeciwpróchnicowej.

**Dzięki programowi 15 717 dzieci uczęszczających do gorzowskich szkół i przedszkoli uczestniczyło w bezpłatnych, bezinwazyjnych i bezbolesnych stomatologicznych zabiegach profilaktycznych (co stanowi 81% liczby założonej przez realizatorów projektu).**

Przeprowadzony program był największym tego typu przedsięwzięciem w skali kraju i skutkowało bardzo dużym zadowoleniem społecznym zarówno w odniesieniu do uczniów, jak i ich rodziców oraz realizatorów – stomatologów i nauczycieli.

Źródło: [www.adamna.pl/profilaktykastomatologiczna](http://www.adamna.pl/profilaktykastomatologiczna)

#### **„OCHRONA PRZED PRÓCHNICĄ WYRZYNAJĄCYCH SIĘ ZĘBÓW PIERWSZYCH TRZONOWYCH U DZIECI”**

Program realizowany był w latach 2009-2011 przez Katedrę Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej Akademii Medycznej (obecnie Uniwersytetu Medycznego) im. Piastów Śląskich we Wrocławiu w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego (MF EOG).

Wartość projektu wynosiła 304 866 EUR, z czego 45 730 EUR stanowiła dotacja ministra zdrowia, zaś 259 136 EUR dofinansowania pochodziło ze środków Mechanizmu Finansowego EOG.

**Cel bezpośredni programu stanowiło obniżenie zapadalności na chorobę próchnicową zębów stałych pierwszych trzonowych i jej intensywności, natomiast pośredni – obniżenie publicznych nakładów finansowych na leczenie i osiągnięcie postulowanego przez Światową Organizację Zdrowia celu zdrowia jamy ustnej u dzieci 12-letnich.**

Program adresowany był do dzieci w wieku 6-7 lat z wyrzynającymi się pierwszymi zębami trzonowymi stałymi (tzw. szóstkami) i obejmował bezpłatne procedury leczniczo-profilaktyczne oraz badania kontrolne do 12. roku życia. Projekt obejmował wzrost wiedzy prozdrowotnej rodziców i opiekunów oraz ich dzieci, a także wzrost motywacji rodziców i opiekunów dotyczący realizacji w domu działań zapobiegających próchnicy u dzieci oraz redukcję frekwencji próchnicy, zaawansowania procesu próchnicowego, liczby zębów objętych procesem próchnicowym, zapotrzebowania na leczenie zębów stałych pierwszych trzonowych oraz zmniejszenie kosztów na ten cel.

Po zakończeniu projektu odbywa się 5-letnia faza podtrzymania bez finansowania, która potrwa do stycznia 2017 roku.

Źródło: [www.umed.wroc.pl/projekty-europejskie-2007-2013-07](http://www.umed.wroc.pl/projekty-europejskie-2007-2013-07)

#### PROGRAM W ZAKRESIE PIERWOTNEGO ZAPOBIEGANIA PRÓCHNICY

Program edukacyjny w zakresie zdrowia jamy ustnej dla przyszłych matek realizowany był przez Dolnośląskie Centrum Zdrowia Publicznego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu oraz konsultanta wojewódzkiego w zakresie stomatologii dziecięcej.

Formy edukacji obejmowały ulotkę dotyczącą promocji zdrowia jamy ustnej u kobiet w ciąży i matek małych dzieci oraz prezentację multimedialną adresowaną do położnych i edukującą w zakresie promocji zdrowia jamy ustnej u kobiet w ciąży i matek małych dzieci. W latach 2009-2010 odbyła się seria wykładów dla położnych i pielęgniarek we Wrocławiu, w Legnicy, Jeleniej Górze, Wałbrzychu i Kłodzku.

#### „MAŁY PROGRAM PROFILAKTYKI PRÓCHNICY ZĘBÓW NA TERENIE POWIATU ŁOBESKIEGO”

W latach 2015-2016 na terenie powiatu łobeskiego zrealizowana została III edycja „Małego programu profilaktyki próchnicy zębów” zorganizowanego dzięki współpracy Starostwa Powiatowego w Łobzie, powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej, przedszkoli znajdujących się na terenie powiatu oraz wybranych w drodze konkursu ofert gabinetów dentystycznych.

**Celem głównym programu było zmniejszenie występowania choroby próchnicowej zębów u dzieci przedszkolnych poprzez zintegrowane działania profilaktyczno-lecznicze i edukacyjne. Natomiast cele szczegółowe obejmowały: analizę efektywności programu prowadzonego w 2014 roku poprzez ocenę ewentualnej poprawy w zakresie stwierdzonych chorób jamy ustnej; sprawdzenie prawidłowości realizacji przez rodziców lub opiekunów zaleceń stomatologów; kontrolę nabycia przez dzieci nawyku dbania o higienę jamy ustnej; podnoszenie poziomu wiedzy rodziców z zakresu profilaktyki choroby próchnicowej zębów, w tym higieny jamy ustnej oraz zdrowego trybu życia; motywo-**

wanie rodziców do regularnych wizyt z dzieckiem w gabinecie dentystycznym w celu wykonania badania jamy ustnej oraz zalecanych zabiegów profilaktyczno-leczniczych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub płatnych z własnych środków; kształtowanie prawidłowych nawyków higienicznych i dietetycznych u dzieci oraz postawy odpowiedzialności za własne zdrowie; utrwalanie zachowań służących zdrowiu.

W ramach programu odbywały się spotkania edukacyjne lekarzy dentystów z rodzicami i dziećmi obejmujące pokaz i naukę prawidłowego mycia zębów, motywowanie rodziców do regularnych wizyt z dzieckiem u lekarza dentysty w celu oceny stanu uzębienia i wykonania zalecanych zabiegów profilaktyczno-leczniczych, przeprowadzono też badania stomatologiczne w gabinetach. Ponadto dla dzieci zakupione zostały z funduszy starostwa szczoteczki i pasty do zębów oraz kubki. Dla pracowników przedszkoli odbyło się szkolenie obejmujące wykład dotyczący tematyki stomatologicznej.

Do zadań przedszkoli należały m.in. całoroczny nadzór nad szczotkowaniem zębów przez dzieci oraz zmodyfikowanie sposobu żywienia dzieci zmierzające do ograniczenia cukru w diecie.

Źródło: [www.powiatlobeski.pl/files/file\\_add/download/226\\_program-zalozenia-5.doc](http://www.powiatlobeski.pl/files/file_add/download/226_program-zalozenia-5.doc)

#### „GMINNY PROGRAM PROFILAKTYKI PRÓCHNICY ZĘBÓW U DZIECI I MŁODZIEŻY Z TERENU GMINY BIAŁOBRZEGI NA LATA 2016-2018”

Program profilaktyczny dotyczy dzieci w wieku 4-6 lat, u których przeprowadzany jest zabieg lakierowania zębów mlecznych (powtarzany raz na kwartał), oraz dzieci od 12. do 13. roku życia, u których lakiem zabezpieczane są bruzdy drugich zębów trzonowych stałych (tzw. siódemki). Szacuje się, że w latach 2016-2018 liczba dzieci kwalifikujących się do dołączenia do badanej populacji zgodnie z programem wyniesie 1 509.

**Celem głównym programu jest obniżenie występowania choroby próchnicowej zębów u dzieci z terenu gminy Białobrzegi oraz zwiększenie odsetka dzieci ze zdrowym uzębieniem i przyzębiem, co powinno obniżyć nakłady ponoszone na leczenie próchnicy i jej skutków. Cele szczegółowe obejmują natomiast wzrost odsetka dzieci objętych edukacją prozdrowotną oraz profilaktyką próchnicy na terenie przedszkola lub szkoły, redukcję występowania zaawansowanej próchnicy i utraty zębów u dzieci, zwiększenie odsetka dzieci objętych badaniem stomatologicznym oraz leczeniem i profesjonalnym zapobieganiem próchnicy (zabiegi lakierowania i lakowania), zdiagnozowanie potrzeb zdrowotnych populacji wieku rozwojowego (na podstawie wyników badań), obniżenie różnic w dostępie do zapobiegania i leczenia próchnicy oraz edukacji prozdrowotnej (zależnych od lokalizacji i regionu), dążenie do zmiany**

**zachowań prozdrowotnych, wzrost odsetka dzieci i osób dorosłych mających wiedzę na temat zdrowia jamy ustnej poprzez kształtowanie u nich postaw prozdrowotnych i świadomości odnośnie znaczenia prawidłowych nawyków higienicznych oraz dietetycznych.**

Formami realizacji programu są działania edukacyjne związane z: przekazywaniem ulotek informacyjnych na temat profilaktyki próchnicy zębów skierowanych do dzieci oraz ich rodziców lub opiekunów; prowadzeniem systematycznej akcji informacyjnej dotyczącej profilaktyki próchnicy zębów przez nauczycieli i wychowawców oraz higienistkę szkolną w szkołach i przedszkolach; badaniami kwestionariuszowymi rodziców lub opiekunów; wykonaniem świadczeń profilaktyczno-leczniczych obejmujących przeprowadzenie badania stomatologicznego, z określeniem stanu jamy ustnej i potrzeb leczniczych (wraz z rozmową motywującą dziecko i rodziców lub opiekunów prawnych do przestrzegania zaleceń higienicznych oraz dietetycznych); lakierowaniem zębów mlecznych; pokryciem bruzd zębów trzonowych lakiem szczelinowym; profilaktyką ortodontyczną mającą na celu przeciwdziałanie oraz likwidację przyczyn wywołujących choroby i wady zgryzu; badaniami efektywności programu wraz z podsumowaniem wyników po 1. roku oraz po 2. i 3. roku realizacji programu (z analizą porównawczą uzyskanych wyników po zakończeniu programu).

Zaplanowano objęcie programem profilaktyki próchnicy zębów wszystkich dzieci zamieszkałych na terenie gminy Białobrzegi.

Źródło: Uchwała nr X/63/2015 Rady Gminy Białobrzegi z dnia 30 września 2015 r. w sprawie przyjęcia do realizacji „Gminnego programu profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży z terenu gminy Białobrzegi na lata 2016-2018”; [www.infor.pl/akt-prawny/U78.2015.195.0002847,uchwala-nr-x632015-rady-gminy-bialobrzegi-w-sprawie-przyjecia-do-realizacji-gminnego-programu-profilaktyki-prochnicy-zebow-udzieci-imlodziezy-zterenu-gminy-bialobrzegi-na-lata-2016-2018.html](http://www.infor.pl/akt-prawny/U78.2015.195.0002847,uchwala-nr-x632015-rady-gminy-bialobrzegi-w-sprawie-przyjecia-do-realizacji-gminnego-programu-profilaktyki-prochnicy-zebow-udzieci-imlodziezy-zterenu-gminy-bialobrzegi-na-lata-2016-2018.html)

**PROGRAM ZDROWOTNY GMINY SULMIERZYCE NA LATA 2015-2019  
„GMINNY PROGRAM PROFILAKTYKI PRÓCHNICY DLA DZIECI”**

Przedmiotem programu jest przeprowadzenie profilaktycznych badań stomatologicznych obejmujących instruktaż higieny jamy ustnej, zabiegi profilaktyki fluorkowej oraz procedury lakowania zębów stałych u dzieci od 5. do 13. roku życia zamieszkałych na terenie gminy Sulmierzyce.

Program jest realizowany ze środków pochodzących z budżetu gminy, a całkowity jego koszt szacowany na 400 000 PLN (80 000 PLN rocznie).

**Cel główny programu stanowi obniżenie wartości wskaźników intensywności próchnicy u dzieci w wieku przedszkolnym oraz dzieci w wieku szkolnym z terenu gminy Sulmierzyce. Cele szczegółowe to: zmniejszenie zachorowalności na chorobę próchnicową zębów; zwiększenie liczby dzieci ze zdrowym**

**uzębieniem; kształtowanie postaw prozdrowotnych oraz rozwijanie nawyków sprzyjających zdrowiu; poprawa dostępu dzieci z terenu gminy Sulmierzyce do świadczeń stomatologicznych; zmniejszenie kosztów związanych z leczeniem stomatologicznym.**

Działania we wdrożonym programie obejmują przeprowadzenie badań stomatologicznych, w tym diagnostykę próchnicy oraz wczesne wykrycie wad zgryzu, wraz z przekazaniem rodzicom lub opiekunom informacji o stanie uzębienia dzieci z zaleceniem dalszego postępowania; instruktaż higieny jamy ustnej; pokrywanie lakierem fluorowym wszystkich zębów stałych; lakowanie bruzd zębów stałych; edukację dzieci na spotkaniach w szkołach lub przedszkolach odnośnie wpływu choroby próchnicowej na ogólny stan zdrowia organizmu oraz związanych z nią powikłań. Ponadto program zakłada ocenę świadomości rodziców lub opiekunów prawnych dzieci (przed i po jego realizacji) na podstawie analizy ankiet.

Źródło: Uchwała nr IX/45/2015 Rady Gminy w Sulmierzycach z dnia 27 maja 2015 r. w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego gminy Sulmierzyce na lata 2015-2019 pn. „Gminny program profilaktyki próchnicy dla dzieci”

#### **„PROGRAM PROFILAKTYKI PRÓCHNICY – LAKOWANIE ZĘBÓW NA LATA 2012-2014 W GMINIE SUSZEC” ORAZ JEGO KONTYNUACJA W LATACH 2015-2020**

Program finansowany jest wyłącznie ze środków budżetu gminy Suszec. Środki przeznaczone z budżetu gminy na jego realizację w latach 2012-2014 wynosiły w każdym roku 6 350 PLN, natomiast w latach 2015-2020 – łącznie 42 000 PLN, zatem co roku gmina przekazuje na ten cel 7 000 PLN.

Profilaktyka próchnicy poprzez lakowanie bruzd zębów była już realizowana na terenie gminy w latach wcześniejszych i spotkała się z dużą aprobatą mieszkańców. Dane z dokumentacji przedstawiają, że w 2010 roku z usług stomatologicznych skorzystały 33 osoby, u których wykonano 131 zabiegów lakowania bruzd zębów, a w 2011 roku procedurę tą przeprowadzono u 35 osób w 120 zębach.

W latach 2012-2014 programem profilaktycznym zostały objęte dzieci w wieku 8 i 9 lat zamieszkałe na terenie gminy Suszec. Dane z dokumentacji sprawozdawczej dowiodły, że w 2012 roku z usług stomatologicznych skorzystało 65 osób, u których wykonano 130 zabiegów lakowania bruzd zębów, natomiast rok później wartości te kształtowały się na poziomie odpowiednio 51 i 102. W kolejnych latach (2015-2020) grupę docelową stanowią dzieci w wieku 8 lat. Oszacowano ją następująco: w roku 2015 – 158 dzieci, w 2016 roku – 147 dzieci, w 2017 roku – 174 dzieci, w 2018 roku – 182 dzieci, w 2019 roku – 161 dzieci, w 2020 roku – 151 dzieci. Istnieje możliwość kontynuacji działań w kolejnych latach, jeżeli spotkają się one z dużym zainteresowaniem ze strony adresatów.

**Celem głównym programu jest zmniejszenie częstości występowania próchnicy zębów u dzieci z terenu gminy Suszec poprzez lakowanie bruzd zębów stałych. Cele szczegółowe obejmują: zapobieganie próchnicy; zwiększenie liczby dzieci, u których zastosowany został lak szczelinowy; podniesienie świadomości zdrowotnej dzieci oraz ich rodziców lub opiekunów; kształtowanie prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych wśród dzieci objętych programem; zmniejszenie kosztów leczenia stomatologicznego w późniejszych latach życia dzieci.**

Zabieg lakowania bruzd zębów u dzieci z grupy wysokiego ryzyka choroby próchnicowej przeprowadzany jest podczas wizyty w gabinecie dentystycznym. W latach 2015-2020 procedura może dotyczyć maksymalnie 4 wybranych zębów spośród zębów drugich przedtrzonowych (tzw. piątek) i pierwszych trzonowych (tzw. szóstek), podczas gdy w latach 2012-2014 zabieg wykonywano maksymalnie w 2 wybranych pierwszych zębach trzonowych stałych (tzw. szóstkach). Po wykonanym zabiegu lekarz dentysta lub asystentka dentystyczna przeprowadza instruktaż mycia zębów oraz przekazuje informacje dotyczące prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych. Dodatkowo rodzice lub opiekunowie wypełniają kwestionariusz ankiety dotyczący nawyków higienicznych i dietetycznych oraz częstości korzystania z usług lekarza dentysty.

Źródło: Urząd Gminy Suszec – załącznik nr 2 do uchwały Rady Gminy Suszec nr XXXXIX/72/316/2013 z dnia 12 grudnia 2013 r., „Program profilaktyki próchnicy – lakowanie zębów na lata 2012-2014”; załącznik nr 2 do uchwały Rady Gminy Suszec nr VII/58/2015 z dnia 26 marca 2015 r. „Program profilaktyki próchnicy – lakowanie zębów na lata 2015-2020”

**„PIĘKNY UŚMIECH NA LATA – PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ DLA GMINY RZGÓW W ZAKRESIE PROFILAKTYKI STOMATOLOGICZNEJ DLA DZIECI UCZĘSZCZAJĄCYCH DO PUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA W RZGOWIE ORAZ DLA DZIECI Z KLAS I-III SZKÓŁ PODSTAWOWYCH NA TERENIE GMINY RZGÓW – I ETAP”**

Program jest realizowany w latach 2015-2018 w gminie Rzgów wśród dzieci uczęszczających do publicznych placówek oświatowych, w tym publicznego przedszkola, dzieci objętych rocznym przygotowaniem przedszkolnym w szkołach podstawowych oraz dzieci z klas I-III szkół podstawowych. Uprawnionymi do korzystania ze świadczeń są wszystkie dzieci z tych placówek, natomiast dane meldunkowe na 15 września 2015 roku wskazują, iż populacja ta obejmuje 541 osób. Ponadto w kolejnych latach funkcjonowania programu zapraszane będą wszystkie dzieci spełniające kryteria projektu. Przewiduje się, iż każdego roku populacja bazowa programu zostanie powiększona o około 100 dzieci. Dodatkowo w 2017 roku w gminie planowane jest uruchomienie 2 placówek przedszkolnych, co pociągnie za sobą zwiększenie o około 80 liczby dzieci objętych programem. Koszty całkowite programu zdrowotnego oszacowane zostały na kwotę około 237 200 PLN (przy objęciu działaniami całej zakładanej populacji oraz przy przewidywanej liczbie wykonanych procedur). Program finansowany jest z budżetu gminy Rzgów.





Cel główny programu stanowią profilaktyka pierwotna i wtórna chorób jamy ustnej i poprawa stanu zdrowia jamy ustnej w populacji dzieci w wieku 3-10 lat w gminie Rzgów uczęszczających do publicznych placówek oświatowych poprzez profilaktykę stomatologiczną, świadczenia w ramach stomatologii dziecięcej, zachowawczej, endodoncji oraz chirurgii stomatologicznej, w zależności od planu leczenia, a także działania informacyjno-edukacyjne. Celami szczegółowymi są natomiast: podniesienie świadomości na temat potrzeby działań z zakresu profilaktyki pierwotnej próchnicy, leczenia stomatologicznego, zapobiegania powikłaniom, a także metod pielęgnacji jamy ustnej dziecka; podniesienie poziomu świadomości dzieci w wieku 3-10 lat odnośnie czynników ryzyka wystąpienia próchnicy; podnoszenie świadomości i edukowanie rodziców na temat czynników ryzyka wywołujących choroby jamy ustnej u dzieci; ocena stanu zdrowia jamy ustnej u co najmniej 80% dzieci oraz kwalifikacja do dalszego postępowania; kształtowanie właściwych nawyków higienicznych jamy ustnej oraz zachęcenie do regularnych stomatologicznych wizyt kontrolnych; zapewnienie równego dostępu do profilaktyki stomatologicznej dzieciom uczęszczającym do Publicznego Przedszkola w Rzgowie, odbywających roczne przygotowanie przedszkolne w oddziałach przedszkolnych zorganizowanych w szkołach podstawowych na terenie gminy Rzgów, oraz dzieciom z klas I-III szkół podstawowych na terenie gminy Rzgów; monitorowanie jakości udzielanych świadczeń; rzetelne informowanie społeczności lokalnej o prowadzonym programie.

Program obejmuje działania edukacyjne (pogadanka) i interwencje grupowe, w tym zabiegi fluoryzacji zębów prowadzone w szkole w ramach zajęć. Ponadto przeprowadzane są adaptacja do gabinetu stomatologicznego oraz badania jamy ustnej.

Przedsięwzięcia prowadzone w ramach programu zdrowotnego są uzupełnieniem realizowanych na terenie gminy świadczeń gwarantowanych w ramach finansowania ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Źródło: Uchwała nr XXIII/152/2016 Rady Miejskiej w Rzgowie z dnia 1 czerwca 2016 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej

#### **„MIEJSKI PROGRAM PROFILAKTYKI PRÓCHNICY DLA DZIECI I MŁODZIEŻY DO 18. ROKU ŻYCIA” W ŁODZI**

Realizację programu rozpoczęto w latach 2012-2014 w Łodzi w grupie dzieci 12-13-letnich oraz wśród kobiet w ciąży. U dzieci z wysokim ryzykiem próchnicy wykonano lakowanie bruzd drugich zębów trzonowych stałych (tzw. siódemki), natomiast u kobiet w ciąży prowadzono działania edukacyjne podnoszące świadomość prozdrowotną wraz z przekazaniem praktycznych informacji dotyczących m.in. konieczności odbycia pierwszej wizyty u stomatologa między 6. a 12. miesiącem życia dziecka.

**Program miał na celu obniżenie wartości wskaźników próchnicy u dzieci oraz młodzieży do 18. roku życia, zwiększenie odsetka dzieci i młodzieży ze zdrowym uzębieniem i przyzębieniem, zmianę zachowań na prozdrowotne oraz podniesienie świadomości zdrowotnej dzieci i ich rodziców.**

Program był kontynuowany w latach 2015-2016, a działaniami objęto dzieci w wieku 11-14 lat. Przeprowadzane są u nich badanie stomatologiczne wraz z oceną stanu zdrowia uzębienia oraz potrzeb leczniczych, zabieg lakowania bruzd drugich zębów trzonowych stałych, instruktaż higieny jamy ustnej wraz z przekazaniem zaleceń dietetycznych. Ponadto uczniowie wypełniają kwestionariusz ankiety w celu oceny ich nawyków higienicznych i dietetycznych oraz dbałości o zęby.

Na realizację zadania w 2015 roku przeznaczono z budżetu miasta Łodzi kwotę 69 594 PLN.

Źródło: Załącznik do uchwały nr XXI/358/11 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 14 września 2011 r.  
Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 692/VII/15 Prezydenta Miasta Łodzi z dnia 23 marca 2015 r.;  
[www.uml.lodz.pl/miasto/zdrowie/profilaktyka/miejski\\_programu\\_profilaktyki\\_prochnicy\\_dla\\_dzieci\\_i\\_mlodziemy\\_do\\_18\\_roku\\_zycia\\_w\\_2016\\_r](http://www.uml.lodz.pl/miasto/zdrowie/profilaktyka/miejski_programu_profilaktyki_prochnicy_dla_dzieci_i_mlodziemy_do_18_roku_zycia_w_2016_r)

*Karolina Gerreth*

## Inne programy promujące zdrowie jamy ustnej

W Polsce od lat realizowane są programy dotyczące zdrowia jamy ustnej organizacji pozarządowych. Często firmy producenckie, uzyskując wsparcie organizacji rządowych i towarzystw naukowych, organizują akcje lub programy profilaktyczne przy zaangażowaniu Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Ministerstwa Edukacji Narodowej oraz wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Należy także wspomnieć, że wzorem dla później opracowywanych i realizowanych programów edukacyjnych skierowanych do dzieci były **Kluby Wiewiórka** działające od 1965 roku przy szkolnych kołach Polskiego Czerwonego Krzyża. W pierwszych latach jego funkcjonowania działania klubów obejmowały dzieci z klas I-IV szkół podstawowych. Od 1970 roku członkami klubu mogły zostać także dzieci z najstarszych grup przedszkolnych. Celem do dziś istniejącej i działającej organizacji stało się wykształcenie u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkol-



nym właściwych nawyków prozdrowotnych. Ponadto organizacja starała się i stara czynnie angażować rodziców oraz opiekunów do wdrażania u dzieci właściwych zachowań. Są oni informowani o działalności klubów i aktywnie włączani do działań. **Adresaci programu uczą się dbałości o higienę jamy ustnej, stosowania profilaktyki fluorkowej oraz odpowiedniej diety, a także korzystania z planowej opieki stomatologicznej.** Obecnie Kluby Wiewiórka powstają w przedszkolach oraz w klasach I-III szkół podstawowych (po uzyskaniu zgody dyrekcji placówki). Funkcję opiekuna klubu może natomiast sprawować nauczyciel, wychowawca,

wolontariusz Polskiego Czerwonego Krzyża bądź inna osoba na stałe współpracująca z wybraną placówką nauczania i wychowania. Według regulaminu członkiem klubu może zostać jedynie przedszkolak lub uczeń, który codziennie rano i wieczorem myje zęby, zgłasza się systematycznie na wizyty kontrolne (przynajmniej 2 razy w roku) do lekarza dentysty, przestrzega zasad higieny osobistej i otoczenia oraz zasad bezpieczeństwa, a także niesie pomoc potrzebującym. Każdy członek klubu posiada odznakę, której noszenie jest zarówno powodem do dumy, jak i motywacją do aktywności. W ramach działalności klubu odbywają się pogadanki, pokazy szczotkowania zębów, organizowane są kącki zainteresowań, finansowany zakup przyborów do higieny jamy ustnej, wykonywane plakaty oraz gazetki ściennie, a także przygotowywane przedstawienia dotyczące problematyki stomatologicznej oraz gier i zabaw utrwalających właściwe zachowania prozdrowotne.

Program „**Start! Cel! Śnieżnobiały uśmiech**” został wprowadzony w roku szkolnym 1993/1994 i był przeznaczony dla dzieci z klas I szkoły podstawowej. Przygotowany został przez Instytut Badawczy Blend-a-med wraz z Ministerstwem Edukacji Narodowej i Polskim Towarzystwem Stomatologicznym, a konsultacje przeprowadziła prof. Maria Wierzbicka. **Głównym celem działań była pomoc w kształtowaniu i utrwaleniu korzystnych nawyków higienicznych.** Dla nauczycieli został przygotowany i opracowany przewodnik, dla dzieci film wideo obrazujący zasady postępowania zapewniające zachowanie zdrowych zębów („Przygody gwiazdeczek w kosmosie”), plakat ilustrujący 3 Stacje Wiedzy Kosmicznej i Planetę Śnieżnobiałego Uśmiechu („Kosmos”), a także plakat przedstawiający prawidłową metodę szczotkowania zębów („Naśladuj gwiazdeczki”). Motywem przewodnim stała się podróż dzieci („badaczy kosmosu”) pod kierunkiem nauczycieli („dowódców”) na Planetę Śnieżnobiałego Uśmiechu do siedziby gwiazdeczek, czyli dzielnych rycerzy będących rzecznikami zdrowych zębów. Program został podzielony na 3 części, w tym: „Odliczanie startowe” z omówieniem roli zdrowego uśmiechu i roli zębów oraz prezentacją filmu wideo oraz „Odpalenie rakiety” z przedstawieniem dwóch plakatów oraz planowaniem podróży. Ostatni etap stanowiło przybycie na Planetę Śnieżnobiałego Uśmiechu, natomiast po drodze do celu zatrzymywano się kolejno na 3 Stacjach Wiedzy Kosmicznej, czyli Stacji Szczoteczkowej (dzieci uczyły się szczotkowania zębów i przeprowadzały eksperyment wyjaśniający zasady działania fluoru), Stacji Podjadków (omawiano zasady prawidłowego żywienia i wyjaśniano efekty działania kwasów na zęby w następstwie podjadania) i Stacji Dentystycznej (zapoznawano z funkcjonowaniem gabinetu dentystycznego oraz rolą personelu stomatologicznego). Kolejna edycja programu odbywała się pod tym samym hasłem, jednak motywem przewodnim stała się wyprawa Zuzi po śnieżnobiały uśmiech. W ramach programu ponownie dostarczono do szkół materiały pomocnicze, w tym przewodnik dla nauczycieli, film wideo („Wyprawa Zuzi po śnieżnobiały uśmiech”), dwa plakaty edukacyjne („Naśladuj Zuzię i jej przyjaciół” – przedstawiający prawidłową metodę szczotkowania zębów, oraz „Jak dbać o zęby” – z podstawowymi zasadami higieny jamy ustnej) oraz „Dzienniczki szczotkowania zębów” dla uczniów. W drugiej edycji wprowadzono wykorzystanie zajęć tematycznych

na poszczególnych lekcjach, nawiązujących do konkretnych przedmiotów. Wszystkie dzieci biorące udział w programie otrzymują Dyplom Śnieżnobiałego Uśmiechu opracowany przy współpracy z Polskim Towarzystwem Stomatologicznym.

Program „**Radosny uśmiech, radosna przyszłość**” został przygotowany przy współpracy z firmą Colgate-Palmolive i był skierowany do uczniów klas II-III szkoły podstawowej. W ramach programu nauczyciele, dzieci oraz ich rodzice otrzymywali narzędzia niezbędne do utrzymania prawidłowej higieny jamy ustnej. Materiały pomocnicze obejmowały przewodnik dla nauczycieli „Radosny uśmiech, radosna przyszłość”, film „Doktor Ząbek i legenda Zębolandii” na temat przygód doktora Ząbka oraz walecznych rycerzy podczas ich wyprawy po zdrowe zęby i dziąsła, plakaty ścienne „Szczotkowanie zębów w 5 krokach” oraz „Na odsiecz Zębolandii”, a także dzienniczek z 28-dniowym grafikiem szczotkowania zębów („Moje przygody w Zębolandii”). Ponadto firma każdego roku organizowała, sprowadzała i dystrybuowała dla uczniów będących uczestnikami programu szczoteczki i próbki past do zębów. W kolejnej

**STRONA INTERNETOWA POWIATOWEJ STACJI SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ WE WŁOCŁAWKU**  
[www.pssewlclawek.pl/index.php/promocja-zdrowia/programy%20i-intervencje-nieprogramowe/66-radosny-umiech-radosna-przyszlosc](http://www.pssewlclawek.pl/index.php/promocja-zdrowia/programy%20i-intervencje-nieprogramowe/66-radosny-umiech-radosna-przyszlosc)

edycji programu przygotowano bloki tematyczne związane z programem nauczania, w tym humanistyczny, matematyczny i przyrodniczy. W bloku humanistycznym dzieci tworzyły słowniczek wyrazów ściśle powiązanych z właściwą higieną jamy ustnej oraz brały udział w Turnieju Zębowych Drużyn, przygotowywały „pułapkę Doktora Ząbka” na osad nazębny poprzez ułożenie zestawu pytań i odpowiedzi z zakresu właściwych stomatologicznych nawyków higienicznych, zapoznawały się z funkcjonowaniem zębów w jamie ustnej z wykorzystaniem trójwymiarowego modelu. Blok matematyczny („Grafik mycia zębów Pani Doktor Ząbkowskiej”) pomagał dzieciom i rodzicom w kształtowaniu nawyku mycia zębów, a przyrodniczy („Powstrzymać atak osadu

nażębnego”) pozwalał uczniom zrozumieć mechanizm działania past z fluorem oraz jego wpływ na zdrowie zębów (przeprowadzanie samodzielnych eksperymentów). Realizacja programu zakończyła się przekazaniem Dyplomów Superrodziny oraz Rodzinnego Zobowiązania do Radosnego Uśmiechu.

Program nadal jest prowadzony w Polsce oraz w kilkudziesięciu krajach świata w wielu językach. Dla przykładu na terenie powiatu włocławskiego w województwie kujawsko-pomorskim w roku szkolnym 2015/2016 był on realizowany przez 46 szkół podstawowych, w których edukacją objęto 2121 uczniów ([www.pssewloclawek.pl/index.php/promocja-zdrowia/programy-i-interwencje-nieprogramowe/66-radosny-usmiech-radosna-przyszlosc](http://www.pssewloclawek.pl/index.php/promocja-zdrowia/programy-i-interwencje-nieprogramowe/66-radosny-usmiech-radosna-przyszlosc)).

W latach 90. XX wieku wprowadzony został także program „**Twój piękny uśmiech**” realizowany przez Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej oraz firmę Wrigley, a skierowany do młodzieży gimnazjalnej oraz uczniów klas I-II szkoły średniej. **Głównym jego celem było przekonanie młodzieży o wpływie na zdrowie swoich zębów.** Program składał się z dwóch części: teoretycznej oraz edukacyjnej, w ramach których przekazywano uczniom informacje na temat zasad właściwego dbania o higienę jamy ustnej oraz stosowania sprzyjającej zdrowiu diety. Pokazy i ćwiczenia edukowały w zakresie prawidłowego oczyszczania zębów oraz stosowania nici dentystycznej. Na potrzeby programu opracowane zostały materiały dla osób prowadzących oraz uczestników.

W 2013 roku rozpoczęto realizację ogólnopolskiego programu „**Chroń dziecięce uśmiechy**” z udziałem Polskiego Czerwonego Krzyża oraz Wrigley Poland i partnerstwem merytorycznym Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej oraz Grupy LUX MED. **Celem programu edukacyjno-profilaktycznego jest kształtowanie wśród uczniów szkół podstawowych świadomości dotyczącej znaczenia pielęgnacji zębów dla zdrowia organizmu oraz przekazywanie im informacji na temat skutecznej dbałości o higienę jamy ustnej.** W ramach trzeciej edycji programu odbywającej się w roku szkolnym 2015/2016 zaplanowano przeprowadzenie badania stomatologicznego u około 9 000 dzieci w wieku 5-13 lat z 24 szkół w 6 województwach (dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, małopolskim, śląskim i wielkopolskim) oraz przeprowadzenie lekcji dotyczących prawidłowej higieny jamy ustnej dla 100 000 dzieci. We wcześniejszych edycjach przeprowadzono już badanie stanu uzębienia dzieci z pozostałych 10 województw. Na czas prowadzenia badań w wybranych szkołach podstawowych utworzone zostały specjalne, tymczasowe gabinety dentystyczne.

W ramach Klubu Wiewiórka Wrigley Poland we współpracy z Polskim Czerwonym Krzyżem przygotowała materiały edukacyjne. Do uczniów trafiły zeszyty dydaktyczne „Chroń dziecięce uśmiechy”. Dla dzieci w wieku 6-9 lat przygotowana została książeczka „Ja i moje zęby”, a dla 10-12-latków „Ja i mój uśmiech”. Materiały przygotowano



w ciekawy sposób, umożliwiającą interaktywną formę edukacji. Uczniowie za pomocą ćwiczeń, gier i quizów poznają najważniejsze zasady oraz zalety dbania o zęby.

W 2006 roku rozpoczęto realizację programu higieny jamy ustnej Wrigley „**Orbitek – przyjaciel zdrowych zębów**” pod patronatem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Program jest skierowany do uczniów klas I-III szkół podstawowych. **Działania mają na celu zwiększenie świadomości dzieci dotyczącej konieczności dbania o zęby.** W ramach działań edukacyjnych przygotowano scenariusze lekcji z materiałami pomocniczymi w postaci rysunków produktów spożywczych, plansz rysunkowych, historyjek obrazkowych, naklejek samoprzylepnych, plakaty i tablice informujące, jak dbać o zdrowie zębów, a także materiały edukacyjne dla nauczycieli, ankiety dla nauczycieli i uczniów dotyczące programu, film animowany, darmowe badania jamy ustnej w autobusach o nazwie Dentibus. W 2009 roku jako kontynuacja przygód bohatera przygotowano komiks pt. „Orbitek i niecne plany profesora Mikroba”.

W 2011 roku rozpoczęto ogólnopolski program edukacji zdrowotnej dla przedszkolaków „**Akademia Aquafresh**”, którego organizatorem jest Adliner Sp. z o.o. będąca właścicielem portalu Programyedukacyjne.pl ([www.akademia-aquafresh.pl](http://www.akademia-aquafresh.pl)). W roku szkolnym 2016/2017 odbędzie się szósta edycja programu. W ramach działań przedszkola otrzymują pakiety materiałów edukacyjnych zawierające scenariusze dla nauczycieli do prowadzenia zajęć z dziećmi, plansze edukacyjne oraz naklejki sprawności, które dzieci będą zdobywać w trakcie zajęć, karty mycia zębów dla dzieci wraz z naklejkami Pastusiowa Odznaka Zdrowego Uśmiechu, materiały edukacyjne dla dzieci i rodziców oraz materiały konkursowe. W tym roku program wspierany jest przez patronów honorowych: Polskie Towarzystwo Lekarskie, Rektora Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu oraz Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej. Patronami medialnymi są Polsat JimJam, Wirtualna Polska – serwis Dzieci.pl, Parenting.pl oraz pismo „Bliżej Przedszkola”. Dla przedszkoli oraz rodziców dzieci uczestniczących w programie przygotowano konkurs „Uśmiech dziecka”. Istnieje także darmowa aplikacja, za pomocą której Kapitan Aquafresh i Pastusie instruują dzieci, jak poprawnie powinny szczotkować zęby. Piosenki z zabawnymi tańcami mogą posłużyć do odliczania czasu (2 minuty) oczyszczania zębów.

#### SOJUSZ DLA PRZYSZŁOŚCI WOLNEJ OD PRÓCHNICY

Sojusz dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy (Alliance for a Cavity-Free Future – ACFF) jest światową organizacją pożytku publicznego powstałą w celu zwalczania choroby próchnicowej zębów. Zrzesza on ekspertów zajmujących się promowaniem połączenia działań środowisk medycznych z inicjatywami z zakresu zdrowia publicznego ([www.acff.pl](http://www.acff.pl)). **Celem jest pomoc we wprowadzaniu niezbędnych zmian w praktyce stomatologicznej na całym świecie.** W 2014 roku utworzony został Polski Oddział Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy. Koordynatorem działań jest

**Powiedz STOP próchnicy już DZIŚ**  
– dla zdrowych zębów w przyszłości  
Central and Eastern European Chapter

Proszę STOP próchnicy już DZIŚ  
– dla zdrowych zębów w przyszłości  
Central and Eastern European Chapter

**Demineralizacja:** Bakterie próchniczościowe wytwarzają w płytce nazębnej produkcyjną kwasu w niebezpieczne ilości, które obniżają pH szkliwa do poziomu poniżej krytycznego (pH 5,5) i mogą przyspieszyć demineralizację.

**Przebiegowa zmiana:** Szkliwo w sposób nieprzewidywalny odlega procesom demineralizacji i remineralizacji. Jeśli ociepnie przeważa proces demineralizacji nad procesem remineralizacji, może powstać zmiana w postaci brzozy próchniczej.

**Przebiegowa zmiana:** Próchnica powolnie zmienia strukturę szkliwa zębów powstaje na skutek długiej ekspozycji szkliwa na obniżone pH, co sprzyja skutecznym procesom demineralizacji, osłabieniu szkieletu tkanki i utracie ich integralności strukturalnej.

**STRONA INTERNETOWA SOJUSZU DLA PRZYSZŁOŚCI WOLNEJ OD PRÓCHNICY**  
[www.allianceforacavityfreefuture-cee.eu/pl/pl/downloads#PL](http://www.allianceforacavityfreefuture-cee.eu/pl/pl/downloads#PL)

prof. Dorota Olczak-Kowalczyk. Deklaracja podpisana została także przez przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej i Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

**Wyznaczone przez Polski Oddział Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy działania obejmują propagowanie zasady profilaktyki fluorkowej dla dzieci i młodzieży w Polsce w ramach edukacji przed- i podyplomowej oraz kontynuowanie projektu „Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców” („Dzieciństwo bez próchnicy”) współfinansowanego przez Szwajcarię w ramach szwajcarsko-polskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej oraz polskie Ministerstwo Zdrowia. Ponadto Polski Oddział Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy aktywizuje i zaleca zaangażowanie personelu medycznego niestomatologicznego (w tym lekarzy pierwszego kontaktu, pediatrów, pielęgniarki) sprawującego opiekę ogólnomedyczną nad dziećmi w działania dotyczące profilaktyki choroby próchnicowej m.in. poprzez powołanie wielospecjalistycznego zespołu ekspertów i opracowanie zasad prawidłowego żywienia dzieci jako niezbędnego elementu zapobiegania chorobie próchnicowej.**

W ramach działań ACFF w Polsce powołane zostały grupy robocze zajmujące się zagadnieniami edukacji prozdrowotnej, programów profilaktycznych, higieny jamy ustnej, żywienia, profilaktyki fluorkowej, zapobiegania próchnicy w chorobach przewlekłych i u dzieci niepełnosprawnych, profilaktyki próchnicy w populacji pacjentów leczonych ortodontycznie oraz u osób dorosłych.

**„PROGRAM STOMATOLOGICZNEJ EDUKACJI PROZDROWOTNEJ DLA PRZYSZŁYCH RODZICÓW” W RAMACH INICJATYWY LIVE.LEARN.LAUGH.**

Międzynarodowy program promocji zdrowia jamy ustnej Live.Learn.Laugh. został oparty na partnerstwie publiczno-prywatnym firmy Unilever i Światowej Federacji Dentystycznej (Federation Dentaire Internationale – FDI), a zainicjowany w 2005 roku podczas kongresu FDI w Montrealu. **Jego ideą stało się wspieranie promocji zdrowia jamy ustnej oraz edukacji prozdrowotnej na całym świecie.** W ramach działań Live.Learn.Laugh. zrzeszone w Światowej Federacji Dentystycznej narodowe towarzystwa stomatologiczne miały możliwość poprowadzenia lokalnych programów z zakresu promocji zdrowia jamy ustnej.

W ramach pierwszej fazy programu (lata 2005-2009) Światowa Federacja Dentystyczna zaakceptowała do realizacji 42 projekty, które zostały zaproponowane przez towarzystwa stomatologiczne w 38 krajach na 4 kontynentach (Europa – 34%, Azja – 38%, Ameryka Łacińska – 7% oraz Afryka – 21%). Przygotowane przedsięwzięcia programowe obejmowały działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia jamy ustnej. Adresowane były do zróżnicowanych grup pacjentów, personelu medycznego oraz nauczycieli. Programy stomatologicznej edukacji prozdrowotnej dla dzieci, ich rodziców i personelu szkół prowadzono w Austrii, Arabii Saudyjskiej, Belgii, Chile, Czechach, Chorwacji, na Filipinach, w Grecji, Ghanie, Indiach, Iraku, Indonezji, Jordanii, Kambodży, Kazachstanie, Szwajcarii, Szwecji, Sudanie, na Węgrzech i w Wietnamie. W Brazylii, Chile, Chinach, Iranie, Kenii, Maroku, Nigerii, Republice Wybrzeża Kości Słoniowej, na Sri Lance i w Tajlandii działania prozdrowotne skierowane zostały do populacji o ograniczonym dostępie do świadczeń stomatologicznych. Programy przygotowane w Hiszpanii i Tunezji wspierały lekarzy dentystów chcących zerwać z uzależnieniem od tytoniu, natomiast program prowadzony w Niemczech miał za zadanie uświadamianie personelowi medycznemu i pacjentom szkodliwego wpływu tytoniu na zdrowie. W Bangladeszu, Chinach, Egipcie, Grecji, Kazachstanie, Kenii, Nigerii, Republice Wybrzeża Kości Słoniowej, Sudanie, Wietnamie oraz na Węgrzech oprócz edukacji prowadzono badania przesiewowe i epidemiologiczne chorób jamy ustnej. W wybranych krajach, w tym Arabii Saudyjskiej, Pakistanie, Sudanie i Wietnamie, bezpłatną opieką stomatologiczną objęto dzieci z potrzebami leczniczymi. W Grecji, Tajlandii oraz Turcji prowadzono programy badawcze umożliwiające ocenę różnych uwarunkowań zdrowia jamy ustnej. Fińskie Towarzystwo Stomatologiczne prowadziło działania zmierzające do przygotowania podręcznika dla nauczycieli z wytycznymi dotyczącymi skutecznego wdrażania promocji zdrowia jamy ustnej do programu nauczania w szkołach. Projekt włoski obejmował szkolenie lekarzy zajmujących się epidemiologią chorób jamy ustnej. W 2010 roku rozpoczęła się kolejna edycja programu mająca na celu promocję zdrowia jamy ustnej na całym świecie.

**Polskie Towarzystwo Stomatologiczne włączyło się do programu Live.Learn.Laugh. w 2006 roku.** Wiodącą rolę w działaniach polskich odgrywały Klinika Stomatologii Dziecięcej Katedry Stomatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Zakład Organizacji i Zarządzania Katedry Zdrowia Publicznego oraz Zakład Periodontologii Katedry Periodontologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. W Polsce prowadzony był projekt edukacji prozdrowotnej dla przyszłych rodziców („Program stomatologicznej edukacji prozdrowotnej dla przyszłych rodziców” – „Implementing a dental education program for parents-to-be”), propagowany przez lekarzy dentystów i ginekologów-położników, położne oraz szkoły rodzenia. **Przygotowane przez specjalistów w ramach projektu materiały edukacyjne dotyczyły różnych aspektów zdrowia jamy ustnej zarówno dziecka, jak i całej rodziny, w tym problemów stomatologicznych, na jakie narażone są przyszłe matki, dbałości o uzębienie kobiety w ciąży i optymalnych warunków dla rozwoju zębów dziecka, unikania błędów żywieniowych, pielęgnacji zębów dziecka, ograniczania infekowania jamy ustnej dziecka bakteriami odpowiedzialnymi za chorobę próchnicową zębów oraz konieczności odbywania wizyt stomatologicznych.**

Pierwsza edycja materiałów edukacyjnych „Oczekujesz dziecka? Zadbaj o zdrowie jamy ustnej”, obejmująca broszurę i plakat, trafiła w grudniu 2007 roku do 42 szkół rodzenia w kraju. W ramach projektu powstała strona internetowa [www.zebymoje-godziecka.pl](http://www.zebymoje-godziecka.pl) z materiałami informacyjnymi oraz poradami dla rodziców. Lekarze stomatolodzy prenumerujący „Czasopismo Stomatologiczne” oraz „Protetykę Stomatologiczną” wraz z czasopismem, w którym znajdował się także artykuł na temat projektu Live.Learn.Laugh. w Polsce, otrzymali materiały edukacyjne. W 2008 roku przygotowane zostały kolejne materiały edukacyjne w postaci czterech broszur: „Jestem w ciąży” – na temat zapobiegania chorobom dziąseł i próchnicy zębów u przyszłych matek, „Kiedy boli ząb” – o próchnicy wczesnego dzieciństwa, „Pierwsze zęby” – dotyczyła problemów związanych z wyrzynaniem zębów oraz odpowiedniej pielęgnacji uzębienia dziecka, „Pierwsza wizyta” – o pierwszych wizytach dziecka w gabinecie dentystycznym. Broszury trafiły do lekarzy dentystów podczas targów CEDE (Central European Dental Exhibition) oraz do szkół rodzenia. Kolejne dwie broszury: „Bezpieczna zabawa” – na temat profilaktyki urazów u dzieci, oraz „Zdrowe i silne zęby” – dotycząca profilaktyki fluorkowej próchnicy zębów, zostały przygotowane i wydane w 2009 roku.

Podczas konferencji Światowej Federacji Dentystycznej w Singapurze w 2009 roku odbyło się sympozjum poświęcone międzynarodowemu programowi Live.Learn.Laugh., podczas którego przedstawiono wyniki na przykładzie projektów prowadzonych w wybranych krajach. **Polski projekt dla przyszłych rodziców został wysoko oceniony szczególnie za solidnie przygotowane materiały edukacyjne, wsparcie lokalnych władz oraz zainteresowanie specjalistów. Ponadto program cieszył się uznaniem twórców Live.Learn.Laugh. z uwagi na wpisanie się we współczesne światowe trendy, które uznają preprofilaktykę próchnicy (profilaktykę wdrożoną przed narodzinami dziecka) za jedną z najbardziej skutecznych metod zapobiegania chorobie.**

*Maria Borysewicz-Lewicka*

## Współpraca międzysektorowa w realizacji programów zdrowia

Współcześnie wobec coraz większych potrzeb systemu ochrony zdrowia publicznego istnieje konieczność łączenia zasobów różnych podmiotów i podejmowania wspólnych inicjatyw na rzecz wybranych grup społeczeństwa. Uzyskiwany w ten sposób efekt synergii odnoszący się nie tylko do zasobów rzeczowych czy finansowych, lecz także wiedzy i doświadczenia osób bądź instytucji pozwala na bardziej gospodarne zaangażowanie dostępnych środków.

Inicjatywy podejmowane przy wiedzy i wsparciu podmiotów odpowiedzialnych za określone sektory ułatwiają opracowanie i wdrażanie osiągniętych rezultatów oraz mają szansę przyczynić się do rzeczywistej poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. W oparciu o wyniki tych projektów możliwe jest podejmowanie dalszych inicjatyw niejako „nadbudowujących” czy też kontynuujących przyjętą strategię. **Dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz innych autorytetów kształtujących politykę zdrowotną wskazują ponadto na potrzebę współpracy specjalistów z różnych dziedzin.** W obszarze zdrowia wspólne zaangażowanie profesjonalistów głównie z zakresu socjologii, medycyny, z obszarów zdrowia publicznego, nauk pedagogicznych czy psychologii przyczynia się do wzrostu wartości merytorycznej szczególnie w odniesieniu do projektów edukacyjnych.



W stomatologii w skali populacyjnej promocja zdrowia oparta jest na działaniach międzysektorowych i interdyscyplinarnych oraz strategii opanowywania głównych zagrożeń dla uzębienia człowieka. Choroba próchnicowa zębów charakteryzuje się

przewlekłym przebiegiem, a wywoływana jest głównie przez czynniki zewnętrzne, które można modyfikować. Takie czynniki, jak: przestrzeganie właściwej higieny czy ograniczenie spożycia cukru, dostęp do środków profilaktycznych z fluorem, pozostają w związku ze stylem życia i związanymi z nim zachowaniami. Te zachowania zależne są oczywiście od statusu ekonomicznego, przynależności do określonej grupy społecznej oraz poziomu rozwoju cywilizacyjnego społeczności.

Uwagę epidemiologów, organizatorów ochrony zdrowia, skupia też problem zróżnicowania stanu zdrowotnego populacji w odniesieniu do poszczególnych regionów i grup społecznych, co jest związane ze wspomnianymi uwarunkowaniami ekonomicznymi i środowiskowymi oraz różnym podejściem do promocji zdrowia i zapobiegania chorobom, w tym przypadku próchnicy zębów.

**Prognozy zdrowotne realizowane z udziałem administracji lokalnej powinny wspierać szczególnie starania o poprawę zdrowia i jakości życia osób z grup populacji słabszych ekonomicznie, niżej wykształconych, mających większe potrzeby zdrowotne oraz trudniejszy dostęp do opieki medycznej.**

Punktem wyjścia do wyznaczania ostatecznego odbiorcy (beneficjenta) działań podmiotowych powinny być rzeczywiste problemy, których istnienie zostało poparte rzetelnymi badaniami (diagnozą społeczną, zdrowotną, analizą potrzeb).

Ważne jest angażowanie instytucji statutowo podejmujących działania na rzecz wybranej grupy odbiorców, uwzględniające łączenie sił i zasobów. Sugeruje się budowanie sieci współpracy pomiędzy jednostkami samorządu, organizacjami pozarządowymi, społecznością lokalną, a w przypadku projektów edukacyjnych – włączenie instytucji szkolnictwa na każdym poziomie edukacji, w zależności od grupy docelowej uczestników projektu. Programy dotyczące zapobiegania próchnicy zębów oparte na placówkach nauczania i wychowania przynoszą najlepsze efekty i zapewniają najszerszy krąg odbiorców.

**Międzysektorowe działania o charakterze interwencyjnym wymagają także bliskiej współpracy wielu podmiotów oraz tworzenia warunków sprzyjających podejmowaniu inicjatyw na rzecz promocji zdrowia i profilaktyki, nawiązywania trwałych sieci współpracy, a nie skupiających się jedynie na potrzebach jednego projektu.**

Należy też podkreślić, że poszczególne instytucje zazwyczaj opracowują własne programy zgodnie ze wskazaniem budżetu. Projekty te mogą współzawodniczyć w ubieganiu się o dostępne środki na ich realizację. Stąd należy przemyśleć, czy planowane korzyści ekonomiczne (lub społeczne) przy połączeniu sił nie będą wyższe niż wynikające z konkurowania. **Ścisła współpraca między sektorami: zdrowotnym, środowiskowym i ekonomicznym, jest niezbędna, by adresować działania do kluczowych problemów zdrowotnych współczesnego społeczeństwa.**



# Rozdział IV

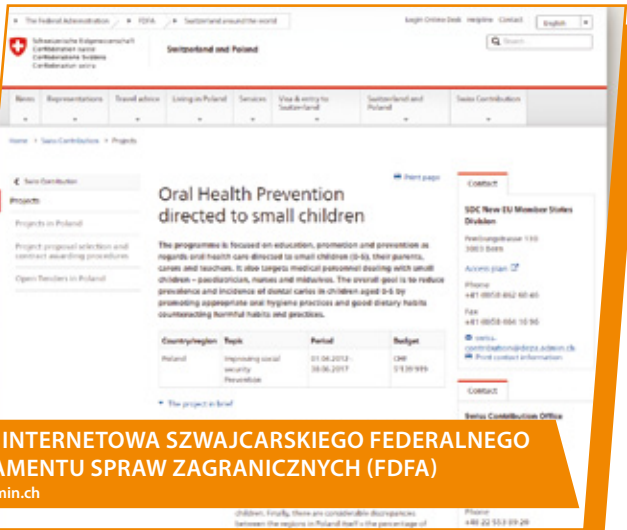
## Programy o zdrowiu w ramach Swiss Contribution



## Przegląd programów o zdrowiu w ramach Swiss Contribution

Szwajcarsko-Polski Program Współpracy (SPPW) stanowi bezzwrotną pomoc zagraniczną przyznaną przez Szwajcarię Polsce oraz dziewięciu innym krajom członkowskim Unii Europejskiej (Węgry, Czechy, Litwa, Słowacja, Łotwa, Estonia, Słowenia, Cypr i Malta), które przystąpiły do niej 1 maja 2004 roku. Celem przedsięwzięcia jest zmniejszenie różnic społeczno-gospodarczych pomiędzy wyżej rozwiniętymi państwami Unii Europejskiej a krajami będącymi beneficjentami programu oraz różnic na terytorium Polski pomiędzy regionami słabiej rozwiniętymi pod względem strukturalnym a ośrodkami miejskimi ([www.eda.admin.ch](http://www.eda.admin.ch), [www.swiss-contribution.admin.ch/poland](http://www.swiss-contribution.admin.ch/poland), [www.programszwajcarski.gov.pl](http://www.programszwajcarski.gov.pl)).

Strona szwajcarska zadeklarowała gotowość ustanowienia szwajcarskiego programu pomocowego podczas szczytu Szwajcaria – Unia Europejska (19 maja 2004 roku). Negocjacje pomiędzy Komisją Europejską a rządem Szwajcarii zakończyły się 27 lutego 2006 roku, a ich wynikiem było podpisanie tzw. memorandum of understanding. Zgodnie z postanowieniami dokumentu Polsce jako jednemu z dziesięciu państw będących beneficjentami przyznano 489 020 mln CHF, co stanowi aż 49% puli środków pomocowych.



The screenshot shows the website of the Swiss Contribution Office. The main content area displays a project titled "Oral Health Prevention directed to small children". The project description states: "The programme is focused on education, promotion and prevention as regards oral health care directed to small children (0-6), their parents, carers and teachers. It also targets medical personnel dealing with small children – paediatricians, nurses and midwives. The overall goal is to reduce prevalence and incidence of dental caries in children aged 0-6 by promoting appropriate oral hygiene practices and good dietary habits countering harmful habits and practices." Below the text is a table with columns for Country/region, Rank, Period, and Budget.

Country/region	Rank	Period	Budget
Poland	Improving social security	01.06.2012 - 30.06.2017	13M / 13 000 000

At the bottom of the screenshot, there is a blue banner with white text: "STRONA INTERNETOWA SZWAJCARSKIEGO FEDERALNEGO DEPARTAMENTU SPRAW ZAGRANICZNYCH (FDFA) www.eda.admin.ch".

20 grudnia 2007 roku została podpisana pomiędzy Szwajcarską Radą Federalną a rządem Rzeczypospolitej Polskiej umowa ramowa o wdrażaniu szwajcarsko-polskiego programu współpracy, co zakończyło negocjacje szczegółowych warunków udzielenia pomocy finansowej. Przyznana pomoc została przeznaczona na działania w ramach 4 priorytetów podzielonych na następujące obszary tematyczne: bezpieczeństwo, stabilność, wsparcie reform; środowisko i infrastruktura; sektor prywatny; rozwój społeczny i zasobów ludzkich, w ramach którego projekty są realizowane w dwóch obszarach tematycznych – ochrona zdrowia oraz badania i rozwój.

W ramach obszaru tematycznego „ochrona zdrowia” obowiązywała procedura pokazowa. Uzyskano wsparcie ze strony Szwajcarii w wysokości 38 979 938 CHF. Programy, które otrzymały dofinansowanie na poziomie 85% kosztów kwalifikowanych, zostały wskazane przez ministra zdrowia oraz ministra pracy i polityki społecznej. Projekty poddano dwustopniowej procedurze oceny zarówno po stronie polskiej, jak i szwajcarskiej.

The image shows a screenshot of a website page. At the top, there is a logo for 'SWISS CONTRIBUTION' and navigation links for 'Wiedomości', 'Programie', and 'Kontakt'. Below this, the main heading reads 'Podsumowanie polsko-szwajcarskiej współpracy. Posiedzenie Komitetu Monitorującego' with the date '27.10.2015'. The text of the article states: 'Rozpoczęła się ostatnia faza realizacji projektów i programów dofinansowanych z funduszy szwajcarskich. Aktualne wykorzystanie środków i prezentacja efektów programu były tematem posiedzenia Komitetu Monitorującego Szwajcarsko-Polski Program Współpracy. Jego obradom przewodniczył wiceminister rozwoju Paweł Chorały.' Below the text is a photograph of three people in a meeting. At the bottom of the screenshot, there is an orange banner with the text: 'STRONA INTERNETOWA SZWAJCARSKO-POLSKIEGO PROGRAMU WSPÓŁPRACY' and the URL 'www.programszwajcarski.gov.pl/'. A small caption at the very bottom of the screenshot reads: 'Członkowie Komitetu zapoznali się z aktualnym stanem realizacji Programu. Szczególnie'.

W grudniu 2009 roku międzynarodowa pomoc Szwajcarii została poszerzona – objęto nią dwa kolejne kraje (Rumunię – 181 mln CHF, oraz Bułgarię – 76 mln CHF).

W latach 2013-2017 w Polsce zostanie wdrożonych 58 projektów mających na celu zmniejszenie różnic społecznych i ekonomicznych. Około 40% środków finansowych jest przeznaczonych na rozwój strukturalnie słabszych regionów w południowo-wschodniej Polsce.

## PROJEKT KIK/35 „ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HCV”

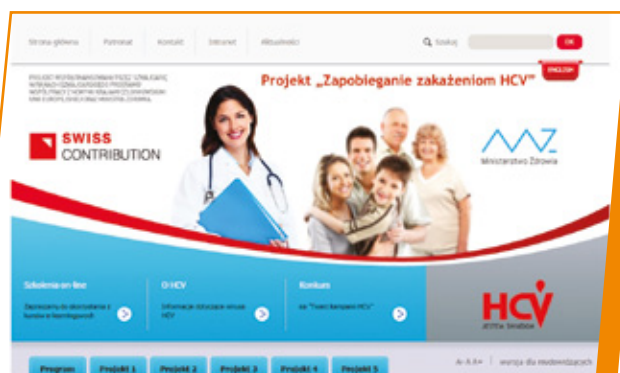
Projekt realizowany jest w latach 2012-2016 przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny we współpracy partnerskiej z Głównym Inspektoratem Sanitarnym, Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Uniwersytetem Medycznym w Lublinie ([www.hcv.pzh.gov.pl/Page/program/projekt-zapobieganie-zakazeniom-hcv](http://www.hcv.pzh.gov.pl/Page/program/projekt-zapobieganie-zakazeniom-hcv)).

Szacowane koszty kwalifikowane projektu wynoszą 4 669 907 CHF, przy czym 3 969 421 CHF (85% całkowitych kosztów kwalifikowanych) stanowi dofinansowanie przez stronę szwajcarską, podczas gdy 700 486 CHF (15% całkowitych kosztów kwalifikowanych) to wkład krajowy.

**Celem głównym projektu jest „stworzenie podstaw do zaplanowania długofalowej strategii przeciwdziałania zakażeniom HCV i zwalczania WZW C w Polsce poprzez określenie sytuacji epidemiologicznej, ocenę ryzyka zakażeń w placówkach medycznych i w sektorze usług o zwiększonym ryzyku transmisji zakażeń krwiopochodnych, przygotowanie założeń rutynowych badań diagnostycznych, zwłaszcza wśród użytkowników substancji psychoaktywnych, jak również opracowanie i przeprowadzenie programu edukacyjnego w zakresie społecznego uświadomienia problemu zakażeń HCV i zasad zapobiegania tym zakażeniom, ze szczególnym uwzględnieniem pracowników ochrony zdrowia”** ([www.hcv.pzh.gov.pl](http://www.hcv.pzh.gov.pl)).

Program realizowany jest poprzez 5 projektów/modułów:

➔ **projekt 1.** – „Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV”;



STRONA INTERNETOWA PROJEKTU  
„ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HCV”  
[www.hcv.pzh.gov.pl](http://www.hcv.pzh.gov.pl)



- ➔ **projekt 2.** – „Opracowanie i weryfikacja programu zapobiegania HCV wśród użytkowników narkotyków dożylnych (IDU) i ocena potrzeb w zakresie profilaktyki HCV w tej grupie”;
- ➔ **projekt 3.** – „Pilotażowy program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV”;
- ➔ **projekt 4.** – „Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych”;
- ➔ **projekt 5.** – „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)”.

**PROJEKT KIK/68 „PROFILAKTYCZNY PROGRAM W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIU OD ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH”**



**STRONA INTERNETOWA PROGRAMU „STAWIAM NA... ZDROWIE”**  
[www.e-stawiamnazdrowie.pl](http://www.e-stawiamnazdrowie.pl)

Instytucją realizującą projekt w latach 2012-2016 jest Główny Inspektorat Sanitarny. Działania prowadzone są w partnerstwie z 4 podmiotami, w tym Instytutem Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Instytutem Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowym Biurem do spraw Przeciwdziałania Narkomanii ([www.zdrowiewciazy.pl](http://www.zdrowiewciazy.pl), [e-zdrowiewpracy.pl](http://e-zdrowiewpracy.pl), [e-stawiamnazdrowie.pl](http://e-stawiamnazdrowie.pl)).



STRONA INTERNETOWA PROGRAMU  
„ZDROWIE W CIĄŻY”  
[www.zdrowiewciazy.pl](http://www.zdrowiewciazy.pl)

Budżet projektu wynosi 4 045 519 CHF (12 456 154 PLN), z czego wartość dofinansowania przez stronę szwajcarską wynosi 85% i obejmuje kwotę 3 438 691 CHF, pozostałe 15% w kwocie 606 828 CHF stanowi wkład krajowy.

**Cel główny projektu stanowi ograniczenie spożywania tytoniu, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym, tj. między 15. a 49. rokiem życia.**

Działania realizowane są poprzez badania ankietowe kobiet w ciąży, kampanię społeczną, programy edukacyjne w zakładach pracy i szkołach ponadgimnazjalnych, prowadzenie szkoleń dla kadry medycznej oraz platformę internetową (system elektronicznego monitorowania i promocji zdrowia).

**PROJEKT KIK/34 „ZAPOBIEGANIE NADWADZE I OTYŁOŚCI ORAZ CHOROBYM PRZEWLEKŁYM POPRZEZ EDUKACJĘ SPOŁECZEŃSTWA W ZAKRESIE ŻYWIENIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ”**

Projekt realizowany jest przez Instytut Żywności i Żywienia w latach 2011-2016 we współpracy z partnerami: Instytutem Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka, Polskim Towarzystwem Dietetyki oraz Akademią Wychowania Fizycznego w Warszawie ([www.zachowajrownowage.pl](http://www.zachowajrownowage.pl)).

Budżet projektu wynosi 5 294 000 CHF, w tym dofinansowanie ze strony szwajcarskiej 4 500 000 CHF, co stanowi 85% kosztów, natomiast 15% stanowi wkład krajowy.

Podstawowym celem projektu jest promocja zdrowego stylu życia, w tym zapobieganie nadwadze i otyłości, ale też innym przewlekłym chorobom niezakaźnym,



poprzez edukację społeczeństwa dotyczącą właściwego żywienia i aktywności fizycznej.

Działania prowadzone w ramach projektu obejmują całą Polskę, a skierowane są do najbardziej wrażliwych grup społecznych, takich jak kobiety w ciąży i matki karmiące, dzieci i młodzież, osoby dorosłe; szczególna uwaga poświęcana jest też osobom z nadmierną masą ciała. Ponadto adresatami projektu są producenci żywności.



### W ramach projektu realizowane są cztery główne zadania:

- ➔ **zadanie 1.** – „Wdrożenie zasad prawidłowego żywienia wśród kobiet w ciąży i matek karmiących i poszerzenie wiedzy o roli aktywności fizycznej dla zachowania zdrowia”;
- ➔ **zadanie 2.** – „Edukacja i wdrażanie zasad prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej w przedszkolach, szkołach: podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, oraz ocena wpływu tej edukacji na sposób żywienia, stan odżywienia, aktywność fizyczną i poziom wiedzy dzieci i młodzieży”;
- ➔ **zadanie 3.** – „Wdrażanie zasad racjonalnego stylu życia wśród osób z nadwagą i otyłością w systemie ochrony zdrowia w Polsce”;
- ➔ **zadanie 4.** – „Upowszechnianie wiedzy o składzie i wartości odżywczej żywności, oświadczeniach żywieniowych i zdrowotnych, znakowaniu żywności w celu wpływu na kształtowanie racjonalnych wyborów produktów spożywczych oraz o roli aktywności fizycznej dla zachowania zdrowia”.

**PROJEKT KIK/33 „EDUKACJA, PROMOCJA I PROFILAKTYKA W KIERUNKU ZDROWIA JAMY USTNEJ SKIEROWANA DO MAŁYCH DZIECI, ICH RODZICÓW, OPIEKUNÓW I WYCHOWAWCÓW”**

Projekt jest realizowany w latach 2012-2016 we wszystkich województwach na terenie Polski. jego liderem i koordynatorem jest Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Działania związane z realizacją projektu prowadzone są w partnerstwie z ośmioma uczelniami medycznymi: Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, Śląskim Uniwersytetem Medycznym, Gdańskim Uniwersytetem Medycznym, Uniwersytetem Medycznym w Lublinie, Uniwersytetem Jagiellońskim w Krakowie, Państwową Medyczną Wyższą Szkołą Zawodową w Opolu, Pomorskim Uniwersytetem Medycznym w Szczecinie i Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku ([www.zebymalegodziecka.pl](http://www.zebymalegodziecka.pl)).



**STRONA INTERNETOWA PROJEKTU „DZIECIŃSTWO BEZ PRÓCHNICY”**

[www.zebymalegodziecka.pl](http://www.zebymalegodziecka.pl)

Całkowity budżet projektu wynosi 6 046 963 CHF, w tym dofinansowanie ze strony szwajcarskiej 5 139 919 CHF (85% kosztów), a 15% wkładu krajowego odpowiada kwocie 907 044 CHF.

**Celem projektu jest poprawa stanu uzębienia polskich dzieci dzięki edukacji najmłodszych w wieku 0-5 lat oraz osób z ich najbliższego otoczenia (rodziców, opiekunów i nauczycieli przedszkolnych), co powinno odbywać się przy ścisłej współpracy i zaangażowaniu personelu medycznego, w tym lekarzy pediatrów, pielęgniarek oraz położnych.**

Projekt „Dzieciństwo bez próchnicy” uzyskał rangę kompleksowego ogólnopolskiego programu profilaktyczno-edukacyjnego. Działania prowadzone są w 3 wzajemnie uzupełniających się obszarach, takich jak: edukacja, promocja i profilaktyka,

i mają na celu zdrowie jamy ustnej. Skierowane są one do różnych grup docelowych. Beneficjentami są małe dzieci w wieku 0-5 lat, ich rodzice oraz opiekunowie, lekarze, pielęgniarki oraz położne i nauczyciele. Dzięki materiałom edukacyjnym o bogatej zawartości merytorycznej oraz ciekawej szacie graficznej, a także bezpośredniemu udziałowi edukatorów przeprowadzających szkolenia w przedszkolach zapewniona zostanie jego trwałość i wysoka efektywność także po oficjalnym jego zakończeniu.

**Obecnie jest to jedyny projekt stomatologiczny skierowany do dzieci przedszkolnych finansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia.**

Patronat honorowy nad projektem „Dzieciństwo bez próchnicy” objęli minister zdrowia, minister edukacji narodowej, Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych oraz Pierre Fauchard Academy.

Patronami medialnymi projektu są miesięcznik „Wychowanie w Przedszkolu”, czasopisma „Forum Stomatologii Praktycznej” i „Stomatologia Współczesna”, magazyn „Stomatologia”, portal dentystyczny InfoDent24, dwumiesięcznik „Medical Maestro Magazine”, a także portal Parenting.pl.

Materiały edukacyjne opracowane zostały specjalnie na potrzeby projektu przez zespół specjalistów składający się ze stomatologów, socjologa, epidemiologa, profesjonalisty z dziedziny marketingu, pedagoga, plastyka i realizatorów filmowych. Na każdym etapie przygotowań opinię merytoryczną wydawała rada programowa projektu.

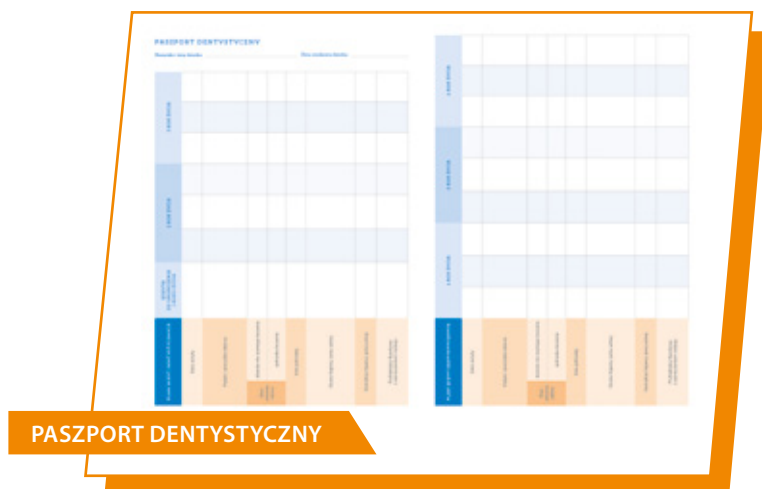
**Materiały edukacyjno-promocyjne stanowią: broszura, ulotki, plakat edukacyjny i promocyjny, maskotka, filmy edukacyjne, lekcja oraz poradnik.**

Edukacja w ramach projektu prowadzona jest z wykorzystaniem form bezpośredniej i pośredniej.



KADR Z FILMU EDUKACYJNEGO DLA RODZICÓW

W metodzie edukacji bezpośredniej dzieci oraz ich rodzice szkoleni są przez specjalnie do tego celu przygotowanych edukatorów w przedszkolu. Dzieci edukowane są w godzinach porannych z wykorzystaniem modeli zębowych przeznaczonych do instruktażu higieny jamy ustnej oraz specjalnie przygotowanego i odpowiednio metodycznie dopracowanego filmu edukacyjnego pt. „Co muszą wiedzieć dzieci o swoich zębach”. Przedszkolaki otrzymują ulotkę edukacyjną oraz zestaw do higieny jamy ustnej. Zajęcia obejmują również praktyczny instruktaż prawidłowego mycia zębów dokonywany przed edukatora. Rodzice podczas spotkań odbywających się w godzinach popołudniowych mają okazję do uzyskania informacji dotyczących właściwych stomatologicznych zachowań higienicznych i dietetycznych oraz do obejrzenia specjalnie przygotowanego dla nich filmu pt. „Co muszą wiedzieć rodzice o zębach swoich dzieci”. Otrzymują oni także broszury edukacyjne z tzw. paszportem dentystycznym.



W 2013 roku Główny Inspektor Sanitarny wydał opinię na temat szczotkowania zębów przez dzieci w przedszkolu, popierając tym samym inicjatywę. W dokumencie przedstawione zostały informacje dotyczące przygotowania łazienek w placówkach oraz zasady, jakie powinny obowiązywać podczas wykonywania procedury mycia zębów.

W ramach edukacji pośredniej udział w szkoleniach prowadzonych przez edukatorów biorą nauczyciele przedszkolni. Otrzymują oni również pakiet materiałów edukacyjnych pozwalających realizować lekcje dotyczące profilaktyki stomatologicznej także po zakończeniu projektu.

Rodzicom dzieci w wieku 3-5 lat są przekazywane materiały edukacyjne. Ponadto pediatrzy oraz pielęgniarki i położne po udziale w szkoleniach wręczają ulotki edukacyjne rodzicom dzieci w wieku 0-2 lat.

Działania edukacyjne wspiera maskotka projektu – królik Pampiś, będąca motywem przewodnim wszystkich materiałów edukacyjnych i promocyjnych. Aby wesprzeć edukację dzieci, do przedszkoli przekazano około 36 000 zabawek.

Lekcja jest zgodna z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego (rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej). Nauczyciele przedszkolni otrzymują scenariusze zajęć wraz ze szczegółowym opisem oraz kartami pracy i planszami do samodzielnej pracy, które pomagają im w przeprowadzeniu zajęć z najmłodszymi. Materiały mogą być przez nich samodzielnie kopiowane i stanowić pomoc podczas edukacji dzieci w kolejnych latach także po zakończeniu projektu. Do pakietu dołączane są klepsydra służąca do odmierzania czasu podczas szczotkowania zębów przez dzieci w przedszkolu oraz specjalne naklejki.



Wszystkie materiały opracowane na potrzeby projektu przekazywane są beneficjentom bezpłatnie, a ponadto dostępne na stronie internetowej [www.zebymalegodziecka.pl](http://www.zebymalegodziecka.pl). Funkcjonują tam również moderowane przez ekspertów forum oraz blog z artykułami na temat najważniejszych problemów związanych ze zdrowiem jamy ustnej. Projekt posiada także fanpage na Facebooku.



FANPAGE PROJEKTU NA FACEBOOKU

W ramach kampanii informacyjnej i promocyjnej rozprowadzonych zostało 50 000 plakatów przedstawiających informacje dotyczące projektu oraz omawiających profilaktykę choroby próchnicowej zębów u dzieci. Plakaty zostają przekazywane do przedszkoli, szpitali położniczych, gabinetów oraz przychodni dziecięcych.



PLAKAT PROJEKTU



Twórcy projektu z myślą o dzieciach w wieku 3-5 lat opracowali ulotkę w formie składanki, która przekazywana jest w przedszkolach, a weryfikuje systematyczność szczotkowania zębów przez okres 2 miesięcy. Zawiera ona najważniejsze wskazówki dotyczące właściwych stomatologicznych zachowań prozdrowotnych (w formie graficznej i opisowej) oraz plansze, na których dzieci mają okazję pokolorować słońce lub księżyc po wykonanej procedurze szczotkowania zębów, w zależności od tego, czy zabieg przeprowadzany jest rano, czy wieczorem. Po zakończonym sukcesem dwumiesięcznym regularnym myciu zębów 2 razy w ciągu dnia przy pomocy rodziców wycinany jest z ulotki Medal Pięknego Uśmiechu. Prezentuje on głowę królika Pampisia, który umieszczony w łazience lub pokoju dziecka powinien przypominać o konieczności szczotkowania zębów. Ulotka wręczana jest wraz z zestawem do higieny jamy ustnej składającym się ze szczoteczki i pasty do zębów. Zestaw wykorzystywany jest do szczotkowania zębów przez dzieci w przedszkolu pod nadzorem nauczyciela.



Ulotka zawiera dobre rady dla rodziców i opiekunów dzieci, w tym informacje na temat zasad prawidłowego mycia zębów, konieczności regularnego ich szczotkowania przez dzieci pod kontrolą rodzicielską, potrzeby odbywania wizyt kontrolnych u lekarza dentystry, zaleceń dietetycznych dla dzieci oraz kobiet w okresie ciąży. W materiałach opisane są także w przystępny sposób: proces powstawania próchnicy zębów, źródła zakażenia jamy ustnej dziecka bakteriami odpowiedzialnymi za rozwój choroby próchnicowej, a także próchnica wczesnego dzieciństwa. Podane zostały terminy wyrzynania zębów mlecznych i stałych, ze szczególnym uwzględnieniem okresu pojawienia się w jamie ustnej pierwszych zębów trzonowych

stałych, w celu zwrócenia uwagi na konieczność szczególnej troski, jaką należy otoczyć te zęby, z uwzględnieniem intensywnej opieki profilaktycznej.

Broszura stanowi szczegółowy poradnik dla rodziców i opiekunów, uwzględniający informacje dotyczące wyrzynania zębów zarówno mlecznych, jak i stałych, pierwszej wizyty w gabinecie dentystycznym oraz konieczności odbywania regularnych wizyt kontrolnych, a w razie potrzeby – także leczniczych. Zostały w niej przekazane zalecenia dotyczące diety matki w czasie ciąży, ale także dziecka w okresie wyrzynania pierwszych zębów oraz późniejszym. Szczegółowo opisano próchnicę zębów, z uwzględnieniem epidemiologii, rozwoju choroby oraz powikłań. Zalecenia dotyczące codziennej higieny jamy ustnej obejmują m.in. metody pielęgnacji zębów dziecka, konieczność pomocy i nadzoru rodzica lub opiekuna podczas szczotkowania zębów, a także schemat mycia zębów. Porady profilaktyczne uwzględniają zabiegi indywidualne oraz profesjonalne wykonywane w gabinecie stomatologicznym.



Wewnątrz broszury załączony został tzw. paszport dentystyczny, stanowiący wkładkę służącą do potwierdzania przez lekarza wizyty w gabinecie stomatologicznym, w tym pierwszej do ukończenia 1. roku życia, oraz trzech w każdym roku od 2. do 6. roku życia dziecka. W dokumencie powinny zostać odnotowane stan zdrowia zębów oraz inne potrzeby lecznicze w obrębie jamy ustnej, poziom higieny, a także przeprowadzony instruktaż higieny i zabiegi profilaktyki fluorkowej.

Dla dzieci opracowany został film pt. „Co muszą wiedzieć dzieci o swoich zębach”. Przedszkolaki, oglądając swoich rówieśników – bohaterów filmu, którzy w środowisku przedszkolnym po zjedzonym posiłku, a przed kontynuacją zabawy udają się do łazienki, aby umyć zęby, mają okazję zdobyć informacje dotyczące właściwych nawyków higienicznych. Podczas tego zabiegu śpiewana jest specjalnie skomponowana piosenka, której tekst ma za zadanie podkreślenie konieczności dokładnego

szczotkowania zębów. W filmie występują także elementy animacji, a narratorem oraz głównym bohaterem jest królik Pampis.

Rodzice mają okazję obejrzeć film pt. „Co muszą wiedzieć rodzice o zębach swoich dzieci”. Materiał zawiera informacje dotyczące rozwoju choroby próchnicowej, konieczności dbania o zęby od czasu ciąży, zalecenia dotyczące kształtowania właściwych nawyków dietetycznych i higienicznych u dzieci.

Zgodnie z projektem nauczyciele przedszkolni z mniejszych miejscowości i ośrodków wiejskich zapraszani są do udziału w szkoleniach organizowanych w większych miastach. Podczas spotkań otrzymują informacje dotyczące występowania choroby próchnicowej u dzieci w wieku 0-5 lat w Polsce i na świecie oraz opieki stomatologicznej nad dzieckiem w wieku 0-5 lat, z uwzględnieniem wymogów profilaktyki i leczenia. Po szkoleniu odbytym przez nauczycieli do przedszkoli wysyłane są pakiety materiałów edukacyjnych ze scenariuszem lekcji, klepsydrą mierzącą czas mycia zębów i naklejkami, broszury edukacyjne dla rodziców dzieci w wieku 3-5 lat z wkładką zawierającą „paszport dentystyczny”, ulotki dla dzieci w wieku 3-5 lat wraz z zestawem do higieny jamy ustnej, modele szczęk do przeprowadzania zajęć z dziećmi oraz maskotki projektowe (królik Pampis).

Udział w szkoleniu dotyczącym występowania choroby próchnicowej u dzieci w wieku 0-5 lat w Polsce i na świecie oraz opieki stomatologicznej nad dzieckiem w tym wieku, z uwzględnieniem kryteriów profilaktyki i leczenia, biorąc również pielęgniarki i położne. Po szkoleniu otrzymują ulotki edukacyjne przeznaczone dla rodziców dzieci w wieku 0-2 lat. Ulotki przekazywane są także do żłobków w celu edukacji opiekunów najmłodszych dzieci.





Departament Funduszy Europejskich w Ministerstwie Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej zorganizował w roku szkolnym 2015/2016 konkurs plastyczny dla dzieci przedszkolnych związany z tematem programu, tj. prawidłową higieną jamy ustnej i zapobieganiem próchnicy zębów wśród dzieci. W konkursie mogły uczestniczyć dzieci z przedszkoli objętych edukacją bezpośrednią projektu „Dzieciństwo bez próchnicy”. Złożonych zostało 250 prac, spośród których wyróżniono 20. Nagrodami w konkursie były zabawki, gry oraz zestawy do ćwiczeń. Uhonorowani zostali laureaci prac oraz przedszkola, z których przesłano zgłoszenia.

Na zaproszenie strony szwajcarskiej przed rozpoczęciem realizacji projektu zorganizowano wizytę studyjną, która pozwoliła na zapoznanie się z organizacją systemu nauczania higieny jamy ustnej najmłodszych mieszkańców Zurichu. Spotkanie z doradcami w poradni dla matek i ojców pozwoliło na zapoznanie się z systemem organizacyjnym placówki, w której rodzicom dzieci w wieku 0-5 lat udzielane są informacje dotyczące zdrowia i zapobiegania chorobom oraz rozwoju fizycznego i psychicznego najmłodszych, a także funkcjonowania rodziny. Każdy rodzic otrzymuje w placówce szczoteczkę dostosowaną do wieku dziecka oraz broszurę edukacyjną. Ponadto opiekunowie mają dostęp do literatury na temat problemów zdrowia i rozwoju dzieci. Wizytujący skorzystali także z zaproszenia do żłobka.

Projekt aktywizuje zarówno dzieci, jak i osoby z ich najbliższego otoczenia. Dodatkowo poprzez przekazywanie informacji w środowisku rodzinnym oraz wśród znajomych wpływa na kształtowanie właściwych stomatologicznych zachowań zdrowotnych. Oczekuje się, że jego realizacja przyniesie korzyści zarówno racjonalne, jak i emocjonalne, uświadamiając tym samym, że o stan zębów dziecka należy troszczyć się już w okresie planowania ciąży. Niewątpliwie projekt powinien też w dużym stopniu przyczynić się do pogłębienia wiedzy społeczeństwa, a przygotowane materiały edukacyjne pozwolić na utrzymanie jego trwałości.



## Promocja projektu „Dzieciństwo bez próchnicy”

Borysewicz-Lewicka M, Gerreth K: Działania populacyjne w zapobieganiu chorobie próchnicowej zębów [Population activities in the prevention of dental caries]. *Stomatologia Współczesna* 2016; 23, 3: 36-39.

Gerreth K: Opieka stomatologiczna nad dziećmi w wieku żłobkowym miasta Poznania [Dental care in nursery age children from Poznan]. *Dental Forum* 2016; 44, 2 (w druku).

Borysewicz-Lewicka M, Opydo-Szymaczek J, Lewicka-Rabska A, Miądowicz-Owczarzak K, Gerreth K: Edukacja stomatologiczna w szkołach rodzenia w ramach ogólnopolskich projektów zdrowotnych [Dental education in antenatal classes as part of nationwide health project]. *Stomatologia Współczesna* 2015; 22, 6: 8-12.

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” [Dental education program carried out within the project “Education, promotion and prevention as regards oral health care directed to small children, their parents, carers and educators”]. *Stomatologia Współczesna* 2015; 22, 4: 26-29.

Borysewicz-Lewicka M, Gerreth K, Gmerek P: Promowanie zdrowia jamy ustnej dzieci przedszkolnych – materiały edukacyjne. [Oral health promotion of preschool children – educational materials]. *Dental Forum* 2015; 43, 2: 99-102.

Puacz P, Borysewicz-Lewicka M: Poradnia dla matek i ojców – edukacja rodziców niemowląt i małych dzieci w Zurichu. *Stomatologia Współczesna* 2011; 18, 4: 56-57.

Gerreth K: Zdrowe zęby małego dziecka. *Fakty UMP* 2015; 6: 20.

Borysewicz-Lewicka M, Gerreth K: Projekt „Dzieciństwo bez próchnicy” pomaga w walce z chorobą próchnicową zębów u dzieci. *Kalendarz Stomatologiczny* 2017. *Med Tour Press International*; 2016; 350-353.

Wochna-Sobańska M: Dzieciństwo bez próchnicy. *Panaceum* 2015; 11: 12-13.

Gerreth K, Borysewicz-Lewicka M, Śniatała R: Education as a tool to reduce the risk of dental caries in preschool children in connection with the Swiss Contribution program. 23<sup>rd</sup> IADH Congress in conjunction with the SCDA 28<sup>th</sup> Annual Meeting, Chicago, 14-17.04.2016. *Special Care in Dentistry* 2016; 36, 3: 150.

Borysewicz-Lewicka M, Gerreth K, Joško-Ochojska J, Szumska M, Wochna-Sobańska M, Woźniak Z: Education within the framework of the national caries prevention program. *FDI Annual World Congress, Poznan, 7-10.09.2016. International Dental Journal* 2016; 66, suppl 1: 164.



## Dobre praktyki w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych w Polsce w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej:

- ➔ przesłanki tworzenia programów profilaktyki chorób jamy ustnej u dzieci
- ➔ elementy programów profilaktyki choroby próchnicowej zębów
- ➔ programy profilaktyki stomatologicznej w Polsce
- ➔ przegląd programów o zdrowiu w ramach Swiss Contribution

## Poradnik skierowany jest do pracowników:

- ➔ placówek szkolno-wychowawczych
- ➔ samorządowych
- ➔ organizacji pozarządowych

PUBLIKACJA BEZPŁATNA

ISBN 978-83-87717-24-7



9 788387 717247