

mgr Katarzyna Miądowicz-Owczarzak

## **Zdobienie zębów jako element współczesnych zachowań estetycznych**

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

Promotor: prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka  
Promotor pomocniczy: dr n. o zdr. Maia Stanisławska-Kubiak



Zakład Stomatologii Grup Ryzyka  
Katedra Stomatologii Dziecięcej

Kolegium Nauk Medycznych  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań 2022

*Pani prof. dr hab. n. med. Marii Borysewicz-Lewickiej  
za zachętę, życzliwość i cierpliwość  
podczas powstawania niniejszej pracy  
składam gorące podziękowania*

*Pani dr n. o zdr. Mai Stanisławskiej-Kubiak  
za wprowadzenie w świat psychologii  
składam serdeczne podziękowania*

# Spis treści

1. Wstęp . . . . .	4
1.1. Kulturowe aspekty zdobienia ciała . . . . .	4
1.2. Historia zdobienia zębów . . . . .	8
1.3. Współczesne trendy w zdobieniu zębów . . . . .	12
2. Cel . . . . .	18
3. Materiał i metody . . . . .	19
3.1. Materiał. . . . .	19
3.1.1. Studenci studiujący w języku polskim . . . . .	20
3.1.2. Studenci studiujący w języku angielskim . . . . .	21
3.1.3. Studenci Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Poznaniu . . . . .	22
3.2. Metody . . . . .	23
4. Wyniki . . . . .	28
4.1. Wiedza związana z wykonywaniem i noszeniem zdobień na zębach . . . . .	30
4.2. Kontakty i doświadczenia ze zdobieniem zębów . . . . .	33
4.3. Ocena i opinie na temat zdobienia zębów . . . . .	37
4.4. Wpływ zachowań zdrowotnych oraz cech osobowości na kontakt, osobiste doświadczenia oraz opinie na temat zdobienia zębów . . . . .	43
5. Omówienie wyników i dyskusja . . . . .	46
5.1. Zdobienie zębów w opiniach ankietowanych . . . . .	46
5.2. Zachowania zdrowotne w kontekście cech osobowości. . . . .	57
5.3. Zdobienie ciała jako element współczesnych zachowań estetycznych. . . . .	62
6. Podsumowanie i wnioski . . . . .	66
7. Streszczenie . . . . .	68
8. Summary . . . . .	70
9. Piśmiennictwo . . . . .	72
10. Spis rycin i tabel . . . . .	79
11. Załączniki . . . . .	82

# 1. Wstęp

## 1.1. Kulturowe aspekty zdobienia ciała

Ludzie od zawsze przyozdabiali swoje ciała pragnąc w ten sposób wyglądać atrakcyjnie. Sposoby te różniły się w zależności od miejsca, czasu, kultury oraz techniki jednak elementem je spajającym było i jest ich znaczenie społeczno-kulturowe.

W piśmiennictwie zdobienie ciała mieści się w szeroko rozumianej kategorii modyfikacji tzw. przekształcenia. Honorata Jakubowska pisząc o modyfikacji ciała podkreśla, że zjawisko to ma dwa znaczenia (węższe i szersze): „W pierwszym przypadku określenie to odnosiłoby się do takich praktyk, jak tatuowanie, piercing, przypalanie, cięcie czy stosowanie implantów czyli praktyk podejmowanych po to, by zmienić wygląd i kształt ciała. W drugim przypadku listę tę można rozszerzyć, dodając do niej takie praktyki, jak gimnastyka, bodybuilding czy dieta, których stosowanie również ma na celu zmianę wyglądu, lecz efekty w tym przypadku widoczne są w dłuższej perspektywie czasu [cyt. za Jakubowska, 2009].

Obecnie ludzkie ciało stało się „złotym środkiem” dzięki któremu można wyrazić zarówno troskę o samego siebie jak również swoją tożsamość a często także indywidualność. Wygląd zewnętrzny człowieka stał się swoistą reklamą „wish-fulfilling medicine”, w której „lekarze i inni pracownicy służby zdrowia wykorzystują środki medyczne (technologia medyczna, leki itp.) w środowisku aby spełnić wyraźnie określone, *prima facie* niemedyczne życzenia pacjenta” [cyt. za Asscher i wsp., 2012].

W dziejach ludzkości jedną z najstarszych form modyfikacji ciała jest tatuaż, którego nazwa wywodzi się z języka tahitańskiego, gdzie tatau oznacza „znak”.

Niemal każda kultura niezależnie od położenia geograficznego, statusu społecznego czy religijnego stosowała tatuaż w swojej historii. Trudno jest jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie kiedy i gdzie pojawił się on po raz pierwszy, jednakże badając jego znaczenie można określić zarówno jego społeczno-kulturowe funkcje jak również motywy zachęcające do jego wykonywania.

Technik tatuaży jest kilka, począwszy od najdawniejszej obecnej wśród plemion Indian Ameryki Południowej na terenach Mato Grosso polegającej na drapaniu skóry ostrym narzędziem i wcieraniu sadzy lub soku z jagód poprzez zastosowanie igły z drewna i nici uprzednio zamoczonej w barwniku wymieszanym z tłuszczem i przeciągnięcie jej pod skórą wzdłuż uprzednio naniesionego rysunku (ludność obszarów północno-wschodniej Syberii) aż po najbardziej charakterystyczne tatuaże punktowe powstałe w wyniku uderzania kamieniem o kolec twardego drzewa a następnie wcieranie barwnika wzdłuż konturów obecne na Wyspach Polinezji, Hawajach jak i Japonii, Chinach oraz obu Amerykach [Wasilewska, 2017].

Piśmiennictwo poświęcone temu zagadnieniu szczegółowo opisuje historię tatuażu począwszy od czasów starożytnych po współczesne przedstawiając jego przykłady oraz określając jego funkcję i znaczenie.

Zjawisko tatuażu znajduje swoje odzwierciedlenie w antropologii gdzie tatuaż uznawany jest jako nieodłączny element zdobiący ciało. Przyglądając się temu zjawisku z punktu widzenia tej dziedziny nauki wytatuowane ciało może być przyrównane do swoistego rodzaju maski. Podejście do ciała jako obrazu można odnaleźć u Hansa Betlinga, jednego z przedstawicieli antropologii wizualnej który pisze: „gdy wytwarzamy obraz na naszym ciele, lub za jego pomocą, wówczas nie jest to jednak obraz tego ciała. Ciało jest wtedy raczej nośnikiem obrazu, a więc medium-nośnikiem”. Maską, nałożoną na ciało, skrywa je w obrazie, za pomocą którego je ukazuje” [cyt. za Bentling-Hans, 2007].

Można zatem przyjąć, że ciało naznaczone tatuażem bądź inną formą malowidła stanowi wyraz informacji kulturowych takich jak przynależność do określonej grupy społecznej, pełniący funkcje religijne, magiczne czy też związane z obrzędem inicjacji.

Jednym z przykładów tatuażu określającego pozycję społeczną, dodającą prestiżu oraz określającą przynależność do określonego plemienia w dawnych kulturach (Maorysi w Nowej Zelandii) był tatuaż polinezyjski tzw. moko lub amoka (jaszczurka) wykonywany na twarzy (w postaci wzorów geometrycznych, spirali, meandrów) wyłącznie u wodzów plemiennych i zasłużonych wojowników. Na terenie Wysp Oceanii wykonywano również tatuaże mające związek z obrzędem inicjacji (podobnie jak Majowie zdobili twarz na znak zawarcia małżeństwa) a także tatuaże pełniące funkcję ochronną (np. przed dzikimi zwierzętami, które wykonywano wokół palców bądź nadgarstków). Na Hawajach tatuaż miał również inną funkcję-żałobną, gdzie w połączeniu ze skaryfikacją, goleniem głowy a nawet amputacją palców tatuowano nawet język [Wasilewska, 2017].

Funkcję magiczną tatuażu można dostrzec na terenach Azji Południowo-Wschodniej i Wschodniej, gdzie stanowił ochronę zarówno przed chorobami duszy jak i ciała. Jednak wyjątkowego znaczenia nabrał on w Japonii gdzie po raz pierwszy został zastosowany w celach penitencjarnych-jako symbol kary za dokonane przewinienia i stosowany aż do XVII wieku w postaci zarówno znaku na czole „kanji inu (pies)” jak i czarnej bransolety (pas) na lewej ręce powyżej łokcia. Rzymianie i Grecy także wykorzystywali taką formę modyfikowania ciała w celu identyfikacji społecznej-piętnowania niewolników („epidramma fugitivorum” – „piętno zbiegów”) oraz jeńców (bitwa pod Samos V w. p.n.e.) kiedy to na znak zwycięstwa Ateńczycy wytatuowywali przegranym na czole motyw sowy jako symbolu miasta. Należy zaznaczyć, że w czasach starożytnych zarówno na terenie Grecji jak i Rzymu panował całkowity zakaz wykonywania tatuażu, gdyż uważano go za działania barbarzyńskie [Klonowska i wsp., 2017; Wasilewska, 2017].

Zdobienie ciała w postaci tatuażu pełniło również funkcję artystyczną szczególnie w Japonii na przełomie XVIII i XIX wieku. Osoby wykonujące tatuaże postrzegane były jako prawdziwi artyści (ze względu na bogactwo wzorów, kolorów, symboli odnoszących się zarówno do życia codziennego jak również społecznego). Pierwsze tatuaże artystyczne nazywane „horimono” w postaci smoka i karpia (symbol wody) wykonywane były na ciałach strażaków z Edo. To właśnie dzięki nim nastąpiła w Japonii moda na tatuaże artystyczne która rozpowszechniła się w innych warstwach społecznych [Klonowska i wsp., 2017; Wasilewska, 2017].

Wydaje się, że funkcję religijną tatuażu można też odnaleźć już w okresie judaistycznym. Informację dotyczące zakazu tatuowania się na znak żałoby można odnaleźć w Księdze Kapłańskiej w Starym Testamencie [Wasilewska, 2017]. Janusz Lemański w pracy „Czy w Biblii istnieje zakaz czynienia tatuaży?” poddaje jednak w wątpliwość takie zwyczaje pisząc że: „chodzi raczej o nacinanie skóry, a nie o jej tatuowanie; samo hebrajskie słowo *qa'āqanien* oznacza wprost „tatuażu” lecz właśnie jakiś rodzaj nacięcia lub rany zadanej sobie na ciele a kontekst wskazuje, że chodzi o praktyki związane z żałobą po zmarłych” [cyt. za Lemański, 2018].

Rozpowszechnienie tatuażu wśród chrześcijan miało miejsce dopiero za sprawą pielgrzymów jerozolimskich w VI w n.e., którzy wykonywali na swoim ciele wzory betlejemskie upamiętniające ich pielgrzymki. Ponadto w czasach wypraw krzyżowych rycerze również wykonywali sobie tatuaże w postaci znaku krzyża głównie na piersiach oraz ramionach [Klonowska i wsp., 2017; Wasilewska, 2017].

W Europie tatuaż rozpowszechnił się dopiero za sprawą wypraw żeglarskich do Nowego Świata i przybrał on funkcję pamiątki z podróży a za jego rozpowszechnieniem stoi kapitan James Cook, który przywiózł z jednej ze swoich wypraw do Londynu wytatuowanego Polinezyjczyka o imieniu Omai. W XIX w. tatuaż nabrał charakteru arystokratycznego (np. książę Walii Edward VII posiadał tatuaż smoka), a także zaczął pełnić funkcję identyfikacyjną głównie wśród żołnierzy napoleońskich, którzy to ozdabiali swoje ciała motywami broni bądź datami zwycięskich bitew. Trzeba też zaznaczyć, że tatuaż odegrał znaczącą rolę podczas identyfikacji więźniów obozów koncentracyjnych, gdzie litera na przedramieniu oznaczała numer konwoju a cyfra numer rozpoznawczy [Klonowska i wsp.,2017].

Współcześnie tatuaż jako element pewnej popkultury rozpowszechnił się dopiero na przełomie lat 60 i 70. XX w. w Stanach Zjednoczonych za sprawą środowiska hipisowskiego a z biegiem czasu w Europie jako forma przeciwstawiania się władzy (subkultura punkowa) [Klonowska i wsp.,2017].

Inną formą zdobienia ciała jak piercing (kolczykowanie, przekłuwanie ciała) który aktualnie obok tatuażu jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych metod modyfikacji ciała.

W historii piercing podobnie jak tatuaż pełnił zarówno funkcję estetyczną jak również określał przynależność do określonej grupy społecznej. W starożytnym Rzymie osoby noszące kolczyk w uchu cieszyły się wyższym statusem w społeczeństwie choć jednocześnie był to symbol niewolnictwa [<https://emmafashionczw.wordpress.com/historia-piercingu>].

Kolczyki nosili faraonowie o czym może świadczyć posąg Nefertiti, żony Echnatona wystawiony w Muzeum Egipskim w Berlinie. W tym miejscu należy również wspomnieć, że społeczeństwo starożytnego Egiptu nie ograniczało się do stosowania piercingu uszu wyłącznie u ludzi. Przykładem jest posąg udomowionego kota z kolczykiem w uchu wystawiony w Muzeum Louvre we Francji [Murdy, 2007].

Kulturowe zróżnicowanie ciała i jego modyfikacje obecne są również pod postacią skaryfikacji-praktyki związanej z nacinaniem skóry w celu uzyskania blizn. Jest ona szczególnie rozpowszechniona w Afryce dając możliwość zarówno identyfikacji pochodzenia danej jednostki (z klanu, plemienia) jak również pozwalając określić tożsamość (przyjaciół czy wróg). Skaryfikacja miała także za zadanie nakreślenie kolejnego etapu w życiu-szczególnie ważnego dla kobiet w trakcie małżeństwa [Zwolka K, 2009].

Aby lepiej zrozumieć ten rodzaj modyfikacji ciała należy przyjrzeć się po krótku teorii związanym z tym zagadnieniem. Teoria utwardzania mówiąca o tym, że stres za-

równy fizyczny jak i emocjonalny w okresie dzieciństwa pozwoli w późniejszym okresie na zwiększenie odporności fizycznej i psychicznej widoczna jest na przykładzie IOM – „okaleczenia jamy ustnej niemowląt” – rytualnego usuwania zębów mlecznych obecnie na terenach Afrykańskich. Kolejna teoria, tym razem seksualności nieadaptacyjnej zakłada, iż skaryfikacja jest zabiegiem estetycznym mającym na celu zwiększenie atrakcyjności jednostki (plemię Tiv w Nigerii) [Garve i wsp., 2017].

Skaryfikacja podobnie jak tatuaż czy piercing poprzez swój wzór odzwierciedlała charakter społeczności, jej miejsce geograficzne oraz kontekst kulturowy. Związek człowieka ze światem natury a przede wszystkim zwierząt (wzory imitujące rybnie kości, ptaki czy skórę krokodyla) obecny był wśród wielu grup etnicznych. Określające tożsamość danej jednostki tzw. blizny plemienne, pozwalały w łatwy i szybki sposób na identyfikację relacji przyjaciel–wróg a także sposób wyrażania emocji. Tego rodzaju modyfikację twarzy można zaobserwować wśród plemion Dinka (blizny w kształcie wachlarza) i Nuer (poziome blizny na czole) na terenie Sudanu Południowego [Garve i wsp., 2017].

Należy zatem pamiętać, że skaryfikacja to tradycja kulturowa która łączy w sobie zarówno szeroko rozumianą tradycję, kontekst kulturowy danej społeczności ale również oddziałuje na jej życie codzienne.

## 1.2. Historia zdobienia zębów

Wśród wizualnych wyznaczników atrakcyjności fizycznej człowieka szczególnie istotna jest twarz, a w niej szereg elementów morfologicznych. Analizy historyczne wskazują, że ta część ciała u większości kultur była nieosłaniana i służyła jako podstawowy kanał komunikacji. Trzeba też dodać, że zdrowe zęby stanowiły nie tylko symbol młodości, zdrowia i urody ale również były wyznacznikiem prestiżu, pozycji społecznej czy religijnej. W wielu częściach świata zęby odgrywały ponadto ważną rolę rytualną w życiu plemiennym [Kościński, 2013].

Zabiegi estetyczne wykonywane na zębach mogą przybierać różne formy. Znane jest modyfikowanie ich kształtu (np. poprzez opiłowywanie), rytualne ich usuwanie (abłacja) czy ozdabianie (inkrustacje) lub barwienie.

W publikacji z 2010 r. González i wsp. wymieniają nieterapeutyczne modyfikacje uzębienia takie jak: szlifowanie, farbowanie, łamanie, oderwanie struktury, piłowanie, piercing poprzez zmianę pozycji, inkrustacje półproduktami (ozdabianie ich nakład-



kami) oraz usunięcie korony zęba. Te wszystkie zabiegi w obrębie twardych tkanek najczęściej dotyczyły siekaczy oraz kłów a znacznie rzadziej trzonowców. Stomatologiczne okaleczenia występowały zarówno w populacjach prehistorycznych (Mesoameryka) jak i późniejszych (Afryka subsaharyjska). Zaobserwowano je również, choć w mniejszym nasileniu na terenie południowo-wschodniej Azji, obu Ameryk czy w Indiach. W piśmiennictwie można odnaleźć również wzmianki o występowaniu tego zjawiska na Filipinach, archipelagu Wysp Melanezji czy Nowej Gwinei [González i wsp., 2010].

Pierwsze a zarazem najstarsze wzmianki o dokonywaniu zabiegów w obrębie koron zębów datuje się na 7500–9000 p.n.e. Prace wykopaliskowe w neolitycznym mieście Mehrgarh w Pakistanie pozwoliły na odkrycie jedenastu zębów trzonowych, pochodzących od dziecięciu dorosłych osób, mających w pobliżu brzegów siecznych wywiercone otwory o średnicy 1,3–2,3 mm i głębokości 0,5–3,5 mm. Natomiast pierwsze dowody wskazujące na inkrustacje uzębienia z użyciem jadeitu czy turkusy datuje się na 500–900 p.n.e [Vukovic i wsp., 2009].

Ciekawych obserwacji dokonano w 1931 roku podczas prac archeologicznych na terenie cmentarzyska datowanego na 600 r.n.e. w Hondurasie. W znalezionych fragmentach żuchwy, w miejscu trzech brakujących siekaczy, zamocowane były kawałki muszli, co wskazywało na dokonanie swego rodzaju „implantacji” brakujących elementów uzębienia [Vukovic i wsp., 2009].

W 1934 roku również na łamach czasopisma „American Anthropologist” pojawia się pełen opis zabiegu wyszczerbiania zębów mający ścisły związek z przygotowaniem do osiągnięcia wieku męskiego u Indian Guayami. Autor tego opisu zwraca jednak uwagę, iż tego typu okaleczenia są trudne do weryfikacji gdyż rdzenni Indianie Guayami rzadko pojawiali się w miastach a opisywane przez innych badaczy np. Verrilla przypadki dotyczyły grup mieszanych [Johnson, 1943].

W 1942 roku w pracy, która ukazała się w czasopiśmie „American Anthropologist” autor odnosi się do fotografii wykonanej w kwietniu 1941 roku w Panamie przez Lius Marden i umieszczonej w czasopiśmie „National Geographic Magazine”. Przedstawiała ona jedynego żyjącego człowieka z Ameryki Środkowej, u którego odnotowano celowe okaleczenia zębów. Skłoniło ono autora artykułu do poszukiwania innych wzmianek o tej formie modyfikacji uzębienia [Stewart 1942].

Stewart zwraca uwagę, że dane o takiej formie okaleczeń na terenie Panamy można odnaleźć także w książce pt: „Panama: past and present” A. Hyatt Verrilla (New York, 1921) który pisze: „Indianie, których widzi się w Remedios i Tole... są półcywilizowa-

ni, zdegenerowane plemiona; które opuściły swoich dzikich braci z gór aby zamieszkać w miastach, ale wszyscy mają zęby spiłowane w punkt” [cyt. za Stewart 1942]. Autor zauważa, że zwyczaj ten został przyjęty przez Panamczyków mieszkających w Verayas i Chiriqui gdzie wszyscy mieszkańcy, także dzieci, mieli zęby o trójkątnym kształcie. Zauważa też, iż zęby te wyszczerbiono za pomocą noża umieszczanego pomiędzy zębami i uderzanego kamieniem [Stewart, 1942].

Informacje o zabiegu okaleczania zębów można było odnaleźć również w publikacjach opisujących ten zwyczaj w Afryce Subsaharyjskiej, Środkowo-Zachodniej czy Zachodniej. Jest interesujące, że sami mieszkańcy Afryki Zachodniej często uznawali ten rodzaj modyfikacji uzębienia za bolesny. Określali go jako: „wypełnianie lub szlifowanie kątów, aby doprowadzić je do wąskiego punktu”, „piłowanie pojedynczych zębów do punktu takiego jak V” czy „wydrążanie przestrzeni między dwoma siekaczami środkowymi” [cyt. za Handler, 1994].

W 1965 roku meksykański antropolog Romero opracował system klasyfikacji celowych zmian dokonywanych w uzębieniu będącej od lat 70. XX wieku punktem odniesienia dla naukowców badających to zagadnienie [Vukovic i wsp., 2009].

Jednym z obserwowanych do czasów współczesnych zjawisk jest rytualna ablacja zębów – czyli celowe ich usuwanie które jest ważną formą modyfikacji ciała mogącą sygnalizować zarówno tożsamość członków danej grupy jak również być wyznacznikiem ważnych dla społeczeństwa wydarzeń [Kinaston i wsp., 2020].

Najstarsze informacje o występowaniu ablacji jako formy modyfikacji uzębienia dotyczące wysp Hawajskich przytacza Allen w publikacji z 1898 r. „Tubylcy wysp Sandwich mieli w zwyczaju wybijanie kilku przednich zębów górnych na znak żałoby po śmierci wodza” [cyt. za Harrison i Healey, 1918].

Szczegółowy opis przeprowadzenia zabiegu ablacji zamieszczony został w pracy Williama Ellisa z 1917 r. Jak podaje autor zabieg celowego usuwania zębów przednich stosowany był u obojga płci, choć najczęściej dotyczył mężczyzn i był wyrazem okazywania szacunku zmarłemu wodzowi [Ellis, 1917].

Rytualne usuwanie zębów oprócz swojego mistycznego wymiaru bywało również ściśle powiązane z poprawą funkcjonowania w życiu codziennym. Wśród plemion zamieszkujących wyspy Borneo, o których misjonarz Witt w dzienniku z 1883 roku pisze: „o łamaniu górnych siekaczy w celu uzyskania silniejszego podmuchu podczas oddawania strzału z tzw. „sumpitan” lub dmuchawki w celu zwiększenia pola działania jego zatrutych strzał” [cyt. za Jones, 2001].

Badania Inoue i wsp. dotyczące rytualnej ablacji dokonywanej w celu poluzowania zębów stałych za pomocą małego noża zwanego „Kisu” prowadzone na terenie Nairobi i Republiki Kenii wykazały, że u trzech osób dorosłych (mężczyzn w wieku 25, 30, 32 lat) zabieg ten wykonywano w około 6. roku życia w związku z tym rytuałem. Co ciekawe autor wspomina o trzech osobach dorosłych, które miały wykonany zabieg ablacji w związku z wystąpieniem szczękoscisku w przebiegu tężca w jednym przypadku zaciśnięcia zębów spowodowanych ukąszeniem węża [Inoue i wsp., 1992].

Obecnie zwyczaj rytualnego usuwania zębów nadal spotykany jest w pewnych kręgach kulturowych głównie na terenach Subsaharyjskiej Afryki, Kamerunu, Tanzanii czy Etiopii gdzie jest przeprowadzany przez uzdrowicieli w związku z leczeniem biegunki, wymiotów czy gorączki. Liczne badania prowadzone w Ugandzie i krajach sąsiadujących donoszą o zabiegu usunięcia zawiązków zębów mlecznych nazywany w tych społecznościach „Ebino” i zaliczanych do jednej z form okaleczania jamy ustnej niemowląt (Infant Oral Mutilation, IOM). Zabieg ten przeprowadzany jest najczęściej u dzieci między 4 a 18 miesiącem życia. Badania w latach 1992–1998 przeprowadzone w szpitalu Lascor w północnej Ugandzie wykazały, że spośród 40.564 dzieci przyjętych na oddział pediatryczny aż 740 (1.8%) znalazło się tam właśnie z powodu Ebino a 156 z nich zmarło [Iriso i wsp., 2000]. Z kolei badania przeprowadzone w jednej z dzielnic Wielkiej Brytanii (Sheffield) na grupie 260 (53,00% chłopcy, 47,00% dziewczęta) somalijskich uchodźców w wieku 9–17 lat donoszą, że możliwymi powikłaniami były defekty szkliwa w kłach stałych (9,90%) [Rodd i Davidson, 2000].

Z piśmiennictwa wiadomo, że do gabinetów stomatologicznych na terenie Stanów Zjednoczonych zgłaszają się obecnie pacjenci po rytualnej ekstrakcji zębów pragnący jak najszybciej dokonać uzupełnienia brakujących zębów i stać się „bardziej amerykańskimi obywatelami”. W pracy Willis i wsp. opisano dwóch mężczyzn w wieku 34 i 23 lat z plemienia Nuer i Dinka (Pd Sudan) którzy po przybyciu do USA w 2001 roku zwrócili się o taką pomoc. Mężczyźni szczegółowo przedstawili przebieg zabiegu rytualnego usunięcia centralnych dolnych siekaczy żuchwy przeprowadzony wcześniej bez znieczulenia, przy użyciu ostrego noża umieszczonego pomiędzy zębami. Ranę przemywano gorącym mlekiem lub wodą, a zabieg ten wedle ich relacji miał potwierdzić ich męskość-odporność na ból [Willis i wsp., 2008].

W 2011 roku w „Journal of Women’s Health” pojawiło się doniesienie o „ekstrakcji przedślubnej” dotyczącej co najmniej jednego łuku zębowego i dokonywanej u kobiet przed zawarciem małżeństwa. W artykule przedstawiono badania z 2004 roku francu-

skojęzycznej społeczności akademickiej na terenie Kanady. Autorzy podają, że wśród 90 ankietowanych lekarzy dentyków z 3 prowincji: Nowy Brunswik, Nowa Szkocja oraz Wyspa Księcia Edwarda 8 (9,00%) zostało poproszonych przez swoje pacjentki o dokonanie tego typu ekstrakcji [Gordon, 2011].

Kolejną formą modyfikacji uzębienia jest czernienie zębów zwane Ohaguro szeroko rozpowszechnione w Azji Południowo-Wschodniej, Laosie, Wietnamie czy Filipinach. W Japonii jego historia sięga czasów panowania dynastii Heian (794–1185). Interesujący wydaje się fakt, iż początkowo zwyczaj ten dotyczył wyłącznie określonych grup społecznych głównie arystokracji, kobiet i mężczyzn, którzy osiągnęli dojrzałość płciową i uczestniczyli w ceremoniach wejścia w dorosłość (genpuku i mogi). Z biegiem czasu (począwszy od ery Endo; 1603–1867) zwyczaj ten stał się popularny wśród kobiet niezamężnych, które osiągnęły już pełnoletniość a także geish celem poprawy swojej atrakcyjności. W Japonii ohagura został zaprzestany wraz z rządowym zakazem z 05.05.1870 r. [<https://japanesemythology.wordpress.com/tooth-blackening-custom-origins-and-processes>].

Zabieg czernienia zębów można było również zaobserwować na Wyspach Karolińskich należących do archipelagu Mikronezji a także wśród Melanezyjczyków z Brytyjskiej Nowej Gwinei. To właśnie wśród Melanezyjczyków istniał zwyczaj czernienia zębów za pomocą specjalnej pasty zwanej „tari” którą aplikowano na zęby na noc [Sellingman, 1910].

### 1.3. Współczesne trendy w zdobieniu zębów

Zjawisko zdobienia zębów przetrwało do czasów współczesnych. Aktualnie coraz bardziej popularna staje się tzw. biżuteria nazębna (inaczej szkliwa), tatuaż nazębny a w środowisku gwiazd muzyki hip-hop nakładki na zęby (tzw. grills).

Na przestrzeni ostatnich lat powstały różne odmiany zdobienia stosowane u pacjentów. W praktyce spotykany jest:

- tatuaż nazębny,
- twinkles – kamienie szlachetne osadzone w metalu i mocowane na powierzchni szkliwa,
- tooth gems – małe klejnoty z kryształków dostępne w 3 kolorach: przezroczysty, szafirowy błękit, rubinowa czerwień mocowane na powierzchni szkliwa,

- pierścienie zębate – po przygotowaniu niewielkiego otworu w okolicy brzegu siecznego zęba i umieszcza się w nich pierścień jedyna inwazyjna metoda zakładania biżuterii nazębnej,
- grills – tzw. zderzaki – zdejmowane nakładki na zęby wykonane z metali szlachetnych i pokryte często kamieniami szlachetnymi,
- piercing jamy ustnej.

Tatuaż nazębny zwany inaczej dentotatuażem został wykreowany przez Steva Howarda. Zagadnienie to nie zostało jeszcze szczegółowo omówione w piśmiennictwie medycznym (podobnie jak kolejne zagadnienie jakim są „grills”) dostępne są nieliczne publikacje na ten temat [Kharat i wsp., 2014; Garg i wsp. 2012].

W doniesieniach tych można odnaleźć szcążtkowe informacje dotyczące rodzaju tatuażu nazębnego oraz sposobu jego wykonania (rycina 1).



**Rycina 1.** Dentotatuaż. Źródło: <https://www.eska.pl/news/portret-amy-winehouse-na-zebie-czyli-jak-powstaja-dentotatuaze-aa-trJc-F8CN-9KKg.html>

Tatuaż nazębny można podzielić na dwa rodzaje: tymczasowy oraz stały. W przypadku tatuażu stałego jego wykonanie polega na trwałym uszkodzeniu twardych tkanek. Natomiast tatuaż tymczasowy może być wykonany bezpośrednio przez lekarza stomatologa poprzez nałożenie na powierzchnię zęba wybranego szablonu (co trwa 15–20 minut). Może go też wykonać technik dentystyczny po uprzednim pobraniu wycisku na koronie przygotowanej w laboratorium. Usunięcie takiego tatuażu polega na zeszlifowaniu warstwy korony, na której znajduje się tatuaż a w przypadku szablonu na jego usunięciu za pomocą gumki polerskiej. Z piśmiennictwa wynika, że najczęściej umieszcza się den-



totatuaże na trzonowcach i przedtrzonowcach górnych, siekaczach i kłach [Kharat wsp., 2014; Garg i wsp., 2012].

Kolejną możliwością jest umieszczenie ozdób na powierzchni zęba. To tej grupy zaliczamy twinkles, tooth gems oraz pierścienie zębate.

Jedną z najpopularniejszych ozdób są twinkles – kamienie szlachetne (diamenty, szafiry, rubiny) osadzone w metalu (najczęściej złocie) i mocowane na powierzchni twardej tkanek zęba. Twinkles są dostępne w różnych rozmiarach i kształtach takich jak gwiazda, serce czy trójkąt [Monisha i wsp., 2018] (rycina 2).



**Rycina 2.** Profesjonalna biżuteria nazębna Swarovski firmy Twinkles. Źródło: <https://twinkles.net/collections/crystals/products/crystal-butterfly-clear-4-pack>

Tooth gems często określane jako „perełki zębowe” podobnie jak twinkles mocowane są na powierzchniach korony zębów z tą różnicą, że sam kryształ zamontowany jest na cienkiej folii aluminiowej którą potem przykleja się do zęba. Perełki zębowe dostępne są w trzech kolorach: przezroczyste; szafirowo-błękitne lub rubinowo-czerwone i rozmiarach od 1,8 mm do 2,6 mm [Peter i wsp., 2013] (rycina 3).

W piśmiennictwie dotyczącym tego zagadnienia można odnaleźć szczegółowe opisy dotyczące zakładania biżuterii nazębnej. Zarówno w przypadku twinkles jak i tooth gems jest to procedura mało inwazyjna i bezpieczna tak dla szkliva zęba jak i dla samego użytkownika.

Najbardziej inwazyjnym rodzajem biżuterii nazębnej są pierścienie zębate które wymagają opracowania powierzchni szkliva zęba poprzez wykonanie małego otworu w okolicy brzegu siecznego i umieszczeniu w nim pierścienia. Przed przystąpieniem do



**Rycina 3.** Profesjonalna biżuteria nazębna Skyce firmy Vivadent.  
Źródło: <https://hellodent.pl/pl/p/Skyce-bizuteria-5szt./5392>

zakładania pierścienia otwór należy wygładzić i wypolerować. Z piśmiennictwa wynika, że pierścienie te są najczęściej umieszczane na krawędziach bocznych siekaczy przyśrodkowych i bocznych [Monisha i wsp., 2018; Skorus, 2018].

Inną formą zdobienia jamy ustnej są „grills” nazywane „frontami”. To nakładki na zęby wykonane z metali szlachetnych często wysadzane kamieniami szlachetnymi. Moda na tego typu biżuterię została rozpowszechniona przez środowiska muzyczne już w latach 80. XX w. głównie za sprawą gwiazd hip-hopu i raperów. Na rynku dostępne są różne rodzaje nakładek na zęby w zależności od możliwości finansowych klientów (ryciny 4–6). Nakładki na zęby przeszły pewnego rodzaju metamorfozę. Należy pamiętać,



**Rycina 4.** Grill wykonany ze stali nierdzewnej lub srebra powlekany białym złotem i cyrkoniami. Źródło: <https://www.customgoldgrillz.com/products/pre-made-white-gold-plated-cz-cluster-premium-grillz>



**Rycina 5.** Grill wykonany ze srebra o próbie 925. Źródło: <https://www.customgoldgrillz.com/products/custom-fit-solid-sterling-silver-open-face-grillz>



**Rycina 6.** Grill w postaci posrebrzanego pojedynczego zęba. Źródło: <https://www.customgoldgrillz.com/products/custom-fit-925-solid-sterling-silver-single-bottom-tooth-grillz>

że pierwsze nakładki na zęby nie były w pełni dostosowane do użytkowania (głównie ze względu na słabą jakość materiału z jakiego były wykonywane) i wymagały wcześniejszego, często znaczącego opracowania uzębienia. Dzisiejsze „grills” wykonywane są tak aby stanowiły integralną część uzębienia. Najczęściej zakładane są one na zęby przednie w postaci łuku obejmującego swym zasięgiem siekacze oraz kły zarówno w szczęce jak i w zuchwie. Zdarzają się jednak przypadki przygotowywania takich ozdób na pojedyncze zęby.

Ważną kwestią w użytkowaniu tego typu ozdób jest dbałość o higienę jamy ustnej, gdyż ich noszenie sprzyja odkładaniu się pływki nazębnej, urazom twardych tkanek zęba oraz błony śluzowej jamy ustnej. Materiał z jakiego jest on wykonany ma również



wpływ na percepcję smakową użytkowników, gdyż „grills” złożone z dwóch różnych stopów metali powodują wytworzenie się ogniwa galwanicznego skutkującego u pacjentów nieprzyjemnym posmakiem w ustach.

Aby zapewniać pełne bezpieczeństwo użytkownikom „grills” powinny być wykonane z najwyższej jakości materiałów oraz indywidualnie dopasowane do uzębienia zapewniając dzięki temu pełen komfort użytkowania. Oczywiście niesie to za sobą wyższe koszty przygotowania ozdoby. Należy pamiętać, że im gorsze jej wykonanie, tym większa szansa na wystąpienie powikłań w tym leczeniu implantologicznym [<https://wylecz.to/stomatologia/grillz-na-zeby-co-to-jest-czy-noszenie-jest-bezpieczne-jaka-jest-cena-i-gdzie-kupic>].

Można przypuszczać, że dla większości społeczeństwa biżuteria nazębna kojarzy się z piercieniem jamy ustnej. Piercing w Polsce określany jako „kolczykowanie jamy ustnej” zaliczany jest do jednej z form modyfikacji ciała polegającej na wykonywaniu przekłuć w specyficznych miejscach ciała (np. nos, język, miejsca intymne) i wprowadzaniu w takie miejsca kolczyków. Najczęściej wykonuje się go w obrębie języka oraz warg, choć zdarzają się również przypadki przekłuwania policzków, wędzidełka czy bruzdy wargowo-bródkowej.

W obrębie języka można wyróżnić dwa rodzaje piercingu: grzbietowo-brzusznym oraz grzbietowo-bocznym, jednak najczęściej kolczyk umieszcza się w trzonie języka, doprzednio do wędzidełka, w którym ćwieki łączą grzbietową i brzuszną stronę języka [Gerreth i Miądowicz, 2010; Gerreth i Gerreth, 2010]. Najpopularniejszymi typami kolczyków używanych do piercingu jamy ustnej są: barbell (belka zakończona z obu stron kulkami) oraz labret (belka z jednej strony płaska z drugiej zakończona kulką). W przypadku warg najczęściej zakładane są kolczyki typu ring (okrąg z kulką umieszczoną na jednym lub obu końcach, który jest niezamknięty). Ten rodzaj biżuterii wykonywany jest ze stali chirurgicznej, tytanu, niklu, bądź metali szlachetnych lub tworzyw ceramicznych [Kaczor i wsp., 2016].

Zjawisko biżuterii nazębnej nie jest nowe. Ewaluowało na przestrzeni wielu lat historii. Obecnie w gabinetach stomatologicznych, prócz typowych dla danej specjalizacji zabiegów, można znaleźć również takie, które swym zasięgiem obejmują także szeroko rozumianą estetykę uzębienia.

## 2. Cel

Celem pracy było poznanie wiedzy i opinii młodych dorosłych i seniorów związanych aktywnie ze środowiskiem akademickim na temat przeprowadzania zabiegów estetycznych w formie zdobienia biżuterią nazębną.

W pracy postawiono cztery problemy badawcze:

- Czy istnieją różnice w wiedzy dotyczącej wykonywania i noszenia zdobień na zębach wśród studentów polskojęzycznych, studentów anglojęzycznych oraz seniorów?
- Czy istnieją różnice w kontakcie i doświadczeniach ze zdobieniem zębów wśród studentów polskojęzycznych, studentów anglojęzycznych oraz seniorów?
- Czy istnieją różnice w ocenie i opiniach dotyczących zdobienia zębów wśród studentów polskojęzycznych, studentów anglojęzycznych oraz seniorów?
- Czy zakres kontaktu, osobistych doświadczeń a także opinii na temat zdobienia zębów studentów polskojęzycznych, studentów anglojęzycznych oraz seniorów jest zależny od ich zachowań zdrowotnych oraz cech osobowości?

### 3. Materiał i metody

#### 3.1. Materiał

Badania zostały przeprowadzone w roku akademickim 2019/2020 w trzech grupach:

- studentów polskojęzycznych – badani w tej grupie to studenci uczący się w języku polskim na kierunku lekarsko-dentystycznym,
- studentów anglojęzycznych (z innych kultur) – badani w tej grupie to studenci pochodzący z różnych kultur i rejonów świata, uczący się w języku angielskim na kierunku lekarsko-dentystycznym,
- seniorów (słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku) – badani w tej grupie to osoby po 60. roku życia, będący słuchaczami Uniwersytetów Trzeciego Wieku.

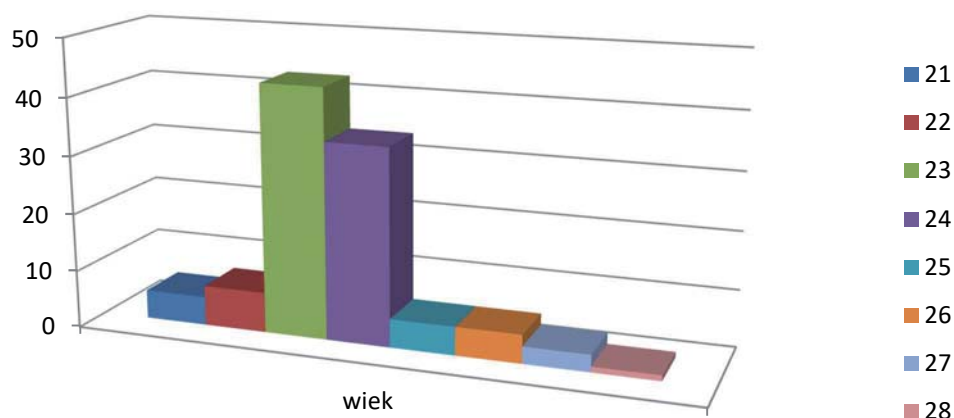
W badaniu wzięło udział 308 osób w wieku od 19 do 87 lat, zgodnie z założeniem badania pochodzili oni z 3 środowisk, i w związku z tym zbadano 103 (33,40%) studentów polskojęzycznych, 86 (27,90%) studentów anglojęzycznych, którzy pochodzili z wielu kultur oraz 119 (38,60%) seniorów będących słuchaczami Uniwersytetu Trzeciego Wieku (tabela 1).

**Tabela 1.** Charakterystyka respondentów poszczególnych grup

Liczebność grupy	Studenci polskojęzyczni		Studenci anglojęzyczni		Seniorzy (słuchacze UTW)	
	n	%	n	%	n	%
Płeć						
Kobieta	76	73,80	45	52,30	104	87,40
Mężczyzna	27	26,20	41	47,70	15	12,60
Wiek						
Min	21	-	19	-	61	-
Max	28	-	36	-	87	-
M	23,57	-	24,56	-	71,52	-
SD	1,27	-	3,62	-	6,44	-

### 3.1.1. Studenci studiujący w języku polskim

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone wśród 103 studentów IV i V roku kierunku lekarsko-dentystycznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Spośród 103 badanych odpowiednio 29 (21 kobiet i 8 mężczyzn) oraz 74 (55 kobiet i 19 mężczyzn) osoby znajdowały się w przedziale wiekowym  $\pm 25$  lat. Wiek ankietowanych wahał się w przedziale 21–28 lat (rycina 7).



**Rycina 7.** Liczebność badanej grupy z uwzględnieniem podziału na wiek

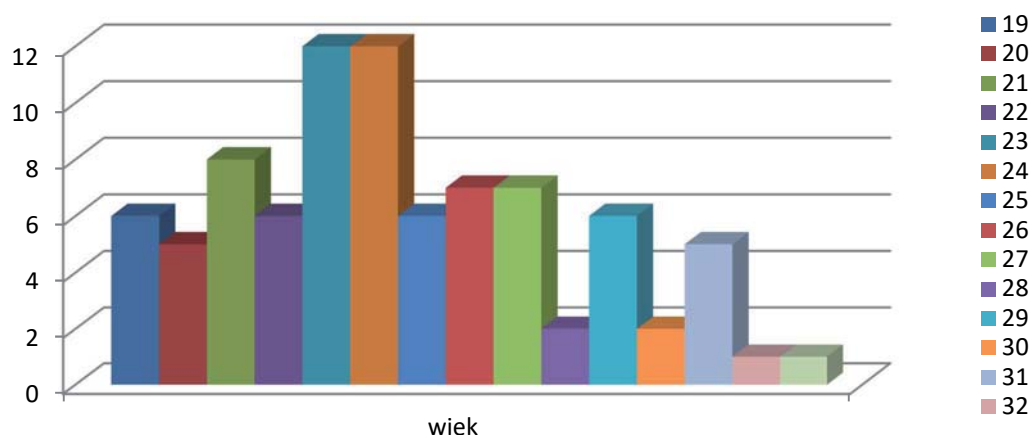
Studenci kierunku lekarsko-dentystycznego zamieszkiwali Poznań i jego okolice. Zdecydowana większość studentów 91,26% była w przedziale wiekowym 20–25 lat (69 kobiet i 25 mężczyzn). Jedynie 9 osób zadeklarowało wiek 26–30 lat, przy czym większość stanowiły kobiety (7; 9,21%). Ponad połowa ankietowanych (58,25%) znajdowała się w związku a stan wolny zadeklarowało 43 badanych z czego większość stanowiły kobiety. Jedynie 13 studentów (12,62%) pracowało dotychczas zawodowo, w tym większość 2–5 lat (tabela 2).

**Tabela 2.** Dane dotyczące stanu cywilnego z uwzględnieniem płci w grupie studentów studiujących w języku polskim

Liczebność grupy	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
	76	73,79	27	26,21	103	100,00
<b>Wiek</b>						
20–25 lat	69	90,79	25	92,59	94	91,26
26–30 lat	7	9,21	2	7,41	9	7,77
<b>Stan cywilny</b>						
Związek	46	60,53	14	51,85	60	58,25
Stan wolny	30	39,47	13	48,15	43	41,75

### 3.1.2. Studenci studiujący w języku angielskim

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone wśród studentów anglojęzycznych na kierunku lekarsko-dentystycznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w roku akademickim 2019/2020. Ankietą zostali objęci studenci III, IV oraz V roku stomatologii. Kwestionariusz anonimowej ankiety wypełniło łącznie 86 osób (45 kobiet i 41 mężczyzn) znajdujących się w przedziale wiekowym 19–36 lat (rycina 8).



**Rycina 8.** Liczebność badanej grupy z uwzględnieniem podziału na wiek

Studenci anglojęzyczni podobnie jak polscy na kierunku lekarsko-dentystycznym zamieszkiwali Poznań i jego okolice. 61,63% ankietowanych studentów znajdowało się w grupie wiekowej do 25 lat, odpowiednio 27 kobiety i 26 mężczyzn. Niecałe 39% ankietowanych (18 kobiet i 15 mężczyzn) znajdowało się w przedziale wiekowym 26–36 lat.

Większość ankietowanych była stanu wolnego (76,74%). 20 badanych znajdowała się w związku przy czym większość stanowiły kobiety (11 osób). Z spośród 86 ankietowanych studentów 25 osób (29,07%) pracowało lub pracuje zawodowo w tym 19 osób (tabela 3).

**Tabela 3.** Dane dotyczące stanu cywilnego z uwzględnieniem płci w grupie studentów studiujących w języku angielskim

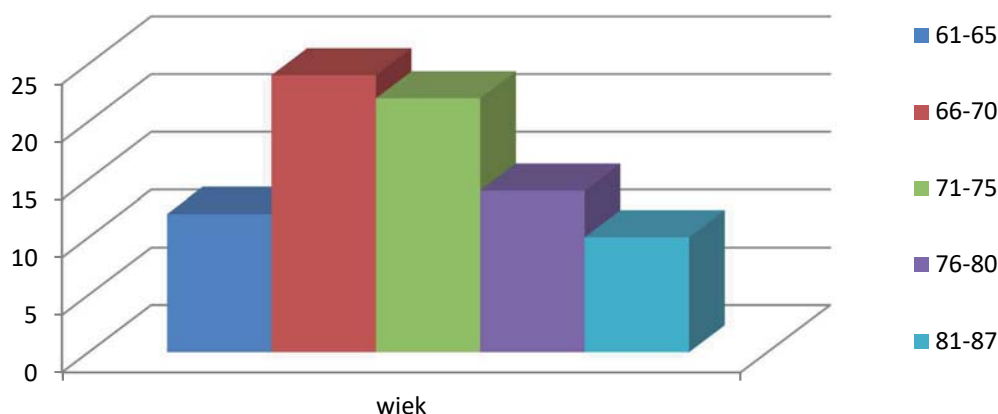
Liczebność grupy	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
	45	52,33	41	47,67	86	100,00
<b>Wiek</b>						
<20–25 lat	27	60,00	26	63,41	53	61,63
26–36 lat	18	40,00	15	36,59	33	38,37
<b>Stan cywilny</b>						
Związek	11	24,44	9	21,95	20	23,26
Stan wolny	34	75,56	32	78,05	66	76,74

### 3.1.3. Studenci Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Poznaniu

Z spośród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Poznaniu ankietyzacją objęto 122 osoby (107 kobiet i 15 mężczyzn) które wyraziły zgodę na badanie. Badanie zostało przeprowadzone podczas dwóch wykładów plenarnych przy czym podczas pierwszego spotkania ankietę wypełniło 91 osób a na kolejnym 31 osób.

119 osób zaznaczyło w ankiecie wiek powyżej 61 lat (104 kobiety i 15 mężczyzn) i te osoby stanowiły grupę badaną. W przedziale wiekowym poniżej 61 znalazły się 3 osoby. Badani Ci nie zostali ujęci w dalszej analizie. Tak więc ostatecznie grupa badana liczyła 119 osób (rycina 9).

Studenci Uniwersytetu Trzeciego Wieku zamieszkiwali Poznań i jego okolice. Zdecydowaną większość ankietowanych 87,39% stanowiły kobiety. Większość badanych zadeklarowało, że jest stanu wolnego (58,82%). W związku znajdowało się 49 osób przy czym tylko 10 w tej grupie stanowili mężczyźni. Wykształcenie wyższe i średnie podały porównywalne liczebnie grupy seniorów (tabela 4).



**Rycina 9.** Liczebność badanej grupy z uwzględnieniem podziału na wiek

**Tabela 4.** Dane dotyczące stanu cywilnego oraz wykształcenia z uwzględnieniem płci w grupie seniorów

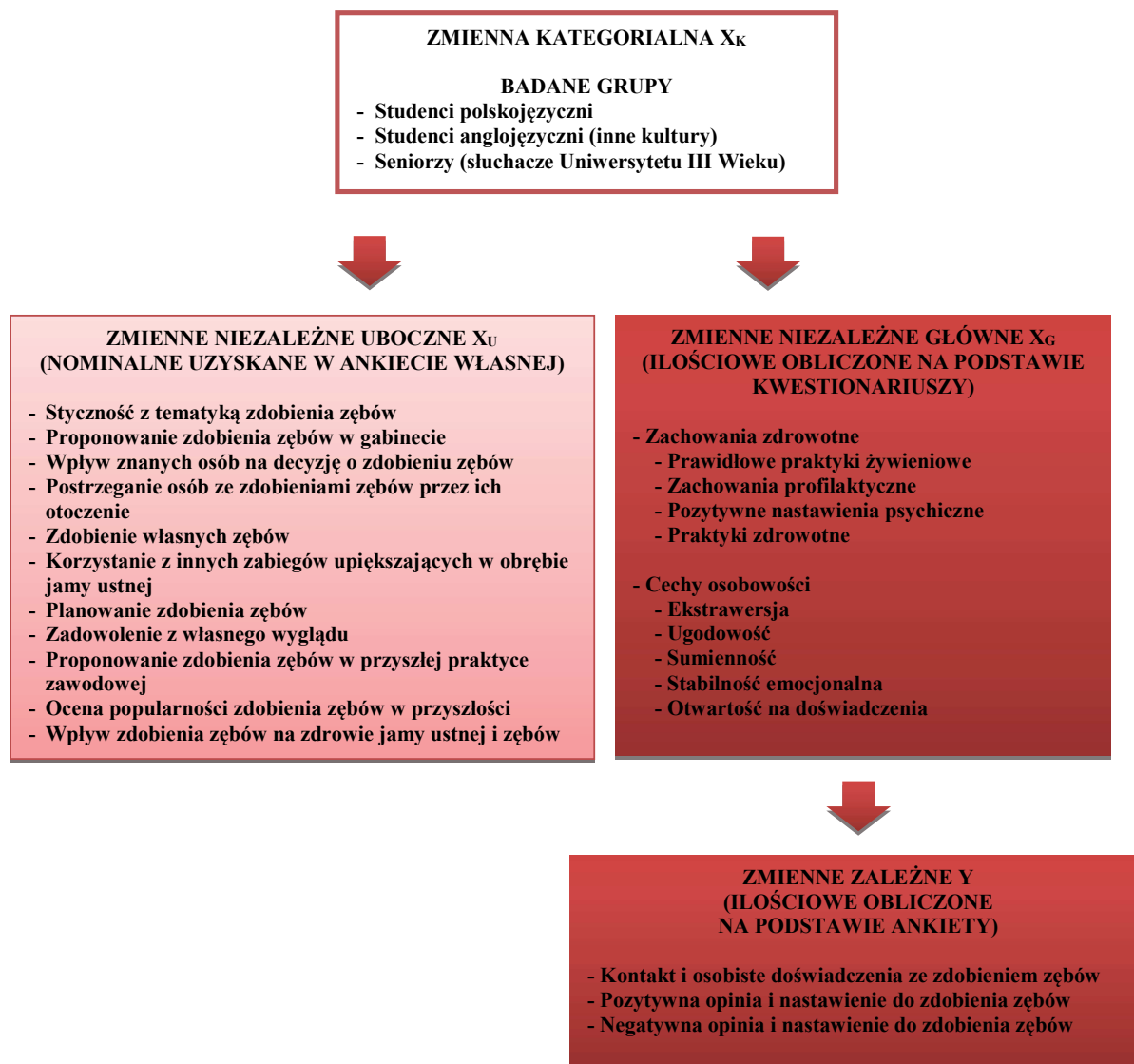
	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
	104	87,39	15	12,61	119	100,00
<b>Stan cywilny</b>						
Związek	39	37,50	10	66,67	49	41,18
Stan wolny	65	62,50	5	33,33	70	58,82
<b>Wykształcenie</b>						
Wyższe	48	46,15	10	66,67	58	48,74
Średnie niższe	56	53,85	5	33,33	61	51,26

## 3.2. Metody

Oceną objęto dane zebrane przy pomocy ankiety własnej opracowanej w oparciu o następujące publikacje: Rodkowska E. i wsp. (2013): „Ocena kliniczna biżuterii nazębnej. Doniesienia wstępne” oraz Mańkowska M (2012): „Ozdabianie jamy ustnej biżuterią nazębną”.

Ankieta składała się z 21 pytań jednokrotnego i wielokrotnego wyboru, do części pytań dołączone zostały ilustracje (Załącznik 1a). Dla grupy studentów anglojęzycznych ankieta przetłumaczona została na język angielski (Załącznik 1b). Dodatkowo seniorzy deklarowali w ankiecie zakres korzystania z Internetu.

### Model badawczy



Rycina 10. Model badanych zmiennych w podziale na 3 grupy

Z deklaracji grupy studentów Uniwersytetu Trzeciego Wieku wynikało, że 71,31% korzystało na co dzień z Internetu głównie w celu poszukiwania informacji (59,70%).

Pierwsze 18 pytań odnosiło się do zagadnień związanych ze zdobieniami zębów. Pytanie 19 dotyczyło zadowolenia z własnego wyglądu. Pytanie 20 mówiące o proponowaniu zdobień zębów pacjentom w przyszłej praktyce zawodowej kierowane było do studentów stomatologii. Natomiast w pytaniu 21 poproszono ankietowanych studentów o opinię co do popularności tego typów zabiegów w przyszłości.

Dla potrzeb pracy został opracowany ponadto model badawczy (rycina 10).

Dla realizacji problemu badawczego dotyczącego różnic w zakresie kontaktów i doświadczeń ze zdobieniem zębów suma punktów przyznanych w pytaniach: 1, 7, 8, 10 i 14 pozwalała na obliczenie ocen Kontakt i osobiste doświadczenia ze zdobieniem zębów. Wszystkie pytania miały jednokrotny wybór, za odpowiedź „tak” badani otrzymywali 1 pkt, za odpowiedź „nie” – 0 pkt (tabela 5).

Dla realizacji problemu badawczego dotyczącego różnic w ocenie i opiniach związanych z tematyką zdobienia zębów suma punktów przyznanych w pytaniach: 4, 5, 6,

**Tabela 5.** Definicje badanych zmiennych zależnych

Zmienna	Definicja
Kontakt i osobiste doświadczenia ze zdobieniem zębów	Odnosi się do liczby kontaktów i doświadczeń związanych ze zdobieniem zębów, na wynik składają się pytania: Pytanie 1: Czy kiedykolwiek spotykał się Pan/i ze zdobieniem zębów? Pytanie 7: Czy ktoś w Pana/i otoczeniu nosił(i) biżuterię nazębną? Pytanie 8: Czy zdobiła Pan/i własne zęby obecnie lub w przeszłości? Pytanie 10: Czy kiedykolwiek korzystał(a) Pan/i w przeszłości z innych zabiegów upiększających w obrębie jamy ustnej? Pytanie 14: Czy planuje Pan/i założenie biżuterii nazębnej? Wysoki wynik świadczy o większej liczbie doświadczeń związanych ze zdobieniem zębów.
Pozytywna/negatywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów	Przejawiany w opiniach i ocenach pozytywny lub negatywny stosunek do zdobień zębów. Na wynik składają się pytania: Pytanie 4: Czy znane osoby noszące biżuterię nazębną i występujące w środkach masowego przekazu zachęciłyby Pana/ią do jej założenia? Pytanie 5: Czy sądzi Pan/i, że osoby noszące biżuterię nazębną w swoim najbliższym otoczeniu są postrzegane? Pytanie 6: Co według Pana/i, oznacza noszenie biżuterii nazębnej? Pytanie 8: Czy zdobiła Pan/i własne zęby obecnie lub w przeszłości? Pytanie 9: Gdyby obecnie podjął/ła Pan/i decyzję o założeniu biżuterii nazębnej to co byłoby tego podstawą? Pytanie 14: Czy planuje Pan/i założenie biżuterii nazębnej? Pytanie 15: Jaki wpływ według Pana/i może mieć noszenie biżuterii nazębnej na zdrowie jamy ustnej i zębów?
Pozytywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów	Wysoki wynik na skali pozytywnej świadczy o większej ilości wyrażonych pozytywnych opinii i ocen dotyczących zdobienia zębów.
Negatywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów	Wysoki wynik na skali negatywnej świadczy o większej ilości wyrażonych negatywnych opinii i ocen dotyczących zdobienia zębów.



8, 9, 14, 15 pozwalała na obliczenie ocen Pozytywnej bądź negatywnej opinii i nastawienie w odniesieniu do zjawiska zdobienia zębów. Pytania miały zarówno jednokrotny jak i wielokrotny wybór. Dla skali pozytywnej za odpowiedzi „tak” badani uzyskiwali 1 pkt, dla skali negatywnej 1 pkt otrzymywali za odpowiedzi „nie”. W pytaniach wielokrotnego wyboru dla skali pozytywnej 1 punkt uzyskać można było wybierając odpowiedzi świadczące o pozytywnym nastawieniu do zdobienia zębów, natomiast dla skali negatywnej 1 punkt wybierając odpowiedzi świadczące o negatywnym nastawieniu do zdobienia zębów (tabela 5).

W pracy zastosowano również dwa dodatkowe narzędzia badawcze: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) (Załącznik 2) oraz Krótki Inwentarz Osobowości (Ten-Item Personality Inventory – TIPI-PL).

Inwentarz zachowań zdrowotnych, którego autorem jest Juczyński (2012) składa się z 24 pozycji i służy do pomiaru zachowań zdrowotnych oraz ich następujących czterech kategorii: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne i praktyki zawodowe. Zadaniem osób badanych było ustosunkowanie się do wszystkich stwierdzeń na 5-stopniowej skali, od „prawie nigdy” (1 punkt) do „prawie zawsze” (5 punktów). Według autora polskiej adaptacji IZZ jest trafnym i rzetelnym narzędziem do pomiaru zachowań zdrowotnych, jego rzetelność wynosi  $\alpha = 0,60-0,65$  (tabela 6).

Inwentarz TIPI autorstwa Gosling, Rentrow i Swann Jr (2003) w polskiej adaptacji Sorokowskiej, Słowińskiej, Zbieg i Sorokowskiego (2014) składa się z 10 pozycji i jest najpopularniejszą krótką metodą pomiaru cech osobowości „Wielkiej Piątki”, a są to: ekstrawersja, ugodowość, sumienność, stabilność emocjonalna i otwartość na doświadczenia.

**Tabela 6.** Definicje badanych zmiennych niezależnych głównych przy użyciu Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ)

Zmienna	Definicja
Zachowania zdrowotne	„Odnosi się do różnego rodzaju zachowań związanych ze zdrowiem.” (Juczyński, 2012, s. 115)
Prawidłowe praktyki żywieniowe	„Uwzględniają przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności.” (Juczyński, 2012, s. 115)
Zachowania profilaktyczne	„Dotyczą postrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby.” (Juczyński, 2012, s. 115)
Pozytywne nastawienia psychiczne	„Odnoszą się do czynników psychologicznych, jak unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć, czy sytuacji wpływających przygnębiająco.” (Juczyński, 2012, s. 115)
Praktyki zdrowotne	„Obejmują codzienne nawyki dotyczące snu i reakcji czy aktywności fizycznej.” (Juczyński, 2012, s. 115)

Zadaniem osób badanych było ustosunkowanie się do wszystkich stwierdzeń na 7-stopniowej skali, od „zdecydowanie się nie zgadzam” (1 punkt) do „zdecydowanie się zgadzam” (7 punktów).

Według autorów polskiej adaptacji TIPI-PL jak poprzednio opisanym IZZ jest on trafnym i rzetelnym narzędziem do pomiaru zachowań zdrowotnych, jego rzetelność wynosi  $\alpha = 0,45-0,83$  (tabela 7).

**Tabela 7.** Krótki Inwentarz Osobowości (Ten-Item Personality Inventory – TIPI-PL)

Zmienna	Definicja
Ekstrawersja	„(Vs introwersja), to skłonność do interakcji społecznych, a także energii i aktywności oraz doznawania pozytywnych emocji. Wysoka ekstrawersja zazwyczaj oznacza serdeczność i przyjacielskość, aktywność i optymizm, towarzyskość i rozmowność, skłonność do zabawy, poszukiwanie bodźców i stymulacji. Natomiast niska ekstrawersja (introwersja) zazwyczaj oznacza rezerwę w społecznych kontaktach z innymi ludźmi, nieśmiałość, brak optymizmu, czy preferencje do przebywania w samotności.” (Zawadzki i in., 2007; za Sorokowska, Słowińska, Zbieg i Sorokowski, 2014, s. 8)
Ugodowość	„Skłonność do pozytywnego versus negatywnego nastawienia do innych ludzi związana z altruizmem versus antagonizmem. Jest związana z takimi charakterystykami jak wrażliwość versus obojętność na sprawy innych, zaufanie versus brak zaufania czy nastawienie kooperacyjne versus rywalizacyjne. Wysoka ugodowość zazwyczaj oznacza sympatyczność, skłonność do udzielania pomocy, prostolinijność, prostoduszność, szczerłość, potulność i łagodność, a także skromność i uczuciowość w stosunku do innych. Natomiast niska ugodowość zazwyczaj oznacza egocentryzm, nastawienie rywalizacyjne, a czasami nawet agresywność i oschłość w kontaktach z innymi ludźmi.” (Zawadzki i in., 2007; za Sorokowska, Słowińska, Zbieg i Sorokowski, 2014, s. 8)
Sumiennność	„Stosunek człowieka do działania zorientowanego na cel i łączy się z poziomem zorganizowania, motywacji i wytrwałości. Wysoka sumiennność zazwyczaj oznacza silną wolę osiągnięć oraz motywację do działania i wytrwałość w dążeniu i osiągnięciu własnych celów. Sumiennność zazwyczaj jest związana ze skrupulatnością, obowiązkowością, rozważnością i rzetelnością, ale także z pracoholizmem, skłonnością do utrzymywania porządku i perfekcjonizmem. Natomiast niska sumiennność zazwyczaj oznacza niewielkie sprecyzowanie celów życiowych, niską skrupulatność i motywację osiągnięć; hedonizm, impulsywność w podejmowaniu decyzji, a także spontaniczność w działaniu.” (Zawadzki i in., 2007; za Sorokowska, Słowińska, Zbieg i Sorokowski, 2014, s. 8)
Stabilność emocjonalna	„(vs neurotyczność) to podatność na odczuwanie negatywnych emocji, np. niezadowolenia, zmieszania, poczucia winy, strachu, gniewu. Wysoka stabilność emocjonalna (niska neurotyczność) zazwyczaj oznacza emocjonalne przystosowanie, zdolność do zmagania się ze stresem bez doświadczenia napięć, rozdrażnienia, czy obaw. Natomiast wysoka neurotyczność zazwyczaj oznacza mniejszą zdolność do kontrolowania swoich popędów oraz zmagania się ze stresem, skłonność do zamartwiania się, wstydlivość oraz poczucie zmieszania w obecności innych, a nawet reakcje nacechowane lękiem i napięciem.” (Zawadzki i in., 2007; za Sorokowska, Słowińska, Zbieg i Sorokowski, 2014, s. 9)
Otwartość na doświadczenia	„To tendencja do poszukiwania i pozytywnego wartościowania nowych doświadczeń życiowych, tolerancję wobec nowości i ciekawość poznawczą. Wysoka otwartość na doświadczenie zazwyczaj oznacza ciekawość, kreatywność, wyobraźnię, niekonwencjonalność, a także niezależność w sądach. Natomiast niska otwartość na doświadczenie zazwyczaj oznacza konwencjonalność, konserwatywność, wyznawanie tradycyjnych wartości, pragmatyczne zainteresowania i preferencje względem uznanych społecznie sposobów działania.” (Zawadzki i in., 2007; za Sorokowska, Słowińska, Zbieg i Sorokowski, 2014, s. 9)

Kryterium wykluczenia z badania był brak zgody na wypełnienie ankiety, nie wypełnienie ankiety w całości a także w przypadku seniorów wiek (poniżej 60. roku życia – 3 osoby).

Przewodniczący Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu potwierdził, że prowadzone przez mnie badania nie noszą cech eksperymentu medycznego i w związku z tym nie podlegają opiniowaniu Komisji Bioetycznej. Wszyscy badani wyrazili dobrowolną zgodę na uczestnictwo w badaniach.

Wszystkie obliczenia zamieszczone w pracy wykonane zostały w programie SPSS Statistics 27. Za graniczny poziom istotności przyjęto wartość  $\alpha \leq 0,05$ .

Obliczono: minimalny i maksymalny wynik uzyskany przez badanych, odchylenie standardowe, skośność (Ske) i kurtozę (K). Do testowania zgodności z rozkładem normalnym z wykorzystano test Kołmogorowa-Smirnowa z poprawką Lilleforsa. Analiza siły efektu była badana współczynnikiem korelacji *Epsilon* kwadrat ( $\epsilon^2_R$ ).

Ponadto ze względu na fakt, iż badane grupy nie są równoliczne, do statystycznej weryfikacji hipotez użyto testy nieparametryczne: *rho* Spearmana, *H* Kruskala-Wallisa i *Chi*-kwadrat.

## 4. Wyniki

Wyniki analizy zostały przydzielone do czterech następujących problemów badawczych:

- wiedza dotycząca wykonywania i noszenia zdobień na zębach,
- zakres kontaktu i doświadczeń ze zdobieniem zębów,
- ocena i opinie dotyczące zdobienia zębów,
- kontakt, osobiste doświadczenia i opinia na zdobienia zębów.

W tabelach 8–10 przedstawiona została ogólna charakterystyka wyników uzyskanych w trzech badanych grupach: studentów polskojęzycznych, studentów anglojęzycznych i seniorów.

W grupie studentów polskojęzycznych wyniki zmiennych: Zachowania zdrowotne, Prawidłowe praktyki żywieniowe i Zachowania profilaktyczne cechują się w większości przeciętnymi wartościami o zróżnicowaniu zbliżonym do tego naturalnie występującego w populacji. Natomiast w odniesieniu do Kontakt i osobiste doświadczenia ze zdobieniem zębów i Pozytywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów badani uzyskali w większości niskie i mało zróżnicowane wyniki. Dla zmiennych Negatywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów, Ugodowość, Sumienność i Otwartość na doświadczenia otrzymano wysokie i mocno zróżnicowane wyniki a w odniesieniu do Zmienne Pozytywne nastawienia psychiczne, Praktyki zdrowotne i Ekstrawersja badani uzyskali w większości wysokie i mało zróżnicowane wyniki a w zakresie zmiennej Stabilność emocjonalna w większości niskie i mocno zróżnicowane wyniki (tabela 8).

W grupie studentów anglojęzycznych wyniki dotyczące zmiennych: Zachowania zdrowotne, Prawidłowe praktyki żywieniowe, Zachowania profilaktyczne i Praktyki cechują się w większości wartościami o zróżnicowaniu zbliżonym do tego naturalnie występującego w populacji. Natomiast w odniesieniu do Kontakt i osobiste doświadczenia ze zdobieniem zębów i Pozytywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów badani uzyskali w większości niskie i mało zróżnicowane wyniki. Dla zmiennych Negatywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów oraz Otwartość na doświadczenia badani uzyskali niskie i mocno zróżnicowane wyniki a w zakresie Pozytywne nastawienia psychiczne, Ekstrawersja, Ugodowość, Sumienność i Stabilność w większości wysokie i mocno zróżnicowane wyniki (tabela 9).

**Tabela 8.** Statystyki opisowe i testowanie normalności rozkładu badanych zmiennych w grupie studentów polskojęzycznych (n = 103)

Zmienna	Min	Max	M	SD	Ske	K	Kolmogorow-Smirnow	
							Z	p
Kontakt i osobiste doświadczenia ze zdobieniem zębów	0,00	4,00	1,67	0,80	0,55	0,24	0,26*	<0,001
Pozytywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów	0,00	4,50	1,01	0,89	0,99	1,82	0,14*	<0,001
Negatywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów	3,00	8,00	5,43	1,22	-0,01	-0,80	0,19*	<0,001
Zachowania zdrowotne	38,00	109,00	78,53	11,72	-0,30	1,56	0,09	0,062
Prawidłowe praktyki żywieniowe	8,00	30,00	20,52	4,47	-0,17	-0,11	0,07	0,200
Zachowania profilaktyczne	9,00	28,00	19,85	3,92	-0,16	-0,29	0,07	0,200
Pozytywne nastawienia psychiczne	8,00	30,00	19,97	3,87	-0,33	1,05	0,12*	0,001
Praktyki zdrowotne	8,00	26,00	18,18	3,46	-0,45	0,27	0,12*	0,001
Ekstrawersja	1,00	7,00	5,21	1,31	-0,82	0,52	0,14*	<0,001
Ugodowość	2,00	7,00	5,44	1,17	-0,70	-0,09	0,17*	<0,001
Sumienność	3,00	7,00	5,47	1,12	-0,32	-0,77	0,11*	0,003
Stabilność emocjonalna	1,00	7,00	4,07	1,57	0,07	-1,00	0,13*	<0,001
Otwartość na doświadczenia	2,00	7,00	4,78	1,16	-0,02	-0,54	0,11*	0,004

\*  $p < 0,01$

**Tabela 9.** Statystyki opisowe i testowanie normalności rozkładu badanych zmiennych w grupie studentów anglojęzycznych (n = 86)

Zmienna	Min	Max	M	SD	Ske	K	Kolmogorow-Smirnow	
							Z	p
Kontakt i osobiste doświadczenia ze zdobieniem zębów	0,00	4,00	1,37	0,90	0,50	0,00	0,28**	<0,001
Pozytywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów	0,00	6,50	1,89	1,11	1,03	2,84	0,18**	<0,001
Negatywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów	2,00	8,00	4,73	1,24	0,26	-0,21	0,19**	<0,001
Zachowania zdrowotne	49,00	119,00	82,94	13,11	-0,02	0,07	0,06	0,200
Prawidłowe praktyki żywieniowe	12,00	30,00	20,07	4,47	0,13	-0,71	0,09	0,174
Zachowania profilaktyczne	11,00	30,00	20,53	3,93	-0,07	-0,09	0,08	0,200
Pozytywne nastawienia psychiczne	13,00	30,00	21,71	3,79	-0,16	-0,18	0,14**	0,001
Praktyki zdrowotne	11,00	30,00	20,63	4,18	-0,21	-0,45	0,09	0,155
Ekstrawersja	2,00	7,00	5,17	1,28	-0,55	-0,61	0,19**	<0,001
Ugodowość	3,50	7,00	5,37	0,99	-0,25	-0,99	0,15**	<0,001
Sumienność	2,00	7,00	5,29	1,42	-0,58	-0,79	0,19**	<0,001
Stabilność emocjonalna	1,00	7,00	3,89	1,50	-0,28	-0,54	0,11*	0,015
Otwartość na doświadczenia	2,50	7,00	4,47	1,02	0,15	-0,39	0,13**	0,001

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$

W grupie seniorów dla zmiennych Kontakt i osobiste doświadczenia ze zdobieniem zębów, Pozytywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów, Negatywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów i Stabilność emocjonalna badani uzyskali w większości niskie i mocno zróżnicowane wyniki. Dla zmiennych Zachowania zdrowotne, Prawidłowe praktyki żywieniowe, Pozytywne nastawienia psychiczne, Sumienność i Otwartość na doświadczenia badani uzyskali wysokie i mało zróżnicowane wyniki a w zakresie zmienne Zachowania profilaktyczne, Praktyki zdrowotne, Ekstrawersja i Ugodowość w większości wysokie i mocno zróżnicowane wyniki (tabela 10).

**Tabela 10.** Statystyki opisowe i testowanie normalności rozkładu badanych zmiennych w grupie seniorów (n = 119)

Zmienna	Min	Max	M	SD	Ske	K	Kołmogorow-Smirnow Z	p
Kontakt i osobiste doświadczenia ze zdobieniem zębów	0,00	3,00	0,61	0,73	0,90	-0,04	0,33*	<0,001
Pozytywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów	0,00	3,50	1,26	0,88	0,63	-0,22	0,18*	<0,001
Negatywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów	2,00	7,00	4,29	0,98	0,32	-0,43	0,24*	<0,001
Zachowania zdrowotne	57,00	110,00	88,66	12,49	-0,65	0,22	0,10*	0,003
Prawidłowe praktyki żywieniowe	12,00	30,00	23,63	4,13	-1,19	1,73	0,18*	<0,001
Zachowania profilaktyczne	13,00	28,00	21,91	4,11	-0,47	-0,76	0,14*	<0,001
Pozytywne nastawienia psychiczne	13,00	30,00	22,57	3,52	-0,72	0,37	0,16*	<0,001
Praktyki zdrowotne	10,00	28,00	20,55	3,84	-0,36	-0,38	0,13*	<0,001
Ekstrawersja	4,00	7,00	5,95	0,91	-0,63	-1,09	0,33*	<0,001
Ugodowość	3,50	7,00	5,71	1,04	-0,97	-0,51	0,27*	<0,001
Sumienność	3,50	7,00	5,99	1,08	-1,37	0,91	0,24*	<0,001
Stabilność emocjonalna	2,50	6,50	4,70	1,12	0,04	-0,71	0,17*	<0,001
Otwartość na doświadczenia	2,00	6,50	5,10	1,15	-0,93	1,32	0,23*	<0,001

\* $p < 0,01$

#### 4.1. Wiedza związana z wykonywaniem i noszeniem zdobień na zębach

##### Pytanie 1.1. Jaki wpływ według Pana/i może mieć noszenie biżuterii nazębnej na zdrowie jamy ustnej i zębów?

Wyniki testu *Chi*-kwadrat przedstawione w tabeli 11 wskazują, że istnieje istotny statystycznie słaby ( $V = 0,33$ ) związek przynależnością do grupy badanej a wiedzą na temat wpływu zdobienia zębów na zdrowie jamy ustnej i zębów. Zdecydowana większość (97,10%) studentów polskojęzycznych uważa, że zdobienia mają negatywny wpływ na

zdrowie jamy ustnej i zębów. Taką opinię podziela także większość (74,40%) studentów anglojęzycznych oraz ponad połowa (51,30%) seniorów. Pozostałe 44,50% z tej ostatniej grupy twierdzi, że zdobienia nie mają żadnego wpływu na zdrowie jamy ustnej i zębów.

**Tabela 11.** Badana grupa a wiedza nt. wpływu zdobienia zębów na zdrowie jamy ustnej i zębów – test chi-kwadrat i V Cramera

Wpływ zdobienia zębów na zdrowie jamy ustnej i zębów	Odsetek grupy (%)			$\chi^2$	p	V Cramera
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)			
Negatywny	97,10	74,40	51,30	65,72*	<0,001	0,33
Nie ma żadnego wpływu	1,00	18,60	44,50			
Pozytywny	1,90	7,00	4,20			

\*  $p < 0,01$

### Pytanie 1.2. Z jakimi konsekwencjami według Pana/i należałoby się liczyć w trakcie dłuższego noszenia biżuterii nazębnej?

Na pytanie weryfikujące powyższe zagadnienie możliwy był wielokrotny wybór. Z uwagi na to badany mógł udzielić kilku odpowiedzi a dokonanie statystycznej weryfikacji wyników dotyczącej różnic pomiędzy grupami nie było możliwe.

Na podstawie danych przedstawionych w tabeli 12 stwierdzić można, że studenci studiujący w języku polskim najczęściej zgłaszali możliwość wystąpienia negatywnych konsekwencji posiadania zdobień na zębach w postaci zwiększonego ryzyka wystąpienia

**Tabela 12.** Częstości dla wiedzy dotyczącej konsekwencji zdobienia zębów w grupach badanych

Wiedza nt. konsekwencji dłuższego posiadania zdobień na zębach	Liczebność (odsetek grupy)		
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)
Zwiększone ryzyko wystąpienia próchnicy zębów	75 (72,80)	62 (72,09)	18 (15,13)
Zwiększone ryzyko pojawienia się przebarwień nazębnych	59 (57,28)	51 (59,30)	20 (16,81)
Odpadnięcie, połknięcie lub przedostanie się ozdoby do układu oddechowego	69 (66,99)	65 (75,58)	39 (32,77)
Alergie	43 (41,75)	45 (52,33)	19 (15,97)
Uszkodzenia sąsiednich zębów	48 (46,60)	43 (50,00)	34 (28,57)
Uszkodzenia błony śluzowej	58 (56,31)	46 (53,49)	15 (12,61)
Złamania zęba	23 (22,33)	46 (53,49)	35 (29,41)



próchnicy. Natomiast seniorzy jako najczęstszą konsekwencję wskazywali odpadnięcie, połknięcie lub przedostanie się ozdoby do układu oddechowego, złamanie zęba i uszkodzenie sąsiednich zębów.

### **Pytanie 1.3. Czy sądzi Pan/i, że w przypadku noszenia biżuterii nazębnej należy?**

Na pytanie weryfikujące powyższe zagadnienie możliwy był wielokrotny wybór. Z uwagi na to badany mógł udzielić kilku odpowiedzi a dokonanie statystycznej weryfikacji wyników dotyczącej różnic pomiędzy grupami nie było możliwe.

Na podstawie danych przedstawionych w tabeli 13 stwierdzić można, że badani ze wszystkich trzech grup w większości są przekonani, że osoby posiadające zdobienia na zębach powinny zwiększyć częstotliwość wizyt kontrolnych u stomatologa a także zmienić swoje nawyki higieniczne. Zwraca uwagę fakt, że duża liczba seniorów sądzi, iż noszenie ozdób na zębach nie wymaga zmiany zachowań.

**Tabela 13.** Częstości dla wiedzy dotyczącej zachowań wymaganych przy posiadaniu, zdobień na zębach w grupach badanych

Zachowania wymagane od posiadaczy zdobień na zębach	Liczebność (odsetek grupy)		
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)
Zmiana nawyków higienicznych	69 (66,99)	45 (52,33)	41 (34,55)
Zwiększona częstotliwość wizyt kontrolnych u stomatologa	78 (75,73)	51 (59,30)	67 (56,30)
Nie trzeba nic zmieniać	6 (5,83)	11 (12,79)	23 (19,33)

### **Pytanie 1.4. Kto według Pana/i, powinien zajmować się zakładaniem biżuterii nazębnej?**

Na pytanie weryfikujące powyższe zagadnienie możliwy był wielokrotny wybór. Z uwagi na to badany mógł udzielić kilku odpowiedzi a dokonanie statystycznej weryfikacji wyników dotyczącej różnic pomiędzy grupami nie było możliwe.

Na podstawie danych przedstawionych w tabeli 14 stwierdzić można, że badani ze wszystkich trzech grup w większości są przekonani, że zdobienia na zębach powinni wykonywać lekarze stomatolodzy a w drugiej kolejności higienistka stomatologiczna. Wśród respondentów znalazły się również osoby skłaniające się do samodzielnego zakładania zdobień.



**Tabela 14.** Częstości dla wiedzy dotyczącej tego kto powinien wykonywać zdobienia na zębach w 3 grupach badanych

Wiedza nt. tego kto powinien wykonywać zdobienia na zębach	Liczebność (odsetek grupy)		
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)
Lekarz stomatolog	87 (84,47)	69 (80,23)	107 (89,92)
Higienistka stomatologiczna	23 (22,33)	18 (20,93)	5 (4,20)
Kosmetyczka	8 (7,77)	11 (12,79)	4 (3,36)
Na rynku powinny być systemy do samodzielnego zakładania zębów	4 (3,88)	11 (12,79)	5 (4,20)

## 4.2. Kontakty i doświadczenia ze zdobieniem zębów

**Pytanie 2.1. Czy kiedykolwiek spotykał się Pan/i zdobieniem zębów? Czy ktoś w Pana/i otoczeniu nosił(i) biżuterię nazębną? Czy zdołał Pan/i własne zęby obecnie lub w przeszłości? Czy kiedykolwiek korzystał(a) Pan/i w przeszłości z innych zabiegów upiększających? Czy planuje Pan/i założenie biżuterii nazębnej?**

Z analizy odpowiedzi na pytania wyniki testu  $H$  Kruskala-Wallisa zaprezentowane w tabeli 15 wskazują, że studenci polskojęzyczni i studenci anglojęzyczni posiadają większą liczbę kontaktów i doświadczeń związanych ze zdobieniem zębów w porównaniu do grupy seniorów.

Analiza siły efektu, badanego współczynnikiem korelacji *Epsilon* kwadrat ( $\epsilon^2_R$ ) wykazała słaby wpływ przynależności grupy badanej na kontakt i doświadczenia ze zdobieniem zębów.

**Tabela 15.** Badana grupa a kontakt i doświadczenia osobiste ze zdobieniem zębów – test  $H$  Kruskala-Wallisa i test Post-Hoc Dunna

Zmienna	Badana grupa						Post Hoc	H	p	$\epsilon^2_R$
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)		Studenci anglojęzyczni (n = 86)		Seniorzy (n = 119)					
	M	SD	M	SD	M	SD				
Kontakt i doświadczenia osobiste ze zdobieniem zębów	1,67	0,80	1,37	0,90	0,61	0,73	1,2 > 3	83,82*	<0,001	0,27

\*  $p < 0,01$

## Pytanie 2.2. Czy kiedykolwiek spotykał się Pan/i ze zdobieniem zębów?

Wyniki testu *Chi*-kwadrat przedstawione w tabeli 16 wskazują, że istnieje istotny statystycznie umiarkowany ( $V = 0,55$ ) związek pomiędzy reprezentowaną przez respondentów grupą badaną a stycznością z tematyką zdobienia zębów.

Studenci polskojęzyczni (97,10%) i anglojęzyczni (83,70%) w większości mieli styczność z tematyką zdobienia zębów, natomiast wśród seniorów z tematyką tą styczność miała niecała połowa badanych (41,20%).

**Tabela 16.** Badana grupa a styczność z tematyką zdobienia zębów – test chi-kwadrat i V Cramera

Styczność z tematyką zdobienia zębów	Odsetek grupy (%)			$\chi^2$	p	V Cramera
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)			
Nie	2,90	16,30	58,80	93,59*	<0,001	0,55
Tak	97,10	83,70	41,20			

\*  $p < 0,01$

## Pytanie 2.3. Z jakiego źródła dotarła do Pana/i ta wiedza o zdobieniu zębów?

Na pytanie weryfikujące powyższe zagadnienie możliwy był wielokrotny wybór. Z uwagi na to badany mógł udzielić kilku odpowiedzi a dokonanie statystycznej weryfikacji wyników dotyczącej różnic pomiędzy grupami nie było możliwe.

Na podstawie danych przedstawione w tabeli 17 stwierdzić można, że wszystkie trzy grupy jako najczęstsze źródło wiedzy wskazują Internet, a następnie telewizję, rodzinę i znajomych. Dość częstym źródłem pozyskiwania wiedzy na temat zdobień na zębach czy spotykania się z tą tematyką są reklamy.

**Tabela 17.** Częstości dla źródeł wiedzy i styczności z tematyką zdobienia zębów w grupach badanych

Źródła wiedzy i styczności z tematyką zdobienia zębów	Liczebność (odsetek grupy)		
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)
Telewizja	22 (21,36)	29 (33,77)	24 (20,17)
Internet	64 (62,14)	52 (60,47)	17 (14,29)
Prasa	12 (11,65)	8 (9,30)	7 (5,88)
Reklama	12 (11,65)	21 (24,42)	10 (8,40)
Rodzina/znajomi	23 (22,33)	29 (33,72)	9 (7,56)
Inne	19 (18,45)	3 (3,49)	2 (1,68)

#### Pytanie 2.4. Kto według Pan/i jest adresatem tej metody upiększania?

Na pytanie weryfikujące powyższe zagadnienie możliwy był wielokrotny wybór. Z uwagi na to badany mógł udzielić kilku odpowiedzi a dokonanie statystycznej weryfikacji wyników dotyczącej różnic pomiędzy grupami nie było możliwe.

Na podstawie danych przedstawione w tabeli 18 stwierdzić można, że dla studentów polskojęzycznych adresatem zdobień na zębach najczęściej są przedstawiciele subkultur a następnie młodzież i kobiety, dla studentów anglojęzycznych najczęściej jest to młodzież, kobiety a następnie artyści. Natomiast dla seniorów najczęściej jest to młodzież, kobiety, a następnie artyści i przedstawiciele subkultur.

**Tabela 18.** Częstości dla zdania dot. adresatów zdobienia zębów w grupach badanych

Zdanie dot. tego kto jest adresatem zdobienia zębów	Liczebność (odsetek grupy)		
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)
Kobiety	39 (37,86)	44 (51,16)	37 (31,09)
Mężczyźni	12 (11,65)	23 (26,74)	2 (1,68)
Młodzież	46 (44,66)	45 (52,33)	41 (34,45)
Osoby dorosłe	15 (14,65)	33 (38,37)	10 (8,40)
Przedstawiciele subkultur	61 (59,22)	17 (19,77)	20 (16,81)
Artyści	33 (33,04)	41 (47,67)	24 (20,17)
Osoby ze zdrowymi zębami	10 (9,71)	13 (15,12)	7 (5,88)
Osoby z trudnościami w utrzymaniu higieny jamy ustnej	4 (3,88)	4 (4,65)	6 (5,04)

#### Pytanie 2.5. Czy kiedykolwiek w gabinecie stomatologicznym był(a)

#### Pan/i zachęcany(a) do założenia na własnych zębach biżuterii nazębnej?

Wyniki testu *Chi*-kwadrat przedstawione w tabeli 19 wskazują, że istnieje istotny statystycznie słaby ( $V = 0,14$ ) związek pomiędzy reprezentowaną przez respondentów grupą badaną a spotkaniem się z proponowaniem zdobienia zębów w gabinecie stomatologicznym. Studenci anglojęzyczni i seniorzy w ogóle nie spotkali się z proponowaniem zdobienia zębów w gabinecie, natomiast propozycję taką usłyszało 2,90% studentów polskojęzycznych.

**Tabela 19.** Badana grupa a spotkanie z proponowaniem zdobienia zębów w gabinecie stomatologicznym – test chi-kwadrat i V Cramera

Spotkanie z proponowaniem zdobienia zębów w gabinecie stomatologicznym	Odsetek grupy (%)			$\chi^2$	p	V Cramera
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)			
Nie	97,10	100,00	100,00	6,03*	0,049	0,14
Tak	2,90	0,00	0,00			

\*  $p < 0,05$

### Pytanie 2.6. Jaka forma biżuterii nazębnej była Panu/i proponowana w gabinecie stomatologicznym?

Na pytanie weryfikujące powyższe zagadnienie możliwy był wielokrotny wybór. Z uwagi na to badany mógł udzielić kilku odpowiedzi a dokonanie statystycznej weryfikacji wyników dotyczącej różnic pomiędzy grupami nie było możliwe.

Na podstawie danych przedstawione w tabeli 20 stwierdzić można, że 2 studentom polskojęzycznym (1,94%) proponowano w gabinetach stomatologicznych przyklejane do zębów elementy z materiałów syntetycznych a jednemu (0,97%) przyklejane do zębów kamienie szlachetne lub złoto.

**Tabela 20.** Częstości dla proponowanych w gabinecie zdobień zębów w grupach badanych

Proponowane w gabinecie stomatologicznym zdobienia zębów	Liczebność (odsetek grupy)		
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)
Przyklejane do zębów elementy z materiałów syntetycznych	2 (1,94)	0 (0,00)	0 (0,00)
Przyklejane do zębów kamienie szlachetne lub złoto	1 (0,97)	0 (0,00)	0 (0,00)
Tatuaż nazębny	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)

### 4.3. Ocena i opinie na temat zdobienia zębów

**Pytanie 3.1. Czy znane osoby noszące biżuterię nazębną i występujące w środkach masowego przekazu zachęciłyby Pana/ią do jej założenia? Czy sądzi Pan/i, że osoby noszące biżuterię nazębną w swoim najbliższym otoczeniu są postrzegane? Co według Pana/i, oznacza noszenie biżuterii nazębnej? Czy zdołała Pan/i własne zęby obecnie lub w przeszłości? Gdyby obecnie podjął/ła Pan/i decyzję o założeniu biżuterii nazębnej to co byłoby tego podstawą? Czy planuje Pan/i założenie biżuterii nazębnej? oraz Jaki wpływ według Pana/i może mieć noszenie biżuterii nazębnej na zdrowie jamy ustnej i zębów?**

Z analizy odpowiedzi na pytania wyniki testu *H* Kruskala-Wallisa zaprezentowane w tabeli 21 wskazują, że istnieją istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami badanych w zakresie pozytywnej i negatywnej opinii i nastawienia do zdobienia zębów. Studenci anglojęzyczni cechują się bardziej pozytywną opinią i nastawieniem do zdobienia zębów niż studenci polskojęzyczni i seniorzy. Natomiast seniorzy cechują się najmniej negatywną opinią i nastawieniem do zdobienia zębów, studenci anglojęzyczni cechują się od nich bardziej negatywną opinią, ale najbardziej negatywną opinią i nastawieniem do zdobienia zębów mają studenci polskojęzyczni.

Dodatkowo analiza siły efektu, badanego współczynnikiem korelacji *Epsilon* kwadrat ( $\epsilon^2_R$ ) wykazała słaby wpływ zmiennej niezależnej badana grupa na zmienną zależną pozytywna i negatywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów.

**Tabela 21.** Badana grupa a pozytywna i negatywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów – test *H* Kruskala-Wallisa i test Post-Hoc Dunna

Zmienna	Badana grupa						Post Hoc	H	p	$\epsilon^2_R$
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)		Studenci anglojęzyczni (n = 86)		Seniorzy (n = 119)					
	M	SD	M	SD	M	SD				
Pozytywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów	1,01	0,89	1,89	1,11	1,26	0,88	1 < 2 > 3	36,76*	<0,001	0,12
Negatywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów	5,43	1,22	4,73	1,24	4,29	0,98	1 > 2 > 3	45,37*	<0,001	0,15

\*  $p < 0,01$

**Pytanie 3.2. Czy znane osoby noszące biżuterię nazębną i występujące w środkach masowego przekazu zachęciłyby Pana/ią do jej założenia?**

Wyniki testu *Chi*-kwadrat przedstawione w tabeli 22 wskazują, że istnieje istotny statystycznie słaby ( $V = 0,16$ ) związek pomiędzy reprezentowaną przez respondentów grupą badaną a wpływem znanych osób na decyzję o zdobieniu zębów. Największy wpływ osoby znane miałyby na decyzję studentów anglojęzycznych (12,80%), następnie na decyzję studentów polskojęzycznych (6,80%), a w najmniejszym stopniu na decyzję seniorów (2,50%).

**Tabela 22.** Badana grupa a wpływ znanych osób na decyzję o zdobieniu zębów – test chi-kwadrat i V Cramera

Wpływ znanych osób na decyzję o zdobieniu zębów	Odsetek grupy (%)			$\chi^2$	p	V Cramera
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)			
Nie	93,20	87,20	97,50	8,29*	0,016	0,16
Tak	6,80	12,80	2,50			

\* $p < 0,05$

**Pytanie 3.3. Czy sądzi Pan/i, że osoby noszące biżuterię nazębną w swoim najbliższym otoczeniu są postrzegane?**

Wyniki testu *Chi*-kwadrat przedstawione w tabeli 23 wskazują, że istnieje istotny statystycznie słaby ( $V = 0,15$ ) związek pomiędzy reprezentowaną przez respondentów grupą badaną a opinią nt. postrzegania osób ze zdobieniami zębów przez ich otoczenie.

Połowa (50,50%) studentów polskojęzycznych uważa, że osoby ze zdobieniami na zębach są negatywnie oceniane przez otaczających ich ludzi, trochę mniej niż połowa (44,70%) uważa, że zdobienia nie mają wpływu na ich ocenę, a 4,90% uważa, że zdobienia mają pozytywny wpływ na ocenę takich osób. Wśród studentów anglojęzycznych 1/3 (34,90%) uważa, że osoby ze zdobieniami na zębach są negatywnie oceniane przez otaczających ich ludzi, nieco ponad połowa (57,00%) uważa, że zdobienia nie mają wpływu na ich ocenę, a 8,10% uważa, że zdobienia mają pozytywny wpływ na ocenę takich osób. Wśród seniorów 28,60% uważa, że osoby ze zdobieniami na zębach są negatywnie oceniane przez otaczających ich ludzi, 2/3 (66,40%) uważa, że zdobienia nie mają wpływu na ich ocenę, a 5,00% uważa, że zdobienia mają pozytywny wpływ na ocenę takich osób.

**Tabela 23.** Badana grupa a opinia nt. postrzegania osób ze zdobieniami zębów przez ich otoczenie – test chi-kwadrat i V Cramera

Opinia nt. postrzegania osób ze zdobieniami zębów przez ich otoczenie	Odsetek grupy (%)			$\chi^2$	p	V Cramera
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)			
Negatywna	50,50	34,90	28,60	12,98*	0,011	0,15
Nie ma to znaczenia dla odbioru osoby	44,70	57,00	66,40			
Pozytywna	4,90	8,10	5,00			

\*  $p < 0,05$

### Pytanie 3.4. Co według Pana/i, oznacza noszenie biżuterii nazębnej?

Na pytanie weryfikujące powyższe zagadnienie możliwy był wielokrotny wybór. Z uwagi na to badany mógł udzielić kilku odpowiedzi a dokonanie statystycznej weryfikacji wyników dotyczącej różnic pomiędzy grupami nie było możliwe.

Na podstawie danych przedstawione w tabeli 24 stwierdzić można, że dla studentów polskojęzycznych posiadanie zdobień na zębach jest w większości oznaką niczego lub przynależności do danej subkultury, dla studentów anglojęzycznych posiadanie zdobień na zębach jest w większości oznaką przynależności do danej subkultury, następnie oznaką niczego lub dobrobytu. Natomiast dla seniorów jest to oznaka w większości niczego, a następnie przynależności do subkultury lub dobrobytu.

**Tabela 24.** Częstości dla oceny znaczenia posiadania zdobień na zębach w grupach badanych

Ocena znaczenia posiadania zdobień na zębach	Liczebność (odsetek grupy)		
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)
Dobrobyt/luksus	4 (3,88)	24 (27,91)	28 (23,53)
Przynależność do subkultury	45 (43,69)	36 (41,86)	33 (27,73)
Żadne	46 (44,66)	27 (31,40)	54 (45,38)

### Pytanie 3.6. Czy zdoła Pan/i własne zęby obecnie lub w przeszłości?

Wyniki testu *Chi*-kwadrat przedstawione w tabeli 25 wskazują, że nie ma statystycznie istotnego związku pomiędzy reprezentowaną przez respondentów grupą badaną a zdobieniem własnych zębów obecnie lub w przeszłości.

**Tabela 25.** Badana grupa a zdobienie własnych zębów obecnie lub w przeszłości – test chi-kwadrat

Zdobienie własnych zębów obecnie lub w przeszłości	Odsetek grupy (%)			$\chi^2$	p
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)		
Nie	98,10	98,80	100,00	2,20	0,332
Tak	1,90	1,20	0,00		

### Pytanie 3.7. Gdyby obecnie podjął/ła Pan/i decyzję o założeniu bizuterii nazębnej to co byłoby tego podstawą?

Na pytanie weryfikujące powyższe zagadnienie możliwy był wielokrotny wybór. Z uwagi na to badany mógł udzielić kilku odpowiedzi a dokonanie statystycznej weryfikacji wyników dotyczącej różnic pomiędzy grupami nie było możliwe.

Na podstawie danych przedstawione w tabeli 26 stwierdzić można, że gdyby studenci polskojęzyczni podjęli decyzje o zdobieniu zębów, to powodem w większości byłyby estetyka i zwrócenie na siebie uwagi. Powodem dla studentów anglojęzycznych byłyby to także estetyka a w drugiej kolejności podkreślenie swojej osobowości. Natomiast seniorzy także kierowali by się estetyką i podobnie do studentów polskich chęcią zwrócenia na siebie uwagi.

**Tabela 26.** Częstości dla ewentualnego powodu do wykonania zdobień na zębach w grupach badanych

Ewentualny powód do wykonania zdobień na zębach	Liczebność (odsetek grupy)		
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)
Estetyka	32 (31,07)	46 (53,49)	21 (17,65)
Zyskanie popularności	10 (9,71)	8 (9,30)	5 (4,20)
Zwrócenie na siebie uwagi	27 (26,21)	10 (11,63)	15 (12,61)
Podkreślenie swojej osobowości	19 (18,45)	21 (24,42)	8 (6,72)
Podkreślanie swojej atrakcyjności	6 (5,83)	6 (6,98)	9 (7,56)
Motywy związane z przynależnością grupową	21 (20,39)	7 (8,14)	4 (3,36)

### Pytanie 3.8. Czy kiedykolwiek korzystał(a) Pan/i w przeszłości z innych zabiegów upiększających w obrębie jamy ustnej ?

Wyniki testu *Chi*-kwadrat przedstawione w tabeli 27 wskazują, że istnieje istotny statystycznie słaby ( $V = 0,22$ ) związek pomiędzy reprezentowaną przez respondentów gru-



pą badaną a korzystaniem z innych zabiegów upiększających w obrębie jamy ustnej. W przypadku seniorów zdecydowana większość (81,50%) nie korzystała z innych zabiegów upiększających w obrębie jamy ustnej. Wśród studentów anglojęzycznych z takich zabiegów nie korzystało 69,80% badanych, natomiast wśród studentów polskojęzycznych była to nieco ponad połowa (57,30%).

**Tabela 27.** Badana grupa a korzystanie z innych zabiegów upiększających w obrębie jamy ustnej – test chi-kwadrat i V Cramera

Korzystanie z innych zabiegów upiększających w obrębie jamy ustnej	Odsetek grupy (%)			$\chi^2$	p	V Cramera
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)			
Nie	57,30	69,80	81,50	15,48*	<0,001	0,22
Tak	42,70	30,20	18,50			

\*  $p < 0,01$ ;

### Pytanie 3.10. Czy planuje Pan/i założenie biżuterii nazębnej?

Wyniki testu *Chi*-kwadrat przedstawione w tabeli 28 wskazują, że istnieje istotny statystycznie słaby ( $V = 0,16$ ) związek pomiędzy reprezentowaną przez respondentów grupą badaną a planowaniem zdobienia zębów. Studenci polskojęzyczni i seniorzy w ogóle nie planują takich zabiegów w przyszłości, natomiast wśród studentów anglojęzycznych 3,50% zadeklarowało taką chęć.

**Tabela 28.** Badana grupa a planowanie zdobienia zębów – test chi-kwadrat i V Cramera

Planowanie zdobienia zębów	Odsetek grupy (%)			$\chi^2$	p	V Cramera
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)			
Nie	100,00	96,50	100,00	7,82*	0,020	0,16
Tak	0,00	3,50	0,00			

\*  $p < 0,05$

### Pytanie 3.11. Czy jest Pan/i zadowolona(y) ze swojego wyglądu?

Wyniki testu *Chi*-kwadrat przedstawione w tabeli 29 wskazują, że nie ma statystycznie istotnego związku pomiędzy reprezentowaną przez respondentów grupą badaną a zadowoleniem z własnego wyglądu (tabela 29).

**Tabela 29.** Badana grupa a zadowolenie z własnego wyglądu – test chi-kwadrat

Zadowolenie z własnego wyglądu	Odsetek grupy (%)			$\chi^2$	p
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)		
Nie	3,90	6,00	10,70	2,96	0,228
Tak	96,10	94,00	89,30		

### Pytanie 3.12. Czy w przyszłym życiu zawodowym taki sposób upiększania zębów będzie Pan/i proponować pacjentom w gabinecie?

Wyniki testu *Chi*-kwadrat przedstawione w tabeli 30 wskazują, że istnieje istotny statystycznie słaby ( $\phi = 0,28$ ) związek pomiędzy studentami polskojęzycznymi i studentami anglojęzycznymi a proponowaniem przez nich zdobien zębów swoim pacjentom w przyszłej praktyce zawodowej. Studenci polskojęzyczni rzadziej (5,80%) deklarują chęć proponowania zdobien nazębnych swoim przyszłym pacjentom, niż studenci anglojęzyczni, wśród których 25,60% zadeklarowało taką chęć.

**Tabela 30.** Studenci polsko i anglojęzyczni a proponowanie pacjentom zdobien zębów w przyszłej praktyce zawodowej – test dokładnego prawdopodobieństwa Fishera i Phi Yula

Proponowanie pacjentom zdobien zębów w przyszłej praktyce zawodowej	Odsetek grupy (%)		$\chi^2$	p	$\phi$ Yula
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)			
Nie	94,20	74,40	14,50*	<0,001	0,28
Tak	5,80	25,60			

\*  $p < 0,01$

### Pytanie 3.13. Czy uważa Pan/i, że zainteresowanie tego rodzaju zabiegami w przyszłości będzie coraz bardziej popularne?

Wyniki testu *Chi*-kwadrat przedstawione w tabeli 31 wskazują, że nie ma statystycznie istotnego związku pomiędzy reprezentowaną przez respondentów grupą badaną a oceną popularności zdobienia zębów w przyszłości.

**Tabela 31.** Badana grupa a ocena popularności zdobienia zębów w przyszłości – test chi-kwadrat

Ocena popularności zdobienia zębów w przyszłości	Odsetek grupy (%)			$\chi^2$	p
	Studenci polskojęzyczni (n = 103)	Studenci anglojęzyczni (n = 86)	Seniorzy (n = 119)		
Nie	57,30	51,20	47,90	1,98	0,372
Tak	42,70	48,80	52,10		

#### 4.4. Wpływ zachowań zdrowotnych oraz cech osobowości na kontakt, osobiste doświadczenia oraz opinie na temat zdobienia zębów

##### Pytanie 4.1. Związek pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a zakresem kontaktu i osobistych doświadczeń ze zdobieniem zębów oraz opiniami i nastawieniem do zdobienia zębów

Wyniki testu *rho* Spearmana przedstawione w tabeli 32 wskazują, że w grupie studentów polskojęzycznych istnieje istotny statystycznie słaby dodatni związek pomiędzy praktykami zdrowotnymi a kontaktem i osobistymi doświadczeniami ze zdobieniem zębów. Oznacza to, że im większe nasilenie praktyk zdrowotnych w tej grupie badanej tym większa liczba doświadczeń związanych ze zdobieniem zębów.

W grupie studentów anglojęzycznych podobnie istnieje istotny statystycznie słaby dodatni związek pomiędzy zachowaniami profilaktycznymi a kontaktem i osobistymi doświadczeniami ze zdobieniem zębów. Oznacza to, że im większe nasilenie zachowań profilaktycznych w tej grupie badanych tym większa liczba doświadczeń związanych ze zdobieniem zębów.

W grupie seniorów istnieje istotny statystycznie słaby dodatni związek pomiędzy pozytywnym nastawieniem psychicznym a kontaktem i osobistymi doświadczeniami ze zdobieniem zębów. Oznacza to, że im większe nasilenie pozytywnego nastawienia psychicznego wśród seniorów tym większa liczba doświadczeń związanych ze zdobieniem zębów.

**Tabela 32.** Zachowania zdrowotne a kontakt i osobiste doświadczenia ze zdobieniem zębów oraz opinia i nastawienie do zdobienia zębów w grupach badanych – współczynniki korelacji rho Spearmana

	Kontakt i osobiste doświadczenia ze zdobieniem zębów	Pozytywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów	Negatywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów
Grupa: studenci polskojęzyczni			
Zachowania zdrowotne	0,126	0,039	-0,027
Prawidłowe praktyki żywieniowe	-0,004	0,019	0,009
Zachowania profilaktyczne	0,113	-0,024	0,039
Pozytywne nastawienia psychiczne	0,151	0,017	-0,074
Praktyki zdrowotne	0,176*	0,078	-0,033
Grupa: studenci anglojęzyczni			
Zachowania zdrowotne	0,134	-0,069	0,002
Prawidłowe praktyki żywieniowe	0,141	0,020	-0,099
Zachowania profilaktyczne	0,236*	0,011	0,000
Pozytywne nastawienia psychiczne	0,047	-0,112	0,015
Praktyki zdrowotne	-0,047	-0,158	0,103
Grupa: seniorzy			
Zachowania zdrowotne	0,073	0,079	-0,057
Prawidłowe praktyki żywieniowe	0,016	-0,019	-0,067
Zachowania profilaktyczne	0,037	0,048	0,011
Pozytywne nastawienia psychiczne	0,203*	0,127	-0,102
Praktyki zdrowotne	-0,011	-0,017	-0,011

\*  $p < 0,05$

#### Pytanie 4.2. Związek pomiędzy cechami osobowości badanych a zakresem kontaktu i osobistych doświadczeń ze zdobieniem zębów oraz opiniami i nastawieniem do zdobienia zębów

Wyniki testu *rho* Spearmana przedstawione w tabeli 33 wskazują, że w grupie seniorów istnieje istotny statystycznie słaby dodatni związek pomiędzy ekstrawersją a pozytywną opinią i nastawieniem do zdobienia zębów oraz na istotny słaby ujemny związek pomiędzy otwartością na doświadczenia a kontaktem i osobistymi doświadczeniami ze zdobieniem zębów. Oznacza to, że im większe nasilenie ekstrawersji wśród seniorów, tym większe jest ich pozytywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów, natomiast im większa jest otwartość na doświadczenia tym większa jest liczba doświadczeń związanych ze zdobieniem zębów.

W pozostałych dwóch grupach nie stwierdzono żadnych istotnych korelacji pomiędzy cechami osobowości a opiniami i kontaktem ze zdobieniem zębów.

**Tabela 33.** Cechy osobowości a kontakt i osobiste doświadczenia ze zdobieniem zębów oraz opinia i nastawienie do zdobienia zębów w grupach badanych – współczynniki korelacji rho Spearmana

	Kontakt i osobiste doświadczenia ze zdobieniem zębów	Pozytywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów	Negatywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów
Grupa: studenci polskojęzyczni			
Ekstrawersja	-0,027	-0,069	0,048
Ugodowość	-0,042	-0,145	0,132
Sumienność	0,031	-0,133	0,039
Stabilność emocjonalna	-0,007	-0,091	0,098
Otwartość na doświadczenia	-0,042	-0,042	0,033
Grupa: studenci anglojęzyczni			
Ekstrawersja	0,020	-0,028	-0,006
Ugodowość	-0,095	-0,025	0,055
Sumienność	-0,012	0,058	0,031
Stabilność emocjonalna	-0,166	0,059	0,034
Otwartość na doświadczenia	0,041	-0,048	-0,003
Grupa: seniorzy			
Ekstrawersja	0,118	0,225**	-0,144
Ugodowość	-0,040	-0,116	0,041
Sumienność	0,112	0,105	-0,024
Stabilność emocjonalna	0,097	-0,055	0,108
Otwartość na doświadczenia	-0,181*	0,048	-0,076

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$

## 5. Omówienie wyników i dyskusja

### 5.1. Zdobienie zębów w opiniach ankietowanych

Z zebranych w tej pracy danych wynika, że zarówno studenci polskojęzyczni (97,10%) jak i studenci anglojęzyczni (83,70%) posiadają większą niż seniorzy (41,20%) liczbę kontaktów i doświadczeń związanych z tematyką zdobienia zębów.

Badania wykazały że zwiększone nasilenie praktyk zdrowotnych (w przypadku studentów polskojęzycznych); zachowań profilaktycznych (w przypadku studentów anglojęzycznych) jak również pozytywnego nastawienia psychicznego (wśród seniorów) mogły mieć wpływ na zwiększenie kontaktów ze zdobieniem zębów. Zagadnienie to wymaga jednakże dalszych badań.

Zagadnienie zdobienia zębów nie jest jak dotąd szeroko opisywane w dostępnym piśmiennictwie.

Badania ankietowe wykonane w środowisku młodzieży akademickiej przez Rorskowską i wsp. (2013) na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, wykazały, że ponad 90,00% ankietowanych kierunku stomatologicznego i 80,00% kierunków niemedycznych posiadało wiedzę dotyczącą biżuterii nazębnej [Rodkowska i wsp., 2013].

Wyniki badań przeprowadzonych w Indiach i Naironii wskazują na coraz większą wiedzę lekarzy stomatologów dotyczącą tego zjawiska. 68,70% ankietowanych na terenie Indii znało procedurę zakładania biżuterii nazębnej. W Naironii 76,30% badanych posiadało świadomość istnienia nakładek na zęby (grills) a 44,70% tatuaży nazębnych. Autorzy badań zwrócili jednak uwagę, iż zdecydowana większość badanych (96,00%) posiadała informacje o metalowych koronach i o zabiegach kolczykowania jamy ustnej [Bhatita i wsp., 2016; Sumbi i wsp., 2020].

Jako główne źródło informacji o zdobieniu zębów studenci polskojęzyczni podobnie jak anglojęzyczni wymieniali Internet (odpowiednio 62,14% i 60,47%) podczas gdy dla seniorów podstawowym źródłem informacji okazała się telewizja. Dodać należy, że mimo, iż zdecydowana większość badanych seniorów (77,30%) zadeklarowała, że z In-

ternetu korzysta na co dzień głównie w celu poszukiwania informacji (59,70%) to w tej grupie telewizja (20,17%) a nie Internet (14,28%) była podstawowym źródłem pozyskiwania wiedzy w tym zagadnieniu.

Dla studentów polsko i anglojęzycznych rodzina/znajomi (odpowiednio 22,33% i 33,72%) oraz telewizja stanowiły źródła pozyskania wiedzy na ten temat (odpowiednio 21,36% i 33,72%). Dla 18,45% studentów polskojęzycznych takim źródłem okazały się ponadto zajęcia prowadzone na Uczelni.

Studenci polskojęzyczni są zdania, że biżuteria nazębna adresowana jest przede wszystkim do przedstawicieli subkultur (59,22%), młodzieży (44,66%) oraz kobiet (37,86%). Dla studentów anglojęzycznych głównymi adresatami tej metody upiększania uzębienia okazała się w kolejności młodzież (52,33%), kobiety (51,16%) i przedstawiciele środowiska artystycznego (47,67%). Podobnego zdania są seniorzy (młodzież 34,54%, kobiety 31,09% przedstawicieli środowiska artystycznego 20,17%). Tak więc we wszystkich grupach badanych przeważał pogląd, że ten sposób zdobienia adresowany jest głównie do przedstawicieli subkultur, młodzieży, kobiet oraz przedstawicieli środowiska artystycznego. Niewielki odsetek ankietowanych wskazał również na osoby ze zdrowymi zębami a także z trudnościami w utrzymaniu zdrowia i higieny jamy ustnej.

Jedynie około 3% studentów polskojęzycznych spotkało się z propozycją korzystania z zabiegu zdobienia zębów w gabinecie stomatologicznym, w tym 1,94% proponowano elementy z materiałów syntetycznych a niecałe 1% kamienie szlachetne lub złoto. Z taką możliwością nie spotkali się natomiast studenci anglojęzyczni i seniorzy.

Podobne obserwacje zebrali Sumbi i wsp. (2020) którzy odnotowali, że tylko 14,50% badanych stomatologów w Nairobi miało do czynienia w swojej praktyce zawodowej z zabiegiem mocowania biżuterii nazębnej (tooth gems/twinkles); 10,50% nakładek na zęby (grill) a 7,90% wykonywaniem tatuaży dentystycznych. Natomiast jak podkreślają autorzy badań zdecydowana większość stomatologów na co dzień miała do czynienia głównie z zakładaniem metalowych koron (53,90%) [Sumbi i wsp., 2020].

Badania prowadzone przez Bhatia i wsp. (2016) w Indiach wykazały natomiast, że aż 72,30% stomatologów praktykowało procedurę zakładania biżuterii nazębnej swoich gabinetach a 68,70% ją znało [Bhatia i wsp., 2016].

Z danych zebranych wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu wiadomo, że studenci polskojęzyczni (50,50%) wyrażają negatywne opinie i nastawienie do zabiegu zdobienia zębów a pozytywną opinię (8,10%) i nastawienie do zdobienia zębów



wykazali się natomiast studenci anglojęzyczni. W środowisku seniorów 66,40% badanych uważa, że noszenie biżuterii nazębnej nie ma wpływu na ocenę.

Osoby używające zdobień zębów występujące w środowiskach masowego przekazu nie stanowiły inspiracji do jej założenia dla studentów wszystkich trzech grup badanych. Jedynie 12,00% studentów anglojęzycznych i znacznie niższy odsetek studentów polskojęzycznych (7,00%) byłby skłonnych zdecydować się na taki zabieg właśnie pod wpływem środków masowego przekazu.

W roku akademickim 2019/2020 w środowisku studentów posiadanie tego typu biżuterii zadeklarowało niecałe 2% i 1,5% (odpowiednio studentów polsko i anglojęzycznych) a więc nie był to zabieg popularny. Natomiast powodem, dla którego studenci polsko i anglojęzyczni planują takie zabiegi w przyszłości byłaby poprawa estetyki uzębienia (odpowiednio 20,39% i 18,60%). Także 17,65% seniorów kierowałby się tymi względami. Ankietowani ze wszystkich trzech grup stwierdzili, że skala popularności zdobienia zębów w przyszłości jest trudna do określenia.

Posiadanie zdobień na zębach w ocenie 44,66% ankietowanych studentów polskojęzycznych i 45,38% seniorów nie było oznaką dobrobytu ani przynależności do subkultury w przeciwieństwie do 41,86% studentów anglojęzycznych którzy uważają, że może ona określać taki rodzaj przynależności.

Należy przytoczyć wyniki badań prowadzonych przez Farruth i Mânica (2019) w Wielkiej Brytanii. Odnotowano w nich, że dla 56,00% studentów stomatologii biżuteria nazębna/piercing była wyznacznikiem „mody/współczesności”, dla 24,00% oznaką buntu a dla 20,00% stanowiła wyraz „obrzydzenia/wulgarności”. W przypadku 46,00% stomatologów taka forma zdobienia uzębienia była zarazem wyznacznikiem „mody/współczesności” jak i „obrzydzenia/wulgarności”. Natomiast dla 53,00% ankietowanych ze środowiska artystycznego biżuteria nazębna stanowiła wyraz buntu. Ponadto dla kobiet ze wszystkich trzech grup ankietowanych biżuteria nazębna/piercing kojarzyła się z „modą/współczesnością” a w przypadku mężczyzn z „modą/współczesnością” bądź „oznaką buntu” [Farruth, Mânica, 2019].

W Brazylii w grupie studentów medycyny posiadających ozdoby ciała (piercing) dłużej niż 6 miesięcy głównym powodem do jego założenia dla 44,80% badanych były „trendy mody”, dla 25,90% chęć eksperymentowania a dla 22,40% uroda. Jedynie dla 5,10% ankietowanej młodzieży wpływ przyjaciół odegrał istotną rolę w podjęciu decyzji o kolczykowaniu. Ponadto badacze wykazali, że połowa badanej grupy nie poszukiwała informacji dotyczących zabiegu kolczykowania przed jego wykonaniem, 34,50% zna-

lażło ją w Internecie a 22,40% rozmawiało na ten temat z przyjaciółmi. Jedynie 8,60% zwróciło się o taką informację do lekarza [Purim i wsp., 2014].

Zdecydowana większość badanych (odpowiednio 57,30% studentów polskojęzycznych, 69,80% studentów anglojęzycznych i 81,50% seniorów) nie korzystała wcześniej z innych zabiegów upiększających w obrębie jamy ustnej.

Korzystanie z zabiegów upiększających w obrębie jamy ustnej wiąże się z szeroko rozumianym pojęciem estetyki stomatologicznej. Można przez to rozumieć wszelkiego rodzaju zabiegi mające na celu nie tylko podkreślenie bieli uzębienia, ale również leczenie zachowawcze i ortodontyczne. Badania Ansari i wsp. (2021) w grupie studentów różnych kierunków studiów podyplomowych w Arabii Saudyjskiej potwierdziły, że media społecznościowe odgrywają istotną rolę na drodze do osiągnięcia „pięknego uśmiechu”. Autorzy badań wykazali, że większość ankietowanych studentek w porównaniu do mężczyzn zwraca uwagę w mediach społecznościowych na uśmiech celebrytów. Ponadto studenci kierunku nauk o zdrowiu w przeciwieństwie do studentów innych kierunków (inżynierii, zarządzania itp.) częściej ulegali wpływowi mediów społecznościowych w kontekście dbania o uzębienie w wyniku czego częściej udawali się do stomatologa. Na chęć poddania się estetycznemu leczeniu stomatologicznemu studentów z wyższych lat miały także wpływ uśmiechy celebrytów widziane w mediach społecznościowych. Autorzy badań zwrócili również uwagę, że osoby spędzające znaczącą ilość czasu w mediach społecznościowych były bardziej świadome co znaczy określenie „hollywoodzki uśmiech” [Ansari i wsp., 2020].

Podobne badania prowadzone przez EL Mourad i wsp. (2021) w grupie studentów stomatologii King Saud University, Rijad (Arabia Saudyjska) dowiodły, że 79,50% studentów było zadowolonych z wierzunku [EL Mourad i wsp., 2021]. Autorzy zwrócili ponadto uwagę iż to właśnie kobiety (83,50%) w przeciwieństwie do mężczyzn (73,50%) były bardziej zadowolone z wyglądu swoich zębów. Również to właśnie one (54,00%) częściej niż mężczyźni (37,00%) preferowały zmianę koloru zębów. Studenci V roku stomatologii byli bardziej zadowoleni z koloru swoich zębów niż ich koledzy z niższych lat co miało swoje odzwierciedlenie w preferowanym przez nich wyborze barwy zębów. Autorzy sugerują ponadto, że zadowolenie z wyglądu zębów w przypadku studentów V roku może wynikać z ich bardziej realistycznego podejścia do naturalnego koloru zębów [EL Mourad i wsp., 2021]. Podobne wyniki w odniesieniu do chęci posiadania bielszych zębów uzyskał da Silva i wsp. (2012) gdyż 88,57% studentów 1 semestru pragnęło mieć bielsze zęby w porównaniu do studentów 10 semestru (63,64%) [Silva, 2012].

Badania prowadzone przez Mary i wsp. (2020) w grupie młodych dorosłych w wieku 15–35 lat w Indiach wykazały, że kolor zębów wpływa na poczucie pewności siebie i samoakceptację. Takiego zdania było 62,10% ankietowanych a 56,90% czuło się niekomfortowo w obliczu gdy ich uzębienie nie było wystarczająco białe [Mary i wsp., 2020].

Badania da Silva i wsp. (2012) wśród studentów School of Dentistry of the Feral University of Pelotas (Brazylia) potwierdziły, że 92,44% ankietowanych czuło się pewnie uśmiechając się do innych ludzi a 89,53% uważało, że są osoby posiadające lepszy uśmiech od nich [Silva i wsp., 2012].

Ciekawą obserwacją z obecnych badań własnych jest to, że chęć zdobienia swoich zębów zadeklarowało w badaniu jedynie 3,5% studentów anglojęzycznych choć 25,60% z nich planuje w przyszłości proponowanie zdobienia zębów swoim pacjentom.

Przeprowadzone w 2019 roku w Wielkiej Brytanii badania Farruth i Mânica (2019) doniosły, że na pytanie dotyczące noszenia specjalnie zaprojektowanej biżuterii nazębnej 50,00% lekarzy stomatologów odpowiedziało w kategoriach „niezwykła ale akceptowalna” a 47,00% studentów stomatologii „ciekawa i dziwna”. Badacze zwrócili uwagę również, że ulubioną formą zdobienia uzębienia dla 43,00% wszystkich ankietowanych (stomatolodzy, studenci stomatologii jak i projektanci tatuażu/piercingu) okazała się biżuteria nazębna a dla 38,00% implant ze znakiem rozpoznawczym. Jedynie dla 23,00% badanych taką formą byłaby niewidoczna grawerowana korona [Farruth, Mânica, 2019].

W przypadku studentów polskojęzycznych badania Rodkowskiej i wsp. (2013) dowodzą, że zdecydowana większość studentów (V roku stomatologii i kierunków niemedyce) nie polecąby tego typu zabiegów swoim pacjentom [Rodkowska i wsp., 2013].

Wyniki braku popularności zdobień na zębach wśród studentów potwierdzają też dane wyniki mówiące, że około 20% studentek z IV roku stomatologii miało kiedyś nośnię takich ozdoby [Rodkowska i wsp. 2013]. Późniejsze badania stomatologów w Indiach donoszą jednak, że ponad 80,00% stomatologów uważa, że popularność tego typu biżuterii będzie rosła [Bhatia i wsp., 2016].

Dane CBOS z lat 2003, 2009 i 2017 mówią, że w 2003 jak i 2009 roku 90,00% ankietowanych Polaków wyraziła zadowolenie ze swojego wyglądu. Natomiast w 2017 taką opinię wyraziło 87,00% ankietowanych [Cybulska, 2017].

W badaniach własnych zarówno studenci polskojęzyczni (96,10%), studenci anglojęzyczni (94,00%) jak i seniorzy (89,30%) wyrazili zadowolenie ze swojego obecnego wyglądu.

Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w 2009 roku przez CBOS mówią, że zarówno kobiety (92,00%) jak i mężczyźni (88,00%) przywiązywali dużą lub bardzo dużą wagę do swojego wyglądu. Badania sondażowe z 2009 roku wykazały również, że dla 83,00% ankietowanych także wygląd innych osób odgrywał zdecydowanie ważną rolę (w 2003 roku 82,00%). Z własnego wyglądu w 2009 roku zdecydowanie bardziej byli mężczyźni niż kobiety (odpowiednio 87,00% i 67,00%). 76,00% badanych akceptowało swój wygląd i było zadowolonych z własnej sylwetki przy czym 27,00% akceptowało swój wygląd zewnętrzny całkowicie. Jedynie 22,00% wypowiadało negatywną opinię. Badania wykazały również, że 50,00% Polaków była zadowolona ze swojego wizerunku i nie chciała go zmieniać przy czym 24,00% ankietowanych pomimo zadowolenia pragnęło jednak dokonać zmian [Pankowski, 2009].

Wyniki badań z 2017 roku potwierdziły wcześniejsze doniesienia dotyczące zadowolenia Polaków ze swojego wyglądu (87,00%) przy czym kobiety częściej deklarowały zadowolenie niż mężczyźni (odpowiednio 93,00% i 80,00%). Wśród najmłodszych (18–34 lat) osób zadowolenie z wyglądu potwierdziło 93,00% badanych a wśród osób powyżej 65. roku życia 83,00%. Niemniej jednak chęć zmiany wyglądu zadeklarowało w badaniu sondażowym z 2017 roku więcej kobiet niż mężczyzn (odpowiednio 54,00% i 39,00%). Ta chęć zmiany w wyglądzie widoczna była również w zależności od wieku, gdyż taką deklarację złożyło 49,00%-51,00% osób do 64. roku życia i jedynie 36,00% osób powyżej 65. roku życia. Ponadto 87,00% Polaków wyraziło niezadowolenie ze swojego wizerunku i pragnęło dokonać jego zmiany [Cybulska, 2017].

Należy zwrócić szczególną uwagę na to, iż z analizy wyników badań sondażowych z 2003, 2009 i 2017 roku wiadomo, że wśród Polaków, którzy zadeklarowali niezadowolenie ze swojego wyglądu i chęć jego zmiany jedynie 3,00% (2003 i 2009 rok) – 4,00% (2017 rok) badanych pragnęło zadbania o swoje uzębienie (wyleczenie, skorygowanie zgryzu, wybielenie itd.) [Pankowski, 2009; Cybulska, 2017].

Badania Afroz i wsp. (2013) dotyczące oceny wyglądu a w szczególności zębów na grupie studentów Uniwersytetu Muzułmańskiego w Aligarh (Indie) wykazały, że 57,70% ankietowanych była wysoce zadowolona ze swojego uśmiechu, 37,30% zadowolona a 4,90% badanych niezadowolona. Ponadto kobiety (60,70%) były bardziej zadowolone ze swojego śmiechu niż mężczyźni (55,11%). Badacze zwrócili uwagę, że ponad połowa

ankietowanych studentów lubiła oglądać swoje zęby w lustrze a 42,50% lubiła pokazywać je otoczeniu. Niemniej jednak aż 71,10% kobiet i 84,40% mężczyzn wyraziło chęci posiadania lepszych zębów a 28,60% z nich martwiło się o opinię otoczenia dotycząca ich uzębienia [Afroza i wsp., 2013].

Podobne badania Boeira i wsp. (2016) w grupie 531 osób w wieku 14–19 lat uczęszczających do prywatnej szkoły w południowej Brazylii wykazały, że jedynie 12,60% młodzieży było niezadowolonych ze swojego wyglądu a 43,40% czuło się nieatrakcyjnie bądź względnie atrakcyjnie. Ponadto 17,40% uczniów było niezadowolonych z wizerunku swoich zębów. Autorzy zwrócili uwagę, że młodzi ludzie przejmowali się opinią innych osób na temat wyglądu swoich zębów (54,00% – czasami; 9,40% – często; 1,90% – zawsze) [Boeira i wsp., 2016].

W badaniach własnych większość studentów uważa, że biżuteria nazębna może wywierać negatywny wpływ na zdrowie jamy ustnej i zębów (97,10% studentów polskojęzycznych, 74,40% studentów anglojęzycznych i 51,30% seniorów) co świadczy o posiadaniu wiedzy w tym zakresie.

Opinia o szkodliwości noszenia biżuterii nazębnej na przestrzeni kilku lat uległa zmianie o czym mogą świadczyć wyniki badań Bhatita i wsp (2016) w Indiach gdzie 38,30% ankietowanych stomatologów była zdania, że procedura ta jest szkodliwa dla jamy ustnej w przeciwieństwie do badań Sumbi i wsp. (2020) w Nairobi w której aż 90,80% ankietowanych wyraziła taką opinię [Sumbi i wsp., 2020; Bhatita i wsp., 2016].

Potwierdzają to też publikowane dane z Polski. Rodkowska i wsp (2013) podaje, że 70,00% ankietowanych studentek IV roku stomatologii UM w Białymstoku i tyle samo kierunków niemedycznych, wyraziło opinię, iż biżuteria nazębna nie ma wpływu na zdrowie jamy ustnej Natomiast jak zauważa autorka badań większość studentek V roku stomatologii była przeciwnego zdania co może świadczyć w wzroście wiedzy w zakresie wpływu tego typu ozdób na zdrowie jamy ustnej wraz z poziomem kształcenia [Rodkowska i wsp., 2013].

Badani z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu uważają, że najczęstszymi konsekwencjami wynikającymi z użytkowania biżuterii nazębnej jest zwiększone ryzyko wystąpienia próchnicy zębów (odpowiednio 72,82% studentów polskojęzycznych i 72,09% studentów anglojęzycznych) oraz odpadnięcie, połknięcie lub zaaspirowanie ozdoby do układu oddechowego (odpowiednio 66,99% studentów polskojęzycznych i 75,58% studentów anglojęzycznych).



Z dostępnego piśmiennictwa wynika, że najczęstszymi powikłaniami w przypadku użytkowania biżuterii nazębnej poza przejściową nadwrażliwością zębów jest (w przypadku niewłaściwej higieny jamy ustnej) zwiększone odkładanie się płytki nazębnej. Jak podaje Buragohain (2020) istnieje również możliwość odklejenia się ozdoby w miejscu łączenia z powodu zbyt mocnego szczotkowania zębów lub spożywania twardych pokarmów [Buragohain, 2020].

Zabieg zakładania biżuterii nazębnej jest procedurą bezbolesną, nie wymagającą opracowania zęba. Natomiast w przypadku nałożenia zbyt dużej ilości kompozytu przy braku jego wypolerowania, może dojść do nagromadzenia się płytki nazębnej co sprzyja inicjacji procesu próchnicowego [Patil, 2010].

Jak podaje Sumbi i wsp. (2020) najczęstszymi powikłaniami związanymi z noszeniem biżuterii nazębnej jakie zgłaszali stomatolodzy było zwiększone ryzyko próchnicy (36,80%), przebarwienia zębów (32,90%) oraz recesja dziąseł (30,30%). Jedynie 14,50% ankietowanych lekarzy stomatologów wskazywało nadwrażliwość na metale. Ponadto 80,30% stomatologów była świadoma powikłań związanych z przekłuwaniem tkanek miękkich oraz stosowaniem koron metalowych (76,30%). Natomiast świadomość możliwości takich powikłań przy mocowaniu biżuterii nazębnej (w tym pierścieni zębatych) zadeklarowało jedynie 55,30%. Na uwagę zasługuje jednak fakt, iż ponad 63,00% stomatologów wiedziało także o możliwości powikłań dotyczących zarówno tatuaży dentystycznych (64,50%) jak i nakładek na zęby wykonanych z metali szlachetnych i pokrytych kamieniami (grills) (63,20%). Najmniej bo niecałe 60,00% z nich zadeklarowało w ankiecie możliwość istnienia powikłań dotyczących kamieni szlachetnych osadzonych w metalu (twinkles) i klejnotów z kryształków (tooth gems) przyklejanych na powierzchnię zęba. Badania wykazały ponadto, że 55,30% ankietowanych było świadomych ewentualnych powikłań w przypadku zakładania biżuterii nazębnej a aż 80,30% w przypadku piercingu tkanek miękkich [Sumbi i wsp., 2020].

Sumbi i wsp. (2020) zwrócił uwagę na fakt iż dla badanej grupy stomatologów najczęstszymi powikłaniami dotyczącymi przekłuwania tkanek miękkich był ból (39,50%) oraz obrzęk (38,20%). Jedynie dla 1,10% ankietowanych takim powikłaniem było zaaspirowanie kolczyka do dróg oddechowych [Sumbi i wsp., 2020].

Jak pisze Skorus (2018) w jednej z polskich publikacji dotyczących biżuterii nazębnej w przypadku tzw. grill-zderzaków obejmujących najczęściej zęby przednie szczęki wykonanych z metali szlachetnych i wysadzanych kamieniami przy dłuższym ich użytkowaniu może dojść do wystąpienia wad zgryzu, znaczącego odkładania się płytki na-

zębnej, a także utrudnionej artykulacji. Autorka zwraca również uwagę, iż w przypadku pierścieni zębatych, których założenie wymaga preparacji otworu w okolicy brzegu siecznego zęba i umieszczenia w nim ozdoby, zawsze należy wziąć pod uwagę nagryz poziomy i samą grubość ozdoby w celu uniknięcia zaburzeń okluzji [Skorus, 2018].

Obserwacje kliniczne przeprowadzone przez Rodkowską i wsp. (2013) na grupie 9 pacjentek w wieku 21–24 lat donoszą, że w przypadku 4 osób wcześniej posiadających biżuterię nazębną w postaci kamienia szlachetnego osadzonego w metalu po jej odpadnięciu dochodziło do pozostania metalu na powierzchni zęba co w konsekwencji prowadziło do nieestetycznego wyglądu [Rodkowska i wsp., 2013].

Podobnie Peter i wsp. (2013) zwracają również uwagę, iż biżuteria nazębna w postaci nakładek na zęby (grill) popularna w środowisku Hip-Hopu niesie za sobą ryzyko gromadzenia się dużej ilości płytki nazębnej i problemów z artykulacją a pierścienie zębate mogą powodować ścieranie się zębów [Peter i wsp., 2013].

Noszenie ozdób może także wiązać się z trudnościami diagnostycznymi. Różyło-Kalinowska i wsp. (2012) podkreślają fakt, że mimo iż biżuteria nazębna jest małych rozmiarów to cień ozdoby może w badaniu rentgenowskim przesłonić fragment korony zęba co może wiązać się z trudnościami z rozpoznaniem małych ognisk próchnicy. Ponadto zwracają uwagę, że w przypadku tomografii stożkowej biżuteria ta może prowadzić do powstawania artefaktów [Różyło-Kalinowska i wsp., 2012].

Kharat i wsp. (2014) omawiając rodzaje tatuażu nazębnego (tymczasowego i stałego) zwracają uwagę, że podobnie jak w przypadku biżuterii nazębnej jest to procedura bezbolesna. Można ją łatwo usunąć z korony zęba za pomocą gumki ścierniej. W przypadku niewłaściwej higieny prowadzić może do gromadzenia się płytki nazębnej a z biegiem czasu podobnie jak w przypadku nakładek na zęby ulegać ścieraniu [Kharat i wsp., 2014]. Natomiast Garg i wsp. (2012) zwracają uwagę, że ten typ zdobienia zębów może być pomocny w identyfikacji ludzkich szczątków gdyż korona, na której został naniesiony tatuaż wykonana jest z porcelany odpornej na wysokie temperatury tj. 1900 °C [Garg i wsp., 2012].

W przypadku piercingu jamy ustnej (wargi, policzka, wędzidełka bądź języka) istnieje szereg innych powikłań, które można podzielić na powikłania ostre i przewlekłe. Parimoo i wsp. (2021) do ostrych powikłań zaliczają: ból pooperacyjny, krwawienie, problemy z mową i żuciem, zmianę smaku spowodowaną uszkodzeniem nerwów; do przewlekłych urazy zębów, dziąseł oraz błony śluzowej, złamania zębów, gromadzenie się płytki nazębnej a także recesję dziąseł. Autorzy zwracają uwagę na fakt, iż biżuteria



w postaci piercingu może stanowić przeszkodę podczas intubacji a także może utrudniać wykonanie zdjęć USG, CT i MRI. Ponadto zabieg piercingu jamy ustnej niesie za sobą możliwość zakażenia HIV, Hepatitis, zakażeń bakteryjnych z grupy *Staphylococcus aureus* i *Pseudomonas aeruginosa* [Parimmo i wsp., 2021]. Gandhi i wsp. (2020) do innych poważnych powikłań w przypadku stosowania piercingu jamy ustnej zaliczają również zapalenie wsierdza, zapalenie kości, Zespół Wstrząsu Toksycznego oraz ropień mózgu [Gandhi i wsp.2020].

Kaczor i wsp. (2016) zwracają uwagę, że wśród najpopularniejszych rodzajów piercingu jamy ustnej można wyróżnić: barbell – rodzaj belki zakończonej po obu stronach kulkami, labret-belka z jednej strony zakończona kulką a z drugiej strony płasko a także w przypadku kolczykowania warg kolczyk typu ring-okrąg z niezamkniętą kulą. Ma to istotne znaczenie w później występujących konsekwencjach dłuższego użytkowania ozdoby. Autorzy zwracają uwagę, że w przypadku osób z kolczykami typu labret częściej dochodzi do recesji dziąsłowej a u osób posiadających co najmniej dwa lata kolczyki typu barbell częściej występowały recesje dziąsłowe dolnych siekaczy centralnych od strony językowej. Samo umiejscowienie kolczyka typu barbell ma również znaczenie w przypadku recesji dziąsłowej: kolczyk w języku powoduje recesję dziąsłową zębów dolnych od strony języka a kolczyk w wardze recesję wargową [Kaczor i wsp., 2016].

Brooks i wsp. (2003) w swoich badaniach opisali 5 przypadków młodych dorosłych posiadających piercing jamy ustnej w obrębie języka i wargi u których w pobliżu ozdoby pojawiły się recesje dziąseł oraz nieprawidłowości śluzówkowo-dziąsłowe. Ponadto u 3 osób wytworzyły się głębokie kieszonki dziąsłowe 5–8 mm w obszarze ozdoby [Brooks i wsp., 2003].

Również obserwacje prowadzone przez Forbes i wsp. (2012) w grupie młodzieży Brazylijskiej w wieku 18–26 lat pokazały, że 89,70% ankietowanych miało świadomość szkodliwości stosowania piercingu jamy ustnej w tym 100% z nich wymieniło zmiany w mowie i artykulacji, 83,10% alergię, 70,10% infekcje a 68,10% ból oraz swędzenie. Jedynie 23,80% badanych wymieniło długotrwałe krwawienie [Fortes i wsp., 2012]. Potwierdzają to również badania Voza i wsp. (2015) w grupie uczniów szkół średnich we Włoszech gdzie 80,00% badanych miało świadomość reakcji alergicznej na użyte materiały, 79,50% możliwości zakażenia HIV a 72,80% możliwości zakażeniem wirusem opryszczki. Ponadto 55,50% ankietowanej młodzieży była świadoma ryzyka złamania zębów a 52,00% wystąpienia recesji dziąsłowych. Najmniej z pośród ankietowanej młodzieży wiedziało o zagrożeniu zapaleniem wątroby typu C (25,30%), typu A (32,80%)

i typu B (40,40%) a także wystąpieniem diastem i ślinotoku (25,00%). Autorzy wykazali również, że mężczyźni byli lepiej poinformowani o możliwości wystąpienia takich konsekwencji jak zapalenie woszczy, recesje dziąsłowe czy złamania zęba a kobiety częściej posiadały wiedzę o możliwości wystąpienia częściowego bądź trwałego paraliżu oraz alergii [Vozza i wsp., 2015].

Badania Ziebolz i wsp. (2020) wśród 50 pacjentów dwóch prywatnych gabinetów stomatologicznych w Niemczech w okresie październik 2013–grudzień 2014 doniosły, że osoby posiadające piercing jamy ustnej charakteryzowały się gorszą higieną jamy ustnej (74,00%) w przeciwieństwie do 44,00% nie posiadających takich ozdób jak również rzadziej korzystały z profesjonalnego czyszczenia zębów (odpowiednio 72,00% i 46,00%) [Ziebolz i wsp., 2020].

Zarówno studenci uczelni medycznej (odpowiednio 75,73% studentów polskojęzycznych i 59,30% studentów anglojęzycznych) jak i seniorzy (56,30%) w badaniach własnych w przeważającym odsetku są przekonani, że w przypadku posiadania zdobień na zębach należy zwiększyć częstość wizyt kontrolnych u stomatologa a w drugiej kolejności także poprawić nawyki higieniczne (odpowiednio 66,99% studentów polskojęzycznych, 52,33% studentów anglojęzycznych oraz 34,54% seniorów).

Środowisko studenckie (84,46% studentów polskojęzycznych i 80,23% studentów anglojęzycznych) jak i seniorów (89,92%) w większości za osobę kompetentną do przeprowadzania zabiegu zdobienia zębów uznały lekarza stomatologa. Dla 22,33% studentów polskojęzycznych jak i 20,93% studentów anglojęzycznych taką osobą była również higienistka stomatologiczna. Jednakże 3,88% studentów polskojęzycznych uważa, że na rynku powinny być dostępne systemy do samodzielnego jej zakładania.

Dodać też należy, że badania Sumbi i wsp. (2020) wśród lekarzy stomatologów w Nairobi pokazują, że zarówno zabieg piercingu jak i procedura zakładania biżuterii nazębnej oraz tatuaży dentystycznych uważana jest przez ankietowanych za zabiegi chirurgiczne (odpowiedni 74,20% i 71,70%). Natomiast badania Bhatia i wsp. (2016), w Indiach wykazały, że jedynie 11,30% ankietowanych stomatologów jest takiego zdania [Sumbi i wsp. 2020; Bhatia i wsp., 2016].

Powszechnie wiadomo, że zdrowie jamy ustnej jak również sama estetyka uzębienia ma znaczący wpływ na samopoczucie jednostki, zwłaszcza osób młodych. Badania prowadzone we Włoszech przez Militi i wsp (2021) udowodniły, że w grupie osób w wieku 14–29 lat wraz z poprawą zdrowia jamy ustnej wzrastała również samocena badanych

a także wykazały one pozytywny związek pomiędzy zdrowiem jamy ustnej a wpływem społecznym, psychologicznym jak i troską o estetykę uzębienia [Mitali i wsp., 2021].

Wśród studentów, zwłaszcza uczelni medycznych, wiedza podobnie jak zachowania prozdrowotne dotyczące jamy ustnej, nabyta przez nich podczas studiów powinny w przyszłości zaowocować właściwymi postawami edukacyjnymi zarówno wobec nich samych jak i wobec pacjentów. Należy pamiętać, iż zachowania prozdrowotne dotyczące jamy ustnej mają wpływ zarówno na sam stan uzębienia jak również na ogólny stan zdrowia.

## 5.2. Zachowania zdrowotne w kontekście cech osobowości

Na podstawie badań własnych można powiedzieć, że seniorzy cechują się większym niż studenci polsko i anglojęzyczni nasileniem zachowań zdrowotnych szczególnie tych, które dotyczą prawidłowych praktyk żywieniowych, szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej oraz pozytywnego nastawienia będących wynikiem zwiększonego nasilenia cech osobowościowych (ekstrawersji, ugodowości, stabilności emocjonalnej oraz otwartości na doświadczenia).

Przekonanie o zdrowiu jako najważniejszej kategorii w życiu jednostki można zauważyć także w wynikach innych badań przeprowadzonych w Polsce wśród studentów jak i seniorów. Z danych opublikowanych przez Samborski i wsp (2021) wśród słuchaczy UTW w Policach wynika, że 63,86% seniorów posiadało wysoki poziom intensywności zachowań zdrowotnych [Samborski i wsp, 2021]. Obserwacje te potwierdzają także wyniki zachowań zdrowotnych seniorów przeprowadzonych przez innych badaczy. Badania słuchaczy UTW wykonane we Wrocławiu przez Kaczmarek (2017) potwierdziły, że dla 92,00% seniorów-studentów zdrowie odgrywało ważną rolę w życiu przy czym 83,00% określiło swoją kondycję zdrowotną jako dość dobrą a 16,00% określiło siebie jako „chodzący okaz zdrowia”. Zgodne jest to także z rezultatami Smoleń E. i wsp. (2011) gdzie 38,60% badanych oceniło swój stan zdrowia jako dobry a 2,00% jako bardzo dobry [Kaczmarek, 2017; Smoleń i wsp., 2011].

We wspomnianych wyżej badaniach wrocławskich w części dotyczącej nawyków żywieniowych 91,00% ankietowanych zwracało szczególną uwagę na jakość spożywanych pokarmów. Jak przyznaje Autorka może to wynikać z tematyki wykładów UTW mających na celu upowszechnienie zasad prawidłowego odżywiania [Kaczmarek, 2017].

Częstsze spożywanie warzyw i owoców, pieczywa pełnoziarnistego oraz ograniczania spożywania cukru, soli jak i tłuszczów zwierzęcych wśród seniorów potwierdzają również badania przeprowadzone na UMCS w Lublinie i UTW w Sanoku [Biernacka i wsp., 2015; Smoleń i wsp., 2011].

Na podstawie dostępnego piśmiennictwa dotyczącego podejmowania przez tę grupę badanych prozdrowotnej aktywności mającej na celu utrzymanie i umacnianie zdrowia wynika, że seniorzy-studenci zdecydowanie częściej przestrzegają regularnych wizyt u lekarza a także zaleceń dotyczących swojego stanu zdrowia oraz częściej starają się poszerzać wiedzę na tematy zdrowotne. Badania Kaczmarek (2017) potwierdziły, że 69,00% seniorów regularnie raz w roku poddaje się badaniom profilaktycznym, 27,00% przestrzega zaleceń lekarskich a 78,00% uprawiało różnego rodzaju aktywność fizyczną. Ponadto 87,00% z nich zadeklarowało brak nałogu tytoniowego [Kaczmarek, 2017]. Potwierdzają to wyniki uzyskane przez Biernacką i wsp. (2015) wśród seniorów-słuchaczy UTW w Lublinie, którzy w życiu codziennym regularnie zgłaszali się na wizyty kontrolne, ograniczali palenie tytoniu oraz unikalni nadmiernej aktywności fizycznej a także przeznaczali odpowiednią ilość czasu na odpoczynek [Biernacka i wsp., 2015].

Wydaje się, że podobnie jak w przypadku praktyk żywieniowych uczestnictwo w zajęciach edukacyjnych odgrywa ważną rolę w odniesieniu do innych zachowań zdrowotnych. Badania Kozieł (2008) na UTW w Kielcach pokazały, że osoby uczęszczające na zajęcia w większym stopniu niż osoby nie podejmujące takiej aktywności prowadziły uregulowane życie rodzinne, unikały silnych emocji czy napięć. Podobne wyniki uzyskała Sygwit-Kowalkowska (2013) w odniesieniu do słuchaczy UTW i osób korzystających z ośrodków pomocy społecznej (DPS) w Bydgoszczy i Toruniu gdzie pozytywne nastawienie psychiczne jako jedna z czterech kategorii zachowań zdrowotnych było zdecydowanie lepsze wśród słuchaczy UTW niż DPS i miało to związek z wykształceniem badanych (im wyższe wykształcenie tym większe nasilenie pozytywnego myślenia) [Kozieł, 2008; Sygwit-Kowalkowska, 2013].

Opublikowane badania Ogińskiej-Bulik i wsp. (2015) przeprowadzone wśród seniorów w wieku 60–88 lat (w tym 50-ciu członków UTW w Łodzi i 48 uczestników kółka różańcowego) mówią, że prężność psychiczna a w szczególności kompetencje osobiste i tolerancja negatywnych emocji wpływają na zachowania zdrowotne badanej grupy. Autorzy badań wykazali, że osoby dbające o zdrowie somatyczne cechowały się wyższymi kompetencjami. Sugerują, że duchowość jako wymiar harmonii odgrywa znaczą-

czą rolę w przypadku zachowań zdrowotnych związanych z pozytywnym nastawieniem psychicznym [Ogińska-Bulik i wsp., 2015].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że w grupie studentów polskojęzycznych UM w Poznaniu większe nasilenie ekstrawersji oznacza większe nasilenie zachowań zdrowotnych, prawidłowych praktyk żywieniowych i profilaktycznych.

W grupie studentów polskojęzycznych tej Uczelni zaobserwowano również, że im większe nasilenie stabilności emocjonalnej tym studenci bardziej przestrzegali prawidłowych praktyk żywieniowych i byli bardziej pozytywnie nastawieni do otoczenia. Jednakże, większe nasilenie otwartości na nowe doświadczenia prowadziło tę grupę badanych do mniej zadowalających praktyk zdrowotnych.

Na podstawie badań stwierdzono że w grupie studentów anglojęzycznych wyższa sumienność powodowała gorsze wyniki w zakresie zarówno praktyk żywieniowych jak i zdrowotnych.

Czerski (2021) w badaniach przeprowadzonych na UMCS w Lublinie wykazał, że młodzież akademicka znajduje się na pograniczu niskiego (kobiety) i przeciętnego (mężczyźni) poziomu zachowań zdrowotnych przy czym wśród kobiet odnotowano wysoce niski poziom praktyk zdrowotnych (przy niskim poziomie zachowań profilaktycznych) a w grupie mężczyzn wysoki poziom pozytywnego nastawienia psychicznego oraz prawidłowych nawyków żywieniowych [Czerski, 2021]. Potwierdzają to badania Gołaszewskiej i wsp. (2019) donoszące, że 92,50% studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku cechowało się niskim poziomem zachowań zdrowotnych [Gołaszewska i wsp., 2018]. Podobne wyniki uzyskała również Kosiba i wsp. (2016) którzy udowodnili, że zdecydowana większość studentów kierunków pedagogicznych cechowała się niskim stopniem zachowań zdrowotnych (47,12%) [Kosiba i wsp., 2016]. Kolejne badania również w grupie studentów potwierdziły ten wynik, gdyż grupa ta cechowała się niskim poziomem zachowań zdrowotnych (47,94%) a tylko 13,17% z badanych osiągnęło wysoki poziom tychże zachowań [Kosiba i wsp., 2017].

Kropornicka i wsp. (2015) w badaniach studentów UMP w Lublinie donosili, że 40,00% badanych cechowało się przeciętnymi zachowaniami zdrowotnymi dotyczącymi żywienia. Studenci pochodzący ze wsi częściej spożywali warzywa i owoce oraz dbali o prawidłowe odżywianie zaś studenci pochodzący z miasta częściej deklarowali spożycie przetworzonej żywności oraz rzadziej ograniczali palenie tytoniu [Kropornicka i wsp., 2015].



Interesującym wydaje się fakt próby określenia wpływu poziomu kształcenia na zwiększenie/zmniejszenie poziomu zachowań zdrowotnych w tym pozytywnego nastawienia psychicznego. Badania Szkup-Jabłońskiej i wsp. (2013) na PAM w Szczecinie i Zachodniopomorskim Uniwersytecie Technologicznym wykazały, że studenci poszczególnych lat nie różnią się w zakresie nawyków żywieniowych i zachowań profilaktycznych. Jednakże studenci II i IV roku charakteryzowali się wyższym poziomem pozytywnego nastawienia psychicznego oraz częstszym podejmowaniem praktyk zdrowotnych w przeciwieństwie do studentów V i VI roku studiów [Szkup-Jabłońska i wsp., 2013]. Natomiast badania Kulik i Frańczyk (2021) donoszą, że poziom kształcenia nie wpłynął w żaden sposób na zwiększenie przez badanych poziomu zachowań zdrowotnych tj. w ciągu czterech lat kształcenia studentki nie dokonały istotnych zmian w zakresie swoich nawyków żywieniowych, działań profilaktycznych i praktyk zdrowotnych. Nie zmieniło się również pozytywne nastawienie psychiczne [Kulik, Frańczyk, 2021].

Z kolei badania Gołaszewskiej i wsp. (2018) w grupie studentów UMP w Białymstoku pokazują, że studenci kierunku elektrokardiologii częściej przestrzegali praktyk zdrowotnych niż ich koledzy z pozostałych kierunków. Ponadto w zakresie działań profilaktycznych studenci elektrokardiologii cechowali się częstszym poszukiwaniem informacji na temat zdrowia i choroby w porównaniu z przedstawicielami innych kierunków studiów m.in. dietetyki czy fizjoterapii [Gołaszewska i wsp., 2018].

Z badań Kosiby i wsp. (2017) wiadomo, że studenci kierunków nauczycielskich spośród 4 kategorii zachowań prozdrowotnych (prawidłowe praktyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne) najlepszy wynik uzyskali w zakresie praktyk zdrowotnych. W zakresie zachowań profilaktycznych wyniki uzyskane w obecnej pracy potwierdziły te doniesienia gdyż rzadziej wykonywali oni regularne badania lekarskie oraz uzyskiwali informacje dotyczące stanu zdrowia [Kosiba i wsp., 2017].

Niewielka aktywność w zakresie regularnych konsultacji lekarskich wśród studentów pedagogiki wczesnoszkolnej (33,70%) potwierdziły badania Niteckiej-Walerych (2005). Również badania Kulik i wsp. (2017) wśród studentek KUL wykazały spadkową (61,20%) tendencję w zakresie regularnych wizyt u lekarza [Nitecka-Walerych, 2005; Kulik i wsp. 2017].

Badania Orkuszy i Janczar-Smuga (2016) wśród studentów z Polski, Australii i Stanów Zjednoczonych potwierdziły, że zwyczaje żywieniowe studentów z różnych części świata znacząco różnią się od siebie. Studenci z Polski w większości deklarowali nieprawidłowy

sposób odżywiania w przeciwieństwie do studentów z USA i Australii. Jednakże jak zaznaczyły autorki badań deklaracje te w przypadku zagranicznych studentów nie zostały potwierdzone w ich badaniach. Ponadto wszyscy studenci bez względu na narodowość codzienne podjadali między posiłkami (37,02% polskich studentów oraz 80,00% amerykańskich i australijskich) a ulubionymi formami tychże posiłków były produkty typu fast food, które aż 27,62% polskich studentów spożywało kilka razy w tygodniu [Orkus, Jancza-Smuga, 2016].

Różnice w zakresie właściwych nawyków żywieniowych wśród studentów różnych narodowości zgłaszały wcześniejsze badania prowadzone przez Śniatałą (2011) wśród młodzieży akademickiej z Rochester Institute of Technology i Politechniki Poznańskiej. Autorka badań wykazała, że studenci tych uczelni (około 90,00% z obu grup) spożywali słodkie pokarmy między posiłkami przy czym ponad połowa ankietowanych zadeklarowała, że robiła to rzadko a 10,00% wcale. Wśród najczęstszych przekąsek dla amerykańskiej młodzieży znalazły się chipsy (35,00%) oraz warzywa i owoce (31,00%) a polskiej takimi produktami były warzywa i owoce (56,00%) a także ciastka (31,00%) [Śniatała, 2011].

Różnice w zachowaniach prozdrowotnych dotyczących jamy ustnej zależą nie tylko od czynników socjo-demograficznych ale także od kierunku i roku studiów.

Takie założenie potwierdzają badania przeprowadzone przez Kaczmarek i wsp. (2011) z których wynika, że jedynie 3,0% studentów medycyny (w porównaniu do 16,70% studentów stomatologii) odbywało regularne wizyty kontrolne u stomatologa. Ponadto wskazano, że dla obu grup źródłem wiedzy odnośnie zachowań prozdrowotnych dotyczących jamy ustnej był stomatolog (51,40% studentów stomatologii i 47,00% studentów medycyny) oraz środki masowego przekazu (29,20% studentów stomatologii i 40,90% studentów medycyny) [Kaczmarek i wsp., 2011].

Podobne wnioski z badań przedstawił Błaszczak i wsp. (2011) wskazując, że większą świadomość tych zachowań posiadają studenci I roku UM w Lublinie niż I roku Politechniki Lubelskiej, gdzie 66,00% studentów UM systematycznie korzystało z porad stomatologa w przeciwieństwie do 42,50% studentów Politechniki, którzy zgłaszali się do lekarza głównie w razie wystąpienia dolegliwości bólowych [Błaszczak i wsp., 2011]. Podobne wyniki uzyskała Śniatała (2011) wśród polskiej (55,00%) i amerykańskiej (80,00%) młodzieży akademickiej, która w znacznym odsetku deklarowała regularne wizyty u stomatologa. Autorka potwierdziła, że zarówno studenci amerykańscy (78,00%) jak i polscy (70,00%) ostatnią wizytę u stomatologa odbyli w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Zwróciła



też uwagę iż 37,00% polskojęzycznych studentów zgłaszało się do stomatologa w sytuacji bólowej w przeciwieństwie do 14,00% amerykańskich. Najczęstszym powodem wizyt w obu grupach była wizyta kontrolna (78,00% studenci amerykańscy, 52,00% studenci polscy) [Śniatała, 2011].

Regularności wizyt u stomatologa dotyczyły także badania prowadzone przez Aljauid i wsp. (2020) w Arabii Saudyjskiej, które pokazały, że 18,60% studentów medycyny, stomatologii i farmacji nigdy nie korzystało z stomatologicznych wizyt kontrolnych [Aljauid i wsp, 2020].

Ważną kwestią jest również wpływ kształcenia przyszłych stomatologów na nawyki własne dotyczące higieny jamy ustnej. Cebeci i wsp. (2018) w swojej publikacji dotyczącej studentów stomatologii i doktorantów Uniwersytetu w Ankarze wykazali, że doktoranci częściej (39,60%), w porównaniu do studentów stomatologii (20,64%), korzystali z wizyt kontrolnych u dentysty przy częstotliwości większej niż 6 miesięcy [Cebeci i wsp., 2018]. Podobne wyniki w innych badaniach uzyskali Olszewski i Walczak (2010) wśród studentów medycyny i stomatologii PAM w Szczecinie stwierdzając, że rodzaj kierunku kształcenia i zdobywana wiedza ma znaczący wpływ na prawidłowe nawyki higieniczne w obrębie jamy ustnej. 45,90% studentów stomatologii w porównaniu do 25,70% medycyny szczotkowało zęby po każdym posiłku a 48,20% z nich korzystało raz dziennie z nici dentystycznych (odpowiednio 22,40% studentów medycyny). Ponadto studenci stomatologii (36,50%) w porównaniu do studentów medycyny (14,80%) częściej wykonywali działania higieniczne w obrębie jamy ustnej w maksymalnym zakresie tj. szczotkowanie zębów dwa razy dziennie, nitkowanie oraz stosowanie raz dziennie płynu do płukania ust [Olszewski, Walczak, 2010].

### **5.3. Zdobienie ciała jako element współczesnych zachowań estetycznych**

Dbłość o wygląd zewnętrzny jest obecnie zjawiskiem przejawiającym się w życiu codziennym, oraz często decydującym o powodzeniu zarówno w sferze zawodowej jak i osobistej. Cieleśność i ciało stało się przekąźnikiem informacji nie tylko o stanie zdrowia ale bardzo często o pozycji danej osoby. Kultura, w której na co dzień funkcjonujemy wyznacza pewnego rodzaju nowe normy a dbłość o ciało, ciągłe jego upiększanie i dążenie do ideału, co stało się swego rodzaju synonimem pozycji społecznej i ekonomicznej.

Biorąc pod uwagę kryteria psychologiczne w piśmiennictwie można odnaleźć szereg kategoryzacji mających wpływ na chęć dokonania modyfikacji ciała.

Jednym z najbardziej popularnych a zarazem najstarszych sposobów przyozdabiania ciała jest tatuaż. Pomimo rozbieżności w klasyfikowaniu motywów tatuowania najczęstszymi są: chęć podkreślenia własnej indywidualności, przynależność grupowa oraz wszelkie walory estetyczne. W publikacjach można odnaleźć dwie bardzo interesujące klasyfikacje motywów skłaniających jednostkę do tatuowania się. Pierwszą zaproponowali Armstrong i wsp. (2002): 3 kategorie estetyczną, indywidualną oraz społeczną. O wiele bardziej rozbudowaną bo składającą się aż z 9 kategorii zaproponowali Wohlarb, Stahl, Kappeler (2007):

1. „piękno, sztuka i moda” –tatuaż jako modny dodatek bądź dzieło sztuki,
2. „indywidualność” –podtrzymywanie tożsamości,
3. „osobiste narracje” –wyrażanie swoich doświadczeń, „obrzędy przejścia”,
4. „wytrzymałość fizyczna” –odpowiedź na fizyczny ból,
5. „przynależność grupowa i zaangażowanie” –przejaw przynależności do konkretnej społeczności,
6. „opór” –wyraz buntu wobec rodziny,
7. „duchowość i kulturowa tradycja”,
8. „uzależnienie” –chęć ciągłego ulepszania swojego ciała,
9. „motywacje seksualne” –podkreślenie preferencji płciowych.

W dostępnym piśmiennictwie można także odnaleźć przykłady zależności pomiędzy cechami charakteru jednostki a motywami skłaniającymi ją do wykonania tatuażu. Najczęściej spotykany jest pogląd, że osoby te posiadają większe skłonności do podejmowania ryzykownych zachowań czy korzystania z używek. Ponadto określają siebie za bardziej odważnych czy kreatywnych w życiu codziennym.

Niezależnie od cech charakteru oraz motywacji tatuaże stały się formą wyrażenia własnej osoby bądź osobowości w sposób jak najbardziej trwały [Nowak, 2012]. Informacje dotyczące społecznego postrzegania osób z tatuażami zawiera monografia pt.: „Społeczne postrzeganie tatuaży i ludzi z tatuażami” Justyny Kowalewskiej z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (praca licencjacka). Autorka badań wykazała, że najczęstszymi motywami wykonania tatuażu dla badanych, którzy już go wcześniej posiadali, była chęć przyozdobienia ciała (55,60%), chęć spełnienia marzenia (51,10%) a także upamiętnienie wydarzenia (44,40%). Natomiast wśród osób nie posiadających takiej formy zdobienia i nie planujących jej wykonania 54,00% (poniżej 30. roku życia) traktowało

ją jako ozdobę podczas gdy 47,00% badanych osób (powyżej 50. roku życia) jako formę podążania za modą [Kowalewska i wsp., 2021]. Takie podejście potwierdzają także wcześniejsze badania CBOS z 2017 gdzie osoby nie posiadające tego typu modyfikacji częściej dostrzegały w takiej formie zdobienia chęć zwrócenia na siebie uwagi (63,00%) oraz formę buntu (14,00%) w przeciwieństwie do osób z tatuażami, dla których na decyzję o jego zrobieniu miało wpływ wyrażenie swojej osobowości (50,00%) oraz chęć upamiętnienia jakiegoś wydarzenia (43,00%). Jedynie „pogoń za modą” jako motywem do tatuowania kształtowała się na podobnym poziomie (59,00% osoby niewytatuowane i 57,00% osoby z tatuażem). Badania te wykazały ponadto, że 53,00% niewytatuowanych Polaków uważało tą formę modyfikacji ciała za rodzaj oszpececia bądź okaleczania się. Jedynie 30,00% z nich było zdania, że tatuowanie się jest ozdobą; rodzajem upiększania ciała [Cybulska, 2017].

Z doniesień piśmiennictwa wynika, że zabiegi w postaci tatuażu bądź piercingu nie wpływają znacząco na jakość życia jednostki. Badania Pajor i wsp. (2015) mające na celu określenie poziomu satysfakcji z życia, ich samooceny i zdrowia psychicznego u osób posiadających tatuaże bądź piercing potwierdziły, że charakteryzują się one podobnym poziomem zadowolenia z życia jak badani nie posiadających żadnego rodzaju ozdób. Co istotne autorzy badań nie zaobserwowali różnic między osobami posiadającymi tatuaż bądź piercing a takimi zależnościami jak: bycie kochanymi przez bliskie osoby, większa popularność czy też samoakceptacja i samokontrola pomimo, że osoby te charakteryzowały się nieco wyższą samooceną i zdolnościami przywódczymi niż osoby nie posiadające takich ozdób [Pajor i wsp., 2015].

Z nielicznych badań dotyczących opinii pacjentów na temat modyfikacji ciała wśród pracowników służby zdrowia wynika, że kolczyki w innych miejscach ciała niż uszy bądź widoczne tatuaże są mniej akceptowane. Jak pokazują badania Rutkowskiej i wsp. (2020) 33,33% ankietowanych pacjentów wrogo odnosiło się do pracowników służby zdrowia posiadających zdobienia ciała uważając to za przejaw braku profesjonalizmu z ich strony a 24,52% z nich kojarzyło się to z przynależnością do subkultury. Autorki badań dostrzegły jednakże, że pomimo niechęci pacjentów do znacznej modyfikacji ciała u personelu medycznego 38,80% z nich neutralnie podchodziło do tego zjawiska. Być może ma to związek z faktem, iż prawie połowa ankietowanych pacjentów sama posiadała kolczyki w uszach, a także wszyscy z nich dostrzegali u innych pracowników służby zdrowia różne formy modyfikacji ciała (w tym 60,78% kolczyki/piercing; 45,10% intensywny kolor lakieru paznokci a 34,31% intensywny makijaż). Badaczki wykazały również, że ocena

pracowników służby zdrowia posiadających zdobienia ciała jest związana z ich obszarem kompetencji a ponadto jest bardziej tolerowana wśród kobiecego personelu medycznego. Ten ostatni aspekt może mieć związek z faktem, iż wśród kobiet kolczyki w uszach jak i pełen makijaż jest powszechnie praktykowany jak również akceptowany przez większość społeczeństwa [Rutkowska i wsp., 2020].

Do podobnych wniosków doszły także Rutkowska i wsp. (2020) które wykazały, że wraz z wiekiem rośnie negatywny stosunek do osób (w tym pracowników służby zdrowia) posiadających modyfikacje ciała gdyż 36,00% osób powyżej 45. roku życia nie akceptowało takiej formy zdobienia [Rutkowska i wsp., 2020].

## 6. Podsumowanie i wnioski

W podsumowaniu można powiedzieć, że badani z trzech grup w zdecydowanej większości uważają, że noszenie biżuterii nazębnej wiąże się z negatywnymi skutkami dla zdrowia, głównie zwiększonym ryzykiem choroby próchnicowej a także zagrożeniem połknięcia ozdoby lub aspiracji do układu oddechowego. Osobą wskazywaną do zakładania biżuterii nazębnej jest lekarz stomatolog, przy czym badani są zdania, że jej założenie wiąże się z koniecznością utrzymywania perfekcyjnej higieny jamy ustnej i zgłaszaniem się do kontrolnych badań stomatologicznych.

Wyniki wskazują także na znaczne różnice pomiędzy grupami osób z UM i UTW w odniesieniu do osobistych doświadczeń i kontaktów ze zdobieniem zębów co może wynikać z różnicy pokoleniowej i kierunku edukacji. Środowisko akademickie w tym także studenci UTW uważają, że obecnie zabiegi te są mało popularne co również wiąże się z nie planowaniem przez studentów UM wykonywania zabiegów w przyszłości (z wyjątkiem niewielkiego odsetka studentów anglojęzycznych). W opinii większości badanych adresatami tej metody zdobienia zębów jest młodzież oraz kobiety (studenci anglojęzyczni i seniorzy) a w opinii studentów polskojęzycznych także głównie przedstawiciele subkultur.

Z przeprowadzonych badań wynika, że istnieją różnice w ocenie i opiniach dotyczących zdobienia zębów pomiędzy badanymi grupami. Większość studentów polskojęzycznych i seniorów sądzi, że noszenie biżuterii nazębnej może przyczyniać się do negatywnej oceny jej użytkownika. Z badań wynika także, że noszenie biżuterii nazębnej przez popularne osoby nie wywiera wpływu na własne decyzje badanych o zdobieniu zębów.

We wszystkich grupach wykazano związek pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a liczbą doświadczeń ze zdobieniem zębów. W grupie studentów polskojęzycznych były to praktyki zdrowotne – im większe nasilenie praktyk zdrowotnych tym większa liczba doświadczeń ze zdobieniem zębów. W grupie studentów anglojęzycznych były to zachowania profilaktyczne – im większe nasilenie zachowań profilaktycznych tym więk-

szą liczbą doświadczeń ze zdobieniem zębów; wśród seniorów pozytywne nastawienie psychiczne – im większe nasilenie pozytywnego nastawienia psychicznego tym większa liczba doświadczeń ze zdobieniem zębów.

W odniesieniu do cech osobowości w przypadku seniorów uzyskane wyniki wpisują się w znane, potwierdzone badaniami, zależności mówiące o tym, że osoby ekstrawertyczne charakteryzują się większą otwartością na doświadczenia. W grupie tej zatem wykazano związek pomiędzy cechami osobowości a kontaktem i osobistymi doświadczeniami w zakresie zdobienia zębów.

Wśród studentów Uniwersytetu Medycznego takich zależności nie stwierdzono.

Należy też podkreślić, że badani ze wszystkich grup deklarowali zadowolenie ze swojego wyglądu (wizerunku).

Przeprowadzone badania i uzyskane wyniki pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Noszenie biżuterii nazębnej jest obecnie mało popularne a wiedza na ten temat pozyskiwana jest głównie z Internetu i telewizji.
2. Kontakty i osobiste doświadczenia badanych ze zjawiskiem zdobienia zębów łączą się z nasileniem realizowanych przez nich zachowań zdrowotnych.
3. U osób w starszym wieku poziom wiedzy, kontaktów, doświadczeń i opinii na temat zdobienia zębów jest związany z cechami osobowości czego nie wykazano u młodych dorosłych (studentów UM).
4. Czynnikiem różnicującym podejmowanie doświadczeń związanych ze zdobieniem zębów są wyniki nasilenia zachowań zdrowotnych w poszczególnych grupach badanych.

## 7. Streszczenie

Twarz stała się podstawowym kanałem komunikacji a szczególną uwagę poświęca się stanowi zębów które stanowiąc symbol zdrowia i urody stały się też obecnie wyznacznikiem statusu pod względem estetycznym jak również społecznym.

Bizuteria nazębna była znana już w czasach historycznych spełniając rolę ozdobną i/lub terapeutyczną. Obecnie dostępna jest w postaci gotowych elementów przyklejanych bezpośrednio na zęby.

Celem pracy było poznanie wiedzy i opinii młodych dorosłych i seniorów związanych aktywnie ze środowiskiem akademickim na temat przeprowadzania zabiegów estetycznych w formie zdobienia bizuterią nazębną.

Badaniem ankietowym objęto grupę 308 osób w tym 189 studentów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na kierunku lekarsko-dentystycznym 103 studentów polskojęzycznych (76 kobiet i 27 mężczyzn) w wieku 21–28 lat oraz 86 studentów anglojęzycznych (45 kobiet i 41 mężczyzn) w przedziale wiekowym 19–36 lat a także 119 słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Poznaniu (104 kobiet i 15 mężczyzn) w wieku 61–87 lat.

Za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego 21 pytań zebrano dane na temat wiedzy i opinii dotyczącej zdobienia zębów. W pracy wykorzystano ponadto dwa narzędzia badawcze: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) oraz Krótki Inwentarz Osobowości (Ten-Item Personality Inventory – TIPI-PL) celem oceny zależności pomiędzy zebranymi informacjami a zachowaniami zdrowotnymi i cechami osobowości badanych.

Uzyskane wyniki z badań zostały poddane analizie statystycznej w programie SPSS Statistics 27 gdzie za graniczny poziom istotności przyjęto wartość  $\alpha \leq 0,05$ . Ze względu na fakt, iż badane grupy nie były równoliczne użyte zostały również testy nieparametryczne: rho Spearmana, H Kruskala-Wallisa i Chi-kwadrat.

Wyniki wskazują, że badani z trzech grup w zdecydowanej większości uważają, że noszenie biżuterii nazębnej wiąże się z negatywnymi skutkami dla zdrowia, głównie zwiększonym



ryzykiem choroby próchnicowej a także zagrożeniem połknięcia ozdoby lub aspiracji do układu oddechowego. Osobą wskazywaną do zakładania biżuterii nazębnej jest lekarz stomatolog, przy czym badani są zdania, że jej założenie wiąże się z koniecznością utrzymywania perfekcyjnej higieny jamy ustnej i zgłaszaniem się do kontrolnych badań stomatologicznych.

Wyniki wskazują także na znaczne różnice pomiędzy grupami osób z UM i UTW w odniesieniu do osobistych doświadczeń i kontaktów ze zdobieniem zębów co może wynikać z różnicy pokoleniowej i kierunku edukacji. Środowisko akademickie w tym także studenci UTW uważają, że obecnie zabiegi te są mało popularne co również wiąże się z nie planowaniem przez studentów UM wykonywania zabiegów w przyszłości (z wyjątkiem niewielkiego odsetka studentów anglojęzycznych). W opinii większości badanych adresatami tej metody zdobienia zębów jest młodzież oraz kobiety (studenci anglojęzyczni i seniorzy) a w opinii studentów polskojęzycznych także głównie przedstawiciele subkultur.

Z przeprowadzonych badań wynika, że istnieją różnice w ocenie i opiniach dotyczących zdobienia zębów pomiędzy badanymi grupami. Większość studentów polskojęzycznych i seniorów sądzi, że noszenie biżuterii nazębnej może przyczynić się do negatywnej oceny jej użytkownika. Z badań wynika także, że noszenie biżuterii nazębnej przez popularne osoby nie wywiera wpływu na własne decyzje badanych o zdobieniu zębów. We wszystkich grupach wykazano związek pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a liczbą doświadczeń ze zdobieniem zębów.

W przypadku seniorów wykazano związek pomiędzy cechami osobowości a kontaktem i osobistymi doświadczeniami w zakresie zdobienia zębów.

Wśród studentów Uniwersytetu Medycznego takich zależności nie stwierdzono.

Na podstawie uzyskanych wyników wyciągnięto następujące wnioski:

1. Noszenie biżuterii nazębnej jest obecnie mało popularne a wiedza na ten temat pozyskiwana jest głównie z Internetu i telewizji.
2. Kontakty i osobiste doświadczenia badanych ze zjawiskiem zdobienia zębów łączą się z nasileniem realizowanych przez nich zachowań zdrowotnych.
3. U osób w starszym wieku poziom wiedzy, kontaktów, doświadczeń i opinii na temat zdobienia zębów jest związany z cechami osobowości czego nie wykazano u młodych dorosłych (studentów UM).
4. Czynnikiem różnicującym podejmowanie doświadczeń związanych ze zdobieniem zębów są wyniki nasilenia zachowań zdrowotnych w poszczególnych grupach badanych.

## 8. Summary

The face has become a basic channel of communication and particular attention is paid to the state of teeth which, being a symbol of health and beauty, have become an indicator of status both in aesthetic and social terms.

Dental jewelry has been known since historical times to serve a decorative and/or therapeutic role. It is currently available in the form of ready-made elements glued directly to the teeth.

The aim of this study was to find out the knowledge and opinions of young adults and seniors who are actively involved in the academic environment about the performance of aesthetic procedures in the form of dental jewellery.

The questionnaire study involved a group of 308 persons, including 189 students of Karol Marcinkowski Poznań University of Medical Sciences, Faculty of Dentistry, 103 Polish-speaking students (76 females and 27 males) aged 21–28 years and 86 English-speaking students (45 females and 41 males) aged 19–36 years as well as 119 students of Poznań University of the Third Age (104 females and 15 males) aged 61- 87 years.

Using a proprietary questionnaire containing 21 questions, data were collected on knowledge and opinions regarding tooth decoration. In the study two research tools were used: Health Behaviour Inventory (HBI) and Short Personality Inventory (TIPI-PL) to assess the relationship between the collected information and health behaviours and personality traits.

The results obtained from the study were subjected to statistical analysis in SPSS Statistics 27 program where  $\alpha \leq 0.05$  was taken as the borderline level of significance. Due to the fact that the studied groups were not equal, non-parametric tests were also used: Spearman's rho, H Kruskal-Wallis and Chi square.

The results indicate that the respondents of the three groups overwhelmingly believe that wearing dental jewelry is associated with negative health effects mainly increased risk of caries disease or ingestion or aspiration of the ornament into the respiratory system. The person indicated to put on dental jewellery is a dentist, with the respondents

being of the opinion that putting on dental jewellery involves maintaining perfect oral hygiene and attending dental check-ups.

The results also indicate significant differences between the UM and UTW groups with respect to personal experiences and contacts with tooth decoration which may be due to generational difference and educational direction. The academic community, including UTW students, believe that these treatments are currently not very popular, which is also related to the fact that UM students do not plan to perform procedures in the future (except for a small percentage of English-speaking students). In the opinion of most of the respondents, the addressees of this method of decorating teeth are young people and women (English-speaking students and seniors), and in the opinion of Polish-speaking students also mainly representatives of subcultures.

The study shows that there are differences in the evaluation and opinions of tooth decoration between the study groups. The majority of Polish students and seniors believe that wearing dental jewelry can contribute to a negative evaluation of its wearer. The study also found that the wearing of dental jewelry by popular people does not influence the respondents' own decisions to decorate their teeth. All groups showed an association between health behaviors and the number of experiences with tooth decoration.

For seniors, a relationship was shown between personality traits and contact and personal experiences with tooth decoration

No such correlations were found among Medical University students.

Based on the results, the following conclusions were drawn:

1. Wearing dental jewelry is not very popular nowadays and the knowledge about it is obtained mainly from the Internet and television.
2. The contacts and personal experiences of the respondents with the phenomenon of tooth decoration are associated with the intensification health behaviors realized by them.
3. In older people, the level of knowledge, contacts, experiences, and opinions about tooth decoration is related to personality traits. This association was not demonstrated in young adults (UM students).
4. The factor that differentiates the undertaking of experiences related to teeth decorating is the result of the intensification of health behaviors in individual groups of respondents.

## 9. Piśmiennictwo

1. Afroz S, Rathi S, Rajput G, Rahman SA. Dental esthetics and its impact on psycho-social well-being and dental self confidence: a campus based survey of north Indian university students. *J Indian Prosthodont Soc.* 2013 Dec;13(4):455–460.
2. Aljauid AS, Al-Otaibi AO, Aldawood MM, Mohamed RN, Basha S, Thomali YA. Oral Health Behavior of Medical, Dental, and Pharmacology Students in Taif University: A Cross-sectional Study. *J Adv Oral Res.* 2020;11(1):83–92.
3. Ansari SH, Abdullah Alzahrani AA, Said Abomelha AM, Attia Elhalwagy AE, Mustafa Alalawi TN, Mahmoud Sadiq TW. Influence of Social Media towards the Selection of Hollywood Smile among the University Students in Riyadh City. *J Family Med Prim Care.* 2020;9(6):3037–3041.
4. Asscher EC, Bolt I, Schermer M. Wish-fulfilling medicine in practice: a qualitative study of physician arguments. *J Med Ethics.* 2012 Jun;38(6):327–331.
5. Bentling H. Obraz na ciele. Maska. W: *Antropologia Obrazu. Szkice do Nauki o Obrazie.* TAIWPN Universitas Kraków, 45.
6. Bhatia S, Arora V, Gupta N, Gupta P, Bansal M, Thakar S. Tooth Jewellery- Its Knowledge and Practice Among Dentists in Tricity, India. *J Clin Diagn Res.* 2016 Mar;10(3):ZC32–35.
7. Biernacka B, Pieniążek M, Pyć M, Dziewulska J. Ocena zachowań zdrowotnych i analiza zdrowia jako wartości w ocenie studentów Uniwersytetu Trzeciego Wieku Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie. *Zdrowie i Dobrostan.* 2015;2(30):27–38.
8. Błaszczak J, Iwaniak M, Hadała-Kiś A, Mielnik-Błaszczak M. Analiza porównawcza nawyków higienicznych i żywieniowych wpływających na zdrowie jamy ustnej studentów I roku Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i studentów I roku Politechniki Lubelskiej. *Fam Med Prim Care Rev.* 2011;13(1):12–15.
9. Boeira GF, Salas MMS, Araújo DC, Masotti AS, Correa MB, Demarco FF. Factors influencing dental appearance satisfaction in adolescents: a cross-sectional study conducted in Southern Brazil. *Braz J Oral Sci.* 2016;15(1):8–15.
10. Brooks JK, Hooper KA, Reynolds MA. Formation of mucogingival defects associated with intraoral and perioral piercing: case reports. *J Am Dent Assoc.* 2003 Jul;134(7):837–843.
11. Buragohain A. Tooth Jewellery-Brightening Smiles the World Over. *JOADMS.* 2020;6(1):107–110.

12. Cebeci NÖ, Nemli SK, Ünver S. Oral health behavior differences between dental students in graduate and doctoral programs. *Eur Oral Res.* 2018 Jan;52(1):6–11.
13. Cybulska A: Czy jesteśmy zadowoleni ze swojego wyglądu? *Badania CBOS.* 104/2017. CBOS, Warszawa, sierpień 2017.
14. Czerski W. Zachowania zdrowotne a intensywność użytkowania Facebooka wśród studentów. *Rozprawy Społeczne/Social Dissertations.* 2021;15(1):30–47.
15. El Mourad AM, Al Shamrani A, Al Mohaimed M, Al Sougi S, Al Ghanem S, Al Manie W. Self-Perception of Dental Esthetics among Dental Students at King Saud University and Their Desired Treatment. *Int J Dent.* 2021;2021:6671112.
16. Ellis W. Knocking out front teeth. W: *A Narrative of a Tour through Hawaii, or Owhyhee; with remarks on the History, Traditions, Manners, Customs, and Language of the Inhabitants of the Sandwich Islands.* *Hawaiian Gazette, The Advertiser Historical.* Series 2,1917:13.
17. Farrukh F, Mânica S. Fashion for a reason: Oral jewellery to aid forensic odontology. *J Forensic Leg Med.* 2019 Aug;66:38–43.
18. Fortes GS, Rasmussen TL, Marin C, Bottan ER. Health risks and complications associated with the use of intraoral and perioral piercing: knowledge of young adults. *RSBO.* 2012 Out-Dez;9(4):421–426.
19. Gandhi SR, Gandhi R, Minase D. Passion Of Fashion-Oral Jewellery. *IJDS.* 2020 Jan–June;9(1):01–06.
20. Garg K, Chawla PS, Singh G. Tattooth: tooth tattoo, a new rage in body art. *IJABR.* 2012;3(1):498–501.
21. Garve R, Garve M, Türp JC, Fobil JN, Meyer CG. Scarification in sub-Saharan Africa: social skin, remedy and medical import. *Trop Med Int Health.* 2017 Jun;22(6):708–715.
22. Gerreth K, Gerreth P. Następstwa zabiegu kolczykowania (piercingu) w obrebie jamy ustnej. *Med Wieku Rozwoj.* 2010 Oct–Dec;14(4):384–388.
23. Gołaszewska K, Chorąży M, Drózdź-Kubicka E, Snarska K, Olejnik B, Dolińska C. Ocena zachowań zdrowotnych i poczucie satysfakcji z życia na podstawie wybranej populacji studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu. *Publ Health Forum.* 2018;IV(XII)4(47):273–282.
24. González EL, Pérez BP, Sánchez JA, Acinas MM. Dental aesthetics as an expression of culture and ritual. *Br Dent J.* 2010 Jan 23;208(2):77–78.
25. Gordon SC, Kaste LM, Barasch A, Safford MM, Foong WC, ElGeneidy A. Prenuptial dental extractions in Acadian women: first report of a cultural tradition. *J Womens Health (Larchmt).* 2011 Dec;20(12):1813–1818.
26. Gosling SD, Rentfrow PJ, Swann WB. Jr. A very brief measure of the Big-Five personality domains. *J Res Pers.* 2003;37(6):504–528.
27. Handler JS. Determining African Birth from Skeletal Remains: A Note on Tooth Mutilation. *Hist Arch.* 1994;28(3):114–119.

28. Harrison A, Healey DE. The Lost of Upper Front Teeth determining Import Changes in the Shape of The Skull W: A study of Hawaiian skulls. Transactions of the Wagner Free Institute of Science of Philadelphia. January 1918;5:43.
29. Inoue N, Sakashita R, Nozaki T, Kamegai T. A preliminary report on ritual ablation of anterior teeth in modern Kenya. *J Anthropol Soc Nippon*. 1992;100(1):120–122.
30. Iriso R, Accorsi S, Akena S, Amone J, Fabiani M, Ferrarese N, et al: ‘Killer’ canines: the morbidity and mortality of ebino in northern Uganda. *Trop Med Int Health*. 2000 Oct;5(10):706–710.
31. Jakubowska H. Socjologia ciała. W: Ciało jako przedmiot rozważań socjologicznych. Wydawnictwo Naukowe Poznań 2009 UAM: 155–156.
32. Johnson F. Tooth mutilation among the Guaymi. *Am Anthropol*. 1943;45:327–328.
33. Jones A. Dental transfigurements in Borneo. *Br Dent J*. 2001 Jul 28;191(2):98–102.
34. Juczyński Z. NPPPZ-Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Wyd 2. Warszawa 2012.
35. Kaczmarek E. Zachowania prozdrowotne studentów Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu. Wyniki badań i rekomendacje. *Rocznik Androgeniczny*. 2017;24:189–199.
36. Kaczmarek U, Mysiak-Dębska M, Dębska-Łasut K. Wiedza i zachowania prozdrowotne dotyczące jamy ustnej studentów pierwszych lat studiów stomatologii i medycyny. *Dent Med Probl*. 2011;48(4):532–540.
37. Kaczor K, Zawadzka A, Roźniatowski P, Korporowicz E, Olczak-Kowalczyk D. Powikłania piercingu w obrębie jamy ustnej – przegląd piśmiennictwa. *Nowa Stomatol*. 2016;21(4):253–261.
38. Kharat N, Singhai A, Prasant MC, Patil AK, Ali FM. A Tooth Tattoo With A Purpose: An Innovative Approach. *J Evol Med Dent Sci*. 2014 Jan; 3(4):921–925.
39. Kinaston RL, Koesbardiati T, Suriyanto RA, Buckley HR, Halcrow SE, Foster A et al. Ritual tooth ablation and Austronesian expansion: Evidence from eastern Indonesia and the Pacific Islands. *IJCA*.
40. Klonowska J, Wiciński M, Żak J, Wołkowiec M. Historyczne i współczesne społeczno-kulturowe funkcje tatuażu. *ACM*. 2017;5(6):513–520.
41. Kosiba G, Gacek M, Bogacz-Walanciak A, Wojtowicz A. The lifestyle of students – future teachers. *JKES*. 2016;74(26):83–94.
42. Kosiba G, Gacek M, Bogacz-Walanciak A, Wojtowicz A. Zachowania prozdrowotne a satysfakcja z życia studentów kierunków nauczycielskich. *Instead*. 2017;2(78):79–93.
43. Kościński K. Atrakcyjność twarzy. 2013;5.
44. Kowalewska J, Kowalewska B, Ostaszewska-Puchalska I, Krajewska-Kułak E. Społeczne postrzeganie tatuaży i ludzi z tatuażami. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wyd. I. Białystok 2021; 1–86.



45. Koziel D, Kaczmarczyk M, Naszydłowska E, Gałuszka R. Wpływ kształcenia na Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych. *Medical Studies/Studia Medyczne*. 2008;12:23–28.
46. Kropiornicka B, Baczevska B, Dragan W, Krzyżanowska E, Olszak C, Szymczuk E. Zachowania zdrowotne studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w zależności od miejsca zamieszkania. *Rozprawy Społeczne/Social Dissertations*. 2015;9(2):58–64.
47. Kulik A, Frańczyk E. Psychoedukacja studentek psychologii a podejmowanie zachowań zdrowotnych. *Annales UMCS Sectio J (Paedagogia-Psychologia)*. 2021;34(2):95–104.
48. Kulik A, Grądział J, Smotrycka A. Zachowania zdrowotne studentek – charakterystyka i znaczenie zmiennych socjodemograficznych. *Probl Hig Epidemiol*. 2017;98(4):371–380.
49. Lemański J. Czy w Biblii istnieje zakaz czynienia tatuaży. *S Par*. 2018;28:29.
50. Mańkowska M. Ozdabianie jamy ustnej biżuterią nazębną. *Stomatol Współcz*. 2012;19(2):8–15.
51. Mary AV, Kesavan R, Bhavani M, Melba DB, Deepiha D, Shrinidhi KM. Awareness about teeth whitening among young adults in south Indian population. *IJARIIIT*. 2020;6(6):20–24.
52. Militi A, Sicari F, Portelli M, Merlo EM, Terranova A, Frisone F, et al. Psychological and Social Effects of Oral Health and Dental Aesthetic in Adolescence and Early Adulthood: An Observational Study. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(17):9022.
53. Monisha N, Ganapathy DM, Sheeba PS, Kanniappan N. Dental jewellery – A review. *J Pharm Res*. 2018;12(1):73–75.
54. Mudry A, Pirsig W. The ear in the visual arts of ancient Egypt. *J Int Adv Otol*. 2007;3:81–89.
55. Nitecka-Walerych A. Zachowania prozdrowotne studentów pedagogiki wczesnoszkolnej. W: Lisicki T, Wilk B, Walentukiewicz A. (red.). *Prozdrowotny styl życia*. Wyd. AWFIS, Gdańsk 2005; 291–298.
56. Nowak R. Psychologiczne aspekty tatuowania się. *Roczniki Psychologiczne*. 2012;15(2):87–103.
57. Ogińska-Bulik N, Zadworna-Cieślak M, Rogala E. Rola zasobów osobistych w podejmowaniu zachowań zdrowotnych przez osoby w wieku senioralnym. *Probl Hig Epidemiol*. 2015;96(3):570–577.
58. Olszewski T, Walczak A. Częstość zabiegów higieny jamy ustnej i problem zdrowotne jamy ustnej wśród studentów medycyny i stomatologii Pomorskiej Akademii Nauk. *Probl Hig Epidemiol*. 2012;91(3):501–505.
59. Orkus A, Janczar-Smuga M. Ocena zwyczajów żywieniowych studentów polskich, amerykańskich i australijskich. *Zeszyty Problemowe Postępów Nauk Rolniczych*. 2016;586:147–156.



60. Pajor AJ, Broniarczyk-Dyła G, Świtalska J. Satysfakcja z życia, poczucie własnej wartości oraz ocean zdrowia psychicznego u osób z tatuażem lub piercingiem. *Psychiatr Pol.* 2015;49(3):559–573.
61. Pankowski K. Jak cię widzą tak cię piszą – Polacy o znaczeniu wyglądu w życiu. *Badania CBOS.* 112/2009. Warszawa, sierpień 2009.
62. Parimoo R, Singh B, Sharma D, Sharma V, Javaid A. Oral Ornaments: An Overview *IHRJ.* 2021 Nov 25;4(6):143–147.
63. Patil AG. Tooth jewellery: A simple way to add sparkle to your smile. *Ind J Den Advance.* 2010;2(4):356–358.
64. Peter T, Titus S, Francis G, Alani MM, George AJ. Ornamental dentistry – an overview. *J Med Dent Sci.* 2013;2(7):666–676.
65. Purim KS, Rosario BA, Rosario CS, Guimarães AT. Piercings in medical students and their effects on the skin. *An Bras Dermatol.* 2014 Nov-Dec;89(6):905–10.
66. Rodakowska E i wsp. Ocena kliniczna biżuterii nazębnej. *Doniesienia wstępne. Mag Stomatol.* 2013;6:140–144.
67. Rodd HD, Davidson LE. ‘Ilko dacowo?’ canine enucleation and dental sequelae in Somali children. *Int J Paediatr Dent.* 2000 Dec;10(4):290–297.
68. Różyło-Kalinowska I, Wysokińska-Miszczuk J, Katarzyna Różyło T. Czy biżuteria nazębna powoduje powstanie artefaktów w badaniach radiologicznych?. *Mag Stomatol.* 2012;5:101–103.
69. Rutkowska E, Hałas I, Bronowicka-Mielniczuk U, Wysokińska D. Zdobienie ciała osób zatrudnionych w branży medycznej w opiniach pacjentów. *Rozprawy Społeczne/Social Dissertations.* 2020;14(2):138–150.
70. Samborski R, Radlińska I, Kemicer-Chmielewska E, Barczak K, Kolwicz M, Granat M. Analysis of health behaviour of seniors – students of the University of the Third Age in Police in Poland. *Pomeranian J Life Sci.* 2021;67(1):44–47.
71. Seligman CCh. *The Melanesians of British New Guinea.* Cambridge: University Press, 1910:492.
72. Silva GD, Castilhos ED, Masotti AS, Rodrigues-Junior SA. Dental esthetic self-perception of Brazilian dental students. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia.* 2012;9:375–381.
73. Skorus M. Biżuteria w jamie ustnej-przegląd piśmiennictwa. *Mag Stomatol.* 2018;3:74–76.
74. Smoleń E, Gazdowicz L, Żyłka-Reut A. Zachowania zdrowotne osób starszych. *Pielęgniarstwo XXI wieku.* 2011;3(36):5–9.
75. Sorokowska A, Słowińska A, Zbieg A, Sorokowski P. Polska adaptacja testu Ten Item Personality Inventory (TIPI)-TIPI-PL – wersja standardowa i internetowa. Wrocław: Wroc-Lab. 2014.
76. Stewart TD. Persistence of the African Type of Tooth Pointing in Panama. *Am Anthropol.* 1942;44(2):328–330.

77. Sumbi IM, Edalia L, Mua B. Dental jewellery and oral piercings: knowledge, attitude and practice among dentists in Nairobi. May 2020 [https://www.researchgate.net/publication/341286077\\_Dental\\_jewellery\\_and\\_oral\\_piercings\\_Knowledge\\_attitude\\_and\\_practice\\_among\\_dentists\\_in\\_Nairobi](https://www.researchgate.net/publication/341286077_Dental_jewellery_and_oral_piercings_Knowledge_attitude_and_practice_among_dentists_in_Nairobi).
78. Sygwit-Kowalkowska E. Zachowania zdrowotne osób w okresie później dorosłości – socjodemograficzne korelaty i różnice między środowiskami społecznymi. *Ann Acad Med Stetin*. 2013;59(1):103–113.
79. Szkup-Jabłońska M, Romanowska D, Reczyńska A, Grzywacz A, Jurczak A, Wieder-Huszla S. i wsp. Ocena zachowań zdrowotnych studentów uczelni szczecińskich. *Fam Med Prim Care Rev*. 2013;15(2):175–177.
80. Śniatała R. Stomatologiczne zachowania prozdrowotne amerykańskiej i polskiej młodzieży akademickiej. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Katedra i Klinika Stomatologii Dziecięcej. Poznań, 2011.
81. Vozza I, Fusco F, Corridore D, Ottolenghi L. Awareness of complications and maintenance mode of oral piercing in a group of adolescents and young Italian adults with intraoral piercing. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015 Jul 1;20(4):e413–418.
82. Vukovic A, Bajzman A, Zukic S, Secic S. Cosmetic dentistry in ancient times – a short review. *Bull Int Assoc Paleodont*. 2009;3(2):9–10.
83. Wasilweska J. Tatuaż jako znak przynależności. *Archiwa Biblioteki i Muzea Kościelne*. 2017;107:351–372.
84. Willis MS, Harris LE, Hergenrader PJ. On traditional dental extraction: case reports from Dinka and Nuer en route to restoration. *Br Dent J*. 2008;204:121–123.
85. Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P, Śliwińska M. Inwentarz Osobowości NEO-FFI Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrea. Adaptacja polska. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych; 2007, 70–79.
86. Ziebolz D, Söder F, Hartl JF, Kottmann T, Rinke S, Schmalz G. Comprehensive assessment of dental behaviour and oral status in patients with tongue piercing-results of a cross-sectional study. *Clin Oral Investig*. 2020 Feb;24(2):971–977.
87. Zwolak K. Ciało jako konstrukt kulturowy Estetyka ciała w Afryce na przykładzie skaryfikacji. *Maska* 2009;7, 35–43.

### **Źródła internetowe**

1. <https://emmafashionczw.wordpress.com/historia-piercingu> (29.12.2021).
2. <https://japanesemythology.wordpress.com/tooth-blackening-custom-origins-and-processes> (29.12.2021).
3. <https://www.eska.pl/news/portret-amy-winehouse-na-zebie-czyli-jak-powstaja-dentotatuaze-aa-trJc-F8CN-9KKg.html> (29.12.2021).

4. <https://twinkles.net/collections/crystals/products/crystal-butterfly-clear-4-pack> (29.12.2021).
5. <https://hellodent.pl/pl/p/Skyce-bizuteria-5szt./5392> (29.12.2021).
6. <https://wylecz.to/stomatologia/grillz-na-zeby-co-to-jest-czy-noszenie-jest-bezpieczne-ja-ka-jest-cena-i-gdzie-kupic> (29.12.2021)
7. <https://www.customgoldgrillz.com/products/pre-made-white-gold-plated-cz-cluster-premium-grillz> (29.12.2021).
8. <https://www.customgoldgrillz.com/products/custom-fit-solid-sterling-silver-open-face-grillz> (29.12.2021).
9. <https://www.customgoldgrillz.com/products/custom-fit-925-solid-sterling-silver-single-bottom-tooth-grillz> (29.12.2021).

## 10. Spis rycin i tabel

### 10.1. Ryciny

- Rycina 1. Dentotatuż. Źródło: <https://www.eska.pl/news/portret-amy-winehouse-na-zebie-czyli-jak-powstaja-dentotatuaze-aa-trJc-F8CN-9KKg.html>. . . . . 13
- Rycina 2. Profesjonalna biżuteria nazębna Swarovski firmy Twinkles. Źródło: <https://twinkles.net/collections/crystals/products/crystal-butterfly-clear-4-pack> . . . 14
- Rycina 3. Profesjonalna biżuteria nazębna Skyce firmy Vivadent. Źródło: <https://hello-dent.pl/pl/p/Skyce-bizuteria-5szt./5392> . . . . . 15
- Rycina 4. Grill wykonany ze stali nierdzewnej lub srebra powlekany białym złotem i cyrkoniami. Źródło: <https://www.customgoldgrillz.com/products/pre-made-white-gold-plated-cz-cluster-premium-grillz> . . . . . 15
- Rycina 5. Grill wykonany ze srebra o próbie 925. . . . .  
Źródło: <https://www.customgoldgrillz.com/products/custom-fit-solid-sterling-silver-open-face-grillz> . . . . . 16
- Rycina 6. Grill w postaci posrebrzanego pojedynczego zęba. Źródło: <https://www.customgoldgrillz.com/products/custom-fit-925-solid-sterling-silver-single-bottom-tooth-grillz> . . . . . 16
- Rycina 7. Liczebność badanej grupy z uwzględnieniem podziału na wiek. . . . . 20
- Rycina 8. Liczebność badanej grupy z uwzględnieniem podziału na wiek. . . . . 21
- Rycina 9. Liczebność badanej grupy z uwzględnieniem podziału na wiek. . . . . 22
- Rycina 10. Model badanych zmiennych w podziale na 3 grupy. . . . . 23

### 10.2. Tabele

- Tabela 1. Charakterystyka respondentów poszczególnych grup. . . . . 19
- Tabela 2. Dane dotyczące stanu cywilnego z uwzględnianiem płci w grupie studentów studiujących w języku polskim . . . . . 20
- Tabela 3. Dane dotyczące stanu cywilnego z uwzględnianiem płci w grupie studentów studiujących w języku angielskim . . . . . 21

Tabela 4.	Dane dotyczące stanu cywilnego oraz wykształcenia z uwzględnieniem płci w grupie seniorów . . . . .	22
Tabela 5.	Definicje badanych zmiennych zależnych . . . . .	24
Tabela 6.	Definicje badanych zmiennych niezależnych głównych przy użyciu Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) . . . . .	25
Tabela 7.	Krótki Inwentarz Osobowości (Ten-Item Personality Inventory – TIPI-PL) . . . . .	26
Tabela 8.	Statystyki opisowe i testowanie normalności rozkładu badanych zmiennych w grupie studentów polskojęzycznych (n = 103) . . . . .	29
Tabela 9.	Statystyki opisowe i testowanie normalności rozkładu badanych zmiennych w grupie studentów anglojęzycznych (n = 86) . . . . .	29
Tabela 10.	Statystyki opisowe i testowanie normalności rozkładu badanych zmiennych w grupie seniorów (n = 119) . . . . .	30
Tabela 11.	Badana grupa a wiedza nt. wpływu zdobienia zębów na zdrowie jamy ustnej i zębów – test chi-kwadrat i V Cramera . . . . .	31
Tabela 12.	Częstości dla wiedzy dotyczącej konsekwencji zdobienia zębów w grupach badanych . . . . .	31
Tabela 13.	Częstości dla wiedzy dotyczącej zachowań wymaganych przy posiadaniu, zdobień na zębach w grupach badanych. . . . .	32
Tabela 14.	Częstości dla wiedzy dotyczącej tego kto powinien wykonywać zdobienia na zębach w 3 grupach badanych . . . . .	33
Tabela 15.	Badana grupa a kontakt i doświadczenia osobiste ze zdobieniem zębów– test H Kruskala-Wallisa i test Post-Hoc Dunna . . . . .	33
Tabela 16.	Badana grupa a styczność z tematyką zdobienia zębów – test chi-kwadrat i V Cramera . . . . .	34
Tabela 17.	Częstości dla źródeł wiedzy i styczności z tematyką zdobienia zębów w grupach badanych . . . . .	34
Tabela 18.	Częstości dla zdania dot. adresatów zdobienia zębów w grupach badanych . . . . .	35
Tabela 19.	Badana grupa a spotkanie z proponowaniem zdobienia zębów w gabinecie stomatologicznym– test chi-kwadrat i V Cramera . . . . .	36
Tabela 20.	Częstości dla proponowanych w gabinecie zdobień zębów w grupach badanych . . . . .	36
Tabela 21.	Badana grupa a pozytywna i negatywna opinia i nastawienie do zdobienia zębów – test H Kruskala-Wallisa i test Post-Hoc Dunna. . . . .	37
Tabela 22.	Badana grupa a wpływ znanych osób na decyzję o zdobieniu zębów – test chi-kwadrat i V Cramera . . . . .	38

Tabela 23. Badana grupa a opinia nt. postrzegania osób ze zdobieniami zębów przez ich otoczenie – test chi-kwadrat i V Cramera . . . . .	39
Tabela 24. Częstości dla oceny znaczenia posiadania zdobień na zębach w grupach badanych . . . . .	39
Tabela 25. Badana grupa a zdobienie własnych zębów obecnie lub w przeszłości – test chi-kwadrat. . . . .	40
Tabela 26. Częstości dla ewentualnego powodu do wykonania zdobień na zębach w grupach badanych . . . . .	40
Tabela 27. Badana grupa a korzystanie z innych zabiegów upiększających w obrębie jamy ustnej– test chi-kwadrat i V Cramera . . . . .	41
Tabela 28. Badana grupa a planowanie zdobienia zębów – test chi-kwadrat i V Cramera . . . . .	41
Tabela 29. Badana grupa a zadowolenie z własnego wyglądu – test chi-kwadrat . . . . .	42
Tabela 30. Studenci polsko i anglojęzyczni a proponowanie pacjentom zdobień zębów w przyszłej praktyce zawodowej – test dokładnego prawdopodobieństwa Fishera i Phi Yula . . . . .	42
Tabela 31. Badana grupa a ocena popularności zdobienia zębów w przyszłości – test chi-kwadrat. . . . .	43
Tabela 32. Zachowania zdrowotne a kontakt i osobiste doświadczenia ze zdobieniem zębów oraz opinia i nastawienie do zdobienia zębów w grupach badanych – współczynniki korelacji rho Spearmana. . . . .	44
Tabela 33. Cechy osobowości a kontakt i osobiste doświadczenia ze zdobieniem zębów oraz opinia i nastawienie do zdobienia zębów w grupach badanych – współczynniki korelacji rho Spearmana . . . . .	45



## 11. Załączniki

Załącznik 1a



Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Katedra Stomatologii Dziecięcej

### Bizuteria nazębna – ankieta

Estetyka stała się ważnym aspektem stomatologii a w ciągu ostatnich kilku lat opracowano nowe metody i techniki pozwalające między innymi na stosowanie biżuterii nazębnej. Każdy chce stworzyć taki własny wizerunek, który czyni go wyjątkowym, a jednocześnie rozpoznawalnym przez otoczenie, a ciało staje się coraz częściej przedmiotem estetycznej modyfikacji.

Niniejsza ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii na temat zdobienia zębów, które jak wynika z obserwacji coraz częściej wykonywane są przez lekarzy dentystów.

Dziękuję za poświęcony czas i zapewniam, że dane posłużą jedynie celom naukowym.

Jeśli to prosimy o zaznaczenie kilku odpowiedzi.

Data badania.....

Data urodzenia.....

Proszę zaznaczyć odpowiedzi w kratce

**Płeć:**  kobieta  mężczyzna

**Wiek (lata):** .....

**Miejsce stałego zamieszkania:**  wieś  miasto poniżej 50 tys. mieszkańców  
 miasto powyżej 50 tys. mieszkańców

**Stan cywilny:**  stan wolny  związek  
 związek małżeński  stan po rozwodzie  
 wdowa/wdowiec

**Wykształcenie:**  poniżej średniego  zasadnicze  
 średnie  wyższe licencjackie  
 wyższe inżynierskie  wyższe magisterskie  
 inne

**Czy pracował Pan/i zawodowo?**  
 0-1  2-5 lat  6-8 lat  9-12 lat  powyżej 13 lat  
 nie

**Aktualny status zawodowy:**  student pracujący  student nie pracujący  
 renta/emerytura

**1. Czy kiedykolwiek spotykał się Pan/i ze zdobieniem zębów?**

- tak
- nie

**2. Z jakiego źródła dotarła do Pana/i ta wiedza o zdobieniu zębów?**

- telewizja
- Internet
- prasa
- reklama
- rodzina/znajomi
- inne → jakie? .....

**3. Kto według Pan/i jest adresatem tej metody upiększania?**

- kobiety
- mężczyźni
- młodzież
- osoby dorosłe
- przedstawiciele subkultur
- przedstawiciele środowiska artystycznego
- osoby ze zdrowymi zębami
- osoby z trudnościami w zachowaniu zdrowia i higieny zębów

**4. Czy znane osoby noszące biżuterię nazębną i występujące w środkach masowego przekazu zachęciłyby Pana/ią do jej założenia?**

- tak
- nie

**5. Czy sądzi Pan/i, że osoby noszące biżuterię nazębną w swoim najbliższym otoczeniu są postrzegane?**

- negatywne
- nie ma to znaczenia dla odbioru osoby
- pozytywne

**6. Co według Pana/i, oznacza noszenie biżuterii nazębnej?**

- dobrobyt (luksus)
- przynależności do określonej subkultury
- żadne z wymienionych

**7. Czy ktoś w Pana/i otoczeniu nosił(i) biżuterię nazębną?**

- rodzina
- znajomi
- sąsiedzi
- koledzy; koleżanki z pracy

**8. Czy zdobiła Pan/i własne zęby obecnie lub w przeszłości?**

- tak
- nie

**9. Gdyby obecnie podjął/ła Pan/i decyzję o założeniu biżuterii nazębnej to co byłoby tego podstawą?**

- estetyka
- zwrócenie na siebie uwagi
- podkreślenie atrakcyjności grupową
- zyskanie popularności
- podkreślenie własnej osobowości
- motywy związane z przynależnością grupową

**10. Czy kiedykolwiek korzystał(a) Pan/i w przeszłości z innych zabiegów upiększających w obrębie jamy ustnej ?**

- tak
- nie

**11. W jakim celu wykorzystywał/a Pan/i powyższe zabiegi upiększające w obrębie jamy ustnej?**

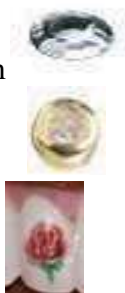
- poprawy estetyki uzębienia
- zwrócenia na siebie uwagi
- chęci wyróżnienia się
- zyskania popularności
- podkreślenie własnej osobowości
- podkreślenia atrakcyjności

**12. Czy kiedykolwiek w gabinecie stomatologicznym był(a) Pan/i zachęcany(a) do założenia na własnych zębach biżuterii nazębnej?**

- tak
- nie

**13. Jaka forma biżuterii nazębnej była Panu/i proponowana w gabinecie stomatologicznym?**

- elementy z materiałów syntetycznych
- kamienie szlachetne lub złoto
- tatuaż nazębny



**14. Czy planuje Pan/i założenie biżuterii nazębnej?**

- tak
- nie

**15. Jaki wpływ według Pana/i może mieć noszenie biżuterii nazębnej na zdrowie jamy ustnej i zębów?**

- negatywny
- nie ma żadnego wpływu
- pozytywny

**16. Z jakimi konsekwencjami według Pana/i należałoby się liczyć w trakcie dłuższego noszenia biżuterii nazębnej?**

- zwiększonego ryzyka wystąpienia próchnicy zębów
- zwiększonego ryzyka pojawienia się przebarwień nazębnych
- odpadnięcia, połknięcia lub zaaspirowania ozdoby do układu oddechowego
- alergii
- uszkodzenie sąsiednich zębów
- uszkodzenie błony śluzowej
- złamania zęba

**17. Czy sądzi Pan/i, że w przypadku noszenia biżuterii nazębnej należy?**

- zmienić nawyki higieniczne
- zwiększyć częstotliwość wizyt kontrolnych u stomatologa
- nie zmieniać zachowań

**18. Kto według Pana/i, powinien zajmować się zakładaniem biżuterii nazębnej?**

- lekarz stomatolog
- higienistka stomatologiczna
- kosmetyczka
- na rynku powinny być dostępne systemy do samodzielnego zakładania biżuterii nazębnej

**19. Czy jest Pan/i zadowolona(y) ze swojego wyglądu?**

- tak
- nie

**20. Czy w przyszłym życiu zawodowym taki sposób upiększania zębów będzie Pan/i proponować pacjentom w gabinecie?**

- tak
- nie

**21. Czy uważa Pan/i, że zainteresowanie tego rodzaju zabiegami w przyszłości będzie coraz bardziej popularne?**

- tak
- nie



The Karol Marcinkowski Poznań University of Medical Sciences  
The Faculty of Children's Dentistry

Teeth jewellery – survey

Aesthetics has become an important aspect of dentistry and over the last few years there have been developed new methods and techniques allowing, among other, the application of teeth jewellery. Everyone wants to establish their image that makes them unique, and at the same time recognisable by the environment, and human body is increasingly often becoming the object of aesthetic modification.

This survey aims to learn your opinion on teeth decoration, which according to the observations made, becomes one of more frequent procedures made by dentists.

Thank you for your time. I assure that data obtained shall only be used for scientific purposes.

Please, tick the few answers.

Date of survey .....

Date of birth .....

Please, tick the answers in the box

Sex:

female

male

Age (years):

under 20

20-25

26-30

31-40

41-50

51-60

over 61

Place of permanent residence:

village  
inhabitants

town under 50 thousand

city over 50 thousand inhabitants

Marital status:

single

informal partnership

married

divorced

widow/widower

Education:

under secondary

vocational

secondary

bachelor's degree

bachelor engineer

master's degree

other

Have you been working?

2-5 years

6-8 years

9-12 years

over 13 years

no

Present professional status:

working student

non-working student

pension/ retirement pension

unemployed

**1. Have you ever heard or known of teeth decoration?**

- yes
- no

**2. If yes, from which source have you got this knowledge?**

- TV
- Internet
- press
- advertisement
- family/friends
- other → specify .....

**3. In your opinion, who is the target of this method of embellishment?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> women                        | <input type="checkbox"/> men  |
| <input type="checkbox"/> youth                        | <input type="checkbox"/> adults   |
| <input type="checkbox"/> subcultures' representatives | <input type="checkbox"/> artistic environment representatives                                 |
| <input type="checkbox"/> people with healthy teeth    | <input type="checkbox"/> persons finding it difficult to maintain health and hygiene of teeth |

**4. Did celebrities wearing teeth jewellery and being active in mass media encourage you to wear it yourself?**

- yes
- no

**5. Do you think that persons wearing teeth jewellery in your closest environment are perceived?**

- negatively
- it does not matter for perceiving a person
- positively

**6. In your opinion, what does the fact of wearing teeth jewellery mean?**

- wealth (luxury)
- affiliation with a specific subculture
- none of the above

**7. Does any person you know/ family member wear teeth jewellery?**

- family
- friends
- neighbours
- colleagues at work

**8. Have you ever decorated your teeth?**

- yes
- no



**9. If you were to make a decision on wearing teeth jewellery now, what would be the reason?**

- aesthetics
- getting noticed
- emphasize own attractiveness with a group
- other → please specify.....
- gaining popularity
- emphasize own personality
- motives associated with affiliation

**10. Have you ever undergone other embellishment treatments?**

- yes
- no

**11. For what purpose did you undergo those treatments?**

- to improve the aesthetics of teeth
- to get noticed
- to distinguish oneself
- to gain popularity
- to emphasize own personality
- to emphasize the attractiveness

**12. Have you ever been encouraged to wear teeth jewellery at the dentist's?**

- yes
- no

**13. What form of teeth jewellery was offered to you?**

- various elements adhered to the teeth
- precious stones or gold
- teeth tattoo



**14. Do you plan to wear teeth jewellery?**

- yes
- no

**15. Do you think teeth jewellery can have?**

- negative effect on the health of oral cavity and teeth
- has no effect on the health of oral cavity and teeth
- positive effect on the health of oral cavity and teeth

**16. What consequences one should take into account during extended period of wearing teeth jewellery?**

- increased risk of teeth decay
- increased risk of teeth discolouration
- falling off, swallowing or inhaling the decoration into the respiratory system
- allergy
- damage to adjacent teeth
- damage to mucous membrane
- tooth fracture

**17. Do you think that while wearing teeth jewellery one should?**

- change one's hygienic habits
- increase the frequency of follow up visits at the dentist's
- not change the behaviour

**18. In your opinion, who should deal with applying teeth jewellery?**

- dentist
- dental hygienist
- beautician
- there should be available systems in the market for self-application of teeth jewellery

**19. Are you satisfied with your looks?**

- yes
- no

**20. Will you offer this kind of teeth embellishment to your patients in your future professional life?**

- yes
- no

**21. Do you think that the popularity of this kind of treatment will increase in the future?**

- yes
- no

## Załącznik 2a

## Z. Juczyński IZZ

.....płeć: M /F...wiek:.....data badania.....

Poniżej podano przykłady różnych zachowań związanych ze zdrowiem. Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/Pani wymienionych poniżej zachowań? Proszę odpowiedzieć szczerze wpisując do każdej kratki liczbę wyrażającą właściwą dla siebie odpowiedź:

1 – prawie nigdy; 2 - rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 - często, 5 – prawie zawsze

1	Jem dużo warzyw, owoców	
2	Unikam przeziębień	
3	Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem	
4	Wystarczająco dużo odpoczywam	
5	Ograniczam spożywanie takich produktów jak tłuszcze zwierzęce, cukier	
6	Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia	
7	Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	
8	Unikam przepracowania	
9	Dbam o prawidłowe odżywianie	
10	Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	
11	Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć	
12	Kontroluję swoją wagę ciała	
13	Unikam spożywania żywności z konserwantami	
14	Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	
15	Mam przyjaciół i uregulowanie życie rodzinne	
16	Wystarczająco dużo śpię	
17	Unikam soli i silnie solonej żywności	
18	Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	

**Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/i wymienionych poniżej zachowań?**

1 – prawie zawsze; 2 - rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 - często, 5 – prawie zawsze

19	Unikam takich uczuć jak, gniew lęk i depresja	
20	Ograniczam palenie tytoniu	
21	Jem pieczywo pełnoziarniste	
22	Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	
23	Myślę pozytywnie	
24	Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	
25	Inne, jakie?.....	

ZZ	STEN	PN	ZP	PN	PZ
----	------	----	----	----	----

## Z. Juczyński IZZ

...sex: M /F...age:.....date of survey.....

Below is a list of different behaviours associated with health. How often during a year you show the following behaviours. Please, give an honest answer by putting the number corresponding to your answer in the respective box:

1 - almost never; 2 - seldom, 3 - from time to time, 4 - frequently, 5 - almost always

1	I eat plenty of vegetables, fruit	
2	I avoid colds	
3	I take seriously the hints from people worrying about my health	
4	I get enough rest	
5	I limit consumption of such products as animal fats, sugar	
6	I have the emergency telephone numbers saved	
7	I avoid situations which upset me	
8	I avoid overworking	
9	I eat balanced diet	
10	I observe doctor's recommendations resulting from my test results	
11	I try to avoid extremely strong emotions, stresses, tensions	
12	I control my bodily weight	
13	I avoid eating food with preservatives	
14	I regularly undergo medical examinations	
15	I have friends and a stable family life	
16	I get enough sleep	
17	I avoid eating salt and heavily salted foods	
18	I try to learn how others avoid being ill	

**How often during a year you observe the following behaviours?**

1 - almost never; 2 - seldom, 3 - from time to time, 4 - frequently, 5 - almost always

19	I avoid such feelings as anger, fear and depression	
20	I limit smoking	
21	I eat whole-grain bread	
22	I try to get medical information and understand the causes of health and illness	
23	I think positively	
24	I avoid excessive physical effort	
25	Other (please specify)	

ZZ	STEN	PN	ZP	PN	PZ
----	------	----	----	----	----

Poznań, 18.02.2019

Katarzyna Miądowicz-Owczarzak

imię i nazwisko

Katedra i Klinika Stomatologii Dziecięcej  
Zakład Stomatologii Grup Ryzyka

miejsce realizowania pracy naukowej

Sz. Pan  
Prof. dr hab. Paweł Chęciński  
Przewodniczący Komisji Bioetycznej  
przy Uniwersytecie Medycznym  
w Poznaniu

Szanowny Panie Profesorze,

Przygotowuję się do realizacji pracy doktorskiej pt.: „Zdobienie zębów jako element współczesnych zachowań estetycznych”, która będzie przeprowadzana w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety wśród słuchaczy uczęszczających na zajęcia Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Poznaniu oraz studentów pozostałych kierunków medycznych w tym kierunku lekarsko-dentystycznego.

Proszę o potwierdzenie, że prowadzone przeze mnie badanie nie jest eksperymentem medycznym i nie wymaga opinii Komisji Bioetycznej.

Katarzyna Miądowicz-Owczarzak

podpis studenta

BADANIE NIE NOSI CECH  
EKSPERYMENTU  
MEDYCZNEGO

2019 -02- 2 8

PRZEWODNICZĄCY  
KOMISJI BIOETYCZNEJ  
Prof. dr hab. med. Paweł Chęciński

Kierownik Kliniki  
Stomatologii Dziecięcej  
Prof. dr hab. Maria Borowska-Lewicka  
podpis promotora