Ocena

rozprawy doktorskiej lekarza dentysty Beaty Golan pt. ***„Wiedza o zdrowiu jamy ustnej, a zachowania prozdrowotne studentów kierunków dentystycznych w wybranych krajach Europy Środkowej"*** z Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Zgodnie z dokumentem „Profile and competences for the graduating European dentist" wydanym przez Association for Dental Education in Europe (ADEE) wszystkie uniwersytety medyczne winny uwzględniać w programach edukacyjnych domenę "prewencja i promocja zdrowia" nadającą kończącym studia lekarzom dentystom kompetencje w promocji zdrowia i profilaktyce chorób jamy ustnej. Także WHO podkreśla rolę promocji zdrowia jamy ustnej w kształtowaniu właściwych postaw zdrowotnych społeczeństwa. Jest to zagadnienie bardzo istotne gdyż stan zdrowia jamy ustnej pozostaje w ścisłym związku ze stanem ogólnym organizmu, z jakością i komfortem życia. Ma to znaczenie w aspekcie wykazanego w wielu badaniach złego stanu zdrowia jamy ustnej w większości polskiej populacji, braku planowej opieki stomatologicznej oraz niskiego poziomu wiedzy o zasadach higieny jamy ustnej i profilaktycznych zachowań w społeczeństwie. W nowoczesnym postępowaniu profilaktyczno leczniczym w stomatologii uwzględnia się określenie ryzyka, planowanie działań profilaktycznych w tym edukacji i motywacji pacjenta, stałego monitoringu stanu jamy ustnej z ewentualną korektą planu w miarę potrzeb. Wymienione działania mieszczą się w kompetencjach lekarza dentysty oraz higienistki stomatologicznej. Ich wiedza o promocji zdrowia jamy ustnej oraz wzorzec właściwych zachowań prozdrowotnych jest kształtowany w trakcie studiów na uniwersytetach medycznych i szkołach policealnych. Poziom ich wiedzy i zachowań zdrowotnych ma zasadnicze znaczenie w budowie odpowiednich relacji z podopiecznymi w zapobieganiu chorób jamy ustnej a tym samym także chorób ogólnoustrojowych. Ocena wiedzy i zachowań prozdrowotnych przyszłego personelu stomatologicznego oraz czynników, które mogą na to wływać, ma zatem istotne znaczenie w aspekcie jakości edukacji, gotowości do przyszłych działań oraz efektywności w dziedzinie prewencji i promocji zdrowia jamy ustnej w krajach Unii Europejskiej a szczególnie w krajach Europy Środkowej. Wymienione zagadnienia są tematem obecnej rozprawy

doktorskiej. Badanie z uwagi na małą liczbę doniesień na ten temat, są zatem aktualne, celowe i niosą znaczne wartości poznawcze, które mogą zostać wykorzystane w doskonaleniu programów edukacji lekarzy dentystów oraz higienistek stomatologicznych.

Przedstawiona mi do oceny rozprawa doktorska liczy 166 stron. Ma tradycyjny układ rozdziałów: wstęp, cele pracy, materiał i metody, wyniki badań, omówienie wyników badań i dyskusję, wnioski, streszczenia w języku polskim i angielskim, zbiór piśmiennictwa, spisy tabel i rycin, załączniki wzorów ankiet w wersji polskiej i węgierskiej oraz wzorce prawidłowych odpowiedzi.

W rozdziale wstęp Doktorantka podkreśla:
- wagę wiedzy i stosownych zachowań prozdrowotnych lekarzy dentystów oraz higienistek stomatologicznych w kształtowaniu zdrowia jamy ustnej społeczeństwa;
- wagę wiedzy ogólnej stomatologicznej, znajomości zagadnień promocji zdrowia, zasad działalności profilaktycznej oraz szerzenia oświaty zdrowotnej;
- wagę wiedzy o higienie jamy ustnej, zdrowego odżywiania, profilaktyki fluorkowej oraz częstości wizyt kontrolnych.

Kolejno omawia rolę biofilmu w etiologii chorób przyzębia i próchnicy zębów. Akcentuje zwiększone ryzyko występowania tych chorób u osób leczonych stałymi aparatami ortodontycznymi. Trafnie komentuje potrzebę wiedzy o rodzajach i etiologii halitozy, o roli i związkach chorób przyzębia z chorobami ogólnoustrojowymi, o zasadach stosowania osłony antybiotykowej u osób z grupy ryzyka infekcyjnego zapalenia wsierdzia (IZW).

Doktorantka uważa, że na profesjonalnym personelu stomatologicznym spoczywa odpowiedzialność za profilaktykę wymienionych chorób oraz zapewnienia obszernej edukacji o możliwościach i sposobach ich zapobiegania.

W świetle przedstawionych zagadnień w pełni zasadne jest badanie studentów stomatologii oraz uczniów i studentów higieny stomatologicznej w Polsce oraz w celach porównawczych w wybranym losowo kraju Europy Środkowej pod kątem oceny poziomu ich wiedzy, zachowań prozdrowotnych jak również określonych czynników osobowych i środowiskowych, które mogły mieć wpływ na uzyskane wyniki.

W celu przeprowadzenia badania, wyłoniono drogą wielowarstwowego losowania po trzy Uniwersytety Medyczne w Polsce i na Węgrzech kolejno: w Warszawie, Szczecinie i w Białymstoku oraz w Budapeszcie, Debreczynie i Szegedzie z wydziałami stomatologii. Dodatkowo wybrano dwa krajowe Uniwersytety w Warszawie i Poznaniu, które prowadziły 3-letnie studia licencjackie higienistek stomatologicznych (HS) oraz trzy szkoły policealne z 2-letnim kursem HS w Krakowie, Łodzi i Nowym Sączu. Zrezygnowano z wyboru podobnych ośrodków szkolenia HS na Węgrzech z uwagi na brak nadzorowanego programu edukacyjnego.

W wymienionych ośrodkach wybrano losowo grupę 758 studentów kierunku lekarsko-dentystycznego (521 w Polsce i 237 na Węgrzech) oraz 66 uczniów i 23 studentów HS. W grupie studentów stomatologii wyodrębniono grupę 373 studentów roczników przedklinicznych do 2 roku studiów oraz grupę 385 studentów z roczników klinicznych z 5 roku studiów.

W badaniu Doktorantka zastosowała autorski kwestionariusz-ankietę z 33 pytaniami składający z 4 części, dotyczących kolejno:
- wiedzy o zdrowiu jamy ustnej (13 pytań),
- własnych nawyków higienicznych (10 pytań),
- wpływu zdrowia jamy ustnej na ogólny stan zdrowia (5 pytań),
- danych demograficznych i środowiskowych (5 pytań).

Przydatność i poprawność ankiety potwierdziły prowadzone wcześniej przez Doktorantkę badania pilotażowe na grupie warszawskich studentów, którzy nie brali udziału w badaniu głównym. Do oceny ankiety opracowała wzorce prawidłowych odpowiedzi (zebrane w Załącznikach 3 i 4).

Do oceny poziomu wiedzy i zachowań prozdrowotnych zastosowała sumaryczny wskaźnik wiedzy stomatologicznej (SWWS) określający liczbę trafnych odpowiedzi (od 0 do 20 punktów) oraz 4 oceny od bardzo niskiej do wysokiej. Poza tym sumaryczny wskaźnik zachowań prozdrowotnych (SWZP) z liczbą odpowiednich odpowiedzi (od 0 do 5) z oceną od bardzo niskiej do wysokiej. Nie podano informacji o źródle wskaźników oraz czy je sprawdzono w badaniu pilotażowym. Uzyskane wyniki poddano wnikliwej analizie statystycznej wg progamu PQStat (test X kwadrat , U Manna-Whitneya, ANOVA Kruskala-Wallisa oraz analiza wieloczynnikowa metodą regresji krokowej wstecznej).

Uzyskane wyniki Doktorantka zobrazowała na 9 rycinach oraz zebrała w 82 tabelach. W grupach uczennic i studentek HS stwierdziła brak istotnych różnic w odsetkach trafnych odpowiedzi w 6 na 9 pytań. Studentki HS istotnie lepiej znały zagadnienia powiązań chorób jamy ustnej ze stanem zdrowia oraz problemy IZM. W przypadku polskich uczelni większą liczbę istotnie lepszych odpowiedzi udzielili studenci roczników kliniczych w odniesieniu do studentów roczników przedklinicznych. Ci ostatni wykazali jedynie istotnie większy poziom znajomości mechanizmów działania fluoru oraz brak istotnych różnic odnośnie głównej przyczyny próchnicy zębów. U studentów węgierskich stosunek trafnych odpowiedzi okazał się bardziej wyrównany z istotnie lepszą wiedzą starszych roczników o szczotce elektrycznej, wpływie chorób jamy ustnej na organizm oraz o postępowaniu z pacjentami z grupy ryzyka IZM. Studenci roczników przedklinicznych z Węgier udzielali istotnie więcej trafnych odpowiedzi o próchnicy, o profilaktycznym działaniu fluoru oraz zagadnień tyczących IZM. W przypadku roczników klinicznych studenci węgierscy uzyskali istotnie większy odsetek trafnych odpowiedzi o profilaktycznym działaniu fluoru oraz o próchnicy, natomiast studenci polscy byli lepsi w odpowiedziach na większość pozostałych pytań.

Doktorantka badając zależności dotyczące halitozy stwierdziła istotny związek nalotu na języku respondentów z odczuwaniem przykrego zapachu z ust. Wykazała, że brak lub obecność kontaktu z chorym na halitozę jak również jej występowanie u bliskich osób nie miało istotnie korzystnego związku z wiedzą o przyczynach choroby u przyszłych HS oraz u studentów stomatologii. Nie potwierdziła także by kontakt studentów z pacjentami z halitozą miał istotny związek ze wzrostem świadomości o prawidłowych metodach postępowania odnośnie zaleceń higienicznych.

Natomiast inne wyniki uzyskała Doktorantka po analizie wyników tyczących IMZ. Wykazała, że doświadczenie zdobyte w trakcie studiów z kontaktów studentów stomatologii z pacjentami wymagającymi osłony antybiotykowej z powodu ryzyka infekcyjnego zapalenia wsierdzia miało istotnie korzystny związek z ich wiedzą odnośnie zabiegów wymagających takiej osłony.

Poziom wiedzy poszczególnych grup respondentów Doktorantka oceniała stosując sumaryczny wskaźnik wiedzy stomatologicznej (SWWS) na podstawie obliczeń mediany oraz wartości kwartyli. Średni SWWS (9,6) wskazywał na niski

poziom wiedzy badanej populacji respondentów. Stwierdziła istotnie wyższy SWWS u studentów HS (11) w odniesieniu do niskiego (8) u uczniów HS. Brak istotnych różnic w niskich wartościach SWWS (7 v 7) u studentów roczników przedklinicznych z Polski i Węgier. Kolejno, istotnie wyższy średni poziom wiedzy u studentów roczników klinicznych z Polski w odniesieniu do niskiego poziomu u studentów z Węgier (13 v 9). Wykazała istotny wzrost SWWS wraz z latami studiów w Polsce z 7 do 13 oraz Węgrzech z 7 do 9 gdzie mimo postępu edukacji poziom wiedzy pozostał na niskim poziomie.

Doktorantka wykazała istotne różnice w poziomie wiedzy respondentów w zależności od ośrodka kształcenia. W przypadku HS najwyższy poziom WSWS stwierdziła u studentów Warszawskiego UM (14) najgorszy wskaźnik wiedzy u uczniów szkoły policealnej w Krakowie. W przypadku Polskich studentów stomatologii roczników przed i klinicznych poziom SWWS był najwyższy w ośrodku uniwersyteckim w Białymstoku (9 i 14) oraz malał kolejno w Szczecinie (7 i 13) oraz w Warszawie (7 i 12). W ośrodkach uniwersyteckich na Węgrzech kolejno w Budapeszcie (8 i 10), Debreczynie (6,5 i 9) oraz w Szegedzie (5 i 9).

W kolejnym badaniu zachowań prozdrowotnych respondentów Doktorantka wykazała, że studenci HS istotnie częściej czyścili zęby 3 x dz a uczniowie HS 2xdz. Studenci stomatologii bez względu na lata studiów czyścili zęby 2xdz w istotnie większym odsetku u studentów węgierskich. Stwierdziła, że częstość czyszczenia zębów u węgierskich studentów miała istotny związek z posiadaniem implantów, stałych uzupełnień protetycznych i stałych aparatów ortodontycznych oraz obecnością stałych aparatów ortodontycznych i retainerów u polskich studentów stomatologii. Stwierdziła, że zdecydowana większość respondentów używa szczoteczki ręczne. Jednak studenci HS istotnie częściej stosowali szczoteczki dźwiękowe/soniczne niż uczniowie HS (21,7 v 3,0%) oraz szczoteczki międzyzębowe (56,5 v 27,3%). Polscy studenci roczników klinicznych istotnie w większym odsetku używali codziennie wszystkich dostępnych narzędzi do czyszczenia zębów niż studenci roczników przedklinicznych, podczas gdy u studentów węgierskich nie było takich różnic. Większość respondentów uważała, że szczoteczka elektryczna w odniesieniu do ręcznej oczyszcza lepiej zęby oraz trudno dostępne miejsca. Doktorantka stwierdziła istotny związek świadomości zalet szczoteczek elektrycznych z częstością ich stosowania.

Kolejno Doktorantka wykazała, że od 96 do 100% respondentów HS stosuje nić dentystyczną oraz płyn do płukania jamy ustnej. Około 45% polskich studentów z roczników klinicznych stosuje te środki istotnie częściej w odniesieniu do tej samej grupy studentów węgierskich oraz do grupy polskich studentów roczników przedklinicznych. We wszystkich grupach studentów stosunkowo rzadko była codziennie stosowana skrobaczka do języka od 12,4 do 19,5%, podczas gdy w grupach HS jej codzienne używanie deklarowało od 10,6 do 30,4% respondentów. Doktorantka nie stwierdziła istotnej zależności stosowania środków pomocniczych do higieny jamy ustnej z występowaniem nieprzyjemnego zapach z ust oraz występowania obfitego nalotu na języku z częstością stosowania skrobaczki do języka.

Mimo, że ponad 95% studentów i uczniów HS oraz od 24,2 do 46,7% studentów stomatologii zgłosiło codzienne stosowanie płukanek do jamy ustnej to znaczny odsetek respondentów zarówno polskich jak i węgierskich nie znał składników płukanek a np. w grupie studentów przedklinicznych obu krajów od 23,9 do 25,4% nie potrafiło wskazać ani jednego składnika. Świadomość w tej kwestii istotnie wzrastała w grupach studentów roczników klinicznych.

Badając kolejny istotny czynnik zachowań prozdrowotnych tzn. regularnych wizyt kontrolnych u lekarza dentysty Doktorantka stwierdziła, że 97-100% respondentów HS oraz od 88,6 do 97% studentów stomatologii deklarowało odbywanie takich wizyt w ostatnich 6 lub 12 miesiącach. Przyszli HS głównie w celu przeglądów (47,8-56,1%), leczenia próchnicy (26,1-27,35) oraz leczenia ortodontycznego (1,5-21,7%). A studenci stomatologii w celu przeglądów (48,4-71,5%), skalingu (16,9-31,4%) oraz leczenia próchnicy (15,4-28,2%). Zarówno respondenci HS jak i studenci stomatologii zgłaszali obecność wad zgryzu (16,8-47,8%) oraz ubytków próchnicowych (11,5-27,6%). W ocenie ostatniego czynnika wpływającego na zdrowie jamy ustnej Doktorantka wykazała, że około 67% respondentów studentów stomatologii nigdy nie paliła papierosów, 4,6% porzuciło palenie a jedynie 6,7% pali stale lub czasami, ale istotnie mniej niż respondentki HS (14,3%).

Oceniając sumaryczny wskaźnik zachowań prozdrowotnych (SWZP) Doktorantka stwierdziła, w badanej populacji respondentów w większości średnie a następnie wysokie miana tego wskaźnika. Odsetek z maksymalną

wysoką oceną SWZP wynosił od 39,1 do 59,1% u przyszłych HS oraz od 17,7 do 42,5% u studentów stomatologii.

Doktorantka w kolejnej analizie zbiorów uzyskanych danych wykazała brak istotnego wpływu samooceny stanu zdrowia jamy ustnej na wartość SWZP. Analiza danych środowiskowych wykazała natomiast istotny związek wyboru zawodu lekarza dentysty z obecnością w rodzinie lekarza dentysty lub lekarza medycyny zarówno w Polsce jak i na Węgrzech. Studenci i uczniowie HS istotnie częściej niż studenci stomatologii zgłaszali związek z pielęgniarką oraz higienistką stomatologiczną.

W ostatecznej konkluzji badań Doktorantka stwierdziła dodatnią korelację sumarycznego wskaźnika wiedzy stomatologicznej z sumarycznym wskaźnikiem zachowań prozdrowotnych co oznacza, że wyższemu poziomowi wiedzy odpowiadały lepsze zachowania prozdrowotne. Jednak zarówno SWWS jak i SWZP nie wykazały korelacji z częstością palenia papierosów w badanej populacji uczniów i studentów HS oraz studentów stomatologii. Podobnie, co jest bardzo zastanawiające, nie wykazała u studentów stomatologii korelacji wysokości miana SWWS oraz SWZP z posiadaniem wśród swoich bliskich przedstawicieli zawodów medycznych.

Uzyskane wyniki własnych badań zostały kolejno dokładnie omówione w odniesieniu do dostępnego piśmiennictwa oraz opatrzone własnymi opiniami lub komentarzem. Porównanie z innymi autorami utrudniał fakt braku ocen opartych na takich samych pytaniach jak w autorskim kwestionariuszu. Zatem budzi pewien niedosyt fakt braku w dyskusji uzasadnienia doboru pytań oraz ich treści. Za szczególnie cenną uwagę uważam zgłoszenie przez Doktorantkę maksymy *„repetitio est mater studiorum"* co okazało się szczególnie wskazane dla studentów roczników klinicznych odnośnie etiologii próchnicy i chorób przyzębia, jak również mechanizmów profilaktycznego działania fluoru, które prawdopodobnie poznali w okresie przedklinicznym. Za kolejną cenną sugestię uważam potrzebę zalecania studentom kontroli oraz udzielania pacjentom instruktażu higieny jamy ustnej za pomocą nowoczesnych technik efektywnej motywacji, praktycznie na każdej wizycie.

Pracę zamyka 6 wniosków, które w zasadzie są trafne, odpowiadają celom pracy oraz wynikom przeprowadzonych badań. Mogą jednak budzić niedosyt

odnośnie określeń *„poziomu ogólnej wiedzy"* , *„poziomu wiedzy"* oraz *„wiedzy"* kolejno w 1, 2 i 4 wniosku. W celu uściślenia proponuję określenie *„poziom ocenianej wiedzy stomatologicznej"*. Widzę także potrzebę zmiany we wniosku 5 słowa *„byłaby"* na *„jest"* co wzmocni siłę przekazu wniosku oraz we wniosku 6 fragmentu tekstu *„Wskazane byłoby udoskonalenie sposobów"* na *„Wskazana jest korekta programów"*. Ostatecznie zamianę kolejności wniosków 5 i 6.

Piśmiennictwo liczy 101 pozycji dobrze dobranych i cytowanych, w równej mierze angielskie i polskie, w ponad 60% z ostatniego dziesięciolecia.

W ramach uwag zgłaszam, że jedynie w 2 tabelach 30 i 3 1 podano sumaryczną wielkość odsetka z dwu trafnych odpowiedzi na jedno pytanie. W pozostałych podobnych przypadkach pytań z kilkoma trafnymi odpowiedziami analizę danych prowadzono oddzielnie. Sądzę, że pytanie 4 winno być rozszerzone do treści „Wskaż najważniejsze przyczyny halitozy patologicznej w obrębie jamy ustnej" zgodnie z klasyfikacją przedstawioną na stronie 12 pracy. Nie zaznaczono drugiej trafnej odpowiedzi na pytanie 22 w załączniku 4. O redakcji wniosków wspomniałem uprzednio. Wymienione uwagi mają charakter dyskusyjny i nie obniżają merytorycznej wartości pracy.

W podsumowaniu pragnę podkreślić ogrom włożonej pracy w tym analizy 847 kwestionariuszy z 33 pytaniami i 181 zmiennymi do wyboru trafnych odpowiedzi. Badania zostały dobrze zaplanowane, treściwie zredagowane z dbałością o styl i szatę graficzną oraz w pełni zrealizowane.

Praca jest samodzielnym dorobkiem naukowym Doktorantki, świadczy o bardzo dobrym przygotowaniu teoretycznym oraz o umiejętności prowadzenia badań naukowych, poprawnego analizowania wyników oraz wnioskowania.

Praca ma również znaczenie praktyczne dla środowiska akademickiego wskazuje bowiem szereg problemów, które mogą stać się przyczynkiem do korekty lub doskonalenia programów edukacji studentów stomatologii w krajach Europy Środkowej oraz krajowych ośrodków kształcenia higienistek stomatologicznych w zakresie prewencji i promocji zdrowia jamy ustnej. Może stanowić podłoże do dalszych badań na tym polu.

Ostatecznie uważam, że praca spełnia wymogi stawiane rozprawom doktorskim.

Mam przeto zaszczyt przedstawić Wysokiej Radzie Naukowej Wydziału Lekarsko-Dentystycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wniosek o przyjęcie rozprawy doktorskiej oraz dopuszczenie lekarza dentysty Beaty Golan do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Warszawa dnia 11. 05. 2015r.

prof. zw. dr hab. JAN TRYKOWSKI
lek. dent. 5502475
Specjalista Protetyki
i Stomatologii Zachowawczej
2 Endodoncja

prof. zw. dr hab. n. med. Jan Trykowski