

Postawy prozdrowotne studentów wybranych uczelni Polski, Białorusi i Ukrainy dotyczące stomatologicznych badań kontrolnych

Pro-health attitudes of students of selected Polish, Belarus and Ukraine universities concerning control dental examinations

MAŁGORZATA KNAŚ^{1/}, ANNA ZALEWSKA^{2/}, TOMASZ KLESZCZEWSKI^{3/}, ANDREI SHPAKOU^{4/},
OXANA BOYKO^{5/}, IWONA WILIŃSKA^{6/}, JOANNA KŁOSSOWSKA^{7/}, EWA KLESZCZEWSKA^{1/}

^{1/} Instytutu Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach, Polska

^{2/} Zakład Stomatologii Zachowawczej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Polska

^{3/} Zakład Biofizyki, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Polska

^{4/} Katedra Medycyny Sportowej i Rehabilitacji, Państwowy Uniwersytet im. Janka Kupala w Grodnie, Białoruś

^{5/} Uniwersytet Medyczny we Lwowie, Ukraina

^{6/} Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stomatologia Dr Knaś i Wspólnicy w Białymstoku, Polska

^{7/} Ars Medica sp. j. Joanna Kłossowska i Wspólnicy w Wysokiem Mazowieckiem, Polska

Wstęp. Priorytetem działań UE (uwzględniającym stały i zrównoważony rozwój) jest podnoszenie jakości życia jej obywateli, dlatego znaczącą uwagę przypisuje się badaniom kontrolnym i profilaktycznym. Celem głównym wspólnie prowadzonych przez uczelnie z Suwałk, Grodna i Lwowa działań była analiza zmian postaw prozdrowotnych studentów dotycząca częstotliwości stomatologicznych wizyt kontrolnych prowadzona w latach 2013-2015.

Cel. Określenie częstotliwości uczestnictwa w stomatologicznych badaniach kontrolnych respondentów z Suwałk (Polska), Grodna (Białoruś) i Lwowa (Ukraina) poprzez analizę odpowiedzi ankietowych studentów, wykonana w latach 2013-2015.

Materiał i metoda. W latach: 2013/2014 (n=780) i 2014/2015 (n=1199) przeprowadzono autorskie badania ankietowe na temat postaw prozdrowotnych, w tym uczestnictwa studentów w stomatologicznych badaniach kontrolnych. Badania w Grodnie i Lwowie wykonano w ramach działania Wirtualnych Zespołów Badawczych.

Wyniki. Analiza wyników otrzymanych w latach 2013-2014 wykazała, że studenci-mężczyźni z Ukrainy istotnie częściej odwiedzają stomatologa niż studenci-mężczyźni z Polski. Natomiast studenci z Polski vs. Białorusi i z Ukrainy vs. Białorusi istotnie częściej wykonują SBK 2 razy w roku, zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn. Analiza wyników otrzymanych w latach 2014-2015 wykazała zaś, że stomatologiczne badania kontrolne 2 razy w roku istotnie częściej wykonano w grupach studentów-kobiet i -mężczyzn w Polsce vs. Białorusi.

Wnioski. 1. Działania w ramach programu prozdrowotnego mają istotny wpływ na stan świadomości studentów z punktu widzenia profilaktyki stomatologicznej. 2. Studenci studiujący w Polsce istotnie częściej niż studenci studiujący na Ukrainie i na Białorusi oraz studenci studiujący na Ukrainie istotnie częściej niż studenci studiujący na Białorusi zgłaszają się na stomatologiczne badania kontrolne.

Słowa kluczowe: profilaktyka, stomatologiczne badania kontrolne, badanie pogranicza, dobre praktyki

Introduction. The priority of the EU activities (taking into account the stable and sustainable development) is to improve the quality of life of its citizens, which is why a significant attention is paid to the control and prevention research. The main aim of the activities jointly conducted by the universities of Suwałki, Grodno and Lviv was the analysis of changes in students' pro-health attitudes concerning the frequency of control dental examinations, carried out between 2013-2015.

Aim. To determine the frequency of participation in controlled studies of dental respondents from Suwałki (Poland), Grodno (Belarus) and Lviv (Ukraine) by analyzing the survey responses of students, performed in 2013-2015.

Material & Methods. In years: 2013/2014 (n=780) and 2014/2015 (n=1199) were copyright surveys on the attitudes of health promotion, including the participation of students in the dental control tests. Research in Grodno and Lviv are made under the action of Virtual Teams Research.

Results. Analysis of the results obtained in 2013-2014 showed that students-men from Ukraine significantly more likely to visit the dentist than students-men in Polish. In contrast, students from Polish vs. Belarus and the Ukraine vs. Belarus significantly more likely to perform SBK 2 times a year, among both women and men. Analysis of the results obtained in the years 2014-2015 and showed that performed dental checkups 2 times a year significantly more often in groups of students-students-women and men in Poland vs. Belarus.

Conclusions. 1. Actions under the program healthy have a significant impact on the state of consciousness of students from the point of view of preventive dental care. 2. Students studying in Poland significantly more often than students studying in Ukraine and Belarus as well as students studying in Ukraine significantly more than students studying in Belarus report on dental checkups.

Key words: prevention, control dental examinations, border survey, good practices

Wstęp

Polska, Białoruś i Ukraina mają wspólne korzenie, lecz ich obecna sytuacja jest geopolityczną pochodną kryzysu i walk na wschodniej Ukrainie. Z jednej strony Unia Europejska planuje, że w latach 2014-2020 kontynuowana będzie współpraca transgraniczna między Polską, Białorusią i Ukrainą w ramach Europejskiego Instrumentu Sąsiedztwa (EIS) poprzez Program Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020 [1]. Z drugiej, eskalacja działań na Ukrainie grozi zaostreniem konfliktu i brakiem możliwości realnej współpracy. Wiele badań epidemiologicznych wskazuje na powiązanie złego stanu zdrowia jamy ustnej z chorobami cywilizacyjnymi np. sercowo-naczyniowymi, złą kontrolą glikemiczną w cukrzycy, szpiczakiem mnogim, nowotworami głowy i szyi czy stwardnieniem rozsianym [2-7]. Dlatego niezmiernie ważne są systematyczne badania kontrolne przeprowadzane przez lekarza dentystę, gdyż zdrowa jama ustna jest kluczem do zdrowia ogólnego oraz jakości i długości życia [8, 9]. Szerzenie świadomości i wiedzy wśród społeczeństw różnych państw, o możliwym wpływie chorób przyzębia na zdrowie ogólne, wydaje się, przy obecnym stanie wiedzy medycznej, niezbędne.

Ministerstwo Zdrowia w programie „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013-2015” [10] za główny cel postawiło badanie zjawisk społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych warunkujących stan zdrowia populacji (stwierdzony w stomatologicznych badaniach kontrolnych {SBK}). W celach szczegółowych programu główny nacisk położono na wskazanie strategii, programów oraz działań profilaktyczno-edukacyjnych umożliwiających poprawę stanu zdrowia ludności. W program Ministerstwa Zdrowia wpisują się prowadzone od 2011 r. wspólnie działania naukowców z Polski, Białorusi i Ukrainy [11-16].

Zgodnie z przyjętymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) zasadami monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej najmłodsze indeksowe grupy wiekowe populacji są badane w odstępach 2 lat, dorastająca młodzież oraz młodzież kończąca szkołę licealną w odstępach odpowiednio 3 i 5 lat. Grupy osób dorosłych badane są w odstępach 5-8 letnich. Odstępy czasu pomiędzy badaniami określonych grup wiekowych są związane z dynamiką procesu próchnicy zębów, która jest najwyższa u dzieci i z upływem czasu ulega obniżeniu [13].

Wyniki dotychczasowych badań wskazują na alarmująco zły stan zdrowotny uzębienia w Polsce [17-21]. Stan ten różni się znacząco od stanu obserwowanego nie tylko w krajach rozwiniętych, ale także w wielu krajach UE wzbudzonych gospodarczo (podlegających podobnie jak Polska transformacji systemowej). Niepokoi wysoki i gwałtownie rosnący odsetek

osób dorosłych, pomiędzy 35-44 a 65-74 rokiem życia, z bezzębiem oraz gwałtownie malejąca w tym okresie życia średnia liczba zachowanych zębów naturalnych (w przeliczeniu na osobę) oraz masowe występowanie chorób przyzębia (np. w 2008 roku u 93,9% badanych stwierdzono nieprawidłowości ze strony przyzębia) [17, 18]. Niepokojąco rośnie liczba osób z nowotworami jamy ustnej (27% nowotworów występujących w obrębie głowy i szyi) [10]. Zagadnienia te wymagają szczególnej uwagi nie tylko organizatorów systemu opieki zdrowotnej, lecz i promotorów edukacyjnych działań prozdrowotnych.

Należy podkreślić, że etiologia procesu próchnicowego jest złożona i obejmuje szereg czynników, mniej lub bardziej, zależnych od pacjenta. Według Szatko [21] określone wzorce zachowań w odniesieniu do jamy ustnej determinują w około 50% zapadalność na próchnicę. Uwarunkowania środowiskowe, tj. społeczne, polityczne, ekonomiczne i naturalne, mają wpływ w 30% na ten proces. Pozostałe elementy to system opieki zdrowotnej oraz uwarunkowania osobnicze (po 10%). Niewłaściwe zachowania prozdrowotne, m.in. złe nawyki żywieniowe i niedostateczna higiena jamy ustnej, a z czynników biologicznych – skład śliny, jej pH i zdolności buforowe – mają zasadniczy wpływ na zapoczątkowanie oraz przebieg procesu próchnicowego [21].

Mając na uwadze przygotowanie młodego pokolenia do dbania o zdrowie własne i do aktywnego działania na rzecz zdrowia publicznego, w PWSZ w Suwałkach, opracowano i wdrożono „Program Prozdrowotny na lata 2013-2016”. W dalszej perspektywie czasowej wraz z budową świadomości znaczenia działań prozdrowotnych i profilaktycznych zakładamy wzrost proporcji osób dorosłych szczotkujących zęby dwa razy dziennie pastą z fluorem i zgłaszających się na stomatologiczne badania kontrolne przynajmniej raz w roku. Wspólne działania społeczności akademickiej mają docelowo prowadzić również do wzrostu proporcji osób dorosłych i starszych z zachowanym uzębieniem naturalnym, szczotkujących zęby i zgłaszających się na wizyty kontrolne do stomatologa nie rzadziej niż odpowiednio raz na rok. Mamy nadzieję, że prowadzone międzynarodowe badania pozwolą wyłonić skuteczne inicjatywy, programy i działania prewencyjne zasługujące na upowszechnienie. Ufamy, że na korzyść zmieni się również jakość życia różnych grup wiekowych w naszej populacji (zmniejszy się ograniczenie funkcji żucia, ból spowodowany stanem uzębienia, przyzębia, dyskomfort psychiczny, ograniczenie psychologiczne i socjalne spowodowane stanem jamy ustnej).

Materiał i metody

Badania prowadzono zgodnie z harmonogramem „Programu Prozdrowotnego na lata 2013-2016”

PWSZ w Suwałkach w latach 2013/2014 i 2014/2015 w Instytucie Ochrony Zdrowia w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach, Państwowym Uniwersytecie im. Janki Kupały w Grodnie, Katedra Medycyny Sportowej i Rehabilitacji oraz Uniwersytecie Medycznym we Lwowie. Badania wykonano systemem internetowym LimeSurvey. LimeSurvey jest rozprowadzany na zasadach wolnego oprogramowania internetowym systemem ankiet napisanym w języku PHP i wykorzystującym bazę danych MySQL, PostgreSQL lub MSSQL. Ankieta miała charakter anonimowy i dobrowolny. Odpowiedzi udzielili wszyscy studenci, którzy zgodzili się wziąć udział w badaniu; następnie przeprowadzono analizy dla wszystkich grup studentów trzech uczelni. Analizę statystyczną wyników przeprowadzono z zastosowaniem pakietu komputerowego R oraz Statistica 10.0 (dokładny test Fishera).

W roku akademickim 2013/2014 łącznie ankietę on-line wypełniło 780 osób, przy czym grupę P stanowili studenci z Polski ($n=335$: P1-K – kobiety ($n=185$), P1-M – mężczyźni ($n=150$)); grupę B studenci z Białorusi ($n=293$: B1-K – kobiety ($n=180$), B1-M – mężczyźni ($n=113$)); grupę U studenci z Ukrainy ($n=152$: U1-K – kobiety ($n=100$), U1-M – mężczyźni ($n=52$)). Badani studenci w 65% byli w wieku do 20 roku życia, 24% studentów było w wieku 21-23 lat, powyżej 23 roku życia było 11% badanych osób.

W roku akademickim 2014/2015 łącznie ankietę wypełniło 1199 osób, przy czym grupę P stanowili studenci z Polski ($n=192$: P2-K – kobiety ($n=119$), P2-M – mężczyźni ($n=73$)); grupę B studenci z Białorusi ($n=544$: B2-K – kobiety ($n=314$), B2-M – mężczyźni ($n=230$)); grupę U studenci z Ukrainy ($n=463$: U2-K – kobiety ($n=323$), U2-M – mężczyźni ($n=140$)). Badani studenci, w 69% byli w wieku do 20 roku życia, 19% studentów było w wieku 21-23 lat, powyżej 21 lat było 11% badanych osób.

Wyniki

Polska

Analiza wyników otrzymanych w latach 2013-2014 po ankietyzacji studentów uczelni w Suwałkach wykazała, że istotnie więcej studentów-kobiet (P1-K) odwiedza stomatologa 2 razy w roku w porównaniu do studentów-mężczyzn (P1-M) ($p=0,0075$). Znacząco więcej osób z grupy P1-M odwiedza stomatologa co 2-3 lata w porównaniu do grupy P1-K ($p=0,0099$). Niestety w grupie P1-M istotnie więcej polskich studentów zadeklarowało, że nigdy nie było u stomatologa na badaniu kontrolnym w porównaniu do grupy P1-K ($p=0,0069$).

W grupie P2-K istotnie więcej osób zadeklarowało, że odwiedza stomatologa co 2-3 lata w celach profilaktycznych niż grupie P1-K ($p=0,0226$).

Białoruś

Analiza wyników otrzymanych po ankietyzacji studentów uczelni w Grodnie wykazała, że w grupie B1-M istotnie więcej osób nigdy nie odwiedza stomatologa w porównaniu do osób z grupy B1-K ($p=0,0117$). Znacząco więcej osób z grupy B1-K odwiedza stomatologa 2 razy w roku w porównaniu do grupy B1-M ($p=0,0195$). Spośród badanych osób istotnie więcej białoruskich studentów z grupy B1-M nigdy nie było u stomatologa na badaniu kontrolnym ($p<0,00001$) w porównaniu do grupy B1-K.

Porównanie wyników otrzymanych z grupy B1-K vs. B2-K wykazało, że w latach 2013-2014 istotnie więcej osób zadeklarowało, że odwiedza stomatologa 2 razy do roku w celach profilaktycznych niż w latach 2014-2015 ($p=0,02$). Natomiast w latach 2014-2015 (B2-K) istotnie więcej kobiet odwiedziło stomatologa w czasie co 2-3 lata w porównaniu do grupy B1-K ($p=0,0002$).

Ukraina

Porównanie wyników z grupy U1-M z U2-M wykazało, że w latach 2013-2014 istotnie więcej mężczyzn zadeklarowało, że odwiedza stomatologa 2 razy do roku w celach profilaktycznych niż w latach 2014-2015 ($p=0,0116$).

Polska vs. Białoruś, Polska vs. Ukraina, Białoruś vs. Ukraina

Istotne statystycznie zależności uzyskane z analizy porównawczej wyników z poszczególnych państw przedstawiono w tabeli I.

Analiza wyników otrzymanych w latach 2013-2014 wykazała, że w grupie U1-M istotnie częściej osoby odwiedzają stomatologa niż z grupy P1-M (raz w roku $p<0,0001$; 2 razy w roku $p<0,015$). W grupie B1-K studentki istotnie częściej odwiedzają stomatologa raz w roku ($p<0,025$) niż w grupie P1-K. Porównanie grup P1-K vs. B1-K, U1-K vs. B1-K, P1-M vs. B1-M oraz U1-M vs. B1-M wykazało, że istotnie częściej zarówno kobiety, jak i mężczyźni wykonują SBK 2 razy w roku (odpowiednio: $p<0,00015$; $p<0,00035$; $p<0,009$; $p<0,0001$). Analiza wyników otrzymanych w latach 2014-2015 wykazała zaś, że świadomość stomatologicznych badań kontrolnych 1 i 2 razy w roku jest istotnie wyższa w studentów-kobiet i -mężczyzn na Ukrainie vs. Białorusi (odpowiednio: $p<0,045$; $p<0,0001$; $p<0,001$; $p<0,0001$). Wykazaliśmy, że w latach 2014-2015 wykonywano stomatologiczne badania kontrolne 2 razy w roku

Tabela I. Istotne statystycznie zależności uzyskane z analizy porównawczej wyników z poszczególnych państw dotyczące stomatologicznych badań profilaktycznych

Table I. Statistically significant correlations of comparative analysis of results from individual countries regarding control dental examinations

	P1-K vs. B1-K	P1-K vs. U1-K	U1-K vs. B1-K
1 raz do roku	0,0214 ↓	0,5086	0,0596
2 razy do roku	0,0001 ↑	0,4229	0,0003 ↑
co 2-3 lata	0,1	0,4404	0,0892
nigdy	0,1187	0,4252	0,0753
	P1-M vs. B1-M	P1-M vs. U1-M	U1-M vs. B1-M
1 raz do roku	0,1822	0,00001 ↓	0,3296
2 razy do roku	0,0087 ↑	0,014 ↓	0,00001 ↑
co 2-3 lata	0,3371	0,011 ↑	0,0047 ↓
nigdy	0,1593	0,2062	0,0510
	P2-K vs. B2-K	P2-K vs. U2-K	U2-K vs. B2-K
1 raz do roku	0,4157	0,1708	0,0449 ↑
2 razy do roku	0,0017 ↑	0,4977	0,00001 ↑
co 2-3 lata	0,0163 ↓	0,0338 ↑	0,00001 ↓
nigdy	0,0038 ↓	0,4476	0,00001 ↓
	P2-M vs. B2-M	P2-M vs. U2-M	U2-M vs. B2-M
1 raz do roku	0,0930	0,1465	0,0007 ↑
2 razy do roku	0,0013 ↑	0,3467	0,00001 ↑
co 2-3 lata	0,0618	0,031 ↓	0,00001 ↓
nigdy	0,0003 ↓	0,1093	0,00001 ↓

istotność statystyczna $p < 0,05$ – pogrubienie;

P1-K – Polska, kobiety, 2013/2014; P1-M – Polska, mężczyźni, 2013/2014;
B1-K – Białoruś, kobiety, 2013/2014; B1-M – Białoruś, mężczyźni, 2013/2014;
U1-K – Ukraina, kobiety, 2013/2014; U1-M – Ukraina, mężczyźni, 2013/2014;
P2-K – Polska, kobiety, 2014/2015; P2-M – Polska, mężczyźni, 2014/2015;
B2-K – Białoruś, kobiety, 2014/2015; B2-M – Białoruś, mężczyźni, 2014/2015;
U2-K – Ukraina, kobiety, 2014/2015; U2-M – Ukraina, mężczyźni, 2014/2015

istotnie częściej w grupach studentów-kobiet i -mężczyzn w Polsce vs. Białorusi (odpowiednio: $p < 0,002$; $p < 0,002$).

Analiza wyników otrzymanych w latach 2013-2014 wykazała, że stomatologicznym badaniom kontrolnym co 2-3 lata istotnie więcej osób poddaje się w grupie P1-M i B1-M niż w grupie U1-M (odpowiednio: $p < 0,015$; $p < 0,005$).

Analiza wyników otrzymanych w latach 2014-2015 wykazała, że stomatologicznym badaniom kontrolnym co 2-3 lata istotnie więcej osób poddaje się w grupie B2-K i U2-K niż w grupie P2-K (odpowiednio: $p < 0,02$; $p < 0,035$); w grupach P2-M vs. U2-M ($p < 0,035$), w grupach B2-K vs. U2-K ($p < 0,0001$) oraz w grupach B2-M vs. U2-M ($p < 0,0001$).

Nigdy u stomatologa nie było więcej osób z pośród studentów z Białorusi niż z Polski i Ukrainy (B2-K vs. P2-K $p < 0,004$; B2-M vs. P2-M $p < 0,00035$; B2-K vs. U2-K $p < 0,0001$; B2-M vs. U2-M $p < 0,0001$).

Omówienie i wnioski

Próchnica zębów wymieniana jest obok choroby niedokrwiennej serca, nowotworów, cukrzycy II typu

czy alergii jako współczesna poważna choroba cywilizacyjna. Na wnikliwą uwagę zasługują badania dotyczące schorzeń odogniskowych z przyczyn zębowych. Pod pojęciem zakażenia ogniskowego rozumie się uogólniony odczyn powstający i rozwijający się w związku ze zmianą zapalno-bakteryjną umiejscowioną w małej przestrzeni (ognisku pierwotnym). Ogniska zakażenia pierwotnego zlokalizowane są w przydatkach, układzie moczowym, drogach żółciowych. Jednakże aż 90% z nich występuje w obrębie jamy ustnej [22]. Choroby cywilizacyjne są, z jednej strony silnie uwarunkowane stylem życia, z drugiej zaś czynnikami systemowymi i środowiskowymi. W „Programie Prozdrowotnym na lata 2013-2016” zakładaliśmy, że edukacja prozdrowotna, promocja zdrowia oraz szeroko pojęta profilaktyka stanie się właściwym sposobem umożliwiającym poprawę złego stanu zdrowia jamy ustnej młodzieży, a tym samym przyszłościowo całej populacji.

W powszechnej opinii systematyczne badania (kontrolne, profilaktyczne) pozwalają wykryć pierwsze zwiastuny zagrożenia i rozpocząć leczenie przed pełnym rozwinięciem się choroby. Pomysł, aby wysyłać osoby zdrowe na profilaktyczne badania jest stosunkowo nowy. Dopiero w latach 70. w medycynie pojawił się pogląd, że nauki medyczne powinny nie tylko zajmować się chorymi, ale rozszerzyć pole działania o osoby zdrowe. Zaczęto kłaść większy nacisk na profilaktykę i prewencję. Z czasem działania takie przyniosły wyniki. Na przykład badania siedmiu krajów Europy (Niemcy, Francja, Włochy, Hiszpania, Wielka Brytania, Irlandia i Polska) prowadzone pod wspólną nazwą „Nawyki Europejczyków związane z higieną i zdrowiem jamy ustnej” potwierdziły skuteczność profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia [23]. Obecnie najczęściej, bo raz do roku, lekarza stomatologa odwiedzają Niemcy (44%) i Brytyjczycy (46%). W Wielkiej Brytanii, gdzie jeszcze kilka dekad temu stan zdrowia jamy ustnej obywateli był bardzo zły, dzięki profilaktyce i lepszej dostępności usług odsetek osób bezzębnych spadł z 37% w 1968 r. do 11%. w 1998 r. Osiągnięto to m.in. dzięki powszechnym programom promującym: racjonalną dietę, ograniczenie cukru, higienę jamy ustnej, fluoryzację. Wiele dała również walka z nikotynizmem i alkoholizmem. Powszechnie stosowany w UE „system wczesnego ostrzegania” wykrywał zmianę we wczesnym stadium, kiedy pacjent nie odczuwał jeszcze żadnych dolegliwości. Wczesnej profilaktyce sprzyjały również udoskonalane metody diagnostyczne [24-26].

Badania kontrole są niezwykle ważnym elementem w leczeniu stomatologicznym. W trakcie wizyt podaje się przeglądowi jamę ustną. Dzięki temu zabiegowi, można wykryć ewentualne patologie i skierować pacjenta do odpowiedniej poradni specjalistycznej.

Kontrolne badanie stomatologiczne obejmuje: wizualną ocenę stanu tkanek miękkich (języka, policzków, gardła i dziąseł), uwzględniającą ich zabarwienie (bładość, zaczerwienienie), obecność obrzęków lub białych przebarwień; kontrolę zgryzu; ocenę stopnia parodontozy (głębokość kieszonek dziąsłowych); badanie radiologiczne panoramiczne, jeśli nie było wykonywane wcześniej oraz ocenę indywidualnych problemów pacjenta. W trakcie wizyty u stomatologa udziela się także porad dotyczących zdrowia jamy ustnej, uczy prawidłowego sposobu szczotkowania, a także motywuje do utrzymania prawidłowej higieny [26].

Ministerstwo Zdrowia na swojej stronie internetowej, w zakładce Leczenie stomatologiczne, informuje, że pacjent ma prawo wybrać dowolną placówkę lub dowolnego dentystę spośród udzielających świadczeń w zakresie lecznictwa stomatologicznego na podstawie umowy zawartej z NFZ. W ramach leczenia stomatologicznego refundowane są m.in. świadczenia ogólnostomatologiczne, chirurgii stomatologicznej i periodontologii, protetyki i pomocy doraźnej. W ramach świadczeń gwarantowanych lekarz dentysta zapewnia pacjentom bezpłatne badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne oraz środki pomocnicze. W ramach świadczeń gwarantowanych pacjentom przysługują między innymi: badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej (raz w roku); kontrolne badania lekarskie (3 razy w roku); zdjęcia rentgenowskie zewnątrzustne; leczenie próchnicy; znieczulenie do zabiegów; usunięcie zębów; leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej; usunięcie kamienia nazębnego; leczenie endodontyczne (kanałowe) zębów przednich u dorosłych oraz wszystkich zębów u dzieci oraz kobiet w ciąży i połogu. W ramach świadczeń gwarantowanych raz na 5 lat pacjentom przysługuje leczenie protetyczne przy pomocy ruchomej protezy częściowej (w zakresie 5-8 brakujących zębów w szczęce). W przypadku całkowitego braku zębów – raz na 5 lat przysługuje im proteza całkowita. Osobom, które mają za sobą operacyjne leczenie nowotworów w obrębie twarzoczaszki, protezy przysługują bez ograniczeń czasowych. Raz na 2 lata pacjenci mogą także bezpłatnie naprawić protezę [27].

Podkreśliśmy, że w kształtowaniu prawidłowych nawyków higieny jamy ustnej społeczeństwa kluczowa jest zarówno systematyczna edukacja pacjentów, jak i wyrobienie nawyku systematycznych wizyt kontrolnych. Polacy przeciętnie nie poświęcają na higienę jamy ustnej więcej niż 30 sekund jednorazowo. Pośpiech, brak staranności, nieprawidłowa technika mycia zębów, to najkrótsza i najprostsza droga do próchnicy zębów i chorób dziąseł [28].

Mając na uwadze fakt, że dynamika zapadalności na próchnicę i skuteczność jej leczenia jest bardzo

czułym wskaźnikiem nie tylko funkcjonowania samego systemu opieki dentystycznej, ale również odzwierciedleniem wielu trudnych do oceny procesów natury społecznej, ekonomicznej, organizacyjnej czy kulturowej kraju w kolejnych latach (2013/2014 i 2014/2015) śledzono wskazania studentów z Suwałk, Grodna i Lwowa dotyczące częstości ich uczestniczenia w stomatologicznych badaniach kontrolnych.

Otrzymane w trakcie opisanych w tej pracy badań, wyniki wskazują na wzrost świadomości w przedziale czasowym (od 2013 do 2015 roku) wśród studentów z Polski i Białorusi z grupy chodzącej do stomatologa co 2-3 lata w porównaniu do studentów z Ukrainy. W roku akademickim 2013/2014 raz do roku istotnie częściej były u stomatologa studentki z Białorusi niż z Polski. Dwa razy do roku znamienne częściej do dentysty chodzili studenci obydwu płci z Polski i studentki z Ukrainy w porównaniu do studentów z Białorusi. Wizyty u dentysty co 2-3 lata istotnie częściej praktykują studenci-mężczyźni z Polski i Białorusi w porównaniu do studentów-mężczyzn z Ukrainy. Natomiast w roku akademickim 2014/2015 sytuacja zmienia się na tyle, że do studentów-mężczyzn z Białorusi dołączają ich koleżanki studentki. Niestety wśród studentów-kobiet z grup osób będących u stomatologa co 2-3 lata panie z Ukrainy i Białorusi wyprzedzają panie z Polski. Warto podkreślić jest to, że w roku akademickim 2014/2015 studenci płci żeńskiej i męskiej z Polski i Ukrainy znacząco rzadziej nie chodzą wcale do dentysty w porównaniu do studentów obydwu płci z Białorusi.

Uzyskane w trakcie międzynarodowych badań wyniki z Suwałk i Grodna dobrze korelują z wynikami otrzymanymi przez innych badaczy. Z badań Majda [29] wynika, że ponad jedna trzecia badanych (38,1%) korzystała z usług stomatologa 1 raz na 6 miesięcy, 31,2% 1 raz w roku, 14,4% 1 raz na 2 lata, 5,9% tylko w razie bólu, 5,5% 1 raz na 3 miesiące, 2,5% nie korzystało z usług stomatologa, 1,9% korzystało z nich 1 raz w miesiącu, a 0,5% rzadziej niż 1 raz na 2 lata. Niespełna połowa badanych (47,5%) ostatnio była u stomatologa 1-6 miesięcy temu, 28,3% 7-12 miesięcy temu, 19,8% 1-2 lata temu, 1,9% 3-4 lata temu, również 1,9% nigdy nie było u stomatologa, a 0,6% ostatnio było u stomatologa ponad 4 lata temu. Badania Wędrychowicz-Welman [30] wykazały, że studenci najczęściej korzystali z usług stomatologa, co pół roku (61%), na drugim miejscu znalazły się dwie odpowiedzi liczące po 15% badanych osób, w których jedna grupa deklarowała wizyty raz na 3 miesiące, a druga raz w roku.

Badania naukowe potwierdzają [17, 22-30], że czynniki wpływające na szybkość powstawania kamienia nazębnego to: zabiegi higieniczne (odpowiednia

technika szczotkowania zębów oraz używanie nici dentystycznych spowalnia proces odkładania się kamienia); skład śliny (wysoko zmineralizowana sprzyja szybszemu powstawaniu kamienia); nawyki dietetyczne (picie dużej ilości kawy, herbaty oraz palenie) oraz stres (częste w okresach stresu zaniedbanie higieny, nieprawidłowe odżywianie oraz spadek odporności organizmu przyspieszają rozwój kamienia). Niepokoją zwłaszcza wyniki z ostatniego ogólnokrajowego monitoringu wykonanego w 2012 r. [17], które wskazują, że odsetek osób w wieku 18 lat, wolnych od próchnicy był bardzo niski i wynosił 3,9%, przy znacznych różnicach występujących zależnie od płci i miejsca zamieszkania – w mieście (4,1%) lub na wsi (3,6%). Wypełnienia ubytków próchnicowych obejmujących jedną powierzchnię zęba wymagało blisko 60% badanych. Znacznie częściej wypełnień takich potrzebowali mieszkańcy miast niż wsi. Wykonania wypełnień obejmujących więcej niż jedną powierzchnię zęba potrzebowало 36,8% badanych, więcej wśród mieszkańców miast i mężczyzn. Leczenia endodontycznego z powodu chorób będących następstwem próchnicy wymagało około 5% badanych, natomiast ekstrakcji zęba z powodu następstw próchnicy wymagało 5,8% badanych, częściej wśród mieszkańców wsi (6,6%). Niestety uzyskane w badaniach naukowych dane [17] nie zmieniły się od 2008r. [18], a niemal wszystkie wskaźniki i wykładniki zdrowia jamy ustnej uległy pogorszeniu. Dodatkowo trudna sytuacja materialna (zwłaszcza ludności wiejskiej i zamieszkującej małe miejscowości) jest czynnikiem podnoszącym i tak wysokie potrzeby profilaktyczno-lecznicze młodzieży. 8-15% ankietowanych oceniło swoją sytuację materialną, jako złą.

Pozytywnie zmienia się styl życia ludzi, m.in. zdrowie, w tym stan zdrowotny uzębienia (funkcjonalność i estetyka), jest coraz silniej postrzegany, jako konkretne dobro, w które należy inwestować. Dlatego warto w tym miejscu wspomnieć, że cel zdrowia WHO na XXI wiek, proponowany do realizacji do 2020 roku

zakłada, że we wszystkich krajach europejskich odsetek dzieci 6 letnich bez próchnicy sięgnie 80%. Cel ten zaakceptowały wszystkie liczące się organizacje/instytucje zajmujące się problematyką zdrowia publicznego jamy ustnej, takie jak: Międzynarodowe Towarzystwo Badań Stomatologicznych (IADR), Międzynarodowa Federacja Stomatologów (FDI), Europejska Federacja Wydziałów Stomatologii Uniwersytetów Medycznych (ADEE), Rada Głównych Stomatologów Krajów Europejskich (CECDO), Międzynarodowe Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (IAPD), Europejskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego Jamy Ustnej (EADPH). Aby to zrealizować potrzebna jest nie tylko budowa świadomości znaczenia profilaktyki, ale i ciągła edukacja także na poziomie uczelni wyższej.

Wnioski

1. Działania w ramach programu prozdrowotnego mają istotny wpływ na stan świadomości studentów z punktu widzenia profilaktyki stomatologicznej.
2. Kształtowanie świadomości prozdrowotnej w ramach programów prozdrowotnych podlega ciągłej modyfikacji.
3. Pozytywnej zmianie w czasie ulega świadomość studentów o konieczności wykonywania profilaktycznych badań kontrolnych w zakresie stomatologii w Polsce i na Białorusi.
4. Studenci studiujący na Białorusi istotnie częściej zgłaszają się na stomatologiczne wizyty kontrolne niż studenci z Ukrainy.
5. Uaktywnienie młodzieży i wspieranie ich czynnego udziału w Programach Prozdrowotnych powinno być realizowane na wszystkich biorących udział w badaniach naukowych uczelniach.
6. Zachęcenie młodzieży do zdrowego stylu życia skorelowanego z uczestnictwem w stomatologicznych badaniach kontrolnych powinno, zwłaszcza w dłuższej perspektywie, wpłynąć na redukcję ryzyka chorób cywilizacyjnych.

Piśmiennictwo / References

1. C(2008) 6411 final COMMISSION DECISION of 6/XI/2008 on the joint operational programme "Poland-Belarus-Ukraine 2007-2013" for the ENPI Cross-Border Co-operation 2007-2013; Article 19 08 02 01 and 19 08 02 02 of the general budget of the European Communities.
2. Zaremba ML. Choroby przyzębia a wzrost odpowiedzi zapalnej. *Czas Stomatol* 2009, 62(7): 531-548.
3. Żebrowski M, Wójcicka A, Prociów A, Petersom-Jęckowska R. Wpływ przewlekłego zapalenia przyzębia na występowanie chorób układu sercowo-naczyniowego. *Forum Kardiol* 2003, 8(2): 63-65.
4. Zaremba M, Górska R. Choroba przyzębia jako potencjalny czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. *Kardiol Pol* 2008, 66: 1102-1106.
5. Wasilewska AM, Słotwińska SM. Rola czynnika martwicy nowotworów (TNF) i jego receptorów w zapaleniu przyzębia na podstawie piśmiennictwa. *Nowa Stomatol* 2003, 1: 49-51.
6. Preshaw PM, Foster N, Taylor JJ. Crosssusceptibility between periodontal disease and type 2 diabetes mellitus: an immunobiological perspective. *Periodontol* 2000 2007, 45: 138-156.
7. Cholewa M, Ignasiak W, Radwan-Oczko M. Stan przyzębia a wskaźnik BMI u chorych dializowanych – badania pilotażowe. *Dent Med Probl* 2013, 50(4): 424-431.
8. Ziętek M. Zdrowie jamy ustnej Polaków. *Czas Stomatol* 2005, LVIII,6.

9. Ogólnokrajowy Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej i Jego Uwarunkowań Polska 2002 (dzieci w wieku 3 lat, ich rodzice w wieku 35-44 lat oraz dziadkowie w wieku 65-74 lat). Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2002.
10. http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0013/5620/13monitjamyust_progr2013_20130510.pdf (15.05.2015).
11. Kuczyński J, Kleszczewska E, Łogwiniuk K. Sieć bayesowska jako narzędzie do badania postaw prozdrowotnych studentów z wybranych uczelni Suwałk, Białegostoku i Grodna. *Prz Lek* 2012, 69(10): 924-928.
12. Dorosh N, Boyko O., Kleszczewska E, Łogwiniuk K, Andryszczyk M. Porównanie nawyków żywieniowych studentów na Ukrainie i w Polsce. Część I. Badania ankietowe. *Hygeia Publ Health*, 2013, 48(4): 526-531.
13. Kleszczewska E, Andryszczyk M, Łogwiniuk K, Dorosh N, Boyko O. Nawyki żywieniowe na Ukrainie i w Polsce. Część II. Analiza wzorców konsumpcji żywności metodą Warda. *Hygeia Publ Health*, 2013, 48(4): 532-536.
14. Dorosh N, Boyko O, Kleszczewska E, Łogwiniuk K, Kleszczewski T. Szacownie rozpowszechnienia nałogu palenia tytoniu metodą ankiet online wśród studentów ze Lwowa i z Suwałk. *Prz Lek* 2013, 10: 826-830.
15. Szpakow A, Szpakow A, Kleszczewska E, Śliżewska H, Łogwiniuk K. Znaczenie dobrych praktyk w transgranicznych działaniach prozdrowotnych uczelni z Grodna i Suwałk. *Prz Lek* 2013, 10, 831-835.
16. WHO – Global Oral Data Bank 2000-2006 & Rafael Da Silveira Moreira, *Epidemiology Dental Caries in the world Oral Health Care – Pediatric, Research, Epidemiology and Clinical Practices*. Viridi M (ed). <http://www.intechopen.com/books/oral-health-care-pediatric-research-epidemiology-and-clinicalpractices/epidemiology-of-dental-caries-in-the-world>
17. Strużycka I, Wierzbicka M, Jodkowska E, Rusyan E, Ganowicz M, Ziemięcka K. Wyniki Monitoringu Stanu Zdrowia Jamy Ustnej populacji młodych dorosłych w Polsce w 2012 roku. *Nowa Stomatol* 2013, 4:195-199.
18. Jodkowska E, Wierzbicka M, Szatko F. Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej 2008. Stan zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży. WUM, Warszawa 2008.
19. Kozłowska-Wojciechowska M, Makarewicz-Wujec M. Badanie preferencji żywieniowych dzieci w wieku przedszkolnym. *Rocz PZH* 2005, 56(2): 165-169.
20. Kowalik T, Szczepańska J. Analiza nawyków żywieniowo-higienicznych oraz pH i pojemności buforowej śliny w aspekcie intensywności próchnicy u dzieci w wieku przedszkolnym. *Nowa Stomatol* 2014, 4:167-172.
21. Szatko F. Społeczne uwarunkowania stanu zdrowotnego jamy ustnej. Praca na stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny. AM, Łódź 2001.
22. Niedzielska I, Wziątek-Kuczmik D. Wpływ zębopochodnych ognisk infekcji na choroby innych narządów – przegląd piśmiennictwa. *Chir Pol* 2007, 9(2): 92-96.
23. Nawyki Europejczyków związane z higieną i zdrowiem jamy ustnej. <http://www.dlazdrowia.pl/zdrowie/1825>
24. Markunina M, Lempe B. Przydatność laserodiagnostyki we wczesnym wykrywaniu próchnicy zębów stałych u dzieci. Badania wstępne. *Dent Forum* 2004, 1(30): 73-78.
25. Wędrychowicz-Welman A, Prymas A, Lewandowski P. Diagnostyka próchnicy powierzchni żujących zębów bocznych metodą fluorescencji laserowej. *Dent Med Probl* 2007, 44(2): 207-213.
26. Nowosielska A, Marciniak A, Zawadzka E. Nowoczesne metody diagnostyki próchnicy zębów. *Nowa Stomatol* 2003, 23(1): 27-32.
27. <http://www.mz.gov.pl/leczenie/leczenie-stomatologiczne> (08.07.2015).
28. Wochna-Sobańska M, Lubowiedzka-Gontarek B, Szydłowska-Walendowska B, Proc P. Wpływ higieny jamy ustnej na intensywność próchnicy u osób dorosłych mieszkających od urodzenia na terenie z ponadoptymalną zawartością fluoru w wodzie pitnej. *J Stomatol* 2008, 61(5): 323-329.
29. Majda A, Zalewska-Puchała J, Bodys-Cupak I, Czubak-Lewandowska E. Stan higieny jamy ustnej i stomatologiczne zachowania zdrowotne studentów kierunków medycznych. *Probl Hig Epidemiol* 2014, 95(4): 895-900.
30. Wędrychowicz-Welman A, Prymas A, Lewandowski P, Uram K. Stan jamy ustnej i stomatologiczne zachowania prozdrowotne studentów stomatologii. *Dent Med Probl* 2006, 43(2): 222-227.