

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu  
Katedra i Klinika Stomatologii Dziecięcej**

Renata Śniatała

**Stomatologiczne zachowania prozdrowotne  
amerykańskiej i polskiej młodzieży akademickiej**

Praca na stopień doktora nauk medycznych

**Promotor  
Prof. dr hab. Maria Borysewicz-Lewicka**

Poznań 2011

***Pani Profesor Marii Borysewicz – Lewickiej***

*składam serdeczne podziękowania  
za wsparcie, życzliwość, cierpliwość  
oraz nieocenioną pomoc podczas pisania pracy.*

# SPIS TREŚCI

1. WSTĘP .....	4
2. CELE PRACY .....	16
3. MATERIAŁ I METODY .....	17
3.1 METODY ANALIZY STATYSTYCZNEJ .....	21
4. WYNIKI BADAŃ .....	23
5. OMÓWIENIE WYNIKÓW – DYSKUSJA .....	70
6. WNIOSKI .....	92
7. STRESZCZENIE .....	94
8. PIŚMIENNICTWO .....	98
9. SPIS TABEL .....	108
10. SPIS RYCIN .....	110
11. ZAŁĄCZNIKI .....	112
11.1 ANEKS (WERSJA ANGIELSKA)	
11.2 ANEKS (WERSJA POLSKA)	
11.3 ZGODA NA PRZYSTĄPIENIE DO BADAŃ (WERSJA ANGIELSKA)	
11.4 ZGODA NA PRZYSTĄPIENIE DO BADAŃ (WERSJA POLSKA)	
11.5 KWESTIONARIUSZ ANKIETY (WERSJA ANGIELSKA)	
11.6 KWESTIONARIUSZ ANKIETY (WERSJA POLSKA)	
11.7 WZORZEC POPRAWNYCH ODPOWIEDZI (9 PYTAŃ)	

## WSTĘP

Zdrowie według definicji zawartej w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia przyjętej w 1946 roku jest stanem pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomagania (ułomności). Mimo wielu zarzutów definicja ta jest nadal najczęściej cytowana w piśmiennictwie naukowym [76].

Zdrowie jamy ustnej jest integralną częścią zdrowia jednostki i przyczynia się do ogólnego dobrostanu każdego człowieka. Fuller i Blikhorn (cyt. za Borysewicz-Lewicka i Przystanowicz) określają je jako pewien standard zdrowotny wyrażający się możliwością spożywania pokarmów, mówienia oraz utrzymywania stosunków towarzyskich z innymi ludźmi bez występowania choroby, dyskomfortu czy skrzepowania [14].

Wiele chorób rozwijających się w jamie ustnej, nieleczonych może prowadzić w konsekwencji nie tylko do wystąpienia bólu, ale i zaburzenia funkcji życia, a także mieć znaczenie w życiu społecznym [14]. Stan zdrowia tej okolicy ciała pozostaje więc w ścisłym związku ze stanem ogólnym organizmu oraz jakością życia człowieka.

Współczesna wiedza na temat szeroko pojętego zapobiegania chorobom jamy ustnej przyjmuje, że jego skuteczność zależy w dużym stopniu od przestrzegania zasad zachowań prozdrowotnych.

Ze względów ekonomicznych, a także w związku z potwierdzeniem wpływu na stan zdrowia człowieka komponenty behawioralnej, w wielu krajach, w tym również w Polsce nastąpiło obecnie przewartościowanie poglądów na temat podejścia do problemu zdrowia zarówno jednostki, jak i populacji. W drugiej połowie XX wieku zaobserwowano, że działania prowadzące do zwiększenia nakładów na służbę zdrowia z jednoczesnym pozostawieniem odpowiedzialności za zdrowie społeczeństwa głównie w rękach profesjonalistów przestały przynosić wymierne efekty w poprawie zdrowotności populacji. Momentem przełomowym dla zmiany postrzegania czynników mających wpływ na zdrowie jednostki było opracowanie modeli warunkujących zdrowie. Podstawą ich tworzenia było określenie determinant pełniących zasadniczą rolę w jego kształtowaniu [57, 76, 121].

Zespół uwarunkowań określający stan zdrowia człowieka został opracowany i przedstawiony przez Blum'a już w 1969 roku. Następnie w roku 1974 Lalonde - Minister Zdrowia Kanady zaproponował model czynników wpływających na zdrowie oparty na

koncepcji tzw. „pól zdrowia” (koło Lalonde’a) [52]. W latach późniejszych (1991) powstał społeczno-ekologiczny model zdrowia zwany „mandalą zdrowia” będący rozszerzeniem schematu Lalonde’a i uwzględniający nie tylko wszystkie komponenty zdrowia (fizyczną, psychiczną i społeczną), ale również interakcje pomiędzy czynnikami kształtującymi zdrowie jednostki i populacji [57, 121]. Opracowanie tych schematów miało znaczący wpływ na zmianę publicznej polityki zdrowotnej, uświadomienie społeczeństwu roli prozdrowotnej modyfikacji stylu życia w kształtowaniu i utrzymaniu zdrowia, a także stworzyło podstawy do rozwoju promocji zdrowia.

W kontekście wielorakości determinant mających wpływ na zdrowie, wieloaspektowości działań oraz dużej liczby podmiotów w niej uczestniczących jednoznaczne zdefiniowanie promocji zdrowia nadal jednak nastroczało wielu trudności. WHO w raporcie z 1993 roku określiła ją jako ”działanie społeczne i polityczne na poziomie indywidualnym i zbiorowym, którego celem jest podniesienie stanu świadomości zdrowotnej społeczeństwa, krzewienie zdrowego stylu życia i tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Jest to proces aktywizacji społeczności lokalnych, polityków, profesjonalistów, jak i laików w celu osiągnięcia trwałych zmian zachowań (redukcji zachowań będących czynnikami ryzyka i rozpowszechniania zachowań prozdrowotnych) oraz wprowadzenia zmian w środowisku, które zmniejszałyby lub eliminowały społeczne i także inne środowiskowe przyczyny zagrożeń zdrowia” [cyt. za 57]. Promocja zdrowia jest też określana jako proces pozwalający każdemu człowiekowi na sprawowanie większej kontroli nad własnym zdrowiem, jego kształtowaniem, oraz poprawą i utrzymaniem, realizowany poprzez wsparcie ze strony publicznej polityki zdrowotnej i działań, które ułatwiają mu podejmowanie decyzji dotyczących zdrowia. Jest połączeniem działań edukacyjnych, profilaktycznych oraz wsparcia środowiskowego, społecznego, politycznego, ekonomicznego i prawnego sprzyjającemu zdrowiu [13, 14, 25, 46, 57, 76].

W programach promocji zdrowia wyróżnia się obecnie kilka wzajemnie ze sobą powiązanych obszarów działania, jak budowanie polityki zdrowia publicznego, kreowanie środowisk wspierających zdrowie, wzmacnianie działań na rzecz zdrowia podejmowanych przez społeczność, czy rozwijających indywidualne umiejętności jednostek, ważne dla ochrony zdrowia oraz realizacja projektów reorientujących także usługi stomatologiczne w kierunku działań edukacyjno – prewencyjnych [1, 14, 46, 57, 76, 92].

W Polsce model czynników warunkujących zdrowie został zmodyfikowany przez Szatko dla potrzeb stomatologicznych. Zgodnie z założeniami autora wśród czynników wpływających na stan zdrowia jamy ustnej można wyróżnić cztery grupy zjawisk. Należą do nich zachowania prozdrowotne (styl życia), uwarunkowania osobnicze (genetyczne), skuteczność systemu opieki medycznej oraz warunki społeczne, środowiskowe, polityczne i ekonomiczne życia jednostki. W swojej koncepcji zdrowotności Szatko również wyróżnił cztery „pola zdrowia”, które w przypadku różnych chorób nie są równej wielkości [75, 87].

Z piśmiennictwa wynika też, że wpływ na stan zdrowia jamy ustnej mają: w 35% styl życia, a więc wzorce zachowań zdrowotnych oraz w 35% warunki społeczno-ekonomiczne. Jedynie 15% wpływów przypisuje się zarówno uwarunkowaniom osobniczym jak i efektywności opieki stomatologicznej [30, 101, 112].

Promocja zdrowia jamy ustnej jest nieodłącznym elementem szeroko pojętej promocji zdrowia [1, 2, 14, 18, 69, 76, 80]. Pojmowana jako proces prowadzący do zwiększenia oddziaływania jednostki na własne zdrowie w celu jego optymalizacji, utrzymania lub poprawy wyraża się w zwiększeniu możliwości kontroli nad determinantami zdrowia jamy ustnej. Szczególną rolę w skuteczności działań promocyjnych odgrywa edukacja zdrowotna mająca na celu poszerzenie wiedzy zarówno jednostki, jak i społeczeństwa o stomatologicznych zachowaniach prozdrowotnych będącej niezbędnym czynnikiem pozwalającym na dokonywanie świadomych wyborów i podejmowania działań na rzecz zdrowia własnego i innych ludzi, a także oddziaływanie na znaczące grupy profesjonalistów i osób tworzących politykę zdrowotną, społeczną oraz edukacyjną [1, 24, 46, 92, 121]. Jak wiadomo budowanie i wdrażanie tej polityki jest warunkiem tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu także w odniesieniu do chorób jamy ustnej.

Międzynarodowe badania porównawcze prowadzone nad efektywnością opieki stomatologicznej również potwierdziły znaczącą rolę zaangażowania jednostki w celu osiągnięcia wysokiego poziomu własnego zdrowia. Zaobserwowano, że dobry stan zdrowia jamy ustnej występował w tych systemach, w których zdrowie zarówno jednostki jak i populacji były traktowane jako konkretna wartość, istniały mechanizmy skutecznie motywujące, a czasem nawet obligujące pacjenta do osobistego zaangażowania w sprawy własnego zdrowia, w tym również zdrowia jamy ustnej oraz realizowane były programy promocji zdrowia, w których współpracowały ze sobą różne instytucje ze szczególnym zaangażowaniem sektora publicznej opieki stomatologicznej.

Uznano też, że istnieje silniejszy wpływ na zdrowie jamy ustnej uwarunkowań społecznych, organizacyjnych, kulturowych aniżeli predyspozycji osobniczych (genetycznych), przy czym uwarunkowania ekonomiczne postrzegane były jako nadrzędne nad pozostałymi determinantami. Wyniki tych badań wskazują, że niezbędnym warunkiem systemu opieki stomatologicznej skutkującego poprawą stanu zdrowia jamy ustnej społeczeństwa jest równoległe występowanie tych pięciu determinant, a brak chociażby jednej z nich zaburza efektywność całego modelu [102].

Podkreśla się także, że oczekiwane rezultaty w promowaniu zdrowia jamy ustnej można osiągnąć w wyniku długotrwałego, pełnego współdziałania wszystkich jej realizatorów, a także przy zapewnieniu powszechnego dostępu do informacji przekazywanych przez różne źródła. Szczególną rolę odgrywają tu środki masowego przekazu (telewizja, radio, prasa, Internet), w których prowadzone są szeroko zakrojone kampanie promujące prozdrowotną zmianę stylu życia, a także materiały informacyjne i reklamowe [11, 14, 46, 47].

Z tych powodów współczesne poglądy na temat profilaktyki chorób jamy ustnej, jednego z niezbędnych elementów promocji zdrowia przyjmują, że najbardziej efektywną metodą przeciwdziałania tym chorobom i ich kontroli jest promowanie tzw. prozdrowotnego stylu życia. W działaniach tych zwraca się szczególną uwagę na rolę pacjenta, gdyż uznano, że skuteczność ich zależy w dużym stopniu od przestrzegania zasad zachowań prozdrowotnych, z których najważniejszą wydaje się utrzymywanie na właściwym poziomie higieny jamy ustnej [3, 14, 76, 121].

Tezy te potwierdziły doświadczenia ostatnich lat, które udowodniły, że ograniczenie występowania próchnicy zębów w populacji jest między innymi uwarunkowane efektywnością działań zmierzających do upowszechnienia zdrowego stylu życia, które jest jednym z celów promocji zdrowia [2, 14, 69, 82, 83].

Promocja zdrowia jamy ustnej oraz zwiększenie w ostatnich latach dostępności na rynku różnych środków służących do jej pielęgnacji, a także wzrost świadomości zdrowotnej społeczeństwa nie zawsze jednak korelują z poprawą stanu uzębienia pacjentów [37]. Dlatego też problem przestrzegania innych zasad zachowań prozdrowotnych wydaje się szczególnie istotny [37]. Zaleca się stosowanie właściwego sposobu odżywiania (zwłaszcza zmniejszenie ilości i częstotliwości spożywania produktów zawierających niektóre węglowodany), aplikację preparatów fluorkowych na powierzchnię zębów, a także ewentualnie przyjmowanie uzupełniających dawek fluoru w

okresie mineralizacji uzębienia na obszarach gdzie woda pitna nie zawiera odpowiedniego poziomu tego pierwiastka.

W kontekście szeroko pojętej profilaktyki chorób jamy ustnej za niezwykle istotne uważa się obecnie również wyrobienie u pacjentów nawyku regularnych wizyt w gabinecie stomatologicznym. Umożliwiają one lekarzowi stały monitoring stanu zdrowia jamy ustnej, kontrolę, wczesne wykrywanie oraz leczenie zmian chorobowych, a także realizację działań profilaktycznych dostosowanych indywidualnie dla potrzeb pacjenta jak również poradnictwo w zakresie profilaktyki. Przyjmuje się, że przypadku dzieci z uzębieniem mlecznym lub mieszanym wizyty kontrolne powinny odbywać się co trzy miesiące, natomiast u osób z uzębieniem stałym raz na pół roku [101]. Wielu badaczy podkreślając ogromne znaczenie aktywnej postawy pacjenta w utrzymywaniu zdrowia jamy ustnej na właściwym poziomie (upodmiotowienie promocji zdrowia), wskazuje także na konieczność zaangażowania i współdziałania lekarzy stomatologów zwłaszcza publicznej opieki stomatologicznej w propagowanie wśród pacjentów zdrowego stylu życia, znalezienie motywacji do zmiany dotychczasowych zachowań oraz pomoc w realizacji powziętych celów [9, 13, 18, 57, 76].

Spośród chorób jamy ustnej próchnica zębów w różnych populacjach na świecie stanowi główną przyczynę bólu i utraty zębów [25, 36, 79]. Uznawana za chorobę cywilizacyjną zajmuje istotne miejsce w stomatologicznych badaniach epidemiologicznych [2, 27, 28, 45, 79, 111]. Mimo działających w wielu krajach systemach promocji zdrowia próchnica jest nadal schorzeniem bardzo rozpowszechnionym i stanowi poważny problem społeczny, a w wielu społeczeństwach utrzymuje się nadal jej nieakceptowalny poziom [25, 79, 118, 123]. Jak wynika z publikacji próchnica to choroba dotykająca większość mieszkańców USA (85%) oraz od 20% do 78% społeczeństw uprzemysłowionych państw Europy Zachodniej (Zdanecka - Dudziak i wsp.) [123]. Wyniki badań epidemiologicznych w Polsce również wskazują na niezadowalający stan uzębienia populacji. W roku 1995 wśród 18-letniej młodzieży polskiej odsetek osób, u których choroba występowała wynosił aż 98,2%, a średnia PUW wynosiła 9,2 [37]. Ponadto, jak podaje Bruzda-Zwiech i wsp. około 38% młodzieży ma usunięty z powodu próchnicy co najmniej jeden ząb stały [18]. Porównanie wyników badań epidemiologicznych przeprowadzonych w naszym kraju w roku 1987 i 1995 wskazuje wprawdzie na redukcję przyrostu próchnicy i chorób przyzębia, jednakże frekwencja próchnicy utrzymywała się nadal na bardzo wysokim poziomie we wszystkich grupach wieku [37]. W roku 2004 frekwencja próchnicy w grupie 18-letniej



młodzieży polskiej wynosiła 97,4%, a intensywność próchnicy wyrażona wskaźnikiem PUW 8,0 [28]. Wyniki badań epidemiologicznych przeprowadzonych w 2008 roku wskazują na tendencję do systematycznego, aczkolwiek bardzo powolnego obniżania zapadalności na próchnicę w tej grupie wiekowej (średnia wartość wskaźnika PUW wynosiła 7,6) [38].

Istnieje szereg możliwych determinant procesu próchnicowego, które mogą działać na dwóch poziomach. Niektóre z nich działają na powierzchni zęba, inne takie jak wiedza, nawyki, zachowanie, edukacja, postawa prozdrowotna działają na poziomie jednostki lub populacji. Wśród głównych czynników determinujących proces próchnicowy wymienia się płytkę bakteryjną (biofilm), substrat (węglowodany fermentujące), obecność zęba podatnego na chorobę (wrażliwość powierzchni) oraz czas. Wiadomo obecnie, że choroba próchnicowa zębów powstaje w wyniku jednoczesnego działania wielu czynników prowadzących do demineralizacji składników nieorganicznych twardych tkanek zęba, a następnie do proteolizy substancji organicznych [12, 25, 35, 55, 82, 104, 106]. Można powiedzieć, że rozwój choroby jest następstwem zaburzenia równowagi stałej mikroflory, spowodowanego przez zmiany w miejscowych warunkach środowiska [25, 35, 75, 104]. Jednocześnie większość dostępnych obecnie danych wskazuje na to, że brak dokładnej kontroli próchnicy zębów prowadzi do jej ciągłego rozwoju i progresji przez całe życie, natomiast wykryte we wczesnym stadium, początkowe uszkodzenia szkliwa przy stworzeniu sprzyjających warunków mogą ulec remineralizacji [11, 25, 39, 72, 82, 95, 103, 116].

Zdaniem wielu badaczy próchnica może pojawić się na każdej powierzchni zębów, na której powstanie i będzie utrzymywała się tam przez pewien okres płytka bakteryjna [25, 35, 75, 104]. Obecność biofilmu bakteryjnego na powierzchni zęba nie musi skutkować wystąpieniem zmiany próchnicowej, jednakże jest czynnikiem warunkującym jej powstanie. Płytkę bakteryjną wykazuje na powierzchni zębów nieprzerwaną aktywność metaboliczną prowadzącą w efekcie do fluktuacji pH i zaburzenia równowagi pomiędzy szkliwem, a płynem płytki nazębnej. W przypadku powtarzających się okresów niskiego pH w biofilmie bakteryjnym np. w następstwie częstego spożycia fermentujących węglowodanów, lub też upośledzonej eliminacji cukru spowodowanej obniżonym wydzielaniem śliny, może dochodzić do utraty minerałów zęba, natomiast wzrastające pH może powodować ich reabsorpcję. Każdy czynnik mający wpływ na wielkość fluktuacji pH jak na przykład skład i szybkość wydzielania śliny, dieta, grubość i skład płytki bakteryjnej oraz obecność związków fluoru w płynach

jamy ustnej determinuje prawdopodobieństwo utraty minerałów jak i szybkość jej przebiegu. Rezultatem tych, przebiegających stale na powierzchni zębów procesów demineralizacji i remineralizacji, może być powolna utrata składników mineralnych prowadząca w efekcie do rozpuszczenia twardych tkanek i powstania zmiany próchnicowej [25, 35, 75, 104, 109].

Jak wynika z piśmiennictwa procesy toczące się nieprzerwanie w jamie ustnej mogą być jednak aktywnie modyfikowane poprzez stosowanie metod zapobiegawczych takich, jak miejscowa aplikacja związków fluoru, stosowanie środków przeciwpłytkowych (antybakteryjnych), a także mechaniczne usuwanie osadu, które wpływają na procesy metaboliczne lub warunki biochemiczne w płynie płytki bakteryjnej. Wielu badaczy potwierdza, że całkowite lub częściowe usunięcie złogów bakteryjnych może doprowadzić do zatrzymania utraty składników mineralnych, a nawet do odwrócenia procesu poprzez wchłanianie minerałów. W efekcie może to spowodować zatrzymanie progresji choroby, lub nawet redepozycję minerałów do powierzchni szkliwa [3, 24, 39, 62, 71, 97].

Długotrwałe utrzymywanie się płytki bakteryjnej na powierzchni zębów może skutkować nie tylko wystąpieniem zmiany próchnicowej, ale także mieć wpływ na rozwój i progresję chorób przyzębia. Wiadomo obecnie, że w wyniku ciągłego gromadzenia się płytki następuje zmiana środowiska zarówno wokół zęba jak i w okolicy przydziąsłowej. Na skutek uwalniania przez bakterie początkowo kolonizujące zęby toksyn oraz czynników wirulentnych, rozwija się stan zapalny dziąseł z charakterystycznym zaczerwienieniem oraz obrzmieniem, a także ze zwiększoną skłonnością do krwawienia. Jak wykazują badania w efekcie nieprzerwanego nagromadzenia płytki w ciągu około jednego tygodnia, w okolicy poddziąsłowej dominują bakterie Gram-ujemne, bezwzględnie beztlenowe uwalniające szereg czynników wirulentnych zaostrażających proces zapalny, który nieleczone może w konsekwencji doprowadzić do rozwoju nieodwracalnego uszkodzenia, a także do zniszczenia struktur przyzębia [3, 25, 60, 115].

Ponieważ, zmiany próchnicowe, jak również choroby przyzębia powstają w następstwie reakcji metabolicznych zachodzących w biofilmie bakteryjnym, dlatego też uważa się, że stała kontrola płytki nazębnej stanowi podstawę zabiegów profilaktycznych istotnych zarówno dla procesu próchnicowego jak i dla przebiegu periodontopatii. Jednym z warunków utrzymania w zdrowiu zębów, a także przyzębia jest realizacja zachowań prozdrowotnych w zakresie higieny jamy ustnej. Za szczególnie

skuteczną metodę kontrolowania rozwoju i progresji choroby próchnicowej oraz periodontopatii uważa się dokładne usuwanie osadów bakteryjnych i zalegających resztek pokarmów z wszystkich powierzchni zębów. Wiedza, umiejętność posługiwania się dodatkowymi przyborami higienicznymi (zręczność manualna) oraz właściwa motywacja do ich stosowania pozwalają na bardziej skuteczne oczyszczanie miejsc trudnodostępnych, co odgrywa istotną rolę w efektywności zabiegów higienicznych. Mechaniczna kontrola płytki bakteryjnej, poprzez skrupulatne domowe zabiegi higieniczne poparta profesjonalnym oczyszczaniem zębów w gabinecie stomatologicznym, stanowi więc nieodzowny element profilaktyki chorób jamy ustnej [3, 11, 25, 71]. Zdaniem Marthalara codzienne szczotkowanie zębów z użyciem pasty z fluorem, dzięki efektowi kombinacji dwóch czynników: oczyszczania i działania fluorków, jest głównym powodem spadku próchnicy w populacjach wielu krajów od lat siedemdziesiątych XX wieku [63].

Niektórzy autorzy uważają jednak, że dokładna, mechaniczna kontrola płytki bakteryjnej jest trudna do uzyskania i może być niewystarczająca, dlatego też zwrócono uwagę na zastosowanie w profilaktyce chorób jamy ustnej związków chemicznych skierowanych przeciwko drobnoustrojom płytki, w celu kontroli tej flory do poziomu kompatybilnego ze zdrowiem jamy ustnej przy jednoczesnym zminimalizowaniu skutków ubocznych [25, 62, 66, 104]. Badania doświadczalne wykazały, że mechanizm działania tych związków polega między innymi na inhibicji wzrostu i metabolizmu drobnoustrojów, hamowaniu kolonizacji bakterii, modyfikowaniu biochemii, czy też przerwaniu ciągłości dojrzałej płytki [25, 33, 41, 66]. Środki przeciwpłytkowe dostarczane do jamy ustnej poprzez różne nośniki jak (płukanki, pasty do zębów, gumy do żucia, żele, lakiery) stanowią ważny element profilaktyki przeciwpróchnicowej zwłaszcza u osób z wysoką aktywnością próchnicy.

Zdaniem wielu badaczy niezbędnym elementem determinującym osiągnięcie sukcesu w walce z chorobą próchnicową jest też prowadzona na szeroką skalę profilaktyka fluorkowa zarówno endo, jak i egzogenna [1, 25, 71, 72, 95, 104, 105]. Skuteczność jonu fluorkowego w walce z próchnicą została potwierdzona w wielu badaniach zarówno doświadczalnych jak i klinicznych [25, 35, 41, 62, 96, 97]. Wielokierunkowość profilaktycznego działania fluorków związana z ich wpływem zarówno na zmineralizowane tkanki zęba jak i na środowisko jamy ustnej (między innymi hamujące działanie fluoru na tworzenie biofilmu nazębnego oraz zaburzające procesy metaboliczne bakterii go tworzących), odgrywa istotną rolę w zmniejszeniu

frekwencji, jak i intensywności próchnicy, a także w łagodniejszym przebiegu tej choroby [1, 41, 72, 75, 95, 103]. Jednakże stale rosnąca podaż fluoru spowodowana rozwojem przemysłu i zanieczyszczeniem środowiska naturalnego (atmosfery, gleby, wody) oraz zwiększenie dostępności fluorków z innych źródeł takich jak napoje, przetwarzane produkty spożywcze, czy pasty do zębów stwarzają niebezpieczeństwo przyjmowania zbyt dużych dawek tego pierwiastka i powstawania zmian o charakterze fluorozy. Dlatego też zwraca się obecnie szczególną uwagę na konieczność indywidualnej kontroli oraz weryfikowania wskazań do stosowania programów profilaktyki endogennej.

Za bezpieczniejszą, a równie efektywną formę zapobiegania próchnicy zębów, uważa się natomiast miejscową aplikację preparatów zawierających fluor realizowaną zarówno w ramach domowych jak i profesjonalnych zabiegów profilaktycznych. Badania laboratoryjne sugerują, że największą skuteczność fluor osiąga, gdy jego niski poziom jest utrzymywany w jamie ustnej przez jak najdłuższy czas. Wielu autorów podaje, że najbardziej powszechnym sposobem osiągania tego celu jest codzienne, regularne, dokładne oczyszczanie zębów przy użyciu pasty fluorowej, dwa razy dziennie, bezpośrednio przed nocnym spoczynkiem i dodatkowo w porze posiłku [25, 62]. Kolejną ważną determinantą efektywności przeciwpróchnicowej jest stosowanie przez pacjentów płukanek fluorowych, a także innych nośników fluoru, jak nici zębowe, gumy do żucia czy żele lub pianki skutkujące przedłużoną ekspozycją jamy ustnej na fluorki [23, 25, 62, 97, 104]. Indywidualne zaangażowanie jednostki w realizację domowych zabiegów profilaktyczno-higienicznych uzupełniane profesjonalnymi zabiegami profilaktycznymi w gabinecie stomatologicznym stanowi zatem istotny element szeroko pojętego zapobiegania chorobom jamy ustnej.

Integralnym czynnikiem warunkującym zdrowie jamy ustnej, jaki i całego organizmu są prozdrowotne zachowania żywieniowe. Wielu badaczy podkreśla, że bardziej istotnym czynnikiem etiologicznym próchnicy niż ilość jest częstość spożywania cukrów, a także postać spożywanego produktu (konsystencja), które znacząco wpływają na czas ekspozycji zębów na węglowodany. Również kolejność spożywanych potraw jak i pora konsumpcji węglowodanów fermentujących (szkodliwa zwłaszcza pomiędzy głównymi posiłkami) są istotnymi czynnikami wywołującymi niekorzystny wpływ na stan uzębienia. Ważne jest również określenie stopnia szkodliwości węglowodanów. Te o dużym potencjale próchnicotwórczym, jak na przykład wysokoprzetworzone produkty skrobiowe, są bowiem bardziej podatne na działanie enzymów bateryjnych w jamie

ustnej, co w konsekwencji prowadzi do zwiększenia ich potencjału kwasotwórczego. Produkty skrobiowe mogą także, spożywane jednocześnie z cukrami, zwiększać ich właściwości próchnicotwórcze. Konsystencja skrobi (kleistość) powoduje zwiększenie retencji cukrów w jamie ustnej oraz utrudnienie ich eliminacji, co skutkuje przedłużonym okresem ekspozycji powierzchni zębów na działanie niskiego pH [25, 35, 59, 87, 109].

Przedłużona ekspozycja na kwasy może przyczynić się do powstania na powierzchni zęba także uszkodzeń o charakterze erozji twardych tkanek, będących związanych obecnie głównie ze zmianą nawyków żywieniowych. Wielu autorów wśród produktów spożywczych mających duży potencjał erozjotwórczy wymienia soki owocowe, zwłaszcza cytrynowe, pomarańczowe oraz grejpfrutowe, napoje gazowane, napoje energetyzujące, niegazowane napoje owocowe, jogurty, sosy vinegre, czy rozpuszczalną vit. C. pH tych płynów jest znacznie niższe od pH krytycznego dla zainicjowania procesu próchnicowego i waha się w przedziale od 2,5 – 4,0 [25, 56]. W tak niskim zakresie stężeń płyny jamy ustnej stają się roztworami nienasyconymi zarówno w stosunku do hydroksyapatytu jak i do fluoroapatytu, w wyniku czego może dochodzić do całkowitej demineralizacji szkliwa bez pozostawienia zewnętrznej warstwy pokrywającej podpowierzchnową część zmiany – erozji [25, 56].

Przestrzeganie prozdrowotnych zachowań żywieniowych jest istotnym czynnikiem warunkującym nie tylko utrzymanie zdrowego uzębienia, ale także wpływającym na prawidłowy stan tkanek przyzębia. Składniki pokarmowe wywierają istotny wpływ między innymi na przebieg procesów metabolicznych ustroju (biosynteza białka), metabolizm niektórych bakterii płytki nazębnej, funkcję układu immunologicznego, skład płynu dziąsłowego, a także na funkcjonalną aktywność układu stomatognatycznego, metabolizm gruczołów ślinowych oraz na stan naczyń włosowatych. Biorąc udział w szeregu przemian metabolicznych ustroju, składniki żywieniowe są pośrednio odpowiedzialne za zakłócenie tych procesów, które są powiązane ze złożonym patomechanizmem chorób przyzębia. Współczesne poglądy na przebieg periodontopatii przyjmują, że dla prawidłowego przebiegu procesów metabolicznych w tkankach przyzębia konieczny jest dowóz wielu składników pokarmowych, zwłaszcza tych o charakterze przeciwutleniaczy takich jak witamina C, witamina E, beta karoten oraz selen. Zwraca się też uwagę na rolę bioflawonoidów oraz ubiquinonu (koenzymu Q) [60, 114].

Jednym z założeń promocji zdrowia, w tym również promocji zdrowia jamy ustnej jest więc kształtowanie właściwych postaw sprzyjających poprawie i utrzymaniu

zdrowia jednostki. Szczególną uwagę w działaniach promujących zdrowie jamy ustnej zwraca się również na zwiększenie świadomości zdrowotnej pacjentów w celu eliminowania lub ograniczenia szkodliwych dla tkanek jamy ustnej nawyków, szczególnie zaś palenia papierosów. Wiadomo obecnie, że nałogowe palenie papierosów jest jedną z najczęstszych przyczyn powstawania raka jamy ustnej [54]. Działanie nikotyny poprzez zakłócenie mikrokrążenia, a w konsekwencji niedokrwienie i zaburzenie funkcjonalnej równowagi między bakteriami płytki nazębnej, a tkanką dziąsła, wpływ na czynność granulocytów obojętnochłonnych i fibroblastów, a także na poziom inhibitorów cysteinowych peptydaz w ślinie może wpływać niekorzystnie również na stan błony śluzowej i tkanek przyzębia [3, 60, 117].

Badania zachowań prozdrowotnych uważane są obecnie za jedną z ważnych metod pomiaru stanu zdrowia populacji [53]. W badaniach tych dużą rolę przywiązuje się do subiektywnej oceny zdrowia, której badani dokonują samodzielnie za pomocą kwestionariusza ankiety. Metoda ta zalecana jest również przez WHO i wykorzystywana w badaniach stanu zdrowia populacji [10, 12, 13, 53, 120] .

Należy także podkreślić aspekt estetyczny zdrowia jamy ustnej. W wielu wysoko rozwiniętych społeczeństwach już w chwili obecnej uznaje się znaczącą rolę wyglądu zewnętrznego, w tym także uzębienia w kontaktach międzyludzkich zarówno prywatnych jak i zawodowych. Z obserwacji wielu badaczy wynika, że stan zdrowia zębów oraz ich wygląd mogą mieć znaczny wpływ na rozwój emocjonalny człowieka, odgrywają dużą rolę w pozytywnym odbiorze całej postaci, a braki w uzębieniu pozbawiają człowieka wiarygodności i szansy znalezienia dobrej pracy, co ma szczególne znaczenie dla osób młodych [53,121].

Rozpoczęcie edukacji na wyższej uczelni wiąże się dla znacznej grupy młodzieży z opuszczeniem rodzinnego domu i początkiem samodzielnego życia. Z promocją zdrowia w przypadku tej grupy młodych ludzi łączą się więc problemy związane koniecznością dokonywania samodzielnych decyzji i wyborów, poszukiwania własnego stylu życia, zmiany zachowań i obrazu własnej tożsamości pod wpływem zmian psychosomatycznych oraz odmiennych warunków życia poza domem rodzinnym. Większość młodzieży akademickiej rozpoczyna w tym czasie równolegle pracę zarobkową, a niektórzy podejmują także decyzję o założeniu rodziny. Trzeba również zaznaczyć, że biorąc pod uwagę poziom wykształcenia należy przypuszczać, że świadomość zdrowotna tej grupy młodzieży będzie stosunkowo wysoka.

Poznanie i porównanie stomatologicznych zachowań zdrowotnych grup młodzieży amerykańskiej i polskiej dojrzewającej oraz rozpoczynającej dorosłe życie w odmiennych warunkach socjoekonomicznych oraz kulturowych wydaje się zatem interesujące.

## **CELE PRACY**

Celami pracy było:

- Uzyskanie informacji o ważnych dla zdrowia jamy ustnej zachowaniach prozdrowotnych amerykańskiej i polskiej młodzieży akademickiej.
- Ocena oraz porównanie zachowań prozdrowotnych obu grup studentów.



## MATERIAŁ I METODY

Badaniem ankietowym objęto grupę 505 studentów w wieku od 19 do 23 lat kształcących się głównie na pierwszym i drugim roku studiów (Tab.1). 242 studentów (w tym 32 kobiety i 210 mężczyzn) studiowało na amerykańskiej wyższej uczelni technicznej Rochester Institute of Technology (R.I.T.), a 263 studentów (w tym 37 kobiet i 226 mężczyzn) na Politechnice Poznańskiej. Ze względu na zróżnicowanie etniczne młodzieży amerykańskiej, do badań zakwalifikowano tylko te osoby, które ukończyły edukację na poziomie podstawowym i średnim w USA.

**Tab. 1 Liczebność badanej grupy z uwzględnieniem podziału na płeć.**

Uczelnia	Płeć		
	Kobiety	Mężczyźni	Razem
Politechnika Poznańska	32	210	242
Rochester Institute of Technology	37	226	263
Razem	69	436	505

Rochester Institute of Technology (RIT) jest prywatną wyższą uczelnią techniczną o charakterze „non profit” założoną w 1829 roku. Rocznie kształci około 17000 studentów zarówno na kierunkach inżynierskich jak i magisterskich. Prowadzi również studia doktoranckie. Przeważającą grupę studentów stanowią mężczyźni. Uczelnia ta oferuje studentom poszerzenie swoich zainteresowań na ośmiu wydziałach zorientowanych na naukę nie tylko przedmiotów ścisłych (informatyki, elektroniki), ekonomii, lecz również na przekazywanie wiedzy z dziedziny sztuki czy nauk przyrodniczych. W strukturach R.I.T znajduje się również National Technical Institute for the Deaf (NTID) umożliwiający kształcenie na różnych kierunkach osobom głuchoniemym. Uczelnia zatrudnia około 900 pracowników naukowo-dydaktycznych

oraz ponad 420 wykładowców pracujących w ramach umowy-zlecenia, koordynujących oraz realizujących zarówno działalność dydaktyczną, jak i naukowo-badawczą. R.I.T najbardziej znany jest z osiągnięć w dziedzinie nauk inżynierskich i fotografii (Fot.1).



**Fot. 1 College of Art – Campus RIT**

Politechnika Poznańska powstała w 1955 roku w wyniku przekształcenia Szkoły Inżynierskiej, choć starania o utworzenie w Poznaniu wyższej uczelni technicznej sięgają 1919 roku. Obecnie uczelnia ta jest dziewięciowydziałową szkołą wyższą, kształcąca prawie 20000 studentów na dwudziestu czterech kierunkach. Oferuje młodzieży zdobywanie wiedzy między innymi z zakresu telekomunikacji, informatyki i zarządzania, elektroniki czy architektury. Na uczelni pracuje ponad 1000 nauczycieli akademickich. Politechnika Poznańska prowadzi szeroko rozwinięte prace naukowo-badawcze i zajęcia dydaktyczne zarówno na studiach stacjonarnych, jak i niestacjonarnych pierwszego i drugiego stopnia, a także dotychczasowe studia doktoranckie jako studia III stopnia.

W roku 1995 Politechnika Poznańska jako pierwsza polska uczelnia techniczna, została członkiem Conference of European Schools for Advanced Engineering

Education and Research-CESAER – organizacji skupiającej najlepsze politechniki i uniwersytety techniczne w Europie (Fot.2).



**Fot. 2 Budynek Biblioteki i Centrum Wykładowego Politechniki Poznańskiej.**

Studenci obu uczelni dobrowolnie wyrazili zgodę na pisemne przystąpienie do badania ankietowego. Natomiast, aby nie ograniczać swobody oraz szczerości odpowiedzi ankietę przeprowadzono anonimowo.

Ankieta, zawierająca pytania jednokrotnego i wielokrotnego wyboru, została przetłumaczona na język angielski. W celu uniknięcia pomyłek i nieścisłości językowych stopień zrozumienia ankiety został skonsultowany (badanie pilotażowe) z dziesięcioma studentami R.I.T nie biorącymi udziału w badaniu. Przed przystąpieniem do wypełniania ankiety przeprowadzony został instruktaż. Zaznaczono, aby wybierając odpowiedzi na pytania studenci brali pod uwagę jedynie zwyczaje realizowane w życiu codziennym, a nie posiadaną wiedzę.

Kwestionariusz autorskiej ankiety, opracowanej specjalnie celem porównania zachowań zdrowotnych w podobnych środowiskach, ale odmiennych warunkach socjoekonomicznych oraz kulturowych został podzielony na dwie części. Pytania w części pierwszej (4 pytania) miały na celu zebranie danych o samoocenie posiadanej wiedzy, znaczeniu zdrowego uzębienia dla dobrego samopoczucia, wyglądu oraz

możliwości spożywania pokarmów, a także dotyczących źródeł czerpania informacji o zdrowiu jamy ustnej (Załącz. 5 i 6).

Część druga zawierająca trzydzieści sześć pytań dotyczyła stomatologicznych zachowań prozdrowotnych w zakresie wizyt w gabinecie stomatologicznym, higieny jamy ustnej, zwyczajów żywieniowych, profilaktyki fluorkowej oraz palenia papierosów. W tej części ankiety pytano między innymi o częstotliwość, główne powody, a także motywację wizyt u stomatologa oraz o korzystanie z zabiegów profesjonalnego oczyszczania zębów. Pytania dotyczące higieny jamy ustnej miały na celu zebranie informacji o rodzajach szczotek do zębów oraz dodatkowych przyborach higienicznych używanych przez studentów, częstości i porach szczotkowania zębów, stosowaniu płynów do płukania jamy ustnej, a także ilości czasu przeznaczanego na codzienne stomatologiczne zabiegi higieniczne. Pytano także o nawyki żywieniowe mające wpływ na zdrowie jamy ustnej dotyczące częstości spożywania słodczy, rodzajów przekąsek, a także picia napojów zawierających cukier (soki, napoje, napoje gazowane, słodzona kawa i herbata). Zachowania w zakresie profilaktyki fluorkowej oceniono na podstawie analizy pytań dotyczących stosowania past z zawartością fluoru. Zadano także cztery pytania mające na celu zebranie danych o tym czy studenci palą papierosy oraz określenie świadomości szkodliwości palenia papierosów dla zdrowia jamy ustnej. (Załącz. 5 i 6)

Na zakończenie ankiety postawiono pytania ustalające wiek, płeć, rok studiów oraz liczbę lat spędzonych poza domem rodzinnym, a także dotyczące statusu materialnego respondentów.

Badanie w obu grupach studenckich przeprowadził ten sam lekarz w okresie jednego roku.

Celem porównania wypowiedzi studentów polskich i amerykańskich uzyskane wyniki w ramach poszczególnych pytań przedstawiono w postaci odsetka danej odpowiedzi. W celu łatwiejszej interpretacji uzyskanych wyników wartości zamieszczone na wykresach i w tabelach są wartościami zaokrąglonymi zgodnie z zasadami zaokrąglania.

## METODY ANALIZY STATYSTYCZNEJ

W celu oceny poprawności zachowań zdrowotnych badanych studentów z obu grup, wyłoniono ponadto własne kryteria wybierając spośród zadanych pytań dziewięć najbardziej istotnych, odnoszących się do wizyt w gabinecie stomatologicznym, higieny jamy ustnej, zwyczajów żywieniowych oraz źródeł czerpania informacji o zdrowiu jamy ustnej.

Jako zachowania optymalne, wystarczające do określenia sylwetki poprawnie realizującej zalecenia stomatologiczne uznano regularne, przeprowadzane raz na pół roku badania kontrolne u lekarza stomatologa (pyt. 5-odp. a i pyt. 7-odp. a) oraz korzystanie z zabiegu profesjonalnego oczyszczania zębów w gabinecie stomatologicznym (pyt. 10-odp. a). Oczekiwaną postawę w odniesieniu do realizacji zabiegów higienicznych w domu określono jako regularne, odpowiednio długie szczotkowanie zębów co najmniej dwa razy dziennie (pyt. 12-odp. a i b), poprawne użytkowanie szczotki do czyszczenia zębów (pyt. 17-odp.a,b,d) oraz stosowanie innych przyborów służących do utrzymywania higieny jamy ustnej na właściwym poziomie (pyt. 18-odp. b). W celu poprawy higieny jamy ustnej uznano także za korzystne regularne stosowanie płynów do płukania jamy ustnej (pyt.19-odp. a). Oczekuje się również, że „wzorcowy student” nie będzie spożywał żadnych posiłków po wykonaniu wieczornych zabiegów higienicznych w jamie ustnej (pyt. 37-odp.c). Uznano także, że podstawowym źródłem informacji o zdrowiu jamy ustnej powinien być dla niego lekarz stomatolog (pyt.4-odp.a) (Zał.7).

Analiza statystyczna zmierzała do:

- ustalenia wzorca poprawnych odpowiedzi (sylwetka optymalna)
- określenia prawdopodobieństwa wystąpienia najkorzystniejszych zachowań prozdrowotnych w oparciu o liczbę najlepszych odpowiedzi
- oceny zgodności zachowań osoby badanej z wzorcem zachowań
- oceny zgodności zachowań prozdrowotnych badanej grupy z prawdopodobieństwem zachowań wzorcowych.

Analizę statystyczną zależności między zachowaniami prozdrowotnymi w badanych grupach przeprowadzono testem dokładnym Fisher'a, a dla dużych liczebności zachowań prawidłowych oraz nieprawidłowych testem  $\chi^2$  Paersona. Częstości występowania zachowań prozdrowotnych w grupie studentów amerykańskich i polskich porównywano dodatkowo testem dla wskaźników struktury (tj. wartości odsetkowych) [26]. Za istotne uznano różnice, przy których poziom istotności był niższy 0,05 (w tabelach oznaczone kolorem zielonym).

Obliczeń statystycznych dokonano w Zakładzie Bioinformatyki Katedrze Patomorfologii i Biologii Obliczeniowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

## WYNIKI BADAŃ

Wszyscy ankietowani studenci odpowiedzieli na wszystkie pytania pierwszej i drugiej części ankiety. Wyjątek stanowiło pytanie dotyczące statusu materialnego, gdzie większość respondentów nie udzieliła odpowiedzi, dlatego informacja ta nie była brana pod uwagę w trakcie dalszej analizy wyników.

Z analizy odpowiedzi na pytanie o znaczenie zdrowego uzębienia dla dobrego samopoczucia, wyglądu oraz możliwości spożywania pokarmów (pytanie1) wynika, że dla większości młodych Amerykanów (72%) zdrowie zębów ma największe znaczenie dla możliwości spożywania pokarmów. Odsetek takich odpowiedzi u studentów polskich był niższy i wynosił 49%. Natomiast w grupie młodzieży polskiej największa część badanych podkreśliła bardzo duże znaczenie zdrowego uzębienia dla dobrego wyglądu (95%) oraz dla dobrego samopoczucia (53%), (odpowiednio Amerykanie 47% i 28%). Jednocześnie 21% młodzieży amerykańskiej i 4% polskiej uważa posiadanie zdrowego uzębienia jako niezbyt ważne dla dobrego samopoczucia oraz dla możliwości spożywania pokarmów 6% i 11% (Tab. 2).

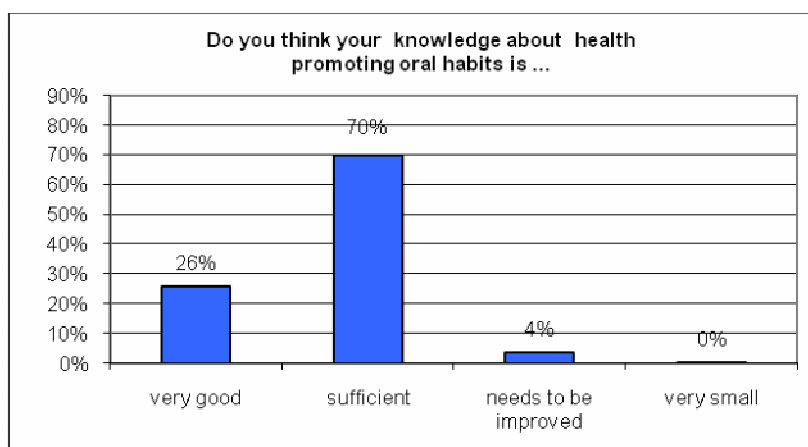
**Tab. 2 Odpowiedzi na pytanie 1: Na ile ważne są dla Ciebie zdrowe zęby dla:**

Odpowiedź	uczelnia	dobrze samopoczucie	dobry wygląd	możliwość spożywania pokarmów
bardzo ważne	RIT	28%	47%	72%
	PP	53%	56%	49%
ważne	RIT	49%	48%	20%
	PP	43%	39%	39%
niezbyt ważne	RIT	21%	5%	6%
	PP	4%	4%	11%
nieważne	RIT	2%	0%	2%
	PP	0%	1%	1%

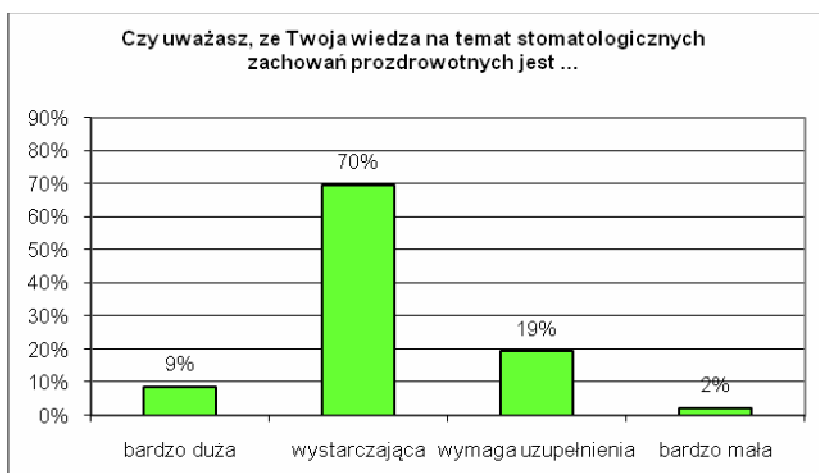
Oceniając swoją wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych w odniesieniu do jamy ustnej (pytanie 2) taki sam odsetek (tj. 70%) młodzieży amerykańskiej jak i polskiej twierdziło, że jest ona wystarczająca. Jako bardzo wysoki oceniło poziom swojej wiedzy 26% studentów amerykańskich i tylko 9% polskich, a jako wymagający uzupełnienia odpowiednio 4% i 19% ankietowanych.

Odsetek osób uważających, że ich wiedza na temat zachowań prozdrowotnych jest bardzo mała był w obu badanych grupach niewielki (Ryc. 1 a i b).

a)



b)

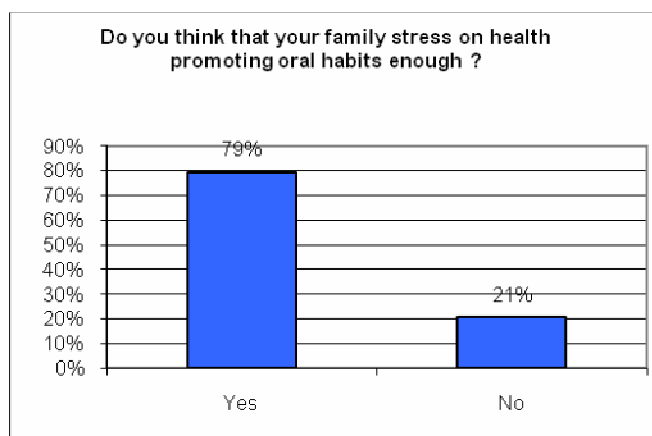


**Ryc. 1 Odpowiedzi na pytanie 2: Czy uważasz, że Twoja wiedza na temat stomatologicznych zachowań prozdrowotnych jest:**



Na pytanie, czy w rodzinie kładziono wystarczający nacisk na stomatologiczne zachowania prozdrowotne odpowiedzi twierdzącej udzieliło 79% Amerykanów i 77% Polaków. Odpowiednio 21% i 23% ankietowanych oceniło stopień realizacji zachowań prozdrowotnych jamy ustnej w swojej rodzinie jako niewystarczający (Ryc. 2 a i b)

a)



b)



**Ryc. 2 Odpowiedzi na pytanie 3: Czy uważasz, że w Twojej rodzinie kładziono wystarczający nacisk na stomatologiczne zachowania prozdrowotne?**

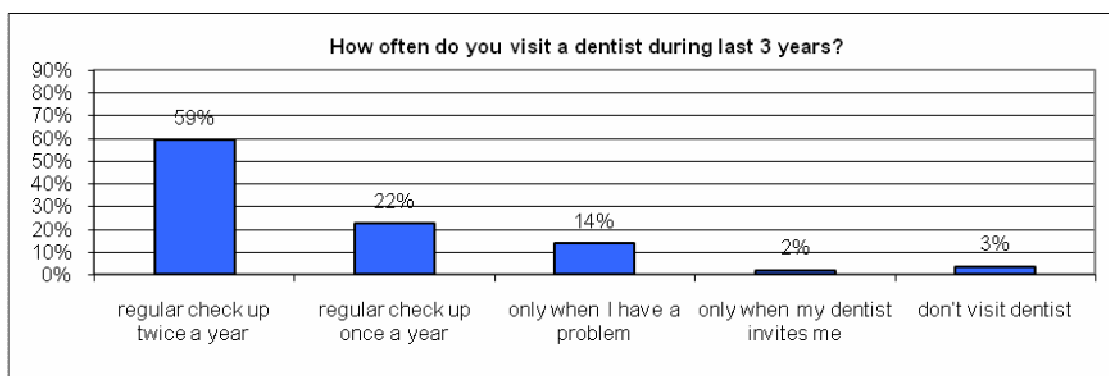
Z zestawienia zebranych odpowiedzi na pytanie 4 wynika, że głównym źródłem informacji na temat zdrowia i higieny jamy ustnej był dla większości młodych Amerykanów lekarz stomatolog (79%). Wśród studentów PP liczba ta była znacznie mniejsza i wynosiła 57%. Dość duży odsetek młodzieży polskiej w stosunku do amerykańskiej wskazuje na telewizję (odpowiednio 37% i 8%) i prasę (odpowiednio 16% i 3%) jako źródło wiedzy stomatologicznej. Odsetek osób uzyskujących informacje w domu rodzinnym był w obu grupach zbliżony i wyniósł 23% dla studentów amerykańskich, i 25% dla polskich (Tab.3).

**Tab. 3 Odpowiedzi na pytanie 4: Skąd głównie czerpiesz informacje na temat zdrowia i higieny jamy ustnej?**

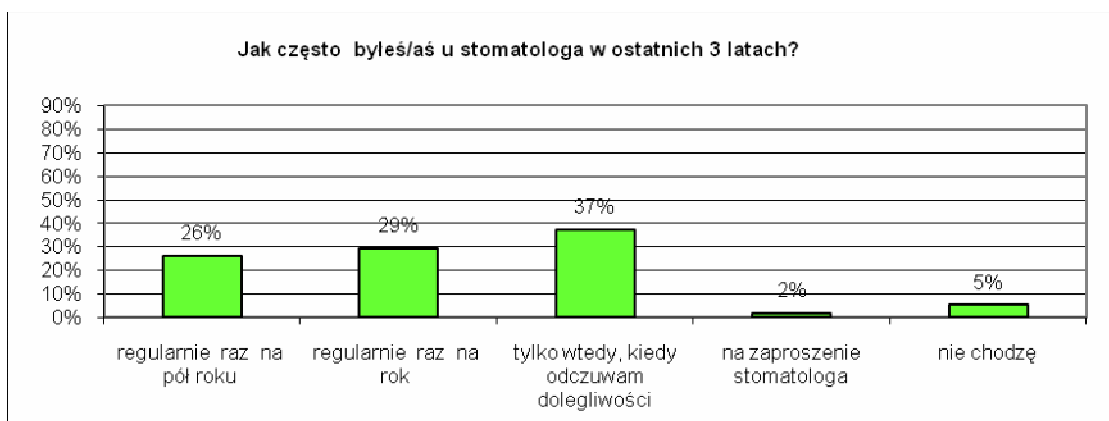
źródła informacji	uczelnia	
	RIT	PP
stomatolog	79%	57%
telewizja	8%	37%
czasopisma	3%	16%
przyjaciele	5%	5%
rodzina	23%	25%
Internet	4%	5%
szkoła	7%	10%
inne źródła	4%	15%

Odpowiadając na pytanie dotyczące częstości wizyt w gabinecie stomatologicznym zdecydowana większość studentów amerykańskich zadeklarowała, że chodzi do stomatologa regularnie raz na pół roku lub raz na rok (81%). W taki sposób odpowiedziało zaś 55% studentów polskich. Stosunkowo duża liczba ankietowanych Polaków (37% w porównaniu do 14% Amerykanów) przyznała, że przychodzi do stomatologa tylko wtedy kiedy odczuwa dolegliwości ze strony jamy ustnej. W obu grupach młodzieży studenckiej odsetek osób nie chodzących do stomatologa był stosunkowo niski i wynosił 5% dla Amerykanów, a 3% dla Polaków (Ryc. 3 a i b).

a)



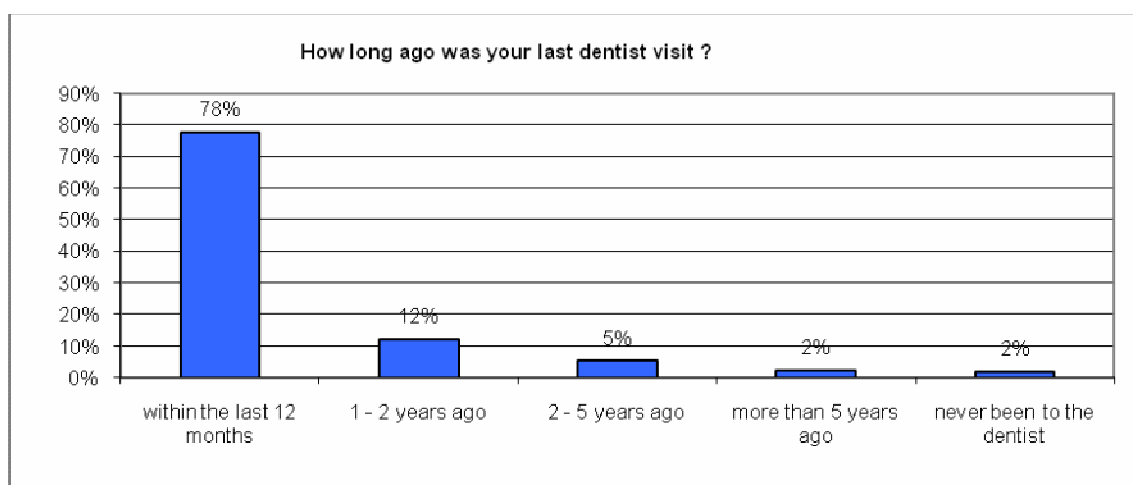
b)



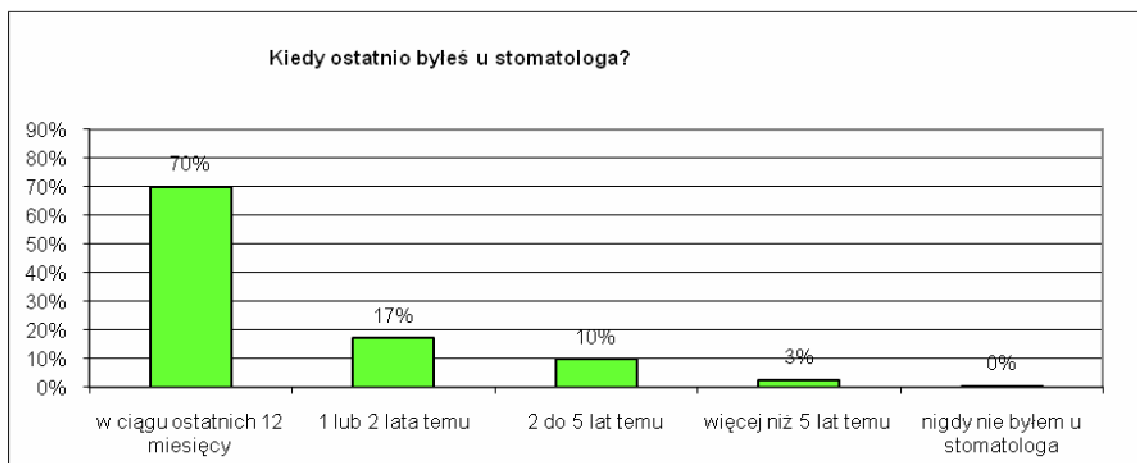
**Ryc. 3 Odpowiedzi na pytanie 5: Jak często byłeś/aś u stomatologa w ostatnich 3 latach?**

Ostatnia wizyta ankietowanych w gabinecie stomatologicznym u 78% studentów amerykańskich i 70% polskich miała miejsce w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Rozkład pozostałych odpowiedzi był w obu grupach zbliżony i nie wykazywał znaczących różnic (Ryc. 4 a i b).

a)



b)



**Ryc. 4 Odpowiedzi na pytanie 6: Kiedy ostatnio byłeś u stomatologa?**

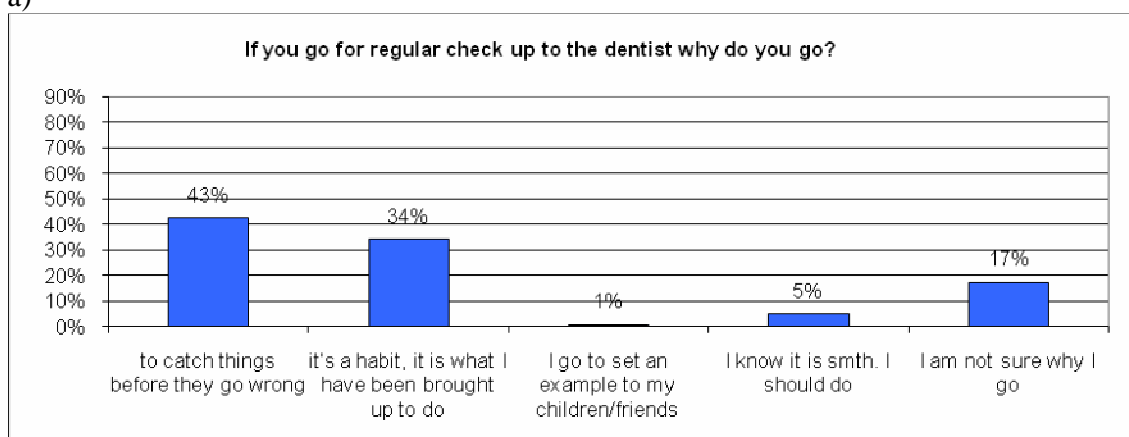
Z odpowiedzi uzyskanych na pytanie 7 dotyczące przyczyn zgłaszania się do gabinetu stomatologicznego wynika, że najczęstszym powodem wizyt u stomatologa w obu grupach studenckich była wizyta kontrolna (Amerykanie 78%, a Polacy 52%) Jako kolejny powód młodzież polska wymieniła ból zęba 43% oraz obecność ubytków próchnicowych 40%. Dla studentów RIT odsetki te były znacznie niższe i wyniosły odpowiednio 8% i 5%. Jako drugi w kolejności powód zgłaszania się do stomatologa młodzież amerykańska podała oczyszczanie zębów 15%, natomiast wśród studentów polskich odpowiedziało tak jedynie 3% ankietowanych. Żadna z badanych osób, która zaznaczyła odpowiedź „inne” - mimo, że instrukcja zalecała wymienienie tych powodów - nie podała innych niż wymienione przyczyn wizyt w gabinecie stomatologicznym (Tab. 4).

**Tab. 4 Odpowiedzi na pytanie 7: Jaki jest najczęstszy powód Twoich wizyt u stomatologa?**

powód wizyty u stomatologa	uczelnia	
	RIT	PP
wizyta kontrolna	78%	52%
ból zęba	8%	43%
choroby dziąseł	0%	4%
ubytek próchnicowy	5%	40%
wybielanie zębów	1%	2%
oczyszczanie zębów	15%	3%
problem z „zębem mądrości”	2%	2%
potrzeby protetyczne	0%	4%
nadwrażliwość zębów	1%	2%
inne	4%	15%
nie chodzę do stomatologa	3%	2%

Odsetek osób, które na pytanie o motywację do regularnych wizyt u stomatologa odpowiedziały: „aby dostrzec problem zanim się rozwinie” był w obu uczelniach zbliżony i wynosił 43% dla RIT, a dla PP 45% (pyt.8). Stosunkowo wysoki odsetek Amerykanów (34%) twierdził, że regularne wizyty u stomatologa to przyzwyczajenie wyniesione z lat dziecięcych. Jak wynika z uzyskanych odpowiedzi, aż 33% studentów polskich oraz 17% amerykańskich nie potrafi podać powodów, dla których regularnie odbywa wizyty stomatologiczne (Ryc. 5 a i b)

a)



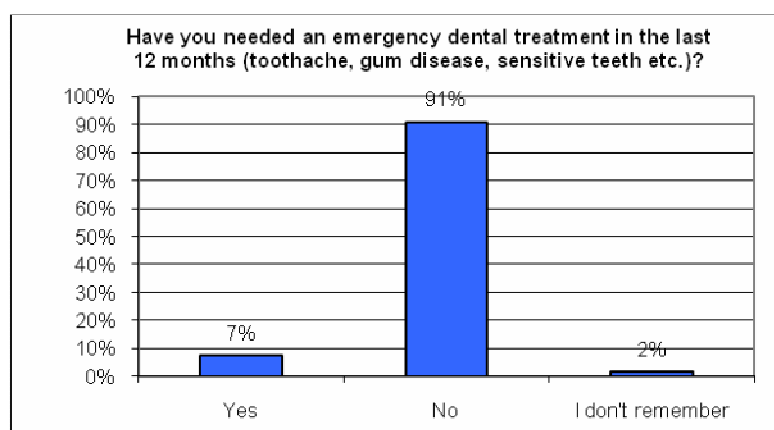
b)



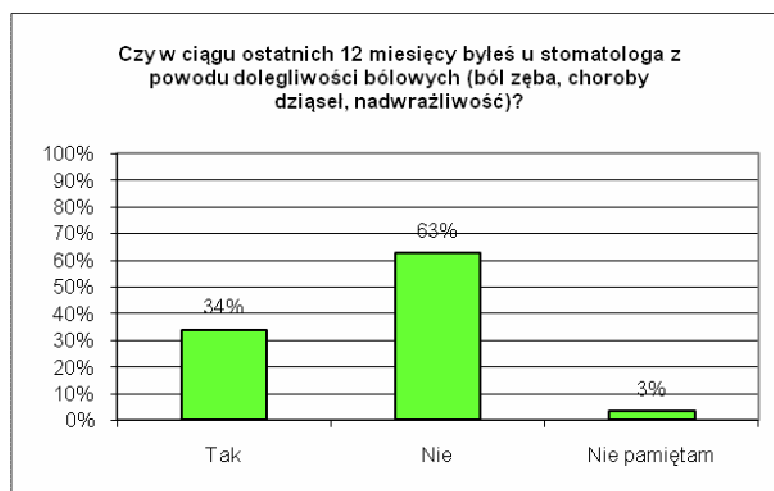
**Ryc. 5 Odpowiedzi na pytanie 8: Jeśli regularnie chodzisz do stomatologa to jaka jest Twoja motywacja?**

Odpowiadając na pytanie 9 wielu spośród ankietowanych studentów polskich (34%) w porównaniu do 7% młodych Amerykanów przyznało, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy zgłosili się do stomatologa z powodu dolegliwości bólowych. Odsetek osób, które w ciągu ostatniego roku nie musiały z tego powodu korzystać z pomocy lekarza stomatologa różnił się w obu grupach i wynosił dla młodzieży amerykańskiej 91% a dla Polaków 63% (Ryc. 6 a i b).

a)



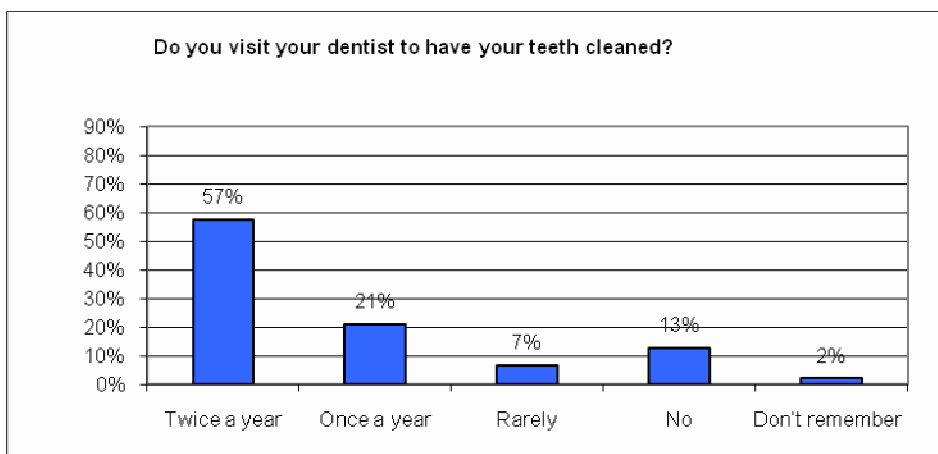
b)



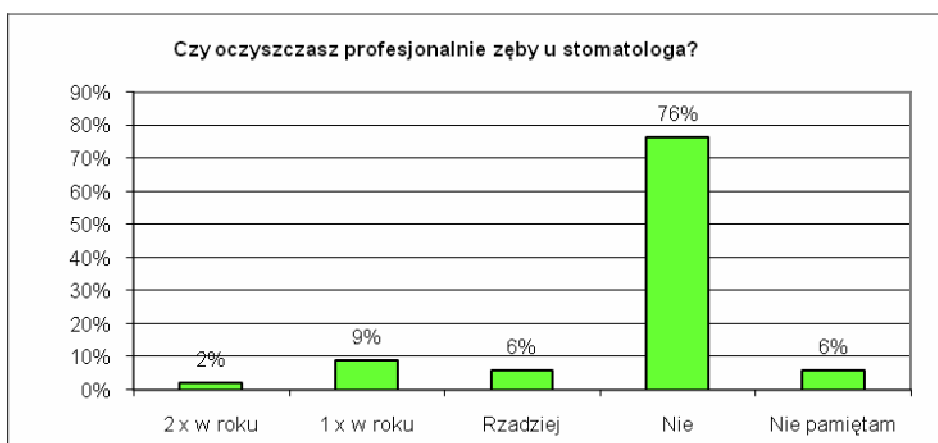
**Ryc. 6 Odpowiedzi na pytanie 9: Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłeś u stomatologa z powodu dolegliwości bólowych (ból zęba, choroby dziąseł, nadwrażliwość)?**

Dane uzyskane z odpowiedzi na pytanie dotyczące realizacji profesjonalnych zabiegów higienicznych u stomatologa przedstawia rycina 7 (pyt.10). Wyniki badania wykazały, że z zabiegu profesjonalnego oczyszczania zębów korzystało regularnie dwa razy w roku 57% studentów RIT i jedynie 2% studentów Politechniki Poznańskiej, a raz na rok odpowiednio 21% i 9%. Większość studentów polskich nie oczyszczała zębów w gabinecie stomatologicznym (76%). Odsetek takich osób w grupie młodych Amerykanów był znacznie niższy i wynosił 13% (Ryc. 7 a i b)

a)



b)



**Ryc. 7 Odpowiedzi na pytanie 10: Czy oczyszczasz profesjonalnie zęby u stomatologa?**



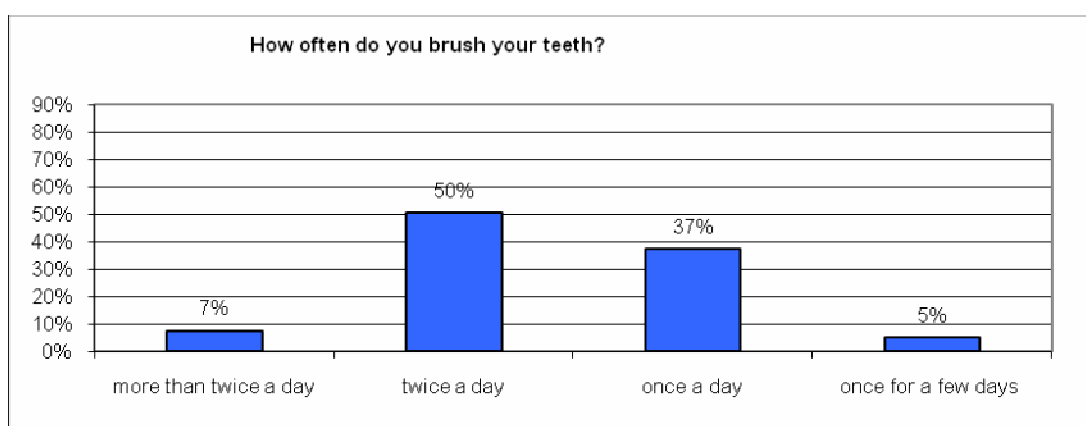
Odnotowano również, że dla stosunkowo dużej grupy badanej młodzieży polskiej głównym powodem powstrzymującym przed pójściem do stomatologa była obawa przed bólem 32% (pyt.11). Wśród studentów amerykańskich odsetek takich osób był niższy i wynosił 12%. Dość istotnym powodem unikania wizyt w gabinecie zarówno dla młodych Amerykanów (26%) jak i Polaków (25%) była zbyt wysoka cena usług stomatologicznych. Również odsetek osób, które twierdziły, że nie muszą chodzić do stomatologa dopóki nie pojawią się jakieś problemy był podobny w obu grupach i wynosił odpowiednio 15% i 17% (Tab. 5).

**Tab. 5 Odpowiedzi na pytanie 11: Co powstrzymuje Cię przed pójściem do stomatologa?**

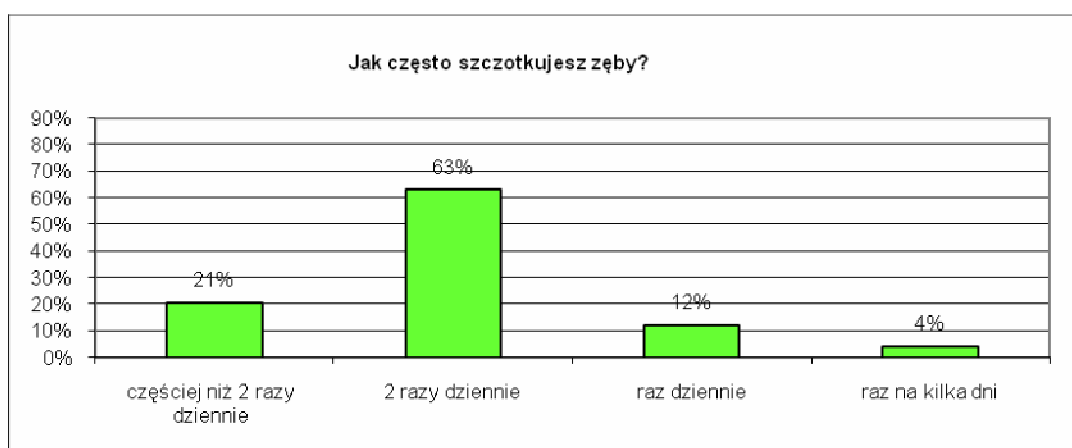
Odpowiedź	Uczelnia	
	RIT	PP
<b>obawa przed bólem</b>	12%	32%
<b>zbyt wysoka cena usługi</b>	26%	25%
<b>nieznajomość „dobrego lekarza”</b>	9%	9%
<b>poprzednie złe doświadczenia</b>	3%	3%
<b>niepewność kosztów</b>	10%	5%
<b>uważam, że nie muszę chodzić dopóki nie mam problemów</b>	15%	17%
<b>nic w wymienionych</b>	24%	8%

Zarówno wśród badanych Amerykanów jak i Polaków odsetkowo największa część młodzieży zadeklarowała, że czyści zęby dwa razy dziennie i częściej-odpowiednio 57% i 84%, jednak wśród studentów amerykańskich wykonujących podstawowe zabiegi higieniczne w jamie ustnej częściej niż dwa razy dziennie było 7% ankietowanych, a w grupie studentów polskich 21% osób (pyt.12). Dwa razy dziennie szczotkuje zęby 50% młodych Amerykanów i 63% Polaków, a raz dziennie odpowiednio 37% i 12%. Stosunkowo niewielki odsetek młodzieży czyści zęby raz na kilka dni (Ryc. 8 a i b).

a)



b)



**Ryc. 8 Odpowiedzi na pytanie 12: Jak często szczotkujesz zęby?**

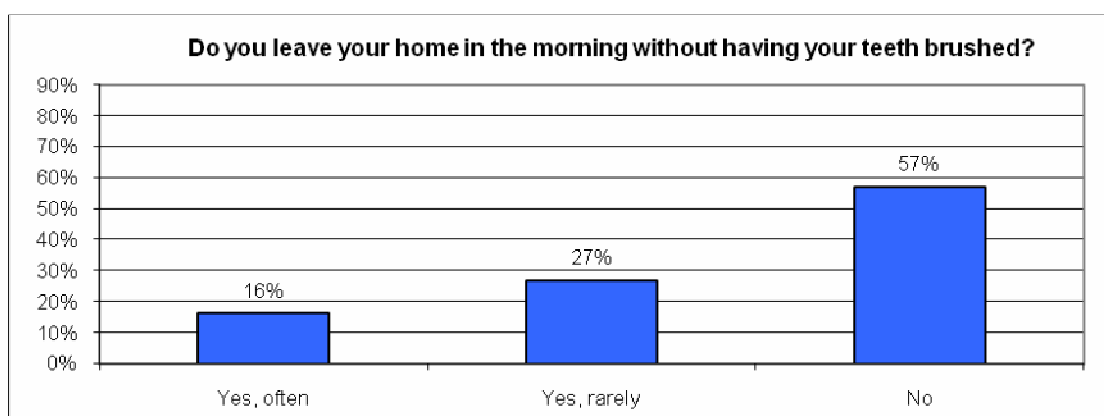
Z analizy odpowiedzi uzyskanych na pytanie dotyczące pory oczyszczania zębów wynika, że 61% amerykańskiej młodzieży akademickiej szczotkuje zęby po kolacji, 51% przed śniadaniem i 29% po śniadaniu (pyt.13). W grupie studentów PP odsetki te wynosiły odpowiednio 89%, 37% i 56%. Niewielka część młodzieży zadeklarowała, że czyści zęby po obiedzie – 3% Amerykanów i 16% Polaków, a po każdym posiłku odpowiednio 6% i 9% respondentów (Tab. 6).

**Tab. 6 Odpowiedzi na pytanie 13: Kiedy szczotkujesz zęby?**

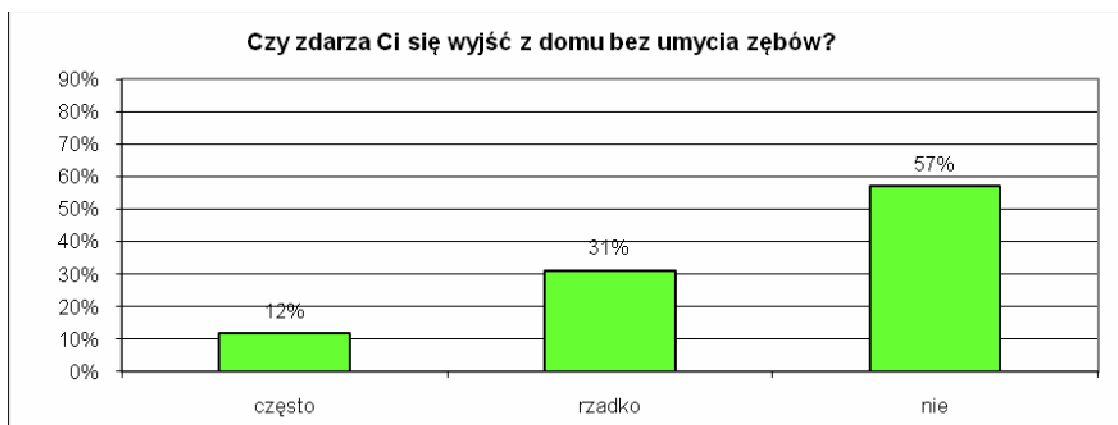
<b>Odpowiedź</b>	<b>uczelnia</b>	
	<b>RIT</b>	<b>PP</b>
<b>przed śniadaniem</b>	51%	37%
<b>po śniadaniu</b>	29%	56%
<b>przed obiadem</b>	0%	2%
<b>po obiedzie</b>	3%	16%
<b>przed kolacją</b>	1%	1%
<b>po kolacji</b>	61%	89%
<b>po każdym posiłku</b>	6%	9%

Na pytanie 14: “Czy zdarza Ci się wyjść z domu bez umycia zębów ?” studenci obu uczelni odpowiadali podobnie. Ponad połowa młodzieży uczącej się zarówno w RIT (57%) jak i na Politechnice Poznańskiej (57%) zadeklarowała, że zawsze przed wyjściem z domu wykonuje podstawowe zbiegi higieniczne w jamie ustnej. Odpowiednio 27% i 31% respondentów przyznało, że czasem, ale stosunkowo rzadko zapomina o oczyszczeniu zębów, a 16% i 12%, że zdarza się to często ( Ryc. 9 a i b).

a)



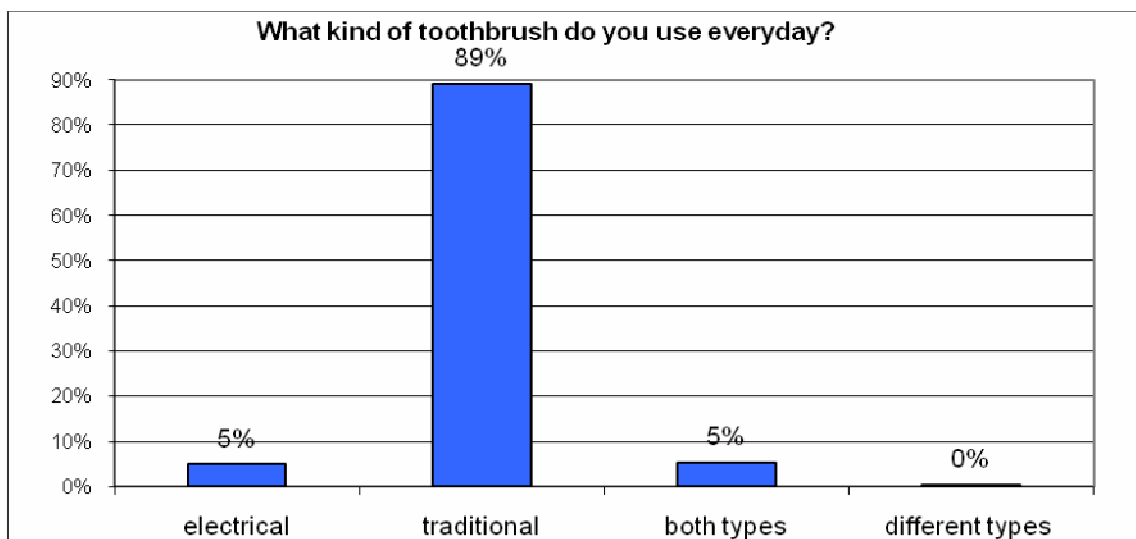
b)



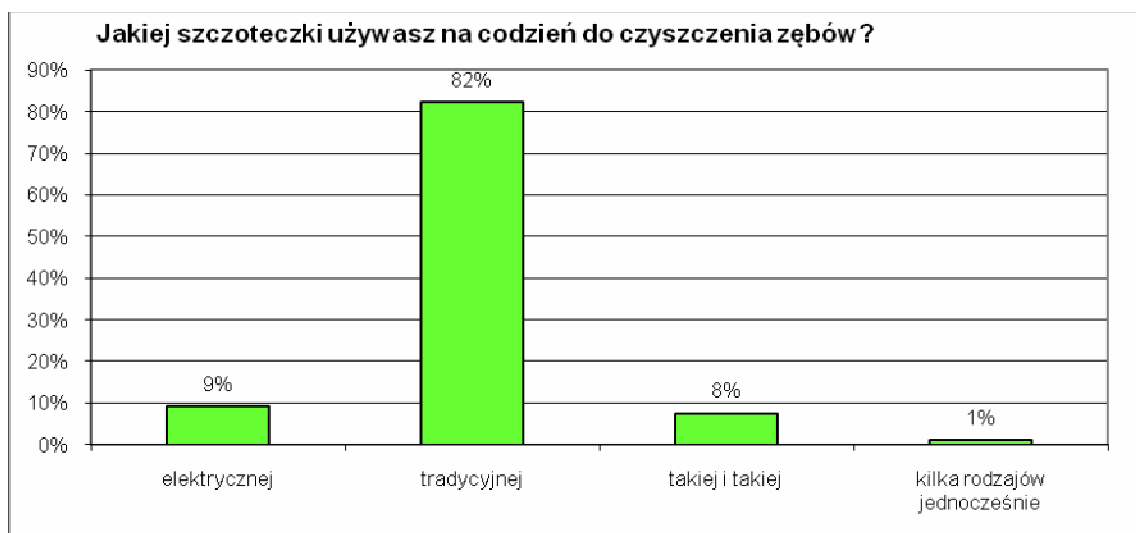
**Ryc. 9 Odpowiedzi na pytanie 14: Czy zdarza Ci się wyjść z domu bez umycia zębów?**

Szczoteczek tradycyjnych do codziennego oczyszczania zębów używa 89% studentów RIT oraz 82% PP (pyt.15). Odsetek osób użytkujących szczoteczki elektryczne, był w obu badanych grupach młodzieży niewielki i wynosił odpowiednio od 5% do 9% (Ryc.10 a i b).

a)



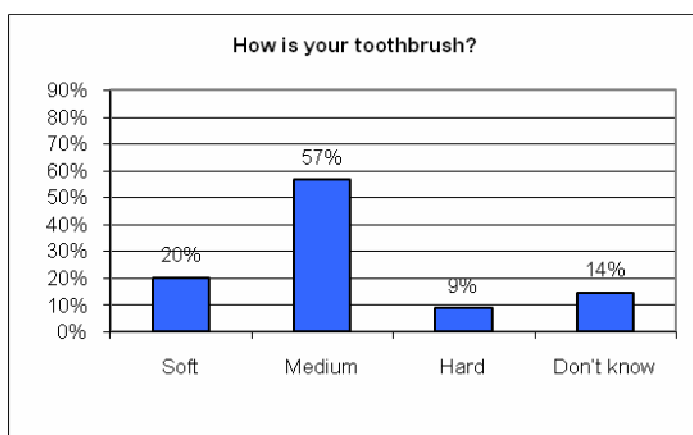
b)



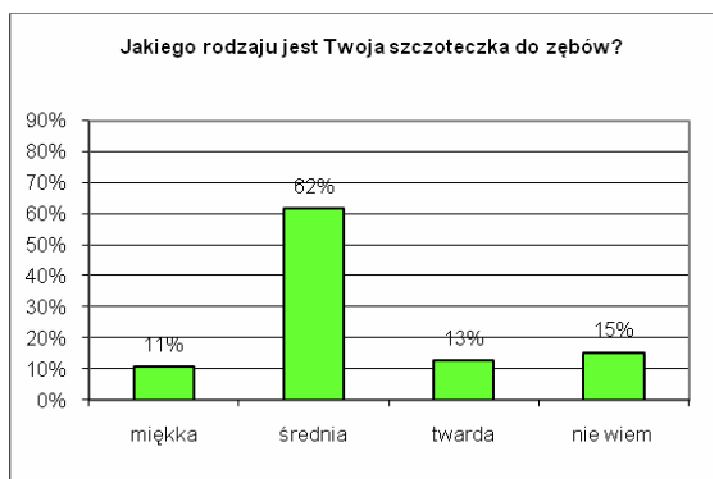
**Ryc. 10** Odpowiedzi na pytanie 15: Jakiej szczoteczki używasz na co dzień do czyszczenia zębów?

Większość ankietowanych podaje, że użytkowana przez nich szczoteczka jest średniej twardości (pyt.16). Twierdziło tak 57% Amerykanów oraz 62% młodych Polaków. Miękkich szczoteczek używa do oczyszczania zębów odpowiednio 20% i 11%, a twardych 9% i 13% młodzieży akademickiej. Jak wynika z uzyskanych odpowiedzi część badanych nie zwraca uwagi na twardość szczotki (14% i 15%) (Ryc.11 a i b).

a)



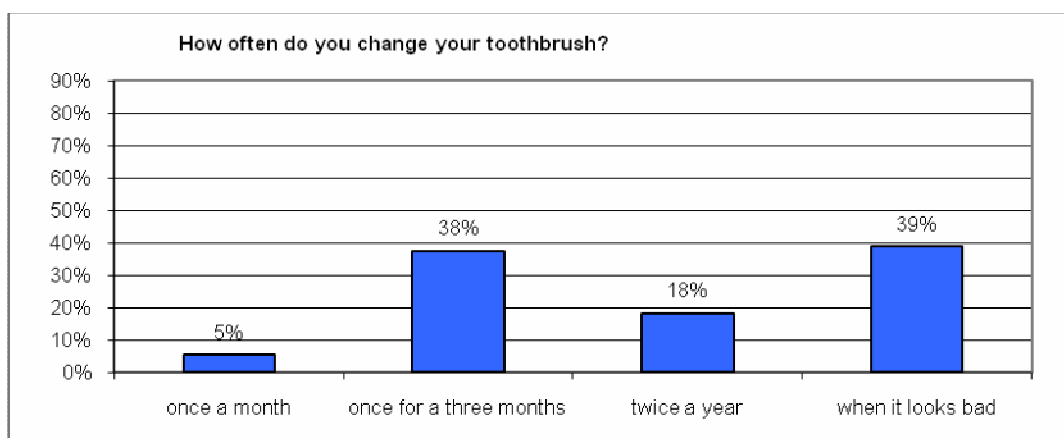
b)



**Ryc. 11 Odpowiedzi na pytanie 16: Jakiego rodzaju jest Twoja szczoteczka do zębów?**

Większość ankietowanych Amerykanów wymienia szczoteczkę do czyszczenia zębów na nową kiedy ulegnie ona odkształceniu (39%) lub średnio raz na trzy miesiące (38%) (pyt.17). Zachowania studentów polskich pod tym względem są zbliżone (odpowiednio 35% i 35%). Dwa razy w roku wymienia szczotkę 18% młodzieży amerykańskiej oraz 27% polskiej w porównaniu do 5% i 4% badanych, którzy deklarują, że wymieniają szczoteczkę raz w miesiącu (Ryc.12 a i b).

a)



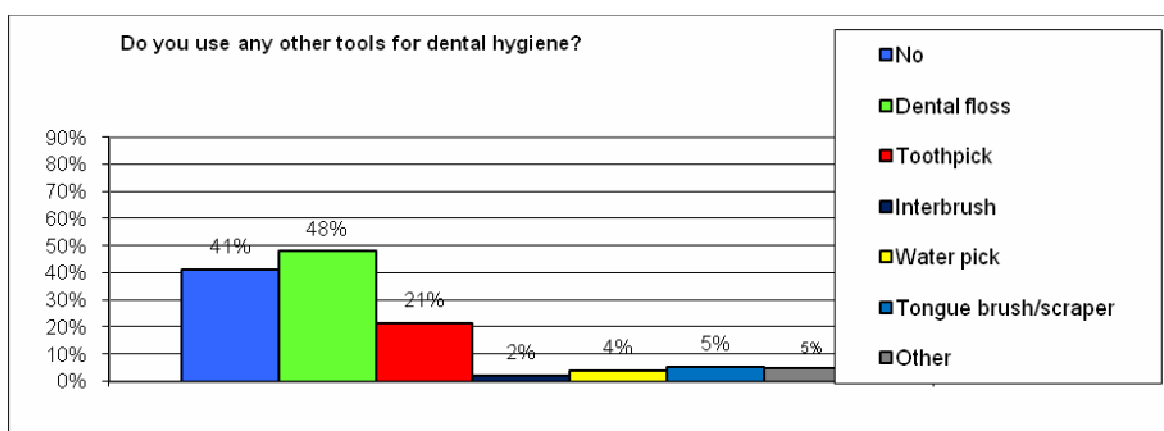
b)



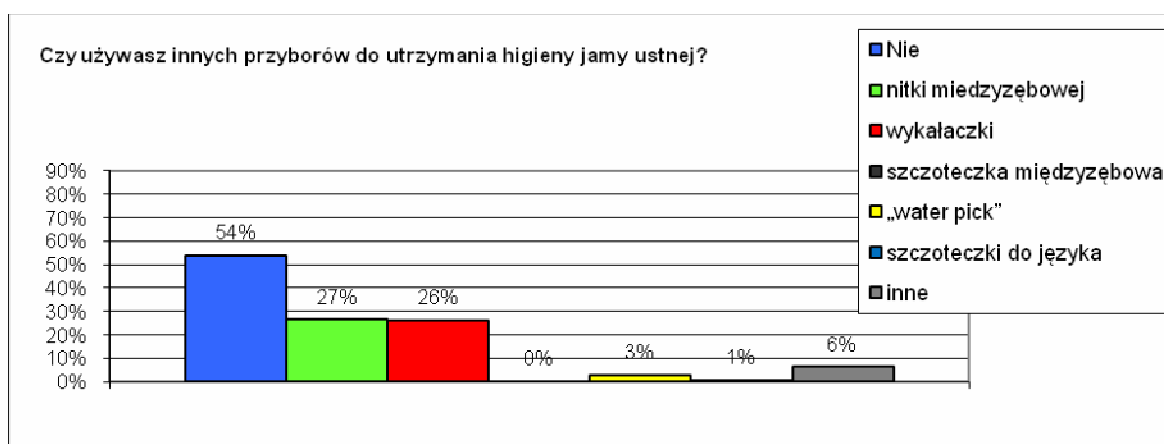
**Ryc. 12 Odpowiedzi na pytanie 17: Jak często zmieniasz szczoteczkę do zębów?**

Z zestawienia odpowiedzi ankietowanych osób widać, że młodzież amerykańska częściej niż polska stosuje przybory pomocnicze do pielęgnacji jamy ustnej, przy czym studenci obu uczelni najczęściej wymieniają nitkę międzyzębową (48% i 27%) oraz wykałaczki (21% i 26%) (pyt.18). Z pozostałych, wymienionych w pytaniu przyborów higienicznych, korzysta niewielki odsetek badanych. Ponad połowa badanych Polaków (54%) oraz 41% młodych Amerykanów używa do oczyszczania zębów jedynie szczoteczki (Ryc.13 a i b).

a)



b)

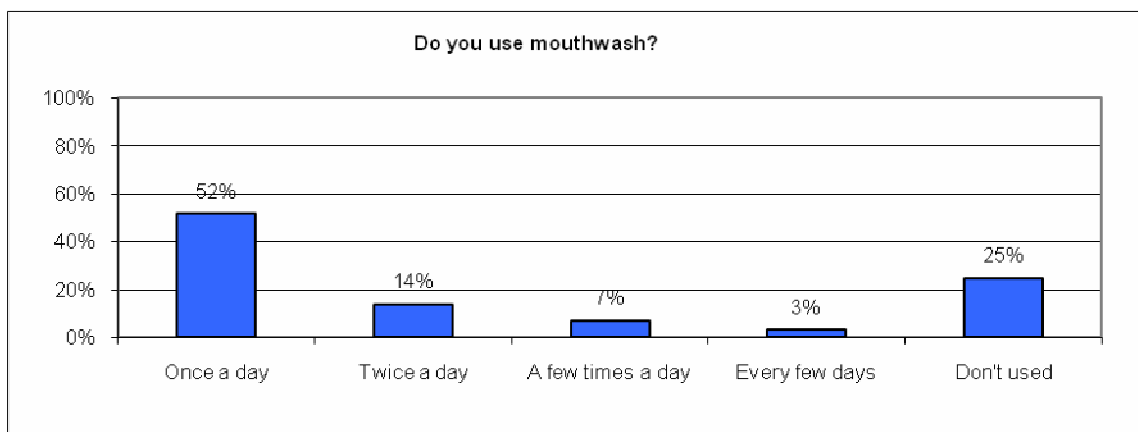


**Ryc. 13 Odpowiedzi na pytanie 18: Czy używasz innych przyborów do utrzymania higieny jamy ustnej?**

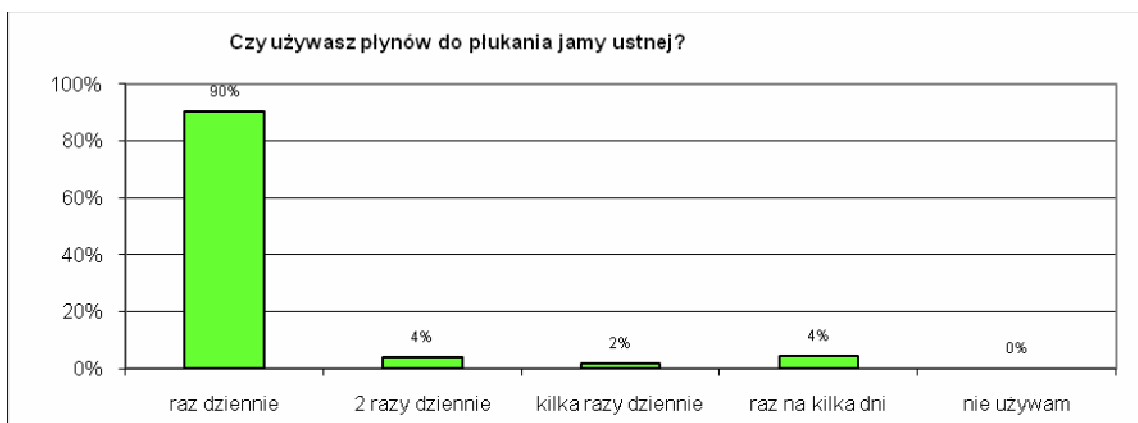


Rycina 14 zawiera dane odnoszące się do odpowiedzi na pytanie dotyczące stosowania przez ankietowanych płynów do płukania jamy ustnej (pyt.19). Wszyscy studenci PP oraz zdecydowana większość młodzieży amerykańskiej (75%) potwierdziła, że w codziennych zbiegach higienicznych stosuje płyny do płukania jamy ustnej, przy czym raz dziennie używa płukanek odpowiednio 90% i 52% badanych, a dwa razy w ciągu dnia 4% młodych Polaków w porównaniu do 14% studentów RIT. Odsetek osób potwierdzających stosowanie płynów częściej niż dwa razy dziennie lub raz na kilka dni był w obu grupach badanych niewysoki (Ryc.14 a i b).

a)



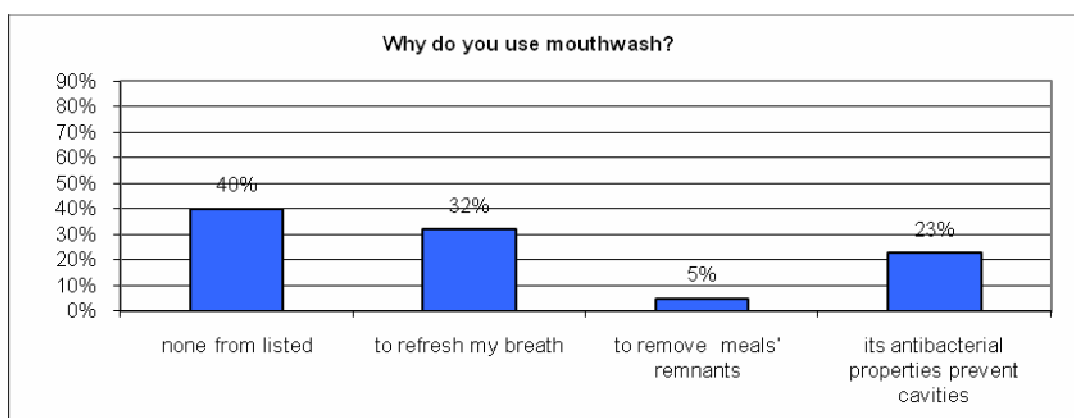
b)



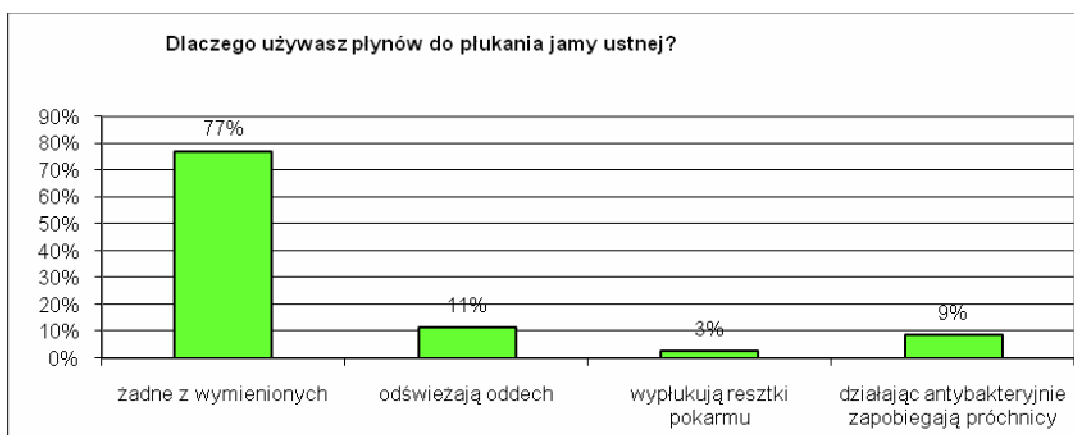
**Ryc. 14 Odpowiedzi na pytanie 19: Czy używasz płynów do płukania jamy ustnej?**

Następnie studenci określali dlaczego używają płyny do płukania jamy ustnej (pyt.20). Aż 77% studentów polskich w porównaniu do 40% studiujących w RIT nie wybrało żadnej z trzech podanych właściwości płukanek. Jak wynika z odpowiedzi respondentów odsetkowo więcej ankietowanych Amerykanów w stosunku do młodzieży polskiej używa płynów do płukania ze względu na ich działanie przeciwróżnicowe (23% i 9%) oraz właściwości odświeżające (32% i 11%). Niewielka liczba badanych stosuje płukanki w celu usunięcia z jamy ustnej resztek pokarmowych (Ryc.15 a i b).

a)



b)



**Ryc. 15 Odpowiedzi na pytanie 20: Dlaczego używasz płynów do płukania jamy ustnej?**

Jak wynika z uzyskanych odpowiedzi, wybierając pastę do zębów młodzi ludzie kierują się najczęściej jej właściwościami wybielającymi (pyt.21). Potwierdziło to 33% studentów RIT oraz 32% PP. Podobna liczba ankietowanych osób z obu środowisk wymieniła jako czynnik decydujący przy wyborze pasty jej smak, zawartość fluoru, cenę lub też przyznała, że nie ma określonych kryteriów (od 18% do 24%). Stosunkowo duży odsetek młodzieży polskiej (18%) w porównaniu do 3% amerykańskiej sugeruje się reklamą. Niewielka grupa respondentów bierze w tej kwestii pod uwagę porady otrzymane od stomatologa – odpowiednio 11% i 17% (Tab. 7).

**Tab. 7 Odpowiedź na pytanie 21: Czym kierujesz się najczęściej przy wyborze pasty do zębów?**

Odpowiedź	uczelnia	
	RIT	PP
smakiem	20%	19%
zawartością fluoru	20%	22%
właściwościami wybielającymi	33%	32%
korzystam z porady stomatologa	17%	11%
ceną	18%	24%
reklamą	3%	18%
nie mam ściśle określonych kryteriów	21%	21%
zwykłem kupować jeden rodzaj pasty	9%	15%
nie kupuję pasty	4%	5%

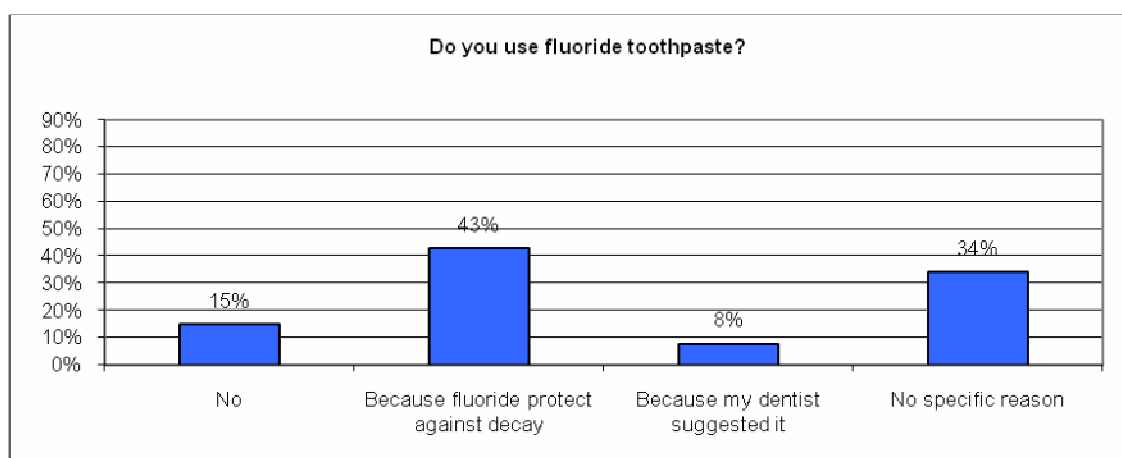
Analiza wyników badań wykazała, że dla większości studentów Politechniki (75%) najważniejsze jest przeciwpróchnicowe działanie past do mycia zębów (pyt.22). Wśród młodzieży amerykańskiej odpowiedziało tak 46% ankietowanych. Z kolei Polacy wymienili własności odświeżające oddech (65%) oraz wybielające (65). Natomiast dla uczących się na RIT działanie wybielające past było na drugim miejscu (45%) (Tab. 8).

**Tab. 8 Odpowiedzi na pytanie 22: Jakie własności pasty do zębów są dla Ciebie najważniejsze?**

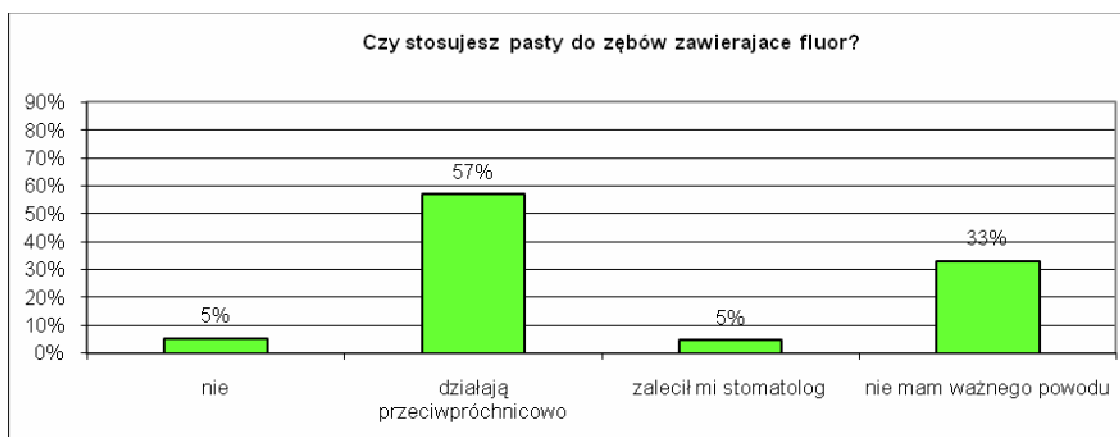
Odpowiedź	uczelnia	
	RIT	PP
<b>działanie p-próchnicowe fluoru</b>	46%	75%
<b>wybielające</b>	45%	60%
<b>zapobiegające chorobom dziąseł</b>	33%	32%
<b>odświeżające oddech</b>	35%	65%
<b>łagodny smak</b>	10%	8%
<b>znoszące nadwrażliwość zębów</b>	3%	15%
<b>inne</b>	7%	4%

Większość ankietowanych stosuje pasty do zębów zawierające fluor (85% RIT i 95% PP) (pyt.23). Wielu spośród nich wie (43% Amerykanów i 57% studentów polskich), że pasty te mają działanie przeciwpróchnicowe, jednakże odsetek osób, które wybierają pastę z fluorem bez konkretnego powodu był również stosunkowo wysoki i wynosił odpowiednio 34% i 33%. W obu grupach najmniejsza liczba studentów stosuje pastę z fluorem, kierując się wskazówkami stomatologa (Ryc. 16 a i b).

a)



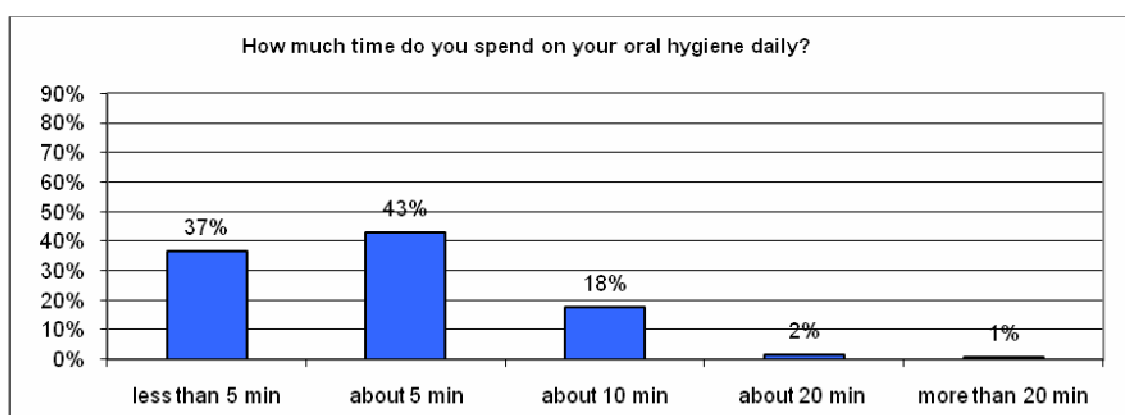
b)



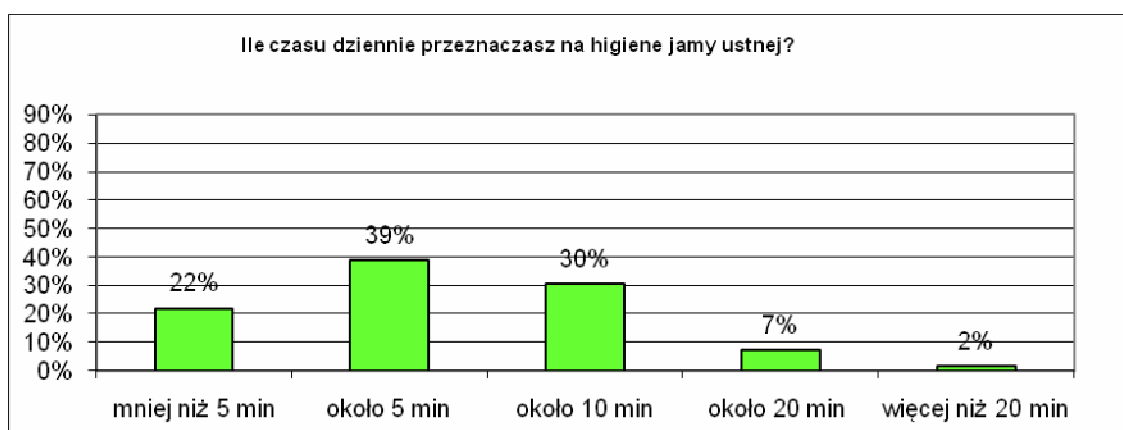
**Ryc. 16 Odpowiedzi na pytanie 23: Czy stosujesz pasty do zębów zawierające fluor?**

Większość ankietowanych osób przeznaczają na wykonanie zabiegów higienicznych w jamie ustnej około 5 minut dziennie (pyt.24). Potwierdziło to 43% studiujących Amerykanów oraz 39% Polaków. Spośród badanych poświęcających na pielęgnację jamy ustnej około 10 minut w ciągu dnia w grupie studentów RIT znalazło się 18% respondentów, a wśród młodzieży polskiej stosunkowo więcej bo 30%. Duża liczba studiujących przeznaczają na higienę jamy ustnej mniej niż 5 minut dziennie (odpowiednio 37% i 22%) (Ryc.17 a i b).

a)



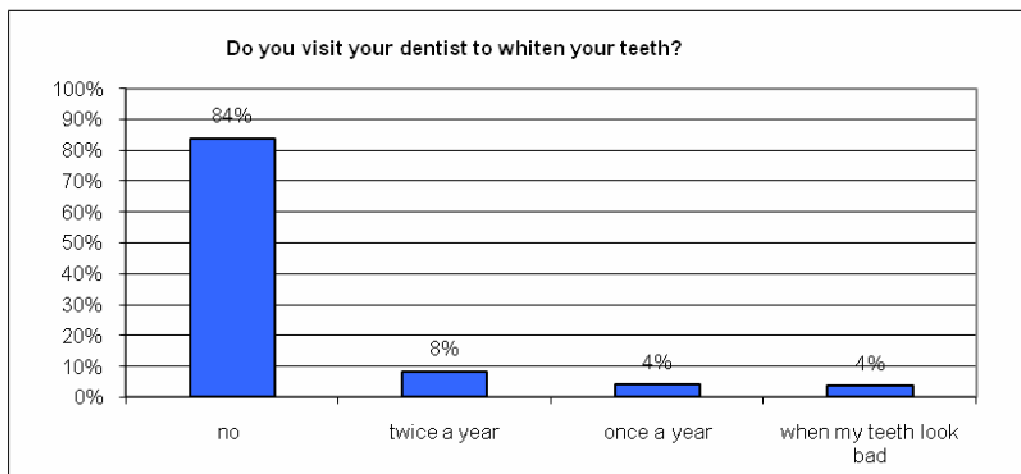
b)



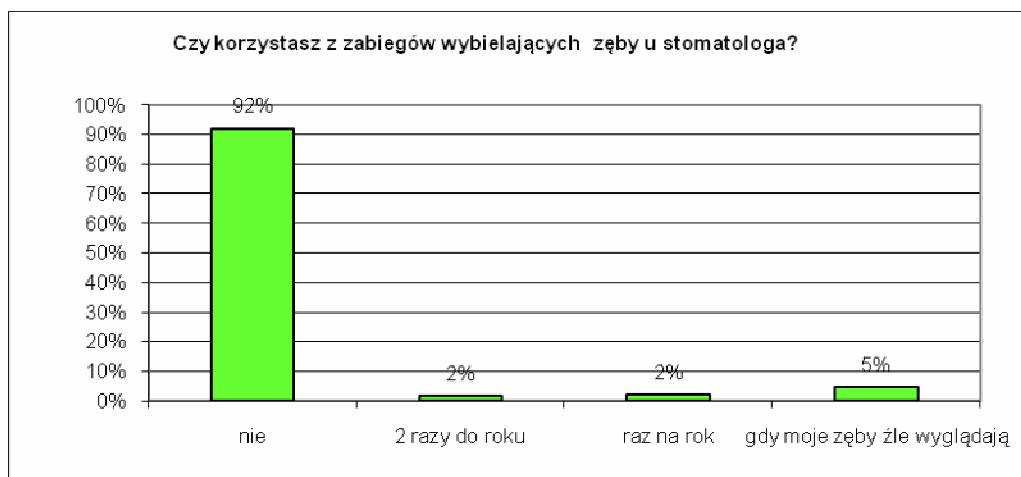
**Ryc. 17 Odpowiedź na pytanie 24: Ile czasu dziennie przeznaczasz na higienę jamy?**

Zdecydowana większość studentów na pytanie o korzystanie z zabiegu wybielania zębów w gabinecie stomatologicznym odpowiedziała negatywnie (84% - RIT i 92% - PP) (pyt.25). Niewielki odsetek badanych potwierdził, że czasem wybiela zęby u stomatologa (Ryc. 18 a i b).

a)



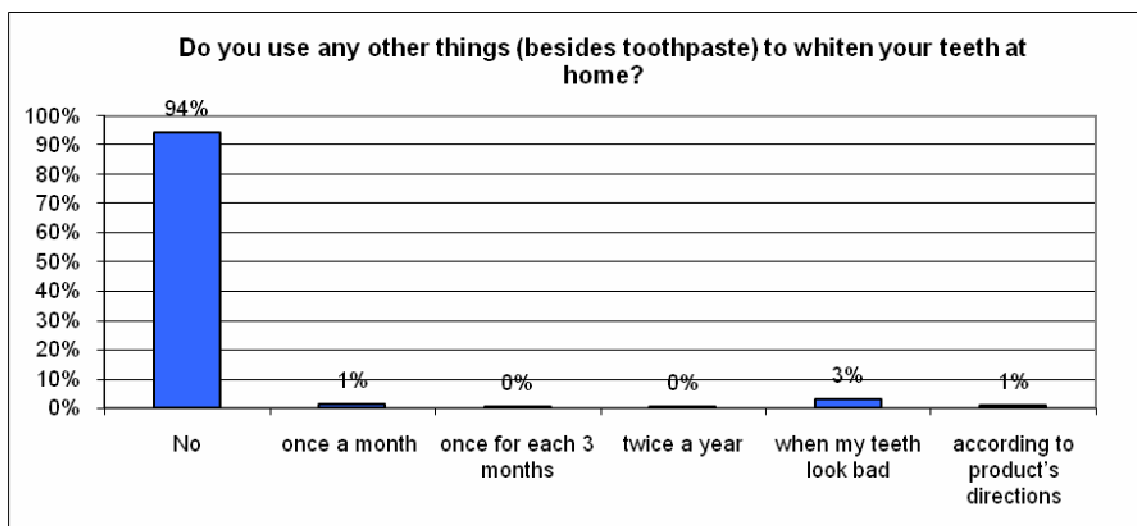
b)



**Ryc. 18 Odpowiedzi na pytanie 25: Czy korzystasz z zabiegów wybielających zęby u stomatologa?**

Jednocześnie odsetkowo największa liczba ankietowanych nie stosuje w domu innych niż pasta preparatów do wybielania zębów (pyt.26). W ten sposób odpowiedziało 94% młodzieży amerykańskiej i 95% studentów polskich (Ryc.19 a i b).

a)



b)



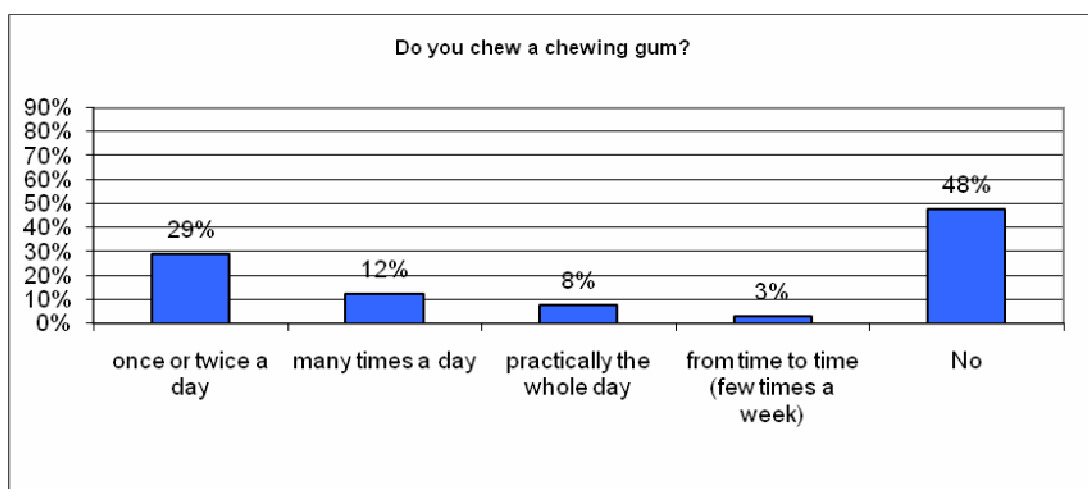
**Ryc. 19 Odpowiedzi na pytanie 26: Czy (oprócz pasty) używasz innych preparatów do wybielania zębów w domu?**



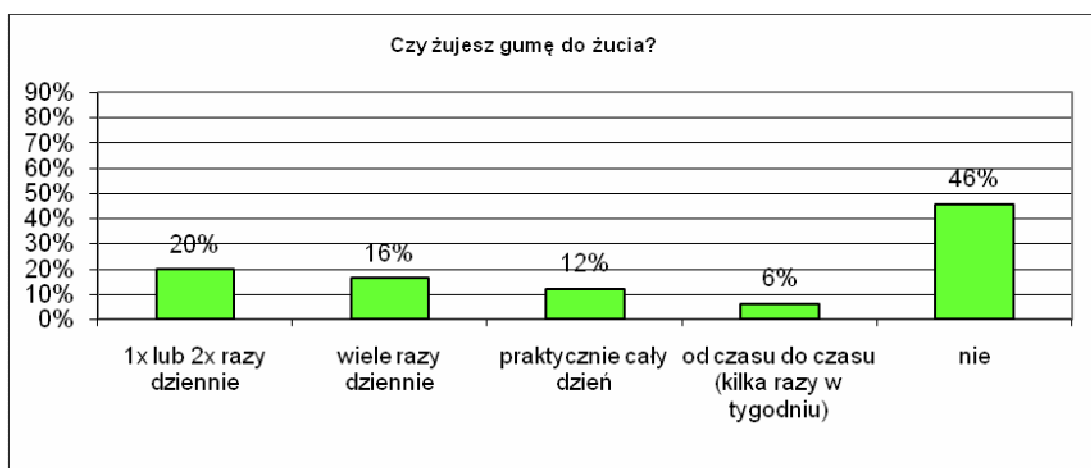
Trzy kolejne ryciny: (Ryc. 20, 21 i 22) obrazują odpowiedzi młodzieży na pytania dotyczące używania gum do żucia.

Wielu badanych, bo 48% amerykańskiej młodzieży akademickiej i 46% polskiej oświadczyło, że ich nie używa (pyt.27). Wśród amatorów gumy najliczniejszą grupę stanowiły osoby żujące ją jeden lub dwa razy dziennie (odpowiednio 29% i 20%). Również spory odsetek badanych żuje gumę kilka razy dziennie lub praktycznie przez cały dzień (odpowiednio 20% i 28%) (Ryc. 20 a i b).

a)



b)



**Ryc. 20 Odpowiedzi na pytanie 27: Czy żujesz gumę do żucia?**

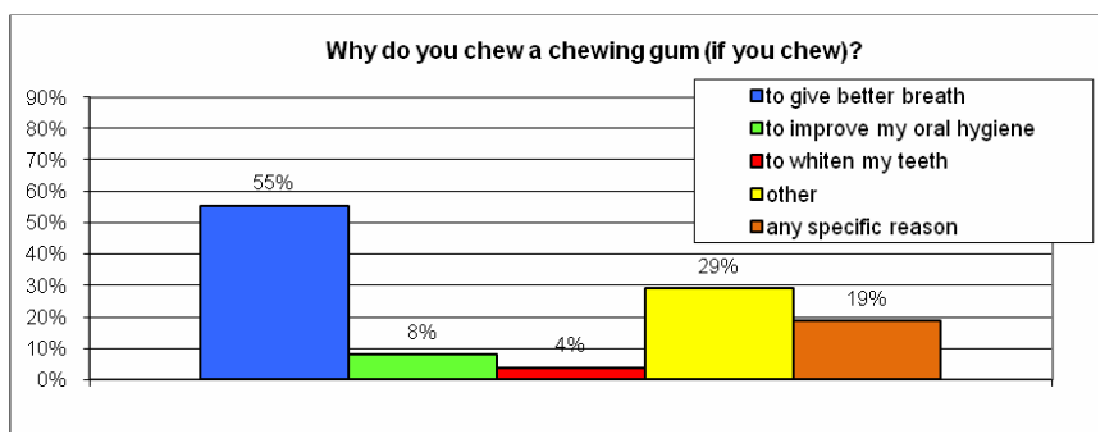
Większość młodzieży jako czynnik decydujący przy wyborze gumy do żucia wymieniła walory smakowe (64% młodych Amerykanów oraz 60% Polaków) (pyt.28). Wybierając gumę do żucia studenci PP w drugiej kolejności biorą pod uwagę brak zawartości cukru (37%), natomiast wśród studiujących w RIT zwraca na to uwagę tylko 12% badanych (Tab. 9).

**Tab. 9 Odpowiedź na pytanie 28: Jeśli żujesz gumę, to czym kierujesz się przy jej wyborze?**

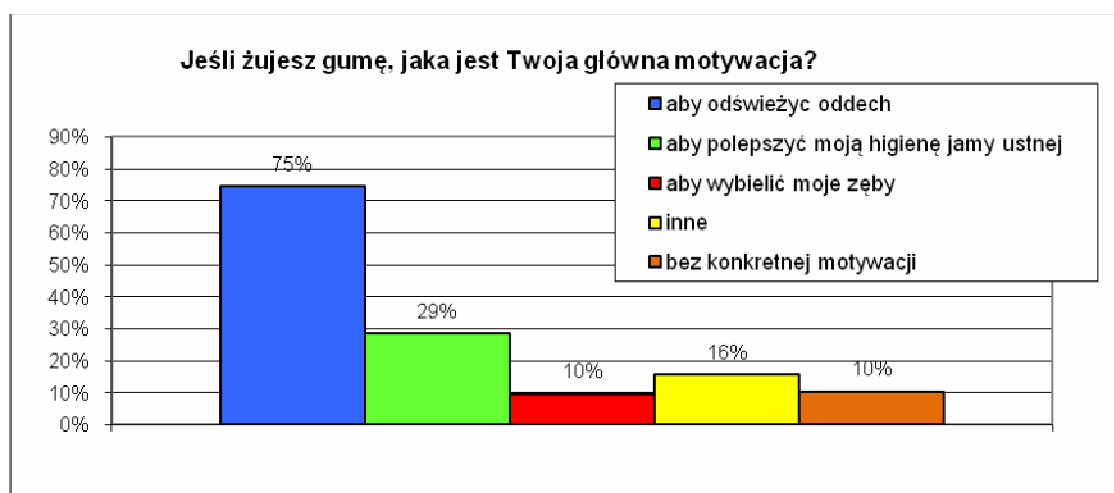
Odpowiedź	uczelnia	
	RIT	PP
smakiem	64%	60%
brakiem cukru	12%	37 %
właścwościami wybielającymi	6%	17%
cena	9%	7%
reklamą	1%	7%
niczym	16%	13%
inne	14%	15%

Analiza odpowiedzi na pytanie dotyczące motywacji do żucia gumy wykazała, że większość zarówno polskich jak i amerykańskich studentów żuje gumę w celu odświeżenia oddechu (odpowiednio 75% i 55%) (pyt.29). Jedynie 8% amerykańskiej młodzieży akademickiej oraz 29% polskiej sięga po gumę do żucia, aby poprawić higienę jamy ustnej (Ryc. 21 a i b).

a)



b)



**Ryc. 21** Odpowiedzi na pytanie 29: Jeśli żujesz gumę, jaka jest Twoja główna motywacja?

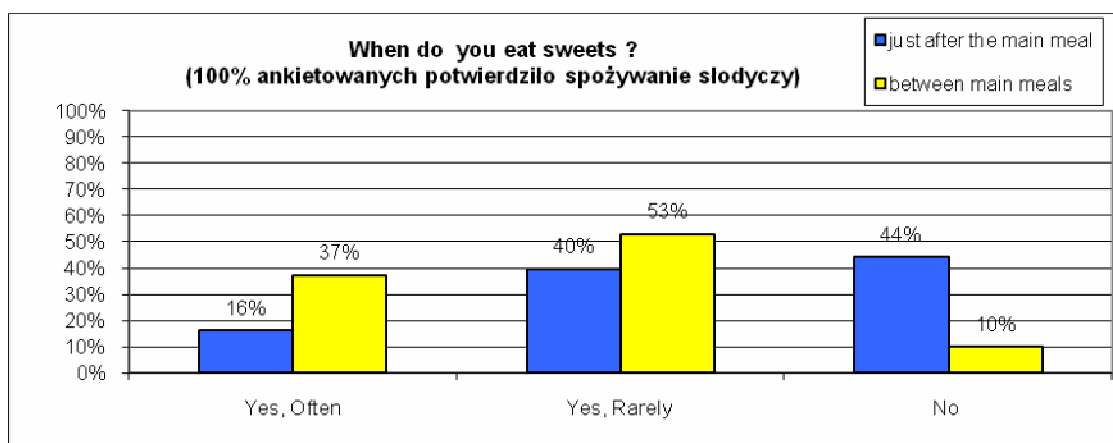
Kolejna tabela zawiera wyniki dotyczące odpowiedzi na pytanie dotyczące rodzajów oraz częstości spożywania słodczy (pyt.30). Wyniki badań wykazały, że większość ankietowanych spożywa te produkty raz w tygodniu, wyjątek stanowią słodkie soki i napoje, które 60% studentów amerykańskich oraz 63% polskich spożywa codziennie. Cukierki i czekoladę, ciastka oraz słodkie sosy, codziennie zjada odpowiednio 28%, 13%, 10%, a kilka razy w tygodniu 33%, 30%, 33% młodych Amerykanów. W przypadku studentów PP liczby te były w większości nieco niższe i wynosiły odpowiednio: 26%, 6%, 3% oraz 44%, 27%, 14% (Tab. 10).

**Tab.10 Odpowiedzi na pytanie 30: Jak często spożywasz słodczy?**

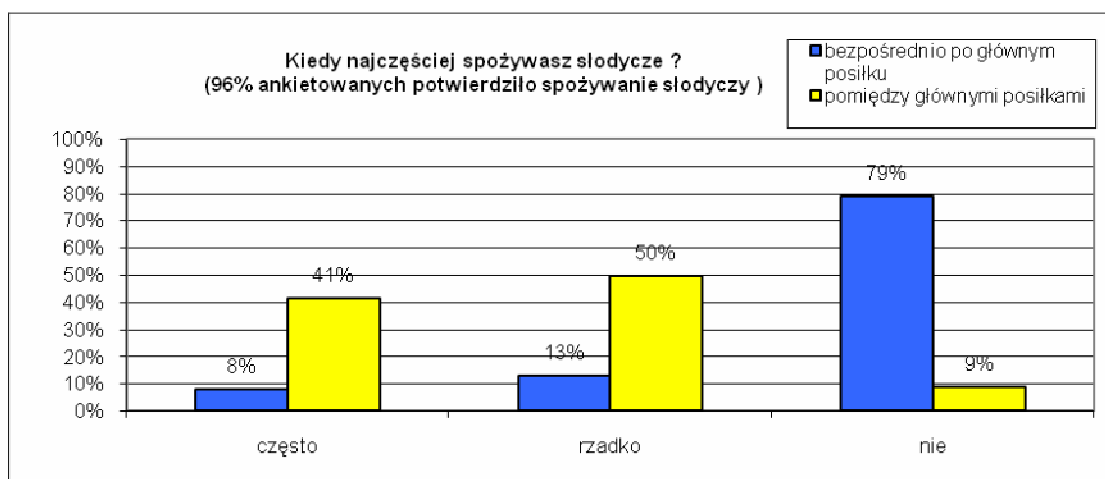
częstość spożywania słodczy	uczelnia	cukierki, czekolada, batony	ciastka, placki	lody	słodkie kremy, sosy	słodkie soki, napoje
codziennie	RIT	28%	13%	5%	10%	60%
	PP	26%	6%	2%	3%	63%
kilka razy w tygodniu	RIT	33%	30%	19%	33%	28%
	PP	44%	27%	14%	14%	27%
raz na tydzień	RIT	34%	47%	55%	40%	9%
	PP	28%	63%	61%	42%	8%
nigdy	RIT	5%	11%	21%	17%	4%
	PP	2%	4%	23%	41%	2%

Spśród ankietowanej młodzieży wszyscy Amerykanie oraz 96% studentów polskich potwierdziło spożywanie słodczy (pyt.31). Ponadto około 90% respondentów z obu uczelni potwierdziło, że spożywa słodkie produkty pomiędzy głównymi posiłkami, przy czym 53% studentów RIT i 50% studiujących na PP przyznało, że robi to rzadko, a odpowiednio 37% i 41% że często. Tylko około 10% badanych Polaków i 9% Amerykanów odpowiedziało, że nie spożywa słodczy pomiędzy głównymi posiłkami (Ryc. 22 a i b).

a)



b)



**Ryc. 22 Odpowiedzi na pytanie 31: Kiedy najczęściej spożywasz słodczy?**

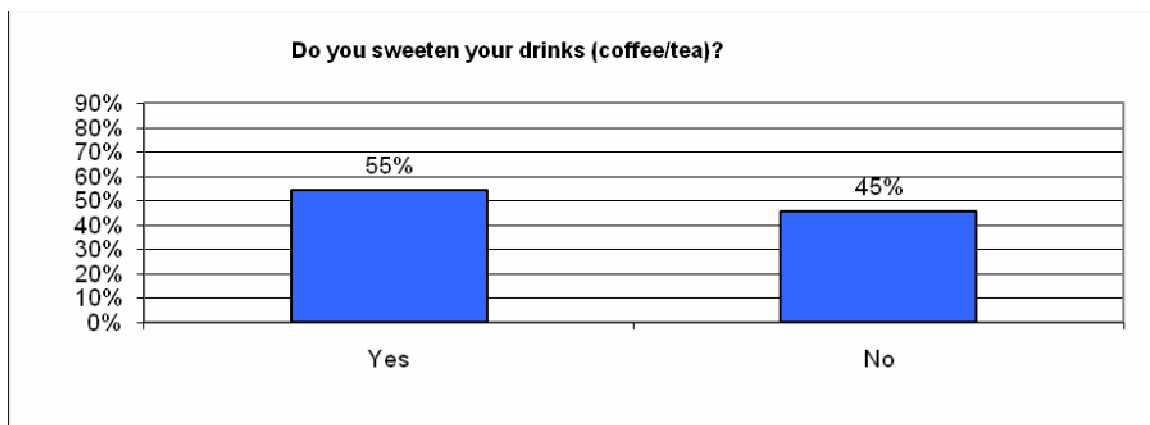
Najchętniej wybieranymi przez amerykańską młodzież przekąskami są chipsy (35%) oraz warzywa i owoce (31%) (pyt.32). Zdecydowanie mniejsza grupa wybiera ciastka (22%) oraz cukierki (22%). Studenci polscy natomiast na pierwszym miejscu wymieniają warzywa i owoce (56%), następnie ciastka (31%) oraz batony czekoladowe (29%). Dość duża grupa badanych (26% - RIT i 34% - PP) zaznaczyła odpowiedź „inne” przy czym nieliczne osoby (mimo, że tak wskazywała instrukcja) wymieniły konkretne produkty. Najczęściej wskazywano jednak na kanapki, orzeszki, paluszki, żółte sery, oraz suszone owoce (rodzynki, morele, figi) (Tab. 11).

**Tab.11. Odpowiedzi na pytanie 32: Czym najczęściej zaspokajasz głód pomiędzy głównymi posiłkami?**

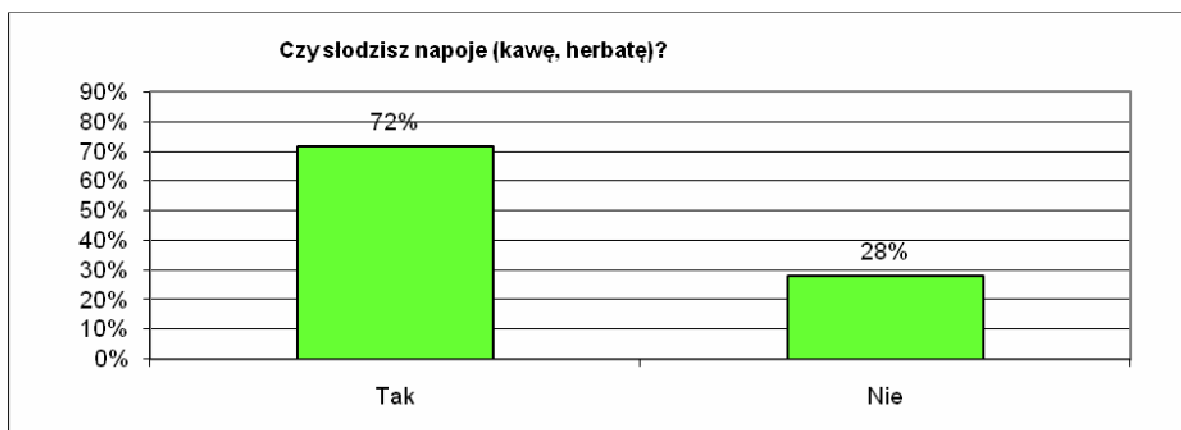
Odpowiedź	uczelnia	
	RIT	PP
owoce lub warzywa	31%	56%
chipsy	35%	8%
ciastka	22%	31%
cukierki	22%	11%
czekoladowe batony	10%	29%
lody	10%	5%
inne	26%	34%

Ryciny 24 i 25 zawierają dane dotyczące odpowiedzi czy i czym ankietowani studenci słodzą spożywane napoje (pyt. 33 i 34). Ponad połowa studentów RIT potwierdziła, że słodzi spożywane napoje (55%). Wśród studentów polskich osób słodzących było stosunkowo więcej – 72% (Ryc.23. a i b).

a)



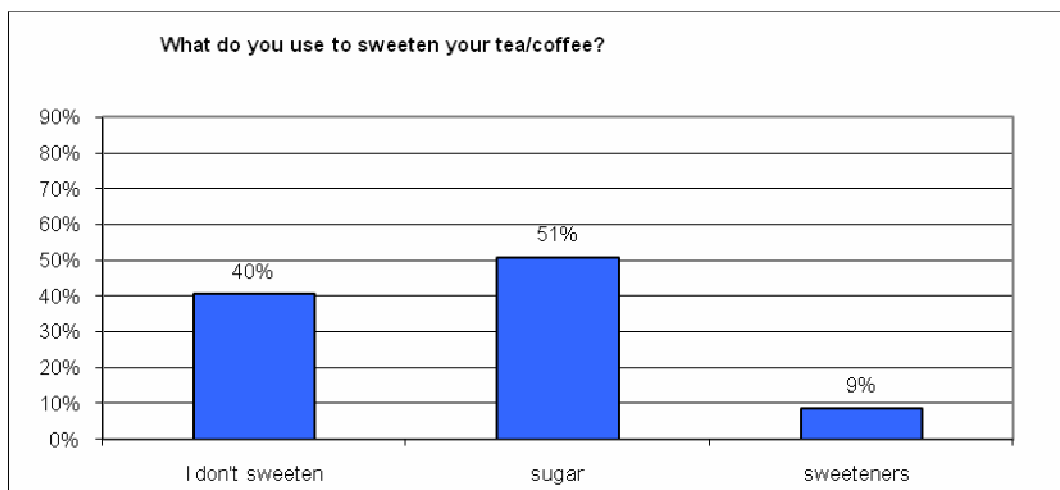
b)



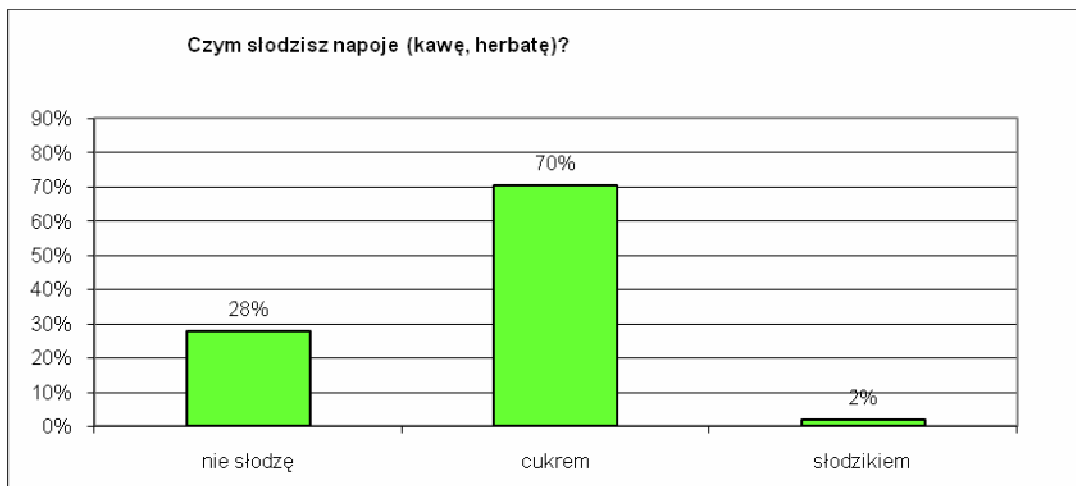
**Ryc. 23** Odpowiedzi na pytanie 33: Czy słodzisz napoje (kawę, herbatę)?

Z odpowiedzi wynika ponadto, że większość młodzieży słodzi napoje cukrem, przy czym w grupie młodych Amerykanów było to 51% osób, a wśród Polaków 70%. Tylko niewielka liczba badanych używa substytutów cukru (Ryc. 24 a i b).

a)



b)



**Ryc. 24** Odpowiedzi na pytanie 34: Jeśli tak, to czym słodzisz napoje (kawę, herbatę)?



Wśród studentów polskich słodzących cukrem największy odsetek osób zarówno do kawy jak i herbaty zużywa w tym celu dwie łyżeczki (25% i 40%) (pyt.35). Młodzież amerykańska zaś odpowiednio 17% i 13%. Niewielka liczba ankietowanych słodzi mleko i kakao (Tab.12).

**Tab. 12 Odpowiedzi na pytanie 35: Jeśli słodzisz cukrem, ile łyżeczek zwykle zużywasz na szklanke?**

<b>liczba łyżeczek cukru na szklanke</b>	<b>uczelnia</b>	<b>herbata</b>	<b>kawa</b>	<b>mleko</b>	<b>kakao</b>
<b>0</b>	<b>RIT</b>	65%	59%	97%	93%
	<b>PP</b>	32%	60%	93%	12%
<b>1</b>	<b>RIT</b>	16%	12%	1%	3%
	<b>PP</b>	22%	10%	3%	7%
<b>2</b>	<b>RIT</b>	13%	17%	1%	2%
	<b>PP</b>	40%	25%	4%	2%
<b>3</b>	<b>RIT</b>	3%	7%	0%	1%
	<b>PP</b>	4%	5%	0%	1%
<b>4</b>	<b>RIT</b>	2%	2%	0%	0%
	<b>PP</b>	1%	1%	0%	0%
<b>5</b>	<b>RIT</b>	1%	2%	0%	0%
	<b>PP</b>	0%	0%	0%	0%

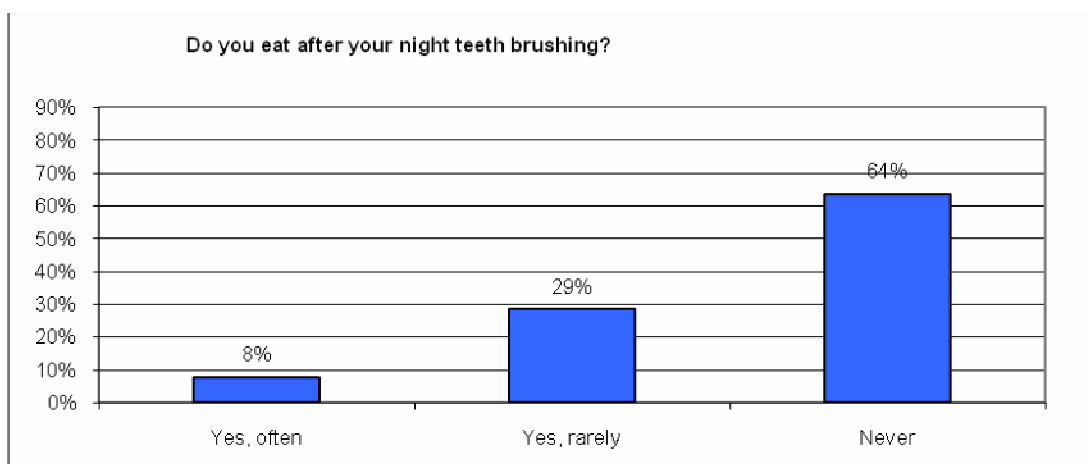
Analiza wyników odpowiedzi na kolejne pytanie wykazała, że największa liczba studentów PP wypija codziennie 2-3 szklanki herbaty (50%) oraz jedną szklankę kawy (33%) (pyt.36). Odsetek tak postępującej młodzieży amerykańskiej był niższy (odpowiednio 7% i 23%) (Tab.13).

**Tab.13 Odpowiedzi na pytanie 36: Ile szklanek napojów wypijasz dziennie?**

<b>liczba wypijanych szklanek</b>	<b>uczelnia</b>	<b>herbata</b>	<b>kawa</b>	<b>mleko</b>	<b>kakao</b>
<b>0</b>	<b>RIT</b>	75%	65%	43%	91%
	<b>PP</b>	6%	52%	48%	78%
<b>1</b>	<b>RIT</b>	17%	23%	26%	7%
	<b>PP</b>	11%	33%	34%	19%
<b>2</b>	<b>RIT</b>	7%	8%	20%	2%
	<b>PP</b>	27%	11%	14%	2%
<b>3</b>	<b>RIT</b>	0%	2%	4%	0%
	<b>PP</b>	23%	3%	2%	0%
<b>4</b>	<b>RIT</b>	0%	0%	5%	0%
	<b>PP</b>	13%	1%	2%	0%

Jak wynika z uzyskanych odpowiedzi na pytanie 37 63% ankietowanych Amerykanów nigdy nie spożywa posiłków po wieczornym oczyszczeniu zębów, natomiast w grupie studentów polskich liczba ta była niższa i wynosiła 43% (pyt.37). Ponadto ponad połowie młodzieży polskiej (57%) zdarza się jeść po wykonaniu wieczornych zabiegów higienicznych w jamie ustnej (Ryc. 25 a i b).

a)



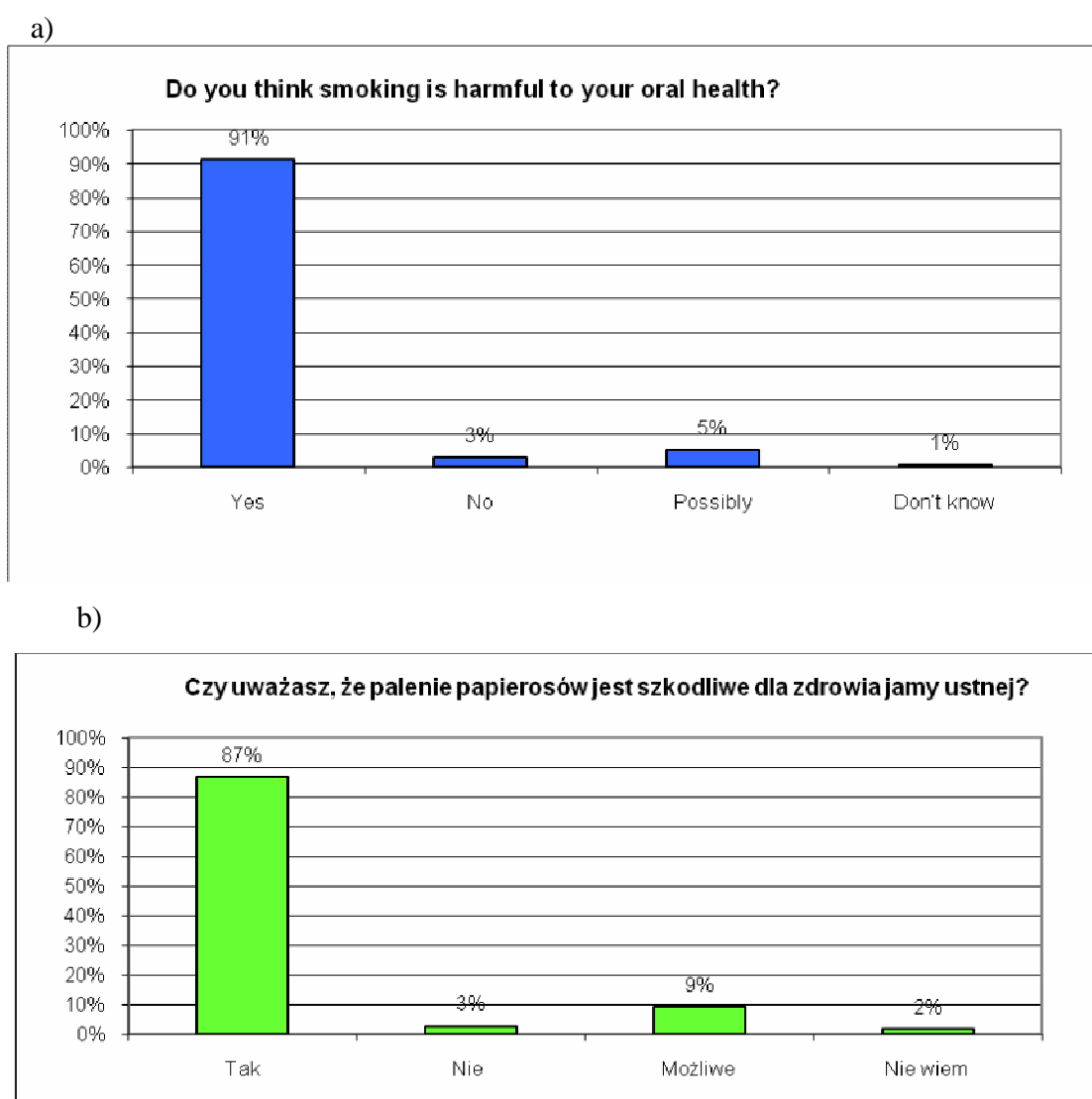
b)



**Ryc. 25 Odpowiedzi na pytanie 37: Czy zdarza Ci się jeść po wieczornym umyciu zębów?**

Trzy kolejne pytania (pyt. 38, 39, 40) miały na celu zebranie informacji o tym czy studenci palą papierosy oraz określenie ich świadomości o szkodliwości palenia papierosów dla zdrowia jamy ustnej. Uzyskane dane przedstawiono na rycinach: 26, 27, 28.

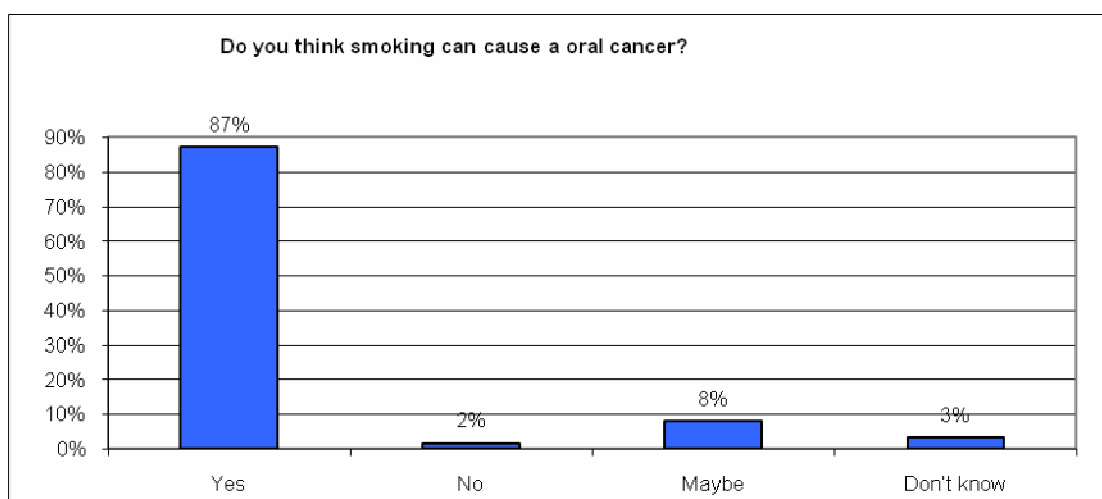
Analiza wyników uzyskanych odpowiedzi wykazała, że 91% młodych Amerykanów i 87% Polaków uważa, że palenie papierosów jest szkodliwe dla zdrowia jamy ustnej (Ryc. 26 a i b).



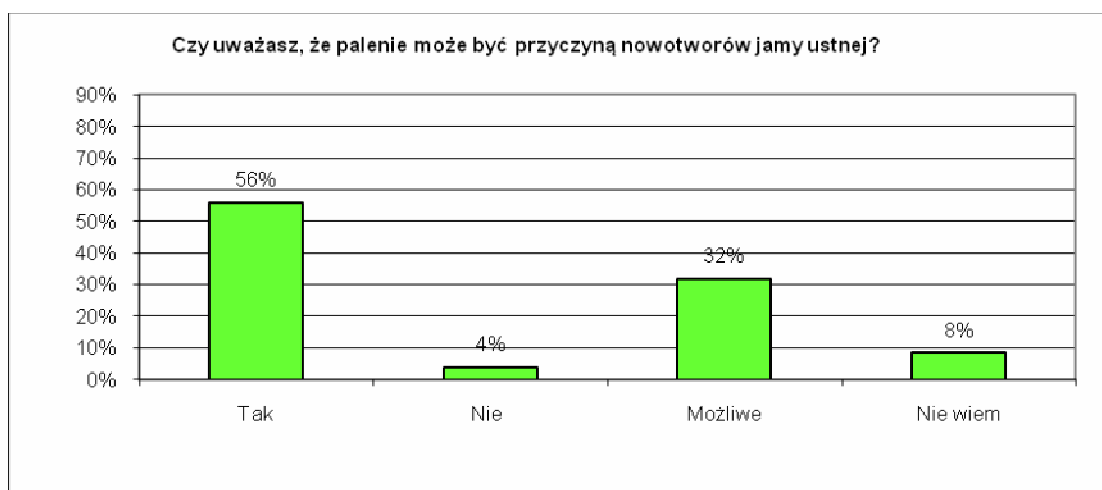
**Ryc. 26** Odpowiedzi na pytanie 38: Czy uważasz, że palenie papierosów jest szkodliwe dla zdrowia jamy ustnej?

Wśród studentów amerykańskich 87% ma świadomość, że palenie tytoniu może być przyczyną nowotworów błony śluzowej. W przypadku studentów polskich liczba ta była znacznie niższa i wynosiła 56% (Ryc. 27 a i b).

a)



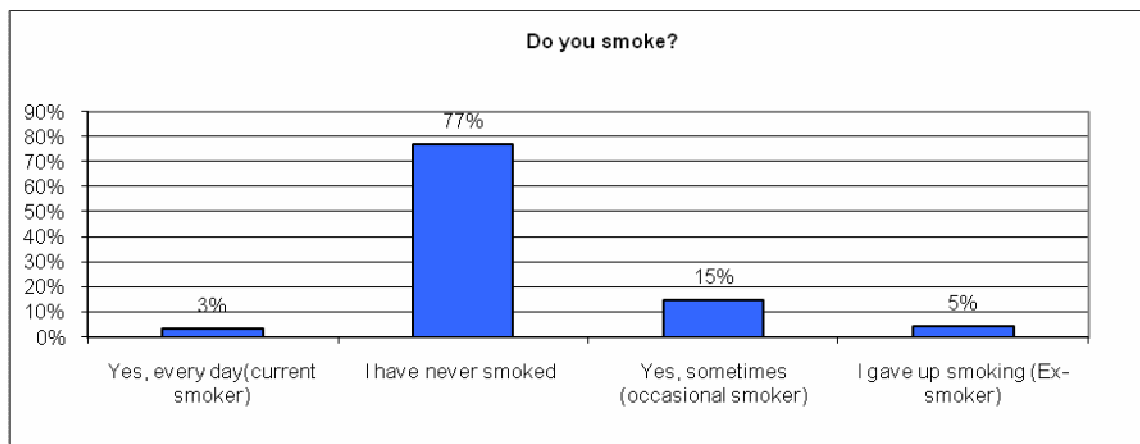
b)



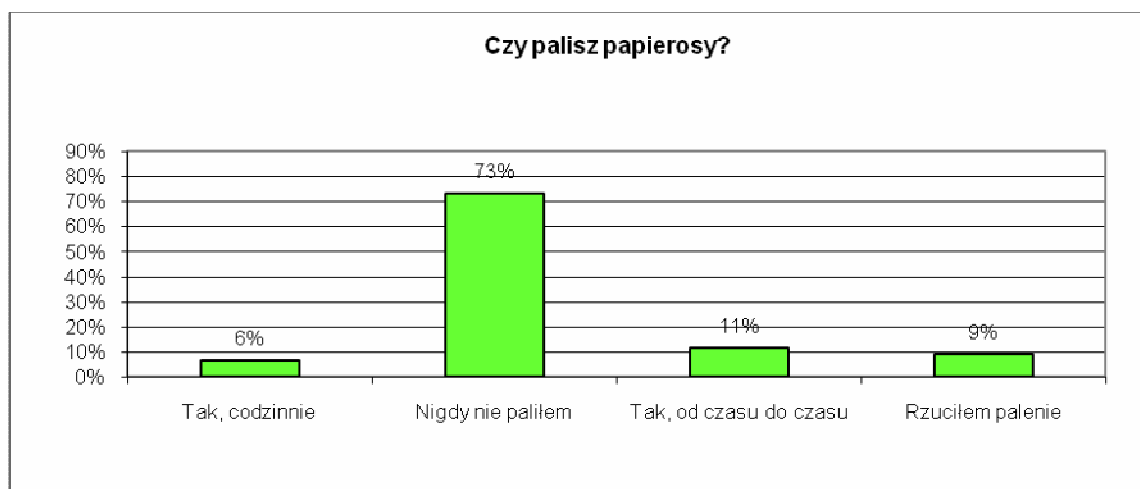
**Ryc. 27** Odpowiedzi na pytanie 39: Czy uważasz, że palenie może być przyczyną nowotworów jamy ustnej?

Z odpowiedzi wynika ponadto, że około 3% amerykańskiej młodzieży akademickiej oraz 6% polskiej pali papierosy codziennie, a odpowiednio 15% i 11% od czasu do czasu (Ryc. 28 a i b)

a)



b)



**Ryc. 28** Odpowiedzi na pytanie 40: Czy palisz papierosy?

Analizę statystyczną celem porównania poprawności zachowań zdrowotnych badanych studentów z obu grup, przeprowadzono w oparciu o opracowany model zachowań ważnych dla utrzymania zdrowia jamy ustnej. W tym celu wyłoniono własne kryteria wybierając spośród zadanych pytań dziewięć, najbardziej istotnych, odnoszących się do wizyt w gabinecie stomatologicznym, higieny jamy ustnej, zwyczajów żywieniowych oraz źródeł czerpania informacji o zdrowiu jamy ustnej.

Analizując odpowiedzi na pytanie dotyczące źródeł czerpania wiedzy na temat zdrowia i higieny jamy ustnej oczekiwano od ankietowanych studentów, że głównym źródłem informacji będzie dla nich lekarz stomatolog (pyt.4 odp. a). Większą liczbę poprawnych odpowiedzi na to pytanie uzyskano w grupie studentów RIT (79%), niż wśród studiującej młodzieży polskiej (57%), przy czym różnica między studentami amerykańskimi i polskimi była istotna statystycznie (Tab.14).

**Tab.14 Odpowiedzi na pytanie 4: Skąd głównie czerpiesz informacje na temat zdrowia i higieny jamy ustnej? ( z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej)**

źródła informacji	uczelnia	
	RIT	PP
<b>stomatolog</b>	<b>79%</b>	<b>57%</b>
<b>telewizja</b>	8%	37%
<b>gazety</b>	3%	16%
<b>przyjaciele</b>	5%	5%
<b>rodzina</b>	23%	25%
<b>Internet</b>	4%	5%
<b>szkoła</b>	7%	10%
<b>inne źródła</b>	4%	15%

Analiza poprawności stomatologicznych zachowań prozdrowotnych dotyczących realizacji wizyt w gabinecie stomatologicznym wykazała różnice statystycznie istotne między badanymi grupami studentów (pyt.5 odp. a i pyt.7 odp. a). Istotnie wyższy odsetek osób deklarujących regularne wizyty u stomatologa raz na pół roku odnotowano wśród studentów RIT (59%) w porównaniu do grupy respondentów polskich (26%) (Tab.15). Najczęstszym powodem zgłaszania się do stomatologa była dla obu grup studentów wizyta kontrolna, przy czym istotnie wyższy odsetek poprawnych odpowiedzi uzyskano wśród młodzieży amerykańskiej (78%) w porównaniu do studentów PP (52%) (Tab.16). Również statystycznie istotna większa liczba młodych Amerykanów (85% RIT i 17% PP) korzysta z zabiegu profesjonalnego oczyszczania zębów (Tab.17).

**Tab.15 Odpowiedzi na pytanie 5: Jak często byłeś/aś u stomatologa w ostatnich 3 latach?( z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej)**

Częstość wizyt u stomatologa	uczelnia	
	RIT	PP
<b>regularnie raz na pół roku</b>	<b>59%</b>	<b>26%</b>
<b>regularnie raz na rok</b>	22%	29%
<b>tylko gdy odczuwam dolegliwości</b>	14%	37%
<b>na zaproszenie stomatologa</b>	2%	2%
<b>nie chodzę do stomatologa</b>	3%	5%



**Tab. 16 Odpowiedzi na pytanie 7: Jaki jest najczęstszy powód Twoich wizyt u stomatologa? (z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej)**

powód wizyty u stomatologa	uczelnia	
	RIT	PP
wizyta kontrolna	78%	52%
ból zęba	8%	43%
choroby dziąseł	0%	4%
ubytek próchnicowy	5%	40%
wybielanie zębów	1%	2%
oczyszczanie zębów	15%	3%
problem z „zębem mądrości”	2%	2%
potrzeby protetyczne	0%	4%
nadwrażliwość zębów	1%	2%
inne	4%	15%
nie chodzę do stomatologa	3%	2%

**Tab. 17 Odpowiedzi na pytanie 10: Czy oczyszczasz profesjonalnie zęby u stomatologa? (z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej)**

Odpowiedź	Uczelnia	
	RIT	PP
Tak	85%	17%
Nie	13%	76 %
Nie pamiętam	2%	6%

W odniesieniu do realizacji zabiegów higienicznych w domu optymalną postawę określono jako regularne szczotkowanie zębów co najmniej dwa razy dziennie (pyt.12 odp. a i b), prawidłowe użytkowanie szczotki do zębów (wymiana szczoteczki co najmniej raz na trzy miesiące lub gdy ulegnie odkształceniu) (pyt.17 odp. a, b i d) oraz stosownie innych przyborów służących do utrzymania higieny jamy ustnej na właściwym poziomie (pyt.18 odp. b). W grupie studentów polskich odnotowano istotnie wyższy odsetek osób, które zadeklarowały, że oczyszczają zęby dwa razy dziennie lub częściej (84% PP i 57% RIT) (Tab.18).

**Tab. 18 Odpowiedzi na pytanie 12: Jak często szczotkujesz zęby? (z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej)**

Odpowiedź	Uczelnia	
	RIT	PP
<b>2 razy dziennie lub częściej</b>	<b>57%</b>	<b>84%</b>
<b>raz dziennie</b>	37%	12%
<b>raz na kilka dni</b>	5%	4%

Analiza poprawności odpowiedzi na pytanie dotyczące stosowania innych przyborów w celu poprawy higieny jamy ustnej wykazała istotne statystycznie różnice między studentami amerykańskimi i polskimi. Odsetek poprawnych odpowiedzi obliczony dla młodzieży studiującej na RIT był istotnie wyższy (59%) niż dla respondentów polskich (46%) (Tab.19). Na pytanie mające na celu ocenę poprawności czasokresu użytkowania szczoteczek do oczyszczania zębów prawidłowo odpowiedziało 82% ankietowanej

młodzieży amerykańskiej i 74% polskiej. Nie odnotowano tu istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami studentów (Tab.20).

**Tab. 19** Odpowiedzi na pytanie 18: Czy używasz innych przyborów do utrzymania higieny jamy ustnej? (z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej)

Odpowiedź	Uczelnia	
	RIT	PP
<b>tak</b>	<b>59%</b>	<b>46%</b>
<b>nie</b>	41%	54%

**Tab. 20** Odpowiedzi na pytanie 17: Jak często zmieniasz szczoteczkę do zębów? (z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej)

Odpowiedź	Uczelnia	
	RIT	PP
<b>raz na miesiąc</b>	5%	4%
<b>raz na 3 miesiące</b>	38%	35%
<b>kiedy się zużyje (odkształci)</b>	39%	35%
<b>razem</b>	82%	74%
<b>raz na pół roku</b>	18%	27%

Za oczekiwane zachowanie prozdrowotne służące poprawie higieny jamy ustnej uznano także stosowanie przez ankietowanych płynów do płukania ust (pyt.19 odp. a). Analiza uzyskanych poprawnych odpowiedzi na to pytanie wykazała, że w ten sposób postępuje 100% studentów PP oraz 75% młodych Amerykanów. Różnica ta była istotna statystycznie (Tab.21).

**Tab. 21 Odpowiedzi na pytanie 19: Czy używasz płynów do płukania jamy ustnej? (z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej)**

Odpowiedź	Uczelnia	
	RIT	PP
<b>tak</b>	<b>75%</b>	<b>100%</b>
<b>nie</b>	25%	0%

Pożądanym zachowaniem prozdrowotnym w odniesieniu do jamy ustnej jest również niespożywanie posiłków po wieczornym oczyszczeniu zębów (pyt.37 odp. c). Istotnie wyższy odsetek osób deklarujących takie postępowanie odnotowano w grupie studentów RIT (64%), niż wśród ankietowanej młodzieży polskiej (43%) (Tab. 22).

**Tab. 22 Odpowiedzi na pytanie 37: Czy zdarza Ci się jeść po wieczornym umyciu zębów? (z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej)**

Odpowiedź	Uczelnia	
	RIT	PP
<b>tak, często</b>	8%	8%
<b>tak, rzadko</b>	29%	49%
<b>nigdy</b>	<b>64%</b>	<b>43%</b>

Analiza zachowań ważnych dla utrzymania zdrowia jamy ustnej badanych grup studentów, przeprowadzona w oparciu o wyniki odpowiedzi na dziewięć pytań modelu charakteryzującego optymalne zachowania prozdrowotne w stomatologii wykazała, że zgodnie z określonym wzorcem postępowało 24 Amerykanów (9%) i 2 Polaków (1%) (Tab.23). Różnica ta była statystycznie istotna.

**Tab.23 Liczba i odsetek osób spełniających kryteria wzorcowe.**

	RIT	PP
<b>Liczba studentów spełniających kryteria wzorcowe</b>	<b>24</b>	<b>2</b>
<b>% studentów spełniających kryteria wzorcowe</b>	<b>9</b>	<b>1</b>

## OMÓWIENIE WYNIKÓW I DyskusJA

Prawidłowe stomatologiczne zachowania zdrowotne wyuczone i utrwalone w okresie dzieciństwa, następnie realizowane w życiu dorosłym mają istotny wpływ na zachowanie zdrowia jamy ustnej w późniejszym wieku. Wiadomo też, że uzębienie jest bardzo ważną częścią wizerunku twarzy, a także odgrywa znaczącą rolę w pozytywnym odbiorze całej postaci. Zauważyć również można, że wygląd zewnętrzny zaczyna odgrywać istotną rolę zarówno w kontaktach prywatnych jak i zawodowych. Ma to szczególne znaczenie zwłaszcza dla osób młodych rozpoczynających naukę na wyższej uczelni, a także szukających akceptacji w nowym środowisku rówieśników i nauczycieli. Dla wielu z nich jest to również czas poszukiwania i podjęcia pracy zarobkowej. Wyniki przedstawionych tutaj badań ankietowych amerykańskiej i polskiej młodzieży akademickiej pozwoliły na ocenę oraz porównanie stomatologicznych zachowań prozdrowotnych grup młodzieży wzrastających i uczących się w środowiskach odległych od siebie geograficznie i socjoekonomicznie. Mimo, że wybrane grupy łączył ten sam wiek oraz etap życia (zdobywanie wyższego wykształcenia), to jednak należało spodziewać się różnic będących następstwem różniących się systemów opieki zdrowotnej, w których żyją, a także i poziomu rozwoju ekonomicznego kraju oraz innych wpływów kulturowych.

Na podstawie zebranych danych można przyjąć, że dla zdecydowanej większości młodzieży akademickiej zarówno amerykańskiej jak i polskiej znaczenie zdrowego uzębienia zarówno dla dobrego samopoczucia, wyglądu jak i dla możliwości spożywania pokarmów było bardzo ważne lub ważne. Polacy mocniej podkreślali bardzo duże znaczenie zdrowego uzębienia dla dobrego wyglądu i samopoczucia (56% i 53%), podczas gdy dla młodzieży amerykańskiej zdrowe zęby bardzo ważne były dlatego, że umożliwiają spożywanie pokarmów (72%). Jednocześnie w tej grupie badanych 23% uznaje zdrowe uzębienie za niezbyt ważną lub nieważną determinantę dobrego samopoczucia. Tylko 2% studentów RIT uznało, że zdrowe uzębienie nie ma wpływu na ich dobre samopoczucie czy możliwość spożywania pokarmów (pyt.1). Można więc zauważyć, większe zainteresowanie stanem zdrowia własnego uzębienia w odniesieniu do dobrego wyglądu i samopoczucia młodzieży polskiej.

Młodzież amerykańska zapytana o samoocenę poziomu posiadanej wiedzy na temat zachowań zdrowotnych ważnych dla zdrowia jamy ustnej uznała, że jest ona

bardzo dobra (26%) lub wystarczająca (70%), a tylko niewielka liczba badanych oceniła, że wymaga ona uzupełnienia (4%). W grupie badanych młodych Polaków również 70% ankietowanych oceniło swoją wiedzę jako wystarczającą, jednak jako bardzo dobrą już tylko 9%. Również większa ich liczba (19%) uważa, że wymaga ona uzupełnienia (pyt.2). W obu grupach podobny odsetek młodzieży (79% i 77%) był przekonany, że w ich rodzinach przywiązywano wystarczającą uwagę do przestrzegania zachowań istotnych dla utrzymania zdrowia jamy ustnej (pyt.3).

Analizując wyniki odpowiedzi studentów na kolejne pytania zaobserwowano, że głównym źródłem wiedzy stomatologicznej zarówno dla polskiej, jak i amerykańskiej młodzieży akademickiej był lekarz stomatolog. Zadeklarował tak jednak znacznie większy odsetek studentów RIT (79%), niż Politechniki Poznańskiej (57%). Polacy ponadto korzystają w dużym stopniu z wiadomości podawanych przez telewizję (37%) oraz czasopisma (16%). Zastanawiać może fakt, że pomimo, iż większość studentów oceniła pozytywnie promowanie w domu rodzinnym zachowań istotnych dla zdrowia jamy ustnej, tylko około ¼ badanych w obu grupach wymieniła rodzinę jako ważne źródło informacji o zdrowiu jamy ustnej. Ciekawe wydają się też wyniki oceny wykorzystywania Internetu w podnoszeniu świadomości młodzieży. Tylko 4% Amerykanów i 5% Polaków podaje to źródło (pyt.4).

Istotnym elementem w ocenie zachowań prozdrowotnych są dane o realizacji zachowań dotyczących wizyt w gabinecie stomatologicznym. Zgodnie z wypowiedziami studentów, większość osób ankietowanych zadeklarowała, że zgłasza się do stomatologa regularnie jeden raz na pół roku lub jeden raz na rok (pyt 5). Potwierdzają to odpowiedzi na pytanie 6, gdzie 78% studentów RIT i 70% PP zadeklarowało, że ich ostatnia wizyta u stomatologa miała miejsce w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Zwraca uwagę fakt, iż aż 37% Polaków podało, że idzie do stomatologa tylko wtedy, gdy odczuwa dolegliwości bólowe. Wśród studentów amerykańskich największa liczba osób (59%) odwiedza go regularnie raz na pół roku w celu kontroli stanu zdrowia jamy ustnej, a raz na rok wizyty takie odbywa 22% badanych (pyt.5). Wynik ten potwierdza spostrzeżenie, że dla 78% amerykańskiej młodzieży akademickiej to właśnie badanie kontrolne jest najczęstszym powodem zgłoszenia się do stomatologa (pyt.7). Jednocześnie 52% ankietowanych studentów Politechniki Poznańskiej deklaruje, że badanie kontrolne stanowi główny powód ich wizyt w gabinecie stomatologicznym, choć duża liczba badanych przyznała także, że jest to ból zęba (43%) lub spostrzeżenie obecności ubytku próchnicowego (40%). W obu grupach

badanych największa liczba respondentów motywowała realizację regularnych wizyt kontrolnych u stomatologa chęcią uniknięcia problemów, które mogą spowodować choroby toczące się w jamie ustnej (43%RIT i 45%PP). Spory odsetek młodych Amerykanów (34%) przyznaje, że jest to przyzwyczajenie wyniesione z domu rodzinnego. Zastanawia więc fakt, że w grupie studentów polskich mimo, iż większość ankietowanych uznała, że w ich rodzinie kładziono wystarczający nacisk na zachowania zdrowotne ważne dla jamy ustnej (77%), tylko 4% badanych motywuje odbywanie regularnych wizyt u stomatologa nawykiem wykształconym w domu rodzinnym. Tę samą prawidłowość, chociaż słabiej zaznaczoną zauważono także w grupie studentów amerykańskich. Aż 33% młodych Polaków odwiedzających regularnie gabinet stomatologiczny nie potrafi uzasadnić motywów takiego postępowania (pyt.8). Natomiast 2% Amerykanów podało, że nigdy nie było u stomatologa (pyt.6).

Trzeba zauważyć, że wysokiej samoocenie wiedzy o zachowaniach zdrowotnych istotnych dla zdrowia jamy ustnej (pyt.2) nie towarzyszy właściwe ich realizowanie gdyż duży odsetek ankietowanych studentów polskich (34%) zmuszony był do korzystania z pomocy stomatologa w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu dolegliwości bólowych. Wydaje się to spójne z odpowiedziami uzyskanymi na pytanie 5, w których 37% Polaków deklaroowało, że chodzi do stomatologa tylko wtedy, gdy odczuwa dolegliwości bólowe. W grupie studentów amerykańskich takich osób było znacznie mniej (7%) (pyt.9).

Porównanie częstości korzystania z zabiegu profesjonalnego oczyszczania zębów uznawanego za istotny element profilaktyki chorób jamy ustnej obu grup młodzieży studiującej wykazało duże różnice. W grupie studentów amerykańskich zdecydowana większość respondentów (85%) zadeklarowała, że oczyszcza zęby w gabinecie stomatologicznym. Dwa razy w roku odwiedza w tym celu stomatologa 57% młodzieży studiującej na RIT, a 21% potwierdziło realizację tego zabiegu raz w ciągu roku. Wśród młodzieży polskiej natomiast aż 76% ankietowanych przyznało, że nie korzysta z profesjonalnych zabiegów higienicznych (pyt.10). Świadczy to o znacznie wyższej świadomości co do potrzeby realizacji zachowań prozdrowotnych w tym zakresie młodzieży amerykańskiej.

Należy odnotować, że duża liczba polskiej młodzieży akademickiej zwleka z wizytą u stomatologa aż do pojawienia się objawów bólowych, choć jednocześnie właśnie lęk przed bólem dla największej liczby badanych (32%) był głównym powodem unikania tych wizyt. Również obawa przed zbyt wysokimi kosztami, jak



wynika z analizy wyników badania ankietowego, jest ważnym elementem ograniczającym dostępność usług stomatologicznych. Czynnikiem ten, wśród innych jako najwyższy podało 26% studentów RIT i 25% studentów polskich. Znaczna liczba ankietowanych Amerykanów (24%) i tylko 8% Polaków zadeklarowało, że nie istnieją powody powstrzymujące ich przed wizytą u stomatologa. Jednocześnie zbliżony odsetek studentów polskich i amerykańskich (15% RIT i 17% PP) uważał, że nie musi chodzić do stomatologa dopóki nie pojawią się problemy spowodowane stanem zdrowia jamy ustnej (pyt.11).

Podstawową rolę w zapobieganiu chorobom jamy ustnej spełniają zabiegi higieniczne wykonywane w warunkach domowych z użyciem fluorkowej pasty do zębów. Obecnie uważa się, że do utrzymania w jamie ustnej optymalnego poziomu fluoru niezbędne jest szczotkowanie zębów pastą z jego zawartością co najmniej dwa razy dziennie, bezpośrednio przed pójściem spać i dodatkowo jeden raz w porze posiłku. Analiza odpowiedzi na pytania dotyczące realizacji tych zaleceń wykazała, że zdecydowana większość młodzieży polskiej (84%) i ponad połowa studentów RIT (57%) szczotkuje zęby dwa lub więcej razy dziennie, podczas gdy odpowiednio 4% i 5% tylko jeden raz na kilka dni (pyt.13). Zebrane dane wskazują zatem na bardziej poprawne w tym zakresie zachowania zdrowotne Polaków.

Wyniki badań własnych dotyczących pory szczotkowania zębów wykazały ponadto, że młodzież z obu grup ankietowanych najczęściej wykonuje zabiegi higieniczne jamy ustnej rano przed (51% RIT i 37% PP) lub po śniadaniu (29% RIT i 56% PP) oraz po wieczornym posiłku. Największa liczba młodzieży akademickiej przestrzega szczotkowania zębów po kolacji (89% studentów polskich i 61% amerykańskich). Wydaje się więc, że Amerykanie częściej niż Polacy nie oczyszczają zębów w porze rannej (pyt.13). Potwierdzają to wyniki odpowiedzi na pytanie: "Czy zdarza Ci się wyjść z domu rano bez umycia zębów?", w których 16% studentów amerykańskich, ale także 12% polskich przyznaje, że często zapomina o porannych zabiegach higienicznych w jamie ustnej (pyt.14).

Zdecydowana większość zarówno wśród respondentów polskich (82%) jak i amerykańskich (89%) potwierdziła, że używa do celów higienicznych szczoteczek tradycyjnych, a także, że preferuje szczotki o średnim stopniu twardości (pyt.15 i 16), co jest zgodne z obecnymi zaleceniami profilaktyki stomatologicznej. Aż 14% studentów z obu środowisk nie zwracało uwagi na stopień twardości kupowanej szczotki do zębów (pyt 16).

Większość ankietowanych studentów wymienia szczotkę do zębów na nową raz na trzy miesiące lub wtedy, gdy się zużyje (77% RIT i 70% PP), choć 27% Polaków i 18% Amerykanów robi to tylko raz na pół roku (pyt.17).

Z kolei młodzież zapytano o wykorzystanie innych niż szczotka przyborów służących do utrzymywania higieny jamy ustnej. Z zestawienia odpowiedzi ankietowanych osób widać, że młodzież amerykańska częściej niż polska stosuje przybory pomocnicze do pielęgnacji jamy ustnej (59% RIT i 46% PP), przy czym studenci obu uczelni najczęściej podają używanie nitki międzyzębowej (48% i 27%) oraz wykałaczki (21% i 26%). Z pozostałych, wymienionych w pytaniu dodatkowych przyborów higienicznych korzysta niewielki odsetek badanych. Ponad połowa badanych Polaków (54%) oraz 41% młodych Amerykanów używa do oczyszczania zębów jedynie szczoteczki (pyt. 18). Częstsze wykorzystywanie dodatkowych przyborów przez młodzież amerykańską sugeruje większą świadomość zdrowotną tej grupy dotyczącą higieny jamy ustnej.

Jak wynika z dalszej analizy odpowiedzi respondentów, powszechnie stosowanym przez młodzież szczególnie w Polsce dodatkowym środkiem służącym do pielęgnacji jamy ustnej są również płukanki do ust. Używanie ich zadeklarowali wszyscy studenci Politechniki oraz 75% studentów RIT (pyt.19). Jednak jedynie 9% młodzieży polskiej i 23% amerykańskiej stosuje płyny do płukania ust świadomie, ze względu na ich przeciwpróchnicowe działanie (pyt.20).

Efektywność zabiegów higienicznych w dużym stopniu zależy od stosowania właściwych past do zębów. Od dawna wiadomo także, że wykorzystywanie związków fluoru zawartych w ich składzie jest niezbędnym elementem zapobiegania chorobie próchnicowej zębów. Pytania dotyczące tego zagadnienia miały na celu zebranie informacji na temat stosowania przez ankietowanych past z zawartością fluoru, motywów jakimi kierują się przy ich wyborze, a także jakie właściwości past do zębów są dla nich najważniejsze. Proponowane kryteria wyboru past do zębów były różne. Wymieniono smak, zawartość fluoru, właściwości wybielające, cenę, reklamę, czy zalecenia lekarza stomatologa. Zebrane wyniki wykazały, że większość z badanej młodzieży polskiej używa past zawierających związki fluoru (95%), jednocześnie 57% spośród nich ma przy tym świadomość ich przeciwpróchnicowego działania. W grupie studentów amerykańskich liczba takich osób była mniejsza (43%). Zastanawiać może fakt, że mimo iż zarówno młodzież amerykańska (79%) jak i polska (57%) wymieniła jako najważniejsze źródło wiedzy o zdrowiu jamy ustnej stomatologa, tylko niewielki

odsetek ankietowanych studentów (8% RIT i 5% PP) przyznał, że taka pasta została zalecona właśnie przez tego lekarza (pyt.23).

Najwyższy odsetek spośród badanych studentów amerykańskich i polskich zadeklarował, że najczęstsze kryterium wyboru pasty do zębów stanowią jej właściwości wybielające (33% RIT i 32% PP). Przy tym nieduży odsetek respondentów z obu środowisk kieruje się w tym względzie poradą stomatologa. Potwierdza to uzyskany wcześniej wynik, że niewiele osób używa past z fluorem, bo takie było zalecenie lekarza. Jednocześnie aż 21% badanych studentów w obu grupach nie posiada ściśle określonych kryteriów wyboru pasty (pyt.21). Zdecydowana większość Polaków (75%) i 46% studentów amerykańskich właściwości przeciwpróchnicowe past do zębów uważała za najważniejsze. Odpowiednio 60% i 45% ankietowanych wskazało także na działanie wybielające past jako kryterium wyboru (pyt.22). Znaczny odsetek młodzieży studenckiej (34%RIT i 33%PP) nie potrafił przy tym uzasadnić swojej decyzji o stosowaniu past fluorowych (pyt.23).

Na efektywność stomatologicznych zabiegów higienicznych wpływ ma również ilość czasu przeznaczanego na ich realizację. Uzyskane wyniki pokazały, że 78% studentów polskich oraz 63% amerykańskich przeznacza na codzienne zabiegi higieniczne wykonywane w jamie ustnej pięć lub więcej minut, przy czym w obu środowiskach największa liczba młodzieży poświęca na ten cel około 5 minut (odpowiednio 39% i 43%). Znaczny odsetek ankietowanych Polaków (30%) i 18% Amerykanów poświęca na realizację tych zabiegów około 10 minut (pyt.24). Można więc powiedzieć, że większość badanej młodzieży przeznacza niezbyt wiele czasu na wykonanie zabiegów higienicznych jamy ustnej, przy czym wydaje się, że studenci polscy w tym zakresie wykazują większą świadomość zdrowotną.

Biorąc pod uwagę duże zainteresowanie młodzieży wyglądem swojego uzębienia, powszechność reklam „śnieżnobiałego uśmiechu” w mediach oraz dostępność różnych środków do wybielania zębów można by oczekiwać, że młodzież nie tylko chętnie sięgnie po te preparaty, ale także skorzysta z zabiegów wybielających zęby w gabinecie stomatologicznym. Wbrew tym przypuszczeniom okazało się, że ponad 90% ankietowanych studentów RIT i politechniki nie używała innych, oprócz pasty środków wybielających zęby, jak również nie wybielała zębów u stomatologa (pyt.26 i 25). Być może wpływała na to stosunkowo wysoka cena zarówno samych preparatów jak i zabiegów wykonywanych w profesjonalnie.

Studenci odpowiedzieli także na pytania dotyczące używania gum do żucia. Ponad połowa ankietowanej młodzieży amerykańskiej i polskiej (52% i 54%) potwierdziła, że żuje gumę, a wśród nich największą liczbę osób w obu grupach stanowili studenci robiący to jednak raz, lub dwa razy w ciągu dnia (pyt.27). Główną motywacją żucia gumy była dla badanej młodzieży chęć odświeżenia oddechu, choć 29% Polaków i tylko 8% studentów amerykańskich miała również świadomość, że żucie gumy wpływa na poprawę higieny jamy ustnej (pyt.29). Natomiast najważniejszym kryterium wyboru gumy dla 64% studentów RIT i 60% PP był jej smak (pyt.28). Znaczny odsetek Polaków (37%) przy wyborze gumy zwracał także uwagę na brak zawartości cukru, co wskazuje, że studenci polscy mają większą świadomość znaczenia żucia gumy w profilaktyce choroby próchnicowej zębów. Niepokojący wydaje się jednak fakt, że prawie 30% studentów Politechniki żuje gumę wiele razy dziennie lub praktycznie przez cały dzień (pyt 27).

W ocenie zachowań prozdrowotnych w zakresie żywienia równie ważne znaczenie ma częstość jak i czas spożywania słodczy. Wiadomo bowiem, że niezwykle szkodliwym zwyczajem w aspekcie zapobiegania próchnicy zębów jest tzw. pojadanie, zwłaszcza słodkich pokarmów pomiędzy głównymi posiłkami. W badaniach własnych pytano ankietowanych o częstotliwość i porę spożywania słodczy, słodzenie oraz ilość wypijanych napoi zawierających cukier, a także o rodzaje przekąsek, którymi młodzież zaspokaja głód pomiędzy głównymi posiłkami.

Spożywanie słodczy potwierdzili wszyscy studenci RIT oraz 96% młodych Polaków (pyt.31). Zdecydowana większość ankietowanych z obu środowisk, tj. około 90% spożywa słodkie pokarmy pomiędzy głównymi posiłkami. Najchętniej zjadanymi codziennie produktami zawierającymi cukier były soki i napoje (60% RIT i 63% PP), a następnie cukierki, czekolada i batony czekoladowe - kilka razy w tygodniu 44% Polaków i 33% Amerykanów. Natomiast ciastka, placki, lody czy słodkie sosy spożywa codziennie większa liczba młodzieży amerykańskiej (28% RIT i 11% PP), choć większość ankietowanych studentów z obu środowisk zjada te produkty raz na tydzień (pyt.30). Można więc powiedzieć, że zwyczaje żywieniowe w odniesieniu do czasu i częstotliwości spożywania słodczy obu grup młodzieży nie sprzyjają utrzymaniu zdrowia jamy ustnej. Wydaje się jednak, że wśród studentów polskich są one nieco bardziej poprawne.

Młodzież amerykańska jako przekąskę najchętniej wybierała chipsy (35%), a następnie warzywa i owoce (31%), podczas gdy w grupie młodzieży polskiej ponad

połowa ankietowanych (56%) głód pomiędzy głównymi posiłkami zaspokajała głównie owocami i warzywami. Jednak dużą popularnością, zwłaszcza wśród Polaków cieszą się także ciastka (31%) oraz czekoladowe batony (29%), które należą do grupy produktów o dużym stopniu kariogenności (pyt.32).

W obu grupach studentów stwierdzono wysoki odsetek osób słodzących spożywaną kawę lub herbatę (55% RIT i 72% PP). Większa liczba tak postępujących była wśród studentów Politechniki Poznańskiej (pyt.33). Tylko niewielu ankietowanych studentów (9% RIT i 2% PP) używa w tym celu zastępczych środków słodzących (pyt.34). W obu środowiskach młodzież najczęściej słodzi używając od jednej do dwóch łyżeczek cukru na szklankę płynu, jednak wśród studentów polskich liczba osób używających dwie łyżeczki cukru na szklankę herbaty (40%) lub kawy (25%) była większa niż w grupie studentów RIT (odpowiednio 13% i 17%). Znikomy odsetek badanych dosładza mleko lub kakao (pyt.35). Połowa respondentów polskich wypija dziennie 2-3 szklanki słodkiej herbaty, natomiast w grupie studentów RIT odsetek takich osób nie przekraczał 10% (pyt.36). Jednocześnie 33% Polaków i 23% Amerykanów wypija codziennie jedną szklankę słodkiej kawy. Przyjmując, że jedna łyżeczka do herbaty mieści około 6g cukru, osoba używająca dwie łyżeczki cukru na szklankę napoju i wypijająca codziennie 2 szklanki herbaty oraz jedną kawy spożywa około 36g cukru dziennie. Zatem jak wynika z odpowiedzi respondentów młodzież polska spożywa wraz z wypijanymi napojami większą ilość cukru niż studenci amerykańscy. Trzeba tu dodać, w kontekście odpowiedzi na poprzednie pytania, które wykazały, że młodzież chętnie zaspokaja pragnienie słodkimi sokami, napojami i napojami gazowanymi, całkowita ekspozycja zębów na słodkie napoje jest bardzo duża.

Niezmiernie pożądanym zachowaniem prozdrowotnym w odniesieniu do jamy ustnej jest niespożywanie posiłków po wieczornym oczyszczeniu zębów. Wyniki odpowiedzi na zadane pytania pokazały, że jednak ponad połowie (57%) młodych Polaków oraz 37% studentów amerykańskich zdarza się jeść po wykonaniu wieczornych zabiegów higienicznych w jamie ustnej (pyt.37). Przypomnieć trzeba, że jednocześnie 43% ankietowanych Amerykanów i takiej samej liczbie studentów polskich zdarza się zapomnieć o porannym oczyszczeniu zębów (pyt.14). W kontekście wysokiej oceny przez ankietowanych własnej wiedzy o zachowaniach prozdrowotnych ważnych dla utrzymania zdrowia jamy ustnej mimo wszystko należy przypuszczać, że nieregularność realizacji podstawowych zabiegów higienicznych wynikać może z niezrozumienia zasad profilaktyki stomatologicznej lub też braku właściwej motywacji.

Nie można tu zapomnieć, że na zachowania prozdrowotne młodzieży istotny wpływ wywierają również wzorce zaobserwowane w rodzinie, nie zawsze korelujące z ich pozytywną oceną przez respondentów.

Realizacja prozdrowotnych zachowań uwzględnia także eliminowanie szkodliwych dla utrzymania zdrowia, w tym także zdrowia jamy ustnej nawyków, w szczególności zaś nałogu palenia papierosów, który jest czynnikiem etiologicznym szeregu chorób. Uzyskane wyniki pokazały, że wśród badanej młodzieży akademickiej nałogowe palenie papierosów nie jest zachowaniem popularnym, przyznaje się do niego bowiem jedynie 3% studentów RIT oraz 6% ankietowanych młodych Polaków (pyt.39). Zdecydowana większość respondentów z obu środowisk ma świadomość szkodliwości tego nałogu dla zdrowia jamy ustnej (pyt.38), co potwierdza swoim zachowaniem, gdyż ponad 70% młodzieży deklaruje, że nigdy nie paliło papierosów (pyt.39). Jednocześnie aż 87% studentów amerykańskich w porównaniu do 56% polskich wie, że palenie papierosów może być przyczyną nowotworów jamy ustnej (pyt.40).

W podsumowaniu przedstawionych wyników badań można powiedzieć, że choć młodzież polska wysoko ocenia poziom swojej wiedzy stomatologicznej oraz edukację zdrowotną w domu rodzinnym nie zawsze znajduje to odzwierciedlenie w realizowanych przez nią zachowaniach prozdrowotnych. Duża grupa studentów nie realizuje regularnych profilaktycznych wizyt kontrolnych i odwiedza stomatologa jedynie wtedy, gdy odczuwa dolegliwości bólowe lub w celu leczenia zauważonych ubytków próchnicowych. Większość młodych Polaków nie korzysta także z zabiegów profesjonalnego oczyszczania zębów. Również świadomość znaczenia profesjonalnych kontroli stomatologicznych w tej grupie nie jest wystarczająca. W aspekcie wykonywania domowych zabiegów higienicznych zachowania tej grupy badanych wydają się bardziej poprawne. Większość z nich szczotkuje zęby dwa i więcej razy dziennie pastami zawierającymi związki fluoru przeznaczając na ten zbieg najmniej 5 minut. Wszyscy stosują też płyny do płukania jamy ustnej, choć mniej niż połowa używa dodatkowych przyborów higienicznych.

Oceniając w tej grupie realizację zachowań żywieniowych ważnych dla zdrowia jamy ustnej można powiedzieć, że nie są one zadowalające. Większość młodzieży spożywa słodczyce pomiędzy głównymi posiłkami, pije codziennie słodkie soki i napoje oraz dodatkowo często spożywa posiłki po wykonaniu wieczornych zabiegów higienicznych jamy ustnej. Również dość duża grupa studentów PP zjada codziennie

cukierki, czekoladę i batony, a także wybiera jako przekąskę ciastka lub batony czekoladowe.

Młodzież studiująca na RIT również wysoko oceniła własną wiedzę o zachowaniach ważnych dla zdrowia jamy ustnej oraz edukację w domu rodzinnym. Jednak podobnie jak u studentów polskich nie zawsze znajdowało to potwierdzenie w realizacji zachowań prozdrowotnych. Zachowania te w odniesieniu do wizyt u stomatologa w tej grupie badanych wydają się bardziej poprawne. Większość ankietowanych regularnie zgłasza się w celach diagnostyczno – profilaktycznych, korzysta z zabiegów profesjonalnego oczyszczania zębów i głównie właśnie od stomatologa czerpie swoją wiedzę na temat zdrowia jamy ustnej. Jednak stopień realizacji domowych zabiegów higienicznych w tym środowisku wymaga poprawy. Większość studentów RIT używa do oczyszczania zębów past z fluorem, duża grupa badanych wykonuje ten zabieg jednak tylko raz dziennie, nie szczotkuje zębów po wieczornym posiłku, a także przeznaczają na zabiegi higieniczne jamy ustnej mniej niż 5 minut. Trzeba jednak przyznać, że większość używa dodatkowych przyborów i środków służących do utrzymania higieny jamy ustnej na właściwym poziomie, co być może jest skutkiem korzystania z porad stomatologicznych.

W tej grupie uzupełnienia wymaga również wiedza dotycząca ważnych dla utrzymania zdrowia zwyczajów żywieniowych. Wszyscy bowiem badani potwierdzili spożywanie słodczy, a większość zjada je pomiędzy głównymi posiłkami oraz codziennie pije słodkie soki i napoje. Duża grupa ankietowanych Amerykanów spożywa codziennie cukierki, czekoladę i batony czekoladowe, a także jako przekąskę wybiera słodczy. Jednak w grupie tej większość młodzieży nie spożywa posiłków po wieczornym umyciu zębów.

W obu środowiskach badanych studentów zadawała natomiast wysoka świadomość szkodliwości palenia papierosów dla zdrowia jamy ustnej, a także fakt, że większość młodych ludzi nigdy ich nie paliło.

Porównanie poprawności zachowań zdrowotnych ważnych dla zdrowia jamy ustnej zostało także dokonane w oparciu o opracowany i przedstawiony w tej pracy autorski model charakteryzujący optymalne stomatologiczne zachowania prozdrowotne. Przy jego tworzeniu dokonano wyboru dziewięciu pytań, najbardziej istotnych dla określenia tych zachowań. Zakwalifikowana do analizy liczba pytań początkowo była większa, jednakże dokonana z ich uwzględnieniem analiza nie różnicowała wystarczająco obu środowisk. Stąd kolejne porównanie zostało przeprowadzone w

oparciu o wyniki badania kwestionariuszowego studentów dotyczącego wizyt w gabinecie stomatologicznym, higieny jamy ustnej, zwyczajów żywieniowych i źródeł czerpania informacji o zdrowiu jamy ustnej.

Z analizy wyników poprawnych odpowiedzi na pytanie określające źródła uzyskiwania informacji ważnych dla utrzymania zdrowia jamy ustnej wynika, że istotna statystycznie większość młodych Amerykanów (79%) w porównaniu do studentów PP wybiera, zgodnie z oczekiwaniem, lekarza stomatologa jako główne źródło wiedzy dotyczącej zdrowia i higieny jamy ustnej (tab.14).

Od ankietowanej młodzieży akademickiej oczekiwano także poprawnych zachowań w zakresie realizacji wizyt u stomatologa, które umożliwiają kontrolę, wczesne wykrywanie oraz leczenie zmian chorobowych, a także podejmowanie działań profilaktycznych i edukacyjnych. Z uzyskanych wyników badań widać, że zgodnie z zalecanym obecnie postępowaniem, regularnie raz na pół roku odwiedza stomatologa ponad połowa respondentów uczących się na RIT(59%) i 26% młodzieży polskiej (Tab.15). Zarówno dla młodzieży polskiej jak i amerykańskiej najczęstszym powodem takich wizyt była chęć kontroli stanu jamy ustnej, jednak w tym celu odbywało je 78% studentów RIT oraz 52% respondentów polskich (Tab.16). W obu przypadkach różnice te zostały potwierdzone statystycznie, co wskazuje na bardziej poprawne w tym zakresie zachowania prozdrowotne młodzieży amerykańskiej. Również zdecydowana większość młodzieży amerykańskiej (85%) zadeklarowała korzystanie z zabiegu profesjonalnego oczyszczania zębów w gabinecie stomatologicznym. Wśród studentów Politechniki Poznańskiej postępuje tak zaledwie 17% ankietowanych (Tab. 17). Różnica ta była statystycznie istotna.

Niezmiernie istotną determinantą utrzymania zdrowia jamy ustnej jest także poprawna realizacja domowych zabiegów higienicznych. W opracowanym modelu zwrócono uwagę na szczotkowanie zębów co najmniej dwa razy w ciągu dnia, stosowanie innych przyborów do utrzymania higieny jamy ustnej, częstość wymiany szczoteczek do zębów, a także używanie płynów do płukania jamy ustnej. Analiza odpowiedzi na pytania dotyczące realizacji tych zaleceń wykazała istotnie wyższy odsetek osób, które zadeklarowały realizację szczotkowania zębów dwa razy dziennie lub częściej wśród młodzieży polskiej (84% PP i 57% RIT) (Tab.18 ). Wszyscy studenci PP potwierdzili także stosowanie płynów do płukania jamy ustnej, natomiast odsetek takich odpowiedzi wśród studentów RIT, był niższy i wynosił 75%. Różnice te zostały potwierdzone statystycznie (Tab. 21)



Młodzież amerykańska natomiast bardziej poprawnie realizuje zalecenia dotyczące stosowania dodatkowych przyborów służących utrzymaniu higieny jamy ustnej. Istotna statystycznie większość respondentów uczących się na RIT (59%) potwierdziła takie postępowanie (Tab. 19).

Szczoteczkę do oczyszczania zębów zgodnie z zaleceniami wymienia 82% studentów RIT i 74% młodzieży polskiej. Różnice te nie były jednak statystycznie istotne (Tab. 20).

Od ankietowanych studentów oczekiwano także, że nie będą spożywać posiłków po wykonaniu wieczornych zabiegów higienicznych w jamie ustnej. Bardziej poprawnie w tym zakresie postępowała młodzież amerykańska, wśród której 64% respondentów potwierdziło takie zachowanie (w porównaniu do 43% młodzieży polskiej), przy czym różnice te były statystycznie istotne (Tab. 22).

Z podsumowania oceny poprawności zachowań zdrowotnych istotnych dla utrzymania zdrowia jamy ustnej przeprowadzonej w oparciu o ustalone kryteria modelu postępowania wynika zatem, że poprawnie, zgodnie z wszystkimi zaleceniami przyjętego wzorca postępuje 24 Amerykanów (9%) i 2 Polaków (1%) (Tab. 23). Potwierdzone statystycznie różnice w realizacji zachowań prozdrowotnych w odniesieniu do jamy ustnej badanych grup młodzieży wskazują na większą świadomość zdrowotną w tym zakresie studentów Amerykańskich.

Z porównania otrzymanych wyników badań własnych oceniających poszczególne zachowania prozdrowotne z danymi zawartymi w piśmiennictwie wynika, że tak jak obecnie większość studentów polskich uczestniczących w badaniu podkreśliła znaczenie zdrowego uzębienia dla dobrego wyglądu (95%), wypowiedziało się także 90,2% 18-latków ankietowanych w 1999 roku przez Lempe [53]. Potwierdza to zauważaną od wielu lat w naszym kraju tendencję do zmian w postrzeganiu własnego ciała, większego zainteresowania jego wyglądem zewnętrznym, w tym także wyglądem uzębienia. Sprzyja temu również rozwój usług, a także ogromna podaż oraz intensywna reklama produktów służących pielęgnacji, upiększaniu i wzmacnianiu ciała. Trzeba podkreślić jednakże, że wiele z tych nowych zjawisk może nie tylko sprzyjać trosce o zdrowie, ale także stanowić dla niego zagrożenia [121].

Dla porównania należy tu przytoczyć badania ankietowe Amerykanów Carr i wsp., mające na celu ocenę znaczenia zdrowia jamy ustnej dla osób dorosłych. Większość respondentów (76,1%) uznała je za bardzo ważne. Ponadto ankietowani

uważali zdrowie jamy ustnej jako prawie tak samo ważne lub bardziej ważne niż cukrzyca (58,2%), choroby serca (45,8%) czy stawów (69,2%) [22].

Wyniki uzyskane w pracy w oparciu o odpowiedzi na pytanie dotyczące samooceny posiadanej wiedzy skłaniają do zastanowienia się nad przyczynami niedoboru informacji niezbędnych do utrzymania zdrowia jamy ustnej. W badaniach własnych tylko 9% ankietowanych uznało poziom własnej wiedzy za bardzo dobry. Lepsza samoocena posiadanej wiedzy wśród studentów amerykańskich mogła być związana z większą regularnością i częstotliwością wizyt w gabinecie stomatologicznym, a co się z tym wiąże intensywnością poradnictwa lekarskiego.

Niedobór wiedzy stomatologicznej młodych ludzi mógł wynikać z braku lub ograniczeń realizacji programów edukacji zdrowotnej w szkołach. Na istotną rolę edukacji zdrowotnej, będącej jedną z podstaw promocji zdrowia, w kształtowaniu postaw zdrowotnych wskazuje także Pawlak i wsp. twierdząc, że jest ona najprostszą, najskuteczniejszą oraz najtańszą metodą zapobiegania i leczenia [74]. Nie można także wykluczyć braku zainteresowania ankietowanych poszerzaniem i przyswajaniem wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych. Zaznacza się tu również znacząca rola środowiska rodzinnego w kształtowaniu zachowań zdrowotnych. Zwracają na to uwagę również inni autorzy, kładąc duży nacisk na odpowiedzialność rodziców za edukację zdrowotną dzieci [31, 36, 50]. Według Borysewicz-Lewickiej i wsp. to do obowiązków rodziców należy interesowanie się stanem zdrowia jamy ustnej, realizacja podstawowych działań profilaktycznych oraz kształtowanie zwyczajów higienicznych [11].

Zgodnie z głównymi wytycznymi WHO, a także Unii Europejskiej oraz Rady Europy w Polsce od wielu lat prowadzone są szeroko zakrojone działania z zakresu promocji zdrowia, w których najważniejszymi elementami są polityka zdrowotna, profilaktyka oraz prozdrowotna edukacja społeczeństwa. W naszym kraju realizowanych jest szereg programów promujących zdrowie takich jak „WHO Monica Project”, projekt „Zdrowych Miast”, a także projekt „Szkoł promujących zdrowie”, w których podstawowy cel-edukacja został poszerzony o edukację zdrowotną. Także projekt „Szpitala promującego zdrowie,” którego polityka nie powinna ograniczać się tylko do realizacji zadań podstawowych, jakim są świadczenia lecznicze, ukierunkowuje także działalność na profilaktykę-edukację [57, 76, 121]. Doświadczenia ostatnich lat dowodzą, że prawidłowo prowadzona promocja zdrowia, w tym również promocja zdrowia jamy ustnej wraz z profilaktyką chorobową w decydujący sposób

wpływają na poprawę jakości życia jednostki, relacje rodzinne i społeczne, a także dają efekty ekonomiczne zwiększając przydatność społeczną i zawodową populacji [2, 57, 102].

W badaniach własnych młodzież studiująca z obu środowisk stosunkowo wysoko oceniła zarówno poziom własnej wiedzy stomatologicznej jak i promowanie prozdrowotnych zachowań ważnych dla zdrowia jamy ustnej w domu rodzinnym. Nie znalazło to jednak odzwierciedlenia w ich codziennej realizacji. Podobną prawidłowość zauważyła Lempe w swoich badaniach, gdzie 84,9% badanej młodzieży 18-letniej potwierdziło świadomość konieczności wykonywania stomatologicznych badań kontrolnych co pół roku, jednak wizytę taką zrealizowało tylko 61,5% ankietowanych [53]. Zwraca na to uwagę również Borysewicz-Lewicka i wsp., podkreślając, że na kształtowanie zachowań prozdrowotnych wpływa nie tylko wiedza, ale przede wszystkim stopień jej realizacji w życiu [11, 14, 15].

Znaczącą rolę wpływu środowiska domu rodzinnego na kształtowanie właściwych postaw zdrowotnych potwierdzają również wcześniejsze doniesienia. Z badań Borysewicz-Lewickiej i wsp. 18-letniej młodzieży środowiska wielkomińskiego na temat źródeł edukacji stomatologicznej wynika, że aż 80% respondentów najczęściej wymieniało dom rodzinny [10]. W badaniach Lempe 68% badanych w tej samej grupie wiekowej wymieniło lekarza stomatologa, a 32,6% młodzieży wskazało także na środowisko rodzinne [53]. Uzyskany w badaniach własnych nieco niższy odsetek wypowiadających się tak, może sugerować, że wraz z opuszczeniem domu rodzinnego wpływ tego środowiska na kształtowanie zachowań zdrowotnych młodych dorosłych ulega osłabieniu. Stąd też być może w tym okresie życia lekarz stomatolog (79% RIT i 57%PP) jest obok domu rodzinnego (23% RIT i 25%PP) najczęściej wymienianym przez młodzież źródłem informacji na temat zdrowia i higieny jamy ustnej.

Wyniki badań własnych odnośnie realizacji wizyt w u lekarza stomatologa wskazują na niezadowalające w tym zakresie zachowania młodzieży polskiej. Aż 37% ankietowanych odwiedzało go tylko wtedy, gdy odczuwało dolegliwości, a tylko 55% studentów deklaroowało regularność wizyt kontrolnych. O miernej świadomości zdrowotnej w tej kwestii młodzieży studiującej na PP świadczy również wysoki odsetek osób (43%) wymieniających ból zęba i obecność ubytku próchnicowego (40%) jako najczęstszy powód zgłaszania się do stomatologa, przy czym 34% zmuszonych było do korzystania z pomocy stomatologa z powodu dolegliwości bólowych.

Obserwacje te znalazły potwierdzenie w wynikach badań innych autorów. Podobnie postępowali ankietowani studenci Politechniki Lubelskiej, wśród których aż 34,2% badanych deklaroowało, że ból zęba jest jedyną przyczyną zgłaszania się do stomatologa (Milewska-Toczek i wsp.1997) [68]. Przytoczyć tu należy także wyniki uzyskane w przez Marczuk-Koladę i wsp. w badaniach młodszej grupy wiekowej (14-latków), gdzie 38,25% młodzieży z okolic Białegostoku korzystało z opieki stomatologa z powodu bólu zęba, a 61,8% regularnie ze względu na kontrolę stanu uzębienia [61]. Również Borysewicz-Lewicka i Wochna-Sobańska w badaniach epidemiologicznych ludności Polski wykonanych w ramach programu „Miesiąc totalnie zdrowego uśmiechu” odnotowały podobną prawidłowość. W badaniach tych tylko 55,66% ankietowanych młodych ludzi w wieku od 19-34 lat deklaroowało regularność wizyt stomatologicznych, a najczęstszym powodem zgłoszenia do lekarza dentysty była dla tych badanych chęć leczenia próchnicy (45%) [9].

Należy zastanowić się nad powodami unikania przez młodych ludzi wizyt u stomatologa. Jak wykazały badania przeprowadzone przez Bruzdę-Zwiech i wsp. w wśród 18-latków regionu łódzkiego 26,7% młodzieży nie zgłasza się regularnie do stomatologa z obawy przed bólem [18]. W badaniach własnych dotyczących powodów powstrzymujących ankietowanych przed tą wizytą największa liczba (32%) studentów PP wskazała właśnie tę przyczynę. Wysoki poziom lęku przed leczeniem stomatologicznym wśród polskiego społeczeństwa potwierdzają również wyniki badań Borysewicz-Lewickiej i Wochny-Sobańskiej, w których największą rolę w odraczaniu wizyt w gabinecie odgrywał strach przed bólem (34,95%) [9].

Berggren w swojej pracy dotyczącej problemu lęku w stomatologii podaje na podstawie piśmiennictwa, że ponad 40% populacji osób dorosłych na świecie odczuwa lęk przed leczeniem [8]. Fakt ten można wiązać z negatywnymi doznaniem podczas wcześniejszych wizyt, często odbywającymi się w sytuacji konieczności podjęcia interwencji, gdyż jak wynika z badań własnych, aż 34% ankietowanych studentów polskich zmuszonych było do korzystania w ciągu roku z pomocy stomatologa z powodu dolegliwości bólowych. Na problem lęku w stomatologii zwracają uwagę również inni autorzy [6, 19, 43, 77]. Wprawdzie w porównaniu z wynikami wcześniejszych badań bariera osiągalności opieki stomatologicznej jaką jest obawa przed bólem obniżyła się, jednak duża skala omawianego zjawiska skłania do zwrócenia baczniejszej uwagi na ten problem, jako istotnej bariery

ograniczającej promowanie zdrowia jamy ustnej [9, 98, 99]. W opinii Mielnik – Błaszczak i wsp. potwierdzonej przez innych autorów należy dążyć do ukształtowania wśród pacjentów pozytywnej motywacji do regularnych wizyt kontrolnych wskazując, że może to zaowocować poprawą stanu zdrowia jamy ustnej, a tym samym znacznie zmniejszyć liczbę nieprzyjemnych, lecz często niemożliwych do uniknięcia zabiegów stomatologicznych [6, 67, 81].

Niższy poziom lęku studentów amerykańskich przed wizytami u stomatologa (12%) być może wiąże się z większą w tej grupie częstotliwością wizyt kontrolnych, które najczęściej odbywały się raz na pół roku (59%) oraz z faktem, że większość młodych Amerykanów zgłasza się do stomatologa w celach diagnostyczno-profilaktycznych (78%), a nie z powodu dolegliwości bólowych. Opinię tę potwierdziła w swoich badaniach wśród 18-latków Bruzda-Zwiech i wsp., która wykazała, że osoby zgłaszające się do stomatologa co 6 miesięcy charakteryzował znamienne niższy poziom lęku niż zgłaszających się tylko w przypadku bólu [19].

Istotną barierą ograniczającą dostępność świadczeń stomatologicznych są również wysokie koszty leczenia. Podobny odsetek studentów polskich i amerykańskich (25% i 26%) potwierdził, że bariera finansowa należy do jednej z głównych przyczyn powstrzymujących ich przed wizytą u stomatologa. Jak wynika z badań Król przeprowadzonych wśród 18-latków z rejonu wielkopolski, zbliżony odsetek badanych przyznał (27,7%), że usługi stomatologiczne są zbyt obciążające dla ich budżetu. Borysewicz-Lewicka i Wochna-Sobańska w swoich badaniach wykazały, że aż 19,38% badanych nie uczęszcza regularnie do gabinetu dentystycznego z powodu braku środków finansowych [9].

Na problem wysokości kosztów leczenia stomatologicznego jako jednej z determinant ograniczających dostępność leczenia oraz realizację założeń promocji zdrowia zwłaszcza w krajach Europy środkowej i wschodniej, w których wraz z procesem prywatyzacji rosnąca liczba obywateli nie może pozwolić sobie na korzystanie z prywatnej opieki zdrowotnej zwraca również uwagę WHO [85, 91, 107].

Światowa Organizacja Zdrowia w 1978 roku przejęła rolę inicjatora oraz inspiratora promocji zdrowia na całym świecie opierając swoje działania na Deklaracji z Ałma Aty, a następnie na inicjatywach zaprezentowanych przez Kartę Ottawską WHO (1986), które łączyły potrzebę prowadzenia prozdrowotnej polityki społecznej z

koniecznością indywidualnego zaangażowania w promocję zdrowia, a także na celach określonych w dokumencie „Zdrowie dla wszystkich 2000” [73, 119]. Kontynuując działania rozpowszechniające promocję zdrowia w 1998 roku Światowa Organizacja Zdrowia podjęła politykę „Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w dwudziestym pierwszym wieku” stwarzającą podstawy do opracowania i realizacji polityki prozdrowotnej w wielu krajach, w tym także w państwach Regionu Europejskiego [57, 73, 76, 119].

Biuro regionalne ŚOZ w Kopenhadze propaguje pogląd, że każdy człowiek w większym niż dotąd stopniu powinien dbać o własne zdrowie i być przekonanym o dużym znaczeniu systematycznego i regularnego odwiedzania gabinetu dentystrycznego [9, 99]. Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że tylko 26% młodzieży studiującej na PP odbywa te wizyty regularnie raz na pół roku, a aż 76% studentów polskich nie zgłasza się do stomatologa w celu profesjonalnego oczyszczenia zębów. Niski poziom świadomości w tym zakresie młodzieży studiującej na PP może wskazywać na braki w edukacji zdrowotnej dotyczącej ważnych dla zdrowia jamy ustnej zachowań, a także na bierną postawę w dbałości o nie tej grupy badanych.

Ciekawa wydaje się również uzyskana informacja, że 2% studentów RIT nigdy nie było u stomatologa. Znajduje to potwierdzenie w wynikach badań Bellamy i wsp., prowadzonych wśród młodzieży amerykańskiej, gdzie w przybliżeniu 2% ankietowanych zadeklarowało, że nigdy nie było u nich przeprowadzone badanie stomatologiczne [7]. Natomiast wśród studentów polskich wizyty takie potwierdzili wszyscy respondenci. Różnice te mogą wynikać z faktu wieloletniego istnienia w naszym kraju systemu szkolnych gabinetów stomatologicznych. Spoczywający wówczas na stomatologach szkolnych obowiązek corocznych badań kontrolnych wszystkich uczniów pozwalał na objęcie opieką stomatologiczną dzieci i młodzieży zarówno ze szkół podstawowych jak i średnich. W wyniku wycofania się części krajów Europy wschodniej, w tym również Polski, z programu gabinetów szkolnych, a także w związku z procesem prywatyzacji istnieje niebezpieczeństwo, że wiele dzieci nie będzie objętych systematyczną opieką stomatologiczną [2, 91].

Nawyk systematycznego czyszczenia zębów odgrywa istotną rolę w profilaktyce zarówno próchnicy jak i chorób przyzębia. Z wyników obecnego badania

ankietowego widać, że zdecydowana większość studentów polskich przeprowadza podstawowe zabiegi higieniczne w jamie ustnej z prawidłową częstotliwością. Co najmniej dwa razy dziennie szczotkuje zęby 84% ankietowanych. Jak wynika z badań Bruzdy – Zwiech i wsp. podobnie postępowało 88,48% młodzieży 18-letniej z okolic Łodzi [18]. Wyższy wynik uzyskała Wędrychowicz - Welman i wsp. badając zachowania higieniczne studentów III roku stomatologii (97%) [113]. Różnica ta spowodowana jest zapewne w znacznym stopniu z wyższego poziomu edukacji zdrowotnej związanego z kształceniem na studiach medycznych. Z obserwacji ogólnopolskich wynika ponadto, że 83% 18-latków szczotkuje zęby co najmniej dwa razy dziennie, 26% używa nici dentystycznych, a 20% stosuje wykałaczki [36]. Dane te znajdują potwierdzenie w badaniach własnych. Niestosowanie przez większość ankietowanych studentów polskich dodatkowych przyborów służących do utrzymania higieny jamy ustnej na właściwym poziomie może być skutkiem braku wiedzy na ten temat, bądź też braku świadomości potrzeby uzupełniania szczotkowania zębów dodatkowymi metodami mechanicznymi.

Zarówno młodzież amerykańska jak i polska w celu realizacji podstawowych zabiegów higienicznych w jamie ustnej używa najczęściej szczoteczek tradycyjnych (89% i 82%) o średnim stopniu twardości. Stosowanie przez pacjentów głównie takich przyborów higienicznych potwierdzają również inni autorzy [32, 84]. Ponadto jak wynika z badań Sionkowskiej i Wysokińskiej-Miszczuk 97% dorosłych pacjentów przyznaje, że do oczyszczania zębów stosuje jedynie tradycyjną manualną szczoteczkę [84].

Przeprowadzone przez wielu autorów badania nad dopuszczalnym czasem użytkowania szczotek do zębów wykazały, że nie przekracza on 1-3 miesięcy [40, 64, 68, 122]. Jak wynika z badań ogólnopolskich ponad połowa badanych zmienia swoją szczoteczkę do zębów raz na dwa - trzy miesiące, natomiast 12% rzadziej niż raz na sześć miesięcy [32]. W badaniach własnych znacznie liczniejsza grupa, bo aż 27% ankietowanej młodzieży polskiej i 18% amerykańskiej zmienia szczotkę co pół roku i rzadziej. Wskazuje to na konieczność zwrócenia szczególnej uwagi w działalności edukacyjnej na problem zarówno właściwego doboru jak i użytkowania szczotek do zębów zwłaszcza, że z badania przeprowadzone przez Milewską-Toczek i wsp. wskazują, że jedynie 2,7% studiujących na Politechnice Lubelskiej konsultowało wybór

szczotki z lekarzem stomatologiem, a 38,5% badanych przyznało, że nie przywiązuje wagi do rodzaju posiadanej szczoteczki do zębów [68].

Za korzystny należy uznać fakt, że 90% ankietowanych studentów polskich stosuje płyny do płukania jamy ustnej, co w chwili obecnej jest uznaną metodą wspomagania leczenia chorób przyzębia i zwiększenia skuteczności domowych zabiegów higienicznych. Wynik ten jest dużo wyższy od uzyskanego przez Wędrychowicz - Welman i wsp. (47%) oraz Strycharz i wsp. wśród lubelskich maturzystów (36,4%), a także od wyników ogólnokrajowych (29%) [36, 93, 113]. Trzeba podkreślić jednak bardzo niską świadomość, zwłaszcza studentów polskich, co do przeciwpróchnicowego działania płynów do płukania jamy ustnej.

Wysoki odsetek studentów w obu badanych środowiskach stosuje pasty do zębów z zawartością związków fluoru, co jest zgodne z obecnymi zaleceniami profilaktyki choroby próchnicowej. Zastanawia jednak fakt, że niewielka liczba ankietowanych kieruje się przy wyborze pasty poradą lekarza stomatologa, spory natomiast odsetek studentów PP (18%) przyznaje się do wpływu reklamy na wybór pasty do zębów. Podobnie postępują studenci Politechniki Lubelskiej, wśród których 16,4% ankietowanych potwierdziło wpływ przekazu medialnego na ich decyzję o wyborze pasty, zaś wśród studentów Akademii Rolniczej w Lublinie takich osób był aż 61,8% [68]. Ciekawe wydaje się także, że 15% młodzieży amerykańskiej negowało używanie past fluorkowych, co nie znalazło potwierdzenia w innych doniesieniach, gdyż jak podaje Marthaler w Stanach Zjednoczonych wszystkie obecne na rynku pasty do zębów zawierają od 1000 do 1100 ppm fluoru [62]. Może to wskazywać na brak znajomości składników zawartych w pastach do zębów oraz niską świadomość ich oddziaływania na zęby wśród tej grupy ankietowanych.

Innym badanym zachowaniem było żucie bezcukrowej gumy co obecnie jest traktowane jako jeden z elementów profilaktyki próchnicy zębów. Wielu autorów potwierdziło wpływ bezcukrowych gum na ilość wydzielania oraz pH śliny ludzkiej, a także na uwalnianie fluoru [17, 20, 78, 58, 89, 94]. W badaniach własnych ponad połowa młodzieży studiującej deklaruje żucie gumy.

Britt i wsp. badając 584 studentów uniwersytetów w USA stwierdzili, że 87% respondentów potwierdziło przynajmniej okazjonalne jej żucie [16]. Nieco wyższy wynik uzyskały Chłapowska i Lempe w badaniach ankietowych młodzieży 18-letniej, wśród której 93% potwierdziło stosowanie gum do żucia [23].



Niepokojący natomiast jest wysoki odsetek studentów PP żujących gumę wielokrotnie w ciągu dnia lub - jak podali - praktycznie przez cały dzień (28%). W Polsce, w badaniach Sokalskiej i wsp. wśród studentów stomatologii we Wrocławiu wykazano nieznacznie wyższy odsetek studentów (36%) przyznających się do nałogowego żucia gumy [88]. Także Pypeć i wsp. w badaniach ankietowych studentów łódzkiej uczelni osiągnęli podobny wynik - 30% studentów żuło gumę wiele razy dziennie [78]. Nieprawidłowe, przedłużone żucie gumy może eliminować jej działanie profilaktyczne i stać się szkodliwym nawykiem mogącym doprowadzić do przeciążenia układu stomatognatycznego, przerostu mięśni żwaczy, patologicznego starcia zębów a także dolegliwości ze strony stawów skroniowo-żuchwowych oraz zaburzeń żołądkowo-jelitowych [29, 48, 65, 78]. Bardziej poprawne w tym zakresie zachowania studentów amerykańskich mogą wynikać z faktu częstszego kontaktu z lekarzem stomatologiem, który jest także głównym źródłem informacji. W badaniach własnych wśród osób żujących gumę 29% Polaków i 8% Amerykanów zwracało uwagę na działanie higienizacyjne gum, a głównym kryterium wyboru oraz przyczyną żucia gumy był jej odświeżający smak. Na takie postępowanie zwracają również uwagę inni autorzy [78]. Może to wskazywać na niedostateczną świadomość zdrowotną młodzieży polskiej w zakresie profilaktyki chorób jamy ustnej oraz na konieczność wdrażania programów edukacyjnych równoważących działanie środków masowego przekazu.

Wciąż niedostateczna wydaje się realizacja ograniczenia spożywania słodczy wśród ankietowanej młodzieży studiującej, gdyż jak wynika z badań własnych spory odsetek respondentów w obu badanych grupach spożywa słodczy codziennie lub kilka razy w tygodniu, a ponadto słodzi spożywane napoje.

Koczorowska i wsp. prowadząc badania wśród uczniów Liceum Ogólnokształcącego oraz studentów Wydziału Stomatologii wykazali, że obecnie średnio 45% młodzieży nie słodzi cukrem spożywanych napojów. Podobnie postępowali studenci RIT, podczas gdy 70% młodzieży studiującej na PP używa cukru. Koczorowska i wsp. sugerują, że wzrost świadomości zdrowotnej studentów związany z nauką na kierunku stomatologicznym skutkuje bardziej poprawnymi zachowaniami mającymi wpływ na zdrowie jamy ustnej [44].

Na problem ilości oraz częstotliwości spożywania słodczy jako jednej z głównych determinant rozwoju choroby próchnicowej zębów zwracają również uwagę inni

autorzy [87, 93, 94, 108, 109]. Jak wynika z badań Iwanickiej-Grzegorek i wsp. przeprowadzonych wśród młodzieży gimnazjalnej pomimo faktu, że prawie 86% uczniów ma świadomość szkodliwego wpływu słodczy na możliwość zachowania zdrowego uzębienia, 45,9% zjada je codziennie, a kilka razy w tygodniu 43,5%. Niepokojący wydaje się również fakt, że około 75% gimnazjalistów pije codziennie słodzone napoje [34].

W związku z ogromną podażą oraz intensywną reklamą w wielu krajach obserwuje się ciągły wzrost konsumpcji soków i napojów gazowanych. Jak podaje Calvadini C. i wsp. w ciągu 20 lat spożycie napojów gazowanych w USA wzrosło o 300% i wynosiło po koniec lat 90 tych XX wieku około 570g (20 oz) na osobę, a około 56%-85% dzieci szkolnych wypijało dziennie najmniej jeden napój gazowany. Około 20% uczniów z tej grupy konsumowało cztery lub więcej napojów dziennie [21, 56]. Wyniki badań własnych potwierdziły tę tendencję. 60% amerykańskiej młodzieży akademickiej oraz 63% polskich studentów pije soki i napoje gazowane codziennie, a blisko 30% kilka razy w tygodniu. Z danych tych, jak również z obserwacji własnych wynika, że poziom świadomości młodzieży dotyczący szkodliwego wpływu tych produktów na stan zdrowia jamy ustnej jest znikomy i należy na te zagadnienia zwrócić szczególną uwagę w konstruowaniu i realizacji programów edukacyjnych kierowanych zarówno do dzieci jak i do osób dorosłych.

Działalność promocyjna w zakresie żywienia jest niezmiernie istotna nie tylko w profilaktyce stomatologicznej, lecz również w celu zapobiegania chorobom występującym poza jamą ustną. Nadmierne spożywanie słodczy zaliczanych do produktów wysokoenergetycznych zwiększa ryzyko rozwoju nie tylko choroby próchnicowej, lecz także między innymi cukrzycy typu 2 czy otyłości. Interdyscyplinarne znaczenie tych działań nakłada obowiązek współpracy szczególnie lekarzy rodzinnych, stomatologów i dietetyków w promowaniu prozdrowotnego stylu życia. Obejmuje ono zarówno opracowanie i wdrażanie programów mających na celu pomoc pacjentom w rozpoznawaniu czynników ryzyka wynikających z własnej diety, zmianę ich nawyków żywieniowych jak i aktywizację środowiska dystrybutorów i producentów produktów, aby sprzedawali i produkowali „zdrową żywność” [14, 57, 109, 121].

Zadowolające natomiast wydają się wyniki odpowiedzi na pytanie dotyczące palenia przez młodzież papierosów. Jedynie 3% Amerykanów i 6% studentów polskich przyznało się do nałogowego palenia, przy ponad 70%, które deklarowało, że nigdy nie

paliło papierosów. Wyniki te różnią się od uzyskanych przez Von Ah i wsp. 2005, gdzie spośród 55% badanych studentów amerykańskich w wieku od 18-26 lat, którzy próbowali palić, 42% było nałogowymi palaczami oraz przez Murphy-Hoefer i wsp. 2004, którzy przeprowadzając badania w tej samej grupie wiekowej stwierdzili, że 19% młodzieży studiującej nałogowo paliło papierosy [70, 110]. Podobnie Steptoe & Wardle (2001) podają, że 22,9% studentów z Europy Wschodniej i 19,8% z Zachodniej było regularnymi palaczami [90]. Według American Cancer Society 2003, 29% młodych Amerykanów w wieku od 18-24 lat pali papierosy [4]. Również wyniki uzyskane wśród studentów polskich uczelni, dotyczące liczby osób palących są wyższe od otrzymanych w badaniach własnych [42, 49, 51, 124]. Wcześniejsze doniesienia potwierdzają jednocześnie niską świadomość, zwłaszcza wśród młodych osób, szkodliwości palenia [5, 86].

Jak wynika z badań Arnett (2000) 60% młodzieży i 48% dorosłych uważa, że można przez kilka lat palić papierosy, a następnie rzucić nałóg bez szkody dla własnego zdrowia [5].

W podsumowaniu przedstawionych wyników badań należy podkreślić, że zarówno wśród młodzieży amerykańskiej jak i polskiej istnieje konieczność dalszej edukacji w zakresie prawidłowych zachowań prozdrowotnych celem podniesienia wiedzy i motywacji do stosowania metod profilaktyki stomatologicznej.

## WNIOSKI

1. Badanie studentów obu środowisk wykazało ich zainteresowanie zdrowiem jamy ustnej, co można wiązać z częstością wizyt u stomatologa głównie spowodowanych chęcią kontrolowania stanu jamy ustnej, a także w przypadku młodzieży amerykańskiej chęcią profesjonalnego oczyszczania zębów. Badani w większości pozytywnie oceniają swoją wiedzę na ten temat.
2. Deklarowane zainteresowanie posiadaniem zdrowego uzębienia oraz pozytywna samoocena poziomu wiedzy w obu grupach studentów nie zawsze znajdują odzwierciedlenie w realizowanych codziennych stomatologicznych zachowaniach higienicznych. W porównywanych grupach studenci PP systematyczniej wykonują szczotkowanie zębów i powszechniej stosują płukanki profilaktyczne, natomiast studenci RIT w większym stopniu wykorzystują dodatkowe przybory do utrzymania higieny jamy ustnej.
3. Głównym źródłem wiedzy na tematy stomatologiczne dla obu badanych grup studentów był lekarz stomatolog. Zaznacza się przy tym niski wpływ środowiska domowego na realizowane w dorosłym życiu stomatologiczne zachowania prozdrowotne.
4. Zachowania żywieniowe w odniesieniu do czasu oraz częstotliwości spożywania słodczy w obu środowiskach nie sprzyjają zachowaniu zdrowia jamy ustnej.
5. Oceniając występowanie szkodliwych nawyków w obu środowiskach można powiedzieć, że zarówno studenci polscy jak i amerykańscy wykazują się wysoką świadomością zdrowotną dotyczącą szkodliwości palenia papierosów. W obu porównywanych grupach młodzież używa gumę do żucia, natomiast studenci PP częściej kierują się przy tym profilaktyką próchnicy.
6. Porównanie metodami statystycznymi poprawności zachowań zdrowotnych istotnych dla utrzymania zdrowia jamy ustnej przeprowadzone w oparciu o ustalone

kryteria modelu postępowania, wykazała lepszą realizację i większą świadomość zdrowotną w tym zakresie studentów amerykańskich.

7. Przeprowadzone badania wskazują, że zarówno wśród młodzieży amerykańskiej jak i polskiej istnieje konieczność dalszej edukacji w zakresie prawidłowych zachowań prozdrowotnych celem podniesienia wiedzy i motywacji do stosowania metod profilaktyki stomatologicznej.

## STRESZCZENIE

Prawidłowe stomatologiczne zachowania zdrowotne wyuczone i utrwalone w okresie dzieciństwa, następnie realizowane w życiu dorosłym mają istotny wpływ na zachowanie zdrowia jamy ustnej w późniejszych okresach życia.

Celem pracy było uzyskanie informacji o ważnych dla zdrowia jamy ustnej zachowaniach prozdrowotnych amerykańskiej i polskiej młodzieży akademickiej, a także ocena oraz porównanie stomatologicznych zachowań prozdrowotnych obu grup studentów.

Badaniem ankietowym objęto grupę 505 studentów w wieku od 19 do 23 lat kształcących się głównie na pierwszym i drugim roku studiów. 242 studentów (w tym 32 kobiety i 210 mężczyzn) studiowało na amerykańskiej wyższej uczelni technicznej Rochester Institute of Technology (RIT), a 263 studentów (w tym 37 kobiet i 226 mężczyzn) na Politechnice Poznańskiej (PP). Ze względu na zróżnicowanie etniczne młodzieży amerykańskiej, do badań zakwalifikowano tylko te osoby, które ukończyły edukację na poziomie podstawowym i średnim w USA.

Oceny oraz porównania stomatologicznych zachowań prozdrowotnych obu grup studentów dokonano w oparciu o pytania dotyczące samooceny posiadanej wiedzy, znaczenia zdrowego uzębienia dla dobrego samopoczucia, wyglądu oraz możliwości spożywania pokarmów oraz źródeł czerpania informacji o zdrowiu jamy ustnej, a także odnoszące się do zachowań prozdrowotnych w zakresie wizyt w gabinecie stomatologicznym, higieny jamy ustnej, zwyczajów żywieniowych, profilaktyki fluorkowej oraz palenia papierosów. Realizację badań ankietowych poprzedziły badania pilotażowe.

Analizę statystyczną celem porównania poprawności zachowań zdrowotnych badanych studentów z obu grup, przeprowadzono w oparciu o opracowany, autorski model zachowań ważnych dla utrzymania zdrowia jamy ustnej. W tym celu wyłoniono najbardziej istotne własne kryteria, wybierając spośród zadanych pytań dziewięć, odnoszących się do wizyt w gabinecie stomatologicznym, higieny jamy ustnej, zwyczajów żywieniowych oraz źródeł czerpania informacji o zdrowiu jamy ustnej.

Badanie studentów obu środowisk wykazało ich zainteresowanie zdrowiem jamy ustnej, co można wiązać z częstotliwością wizyt u stomatologa, głównie spowodowanych chęcią kontrolowania stanu jamy ustnej, a także w przypadku młodzieży amerykańskiej chęcią profesjonalnego oczyszczania zębów. Badani w większości także pozytywnie oceniają swoją wiedzę na ten temat.

Jak wynika z uzyskanych odpowiedzi deklarowane zainteresowanie posiadaniem zdrowego uzębienia oraz pozytywna samoocena poziomu wiedzy w obu grupach studentów nie zawsze znajdują odzwierciedlenie w realizowanych codziennych stomatologicznych zachowaniach higienicznych. W porównywanych grupach studenci PP systematyczniej wykonują szczotkowanie zębów i powszechniej stosują płukanki profilaktyczne, natomiast studenci RIT w większym stopniu wykorzystują dodatkowe przybory do utrzymania higieny jamy ustnej.

Zachowania żywieniowe w odniesieniu do czasu oraz częstotliwości spożywania słodczy w obu środowiskach nie sprzyjają zachowaniu zdrowia jamy ustnej.

Głównym źródłem wiedzy na tematy stomatologiczne dla obu badanych grup studentów był lekarz stomatolog. Zaznacza się przy tym niski wpływ środowiska domowego na realizowane w dorosłym życiu stomatologiczne zachowania prozdrowotne.

Oceniając występowanie szkodliwych nawyków w obu środowiskach można powiedzieć, że zarówno studenci polscy jak i amerykańscy wykazują się wysoką świadomością zdrowotną dotyczącą szkodliwości palenia papierosów. W obu porównywanych grupach młodzież używa gumę do żucia, natomiast studenci PP częściej kierują się przy tym profilaktyką próchnicy.

Porównanie metodami statystycznymi poprawności zachowań zdrowotnych istotnych dla utrzymania zdrowia jamy ustnej przeprowadzone w oparciu o ustalone kryteria modelu postępowania, wykazała lepszą realizację i większą świadomość zdrowotną w tym zakresie studentów amerykańskich.

Przeprowadzone badania wskazują, że zarówno wśród młodzieży amerykańskiej jak i polskiej istnieje konieczność dalszej edukacji w zakresie prawidłowych zachowań prozdrowotnych celem podniesienia wiedzy i motywacji do stosowania metod profilaktyki stomatologicznej.

## SUMMARY

Title: Dental health-promoting behaviour as practised by American and Polish university students.

Dental health promoting behaviour learnt and consolidated during childhood and practised in adult age is of significant importance in maintaining oral health throughout the lifetime.

The aim of this paper was to obtain, evaluate and compare information about oral health promoting behaviour as performed by American and Polish university students.

The survey involved 505 mainly first and second year students aged 19 to 23 years. Two hundred forty two students (32 female and 210 male) studied at the American Rochester Institute of Technology (RIT) and 263 ( 37 female and 226 male) at Polish Poznań University of Technology (PP). Due to ethnic diversity among the American youth, only those subjects entered the study who had finished elementary and higher education in the USA.

The assessment and comparison of both groups of students was made basing on the questionnaire in which subjects were asked to self-assess their knowledge of oral health and to state the source of this knowledge, were checked on their opinions concerning the significance of healthy dentition for general well being, appearance and ability to chew foods, were asked about their check-up visits at the dentist's, oral hygiene, eating habits, fluoride prophylaxis and cigarette smoking. The questionnaire was preceded by pilot studies.

Statistical analysis used to compare the correctness of dental health oriented behaviour practised by the students of both groups was done basing on specially designed author's model of oral health promoting behaviour. In this model the most crucial criteria were specified and nine questions were chosen concerning visits in a dental surgery, oral hygiene, eating habits, and sources of dental health knowledge.

The study of both groups displayed their interest in maintaining oral health manifested by the frequency of their visits at the dentist's, mainly caused by the wish to check-up the teeth condition and – in case of American students - to clean the teeth



professionally. The studied subjects in their majority self-assessed their knowledge on the oral health as good.

Interest in maintaining healthy dentition declared in the questionnaire answers and positive self-assessment of the oral health knowledge in both groups was not always reflected in dental health practices performed on a daily basis. In the compared groups PP students were more systematic in teeth brushing and more commonly applied prophylactic mouth rinses while RIT students used accessory oral hygiene devices to a greater degree.

As far as eating habits are concerned, time and frequency of sweets consumption in both groups did not promote oral health.

The main source of information on oral health for both groups was a dentist. The study showed poor impact of oral hygiene instruction received at home during childhood on the dentally oriented behaviour in adult life.

While assessing harmful habits it was found that both Polish and American students were highly health-conscious as to the harm done by tobacco smoking. In both compared groups their members use chewing gum, with Polish PP students doing it as a part of caries prevention.

Statistical analysis to compare oral health oriented behaviour basing on chosen model criteria disclosed better health conscience and its practical realisation among American students.

The performed study indicates the need for further education and instruction of both American and Polish students on proper health promoting behaviour to increase their knowledge and motivation to apply dental and oral prophylaxis methods.

## PIŚMIENNICTWO

1. Adamowicz-Klepalska B., Buczkowska-Radlińska J., Iracki J., Jodkowska E., Kaczmarek U., Limanowska-Shaw H., Stopa J., Strużycka I., Trykowski J., Weyna E., Wierzbicka M., Ziętek M.: Konsensus grupy ekspertów w sprawie promocji zdrowia jamy ustnej i profilaktyki fluorkowej próchnicy zębów. Pod red. M. Wierzbicka, E. Pierzynowska. Fundacja Promocji Zdrowia. Warszawa 2004.
2. Adamowicz-Klepalska B., Wierzbicka M., Strużycka I.: Założenia i cele zdrowia jamy ustnej w kraju na lata 2006-2020. Czas. Stomat. 2005, LVIII, 6, 457-460.
3. Adriaens P.: Aetiology and prevention of periodontal disease. Nowa Stom. 1997, 3, 58-60.
4. American Cancer Society. Cigarette Smoking 2003.
5. Arnett J. J.: Optimistic bias in adolescent and adult smokers and nonsmokers. Addictive Behaviors. 2000, 25, 625.
6. Bałczewska E.: Elementy emocjonalno-motywacyjne w decyzji o leczeniu stomatologicznym dorosłych pacjentów przychodni periodontologicznej (badania ankietowe). Czas. Stomat. 1994, XLVII, 2, 114-117.
7. Bellamy H.A., Schwalberg R.H., Drum M.A. : Factors associated with use of preventive dental and health services among U.S. adolescents. Journal of Adolescent Health. 2001, 29, 6, 395-405.
8. Berggren U.: Long-Term Management of the Fearful Adult Patient Using Behavior Modification and Other Modalities. Journal of Dental Education. 2001, 65, 12, 1357-1367
9. 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. Stomat. 2007, LX, 6, 377-383.
10. Borysewicz-Lewicka M., Chłapowska J., Kruszyńska- Rosada M.: Źródła informacji w stomatologicznej edukacji zdrowotnej mieszkańców Wielkopolski. Zarządzanie w Ochronie Zdrowia. Ogólnopolska Konferencja Naukowa. 1991, 321-326.
11. Borysewicz-Lewicka M., Chłapowska J., Pioterek A., Ślendar R.: Realizacja edukacyjnych programów stomatologicznych w szkołach Wielkopolski - wyniki badań ankietowych. Czas. Stomat. 2003, 56 (5), 321-327.

12. Borysewicz-Lewicka M., Kruszyńska-Rosada M., Chłapowska J., Śniatała R.: Spożywanie słodczy przez młodzież - badania ankietowe zwyczajów żywieniowych jako ocena zachowań prozdrowotnych w stomatologii. *Stom. Współcz.* 1998, 5 (6), 400-404.
13. Borysewicz-Lewicka M., Kruszyńska-Rosada M., Chłapowska J., Śniatała R.: Wiadomości o sposobach utrzymywania higieny jamy ustnej młodzieży regionu poznańskiego w świetle badań ankietowych. *Przegl. Stom. Wieku Rozw.* 1998, 2/3 (23/23), 35-41.
14. Borysewicz-Lewicka M., Przystanowicz A.: Aktualne tendencje w promocji zdrowia jamy ustnej. *Stom. Współcz.* 2001, 8 (3), 152-158.
15. Borysewicz-Lewicka M., Przystanowicz A.: Wiedza o powinnościach wobec zdrowia jamy ustnej, a realne zachowanie uczniów szkół podstawowych. *Czas. Stom.* 2001, 54 (3), 152-158.
16. Britt, D. M., Collins, F. L., Cohen L. M.: Cigarette smoking and chewing-gum use among college students. *Journal of Applied Biobehavioural Research.* 1999, 4, 85-90.
17. Bruzda-Zwiech A., Proc P., Wochna-Sobańska M.: Ocena wpływu żucia gumy Orbit Berries na zdolności buforowe śliny. *Czas Stomatol* 2004, LVII, 1, 19-24.
18. Bruzda-Zwiech A., Wochna-Sobańska M., Szydłowska-Walendowska B.: Zachowania zdrowotne a stan uzębienia 18-latków z województwa łódzkiego. *Stom. Współcz.* 2007, 3, 8-13.
19. Bruzda-Zwiech A., Wochna-Sobańska M., Szydłowska-Walendowska B.: Ocena poziomu lęku stomatologicznego, jego źródeł i wpływu na stan uzębienia młodzieży 18-letniej z województwa łódzkiego. *Dent. Med. Probl.* 2007, 44, 3, 343-350.
20. Burt B. A.: The use of sorbitol- and xylitol-sweetened chewing gum in caries control. *J Am Dent Assoc* 2006, 137, 190-196.
21. Calvadini C., Siega-Riz A.M., Popkin B.M.: US adolescent food intake trends from 1965 to 1996. *Arch Dis Child* 2000, 83, 18-24.
22. Carr A.B., Beebe T.J., Jenkins S.M.: An Assessment of Oral Health Importance. Results of a Statewide Survey. *J Am Dent Assoc*, 140, 5, 580-586.
23. Chłapowska J., Lempe B.: Żucie gumy przez młodzież - badanie ankietowe zachowań prozdrowotnych. *Czas. Stomat.*, 2000, LII, 4, 225-230.
24. Dybiżbańska E.: Skuteczność stomatologicznej edukacji prozdrowotnej na podstawie doświadczeń międzynarodowych. *Nowa Stomat.*, 2005, 3, 139-142.

25. Fejerskov O., Kidd E. (red.): Próchnica zębów. Choroba próchnicowa i postępowanie kliniczne. Wyd. I polskie pod redakcją U. Kaczmarek. Wydawnictwo Urban & Partner Wrocław 2006.
26. Ferguson G.A., Takane Y.: Analiza statystyczna w psychologii I pedagogice. Wyd. PWN Warszawa 2003.
27. Gajewska M., Kaczmarek U.: Potrzeby lecznicze uzębienia 12-letnich dzieci z byłego województwa wrocławskiego. *Stom. Współcz.* 2000, 7 (1), 27-30.
28. Ganowicz M., Pierzynowska E., Zawadziński M., Strużycka I., Iwanicka-Grzegorek E., Szatko F., Dybizbańska E., Wierzbicka M., Jodkowska E.: Ocena stanu uzębienia i stomatologicznych potrzeb leczniczych młodzieży w wieku 18 lat w Polsce w 2004 roku. *Nowa Stom.* 2006, 1, 27-33.
29. Gavish A., Halachmi M., Winocur E., Gazit E.: Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescent girls. *J Oral Rehabil* 2000, 27, 1, 22-23.
30. Gmyrek-Marciniak A.: Wpływ warunków ekonomicznych na zdrowie jamy ustnej. *Magazyn Stom.* 2004, 2, 70-73.
31. Grocholewicz K., Weyna E., Banaszek D.: Czteroletnia ocena skuteczności programów profilaktycznych u dzieci szkolnych. *Przegląd Stom. Wieków Rozwojowego.* 1998, 2/3, 61-66.
32. Instytut Badań Rynku i Opinii Publicznej SMG/KRC. Higieniczne nawyki Polaków. Raport 2004.
33. Iwanicka-Frankowska E., Trykowski J., Wierzbicka M., Dybizbański E.: Ocena użyteczności płukanki firmy Oral B stosowanej jako uzupełnienie domowych zabiegów higienicznych. *Magazyn Stomat.* 1995, 5, 7-12.
34. Iwanicka-Grzegorek E., Michalik J., Zapalska K.: Poziom wiedzy na temat choroby próchnicowej i jej zapobiegania wśród uczniów szkół gimnazjalnych. *Nowa Stom.* 2010, 1, 3-8.
35. Jańczuk Z.(red.): Stomatologia zachowawcza. Zarys kliniczny. PZWL Warszawa 2010.
36. Jańczuk Z., Ciągło A.: Podstawy epidemiologii chorób narządu żucia. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1999.
37. Jańczuk Z.: Stan narządu żucia polskiej populacji. *Nowa Stom.* 1997, 2(3), 45-49.
38. Jodkowska E.: Publiczny program zapobiegania próchnicy w Polsce u dzieci i młodzieży. *Dent. Med. Probl.* 2010, 47, 2, 137-143

39. Kaczmarek U., Pregiel B., Wrzyszczyk-Kowalczyk A., Grzesiak I., Fita K.: Poziom fluoru w ślinie po szczotkowaniu zębów pastami fluorkowymi z i bez płukania wodą. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. 2006, 52, 1, 45-49.
40. Kaczmarek U., Radwan-Oczko M., Sołtan E., Gajewska M., Bader-Orłowska I.: Ocena kliniczna szczotek do zębów Signal Professional. Stom. Współcz. 1994, 1, 40.
41. Kaczmarek U.: Mechanizmy kariostatyczne fluoru. Czas. Stomat. 2005, 58, 6, 404-413.
42. Kanicka M., Szpak A., Drygas W., Rzeźnicki A., Kowalska A.: The prevalence of tobacco smoking among Public Health students at Medical University of Białystok. Advances in Medical Sciences. 2007, 52, 1, 60-63.
43. Kobierska A.: Stres w gabinecie stomatologicznym. Czas. Stomat. 1995, XLVIII, 526-531.
44. Koczorowska M., Kurhańska-Flisykowska A., Kramer L., Piskorska M., Soboczyńska K.: Stan świadomości zdrowotnej pacjentów i próg wrażliwości smakowej a higiena jamy ustnej i występowanie próchnicy zębów. Dental Forum 2005, 2, XXXIII, 53-60.
45. Komosińska K., Woynarowska B.: Zachowania związane ze zdrowiem jamy ustnej młodzieży w wieku 11-15 lat w Polsce i innych krajach oraz tendencje w latach 1990-2002. Nowa Stom. 2004, 2, 62-72.
46. Krajewski W.: Ogólne założenia promocji zdrowia na podstawie piśmiennictwa. Przegląd Stomat. Wieków Rozwojowego. 2001, 2 (34), 36-39.
47. Krajewski W.: Wybrane zagadnienia z zakresu propagowania mniej popularnych form oświaty zdrowotnej w praktyce stomatologicznej. Przegląd Stomat. Wieków Rozwojowego. 1994, 6-7(2-3), 58-59.
48. Krakowiak K., Kleinrok M., Mielnik-Hus J., Doraczyńska-Banach E.: Nawykowe żucie gumy a dysfunkcje układu ruchowego narządu żucia. Prot. Stom. 1996, XLVI, 6, 360-365.
49. Krzych Ł.: Analiza stylu życia studentów Śląskiej Akademii Medycznej. Zdr. Publ. 2004, 114, 67-70.
50. Kurhańska- Flisykowska A., Soboczyńska K., Stopa J., Cofta K., Wiesiołowska A.: Trzyletni program profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia u młodzieży szkoły średniej. Przegląd Stomat. Wieków Rozwojowego. 1996, 2/3, 104-107.
51. Kuźnar B., Batura-Gabryel H., Młynarczyk W.: Social aspects of tobacco smoking among Polish students. Pneumonol. Alergol. Pol. 2002, 70, 483-489.

52. Lalonde M.: The New prospective on the health of Canadians. Government of Canada, Ottawa 1974.
53. Lempe B. Promotor Borysewicz-Lewicka M.: Stan uzębienia i stomatologicznych potrzeb leczniczych młodzieży poznańskich szkół ponadpodstawowych w ocenie lekarza i pacjenta. Praca Doktorska. Zakład Stomatologii Dzieci i Młodzieży IS AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu 2000.
54. Lewandowski L., Osmola K., Nowaczyk M.T., Szwarczyński A.: Wpływ informacji lekarskiej i zbiegu operacyjnego na zaprzestanie palenia papierosów przez chorych onkologicznych. *Poznańska Stom.* 2001, XXVIII, 253.
55. Limanowska-Show H.: Praktyczne aspekty zapobiegania próchnicy zębów. *Med. Rodzinna.* 2003, 5, 43-45.
56. Lussi A.: Dental erosion. From diagnosis to therapy. Wyd. Karger 2006.
57. Lwow F., Milewicz A.: Promocja zdrowia. Podręcznik dla studentów i lekarzy rodzinnych. Wyd. Urban & Partner Wrocław 2004.
58. Ly K.A., Milgrom P., Rothen M.: The Potential of dental-protective chewing gum in oral health interventions. *J Am Dent Assoc.* 2008, 139, 5, 553-563.
59. Majewska A.: Wadliwe żywienie u postaw patologii tkanek jamy ustnej. Część II. Żywienie a próchnica zębów. *Przegląd Stomat. Wieku Rozwojowego.* 1996, 4 / 1997,1(16/17), 43-47.
60. Majewska A.: Wadliwe żywienie u postaw patologii tkanek jamy ustnej. Część III. Żywienie a choroby przyzębia. *Przegląd Stom. Wieku Rozwojowego.* 1996, 4 / 1997,1(16/17), 48-52.
61. Marczuk-Kolada G., Ustymowicz-Farbiszewska J., Stokowska W., Karczewski J.: Ocena stanu uzębienia i zachowań prozdrowotnych dzieci 9- i 14-letnich z okolic Białegostoku. Cz. I. Ogólna ocena higieniczna. *Nowa Stomat.* 2000, 3, 9-12.
62. Marthaler T.M.: Fluorides: topical usages. *Nowa Stom.* 1997, 3, 49-50.
63. Marthaler TM.: Changes in the prevalence of dental caries: how much can be attributed to changes in diet? *Caries Res* 1990, 24 (1), 3-15.
64. Mielnik-Błaszczak M., Krawczyk D.: Ocena kliniczna szczoteczki do czyszczenia zębów firmy Colgate-Palmolive dla dzieci w wieku 12 lat. *Przegląd Stomat. Wieku Rozwojowego.* 1994, 6-7, 75-77.
65. Mielnik-Błaszczak M., Krawczyk D.: Guma do żucia w profilaktyce próchnicy zębów. *Magazyn Stomat.* 1995, V, 6, 17-18.

66. Mielnik-Błaszczak M., Pels E., Krawczyk D.: Badania kliniczne i bakteriologiczne płynów Aquafresh Original, Friss Mentolos i Aquafresh Mint do płukania jamy ustnej firmy SmithKline Beecham. *Przegląd Stomat. Wieków Rozwojowych*. 1996, 4 / 1997, 1 (16/17), 31-35.
67. Mielnik-Błaszczak M., Stanios-Śnieżyńska J., Małanczuk E., Kubić B.: Poziom świadomości prozdrowotnej w zakresie zdrowia jamy ustnej dzieci szkoły podstawowej w Lublinie-badania ankietowe. *Przegląd Stomat. Wieków Rozwojowych*. 1994, 6-7, 78-81.
68. Milewska-Toczek E., Rzepka R., Toczek M., Marciniak A., Pytlak I.: Poziom wiedzy z zakresu podstawowych zasad higieny i profilaktyki stomatologicznej wśród studentów uczelni lubelskich. *Przegląd Stomat. Wieków Rozwojowych*. 1997, 3, 42-48.
69. Miller M., Wysocki M.J., Cianciara D.: Promocja zdrowia wobec reform ochrony zdrowia w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny*. 2003, 57, 513-519.
70. Murphy-Hoefer R., Alder S., Higbee C.: Perceptions about cigarette smoking and risks among college students. *Nicotine & Tobacco Research*. 2004, 6, 3, 371-374.
71. Nywad B.: Multifactorial concept of caries and the effects of plaque removal. *Nowa Stom*. 1997, 3, 55-56.
72. Opydo-Szymaczek J.: Profilaktyka fluorkowa próchnicy zębów - rys historyczny, współczesne poglądy związane z tym zagadnieniem. *Poznańska Stom*. 2001, XXVIII, 145-152.
73. Ottawa Charter for Health Promotion. November 17-21, 1986. World Health Organization, Ottawa.
74. Pawlak B., Wdowiak L., Lis J., Szczęsny M.: Promocja zdrowia w gabinecie stomatologicznym. *Zdr. Publ*. 2004, 114 (4), 491-494.
75. Piątowska D.(red): *Zarys kariologii*. Wyd. Med. Tour Press International Warszawa 2002.
76. Pike S., Forster D.(red): *Promocja zdrowia dla wszystkich*. Wyd. Czelej Lublin 1998.
77. Proc P., Bruzda-Zwiech A.: Poziom lęku przed zabiegami stomatologicznymi wśród studentów stomatologii - badania ankietowe. *Czas. Stomat*. 2002, LV, 12, 782-8.
78. Pypec J., Stec M., Mikołajczyk M.: Żucie gumy bez cukru – nawyk czy element profilaktyki przeciwpróchnicowej? *Czas. Stomat*. 2005, LVIII, 10, 714-718.
79. Reich E.: Trends in caries and periodontal health epidemiology in Europe. *Int Dent J* 2001, 51, 6, 392-398.

80. Rump Z.: Promocja zdrowia jamy ustnej: strategia i treści merytoryczne dla populacji dzieci przewlekle upośledzonych. *Przegląd Stomat. Wieku Rozwojowego*. 1994, 6-7, 100-102.
81. Rybarczyk E.: Poziom stomatologicznej oświaty zdrowotnej u młodzieży szkoły podstawowej w Łodzi. *Czas. Stomat.* 1994, XLVII, 9, 574-578.
82. Sieczkarek J., Wysokińska-Miszczyk J.: Wdrażanie polityki promocji zdrowia w zakresie próchnicy zębów – cz I. *Twój Przegląd Stom.* 2004, 2, 16-18.
83. Sieczkarek J., Wysokińska-Miszczyk J.: Wdrażanie polityki promocji zdrowia w zakresie próchnicy zębów – cz II. *Twój Przegląd Stom.* 2004, 3, 14-16.
84. Sionkowska J., Wysokińska-Miszczyk J.: Ocena dbałości o higienę jamy ustnej pacjentów dorosłych oraz ich opinie na temat usług stomatologicznych w ramach kontraktów NFZ. *Nowa Stom.* 2006, 4, 185-191.
85. Slade G. D., Strauss R. P., Atchson K. A., Kressin N. R., Locker D.: Conference summary: assessing oral health outcomes – measuring health status and quality of life. *Comm. Dental Health*. 1998, 15, 3-7.
86. Slovic P.: Rejoinder: The perils of Viscusi's analysis of smoking risk perceptions. *Journal of Behavioral Decision Making*. 2000, 13, 273–276.
87. Sobiech I, Sobol-Kober J., Remiszewski A., Sobiech P.: Wpływ zwyczajów żywieniowych dzieci na występowanie próchnicy zębów (badania pilotażowe). *Nowa Stom.* 1999, 4, 12-14.
88. Sokalska J., Więckiewicz W., Zeńczak–Więckiewicz D.: Wpływ nawyku żucia gumy na stan układu stomatognatycznego. *Dent. Med. Probl.* 2006, 43, 4, 567–570.
89. Spiechowicz E., Adamczyk-Sosińska E.: Wpływ żucia bezcukrowej gumy „Orbit” na wydzielanie i właściwości śliny. *Prot. Stom.* 1995, XLV, 5, 277-284.
90. Steptoe A., Wardle J.: Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science & Medicine*. 2001, 53, 1621-1630.
91. Strużycka I., Adamowicz Klepalska B.: Pilne zadania polityki państwa w zakresie zdrowia jamy ustnej w świetle zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia. 2005, LVIII, 6, 450-456.
92. Strużycka I., Małkowska A., Stopa J.: Efektywne sposoby promocji zdrowia jamy ustnej. *Czas. Stomat.* 2005, LVIII, 6, 392-396.



93. Strycharz M., Bartecka K., Polz - Dacewicz M.: Świadomość prozdrowotna, nawyki higieniczne i zwyczaje żywieniowe uczniów klas maturalnych liceów ogólnokształcących w Lublinie. *Magazyn Stomat.* 2002, 12, 4, 66–69.
94. Surdacka A., Napiontek-Kubanek H., Stopa J.: Wpływ środków spożywczych oraz past do zębów z zawartością ksylitolu na stan jamy ustnej. *Magazyn Stomat.* 1999, IX, 3, 16-18.
95. Surdacka A.: Rola fluoru w procesie remineralizacji na podstawie piśmiennictwa i badań własnych. *Pozn. Stom.* 2002, 29, 101-105.
96. Surdacka A.: Wpływ past do zębów z dodatkiem jonów fluorkowych oraz jonów strontu na powierzchnię szkliwa i wybrane parametry środowiska jamy ustnej. *Dental Forum.* 2005, 1, XXXII, 49-56.
97. Surdacka A.: Wykorzystanie preparatów do codziennej higieny jamy ustnej sprzyjających procesom remineralizacji. *Dental Forum.* 2009, 37, 71-72.
98. Szatko F, Boczkowski A: Skuteczność systemu opieki stomatologicznej w Polsce. *Instytut Medycyny Pracy. Łódź* 1995.
99. Szatko F., Grzybowski A.: Formalna dostępność a rzeczywista osiągalność opieki stomatologicznej w Polsce - bariery osiągalności. *Przegląd Stomat. Wieku Rozwojowego.* 2000, 3/4, 18-25.
100. Szatko F., Wierzbicka M., Grzybowski A.: Kariogenne wzorce żywieniowe dzieci narzucane przez sklepiki szkolne. *Przegląd Stomat. Wieku Rozwojowego.* 2001, 3/4, 80-87.
101. Szatko F.: Prace nad poprawą zdrowia jamy ustnej i rozwojem opieki stomatologicznej w Polsce. Społeczno-ekonomiczne i organizacyjne uwarunkowania stanu zdrowotnego jamy ustnej polskiego społeczeństwa. *Czas. Stomat.* 1999, LII, 8, 546-554.
102. Szatko F.: Ważniejsze determinanty stanu zdrowotnego jamy ustnej. *Przegląd Stomat. Wieku Rozwojowego.* 1996, 2/3 (14/15), 120-124.
103. Szczepańska J.: Współczesne poglądy na profilaktykę fluorkową-niektóre aspekty kariostatycznego działania fluorków. *Nowa Stom.* 2003, 2(24), 80-83.
104. Szpringer-Nodzak M., Wochna-Sobańska M.(red.): *Stomatologia wieku rozwojowego.* Wyd. PZWL, Warszawa 2007.
105. Szymańska J., Wdowiak L.: Profilaktyka zębów u dzieci i młodzieży w dobie transformacji opieki zdrowotnej. *Zdr. Publ.* 2004, 114 (2), 127-130.

106. Tanasiewicz M.: Czy coroczne przeglądy jamy ustnej dzieci będących pod opieką zespołu profilaktyczno-stomatologicznego w miejscu nauczania odgrywają znaczącą rolę w upowszechnianiu profilaktyki? *Magazyn Stomat.* 2003, 1, 20-23.
107. The World Oral Health Report 2003. *Comm Dent Oral Epidemiol.* 2003, 31, 1, 3-24.
108. Ustymowicz-Farbiszewska J., Karczewski J., Marczuk-Kolada G., Stokowska W.: Stan uzębienia dzieci 9- i 14-letnich z okolic Białegostoku. Cz. II. Wpływ wybranych składników pokarmowych i zabiegów higienicznych na intensywność próchnicy zębów. *Nowa Stom.* 2001, 1, 16-19.
109. Van Loveren C.: Dietary counseling for prevention of caries and tooth wear. *Nowa Stom.* 1997, 3, 51-54.
110. Von Ah D., Ebert S., Ngamvitroj A., Park N., Hee Kang D.: Factors related to cigarette smoking initiation and use among college students. *Tobacco Induced Diseases.* 2005, 3, 1, 27-40.
111. Wdowiak L., Szymańska J., Mielnik-Błaszczak M.: Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej. *Zdr. Publ.* 2004, 114 (1), 99-103.
112. Wdowiak L., Szymańska J., Mielnik-Błaszczak M.: Wybrane problemy stomatologii w aspekcie zdrowia publicznego. *Zdr. Publ.* 2003, 113, 3/4, 308-311.
113. 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.
114. Wierzbicka M.(red): *Periodontologia kliniczna. Część II.* Wyd. Med. Tour Press International. Sanmedia, Warszawa 1995.
115. Wierzbicka M., Adamowicz-Klepalska B.: Prace nad poprawą zdrowia jamy ustnej i rozwojem opieki stomatologicznej w Polsce. Zalecenia w sprawie zasad doboru i stosowania metod zapobiegania próchnicy zębów i zapaleniom dziąseł w okresie przekształceń systemowych w ochronie zdrowia. *Czas. Stomat.* 1999, LII (5), 340-348.
116. Wierzbicka M.: Prace nad poprawą zdrowia jamy ustnej i rozwojem opieki stomatologicznej w Polsce. Doświadczenia polskie z programami zapobiegania próchnicy. *Czas. Stomat.* 1999, LII (10), 697-701.
117. Wnukiewicz J., Nosow E., Nosow A., Nazar E., Siewiński M.: Wpływ palenia papierosów na poziom inhibitorów cysteinowych peptydaz w ślinie *Czas. Stomat.* 2010, 63, 2, 108-115.

118. Wochna-Sobańska M., Borysewicz-Lewicka M.: Stomatologiczne potrzeby lecznicze ludności Polski w świetle epidemiologicznych badań wykonanych w 2003 roku w ramach programu „Miesiąc totalnie zdrowego uśmiechu”. *Czas. Stomat.* 2007, LX, 5, 299-305.
119. World Health Organization 1993. Health for all targets: the health policy for Europe.
120. Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne i samoocena zdrowia. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa 1999.
121. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Wyd. PWN Warszawa 2007.
122. Wysokińska – Miszczuk J., Walczak B., Zgodzińska E., Żuk M.: Ocena kliniczna szczotek do zębów firmy Butler, Jordan, Signal, Superdent 300. *Przegląd Stomat.Wieku Rozwojowego.* 1994, 6-7, 139-140.
123. Zdanecka-Dudziak J., Tomaszewska M., Lipieński D., Mrozikiewicz P.M.: Rola bakterii *Sreptococcus mutans* w patogenezie próchnicy zębów. *Herba Polonica.* 2004, 50 (2), 94-109.
124. Żołnierczuk-Kieliszek D., Kulik T.B., Pacian A., Gajowiak K., Skórzyńska H.: Tobacco smoking and exposure to passive smoking among students of Medical University in Lublin. *Polish J Environ Stud.* 2006, 15, 964-967.

## SPIS TABEL

Tab.1	Liczebność badanej grupy z uwzględnieniem podziału na płeć.....	17
Tab.2	Odpowiedzi na pytanie 1: Na ile ważne są dla Ciebie zdrowe zęby dla: .....	23
Tab.3	Odpowiedzi na pytanie 4: Skąd głównie czerpiesz informacje na temat higieny jamy ustnej .....	26
Tab.4	Odpowiedzi na pytanie 7: Jaki jest najczęstszy powód Twoich wizyt u stomatologa? .....	29
Tab.5	Odpowiedzi na pytanie 11: Co powstrzymuje Cię przed pójściem do stomatologa?.....	33
Tab.6	Odpowiedzi na pytanie 13: Kiedy szczotkujesz zęby?.....	35
Tab.7	Odpowiedź na pytanie 21: Czym kierujesz się najczęściej przy wyborze pasty do zębów? .....	43
Tab.8	Odpowiedzi na pytanie 22: Jakie własności pasty do zębów są dla Ciebie najważniejsze? .....	44
Tab.9	Odpowiedź na pytanie 28: Jeśli tak to czym kierujesz się przy wyborze gumy do żucia? .....	50
Tab.10	Odpowiedzi na pytanie 30: Jak często spożywasz słodycze?.....	52
Tab.11	Odpowiedzi na pytanie 32: Czym najczęściej zaspokajasz głód pomiędzy głównymi posiłkami? .....	54
Tab.12	Odpowiedzi na pytanie 35: Jeśli słodzisz cukrem, ile łyżeczek zwykle zużywasz na szklanke? .....	57
Tab.13	Odpowiedzi na pytanie 36: Ile szklanek napojów wypijasz dziennie? .....	58
Tab.14	Odpowiedzi na pytanie 4: Skąd głównie czerpiesz informacje na temat higieny jamy ustnej? ( z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej) .....	63
Tab.15	Odpowiedzi na pytanie 5: Jak często byłeś/aś u stomatologa w ostatnich 3 latach?( z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej) .....	64
Tab.16	Odpowiedzi na pytanie 7: Jaki jest najczęstszy powód Twoich wizyt u stomatologa? .....	65
Tab.17	Odpowiedzi na pytanie 10: Czy oczyszczasz profesjonalnie zęby u stomatologa? (z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej) .....	65
Tab.18	Odpowiedzi na pytanie 12: Jak często szczotkujesz zęby? (z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej) .....	66

Tab.19	Odpowiedzi na pytanie 18: Czy używasz innych przyborów do utrzymania higieny jamy ustnej? (z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej) .....	67
Tab.20	Odpowiedzi na pytanie 17: Jak często zmieniasz szczoteczkę do zębów? (z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej).....	67
Tab.21	Odpowiedzi na pytanie 19: Czy używasz płynów do płukania jamy ustnej? (z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej).....	68
Tab.22	Odpowiedzi na pytanie 37: Czy zdarza Ci się jeść po wieczornym umyciu zębów? (z uwzględnieniem odpowiedzi poprawnej) .....	68
Tab.23	Liczba i odsetek osób spełniających kryteria wzorcowe .....	69

## SPIS RYCIN

Ryc.1	Odpowiedzi na pytanie 2: Czy uważasz, że Twoja wiedza na temat stomatologicznych zachowań prozdrowotnych jest: .....	24
Ryc.2	Odpowiedzi na pytanie 3: Czy uważasz, że w Twojej Rodzinie kładziono wystarczający nacisk na stomatologiczne zachowania prozdrowotne?.....	25
Ryc.3	Odpowiedzi na pytanie 5: Jak często byłeś/aś u stomatologa w ostatnich 3 latach? .....	27
Ryc.4	Odpowiedzi na pytanie 6: Kiedy ostatnio byłeś u stomatologa?.....	28
Ryc.5	Odpowiedzi na pytanie 8: Jeśli regularnie chodzisz do stomatologa to jaka jest Twoja motywacja?.....	30
Ryc.6	Odpowiedzi na pytanie 9: Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłeś u stomatologa z powodu dolegliwości bólowych (ból zęba, choroby dziąseł, nadwrażliwość)? .....	31
Ryc.7	Odpowiedzi na pytanie 10: Czy oczyszczasz profesjonalnie zęby u stomatologa?.....	32
Ryc.8	Odpowiedzi na pytanie 12: Jak często szczotkujesz zęby? .....	34
Ryc.9	Odpowiedzi na pytanie 14: Czy zdarza Ci się wyjść z domu bez umycia zębów? .....	36
Ryc.10	Odpowiedzi na pytanie 15: Jakiej szczoteczki używasz na co dzień do czyszczenia zębów? .....	37
Ryc.11	Odpowiedzi na pytanie 16: Jakiego rodzaju jest Twoja szczoteczka do zębów? .....	38
Ryc.12	Odpowiedzi na pytanie 17: Jak często zmieniasz szczoteczkę do zębów? .....	39
Ryc.13	Odpowiedzi na pytanie 18: Czy używasz innych przyborów do utrzymania higieny jamy ustnej? .....	40
Ryc.14	Odpowiedzi na pytanie 19: Czy używasz płynów do płukania jamy ustnej?..	41
Ryc.15	Odpowiedzi na pytanie 20: Dlaczego używasz płynów do płukania jamy ustnej? .....	42
Ryc.16	Odpowiedzi na pytanie 23: Czy stosujesz pasty do zębów zawierające fluor?.....	45
Ryc.17	Odpowiedź na pytanie 24: Ile czasu dziennie przeznaczasz na higienę jamy?	46

Ryc.18	Odpowiedzi na pytanie 25: Czy korzystasz z zabiegów wybielających zęby u stomatologa? .....	47
Ryc.19	Odpowiedzi na pytanie 26: Czy (oprócz pasty) używasz innych preparatów do wybielania zębów w domu? .....	48
Ryc.20	Odpowiedzi na pytanie 27: Czy żujesz gumę do żucia .....	49
Ryc.21	Odpowiedzi na pytanie 29: Jeśli żujesz gumę, jaka jest Twoja główna motywacja? .....	51
Ryc.22	Odpowiedzi na pytanie 31: Kiedy najczęściej spożywasz słodczyce?.....	53
Ryc.23	Odpowiedzi na pytanie 33: Czy słodzisz napoje (kawę, herbatę)? .....	55
Ryc.24	Odpowiedzi na pytanie 34: Jeśli tak, to czym słodzisz napoje (kawę, herbatę)?.....	56
Ryc.25	Odpowiedzi na pytanie 37: Czy zdarza Ci się jeść po wieczornym umyciu zębów? .....	59
Ryc.26	Odpowiedzi na pytanie 38: Czy uważasz, że palenie papierosów jest szkodliwe dla zdrowia jamy ustnej? .....	60
Ryc.27	Odpowiedzi na pytanie 39: Czy uważasz, że palenie może być przyczyną nowotworów jamy ustnej?.....	61
Ryc.28	Odpowiedzi na pytanie 40: Czy palisz papierosy? .....	62

## **ZAŁĄCZNIKI**

Załącznik 1 ANEKS (WERSJA ANGIELSKA)

Załącznik 2 ANEKS (WERSJA POLSKA)

Załącznik 3 ZGODA NA PRZYSTĄPIENIE DO BADAŃ (WERSJA ANGIELSKA)

Załącznik 4 ZGODA NA PRZYSTĄPIENIE DO BADAŃ (WERSJA POLSKA)

Załącznik 5 KWESTIONARIUSZ ANKIETY (WERSJA ANGIELSKA)

Załącznik 6 KWESTIONARIUSZ ANKIETY (WERSJA POLSKA)

Załącznik 7 WZORZEC POPRAWNYCH ODPOWIEDZI (9 PYTAŃ)



Akademia Medyczna im. K.Marcinkowskiego  
w Poznaniu  
Instytut Stomatologii  
Zakład Stomatologii Dzieci i Młodzieży  
ul.Rokietnicka 5D

## **Agreement**

I hereby agree to fill out the questionnaire and use the results for research purpose.

Signature

Akademia Medyczna im. K.Marcinkowskiego  
w Poznaniu  
Instytut Stomatologii  
Zakład Stomatologii Dzieci i Młodzieży  
ul.Rokietnicka 5D

## **Dear Students !**

We are conducting research related to health promoting oral habits of students. In order to get detailed information we would like to ask you to fill the attached questionnaire.

We kindly ask you to give honest, reliable answers. Collected data will be used only for the research purpose.

Thank you

Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego  
w Poznaniu  
Instytut Stomatologii  
Zakład Stomatologii Dzieci i Młodzieży  
ul. Rokietnicka 5D

## **Szanowni Państwo !**

W związku z prowadzonymi badaniami mającymi na celu uzyskanie informacji na temat stomatologicznych zachowań prozdrowotnych młodzieży akademickiej, prosimy o wypełnienie załączonego kwestionariusza ankiety.

Prosimy o udzielanie szczerych , rzetelnych odpowiedzi. Dane uzyskane w toku badań będą wykorzystane wyłącznie w celach naukowych.

Dziękujemy!

Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego  
w Poznaniu  
Instytut Stomatologii  
Zakład Stomatologii Dzieci i Młodzieży  
ul. Rokietnicka 5D

## **Zgoda na przeprowadzenie ankiety**

Wyrażam zgodę na wypełnienie kwestionariusza ankiety i wykorzystanie go do celów naukowych.

Podpis

Part I

1. How important do you consider your teeth to be for:
- a) your self esteem:  
very important...- fairly important...-.... not so important...-.. not important at all ...-..
  - b) your appearance:  
very important...- fairly important...-.... not so important...-.. not important at all ...-..
  - c) your ability to eat  
very important...- fairly important...-.... not so important...-.. not important at all ...-..
- 

2. Do you think your knowledge about health promoting oral habits?
- a) very good
  - b) sufficient
  - c) needs to be improved
  - d) very small
- 

3. Do you think that your family stress on health promoting oral habits enough?
- a) Yes
  - b) No
- 

4. Where do you usually take information about oral health and hygiene from?
- a) My dentist
  - b) TV
  - c) Journals
  - d) Friends
  - e) Family
  - f) Internet
  - g) School programs
  - h) other
-

Part II

5. How often do you visit a dentist (during last 3 years)?
- a) regular check up
  - b) regular once a year
  - c) only when I have a problem
  - d) only when my dentist invites me
  - e) don't visit dentist
- 

6. How long ago was your last dentist visit?
- a) within the last 12 months
  - b) 1 - 2 years ago
  - c) 2 - 5 years ago
  - d) more than 5 years ago
  - e) never been to the dentist
- 

7. What is the most frequent reason of your dentist visit?
- a) regular check up
  - b) toothache
  - c) bleeding gums or periodontal disease
  - d) to have teeth filled
  - e) to have teeth whitened
  - f) to have teeth cleaned
  - g) problems with 3<sup>rd</sup> molar ("wisdom tooth")
  - h) denture needs
  - i) sensitive teeth
  - j) other reasons .....
  - k) I don't visit dentist
- 

8. If you go for regular check up to the dentist why do you go?
- a) to catch things before they go wrong
  - b) it's a habit, it is what I have been brought up to do
  - c) I go to set an example to my children/friends
  - d) I know it is something I should do
  - e) I am not sure why I go
- 

9. Have you needed an emergency dental treatment in the last 12 months (toothache, gum disease, sensitive teeth etc.)?
- a) Yes
  - b) No
  - c) I don't remember
-

10. Do you visit your dentist to have your teeth cleaned?
- a) Yes How often: twice a year...-..... Once a year...-..... Rarely...-.....
  - b) No
  - c) Don't remember
- 

11. What keeps you from visiting the dentist?
- a) fear of pain
  - b) too expensive
  - c) not knowing a "good" doctor
  - d) previous bad experiences with dentists
  - e) uncertainty about costs
  - f) unnecessary to go until a problem occurs
  - g) none from listed
- 

12. How often do you brush your teeth?
- a) more than twice a day
  - b) twice a day
  - c) once a day
  - d) once for a few days
- 

13. When do you brush your teeth?
- a) before the breakfast
  - b) after the breakfast
  - c) before lunch
  - d) after lunch
  - e) before dinner/supper
  - f) after the dinner/supper
  - g) after each meal
- 

14. Do you leave your home in the morning without having your teeth brushed?
- a) Yes, often
  - b) Yes, rarely
  - c) No
- 

15. What kind of toothbrush do you use everyday?
- a) electrical
  - b) traditional
  - c) both types
  - d) different types
-

16. How is your toothbrush?

- a) Soft
  - b) Medium
  - c) Hard
  - d) Don't know
- 

17. How often do you change your toothbrush?

- a) once a month
  - b) once for a three months
  - c) twice a year
  - d) when it looks bad
- 

18. Do you use any other tools for dental hygiene?

- a) No
  - b) Yes
    - Dental floss
    - Toothpick
    - Interbrush
    - Water pick
    - Tongue brush/scraper
    - Other .....
- 

19. Do you use mouthwash?

- a) Yes
    - Once a day...-.....
    - Twice a day...-.....
    - A few times a day.....-.....
    - Every few days...-.....
  - b) No
- 

20. Why do you use mouthwash?

- a) to refresh my breath
  - b) to remove meals' remnants
  - c) its antibacterial properties prevent cavities and gum diseases
  - d) none from listed
-



21. What are the most important criteria of your toothpaste choice?

- a) flavor
- b) fluoride content
- c) whitening properties
- d) dentist's advice
- e) price
- f) commercials
- g) have none
- h) used to buy the particular type of toothpaste
- i) I don't buy the toothpaste

---

22. Which properties of your toothpaste are the most important for you?

- a) Anti-decay properties of fluoride
- b) Whitening
- c) Protection against gum diseases
- d) Breath refreshing
- e) Soft taste
- f) Relieve teeth over-sensitivity
- g) Other .....

---

23. Do you use fluoride toothpaste?

- a) No
- b) Yes
  - Because fluoride protect against decay
  - Because my dentist suggested it
  - No specific reason

---

24. How much time do you spend on your oral hygiene daily?

- a) Less than 5 min
- b) about 5 min
- c) about 10 min
- d) about 20 min
- e) more than 20 min

---

25. Do you visit your dentist to whiten your teeth?

- a) Yes twice a year..... once a year..... when my teeth look bad.....
  - b) No .....
-

26. Do you use any other things (besides toothpaste) to whiten your teeth at home?

- a) No
- b) Yes
  - once a month
  - once for each 3 months
  - twice a year
  - when my teeth look bad
  - according to product's directions

---

27. Do you chew a chewing gum?

- a) Yes, once or twice a day
- b) Yes, many times a day
- c) Yes, practically the whole day
- d) Yes, from time to time (few times a week)
- e) No

---

28. What are the most important criteria of your chewing gum choice?

- a) taste
- b) sugarfree
- c) whitening properties
- d) price
- e) commercial
- f) nothing
- g) other

---

29. Why do you chew a chewing gum (if you chew)?

- a) to give better breath
  - b) to improve my oral hygiene
  - c) to whiten my teeth
  - d) other
  - e) any specific reasons
-

30. How often do you eat sweets?

a) candies, chocolates, candy bars

- Every day
- Several times a week
- Once a week
- Never

b) cookies, cakes

- Every day
- Several times a week
- Once a week
- Never

c) ice creams

- Every day
- Several times a week
- Once a week
- Never

d) sweet sauces/dressings

- Every day
- Several times a week
- Once a week
- Never

e) juice, soda,

- Every day
- Several times a week
- Once a week
- Never

---

31. When do you eat sweets

a) just after the main meals?

- Yes, Often
- Yes, Rarely
- No

b) between main meals?

- Yes, Often
- Yes, Rarely
- No

c) I never eat sweets

---

32. Between main meals what do you mostly choose for your snack?

- a) fruits or vegetables
  - b) chips
  - c) cookies
  - d) candies
  - e) candy bars
  - f) ice cream
  - g) other
- 

33. Do you sweeten your drinks (coffee/tea)?

- a) Yes
  - b) No
- 

34. What do you use to sweeten your tea/coffee?

- a) sugar
  - b) sweeteners
  - c) I don't sweeten
- 

35. If you use sugar, how many tea spoons do you use for a cup of .....

(put a number next to each)

- a) Tea .....
  - b) Coffee .....
  - c) Milk .....
  - d) Cocoa .....
- 

36. How many cups of the following drinks do you drink daily?

(put a number next to each)

- a) Tea .....
  - b) Coffee .....
  - c) Milk .....
  - d) Cocoa .....
- 

37. Do you eat after your night teeth brushing?

- a) Yes, often
  - b) Yes, rarely
  - c) Never
-

38. Do you think smoking is harmful to your oral health?

- a) Yes
  - b) No
  - c) Possibly
  - d) Don't know
- 

39. Do you think smoking can cause a oral cancer?

- a) Yes
  - b) No
  - c) Maybe
  - d) Don't know
- 

40. Do you smoke?

- a) Yes, every day(current smoker)
  - b) I have never smoked
  - c) Yes, sometimes (occasional smoker)
  - d) I gave up smoking (Ex-smoker)
- 

Additional

1. Years of College .....

2. Age .....

3. Sex                    M                    F

4. Where did you graduate from primary and high school:

e) USA

f) Other countries

5. Years out of home .....

6. How do you assess your family material status:

- a) very good
- b) good
- c) average
- d) bad

## Część I

1. Jak ważne są dla Ciebie zdrowe zęby dla: (postaw x przy wybranej odpowiedzi)
- a) dobrego samopoczucia:  
bardzo ważne..... ważne..... niezbyt ważne..... nieważne.....
  - b) dobrego wyglądu:  
bardzo ważne..... ważne..... niezbyt ważne..... nieważne.....
  - c) możliwości spożywania pokarmów:  
bardzo ważne..... ważne..... niezbyt ważne..... nieważne.....
- 

2. Czy uważasz, że Twoja wiedza na temat stomatologicznych zachowań prozdrowotnych jest:
- a) bardzo duża
  - b) wystarczająca
  - c) wymaga uzupełnienia
  - d) bardzo mała
- 

3. Czy uważasz, że w Twojej Rodzinie kładziono wystarczający nacisk na stomatologiczne zachowania prozdrowotne?
- a) Tak
  - b) Nie
- 

4. Skąd głównie czerpiesz informacje na temat zdrowia i higieny jamy ustnej?
- a) od stomatologa
  - b) z telewizji
  - c) z gazet
  - d) od przyjaciół
  - e) od rodziny
  - f) z Internetu
  - g) ze szkoły
  - h) inne źródła informacji
-

## Część II

5. Jak często chodzisz do stomatologa (w ostatnich 3 latach)?
- a) regularnie raz na pół roku
  - b) regularnie Raz na rok
  - c) tylko wtedy, kiedy odczuwam dolegliwości
  - d) na zaproszenie stomatologa
  - e) nie chodzę
- 

6. Kiedy ostatnio byłeś u stomatologa?
- a) W ciągu ostatnich 12 miesięcy
  - b) 1 lub 2 lata temu
  - c) 2 do 5 lat temu
  - d) więcej niż 5 lat temu
  - e) nigdy nie byłem u stomatologa
- 

7. Jaki jest najczęstszy powód Twoich wizyt u stomatologa?
- a) wizyta kontrolna
  - b) ból zęba
  - c) choroba dziąseł
  - d) ubytek próchnicowy
  - e) wybielanie zębów
  - f) oczyszczenie zębów
  - g) problem z „zębem mądrości”
  - h) potrzeby protetyczne
  - i) nadwrażliwość zębów
  - j) inne
  - k) nie chodzę do stomatologa
- 

8. Jeśli regularnie chodzisz do stomatologa to jaka jest Twoja motywacja?
- a) Aby dostrzec problem zanim się rozwinie
  - b) To jest przyzwyczajenie
  - c) Aby dawać dobry przykład dzieciom/przyjaciołom
  - d) Wiem, że jest to rzecz, którą należy zrobić
  - e) Nie wiem jaką mam motywację
-

9. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłeś u stomatologa z powodu dolegliwości bólowych (ból zęba, choroby dziąseł, nadwrażliwość)?
- a) Tak
  - b) Nie
  - c) Nie pamiętam
- 

10. Czy oczyszczasz profesjonalnie zęby u stomatologa?
- a) Tak            Jak często: 2 x w roku..... 1 x w roku..... Rzadziej....
- b) Nie
  - c) Nie pamiętam
- 

11. Co powstrzymuje Cię przed pójściem do stomatologa?
- a) obawa przed bólem
  - b) zbyt wysoka cena usługi
  - c) nieznaną „dobrego lekarza”
  - d) poprzednie złe doświadczenia
  - e) niepewność kosztów
  - f) uważam, że nie muszę chodzić dopóki nie mam problemów
  - g) żadne z wymienionych
- 

12. Jak często szczotkujesz zęby?
- a) częściej niż 2 razy dziennie
  - b) 2 razy dziennie
  - c) raz dziennie
  - d) raz na kilka dni
- 

13. Kiedy szczotkujesz zęby?
- a) przed śniadaniem
  - b) po śniadaniu
  - c) przed obiadem
  - d) po obiedzie
  - e) przed kolacją
  - f) po kolacji
  - g) po każdym posiłku
- 

14. Czy zdarza Ci się wyjść z domu bez umycia zębów?
- a) Tak, często
  - b) Tak, rzadko
  - c) Nie
-



15. Jakiej szczoteczki używasz na co dzień do czyszczenia zębów?

- a) Elektrycznej
  - b) Tradycyjnej
  - c) takiej i takiej
  - d) kilka rodzajów jednocześnie
- 

16. Jakiego rodzaju jest Twoja szczoteczka do zębów?

- a) miękka
  - b) średnia
  - c) twarda
  - d) nie wiem
- 

17. Jak często zmieniasz szczoteczkę do zębów?

- a) raz na miesiąc
  - b) raz na 3 miesiące
  - c) raz na pół roku
  - d) kiedy się zużyje (odkształci)
- 

18. Czy używasz innych przyborów do utrzymania higieny jamy ustnej?

- a) Nie
  - b) Tak
    - nitki międzyzębowej
    - wykałaczki
    - szczoteczka międzyzębowa
    - „water pick”
    - szczoteczki do języka
    - inne np.....
- 

19. Czy używasz płynów do płukania jamy ustnej?

- a) Tak: raz dziennie... 2 razy dziennie... kilka razy dziennie...  
raz na kilka dni...  
b) Nie
- 

20. Dlaczego używasz płynów do płukania jamy ustnej?

- a) odświeżają oddech
  - b) wypłukują resztki pokarmu
  - c) działając antybakteryjnie zapobiegają próchnicy
  - d) żadne z wymienionych
-

21. Czym kierujesz się najczęściej przy wyborze pasty do zębów?

- a) smakiem
- b) zawartością fluoru
- c) właściwościami wybielającymi
- d) korzystam z porady stomatologa
- e) ceną
- f) reklamą
- g) nie mam ściśle określonych kryteriów
- h) zwykłem kupować jeden rodzaj pasty
- i) nie kupuję pasty

---

22. Jakie własności pasty do zębów są dla Ciebie najważniejsze?

- a) działanie przeciw próchnicowe fluoru
- b) wybielające
- c) zapobiegające chorobą dziąseł
- d) odświeżające oddech
- e) łagodne w smaku
- f) znoszące nadwrażliwość zębów
- g) inne .....

---

23. Czy stosujesz pasty do zębów zawierające fluor?

- a) Nie
- b) Tak, bo
  - działają przeciwpróchnicowo
  - zalecił mi stomatolog
  - nie mam ważnego powodu

---

24. Ile czasu dziennie przeznaczasz na higienę jamy ustnej?

- a) Mniej niż 5 min
- b) około 5 min
- c) około 10 min
- d) około 20 min
- e) więcej niż 20 min

---

25. Czy korzystasz z zabiegów wybielających u stomatologa?

- a) Tak: 2 razy do roku... ; raz na rok... ; gdy moje zęby źle wyglądają
  - b) Nie
-

26. Czy (oprócz pasty) używasz innych preparatów do wybielania zębów w domu?

- a) Nie
  - b) Tak – raz w miesiącu
    - raz na 3 miesiące
    - dwa razy w roku
    - gdy moje zęby źle wyglądają
    - zgodnie z zaleceniami danego preparatu
- 

27. Czy żujesz gumę do żucia?

- a) Tak: 1x lub 2x razy dziennie
  - b) Tak: wiele razy dziennie
  - c) Tak: praktycznie cały dzień
  - d) Tak: od czasu do czasu (kilka razy w tygodniu)
  - e) Nie
- 

28. Jeśli tak to czym kierujesz się przy wyborze gumy do żucia?

- a) smakiem
  - b) brakiem cukru
  - c) właściwościami wybielającymi
  - d) ceną
  - e) reklamą
  - f) niczym
  - g) inne
- 

29. Jeśli żujesz gumę, jaka jest Twoja główna motywacja?

- a) aby odświeżyć oddech
  - b) aby polepszyć moją higienę jamy ustnej
  - c) aby wybielić moje zęby
  - d) inne
  - e) bez konkretnej motywacji
-

30. Jak często spożywasz słodycze?

a) cukierki, czekoladę, batony

- Codziennie
- Kilka razy w tygodniu
- Raz na tydzień
- Nigdy

b) ciastka, placki

- Codziennie
- Kilka razy w tygodniu
- Raz na tydzień
- Nigdy

c) lody

- Codziennie
- Kilka razy w tygodniu
- Raz na tydzień
- Nigdy

d) słodkie kremy, sosy

- Codziennie
- Kilka razy w tygodniu
- Raz na tydzień
- Nigdy

e) soki, napoje

- Codziennie
- Kilka razy w tygodniu
- Raz na tydzień
- Nigdy

---

31. Kiedy najczęściej spożywasz słodycze?

a) bezpośrednio po głównym posiłku

- Tak, często
- Tak, rzadko
- Nie,

b) pomiędzy głównymi posiłkami

- Tak, często
- Tak, rzadko
- Nie,

c) nie spożywam słodyczy

---

32. Czym najczęściej zaspokajasz głód między głównymi posiłkami?

- a) owoce lub warzywa
  - b) chipsy
  - c) ciastka
  - d) cukierki
  - e) czekoladowe batony
  - f) lody
  - g) inne
- 

33. Czy słodzisz napoje (kawę, herbatę)?

- a) Tak
  - b) Nie
- 

34. Czym słodzisz napoje (kawę, herbatę)?

- a) cukrem
  - b) słodzikiem
  - c) nie słodzę
- 

35. Jeśli słodzisz cukrem, ile łyżeczek zwykle używasz na szklanę....

- a) kawy .....
  - b) herbaty .....
  - c) kakao .....
  - d) mleka .....
- 

36. Ile szklanek napojów wypijasz dziennie?

- a) herbaty ....
  - b) kawy .....
  - c) mleka .....
  - d) kakao .....
- 

37. Czy zdarza Ci się jeść po wieczornym umyciu zębów?

- a) Tak, często
  - b) Tak, rzadko
  - c) Nigdy
-

38. Czy uważasz, że palenie papierosów jest szkodliwe dla zdrowia jamy ustnej?

- a) Tak
  - b) Nie
  - c) Możliwe
  - d) Nie wiem
- 

39. Czy uważasz, że palenie może być przyczyną nowotworów jamy ustnej?

- a) Tak
  - b) Nie
  - c) Możliwe
  - d) Nie wiem
- 

40. Czy palisz papierosy?

- a) Tak, codziennie
  - b) Nigdy nie paliłem
  - c) Tak, Od czasu do czasu
  - d) Rzuciłem palenie
- 

#### Dodatkowe

1. Rok studiów .....
2. Wiek .....
3. Płeć    M                      K
4. Gdzie ukończyłeś szkołę średnią:
  - a) Poznań
  - b) poza Poznaniem
5. Ile lat mieszkasz poza domem rodzinnym .....
6. Jak oceniasz stan materialny Twojej rodziny:
  - a) bardzo dobry
  - b) dobry
  - c) przeciętny
  - d) zły

**WZORZEC POPRAWNYCH ODPOWIEDZI (9 PYTAŃ)**  
(Kolorem zielonym oznaczono odpowiedzi poprawne.)

---

4. Skąd głównie czerpiesz informacje na temat zdrowia i higieny jamy ustnej?
- a) **od stomatologa**
  - b) z telewizji
  - c) z gazet
  - d) od przyjaciół
  - e) od rodziny
  - f) z Internetu
  - g) ze szkoły
  - h) inne źródła informacji
5. Jak często chodzisz do stomatologa (w ostatnich 3 latach)?
- a) **regularnie raz na pół roku**
  - b) regularnie raz na rok
  - c) tylko wtedy, kiedy odczuwam dolegliwości
  - d) na zaproszenie stomatologa
  - e) nie chodzę
7. Jaki jest najczęstszy powód Twoich wizyt u stomatologa?
- a) **wizyta kontrolna**
  - b) ból zęba
  - c) choroba dziąseł
  - d) ubytek próchnicowy
  - e) oczyszczenie zębów
  - f) problem z „zębem mądrości”
  - g) potrzeby protetyczne
  - h) inne
  - i) nie chodzę do stomatologa
  - j) nadwrażliwość zębów
  - k) wybielanie zębów
10. Czy oczyszczasz profesjonalnie zęby u stomatologa?
- a) **Tak      Jak często: 2 x w roku..... 1 x w roku..... Rzadziej....**
  - b) Nie
  - c) Nie pamiętam
12. Jak często szczotkujesz zęby?
- a) **częściej niż 2 razy dziennie**
  - b) **2 razy dziennie**
  - c) raz dziennie
  - d) raz na kilka dni

17. Jak często zmieniasz szczoteczkę do zębów?

- a) **raz na miesiąc**
- b) **raz na 3 miesiące**
- c) raz na pół roku
- d) **kiedy się zużyje (odkształci)**

18. Czy używasz innych przyborów do utrzymania higieny jamy ustnej?

- a) Nie
- b) **Tak**
  - nitki międzyzębowej
  - wykałaczki
  - szczoteczka międzyzębowa
  - „water pick”
  - szczoteczki do języka
  - inne np.....

19. Czy używasz płynów do płukania jamy ustnej?

- a) **Tak:** raz dziennie..-... 2 razy dziennie..-.. kilka razy dziennie..-...  
raz na kilka dni...-..
- b) Nie

37. Czy zdarza Ci się jeść po wieczornym umyciu zębów?

- a) Tak, często
- b) Tak, rzadko
- c) **Nigdy**