

Zdrowie jamy ustnej u osób w podeszłym wieku zamieszkujących domy rodzinne i domy pomocy społecznej

Oral health in elderly patients living in nursing homes and family homes

Katarzyna Barczak^{1 (a, b, c)}, Mirona Palczewska-Komsa^{1 (e, f)},
Jadwiga Buczkowska-Radlińska^{1 (d)}

¹ Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Endodoncji
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Buczkowska-Radlińska

(a) koncepcja

(b) zebranie piśmiennictwa

(c) opracowanie wniosków

(d) nadzór merytoryczny

(e) zestawienie danych

(f) opracowanie tekstu i piśmiennictwa

STRESZCZENIE

Starzenie się populacji jest powodem powstawania wielu problemów ekonomicznych, socjologicznych, psychologicznych, politycznych i zdrowotnych. W ogólnym badaniu lekarskim, często problem zdrowia jamy ustnej jest pomijany lub traktowany bardzo pobieżnie. Ogólny stan zdrowia człowieka koreluje ze zdrowiem jego jamy ustnej. W przypadku choroby jednego układu, często dochodzi do pogorszenia funkcji innych narządów i w konsekwencji dochodzi do zaburzenia równowagi biologicznej całego organizmu. Zapobieganie próchnicy i chorobom przyzębia pozwala na utrzymanie własnego uzębienia i tym samym zapewnia prawidłową funkcję układu stomatognatycznego przez wiele lat.

Celem pracy było określenie jak środowisko życia, warunki socjoekonomiczne i stan psychospołeczny wpływają na stan jamy ustnej ludzi starszych na podstawie dostępnego piśmiennictwa.

Zachowania zdrowotne osób w wieku podeszłym są zróżnicowane i zależą od wielu czynników środowiskowych m.in. czy pacjenci są samodzielni, sprawni fizycznie i umysłowo, pozostają w warunkach swojego domu i rodziny, czy też przy braku zdolności do samodzielnego życia znajdują się w domach pomocy społecznej (DPS). Najczęściej to sytuacja materialna najbliższych i obowiązki życia codziennego najbliższej rodziny wpływają na decyzję o konieczności umieszczenia osoby starszej w DPS. Świadomość starszych pacjentów wzrasta, a ich potrzeby dotyczą nie tylko przywrócenia pełnej wydolności czynnościowej układu stomatognatycznego, lecz także estetycznego wyglądu i poczucia komfortu.

Słowa kluczowe: jama ustna, dom pomocy społecznej, starsi pacjenci.

ABSTRACT

The aging of the population is the cause of many economic, sociological, psychological, political and health problems. In a general medical examination, oral health problems are ignored or regarded very superficially. However, the condition of human health is associated with the condition of oral cavity. Oral disorders can lead to many functional alterations of other organs, which finally affects the biological balance of the body. Dental caries and periodontal disease prevention is the major step that allows to keep own teeth and thus provides a proper function of the stomatognathic system for many years.

Health behaviors of the elderly are varied and depend on many environmental factors, including self-reliance, physical and mental condition, the family status and living place, including nursing homes.

Awareness of older patients increases, and their needs are not only associated with restoring the full functional capacity of the stomatognathic system, but also with the appearance and feeling of comfort.

The aim of the study was to determine the impact of living environment, socioeconomic conditions and the psychosocial state on the oral cavity health of older people on the basis of the available literature.

Key words: oral cavity, nursing home, family home, elderly.

WSTĘP

Zapobieganie próchnicy i chorobom przyzębia pozwala na utrzymanie własnego uzębienia i tym samym zapewnia prawidłową funkcję układu stomatognatycznego przez wiele lat. Układ stomatognatyczny, czyli zespół morfologiczno-czynnościowy tkanek i narządów w obrębie jamy ustnej i twarzoczaszki stanowi funkcjonalną całość i bierze udział w pobieraniu pokarmu (żuciu, wstępnemu trawieniu i połykaniu), artykulacji dźwięków, oddychaniu i wyrażaniu emocji [1]. Narząd żucia z kolei jest pojęciem węższym i obejmuje tkanki i narządy jamy ustnej, biorące udział w akcji żucia, czyli procesie przyjmowania i rozdrabniania pokarmów [2]. Proces próchnicowy zębów i choroby przyzębia jest zapoczątkowywany przez płytkę nazębną, czyli biofilm bakteryjny. Skuteczność usuwania płytki u starszych pacjentów i ich motywacja jest jednak znacznym problemem, wynikającym z pogorszenia sprawności manualnej oraz brakiem odpowiedniej świadomości. W ogólnym badaniu lekarskim, często problem zdrowia jamy ustnej jest pomijany lub traktowany bardzo pobieżnie. Obecnie wiadomo, iż wiele chorób ogólnoustrojowych manifestuje swoją obecność w jamie ustnej. Bez sprawnego narządu żucia nie jest możliwe prawidłowe funkcjonowanie układu pokarmowego. U starszych pacjentów ma to jeszcze większe znaczenie, gdyż nieprawidłowa funkcja układu pokarmowego, którego początkiem jest jama ustna, pociąga za sobą niedobory pokarmowe, witaminowe itd. To z kolei osłabia system immunologiczny, zwiększa się podatność na infekcje, co przyczynia się do zaostrzeń przebiegu już istniejących schorzeń. Ponadto, pogarsza się kondycja psychiczna pacjenta (apatia, zmęczenie, bierność).

Zachowania zdrowotne osób w wieku podeszłym są zróżnicowane i zależą od tego, czy: pacjenci są samodzielni, sprawni fizycznie i umysłowo, pozostają w warunkach swojego domu i rodziny, czy też przy braku zdolności do samodzielnego życia znajdują się w domach pomocy społecznej (DPS). Przypuszcza się, że środowisko życia warunkuje możliwość korzystania z pełnej opieki stomatologicznej i jej dostępność [3–6].

Celem pracy było określenie jak środowisko życia, warunki socjoekonomiczne i stan psychospołeczny wpływają na stan jamy ustnej ludzi starszych na podstawie dostępnego piśmiennictwa naukowego.

Definicja starości

Warunki ekonomiczne, ciągły rozwój medycyny, nowoczesne podejście do leczenia wielu schorzeń,

propagowanie zdrowego stylu życia, wiele działań zapobiegawczych, jak również narastająca liczba środków terapeutycznych przyczyniają się do zwiększenia długowieczności osób starszych [6–9]. W każdym roku przybywa około miliona osób powyżej 60 roku życia. Przyjmuje się, że w 2025 roku w Europie, co szósta osoba będzie miała powyżej 60 lat. Tylko w ciągu ostatnich 80 lat przeżycie wzrosło o około 25 lat [6, 10]. Według prognoz GUS w Polsce, w 2050 roku osoby po 65 r.ż. będą stanowiły 1/3 populacji, a ich liczba osób wzrośnie o 5,4 mln w porównaniu do 2013 r. [11].

Istnieje wiele klasyfikacji wieku podeszłego [12–15]. Należy zwrócić uwagę, że wiek kalendarzowy nie zawsze odpowiada wiekowi biologicznemu [7, 9]. Starość można określić jako genetycznie uwarunkowany etap normalnego życia. Obecnie funkcjonuje wiele określeń dla starości: późna dorosłość, wiek podeszły, wiek senioralny. Szarota podaje, że starzenie rozpoczyna się od momentu zachwiania równowagi metabolicznej organizmu, kiedy ginie więcej komórek niż powstaje. Jest to naturalny i uniwersalny proces biologiczny, społeczny i psychologiczny, który zachodzi w życiu człowieka od momentu poczęcia aż do śmierci [16].

Starzenie się populacji jest powodem powstawania wielu problemów ekonomicznych, socjologicznych, psychologicznych, politycznych i zdrowotnych [6, 17, 18]. Zachowania zdrowotne osób w wieku podeszłym są zróżnicowane i zależą od tego, czy:

- a) pacjenci są samodzielni, sprawni fizycznie i umysłowo, pozostają w warunkach swojego domu i rodziny,
- a) czy też przy braku zdolności do samodzielnego życia znajdują się w DPS.

Przypuszcza się, że podział na te dwie grupy warunkuje możliwość korzystania z pełnej opieki stomatologicznej i jej dostępność [3–5, 18, 19].

Przyczyny trudności zachowania zdrowia jamy ustnej u osób starszych

Jednym z głównych kryteriów względnego zadowolenia i optymizmu, charakteryzującego jakość życia jest utrzymanie pełnego zdrowia i funkcjonalnego uzębienia, zapewniającego korzyści socjalne i biologiczne w zakresie estetyki, komfortu, zdolności żucia, smaku i mowy [5, 14, 20–22].

Istnieje zależność między zdolnością żucia i wydolnością fizyczną. Zdolność żucia wpływa na stopień zdolności fizycznej oraz zwiększenie aktywności i jakości codziennego życia [19–22]. U ludzi starszych zmniejsza się aktywność, zręczność i zdolność do przewycięzania stresu, a także możliwości kompensacji zaburzeń funkcji organów ze względu

na mniejszą rezerwę sił. Jednak z drugiej strony można spotkać wiele osób po 65 roku życia, które są zdrowe i czynnościowo niezależne. Wobec powyższego, funkcjonowanie jest krytycznym wskaźnikiem zdrowia i dobrego samopoczucia. Mniejsza sprawność fizyczna i słabsza koordynacja nerwowo-mięśniowa negatywnie wpływają na zdolność ludzi starszych do niezależnego życia oraz na ryzyko i konieczność instytucjonalizowania [10, 19, 21–24].

Ogólny stan zdrowia człowieka koreluje ze zdrowiem jego jamy ustnej. Powszechnie wiadomo, że przewlekłe choroby prowadzą do zmniejszenia dbałości o higienę jamy ustnej. Jest to spowodowane mniejszymi potrzebami i znacznie ograniczoną sprawnością fizyczną, co w konsekwencji prowadzi to do szybszego rozprzestrzeniania się procesu próchnicowego i chorób przyzębia. Zauważyć należy, że obecnie proponowane zabiegi lecznicze w ramach społecznej opieki zdrowotnej są niewystarczające, w pełnym znaczeniu tego słowa. Rozwój medycyny nieustannie dostarcza środków wydłużających życie, co pozostaje w znacznej dysproporcji profilaktyką i higieną jamy ustnej u osób starszych [7, 9, 18]. Według obserwacji Knychalskiej-Karwan, u osób w podeszłym wieku (również przebywających w DPS) potrzeby stomatologiczne są znaczne, zarówno w zakresie leczenia zębów, przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej, jak i leczenia protetycznego [6, 7].

Główne przyczyny korzystania z opieki stomatologicznej osób starszych

Barczak i wsp. stwierdzili, że podstawowymi przyczynami, które skłaniały do wizyty u lekarza stomatologa pensjonariuszy DPS były ból lub konieczność wykonania uzupełnień osiadających, najczęściej całkowitych [3, 4]. Podobne rezultaty uzyskał Kaczorowski i wsp., którzy podają, że 50% pensjonariuszy DPS korzystało z usług stomatologa z powodu bólu, 46% oczekiwało na wykonanie uzupełnienia protetycznego, a tylko 4% badanych zgłaszało się do lekarza celem kontroli. Często pacjenci z DPS po raz ostatni byli u dentysty przed umieszczeniem ich w ośrodku [25]. Z kolei Goch w swojej pracy [26] stwierdził, iż 70% ludzi starszych korzystało z usług dentysty z powodu bólu, 20% wykazywało chęć wykonania uzupełnienia protetycznego, a 10% pacjentów była w trakcie leczenia zachowawczego. Różnice w liczbie pacjentów, którzy korzystali z usług stomatologa z powodu bólu, mogą wynikać z tego, że Goch analizował przyczyny wizyt ludzi mieszkających na wsi i w dawnym województwie zamojskim, a Kaczorowski na terenie Wielko-

polski i w DPS. W DPS brakuje gabinetów stomatologicznych i lekarzy, w związku z tym dostępność do usług medycznych jest utrudniona. Według Koczorowskiego [25], dla większości pacjentów DPS wyjście do lekarza stomatologa poza obszar ośrodka było mentalnym i fizycznym wyzwaniem. Niektóre DPS z terenu Wielkopolski były objęte specjalnie organizowanymi przez Uniwersytet Medyczny w Poznaniu projektami, których celem była kontrola i ewentualna kwalifikacja do leczenia na zajęciach przeddyplomowych ze studentami [25]. Wydaje się jednak, iż takie jednostkowe przedsięwzięcia przy medycznych ośrodkach akademickich nie są w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb stomatologicznych pensjonariuszy DPS.

Świadomość zdrowotna osób starszych

Stan zdrowia jamy ustnej osób przebywających w DPS jest wyraźnie gorszy, niż osób mieszkających w domach rodzinnych [3–5, 24, 25]. Na stan zębów ma wpływ świadomość zdrowotna, której wykładnikiem jest systematyczność wizyt u stomatologa [3, 6, 7]. Barczak i wsp. w swojej pracy wykazali, że żaden pacjent z DPS nie odwiedzał stomatologa regularnie, a częstość występowania choroby próchnicowej (frekwencja próchnicy) wynosiła u tych osób 100% [3, 4]. W celu określenia, czy dana osoba jest lub była dotknięta chorobą próchnicową lub jej skutkami stosuje się liczbę PUW (P – ząb z jednym lub kilkoma ubytkami próchnicy pierwotnej i wtórnej, U – ząb usunięty, W – ząb z jednym lub kilkoma wypełnieniami, ale bez próchnicy wtórnej, $PUW = P + U + W$) [27]. Pacjenci z domów rodzinnych, którzy byli u dentysty raz w roku, mieli niższą wartość liczby PUW w porównaniu do tych, którzy robili to rzadziej (zarówno mieszkańcy DPS i domów rodzinnych). Prawdopodobnie wynikało to z faktu istnienia znikomej świadomości zdrowotnej u pensjonariuszy DPS. Świadomość zdrowotna starszych pacjentów koreluje z motywacją do dbałości o zdrowie jamy ustnej. Zapobieganie próchnicy i chorobom przyzębia pozwala na utrzymanie możliwie jak najdłużej własnego uzębienia [1, 3, 6,]. Skuteczność usuwania nazębnej płytki bakteryjnej u starszych pacjentów i ich motywacja są jednak znacznym problemem, wynikającym z pogorszenia sprawności manualnej, braku odpowiedniej świadomości zdrowotnej oraz złego stanu psychicznego [3–5, 24, 25, 28].

Jednak z drugiej strony wielu autorów podkreśla, że wzrasta świadomość i oczekiwania osób w podeszłym wieku, co do możliwości poprawy i leczenia zaburzeń czynnościowych układu stomatognatycznego [3–7, 18].

Inne czynniki środowiskowe mające wpływ na stan jamy ustnej osób starszych

Udowodniono, że niektóre czynniki socjodemograficzne, tj.: miejsce zamieszkania i związana z tym dostępność usług stomatologicznych, wykształcenie, nawyki dietetyczne i higiena, obecność chorób ogólnoustrojowych charakterystycznych dla wieku podeszłego wpływają na obraz kliniczny i lokalizację próchnicy oraz na stan przyzębia. Również problemy psychologiczne, głównie związane z depresją, zaniedbania ze strony najbliższej rodziny i zależność ekonomiczna osób starszych są czynnikami zwiększającymi ryzyko próchnicy. Wpływ na funkcjonalność narządu żucia ma również stan cywilny, palenie tytoniu i częste spożywanie alkoholu [30]. Powszechnie wiadomo, że ludzi starszych cechuje mniejsza sprawność ogólna, niekiedy niechęć do starannej dbałości o higienę jamy ustnej. Jest ona często obrazem stanu zdrowia organizmu, zatem utrzymanie jej w dobrej kondycji zdrowotnej może być czynnikiem zapobiegającym i ograniczającym rozprzestrzenianie się wielu chorób [8, 10, 30]. Mała aktywność fizyczna i psychiczna wpływa na pogorszenie stanu psychospołecznego pensjonariuszy DPS [10,17,24]. Barczak i wsp. stwierdzili, że niski wskaźnik zachowanej funkcjonalności narządu żucia stwierdzono zarówno u osób starszych mieszkających w domach rodzinnych, jak i w DPS, przy czym zdecydowanie był on niższy u pacjentów z DPS, co świadczy o dużych potrzebach leczenia protetycznego i rehabilitacji narządu żucia tych osób oraz o niewystarczających działaniach leczniczych w ramach publicznych świadczeń zdrowotnych. Ponadto, cytowani wyżej autorzy podają, że pacjenci DPS charakteryzują się gorszym stanem psychicznym i częściej są niezadowoleni ze swojego stanu zdrowia jamy ustnej, niż osoby zamieszkujące w domach rodzinnych. Dodatkowo zauważono, że niski wskaźnik zachowanej funkcjonalności narządu żucia jest obecny zarówno u osób starszych mieszkających w domach rodzinnych, jak i w DPS, przy czym zdecydowanie niższy jest on u pacjentów z DPS [24].

WNIOSKI

Zdolność do samodzielnego życia osób starszych wpływa na korzystanie z pełnej opieki stomatologicznej. Sama obecność i kontakt z rodziną pensjonariuszy DPS nie wpływa wystarczająco motywująco na dbanie o zdrowy stan jamy ustnej, ale może zmobilizować ich do zwrócenia większej uwagi na utrzymanie optymalnej higieny jamy ustnej.

Ogólna kondycja zdrowotna osób starszych determinuje ich dbałość o utrzymanie prawidłowej higieny i zdrowia jamy ustnej. Zdecydowanie większego zaangażowania w profilaktykę i leczenie wymaga grupa pacjentów w DPS w porównaniu do osób mieszkających w domach rodzinnych.

Kontakt ze stomatologiem u pensjonariuszy DPS najczęściej ogranicza się tylko do usunięcia bólu lub konieczności wykonania nowej protezy, która i tak najczęściej pełni funkcję estetyczną, a nie funkcjonalną.

Świadomość osób starszych dotyczących dbałości o zdrowie jamy ustnej jest niska. Pensjonariusze DPS wykazują mniejsze zainteresowanie własnym wyglądem, samopoczuciem i dbałością o higienę w porównaniu do badanych z domów rodzinnych.

Stan psychiczny obok stanu fizycznego i czynników środowiskowych wpływa na stan zdrowia jamy ustnej osób starszych.

PODSUMOWANIE

Najczęściej to sytuacja materialna najbliższych i obowiązki życia codziennego wpływają na decyzję o konieczności umieszczenia osoby starszej w DPS. Często rodzina nie jest w stanie finansowo wspomagać leczenia, a publiczna ochrona zdrowia nie zapewnia pensjonariuszom właściwej opieki stomatologicznej. Najczęściej pacjenci z DPS, którzy są bezzębni, okazują niezadowolenie ze stanu zdrowia swojej jamy ustnej. Wydaje się, że komfort życia pacjentów DPS jest niższy w porównaniu do osób żyjących w domach rodzinnych. W związku z powyższym, należy niezwłocznie dążyć do przygotowania i efektywnego realizowania programów edukacyjno-profilaktycznych w zakresie zdrowia jamy ustnej skierowanych do seniorów. Każdy program profilaktyczno- leczniczy powinien być zawsze dostosowany do poziomu i świadomości prozdrowotnej odbiorcy. Paremia Hipokratesa „lepiej jest zapobiegać niż leczyć” (łac. *morbum evitare quam curare facilius est*) nie znajduje swego odzwierciedlenia w odniesieniu do zdrowia jamy ustnej osób starszych. Stomatologiczny aspekt społecznej opieki nad starszymi pacjentami w Polsce największy nacisk kładzie na wykonywanie całkowitych uzupełnień protetycznych zamiast na profilaktykę i leczenie zębów. Niestety, dynamicznie rozwijająca się stomatologia rekonstrukcyjna i odtwórcza jest prawie całkowicie niedostępna dla starszych pacjentów, przede wszystkim ze względów ekonomicznych.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Majewski S.W.: Gnatofizjologia stomatologiczna. Normy okluzji i funkcje układu stomatognatycznego. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2007:45-46.
- [2] Majewski S., Majewski P.: Occlusion as a key problem in dental implantology. *Implantoprotetyka* 2009;10,4: 4-10.
- [3] Barczak K., Buczkowska-Radlińska J., Witek A.: Stan zębów i potrzeby lecznicze seniorów z ośrodków pomocy społecznej i domów rodzinnych w województwie zachodniopomorskim. *Mag. Stomatol* 2012; 22, 1: 114-118.
- [4] Barczak K.: Stan zębów i przyzębia u seniorów z domów pomocy społecznej i domów rodzinnych w województwie zachodniopomorskim. *Ann. Acad. Med. Stetin* 2011;57, 2: 104-109.
- [5] Barczak K., Buczkowska-Radlińska J., Bendyk-Szeffer M. i wsp.: Stan narządu żucia seniorów z ośrodków pomocy społecznej i domów rodzinnych w województwie zachodniopomorskim. *Czas Stomatol* 2010;63,10:621-627.
- [6] Knychalska-Karwan Z.: Pacjent geriatryczny w gabinecie stomatologicznym. *Mag Stom* 2004;14,7-8:11-14.
- [7] Knychalska-Karwan Z.: Zagadnienia stomatologii geriatrycznej. *Mag Stom* 2000; 10,12: 10-12.
- [8] Pawlik A.: Gerostomatologia- nowe wyzwanie dla stomatologów. *Twój Prz Stom* 2007; 10:62-63.
- [9] Wojtowicz A.: Gerostomatologia- nowa dziedzina czy definicja operacyjna? *e-Dentico* 2007; 1:62-65.
- [10] Berkey D., Berg R., Ettinger B., Marsel A., Mann J.: The old - old dental patient. *J Amer Dent Assoc* 1996, 127, 3: 321-332.
- [11] Główny Urząd Statystyczny. Prognoza Ludności na lata 2014-2050. *Studia i Analizy Statystyczne*. Warszawa 2014: 109.
- [12] Tobiasz-Adamczyk B., Knururowski T., Brzyski P.: Czy jeszcze ktoś pamięta o starości? Starość a proces transformacji.(w:) Piątkowski W., Titkow A.(red.). *W stronę socjologii zdrowia*. Wydaw. UMCS, 2002:77-91.
- [13] Marzec-Holka K.: Pomoc społeczna, praca socjalna. Wydaw. Akademii Bydgoskiej. Kazimierz Wielkiego, Bydgoszcz 2003:55-57.
- [14] Jabłoński L., Wysokińska-Miszczuk J.: Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatry. Wydaw. Czelej, Lublin 2000: 30-52.
- [15] Cichy M.: W kręgu pacjentów w podeszłym wieku. Część I. Specyfika stomatologicznej opieki higienizacyjnej osób starszych z ograniczoną motoryką. *Twój Prz. Stom* 2009;4: 64-66.
- [16] Szarota Z.: Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych. Wydaw. Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Kraków 1998.:36-38.
- [17] Black S.A., Rush R.D.: Cognitive and functional decline in adults aged 75 and older. *J Amer Geriatr Soc* 2002;50, 12:1978-86.
- [18] Szukalski P.: Trwanie życia osób starych w Europie na przełomie XX i XXI wieku. *Gerontol Pol* 2003; 2: 55-62.
- [19] Holtkamp C.C., Kerkstra A., Ribbe M. i wsp.: The relation between quality of co-ordination of nursing care and quality of life in Dutch nursing homes. *J Adv Nurs* 2000;32, 6:1364-73.
- [20] Bąbka J.: Psychospołeczne aspekty przystosowania się osób starszych do warunków życia w domu pomocy społecznej (w) Nowicka A.(red.). *Wybrane problemy osób starszych*. Wydaw. Impuls, 2006:183-198.
- [21] Ho H.K., Matsubayashi K., Tazio W. i wsp.: What determines the life satisfaction of the elderly? Comparative study of residential care home and community in Japan. *Geriatr Gerontol Int* 2003;3:79-85.
- [22] Nordenram G., Ljunggren G.: Oral status cognitive and functional capacity versus oral treatment need in nursing home residents: a comparison between assessments by dental and ward staff. *Oral Dis* 2002;8,6: 296-302.
- [23] Bień B., Goroszkiewicz H.: Opieka długoterminowa w geriatry: dom czy zakład opieki. *Przew Lek* 2006;10:48-57.
- [24] Barczak K., Szmidt M., Buczkowska-Radlińska J.: Funkcjonalność narządu żucia a poczucie depresji u pacjentów po 55 roku życia zamieszkałych w środowisku rodzinnym i w domach pomocy społecznej. *Psychiatr Pol* 2016;12, dostępny on-line <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/45318>
- [25] Kaczorowski B., Gawriolek M., Siniawska J.: Porównawcza ocena stomatologicznych potrzeb pensjonariuszy Domów Opieki Społecznej z Poznania i terenu Wielkopolski. *Dent Forum* 2008;36,1:27-33.
- [26] Goch J.: Opieka stomatologiczna nad osobami starszymi w wieku podeszłym w środowisku wiejskim. *Probl Med Społ* 1997; 31:309-311.
- [27] Jańczuk Z.: Epidemiologia próchnicy zębów (w:) Arabska-Przedpeńska B., Buczkowska-Radlińska J., Jańczuk Z.(red.). *Stomatologia zachowawcza.Zarys kliniczny*. Wydanie 3 rozszerzone i uaktualnione. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2007:162-163.
- [28] Tokajuk G., Szyszko T., Szczęsiul E., Miszka-Żyłkiewicz R., Gluckler A.: Stan higieny ruchomych uzupełnień protetycznych u osób powyżej 55 lat w makroregionie północno-wschodnim Polski. *Czas Stom* 1995; 48:111-114.
- [29] Jundziłł-Bieniek E., Koczorowski R.: Relationship between psychological factors and the state of removable dentures in elderly people. *Dent Med Probl* 2008;45, 2:130-135.
- [30] Avlund K., Holm-Pedersen P., Morse E.D., Viitanen M., Winblad B.: Tooth loss and caries prevalence in very old Swedish people: the relationship to cognitive function and functional ability. *Gerodontology* 2004; 21,1:17-26.

Adres do korespondencji:

*dr n. med. Mirona Palczewska-Komsa
Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Endodoncji
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie,
al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin
tel. 668-4079-05
e-mail: mpalczewskakomsa@op.pl*