

Uniwersytet Rzeszowski. Wydział Pedagogiczny

ALEKSANDRA MACH

ORCID: 0000-0003-4023-287X

olamach@ur.edu.pl

Higiena jamy ustnej osób z niepełnosprawnością intelektualną – konteksty zdrowotne i edukacyjne

Oral Hygiene of People with Intellectual Disabilities – Health and Educational Contexts

STRESZCZENIE

W piśmiennictwie naukowym, polskim i zagranicznym, podkreśla się wysokie ryzyko wystąpienia chorób jamy ustnej u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Przyczynami mogą być wrodzone wady uzębienia lub anomalie w budowie narządu żucia, charakterystyczne dla niektórych zespołów genetycznych, a także powikłania zdrowotne mające wpływ na stan uzębienia, niski poziom higieny, niewłaściwe odżywianie oraz niska dostępność do specjalistycznych gabinetów stomatologicznych lub niewiedza opiekunów o takich miejscach. Znaczące, o ile nie najważniejsze, ogniwo w utrzymaniu stanu zdrowia jamy ustnej pełnią rodzice, podejmujący odpowiednio wczesne wizyty stomatologiczne, dbający o prawidłowe odżywianie czy pielęgnację aparatu żuchwowego dziecka. Celem prezentowanych badań było poznanie opinii rodziców na temat potrzeb związanych z codzienną higieną jamy ustnej, jak również z opieką stomatologiczną ich dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Zwrócono też uwagę na zachowania zdrowotne w zakresie higieny jamy ustnej podejmowane przez samą osobę z niepełnosprawnością intelektualną lub – w razie konieczności – przez jej rodzica.

Słowa kluczowe: higiena jamy ustnej; edukacja do zdrowia jamy ustnej; opieka stomatologiczna; osoba z niepełnosprawnością intelektualną; rodzice

WPROWADZENIE

Higiena i zdrowie jamy ustnej osób z niepełnosprawnością intelektualną staje się problemem i zarazem wyzwaniem nie tylko dla nich samych, lecz także dla ich rodziców, opiekunów, a nawet stomatologów. Obserwacja zachowań i naśla-

dowanie stale powtarzanych czynności w dzieciństwie (jak np. mycie zębów po posiłkach, zdrowe odżywianie się) są dla człowieka pierwszym wzorcem czynności higienicznych, kontynuowanych potem w dorosłym życiu. W przypadku dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, najczęściej w stopniu głębszym lub głębokim, z dodatkowymi zaburzeniami, rola rodziców w pielęgnacji jamy ustnej dziecka jest szczególna, często niezastąpiona, zarówno w okresie dzieciństwa, jak i w dorosłości. H.Y. Liu i in. (2017, s. 389) twierdzą, że dzieci z niepełnosprawnością, zwłaszcza intelektualną bądź ruchową, nie zawsze mają możliwość podjęcia niezależnej decyzji. Stąd ważna jest postawa rodziców oraz opiekunów, którzy asystują i monitorują codzienne aktywności dziecka oraz dbają o opiekę zdrowotną (również tę stomatologiczną). Niektórzy podkreślają istotny związek pomiędzy zachowaniami prozdrowotnymi i antyzdrowotnymi rodziców i ich potomstwa. Okazuje się, że w zakresie higieny jamy ustnej jest on szczególnie silny (Astrom, Jakobsen, za: Nadolska, Bejster 2016, s. 23; zob. Liu i in. 2017, s. 390). Badacze zjawiska sygnalizują bardzo niski poziom wiedzy młodych rodziców na temat higieny jamy ustnej i profilaktyki próchnicy u niemowląt i małych dzieci. Wizyty u stomatologa odbywają się zbyt późno i najczęściej w sytuacjach aktywnego procesu próchnicowego (Bernat, Majewski, Jarosz 2017, s. 11). Każdy rodzic powinien uzyskać odpowiednio wcześniej informacje dotyczące profilaktyki i higieny jamy ustnej dziecka. Istotny jest kontakt ciężarnej kobiety ze stomatologiem, gdyż stan zdrowia jej jamy ustnej może mieć wpływ na rozwój dziecka, termin porodu, zaś po urodzeniu – na wystąpienie próchnicy wczesnej (Bernat, Majewski, Jarosz 2017, s. 13).

Na problematykę higieny jamy ustnej dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną, także z perspektywy pedagogicznej, warto spojrzeć z kilku powodów. Według danych epidemiologicznych w Polsce próchnica dotyka ponad 79% dwunastolatków oraz 96% osiemnastolatków. Wprawdzie zauważa się na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat poprawę stanu zdrowia uzębienia u młodych ludzi, jednakże jest ona wciąż niewielka (Bernat, Majewski, Jarosz 2017, s. 10). Co ważne, w piśmiennictwie medycznym zaznacza się wysokie ryzyko wystąpienia chorób jamy ustnej u osób z niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi. Wskazuje się m.in. na problem próchnicy, częściej pojawiające się choroby przyzębia oraz błony śluzowej, a także zaniedbania higieniczne i nieprawidłowe zachowania dietetyczne (Gerreth, Borysewicz-Lewicka 2009a, s. 68; por. Fernandez i in. 2015, s. 5; Mielnik-Błaszczak i in. 2009, s. 237; zob. Binkley i in. 2014, s. 54; Nadolska, Bejster 2016, s. 21; Zurzycka, Radzik 2016, s. 75). Zaniedbania higieny jamy ustnej stanowią jedno z największych zagrożeń zdrowia pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną (Hood i in., za: Binkley i in. 2014, s. 54). E. Paszyńska i in. (2009, s. 272; por. Budziejko, Tropak, Żygadło-Płotnicka 2014, s. 58) sądzą, że główne choroby jamy ustnej (w tym ich nasilenie) zdecydowanie częściej występują w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną niż

w grupie osób pełnosprawnych. Przebiegają one z reguły szybciej w omawianej populacji. Problemy te wynikają z różnych przyczyn. Obok niskiego poziomu higieny wspomniani autorzy wskazują szereg innych czynników:

(...) opóźnione wyrzynanie zębów mlecznych i stałych, częstsze wady zgryzu i zaburzenia okluzji, stłoczenia zębów i dysproporcje we wzroście szczęki oraz zuchwy, *macroglossia*. Występujące często nawyki oddychania przez usta, ssania palca, tłoczenia języka również sprzyjają nieprawidłowemu rozwojowi mięśni żwaczy, przedłużonemu zaleganiu resztek pokarmowych oraz retencji płytki bakteryjnej w jamie ustnej (Paszyńska i in. 2009, s. 272).

Problemy zdrowotne w obszarze jamy ustnej mogą być dodatkowo potęgowane zmianami w składzie i wydzielaniu śliny albo obniżoną odpornością immunologiczną, charakterystyczną dla osób z zespołem Downa (Paszyńska i in. 2009, s. 272). Podobnie dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym są podatne na zapalenia dziąseł i próchnicę, co wiąże się z zaburzeniem funkcji mięśni w obrębie twarzoczaszki (Andruszczak i in. 2012, s. 315). Niektóre zespoły genetyczne charakteryzują się wrodzonymi wadami uzębienia oraz innymi anomaliami w budowie jamy ustnej (Pietras i in. 2012, s. 378–382).

ZAŁOŻENIA BADAŃ WŁASNYCH

Celem prezentowanych badań było poznanie opinii rodziców na temat potrzeb związanych z codzienną higieną jamy ustnej, a także opieką stomatologiczną ich dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Dokonano analizy poglądów rodziców na temat możliwości i ograniczeń w pielęgnacji jamy ustnej w środowisku domowym oraz specjalistycznym (medycznym). Uwzględniono ocenę zachowań zdrowotnych w zakresie higieny jamy ustnej, podejmowanych przez samą osobę z niepełnosprawnością intelektualną lub – w razie konieczności – przez jej rodzica. Badania prowadzone głównie w obszarze nauk medycznych wykazują częste występowanie chorób narządu żucia w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną, będących z jednej strony konsekwencją współtowarzyszących wad rozwojowych, zaburzeń czynności narządów wewnętrznych czy współchorobowości, a z drugiej ograniczeń w dostępności do wyspecjalizowanych gabinetów stomatologicznych oraz zaniedbań lub błędów w higienie jamy ustnej. Dlatego zasadne wydaje się eksplorowanie tej problematyki z perspektywy pedagogicznej, uwzględniającej zdrowotne potrzeby osób z niepełnosprawnością intelektualną. Zdaniem D. Danielewicz (2017, s. 282) edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną jest obszarem zaniedbanym, dodatkowo jest trudnym zadaniem ze względu na specyfikę funkcjonowania tych uczniów. Edukacja do zdrowia jamy ustnej omawianej grupy powinna obejmować także ich rodziców lub opiekunów, a ponieważ wspomniana problematyka rzadko bywa

przedmiotem zainteresowania badaczy z zakresu pedagogiki specjalnej, uznano, iż jest godna uwagi.

Przedstawione wyniki badań są próbą odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Z jakiej specjalistycznej opieki medycznej systematycznie korzystają dzieci z niepełnosprawnością intelektualną badanych rodziców?
2. Na jakie problemy zdrowotne jamy ustnej u dzieci wskazują badani rodzice?
3. Jakie opinie deklarują badani rodzice na temat opieki stomatologicznej udzielanej ich dzieciom?
4. Jakie trudności w zakresie profilaktyki chorób jamy ustnej i jej higieny u dzieci dostrzegają badani rodzice?
5. Jakie zachowania zdrowotne w zakresie profilaktyki chorób jamy ustnej u dzieci, podejmowane przez nie same oraz przez rodziców, deklarują badane osoby?

W badaniach posłużono się kwestionariuszem ankiety własnego autorstwa do badania opinii rodziców/opiekunów na temat potrzeb osób z niepełnosprawnością intelektualną w zakresie higieny jamy ustnej oraz zachowań zdrowotnych z nią związanych. W sumie badaniami objęto 51 rodziców dzieci z niepełnosprawnością intelektualną oraz 2 osoby będące prawnymi opiekunami. Respondenci to 50 kobiet i tylko 3 mężczyzn. Większość badanych (38 osób) zamieszkiwała obszary wiejskie, zaś 15 osób – obszary miejskie. Rodzinę pełną reprezentowało 39 respondentów, a 14 badanych – rodzinę niepełną. Ponad połowa ankietowanych (31 osób) oceniła sytuację materialną swojej rodziny jako dobrą, 16 osób uznało, iż jest ona przeciętna. Wiek dzieci z niepełnosprawnością intelektualną badanych osób był zróżnicowany. Liczba dzieci w przedziale wiekowym do 5 lat została wskazana przez 4 rodziców, od 6 do 10 lat – przez 8 rodziców, od 11 do 15 lat – przez 21 rodziców, od 16 do 20 lat – przez 17 rodziców, powyżej 20 lat – przez 3 rodziców. Lekki stopień niepełnosprawności intelektualnej u dziecka zaznaczyło 16 respondentów, umiarkowany – 15 respondentów, znaczny – 13 respondentów, głęboki – 9 respondentów. Badania prowadzono od listopada 2017 r. do lutego 2018 r. na terenie województwa podkarpackiego w: Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łańcucie, Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lubaczowie, Niepublicznym Ośrodku Rewalidacyjno-Wychowawczym Caritas w Wysokiej, Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Mrowli, Szkole Podstawowej nr 2 w Lubaczowie.

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

Z badań wynika, że rodzice oraz opiekunowie (w dalszej części artykułu będzie dominował termin „rodzice”, uwzględniający również opiekunów prawnych) z reguły pozytywnie oceniają ogólny stan zdrowia swoich dzieci. Trzy-

dzieści osób stwierdziło, że jest on dobry, zaś 14 respondentów, że zadowolający. Dziewięciu rodziców miało trudności z jednoznacznym określeniem stanu zdrowia dziecka. Nikt z badanych nie określił ogólnego stanu zdrowia dziecka jako zły. Zdecydowana większość rodziców (45 osób) wskazała, że dziecko odbywa systematyczne wizyty u lekarza rodzinnego, w przeciwieństwie do 8 badanych. Prawie wszystkie dzieci znajdują się pod stałą specjalistyczną opieką lekarską – tak stwierdziło 49 respondentów. Jedynie 4 badanych nie wykazało takiej sytuacji (dwie odpowiedzi odnosiły się do dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, jedna – do dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym, jedna – do dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym). W badanej grupie najczęściej podkreślano korzystanie przez dzieci z opieki neurologicznej (32 respondentów), stomatologicznej (26 respondentów), okulistycznej (21 respondentów), psychiatrycznej (16 respondentów), laryngologicznej (7 respondentów) i gastrologicznej (6 respondentów). Szesnastu rodziców zaznaczyło inne rodzaje opieki specjalistycznej. Wymieniono tu opiekę kardiologiczną, endokrynologiczną, ortopedyczną, rehabilitacyjną, a także w pojedynczych przypadkach opiekę pulmonologiczną, dermatologiczną, alergologiczną, urologiczną i chirurgiczną. Zróżnicowane dane uzyskano na pytanie o wiek dziecka podczas pierwszej wizyty u stomatologa: 9 rodziców zaznaczyło 6 lat, a 7 rodziców – 5 lat. Pojedyncze wskazania obejmowały wiek dziecka od 1 roku do nawet 16 lat. Niestety, 10 rodziców nie udzieliło odpowiedzi, a 1 respondent przyznał, że nie pamięta. Siedmiu ankietowanych stwierdziło, że ich dziecko w ogóle nie było jeszcze u dentysty. Ten niepokojący fakt odnosi się do dzieci z różnych kategorii wiekowych (1 dziecko zostało zakwalifikowane do kategorii od 0 do 5 lat; 2 dzieci – do kategorii od 6 do 10 lat; 2 dzieci – do kategorii od 11 do 15 lat; 2 dzieci – do kategorii od 16 do 20 lat) oraz z różnym stopniem niepełnosprawności intelektualnej (3 dzieci z lekkim oraz po 3 dzieci z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności intelektualnej). U dwojga z tych dzieci występuje mózgowe porażenie dziecięce i epilepsja, przy czym jedno z nich jest dzieckiem niewidomym i z wodogłowiem. Trzecie dziecko z tej grupy, oprócz niepełnosprawności intelektualnej w stopniu umiarkowanym, ma zdiagnozowany autyzm. Większość dzieci była hospitalizowana od urodzenia. Pobyt w szpitalu od 1 do 3 razy dotyczył 19 dzieci, natomiast jeszcze częstsze hospitalizacje odnotowano u 18 dzieci. Szesnaścioro dzieci nie doświadczyło hospitalizacji. Spośród dzieci hospitalizowanych ponad połowa (32 dzieci) nie była leczona stomatologicznie. Tylko w czterech przypadkach taka sytuacja miała miejsce. Prawie połowę dzieci (25) leczono stomatologicznie w znieczuleniu ogólnym. Jak zaznaczyli respondenci, wizyty stomatologiczne dziecka odbywają się z reguły w przychodniach lekarskich/ośrodkach zdrowia (19 wskazań) oraz w prywatnych gabinetach stomatologicznych (20 wskazań). Siedmiu rodziców wspomniało o szpitalach, a tylko 3 rodziców o szkolnych gabinetach stomatolo-

gicznych. W dwóch wypowiedziach wskazano także na hospicja. Jak wcześniej zauważono, opieka stomatologiczna jest jedną z najczęściej wymienianych przez respondentów. Szesnastu rodziców twierdzi, że dziecko odbywa wizytę stomatologiczną raz w roku, a niewiele mniej (13 osób), że co pół roku. Jedenaście odpowiedzi sugeruje, iż wizyta dziecka u dentysty ma charakter doraźny (np. z powodu bólu zęba). Ponad połowa badanych (35 osób) nie spotkała się z sugestią wizyty stomatologicznej dziecka od jakiegokolwiek profesjonalisty. Jedynie 6 osób otrzymało taką sugestję od lekarza rodzinnego. Sporadycznie zaznaczano lekarza specjalistę, lekarza rodzinnego, higienistkę szkolną, nauczyciela, logopedę.

Wśród problemów z uzębieniem oraz w obszarze jamy ustnej u dzieci prawie połowa rodziców wymieniła próchnicę (24 osoby). Niektórzy respondenci mieli trudności z udzieleniem odpowiedzi (9 osób). Zdaniem 10 rodziców ich dziecko nie ma problemów chorobowych w jamie ustnej. W nielicznych przypadkach zwracano uwagę na: zapalenia dziąseł, ścieranie się zębów, rozchwianie zębów, złamania i zwichnięcia zębów, zniekształcenia szczęki i podniebienia, płytkę nazębną, ślinotok, a także inne problemy, takie jak np. wady zgryzu. Badania wykazały, że dzieci były objęte różnymi zabiegami stomatologicznymi. Zdecydowana większość z nich (36 osób) miała leczone zęby. W badanej grupie wystąpiły też przypadki ekstrakcji zębów (17 osób). Tylko 13 dzieci poddano lakowaniu zębów, a 9 – oczyszczaniu zębów z kamienia nazębnego i płytki nazębnej. W 4 przypadkach zaznaczono zabiegi ortodontyczne, a w 3 – zabiegi protetyczne. Zdaniem wielu rodziców (33 osoby) dzieci korzystały z przeglądu zębów.

Prawie połowa badanych (24 osoby) uważa, że dostępność opieki stomatologicznej jest dobra. Dziewięciu badanych oceniło ją jako przeciętną, 7 – jako bardzo dobrą, a tylko 5 – jako złą. Ośmiu respondentów nie potrafiło jednoznacznie wypowiedzieć się w tym zakresie. Nie stwierdzono wyraźnej dominującej bariery w odbywaniu wizyty stomatologicznej. Dwudziestu opiekunów uznało, że jest nią lęk dziecka przed wizytą w gabinecie dentystycznym. Dwunastu badanych zwróciło uwagę na koszty finansowe. Niektórzy rodzice wyrażali obawy związane ze skutkami leczenia. I tak 10 z nich odczuwało lęk przed koniecznością zastosowania znieczulenia ogólnego u dziecka, a nawet znieczulenia miejscowego (5 osób). W 6 przypadkach problemem okazały się: zbyt duża odległość do gabinetu dentystycznego, brak informacji o wyspecjalizowanych gabinetach dla dzieci z niepełnosprawnością, brak czasu. Sporadycznie pojawiły się odpowiedzi świadczące o konieczności wizyt u innych lekarzy specjalistów, zbyt małej odporności dziecka, negatywnym doświadczeniu dziecka związanym z bólem, lęku przed zainfekowaniem, barierach architektonicznych w dostępie do gabinetu.

Większość rodziców (36 osób) twierdzi, że otrzymali od stomatologa wskazówki związane z higieną jamy ustnej swojego dziecka. Dotyczyły one: sposobów mycia zębów (18 wskazań), stosowania preparatów do higieny jamy ust-

nej (10 wskazań), stosowania urządzeń ułatwiających pielęgnację jamy ustnej (6 wskazań), a także sposobów właściwego odżywiania (4 wskazania).

W badanej grupie zaobserwowano duże zróżnicowanie poziomu konieczności pomocy dziecku podczas mycia zębów i pielęgnacji jamy ustnej. Połowa rodziców zaznaczyła, że taka pomoc jest konieczna w stopniu całkowitym (14 osób) lub częściowym (13 osób). Zdaniem 26 opiekunów dziecko wykazuje się samodzielnością. Do czynników utrudniających przeprowadzanie pielęgnacji jamy ustnej dziecka badani zaliczyli przede wszystkim jego niechęć do mycia zębów (17 osób). Po 16 wskazaniach uzyskały wypowiedzi świadczące o problemach z płukaniem jamy ustnej, ale też zniecierpliwienie dziecka wynikające z konieczności poświęcenia większej ilości czasu na wykonanie właściwej pielęgnacji. Niezrozumienie przez dziecko konieczności mycia zębów zaznaczyło 15 rodziców. Z kolei 14 badanych wspomniało o trudnościach manualnych dziecka, związanych np. z trzymaniem szczoteczki, kubka. Pojawiły się też wypowiedzi świadczące o nadwrażliwości w obrębie jamy ustnej bądź znacznych ograniczeniach ruchowych.

Można przypuszczać, iż zasygnalizowane utrudnienia w pielęgnacji jamy ustnej przyczyniają się do częstotliwości mycia zębów, samodzielnie lub ze wsparciem drugiej osoby. Otrzymane dane wykazały, że tylko 2 dzieci myje zęby po każdym posiłku. U prawie połowy dzieci (25 osób) czynność ta jest wykonywana częściej niż 1 raz w ciągu dnia. Siedemnaścioro dzieci myje zęby 1 raz w ciągu dnia, zaś 7 dzieci – kilka razy w tygodniu, ale nie codziennie. Jeden z rodziców przyznał, że pielęgnacja zębów dziecka odbywa się raz w tygodniu, inny zaś nie udzielił odpowiedzi.

Podczas pielęgnacji jamy ustnej dziecka używane są tradycyjne środki. Niemal wszyscy opiekunowie wymienili pastę do zębów (52 osoby). Szczoteczka tradycyjna bywa wykorzystywana u 38 dzieci, zaś elektryczna – u 16 dzieci. Tylko 7 opiekunów zaznaczyło płyn do higieny jamy ustnej i tyle samo gumę do żucia. Jedynie w dwóch przypadkach wspomniano o wacikach do przemywania, a w jednym o osłaniaczku na palec dla opiekuna wykonującego pielęgnację jamy ustnej. Biorąc pod uwagę grupę dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim oraz z dodatkowymi uszkodzeniami, a także zasygnalizowane już problemy (związane np. z trudnościami z przełykaniem), zastanawia niewykorzystywanie szczoteczek z systemem ssącym, irygatorów do jamy ustnej. Żaden z rodziców nie wskazał na nici dentystryczne lub trzymadełka do nici.

Niektórzy rodzice (18 osób) podejmują próby mobilizowania dziecka do zabiegów higieny jamy ustnej wykonywanych w domu poprzez zachęcanie (śpiewanie podczas mycia, wspólne mycie zębów, podpowiadanie kolejnych czynności), rzadziej (3 osoby) poprzez nagradzanie (np. w formie pochwały ustnej całej rodziny). Blisko połowa badanych (20 osób) nie widzi potrzeby mobilizowania dziecka do pielęgnacji jamy ustnej albo nie stosuje żadnych działań w tym zakresie (14 osób). Dwie osoby podkreśliły konieczność stosowania formy przymusu.

Większość badanych przyznało, że dzieci spożywają słodkie przekąski między posiłkami. Dziewiętnastu rodziców stwierdziło, że takie sytuacje mają miejsce od czasu do czasu, a 10 opiekunów, że często. W 4 przypadkach są to stałe praktyki. Rzadkie spożywanie przekąsek przez dzieci zaznaczyło 14 respondentów. Jedynie 6 osób zanegowało występowanie tego typu nawyków.

Okazało się, iż w badanej grupie zdarzają się sytuacje spożywania słodkich przekąsek, owoców lub słodkich napojów po wieczornym myciu zębów. Dwudziestu sześciu rodziców uznało, że są to incydentalne przypadki, 9 rodziców zaobserwowało sporadyczne występowanie takich zachowań u swoich dzieci, 6 opiekunów – częste, natomiast jeden uznał je za bardzo częste. Jedzenie po wieczornej higienie jamy ustnej nie dotyczy tylko 10 dzieci. Jeden z opiekunów miał trudności z jednoznaczną odpowiedzią.

Większość badanych (37 osób) nie stosuje słodkich przekąsek jako formę nagrody dla swojego dziecka, chociaż 16 respondentów używa takiego rodzaju wzmocnień.

Badani rodzice (38 osób) najczęściej kierują się własnym doświadczeniem w pielęgnacji jamy ustnej swojego dziecka. Dla 21 respondentów źródłem wiedzy o sposobach, ale też możliwościach pielęgnacji jamy ustnej dziecka jest lekarz stomatolog. Nieliczni opiekunowie (8 osób) pozyskują tego typu informacje z Internetu, ale i od innych rodziców (6 osób), z prelekcji w szkole, do której uczęszcza dziecko (6 osób), z telewizji (4 osoby), z czasopism (3 osoby). Tylko 1 osoba nie widzi potrzeby poszukiwania takich wiadomości.

DYSKUSJA I WNIOSKI

Na podstawie uzyskanych wyników badań można zauważyć, że rodzice na ogół dobrze oceniają stan zdrowia swoich dzieci, chociaż niektórzy mieli problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi. Większość dzieci jest pod stałą specjalistyczną opieką medyczną, w tym prawie połowa z nich, jak twierdzą badani, korzysta systematycznie z opieki stomatologicznej. Kolejne deklaracje rodziców budzą jednak pewien dysonans, ponieważ pierwszą wizytę u dentysty dzieci odbyły dość późno. Część dzieci w ogóle nie była objęta kontrolą czy leczeniem dentystrycznym. Można też przypuszczać, iż w niektórych przypadkach regularne wizyty u dentysty są efektem wcześniejszych zaniedbań w tym zakresie.

Podobne wyniki uzyskali M. Borysewicz-Lewicka i in. (2011, s. 46) w badaniach przeprowadzonych wśród 221 rodziców lub pełnoprawnych opiekunów dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością i z przewlekłymi chorobami w wieku od 6 do 20 lat na terenie Wielkopolski. Uwzględniono trzy grupy pacjentów: z niepełnosprawnością intelektualną (w stopniu umiarkowanym, znacznym i głębokim), z chorobami układu nerwowego (dziecięce porażenie mózgowe, epilepsja), z niepełnosprawnością sensoryczną (słabowidzący, niewidomi). Ponad połowa

badanych (54,8%) oceniła stan zdrowia dziecka jako dobry. Tu również nie wszyscy rodzice/opiekunowie potrafili udzielić odpowiedzi w tym zakresie (18,6%). Większość respondentów (80,5%) wskazało systematyczne wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, które najczęściej dotyczyły dzieci z porażeniem mózgowym i padaczką, oraz stałą opiekę specjalistyczną (75,6%), deklarowaną głównie przez respondentów opiekujących się dziećmi z chorobami ośrodkowego układu nerwowego. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną najrzadziej korzystały z opieki specjalistycznej w porównaniu do pozostałych grup. Jedynie 6,3% ankietowanych w przeszłości dostało skierowanie do stomatologa od pediatry. Koncentrując się na danych obejmujących tylko osoby z niepełnosprawnością intelektualną, należy stwierdzić, że aż 84,2% badanych nie spotkało się z taką sugestią od lekarzy pediatrów. Podobną tendencję zaobserwowano w pozostałych grupach badawczych (Borysewicz-Lewicka i in. 2011, s. 46).

Warto podkreślić, iż w moich badaniach ponad połowa rodziców przyznała, że żaden specjalista nie zasugerował im wizyty stomatologicznej. Wracając do badań z Wielkopolski, 48% respondentów zadeklarowało zadowolenie z opieki stomatologicznej nad dzieckiem. Pozostali nie wiedzieli bądź mieli trudności z udzieleniem odpowiedzi. Pomimo tego, iż większość dzieci i młodzieży była w przeszłości hospitalizowana, to jednak niewiele z nich w tym okresie poddano leczeniu stomatologicznemu. W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną wskaźnik ten wyniósł 13,7% (Borysewicz-Lewicka i in. 2011, s. 47). Badania własne również wykazały, iż większość dzieci była hospitalizowana, ale bez leczenia stomatologicznego. Konieczne okazują się zabiegi w znieczuleniu ogólnym, które objęły prawie połowę dzieci. Z reguły rodzice udają się do prywatnych gabinetów stomatologicznych lub do tych znajdujących się w ośrodkach zdrowia.

Najczęściej wskazywana bariera w odbywaniu wizyt stomatologicznych to lęk dziecka. Podobne wyniki badań uzyskały M. Borowska i K. Szadkowska (2016, s. 104), stwierdzając niedostateczny poziom opieki stomatologicznej w grupie pacjentów z niepełnosprawnością oraz integralności tej opieki z leczeniem ogólnym. Ich zdaniem rodzice nie zawsze mogą samodzielnie zadbać o znalezienie odpowiedniej placówki, m.in. dlatego, że problemy stomatologiczne są dla nich mniej istotne wobec innych zaburzeń dziecka. Ponadto tylko 4,56% dzieci zostało skierowanych do objętej badaniami specjalistycznej poradni stomatologicznej. Większość opiekunów poszukiwało takiego miejsca samodzielnie. Co istotne, wielu pacjentów wcześniej doświadczyło bezskutecznego leczenia w typowych gabinetach stomatologicznych albo odmowy ze względu na niepełnosprawność i brak współpracy z lekarzem. Czasem rozwój choroby podstawowej wymuszał leczenie stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym. Tu również niewielka liczba opiekunów była świadoma możliwości leczenia w tym znieczuleniu (Borowska, Szadkowska 2016, s. 99–102; por. Jeng i in. 2009, s. 167). Badacze opisywanego zjawiska podkreślają, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną uchodzą za

tw. trudnych pacjentów. Z jednej strony wskazuje się na problemy w leczeniu wynikające ze specyfiki chorób ogólnych, zaś z drugiej strony mówi się, że są to pacjenci czasochłonni, wymagający cierpliwości. Z tego powodu nie wszyscy dentyści chętnie podejmują się leczenia tej grupy osób (Hendzel 2014, s. 130).

W badaniach własnych prawie połowa rodziców przyznała, że ich dziecko ma próchnicę zębów, ale też sporadycznie wymieniano inne problemy chorobowe jamy ustnej. Nie wszyscy respondenci potrafili określić stan jamy ustnej swego dziecka. Ponad połowa osób zaznaczyła, że dzieci miały już leczone zęby, a niektórym z nich je usunięto. Potwierdzeniem złego stanu higieny jamy ustnej i jego konsekwencji chorobowych u osób z niepełnosprawnością są wyniki badań K. Budziejko, K. Tropak i N. Żygadło-Płotnickiej (2014, s. 59–60), których celem była ocena potrzeb leczniczych pacjentów wymagających interwencji stomatologicznej w znieczuleniu ogólnym. Wśród pacjentów z różnymi rodzajami niepełnosprawności najliczniejszą grupę stanowiły dorosłe osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym. Podjęto szeroki zakres zabiegów, m.in. oczyszczanie zębów z obfitych złogów kamienia nazębnego i płytki nazębnej, leczenie średnich i głębokich ubytków próchnicowych, ekstrakcje zębów stałych i mlecznych oraz pozostałości korzeniowych. Zabiegi te dotyczyły większości pacjentów. Cztery osoby zostały poddane leczeniu endodontycznemu. Rezultaty badawcze K. Budziejko, K. Tropak i N. Żygadło-Płotnicka (2014, s. 59–60) dowodzą o niskim poziomie dbania jamy ustnej oraz nieodpowiedniej opiece stomatologicznej. K. Gerreth i M. Borysewicz-Lewicka (2009a, s. 69) na podstawie swoich badań zauważyły, że pomimo powszechnej choroby próchnicowej u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością wskaźnik leczenia stomatologicznego w tej grupie jest niski. Ponadto autorki odnotowały niewielką liczbę lakowanych zębów, a więc zabiegu z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej, co potwierdzają również moje badania. Fakt jego częstszego wykonywania wśród uczniów starszych tłumaczy aspektami komunikacji na linii pacjent – stomatolog. Specjaliści omawianego zagadnienia podają argumenty świadczące o typowo medycznych zaniechaniach w opiece stomatologicznej osób z niepełnosprawnością. Poza już zasygnalizowanymi można wskazać jeszcze inne, jak np. nie w pełni wykorzystywane możliwości profilaktyki profesjonalnej wraz z suplementacją fluorkową (zob. Borysewicz-Lewicka i in. 2011, s. 52; zob. Mielnik-Błaszczak i in., 2009, s. 235). Zauważa się potrzebę stosowania wśród osób z niepełnosprawnością okresowych i nieinwazyjnych zabiegów profilaktycznych w postaci oczyszczania zębów i fluoryzacji w ośrodkach dziennego pobytu lub rehabilitacyjnych, pod nadzorem higienistki stomatologicznej (Budziejko, Tropak, Żygadło-Płotnicka 2014, s. 60; por. Paszyńska i in. 2009, s. 272–274).

Bez wątplenia codzienne systematyczne zabiegi higieniczne są podstawowymi działaniami profilaktyki chorób jamy ustnej każdego człowieka. Uważa

się, że efektywne usuwanie płytki bakteryjnej z powierzchni zębów wymaga z jednej strony zrozumienia przez pacjenta przeprowadzanego zabiegu, z drugiej zaś posiadania właściwej zręczności w posługiwaniu się szczoteczką do zębów (Martens i in., za: Gerreth, Borysewicz-Lewicka, 2009b, s. 45). Dlatego niektóre osoby z niepełnosprawnością potrzebują stałego nadzoru, a nawet czynnego zaangażowania podczas szczotkowania zębów (Gerreth, Borysewicz-Lewicka 2009b, s. 45; por. Mielnik-Błaszczak i in. 2009, s. 237). Uzyskane przeze mnie wyniki badań pozwoliły zaobserwować duże zróżnicowanie poziomu konieczności pomocy podczas pielęgnacji jamy ustnej: od całkowitej po samodzielne radzenie sobie przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Ponadto rodzice zwracali uwagę na różne czynniki utrudniające pielęgnację jamy ustnej dziecka: niechęć do mycia zębów lub niezrozumienie potrzeby wykonywania tej czynności przez dziecko; problemy z płukaniem jamy ustnej; trudności z utrzymaniem szczoteczki lub kubka; zniecierpliwienie dziecka podczas zabiegów higienicznych; nadwrażliwość w obrębie jamy ustnej.

Jedną z przyczyn problemów zdrowotnych w jamie ustnej osób z niepełnosprawnością intelektualną są niewłaściwe nawyki higieniczne i żywieniowe. Badania własne pokazują, że szczotkowanie zębów u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną po każdym posiłku w zasadzie nie występuje. Oprócz pasty do zębów i tradycyjnej szczoteczki niewiele osób korzysta z innych produktów istotnych w pielęgnacji jamy ustnej, ale też ułatwiających jej wykonywanie. Zdarza się, że dzieci spożywają słodkie przekąski, owoce lub słodkie napoje po wieczornym myciu zębów, a część respondentów stosuje je jako rodzaj wzmocnienia. Podobne rezultaty badawcze uzyskały K. Gerreth i M. Borysewicz-Lewicka (2009a, s. 70; zob. Gerreth, Borysewicz-Lewicka 2009b, s. 48; Borysewicz-Lewicka i in. 2011, s. 52; Budziejko, Tropak, Żygadło-Płotnicka 2014, s. 60; Mielnik-Błaszczak i in. 2009, s. 237) po przeprowadzeniu badań wśród 139 uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i 32 uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym uczęszczających do szkół specjalnych w Poznaniu. Otrzymane dane potwierdziły, że tylko 54,4% badanych osób szczotkowało zęby więcej niż 1 raz w ciągu dnia. Większość uczniów (94%) przyznała, że podjada między głównymi posiłkami słodczyce lub owoce, a ponad połowa (53,8%) stwierdziła, że spożywa posiłki po wieczornym myciu zębów. Okazało się, że rodzice nie zwracają uwagi na udzielanie pomocy przy wykonywaniu zabiegów higienicznych swych pociech, a także pozwalają im na konsumpcję słodkich przekąsek między posiłkami, traktując je często jako formę nagrody. Kolejny aspekt podnoszony przez badaczy to niewłaściwa pielęgnacja jamy ustnej, wykonywana przez opiekunów osób z niepełnosprawnością intelektualną, polegająca np. na myciu zębów przednich i ignorowaniu tylnych. Tylny obszar ustno-gardłowy może stać się miejscem zakażeń bakteryjnych i infekcji (Binkley i in. 2014, s. 55).

ZAKOŃCZENIE

Profesjonalna opieka stomatologiczna obejmująca osoby z niepełnosprawnością, w tym intelektualną, jest niewystarczająca. Przybiera ona najczęściej dożny charakter. Zbyt późne podjęcie działań leczniczych wiąże się zazwyczaj z istnieniem już zaawansowanych zmian i licznych powikłań (Gerreth, Borysewicz-Lewicka 2009a, s. 70; por. Borysewicz-Lewicka i in. 2011, s. 52). Jak zaznacza B. Woynarowska (2017, s. 296), dbałość o zęby to przede wszystkim zapobieganie próchnicy poprzez respektowanie czterech podstawowych metod: utrzymywanie higieny jamy ustnej, prawidłowe żywienie, uzupełnianie związków fluoru, okresowe badania profilaktyczne u lekarza dentystry.

Profilaktyka chorób jamy ustnej osób z niepełnosprawnością intelektualną staje się szczególnym wyzwaniem nie tylko dla środowiska medycznego, ale także dla rodziców i pedagogów odpowiedzialnych za edukację zdrowotną uczniów. Szkoła może odegrać ważną rolę w profilaktyce chorób jamy ustnej wychowanków, udzielając rodzicom wskazówek w zakresie uczenia dziecka czynności higienicznych, mobilizowania do ich wykonywania, wzmacniania zachowań prozdrowotnych, pokonywania lęku w trakcie zabiegów pielęgnacyjnych itp. Uzyskane wyniki badań własnych oraz innych badaczy pokazują, że rodzice nie zawsze korzystają z przedmiotów ułatwiających mycie jamy ustnej albo nie przykładają większej wagi do nawyków żywieniowych. Zdarza się, że opiekunowie zaniedbują wizyty stomatologiczne, preferując leczenie u innych specjalistów lub bojąc się o reakcję organizmu dziecka podczas zabiegów dentystrycznych. Dlatego w szkołach, zwłaszcza specjalnych, warto organizować dla rodziców spotkania z higienistką szkolną lub z zaproszonymi specjalistami, na których podejmowano by zagadnienia zdrowia dzieci z niepełnosprawnością.

BIBLIOGRAFIA

- Andruszczak B., Buraczyńska-Andrzejewska B., Krauss H., Jończyk-Potoczna K., Piątek J., Krzywicka A., Żukiewicz-Sobczak W., Krasowska E., Kozak M. (2012), *Wielopłaszczyznowa opieka nad dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 18, nr 4.
- Astrom A., Jakobsen R. (1998), *Stability of dental health behavior: A 3-year prospective cohort study of 15-, 16- and 18-year-old Norwegian adolescents*, “Community Dentistry and Oral Epidemiology”, Vol. 26(2), DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1998.tb01939.x>.
- Bernat K., Majewski J., Jarosz M.J. (2017), *Zachowania prozdrowotne rodziców w zakresie profilaktyki i higieny jamy ustnej u dzieci – przegląd literatury*, „Aspekty Zdrowia i Choroby”, t. 2, nr 1.
- Binkley C.J., Johnson K.W., Abadi M., Thompson K., Shamblen R., Young L., Zaksek B. (2014), *Improving the oral health of residents with intellectual and developmental disabilities: An oral*

- health strategy and pilot study*, "Evaluation and Program Planning", No. 47,
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.07.003>.
- Borowska M., Szadkowska K. (2016), *Analiza zabiegów sanacji jamy ustnej w znieczuleniu ogólnym u niepełnosprawnych pacjentów w wieku 2–18 lat z poradni stomatologicznej Lubelskiego Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia*, „Nowa Stomatologia”, nr 21(2),
DOI: <https://doi.org/10.5604/14266911.1208248>.
- Borysewicz-Lewicka M., Gerreth K., Wiśniewska K., Wysocki J. (2011), *Leczenie stomatologiczne jako część wymaganej opieki medycznej nad dziećmi niepełnosprawnymi – opinia rodziców*, „Dental and Medical Problems”, nr 48(1).
- Budziejko K., Tropak K., Żygadło-Plotnicka N. (2014), *Leczenie stomatologiczne pacjentów niepełnosprawnych w znieczuleniu ogólnym*, „Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia”, nr 3(3).
- Danielewicz D. (2017), *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Warszawa: PWN.
- Fernandez C., Declerck D., Dedecker M., Marks L. (2015), *Treatment needs and impact of oral health screening of athletes with intellectual disability in Belgium*, "BMC Oral Health", No. 15,
DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-015-0157-9>.
- Gerreth K., Borysewicz-Lewicka M. (2009a), *Stomatologiczne potrzeby profilaktyczno-lecznicze dzieci i młodzieży – uczniów szkół specjalnych*, „Family Medicine & Primary Care Review”, nr 11(1).
- Gerreth K., Borysewicz-Lewicka M. (2009b), *Ocena skuteczności płukanki do jamy ustnej Dento-sept w leczeniu stanu zapalnego dziąseł u pacjentów niepełnosprawnych intelektualnie*, „Dental Forum”, nr 1.
- Hendzel B. (2014), *The structure of a group of adult disabled patients treated dentally under general anesthesia*, „Polish Journal of Public Health. Zdrowie Publiczne”, nr 124(3),
DOI: <https://doi.org/10.2478/pjph-2014-0029>.
- Hood H., Dean J., Cornett T., Boggs K. (2001), *The Hazelwood study: Dental care of the profoundly cognitively impaired in the southeastern region of the United States*, "Journal of the Southeastern Society of Pediatric Dentistry", Vol. 7(3).
- Jeng W.L., Wang T.M., Cher T.L., Lin Ch.P., Jeng J.H. (2009), *Strategies for oral health care for people with disabilities in Taiwan*, "Journal of Dental Sciences", Vol. 4(4),
DOI: [https://doi.org/10.1016/S1991-7902\(09\)60022-2](https://doi.org/10.1016/S1991-7902(09)60022-2).
- Liu H.Y., Chen J.R., Hsiao Sz.Y., Huang S.T. (2017), *Caregivers' oral health knowledge, attitude and behavior toward their children with disabilities*, "Journal of Dental Sciences", Vol. 4(4),
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jds.05.003>.
- Martens L., Marks L., Goffin G., Gizani S., Vinckier F., Declerck D. (2000), *Oral hygiene in 12-year-old disabled children in Flanders, Belgium, related to manual dexterity*, "Community Dentistry and Oral Epidemiology", Vol. 28(1).
- Mielnik-Błaszczak M., Skawińska A., Janus M., Struska A., Michałowski A. (2009), *Analiza stanu higieny jamy ustnej w grupie dzieci chorych na padaczkę. The Evaluation of Oral Hygiene in Children Affected with Epilepsy from Lublin Area*, „Dental and Medical Problems”, nr 46(2).

- Nadolska A., Bejster P. (2016), *Healthy Athletes Program as a chance for a good quality of life of persons with intellectual disability and their families in the context of health and pro-health activities*, "Physiotherapy and Health Activity", No. 24,
DOI: <https://doi.org/10.1515/pha-2016-0004>.
- Paszyńska E., Jurga J., Dyszkiewicz-Konwińska M., Mehr K. (2009), *Ocena programu profilaktycznego zdrowia jamy ustnej u pacjentów niepełnosprawnych intelektualnie*, „Pediatria i Medycyna Rodzinna”, nr 5(4).
- Pietras T., Witusik A., Panek M., Kuna P., Górski P. (2012), *Problemy zdrowia somatycznego u osób z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałęcki (red.), *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Woynarowska B. (2017), *Edukacja do dbałości o ciało*, [w:] B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Warszawa: PWN.
- Zurzycka P., Radzik T. (2016), *Dorośla osoba niepełnosprawna intelektualnie jako podmiot opieki pielęgniarzkiej – wybrane zagadnienia*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t. 24(1),
DOI: <https://doi.org/10.5603/PP.2016.0012>.

SUMMARY

Scientific literature, both Polish and foreign, highlights the high risk of developing oral diseases by persons with intellectual disabilities. The possible reasons include congenital dental defects, abnormalities of the masticatory system distinctive for certain genetic disorders, health complications affecting the dental condition, poor hygiene, poor diet, but also difficulties in accessing specialized dental offices or the fact that parents may not be aware of their existence. Parents are possibly the most important people responsible for a person's oral health; they can do so by scheduling doctor's appointments, as well as taking care of the child's diet and oral hygiene. The aim of the presented research was to obtain the parents' opinions on everyday oral hygiene needs, and dental care provided for their children with intellectual disabilities. Attention was drawn to the oral hygiene behaviors and attempts made by the person suffering from an intellectual disability, or if necessary, by their parent.

Keywords: oral hygiene; education on oral health; dental care; person with intellectual disability; parents