

AGNIESZKA KUCHTA¹, BARBARA KOCHAŃSKA²

Analiza zachowań prozdrowotnych kobiet ciężarnych w aspekcie utrzymania zdrowia jamy ustnej – badanie ankietowe

Health behaviour of pregnant women and oral health preservation – questionnaire

¹Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej, Gdański Uniwersytet Medyczny

KEYWORDS

oral health knowledge, pregnant women

SUMMARY

Introduction. Maintaining personal oral hygiene and good nutrition is necessary for health. These habits are created in childhood by mother. A lot of mothers do not know about risk of neglecting oral and eating habits.

Aim. The aim of this study was to assess oral hygiene knowledge, oral health behavior and eating habits among pregnant women in Poland. In this study we also assessed health behavior and knowledge of caries prevention among pregnant women in relation to number of previous pregnancies.

Material and methods. 100 pregnant women (18-45 yrs.) were chosen regardless of trimester. They were inhabitants of Tri-City and surroundings. Questionnaire were conducted among pregnant women. The research was done in three groups. Group I were primiparas (31 women), group II were women, who were second time pregnant (40 women). Group III were multigravidas (29 women). We divided the questionnaire into 4 parts (general information, dental care and hygiene habits, eating habits and drugs, knowledge about dental caries prevention).

Results. Analysis of the data showed that pregnant women, who had constant dental care were 87% (group I), 85% (group II), 79% (group III). The proper frequency of teeth brushing had 97% (group I), 95% (group II), 94% (group III). The prevalence of vomiting during last pregnancy reported 48% women from group I, III and 27.5% from group II. The proper oral hygiene after vomiting had only 21% (group III), 19% (group I), 17.5% (group II). Knowledge about sterility of infant's oral cavity had 64.5% (group I), 52% (group III), 32.5% (group II). Few pregnant women knew about factors, which could predispose to dental caries in group III 48%, group II – 46%, group I – 42%. Very few women knew about necessity of controlling children during teeth brushing until 10-years-old – 30% (group II, III) and 26% (group I).

Conclusions. Our observations suggested that a majority of pregnant women had good hygienic and nutrition habits. Nevertheless, they didn't have proper knowledge about dental caries prevention in children. These conclusions were independent from number of pregnancies. Oral health education of pregnant women and mothers is very important, because their knowledge is varied and still unsatisfying.

WSTĘP

Podstawy prawidłowych zachowań dotyczących zdrowia jamy ustnej tworzone są we wczesnym dzieciństwie. Najważniejszą rolę w tym okresie odgrywa matka dziecka, która swoją postawą przekazuje wzorce do naśladowania. Aby poprawić zdrowie jamy ustnej najmłodszych pacjentów, należy najpierw wiedzę na ten temat przekazać kobietom

planującym potomstwo. Większość kobiet jest nieświadoma zagrożeń wynikających z ignorowania ich stanu zdrowia jamy ustnej oraz jego wpływu na organizm własny i dziecka, podczas ciąży, a także po rozwiązaniu. Bardzo ważna jest właściwa opieka stomatologiczna przed ciążą i podczas jej trwania zarówno dla matki, jak i jej przyszłego dziecka. Kobiетom planującym potomstwo należy uświadamiać,

jak duży wpływ na stan zdrowia jamy ustnej ich dzieci ma sposób odżywiania, prowadzenie zabiegów higienicznych w jamie ustnej własnej i dziecka oraz zachowania matki wobec potomstwa.

Coraz większa grupa kobiet ciężarnych świadomie uczestniczy w kursach prowadzonych przez szkoły rodzenia. Dla tej grupy odbiorców dostępna jest coraz bogatsza oferta zajęć. Istnieją szkoły rodzenia pełnopłatne, refundowane częściowo lub bezpłatne. Finansowanie pochodzi z Narodowego Funduszu Zdrowia, programów Unii Europejskiej lub budżetu miast. Przeprowadzone niedawno badania wykazały, że kobiety ciężarne coraz chętniej poszukują odpowiedzi na nurtujące je pytania związane ze zdrowiem jamy ustnej. Dane z piśmiennictwa wskazują, że najczęściej korzystają z informacji zawartych w literaturze fachowej, Internecie, prasie, uzyskanych od osób pracujących w szpitalu/przychodni i od znajomych. Niestety najrzadziej czerpią informacje od lekarza ginekologa i lekarza dentystry (1). Do działań, które mają podwyższyć świadomość kobiet ciężarnych, należy obowiązkowe prowadzenie karty ciąży, w której jedną z konsultacji lekarskich jest wizyta kontrolna u lekarza dentystry. Jest to sytuacja, która pozwala na ocenę świadomości przyszłych matek, rozmowę, przekazanie prawidłowych wzorców zachowań. Niepokojący jest jednak fakt, że nie w każdym z używanych formularzy karty ciąży jest wyszczególniona konsultacja u innego specjalisty, w tym lekarza dentystry.

Próchnica jest chorobą społeczną, która może być przekazana przez matkę dziecku (2, 3). Intensywność choroby próchnicowej u dziecka wzrasta wraz z liczbą wyrzynających się zębów oraz zaniedbań dotyczących diety (dieta niezbilansowana) i higieny jamy ustnej dziecka. Z ostatnich badań wynika, że u licznej grupy niemowląt stwierdzano, już nawet około 3. miesiąca życia, obecność w jamie ustnej bakterii próchnicotwórczych. Jest to wynik kolonizacji bezzębnej jamy ustnej przez *Streptococcus mutans* w niszach ekologicznych, jakimi są brodawki języka (4). Wśród czynników określających indywidualne ryzyko próchnicy bierze się pod uwagę m.in. dane pozyskane z wywiadu odnośnie próchnicy u samego pacjenta i jego rodziny, statusu socjoekonomicznego, diety i higieny jamy ustnej. Wskazane jest uświadamianie osoby opiekującej się niemowlęciem o ryzyku transmisji pionowej, za którą odpowiedzialni są rodzice, i transmisji horzontalnej, za którą odpowiadają opiekunowie i bliskie osoby dla dziecka oraz poinformowanie ich o konsekwencjach, jakie za sobą niesie to zjawisko (2). Wśród czynników, na które wpływ ma matka, wymieniane są m.in. długie okresy ekspozycji na kariogenne substraty (np. przetrzymywanie smoczka od butelki w jamie ustnej dziecka nawet do 8 godzin, podjadanie, stosowanie kubeczków i butelek z ustnikami). Bardzo istotny jest również wywiad rodzinny wskazujący na aktywną lub nieleczoną chorobę próchnicową rodziców, zwłaszcza matki (5).

Innym problemem, który może dotyczyć kobiet ciężarnych, są ubytki niepróchnicowego pochodzenia, typu erozji i abrazji. Ich powstawaniu sprzyjają występujące uporczywe wymioty szczególnie w pierwszych miesiącach ciąży (6).

Dostając się do jamy ustnej treść o kwaśnym odczynie pH może doprowadzić do demineralizacji twardych tkanek zębów (6). W tym przypadku istotne jest właściwe postępowanie kobiet ciężarnych każdorazowo po incydencie wymiotów w aspekcie stosowanych zasad higieny jamy ustnej, które różnią się istotnie od zasad stosowanych w przypadku zapobiegania próchnicy (6).

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena poziomu świadomości i zachowań w odniesieniu do higieny jamy ustnej i nawyków dietetycznych u kobiet ciężarnych, a także ocena postępowań prozdrowotnych i wiedzy na temat profilaktyki próchnicy. W badaniu uwzględniono podział kobiet na 3 grupy w zależności od liczby posiadanych dzieci: grupa I – pierworódki, grupa II – kobiety, które są po raz drugi w ciąży, grupa III – wieloródki.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem ankietowym objęto grupę 100 kobiet ciężarnych w wieku od 18. do 45. roku życia, które brały udział w zajęciach prowadzonych przez szkoły rodzenia oraz uczęszczały do poradni K, niezależnie od trymestru ciąży. Uczestnictwo w badaniu ankietowym było bezpłatne i dobrowolne.

Najwięcej ciężarnych było w wieku 26-35 lat (63%), 26% w wieku 18-25 lat, a 11% w wieku 36-45 lat. Kobiety były mieszkankami Trójmiasta lub najbliższych okolic. 31 respondentek to mieszkanki miast powyżej 500 tys. mieszkańców, 20 kobiet żyło w miastach od 100 do 500 tys. mieszkańców, 30 w miastach od 10 do 100 tys. mieszkańców, 7 w miastach do 10 tys. mieszkańców, tylko 12 kobiet jako miejsce zamieszkania podało wieś. W przypadku 88% kobiet ciąża miała prawidłowy przebieg i nie było zastrzeżeń do ich ogólnego stanu zdrowia. Natomiast u 12% kobiet w ciąży występowały powikłania. Badane pierworódki, kobiety z drugą ciążą i wieloródki nie różniły się między sobą pod względem prawidłowego przebiegu ciąży (test χ^2). Najliczniejsza grupa respondentek ($n = 64$) posiadała wykształcenie wyższe II stopnia, 13 kobiet – wykształcenie średnie, 11 ukończyła studia I stopnia, 6 posiadało wykształcenie policealne, 4 – zasadnicze zawodowe, a 2 kobiety – podstawowe.

Badane kobiety podzielono na 3 grupy w zależności od liczby urodzonych dzieci: grupę I ($n = 31$) stanowiły pierworódki, grupę II ($n = 40$) kobiety, które były drugi raz w ciąży, a grupę III ($n = 29$) wieloródki (trzecia, czwarta i piąta ciąża). Badane grupy kobiet (pierworódki, kobiety z drugą ciążą i wieloródki) nie różniły się między sobą pod względem wieku (test χ^2). Wśród badanych, wieloródki istotnie częściej od innych miały wykształcenie podstawowe lub zasadnicze zawodowe, a rzadziej wykształcenie wyższe (test χ^2). Wieloródki również częściej od innych mieszkaly na wsi. Pierworódki częściej od innych mieszkaly w miastach od 100 do 500 tys. mieszkańców. Kobiety z drugą ciążą częściej od innych mieszkaly w dużych miastach powyżej 500 tys. mieszkańców. Różnice te były istotne statystycznie (test χ^2).

Ankieta składała się z czterech części. Pierwsza część ankiety obejmowała pytania dotyczące informacji ogólnych (wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu zdrowia tzn. przebiegu aktualnej ciąży oraz liczby urodzonych dzieci). Druga część ankiety, która była poświęcona nawykom higienicznym badanych, zawierała pytania dotyczące sanacji jamy ustnej przed ciążą oraz terminu ostatniej kontrolnej wizyty stomatologicznej. Kobiety odpowiadały również na pytania związane z występowaniem nudności oraz ich postępowaniem po incydencie wymiotów. Kolejne pytania dotyczyły wykonywanych zabiegów z zakresu higieny jamy ustnej (częstości mycia zębów w ciągu dnia, rodzaju szczotki i pasty do zębów oraz użytkowania dodatkowych środków higieny jamy ustnej, takich jak nić dentystyczna i płyny do płukania jamy ustnej). W trzeciej części ankiety zawarto również pytania odnoszące się do diety oraz stosowanych używek, takich jak alkohol i papierosy. Kobiety udzielały odpowiedzi odnośnie liczby posiłków spożywanych w ciągu dnia oraz przekąsek. Pytania zawarte w czwartej części ankiety sprawdzały podstawową wiedzę ciężarnych z zakresu profilaktyki choroby próchnicowej u dzieci.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej (test χ^2), stosując program SPSS 18.0 for Windows.

Na wykonanie badań uzyskano zgodę Niezależnej Komisji Bioetycznej do Spraw Badań Naukowych Przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym (Nr NKBBN/496/2012).

WYNIKI

Z danych przedstawionych w tabeli 1 wynika, że odsetek kobiet ciężarnych z przeprowadzoną pełną sanacją jamy ustnej (zgodnie z kartą ciąży) był wysoki i wyniósł od 69% (grupa III) do 77,5% (grupa II). Odsetek kobiet, które były objęte stałą opieką lekarza dentysty, był wyższy: od 79% (grupa III) do 87% (grupa I). W każdej grupie największy odsetek dotyczył kobiet, które deklarowały odbycie wizyty kontrolnej w ostatnim półroczu (od 60% w grupie II do 73% w grupie III). Należy dodać, że odsetek kobiet, które były na wizycie kontrolnej przed rokiem, był najwyższy w grupie III (10%), natomiast nie było takich osób w grupie I. Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami ciężarnych.

Kobiety ciężarne najczęściej myły uzębienie dwa razy dziennie: w grupach I i III było to 55% kobiet, a w grupie II – 67%. Należy zaznaczyć, że niewielki był odsetek kobiet

Tab. 1. Opieka stomatologiczna i nawyki higieniczne kobiet ciężarnych

Odpowiedzi ankietowanych kobiet ciężarnych		Grupa I – pierworódki	Grupa II – druga ciąża	Grupa III – wieloródki
		n (% z grupy)	n (% z grupy)	n (% z grupy)
Przeprowadzona pełna sanacja jamy ustnej przed obecną ciążą zgodnie z kartą ciąży		23 (74)	31 (77,5)	20 (69)
Stała opieka stomatologiczna dotyczy		27 (87)	34 (85)	23 (79)
Termin ostatniej wizyty kontrolnej u lekarza dentysty	do pół roku	19 (61)	24 (60)	21 (73)
	pół roku do roku	12 (39)	14 (35)	5 (17)
Częstość mycia zębów	raz dziennie	2 (6)	1 (2,5)	1 (3)
	dwa razy dziennie	17 (55)	26 (67)	16 (55)
	trzy razy dziennie	5 (16)	8 (20,5)	10 (35)
	po każdym posiłku	7 (23)	4 (10)	2 (7)
Rodzaj używanej szczoteczki do mycia zębów (włókna)	miękka	8 (26)	10 (25)	6 (21)
	średnio twarda	21 (68)	29 (72,5)	19 (66)
Rodzaj używanej pasty do zębów	pasta z fluorem	24 (77)	24 (60)	22 (76)
	inna pasta	7 (23)	16 (40)	7 (24)
Nici dentystyczne stosowało		16 (52)	21 (52,5)	13 (45)
Płukanki do higieny jamy ustnej stosowało		12 (39)	22 (55)	15 (52)
Występowanie wymiotów w ostatniej ciąży		15 (48)	11 (27,5)	14 (48)
Zachowania kobiet w grupie, które zadeklarowały występowanie wymiotów w ostatniej ciąży (n = 40)	przepłukiwanie jamy ustnej wodą	6 (40)	7 (64)	6 (43)
	szczotkowanie zębów	9 (60)	4 (36)	8 (57)

z każdej grupy, które myły zęby tylko raz dziennie (od 2,5% w grupie II do 6% w grupie I). Ankietowane najczęściej używały szczoteczki z włóknem o średniej twardości (od 66% w grupie III do 72,5% w grupie II). Jednocześnie zwraca uwagę znaczny odsetek kobiet, które stosowały szczoteczki o miękkich włóknach (od 21% w grupie III do 26% w grupie I). Badane we wszystkich grupach najczęściej używały pasty do zębów zawierającej fluor (od 60% w grupie II do 77% w grupie I). Odsetek kobiet, które stosowały dodatkowo nici dentystyczne, względnie ich nie używały, niezależnie od badanej grupy był podobny. Takie same wyniki uzyskano w przypadku stosowanych płukanek do higieny jamy ustnej. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic pomiędzy poszczególnymi grupami.

Wymioty są jednym z czynników, które niekorzystnie wpływają na środowisko jamy ustnej, powodując m.in. demineralizację tkanek zęba, co prowadzić może do zmian o charakterze erozji i abrazji (6). Odsetek kobiet zgłaszających występowanie uporczywych wymiotów wynosił od 27,5% (grupa II) do 48% (grupy I i III). Odsetek kobiet ciężarnych wykazujących właściwe zachowanie po incydencie wymiotów (np. płukanie jamy ustnej wodą, roztworem sody oczyszczonej) wynosił 64% (grupa II) i około 40-43% (grupy I i III). Należy zaznaczyć, że niewłaściwe zachowanie polegające na niezwłocznym szczotkowaniu uzębienia po incydencie wymiotów podało aż 60% kobiet w grupie I, 57% w grupie III oraz 36% w grupie II. Występujące różnice pomiędzy grupami nie były istotne statystycznie (tab. 1).

Tabela 2 przedstawia wyniki dotyczące nawyków dietetycznych i stosowanych używek przez badane kobiety ciężarne. Kobiety najczęściej spożywały 5 lub więcej posiłków dziennie (od 42% w grupie I do 55% w grupie II). Wysoki odsetek ankietowanych spożywał także różnego rodzaju przekąski w ciągu dnia (od 52,5% w grupie II do 84% w grupie I). Różnice pomiędzy poszczególnymi grupami nie były istotne statystycznie. Znaczna większość ciężarnych

stosowała dietę mieszaną, zbilansowaną (od 95% w grupie II do 97% w grupach I i III). Odsetek kobiet przyjmujących suplementy diety wahał się od 66% (grupa III) do 84% (grupa I). Różnice pomiędzy grupami nie były istotne statystycznie. W grupie II nie było kobiet ciężarnych palących tytoń, natomiast 3% kobiet z grupy I i 10% kobiet z grupy III nadal paliło papierowy w trakcie ciąży. Wszystkie kobiety podały, że w czasie trwającej ciąży nie spożywały alkoholu.

Z danych przedstawionych w tabeli 3 wynika, że wiedza na temat profilaktyki próchnicy u dzieci jest zróżnicowana i nie w pełni zadowalająca. Odsetek kobiet ciężarnych, które wiedziały, że dziecko rodzi się z jałową jamą ustną w grupie I, wynosił 64,5%, 52% w grupie III, natomiast w grupie II odsetek ten był istotnie statystycznie niższy – 32,5%. Odsetek kobiet, które wiedziały, że obлизywanie smoczka, gryzaka i całowanie dziecka w usta oraz obлизywanie sztućców dziecka w trakcie jedzenia są przykładem transmisji wertykalnej oraz mogą sprzyjać przeniesieniu bakterii kariogennych do jamy ustnej dziecka, był niski i wynosił od 42% (grupa I) do 48% (grupa III). Wyższy był natomiast odsetek kobiet świadomych konieczności przemywania wałów dziąsłowych dziecka przed snem gazikiem nasączonym wodą (od 65,5% w grupie III do 77% w grupie I i 77,5% w grupie II).

Wiedza kobiet ciężarnych o konieczności mycia zębów dziecka od momentu pojawienia się pierwszych zębów mlecznych w jamie ustnej była wysoka i wynosiła od 83% w grupie III do 97,5% w grupie II. Natomiast odsetek badanych, które wiedziały, że należy kontrolować dzieci podczas samodzielnego mycia zębów do 10. roku życia, był niewielki i wynosił od 26% w grupie I do 31% w grupie III. Również niewielki był odsetek kobiet wiedzących, że pierwsza wizyta z dzieckiem u lekarza dentystry jest wskazana wraz z wyrżnięciem się pierwszych zębów mlecznych (od 31% w grupie III do 47,5% w grupie II). Należy zaznaczyć, że wieloródki (grupa III) istotnie rzadziej od innych sądziły, że pierwsza wizyta u lekarza dentystry powinna odbyć się wraz z wyrżnięciem się pierwszych zębów mlecznych.

Tab. 2. Nawyki dietetyczne kobiet ciężarnych i stosowane używki

Odpowiedzi ankietowanych kobiet ciężarnych	Grupa I – pierworódki	Grupa II – druga ciąża	Grupa III – wieloródki
	n (% z grupy)	n (% z grupy)	n (% z grupy)
Liczba spożywanych posiłków	trzy	9 (29)	4 (10)
	cztery	9 (29)	14 (35)
	pięć i więcej	13 (42)	22 (55)
Spożywanie przekąsek	26 (84)	21 (52,5)	21 (72)
Stosowanie diety zbilansowanej	30 (97)	38 (95)	28 (97)
Przyjmowanie suplementów diety	26 (84)	27 (67,5)	19 (66)
Palenie tytoniu w trakcie ciąży	1 (3)	0 (0)	3 (10)
Spożywanie alkoholu w trakcie ciąży	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Tab. 3. Liczba (%) kobiet, która udzieliła właściwych odpowiedzi na pytania związane z wiedzą dotyczącą profilaktyki próchnicy u dzieci

Właściwe odpowiedzi na pytania związane z profilaktyką próchnicy	Liczba (%) kobiet ciężarnych, która udzieliła właściwych odpowiedzi		
	Grupa I – pierworódki	Grupa II – druga ciąża	Grupa III – wieloródki
	n (% z grupy)	n (% z grupy)	n (% z grupy)
Dziecko rodzi się z jałową jamą ustną.	20 (64,5)	13 (32,5)	15 (52)
Oblizywanie smoczka, gryzaka i całowanie dziecka w usta oraz oblizywanie sztucców dziecka w trakcie jedzenia są czynnikami kriogennymi mającymi wpływ na zdrowie jamy ustnej dziecka.	13 (42)	18 (46)	14 (48)
Wąły dziąsłowe należy przemywać przed snem gazikiem namoczonym wodą.	24 (77)	31 (77,5)	19 (65,5)
Zęby dziecka należy myć od pojawienia się pierwszego uzębienia w jamie ustnej.	29 (94)	39 (97,5)	24 (83)
Dziecko należy kontrolować podczas samodzielnego mycia zębów do 10. roku życia.	8 (26)	12 (30)	9 (31)
Pierwszą wizytę z dzieckiem u lekarza dentysty należy odbyć wraz z wyróżnieniem się pierwszych zębów mlecznych.	13 (42)	19 (47,5)	9 (31)

DYSKUSJA

Jak wynika z piśmiennictwa (1, 5, 7-12), nadal aktualnym tematem badań jest poziom wiedzy kobiet ciężarnych w zakresie zdrowia jamy ustnej, zachowań prozdrowotnych oraz stosowanej profilaktyki stomatologicznej. W badaniach prowadzonych przez wiele ośrodków uczestniczą kobiety ciężarne i matki z różnych środowisk społecznych oraz regionów Polski (1, 5, 7-12). Analizuje się również efektywność stomatologicznych programów edukacyjnych skierowanych do kobiet ciężarnych i matek (7). Próbuje się określić, kiedy, w jaki sposób i gdzie najlepiej prowadzić edukację zdrowotną ciężarnych i matek, a także jakie są potrzeby edukacyjne w tym zakresie lekarzy i personelu medycznego (7, 6). Dane z piśmiennictwa dotyczące poziomu edukacji stomatologicznej kobiet ciężarnych pochodzących z różnych środowisk (1, 5, 7, 8, 11, 12), jak również wyniki badań własnych obejmujące kobiety biorące udział w zajęciach prowadzonych przez szkoły rodzenia i uczęszczające do Poradni K (tab. 1-3) wskazywały na znaczne braki w zakresie ich edukacji, jak i prawidłowych zachowań prozdrowotnych dotyczących jamy ustnej, które były niezależne od liczby przebytych ciąż.

Bardzo ważnym zagadnieniem jest systematyczna opieka stomatologiczna. Tylko podczas prawidłowej współpracy kobiety ciężarnej i lekarza profilaktyka i leczenie chorób jamy ustnej mogą przebiegać we właściwy sposób. Natomiast wyniki badań Dubieleckiej i wsp. (8) prowadzonych w Warszawie i okolicach oraz wyniki badań Podsiadły-Urban (11) prowadzonych w Lublinie wskazywały, że odpowiednio 30 i 34% kobiet ciężarnych nie było pod stałą opieką stomatologiczną. Wyniki badań własnych obejmujących mieszkanki Trójmiasta i okolic były w tym względzie bardziej zadowolające: pod stałą opieką stomatologiczną było 84% kobiet ciężarnych (tab. 1).

Na stan zdrowia jamy ustnej wpływają również sposób, częstość i jakość przeprowadzanych zabiegów higienicznych. Badanie przeprowadzone w Warszawie i okolicach (8), które obejmowało pierworódki w wieku od 19 do 33 lat, wykazało, że 86% badanych stosowało pastę do zębów zawierającą fluor, 26% użytkowało systematycznie nić dentystyczną, a 39% stosowało płukanke do higieny jamy ustnej zawierające fluor lub chlorheksydyne. Podobne wyniki do innych autorów (8, 10, 11) dotyczące częstości mycia zębów, rodzaju stosowanej szczotki do zębów oraz płukanek do higieny jamy ustnej uzyskano w badaniach własnych (tab. 1). W badaniu przeprowadzonym przez Podsiadłę-Urban na terenie Lublina (11) 71% pierworódek i 84% kobiet, które były w drugiej i kolejnej ciąży, myło zęby dwa razy dziennie. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że ankietowane będące w pierwszej ciąży istotnie częściej szczotkowały zęby (19%) w porównaniu z badanymi, dla których była to kolejna ciąża (16%). Szczotki o średniej twardości używało 66% kobiet z grupy badanej, 61% badanych ciężarnych stosowało płukanke do jamy ustnej (11). Natomiast nici dentystycznych w trakcie ciąży użytkowało 83% (11) – dla porównania w naszych badaniach użytkowniczek nici dentystycznych było tylko 50%.

Niezwykle ważna jest świadomość przyszłych matek o profilaktyce choroby próchnicowej, czynnikach wywołujących próchnicę u dziecka, a także o możliwości jej zapobiegania. Kariogenna flora bakteryjna jest przekazywana dziecku drogą wertykalną wraz z nieprawidłowymi nawykami, takimi jak: używanie przyborów dziecka (np. oblizywanie smoczka, gryzaka, łyżeczki) oraz całowanie dziecka w usta (2). W badaniu Dubieleckiej i wsp. (8) tylko 24% pierworódek jest świadoma szkodliwości zachowań, których skutkiem może być transmisja wertykalna bakteriami *Streptococcus mutans*. Natomiast dane przedstawione

przez Starczewską (5) badającą mieszkanki Starogardu Gdańskiego wskazują, że tylko 45% kobiet wiedziało, że próchnicę wywołują bakterie, które mogą być przeniesione z jamy ustnej matki/opiekuna do jamy ustnej dziecka poprzez ryzykowne zachowania. Podobne wyniki uzyskaliśmy w naszych badaniach (tab. 3). Lepsze wyniki w tym względzie uzyskali Grzesiak i Kaczmarek (9) z terenu Wrocławia – 81% matek dzieci w wieku od 6. miesiąca życia do 3 lat posiadało wiedzę na ten temat.

Jak wskazują wyniki badań przedstawione przez Chłapowską i Opydo-Szymanek (7), po przeprowadzonym szkoleniu zabiegi higienizacyjne jamy ustnej u niemowląt polegające na przemywaniu jej wilgotnym gazikiem przed wyrżnięciem zębów mlecznych wprowadziło tylko 39,1% kobiet. Natomiast zabiegi higieniczne w bezzębnej jamie ustnej dziecka wykonywało 48% matek dzieci w wieku do 3 lat, uczęszczających do wrocławskich żłobków (9). W Starogardzie Gdańskim 65,8% kobiet ciężarnych posiadało wiedzę na temat konieczności oczyszczania bezzębnej jamy ustnej dziecka (5). Z wyników badań przedstawionych przez Grzesiak i Kaczmarek (9) wynikało, że 29% kobiet oczyszczało jamę ustną za pomocą gazy nawiniętej na palec jedynie u dzieci w wieku 6-18 miesięcy życia. W obserwacjach tych samych autorów (9) po wyrżnięciu pierwszego zęba zabiegi higienizacyjne przeprowadzało 71% matek. W badaniach własnych, odsetek kobiet posiadających wiedzę na temat konieczności przeprowadzania pierwszych zabiegów oczyszczania jamy ustnej niemowlęcia oraz dziecka z początkowym uzębieniem był znacznie wyższy i wynosił od 83% w grupie III do 97,5% w grupie II (tab. 3). W badaniach Starczewskiej (5) zwrócono uwagę na niezadowolający odsetek kobiet, które udzieliły właściwej odpowiedzi dotyczącej terminu pierwszej wizyty rodzica z dzieckiem u lekarza dentysty, która powinna się odbyć między 1. a 2. rokiem życia. Wiedzę na ten temat posiadało 57,9% kobiet. Z danych uzyskanych w badaniu własnym odnośnie terminu pierwszej wizyty dziecka u lekarza dentysty wynika, że odsetek kobiet, które udzieliły właściwej odpowiedzi, był niższy i wynosił 41% (tab. 3).

Badania dotyczące porannych nudności i wymiotów u kobiet ciężarnych prowadziła Maltepe (13). Autorka biorąc pod uwagę skalę problemu, przedstawiła między innymi wytyczne dotyczące postępowania w przypadku wystąpienia opisanych powyżej dolegliwości u kobiet ciężarnych, uwzględniając również sposób oczyszczania jamy ustnej po incydencie wymiotów (13). Natomiast Enabulele i Ibhawoh przeprowadzili badania sprawdzające poziom wiedzy lekarzy rezydentów pracujących na oddziałach Ginekologii i Położnictwa w Nigerii na temat polecanych przez nich sposobów kontroli oraz zachowań związanych z nudnościami i wymiotami występujących u kobiet w ciąży (6). Lekarze ginekolodzy i położnicy powinni posiadać odpowiednią wiedzę odnośnie opieki nad kobietami w ciąży, których dotyczy ten problem. Według badań Maltepe prawie 85% kobiet w ciąży odczuwało nudności poranne i wymiotowało (13). Wymienione dolegliwości mogą mieć przebieg łagodny, umiarkowany

lub ciężki. Ich początek to czas między 4. a 9. tygodniem ciąży. Swój szczyt osiągają między 7. a 12. tygodniem (13). Uzyskane wyniki przez Enabulele i Ibhawoh wprawdzie wskazują, że 97,9% respondentów wiedziało, iż zdrowie jamy ustnej jest ważne w tracie ciąży, to jednak autorzy (6) ogólnie stwierdzili niski poziom wiedzy badanych lekarzy rezydentów odnośnie zasad postępowania w odniesieniu do higieny jamy ustnej po incydencie wymiotów. Odsetek lekarzy rezydentów, który prawidłowo zalecał kobietom płukanie jamy ustnej wodą bezpośrednio po wymiotach, wynosił 46,2%, natomiast tylko 19,1% badanych nie zalecało szczotkowania zębów bezpośrednio po wymiotach (6). Badania własne, jak również badania innych autorów wskazują, że opieka nad kobietami, które zgłaszają nudności oraz wymiotują w trakcie ciąży, nie jest zadawalająca również w sferze edukacyjnej. Sytuację mogłoby poprawić zwrócenie większej uwagi na ten problem w trakcie szkolenia przed- i podyplomowego lekarzy i położnych.

Istotnym problemem dotyczącym kobiet w ciąży są nawyki dietetyczne i stosowane używki w okresie ciąży, które mają wpływ na rozwój fizyczny i psychiczny płodu, a także na stan zdrowia jamy ustnej dziecka. Jak wynika z badań, kobiety ciężarne najczęściej spożywały 3 i więcej posiłków dziennie (94,5%) (11) lub 5 i więcej posiłków dziennie (62%) (8). Niewłaściwym zachowaniem obecnym w żywieniu kobiet są spożywanie przekąski. W badaniu Dubieleckiej i wsp. (8) 65% kobiet spożywało je między posiłkami, natomiast w badaniu Podsiadły-Urban (11) było to 72,7%. Podobne wyniki uzyskano w badaniach własnych niezależnie od liczby przebytych ciąż (tab. 2). Zbilansowana dieta to taka, która uwzględnia w swoim składzie odpowiednie ilości węglowodanów, białek, tłuszczów, składników mineralnych oraz witamin. Jak wynika z badań Tymczyny i wsp. (1), 46,8% kobiet z okolic Lublina w czasie ciąży najchętniej spożywało wszystkie rodzaje pokarmów. Według badań własnych prawie 100% kobiet stosowało dietę zbilansowaną (tab. 2). Na prawidłową strukturę oraz odporność twardych tkanek zębów wpływają sole mineralne i witaminy, zwłaszcza C, D, A. Z badań przeprowadzonych przez innych autorów (1, 11) wynika, że odsetek kobiet przyjmujących suplementy diety w postaci preparatów witaminowych oraz mikroelementów był wysoki. Wynosił on 79,2% (7) i 82,8% (11), w badaniach własnych był nieznacznie niższy – 72% (tab. 2). Palenie tytoniu przed zaiscieniem w ciążę oraz w jej trakcie ma negatywny wpływ na rozwijające się w łonie matki dziecko. Świadomość na ten temat nie dotyczy wszystkich kobiet ciężarnych, ponieważ część z nich nie zaprzestaje palenia w trakcie ciąży. Odsetek kobiet badanych przez Podsiadłą-Urban (11), które paliły papierosy w trakcie ciąży, wynosił 8,6%, natomiast w pracy Dubieleckiej i wsp. (8) problem ten dotyczył 12,7% pierworódek. Wyniki własne wskazywały, że papierosy paliło 3-10% (tab. 2).

Wielu badaczy (5, 7-10) podkreśla, że konieczne jest kontynuowanie edukacji matek i ich małych dzieci również przez pediatrów, ginekologów i położne środowiskowe (14).

Niestety kobiety ciężarne nie zawsze mają świadomość, jak ważne jest zdrowie ich jamy ustnej i jak duży wpływ na rozwijający się płód mają wszelkie nieprawidłowości dotyczące stanu ich jamy ustnej. Również wiedza stomatologiczna ciężarnych dotycząca profilaktyki chorób jamy ustnej mającego się urodzić ich potomstwa jest niewystarczająca (5). Świadomość i zachowania prozdrowotne wykazywały ścisłe powiązanie z uwarunkowaniami socjoekonomicznymi i poziomem wykształcenia (8). Jak wynika z badań Wilczyńskiej-Borawskiej i wsp. (12), świadomość kobiet wzrastała wraz z wiekiem oraz z poziomem wykształcenia. Natomiast stwierdzono, że czynnikami pozostającymi bez wpływu na świadomość zdrowotną przyszłych matek była liczba przebytych ciąż. Potwierdzają to także wyniki badań własnych. Programy edukacyjne są bardzo pomocne w poszerzaniu wiedzy kobiet, czego dowodem jest badanie przeprowadzone przez Chłapowską i Opydo-Szymanek (7)

potwierdzające korzystny wpływ na kształtowanie ich zachowań prozdrowotnych.

WNIOSKI

Większość badanych ciężarnych wykazuje właściwe zachowania prozdrowotne w aspekcie utrzymania zdrowia jamy ustnej, również w odniesieniu do podstawowych zabiegów higienicznych. Jednak należy podkreślić, że znaczna część kobiet nie zna zasad właściwej pielęgnacji jamy ustnej po incydentach wymiotów. Również wiedza na temat czynników kariogennych oraz wybranych zagadnień z zakresu profilaktyki próchnicy zębów jest wyraźnie mniejsza. Powyższe stwierdzenia są niezależne od liczby przebytych ciąż i wskazują na konieczność stałej edukacji kobiet w tym względzie. Edukacją w tym zakresie należałoby objąć również lekarzy dentyków, lekarzy ginekologów i położników, pediatrów oraz położne.

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

ADRES DO KORESPONDENCJI

Barbara Kochańska
Katedra i Zakład Stomatologii
Zachowawczej
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. E. Orzeszkowej 18, 80-208 Gdańsk
tel./fax: +48 (58) 349-21-02
bkochan@gumed.edu.pl

nadesłano: 08.05.2017
zaakceptowano do druku: 31.05.2017

PIŚMIENNICTWO

1. Tymczyna B, Sarna-Boś K, Krochmalska E et al.: Ocena wiedzy ciężarnych na temat wpływu odżywiania na uzębienie. Zdr Pub 2004; 114(4): 541-544.
2. Kaczmarek U: Aspekt bakteryjny próchnicy zębów mlecznych. Dent Med Probl 2004; 41(3): 509-514.
3. Starczewska M, Emerich K: Profilaktyka stomatologiczna u dzieci. Nowa Ped 2010; 1: 28-31.
4. Wan AKL, Seow WK, Walsh LJ et al.: Association of *Streptococcus mutans* Infection and Oral Developmental Nodules in Preterm Infants. JDR 2001; 80(10): 1945-1948.
5. Starczewska M: Stan zdrowia jamy ustnej kobiety w ciąży a wiedza stomatologiczna dotycząca profilaktyki chorób jamy ustnej i jej potomstwa. Praca doktorska. Gdański Uniwersytet Medyczny 2012: 38.
6. Enabulele J, Ibhawoh L: Resident obstetricians' awareness of the oral health component in management of nausea and vomiting in pregnancy. BMC Pregnancy Childbirth 2014; 14(1): 388-392.
7. Chłapowska J, Opydo-Szymanek J: Analiza wpływu programu profilaktycznego na stan uzębienia i nawyki prozdrowotne kobiet ciężarnych – badania kliniczne i ankietowe. Dent Med Probl 2006; 43(1): 59-64.
8. Dubielecka M, Słotwińska SM, Rusyan E: Ocena zachowań prozdrowotnych i świadomości stanu zdrowia jamy ustnej kobiet w ciąży. Mag Stom 2005; 10: 66-69.
9. Grzesiak I, Kaczmarek U: Wiedza prozdrowotna matek i świadomość stanu uzębienia ich dzieci w wieku do 3 lat. Dent Med Probl 2004; 41(1): 59-66.
10. Kalinowska W, Oleksiejuk AM: Świadomość zdrowotna matek wychowujących dzieci 6-letnie. TPS 2014; 11: 96-99.
11. Podsiadła-Urban G: Ocena stanu zdrowia jamy ustnej i periodontologicznych potrzeb leczniczych u kobiet w ciąży na terenie województwa lubelskiego. Praca doktorska. Uniwersytet Medyczny w Lublinie 2012: 33.
12. Wilczyńska-Borawska M, Jasiuk E, Bagińska J, Stokowska W: Consciousness of Caries Prevention and Oral Cavity Health in Pregnant Women in Podlasie Region. Polish J Environ Stud 2007; 16(2C): 475-477.
13. Maltepe C: Surviving morning sickness successfully: from patient's perception to rational management. J Popul Ther Clin Pharmacol 2014; 21(3): 555-564.
14. Janus S, Olczak-Kowalczyk D, Wysocka M: Rola lekarzy niestomatologów w zapobieganiu próchnicy wczesnego dzieciństwa. Nowa Ped 2011; 1: 6-14.