

lek. dent. Sylwia Wróblewska

Ocena opieki stomatologicznej nad dziećmi
ze specjalnymi potrzebami leczniczymi w Polsce
w oparciu o badania socjomedyczne rodziców i opiekunów
oraz uwarunkowania prawne

Rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki medyczne

Promotor: dr hab. n. med. Karolina Gerreth



Kolegium Nauk Medycznych
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań, 2022

*Chciałabym serdecznie podziękować Promotorowi Pani dr hab. n. med. Karolinie Gerreth
za nieocenioną pomoc udzieloną w trakcie przygotowywania rozprawy doktorskiej,
cierpliwość, wyrozumiałość oraz wsparcie merytoryczne.*

Sylwia Wróblewska

*Rozprawę doktorską dedykuję Cioci Bożenie,
Dziadkom Felicji i Bogusławowi oraz Krystynie i Stanisławowi,
którzy od 30 lat wspierają mnie w dążeniu do wyznaczonych celów.*

1. WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW	6
2. WSTĘP	7
2.1. Definiowanie niepełnosprawności	7
2.2. Klasyfikacja niepełnosprawności	8
2.3. Choroby jamy ustnej	9
2.4. Specjalistyczna opieka	10
3. CEL	14
4. MATERIAŁ I METODY	15
4.1. Grupa badana	15
4.2. Kwestionariusz ankiety	16
4.3. Zgody na badania	18
4.4. Analiza statystyczna	19
4.5. Analiza regulacji prawnych	19
5. WYNIKI	20
5.1. Płeć dziecka	21
5.2. Wiek dziecka	21
5.3. Rodzaj niepełnosprawności dziecka	22
5.4. Stopień niepełnosprawności dziecka	22
5.5. Choroby dziecka	24
5.6. Specjalistyczna opieka lekarska	25
5.7. Częstość wizyt u lekarza rodzinnego, pediatry	27
5.8. Ostatnia wizyta u lekarza rodzinnego/pediatry	28
5.9. Badanie stomatologiczne	29
5.10. Leczenie stomatologiczne	31
5.11. Częstość wizyt u lekarza dentysty	32
5.12. Ostatnia wizyta u lekarza dentysty	33
5.13. Skierowanie do dentysty	35
5.14. Kto skierował dziecko do lekarza dentysty?	36
5.15. Powód skierowania do dentysty	39
5.16. Działania podjęte w gabinecie stomatologicznym	40
5.17. Leczenie stomatologiczne w znieczuleniu	41
5.18. Ocena dostępu do placówki	43
5.19. Odmowa przyjęcia	45
5.20. Rodzaj placówki medycznej	47

5.21. Koszty leczenia	49
5.22. Czas oczekiwania na wizytę.....	50
5.23. Ocena personelu medycznego.....	51
5.24. Bariery funkcjonalne w placówce.....	53
5.25. Bariery w dostępie do opieki stomatologicznej	54
5.26. Bariery architektoniczne	61
5.27. Bariery w komunikowaniu się	63
5.28. Kompleksowa opieka	65
5.29. Zadowolenie z opieki stomatologicznej.....	66
5.30. Źródła informacji	67
5.31. Idealna placówka a częstotliwość wizyt	69
5.32. Obowiązujące przepisy i akty prawne odnoszące się do opieki stomatologicznej nad pacjentami z niepełnosprawnościami	69
6. DYSKUSJA.....	73
7. WNIOSKI.....	80
8. STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM I ANGIELSKIM.....	81
9. SPIS RYCIN I TABEL	85
10. ZAŁĄCZNIKI.....	90
10.1. Zgoda Komisji Bioetycznej.....	90
10.2. Kwestionariusz	91
11. PIŚMIENNICTWO	99

1. WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW

- COVID-19 – ostra choroba zakaźna układu oddechowego wywołana zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (ang. coronavirus disease 2019)
- DSM-IV – klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wydana w 1994 roku (ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- DSM-V – klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wydana w 2013 roku (ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- ICD-10 – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
- II – iloraz inteligencji
- IQ – iloraz inteligencji (ang. intelligence quotient)
- NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
- ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych (ang. United Nations, UN)
- WHO – Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization)

2. WSTĘP

2.1. Definiowanie niepełnosprawności

Niepełnosprawność może być wrodzona lub nabyta, nie zależy od wieku, płci, wyznania czy statusu ekonomicznego. Pojawienie się w rodzinie dziecka ze specjalnymi potrzebami definiuje na nowo całą jej strukturę, w tym obowiązującą hierarchię i obowiązki. Rodzice bądź opiekunowie prawni czy też pracownicy ośrodków wychowawczych, którzy wychowują dziecko z niepełnosprawnością, już od pierwszych dni jego życia dążą do zapewnienia mu jak najlepszej opieki, w tym także opieki zdrowotnej. Zgodnie z definicją zawartą w art. 4a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych „osoby, które nie ukończyły 16. roku życia zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12. miesięcy, z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku”¹.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) niepełnosprawność rozumie wieloaspektowo. Niepełnosprawnością jest upośledzenie budowy, funkcji ciała w aspekcie psychicznym, jak również fizycznym, które jest przejściowe lub trwałe. W tym przypadku nieprawidłowo funkcjonuje świadomość, pamięć lub zaburzone zostają funkcje czuciowe narządów wewnętrznych organizmu. Niepełną sprawnością WHO określa także ograniczenie lub całkowity brak możliwości wykonania procedury, którą człowiek na co dzień wykonuje bez problemu, w pełnym zakresie. Ograniczenie życia w społeczeństwie oraz pełnienie określonej w niej roli, która jest elementem schematu społeczeństwa, również może wynikać z niepełnosprawności lub upośledzenia².

Choroby, które w efekcie powodują niepełnosprawność, mogą dotyczyć każdego układu w organizmie. Poza dysfunkcjami w obrębie układu nerwowego, ruchu, oddechowego, krążenia, moczowo-płciowego czy pokarmowego należy także pamiętać o deficytach w obszarze funkcjonowania narządów wzroku oraz słuchu. Najczęściej występującymi jednostkami w schorzeniach neurologicznych są choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, udar mózgu, choroba Alzheimera, demencje, mózgowce

porażenie dziecięce oraz epilepsja. Niepełnosprawność ruchowa może być spowodowana chorobami reumatycznymi, paraplegiami, tetraplegiami bądź amputacjami. Najczęściej występujące schorzenia układu oddechowego i krążenia to astma i choroby serca. Przykładami schorzeń metabolicznych są cukrzyca oraz choroba Leśniowskiego-Crohna.

Według definicji WHO niepełnosprawność intelektualna to istotne obniżenie ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego oraz trudności w zachowaniu przystosowawczym, występujące przed 18. rokiem życia³.

2.2. Klasyfikacja niepełnosprawności

Dwie najważniejsze obowiązujące klasyfikacje w światowej literaturze to: klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego określająca obniżenie poziomu rozwoju intelektualnego w DSM-IV oraz rodzaje niepełnosprawności intelektualnej w ICD-10 według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Klasyfikacja DSM-IV mówi nie tylko o niskim ilorazie inteligencji. IQ to tylko jedna z trzech składowych niepełnosprawności intelektualnej. Należy rozpatrywać również umiejętności społeczne oraz funkcjonowanie przystosowawcze⁴. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w 2013 roku opublikowało w ramach piątej edycji „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” nowe definicje i kryteria niepełnosprawności intelektualnej. W opracowaniu podano, iż „niepełnosprawność intelektualna to zaburzenie charakteryzujące się zarówno deficytem intelektualnym, jak i deficytem w funkcjonowaniu przystosowawczym z początkiem w okresie rozwojowym”⁵. Ponadto w dniu publikacji DSM-V termin „upośledzenie umysłowe” zastąpiono „niepełnosprawnością intelektualną”⁶.

Polska przyjęła Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 sporządzoną przez WHO, która wyróżnia cztery stopnie upośledzenia umysłowego, tj. lekki, umiarkowany, znaczny i głęboki⁷. Upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia cechuje się ilorazem inteligencji (IQ) w zakresie od 50 do 69. Towarzyszą temu braki lub zaburzenia umiejętności w minimum dwóch kategoriach, w tym w komunikowaniu się, samoobsłudze, prowadzeniu gospodarstwa domowego, decydowaniu o sobie, kontaktach z ludźmi, korzystaniu z pomocy, uczeniu się, pracy, relaksu, trosce o zdrowie i bezpieczeństwo.

Upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim rozpoznaje się przed 18. rokiem życia, najczęściej w okresie szkolnym. Upośledzenie umysłowe umiarkowane definiuje wartość IQ w przedziale pomiędzy 35 a 49. Niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym wiąże się z opóźnieniem rozwojowym, natomiast pozwala większości osób zdobyć częściową niezależność w zakresie samoobsługi, funkcjonowania w środowisku, uczenia i komunikowania się. Upośledzenie umysłowe znacznego stopnia określa wartość ilorazu inteligencji w zakresie 20-34, przy czym osoba z taką diagnozą potrzebuje stałej opieki. Natomiast upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim definiuje wartość IQ poniżej 20, czemu towarzyszą poważne ograniczenia w zakresie samoobsługi, komunikowaniu się z innymi osobami oraz poruszaniu się.

Diagnostyka cytogenetyczna znalazła zastosowanie w identyfikacji takich zespołów genetycznych i problemów klinicznych, jak na przykład w zespole Downa oraz zespole łamliwego chromosomu X⁸. Zaburzenia neurologiczne, które występują w upośledzeniu umysłowym, to mózgowy porażenie dziecięce, padaczka, stany po urazach czaszkowo-mózgowych, wady wrodzone mózgu, brak zakrętów kory mózgu, stany po infekcyjnych chorobach centralnego układu nerwowego oraz wady wrodzone rdzenia kręgowego⁹. Stany po infekcjach okresu prenatalnego obejmują np. embriopatię poróżyckową¹⁰ oraz objawową toksoplazmozę wrodzoną¹¹.

2.3. Choroby jamy ustnej

Zarówno polskie, jak i zagraniczne doniesienia naukowe szczególną uwagę zwracają na zwiększoną częstość występowania chorób jamy ustnej u osób z niepełnosprawnością w porównaniu do populacji osób zdrowych^{12,13,14}. Wynika to w głównej mierze z ograniczeń w zakresie przeprowadzania zabiegów higienicznych w obrębie jamy ustnej. Dziecko od najmłodszych lat uczy się od osób z najbliższego otoczenia, w tym od swoich rodziców czy opiekunów, jak należy prawidłowo dbać o zdrowie uzębienia. Mycie zębów powinno stawać się z czasem regularnym nawykiem. Początkowo procedura wykonywana jest przez rodziców/opiekunów, następnie pod baczną ich kontrolą, a u nastolatków ulega doskonaleniu i ostatecznie stają się oni w pełni samodzielni w tym zakresie. W przypadku dziecka niepełnosprawnego trudne jest egzekwowanie sumienności i dbałości o codzienne obowiązki. Z jednej strony deficyty w zakresie zdolności intelektualnych uniemożliwiają zrozumienie konieczności prowadzenia zróżnicowanych

zabiegów. Z drugiej natomiast często występujące obniżenie zdolności manualnych uniemożliwia przeprowadzenie procedur we właściwy sposób^{13,15}. Stąd też higiena jamy ustnej prawie zawsze należy do obowiązków rodzica/opiekuna, gdyż on jest zobligowany do dopilnowania wszelkich zagadnień odnoszących się do systematycznej profilaktyki i leczenia w zakresie zdrowia jamy ustnej¹⁶.

2.4. Specjalistyczna opieka

Opieka stomatologiczna nad dzieckiem powinna zostać rozpoczęta już w okresie prenatalnym jako tzw. preprofilaktyka, czyli objęcie przyszłej matki zabiegami profilaktycznymi i leczniczymi oraz edukacją stomatologiczną^{17,18,19}. Stan uzębienia kobiety ciężarnej, poza oczywistym wpływem na jej zdrowie ogólne, może mieć również ogromne znaczenie podczas rozwoju płodu, a nawet odgrywać rolę związaną z terminem rozwiązania. Młoda matka poprzez odpowiednie przygotowanie przez lekarza dentystę ma szansę prawidłowo przygotować się w zakresie profilaktyki i higieny jamy ustnej dziecka²⁰. Od momentu narodzin rodzice zobligowani są do zadbania o prawidłowy rozwój narządu żucia dziecka. W pierwszych miesiącach życia najważniejsze jest odżywianie, ewentualny dobór odpowiednich smoczków oraz właściwa pozycja dziecka w łóżeczku. Po wyrżnięciu pierwszych zębów mlecznych należy wprowadzić egzogenną profilaktykę fluorkową przy użyciu szczoteczki oraz pasty z odpowiednią zawartością fluoru. Po szóstym miesiącu życia konieczne jest rozszerzanie diety dziecka oraz prowadzenie karmienia za pomocą małej łyżeczki, gdyż w ten sposób dochodzi do eliminacji niemowlęcego typu połykania na rzecz połykania dorosłego. Pierwszy rok życia dziecka to również czas, kiedy rodzic zmuszony jest do eliminowania wszystkich nieprawidłowych nawyków, jak np. ssanie palca. Takie zachowania rodziców/opiekunów prawnych dowodzą istotnej ich roli w procesie kształtowania układu stomatognatycznego. W trakcie rozwoju dziecka należy w miarę możliwości starać się je usamodzielniać podczas procedury mycia zębów, a także wdrożyć dbałość o systematyczność tego nawyku, który stanowi nieodłączny element każdego dnia. Obowiązkiem rodzica, zarówno dziecka zdrowego, jak i z przewlekłą chorobą ogólnoustrojową czy niepełnosprawnością, jest regularna wymiana szczoteczki i pasty do zębów, z uwzględnieniem wieku dziecka podczas zakupu tych środków. Zabiegi z zakresu higieny jamy ustnej są kluczowe, natomiast rodzic musi również

pamiętać o przestrzeganiu piramidy żywienia, regularnych wizytach u stomatologa czy eliminacji parafunkcji.

W przypadku dziecka z niepełnosprawnością i/lub przewlekłą chorobą ogólnoustrojową szczególnie ważna rola przypada lekarzowi dentyście, do którego dziecko powinno trafić skierowane przez lekarza pediatrę. Stomatolog jest członkiem wielodyscyplinarnego zespołu lekarzy kompleksowo zajmujących się młodym pacjentem²¹. Niestety badania dowodzą, że tylko 6,3-10% małych dzieci z niepełnosprawnością dostaje skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu do lekarza dentystry, a schorzenia jamy ustnej stanowią często w opinii osób z otoczenia dziecka niższy priorytet niż choroba podstawowa^{22,23}.

Rodzice/opiekunowie dzieci niepełnosprawnych często zgłaszają problemy dotyczące opieki stomatologicznej sprawowanej nad dzieckiem ze specjalnymi potrzebami leczniczymi. Wymieniają brak wiedzy na temat dostępności do świadczeń medycznych udzielanych osobom niepełnosprawnym, długi okres oczekiwania na wizytę, wysokie koszty leczenia, odmowę leczenia przez stomatologa oraz bariery architektoniczne. Trudności takie zostały poruszone w publikacjach światowych oraz polskich autorów^{24,25,26,27,28}. Niestety kłopoty z zapewnieniem odpowiedniej opieki stomatologicznej doprowadzają do sytuacji, w której zabiegi profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne przeprowadzane są najczęściej w trybie doraźnym^{29,30}. Bariery architektoniczne, które najczęściej wymieniają opiekunowie osób niepełnosprawnych, to brak podnośnika lub windy w podmiocie leczniczym³¹. Okres oczekiwania na wizytę w prywatnej placówce jest krótki, jednak wymaga dużych nakładów finansowych ze strony rodziców/opiekunów prawnych. Powszechnie wiadomo, że nie są to jedyne wydatki związane z opieką zdrowotną, dlatego też wizyta stomatologiczna dziecka z niepełnosprawnością staje się dodatkowym obciążeniem finansowym i emocjonalnym dla dziecka i rodzica, co w konsekwencji prowadzi do rezygnacji z tego rodzaju opieki medycznej. Natomiast systematyczne leczenie stomatologiczne wymagające częstych wizyt oraz profilaktyka są niejednokrotnie rzadkością w tej populacji pacjentów. Bariery w porozumiewaniu się personelu medycznego z dzieckiem niepełnosprawnym także w istotny sposób wpływają na możliwość przeprowadzenia badania jamy ustnej i dalszego leczenia. Najczęściej to rodzic czy opiekun prawny nakierowuje lekarza dentystrę na rozpoznanie, obserwując zachowanie swojego podopiecznego³². Dzięki znajomości funkcjonowania dziecka jest on w stanie określić przyczynę powodującą zróżnicowane jego reakcje.

Ponadto lekarze dentyści już od dawna zwracają uwagę na brak odpowiedniej wiedzy dotyczącej zachowań prozdrowotnych, higieny jamy ustnej oraz profilaktyki wśród rodziców/opiekunów oraz w konsekwencji zbyt późnego zgłaszania się na wizyty^{25,33,34}. W wyniku zaawansowanego procesu próchnicowego dochodzi do rozwoju powikłań w postaci chorób miazgi, a następnie tkanek okołowierzchołkowych. Doprowadza to w konsekwencji do złego stanu jamy ustnej oraz stwarza warunki do powstawania zakażeń zębopochodnych, czyli procesów zapalnych, których przyczyną jest ząb lub tkanka otaczająca. W przypadku dzieci z niepełnosprawnością szczególnie ważne jest wdrożenie szybkiego leczenia stomatologicznego, którego celem jest uniknięcie infekcji w organizmie^{35,36}. Nieprawidłowo wypełniony kanał korzeniowy, procesy zapalne tkanek okołowierzchołkowych, tkanek przyzębia, głęboki ubytek próchnicowy, ząb zatrzymany, stan zapalny miazgi, martwica miazgi, zgorzel miazgi bądź torbiel może doprowadzić w przypadku spadku odporności, przy wystarczającej zjadliwości bakterii wywołującej patologię w jamie ustnej, do choroby systemowej³⁷. Wynika to z drogi transmisji, ponieważ poza szerzeniem przez ciągłość obejmuje między innymi naczynia krwionośne i limfatyczne.

Dodatkowo u dziecka niepełnosprawnego częściej niż w populacji ich zdrowych rówieśników rozpoznana zostaje zaawansowana próchnica, choroby przyzębia oraz choroby błony śluzowej^{38,39,40,41,42}. W literaturze opisywane są główne przyczyny wymienionych problemów, w tym częstsze wady zgryzu i zaburzenia okluzji, stłoczenia zębów i dysproporcje we wzroście szczęki oraz żuchwy, a także 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 ustnej⁴³. Szczególną uwagę zwraca się na dzieci z zespołem Downa. Występują u nich zaburzenia w wydzielaniu i składzie śliny, obniżona odporność immunologiczna, która sprzyja nawracającym infekcjom w obrębie jamy ustnej, a w szczególności przyzębia⁴⁴.

Nie bez znaczenia jest także fakt, iż niejednokrotnie niewystarczająca jest wiedza personelu medycznego na temat stanu zdrowia jamy ustnej osób z niepełnosprawnościami i przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi, a także szczególnego charakteru postępowania profilaktyczno-leczniczego w gabinecie stomatologicznym. Ponadto konieczność zaangażowania podczas procesu leczniczego większej liczby osób niewątpliwie stanowi barierę w dostępie do właściwej opieki. Grupa pacjentów niepełnosprawnych z uwagi na liczne bariery w dostępie do opieki

stomatologicznej zgłasza się na wizyty tylko w sytuacji, kiedy ból zęba uniemożliwia codzienne funkcjonowanie. Często zdarza się, że dolegliwości bólowe są przyczyną zachowań trudnych, agresywnych i autoagresywnych, a brak umiejętności komunikowania pozbawia osoby z niepełnosprawnością intelektualną uzyskania szybkiej pomocy stomatologicznej. Lekarze dentyści niejednokrotnie nie posiadają informacji oraz praktyki w zakresie komunikowania się z pacjentami niepełnosprawnymi, co doprowadza do sytuacji, w której pacjent bólowy otrzymuje niezbędną pomoc bez szczegółowego tłumaczenia przyczyn, zaleceń oraz nie jest informowany o konieczności umówienia na kolejne wizyty lecznicze lub profilaktyczne. Personel pomocniczy także posiada trudności z umawianiem wizyt pacjentów do specjalistów, ponieważ w wielu przypadkach nie został odpowiednio przeszkolony z zakresu komunikowania się z osobami ze specjalnymi potrzebami.

Pacjent borykający się z podstawowym problemem, jakim jest brak dostępu do lekarza, a także niejednokrotnie niedarzący zaufaniem specjalisty, rezygnuje z kolejnych zabiegów leczniczych czy profilaktycznych.

3. CEL

Aktualnie w Polsce nie istnieje systemowa i kompleksowa opieka stomatologiczna sprawowana nad pacjentami z niepełnosprawnościami i chorobami przewlekłymi. Często rodzice/opiekunowie podają, iż napotykają na liczne utrudnienia, co powoduje, iż stomatologiczne zabiegi profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne przeprowadzane są najczęściej w trybie doraźnym. Stąd też celem pracy było zebranie danych na temat opieki stomatologicznej u dzieci z niepełnosprawnością.

Cele pracy:

1. zebranie danych dotyczących oceny poziomu opieki stomatologicznej sprawowanej nad dziećmi niepełnosprawnymi na podstawie badania socjomedycznego przeprowadzonego wśród ich rodziców i opiekunów,
2. analiza regulacji prawnych dotyczących aspektów związanych z opieką zdrowotną nad osobami niepełnosprawnymi,
3. przedstawienie podsumowania organizacji świadczeń stomatologicznych dla populacji pacjentów z niepełnosprawnością.

4. MATERIAŁ I METODY

4.1. Grupa badana

Badanie socjomedyczne przeprowadzono w okresie od października 2019 do kwietnia 2021 roku wśród rodziców/opiekunów dzieci ze specjalnymi potrzebami leczniczymi na terenie województwa wielkopolskiego, łódzkiego, dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego oraz mazowieckiego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety.

Badania przeprowadzono w szkole specjalnej w Wolsztynie oraz Koninie, dwóch domach pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w Poznaniu oraz Łodzi, dwóch gabinetach stomatologicznych w Bydgoszczy oraz Warszawie, a także fundacji dla dzieci ze specjalnymi potrzebami we Wrocławiu.

Przed przystąpieniem do przedsięwzięcia ustalono, iż w szkołach specjalnych nauczanych było 174 uczniów, w domach pomocy społecznej przebywało 145 chorych, pod opieką gabinetów stomatologicznych znajdowało się 23 pacjentów, a pod opieką fundacji było 138 osób. Ustalono z dyrekcją placówek, iż przekazanych zostanie do nich 480 kwestionariuszy ankiety dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci.

Informacja dotycząca możliwości udziału w przedsięwzięciu przekazywana była rodzicom/opiekunom dzieci w piśmie przewodnim, które zostało do nich rozdyskrebowane wraz z kwestionariuszem ankiety (Załącznik nr 1) oraz prośbą o jego wypełnienie. Kwestionariusze w wersji papierowej osobiście doręczono do dyrekcji, która następnie przekazywała je rodzicom/opiekunom dzieci niepełnosprawnych. Uzupełnione formularze były zbierane przez pracowników instytucji oraz przekazywane lekarzowi prowadzącemu badania. Wszyscy uczestnicy zostali zapewnieni o pełnej poufności zebranych informacji, ale także o możliwości wycofania się z badań na każdym z etapów ich prowadzenia.

Odpowiedzi na pytania udzielały osoby pełnoletnie, które dobrowolnie wyraziły zgodę na udział w badaniu oraz posiadały aktualną wiedzę dotyczącą życia codziennego pacjenta ze specjalnymi potrzebami leczniczymi.

Ogółem uzyskano 117 (24,37%) prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy ankiet dotyczących 64 dziewczynek w wieku od 2 do 17 lat (średni wiek \pm SD = 9,19 \pm 4,29) oraz 53 chłopców w wieku 3-17 lat (średni wiek \pm SD = 10,02 \pm 3,97).

Natomiast 363 (75,65%) respondentów nie zwróciło kwestionariusza ankiety lub oddało niewłaściwie bądź częściowo wypełnione formularze.

Do uzyskania stosunkowo małej liczby zwróconych kwestionariuszy ankiet przyczyniła się w głównej mierze pandemia COVID-19, która doprowadziła do nagłego zamknięcia na czas nieokreślony podmiotów skupiających dzieci z niepełnosprawnościami. Pośród innych powodów była kwarantanna powodująca zwiększenie ilości obowiązków rodziców/opiekunów względem dziecka niepełnosprawnego czy niechęć do współpracy wynikająca z depresji.

4.2. Kwestionariusz ankiety

Kwestionariusz ankiety zawierał 31 pytań jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru, z możliwością indywidualnej odpowiedzi (Załącznik nr 2). Ankietowani odpowiadali na następujące pytania: „Płeć dziecka: dziewczynka/ chłopiec”; „Wiek dziecka: lat”; „Rodzaj niepełnosprawności dziecka: intelektualna/ fizyczna/ sensoryczna/ złożona/ nie wiem/ nie ma/ nie dotyczy”; „Uznany stopień niepełnosprawności dziecka: głęboki/ znaczny/ umiarkowany/ lekki”; „Proszę podać, na jakie choroby dziecko choruje: choroby psychiczne/ zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu/ choroby narządu wzroku/ upośledzenie narządu ruchu/ epilepsja/ choroby układu oddechowego i krążenia/ choroby układu pokarmowego/ choroby układu moczowo-płciowego/ choroby neurologiczne/ choroby układu krwiotwórczego/ inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia”; „Pod stałą opieką którego z lekarzy specjalistów jest dziecko? pediatry/ neurologa/ okulisty/ laryngologa/ audiologa/ foniatry/ endokrynologa/ kardiologa/ pulmonologa/ alergologa/ psychiatry/ ortopedy/ chirurga/ stomatologa/ innego – jakiego?”; „Jak często odbywają się wizyty dziecka u lekarza rodzinnego/pediatry? co 3 miesiące/ co 6 miesięcy/ raz na rok/ rzadziej/ trudno powiedzieć”; „Kiedy odbyła się ostatnia wizyta dziecka u lekarza rodzinnego/pediatry? 3 miesiące temu/ 6 miesięcy temu/ rok temu/ nie pamiętam”; „Czy dziecko było kiedykolwiek na badaniu stomatologicznym? tak/ nie”; „Czy dziecko miało kiedykolwiek przeprowadzone leczenie stomatologiczne? tak/ nie”; „Jak często odbywają się wizyty dziecka u lekarza dentysty? co 3 miesiące/ co 6 miesięcy/ raz na rok/ rzadziej/ trudno powiedzieć/ nie dotyczy”; „Kiedy odbyła się ostatnia wizyta dziecka u lekarza dentysty? 3 miesiące temu/ 6 miesięcy temu/ rok temu/ nie pamiętam/

nie dotyczy”; „Czy dziecko kiedykolwiek zostało skierowane do lekarza dentysty? tak/ nie”; „Kto skierował dziecko do dentysty? rodzic/opiekun prawny/ lekarz rodzinny/ pediatra/ pielęgniarka/ pracownik placówki wychowawczej/ inny członek rodziny/ inny – kto?/ nie dotyczy”; „Jaki był powód skierowania do dentysty? próchnica zębów/ ból zęba/ konsultacja/ inne – jakie?/ nie dotyczy”; „Czy lekarz dentysta podczas tej wizyty podjął jakieś działania? tak/ nie/ nie pamiętam”; „Czy u dziecka było prowadzone leczenie stomatologiczne w znieczuleniu? w ogólnym/ miejscowym/ brak”; „Jak rodzice oceniają dostęp do placówki medycznej świadczącej usługi stomatologiczne dzieciom niepełnosprawnym: łatwy/ trudny/ bardzo trudny”; „Czy którakolwiek placówka medyczna świadcząca usługi stomatologiczne odmówiła przyjęcia dziecka niepełnosprawnego? tak/ nie”; „Rodzaj placówki medycznej, która podjęła się leczenia stomatologicznego dziecka niepełnosprawnego: prywatna/ posiadająca kontrakt z NFZ (Narodowym Funduszem Zdrowia)”; „W przypadku wizyty w prywatnym podmiocie leczniczym koszty leczenia dziecka niepełnosprawnego były: niskie/ średnie/ wysokie/ nie dotyczy”; „Jaki jest czas oczekiwania na wizytę dziecka do lekarza dentysty? poniżej tygodnia/ około miesiąca/ około 3 miesięcy/ poniżej 6 miesięcy”; „Jak ocenia Pan/Pani personel medyczny placówki, w której leczono stomatologicznie dziecko: bardzo dobra/ dobra/ dostateczna/ zła/ trudno powiedzieć”; „Czy w placówce leczącej dziecko stomatologicznie były bariery funkcjonalne? tak/ nie”; „Na jaki rodzaj barier napotyka Państwo w dostępie do opieki stomatologicznej dziecka? bariery architektoniczne w budynku gdzie znajduje się gabinet/ bariery w porozumiewaniu się pomiędzy lekarzem i dzieckiem/ problemy w dojeździe do gabinetu – gabinet znajduje się za daleko/ wysokie koszty leczenia/ brak odpowiedniego podejścia personelu medycznego/ brak odpowiedniego przygotowania gabinetu/ długi okres oczekiwania na wizytę/ odmowa lekarza i nieprzyjęcie dziecka z niepełnosprawnością/ zaprzestanie leczenia stomatologicznego ze względu na brak współpracy dziecka/ brak czasu i możliwości zgłoszenia się do gabinetu stomatologicznego ze względu na inne problemy zdrowotne dziecka/ inne – jakie?/ nie wiem/ trudno powiedzieć/ nie dotyczy”; „W przypadku wystąpienia bariery architektonicznej proszę wskazać rodzaj: brak podjazdu do wejścia/ brak podnośnika, platformy podjazdowej pomiędzy kondygnacjami budynku, w którym mieści się gabinet/ brak poręczy w ciągach komunikacyjnych/ brak uchwytów w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych/ obecność progów powyżej 2 cm (0,02 m)/ zbyt wąskie korytarze (korytarze o szerokości mniejszej niż 1,3 m)/ różnice poziomów ciągów komunikacyjnych podłóg/

zbyt wąskie drzwi wewnętrzne i zewnętrzne (drzwi wewnętrzne i zewnętrzne o szerokości w świetle ościeżnicy poniżej 90 cm)/ brak podłóg antypoślizgowych/ brak przycisków oświetlenia na wysokości 1-1,05 m/ brak miejsca postojowego dla osób niepełnosprawnych/ inne – jakie?/ nie dotyczy”; „W przypadku wystąpienia bariery w komunikowaniu się proszę wskazać rodzaj: brak sygnalizatorów optycznych zastępujących dźwięk/ brak urządzeń mechanicznych, elektrycznych lub elektronicznych, które posiadają interfejs dźwiękowy, brajlowski lub powiększone znaki/ brak cierpliwości i chęci lekarza do nawiązania kontaktu z dzieckiem/ brak znajomości przez lekarza języka migowego/ brak możliwości udziału w wizycie tłumacza języka migowego/ inne – jakie?/ nie dotyczy”; „Czy pacjent otrzymał kompleksową stomatologiczną opiekę specjalistyczną i wszystkie zaplanowane procedury zostały wykonane? tak/ nie/ nie wiem”; „Czy jest Pan/Pani zadowolony z opieki stomatologicznej sprawowanej nad dzieckiem? tak/ nie – dlaczego?/ nie wiem”; „W jaki sposób szuka Pan/Pani placówki medycznej zajmującej się leczeniem stomatologicznym dzieci niepełnosprawnych? internet/ lekarz rodzinny/ pediatra/ rodzina/ znajomi/ inne – proszę wymienić jakie?” oraz „W przypadku znalezienia placówki medycznej która, spełniałaby wszystkie Pani/Pana oczekiwania, czy zwiększy się częstotliwość wizyt dziecka u stomatologa? tak/ nie”.

Wypełnione kwestionariusze ankiety uzyskano od 210 rodziców/opiekunów dzieci, z czego 93 zostały odrzucone z powodu braku odpowiedzi lub licznych błędów polegających na zaznaczeniu wykluczających się odpowiedzi.

Uzyskane dane zaprezentowano z podziałem na płeć, wiek, rodzaj niepełnosprawności oraz stopień niepełnosprawności.

4.3. Zgody na badania

Przed rozpoczęciem badania uzyskano zgodę dyrekcji ośrodków wychowawczych, szkół specjalnych, fundacji oraz gabinetów stomatologicznych. Ponadto ocenę dotyczącą badań wyraziła także Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, która potwierdziła, iż nie nosi ono cech eksperymentu medycznego i zgodnie z polskim prawem i Dobrą Praktyką Klinikzną (GCP) nie podlega opiniowaniu Komisji Bioetycznej (dokument z dnia 25.03.2019 r.; Załącznik 1).

4.4. Analiza statystyczna

Dane pozyskane z badania socjomedycznego rodziców/opiekunów dzieci poddano analizie statystycznej. Analizę zmiennych ilościowych (tj. wyrażonych liczbą – w tym przypadku jest to tylko wiek dziecka) przeprowadzono, wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę oraz kwartyle. Analizę zmiennych jakościowych (tj. niewyrażonych liczbą) przeprowadzono, wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości. Porównanie wartości zmiennych jakościowych w grupach wykonano za pomocą testu chi-kwadrat (z korektą Yatesa) lub dokładnego testu Fishera tam, gdzie w tabelach pojawiały się niskie licznosci oczekiwane. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitneya. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallis. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05, a więc wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach. Analizę wykonano w programie R, wersja 4.1.1⁴⁵.

4.5. Analiza regulacji prawnych

Dane zastane, które poddano analizie. to Konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe, rozporządzenia, zarządzenia, uchwały. Światowa oraz polska literatura specjalistyczna pomogła zgłębić tematykę niepełnosprawności, szczegółowy spis znajduje się w rozdziale 11.

5. WYNIKI

Badaniem objęto rodziców/opiekunów 20 pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną (17,09%), 8 z niepełnosprawnością fizyczną (6,84%), 89 z niepełnosprawnością złożoną (76,07%), przy czym spośród ogółu 46 osób (39,32%) posiadało niepełnosprawność w stopniu głębokim, 31 (26,50%) w stopniu znacznym, 31 (26,50%) w stopniu umiarkowanym oraz 9 (7,69%) osób w stopniu lekkim. Podopieczni ankietowanych rodziców/opiekunów cierpią na choroby psychiczne, zaburzenia głosu, mowy, choroby słuchu, choroby narządu wzroku, upośledzenie narządu ruchu, epilepsję, choroby układu oddechowego, krążenia, pokarmowego, moczowo-płciowego, neurologicznego, krwiotwórczego oraz gastroenterologicznego. Większość dzieci i młodzieży jest pod stałą opieką więcej niż jednego lekarza specjalisty. Częstotliwość wizyt u poszczególnych specjalistów zależy od kilku składowych, którymi są dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej dedykowanej osobom ze specjalnymi potrzebami, czas oczekiwania na wizytę, koszty leczenia oraz możliwości organizacyjne osoby sprawującej opiekę nad dzieckiem.

5.1. Płeć dziecka

Zauważono istotną różnicę pomiędzy płcią dzieci w poszczególnych grupach utworzonych ze względu na stopień niepełnosprawności (Tabela 1).

Tabela 1. Informacje dotyczące płci dzieci, których rodzice/ opiekunowie wypełnili kwestionariusz ankiety w poszczególnych grupach utworzonych ze względu na stopień niepełnosprawności dziecka.

Płeć dziecka	Stopień niepełnosprawności				p
	głęboki	znaczny	umiarkowany	lekki	
dziewczynki	19 (41,30%)	13 (41,94%)	25 (80,65%)	7 (77,78%)	p=0,001
chłopcy	27 (58,70%)	18 (58,06%)	6 (19,35%)	2 (22,22%)	

p - dokładny test Fishera

5.2. Wiek dziecka

Ostatecznie analizie poddano 117 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy ankiety (24,37%) spośród 480 rozdstrybuowanych. Badani byli rodzicami/opiekunami 64 dziewczynek (54,70%), w wieku od 2 do 17 lat, oraz 53 chłopców (45,30%), w wieku 3-17 lat, ze specjalnymi potrzebami leczniczymi. Sześćdziesięciu jeden respondentów (52,14%) było rodzicami/opiekunami dzieci w wieku 6-12 lat, 32 ankietowanych (27,35%) opiekowało się dziećmi w wieku 13-17 lat, a 24 osoby (20,51%) podopiecznymi w wieku do 5 lat.

Nie wykazano istotnych różnic pomiędzy wiekiem dziewczynek i chłopców (Tabela 2).

Tabela 2. Wiek dzieci z niepełnosprawnościami, których rodzice/opiekunowie wypełnili kwestionariusz ankiety.

Wiek dziecka [lata]	Płeć dziecka			p
	dziewczynki	chłopcy	ogółem	
śr±SD	9,19±4,29	10,02±3,97	9,56±4,16	p=0,278
mediana	9	9	9	
kwartyle	5 - 12,25	7 - 13	6 - 13	

p - test Manna-Whitneya

5.3. Rodzaj niepełnosprawności dziecka

Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami dzieci z różnymi stopniami niepełnosprawności (Tabela 3).

Tabela 3. Odpowiedzi na pytanie dotyczące rodzaju niepełnosprawności dziecka.

Rodzaj niepełnosprawności dziecka	Stopień niepełnosprawności				p
	głęboki	znaczny	umiarkowany	lekki	
intelektualna	1 (2,17%)	7 (22,58%)	7 (22,58%)	5 (55,56%)	p=0,002
fizyczna	4 (8,70%)	3 (9,68%)	1 (3,23%)	0 (0,00%)	
złożona	41 (89,13%)	21 (67,74%)	23 (74,19%)	4 (44,44%)	

p - dokładny test Fishera

5.4. Stopień niepełnosprawności dziecka

Wykazano istotne różnice pomiędzy dziewczynkami a chłopcami (Tabela 4).

Tabela 4. Informacje dotyczące stopnia niepełnosprawności dziecka z uwzględnieniem płci.

Stopień niepełnosprawności dziecka	Płeć dziecka			p
	dziewczynki	chłopcy	ogółem	
głęboki	19 (29,69%)	27 (50,94%)	46 (39,32%)	p=0,001
znaczny	13 (20,31%)	18 (33,96%)	31 (26,50%)	
umiarkowany	25 (39,06%)	6 (11,32%)	31 (26,50%)	
lekki	7 (10,94%)	2 (3,77%)	9 (7,69%)	

p - dokładny test Fishera

Wykazano istotne różnice pomiędzy dziećmi z różnymi rodzajami niepełnosprawności (Tabela 5).

Tabela 5. Informacje dotyczące stopnia niepełnosprawności dziecka z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.

Stopień niepełnosprawności dziecka	Rodzaj niepełnosprawności			p
	intelektualna	fizyczna	złożona	
głęboki	1 (5,00%)	4 (50,00%)	41 (46,07%)	p=0,002
znaczny	7 (35,00%)	3 (37,50%)	21 (23,60%)	
umiarkowany	7 (35,00%)	1 (12,50%)	23 (25,84%)	
lekki	5 (25,00%)	0 (0,00%)	4 (4,49%)	

p - dokładny test Fishera

5.5. Choroby dziecka

Spośród ogółu 117 badanych osób 117 respondentów (100,00%) podało występowanie chorób u ich dzieci (Tabela 6). Choroby neurologiczne były najczęstsze i dotyczyły 67 (57,26%) osób, w tym 39 (60,94%) dziewczynek oraz 28 (52,83%) chłopców. Choroby układu krwiotwórczego były najrzadsze, gdyż stwierdzono je u 4 (3,42%) osób, z czego 2 (3,12%) były płci żeńskiej oraz 2 (3,77%) płci męskiej.

Tabela 6. Informacje dotyczące chorób dziecka z uwzględnieniem płci.

Choroby dziecka	Płeć dziecka			p
	dziewczynki	chłopcy	ogółem	
choroby psychiczne	17 (26,56%)	13 (24,53%)	30 (25,64%)	p=0,97
zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	32 (50,00%)	31 (58,49%)	63 (53,85%)	p=0,465
choroby narządu wzroku	28 (43,75%)	22 (41,51%)	50 (42,74%)	p=0,955
upośledzenie narządu ruchu	31 (48,44%)	34 (64,15%)	65 (55,56%)	p=0,13
epilepsja	29 (45,31%)	29 (54,72%)	58 (49,57%)	p=0,408
choroby układu oddechowego i krążenia	14 (21,88%)	11 (20,75%)	25 (21,37%)	p=1
choroby układu pokarmowego	16 (25,00%)	19 (35,85%)	35 (29,91%)	p=0,283
choroby układu moczowo-płciowego	4 (6,25%)	3 (5,66%)	7 (5,98%)	p=1
choroby neurologiczne	39 (60,94%)	28 (52,83%)	67 (57,26%)	p=0,487
choroby układu krwiotwórczego	2 (3,12%)	2 (3,77%)	4 (3,42%)	p=1
inne	9 (14,06%)	7 (13,21%)	16 (13,68%)	p=1

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

5.6. Specjalistyczna opieka lekarska

Wykazano istotne różnice pomiędzy odpowiedziami rodziców/opiekunów dzieci z różnymi stopniami niepełnosprawności (Tabela 7). Najczęściej pod stałą opieką laryngologa, audiologa czy foniatry były dzieci z niepełnosprawnością w stopniu lekkim (55,56%; 77,78% dziewczynek i 22,22% chłopców), a najrzadziej w stopniu głębokim (10,87%; 41,30% dziewczynek i 58,70% chłopców). Opieką psychiatry najczęściej objęte były dzieci z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym (70,97%; 80,65% dziewczynek i 19,35% chłopców), a najrzadziej w stopniu głębokim (32,61%; 41,30% dziewczynek i 58,70% chłopców).

Tabela 7. Informacje dotyczące stałej opieki lekarzy specjalistów nad dzieckiem z uwzględnieniem jego stopnia niepełnosprawności.

Specjaliści, pod których stałą opieką jest dziecko	Stopień niepełnosprawności				p
	głęboki	znaczny	umiarkowany	lekki	
pediatra	46 (100,00%)	31 (100,00%)	31 (100,00%)	9 (100,00%)	p=1
neurolog	38 (82,61%)	22 (70,97%)	23 (74,19%)	8 (88,89%)	p=0,555
okulista	9 (19,57%)	9 (29,03%)	6 (19,35%)	1 (11,11%)	p=0,684
laryngolog/audiolog foniatra	5 (10,87%)	9 (29,03%)	5 (16,13%)	5 (55,56%)	p=0,014*
endokrynolog	2 (4,35%)	2 (6,45%)	3 (9,68%)	0 (0,00%)	p=0,839
kardiolog	7 (15,22%)	6 (19,35%)	5 (16,13%)	2 (22,22%)	p=0,917
pulmonolog	2 (4,35%)	2 (6,45%)	2 (6,45%)	0 (0,00%)	p=1
alergolog	2 (4,35%)	1 (3,23%)	0 (0,00%)	1 (11,11%)	p=0,377
psychiatra	15 (32,61%)	11 (35,48%)	22 (70,97%)	5 (55,56%)	p=0,005*
ortopeda	31 (67,39%)	13 (41,94%)	15 (48,39%)	3 (33,33%)	p=0,07
chirurg	0 (0,00%)	1 (3,23%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,607
stomatolog	24 (52,17%)	13 (41,94%)	12 (38,71%)	3 (33,33%)	p=0,589
gastroenterolog	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

* Zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

5.7. Częstość wizyt u lekarza rodzinnego, pediatry

Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy dziećmi w różnym wieku (Tabela 8). Najczęściej do lekarza rodzinnego lub pediatry uczęszczały najmłodsze dzieci (50,00%), a najrzadziej dzieci w wieku 6-12 lat (11,48%). Co 3 miesiące na takie wizyty chodziło 12 (50%) dzieci do lat 5, 12 (19,67%) pacjentów w wieku od 6 do 12 lat oraz 11 (34,38%) osób w wieku 13-18 lat. Co 6 miesięcy wizytę u lekarza rodzinnego lub pediatry odbywało odpowiednio 3 (12,50%), 18 (29,51%) oraz 11 (34,38%) pacjentów w określonych grupach wiekowych, podczas gdy raz na rok odpowiednio 4 (16,67%), 6 (9,84%) oraz 5 (15,62%) dzieci. Natomiast jeszcze rzadziej do tych specjalistów chodziło 7 (11,48%) pacjentów w wieku 6-12 lat oraz jeden 16-latek, co stanowiło 3,12% spośród ogółu osób z grupy w wieku 13-18 lat. Trudności z odpowiedzią na pytanie wystąpiły u 5 (20,83%) respondentów sprawujących opiekę nad dziećmi do 5 lat, 18 (29,51%) rodziców/opiekunów osób w wieku od 6 do 12 lat oraz 4 (12,50%) nastolatków w wieku 13-18 lat.

Tabela 8. Odpowiedzi rodziców/opiekunów na pytanie „Jak często odbywają się wizyty dziecka u lekarza rodzinnego/pediatry?” z uwzględnieniem wieku ich podopiecznego.

Wizyty u lekarza rodzinnego, pediatry	Wiek dziecka			p
	do 5 lat	6-12 lat	13-18 lat	
co 3 miesiące	12 (50,00%)	12 (19,67%)	11 (34,38%)	p=0,042
co 6 miesięcy	3 (12,50%)	18 (29,51%)	11 (34,38%)	
raz na rok	4 (16,67%)	6 (9,84%)	5 (15,62%)	
rzadziej	0 (0,00%)	7 (11,48%)	1 (3,12%)	
trudno powiedzieć	5 (20,83%)	18 (29,51%)	4 (12,50%)	

p - dokładny test Fishera

5.8. Ostatnia wizyta u lekarza rodzinnego/pediatry

Ostatnia wizyta u lekarza rodzinnego/pediatry miała miejsce 3 miesiące przed przeprowadzeniem badania socjomedycznego w przypadku 43 osób (36,75%), w tym 23 (35,94%) płci żeńskiej oraz 20 (37,74%) płci męskiej. Sześć miesięcy przed badaniem kwestionariuszowym wizyty odbyło 17 osób (14,53%), z czego 8 (12,50%) stanowiły dziewczynki, a 9 (16,98%) chłopcy. Rok przed badaniem na wizycie u pediatry/lekarza rodzinnego były 23 (19,66%) osoby, w tym 12 (18,75%) płci żeńskiej oraz 11 (20,75%) płci męskiej. Daty ostatniej wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie pamiętało 34 opiekunów (29,06%), w tym rodziców/opiekunów 21 (32,81%) dziewczynek oraz 13 (24,53%) chłopców.

Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy odpowiedziami rodziców/opiekunów dzieci w różnym wieku (Tabela 9). Najkrótszy czas od ostatniej wizyty u lekarza rodzinnego lub pediatry upłynął u najmłodszych dzieci, a najdłuższy u 6-12-latków.

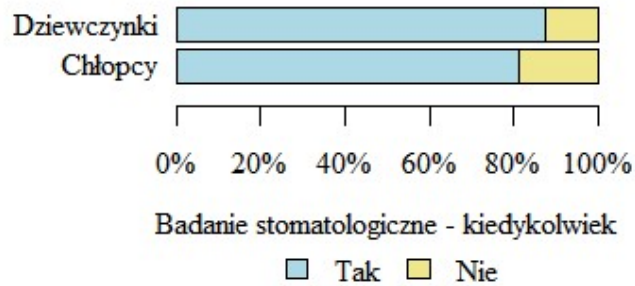
Tabela 9. Odpowiedzi na pytanie „Kiedy odbyła się ostatnia wizyta dziecka u lekarza rodzinnego/pediatry?” z uwzględnieniem wieku.

Ostatnia wizyta u lekarza rodzinnego, pediatry	Wiek dziecka			p
	do 5 lat	6-12 lat	13-18 lat	
3 miesiące temu	15 (62,50%)	15 (24,59%)	13 (40,62%)	p=0,001
6 miesięcy temu	0 (0,00%)	8 (13,11%)	9 (28,12%)	
rok temu	6 (25,00%)	13 (21,31%)	4 (12,50%)	
nie pamiętam	3 (12,50%)	25 (40,98%)	6 (18,75%)	

p - dokładny test Fishera

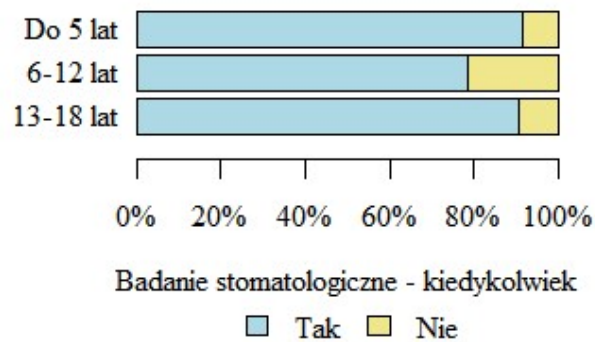
5.9. Badanie stomatologiczne

Ponad 80% dzieci miało przeprowadzone badanie stomatologiczne przynajmniej raz w życiu (Rycina 1).



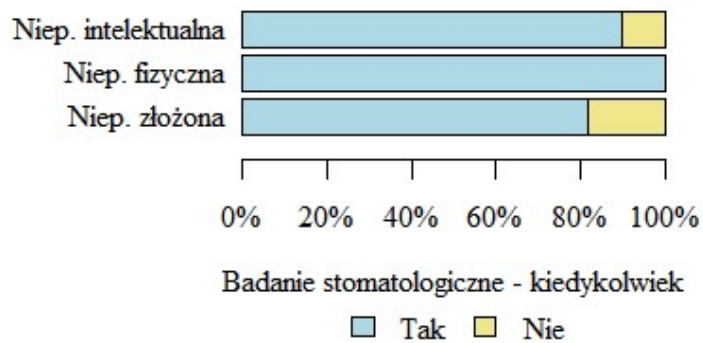
Rycina 1. Odpowiedzi na pytanie „Czy dziecko było kiedykolwiek na badaniu stomatologicznym?” z uwzględnieniem płci.

Ponad 90% dzieci w wieku do 5 lat oraz w wieku 13-18 lat miało wykonane badanie stomatologiczne przynajmniej raz w życiu (Rycina 2).



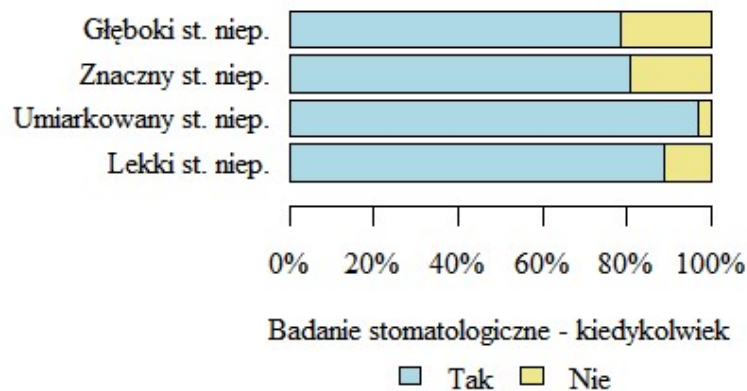
Rycina 2. Odpowiedzi na pytanie „Czy dziecko było kiedykolwiek na badaniu stomatologicznym?” z uwzględnieniem wieku.

Badania stomatologiczne przeprowadzono u wszystkich dzieci z niepełnosprawnością fizyczną (Rycina 3).



Rycina 3. Odpowiedzi na pytanie „Czy dziecko było kiedykolwiek na badaniu stomatologicznym?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.

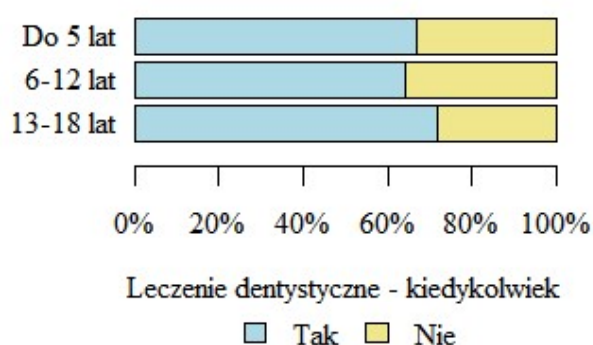
Okolo 20% dzieci z głębokim stopniem niepełnosprawności oraz znacznym stopniem niepełnosprawności nigdy nie miało wykonanego badania stomatologicznego (Rycina 4).



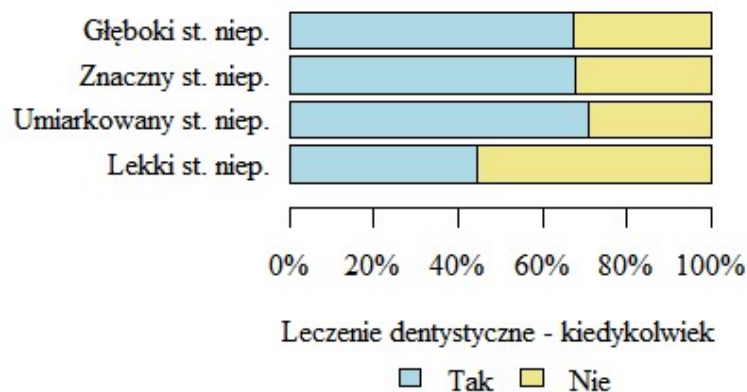
Rycina 4. Odpowiedzi na pytanie „Czy dziecko było kiedykolwiek na badaniu stomatologicznym?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

5.10. Leczenie stomatologiczne

Leczenie stomatologiczne przeprowadzono u 78 (66,67%) osób, w tym u 47 (73,44%) dziewczynek oraz 31 (58,49%) chłopców. Leczeniem stomatologicznym nie było objętych 39 (33,33%) dzieci, z czego 17 (26,56%) osób było płci żeńskiej, a 22 (41,51%) męskiej. Leczenie stomatologiczne wykonano u 16 (66,67%) osób do 5. roku życia, 39 (63,93%) w wieku 6-12 lat oraz 23 (71,88%) w wieku 13-18 lat (Rycina 5). Osoby, które nie zostały jeszcze poddane leczeniu stomatologicznemu, to 8 (33,33%) dzieci w grupie do 5 lat, 22 (36,07%) w grupie 6-12 lat oraz 9 (28,12%) w wieku 13-18 lat. Leczenie stomatologiczne wdrożono u 13 (65,00%) osób z niepełnosprawnością intelektualną, 7 (87,50%) z niepełnosprawnością fizyczną oraz 58 (65,17%) z niepełnosprawnością złożoną. Leczenia stomatologicznego nie zastosowano u 7 (35,00%) pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną, 1 (12,50%) z niepełnosprawnością fizyczną oraz 31 (34,83%) z niepełnosprawnością złożoną. Trzydzieści jeden (67,39%) osób leczonych stomatologicznie posiadało niepełnosprawność w stopniu głębokim, 21 (67,74%) w stopniu znacznym, 22 (70,97%) w stopniu umiarkowanym oraz 4 (44,44%) w stopniu lekkim (Rycina 6). Spośród ogółu osób, które nie były leczone stomatologicznie, 15 (32,61%) dzieci posiadało niepełnosprawność w stopniu głębokim, 10 (32,26%) w stopniu znacznym, 9 (29,03%) w stopniu umiarkowanym oraz 5 (55,56%) w stopniu lekkim.



Rycina 5. Odpowiedzi na pytanie „Czy dziecko miało kiedykolwiek przeprowadzone leczenie stomatologiczne?” z uwzględnieniem wieku.



Rycina 6. Odpowiedzi na pytanie „Czy dziecko miało kiedykolwiek przeprowadzone leczenie stomatologiczne?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

5.11. Częstość wizyt u lekarza dentysty

Najczęściej wizyty u stomatologa, według deklaracji rodziców/opiekunów, odbywane były raz na rok. Dowodzą tego odpowiedzi dotyczące 33 (32,67%) ze 117 dzieci, w tym 19 (32,20%) dziewczynek oraz 14 (33,33%) chłopców. Wizyty co 6 miesięcy deklarowało 19 (18,81%) osób, z czego 12 (20,34%) rodziców/opiekunów dzieci płci żeńskiej oraz 7 (16,67%) płci męskiej. Wizyty co 3 miesiące deklarowało łącznie 8 opiekunów (7,92%), w tym rodziców/opiekunów 5 (8,47%) dziewczynek oraz 3 (7,14%) chłopców.

Wykazano istotne różnice pomiędzy dziećmi z różnymi rodzajami niepełnosprawności (Tabela 10). Najczęściej do dentysty chodziły dzieci z niepełnosprawnością fizyczną, a najrzadziej dzieci z niepełnosprawnością złożoną.

Tabela 10. Odpowiedzi na pytanie „Jak często odbywają się wizyty dziecka u lekarza dentysty?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.

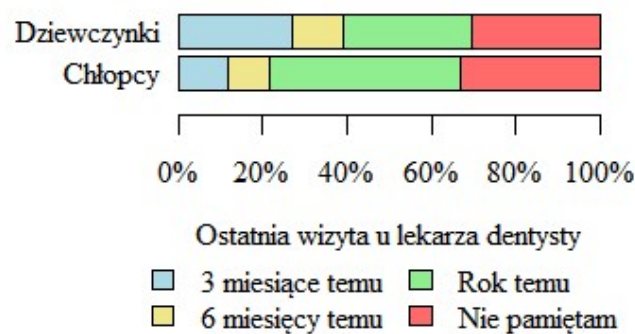
Wizyty u lekarza dentysty	Rodzaj niepełnosprawności			p
	intelektualna	fizyczna	złożona	
co 3 miesiące	3 (17,65%)	2 (25,00%)	3 (3,95%)	p=0,012
co 6 miesięcy	4 (23,53%)	1 (12,50%)	14 (18,42%)	
raz na rok	2 (11,76%)	2 (25,00%)	29 (38,16%)	
rzadziej	1 (5,88%)	3 (37,50%)	10 (13,16%)	
trudno powiedzieć	7 (41,18%)	0 (0,00%)	20 (26,32%)	

p - dokładny test Fishera

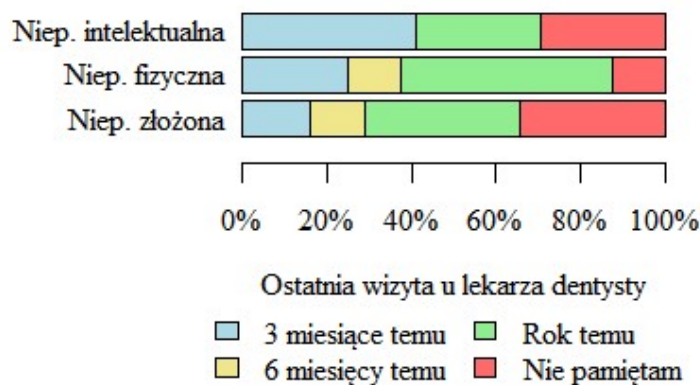
5.12. Ostatnia wizyta u lekarza dentysty

Ostatnia wizyta u lekarza dentysty odbyła się 3 miesiące przed przeprowadzeniem badania socjomedycznego w przypadku 21 (20,79%) osób, w tym 16 (27,12%) płci żeńskiej oraz 5 (11,90%) płci męskiej (Rycina 7). Sześć miesięcy przed badaniem taką wizytę odbyło 11 (10,89%) osób, z czego 7 (11,86%) stanowiły dziewczynki, a 4 (9,52%) chłopcy. Przed rokiem wizytę zadeklarowało 37 (36,63%) rodziców/opiekunów, w tym 18 (30,51%) dziewczynek oraz 19 (45,24%) chłopców. Daty ostatniej wizyty nie pamiętało 32 (31,68%) ankietowanych, w tym 18 (30,51%) respondentów będących rodzicami/opiekunami dziewcząt, a 14 (33,33%) chłopców. Ostatnia wizyta u lekarza dentysty miała miejsce 3 miesiące temu w przypadku 5 (21,74%) dzieci do lat 5, 10 (20,41%) osób w wieku 6-12 lat oraz 6 (20,69%) nastolatków w wieku 13-18 lat. Wizyty odbyły się 6 miesięcy przed badaniem w grupie 3 (13,04%) osób do lat 5, 3 (6,12%) dzieci w wieku 6-12 lat oraz 5 (17,24%) osób w wieku 13-18 lat. Rok przed badaniem wizyty odbyło 4 (17,39%) dzieci w wieku do lat 5, 21 (42,86%) osób w wieku 6-12 lat oraz 12 (41,38%) osób w wieku 13-18 lat. Daty ostatniej wizyty nie pamiętało 11 (47,83%) rodziców/opiekunów dzieci do 5. roku życia, 15 (30,61%) opiekujących się dziećmi w wieku 6-12 lat oraz 6 (20,69%)

sprawujących opiekę nad młodzieżą w wieku 13-18 lat. Siedem (41,18%) osób z niepełnosprawnością intelektualną odbyło wizytę 3 miesiące przed badaniem, po tym samym okresie wizyty miały 2 (25,00%) osoby z niepełnosprawnością fizyczną i 12 (15,79%) pacjentów z niepełnosprawnością złożoną. Sześć miesięcy przed wypełnieniem kwestionariusza ankiety przez rodziców/opiekunów wizytę u stomatologa miało 1 (12,50%) dziecko z niepełnosprawnością fizyczną oraz 10 (13,16%) z niepełnosprawnością złożoną (Rycina 8). Rok wcześniej odbyły się wizyty u dentysty w przypadku 5 (29,41%) osób z niepełnosprawnością intelektualną, 4 (50,00%) z niepełnosprawnością fizyczną oraz 28 (36,84%) chorych z niepełnosprawnością złożoną. Dany ostatniej wizyty u stomatologa nie pamiętało 5 (29,41%) rodziców/opiekunów dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, 1 (12,50%) z niepełnosprawnością fizyczną oraz 26 (34,21%) z niepełnosprawnością złożoną.



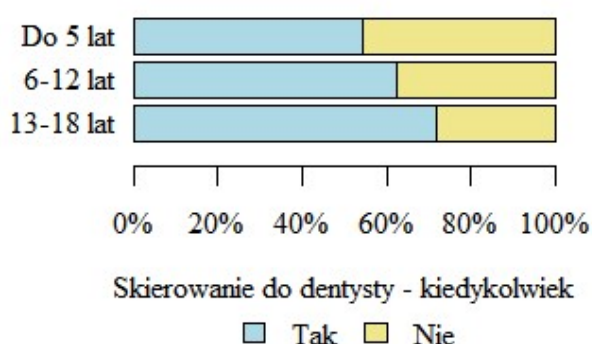
Rycina 7. Odpowiedzi na pytanie „Kiedy odbyła się ostatnia wizyta dziecka u lekarza dentysty?” z uwzględnieniem płci.



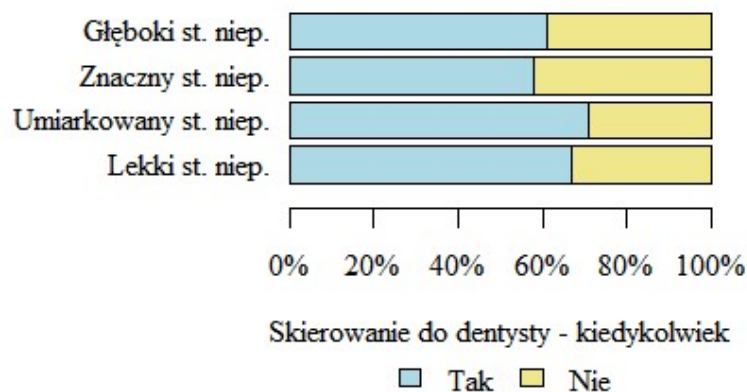
Rycina 8. Odpowiedzi na pytanie „Kiedy odbyła się ostatnia wizyta dziecka u lekarza dentysty?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.

5.13. Skierowanie do dentysty

Skierowanie do lekarza stomatologa otrzymało łącznie 74 (63,25%) dzieci, w tym 46 (71,88%) dziewczynek oraz 28 (52,83%) chłopców. Nie uzyskały skierowania 43 (36,75%) osoby, z czego 18 (28,12%) było płci żeńskiej, a 25 (47,17%) płci męskiej. Biorąc pod uwagę wiek dzieci z niepełnosprawnością, stwierdzono, iż skierowanie do dentysty otrzymało 13 (54,17%) dzieci do lat 5, 38 (62,30%) osób w wieku 6-12 lat oraz 23 (71,88%) spośród młodzieży w wieku 13-18 lat (Rycina 9). Nie uzyskało skierowania 11 (45,83%) dzieci do lat 5, 23 (37,70%) osoby w wieku 6-12 lat oraz 9 (28,12%) nastolatków w wieku 13-18 lat. Uwzględniając rodzaj niepełnosprawności, odnotowano, że skierowanie do stomatologa otrzymało 12 (60%) osób z niepełnosprawnością intelektualną, 7 (87,50%) z niepełnosprawnością fizyczną oraz 55 (61,80%) z niepełnosprawnością złożoną. Nigdy skierowania nie przekazano 8 (40,00%) osobom z niepełnosprawnością intelektualną, 1 (12,50%) z niepełnosprawnością fizyczną oraz 34 (38,20%) z niepełnosprawnością złożoną.



Rycina 9. Odpowiedzi na pytanie „Czy dziecko kiedykolwiek zostało skierowane do lekarza dentysty?” z uwzględnieniem wieku.



Rycina 10. Odpowiedzi na pytanie „Czy dziecko kiedykolwiek zostało skierowane do lekarza dentysty?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

5.14. Kto skierował dziecko do lekarza dentysty?

Wykazano istotne różnice pomiędzy dziewczynkami a chłopcami (Tabela 11). Dziewczynki częściej niż chłopcy były kierowane do lekarza dentysty przez rodziców lub opiekunów prawnych. Łącznie rodzice/opiekunowie prawni skierowali do stomatologa 23 (19,66%) osoby, z czego 18 (28,12%) stanowiła płeć żeńska, a 5 (9,43%) płeć męska. Lekarz rodzinny skierował 17 (14,53%) dzieci, w tym 8 (12,50%) dziewczynek oraz 9 (16,98%) chłopców. Pielęgniarka skierowała 32 (27,35%) osoby, z czego 20 (31,25%) było płci żeńskiej, a 12 (22,64%) męskiej. Pracownicy placówek wychowawczych skierowali 20 (17,09%) dzieci do lekarza dentysty, w tym 12 (18,75%) dziewczynek oraz 8 (15,09%) chłopców. Inni członkowie rodziny skierowali 2 chłopców (3,77%), co stanowiło 1,71% wszystkich skierowań.

Tabela 11. Odpowiedzi na pytanie „Kto skierował dziecko do dentysty?” z uwzględnieniem płci.

Kto skierował dziecko do dentysty?	Płeć dziecka			p
	dziewczynki	chłopcy	łącznie	
rodzic, opiekun prawny	18 (28,12%)	5 (9,43%)	23 (19,66%)	p=0,022*
lekarz rodzinny, pediatra	8 (12,50%)	9 (16,98%)	17 (14,53%)	p=0,674
pielęgniarka	20 (31,25%)	12 (22,64%)	32 (27,35%)	p=0,406
pracownik placówki wychowawczej	12 (18,75%)	8 (15,09%)	20 (17,09%)	p=0,782
inny członek rodziny	0 (0,00%)	2 (3,77%)	2 (1,71%)	p=0,203
inna osoba	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

* Zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Zauważono również istotne różnice pomiędzy dziećmi z różnymi rodzajami niepełnosprawności (Tabela 12). Odpowiedź „Lekarz rodzinny, pediatra” najczęściej podawali rodzice/opiekunowie dzieci z niepełnosprawnością fizyczną, a najrzadziej opiekujący się dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną.

Tabela 12. Odpowiedzi na pytanie „Kto skierował dziecko do dentysty?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.

Kto skierował dziecko do dentysty?	Rodzaj niepełnosprawności			p
	intelektualna	fizyczna	złożona	
rodzic, opiekun prawny	5 (25,00%)	2 (25,00%)	16 (17,98%)	p=0,636
lekarz rodzinny, pediatra	0 (0,00%)	3 (37,50%)	14 (15,73%)	p=0,026*
pielęgniarka	7 (35,00%)	1 (12,50%)	24 (26,97%)	p=0,528
pracownik placówki wychowawczej	3 (15,00%)	2 (25,00%)	15 (16,85%)	p=0,818
inny członek rodziny	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (2,25%)	p=1
inna osoba	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

* Zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Stwierdzono także istotne różnice pomiędzy dziećmi z różnymi stopniami niepełnosprawności (Tabela 13). Odpowiedź „Rodzic, opiekun prawny,” najczęściej odnotowywana była wśród rodziców/opiekunów dzieci z umiarkowaną niepełnosprawnością, a najrzadziej wśród opiekujących się osobami z niepełnosprawnością głęboką.

Tabela 13. Odpowiedzi na pytanie „Kto skierował dziecko do dentysty?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

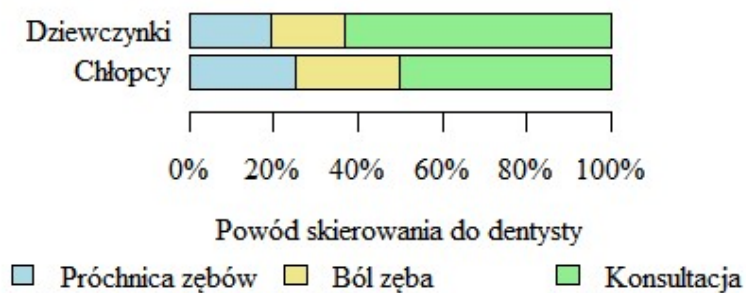
Kto skierował dziecko do dentysty?	Stopień niepełnosprawności				p
	głęboki	znaczny	umiarkowany	lekki	
rodzic, opiekun prawny	5 (10,87%)	4 (12,90%)	13 (41,94%)	1 (11,11%)	p=0,007*
lekarz rodzinny, pediatra	11 (23,91%)	2 (6,45%)	3 (9,68%)	1 (11,11%)	p=0,154
pielęgniarka	11 (23,91%)	11 (35,48%)	6 (19,35%)	4 (44,44%)	p=0,306
pracownik placówki wychowawczej	7 (15,22%)	4 (12,90%)	8 (25,81%)	1 (11,11%)	p=0,602
inny członek rodziny	1 (2,17%)	1 (3,23%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
inna osoba	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

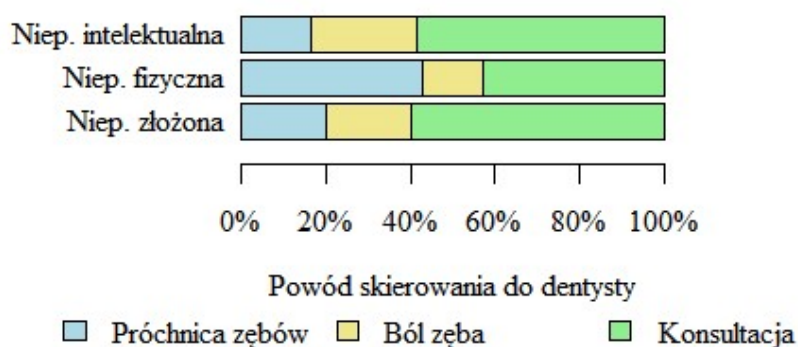
* Zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

5.15. Powód skierowania do dentysty

Próchnica zębów była przyczyną wizyty 8 (28,57%) osób z niepełnosprawnością w stopniu głębokim, 4 (22,22%) w stopniu znacznym oraz 4 (18,18%) w stopniu umiarkowanym. Dolegliwości bólowe zęba spowodowały konieczność przeprowadzenia leczenia u 5 (17,86%) osób z niepełnosprawnością w stopniu głębokim, 4 (22,22%) w stopniu znacznym, 5 (22,73%) w stopniu umiarkowanym oraz 1 (16,67%) w stopniu lekkim. Konsultacje przeprowadzono u 15 (53,57%) dzieci z niepełnosprawnością w stopniu głębokim, 10 (55,56%) w stopniu znacznym, 13 (59,09%) w stopniu umiarkowanym oraz 5 (83,33%) w stopniu lekkim.



Rycina 11. Odpowiedzi na pytanie „Jaki był powód skierowania do dentysty?” z uwzględnieniem płci.



Rycina 12. Odpowiedzi na pytanie „Jaki był powód skierowania do dentysty?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.

5.16. Działania podjęte w gabinecie stomatologicznym

Wykazano istotne statystycznie różnice w odniesieniu do prowadzonej wcześniej terapii stomatologicznej podczas wizyty w gabinecie stomatologicznym pomiędzy dziećmi z różnymi stopniami niepełnosprawności (Tabela 14).

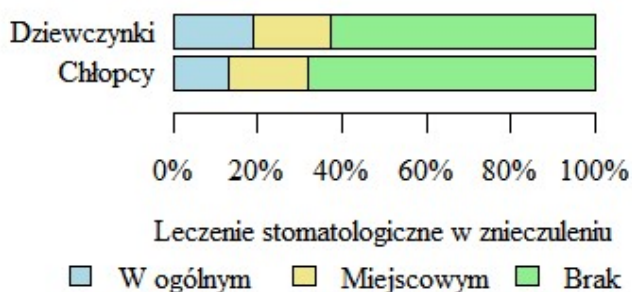
Tabela 14. Odpowiedzi na pytanie „Czy lekarz dentysta podczas tej wizyty podjął jakieś działania?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Czy lekarz dentysta podczas wizyty podjął jakieś działania?	Stopień niepełnosprawności				p
	głęboki	znaczny	umiarkowany	lekki	
tak	28 (60,87%)	21 (67,74%)	24 (77,42%)	3 (33,33%)	p=0,01
nie	14 (30,43%)	6 (19,35%)	2 (6,45%)	1 (11,11%)	
nie pamiętam	4 (8,70%)	4 (12,90%)	5 (16,13%)	5 (55,56%)	

p - dokładny test Fishera

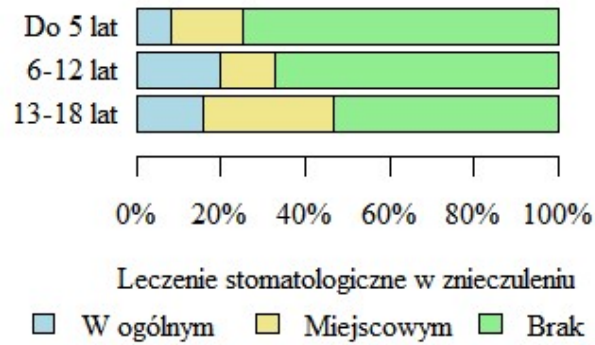
5.17. Leczenie stomatologiczne w znieczuleniu

Najczęściej leczenie stomatologiczne przeprowadzano u dzieci bez znieczulenia. Najrzadziej leczono dzieci w znieczuleniu ogólnym (Rycina 13).



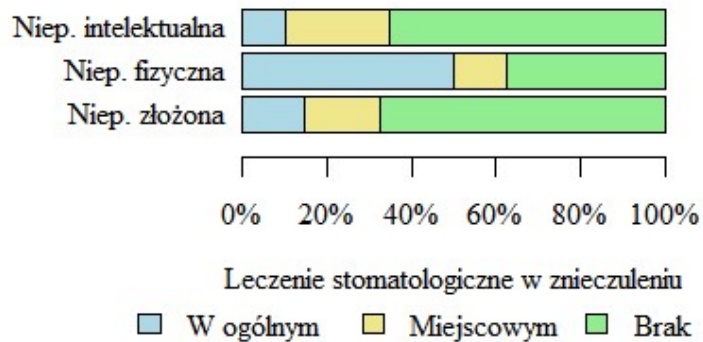
Rycina 13. Odpowiedzi na pytanie „Czy u dziecka było prowadzone leczenie stomatologiczne w znieczuleniu?” z uwzględnieniem płci.

Leczenie stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym najczęściej wykonywano w grupie wiekowej 6-12 lat. Znieczulenie miejscowe najczęściej wykonywano w grupie wiekowej 13-18 lat (Rycina 14).



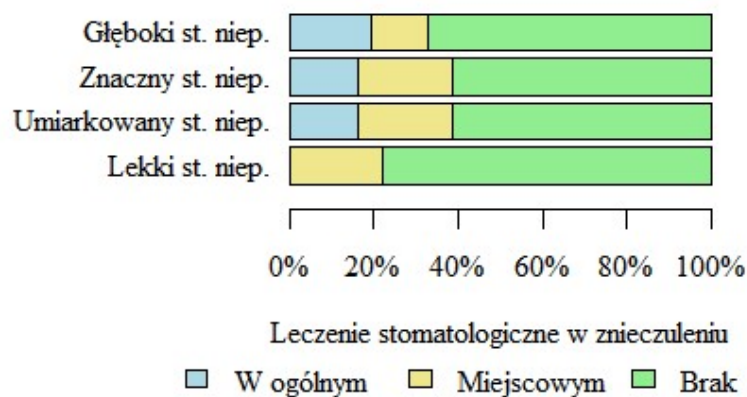
Rycina 14. Odpowiedzi na pytanie „Czy u dziecka było prowadzone leczenie stomatologiczne w znieczuleniu?” z uwzględnieniem wieku.

Znieczulenie ogólne najczęściej stosowano podczas leczenia stomatologicznego pacjentów z niepełnosprawnością fizyczną, najrzadziej z niepełnosprawnością intelektualną (Rycina 15).



Rycina 15. Odpowiedzi na pytanie „Czy u dziecka było prowadzone leczenie stomatologiczne w znieczuleniu?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.

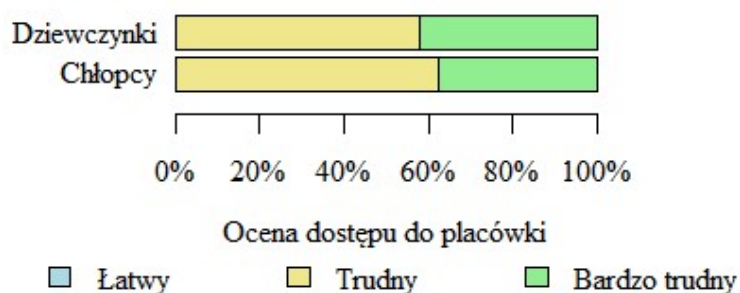
Leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym nie stosowano w przypadku dzieci z lekkim stopniem niepełnosprawności (Rycina 16).



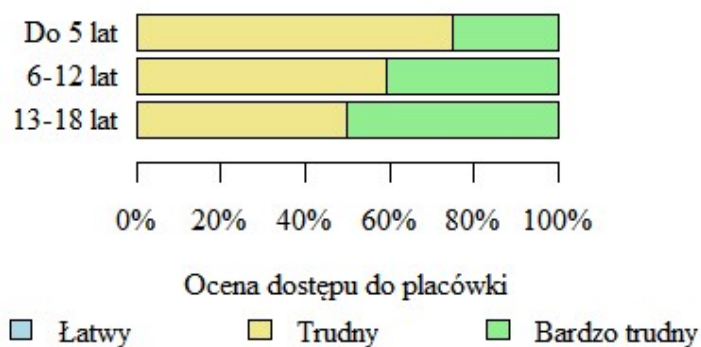
Rycina 16. Odpowiedzi na pytanie „Czy u dziecka było prowadzone leczenie stomatologiczne w znieczuleniu?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

5.18. Ocena dostępu do placówki

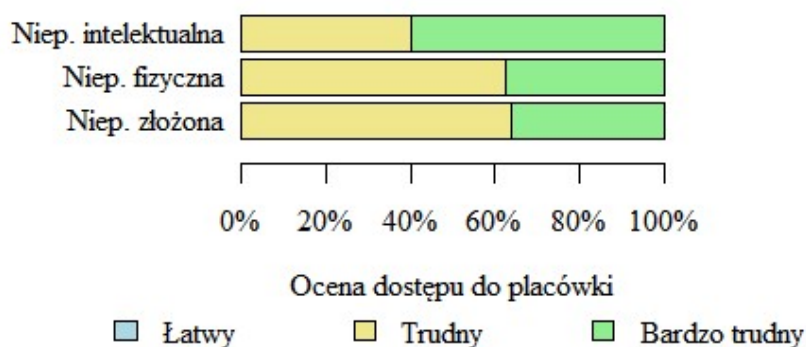
Wszyscy rodzice/opiekunowie dzieci ocenili dostęp do placówki medycznej świadczącej usługi stomatologiczne dzieciom niepełnosprawnym jako trudny lub bardzo trudny (Ryciny 17-20).



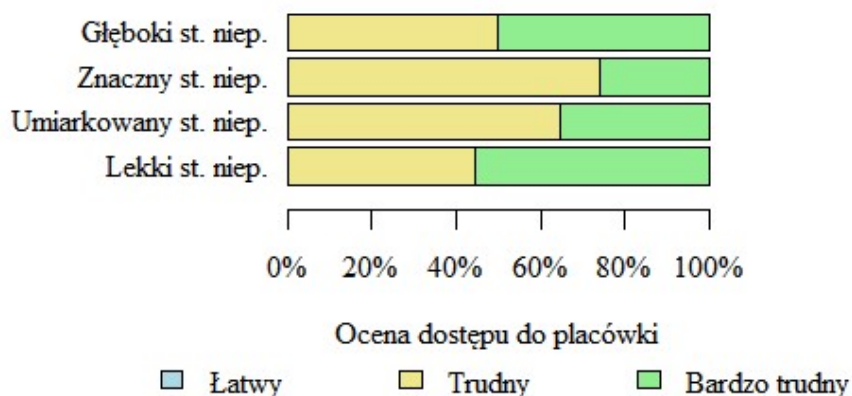
Rycina 17. Odpowiedzi na pytanie „Jak rodzice oceniają dostęp do placówki medycznej świadczącej usługi stomatologiczne dzieciom niepełnosprawnym?” z uwzględnieniem płci.



Rycina 18. Odpowiedzi na pytanie „Jak rodzice oceniają dostęp do placówki medycznej świadczącej usługi stomatologiczne dzieciom niepełnosprawnym?” z uwzględnieniem wieku.



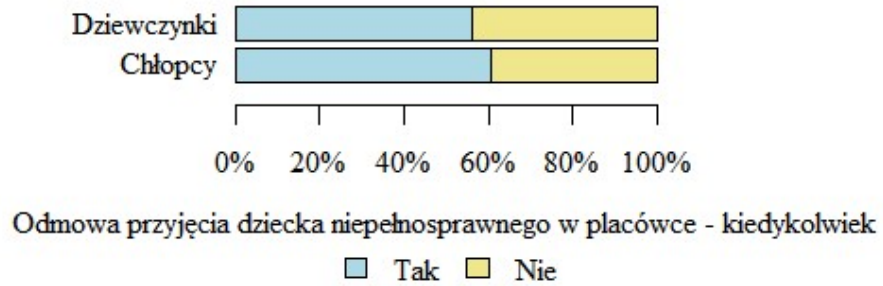
Rycina 19. Odpowiedzi na pytanie „Jak rodzice oceniają dostęp do placówki medycznej świadczącej usługi stomatologiczne dzieciom niepełnosprawnym?” z uwzględnieniem rodzaju niepełności.



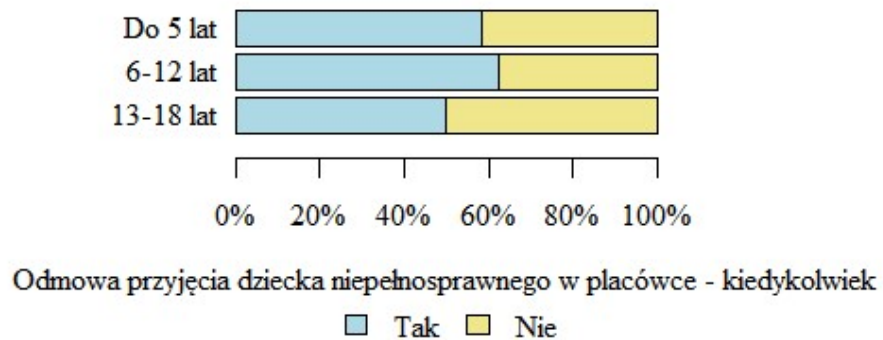
Rycina 20. Odpowiedzi na pytanie „Jak rodzice oceniają dostęp do placówki medycznej świadczącej usługi stomatologiczne dzieciom niepełnosprawnym?” z uwzględnieniem stopnia niepełności.

5.19. Odmowa przyjęcia

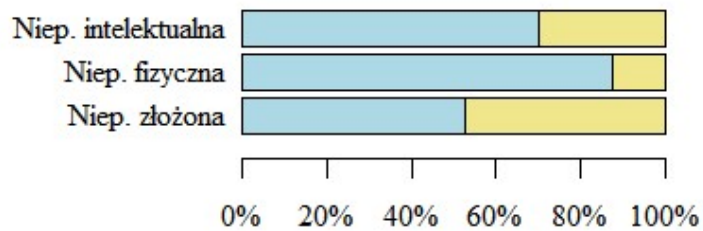
Około 50% rodziców/opiekunów dzieci niepełnosprawnych spotkało się z odmową przyjęcia w placówce (Ryciny 21-24).



Rycina 21. Odpowiedzi na pytanie „Czy którakolwiek placówka medyczna świadcząca usługi stomatologiczne odmówiła przyjęcia dziecka?” z uwzględnieniem płci.



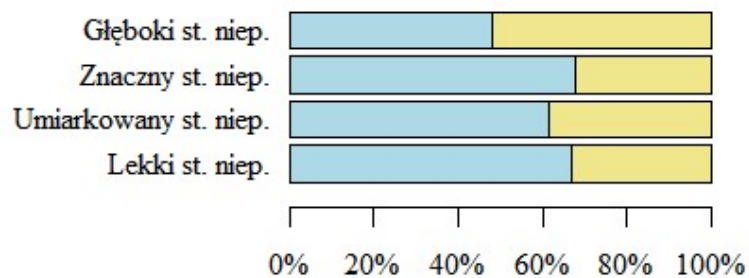
Rycina 22. Odpowiedzi na pytanie „Czy którakolwiek placówka medyczna świadcząca usługi stomatologiczne odmówiła przyjęcia dziecka?” z uwzględnieniem wieku.



Odmowa przyjęcia dziecka niepełnosprawnego w placówce - kiedykolwiek

■ Tak ■ Nie

Rycina 23. Odpowiedzi na pytanie „Czy którakolwiek placówka medyczna świadcząca usługi stomatologiczne odmówiła przyjęcia dziecka?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.



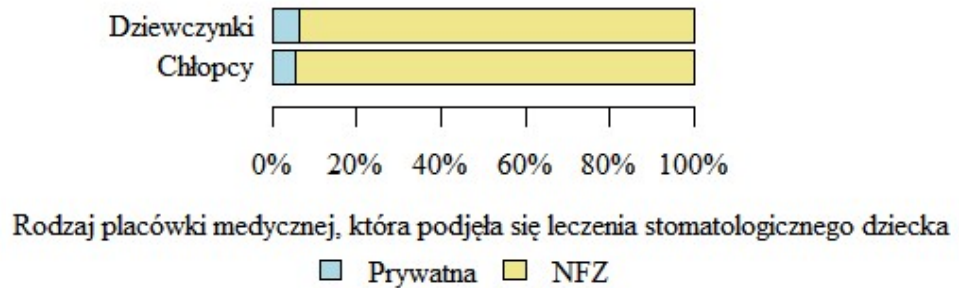
Odmowa przyjęcia dziecka niepełnosprawnego w placówce - kiedykolwiek

■ Tak ■ Nie

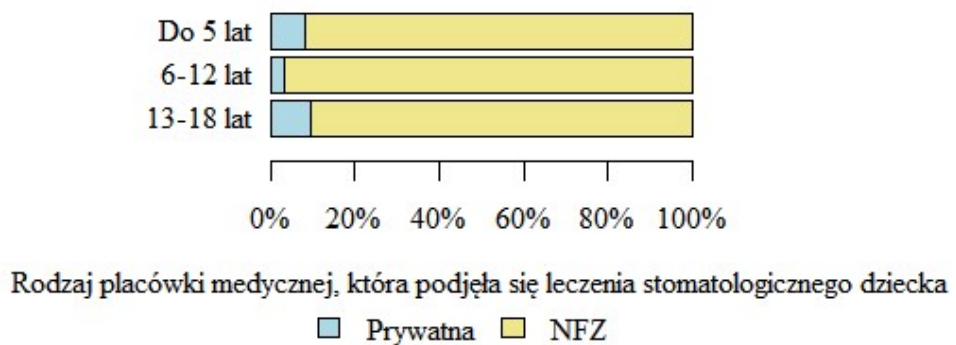
Rycina 24. Odpowiedzi na pytanie „Czy którakolwiek placówka medyczna świadcząca usługi stomatologiczne odmówiła przyjęcia dziecka?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

5.20. Rodzaj placówki medycznej

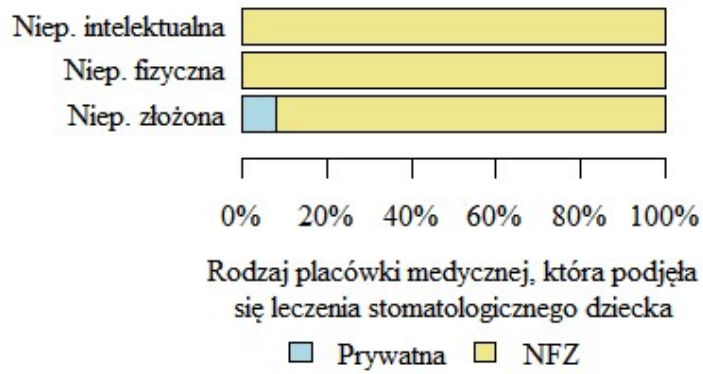
Ponad 90% dzieci niepełnosprawnych korzystało z leczenia stomatologicznego w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (Ryciny 25-28).



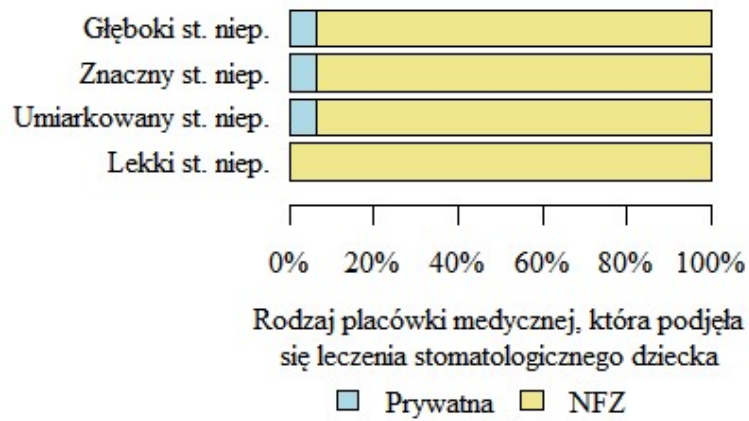
Rycina 25. Odpowiedzi na pytanie „Rodzaj placówki medycznej, która podjęła się leczenia stomatologicznego dziecka” z uwzględnieniem płci.



Rycina 26. Odpowiedzi na pytanie „Rodzaj placówki medycznej, która podjęła się leczenia stomatologicznego dziecka” z uwzględnieniem wieku.



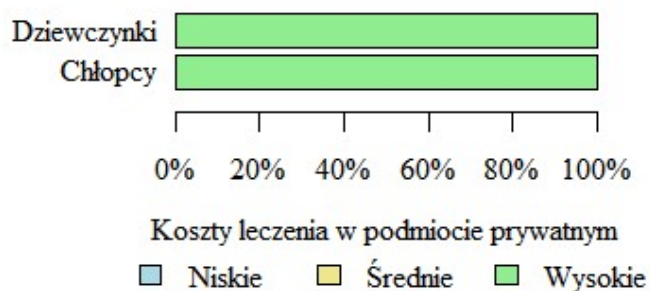
Rycina 27. Odpowiedzi na pytanie „Rodzaj placówki medycznej, która podjęła się leczenia stomatologicznego dziecka” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.



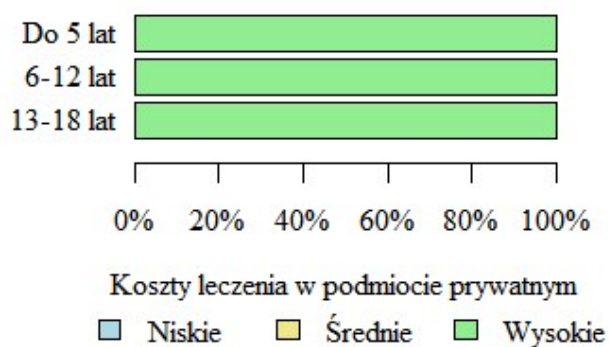
Rycina 28. Odpowiedzi na pytanie „Rodzaj placówki medycznej, która podjęła się leczenia stomatologicznego dziecka” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

5.21. Koszty leczenia

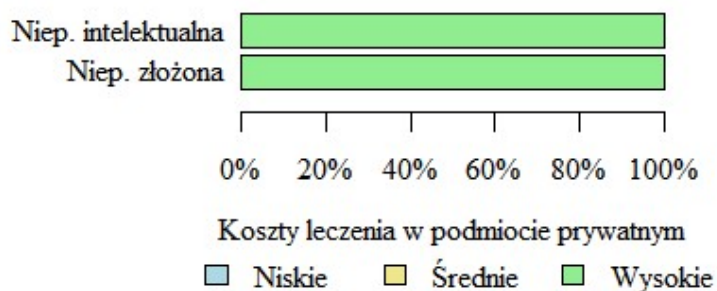
Wszyscy rodzice/opiekunowie dzieci uważali koszty leczenia stomatologicznego w gabinecie prywatnym za wysokie (Ryciny 29-32).



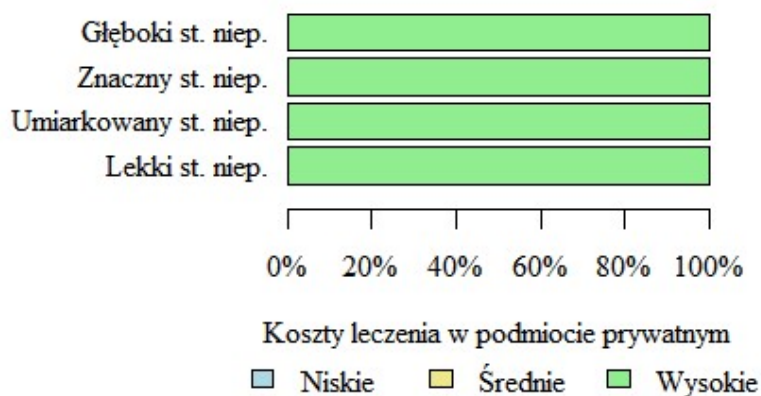
Rycina 29. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku wizyty w prywatnym podmiocie leczniczym koszty leczenia dziecka niepełnosprawnego” z uwzględnieniem płci.



Rycina 30. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku wizyty w prywatnym podmiocie leczniczym koszty leczenia dziecka niepełnosprawnego” z uwzględnieniem wieku.



Rycina 31. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku wizyty w prywatnym podmiocie leczniczym koszty leczenia dziecka niepełnosprawnego” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.



Rycina 32. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku wizyty w prywatnym podmiocie leczniczym koszty leczenia dziecka niepełnosprawnego” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

5.22. Czas oczekiwania na wizytę

Odnotowano istotne statystycznie różnice pomiędzy odpowiedziami rodziców/opiekunów dzieci w różnym wieku w odniesieniu do pytania dotyczącego czasu oczekiwania na wizytę u lekarza stomatologa (Tabela 15).

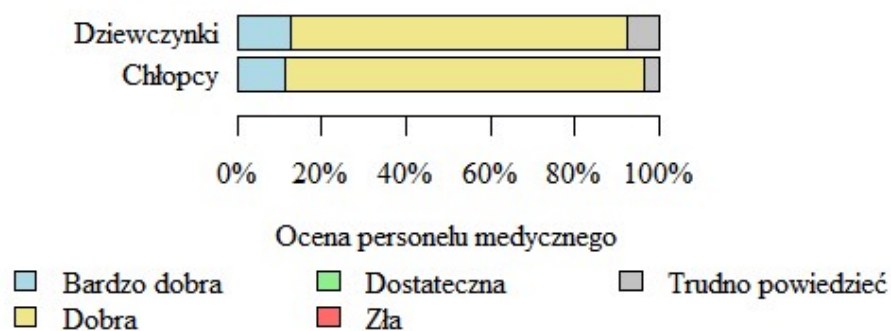
Tabela 15. Odpowiedzi na pytanie „Jaki jest czas oczekiwania na wizytę dziecka do lekarza dentysty?” z uwzględnieniem wieku.

Czas oczekiwania na wizytę	Wiek dziecka			p
	do 5 lat	6-12 lat	13-18 lat	
poniżej tygodnia	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,033
około miesiąca	1 (4,17%)	8 (13,11%)	6 (18,75%)	
około 3 miesięcy	1 (4,17%)	1 (1,64%)	5 (15,62%)	
poniżej 6 miesięcy	22 (91,67%)	52 (85,25%)	21 (65,62%)	

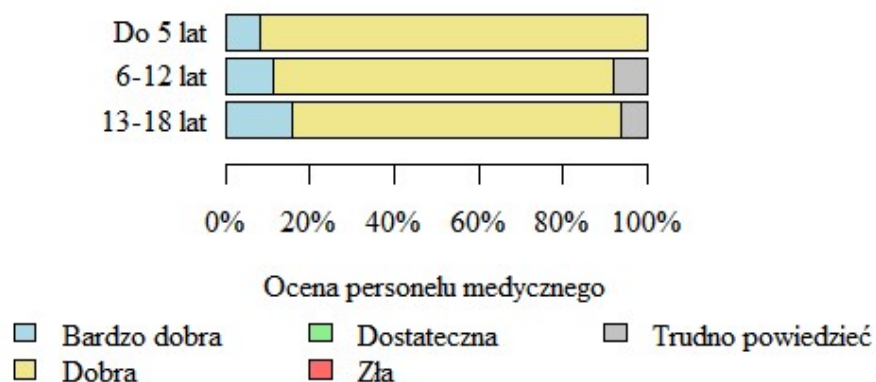
p - dokładny test Fishera

5.23. Ocena personelu medycznego

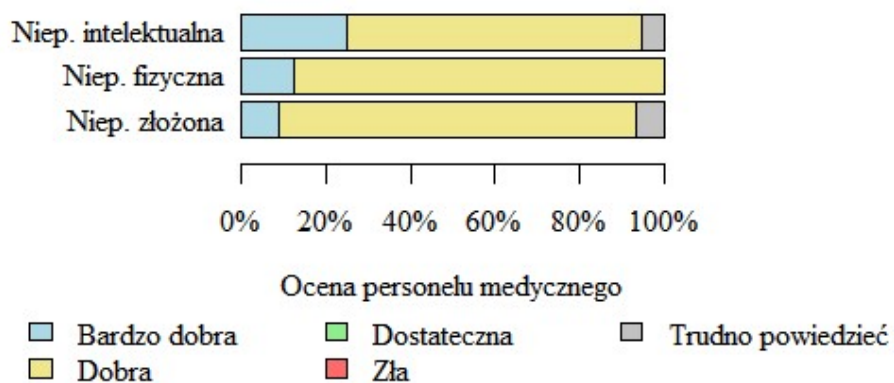
Najczęściej personel medyczny otrzymywał od rodziców/opiekunów dzieci niepełnosprawnych ocenę dobrą. Nie wskazano odpowiedzi dostateczna lub zła (Ryciny 33-36).



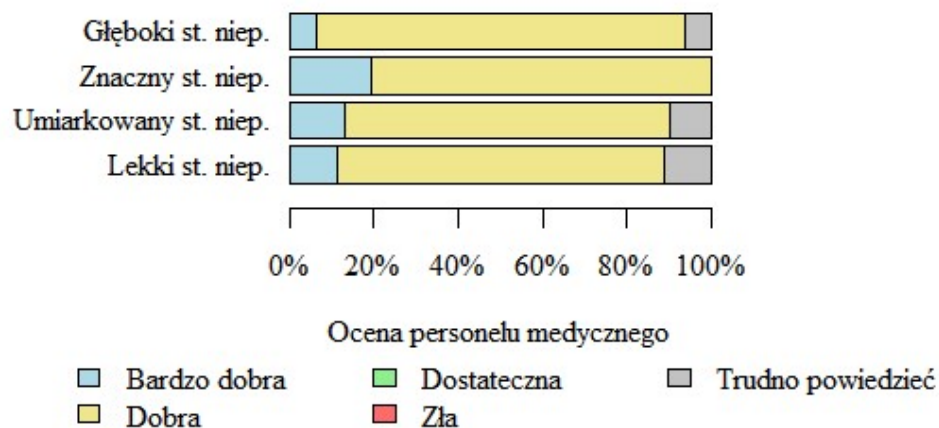
Rycina 33. Odpowiedzi na pytanie „Jak ocenia Pan/Pani personel medyczny placówki, w której leczono stomatologicznie dziecko?” z uwzględnieniem płci.



Rycina 34. Odpowiedzi na pytanie „Jak ocenia Pan/Pani personel medyczny placówki, w której leczono stomatologicznie dziecko?” z uwzględnieniem wieku.



Rycina 35. Odpowiedzi na pytanie „Jak ocenia Pan/Pani personel medyczny placówki, w której leczono stomatologicznie dziecko?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.



Rycina 36. Odpowiedzi na pytanie „Jak ocenia Pan/Pani personel medyczny placówki, w której leczono stomatologicznie dziecko?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

5.24. Bariery funkcjonalne w placówce

Bariery funkcjonalne w placówce zgłosiło łącznie 36 (30,77%) rodziców/opiekunów, w tym 20 (31,25%) dziewczynek oraz 16 (30,19%) chłopców. Bariery nie napotkało 81 (69,23%) rodziców/opiekunów, z czego 44 (68,75%) opiekowało się dziewczynkami, a 37 (69,81%) chłopcami.

Zauważono istotne statystycznie różnice pomiędzy odpowiedziami rodziców/opiekunów dzieci z różnymi rodzajami niepełnosprawności (Tabela 16). Najczęściej bariery funkcjonalne w placówce dotyczyły dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, a najrzadziej osób z niepełnosprawnością złożoną. Bariery zauważyło 11 (55,00%) rodziców/opiekunów dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, 4 (50,00%) z niepełnosprawnością fizyczną oraz 21 (23,60%) z niepełnosprawnością złożoną. Bariery nie wystąpiły w przypadku 9 (45,00%) osób z niepełnosprawnością intelektualną, 4 (50,00%) z niepełnosprawnością fizyczną oraz 68 (76,40%) z niepełnosprawnością złożoną.

Tabela 16. Odpowiedzi na pytanie „Czy w placówce leczącej dziecko stomatologicznie były bariery funkcjonalne?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.

Bariery funkcjonalne w placówce	Rodzaj niepełnosprawności			p
	intelektualna	fizyczna	złożona	
tak	11 (55,00%)	4 (50,00%)	21 (23,60%)	p=0,011
nie	9 (45,00%)	4 (50,00%)	68 (76,40%)	

p - dokładny test Fishera

5.25. Bariery w dostępie do opieki stomatologicznej

Odnotowano istotne statystycznie różnice pomiędzy odpowiedziami rodziców/opiekunów dziewczynek i chłopców na pytanie odnoszące się do barier napotykanych w dostępie do opieki stomatologicznej dziecka (Tabela 17). Odpowiedź „trudno powiedzieć” częściej spostrzegano wśród rodziców/opiekunów dziewczynek. Łącznie takiej odpowiedzi udzieliło 23 (19,66%) respondentów, w tym 19 (29,69%) opiekującymi się dziewczynkami oraz 4 (7,55%) chłopcami.

Tabela 17. Odpowiedzi na pytanie „Na jaki rodzaj barier napotyka Państwo w dostępie do opieki stomatologicznej dziecka?” z uwzględnieniem płci.

Bariery napotykane w dostępie do opieki stomatologicznej dziecka	Płeć dziecka			p
	dziewczynki	chłopcy	łącznie	
bariery architektoniczne	11 (17,19%)	7 (13,21%)	18 (15,38%)	p=0,736
bariery w porozumiewaniu się	14 (21,88%)	10 (18,87%)	24 (20,51%)	p=0,864
gabinet znajduje się za daleko	9 (14,06%)	6 (11,32%)	15 (12,82%)	p=0,87
wysokie koszty leczenia	22 (34,38%)	13 (24,53%)	35 (29,91%)	p=0,34
brak podejścia personelu	2 (3,12%)	1 (1,89%)	3 (2,56%)	p=1
brak przygotowania gabinetu	5 (7,81%)	3 (5,66%)	8 (6,84%)	p=0,727
długi okres oczekiwania	23 (35,94%)	20 (37,74%)	43 (36,75%)	p=0,993
odmowa lekarza	7 (10,94%)	5 (9,43%)	12 (10,26%)	p=1
brak współpracy	3 (4,69%)	2 (3,77%)	5 (4,27%)	p=1
brak czasu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
inne	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
nie wiem	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
trudno powiedzieć	19 (29,69%)	4 (7,55%)	23 (19,66%)	p=0,006*

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

* Zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Zauważono istotne statystycznie różnice pomiędzy dziećmi w różnym wieku (Tabela 18). Odpowiedź dotycząca znacznego dystansu pomiędzy miejscem zamieszkania i gabinetem stomatologicznym („gabinet znajduje się za daleko”) najczęściej odnotowywana była wśród rodziców/opiekunów dzieci w wieku 13-18 lat, a najrzadziej wśród opiekujących się dziećmi w wieku do 5 lat. Według 7 (11,48%) rodziców/opiekunów dzieci w wieku 6-12 lat oraz 8 (25,00%) opiekujących się młodzieżą w wieku 13-18 lat gabinet był zbyt daleko. Odpowiedź dotyczącą wysokich kosztów leczenia najczęściej odnotowywano wśród rodziców/opiekunów dzieci

w wieku 13-18 lat, a najrzadziej wśród rodziców/opiekunów dzieci w wieku 6-12 lat, przy czym 6 (25,00%) respondentów opiekowało się dziećmi w wieku do 5 lat, 14 (22,95%) osobami w wieku 6-12 lat oraz 15 (46,88%) nastolatkami w wieku 13-18 lat.

Tabela 18. Odpowiedzi na pytanie „Na jaki rodzaj barier napotyka Państwo w dostępie do opieki stomatologicznej dziecka?” z uwzględnieniem wieku.

Bariery napotymane w dostępie do opieki stomatologicznej dziecka	Wiek dziecka			p
	do 5 lat	6-12 lat	13-18 lat	
bariery architektoniczne	2 (8,33%)	9 (14,75%)	7 (21,88%)	p=0,384
bariery w porozumiewaniu się	4 (16,67%)	10 (16,39%)	10 (31,25%)	p=0,227
gabinet znajduje się za daleko	0 (0,00%)	7 (11,48%)	8 (25,00%)	p=0,02*
wysokie koszty leczenia	6 (25,00%)	14 (22,95%)	15 (46,88%)	p=0,048*
brak podejścia personelu	0 (0,00%)	2 (3,28%)	1 (3,12%)	p=1
brak przygotowania gabinetu	2 (8,33%)	4 (6,56%)	2 (6,25%)	p=1
długi okres oczekiwania	9 (37,50%)	22 (36,07%)	12 (37,50%)	p=0,987
odmowa lekarza	2 (8,33%)	4 (6,56%)	6 (18,75%)	p=0,214
brak współpracy	1 (4,17%)	2 (3,28%)	2 (6,25%)	p=0,835
brak czasu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
inne	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
nie wiem	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
trudno powiedzieć	3 (12,50%)	13 (21,31%)	7 (21,88%)	p=0,645

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

* Zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Analiza statystyczna wykazała istotne różnice pomiędzy odpowiedziami respondentów opiekujących się dziećmi z różnymi rodzajami niepełnosprawności (Tabela 19). Odpowiedź odnoszącą się do odmowy lekarza najczęściej odnotowywano wśród rodziców/opiekunów dzieci z niepełnosprawnością fizyczną, a najrzadziej wśród osób sprawujących opiekę nad dziećmi z niepełnosprawnością złożoną, przy czym problem ten zgłosiło 4 (20,00%) respondentów zajmujących się dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną, 3 (37,50%) z niepełnosprawnością fizyczną oraz 5 (5,62%) z niepełnosprawnością złożoną. Odpowiedź dotyczącą braku odpowiedniego przygotowania gabinetu najczęściej spostrzegano wśród rodziców/opiekunów dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, a najrzadziej wśród rodziców/opiekunów dzieci z niepełnosprawnością fizyczną. Na trudność taką zwróciło uwagę 4 (20,00%) respondentów będących rodzicami/opiekunami osób z niepełnosprawnością intelektualną, 1 (12,50%) z niepełnosprawnością fizyczną oraz 3 (3,37%) z niepełnosprawnością złożoną.

Tabela 19. Odpowiedzi na pytanie „Na jaki rodzaj barier napotykają Państwo w dostępie do opieki stomatologicznej dziecka?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.

Bariery napotykane w dostępie do opieki stomatologicznej dziecka	Rodzaj niepełnosprawności			p
	intelektualna	fizyczna	złożona	
bariery architektoniczne	3 (15,00%)	2 (25,00%)	13 (14,61%)	p=0,726
bariery w porozumiewaniu się	7 (35,00%)	2 (25,00%)	15 (16,85%)	p=0,181
gabinet znajduje się za daleko	5 (25,00%)	1 (12,50%)	9 (10,11%)	p=0,19
wysokie koszty leczenia	7 (35,00%)	3 (37,50%)	25 (28,09%)	p=0,715
brak podejścia personelu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (3,37%)	p=1
brak przygotowania gabinetu	4 (20,00%)	1 (12,50%)	3 (3,37%)	p=0,026*
długi okres oczekiwania	8 (40,00%)	5 (62,50%)	30 (33,71%)	p=0,248
odmowa lekarza	4 (20,00%)	3 (37,50%)	5 (5,62%)	p=0,007*
brak współpracy	2 (10,00%)	0 (0,00%)	3 (3,37%)	p=0,461
brak czasu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
inne	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
nie wiem	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
trudno powiedzieć	4 (20,00%)	1 (12,50%)	18 (20,22%)	p=1

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

* Zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Istotne statystycznie różnice zauważono także pomiędzy dziećmi z różnymi stopniami niepełnosprawności (Tabela 20). Odpowiedzi „wysokie koszty leczenia” i „brak przygotowania gabinetu” najczęściej spostrzegane były wśród rodziców/opiekunów dzieci z niepełnosprawnością w stopniu lekkim, a najrzadziej wśród sprawujących opiekę nad dziećmi z niepełnosprawnością w stopniu znacznym. Na wysokie koszty leczenia napotkało 11 (23,91%) osób z niepełnosprawnością w stopniu głębokim, 7 (22,58%) w stopniu znacznym, 10 (32,26%) w stopniu umiarkowanym oraz 7 (77,78%) w stopniu lekkim. Brak przygotowania gabinetu zgłosiły 3 (6,52%) osoby opiekujące się dziećmi z niepełnosprawnością w stopniu głębokim, 2 (6,45%) w stopniu umiarkowanym oraz 3 (33,33%) w stopniu lekkim. Odpowiedź dotyczącą braku współpracy najczęściej podawali rodzice/opiekunowie dzieci z niepełnosprawnością w stopniu lekkim, a najrzadziej zajmujący się dziećmi z niepełnosprawnością w stopniu głębokim. Brak współpracy zgłosili rodzice/opiekunowie 1 (3,23%) dziecka z niepełnosprawnością w stopniu znacznym, 2 (6,45%) w stopniu umiarkowanym oraz 2 (22,22%) w stopniu lekkim.

Tabela 20. Odpowiedzi na pytanie „Na jaki rodzaj barier napotyka Państwo w dostępie do opieki stomatologicznej dziecka?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Bariery napotymane w dostępie do opieki stomatologicznej dziecka	Stopień niepełnosprawności				p
	głęboki	znaczny	umiarkowany	lekki	
bariery architektoniczne	5 (10,87%)	6 (19,35%)	5 (16,13%)	2 (22,22%)	p=0,628
bariery w porozumiewaniu się	7 (15,22%)	5 (16,13%)	8 (25,81%)	4 (44,44%)	p=0,192
gabinet znajduje się za daleko	6 (13,04%)	2 (6,45%)	3 (9,68%)	4 (44,44%)	p=0,051
wysokie koszty leczenia	11 (23,91%)	7 (22,58%)	10 (32,26%)	7 (77,78%)	p=0,014*
brak podejścia personelu	1 (2,17%)	1 (3,23%)	1 (3,23%)	0 (0,00%)	p=1
brak przygotowania gabinetu	3 (6,52%)	0 (0,00%)	2 (6,45%)	3 (33,33%)	p=0,016*
długi okres oczekiwania	13 (28,26%)	12 (38,71%)	12 (38,71%)	6 (66,67%)	p=0,172
odmowa lekarza	2 (4,35%)	4 (12,90%)	5 (16,13%)	1 (11,11%)	p=0,289
brak współpracy	0 (0,00%)	1 (3,23%)	2 (6,45%)	2 (22,22%)	p=0,017*
brak czasu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
inne	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
nie wiem	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
trudno powiedzieć	6 (13,04%)	9 (29,03%)	8 (25,81%)	0 (0,00%)	p=0,12

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

* Zależność istotna statystycznie (p<0,05)

5.26. Bariery architektoniczne

Zauważono istotne statystycznie różnice pomiędzy odpowiedziami rodziców/opiekunów sprawujących opiekę nad dziewczynkami i chłopcami w odniesieniu do napotykaných barier architektonicznych (Tabela 21). Brak miejsca postojowego zgłosiło łącznie 4 (3,42%) respondentów, z czego wszyscy wychowywali chłopców (7,55%).

Tabela 21. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku wystąpienia bariery architektonicznej proszę wskazać rodzaj” z uwzględnieniem płci.

Napotykanane bariery architektoniczne	Płeć dziecka			p
	dziewczynki	chłopcy	łącznie	
brak podjazdu	8 (12,50%)	5 (9,43%)	13 (11,11%)	p=0,818
brak podnośnika	2 (3,12%)	1 (1,89%)	3 (2,56%)	p=1
brak poręczy	0 (0,00%)	1 (1,89%)	1 (0,85%)	p=0,453
brak uchwyty	5 (7,81%)	2 (3,77%)	7 (5,98%)	p=0,454
obecność progów	0 (0,00%)	2 (3,77%)	2 (1,71%)	p=0,203
wąskie korytarza	8 (12,50%)	5 (9,43%)	13 (11,11%)	p=0,818
różnica poziomów	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
zbyt wąskie drzwi	2 (3,12%)	3 (5,66%)	5 (4,27%)	p=0,657
brak podłóg antypoślizgowych	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
brak przycisków oświetlenia	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
brak miejsca postojowego	0 (0,00%)	4 (7,55%)	4 (3,42%)	p=0,039*
inne	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

* Zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Odnotowano także istotne statystycznie różnice pomiędzy dziećmi z różnymi rodzajami niepełnosprawności (Tabela 22). Odpowiedź dotyczącą braku podnośnika zgłosili jedynie rodzice/opiekunowie dzieci z niepełnosprawnością intelektualną.

Tabela 22. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku wystąpienia bariery architektonicznej proszę wskazać rodzaj” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.

Napotymane bariery architektoniczne	Rodzaj niepełnosprawności			p
	intelektualna	fizyczna	złożona	
brak podjazdu	3 (15,00%)	2 (25,00%)	8 (8,99%)	p=0,21
brak podnośnika	3 (15,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,007*
brak poręczy	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,12%)	p=1
brak uchwytów	0 (0,00%)	2 (25,00%)	5 (5,62%)	p=0,082
obecność progów	1 (5,00%)	0 (0,00%)	1 (1,12%)	p=0,423
wąskie korytarza	3 (15,00%)	1 (12,50%)	9 (10,11%)	p=0,669
różnica poziomów	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
zbyt wąskie drzwi	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (5,62%)	p=0,709
brak podłóg antypoślizgowych	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
brak przycisków oświetlenia	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
brak miejsca postojowego	1 (5,00%)	0 (0,00%)	3 (3,37%)	p=0,671
inne	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

* Zależność istotna statystycznie (p<0,05)

5.27. Bariery w komunikowaniu się

Analiza wyników badania socjomedycznego wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy odpowiedziami respondentów opiekujących się dziewczynkami i chłopcami w odniesieniu do barier w komunikowaniu się (Tabela 23). Odpowiedź dotyczącą braku możliwości komunikowania się w gabinecie przy pomocy języka migowego częściej zgłaszali rodzice/opiekunowie chłopców, przy czym problem ten dotyczył 8 (6,84%) osób, z czego wszyscy byli chłopcami (15,09%). Odpowiedź odnoszącą się do braku cierpliwości i chęci lekarza do nawiązania kontaktu z dzieckiem częściej spostrzegano wśród rodziców/opiekunów dziewczynek. Na problem ten wskazywało 9 (7,69%) respondentów, w tym 8 (12,50%) wychowujących dziewczynki oraz 1 (1,89%) chłopca.

Tabela 23. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku wystąpienia bariery w komunikowaniu się proszę wskazać rodzaj” z uwzględnieniem płci.

Napotymane bariery w komunikowaniu się	Płeć dziecka			p
	dziewczynki	chłopcy	łącznie	
brak sygnalizatorów	3 (4,69%)	2 (3,77%)	5 (4,27%)	p=1
brak cierpliwości	8 (12,50%)	1 (1,89%)	9 (7,69%)	p=0,039*
język migowy	0 (0,00%)	8 (15,09%)	8 (6,84%)	p=0,001*
brak tłumacza	11 (17,19%)	10 (18,87%)	21 (17,95%)	p=1

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

* Zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Odnotowano istotne statystycznie różnice pomiędzy dziećmi z różnymi rodzajami niepełnosprawności (Tabela 24). Odpowiedzi dotyczące braku cierpliwości lekarza i braku tłumacza języka migowego podczas wizyty najczęściej odnotowywano wśród rodziców/opiekunów dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, a najrzadziej wśród zajmujących się osobami z niepełnosprawnością złożoną. Brak cierpliwości zgłosiło 4 (20,00%) respondentów spośród ogółu rodziców/opiekunów sprawujących opiekę nad dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną, 1 (12,50%) z niepełnosprawnością fizyczną oraz 4 (4,49%) z niepełnosprawnością złożoną. Brak tłumacza zaznaczyło odpowiednio 8 (40,00%), 2 (25,00%) oraz 11 (12,36%) osób.

Tabela 24. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku wystąpienia bariery w komunikowaniu się proszę wskazać rodzaj” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.

Napotymane bariery w komunikowaniu się	Rodzaj niepełnosprawności			p
	intelektualna	fizyczna	złożona	
brak sygnalizatorów	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (5,62%)	p=0,709
brak cierpliwości	4 (20,00%)	1 (12,50%)	4 (4,49%)	p=0,045*
język migowy	0 (0,00%)	0 (0,00%)	8 (8,99%)	p=0,5
brak tłumacza	8 (40,00%)	2 (25,00%)	11 (12,36%)	p=0,011*

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

* Zależność istotna statystycznie (p<0,05)

5.28. Kompleksowa opieka

Dziewczynki częściej niż chłopcy objęte zostały kompleksową stomatologiczną opieką specjalistyczną (Tabela 25). Pozytywnej odpowiedzi na pytanie „Czy pacjent otrzymał kompleksową stomatologiczną opiekę specjalistyczną i wszystkie zaplanowane procedury zostały wykonane?” udzieliło 74 (63,25%) spośród ogółu respondentów, w tym 46 (71,88%) wychowujących dziewczynki oraz 28 (52,83%) sprawujących opiekę nad chłopcami. Negatywna odpowiedź uzyskana została od rodziców/opiekunów 3 (2,56%) dzieci, z czego wszystkie były płci męskiej (5,66%). Na pytanie nie potrafiło odpowiedzieć 40 (34,19%) ankietowanych, w tym 18 (28,12%) wychowujących dziewczynki oraz 22 (41,51%) chłopców.

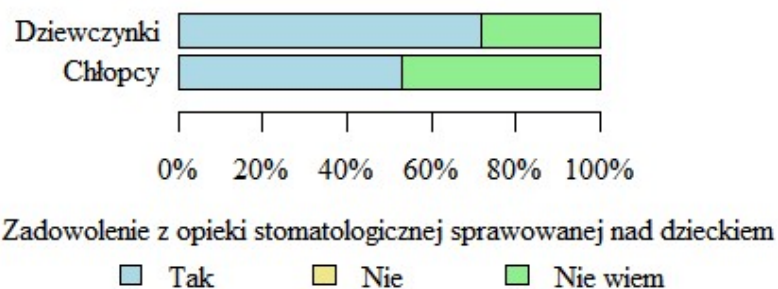
Tabela 25. Odpowiedzi na pytanie „Czy pacjent otrzymał kompleksową stomatologiczną opiekę specjalistyczną i wszystkie zaplanowane procedury zostały wykonane?” z uwzględnieniem płci.

Czy pacjent otrzymał kompleksową stomatologiczną opiekę specjalistyczną i wszystkie zaplanowane procedury zostały wykonane?	Płeć dziecka			p
	dziewczynki	chłopcy	łącznie	
tak	46 (71,88%)	28 (52,83%)	74 (63,25%)	p=0,029
nie	0 (0,00%)	3 (5,66%)	3 (2,56%)	
nie wiem	18 (28,12%)	22 (41,51%)	40 (34,19%)	

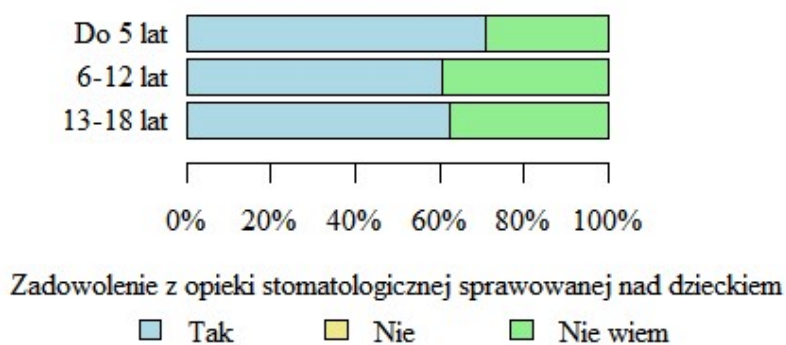
p - dokładny test Fishera

5.29. Zadowolenie z opieki stomatologicznej

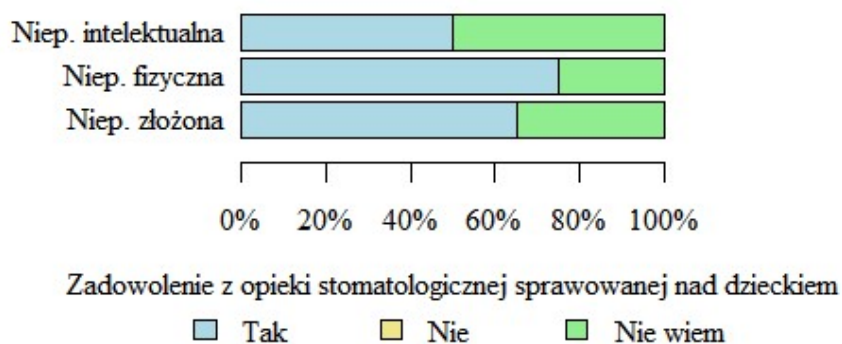
Ponad 50% osób wypełniających kwestionariusz było zadowolonych z opieki stomatologicznej sprawowanej nad dzieckiem niepełnosprawnym (Ryciny 37-40).



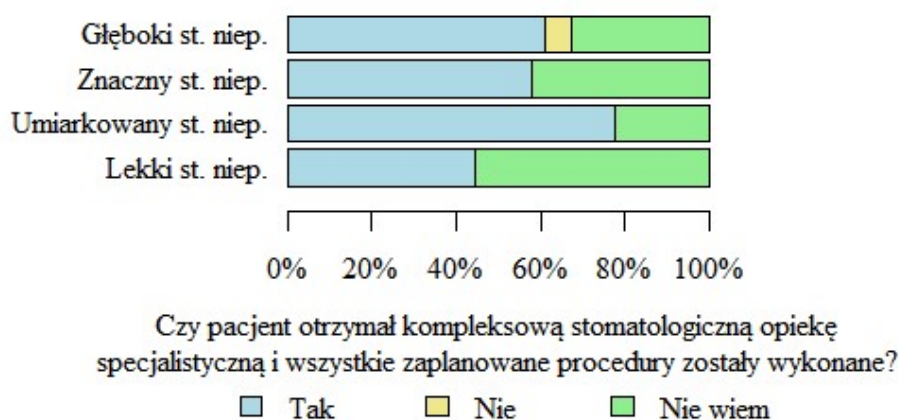
Rycina 37. Odpowiedzi na pytanie „Czy jest Pan/Pani zadowolony z opieki stomatologicznej sprawowanej nad dzieckiem?” z uwzględnieniem płci.



Rycina 38. Odpowiedzi na pytanie „Czy jest Pan/Pani zadowolony z opieki stomatologicznej sprawowanej nad dzieckiem?” z uwzględnieniem wieku.



Rycina 39. Odpowiedzi na pytanie „Czy jest Pan/Pani zadowolony z opieki stomatologicznej sprawowanej nad dzieckiem?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.



Rycina 40. Odpowiedzi na pytanie „Czy jest Pan/Pani zadowolony z opieki stomatologicznej sprawowanej nad dzieckiem?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

5.30. Źródła informacji

Jako źródło informacji dotyczących placówek zajmujących się leczeniem stomatologicznym dzieci niepełnosprawnych najczęściej wskazywano na internet. Odpowiedź taką uzyskano od 104 (88,89%) osób, które wychowywały 55 (85,94%) dziewczynek oraz 49 (92,45%) chłopców. Lekarz rodzinny bądź pediatra wskazał placówkę, która może podjąć się leczenia dziecka niepełnosprawnego w przypadku 20 (17,09) osób, które były rodzicami/opiekunami 12 (18,75%) dziewczynek oraz

8 (15,09%) chłopców. Rodzina lub znajomi udzielili informacji łącznie 39 (33,33%) rodzicom/opiekunom, w tym 23 (35,94%) sprawującym opiekę nad dziewczynkami oraz 16 (30,19%) chłopcami.

Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy odpowiedziami respondentów wychowujących dzieci z różnymi rodzajami niepełnosprawności (Tabela 26). Odpowiedź wskazująca na rodzinę bądź znajomych jako źródło informacji o placówce, która mogłaby zająć się leczeniem stomatologicznym dziecka, najczęściej uzyskiwana była od rodziców/opiekunów dzieci z niepełnosprawnością fizyczną, a najrzadziej wśród respondentów zajmujących się dziećmi z niepełnosprawnością złożoną. Rodzina lub znajomi udzielili informacji o takiej placówce 6 (30,00%) rodzicom/opiekunom dziecka z niepełnosprawnością intelektualną, 7 (87,50%) z niepełnosprawnością fizyczną oraz 26 (29,21%) z niepełnosprawnością złożoną. Informacje uzyskane w internecie pomogły w znalezieniu właściwego gabinetu 17 (85,00%) rodzicom/opiekunom pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną, 7 (87,50%) z niepełnosprawnością fizyczną oraz 80 (89,89%) z niepełnosprawnością złożoną. Lekarz rodzinny bądź pediatra wskazał placówkę stomatologiczną jedynie 6 (30,00%) osobom wychowującym dziecko z niepełnosprawnością intelektualną, 1 (12,50%) z niepełnosprawnością fizyczną oraz 13 (14,61%) z niepełnosprawnością złożoną.

Tabela 26. Odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób szuka Pan/Pani placówki medycznej zajmującej się leczeniem stomatologicznym dzieci niepełnosprawnych?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.

Źródła informacji o placówkach zajmujących się leczeniem stomatologicznym dzieci niepełnosprawnych	Rodzaj niepełnosprawności			p
	intelektualna	fizyczna	złożona	
internet	17 (85,00%)	7 (87,50%)	80 (89,89%)	p=0,669
lekarz rodzinny/pediatra	6 (30,00%)	1 (12,50%)	13 (14,61%)	p=0,243
rodzina/znajomi	6 (30,00%)	7 (87,50%)	26 (29,21%)	p=0,006*

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

* Zależność istotna statystycznie (p<0,05)

5.31. Idealna placówka a częstotliwość wizyt

Dziewięćdziesięciu trzech (79,49%) rodziców/opiekunów, w tym 48 (75,00%) zajmujących się dziewczynkami oraz 45 (84,91%) chłopcami, przyznało, że znalezienie placówki spełniającej wszystkie oczekiwania zwiększyłoby częstość wizyt dziecka u lekarza stomatologa.

Odnotowano istotne statystycznie różnice pomiędzy odpowiedziami respondentów zajmujących się dziećmi z różnymi stopniami niepełnosprawności (Tabela 27). Znalezienie idealnej placówki przez rodziców/opiekunów najbardziej zwiększyłoby częstość wizyt u lekarza dentysty wśród dzieci z niepełnosprawnością w stopniu znacznym (90,32%).

Tabela 27. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku znalezienia placówki medycznej, która spełniałaby wszystkie Pani/Pana oczekiwania, czy zwiększy się częstotliwość wizyt dziecka u stomatologa?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Czy znalezienie placówki spełniającej wszystkie oczekiwania zwiększyłoby częstość wizyt dziecka u stomatologa?	Stopień niepełnosprawności				p
	głęboki	znaczny	umiarkowany	lekki	
tak	36 (78,26%)	28 (90,32%)	25 (80,65%)	4 (44,44%)	p=0,041
nie	10 (21,74%)	3 (9,68%)	6 (19,35%)	5 (55,56%)	

p - dokładny test Fishera

5.32. Obowiązujące przepisy i akty prawne odnoszące się do opieki stomatologicznej nad pacjentami z niepełnosprawnościami

Dokumenty, które przedstawiają prawa osób ze specjalnymi potrzebami leczniczymi zawarto w wielu międzynarodowych umowach, traktatach czy paktach.

Najważniejszą światową umową międzynarodową wywołującą skutki prawne jest Konwencja ONZ (Organizacji Narodów Zjednoczonych) o prawach osób niepełnosprawnych przyjęta 13 grudnia 2006 roku⁴⁶. W Polsce Sejm 15 czerwca 2012 roku uchwalił ustawę ratyfikacyjną, którą w dniu 6 września 2012 roku podpisał prezydent, tym samym wyrażono ostateczną zgodę na związanie się umową międzynarodową. Konwencja ta gwarantuje dzieciom i młodzieży z niepełnosprawnościami osiągnięcie możliwie najwyższego poziomu zdrowia na zasadzie równości z dziećmi bez orzeczonej niepełnosprawności oraz nakazuje usuwanie barier w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. Dokument zakazuje dyskryminacji czy traktowania osób niepełnosprawnych stereotypowo bądź przez pryzmat uprzedzeń. Stawia takie jednostki na równi z osobami zdrowymi, podkreślając także istotną ich rolę w społeczeństwie. Zobowiązuje strony umowy do działań mających na celu likwidację barier występujących we wszystkich dziedzinach życia, a także zapewnienia pomocy ze strony innych osób lub na przykład dodatkowego wsparcia ze strony psów przewodników.

Zgodnie z art. 20a Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych jednostki z tej populacji mają prawo wstępu wraz z psem asystującym do obiektów użyteczności publicznej, w tym do budynków i ich otoczenia przeznaczonych m.in. na potrzeby opieki zdrowotnej⁴⁷. Jednak właściciel zwierzęcia powinien zawsze posiadać ze sobą aktualne zaświadczenie dotyczące szczepień weterynaryjnych oraz certyfikat psa przewodnika.

Komitet ONZ do spraw Praw Osób Niepełnosprawnych zaleca stosowanie alfabetu Braille'a w przestrzeni publicznej oraz form elektronicznych dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami⁴⁶. Ponadto nakazuje otoczyć szczególną opieką tę populację w sytuacji nadzwyczajnej panującej w kraju. Konwencja gwarantuje osobom niepełnosprawnym dostęp do rehabilitacji, ponieważ to ona pomaga odzyskać lub polepszyć zdrowie, a tym samym poprawić zajmowaną pozycję w społeczeństwie. Państwo zobowiązane jest do zapewnienia programów zdrowotnych dedykowanych osobom niepełnosprawnym, które będą promowały profilaktykę oraz wczesne leczenie chorób współtowarzyszących niepełnosprawności. Szeroko rozumiana dostępność do świadczeń medycznych została także sprecyzowana poprzez lokalizację ośrodków zdrowia na terenach wiejskich. Konwencja nakłada na lekarzy oraz lekarzy dentystów obowiązek przyjęcia pacjenta niepełnosprawnego oraz zaleca szersze i respektowanie zarówno w sektorze prywatnym, jak i publicznym praw pacjentów niepełnosprawnych.

Traktat z Amsterdamu zmieniający Traktat o Unii Europejskiej, Traktaty ustanawiające Wspólnoty Europejskiej oraz niektóre związane z nimi akty, wszedł w życie w dniu 1 maja 1999 roku. Zawiera on między innymi punkt zakazujący dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność.

Traktat Lizboński z załączoną Kartą Praw Podstawowych Unii Europejskiej zaczął obowiązywać 1 grudnia 2009 roku w Unii Europejskiej i Polsce. Przedstawia zasady poszanowania godności człowieka, wolności, demokracji, równości, praworządności i poszanowania praw człowieka, w tym także praw osób należących do mniejszości. Karta Praw Podstawowych zawiera prawa osobiste, polityczne, obywatelskie, społeczne, gospodarcze, które przysługują obywatelom Unii Europejskiej.

Artykuł 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawia natomiast, że obowiązkiem państwa jest zapewnienie obywatelom ze specjalnymi potrzebami leczniczymi szczególnej opieki zdrowotnej. Podczas gdy Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 roku⁴⁸ reguluje podstawowy poziom opieki zdrowotnej. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku⁴⁹ oraz Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 roku⁵⁰ zapewniają wszystkim obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, który powinien być zgodny z aktualną wiedzą medyczną, bez względu na płeć, wyznanie, status socjoekonomiczny czy niepełnosprawność. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 roku⁵⁰ uprawnia lekarza do odmowy udzielenia świadczeń medycznych, natomiast musi zostać to wyjaśnione pacjentowi oraz uzasadnione w jego indywidualnej dokumentacji medycznej.

W świetle aktualnych przepisów i norm lekarz w Polsce nie powinien mieć prawa do odmowy świadczeń osobie, która z powodu swojej niepełnosprawności sprawia trudności w podejmowaniu działań mających na celu poprawę jej zdrowia. Ustawa o prawach pacjenta porusza także kwestie dyskomfortu czy negatywnych doznań psychicznych, których pacjent doświadczył od lekarza⁴⁹. Ustawa o zapewnieniu dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych nakłada obowiązek stworzenia narzędzi wspomagających zrozumienie przekazywanych treści przez osoby niepełnosprawne⁵¹. Zapewnienie obsługi strony internetowej z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się lub wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe

stanowi o usuwaniu barier w komunikowaniu się z pacjentem niepełnosprawnym, tym samym umożliwia uzyskanie specjalistycznej pomocy.

Aktualnie w Polsce nie istnieją systemowe rozwiązania ułatwiające dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej oraz stomatologicznej, nie istnieją schematy organizacji opieki sprawowanej nad pacjentami z niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi. Ustawa z dnia 29 listopada 1990 roku o pomocy społecznej zobowiązuje instytucje publiczne do udzielania pomocy osobom i rodzinom w szczególności z powodu m.in. upośledzenia fizycznego lub umysłowego⁵². Zgodnie z postanowieniami § 54 i 55 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 roku, w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie, budynek użyteczności publicznej, jakim jest placówka medyczna, musi być przystosowany dla osób niepełnosprawnych. Określone zostały podstawowe udogodnienia w postaci podjazdów, podnośnika dla niepełnosprawnych czy toalet.

Osobom z niepełnosprawnościami przysługują świadczenia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w takim samym zakresie, jak wszystkim pozostałym ubezpieczonym. Wyjątek stanowią zabiegi z wykorzystaniem znieczulenia ogólnego przy wykonywaniu stomatologicznych świadczeń gwarantowanych oraz stosowanie kompozytowych materiałów światłoutwardzalnych do wypełnień, które przysługują, jeśli wynika to ze wskazań medycznych, dzieciom i młodzieży niepełnosprawnej do 16. roku życia oraz osobom ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności⁵³.

6. DYSKUSJA

Zebrane dane z badania socjomedycznego, przeprowadzonego wśród rodziców i opiekunów, odnoszące się do opieki stomatologicznej sprawowanej nad dziećmi niepełnosprawnymi oraz analiza regulacji prawnych dotyczących tej tematyki, wskazują na niewystarczające działania w tym zakresie. Spostrzeżono, iż organizacja świadczeń stomatologicznych dla populacji pacjentów z niepełnosprawnością w Polsce jest niedostateczna. Respondenci podawali, iż wszystkie dzieci znajdowały się pod stałą opieką lekarza pediatry, natomiast jedynie 44,44% z nich odbywało systematyczne wizyty u lekarza dentysty. Ponadto zaobserwowano, że 23,08% rodziców/opiekunów nie pamiętało, kiedy odbyła się ostatnia wizyta u stomatologa, a 15,38% dzieci nigdy jeszcze nie było w gabinecie stomatologicznym. Uzyskane wyniki potwierdzają także wcześniejsze obserwacje poczynione przez innych autorów. Borysewicz-Lewicka i wsp. przeprowadzili, w 2017 roku, badanie kwestionariuszowe wśród rodziców/opiekunów 200 dzieci i młodzieży niepełnosprawnej i/lub z przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi, w wieku 3-17 lat, które objęte zostały opieką w przedszkolach, szkołach i stowarzyszeniach oraz znajdujących się na oddziale rehabilitacji w Poznaniu i Białymstoku⁶⁰. Autorzy odnotowali, iż 40,5% respondentów podało, że ich podopieczni odbyli wizytę u lekarza stomatologa w okresie krótszym niż ostatnie 6 miesięcy, 17,0% nie pamiętało, kiedy odbyła się ostatnia wizyta, a 18,5% dzieci nigdy jeszcze nie odwiedziło gabinetu stomatologicznego⁵⁴.

Obowiązkiem lekarza pierwszego kontaktu jest przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki u pacjenta, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości lub niepewnego rozpoznania zalecana jest konsultacja z lekarzem specjalistą. W przypadku dziecka niepełnosprawnego szczególnie ważną rolę odgrywa lekarz dentysta. Uwagę należy zwrócić na uzyskane dane dotyczące skierowania do lekarza dentysty przez lekarza rodzinnego czy pediatrę. Jedynie 14,53% badanych rodziców/opiekunów potwierdziło, iż kiedykolwiek ich dziecko otrzymało takie zalecenie, przy czym lekarz rodzinny skierował 17 (14,53%) dzieci, w tym 8 (12,50%) dziewczynek oraz 9 (16,98%) chłopców. Spośród ogółu badanych lekarz rodzinny bądź pediatra skierował 11 (23,91%) osób z niepełnosprawnością w stopniu głębokim, 2 (6,45%) w stopniu znacznym, 3 (9,68%) w stopniu umiarkowanym oraz 1 (11,11%) w stopniu lekkim. Borysewicz-Lewicka i wsp. również spostrzegli bardzo niski odsetek respondentów, których dziecko skierowane zostało do stomatologa przez lekarza rodzinnego (6,5%)

bądź innego specjalistę (13,0%)⁵⁴. Uzyskane wyniki potwierdzają również doniesienia opublikowane w latach 2008 oraz 2011, gdzie wykazano, że jedynie 6,3-10% małych dzieci z niepełnosprawnością otrzymuje skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu do lekarza dentystry, a schorzenia jamy ustnej wydają się mieć mniejsze znaczenie w porównaniu z chorobą podstawową^{22,23}. Podobne wyniki przedstawiono także w publikacji pt. „Ocena stomatologicznych zachowań zdrowotnych dzieci niepełnosprawnych – badania ankietowe rodziców” oraz w badaniach Rump i Przybylskiej, gdzie odpowiednio jedynie 10% oraz 9% dzieci z grupy badanej zostało skierowane przez pediatrę do stomatologa^{22,29}. Stąd też wydawałoby się konieczne wprowadzenie obowiązkowych systematycznych wizyt stomatologicznych dla dzieci z niepełnosprawnościami i/lub przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi. W momencie znalezienia lekarza dentystry, który zaangażowałby się w leczenie dziecka, kluczowe byłoby wyznaczenie terminu kolejnej wizyty terapeutycznej bądź kontrolnej. Rozwiązanie takie mogłoby stać się znacznym ułatwieniem dla rodziców/opiekunów, którzy w obliczu schorzenia podstawowego mogą nie pamiętać o konieczności odbywania kolejnych zabiegów profilaktyczno-leczniczych. Na podstawie analizy wyników przeprowadzonego badania kwestionariuszowego oraz istniejących przepisów prawnych można byłoby pokusić się o przedstawienie innowacyjnego rozwiązania systemu opieki stomatologicznej dedykowanej osobom niepełnosprawnym. Należy w pierwszej kolejności zwrócić szczególną uwagę na rolę lekarzy pediatrów. Każde dziecko powinno otrzymywać skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu i zgłaszać się na kolejną wizytę z krótką informacją o stanie zdrowia jamy ustnej od lekarza dentystry. Zezwoli to na wczesne wykrycie zmian chorobowych oraz wdrożenie działań profilaktycznych, które u pacjentów z niepełnosprawnościami są szczególnie ważne.

W przeprowadzonych badaniach własnych odnotowano, iż jedynie 19,66% rodziców/opiekunów uznało za stosowne skierowanie dziecka do lekarza dentystry. Powodem takiej wizyty była najczęściej konsultacja (36,75%), spostrzeżona choroba próchnicowa (13,68%) oraz dolegliwości bólowe zęba (12,82%). U 19 osób (16,24%) zastosowano znieczulenie ogólne, natomiast w przypadku 22 (18,80%) znieczulenie miejscowe. Dla porównania można przytoczyć dane uzyskane przez innych naukowców. Badania przeprowadzone w Poznaniu oraz w Białymstoku wykazały, iż spośród 200 dzieci i młodzieży aż u 25,5% rodzice zauważyli ubytek, który był powodem wizyty u lekarza stomatologa, natomiast 10,5% osób zgłosiło się z powodu dolegliwości bólowych⁵⁴. Uzyskane wyniki wskazują, że rodzice/opiekunowie nie

posiadają odpowiedniej wiedzy na temat profilaktyki chorób jamy ustnej, a często rozpoznanie dotyczące głównej choroby ogólnoustrojowej dziecka odciąga ich uwagę od schorzeń współistniejących. Proc i wsp. również dokonali podobnych spostrzeżeń i podkreślili, że często rodzice bądź opiekunowie są nieświadomi problemów dotyczących jamy ustnej ich niepełnosprawnego dziecka²². Stąd też warto byłoby wprowadzić jako obowiązkowy element wizyty u lekarza pierwszego kontaktu działań edukacyjnych mających na celu uświadamianie rodziców/opiekunów z zakresu profilaktyki oraz leczenia schorzeń jamy ustnej. Podobne wnioski przedstawiono po przeprowadzeniu badań w ramach ekspertyzy pt. „Epidemiologiczna ocena zdrowia jamy ustnej dzieci niepełnosprawnych i przewlekle chorych” zleconej przez Ministerstwo Zdrowia. Badania, które odbyły się w latach 2006-2007 w grupie dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, chorobami układu nerwowego oraz niedowidzących lub niewidomych, dowiodły braku współpracy pomiędzy lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej a lekarzami dentykami oraz niedostatecznej świadomości i edukacji stomatologicznej rodziców pacjentów niepełnosprawnych^{23,55,56}.

Większość rodziców/opiekunów (69,23%) podawała, iż nie napotykali na bariery funkcjonalne w placówce, w której przeprowadzane było leczenie stomatologiczne ich dziecka. Bardzo zbliżony wynik (67,50%) zaprezentowali autorzy pracy pt. „Ocena opieki stomatologicznej sprawowanej nad dziećmi z obniżoną sprawnością na podstawie badania socjomedycznego rodziców/opiekunów”⁵⁴. Natomiast część respondentów (30,77%) sprawujących opiekę nad dziećmi niepełnosprawnymi musiała zmierzyć się z problemami dotyczącymi dostępności do placówki medycznej świadczącej usługi stomatologiczne dla dzieci niepełnosprawnych. Żaden z rodziców/opiekunów nie podał, iż posiada łatwy dostęp do podmiotu leczniczego, a aż 59,83% osób określiło go jako trudny, podczas gdy 40,17% badanych jako bardzo trudny. Najczęstsze problemy, z którymi musieli się zmierzyć opiekunowie dzieci ze specjalnymi potrzebami leczniczymi, to wysokie koszty leczenia (29,91%), długi okres oczekiwania na wizytę (36,75%) oraz bariery w porozumiewaniu się pomiędzy lekarzem i pacjentem (20,50%). Wymienione trudności zostały wielokrotnie już wcześniej poruszone w publikacjach światowych oraz polskich autorów^{24,25,26,27,28}. Badania przeprowadzone w 2017 roku w Poznaniu oraz Białymstoku wykazały następujące utrudnienia w dostępie do leczenia stomatologicznego: wysokie koszty leczenia (13,00%), zbyt długi okres oczekiwania na wizytę (11,50%) oraz brak współpracy dziecka ze stomatologiem (8,00%)⁵⁴. Ponadto istotny aspekt stanowi sposób

komunikowania się lekarzy specjalistów oraz personelu pomocniczego z dzieckiem niepełnosprawnym, który według Wójciaka i wsp. jest kluczową determinantą w procesie leczenia dziecka ze specjalnymi potrzebami^{57,58,59,60}. Ponadto autorzy opracowań dostrzegają także problem w leczeniu stomatologicznym wynikający z ograniczonego kontaktu z osobą niepełnosprawną intelektualnie, który jest tym trudniejszy, im głębszy jest stopień niepełnosprawności^{61,62}.

Jak wykazały badania własne, jedynie 5,98% respondentów korzystało z prywatnej opieki stomatologicznej, natomiast pozostałe 94,02% rodziców/opiekunów zgłaszało się ze swoimi dziećmi do placówek świadczących usługi stomatologiczne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Należy dodać, iż często niedostosowanie pomieszczeń oraz brak wykwalifikowanego zespołu medycznego stanowią znaczącą barierę i uniemożliwiają odbycie wizyty w danym podmiocie leczniczym. Aż 58,12% rodziców/opiekunów podało, iż spotkało się z odmową przyjęcia dziecka niepełnosprawnego w gabinecie stomatologicznym. Prawdopodobnie przypadki odmowy leczenia wynikały z braku istnienia organów uprawnionych do nadzorowania podmiotów leczniczych pod względem występowania barier architektonicznych, organizacyjnych czy też w komunikowaniu się. Szczególnie zaznaczyć należy, iż każdy świadczeniodawca, który zgłasza gotowość do udzielania świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, powinien obowiązkowo przystosować podmiot medyczny oraz przygotować pracujący w nim personel do współpracy z pacjentem niepełnosprawnym, a także w ramach umowy przejąć obowiązek przyjęcia takiej osoby pod rygorem rozwiązania wszystkich zawartych umów. Niestety, jak wynika z obserwacji własnych, w wielu przypadkach zasada ta nie jest przestrzegana.

Najczęstsze bariery architektoniczne zgłaszane przez rodziców/opiekunów to brak podjazdu do wejścia (11,11%), zbyt wąskie korytarze (11,11%) oraz brak uchwytów w pomieszczeniach sanitarnych (5,98%). Trudności wynikały także ze znacznej odległości podmiotu leczniczego od miejsca zamieszkania dziecka, co w konsekwencji zaczynało generować dodatkowe koszty związane z transportem pacjenta. Świadczenia w ramach publicznej służby zdrowia wiązały się ponadto z długim oczekiwaniem na pierwszy wolny termin wizyty oraz z wdrażaniem większej liczby personelu medycznego podczas procesu leczniczego. Brak jednego lekarza prowadzącego dziecko w zakresie opieki stomatologicznej zniechęcał rodziców/opiekunów do wizyt, ponieważ obligowało ich to do wielokrotnego ponownego przedstawiania historii choroby, często już od pierwszych miesięcy życia dziecka. Ponadto respondenci podawali, iż 12,82%

pacjentów oczekiwało na wizytę około miesiąca, 5,98% dzieci około 3 miesięcy oraz 81,20% osób poniżej 6 miesięcy. Podczas umawiania wizyty dla dziecka, poza oczywistym problemem, jakim był długi okres oczekiwania na wizytę, rodzice/opiekunowie zgłaszali także problemy w porozumiewaniu się pacjenta z personelem medycznym w placówce. Największą barierą w komunikowaniu się był brak możliwości udziału w wizycie tłumacza języka migowego. Lekarze oraz personel pomocniczy w obliczu braku takiego specjalisty często nie potrafią nawiązać dialogu z pacjentem, co wyklucza możliwość przekazania rzetelnych informacji, a tym samym stworzenia odpowiedniej relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem opartej na wzajemnym zaufaniu. Pacjent pozostaje niejednokrotnie niedoinformowany i opiera wiedzę na temat swojego stanu zdrowia jedynie na domysłach. Należy przy tym wspomnieć, iż wymienione problemy w komunikowaniu się z pacjentem niepełnosprawnym zostały już poruszone wcześniej także przez polskich oraz światowych autorów^{63,64}.

Badania własne wykazały, iż aż 79,49% rodziców/opiekunów deklaruje zwiększenie częstości wizyt dziecka u stomatologa w przypadku znalezienia placówki medycznej, która spełniłaby wszystkie oczekiwania. Znacznie mniej, gdyż jedynie 20,51% rodziców/opiekunów nie zwiększy częstości wizyt dziecka u stomatologa pomimo znalezienia placówki medycznej, która spełniłaby wszystkie oczekiwania. Podstaw odmowy częstszych wizyt u lekarza stomatologa jest na pewno wiele, jednak zadaniem lekarzy pierwszego kontaktu czy lekarzy dentyków powinna być edukacja rodziców z zakresu konieczności odbywania regularnych wizyt profilaktycznych. Pozwolą one zapobiec w przyszłości nieplanowanym działaniom terapeutycznym, które często kojarzone są z bólem i strachem. Rodzice/opiekunowie deklarowali przy tym, że 88,89% informacji dotyczących placówek zajmujących się leczeniem stomatologicznym ich dzieci niepełnosprawnych znaleźli w internecie bądź uzyskali od rodziny czy znajomych (33,33%), a także od lekarza rodzinnego/pediatry (17,09%). Należy szczególnie podkreślić, iż po raz kolejny ogromne wyzwanie stawiane jest przed lekarzami pierwszego kontaktu, którzy mogą bardzo wiele zmienić w opiece stomatologicznej sprawowanej nad dziećmi ze specjalnymi potrzebami. Jak wynika z badań własnych, rodzice/opiekunowie dzieci z niepełnosprawnościami czują się niedoinformowani. Trudno im odpowiedzieć na pytanie, czy dziecko otrzymało kompleksową stomatologiczną opiekę specjalistyczną i wszystkie zaplanowane procedury zostały wykonane, gdyż odpowiedź taką odnotowano jedynie w przypadku 34,19% osób opiekujących się dziećmi z niepełnosprawnościami. Ponadto 36,75%

rodziców/opiekunów nie potrafi jednoznacznie wypowiedzieć się na temat zadowolenia z opieki stomatologicznej sprawowanej nad dzieckiem. Można podejrzewać, iż podstawą takich zachowań jest brak odpowiedniej komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem oraz osobą towarzyszącą dziecku podczas wizyty.

Mocną stroną rozprawy doktorskiej stanowi autorski kwestionariusz dotyczący oceny opieki stomatologicznej nad dziećmi ze specjalnymi potrzebami leczniczymi w Polsce. Przeprowadzone badanie socjomedyczne stworzyło możliwość zapoznania się z potrzebami z zakresu opieki stomatologicznej nad tą populacją, a także porównania części uzyskanych wyników z wcześniejszymi danymi uzyskanymi przez polskich oraz zagranicznych autorów. Analiza zmiennych ilościowych oraz jakościowych pozwoliła przedstawić wyniki oraz wnioski, które mogą stanowić źródło dla decydentów przy planowaniu wdrożenia zmian w systemie opieki stomatologicznej nad populacją pacjentów z niepełnosprawnościami w Polsce.

Za słabą stroną rozprawy doktorskiej można uznać małą liczbę rodziców/opiekunów dzieci ze specjalnymi potrzebami, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu i prawidłowo wypełnili kwestionariusz ankiety. Niestety sytuacja taka została spowodowana pandemią COVID-19, która uniemożliwiła przeprowadzenie badania socjomedycznego w pierwotnie założonej liczbie placówek zreszających dzieci ze specjalnymi potrzebami leczniczymi.

Należy zaznaczyć, iż rok 2020 był dla całego świata szczególnie ze względu na zmiany, które przyniosły niepewne jutro. Pandemia COVID-19 doprowadziła do jednego z większych kryzysów gospodarczych na świecie w XXI wieku. Trudny dostęp do świadczeń medycznych, deklarowany przez osoby niepełnosprawne, w ciągu kilku dni zmienił status i większość placówek została zamknięta do odwołania, pozostawiając pacjentów bez podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej. Ponadto pacjenci zostali pozbawieni informacji dotyczących możliwości uzyskania zarówno podstawowej, jak i specjalistycznej pomocy medycznej. Sytuacja taka doprowadziła do nasilenia objawów chorób przewlekłych, także związanych z niepełnosprawnością. Jak często podawali opiekunowie pacjentów niepełnosprawnych, barierami dla nich okazał się między innymi brak komunikatów w języku migowym, brak napisów w belce informacyjnej czy brak możliwości skorzystania z usługi tłumacza języka migowego, co uniemożliwiło uzyskanie podstawowej pomocy, w tym także stomatologicznej.

Jakość życia określana jest przez psychologów jako satysfakcja osobista, szczęście w dziedzinach życia, które człowiek uznaje za ważne⁶⁵, to również złożony sposób

oceniającego przez jednostkę jej zdrowia fizycznego i psychicznego, samodzielnej egzystencji, a także osobistych wierzeń i przekonań⁶⁶. Medycyna określa istotę jakości życia jako samodzielność w życiu i dążenie do doskonalenia na każdym etapie rozwoju⁶⁷. Należy przy tym wyróżnić subiektywne i obiektywne składowe jakości życia^{68,69}. Obiektywna jakość życia to sytuacja ekonomiczna, warunki mieszkaniowe, środowisko naturalne. Subiektywna natomiast to samopoczucie, ocena warunków życia ujmowana w aspekcie szczęścia, lęku czy zadowolenia. Należy podkreślić, iż spostrzeżono, że pandemia COVID-19, czyli nowa sytuacja dla każdego człowieka, doprowadziła do spadku jakości życia wszystkich ludzi, a w szczególności dotknęła osoby z chorobami przewlekłymi oraz niepełnosprawnościami.

W podsumowaniu można stwierdzić, iż przeprowadzone badanie kwestionariuszowe oraz analiza dokumentów prawnych sugerują potrzebę wprowadzenia modyfikacji w systemie opieki stomatologicznej nad pacjentami z niepełnosprawnościami. Wskazane wydaje się być zasugerowanie zmian, a w tym między innymi legislacyjnych czy związanych z wdrożeniem obowiązkowych szkoleń dla personelu medycznego oraz pomocniczego dotyczących obsługi, profilaktyki oraz leczenia osób z niepełnosprawnościami. Szkolenia powinny obejmować tematykę komunikowania się z osobami z różnymi dysfunkcjami, metod leczenia, postępowania, podejścia oraz traktowania osób niepełnosprawnych. Lekarze dentyści powinni w szczególności sposób uwzględnić dialog z rodzicem/opiekunem dziecka ze specjalnymi potrzebami, wskazując na konieczność regularnych wizyt w gabinecie stomatologicznym oraz wyznaczać ich kolejne terminy. Niezwykle pomocny będzie także personel pomocniczy potrafiący zaopiekować się dzieckiem z niepełnosprawnościami podczas rozmowy rodzica/opiekuna z lekarzem dentystą. Dobrym rozwiązaniem może okazać się „dzienniczek wizyt u stomatologa”, zawierający podstawowe informacje dotyczące zabiegów z zakresu profilaktyki oraz higieny jamy ustnej, z którymi rodzice/opiekunowie będą mogli w dogodnych warunkach zapoznać się w wolnej chwili. Zaznaczyć przy tym należy, iż każde dziecko posiada już książeczkę zdrowia. Stąd też może warto byłoby rozważyć uzupełnienie takiego dokumentu o minimum jedną obowiązkową wizytę stomatologiczną w ciągu roku kalendarzowego. Natomiast osobą weryfikującą częstość wizyt u stomatologa mógłby być lekarz rodzinny bądź pediatra, gdyż specjaliści ci mają najczęstszy kontakt z dzieckiem.

7. WNIOSKI

1. Wyniki badania socjomedycznego wykazały, iż większość rodziców/opiekunów ocenia pozytywnie poziom opieki stomatologicznej, natomiast zgłaszają trudności w dostępie do placówek świadczących kompleksowe leczenie stomatologiczne dziecka ze specjalnymi potrzebami.
2. Obowiązujące przepisy w sposób bardzo ogólnikowy definiują opiekę stomatologiczną dedykowaną dzieciom niepełnosprawnym.
3. Wskazane byłoby wdrożenie zróżnicowanych działań w celu zwiększenia dostępu osób z niepełnosprawnościami do opieki stomatologicznej poprzez zminimalizowanie barier architektonicznych, organizacyjnych czy też w komunikowaniu się.
4. Należałoby wprowadzić obowiązkowe szkolenia dla personelu medycznego oraz pomocniczego dotyczące obsługi, profilaktyki oraz leczenia chorych z niepełnosprawnościami.

8. STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM I ANGIELSKIM

Wprowadzenie

Dziecko niepełnosprawne wymaga skoordynowanych działań wielospecjalistycznego zespołu profesjonalistów medycznych, których celem jest poprawa zdrowia, a tym samym jakości jego życia. Bardzo często rozpoznanie choroby głównej, powodującej liczne dysfunkcje, doprowadza do pominięcia innych schorzeń współistniejących, które także wymagają działań profilaktycznych i leczniczych.

Cel pracy

Celem pracy było zebranie danych dotyczących oceny poziomu opieki stomatologicznej sprawowanej nad dziećmi niepełnosprawnymi na podstawie badania socjomedycznego przeprowadzonego wśród ich rodziców i opiekunów; analiza regulacji prawnych dotyczących aspektów związanych z opieką zdrowotną nad osobami niepełnosprawnymi oraz przedstawienie podsumowania organizacji świadczeń medycznych dla populacji pacjentów z niepełnosprawnością.

Materiał i metody

Badanie socjomedyczne przeprowadzono wśród rodziców i opiekunów dzieci ze specjalnymi potrzebami leczniczymi w Polsce, na terenie województwa wielkopolskiego, łódzkiego, dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego oraz mazowieckiego, na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety, obejmującego 31 pytań jedno- lub wielokrotnego wyboru. Ostatecznie uzyskano 117 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy ankiety od osób opiekujących się 64 dziewczynkami (54,70%) oraz 53 chłopcami (45,30%), w wieku od 2 do 17 lat. Ponadto, poddano analizie dokumenty, w tym Konstytucję, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe, rozporządzenia, zarządzenia oraz uchwały dotyczące zagadnień związanych z niepełnosprawnością.

Wyniki

Wszystkie dzieci objęte były stałą opieką lekarza pediatry, natomiast jedynie 44,44% systematycznie zgłaszało się na wizyty do lekarza dentysty. Frekwencja wizyt u lekarza rodzinnego/pediatry oraz stomatologa co 3 miesiące wynosiła odpowiednio 29,91%

i 6,84%. Jedynie 19,66% rodziców/opiekunów uznało za stosowne skierowanie dziecka do lekarza dentystry. Powodem wizyty była najczęściej konsultacja (36,75%), choroba próchnicowa (13,68%) oraz dolegliwości bólowe zęba (12,82%). Najczęstsze problemy, z którymi musiały zmierzyć się osoby wychowujące dzieci ze specjalnymi potrzebami leczniczymi to wysokie koszty leczenia (29,91%), długi okres oczekiwania na wizytę (36,75%) oraz bariery w porozumiewaniu się pomiędzy lekarzem i dzieckiem (20,51%). Zauważono istotną statystycznie różnicę pomiędzy płcią dzieci w poszczególnych grupach utworzonych ze względu na stopień niepełnosprawności. Odsetek osób płci męskiej był wyższy w grupie z głębokim i znacznym stopniem niepełnosprawności w porównaniu z grupą ze stopniem umiarkowanym i lekkim. Odsetek osób płci żeńskiej był wyższy w grupie z umiarkowanym i lekkim stopniem niepełnosprawności w porównaniu z grupą ze stopniem głębokim i znacznym. Wykazano także istotne różnice pomiędzy dziećmi z różnymi rodzajami niepełnosprawności oraz pomiędzy dziewczynkami a chłopcami.

Wnioski

Wyniki badania socjomedycznego wykazały, iż rodzice/opiekunowie często napotykają na trudności związane ze znalezieniem właściwego podmiotu leczniczego, w którym zespół wykwalifikowanych specjalistów podejmie się kompleksowego leczenia stomatologicznego dziecka ze specjalnymi potrzebami. Obowiązujące przepisy w bardzo ogólnikowy sposób definiują opiekę stomatologiczną dedykowaną dzieciom niepełnosprawnym. Według ankietowanych organizacja świadczeń stomatologicznych dla populacji pacjentów z niepełnosprawnością w Polsce jest niewystarczająca. Należałoby wdrożyć obowiązkowe szkolenia dla personelu medycznego oraz pomocniczego dotyczące obsługi, profilaktyki oraz leczenia chorych z niepełnosprawnościami. Wskazane byłoby wdrożenie zróżnicowanych działań w celu zwiększenia dostępu osób z niepełnosprawnościami do opieki stomatologicznej poprzez zminimalizowanie barier architektonicznych, organizacyjnych czy też w komunikowaniu się.

Abstract

Introduction

A child with disability requires coordinated efforts of a multidisciplinary team of medical professionals aimed at improving his/her health, and thus the quality of life. Very often after diagnosis of main disease causing numerous dysfunctions, Rother comorbidities, which also require preventive and therapeutic measures, are overlooked.

Aim

The aim of the study was collecting data on the quality of dental care provided to disabled children based on a socio-medical survey conducted among their parents and guardians; analyzing legal regulations regarding aspects related to health care for the disabled patients, and presenting a summary of organization of medical services for the disabled patients.

Material and methods

A socio-medical survey was conducted among parents and guardians of children with special medical needs in Poland. The survey was performed in Wielkopolskie, Lodzkie, Dolnoslaskie, Kujawsko-Pomorskie and Mazowieckie Voivodships, with the use of the questionnaire, including 31 single or multiple choice questions. Finally, 117 correctly completed questionnaires were obtained from parents/caregivers of 64 girls (54.70%) and 53 boys (45.30%), aged 2 to 17 years. Moreover, legal acts and documents which regulate issues of disability, including the Constitution, laws, ratified international agreements, regulations, ordinances and resolutions, were analyzed.

Results

All the children were under a pediatrician's care, however, only 44.44% of them visited a dentist on a regular basis. The frequency of visits to the general practitioner/pediatrician and the dentist every 3 months was 29.91% and 6.84%, respectively. As few as 19.66% of parents/guardians considered visits to the dentist necessary. The reason for the dental visits were consultation (36.75%), dental caries (13.68%) and toothache (12.82%). The most common problems reported by parents of children with disabilities were high costs of treatment (29.91%), long waiting time for an appointment (36.75%), and communications barriers between the doctor and the

child (20.51%). A significant difference was noted in the groups of children with various degree of disability as regards their sex. The percentage of males was higher in the group with severe and profound degree of disability in comparison to the group with moderate and mild disability. The percentage of females was higher in the group with moderate and mild disability comparing to those with severe and profound degree. Significant differences were also observed in terms of the type of disability as well as between girls and boys.

Conclusions

The results of the socio-medical study showed that parents/guardians often face difficulties in finding the appropriate medical entity, where a team of qualified specialists would carry out comprehensive dental treatment of a child with special needs. The present regulations define dental care dedicated to disabled children in a very general way. According to the respondents organization of dental services for the population of patients with disabilities in Poland is insufficient. Compulsory training for medical and auxiliary personnel regarding the service, prevention and treatment of patients with disabilities should be implemented. It would be advisable to implement various activities in order to increase the access of people with disabilities to dental care by minimizing architectural, organizational or communication barriers.

9. SPIS RYCIN I TABEL

Rycina 1. Odpowiedzi na pytanie „Czy dziecko było kiedykolwiek na badaniu stomatologicznym?” z uwzględnieniem płci.	29
Rycina 2. Odpowiedzi na pytanie „Czy dziecko było kiedykolwiek na badaniu stomatologicznym?” z uwzględnieniem wieku.	29
Rycina 3. Odpowiedzi na pytanie „Czy dziecko było kiedykolwiek na badaniu stomatologicznym?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.	30
Rycina 4. Odpowiedzi na pytanie „Czy dziecko było kiedykolwiek na badaniu stomatologicznym?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.	30
Rycina 5. Odpowiedzi na pytanie „Czy dziecko miało kiedykolwiek przeprowadzone leczenie stomatologiczne?” z uwzględnieniem wieku.	31
Rycina 6. Odpowiedzi na pytanie „Czy dziecko miało kiedykolwiek przeprowadzone leczenie stomatologiczne?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.	32
Rycina 7. Odpowiedzi na pytanie „Kiedy odbyła się ostatnia wizyta dziecka u lekarza dentystry?” z uwzględnieniem płci.	34
Rycina 8. Odpowiedzi na pytanie „Kiedy odbyła się ostatnia wizyta dziecka u lekarza dentystry?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.	34
Rycina 9. Odpowiedzi na pytanie „Czy dziecko kiedykolwiek zostało skierowane do lekarza dentystry?” z uwzględnieniem wieku.	35
Rycina 10. Odpowiedzi na pytanie „Czy dziecko kiedykolwiek zostało skierowane do lekarza dentystry?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.	36
Rycina 11. Odpowiedzi na pytanie „Jaki był powód skierowania do dentystry?” z uwzględnieniem płci.	40
Rycina 12. Odpowiedzi na pytanie „Jaki był powód skierowania do dentystry?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.	40
Rycina 13. Odpowiedzi na pytanie „Czy u dziecka było prowadzone leczenie stomatologiczne w znieczuleniu?” z uwzględnieniem płci.	41
Rycina 14. Odpowiedzi na pytanie „Czy u dziecka było prowadzone leczenie stomatologiczne w znieczuleniu?” z uwzględnieniem wieku.	42
Rycina 15. Odpowiedzi na pytanie „Czy u dziecka było prowadzone leczenie stomatologiczne w znieczuleniu?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.	42
Rycina 16. Odpowiedzi na pytanie „Czy u dziecka było prowadzone leczenie stomatologiczne w znieczuleniu?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.	43
Rycina 17. Odpowiedzi na pytanie „Jak rodzice oceniają dostęp do placówki medycznej świadczącej usługi stomatologiczne dzieciom niepełnosprawnym?” z uwzględnieniem płci.	43

Rycina 18. Odpowiedzi na pytanie „Jak rodzice oceniają dostęp do placówki medycznej świadczącej usługi stomatologiczne dzieciom niepełnosprawnym?” z uwzględnieniem wieku.....	44
Rycina 19. Odpowiedzi na pytanie „Jak rodzice oceniają dostęp do placówki medycznej świadczącej usługi stomatologiczne dzieciom niepełnosprawnym?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.....	44
Rycina 20. Odpowiedzi na pytanie „Jak rodzice oceniają dostęp do placówki medycznej świadczącej usługi stomatologiczne dzieciom niepełnosprawnym?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.	44
Rycina 21. Odpowiedzi na pytanie „Czy którakolwiek placówka medyczna świadcząca usługi stomatologiczne odmówiła przyjęcia dziecka?” z uwzględnieniem płci.....	45
Rycina 22. Odpowiedzi na pytanie „Czy którakolwiek placówka medyczna świadcząca usługi stomatologiczne odmówiła przyjęcia dziecka?” z uwzględnieniem wieku.	45
Rycina 23. Odpowiedzi na pytanie „Czy którakolwiek placówka medyczna świadcząca usługi stomatologiczne odmówiła przyjęcia dziecka?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.....	46
Rycina 24. Odpowiedzi na pytanie „Czy którakolwiek placówka medyczna świadcząca usługi stomatologiczne odmówiła przyjęcia dziecka?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	46
Rycina 25. Odpowiedzi na pytanie „Rodzaj placówki medycznej, która podjęła się leczenia stomatologicznego dziecka” z uwzględnieniem płci.....	47
Rycina 26. Odpowiedzi na pytanie „Rodzaj placówki medycznej, która podjęła się leczenia stomatologicznego dziecka” z uwzględnieniem wieku.	47
Rycina 27. Odpowiedzi na pytanie „Rodzaj placówki medycznej, która podjęła się leczenia stomatologicznego dziecka” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.	48
Rycina 28. Odpowiedzi na pytanie „Rodzaj placówki medycznej, która podjęła się leczenia stomatologicznego dziecka” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności..	48
Rycina 29. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku wizyty w prywatnym podmiocie leczniczym koszty leczenia dziecka niepełnosprawnego” z uwzględnieniem płci.	49
Rycina 30. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku wizyty w prywatnym podmiocie leczniczym koszty leczenia dziecka niepełnosprawnego” z uwzględnieniem wieku.....	49
Rycina 31. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku wizyty w prywatnym podmiocie leczniczym koszty leczenia dziecka niepełnosprawnego” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.....	50
Rycina 32. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku wizyty w prywatnym podmiocie leczniczym koszty leczenia dziecka niepełnosprawnego” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	50
Rycina 33. Odpowiedzi na pytanie „Jak ocenia Pan/Pani personel medyczny placówki, w której leczono stomatologicznie dziecko?” z uwzględnieniem płci.	51

Rycina 34. Odpowiedzi na pytanie „Jak ocenia Pan/Pani personel medyczny placówki, w której leczono stomatologicznie dziecko?” z uwzględnieniem wieku.	52
Rycina 35. Odpowiedzi na pytanie „Jak ocenia Pan/Pani personel medyczny placówki, w której leczono stomatologicznie dziecko?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.....	52
Rycina 36. Odpowiedzi na pytanie „Jak ocenia Pan/Pani personel medyczny placówki, w której leczono stomatologicznie dziecko?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	53
Rycina 37. Odpowiedzi na pytanie „Czy jest Pan/Pani zadowolony z opieki stomatologicznej sprawowanej nad dzieckiem?” z uwzględnieniem płci.	66
Rycina 38. Odpowiedzi na pytanie „Czy jest Pan/Pani zadowolony z opieki stomatologicznej sprawowanej nad dzieckiem?” z uwzględnieniem wieku.	66
Rycina 39. Odpowiedzi na pytanie „Czy jest Pan/Pani zadowolony z opieki stomatologicznej sprawowanej nad dzieckiem?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.....	67
Rycina 40. Odpowiedzi na pytanie „Czy jest Pan/Pani zadowolony z opieki stomatologicznej sprawowanej nad dzieckiem?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	67

Tabela 1. Informacje dotyczące płci dzieci, których rodzice/ opiekunowie wypełnili kwestionariusz ankiety w poszczególnych grupach utworzonych ze względu na stopień niepełnosprawności dziecka.	21
Tabela 2. Wiek dzieci z niepełnosprawnościami, których rodzice/opiekunowie wypełnili kwestionariusz ankiety.....	22
Tabela 3. Odpowiedzi na pytanie dotyczące rodzaju niepełnosprawności dziecka.....	22
Tabela 4. Informacje dotyczące stopnia niepełnosprawności dziecka z uwzględnieniem płci.	23
Tabela 5. Informacje dotyczące stopnia niepełnosprawności dziecka z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.....	23
Tabela 6. Informacje dotyczące chorób dziecka z uwzględnieniem płci.	24
Tabela 7. Informacje dotyczące stałej opieki lekarzy specjalistów nad dzieckiem z uwzględnieniem jego stopnia niepełnosprawności.	26
Tabela 8. Odpowiedzi rodziców/opiekunów na pytanie „Jak często odbywają się wizyty dziecka u lekarza rodzinnego/pediatry?” z uwzględnieniem wieku ich podopiecznego.	27
Tabela 9. Odpowiedzi na pytanie „Kiedy odbyła się ostatnia wizyta dziecka u lekarza rodzinnego/pediatry?” z uwzględnieniem wieku.....	28
Tabela 10. Odpowiedzi na pytanie „Jak często odbywają się wizyty dziecka u lekarza dentystry?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.	33
Tabela 11. Odpowiedzi na pytanie „Kto skierował dziecko do dentystry?” z uwzględnieniem płci.	37
Tabela 12. Odpowiedzi na pytanie „Kto skierował dziecko do dentystry?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.	38
Tabela 13. Odpowiedzi na pytanie „Kto skierował dziecko do dentystry?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	39
Tabela 14. Odpowiedzi na pytanie „Czy lekarz dentysta podczas tej wizyty podjął jakieś działania?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	41
Tabela 15. Odpowiedzi na pytanie „Jaki jest czas oczekiwania na wizytę dziecka do lekarza dentystry?” z uwzględnieniem wieku.....	51
Tabela 16. Odpowiedzi na pytanie „Czy w placówce leczącej dziecko stomatologicznie były bariery funkcjonalne?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.....	54
Tabela 17. Odpowiedzi na pytanie „Na jaki rodzaj barier napotyka Państwo w dostępie do opieki stomatologicznej dziecka?” z uwzględnieniem płci.....	55
Tabela 18. Odpowiedzi na pytanie „Na jaki rodzaj barier napotyka Państwo w dostępie do opieki stomatologicznej dziecka?” z uwzględnieniem wieku.....	56

Tabela 19. Odpowiedzi na pytanie „Na jaki rodzaj barier napotykają Państwo w dostępie do opieki stomatologicznej dziecka?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.....	58
Tabela 20. Odpowiedzi na pytanie „Na jaki rodzaj barier napotykają Państwo w dostępie do opieki stomatologicznej dziecka?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	60
Tabela 21. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku wystąpienia bariery architektonicznej proszę wskazać rodzaj” z uwzględnieniem płci.	61
Tabela 22. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku wystąpienia bariery architektonicznej proszę wskazać rodzaj” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.....	62
Tabela 23. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku wystąpienia bariery w komunikowaniu się proszę wskazać rodzaj” z uwzględnieniem płci.	63
Tabela 24. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku wystąpienia bariery w komunikowaniu się proszę wskazać rodzaj” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.....	64
Tabela 25. Odpowiedzi na pytanie „Czy pacjent otrzymał kompleksową stomatologiczną opiekę specjalistyczną i wszystkie zaplanowane procedury zostały wykonane?” z uwzględnieniem płci.	65
Tabela 26. Odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób szuka Pan/Pani placówki medycznej zajmującej się leczeniem stomatologicznym dzieci niepełnosprawnych?” z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności.	68
Tabela 27. Odpowiedzi na pytanie „W przypadku znalezienia placówki medycznej, która spełniałaby wszystkie Pani/Pana oczekiwania, czy zwiększy się częstotliwość wizyt dziecka u stomatologa?” z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.....	69

10. ZAŁĄCZNIKI

10.1. Zgoda Komisji Bioetycznej



UNIwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

KOMISJA BIOETYCZNA PRZY UNIwersYTECIE MEDYCZNYM
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

Collegium Stomatologicum
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań

tel. (+48 61) 854 73 36
www.bioetyka.ump.edu.pl

Poznań, 25.03.2019r.

OŚWIADCZENIE

Badanie naukowe pt.:

„Ocena opieki stomatologicznej nad dziećmi ze specjalnymi potrzebami leczniczymi w Polsce w oparciu o badania socjomedyczne rodziców i opiekunów oraz uwarunkowania prawne”.

prowadzone przez: **Sylwię Wróblewską**

nie nosi cech eksperymentu medycznego i zgodnie z polskim prawem i Dobrą Praktyką Klinikzną (GCP) nie podlega opiniowaniu Komisji Bioetycznej.

Przewodniczący Komisji



prof. zw. dr hab. med. Paweł Chęciński

10.2. Kwestionariusz

KWESTIONARIUSZ ANKIETY DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW DOTYCZĄCY OPIEKI STOMATOLOGICZNEJ SPRAWOWANEJ NAD DZIEĆMI NIEPEŁNOSPRAWNYMI

1. Płeć dziecka:

- dziewczynka
- chłopiec

2. Wiek dziecka: lat

3. Rodzaj niepełnosprawności dziecka:

- intelektualna
- fizyczna
- sensoryczna
- złożona
- nie wiem
- nie ma/nie dotyczy

4. Uznany stopień niepełnosprawności dziecka:

- głęboki
- znaczny
- umiarkowany
- lekki

5. Proszę podać, na jakie choroby dziecko choruje:

- choroby psychiczne
- zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- choroby narządu wzroku
- upośledzenie narządu ruchu
- epilepsja
- choroby układu oddechowego i krążenia

- choroby układu pokarmowego
- choroby układu moczowo-płciowego
- choroby neurologiczne
- choroby układu krwiotwórczego
- inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia

6. Pod stałą opieką którego z lekarzy specjalistów jest dziecko?

- pediatry
- neurologa
- okulisty
- laryngologa/audiologa/foniatry
- endokrynologa
- kardiologa
- pulmonologa
- alergologa
- psychiatry
- ortopedy
- chirurga
- stomatologa
- innego – jakiego?

7. Jak często odbywają się wizyty dziecka u lekarza rodzinnego/pediatry?

- co 3 miesiące
- co 6 miesięcy
- raz na rok
- rzadziej
- trudno powiedzieć

8. Kiedy odbyła się ostatnia wizyta dziecka u lekarza rodzinnego/pediatry?
- 3 miesiące temu
 - 6 miesięcy temu
 - rok temu
 - nie pamiętam
9. Czy dziecko było kiedykolwiek na badaniu stomatologicznym?
- tak
 - nie
10. Czy dziecko miało kiedykolwiek przeprowadzone leczenie stomatologiczne?
- tak
 - nie
11. Jak często odbywają się wizyty dziecka u lekarza dentysty?
- co 3 miesiące
 - co 6 miesięcy
 - raz na rok
 - rzadziej
 - trudno powiedzieć
 - nie dotyczy
12. Kiedy odbyła się ostatnia wizyta dziecka u lekarza dentysty?
- 3 miesiące temu
 - 6 miesięcy temu
 - rok temu
 - nie pamiętam
 - nie dotyczy
13. Czy dziecko kiedykolwiek zostało skierowane do lekarza dentysty?
- tak
 - nie

14. Kto skierował dziecko do dentysty?

- rodzic/opiekun prawny
- lekarz rodzinny/pediatra
- pielęgniarka
- pracownik placówki wychowawczej
- inny członek rodziny
- inny – kto?
- nie dotyczy

15. Jaki był powód skierowania do dentysty?

- próchnica zębów
- ból zęba
- konsultacja
- inne – jakie?
- nie dotyczy

16. Czy lekarz dentysta podczas tej wizyty podjął jakieś działania?

- tak
- nie
- nie pamiętam

17. Czy u dziecka było prowadzone leczenie stomatologiczne w znieczuleniu?

- w ogólnym
- miejscowym
- brak

18. Jak rodzice oceniają dostęp do placówki medycznej świadczącej usługi stomatologiczne dzieciom niepełnosprawnym?

- łatwy
- trudny
- bardzo trudny

19. Czy którakolwiek placówka medyczna świadcząca usługi stomatologiczne odmówiła przyjęcia dziecka niepełnosprawnego?

- tak
- nie

20. Rodzaj placówki medycznej, która podjęła się leczenia stomatologicznego dziecka niepełnosprawnego:

- prywatna
- posiadająca kontrakt z NFZ (Narodowym Funduszem Zdrowia)

21. W przypadku wizyty w prywatnym podmiocie leczniczym koszty leczenia dziecka niepełnosprawnego były:

- niskie
- średnie
- wysokie
- nie dotyczy

22. Jaki jest czas oczekiwania na wizytę dziecka do lekarza dentysty?

- poniżej tygodnia.
- około miesiąca
- około 3 miesięcy
- poniżej 6 miesięcy

23. Jak ocenia Pan/Pani personel medyczny placówki, w której leczono stomatologicznie dziecko:

- bardzo dobra
- dobra
- dostateczna
- zła
- trudno powiedzieć

24. Czy w placówce leczącej dziecko stomatologicznie były bariery funkcjonalne?

- tak
- nie

25. Na jaki rodzaj barier napotyka Państwo w dostępie do opieki stomatologicznej dziecka?

- bariery architektoniczne w budynku, gdzie znajduje się gabinet
- bariery w porozumiewaniu się pomiędzy lekarzem i dzieckiem
- problemy w dojeździe do gabinetu – gabinet znajduje się za daleko
- wysokie koszty leczenia
- brak odpowiedniego podejścia personelu medycznego
- brak odpowiedniego przygotowania gabinetu
- długi okres oczekiwania na wizytę
- odmowa lekarza i nieprzyjęcie dziecka z niepełnosprawnością
- zaprzestanie leczenia stomatologicznego ze względu na brak współpracy dziecka
- brak czasu i możliwości zgłoszenia się do gabinetu stomatologicznego ze względu na inne problemy zdrowotne dziecka
- inne – jakie?
- nie wiem
- trudno powiedzieć
- nie dotyczy

26. W przypadku wystąpienia bariery architektonicznej proszę wskazać rodzaj:

- brak podjazdu do wejścia
- brak podnośnika, platformy podjazdowej pomiędzy kondygnacjami budynku, w którym mieści się gabinet
- brak poręczy w ciągach komunikacyjnych
- brak uchwytów w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych
- obecność progów powyżej 2 cm (0,02 m)
- zbyt wąskie korytarze (korytarze o szerokości mniejszej niż 1,3 m)
- różnice poziomów ciągów komunikacyjnych podłóg
- zbyt wąskie drzwi wewnętrzne i zewnętrzne (drzwi wewnętrzne i zewnętrzne o szerokości w świetle ościeżnicy poniżej 90 cm)

- brak podłóg antypoślizgowych
- brak przycisków oświetlenia na wysokości 1-1,05 m
- brak miejsca postojowego dla osób niepełnosprawnych
- inne – jakie?
- nie dotyczy

27. W przypadku wystąpienia bariery w komunikowaniu się proszę wskazać rodzaj

- brak sygnalizatorów optycznych zastępujących dźwięk
- brak urządzeń mechanicznych, elektrycznych lub elektronicznych, które posiadają interfejs dźwiękowy, brajlowski lub powiększone znaki
- brak cierpliwości i chęci lekarza do nawiązania kontaktu z dzieckiem
- brak znajomości przez lekarza języka migowego
- brak możliwości udziału w wizycie tłumacza języka migowego
- inne – jakie?
- nie dotyczy

28. Czy pacjent otrzymał kompleksową stomatologiczną opiekę specjalistyczną i wszystkie zaplanowane procedury zostały wykonane?

- tak
- nie
- nie wiem

29. Czy jest Pan/Pani zadowolony z opieki stomatologicznej sprawowanej nad dzieckiem?

- tak
- nie – dlaczego?
- nie wiem

30. W jaki sposób szuka Pan/Pani placówki medycznej zajmującej się leczeniem stomatologicznym dzieci niepełnosprawnych?

- internet
- lekarz rodzinny/pediatra
- rodzina/znajomi
- inne – proszę wymienić jakie?

.....

31. W przypadku znalezienia placówki medycznej, która spełniałaby wszystkie Pani/Pana oczekiwania, czy zwiększy się częstotliwość wizyt dziecka u stomatologa?

- tak
- nie

11. PIŚMIENNICTWO

- ¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz. U. 1997 Nr 123 poz. 776 z późn. zm.).
- ² Barbotte E., Guillemin F., Narkasen Chau & the Lorhandicap Group, World Health Organization: Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature (ang.) 2001.
- ³ International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (1980). WHO, Geneva.
- ⁴ Nęcka E.: Inteligencja. Geneza – struktura – funkcje, Gdańsk 2003, s. 179.
- ⁵ Bobińska K., Gałęcki P.: Rys historyczny, terminologia, definicja, nozologia, kryteria rozpoznawania niepełnosprawności intelektualnej, [w:] Bobińska K., Gałęcki P., Pietras T. (red.): Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia, Wrocław 2012, s. 32.
- ⁶ Switzky H.N., Greenspan S.: What is Mental Retardation? Ideas for an Evolving Disability in the 21st Century, Washington 2006.
- ⁷ Wciórka J.: Kryteria diagnostyczne według DSM – IV – TR. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008, s. 40-41.
- ⁸ Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L.: Psychopatologia. Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań 2003, s. 354-360.
- ⁹ Barczyński M. [red.]: Medyczny słownik encyklopedyczny, Oficyna Wydawnicza, Kraków 1993, s. 123-125.
- ¹⁰ Sękowska Z.: Pedagogika specjalna. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1985, s. 154-158.
- ¹¹ Całkiewicz M.: Kryminalistyczne badania patologicznego pisma ręcznego. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 168-176.
- ¹² Cumella S., Ransford N., Lyons J., Burnham H.: Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with Community Dental Services. J Intellect Disabil Res, 2000, 44 (Pt 1): 45-52.
- ¹³ Gizani S., Declerck D., Vinckier F., Martens L., Marks L., Goffin G.: Oral health condition of 12-year-old handicapped children in Flanders (Belgium). Community Dent. Oral Epidemiol., 1997, 25, 5: 352-357.
- ¹⁴ Pezzementi M.L., Fisher M.A.: Oral health status of people with intellectual disabilities in the southeastern United States. J Am Dent Assoc, 2005, 136, 7: 903-912.

-
- ¹⁵ Szatko F., Wierzbicka M., Włostek A., Rabęda-Drobnik A., Pierzynowska E.: Stan i potrzeby stomatologiczne 18-letniej młodzieży z grupy szczególnego ryzyka. *Nowa Stomatol.*, 2006, 1: 23-26.
- ¹⁶ Liu H.Y., Chen J.R., Hsiao Sz.Y., Huang S.T.: Caregivers' oral health knowledge, attitude and behavior toward their children with disabilities, *Journal of Dental Sciences*, 2017, 4,4: 389.
- ¹⁷ Dacyna N., Trzaska M., Zawadzka A. et al.: Wskaźniki wysokiej liczebności bakterii kariogennych u kobiet ciężarnych. *Nowa Stomatol.*, 2017, 22: 63-72.
- ¹⁸ Mitchell S.C., Ruby J.D., Moser S. et al.: Maternal transmission of mutans Streptococci in severe-early childhood caries. *Pediatr. Dent.*, 2009; 31(3): 193-201.
- ¹⁹ Finlayson T.L., Gupta A., Ramos-Gomez F.J.: Prenatal Maternal Factors, Intergenerational Transmission of Disease, and Child Oral Health Outcomes. *Dent Clin North Am*, 2017; 61(3): 483-518.
- ²⁰ Bernat K., Majewski J., Jarosz M.J.: Zachowania prozdrowotne rodziców w zakresie profilaktyki i higieny jamy ustnej u dzieci – przegląd literatury. *Aspekty Zdrowia i Choroby*, 2017, 2, 1:11.
- ²¹ Adamczyk Ł., Olczak-Kowalczyk D.: Leczenie stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym dzieci przewlekłe chorych. *Dent. Med. Probl.*, 2010, 47, 61-68.
- ²² Proc P. i wsp.: Ocena stomatologicznych zachowań zdrowotnych dzieci niepełnosprawnych – badania ankietowe rodziców. *Czas. Stomatol.*, 2008, 61, 767-774.
- ²³ Borysewicz-Lewicka M. i wsp.: Leczenie stomatologiczne jako część wymaganej opieki medycznej nad dziećmi niepełnosprawnymi – opinia rodziców. *Dent. Med. Probl.*, 2011, 48, 45-53.
- ²⁴ Al Agili D.E., Roseman J., Pass M.A., Thornton J.B., Chavers L.S.: Access to dental care in Alabama for children with special needs. Parents' perspective. *J Am Dent Assoc*, 2004, 135, 4: 490-495.
- ²⁵ Gerreth K., Lewicka A.: Problemy opieki stomatologicznej nad dziećmi niepełnosprawnymi. *Polska Medycyna Rodzinna*, 2004, 6 (Suplement 1): 172-176.
- ²⁶ Miller C.E.: Access to care for people with special needs: role of alternative providers and practice settings. *J Calif Dent Assoc*, 2005, 33, 9: 715-721.
- ²⁷ Bromblik A., Wierzbicka M., Szatko F.: Wpływ uwarunkowań środowiskowych na zapadalność i przebieg próchnicy zębów u dzieci. *Czas. Stomatol.*, 2010, 63, 5, 301-309.

-
- ²⁸ Hallberg U., Strandmark M., Klingberg G.: Dental health professionals' treatment of children with disabilities: a qualitative study. *Acta Odont. Scand.*, 2004, 62, 319-327.
- ²⁹ Rump Z., Przybylska J.: Rola współpracy pediatry ze stomatologiem w utrzymaniu zdrowia jamy ustnej przewlekle chorych: standardy postępowania. *Przegląd Stomatol. Wieków Rozw.*, 1998, 2/3: 56-60.
- ³⁰ Stodółkiewicz A., Petkowicz B.: Leczenie stomatologiczne dzieci z zastosowaniem znieczulenia ogólnego. *Mag. Stomatol.*, 1994, 4, 9: 34-35.
- ³¹ Griffiths J.: Guidelines for oral health care for people with a physical disability. *Disab Oral Health*, 2002, 3, 2: 51-58.
- ³² Manowska B., Diechciarow D., Arkuszewski P.: Analiza problemów występujących w opiece stomatologicznej dorosłych pacjentów niepełnosprawnych umysłowo. *Czas. Stomatol.*, 2008, 61, 420-427.
- ³³ Gerreth K., Cieślińska K.: Zabiegi stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym u dzieci niepełnosprawnych. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2005, 7 (1): 63-67.
- ³⁴ Szymańska J., Bogucka-Gordziejko M.: Zabiegi stomatologiczne wykonywane w znieczuleniu ogólnym u pacjentów w wieku rozwojowym. *Czas. Stomatol.*, 1999, LII, 9: 591-59.
- ³⁵ Casamassimo P.S.: Children with special health care needs; patient, professional and systems issues. *Pediatric Oral Health Interfaces Background Paper*, 2011.
- ³⁶ *Clinical Guidelines and Integrated Care Pathways for the Oral Health Care of People with Learning Disabilities*, 2012.
- ³⁷ Jimenez Y. i wsp.: Odontogenic infections. Complications. Systemic manifestations. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.*, 2004, 9, Suppl, 143-147; 139-43.
- ³⁸ Fernandez C., Declerck D., Dedecker M., Marks L.: Treatment needs and impact of oral health screening of athletes with intellectual disability in Belgium, *BMC Oral Health*, 2015, 15:5.
- ³⁹ Mielnik-Błaszczak M., Skawińska A., Janus M., Struska A., Michałowski A.: 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*, 2009, 46, 2:237.

-
- ⁴⁰ Binkley C.J., Johnson K.W., Abadi M., Thompson K., Shamblen R., Young L., Zaksek B.: Improving the oral health of residents with intellectual and developmental disabilities: An oral health strategy and pilot study, *Evaluation and Program Planning*, 2014, 47:54.
- ⁴¹ Nadolska A., Bejster P.: 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*, 2016, 24:21.
- ⁴² Zurzycka P., Radzik T.: Dorosła osoba niepełnosprawna intelektualnie jako podmiot opieki pielęgniarstwa – wybrane zagadnienia, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2016, 24,1:75.
- ⁴³ Paszyńska E., Jurga J., Dyszkiewicz-Konwińska M., Mehr K.: Ocena programu profilaktycznego zdrowia jamy ustnej u pacjentów niepełnosprawnych intelektualnie, *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 2009, 5,4: 272.
- ⁴⁴ Adamowicz-Klepalska B., Nowak-Edin R.: Stomatologiczny aspekt zespołu Downa u dzieci. *Czas. Stomatol.*, 1999, LII, 6: 389-393.
- ⁴⁵ R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- ⁴⁶ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. Dz. U. 2012. poz. 1169.
- ⁴⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172, t.j.).
- ⁴⁸ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 kwietnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.
- ⁴⁹ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, z późn. zm.
- ⁵⁰ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10 marca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz. U. z 2015 r., poz. 464 z późn. zm.
- ⁵¹ Ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 848, z późn. zm.)
- ⁵² Art. 3 ustawa z dnia 29 listopada 1990 o pomocy społecznej.

⁵³ § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2009 r. nr 140 poz. 1144 ze zm.).

⁵⁴ Borysewicz-Lewicka M. i wsp.: Ocena opieki stomatologicznej sprawowanej nad dziećmi z obniżoną sprawnością na podstawie badania socjomedycznego rodziców/opiekunów. *Nowa Stomatol.*, 2018, 23(1): 3-8.

⁵⁵ Borysewicz-Lewicka M., Wochna-Sobańska M., Mielnik-Błaszczak M. et al.: Ocena stomatologicznych zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z wybranych województw Polski – badania socjomedyczne. *Czas. Stomatol.*, 2010, 63(1): 18-26.

⁵⁶ Borysewicz-Lewicka M., Wochna-Sobańska M., Mielnik-Błaszczak M. et al.: Wyniki ekspertyzy oceniającej stan jamy ustnej, potrzeby lecznicze, a także dostępność do stomatologa dzieci oraz młodzieży niepełnosprawnej i przewlekle chorej. *Czas. Stomatol.*, 2010, 63(2): 90-101.

⁵⁷ Wójciak L., Anholcer H., Haber-Milewska T.: Stan uzębienia dzieci uczęszczających do szkół specjalnych miasta Poznania. *Czas. Stomatol.*, 1976, XXIX, 12: 1077-1085.

⁵⁸ Wójciak L., Lausch-Żuk J., Twardowski A., Stachowiak K.: Czynniki wpływające na profilaktykę i leczenie zębów u dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim. *Czas. Stomatol.*, 1990, XLIII, 8:459-463.

⁵⁹ Wójciak L.: Problemy opieki stomatologicznej nad dziećmi niepełnosprawnymi. *Pozn. Stomatol.*, 1985, s. 67-70.

⁶⁰ Wójciak L.: Wybrane zagadnienia stomatologii wieku rozwojowego dotyczące dzieci specjalnej troski. *Czas. Stomatol.*, 1979, XXXII, 8: 769-774.

⁶¹ Dziedzic A.: Specyfika, możliwości i ograniczenia opieki stomatologicznej nad pacjentami ze schorzeniami psychicznymi. *Mag. Stomatol.*, 2000, 10: 40-46.

⁶² Jarzab G.: Zabiegi stomatologiczne u dzieci z autyzmem. *Mag. Stomatol.*, 2006, 10: 76-77.

⁶³ Kowalska A.J., Włoszczak-Szubzda A., Jarosz M.J.: Problemy komunikowania się pracowników medycznych z pacjentami głuchymi i głuchoniemymi. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2011, 17 (2): 96-99.

⁶⁴ Doroszewski J., Kulus M., Markowski A.: Porozumienie z pacjentem. *Relacje i komunikacja*. Wolters Kluwer Polska, Kraków 2014, s. 113.

⁶⁵ Dziurawicz-Kozłowska A.: Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia* 2002, 1(2): 77-100.

⁶⁶ Tobiasz-Adamczyk B.: Geneza zdrowia, koncepcje i ewolucja pojęcia jakości życia, [w:] *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne*. Kawecka-Jaszcz K., Klocek M., Tobiasz-Adamczyk B. (red.), Termedia, Poznań 2006, s. 9-42.

⁶⁷ Żelazny I., Nowicki R., Majkiewicz M., Samet A.: Jakość życia w chorobach skóry. *Przewodnik Lekarza/Guide for GPs.*, 2004, 7(9): 60-65.

⁶⁸ Zawisłak A., Teoretyczne dylematy dotyczące uwzględniania subiektywnych aspektów jakości życia osób z upośledzeniem umysłowym, [w:] Kosakowski Cz., Krause A., Przybyliński S. (red.): *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Pomędzy teorią a praktyką*, Olsztyn 2006, s. 77-82.

⁶⁹ Górnicka B.: Jakość życia osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną i jej uwarunkowania, [w:] Palak Z., Piątek M., Róg A., Zięba Kołodziej B. (red.): *Jakość życia w procesie rozwoju dzieci i młodzieży*, Tarnobrzeg 2011, s. 378-394.