



Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie  
Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej Przedklinicznej i Endodoncji Przedklinicznej  
kierownik: prof. dr hab. n. med. Mariusz Lipski

## RECENZJA

rozprawy doktorskiej lek. dent. Karola Więcka

*pt.: „Rola promocji zdrowia jamy ustnej w edukacji młodzieży gimnazjalnej”*

Promotor: dr hab. n. med. **Sebastian Kłosek**, prof. UM w Łodzi

Opinię sporządzono na wniosek Dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 30.09.2020 r.

Praca doktorska lek. dent. **Karola Więcka** pt.: *„Rola promocji zdrowia jamy ustnej w edukacji młodzieży gimnazjalnej”* przesłana mi do zaopiniowania ma formę manuskryptu napisanego zgodnie z wymaganiami odnośnie rozpraw doktorskich. Składa się z 13 rozdziałów, tj. z WSTĘPU, CELU PRACY, MATERIAŁÓW I METOD, WYNIKÓW, DYSKUSJI, WNIOSKÓW, STRESZCZEŃ, SPISU TABEL, SPISU RYSUNKÓW, SPISU WYKRESÓW, PIŚMIENICTWA i DODATKU. Ponadto zawiera również zamieszczony na początku spis skrótów użytych w pracy i spis treści. Tabele w liczbie 46 oraz wykresy (83) i rysunki (1) zostały zamieszczone w tekście pracy, która łącznie z dodatkiem liczy sobie 209 stron.

We wstępie Doktorant krótko opisuje problem choroby próchnicowej (używa określenia próchnica), w tym jej epidemiologii (i tu dodałbym do nazwy podrozdziału próchnicy lub choroby próchnicowej) oraz problem zapaleń dziąseł. Ponadto zaznacza czytelnika z podstawą programową z biologii w gimnazjum, programem nauczania biologii w gimnazjum, podstawą programową w szkole podstawowej, Szkołami Promującymi Zdrowie, finansowaniem stomatologii i Narodowym Programem Zdrowia ostatecznie podsumowując pod koniec rozdziału treści w nim zawarte. Wstęp przeczytałem z dużym zainteresowaniem,

gdyż nie miałem wcześniej wiedzy na temat choćby podstaw programowych w szkole podstawowej czy gimnazjum. Myślę, że również inni czytelnicy po zapoznaniu się ze wstępem pogłębią swoją wiedzę i ze zrozumieniem będą mogli zapoznać się z dalszymi rozdziałami rozprawy.

Celem pracy przesłanej mi recenzji była ocena wpływu wzrostu świadomości młodzieży gimnazjalnej i wiedzy z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej zdobytej podczas zajęć z edukacji zdrowotnej na zachowania prozdrowotne. Ponadto, badania miały zweryfikować potrzebę prowadzenia edukacji z zakresu zdrowia jamy ustnej wśród młodzieży gimnazjalnej.

Do badania zakwalifikowano młodzież z czterech szkół gimnazjalnych: dwóch z terenu miejskiego i dwóch z terenu wiejskiego. W sumie do badania przystąpiły 264 osoby. Grupa kontrolna składała się z 129 uczestników, w tym 26 chłopców i 36 dziewcząt z gimnazjów wiejskich oraz 44 chłopców i 23 dziewczynki z gimnazjów łódzkich (miejskich). W grupie badanej uczestniczyło 135 osób, w tym 32 chłopców i 34 dziewczynki z terenów wiejskich oraz 34 chłopców i 35 dziewcząt z miast. Etapem wspólnym dla obydwu grup był test sprawdzający poziom wiedzy obejmujący zakresem wiadomości dotyczące jamy ustnej. Następnie przeprowadzono tzw. pierwsze (T1) standardowe badanie stomatologiczne (SBS) z użyciem odpowiedniej sondy, lusterka stomatologicznego, lampy bezcieniowej z zastosowaniem wewnątrzustnej kamery oraz środka do wybarwiania płytki nazębnej. Informacje dotyczące stanu uzębienia zostały przekazane opiekunom prawnym dzieci. Grupa badana została poddana edukacji zdrowotnej (4-krotnie w odstępach tygodniowych po 45 min.) w zakresie dotyczącym jamy ustnej. Kolejne SBS następowały po 7 dniach od zakończenia edukacji (T2), miesiącu po zakończeniu edukacji (T3) oraz trzech miesiącach po zakończeniu edukacji (T4). Grupa kontrolna nie została przeszkolona – szkolenie odbyło się dopiero po zakończeniu badania. Po zakończeniu SBS – T4 ponownie przeprowadzono test sprawdzający poziom wiedzy (powtórzono pierwszy test z początku badania) zarówno w grupie badanej, jak i kontrolnej. Podczas SBS przeprowadzano remotywację zarówno w grupie badanej jak i kontrolnej. Uzyskane podczas badania wyniki pozwoliły na określenie wartości wskaźników: PUW, laków (L), plamy próchnicowej (M), API, mSBI, CPI, SiC (oraz 2/3 SiC), leczenia zachowawczego (WLZ) oraz zmodyfikowanego przez autora wskaźnika SiC-P

(oraz 2/3 SiC-P). W celu weryfikacji postawionych celów badawczych dokonano analizy statystycznej za pomocą odpowiednich testów.

Aby zobrazować różnice i tendencje do zmian, przeprowadzono porównanie wyników w T1 i T4 w obydwu grupach. Frekwencja próchnicy w grupie badanej spadła o 6,86%, natomiast w grupie kontrolnej wzrosła o 3,16%. PUW wzrosło w grupie badanej o 0,24, a w kontrolnej o 0,53. Składowa P wskaźnika PUW w grupie badanej zmniejszyła się o 0,34, natomiast w kontrolnej wzrosła o 0,25. Składowa U pozostała na tym samym poziomie. Składowa W wzrosła w obu grupach, ale w badanej ponad dwukrotnie w stosunku do kontrolnej. Średnia liczba plam próchnicowych zmniejszyła się w obydwu grupach - w badanej (0,14) czterokrotnie mniej niż w kontrolnej (0,54). Średnia liczba zębów uszczelnionych lakami nie zmieniła się. Wartość wskaźnika SiC zwiększyła się w grupie badanej jedynie o 0,09, natomiast w kontrolnej o 0,44. Odnotowano również zmiany wzrostowe dla pozostałych 2/3 SiC, ponownie wyższe w grupie kontrolnej. Wprowadzono oznaczenie SiC-P określające średnią wartość aktywnych ubytków próchnicowych dla 1/3 populacji z najwyższym wskaźnikiem P. Po wprowadzeniu modyfikacji okazało się, że w grupie badanej SiC-P był niższy na koniec badania średnio o 0,50, a w grupie kontrolnej wyższy o 0,72 względem wartości wyjściowych. Różnica wynosi średnio 1,22 aktywnego ubytku próchnicowego w populacji 1/3 z najwyższym wskaźnikiem P. Podobnie przedstawiają się dane dla pozostałych 2/3 SiC-P. Różnica między grupami wyniosła 0,46, w grupie badanej odnotowano spadek o 0,43, a w kontrolnej niewielki wzrost o 0,03. W grupie badanej nastąpił w zasadzie równy spadek aktywnych ognisk próchnicowych w rozkładzie całej populacji (1/3 - 0,5, 2/3 - 0,46), natomiast w grupie kontrolnej SiC-P znacząco wzrósł jedynie w grupie 1/3 z najwyższymi wartościami P. Zaobserwowano wzrost wskaźnika leczenia zachowawczego, który odnotowano w obu grupach, niezależnie od miejsca zamieszkania z dysproporcją między grupą badaną i grupą kontrolną (11,60% vs 1,22%). Różnice te są jeszcze większe dla populacji miejskiej (20,25% vs 1,39%). Wskaźnik API w grupie badanej zmniejszył się o 14,99%, natomiast w grupie kontrolnej wzrósł o 7,80%. Dysproporcja na poziomie około 22 punktów procentowych grupy badanej względem grupy kontrolnej utrzymuje się zarówno na terenie miejskim (10,35% vs +11,73%), jak i wiejskim (-19,14% vs +2,86%). Wskaźnik mSBI znacznie i porównywalnie obniżył się w obu grupach. Nieznacznie wyższe spadki odnotowano w grupie badanej (-11,89%) niż kontrolnej (-8,65%), zarówno na terenie miasta

(-6,91% vs -2,58%), jak i wsi (-16,87% vs -14,72%). Podobnie pozytywną tendencję zaobserwowano w odsetku dzieci wolnych od chorób przyzębia (CPI =0). W grupie badanej odsetek dzieci zdrowych wzrósł o 52,29%, a w grupie kontrolnej o 49,58%. Identycznie, jak miało to miejsce z wskaźnikiem mSBI, nieznacznie lepsze wartości uzyskano w grupie badanej niezależnie od miejsca zamieszkania. Dla miasta odnotowano wzrost o 35,76% w grupie badanej i 32,67% w grupie kontrolnej. Wyższe wzrosty wartości zauważono na wsi, odpowiednio 69,30% i 68,63%. W grupie badanej trzy miesiące po zakończeniu edukacji zdrowotnej z zakresu stomatologii nastąpił znaczny przyrost wiedzy ze średniego poziomu dla grupy badanej równego 32,27% do 54,34%. Analiza wyników testów wykazała, wyrównanie poziomu wiedzy niezależnie od płci i miejsca zamieszkania. W grupie kontrolnej wyniki po napisaniu drugiego testu były identyczne z pierwszym. Podsumowując ten rozdział stwierdzam, iż bardzo szczegółowo omówiono wyniki uzyskane w badaniu klinicznym. Z chęcią zapoznałbym się szerzej w wynikami ankiety oceniającej stan wiedzy uczestników badania. Mnie zainteresowało, w jakim stopniu wzrosła np. wiedza dotycząca budowy i liczby zębów, a w jakim wiedza na temat próchnicy zębów, higieny jamy ustnej, czy wiedza ogólnomedyczna i z zakresu dietetyki. Istotniejsza wydaje się bowiem wiedza z zakresu próchnicy zębów czy higieny jamy ustnej niż budowy i liczby zębów, której posiadanie praktycznie nie skutkuje zmianą zachowań prozdrowotnych. Dyskusja została przeprowadzona bez zarzutu. Doktorant wykazał się dużą znajomością zagadnienia.

Na podstawie uzyskanych wyników Doktorant wyciągnął dwa wnioski: 1. Edukacja zdrowotna ma wpływ na zwiększenie świadomości i wiedzy w zakresie higieny jamy ustnej, co w okresie trzech miesięcy przekłada się na zachowania prozdrowotne, w szczególności: podjęcie działań naprawczych, zmniejszenie liczby aktywnych ubytków próchnicowych, zwiększenie liczby wypełnień, utrzymanie liczby plam próchnicowych na podobnym poziomie, utrzymanie liczby zębów zaopatrzonych lakiem na podobnym poziomie, zmniejszenie wskaźnika API, zmniejszenie wskaźnika mSBI, zmniejszenie wartości wskaźnika CPI. 2. Działania edukacyjne przynoszą szczególnie wymierne efekty w szkołach z terenów poza dużymi aglomeracjami, dlatego wprowadzenie edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na profilaktykę chorób jamy ustnej wydaje się zasadne.

Aktualne piśmiennictwo w liczbie 103, właściwie anglo- i polskojęzyczne. Napisane dość schludnie, choć sugerowałbym pisanie w każdym przypadku skrótu czasopisma (niekiedy jest pisana cała nazwa czasopisma).

### **Uwagi redakcyjne**

Autor często używa określenia „ilość” zamiast „liczba” np. ilość zębów, ilości ubytków itp. Określenia te zostały również zastosowane nieprawidłowo we wnioskach podanych w streszczeniu, choć w samych wnioskach Doktorant użył ich prawidłowo.

Często w tekście pracy pojawia się określenie „mycie zębów”. Poza ankietą, tj. w tekście sugerowałbym jednak używać określenia: oczyszczanie lub szczotkowanie zębów.

Zamiast „dentysta” sugerowałbym używać określenia „lekarz dentysta”.

Trochę razi mnie też określenie „zęb martwy”. Sugerowałbym raczej „zęb bezmiazgowy”, „zęb pozbawiony żywej miazgi”, „zęb z miazgą martwą”, „zęb leczony endodontycznie” w zależności od sytuacji.

Chyba błędnie podano „M” jako wskaźnik laków? (strona 26).

Nieliczne literówki np. Muhlemana i Sona (prawidłowo: Mühlemanna i Sona).

W ankiecie skierowanej do opiekunów zawarto wiele pytań dotyczących zagadnień, których nie uwzględniono w pracy. Sugerowałbym wykorzystać uzyskane informacje prezentując je w postaci publikacji czy jakiegoś innego projektu.

Powyższe uwagi mają charakter redakcyjny i nie wpływają na moją ogólną wysoką ocenę pracy.

### **Pytanie do Doktoranta**

Prosiłbym też o odniesienie się do sformułowania „Próchnica zębów jest jedną z najczęściej występujących chorób zakaźnych w Polsce”. Chodzi mi dokładnie o fakt, że próchnica jest (a może nie jest) chorobą zakaźną.

### **Podsumowanie**

Rozprawa doktorska lekarza dentysty Karola Więcka pt.: „Rola promocji zdrowia jamy ustnej w edukacji młodzieży gimnazjalnej” jest pracą oryginalną i samodzielną, zaplanowaną w przemyślany sposób i odpowiednio wykonaną oraz spełnia wszelkie wymagania stawiane rozprawom doktorskim w świetle Ustawy o Stopniach i Tytułach RP. Pragnę zatem zwrócić się do wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego UM w Łodzi z wnioskiem o dopuszczenie lek. dent. Karola Więcka do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

prof. dr hab. Mariusz Lipski



specjalista stomatologii zachowawczej

Szczecin, dnia 27 listopada 2020 r.