

BEATA WILK-SIECZAK¹, MARCIN ZAKRZEWSKI¹, DOROTA CHMIELEWSKA-ŁUCZAK²

Lęk matek przed leczeniem stomatologicznym i przyczyna pierwszej wizyty dziecka a czynniki prognozowania negatywnej postawy dziecka w wieku przedszkolnym podczas leczenia stomatologicznego

Mothers' Dental Fear and the Reasons for Their Preschool Children's First Dental Visit as the Predicators of Their Negative Attitude Towards the Dental Treatment

¹ Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej AM we Wrocławiu

² Zakład Psychologii Rozwoju Uniwersytetu Wrocławskiego

Streszczenie

Wprowadzenie. Na zachowania dzieci w wieku przedszkolnym często wpływają postawy zaobserwowane u rodziców, szczególnie u matek. Dotyczy to również postawy wobec leczenia stomatologicznego. W piśmiennictwie niejednokrotnie opisywano znaczenie lęku przed leczeniem stomatologicznym u dorosłego pacjenta, nie ma natomiast badań określających wpływ postawy lękowej osoby dorosłej na zachowanie dziecka w gabinecie stomatologicznym i przebieg jego leczenia.

Cel pracy. Ocena lęku i zaufania do lekarza stomatologa matek dzieci w wieku 3–6 lat oraz wpływu tych czynników na charakter pierwszej wizyty dziecka u stomatologa.

Materiał i metody. Zbadano 100 matek dzieci w wieku 3–6 lat według skali lęku (DAS) i zaufania do stomatologa (DBS). W ankiecie uwzględniono dane dotyczące wykształcenia, przyczyn leczenia w czasie ciąży i powodu pierwszej wizyty dziecka u stomatologa.

Wyniki. Wykazano, że wzrost poziomu lęku u matek i rzadkie wizyty u stomatologa wpływają na to, że ich dzieci nie zostają poddane badaniu stomatologicznemu. Ustalono również związek między wykształceniem matek a powodem pierwszego kontaktu dziecka ze stomatologiem i leczeniem w czasie ciąży.

Wnioski. Negatywna postawa małych pacjentów, utrudniająca leczenie, wynika często zarówno z przyczyny, jak i z przebiegu pierwszej wizyty. Może to być związane z nastawieniem matek do leczenia stomatologicznego. Wysoki poziom lęku stomatologicznego oraz tendencja do unikania leczenia przez matkę mogą być czynnikami prognozującymi negatywną postawę dziecka wobec leczenia (**Dent. Med. Probl. 2005, 42, 1, 77–82**).

Słowa kluczowe: poziom lęku stomatologicznego, leczenie dzieci, leczenie w czasie ciąży.

Abstract

Background. Preschool children's behaviours are frequently influenced by the attitudes observed in their parents, especially mothers, which also applies to the attitudes displayed by them towards dental treatment. Although the relevant literature contains many descriptions of the dental fear in the adult patient, it lacks the studies which would try to determine how the child's behaviour in the dental surgery and the course of his/her treatment are influenced by the adult person's fear.

Objectives. The study was aimed at the assessment of the level of dental fear and belief in the dentist in the mothers of 3 to 6 years old children, and the effect these factors had on character of their children's first dental visits.

Material and Methods. The fear of and confidence in the dentist of 100 mothers of the children aged 3–6 was measured with the DAS and DBS scales respectively. The data concerning the subjects' education, causes of their treatment in pregnancy as well as reasons for their children's first contact with the dentist were taken into account.

Results. It was found that the higher level of the mothers' fear was accompanied by their less frequent dental vis-

its and delayed first visits of their children. The relationships between the mothers' level of education and a reason for the first dental appointment of their children and their treatment during pregnancy was also determined.

Conclusions. Little patients' negative attitude which makes treatment more difficult often results from both a reason for and the course of their first dental visit. This, in turn, is likely to be caused by their mothers' general attitudes towards the dental treatment. High level of the mother's dental fear as well as her tendency to avoid this kind of treatment are presumably significant predictors of the child's negative attitude towards such medical procedures (*Dent. Med. Probl.* 2005, 42, 1, 77–82).

Key words: dental fear, treatment of children, treatment in pregnancy.

Nastawienie pacjenta do leczenia stomatologicznego jest jednym z głównych czynników decydujących o powodzeniu leczenia. W odniesieniu do dzieci pierwsze wizyty często determinują późniejszą postawę.

Opisano wiele przyczyn powodujących powstawanie lęku przed leczeniem stomatologicznym [1–4]. Istotne są wczesne, negatywne doświadczenia ogólnomedyczne, wpływ rodziny, wiek i przyczyna pierwszej wizyty u stomatologa. Szczególne znaczenie ma oddziaływanie rodziców, a zwłaszcza matki oraz innych ważnych osób na postawę wobec leczenia i związane z tym nieświadome przekazywanie określonych wzorców zachowań [1, 4, 5]. Na kształtowanie postawy istotny wpływ mają zachowania dorosłych, obserwowane przez dzieci oraz informacje pozawerbalne odbierane przez nie podświadomie [1, 6].

Wysoki poziom lęku u dorosłych może powodować niechęć do leczenia własnego uzębienia [5], a projekcja tego lęku także do unikania wizyt z dzieckiem u stomatologa. Udowodniono również, że dzieci rodziców z lękiem miały więcej negatywnych doświadczeń związanych ze stomatologiem [6, 7], a w późniejszym okresie charakteryzował je wyższy poziom lęku. W polskim piśmiennictwie jest niewiele doniesień na temat lęku przed stomatologiem występującym u matek i jego wpływu na przyczyny wizyt stomatologicznych podczas ciąży oraz pierwszych wizyt dziecka w gabinecie stomatologicznym. Problem ten jest szczególnie istotny, gdyż właśnie pierwsze wizyty mają wpływ na kształtowanie się postawy dziecka i utrwalania stereotypów [2–4].

Celem pracy była ocena poziomu lęku i zaufania do lekarza stomatologa matek dzieci w wieku 3–6 lat oraz wpływu tych czynników na uświadomienie potrzeby leczenia w okresie ciąży oraz na przyczynę pierwszej wizyty dziecka w gabinecie stomatologicznym. Jednocześnie na tej podstawie podjęto próbę prognozowania nastawienia małego pacjenta do leczenia.

Material i metody

Badaniem ankietowym objęto 100 matek dzieci w wieku 3–6 lat. Ankieta zawierała pytania ze skali lęku stomatologicznego DAS (*Dental Anxiety*

Scale) opracowanej przez Coraha [8] oraz pytania dotyczące poziomu zaufania do stomatologa według DBS (*Dental Belief Survey*) [9–10].

Skala DAS składa się z czterech pytań oceniających w zakresie 1–5 punktów. Respondenci określają swoje odczucia w czterech sytuacjach mających związek z wizytą u stomatologa. Suma punktów 4–20 stanowi miarę lęku w trzech wartościach – niski (4–7), średni (8–11) i wysoki (12–20) poziom lęku.

Skalę DBS tworzy 16 stwierdzeń, z którymi w różnym stopniu identyfikują się ankietowani za pomocą określeń: zgadzam się całkowicie, przeważnie, częściowo, w mniejszym stopniu i nie zgadzam się. Suma punktów w przedziale 16–80 daje obraz subiektywnych odczuć pacjenta dotyczących lekarza i przebiegu wizyty. Na podstawie skali DBS wyróżniono trzy poziomy zaufania 0–40 pkt – duże, 41–60 pkt – średnie oraz 61–80 pkt – małe.

Obie skale zostały wystandaryzowane i pozwalają na rzetelną ocenę badanych cech. Wielokrotnie też były wykorzystywane przez innych autorów [5–7, 11–14].

Pytania własne dotyczyły: wykształcenia, przyczyny leczenia w czasie ciąży oraz pierwszej wizyty dziecka w gabinecie stomatologicznym.

W analizie statystycznej wykorzystano test χ^2 . Przy testowaniu hipotezy zerowej zakładano, że poziom istotności $\alpha = 0,05$.

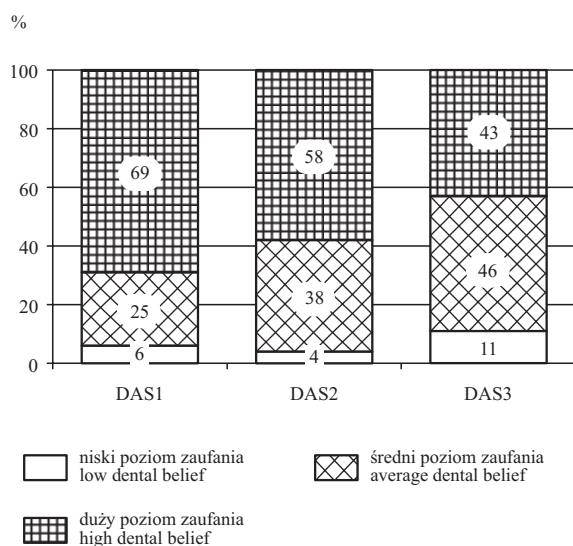
Wyniki

U badanych kobiet obserwowano najczęściej średni (47%) i wysoki (37%) poziom lęku związanego z leczeniem stomatologicznym. Jedynie 16% miało niski poziom lęku. U ponad połowy kobiet (55%) poziom zaufania do stomatologa był wysoki, u 38% średni, a jedynie 7% ankietowanych miało małe zaufanie do lekarzy. Mimo dość wysokiego lęku przed leczeniem stomatologicznym, badane osoby miały duże zaufanie do stomatologów.

Na podstawie wyników poziomu lęku podzielono badane matki i ich dzieci na trzy grupy (DAS1 – niski, DAS2 – średni, DAS3 – wysoki poziom lęku).

W poszczególnych grupach są widoczne różnice dotyczące stopnia zaufania do stomatologów. Wraz z większym poziomem lęku wzrasta odsetek matek z niskim i średnim zaufaniem, a maleje odsetek kobiet z dużym zaufaniem do lekarza. Pozwala to przypuszczać, że wysoki poziom lęku respondentek wpływa na zmniejszone zaufanie do stomatologów (ryc. 1).

Chęć uniknięcia leczenia stomatologicznego przez matki – jako negatywna postawa względem



Ryc. 1. Zależność poziomu zaufania od poziomu lęku stomatologicznego

Fig. 1. The relationship between dental belief and dental anxiety

leczenia – jest deklarowana w punkcie 15 w skali DBS. W tym punkcie badane odnosiły się do zdania: „Już myśl o konieczności leczenia wystarczy, żebym wstrzymała się od wizyty”. Identyfikujące się z tym zdaniem osoby wykazują cechy „postawy unikowej”, charakterystycznej dla osób obawiających się leczenia stomatologicznego. Następstwem jest często pogorszenie się stanu jamy ustnej wskutek zaniedbywania leczenia.

W trzech grupach, według DAS, z rosnącym poziomem lęku zwiększa się odsetek kobiet identyfikujących się z tym stwierdzeniem.

W grupie z najwyższym poziomem lęku około połowa badanych (48,6%) zgadza się z nim przeważnie, całkowicie lub przynajmniej częściowo. W pozostałych grupach odsetek osób niechętnie nastawionych do leczenia jest mniejszy (tab. 1).

Potwierdzenie deklarowanych zachowań znajduje odzwierciedlenie w części ankiety dotyczącej wizyt u stomatologa i leczenia w czasie ciąży, czyli w okresie, który wymaga większej dbałości o stan zdrowia. W 25% przypadków kobiet z grupy DAS1 (niski poziom lęku) i 17,4% kobiet z gru-

Tabela 1. Odpowiedzi matek na 15 pytanie w skali DBS. Czy zgadzasz się ze stwierdzeniem: „Już myśl o konieczności leczenia wystarczy, żebym powstrzymała się od wizyty”?

Table 1. Mother's answers on question 15 from DBS. Do you agree with the sentence: "The thought of the necessity of treatment can abstain me from dental appointment"?

Zgadzam się (I agree)	DAS		
	Niski (Low) %	Średni (Average) %	Wysoki (High) %
Nie (I don't agree)	93,7	73,9	35,2
W mniejszym stopniu (I less agree)	0,0	10,8	16,2
Częściowo (I partly agree)	6,3	6,5	32,4
Przeważnie (I usually agree)	0,0	2,3	8,1
Całkowicie (I totally agree)	0,0	6,5	8,1

py DAS2 (średni poziom lęku) w czasie ciąży w ogóle nie było u stomatologa. Najwięcej kobiet (32,4%) nie zgłosiło się w czasie ciąży do stomatologa z grupy DAS 3 (najwyższy poziom lęku).

Jak wynika z badań, pacjentki z najwyższym poziomem lęku częściej unikały leczenia i rzadziej zgłaszały się do stomatologa na badania okresowe. W grupie matek DAS3 na wizyty kontrolne w ciąży zgłosiło się jedynie 29%, w pozostałych grupach było 43,7% w DAS1 i 43,5% w DAS2 (tab. 2)

Wyniki ankiety dotyczące leczenia i przyczyn pierwszej wizyty dziecka zestawiano również z poziomem lęku ich matek.

Na wizyty adaptacyjne lub kontrolne zgłosiło się 21,6% dzieci w grupie DAS3 (matki z najwyższym poziomem lęku stomatologicznego). Więcej matek przyprowadziło swoje dzieci spośród pozostałych dwóch grup: 30,4% – DAS2 i 25% – DAS1.

Porównano wyniki dotyczące wizyt kontrolnych kobiet w ciąży oraz wizyt adaptacyjnych i profilaktycznych dzieci uzyskane w trzech grupach DAS. Wizyty adaptacyjne i profilaktyczne oraz kontrolne określono wspólnym mianem „wizyt bez przyczyny”, czyli takich, które wynikały z potrzeby zapobiegania, w odróżnieniu od wizyt spowodowanych „koniecznością leczenia”, czyli obecnością ubytków próchnicowych oraz dolegliwości bólów.

Takie wizyty traktowano jako przejaw zainteresowania stanem jamy ustnej. We wszystkich grupach, niezależnie od poziomu lęku, wizyty „bez przyczyny” częściej dotyczyły matek niż ich dzieci (tab. 2).

Tabela 2. Przyczyna wizyt u stomatologa kobiet w czasie ciąży oraz pierwszej wizyty ich dzieci w zależności od poziomu lęku

Table 2. The reason for treatment in pregnancy and the cause of child's first dental appointment according to dental anxiety level

Poziom lęku wg DAS (Dental anxiety level)	DAS 1 Niski (Low) %	DAS 2 Średni (Average) %	DAS 3 Wysoki (High) %	Ogółem (Total) %
Przyczyna wizyt w czasie ciąży (Reason for treatment in pregnancy) $\chi^2 = 3,52$; $p > 0,1$				
Brak wizyty (No treatment)	25,0	17,4	32,4	24,2
Kontrola (Examination)	43,7	43,5	29,7	38,4
Ubytek próchnicowy (Caries lesion)	31,3	39,1	37,9	37,4
Przyczyna pierwszej wizyty dziecka (Reason for child's first dental appointment) $\chi^2 = 2,86$; $p > 0,1$				
Brak wizyty (No treatment)	31,3	21,8	37,8	29,3
Kontrola (Examination)	25,0	30,4	21,6	26,3
Ubytek próchnicowy (Caries lesion)	44,7	47,8	40,6	44,4

Najczęstszą przyczyną wizyty dzieci w gabinecie stomatologicznym była konieczność leczenia. Wśród 70 dzieci, które były pierwszy raz u stomatologa, 63% zgłosiło się z powodu ubytków próchnicowych, a nawet bólu. Największy odsetek takich wizyt zanotowano w grupie dzieci, których matki miały najwyższy poziom lęku, dotyczyły 65,2% pacjentów. W pozostałych grupach odsetek był mniejszy – wynosił 63,6% dla DAS1 i 61,1% dla DAS2 (tab. 3). Niezależnie od poziomu lęku, potrzeba leczenia była powodem pierwszej wizyty we wszystkich grupach i częściej dotyczyła dzieci niż matek.

Dzieci matek z najwyższym poziomem lęku (DAS3) w ogóle nie były badane przez stomatologa w 37,8% przypadków, a dzieci matek z niższym poziomem lęku (DAS1 i DAS2) odpowiednio: 31,2 i 21,8% (tab. 2).

Wyniki dotyczące leczenia w czasie ciąży i wizyt dzieci u stomatologa rozpatrzono również w zależności od stopnia wykształcenia badanych. Ankietowaną grupę stanowiły w większości kobiety z wykształceniem wyższym (57%), następnie średnim (29%) i zawodowym (12%). Matki z wykształceniem wyższym częściej zgłaszały się na przegląd w czasie ciąży (44,6% kobiet). Kobie-

Tabela 3. Konieczność leczenia jako przyczyna pierwszej wizyty dziecka w zależności od poziomu lęku matki

Table 3. Need for treatment as the reason for child's first appointment according to mother's dental anxiety level

Poziom lęku matek (Mother's DAS)	DAS1 niski (Low) %	DAS2 średni (Average) %	DAS3 wysoki (High) %	Ogółem (Total) %
Konieczność leczenia jako przyczyna pierwszej wizyty dziecka (Need for treatment as the reason for child's first dental appointment)	63,6	61,1	65,2	63,0

$\chi^2 = 0,96$; $0,05 \leq p < 0,1$.

ty z wykształceniem średnim i zawodowym zgłaszały się na wizyty kontrolne rzadziej (33,3% w obu grupach). Z powodu ubytku próchnicowego do lekarza zgłosiło się w czasie ciąży 44,6% matek z wykształceniem wyższym oraz 30% ze średnim i 25% z wykształceniem zawodowym (tab. 4).

W grupie dzieci matek z wykształceniem wyższym obniżał się odsetek dzieci, które nie odbyły pierwszej wizyty u stomatologa, (24,5%), a wzrastał odsetek dzieci, u których pierwsza wizyta miała na celu adaptację do leczenia (21%). Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia matek zmniejszał się odsetek dzieci, które nie były w gabinecie stomatologicznym na pierwszej wizycie (tab. 5). Dzieci matek ze średnim wykształceniem odbyły wizytę adaptacyjną jedynie w 13,3% przypadków. W tej grupie nie było w ogóle u stomatologa 30% dzieci. W grupie dzieci matek z wykształceniem zawodowym takiej wizyty nie odbyło 41,6% dzieci.

Tabela 4. Wykształcenie matki, a przyczyna pierwszej wizyty dziecka

Table 4. Relationship between mother's education level and the reason for child's first dental appointment

	Podstawowe (Primary education) %	Średnie (Secondary education) %	Wyższe (High education) %
Brak wizyty (No treatment)	41,6	30,0	26,2
Kontrola (Examination)	50,0	23,3	30,0
Konieczność leczenia (Need for treatment)	8,4	46,7	43,8

$$\chi^2 = 3,87; p < 0,1.$$

Tabela 5. Wykształcenie matki, a jej leczenie w czasie ciąży

Table 5. Mother's education level and her dental treatment in pregnancy

	Podstawowe (Primary education) %	Średnie (Secondary education) %	Wyższe (High education) %
Brak wizyty (No treatment)	41,7	36,7	10,8
Kontrola (Examination)	33,3	33,3	44,6
Konieczność leczenia (Need for treatment)	25,0	30,0	44,6

$$\chi^2 = 10,85; 0,5 \leq p < 0,1.$$

Omówienie

Dane z piśmiennictwa wykazują, że lęk przed leczeniem stomatologicznym nie jest wrodzony, lecz powstaje pod wpływem działania wielu czynników [1, 5]. W wieku przedszkolnym dziecko jest całkowicie zależne od opiekunów i od nich właśnie w dużym stopniu zależy nastawienie małego pacjenta do leczenia stomatologicznego. We wczesnym okresie życia najintensywniej kształtują się przyszłe zachowania, nawyki i lęki, ma to niewątpliwie związek z obserwowanymi reakcjami najbliższych. Reakcja lękowa rodziców lub innych ważnych osób jest sygnałem alarmowym dla dziecka i w dużym stopniu utrudnia przebieg pierwszej i kolejnych wizyt stomatologicznych [1]. Wyższy poziom lęku matek jest czynnikiem prognozującym wystąpienie lęku u dziecka. Zaniedbywanie przygotowania dziecka do leczenia w odpowiednim wieku, kiedy jest najbardziej podatne na kształtowanie zachowań, konieczność leczenia z powodu zaawansowanej choroby jamy ustnej oraz wybór nieodpowiedniej metody pracy z dzieckiem przyczyni się do ukształtowania negatywnej postawy, często utrwalanej przez kolejne nieprzyjemne doświadczenia lecznicze [2, 4]. Matki z wysokim poziomem lęku, unikające wizyt w gabinecie dentystycznym, często niedostatecznie dbają o leczenie własnych dzieci, dlatego pierwsza wizyta w wieku kilku lat jest wywołana bólem. Dzieci mają dużą intuicję emocjonalną, stąd lęk rodziców pojawiający się jako lęk sytuacyjny w trakcie wizyty dziecka w gabinecie jest przez nie odbierany i odczuwany. Zachowanie małego dziecka silnie identyfikującego się z matką w dużym stopniu wynika z jej emocji. Rozpoznanie lęku przed leczeniem stomatologicznym u matek może być dla lekarzy cenną informacją. Może to ułatwić leczenie dziecka przez dobór odpowiedniej metody postępowania terapeutycznego (np. zindywidualizowane metody adaptacji do leczenia stomatologicznego). Rozpoznanie niekorzystnego nastawienia matki, przekazywanego świadomie lub podświadomie, pozwala odpowiednio wcześniej ustalić zasady współpracy między matką a lekarzem. Praca z dorosłym opiekunem, zmniejszanie jego lęku przed leczeniem to dobry wstęp ułatwiający adaptację do leczenia dzieci. Dzięki takiemu postępowaniu można kształtować pokolenie pacjentów traktujących wizyty stomatologiczne jako stały element zdrowego, codziennego życia.

Uzyskane wyniki własne świadczą o niedostatecznej trosce o stan zdrowia jamy ustnej badanych kobiet i ich dzieci. Wyniki nie potwierdzają jednak istotnego związku tej sytuacji z wysokim poziomem lęku matek, a raczej wskazują na związek z poziomem wykształcenia respondentek. Ko-

biety z wykształceniem wyższym podczas ciąży częściej niż te z pozostałych grup zgłaszały się na wizyty kontrolne i leczyły ubytki próchnicowe oraz rzadziej unikały leczenia. Wykazano zależność zawartą w przedziale $0,05 \leq p < 0,1$ (tab. 5).

Poziom wykształcenia i lęku matek natomiast nie wpływał istotnie na przyczynę pierwszej wizyty badanych dzieci ($p > 0,1$) (tab. 2, 4). Ubytek próchnicowy jako przyczyna pierwszej wizyty dziecka, tylko nieznacznie częściej dotyczył dzieci, których matki miały wysoki poziom lęku ($0,05 \leq p < 0,1$). Pierwsza wizyta stomatologiczna była wywołana koniecznością leczenia (ubytek próchnicowy, ból) u 63% wszystkich dzieci, które były u stomatologa, niezależnie od poziomu lęku ich matek (tab. 3).

Brak pierwszego kontaktu ze stomatologiem stwierdzono u 29,3% dzieci, które przekroczyły wiek zalecany na pierwszą wizytę. Podobnie mały był odsetek dzieci (26,3%), których pierwsza wizyta miała charakter kontrolny, adaptacyjny lub były to zabiegi profilaktyczne. W przeprowadzonych badaniach nie stwierdzono istotnego statystycznie wpływu wykształcenia i wysokiego poziomu lęku matek na przyczynę pierwszej wizyty dziecka. Być może wynika to z ukrywania własnych obaw respondentek przed leczeniem stomatologicznym lub istnieją inne istotne zmienne decydujące o braku kontaktu dziecka ze stomatologiem.

Piśmiennictwo

- [1] KĘPIŃSKI A.: Lęk. PZWL, Warszawa, 2002.
- [2] SIKORSKA M., MIELNIK-BIAŁOZCZAK M.: Poziom lęk stomatologicznego wśród młodzieży trzecich klas licealnych z Lublina, a wskaźnik próchnicy leczenia zębów. *Przegl. Stomat. Wieku Rozw.* 2000, 29, 1, 3–7.
- [3] MALINOWSKI J., SPORNIĄK-TUTAK K.: Stany emocjonalne pacjentów związane z leczeniem stomatologicznym. *Czas. Stomat.* 1994, 47, 294–296.
- [4] FETKOWSKA-MIELNIK K.: Problemy współpracy lekarza stomatologa z pacjentem w wieku rozwojowym. *Czas. Stomat.* 1991, 44, 600–602.
- [5] KOBIEŃSKA A.: Źródła postawy lękowej pacjenta stomatologicznego. *Czas. Stomat.* 1995, 48, 606–610.
- [6] LAHTI S., TUUTTI H., HONKALA E.: The relationship of parental dental anxiety and child's caries status. *J. Dent. Child.* 1989, 56, 191–195.
- [7] BERNSTEIN D. A., KLEINKNECHT R. A., ALEXANDER L. D.: Antecedents of dental fear. *J. Public. Health Dent.* 1979, 39, 113–124.
- [8] CORAH L. N., GALE E. N., ILLIG S. J.: Assessment of a dental anxiety scale. *J. Am. Dent. Assoc.* 1978, 97, 816–819.
- [9] OLSZEWSKA I.: Lęk i zaufanie w relacji stomatolog–pacjent. *Magazyn Stomat.* 2001, 11, 11, 54–59.
- [10] OLSZEWSKA I.: Analiza stopnia lęku pacjentów przed leczeniem stomatologicznym. *Magazyn Stomat.* 2000, 10, 7–8, 58–62.
- [11] CIESZKO-BUK M.: Analiza wpływu postępowania lekarskiego na zachowanie pacjenta w gabinecie stomatologicznym. *Czas. Stomat.* 1997, 50, 476–482.
- [12] KOBIEŃSKA A.: Lęk przed leczeniem stomatologicznym – analiza związku ze stanem uzębienia. *Prot. Stomat.* 1996, 46, 229–232.
- [13] CIESZKO-BUK M., STRUŻAK-WYSOKIŃSKA M.: Lęk przed zabiegami stomatologicznymi – problem stale aktualny. *Czas. Stomat.* 1995, 48, 168–173.
- [14] BERGGREN U., MEYNERT G.: Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *J. Am. Dent. Assoc.* 1984, 109, 247–251.

Adres do korespondencji:

Beata Wilk-Sieczak
Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej AM
ul. Kuźnicza 43/45
50-138 Wrocław
beataws@ak.am.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 13.05.2004 r.

Po recenzji: 29.06.2004 r.

Zaakceptowano do druku: 3.11.2004 r.

Received: 13.05.2004

Revised: 29.06.2004

Accepted: 3.11.2004