

PRACA ORYGINALNA

**Grzegorz Józef Nowicki<sup>1</sup>, Barbara Ślusarska<sup>1</sup>, Anna Sykut<sup>1</sup>, Katarzyna Kocka<sup>1</sup>,  
Agnieszka Bartoszek<sup>1</sup>, Magdalena Mlynarska<sup>2</sup>, Marzena Kotus<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup> Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>3</sup> Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

### **Wybrane czynniki warunkujące częstość podejmowania kontroli stomatologicznej w grupie dorosłych osób pracujących**

---

#### **Streszczenie**

**Wprowadzenie.** Stan zębów i dziąseł wpływa na kondycję całego organizmu. Stomatologiczne zachowania zdrowotne są ściśle powiązane ze stanem jamy ustnej i uzębienia. Prawidłowe i systematyczne stosowanie zabiegów higienicznych w jamie ustnej zmniejsza zapadalność na próchnicę nawet o około 30-40%. Wyróżnić można szereg czynników determinujących zachowania zdrowotne, w tym zachowania związane z systematycznymi kontrolami stomatologicznymi.

**Cel pracy.** Analiza wybranych czynników warunkujących częstość podejmowania kontroli stomatologicznej w grupie dorosłych osób pracujących.

**Materiał i Metoda.** Badania przeprowadzono wśród 293 dorosłych osób pracujących. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny przy użyciu standaryzowanych narzędzi badawczych. W pracy wykorzystano także pomiar masy ciała, wzrostu i obwodu talii.

**Wyniki:** W ostatnim roku odbycie wizyty kontrolnej u stomatologa zadeklarowało 82,94% badanych. Cechami socjo-demograficznymi, wpływającymi na częstość odbywania wizyty kontrolnej u stomatologa, okazały się: płeć, występowanie nowotworów ze strony ojca.

**Wnioski:** Stwierdzono istotny związek wzrostu częstości wizyt stomatologicznych w grupie osób pracujących wraz z występowaniem obciążenia nowotworami ze strony ojca oraz mniejszym obwodem pasa badanych.

**Słowa kluczowe:** osoby pracujące, kontrola stomatologiczna, czynniki warunkujące kontrolę stomatologiczną.

## **Selected determinants of dental check-up frequency among employed adults**

---

### **Abstract**

**Introduction.** The state of health of teeth and gums impacts on the condition of the entire organism. Dental health behaviour is closely connected with the state of oral and dental health. An appropriate and regular oral hygiene routine helps to decrease the risk of tooth decay by 30-40%. We can distinguish a number of determinants of health behaviour, including those connected with regular dental check-ups.

**Objective.** An analysis of the selected factors which determine the frequency of dental check-ups among employed adults.

**Materials and method.** The survey was conducted among 293 employed adults. The study method included a diagnostic questionnaire using standard research tools. Body weight, height and waist measurements were also used in the paper.

**Results.** 82.94% of respondents declared that they had seen a dentist for a routine dental check-up in the previous year. The socio-demographic aspects affecting the frequency of such check-ups included gender and a positive family history of cancer on the father's side.

**Conclusions.** In the group of employed adults a significant correlation was found between more frequent dental check-ups and a positive family history of cancer on the father's side, and a smaller waist diameter.

**Key words:** employed people, dental check-up, determinants of dental check-ups

### **WPROWADZENIE**

Stan zębów i dziąseł wpływa na kondycję całego organizmu. Stomatologiczne zachowania zdrowotne są ściśle powiązane ze stanem jamy ustnej i uzębienia. Prawidłowe i systematyczne stosowanie zabiegów higienicznych w jamie ustnej zmniejsza zapadalność na

próchnicę nawet o około 30-40% [1]. Ważne staje się, aby odpowiednio dbać o higienę jamy ustnej. Zdrowie jamy ustnej warunkują m.in. prawidłowe zachowania dietetyczne, higieniczne, cechy osobnicze, skuteczność opieki stomatologicznej i ogólnomedycznej, czynniki społeczne, ekonomiczne, polityczne, środowiskowe i wiele innych [2].

Odsetek osób korzystających z opieki stomatologicznej w Polsce jest niepokojąco niski. Według badania GUS, 11,5% osób skorzystało z jakichkolwiek porad stomatologicznych w IV kwartale 2013 r. Liczba porad stomatologicznych wynosząca 33,4 mln w populacji Polski przekłada się na wskaźnik 0,9 porady na jednego obywatela Polski rocznie. Takie sporadyczne korzystanie z opieki stomatologicznej, obok zaniedbań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, wpływa na niekorzystny stan zdrowia w zakresie jamy ustnej. Negatywne wskaźniki stanu zdrowia jamy ustnej w Polsce są wciąż na poziomie wyższym niż w innych krajach Europy, przy czym dystans w stosunku do wielu krajów ulega zwiększeniu [3]. Najczęściej lekarza stomatologa raz w roku odwiedzają pacjenci w Niemczech (44%) i Wielkiej Brytanii (46%) [1].

Główną przyczyną deficytów w korzystaniu osób dorosłych z opieki stomatologicznej jest brak środków finansowych na pokrycie kosztów takich usług. Dane Narodowego Rachunku Zdrowia za lata 2008-2012 wskazują na znacznie większy udział wydatków niepublicznych w stosunku do wydatków publicznych na świadczenia stomatologiczne realizowane w ramach praktyk stomatologicznych. Nierówność w zakresie dochodów prowadzi do ograniczonego dostępu do opieki stomatologicznej i wpływa negatywnie na stan zdrowia populacji. Niedostateczne finansowanie świadczeń stomatologicznych jest nie tylko problemem stomatologicznym. Według raportu *The State of Oral Health in Europe* brak odpowiedniej opieki stomatologicznej powoduje również choroby ogólnoustrojowe, takie jak: reumatoidalne zapalenie stawów, cukrzyca, choroba wieńcowa. Ósmym z najczęściej spotykanych nowotworów na świecie są nowotwory jamy ustnej. Ich wykrycie warunkowane jest systematycznym kontaktem z lekarzem stomatologiem [3].

Wyróżnić można szereg czynników determinujących zachowania zdrowotne, w tym zachowania związane z systematycznymi kontrolami stomatologicznymi. O tym, które czynniki w danym momencie są szczególnie istotne, decydują konstytucjonalne właściwości jednostki, wzorce zachowań oraz czynniki sytuacyjne i niekiedy trudno określić, w jakim stopniu np. prezentowane zachowania zdrowotne zależą od obiektywnych warunków skłaniających jednostkę do wyrażania większej troski o własne zdrowie poprzez podejmowanie działań mających na celu ochronę zdrowia [4]. Czynniki determinujące

zachowania zdrowotne mogą być: związane z jednostką (wykształcenie, pozycja społeczno-ekonomiczna, stan cywilny, poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia czy poziom własnej skuteczności), związane z kulturą (standard mieszkaniowy, ukształtowane nawyki higieniczne, tradycje kulinarne, tryb życia, wzory życia seksualnego i rodzinnego, wypoczynek), związane z wychowaniem (tworzenie nawyków bezpośrednio lub pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia w toku ontogenetycznego rozwoju) [5-7].

## CEL PRACY

Celem pracy była analiza wybranych czynników warunkujących częstość podejmowania kontroli stomatologicznej w grupie dorosłych osób pracujących.

## MATERIAŁ I METODA

W badaniach przeprowadzonych między czerwcem 2014 roku a marcem 2015 roku wzięły udział 293 dorosłe osoby pracujące. Ze względu na charakter zawodów, jaki wykonywali badani (górnik, pracownik służby więziennej oraz nauczyciel) większość z nich stanowili mężczyźni (80,36%). Osoby mieszkające w mieście stanowiły 81,92% badanej grupy. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku między 31. a 40. rokiem życia (79,74%). Pozostałe dane socjo-demograficzne przedstawia tabela I.

Tabela I. Charakterystyka socjo-demograficzna badanych.

Zmienna	n (%)
<b>Płeć:</b>	
kobiety	69 (23,55)
mężczyźni	224 (76,45)
<b>Wiek:</b>	
20-30 lat	82 (27,99)
31 - 40 lat	153 (52,22)
41 - 50 lat	50 (17,06)
≥ 51 lat	8 (2,73)
<b>Miejsce zamieszkania:</b>	
Wieś	116 (39,59)
Miasto	177 (60,41)
<b>Wykształcenie:</b>	
Zawodowe	34 (11,60)
Średnie	109 (37,20)

Wyższe	150 (51,19)
<b>Wykształcenie ojca:</b>	
Zawodowe	117 (39,93)
Średnie	134 (45,73)
Wyższe	42 (14,33)
<b>Wykształcenie matki:</b>	
Zawodowe	75 (25,60)
Średnie	132 (45,05)
Wyższe	86 (29,35)
<b>Miesięczny dochód netto na członka rodziny:</b>	
Do 500 zł	17 (5,80)
501 - 1000 zł	54 (18,43)
1001 - 1500 zł	40 (13,65)
≥ 1501 zł	125 (42,66)
odmawiam odpowiedzi	57 (19,45)
<b>Występowanie chorób układu krążenia w rodzinie:</b>	
Matka	79 (26,96)
Ojciec	107 (36,52)
Rodzeństwo	45 (15,36)
<b>Występowanie nowotworów w rodzinie:</b>	
Matka	60 (20,48)
Ojciec	45 (15,36)
Rodzeństwo	13 (4,44)

Badania zostały przeprowadzone wśród uczestników kształcenia podyplomowego w Zespole Szkół Górniczych w Łęcznej oraz w Medycznym Studium Zawodowym w Chełmie. Ankiety rozdano także wśród pracowników Aresztu Śledczego w Lublinie. Badania były dobrowolne i anonimowe, a przed ich przeprowadzeniem uzyskano pozytywną zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (KE-0254/281/2013). Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz respondentom wykonano pomiar: masy ciała, wzrostu w celu obliczenia wskaźnika BMI oraz obwód talii.

Kwestionariusz ankiety składał się z metryczki oraz dwóch narzędzi standaryzowanych:

- Metryczka - zawierała pytania o płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, wykształcenie rodziców, miesięczny dochód netto na członka rodziny oraz rodzinne występowanie chorób układu krążenia i nowotworów.

- Pytanie o kontrolę stomatologiczną zawarte w kwestionariuszu brzmiało: Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był Pan/i na wizycie u stomatologa?
- Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) - wersja B (KA Wallston, BS Wallston, R DeVellis, adaptacja: Z. Juczyński). Skala MHLC zawiera 18 stwierdzeń. W badaniach własnych wykorzystano wersję B, która ujmuje przekonania dotyczące zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia, tj.: wewnętrzne (kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie), wpływ innych (własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego) oraz przypadek (o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne). Instrukcja zamieszczona w skali zwraca uwagę na konieczność udzielania odpowiedzi zgodnie z własnymi przekonaniem, a nie z tym, co powinno się sądzić czy też jakiej odpowiedzi się oczekuje. Skala ta obejmuje sześć stopni: od zdecydowanie nie zgadzam się (1 punkt), do zdecydowanie zgadzam się (6 punktów). Zakres wyników mieści się w przedziale od 6 do 36 punktów [8]. W badanej grupie osób pracujących najwyższy poziom osiągnęło wewnętrzne umiejscowienie kontroli ( $M=25,44$ ;  $SD=4,63$ ), następnie na niemal identycznym poziomie znalazły się: wpływ innych ( $M=19,98$ ;  $SD=5,48$ ) oraz przypadek ( $M=19,62$ ;  $SD=5,21$ ).
- Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) - R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński. Skala GSES składa się z 10 twierdzeń, których zadaniem jest pomiar siły ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Na każde pytanie możliwe są do wyboru 4 odpowiedzi, od „nie” - oceniane 1 punktem, 2 - „raczej nie”, 3 - „raczej tak”; do „tak” - oceniane 4 punktami. Suma punktów uzyskanych przez respondenta daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności, który mieści się w przedziale od 10 do 40 punktów - im wyższy wynik, tym wyższy poziom poczucia własnej skuteczności. Wyniki surowe przekształca się na standaryzowane normy stenowe: 1-4 sten - wyniki niskie; 5-6 sten - wyniki średnie; 7- 10 sten - wyniki wysokie [8]. W badanej grupie niski poziom własnej skuteczności charakteryzował 4,78% ( $n=14$ ) respondentów, 21,83% ( $n=64$ ) charakteryzowało się przeciętnym poziomem, natomiast aż 73,38% ( $n=215$ ) miało wysoki poziom własnej skuteczności.

W badanej grupie wykonano pomiary antropometryczne: wzrostu i masy ciała w celu oznaczenia wskaźnika BMI (ang. *body mass index*, BMI) oraz obwód talii w celu określenia wielkości wisceralnej tkanki tłuszczowej (ang. *waistcircumference*, WC).

Pomiaru masy ciała dokonano za pomocą wagi osobowo-lekarskiej z dokładnością do 0,1 kg. Pomiarów dokonano u badanych bez obuwia i okrycia wierzchniego. Wzrost określano za pomocą wysokościomierza z dokładnością do 0,5 cm. Następnie wszystkim badanym obliczono wskaźnik BMI definiowany jako masa ciała w kilogramach (kg) podzielona przez wzrost w metrach do kwadratu ( $\text{kg/m}^2$ ). Według uzyskanego wyniku:  $\text{BMI} \leq 24,9$ , 25-29,9 oraz  $\geq 30 \text{kg/m}^2$  badanych podzielono odpowiednio na: osoby z prawidłową masą ciała, nadwagą i otyłością [9]. Wskaźnik wagowo-wzrostowy  $\text{BMI} \leq 24,9 \text{ kg/m}^2$  odnotowano u 41,64% ( $n = 122$ ) badanych osób pracujących. Nadwagę ( $\text{BMI} 25-29,9 \text{ kg/m}^2$ ) i otyłość ( $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) zaobserwowano odpowiednio u 43,0% ( $n = 126$ ) i 15,36% ( $n = 45$ ) badanych.

Obwód pasa mierzono w połowie odległości pomiędzy najniższym żebrzem a grzebieniem kości biodrowej, w końcowej fazie wydechu. Pomiarów dokonano za pomocą taśmy centymetrowej wykonanej z tworzywa sztucznego, kalibrowanej raz w tygodniu, z dokładnością do 1 mm [10]. Analizy uzyskanych danych dokonano, przyjmując: wartość prawidłową obwodu pasa  $< 80 \text{ cm}$  u kobiet i  $< 94 \text{ cm}$  u mężczyzn, wartość graniczną odpowiednio: od  $\geq 80$  do  $< 88 \text{ cm}$  i  $\geq 94$  do  $102 \text{ cm}$ , a otyłość brzuszną  $\geq 80 \text{ cm}$  i  $\geq 102 \text{ cm}$  [11]. Prawidłowy obwód pasa stwierdzono u 56,31% ( $n = 165$ ) badanych. Obwód pasa wskazujący na otyłość brzuszną stwierdzono u 20,14% ( $n = 59$ ) respondentów, a wartość graniczna u 23,55% ( $n=69$ ) ankietowanych osób pracujących.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych - przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech jakościowych do wykrycia istnienia zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi użyto testu Chi2. Do zbadania różnic w parametrach mierzalnych pomiędzy dwiema grupami zastosowano test nieparametryczny U Manna-Whitneya. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$  wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Bazę danych i badania statystyczne prowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

## WYNIKI

W przeciągu ostatniego roku odbycie wizyty kontrolnej u stomatologa zadeklarowało 82,94% (n=243) badanych osób pracujących. Cechą społeczno-demograficzną wpływającą na deklarowane odbycie wizyty u stomatologa w ciągu ostatniego roku okazała się płeć. Kobiety istotnie statystycznie częściej deklarowały odbycie wizyty kontrolnej u stomatologa w ciągu ostatniego roku niż mężczyźni (p=0,035). W pozostałych kategoriach nie zauważono istotnych zależności. Szczegółową analizę przedstawia tabela II.

Tabela II. Cechy socjo-demograficzne a deklarowana częstość kontroli stomatologicznej.

<b>Zmienna</b>		<b>Tak n(%)</b>	<b>Nie n(%)</b>	<b>Analiza statystyczna</b>
<b>Płeć</b>	Kobiety	63 (91,30)	6 (8,70)	$\chi^2 = 4,467$ ; p=0,035*
	Mężczyźni	180 (80,36)	44 (19,64)	
<b>Wiek</b>	20 - 30 lat	68 (82,93)	14 (17,07)	$\chi^2 = 4,125$ ; p = 0,248
	31 - 40 lat	122 (79,74)	31 (20,26)	
	41 - 50 lat	46 (92,00)	4 (8,00)	
	51 i więcej	7 (87,50)	1 (12,50)	
<b>Miejsce zamieszkania</b>	Wieś	98 (84,48)	18 (15,52)	$\chi^2 = 0,325$ ; p = 0,569
	Miasto	145 (81,92)	32 (18,08)	
<b>Wykształcenie</b>	Zawodowe	26 (76,47)	8 (23,53)	$\chi^2 = 5,613$ ; p = 0,060
	Średnie	85 (77,98)	24 (22,02)	
	Wyższe	132 (88,00)	18 (12,00)	
<b>Wykształcenie ojca</b>	Zawodowe	100 (85,47)	17 (14,53)	$\chi^2 = 1,164$ ; p = 0,559
	Średnie	110 (82,09)	24 (17,91)	
	Wyższe	33 (78,57)	9 (21,43)	
<b>Wykształcenie matki</b>	Zawodowe	67 (89,33)	8 (10,67)	$\chi^2 = 5,580$ ; p = 0,61
	Średnie	111 (87,09)	21 (15,91)	
	Wyższe	65 (75,58)	21 (24,42)	
<b>Miesięczny dochód netto na członka rodziny</b>	do 500 zł	15 (88,24)	2 (11,76)	$\chi^2 = 2,599$ ; p = 0,627
	501 - 1 000 zł	48 (88,89)	6 (11,11)	
	1 001 - 1 500 zł	32 (80,00)	8 (20,00)	
	Powyżej 1 500 zł	103 (82,40)	22 (17,60)	

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że osoby, których ojciec chorował na nowotwór (95,86%; n = 43), częściej niż badani, których ojciec nie choruje na nowotwór (80,65%; n = 200), deklarowały, że w ciągu ostatniego roku były na wizycie kontrolnej u stomatologa (tab. III).



Tabela III. Różnice w zakresie deklarowanej częstości kontroli stomatologicznej a genetyczne uwarunkowanie występowania chorób.

Zmienna			Tak n (%)	Nie n (%)	Analiza statystyczna
<b>Choroby układu krążenia</b>	Matka	Tak	65 (82,28)	14 (17,72)	$\chi^2 = 0,033$ ; p = 0,856
		Nie	178 (83,18)	36 (16,82)	
	Ojciec	Tak	90 (84,11)	17 (15,89)	$\chi^2 = 0,165$ ; p = 0,685
		Nie	153 (82,26)	33 (17,74)	
	Rodzeństwo	Tak	38 (84,44)	7 (15,56)	$\chi^2 = 0,086$ ; p = 0,770
		Nie	205 (82,66)	43 (17,34)	
<b>Nowotwory</b>	Matka	Tak	54 (90,00)	6 (10,00)	$\chi^2 = 2,66$ ; p = 0,103
		Nie	189 (81,12)	44 (18,88)	
	Ojciec	Tak	43 (95,86)	2 (4,44)	$\chi^2 = 5,983$ ; p = 0,014*
		Nie	200 (80,65)	48 (19,35)	
	Rodzeństwo	Tak	11 (84,62)	2 (15,38)	$\chi^2 = 0,027$ ; p = 0,869
		Nie	232 (82,86)	48 (17,14)	

Dokonana analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy podmiotowymi uwarunkowaniami zachowań zdrowotnych (umiejscowieniem kontroli zdrowia i poziomem własnej skuteczności) a częstością deklarowanych wizyt u stomatologia ( $p > 0,05$ ). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela IV.

Tabela IV. Wybrane uwarunkowania podmiotowe wpływające na częstość deklarowanej kontroli stomatologicznej.

Zmienna			Tak	Nie	Analiza statystyczna
<b>Umiejscowienie kontroli</b>	Typ wewnętrzny	M	25,25	26,38	Z = -1,728; p = 0,84
		SD	4,64	4,52	
	Wpływ innych	M	20,17	19,04	Z = 1,161; p = 0,084
		SD	5,47	5,45	
	Przypadek	M	19,56	19,94	Z = -0,402; p = 0,688
		SD	5,23	5,19	
<b>Poczucie własnej skuteczności</b>	Niski/przeciętny	N	66	12	$\chi^2 = 0,212$ ; p = 0,645
		%	84,62	15,38	
	Wysoki	N	177	38	
		%	82,33	17,67	

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej zaobserwowano istotną statystycznie zależność pomiędzy deklarowaną wizytą u stomatologa w ciągu ostatniego

roku, a obwodem talii ( $p = 0,007$ ). Badani, którzy statystycznie częściej deklarowali, że w przeciągu ostatniego roku byli na wizycie kontrolnej u stomatologa, osiągnęli graniczny wynik obwodu talii ( $K \geq 80$  do 88;  $M \geq 94$  do 102) (88,41%;  $n = 61$ ) w porównaniu z badanymi, którzy mieli obwód talii prawidłowy ( $K < 80$ ;  $M < 94$ ) (85,45%;  $n = 114$ ), i z osobami, które zakwalifikowano jako otyłe ( $K \geq 88$ ;  $M \geq 102$ ) (69,49%;  $n = 41$ ). Szczegółowe dane przedstawia tabela V.

Tabela V. Uwarunkowania deklarowanej kontroli stomatologicznej w zależności od wskaźników BMI i WC.

Zmienna		Tak n (%)	Nie n (%)	Analiza statystyczna
BMI	$\leq 24,9 \text{ kg/m}^2$	106 (86,89)	16 (13,11)	$\chi^2 = 2,541$ ; $p = 0,281$
	25 - 29,9 $\text{kg/m}^2$	102 (80,95)	24 (19,05)	
	$\geq 30 \text{ kg/m}^2$	35 (77,78)	10 (22,22)	
WC	Prawidłowe ( $K < 80 \text{ cm}$ ; $M < 94 \text{ cm}$ )	141 (85,45)	24 (14,55)	$\chi^2 = 9,733$ ; $p = 0,007^*$
	Graniczne ( $K 81 - 87 \text{ cm}$ ; $M 95 - 101 \text{ cm}$ )	61 (88,41)	8 (1,59)	
	Otyłość ( $K \geq 88 \text{ cm}$ ; $M \geq 102 \text{ cm}$ )	41 (69,49)	18 (30,51)	

## DYSKUSJA

Międzynarodowe badania porównawcze nad systemem opieki stomatologicznej wskazują, że w krajach o wysokiej kulturze zdrowotnej maleje zapotrzebowanie na usługi stomatologiczne o charakterze naprawczym [12,13]. W Polsce natomiast potrzeba leczenia zachowawczego i protetycznego utrzymuje się nadal na wysokim poziomie [14]. Dane epidemiologiczne wskazują na wysoki, gwałtownie rosnący między 35. – 44. a 67. – 74. rokiem życia odsetek dorosłych z bezzębem, gwałtownie malejąca w tym okresie życia średnia liczba zachowanych zębów naturalnych oraz masowe występowanie chorób przyzębia. Niepokojąco również rośnie liczba osób z nowotworami jamy ustnej, które stanowią 27% nowotworów występujących w obrębie głowy i szyi [15].

Badani w większości deklarowali, że w ciągu ostatniego roku byli na wizycie kontrolnej u stomatologa, dotyczyło to 82,94% respondentów. Badania przeprowadzone w 2013 roku wśród 202 studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum wykazały, że największa grupa studentów (38,1%) odpowiedziała, że z

usług stomatologa korzysta raz na sześć miesięcy, podobnie 31,2% - raz w roku, na trzecim miejscu (14,4%) - raz na dwa lata, 5,9% korzystało z usług stomatologa tylko w razie bólu zęba, a 2,5% w ogóle nie chodziło do stomatologa, 5,5% udawało się na wizytę raz na trzy miesiące oraz 1,9% raz w miesiącu [1]. Inne badania przeprowadzone w 2005 roku w Klinice Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii Akademii Medycznej w Poznaniu potwierdzają wcześniejsze wyniki [16]. Wyniki badania OMNIBUS na temat nawyków zdrowotnych Polaków, przeprowadzonego na zlecenie ACFF (Alliance for a Cavity-FreeFuture) w 2014 r. na próbie 1000 osób, pokazują, że 52% badanych deklaruje, że odwiedza dentystę przynajmniej 2 razy w roku. Z drugiej strony aż 16,8% Polaków chodzi do dentysty tylko wtedy, kiedy ma problem [17].

Spośród cech socio-demograficznych w badaniach własnych płeć oraz występowanie nowotworu ze strony ojca okazały się cechami, która istotnie statystycznie wpływała na częstość kontroli stomatologicznej. Kobiety oraz osoby w rodzinie których ojciec nie chorował na nowotwór, częściej deklarowały, że w przeciągu ostatniego roku były na wizycie kontrolnej u stomatologa. Cechą antropometryczną wpływającą na częstość deklarowanej kontroli stomatologicznej był obwód pasa. Osoby, które miały obwód pasa określany jako graniczny, częściej deklarowały, że w ciągu ostatniego roku odbyły wizytę kontrolną u stomatologa.

Badania Kalandyk-Konstanty i wsp. [18] przeprowadzone w 2014 roku wśród 643 pacjentów przyjętych do szpitala celem chirurgicznego leczenia chorób serca wykazały, że pacjenci w dużych miastach najczęściej chodzą na wizyty kontrolne do stomatologa (64%) i grupa ta miała największy odsetek pacjentów, którzy oświadczyli, że wizyty odbywają się raz w roku lub częściej (46%). Ankietowani w badaniach Majdy i wsp. [1] pytani o powód, dla którego nie chodzą do stomatologa, odpowiadali najczęściej, że powstrzymują ich względy finansowe (29,7%), brak czasu (24,3%). W badaniach Borysewicz-Lewickiej i Wochna-Sobańskiej [19] głównym czynnikiem był strach przed bólem (34,9%), na drugim miejscu znalazł się brak czasu (27,6%) oraz brak potrzeby (16,4%). Istotną rolę odgrywała również bariera finansowa (19,4%). Wyniki badań Gracza i Świdorskiej [20] na grupie 528 pacjentów zgłaszających się na leczenie stomatologiczne prywatnie lub w ramach ubezpieczenia w NFZ wykazały, że jako główny powód zgłaszania się na wizytę stomatologiczną respondenci wskazywali „chęć posiadania zdrowych zębów”, a na drugim miejscu znalazł się „ból zębów”. Jednocześnie autorzy w swoich badaniach zauważają, że dochody mają największy wpływ na częstość wizyt u lekarza dentysty.

Bardzo ważnymi czynnikami wpływającymi na podejmowanie zachowań prozdrowotnych, w tym systematycznej kontroli stomatologicznej, są zasoby (potencjały) zdrowotne jednostki, które można określić jako specyficzne właściwości funkcjonalne człowieka i jego środowiska, które pełnią funkcję regulacyjną i prozdrowotną [21]. Coraz częściej zwraca się uwagę na konieczność pomnażania zasobów zdrowia oraz ochronę ich przez całe życie. Powiązanie zdrowia ze stylem życia wymaga udzielenia pomocy jednostce w zakresie modyfikowania indywidualnych wzorów zachowań oraz kształtowania prozdrowotnego stylu życia, polegającego na świadomym podejmowaniu określonych działań, które zwiększają zasoby własnego zdrowia oraz eliminują zagrożenia. Kluczową rolę w tym procesie przypisuje się predyktorom poznawczym, takim jak poczucie umiejscowienia kontroli i przekonanie o własnej skuteczności [22]. Basiaga-Pasternak i Malarz [23] badali m.in. umiejscowienie kontroli zdrowia wśród 71 pacjentów stomatologicznych. Autorki stwierdzały, że umiejscowienie kontroli zdrowia w wymiarze wewnętrznym dominuje silniej u pacjentów stomatologicznych po 40. roku życia, wśród kobiet dominuje umiejscowienie kontroli zdrowia w kategorii wpływ innych, a u mężczyzn - w wymiarze wewnętrznym. Nie obojętne wobec deklarowanej częstości kontroli stomatologicznej pozostaje wykształcenie matki. Jak pokazują badania, im matka posiada wyższe wykształcenie, tym większa świadomość stomatologiczną przekazuje dziecku, które następnie kontynuowana jest w dorosłym życiu [24].

Autorzy prezentowanych wyników badań mają świadomość ich wielu ograniczeń, wynikających między innymi z doboru nietypowej próby badawczej z przewagą mężczyzn czy wybranej liczby czynników poddanych analizie badawczej. W układzie nietypowych wskaźników pozostających w ścisłym związku z kontrolą stomatologiczną należy podkreślić istotne znaczenie szerokiego podejścia do kontroli zdrowia reprezentowanego w badanej grupie poprzez pryzmat: wysokiego wskaźnika umiejscowienie kontroli zdrowia w kategorii wewnętrznej, doświadczeń kontrolnych z profilaktyce nowotworów w rodzinie czy tendencji do utrzymania kontroli prawidłowych paramentów antropometrycznych, tj. obwodu brzucha.

Powyższe wyniki znajdują odniesienie do szerokiego systemowego podejścia do istoty zdrowia i choroby w socjoekologicznym i holistycznym modelu zdrowia. W modelu tym człowiek jest dynamicznie zintegrowanym systemem wzajemnie oddziaływujących na siebie wymiarów biologicznych, społecznych, psychologicznych i duchowych, pozostającym w ciągłym współdziałaniu ze środowiskiem fizycznym, społeczno-kulturowym, w którym

bytuje poprzez świadomą zdolność kierowania swoim życiem w zachowaniu równowagi zdrowotnej, w tym także kontroli stomatologicznej [25].

## **WNIOSKI**

1. Prawie jedna czwarta badanych deklarowała, że w ostatnim roku nie była na wizycie kontrolnej u stomatologa.
2. Odnotowano istotny związek wzrostu częstotliwości wizyt stomatologicznych w grupie osób pracujących i obciążonych nowotworami ze strony ojca oraz mniejszym obwodem pasa badanych.
3. Istnieje konieczność uwzględniania czynników poprawy efektywności opieki stomatologicznej wśród pracujących poprzez działania edukacyjne i profilaktyczne w ujęciu działań wzmacniających ogólne zachowania kontrolne zdrowia.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. 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.
2. Kozłowska M, Streit D, Kozłowski P, Cuch B. Analiza nawyków i zachowań związanych higieną jamy ustnej. *Journal of Education, Health and Sport* 2015; 5(9): 95-101.
3. Piotrowska D, Pędziński B, Szpak A. Finansowanie świadczeń stomatologicznych ze źródeł publicznych i niepublicznych w Polsce. *Hygeia Public Health* 2016; 51(1): 12-17.
4. Łuszczynska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają? Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
5. Lau RR. Beliefs about control and health behavior. In: *Health behavior: research perspectives*. Gochman DS (ed.), Plenum Press, New York 1988; 43-63.
6. Skommer M. Uwarunkowania zachowań zdrowotnych człowieka. W: *Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia*. Nauka i praktyka. Bartkowiak G (red.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008; 11-30.

7. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1995.
8. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wydanie drugie. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012.
9. World Health Organisation. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee. WHO Tech Rep Ser 854, Geneva 1995; 1-452
10. US Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics. NHANES III reference manuals and reports (CD-ROM). Centers for Disease Control and Prevention, Hyattsville, 1996.
11. Lohman TG, Roche AF, Martello R. Anthropometric standardization reference manual. Human Kinetics, Champaign, IL; 1988.
12. Janczuk Z, Ciągło A. Podstawy epidemiologii chorób narządu żucia. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1999.
13. Radford JR, Ballantyne HM, Nugent Z, Beighton D. Caries-associated microorganisms in infants from different socio-economic backgrounds in Scotland. J Dent 2000; 28(5): 108-114.
14. Marcinkowski TJ, Świdorska J. Przestrzeganie higieny jamy ustnej i jej znaczenie w utrzymaniu zdrowia jamy ustnej. Hygeia Public Health 2011; 46(1): 83-88.
15. Minister Zdrowia, Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013–2015 [dostęp: 2015.07.10]  
[http://www.mz.gov.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0013/5620/13monitjamyust\\_progr2013\\_201305](http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0013/5620/13monitjamyust_progr2013_201305)  
.10.pdf
16. 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.
17. Powiedz STOP! próchnicy już dziś - dla zdrowych zębów w przyszłości. Dental Tribune. Polish Edition. 2014; 12(3): 2-3.
18. Kalandyk-Konstanty A, Konstanty-Kalandyk J, Zarzecka J et al.: Oralhygiene in population of southern Poland. Prz Lek 2014; 71(12): 659-662.
19. Borysewicz-Lewicka M, Wochna-Sobańska M. Stomatologiczne zachowania prozdrowotne ludności Polski w świetle badań epidemiologicznych wykonanych w roku 2003

w ramach programu „Miesiąc totalnie zdrowego uśmiechu”. *Czas Stomatol* 2007; 60(6): 377-383.

20. Gracz L, Świdarska J. Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania podejmowania przez pacjentów leczenia stomatologicznego. *Hygeia Public Health* 2011; 46(1): 77-82.

21. Sęk H. Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia. W: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003; 17–22.

22. Kościelak R. Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie. *Oficyna Wydawnicza „Impuls”*, Kraków 2010.

23. Basiaga-Pasternak J, Malarz I. Kontrola i znaczenie zdrowia w opinii pacjentów stomatologicznych. *Porad Stomatol* 2009; 9(7-8): 258-264.

24. 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* 2017; 4: 167-172.

25. Ślusarska B, Dobrowolska B, Zarzycka D. Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia *Probl Hig Epidemiol* 2013; 94(4): 667-674.

### **Konflikt interesów**

Autorzy zgłaszają brak konfliktu interesów.

### **Źródła finansowania**

Brak źródeł finansowania

Received: 4.02.2017

Accepted: 15.02.2017