

IWONA GRZESIAK, URSZULA KACZMAREK

Ocena gotowości do zmian postaw i zachowań prozdrowotnych matek dzieci do trzech lat

Evaluation of Readiness to Change the Attitudes and Behaviours Regarding Oral Health in Mothers of Children up to Three-Years-Old

Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Stomatologii Dziecięcej AM we Wrocławiu

Streszczenie

Cel pracy. Celem pracy była ocena gotowości matek do zmiany postaw zachowań prozdrowotnych i porównanie ze stanem zdrowia jamy ustnej ich dzieci.

Materiał i metody. Gotowość matek do zmiany postaw i zachowań prozdrowotnych oceniano według skali RAPIDD w modyfikacji własnej. Wyodrębniono trzy grupy matek: przedkontemplacyjną, kontemplacyjną i działającą. Badaniem objęto 172 matki i tyle samo dzieci uczęszczających do żłobków, w tym 77 dziewczynek (45%) i 95 chłopców (55%) w wieku od 6 miesięcy do 3 roku życia. Stan uzębienia oceniano za pomocą puw-z, puw-p, a higienę jamy ustnej wskaźnikiem OHI.

Wyniki. Odsetek matek zaliczonych do grupy przedkontemplacyjnej wynosił 8%, kontemplacyjnej – 53%, a działającej – 39%. Dzieci matek zaliczonych do grupy przedkontemplacyjnej, w odniesieniu do grupy działającej, cechowały się wyższą liczbą zębów objętych procesem próchnicowym. Odsetek dzieci bez próchnicy wynosił 50%. Średnie puw-z dla wszystkich badanych wynosiło 2,1, a średnie puw-p 3,8. Wartości OHI wynosiły średnio 0,64. U dzieci objętych chorobą próchnicową wartości te wynosiły odpowiednio 4,2, 7,6, 0,82.

Wniosek. Uzyskane w badaniu wyniki wskazują na związek gotowości matek na zmianę postaw i zachowań prozdrowotnych z liczbą zębów dotkniętych próchnicą u dzieci (**Dent. Med. Probl. 2003, 40, 2, 287–293**).

Słowa kluczowe: próchnica wczesna, zęby mleczne, skala RAPIDD, liczba puw, wskaźnik OHI.

Abstract

Objectives. The study aimed to evaluate the readiness of mothers to change their attitudes and behaviours concerning the oral health of their children.

Material and Method. Readiness of mothers to change their attitudes and behaviours regarding the oral health of their children was assessed using RAPIDD scale modified by authors of this study. Mothers have been divided into 3 groups: pre-contemplatory, contemplatory and activity ones. The testing material consisted of 172 mothers and their children attending nurseries, 77 of which were girls (45%) and 95 boys (55%) from 6 months to 3 years old. The children's dentition condition was evaluated using dmf-index, and the oral hygiene using OHI index.

Results. The pre-contemplatory group comprised 8% of the mothers, contemplatory group – 53% and activity group – 39% mothers. Children of mothers in pre-contemplatory group compared to action group were characterized by a larger number of teeth with caries. The percentage of children without caries was 50%. The average dmf-index for teeth for all subjects was 2.1 and the average dmf-index for surfaces was 3.8 whilst the average OHI value was 0.64. For children with caries, those values were 4.2, 7.6 and 0.82 respectively.

Conclusion. Data suggest that there is a relation between mothers readiness to change their attitudes and behaviours regarding the oral health of their children and the number of teeth with caries in children (**Dent. Med. Probl. 2003, 40, 2, 287–293**).

Key words: caries precox, deciduous teeth, RAPIDD scale, dmf-index, OHI index.

Próchnica wczesna zębów mlecznych (*caries precox*) jest to próchnica występująca w uzębieniu u dzieci do trzeciego roku życia. Jej powstawaniu sprzyja budowa morfologiczna oraz słabsza mineralizacja szkliwa i zębiny w porównaniu z zębami stałymi, powodująca ostry i szybki przebieg procesu próchnicowego, rozwijającego się nawet przed pierwszym rokiem życia zaraz po wyrznięciu się pierwszych zębów mlecznych [1, 2].

Przyczyną tej postaci próchnicy jest zakażenie jamy ustnej dziecka bakteriami (głównie *Streptococcus mutans*) z jamy ustnej matki lub opiekuna, najczęściej z powodu korzystania z utensyliów dziecka (smoczki, łyżeczki). Częsta i wysoka podaż pożywienia węglowodanowego przy braku odpowiedniej higieny jamy ustnej determinuje intensywność przebiegu procesu próchnicowego [3,4].

Zmiany próchnicowe pojawiają się na początku na powierzchniach wargowych siekaczy mlecznych w szczęcie w okolicy szyjki zęba, a następnie na powierzchniach żujących zębów trzonowych. Początkowo jest to biała nieprzezroczysta plama demineralizacyjna, a następnie utrata szkliwa i odsłonięcie zębiny, która może stopniowo przebarwiać się barwnikami pokarmowymi – od barwy słomkowej, przez brązową do czarnej. Nieleczony proces destrukcyjny dotyczy początkowo jednej, a następnie wielu powierzchni zębów, obejmując całą koronę i prowadząc do odłamania korony i powikłań miazgi [5]. Odmianą próchnicy wczesnej jest próchnica butelkowa (nursing bottle caries, bottle caries syndrom) spowodowana przedłużeniem okresu karmienia z butelki, zwłaszcza nocą.

Przeprowadzone w 2002 r. po raz pierwszy w kraju ogólnopolskie badania stanu zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku 3 lat wykazały frekwencję próchnicy wynoszącą 55,2% i objęcie procesem próchnicowym średnio 2,9 zębów. Dane dla województwa dolnośląskiego wskazują na wyższą zapadalność (77,2%) i intensywność ($\text{puw-z} = 4,3$) próchnicy u dzieci w tym wieku. Analiza puw-z ujawnia, brak podejmowania leczenia próchnicy u małych dzieci (dane dla kraju $p = 2,8$, $u = 0$, $w = 0,1$; dla województwa dolnośląskiego $p = 4,2$, $u = 0$, $w = 0,1$), co sprzyja zwiększeniu liczby bakterii próchnicotwórczych w jamie ustnej i usposabia do rozwoju próchnicy w wyrzynających się zębach stałych [6].

Praktyki stosowane przez matki mają bardzo istotne, jeżeli niedecydujące znaczenie dla ryzyka wystąpienia próchnicy wczesnej u dziecka. Dlatego mimo spadku próchnicy w zębach stałych, częstość występowania próchnicy wczesnej jest nadal duża. Zapobieganie próchnicy wczesnej jest określane mianem zapobiegania pierwotnego, w któ-

rym istotny jest udział matki lub/i opiekunów dziecka. Działania prowadzą się do obniżenia poziomu bakterii próchnicotwórczych w jamie ustnej przyszłej matki przez określenie poziomu *Streptococcus mutans*, rehabilitacji jamy ustnej u kobiety ciężarnej oraz poinformowanie przyszłej matki o drogach przenoszenia zakażenia z jamy ustnej matki do jamy ustnej dziecka [7].

Celem pracy była ocena gotowości matek do zmiany postaw zachowań prozdrowotnych i jej porównanie ze stanem zdrowia jamy ustnej ich dzieci.

Materiał i metody

Jednorazowym badaniem objęto 172 matki i tyle samo dzieci uczęszczających do wrocławskich żłobków (77 dziewczynek – 45% i 95 chłopców – 55%) w wieku od 6 miesięcy życia do 3 roku życia (średnia wieku 2 lata i 3 miesiące). Na podstawie badania klinicznego u dzieci oceniano liczbę zębów i powierzchnie zębów objęte procesem próchnicowym, liczbę wyrzniętych zębów oraz higienę jamy ustnej za pomocą wskaźnika OHI. Przed przystąpieniem do badania matki wyrażające zgodę na uczestnictwo dzieci wypełniały ankietę, wzorowaną na skali RAPIDD – Readines Assessment of Parents Concerning Infant Dental Decay [3] w modyfikacji własnej, która obok części pytań ze skali oryginalnej została poszerzona o pytania własne. Zawierała pytania dotyczące pozytywnych i negatywnych przekonań matek, określone 4 wyznacznikami. A – otwartość na informacje zdrowotne, B – docenianie zdrowia zębów dziecka, C – wygoda i trudności we wprowadzaniu zmian i D – pobłażliwość dla dziecka (tab. 1). Uzyskane odpowiedzi uznawano jako pozytywne (+1), negatywne (–1), nie wiem (0). Analiza danych posłużyła do oceny gotowości matek na wprowadzanie zmian. Matki badanych dzieci odpowiedziały na 30 pytań w kategoriach tak, nie, nie wiem. Porównano również wartości analizowanych wskaźników zdrowia jamy ustnej dziecka z postawami i zachowaniami matek. Stan uzębienia dzieci oceniano za pomocą puw-z , puw-p .

Wyniki i omówienie

W celu zakwalifikowania matek do odpowiedniej grupy zsumowano punkty z odpowiedzi dla każdego z podanych wyznaczników. Uzyskane wyniki posłużyły do wyliczenia kwartyli (tab. 2), które z kolei posłużyły do przypisania matek do jednej z trzech postaw prozdrowotnych (tab. 3). W zależności od uzyskanej punktacji, matki

Tabela 1. Zmodyfikowana skala RAPIDD**Table 1.** Modified RAPIDD scale

	Tak (Yes)	Nie (No)	Nie wiem (Don't know)
A – otwartość na informacje zdrowotne (A – Openness to Health Information)			
Zrezygnowałabym z karmienia dziecka butelką, gdyby w ośrodku zdrowia powiedziano mi, abym to zrobiła (I would take the baby off the bottle if the health centre told me to do so)	1	-1	0
Porady dotyczące opieki nad dzieckiem czerpię ze środków przekazu (radio, telewizja, gazety, czasopisma i książki) (I get advice on taking care of my baby from media (radio, TV, magazines, newspapers or books))	1	-1	0
Chętnie pytam w ośrodku zdrowia, jak opiekować się dzieckiem, jak dbać o jego zęby, daje mi to poczucie komfortu (I feel comfortable asking someone at the health clinic about ways to take care of my baby, his/her teeth)	1	-1	0
W ośrodku zdrowia bez problemu uzyskuję odpowiedzi dotyczące właściwej opieki nad moim dzieckiem (It is easy for me to get answers about ways to take care of my baby from the health centre)	1	-1	0
Jeżeli lekarz nic nie mówi, nie pytam (If doctor does not say anything, I do not ask)	-1	1	0
Chętnie słucham lekarza i staram się postępować według wszystkich jego zaleceń (I always listen to the doctor and try to follow all his instructions)	1	-1	0
B – docenianie zdrowia zębów dziecka (B – Valuing Dental Health)			
Zdrowe zęby dziecka są dla mnie sprawą ważną (Keeping my baby's teeth healthy is important to me)	1	-1	0
Oczyszczanie zębów dziecka jest dla niego korzystne (My baby benefits a lot when I clean his/her teeth)	1	-1	0
Podoba mi się pomysł zabezpieczania zębów dziecka środkami farmakologicznymi w celu zapobiegania próchnicy (I like the idea of a health person putting medicine on my baby's teeth to protect them from getting cavities)	1	-1	0
Uważam, że codzienne podawanie dziecku związków fluoru korzystnie wpłynie na jego zęby (I believe, giving my baby fluoride vitamins every day, would help my baby's teeth)	1	-1	0
Mimo że dziecko nie lubi pasty do zębów, stosuję ją (I use the toothpaste although my baby does not like it)	1	-1	0
Pomagam dziecku szczotkować zęby (I help my baby clean his/her teeth)	1	-1	0
C – wygoda i trudności w wprowadzaniu zmian (C – Convenience and Change Difficulty)			
Karmienie dziecka butelką jest bardzo wygodne (It is very convenient to feed the baby with a bottle)	1	-1	0
Bez butelki dziecko płacze i nie pozwala zasnąć całej rodzinie (Without a bottle, my baby's crying keeps me and my family up at night)	-1	1	0
Byłoby mi bardzo trudno ograniczyć dziecku słodczyce (It would be very hard to give my baby less sweets)	-1	1	0
Dziecko bardzo źle znosi oczyszczanie zębów (My baby gives me a hard time when I try to brush his/her teeth)	-1	1	0
Dziecko bez problemu przyjąłoby fakt odstawienia butelki (My baby will have no problem when I stop giving him/her the bottle)	1	-1	0
Codzienne podawanie dziecku związków fluoru nie jest sprawą łatwą (It is not easy to give my baby fluoride vitamins every day)	-1	1	0
Dziecko łatwiej zasypia z butelką zawierającą sok lub mleko (It is easier to put my baby to sleep with a bottle filled with juice or milk)	-1	1	0
Trudno będzie mi karmić dziecko piersią za każdym razem, gdy się o to upomni (It will be hard not to give the breast every time my baby cries for it)	-1	1	0

Tabela 1. – cd.

Table 1. – cd.

	Tak (Yes)	Nie (No)	Nie wiem (Don't know)
Dziecko zasypia bez butelki (I am to put my baby to sleep without a bottle)	1	-1	0
Nie wyobrażam sobie stosować się do wszystkich zaleceń związanych ze zdrowiem zębów dziecka (I can't imagine following all instructions regarding health of my baby's teeth)	-1	1	0
D – pobłażliwość względem dziecka (D – Child Permissiveness)			
Kiedy daję dziecku coś słodkiego do picia lub jedzenia, sprawia mi to przyjemność (It makes me feel good when I give my baby something sweet to eat or drink)	-1	1	0
Dziecko jest szczęśliwe, gdy je coś słodkiego (My baby is happier when I give him/her something sweet)	-1	1	0
Kiedy nie daję dziecku słodczy, czuję się niedobłą matką (I feel like a mean mother if I do not give my baby sweets)	-1	1	0
Dziecko nie lubi pić ani jeść produktów, które nie są słodkie (Foods and drinks that are not sweet do not taste good to my baby)	-1	1	0
Dziecko swoim płaczem, krzykiem wymusza danie mu coś słodkiego (My baby makes me give him/her something sweet with his/her crying)	-1	1	0
Jeśli dziecko nie lubi oczyszczania zębów pastą do zębów, oczyszcza je samą szczoteczką (If my baby does not like to clean his/her teeth with a toothpaste, he/she cleans his/her teeth with a brush only)	-1	1	0
Jeśli dziecko nie chce, aby mu pomagać w oczyszczaniu zębów, respektuję to (If my baby does not want my help at cleaning his/her teeth, I respect it)	-1	1	0
W celu uspokojenia dziecka daję mu coś słodkiego, gdyż wiem, że to pomoże (I give my baby something sweet when I want to calm him/her down for I know it is going to help)	-1	1	0

Tabela 2. Kwartyle dla poszczególnych wyznaczników

Table 2. Quartiles for particular constructs

Wyznacznik (Construct)	Zakres dla kwartyla (Range for quartile)			
	4 – niezadowolający 4 – unsatisfactory	3 – zadowolający 3 – satisfactory	2 – dobry 2 – good	1 – najlepszy 1 – best
A	-6 – -4	-3 – -1	0 – 3	4 – 6
B	-6 – -4	-3 – -1	0 – 3	4 – 6
C	-10 – -6	-5 – -1	0 – 5	6 – 10
D	-8 – -5	-4 – -1	0 – 4	5 – 8

podzielono na grupy: przedkontemplacyjną (przed rozważaniem wprowadzenia zmian), kontemplacyjną (rozważanie wprowadzania zmian) oraz działającą (czynne wprowadzanie zmian). Matki w grupie przedkontemplacyjnej charakteryzują się niskim poziomem otwartości na informacje zdrowotne, a wysokim w kwestii wygody i trudności wprowadzania zmian oraz pobłażliwością względem dziecka. Matki na poziomie działania charakteryzują się odpowiednio odwrotnymi wyznacznikami niż matki w grupie przedkontemplacyjnej. Grupę kontemplacyjną charakteryzuje natomiast wysoki poziom otwartości na informacje zdrowotne oraz docenianie zdrowia zębów, lecz dane doty-

czące wygody i trudności w wprowadzaniu zmian i pobłażliwości względem dziecka wskazują na bariery we wprowadzaniu zmian w zakresie stosowanych praktyk, wpływających na stan zdrowia jamy ustnej dzieci.

Grupę przedkontemplacyjną stanowiło 8% matek, kontemplacyjną 53%, a działających 39%. Dane uzyskane z badania dzieci odniesiono do podziału ich matek na powyższe grupy. Średnie puw-z dzieci matek z grupy przedkontemplacyjnej wynosiło 2,61, średnie puw-p 5,61, a średnie OHI 0,66. W grupie kontemplacyjnej wyniki przedstawiały się następująco: 2,31, 3,96, 0,66, a w grupie działającej: 1,69, 3,2, 0,60 (tab. 4).

Tabela 3. Kategorie matek w odniesieniu do etapów zmiany na podstawie wyników kwartyli dla poszczególnych wyznaczników ankiety**Table 3.** Categorization of mothers to the stages of change groups based on construct quartile scores

Wyznacznik (Construct)	Kategorie (Categories)		
	przedkontemplacyjna (pre-contemplator)	kontemplacyjna (contemplator)	działania (action)
otwartość na informacje zdrowotne (Openness to Health Information)	4 lub 3	1 lub 2	1
docenianie zdrowia zębów (Valuing Dental Health)	X	1 lub 2	1
wygoda i trudności wprowadzenia zmian (Convenience and Change Difficulty)	X	3 lub 4	1 lub 2
pobłażliwość względem dziecka (Child Permissiveness)	X	3 lub 4	1 lub 2

X – wyznacznik niewykorzystywany przy określaniu etapu zmiany (construct not used for determining Stage of Change group).

1 – najniższy kwartył – cechy pozytywnie wpływające na stan zdrowia jamy ustnej (lowest quartile reflects features positively affecting the oral health).

4 – najwyższy kwartył – cechy negatywnie wpływające na stan zdrowia jamy ustnej (highest quartile reflects features negatively affecting the oral health).

Tabela 4. Wartości puw i OHI w odniesieniu do postaw matek**Table 4.** Dmf-index and OHI-index values in terms of mothers' attitudes

Grupa matek (Mothers group)	Liczba matek (No. of mothers)		Średnie puw-z (Mean dmf/t)	Średnie puw-p (Mean dmf/s)	Średnie OHI (Mean OHI)
	n	%			
Przedkontemplacyjna (Pre-contemplator)	13	8	2,61	5,61	0,66
Kontemplacyjna (Contemplator)	91	53	2,31	3,96	0,66
Działająca (Action)	68	39	1,69	3,21	0,61

Tabela 5. Wybrane wskaźniki zdrowia jamy ustnej**Table 5.** Selected oral health indices

n = 172 obliczone dla ogółu badanych n = 172 calculated for all subjects				
puw-z (dmf/t)	puw-p (dmf/s)	Liczba zębów wyrżniętych – średnia wartość (Number of erupted teeth – mean value)	% zębów wyrżniętych dotkniętych puw (% of erupted teeth affected by dmf)	OHI
2,1	3,8	17,4	12,1	0,64
n = 86 obliczone dla dzieci z chorobą próchnicową n = 86 calculated for children affected by caries				
4,2	7,6	19,0	22,1	0,82

Spośród ogółu zbadanych dzieci, wolnych od próchnicy było 50% (86), w tym 53% (46) dziewczynek i 47% (40) chłopców. Średnie wartości puw-z, puw-p i OHI, obliczone dla wszystkich badanych dzieci, wynosiły odpowiednio: 2,1, 3,8, 0,64, a dla dzieci objętych chorobą próchnicową: 4,2, 7,6, 0,82 (tab. 5).

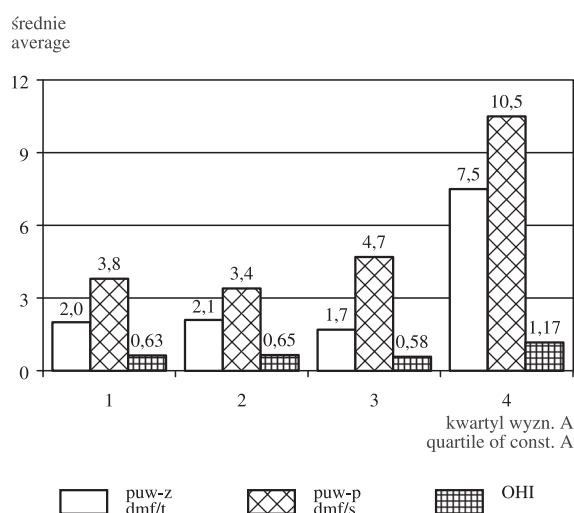
Dzieci matek z grupy przedkontemplacyjnej charakteryzowały się najwyższą liczbą zębów dotkniętych próchnicą. W odniesieniu do grupy działającej wartość puw-z była wyższa o około 1, a puw-

-p o 2,4. Wartości wskaźnika higieny jamy ustnej były podobne we wszystkich grupach. Dodatkowo przeprowadzono oddzielną analizę dla każdego wyznacznika. Jej wyniki można zinterpretować następująco. Dla wyznacznika A – generalna tendencja wskazywała, że im bardziej otwarte na informacje zdrowotne były matki, tym mniejsze były wskaźniki puw i OHI (ryc. 1). Dla wyznacznika B – zainteresowanie matek zdrowiem zębów dzieci pojawiało się wówczas, gdy zaczęły pojawiać się problemy z zębami (ryc. 2). Dla wyznacznika C – tendencja

wskazuje, że wyższe wartości puw i OHI występowały u dzieci matek niechętnych wprowadzaniu zmian w swoich przyzwyczajeniach (ryc. 3). Dla wyznacznika D – pobłażliwość względem dziecka odzwierciedla się jego wysokim puw (ryc. 4).

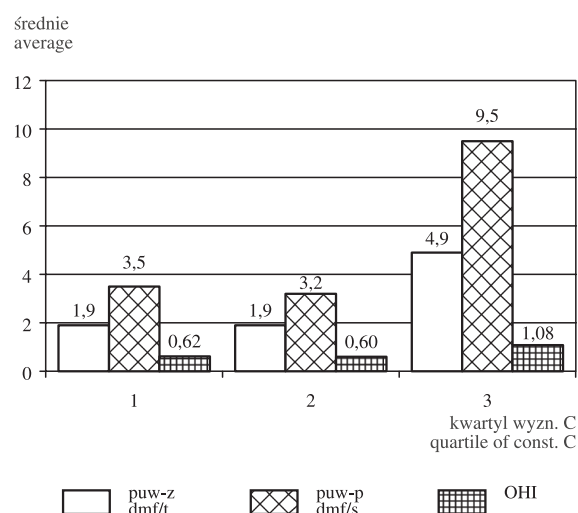
Z piśmiennictwa wynika, że na stan zdrowia jamy ustnej małych dzieci wpływa głównie efektywność zapobiegania na poziomie pierwotnym w pierwszych latach życia dziecka, a nie przebieg ciąży i porodu [8]. Zależy to w znacznej mierze od matek – głównych opiekunów. Samo zapewnienie im niezbędnej wiedzy prozdrowotnej nie rozwiązuje problemu, gdyż nie zawsze i nie w pełni zalecenia te są realizowane [3]. Oszacowanie gotowości matek na wprowadzenie zmiany jest przydatne

w planowaniu sposobu komunikacji z matką. Dostarcza też informacji, które z rutynowo udzielanych zaleceń mają szansę na wprowadzanie oraz w jakim stopniu. Wiele matek nie zdaje sobie sprawy z zagrożenia zdrowia jamy ustnej dzieci będącego następstwem stosowanych przez nich praktyk. Ocena postaw matek może być cennym narzędziem pomagającym zrozumieć, w jaki sposób można zmieniać zachowania w aspekcie zagrożenia lub poprawy zdrowia jamy ustnej dzieci. Zmodyfikowana skala RAPIDD szacuje w określonej mierze wysiłki, jakie należy podjąć w celu zmiany postaw i zachowań matek. Dane własne wskazują, że zdecydowana mniejszość matek (8%) została zakwalifikowana do grupy przedkontemplacyjnej,



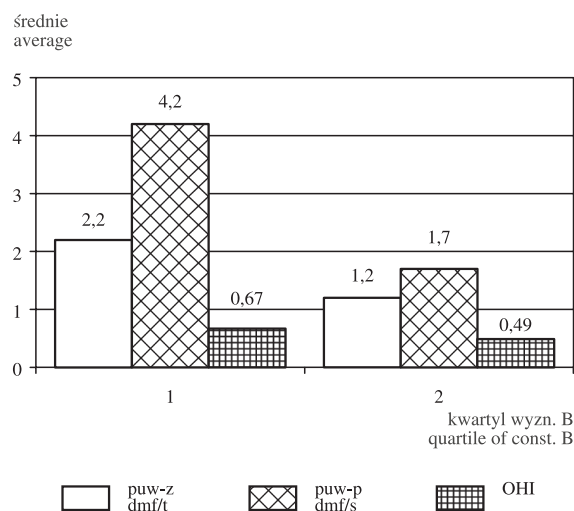
Ryc. 1. Stan zdrowia jamy ustnej w zależności od wyznacznika A

Fig. 1. Oral health against A construct



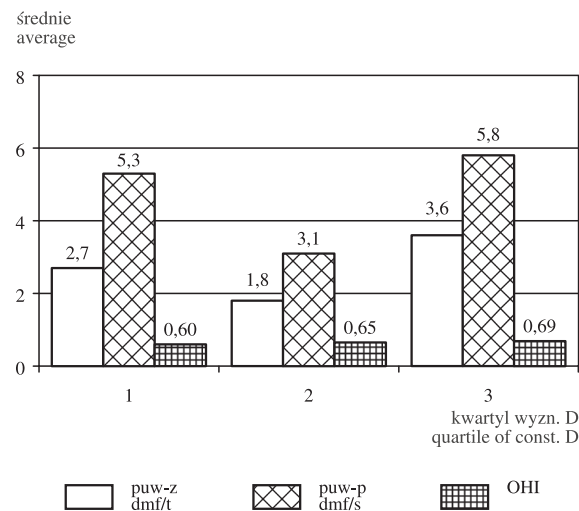
Ryc. 3. Stan zdrowia jamy ustnej w zależności od wyznacznika C

Fig. 3. Oral health against C construct



Ryc. 2. Stan zdrowia jamy ustnej w zależności od wyznacznika B

Fig. 2. Oral health against B construct



Ryc. 4. Stan zdrowia jamy ustnej w zależności od wyznacznika D

Fig. 4. Oral health against D construct

a większość do grupy kontemplacyjnej (53%), charakteryzującej się ambiwalencją. Nasuwa również potrzebę zastosowania odpowiednio wcześnie programów edukacyjnych [8], w celu motywacji matek do zmiany postaw i zachowań.

Dane wskazują na związek gotowości matek na zmianę postaw i zachowań prozdrowotnych z liczbą zębów dotkniętych próchnicą u dzieci.

Piśmiennictwo

- [1] PREGIEL B., WRZYSZCZ-KOWALCZYK A.: Zapobieganie próchnicy wczesnej zębów mlecznych. *Pediatr. Pol.* 2002, 77, 915–918.
- [2] SZPRINGER-NODZAK M., REMISZEWSKI A., JANICHA J., GIEORGJEWSKA J., BOGUSZEWSKA-GUTENBAUM H.: Ocena niektórych czynników etiologicznych związanych z wczesną próchnicą u dzieci. *Czas. Stomat.* 1992, 45, 206–212.
- [3] WEINSTEIN P., RIEDY C. A.: The reliability and validity of the RAPIDD scale: Readiness assessment of parents concerning infant dental decay. *J. Dent. Child* 2001, 129, 132–135.
- [4] KACZMAREK U.: Czy próchnicy zębów można praktycznie zapobiegać? Część I. Etiopatogeneza próchnicy. *Pol. Med. Rodz.* 2002, 4, 45–49.
- [5] SZPRINGER-NODZAK M., JANICHA J., REMISZEWSKI A., STAŃCZAK-SIONEK D., GOLIŃSKI A.: Problem zapobiegania próchnicy wczesnej u dzieci. *Przegl. Stomatol. Wiek Rozw.* 1995, 2, 4–7.
- [6] WIERZBICKA M., SZATKO F., ZAWADZIŃSKI M., PIERZYŃSKA E., STRÓŻYCKA I., DYBIŻAŃSKA E., IWANICKA-FRANKOWSKA E.: Ogólnokrajowy Monitoring Jamy Ustnej i Jego Uwarunkowań. Ministerstwo Zdrowia, Zakład Stomatologii Zachowawczej AM w Warszawie, Katedra Higieny i Epidemiologii AM w Łodzi, 2002.
- [7] KACZMAREK U.: Czy próchnicy zębów można praktycznie zapobiegać? Część II. Sposoby zapobiegania próchnicy. *Pol. Med. Rodz.* 2002, 4, 357–364.
- [8] SAMSEL I., SOBIECH P., SOBOL J., JACKIEWICZ A.: Problem określania ryzyka próchnicy u dzieci do lat 3. *Magazyn Stom.* 1998, 8, 6, 30–33.

Adres do korespondencji:

Iwona Grzesiak
Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Stomatologii Dziecięcej AM
ul. Kuźnicza 43/45
50-138 Wrocław
tel. (+48 71) 344 32 60

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.06.2003 r.
Po recenzji: 28.06.2003 r.
Zaakceptowano do druku: 2.07.2003 r.

Received: 10.06.2003
Revised: 28.06.2003
Accepted: 2.07.2003