proLékaře.cz | 10.11.2026

K psychoterapii nespolupracujících dětí

Nováková K.[1], Němečková P.[2], Kolařík Z.[3], Richterová S.[1]

[1]I. stomatologická klinika LF UP a FN, Olomouc,
přednostka doc. MUDr. J. Stejskalová, CSc.
[2]Soukromá psychiatrická a pedopsychiatrická ambulance, Prostějov
[3]Soukromá ambulance klinické psychologie a psychiatrie, Hranice

Souhrn

Autoři v longitudinální studii sledují možnosti pozitivního ovlivnění chování u 258 nespolupracujících dětí ve stomatologické ordinaci. Hodnotí účinnost škály psychoterapeutických postupů a metod, při neúspěchu aplikují premedikaci a v nezbytných případech i ošetření v celkové anestezii, a to ve vztahu k věku a intelektové úrovni. Při vstupním ošetření přijatých pacientů byla úspěšná psychoterapie u téměř poloviny souboru (43,3 %), jedna třetina souboru byla ošetřena v celkové anestezii. Při konečném ošetření bylo bezproblémové chování u celého souboru ve 55,4 %. Nejčastější bezproblémové chování bylo u jedinců s intelektem v mezích normy (81,2 %), méně často u dětí ze zvláštní školy (32,1 %), kdežto u jedinců zbavených školní docházky nenastaly žádné úpravy chování.

Klíčová slova: nespolupracující pacient – psychoterapeutické metody – úprava chování

Nováková K., Němečková P., Kolařík Z., Richterová S.: On Psychotherapy of Non-collaborative Children

Summary: In a longitudinal study the authors follow the possibilities of positively influencing the behavior in 258 non-collaborative children in a dental office. The efficiency in the scale of psychotherapeutic procedures and methods is evaluated, in cases of failure premedication is administered and if necessary the treatment is performed in general anesthesia in relation to age and intellectual level. Psychotherapy was successfully applied during the entry examination of the admitted patients in almost a half of the cohort (43.4%), one third of the cohort was treated in general anesthesia. No problem behavior was encountered in 55.5% of the whole cohort during the final treatment.

The behavior without problems was most frequent in individuals intellectually within normal range (in 81.2%), less frequently in children of special schools (32.1%), whereas in individual not attending school there was no adjustment of behavior.

Key words: non-collaborative patient – psychotherapeutic methods – behavior adjustment

Čes. Stomat., roč. 105, 2005, č. 2, s. 46–52.

ÚVOD

Jedním ze závažných faktorů, který přispívá ke zvyšování kvality stomatologické péče, kromě odborných vědomostí a praktických dovedností, je úroveň psychologických znalostí a dovedností.

Již v roce 1828 byl Kocker zastáncem „přívětivého jednání a rozumné domluvy, zvláště u nejmenších pacientů, neboť je účinnější než násilí“. Wright [28] připomíná knihu „Children as Patients“, kterou vydal Raymond v roce 1875, v níž autor doporučuje dítě akceptovat jako pacienta, sugestivním způsobem ovlivňovat jeho vztah ke stomatologickému ošetřování, a tím si zajistit u více než poloviny dětí bezproblémové ošetřování. V témže roce, jak uvádí Wright, vystupuje Elroy s názorem, že i odborně provedený terapeutický zákrok je nutné považovat za neúspěšný, pokud dítě odchází z ordinace s pláčem.

Snažíme-li se pochopit a předvídat jednání dětského pacienta, nelze přehlédnout okolnost všeobecně uznávanou a psychology zdůrazňovanou, že s narůstající psychickou zátěží dětí se zvyšuje i závažnost projevů jemných odchylek, jednak mentálního vývoje, jednak drobných poruch chování [19]. Proto se může stát i stomatologické ošetření jedním z posledních faktorů, které doplní řadu předcházejících stresujících vlivů, a tím překročí hranici, za kterou dítě již není schopno zvládnout situaci a reaguje inadekvátně [9, 16]. Dochází ke ztížení nebo až znemožnění ošetření. Ale i po získání tohoto pacienta ke spolupráci, není-li dítě zklidněno zcela, přetrvává zvýšená pohotovost k nečekaným obranným a vegetativním reakcím. Překvapení rodiče chování svého dítěte připisují profesnímu selhání lékaře.

Ošetřování nespolupracujících dětí je naší

proLékaře.cz | 10.11.2026

dlouhodobou prioritou. Pokoušíme se ověřit úspěšnost jednotlivých námi používaných psychoterapeutických metod a z výsledků pozorování odvodit poznatky a formulovat doporučení pro jednotlivé specifické skupiny neošetřitelných dětí.

SOUBOR A METODIKA

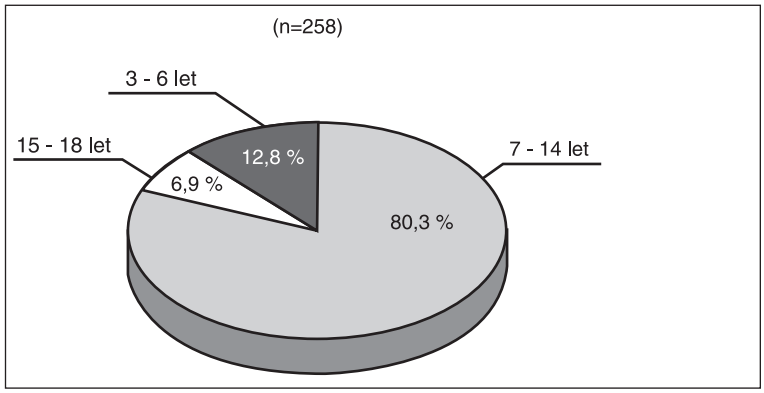
Na dětském oddělení 1. stomatologické kliniky se soustavně od roku 1970 zabýváme ošetřováním nespolupracujících dětí, které jsou průběžně odesílány na naše pracoviště jako „neošetřitelné" v podmínkách ambulantního provozu. Ve sledovaném souboru je 258 dětí (poměr dívek a chlapců 126:132) ve věku od 3–18 let. Z grafu 1 je zřejmé, že nejvíce pacientů (80,3 %) je ve věku od 7–14 let, nejméně pacientů je ve věku 15–18 let (6,9 %). Rozložení sledovaného souboru odpovídá věkovému spektru ošetřovaných jedinců na dětském oddělení. Při sledování intelektu (graf 2) je nejčetnější zastoupení dětí se základní školní docházkou (64,0 %), jedinci zbaveni školní docházky tvoří 24,8 % souboru.

Komunikaci zahajujeme individuálně volenými psychoterapeutickými postupy, z nichž některé vycházejí ze zkušeností stomatologů: verbální ovlivnění, výchovné působení rodičů, využívání autority otce, odvádění pozornosti, metoda Tell show do. Velmi účinné jsou modifikace psychologických metod: relaxace, modelace, nápodoba, transference, abreakce, imploze [1], Venhamův test [27] a projekční kresba [11]. Z oblasti pedagogiky je nejčastěji používaná Ginnotova metoda. Metody Hand over mouth [4] a hypnóza se běžně nepoužívají. Při neúspěchu psychoterapeutických metod aplikujeme premedikaci [6, 20] buď ambulantně nebo při hospitalizaci na dětském oddělení Psychiatrické kliniky a v nezbytných situacích provádíme ošetření v celkové anestezii v prostorách Kliniky ústní a čelistní chirurgie. Zvláštní přístup vyžadují děti s fobiemi ze stomatologického prostředí, u nichž je nutná spolupráce s psychologem a psychiatrem, kteří mají k dispozici celou škálu kognitivně-behaviorálních přístupů [8, 11, 12, 26]. Společným úsilím se podařila psychoterapeutická intervence technikami kognitivně behaviorální terapie u několika pacientů, kteří bez individuálního přístupu psychologa by byli ošetřeni v celkové anestezii. Základem kognitivně behaviorálního přístupu je rozdělení celého stomatologického ošetření do několika etap. Úvodní etapy jsou prováděny psychologem v neutrálním prostředí, další etapy probíhají již ve stomatologické ordinaci v přítomnosti psychologa, který poskytuje psychickou podporu a přátelské zázemí, a tím umožňuje, aby dítěti bylo provedeno úspěšně stomatologické ošetření.

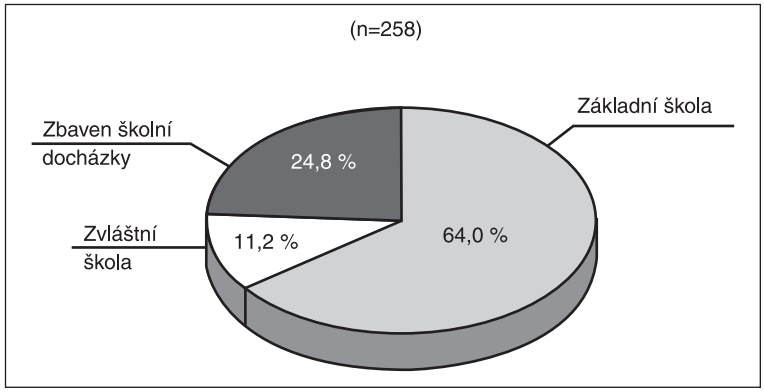
Daleko větší zátěží je stomatologické

Tab. 1. Klasifikace chování dětí při stomatologickém ošetřování
Tab. 1. Classification of the child behavior during dental treatment

0	Vzorně spolupracuje
I	Dítě se bojí ošetření, ale dá se snadno získat ke spolupráci
II	Dítě pláče, uhýbá, brání se, po domluvě však spolupracuje
III	Dítě nespolupracuje, utíká z křesla, musí být přidrženo jednou osobou, pak se dá ošetřit
IV	Ošetření jen v premedikaci – ambulantně
V	Nutná hospitalizace ošetření s vyšší dávkou premedikace
VI	Jen v celkové anestezii

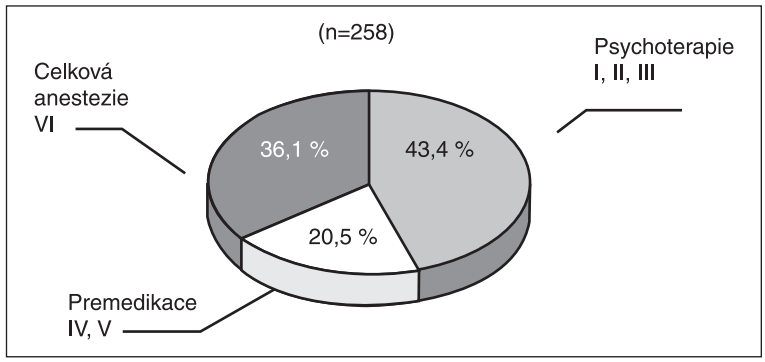


Graf 1. Věkové rozložení souboru v procentech (n=258).
Graph 1. Age distribution of the cohort in percentages (n=258).

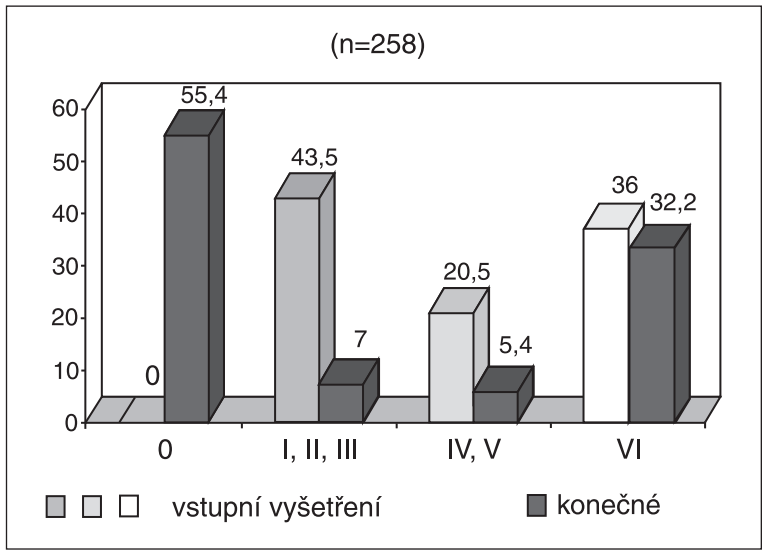


Graf 2. Rozložení podle školní docházky v procentech (n=258).
Graph 2. Distribution according to school attendance in percentages (n=258).

proLékaře.cz | 10.11.2026



Graf 3. Stupně ošetřitelnosti (n=258).
Graph 3. Degrees of admitting treatment (n=258).



Graf 4. Změny chování při ošetření, celý soubor v procentech (n=258).
Graph 4. Behavioral changes during treatment, the whole cohort in percentage (n=258).

ošetření pro děti s kombinovanými vadami. S přispěním rodičů se snažíme o vytváření individuálního přístupu podle schopností pacientů vnímat a komunikovat. Volíme a modifikujeme psychoterapeutické postupy, které jsme si ověřili u dětí běžné populace, úspěšné jsou zejména u dětí s morbus Down.

Pro hodnocení chování jsme používali vlastní klasifikaci chování (tab. 1), která současně uvádí i způsob ovlivnění spolupráce. Děti s chováním I, II, III jsou ošetřeny pomocí cílené psychoterapie, IV a V v premedikaci a stupeň VI představuje ošetření v celkové anestezii.

Hodnotili jsme nejjednodušší úspěšné postupy při zvládnutí nespolupráce:

a) při první návštěvě naší ordinace,
b) při skončení sanace,
c) změny chování mezi první návštěvou a při skončení sanace,
d) získané hodnoty posuzované vzhledem k věku a způsobilosti ke školní docházce,
e) dispenzarizované děti při skončení dispenzarizace.

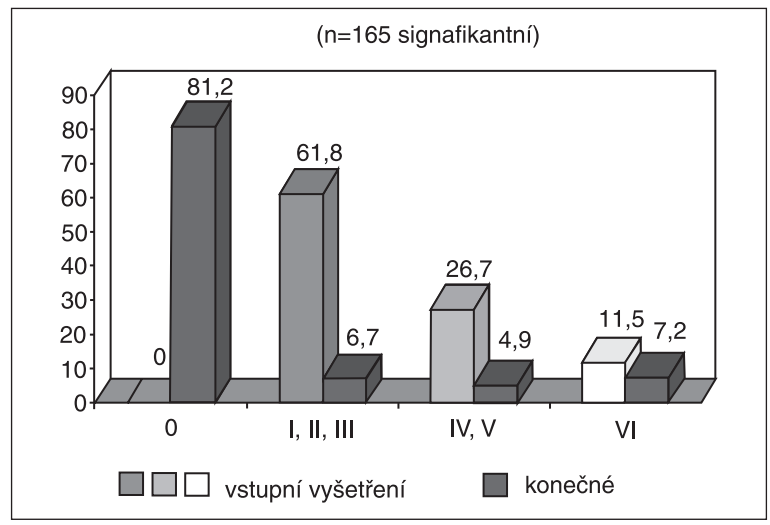
Při srovnání hodnot při vstupním a konečném ošetření byla sledována statistická signifikance chí kvadrátem provedená na 5% hladině významnosti ($p<0,05$) a byla použita i metoda zjišťování terapeutické úspěšnosti.

VÝSLEDKY

Je potěšitelné, že při vstupním ošetření u téměř poloviny souboru (43,4 %) byla úspěšná psychoterapie (graf 3), pouze jedna třetina souboru byla ošetřena v celkové anestezii.

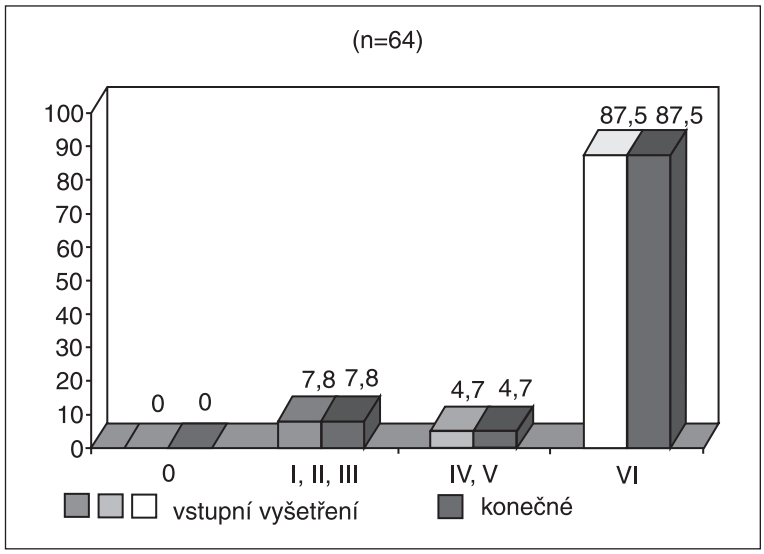
Při konečném ošetření pozorujeme příznivé změny chování (graf 4).

Můžeme konstatovat, že cíleným postupem lékaře je možná úprava chování. Největší rozdíl mezi konečným a vstupním chováním při ošetření 55,4 % nacházíme při bezproblémovém ošetření (stupeň 0), výrazně se při konečném ošetření snižuje i výskyt zbývajících stupňů ošetřitelnosti. Pozitivní ovlivnění chování nastává u stupňů ošetřitelnosti I, II, III (ze 43,5 % na 7,0 %), a při preme-



Graf 5. Změny chování při ošetření - základní školní docházka v procentech (n=165 signifikantní).
Graph 5. Behavioral changes during treatment - basic school attendance in percentages (n=165, significant).

proLékaře.cz | 10.11.2026



Graf 6. Změny chování při ošetření - zbavení školní docházky v procentech (n=64).
Graph 6. Behavioral changes during treatment - children removed from attending school in percentage (n=64).

dikaci (z 20,5 % na 5,4 %). U celkové anestezie je zlepšení minimální (z 36,0 % na 32,2 %).

Kognitivně-behaviorální přístupy v psychoterapii u dětí se specifickými izolovanými fobiemi (F40.2) – strach ze stomatologického ošetření – byly úspěšně aplikovány u tří pacientů, přičemž u jedné dívenky terapie vyžadovala hospitalizaci.

Při hodnocení úpravy chování dětí s intelektem v mezích normy je změna chování velmi výrazná (graf 5). Při skončení sanace je výrazný nárůst bezproblémového ošetřování (81,2 %), avšak u celkové anestezie je úprava chování malá.

U dětí ze zvláštní školy je více než polovina dětí stále ošetřována v celkové anestezii. Je potěšitelné, že i u těchto jedinců je možné očekávat v příznivých situacích pozitivní úpravu chování, necelá třetina se stává běžně ošetřitelnými (32,1 %).

U jedinců zbavených školní docházky (graf 6) je chování neměnné, ani u jednoho dítěte nedošlo ke změně. Jsou to děti převážně s kombinovanými vadami.

Při skončení dispenzarizace bylo chování dětí obdobné jako při skončení sanace. Dispenzarizovaných dětí na našem oddělení zůstalo málo (58 dětí), většina dětí se vrátila ke svému ošetřujícímu lékaři.

Také hodnocení terapeutické úspěšnosti potvrzuje nejlepší výsledky u dětí ze základní školy (81,8 %) a zlepšení u dětí ze zvláštní školy téměř u poloviny souboru (44,8 %), u dětí zbavených školní docházky není žádná úprava chování.

DISKUSE

Při ošetřování malých pacientů je prioritou prevence nespolupráce [16]. Pro stomatologa je nezbytností snižování bolesti při ošetření, zvládnutí technik jednání pro prevenci nespolupráce, zejména při první návštěvě stomatologické ordinace, aplikace psychoterapeutických postupů a dovedností při ošetření a u nespolupracujících pacientů použití cílené sedace [17, 18, 25]. Chybou je, že pro mnohé stomatology stále zůstávají psychoterapeutické postupy „sedmým smyslem“ pro klinickou praxi zanedbatelným. Hlavní příčina je v tradiční převaze fyzikálních, chemických a patologickoanatomických znalostí, ve specifikaci lékařů, která je spíše vzdaluje od syntetického pojetí člověka jako bytosti bio-psychologicko-sociální a v představě lékařů o chorobách jako organických poruchách než o poruchách funkce. V současné době se stává samozřejmostí příprava dítěte na první stomatologické vyšetření. Naprosto nezbytné je včasné poučení rodičů a dětí o plánovaném vyšetření a terapeutických postupech.

Stres ze stomatologického vyšetření a ošetření je velmi rozšířen mezi dětmi a jejich doprovodem – matkami [22]. Velkou roli zde má vlastní anxieta rodičů, kterou je proto třeba ještě před první návštěvou zjistit a snížit [24]. Potvrdil se velký strach ze stomatologických nástrojů [20]. Příčiny a projevy strachu mají u dětí nejrůznější podoby. Zkušený lékař umí chápat „řeč těla“ dítěte a tomu přizpůsobuje i svůj postup při navazování komunikace. U dětí se zvýšenou hladinou strachu přiměřeně prodlužuje dobu přípravy na stomatologické vyšetření a ošetření, při extrakci předchází u dítěte pocitu porušení tělesné integrity. Stomatologický personál, zejména který ošetřuje děti, je speciálně pro jednání s nimi trénován, a to tak, aby se snížila pohotovost ke strachu. Pedostomatologové jsou nejlépe kvalifikováni pro ošetřování dětí nejen běžné populace, ale jedinců s emočními a osobnostními, fyzickými nebo mentálními odchylkami [2, 13]. U některých dětí je nezbytná spolupráce s psychologem nebo psychiatrem [5, 21].

Pro prevenci nespolupráce se začínají vyvíjet prognostické a preventivní metody, a to jak individuální, tak skupinové [15]. V prevenci nespolupráce hrají nepříznivou roli rodiče pozdním příchodem na první stomatologickou prohlídku, a tím riskují i náročnější ošetření v raném věku, zejména kaz časného dětství (early childhood caries ECC) a progresi orálního onemocnění [3]. Pozdní ošetření totiž často vyžaduje extenzivní rehabilitaci při užití celkové anestezie [8]. Čím je dítě déle zanedbáváno, tím častěji se stává neošetřitelným [10].

proLékaře.cz | 10.11.2026

Skupinová psychoterapie šetří čas a její účinnost je v přítomnosti ostatních dětí větší. Strach, který může být individuálně značný, nedosahuje v kolektivu takového stupně a intenzity. Přítomnost ostatních dětí jej zmenšuje, stává se difuzním. Pozorování, že ostatní děti mají stejné pocity a že je překonávají (jednotliví pacienti se totiž cítí v různém stupni ohrožení) zmenšuje mobilizaci ke strachu, vegetativním změnám i obranným reakcím, která je u dětí velká [11].

Individuálně úspěšné jsou metody racionálně přesvědčovací, sugestivní, založené na zvyšování sebevědomí pacienta, respektování jeho osobnosti. Z psychologických postupů je v 97 % úspěšně aplikována Tell-show-do, následuje modelace, verbální ovlivňování, výchovné působení rodičů, autorita otce, v indikovaných situacích hand-over-mouth. Tato technika není dětskými specialisty používána, protože se zdá, že zvyšuje strach ze stomatologického ošetření [14]. Ve výjimečných situacích je možné použít hypnózu. Dilenarda [7] zdůrazňuje skutečnost, že neexistuje ideální metodika, je nutné kombinovat více metod současně nebo v postupné návaznosti. Lékaři je poměrně často používaná celková anestezie [23]. Carson [3] uvádí, že způsob sedace není ovlivňován jen stupněm anxiozity, ale mnohem častěji rozsahem kariézního postižení.

ZÁVĚR

1. Úprava chování většinou závisí na intelektu a osobnostní výbavě. Nejlepší výsledky jsou u dětí se základní školní docházkou, méně změn chování pozorujeme u dětí se sníženým intelektem (mentální střední retardace). U těžké mentální retardace nemůžeme očekávat žádné zlepšení, pokud je dítě při první návštěvě neošetřitelné, volíme celkovou anestezii. Je to šetrné nejen pro dítě, ale i pro jejich rodiče, pro něž je každé stomatologické ošetření jejich dítěte frustrací.

2. U dětí s intelektem v mezích normy s přibývajícím věkem nastává pozitivní vztah ke stomatologickému ošetření a ubývá nespolupráce.

3. Při individuální psychoterapii je úspěšná vždy kombinace jednotlivých psychoterapeutických postupů.

4. Nejdůležitější je prevence: snížit nadměrnou anxietu matky, první stomatologické vyšetření dítěte co nejdříve, aby se předešlo kazu raného dětství.

5. Zavádět preventivní program pro snížení kazivosti a dbát zásad bezbolestného ošetření.

6. Využívat všech možností úpravy chování, včetně spolupráce psychologa, aby se snížil počet ošetření v celkové anestezii.

Grant MZ ČR VUS-VFN Praha, FN a LF UP Olomouc č. NK/7438-3/2003.

LITERATURA

1. **Balcar, K.:** Psychologické ovlivňování úzkosti. Čs. Pediat., roč. 32, 1977, s. 655–656.
2. **Bruers, J. et al.:** Patient orientation and professional orientation of Dutch dentist. Comm. Dent. Oral. Epidem., roč. 32, 2004, s. 115–124.
3. **Carson, P., Freeman, R.:** Dental caries, age and anxiety: factors influencing sedation choise for children attending for emergency dental care. Comm. Dent. Oral. Epidem., roč. 29, 2001, s. 30–36.
4. **Craig, W.:** Hand – over mouth technique. J. Dent. Child, roč. 38, 1971, s. 387–389.
5. **Cupalová, R., Nováková, K.:** Psychiatric problems of children incapable of stomatologic treatment. Acta Univ. Palacki., Olomuc. (Olomouc), Fac. Med., roč. 99, 1981, s. 303–308.
6. **Cupalová, R., Nováková, K., Vachutková, M.:** Psychopharmacologic management of the stress in pedodontic practice. Acta Univ. Palacki. Olomuc. (Olomouc), Fac. Med., roč. 120, 1988, s. 351–356.
7. **Dilenarda, R., Cadenaro, M., Stacchi, C.:** The influence of dentist's bahavior on compliance and fear in pediatric dental patients. Eur. J. Paed. Dent., roč. 4, 2000, s. 179–183.
8. **Jessee, S. A.:** Behavioral indicators of child maltreatment. J. Dent. Child, roč. 66, 1999, s. 17–22.
9. **Jöhren, P., Tarsaev, O., Jackowsko, G., Satory, G.:** Zahnbehandlungangst, Zahnbehandlungsphobie. ZWR, roč. 109, 2000, s. 35–39.
10. **Kan, Myoyo, Ishikawa Takayoshi, Nagasaka Nobuo:** A Study of psychological stress created in dentists by children during pediatric dental treatment. J. Dent. Child., roč. 66, 1999, s. 41–48.
11. **Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J.:** Dětská psychoterapie. 2. vyd., Praha, Portál, 2000.
12. **Možný, P., Praško, J.:** Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do terapie a praxe. Praha, Triton, 1999.
13. **Nathan, J. E.:** Behavioral management strategies for young paediatric dental patients with disavilites. J. Dent. Child, 68, roč. 2001, s. 89–101.
14. **Newton, J. T., Patel, H., Shah, S., Sturmey, P.:** Attitudes towards the use of hand over mouth (HOM) and fhysical restraint amongst paediatric specialist practicioneres in the UK. Intern. J. Paed., Dent., roč. 14, 2004, s. 111–117.
15. **Nováková, K., Fialová, S.:** Psychoterapeutický přístup ke stomatologickému ošetření dětí. Prakt. zubní Lék., roč. 17, 1977, s. 108–112.
16. **Nováková, K., Řehanová, J.:** Příspěvek k problematice ošetřitelnosti dětí školního věku. Čs. Stomat., roč. 77, 1977, s. 108–112.
17. **Nováková, K., Andresová, S., Cupalová, R.:** Disorders of social adaptation in untreatable children. Acta Univ. Palacki. Olomuc. (Olomouc), Fac. Med., roč. 111, 1985, s. 423–428.
18. **Nováková, K., Cupalová, R., Stárková, L.:** Úspěšnost ovlivnění nespolupráce při stomatologickém ošetřování u dětí s různou intelektovou úrovní. Čs. Stomat., roč. 89, 1989, s. 177–182.
19. **Nováková, K., Andresová, S.:** Vliv deficility na stupeň nespolupráce dětí při stomatologickém ošetření. Čs. Stomat., roč. 90, 1990, s. 216–220.
20. **Nováková, K., Cupalová, R., Vochutková, M.:** Příspěvek k psychofarmakologickému ovlivňování stresu ve stomatologické ordinaci (longitudinální studie). Čs. Stomat., roč. 90, 1990, s. 329–334.
21. **Nováková, K., Cupalová, R., Vachutková, M.:** Die Effektivitat der Pädopsychiatrischen konsultation bei den stomatologisch schwer zu behandlungen Patienten.

proLékaře.cz | 10.11.2026

Acta Univ. Palacki. Olomuc. (Olomouc), Fac. Med., roč. 125, 1990, s. 269–176.
22. **Peretz, B., Glaicher, H., Ram, D.:** Child-management techniques. Are there differences in the way female and male pediatric dentists in Israel practice? Braz. Dent. J., 14, (2), Ribeiao Preto, 2003.
23. **Pingham, J. R.:** Behaviour management of children in the dental office. J. Dent. Clin. North Am., roč. 44, 2000, s. 471–786.
24. **Poulsen, S.:** The child's dental visit. Int. J. Paediatr. Dent., roč. 13, 2003, s. 264–265.
25. **Primosch, R. E., Balsewich, C. M., Thomas, C. W.:** Outcomes assessment an intervention strategy to improve parental compliance to follow-up evaluations after treatment of early childhood caries using general anesthesia in a Madicaid population. J. Dent. Child., roč. 68, 2001, s. 102–108.
26. **Raboch, J. et al.:** Psychiatrie. Galén, 2001, s. 622.
27. **Venham, L. L., Bengston, D., Cipes, M.:** Parent's presence and child's response to dental stress. J. Dent. Child., roč. 45, 1978, s. 213–217.
28. **Wright, F. A. C.:** Behavior management in dentistry for children ed. W. B. Saunders Company Philadelphia, 1975, 266 s.

Doc. MUDr. Květoslava Nováková, CSc.

I. stomatologická klinika LF UP a FN
Palackého 12
772 00 Olomouc

ZPRÁVA

Zápis ze schůze přípravného výboru a revizní komise České stomatologické společnosti ČLS JEP, konané 1. března 2005 v zasedací místnosti LD v Praze

Program:

1. Přítomní byli seznámeni se způsobem, jakým proběhly volby do ČSS ČLS JEP a zápisem z voleb do Výboru a RK ČSS ČLS JEP.
2. Přítomní obdrželi schválenou kandidátku do Výboru a RK ČSS ČLS JEP. V pořadí prvních 7 členů jsou členové výboru, další 3 revizní komise a další 3 náhradníci. S tímto postupem všichni přítomní souhlasili.
   Výbor se sejde znovu v úterý dne 15. března 2005 ve 14.30 hodin.
3. Byla přednesena zpráva o ekonomickém výsledku časopisu Česká stomatologie a Praktické zubní lékařství.
   S ohledem na to, že si všichni přítomní i předsednictvo ČLS JEP přeje zachování tohoto časopisu s velkou tradicí a ohlasem u odborné veřejnosti, je nezbytné přijmout opatření ke zlepšení ekonomiky časopisu.
   Byly diskutovány tyto návrhy a doporučení:
   – pro snížení nákladů na výrobu časopisu bude ustavena pouze jedna redakční rada,
   – rozšíření tiráže časopisu a projednání možnosti získání finančních příspěvků i od těch odborných společností, které nejsou členy ČLS JEP,
   – rozšíření odběru časopisu Česká stomatologie a získání inzerce,
   – na základě předběžného jednání prof. Jiravy se uvažuje o získání spoluúčasti Slovenské stomatologické společnosti,
4. Přítomni se rozhodli, že výbor předloží koncepci práce společnosti a seznámí s ní členy ČSS ČLS JEP.
5. ČSS ČLS JEP se zapojí prostřednictvím svých zástupců do přehodnocení počtu specializačních oborů v rámci stomatologie.
6. Výbor ČSS ČLS JEP bude pracovat za podpory sekretářky ČSS, která bude přijata na Dohodu o provedení práce.
7. Výbor ČSS ČLS JEP oznamuje svým členům, že k 1. březnu 2005 má společnost 419 členů.

Noví členové výboru ČSS ČLS JEP
Doc. BRÁZDA Otakar
Doc. DŘÍZHAL Ivo
Prof. EBER Miroslav
MUDr. HOUBA Robert
Prof. JIRAVA Emil
MUDr. JIROUSEK Zdeněk
Doc. PODSTATA Josef

Náhradníci:
Ing. KOMRSKA Jiří
MUDr. VOSKA Pavel

Revizní komise:
MUDr. JEBAVÝ Zdeněk
Doc. VURM Vladimír

Zapsala MUDr. Alexandra Pilinová,
předsedkyně volební komise