



USTNO ZDRAVJE ODRASLIH, 2019

Nacionalna raziskava o ustnem zdravju odraslih v Sloveniji leta 2019

USTNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV, 2019

Nacionalna raziskava o ustnem zdravju otrok in mladostnikov v Sloveniji leta 2019

Avtorji: Barbara Artnik, Martin Ranfl, Jona Blatnik, Anja Magajna, Katja Rostohar

Urednika: Barbara Artnik, Martin Ranfl

Recenzentki: Martina Drevenšek, Mojca Juričič

Lektorica: Ivanka Huber

Oblikovalka: Kati Rupnik

Založnika: Katedra za javno zdravje Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in
Nacionalni inštitut za javno zdravje

Elektronska izdaja: www.nijz.si

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2020

Zaščita dokumenta © 2020 NIJZ

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja urednikov. Kršitve se sankcionirajo v skladu z avtorsko pravno in kazensko zakonodajo.

Raziskava je bila opravljena v okviru raziskovalnega projekta Ciljnega raziskovalnega programa »CRP 2017« »Analiza kazalnikov in promocija ustnega zdravja prebivalcev Slovenije« (V3-1715).

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID=31947523

ISBN 978-961-267-181-5 (pdf)

Vsebina

RECENZIJI	5
UVOD	7
Kazalniki za spremljanje ustnega zdravja odraslih po mednarodni metodologiji	8
Pilotna raziskava »Preverjanje mednarodne metodologije za spremljanje globalnih kazalnikov ustnega zdravja v Sloveniji«	10
Raziskovalni projekt Ciljnega raziskovalnega programa »CRP 2017« »Analiza kazalnikov in promocija ustnega zdravja prebivalcev Slovenije« (V3-1715)	10
»Nacionalna raziskava o ustnem zdravju odraslih v Sloveniji leta 2019«	11
Viri	12
METODE	14
Zasnova raziskave	14
Opazovanci	14
Raziskovalno orodje	14
Potek raziskave.....	15
Stopnja odgovora	15
Uteževanje podatkov in lastnosti oseb, ki so sodelovale v raziskavi.....	16
Metode analize.....	16
Etični vidiki raziskave.....	18
Viri	18
REZULTATI IN RAZPRAVA	19
1 USTNA HIGIENA IN UPORABA FLUORIDOV	19
Pogostost in trajanje čiščenja zob	20
Uporaba zobne paste, ki vsebuje fluoride.....	23
Uporaba (drugih) pripomočkov za vzdrževanje ustne higijene.....	25
Viri	31
2 PREHRANA IN USTNO ZDRAVJE	34
Število dnevni obrokov.....	35
Uživanje mlečnih izdelkov	38
Uživanje svežega in predelanega sadja	40
Pitje sladkih pijač in uživanje sladkarij	42
Viri	48
3 OBISKI PRI ZOBOZDRAVNIKU	50
Viri	56
4 SAMOOCENA USTNEGA ZDRAVJA	58

Samocena ustnega zdravja in skrb zanj.....	63
Viri	66
5 BREZZOBOST IN PROTETIČNI PRIPOMOČKI	67
Število lastnih zob in brezzobost	69
Protetični pripomočki.....	73
Viri	77
6 KAKOVOST ŽIVLJENJA V POVEZAVI Z USTNIM ZDRAVJEM	78
Viri	86
7 DOSTOPNOST DO ZOBOZDRAVSTVENIH STORITEV	87
Dostop do zobozdravnika.....	89
Izbira osebnega zobozdravnika	92
Viri	95
ZAKLJUČEK	98
POVZETEK PRIPOROČIL	99
ZAHVALA.....	101
SEZNAM OKRAJŠAV IN KRATIC	102
STVARNO KAZALO	104
PRILOGA	107
Tabela A.....	108

RECENZIJ

Avtorji z Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in Nacionalnega inštituta za javno zdravje so v letu 2020 izdali dve znanstveni monografiji na področju ovrednotenja ustnega zdravja prebivalcev Slovenije; pričujoča je namenjena ustnemu zdravju odraslih.

V Sloveniji do sedaj žal nismo imeli na razpolago podatkov, ki bi ovrednotili ustno zdravje odraslih na nacionalni ravni. Odsotnost podatkov pomeni številne neznanke o ustnem zdravju populacije, o delovanju (zobo)zdravstvenega sistema in tudi nezmožnost izboljšav sistemov. Zato je pričujoči prispevek avtorjev zelo pomemben.

Avtorji v publikaciji analizirajo podatke, zbrane z vprašalniki, ki so bili naslovljeni na odrasle posameznike v starostnem obdobju od 18 do 74 let. Metodologija sledi mednarodnim smernicam za ovrednotenje ustnega zdravja, ki so del projekta »European Global Oral Health Indicators Development«. Vprašanja so bila razdeljena v več sklopov in so pokrivala posameznikovo skrb za ustno zdravje, obiske pri zobozdravniku, prehranjevalne navade, navade o rabi tobaka, omejitvah v vsakdanjem življenju in osnovne demografske podatke.

Poleg rezultatov analize podatkov avtorji na koncu vsakega poglavja predstavljajo tudi priporočila. Le-ta bi bilo potrebno vključiti v preventivne programe, ki so na področju zobozdravstvenega varstva odraslih premalo razviti oziroma prisotni. Izvajajo se sicer preventivni pregledi, v sistem obveznega in prostovoljnega zavarovanja pa niso vključene storitve, kot so zobozdravstvena vzgoja in storitve, ki zmanjšajo tveganje za nastanek kariesa in razvoja oziroma poslabšanja bolezni obzobnih tkiv.

Ob izidu monografije bi odločevalce na področju zdravstvene politike nagovorili k omogočanju nadaljevanja dela ugotavljanja in spremljanja ustnega zdravja splošne populacije. Želimo si, da bi bila v nadaljevanju izpeljana tudi raziskava, ki bi dobljene rezultate nadgradila s podatki, pridobljenimi s pomočjo kliničnih pregledov.

Samo dobri podatki, pridobljeni na podlagi sodobnih mednarodno veljavnih smernic, lahko omogočijo ustrezno načrtovanje tako mreže zobozdravstvene dejavnosti na vseh ravneh, kot tudi storitev, ki jih potrebujejo prebivalci Slovenije.

*Izr. prof. dr. **Martina Drevenšek**, dr. dent. med.,
specialistka čeljustne in zobne ortopedije*

V publikaciji »Ustno zdravje odraslih, 2019« avtorji Barbara Artnik, Martin Ranfl, Jona Blatnik, Anja Magajna in Katja Rostohar predstavljajo rezultate »Nacionalne raziskave o ustnem odraslih v Sloveniji leta 2019« in predlagajo priporočila za izboljšanje ustnega zdravja odrasle populacije. Skupaj s publikacijo Ustno zdravje otrok in mladostnikov, 2019, ta publikacija predstavlja celoto »Nacionalne raziskave o ustnem zdravju prebivalcev Slovenije leta 2019«.

Izbor kazalnikov za spremljanje ustnega zdravja je narejen po zgledu projekta »Evropski globalni razvoj kazalnikov ustnega zdravja« (angl. European Global Oral Health Indicators Development, EGOHID), kar omogoča tudi primerjavo z drugimi državami.

Podatki o ustnem zdravju odraslih v Sloveniji so predstavljeni na nacionalni ravni. Ugotovitve raziskave so razdeljene na vsebinske sklope: ustna higiena, ščetkanje zob in uporaba drugih pripomočkov za čiščenje ter uporaba zobne paste z ustrezno količino fluoridov. Za ustno zdravje je pomembna dostopnost do zobozdravstvenih storitev in vzroki obiskov pri zobozdravniku ter pri starejši populaciji še podatki o brez zobnosti in protetičnih pripomočkih, kar je dodatno sistematično prikazano v sklopih. Pomembna sklopa sta tudi prehrana in ustno zdravje in kakovost življenja, povezana z ustnim zdravjem.

Z raziskavo pridobljeni podatki in ugotovitve so nadgrajeni s priporočili, ki jih avtorji nazorno predstavljajo v vseh podpoglavjih. Rezultati, zaključki in še posebej priporočila so zelo dragoceni za pripravo ukrepov za krepitev ustnega zdravja, ki predstavlja naložbo v vseživljenjsko ustno in posledično tudi splošno zdravje.

Publikacija je bogat vir podatkov. Upam, da bo čim večkrat uporabljena in da bo vloženi trud raziskovalcev in avtorjev doprinesel k boljšemu ustnemu zdravju odraslih, pravzaprav vseh prebivalcev Slovenije.

*Asist. dr. **Mojca Juričič**, dr. med.,
specialistka javnega zdravja in specialistka šolske medicine*

UVOD

Ustno zdravje je večplastno zdravje, ki vključuje zmožnost govorjenja, smejanja, vonjanja, okušanja, dotikanja, žvečenja, požiranja ter izražanja čustev brez bolečin, nelagodja in bolezni v predelu glave in obraza (FDI, 2016). Mednarodna zveza zobozdravnikov (fr. Fédération Dentaire Internationale, FDI) je na generalni skupščini leta 2016 to definicijo oblikovala z namenom približati stališča različnih deležnikov v zagovorništvu pomena ustnega zdravja ter oblikovati in sprejeti definicijo, ki ustno zdravje opredeli kot splošno človekovo pravico (Glick in sod., 2016). Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (angl. World Health Organization, WHO) je ustno zdravje neločljivi del splošnega zdravja in pomembno vpliva na blagostanje. Pomeni stanje odsotnosti ustne in obrazne bolečine, rakavih obolenj ustnega predela in žrela, lezij ustne sluznice, razvojnih nepravilnosti, bolezni obzobnih tkiv, kariesa, izgube zob in drugih bolezni, ki omejujejo posameznikovo zmožnost grizenja, žvečenja, smejanja, govora in psihosocialnega blagostanja (WHO, 2003). Iz obeh definicij izhaja, da je ustno zdravje pomembno tako z vidika vsakodnevnega funkcioniranja posameznika kot tudi splošnega zdravja. Je neločljiv sestavni del splošnega zdravja in pomembno vpliva na kakovost življenja posameznika in družbe.

Ustno zdravje tako kot druge vidike zdravja določajo številne determinante notranjega, naravnega in družbenega okolja posameznika. Pomembno vlogo imajo posameznikove pretekle izkušnje in tudi vrednote tako posameznika kot skupnosti (FDI, 2016). Vsak posameznik ima ključno vlogo pri ohranjanju in krepitvi lastnega ustnega zdravja. Seveda pa mu mora okolje, v katerem živi, to tudi omogočati.

Preventivna zobozdravstvena dejavnost in predvsem ustrezna skrb za ustno zdravje lahko bistveno pripomoreta k ohranitvi in izboljšanju ustnega zdravja in s tem splošnega zdravja.

Razumevanje etiologije bolezni ustnega predela in medsebojne povezanosti ustnega in splošnega zdravja je privedlo do potrebe po širšem spremljanju ustnega zdravja, lastne skrbi za ustno zdravje in izpostavljenosti najbolj tveganim razvadam, ki vplivajo na ustno zdravje, s kazalniki ustnega zdravja. Za učinkovito pripravo in načrtovanje ukrepov za izboljšanje ustnega zdravja prebivalcev moramo dovolj natančno poznati stanje in ga ustrezno analizirati.

Podatkov o obolevnosti zaradi kariesa pri odraslih prebivalcih Slovenije ne spremljamo. Spremlja pa se zdravje obzobnih tkiv na kohorti prebivalcev Ljubljane. Rezultati te obdobjne (10-letne) raziskave 30 let po prvem pregledu med populacijo prebivalcev, starih 45–95 let, kažejo na visoko prevalenco bolezni obzobnih tkiv (Skalerič in sod., 2019).

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) je pooblaščen izvajalec dejavnosti državne statistike za področje zdravja in zdravstvenega varstva (SURs, 2020). Skladno z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ, 2000) vodi:

- Evidenco gibanja zdravstvenih delavcev in mreže zdravstvenih zavodov. Informacijska rešitev za podporo zbirki ima naziv Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ). Namen zbirke je načrtovanje in spremljanje mreže javne zdravstvene službe, načrtovanje in spremljanje gibanja zdravstvenega kadra ter izvajanje sistemov zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Uporabniki pridobljenih podatkov so Ministrstvo

za zdravje (MZ), Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), Zdravniška zbornica Slovenije (ZZS), Lekarniška zbornica, javni zdravstveni zavodi, zasebni zdravstveni delavci, druge javne in zasebne pravne in fizične osebe, pri katerih se izvaja zdravstveno varstvo in lekarne;

- Evidenco o delu zobne ordinacije (vsebina: diagnostika, preventivne storitve, restavracije, endodontija, parodontologija, kirurgija, protetika, ortodontija, druge storitve, stiki – pregledi po kategorijah zdravstvenega zavarovanja). Namen je spremljanje in vrednotenje opravljenega dela v okviru zobozdravstvene dejavnosti in ugotavljanje ustnega zdravja prebivalstva;
- Evidenco o rezultatih preventivnih pregledov zob in ustne votline (vsebina: podatki o stanju zob in ustne votline). Namen je spremljanje, vrednotenje in načrtovanje preventivnega zobozdravstvenega varstva.

ZZZS zbira podatke o planu in realizaciji zobozdravstva ter podatke o realizaciji evidenčnih storitev zobozdravstvene vzgoje (ZZZS, 2019). V letnem Poslovnem poročilu objavlja podatke o timih v zobozdravstvu, številu zobozdravnikov, plačani realizaciji količine storitev v zobozdravstveni dejavnosti in nadzoru izvajanja zobozdravstvenih storitev. Zbiranje podatkov o številu storitev, zaradi agregiranega načina zbiranja podatkov ne omogoča jasnega pogleda v stopnjo ustnega zdravja med prebivalstvom.

Omenjeni podatki tako ne zadoščajo za spremljanje učinkovitosti trenutnih aktivnosti in pripravo njihovih ustreznih nadgradenj za ohranjanje in krepitev ustnega zdravja.

Ker v Sloveniji že dve desetletji nimamo ustreznih virov podatkov za spremljanje ustnega zdravja, je predpogoj za doseganje omenjenega namena vzpostavitev sistematičnega in trajnega ocenjevanja stanja ustnega zdravja na nacionalni ravni in oblikovanje priporočil/izhodišč za izobraževanje in informiranje, kar želimo predstaviti s to publikacijo.

Kazalniki za spremljanje ustnega zdravja odraslih po mednarodni metodologiji

Kazalniki so kvantitativne ali kvalitativne mere, s katerimi lahko analiziramo in primerjamo stanje in so vodilo za določanje prednostnih nalog zobozdravstvene politike (EC, 2020). Omogočajo sledenje družbenemu razvoju in posledično boljšo kakovost življenja (WHO, 2003). So del vodenja zobozdravstvene politike na ravni odločevalcev in zdravljenja ter oskrbe na ravni izvajalcev zobozdravstvene oskrbe (Artnik, 2010). Kazalnik mora zadostiti naslednjim zahtevam (Bourgeois in sod., 2005): imeti mora konceptualno konsistentnost, odzivati se mora na politiko ustnega zdravja, biti mora znanstveno utemeljen (veljaven, objektivni, občutljiv, specifičen (WHO, 1978)), biti mora pragmatičen, način zbiranja podatkov mora biti etičen.

Kazalniki so pokazatelji zdravstvenega stanja, delovanja oziroma učinkovitosti zdravstvenega sistema in razpoložljivih sredstev ter napredka pri doseganju zastavljenih zdravstvenih in družbenih ciljev. Zasnovani so z namenom sledenja in ocene doseganja zdravstvenih ciljev, do katerih pridemo s strateškimi programi. V zadnjem času se vse bolj opaža premik ciljev na ravni zdravja (tudi ustnega)

od zmanjšanja obolevnosti in prevalence bolezni (kar je bil некоč glavni cilj) k vse večjemu prizadevanju za doseg boljše kakovosti življenja in k prizadevanju za zmanjšanje neenakosti v zdravju. Z ugotavljanjem vpliva ustnega zdravja na kakovost življenja se čedalje bolj poudarja vloga ustnega zdravja in njen prispevek k splošnemu zdravju.

V Programu spremljanja zdravja (angl. Health Monitoring Programme) Evropske komisije (angl. European Commission, EC) so se zaradi razvoja mednarodnih in nacionalnih sistemov za nadzor zdravja pojavili številni različni kazalniki za epidemiološko spremljanje in oceno programov zdravstvene oskrbe (EC, 2001). Z namenom preoblikovanja in posodobitve obstoječega sistema kazalnikov ustnega zdravja in zobozdravstvene oskrbe je pod pokroviteljstvom Evropske komisije in s podporo WHO in FDI delovala projektna skupina, ki je v sklopu projekta »Evropski globalni razvoj kazalnikov ustnega zdravja« (angl. European Global Oral Health Indicators Development, EGOHID) pripravila izbor 40 kazalnikov za spremljanje ustnega zdravja, ki so ustrezni tudi za različna etnična pojmovanja in različne sisteme oskrbe ter javnozdravstvenih služb v državah Evropske unije (EU) (Bourgeois in sod., 2005). Pri izboru kazalnikov ustnega zdravja in njihovi delitvi v skupine so upoštevali najpogostejše zdravstvene težave v ustnem predelu, značilnosti populacije in skupine z večjim tveganjem. Kazalnike so razdelili po naslednjih področjih: prednostne težave v ustnem predelu, zagotavljanje storitev, kakovost oskrbe in kritični zdravstveni viri (Bourgeois in sod., 2008a).

Namen projekta je bil spodbuditi prizadevanje držav članic EU k izvajanju preventive in posledično izboljšati ustno zdravje ter s tem tudi splošno zdravje (Bourgeois & Llodra, 2005). Glavni cilj projekta je bil izoblikovati skupino kazalnikov ustnega zdravja, s pomočjo katerih bi izvajalci zobozdravstvenega varstva lahko izboljšali in organizirali promocijo globalnega ustnega zdravja, izboljšali kakovost zobozdravstvene oskrbe ter spremljali stanje ustnega zdravja v Evropi (Bourgeois in sod., 2008a).

Za spremljanje ustnega zdravja je 40 kazalnikov razvrščenih v 4 kategorije, in sicer:

- 12 kazalnikov za spremljanje ustnega zdravja otrok in mladostnikov,
- 18 kazalnikov za spremljanje ustnega zdravja splošne populacije,
- 5 kazalnikov za spremljanje sistema zobozdravstvenega varstva in
- 5 kazalnikov za spremljanje kakovosti življenja v povezavi z ustnim zdravjem.

Neklinični del kazalnikov nam omogoča vpogled v ustno zdravje, predvsem z vidika odnosa, navad in stališč do ustnega zdravja in tudi uspešnosti (zobo)zdravstveno-vzgojnih programov. Kazalniki za spremljanje ustnega zdravja predstavljajo enega izmed temeljev za oblikovanje nacionalne strategije za ustno zdravje, postavitev ciljev, oblikovanje usmerjenih ukrepov in spremljanje njihove učinkovitosti v slovenskem prostoru. Omenjeni izbor kazalnikov je kot ustrezen za Slovenijo, na seji junija 2012, potrdil tudi Razširjeni strokovni kolegij za stomatologijo (RSK za zobozdravstvo, 2012).

Med kazalnike za spremljanje ustnega zdravja in kakovosti življenja v povezavi z ustnim zdravjem odraslih po metodologiji EGOHID uvrščamo (Bourgeois in sod., 2008b):

- glede na determinante: dnevno čiščenje zob z zobno pasto, ki vsebuje fluoride; uporabo drugih pripomočkov za vzdrževanje ustne higijene;
- glede na postopke: obiske pri zobozdravniku; razloge za obisk pri zobozdravniku;
- glede na izide: težave pri uživanju hrane zaradi težav z zobmi ali drugih težav v ustni votlini; bolečine v ustni votlini; fiziološko neugodje/napetost zaradi težav v ustni votlini; prepreke v socialnih stikih zaradi videza svojih zob ali zobne proteze.

Pilotna raziskava »Preverjanje mednarodne metodologije za spremljanje globalnih kazalnikov ustnega zdravja v Sloveniji«

Z namenom preverjanja ustreznosti metodologije EGOHID za spremljanje ustnega zdravja v Sloveniji smo raziskovalci Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani (UL MF) in NIJZ v letu 2014 izvedli pilotno raziskavo »Preverjanje mednarodne metodologije za spremljanje globalnih kazalnikov ustnega zdravja v Sloveniji« s pomočjo anketiranja otrok in mladostnikov, odraslih in zobozdravnikov. Raziskava je bila zasnovana na izvorni, angleški različici anketnega vprašalnika, kot je predlagano v evropskih navodilih za izvedbo raziskave Oral health interviews and clinical surveys: guidelines (Bourgeois in sod., 2008b). Izvirno angleško različico vprašalnika je skupina strokovnjakov z različnih področij (dentalne medicine, javnega zdravja, zdravstvene metodologije in statistike) prevedla in pripravila tri ločene anketne vprašalnike za otroke/mladostnike, odrasle in izvajalce zobozdravstvenega varstva. V jezikovni validaciji so bili vsi trije slovenski anketni vprašalniki empirično preverjeni tudi v fokusnih skupinah (pet odraslih, pet mater otrok in pet zobozdravnikov). Anketni vprašalnik smo jezikovno in vsebinsko prilagodili slovenskemu okolju, vendar ohranili možnost primerljivosti pridobljenih podatkov z drugimi državami članicami EU (Šket, 2015).

Rezultati pilotne raziskave so pokazali, da je predlagani način zbiranja podatkov izvedljiv in primeren za spremljanje ustnega zdravja na reprezentativnem vzorcu na nacionalni ravni.

Opisana pilotna raziskava je predstavljala temelj za izvedbo raziskovalnega projekta Ciljnega raziskovalnega programa »CRP 2017« Javne agencije za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije (ARRS) z naslovom »Analiza kazalnikov in promocija ustnega zdravja prebivalcev Slovenije« (V3-1715).

Raziskovalni projekt Ciljnega raziskovalnega programa »CRP 2017« »Analiza kazalnikov in promocija ustnega zdravja prebivalcev Slovenije« (V3-1715)

Z namenom izboljšanja ustnega zdravja v Sloveniji smo raziskovalci UL MF, NIJZ in Stomatološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKCL) v letu 2018 pričeli z izvajanjem raziskovalnega projekta »CRP 2017« »Analiza kazalnikov in promocija ustnega zdravja prebivalcev Slovenije« (V3-1715), ker želi trendu vzpostavitve sistema kazalnikov za spremljanje ustnega zdravja slediti tudi Slovenija.

Projekt zajema nacionalno raziskavo o ustnem zdravju prebivalcev Slovenije, in sicer ugotavljanje ustnega zdravja otrok, mladostnikov in odraslih ter ugotavljanje stanja sistema zobozdravstvenega varstva pri izvajalcih zobozdravstvenega varstva s pomočjo nekliničnih kazalnikov ustnega zdravja in pilotno raziskavo ustnega zdravja otrok, mladostnikov in odraslih s pomočjo kliničnih kazalnikov ustnega zdravja.

Pri načrtovanju projekta smo postavili naslednje cilje:

- določanje stanja na področju ustnega zdravja pri otrocih in mladostnikih ter odraslih v Sloveniji s pomočjo vprašalnikov;

- ugotavljanje stanja zobozdravstvenega sistema pri izvajalcih zobozdravstvene dejavnosti s pomočjo anketnega vprašalnika za izvajalce;
- izvedba pilotne raziskave kliničnih kazalnikov vključno s pripravo izhodiščnih rezultatov;
- razvoj in vzpostavitev metodologije za spremljanje kazalnikov ustnega zdravja v skladu z evropskimi smernicami in nacionalnimi potrebami;
- priprava izhodišč za informiranje/izobraževanje – svetovanje o zdravi prehrani v povezavi
- z ustnim zdravjem in priprava izhodišč za učenje veščin za vzdrževanje ustnega zdravja pri izvajalcih zobozdravstvene dejavnosti.

Na ustno zdravje odraslih se nanašata prvi in zadnji naštetih cilj.

V tej publikaciji smo poročanje o rezultatih in ugotovitvah raziskave omejili na »Nacionalno raziskavo o ustnem zdravju odraslih v Sloveniji leta 2019«.

»Nacionalna raziskava o ustnem zdravju odraslih v Sloveniji leta 2019«

Z »Nacionalno raziskavo o ustnem zdravju odraslih v Sloveniji leta 2019« smo prvič na nacionalni ravni ugotavljali, kako odrasli v Sloveniji med 18. in 74. letom starosti skrbijo za (svoje) ustno zdravje in kako ocenjujejo (svoje) ustno zdravje. Izsledki raziskave bodo pomembno prispevali k boljšemu spremljanju in učinkovitosti sistema zobozdravstvenega varstva, h kakovostnejši zobozdravstveni oskrbi in zmanjševanju razlik v zobozdravstvenem varstvu.

V publikaciji »Ustno zdravje odraslih, 2019« predstavljamo rezultate omenjene raziskave.

Rezultate prikazujemo v posameznih podpoglavjih glede na njihovo vsebinsko povezanost. Na začetku vsakega vsebinsko zaokroženega sklopa prikazujemo ključne ugotovitve in navajamo vprašanja, ki smo jih postavili anketirancem. Sledijo najpomembnejše ugotovitve naše raziskave. Vsak sklop se konča s predstavitvijo osnovnih priporočil za nadgradnjo obstoječih pristopov za izboljšanje ustnega zdravja, ki so postavljena na podlagi veljavnih smernic in ugotovljenih rezultatov.

Podatki, zbrani z anketiranjem, so podani v obliki skupnih podatkov v poglavju Priloga (Tabela A).

Viri

- Artnik B. Oral health indicators in Europe. V: Zaletel-Kragelj L, Božikov J, ur. Methods and tools in public health: a handbook for teachers, researchers and health professionals. Lage: Hans Jakobs Verlag; 2010.
- Bourgeois DM, Llodra JC, Nordblad A, Pitts NB. Report of the EGOHID I Project. Selecting a coherent set of indicators for monitoring and evaluating oral health in Europe: criteria, methods and results from the EGOHID I project. Community Dent Health. 2008a;25(1):4–10.
- Bourgeois DM, Llodra JC, Christensen LB, Pitts NB, Ottolenghi L, Senekola E. Health surveillance in Europe. Oral health interviews and clinical surveys: guidelines. Lyon: University Lyon I; 2008b.
- Bourgeois DM, Llodra JC, Nordblad A, Pitts NB, ur. Chapter 5. 2005. A selection of essential oral health indicators. Recommended by European Global Oral Health Indicators Development Project. V: Bourgeois DM, ur. Health surveillance in Europe. European Global Oral Health Indicators Development Project. Final report 2003–2005. Lyon: Community Action Programme on Health Monitoring, European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General; 2005. Pridobljeno 19. 2. 2020 s spletne strani: <https://www.mah.se/upload/fakulteter/od/avdelningar/who/euro/eu/eureportoralheath200305.pdf>
- Bourgeois DM, Llodra JC, ur. Chapter 1. Health Surveillance in Europe: European Global Oral Health Indicators Development Project. 2003 report proceedings. V: Bourgeois DM, ur. Health surveillance in Europe. European Global Oral Health Indicators Development Project. Final report 2003–2005. Lyon: Community Action Programme on Health Monitoring, European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General; 2005. Pridobljeno 19. 2. 2020 s spletne strani: <https://www.mah.se/upload/fakulteter/od/avdelningar/who/euro/eu/eureportoralheath200305.pdf>
- ec.europa.eu [Elektronski vir]. European Commission: Health indicators. Brussels: EC. Pridobljeno 18. 2. 2020 s spletne strani: http://ec.europa.eu/health/indicators/policy/index_en.htm
- European Commission. Design for a set of European Community Health Indicators. Final report of the ECHI project under the EU Health Monitoring Programme. Bilthoven: RIMV; 2001. Pridobljeno 19. 2. 2020 s spletne strani: https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/design_for_a_set_of_eur_comm_health_indicators_edm2002_06.pdf
- FDI World Dental Federation. What is oral health. Definition. Pridobljeno 13. 2. 2020 s spletne strani: <https://www.fdiworlddental.org/oral-health/fdi-definition-of-oral-health>
- Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujcic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. Int Dent J. 2016;66(6):322–4.
- gov.si [Elektronski vir]. Razširjen strokovni kolegij za zobozdravstvo; zapisnik sestanka. Ljubljana: MZ, 2012. Pridobljeno 20. 2. 2020 s spletne strani: http://mz.arhiv-spletisc.gov.si/si/o_ministrstvu/zdravstveni_svet_in_ostala_posvetovalna_telesa/razsirjeni_strokovni_kolegiji/index.html
- Skaleric E, Gaspirc B, Skaleric U. A Longitudinal Study of Periodontal Treatment Needs in a Ljubljana Population over a 30-year Period. Oral Health Prev Dent. 2019;17(3):243–9.

- Statistični urad Republike Slovenije. Sistem državne statistike. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno 13. 2. 2020 s spletne strani:
<https://www.stat.si/StatWeb/NationalStatistics/SystemNatStat>
- Šket T. Preverjanje mednarodne metodologije za spremljanje globalnih kazalnikov ustnega zdravja v Sloveniji. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 2015.
- World Health Organization. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global. Geneva: World Health Organization; 2003.
- World Health Organization. Development of health programme evaluation: report by the director-general. Geneva: World Health Organization; 1978 (document A31/10).
- Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva – ZZPPZ. Uradni list RS, št. 65/00 (21. 7. 2000).
- zzs.si [Elektronski vir]. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije: Podatki o planu in realizaciji za zdravstvene storitve. Ljubljana: ZZS, 2019. Pridobljeno 17. 2. 2020 s spletne strani:
https://partner.zzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/plan_in_realizacija/podatki_o_planu_in_realizaciji_zdrav_storitve

METODE

Zasnova raziskave

Raziskavo o ustnem zdravju prebivalcev Slovenije smo na nacionalni ravni izvedli prvič. Potekala je v skladu z letnim planom NIJZ za leto 2019 (NIJZ, 2019). Pri izvedbi smo sledili priporočeni mednarodni metodologiji za poročanje o ustnem zdravju (Bourgeois in sod., 2008a; Bourgeois in sod., 2008b; WHO, 2013), zato so izsledki raziskave mednarodno primerljivi. Zasnovana je bila kot presečna pregledna epidemiološka raziskava. Razdeljena je bila na anketni in (pilotni) klinični del. V raziskavo smo vključili otroke, mladostnike in odrasle ter izvajalce zobozdravstvenega varstva.

Opazovanci

Ciljna populacija »Nacionalne raziskave o ustnem zdravju odraslih v Sloveniji leta 2019« so bili odrasli, ki so bili na dan 13. 2. 2019 stari med 18 in 74 let in so živeli kot člani v zasebnih gospodinjstvih.

Vzorec, reprezentativen za spol in starost, je glede na enostavno slučajnostno vzorčenje (Kalton & Vehovar, 2001) pripravil SURS iz svojih baz podatkov skladno z Zakonom o državni statistiki (ZDSt, 1995) in Zakonom o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1, 2004). Okvir vzorčenja je predstavljal Centralni register prebivalcev Slovenije.

Glede na evropska priporočila (Bourgeois in sod., 2008a; Bourgeois in sod., 2008b) smo izbrali velikost vzorca, ki je zajemal približno 3.200 odraslih, kar predstavlja 0,21 % te populacije v Sloveniji.

Raziskovalno orodje

Skladno z metodologijo EGOHID (Bourgeois in sod., 2008a; Bourgeois in sod., 2008b) smo anketiranje izvedli s pomočjo anketnega vprašalnika o ustnem zdravju odraslih (angl. Full Standard Oral Health Interview Questionnaire for Adults), zasnovanega za praktično uporabo v državah EU (Bourgeois in sod., 2008b). Anketni vprašalnik je bil preveden v slovenščino, jezikovno validiran in pilotno testiran leta 2014 v sklopu pilotne raziskave »Preverjanje mednarodne metodologije za spremljanje globalnih kazalnikov ustnega zdravja v Sloveniji« (Šket, 2015). Sodelavci UL MF, NIJZ in Stomatološke klinike UKCL smo omenjeni vprašalnik v letu 2018 ponovno pregledali ter vsebinsko in slogovno dodelali. Pri posameznih vsebinskih področjih smo upoštevali veljavne mednarodne standarde (Bourgeois in sod., 2008a; Bourgeois in sod., 2008b; WHO, 2013). Anketne vprašalnike (vprašanja) za odrasle, stare 18–74 let, smo pripravili v spletni obliki. Odrasli, starejši od 44 let, pa so imeli možnost izbiranja med spletno ali pisno obliko vprašalnika.

Anketni vprašalniki so vsebovali 30 vprašanj zaprtega in/ali odprtega tipa. Vprašanja so bila razdeljena v več sklopov, in sicer Uvodna vprašanja, Vprašanja o skrbi za ustno zdravje, Vprašanja o obiskih

pri zobozdravniku, Vprašanja o ustnem zdravju, Vprašanja o prehranjevalnih navadah, Vprašanja o navadah rabe tobaka, Vprašanja o omejitvah v vsakdanjem življenju in Demografski podatki.

Spletne anketne vprašalnike za računalniško podprto samo-anketiranje (angl. Computer-Assisted Self-Interviewing, CASI) smo izdelali z uporabo javnega brezplačno dostopnega spletnega orodja 1KA (1KA, 2019). Spletne povezave do vprašalnikov so bile objavljene v obvestilnem pismu in na spletni strani NIJZ. Anketni vprašalniki niso bili javni, tako da je bilo do njih mogoče dostopati samo z uporabo personaliziranega gesla, ki so ga vabljeni prejeli v obvestilnem pismu (orodje 1KA preprečuje podvajanje vnosov).

Potek raziskave

Nabor kazalnikov je bil pripravljen skladno z metodologijo EGOHID (EC, 2005).

Leta 2018 smo anketni vprašalnik o ustnem zdravju odraslih, uporabljen v pilotni raziskavi »Preverjanje mednarodne metodologije za spremljanje globalnih kazalnikov ustnega zdravja v Sloveniji« (Šket, 2015), pregledali ter vsebinsko in slogovno dodelali.

SURS je v mesecu januarju 2019 pripravil vzorec 3.200 odraslih. Obdobje opazovanja je potekalo od 13. februarja do 30. marca 2019. Anketirali smo odrasle med 18. in 74. letom starosti.

V »Nacionalni raziskavi o ustnem zdravju odraslih v Sloveniji leta 2019« smo se osredotočili na kazalnike za spremljanje ustnega zdravja odraslih.

Osebe smo k sodelovanju v raziskavi povabili s tiskanimi obvestilnimi pismi, ki smo jih po pošti poslali 13. februarja 2019. Pisma so vsebovala informacije o namenu raziskave, vabilo za sodelovanje v raziskavi s spletnim naslovom in personalizirano geslo za dostop do spletnega anonimnega vprašalnika. Tako smo dostop do vprašalnika omogočili le izbranim osebam. Osebam, mlajšim od 45 let, je bila ponujena le možnost spletnega izpolnjevanja vprašalnika s pomočjo elektronskih naprav, ki omogočajo uporabo spleta (računalnik, tablica, pametni telefon in podobno). Osebam, starejšim od 44 let, je bila ponujena možnost izpolnjevanja spletne ali pisne oblike vprašalnika, ki so ga prejele skupaj z obvestilnim pismom z navodili za izpolnjevanje in s kuverto za povratno pošiljanje. 27. februarja 2019 je bil vsem osebam, izbranim v vzorec, poslan tiskan opomnik za sodelovanje v raziskavi.

Podatke smo zbirali na Zdravstveno-podatkovnem centru NIJZ.

Stopnja odgovora

Med 3.200 izbranimi odraslimi je bilo ustreznih 3.167 enot/oseb, preostalih 33 pa neustreznih, kar pomeni, da osebe niso bile dosegljive na naslovih, ki so nam bili dostopni (naslovniki in njihovi naslovi iz Centralnega registra prebivalcev Slovenije niso bili prepoznani, osebe so bile preseljene in podobno). Vprašalnik je (ustrezno) izpolnilo 1.100 oseb, kar predstavlja stopnjo odgovora 35 % (Tabela 1).

Tabela 1. Število enot/oseb, izbranih v vzorec, njihove lastnosti ter stopnja odgovora.

Vprašalnik	Število vabljenih enot	Število neustreznih enot*	Skupaj veljavnih enot**	Število ustrezno izpolnjenih vprašalnikov	Stopnja odgovora
Odrasli 18–74 let	3.200	33	3.167	1.100	35 %

* Izraz »neustrezne enote« se nanaša na osebe, ki niso bile dosegljive na naslovu, zavedenem v Centralnem registru prebivalcev Slovenije, ali oseba ni bila pripravljena sodelovati v raziskavi iz drugih razlogov.

** Izraz »veljavne enote« se nanaša na osebe, ki so bile dosegljive na izbranem naslovu in so lahko prejele obvestilno pismo ter na lastno željo tudi izpolnile vprašalnik.

Na podlagi odgovorov smo pridobili podatke za izračun in prikaz izbranih kazalnikov. Povzetki odgovorov so podani v obliki skupnih podatkov v poglavju Priloga (Tabela A).

Uteževanje podatkov in lastnosti oseb, ki so sodelovale v raziskavi

Namen uteževanja (določanje vrednosti uteži) je izboljšanje reprezentativnosti vzorca, tako da vzorec čim bolj predstavlja proučevano populacijo. V izvedeni anketi smo podatke zaradi majhnega števila oseb v vzorcu lahko utežili le glede na spol, starost in izobrazbo. Pri uteževanju smo združili kategorije izobrazbe pri mlajših odraslih, starih do 34 let, saj te osebe v večini primerov še niso imele zaključene izobrazbe (Tabela 2).

Metode analize

Podatke, pridobljene z »Nacionalno raziskavo o ustnem zdravju odraslih v Sloveniji leta 2019«, smo na Zdravstveno-podatkovnem centru NIJZ pregledali in prečistili v računalniškem programu »Microsoft Excel 2016«. Podatke smo nato prenesli v računalniška programa »IBM SPSS Statistics for Windows« (verzija 21.0) (IBM, 2020) in »program R, verzija 3.6.0« (R-project, 2020), v katerih smo izračunali uteži in statistično analizirali utežene podatke na vzorec in populacijo. Omenjene programe smo uporabili tudi za urejanje podatkov v preglednice in tabele, nekatere podatke pa smo prikazali grafično.

Pri analizi smo upoštevali v celoti ali delno izpolnjene vprašalnike. Interpretacija rezultatov je temeljila na številu in deležih oseb v izbranih kategorijah glede na demografske spremenljivke (spol, starost, izobrazba, bivalno okolje) ali druge spremenljivke (pogostost čiščenja zob in podobno), ki smo jih določili glede na potrebe raziskave oziroma za načrtovanje nadaljnjih ukrepov. Porazdelitve deležev med različnimi skupinami (po spolu ali starosti) in primerjave smo testirali s testom hi-kvadrat (angl. chi-square test) in s testom za primerjavo deležev med različnimi skupinami, test CCP (angl. Column Comparison Proportion test). Pri obeh smo uporabili 95 % interval zaupanja, da bi lahko ocenili proučevano stanje (IBM, 2017; Benjamini, 1995).

Pri določenih spremenljivkah smo združili kategorije odgovorov ali tvorili nove spremenljivke oziroma kategorije, kar je pojasnjeno v besedilu posameznih podpoglavij.

Tabela 2. Število enot/oseb v vzorcu, uteženo število enot/oseb v vzorcu in uteženo število enot/oseb v populaciji.

		Število (vzorec)	Uteženo število (vzorec)	Uteženo število (populacija)
Skupaj		1.164	1.164	1.513.518
Spol	Moški	512	592	770.294
	Ženski	652	572	743.224
Starostne skupine	18–24 let	96	106	138.281
	25–34 let	124	197	255.804
	35–44 let	166	238	309.358
	45–54 let	255	231	300.603
	55–64 let	274	227	295.046
	65–74 let	249	165	214.426
Izobrazba	Največ osnovnošolska	126	176	228.385
	Poklicna, srednješolska	625	684	888.820
	Najmanj višješolska	413	305	396.313
Zaposlitveni status	Zaposlen	545	601	781.613
	Samozaposlen	63	73	95.316
	Dijak, študent	81	92	119.822
	Gospodinja, gospodinjec	24	27	34.567
	Upokojenec	383	287	373.522
	Brezposeln	54	69	90.098
	Drugo	11	12	15.938
Bivalno okolje	Mestno	424	407	529.693
	Primestno	230	228	296.685
	Vaško	503	524	681.158
Zakonski stan	Samski	183	220	285.507
	Poročen	615	551	716.220
	Zunajzakonska zveza	238	289	376.041
	Ločen	57	50	65.009
	Ovdovel	63	48	62.504

Etični vidiki raziskave

Odrasli so bili vabljeni k prostovoljnemu sodelovanju v raziskavi. Vsi (osebni) podatki, pridobljeni z raziskavo, so zaupni in varovani v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1, 2004) in Splošno uredbo o varstvu podatkov (Uredba EU 2016/679, 2016), v skladu z Zakonom o državni statistiki (ZDSt, 1995) in Letnim programom statističnih raziskovanj za 2018 (2017). Zbrani podatki so lahko uporabljeni izključno v statistične namene in so lahko objavljeni le v obliki skupnih podatkov.

Viri

- 1ka.si [Elektronski vir]. 1KA. Aplikacija za spletno anketiranje. En klik spletne ankete; 2019. Pridobljeno 16. 2. 2019 s spletne strani: <https://www.1ka.si/>
- Benjamini Y, Hochberg Y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *J R Stat Soc Series B Stat.* 1995;57(1):289–300.
- Bourgeois DM, Llodra JC, Christensen LB, Pitts NB, Ottolenghi L, Senekola E. Health surveillance in Europe. Oral health interviews and clinical surveys: guidelines. Lyon: University Lyon I; 2008b.
- Bourgeois DM, Llodra JC, Nordblad A, Pitts NB. Report of the EGOHID I Project. Selecting a coherent set of indicators for monitoring and evaluating oral health in Europe: criteria, methods and results from the EGOHID I project. *Community Dent Health.* 2008a;25(1):4–10.
- ibm.com [Elektronski vir]. International Business Machines Corporation: IBM SPSS Statistics Algorithms. Copyright IBM Corporation 1989; 2017. Pridobljeno 16. 2. 2020 s spletne strani: ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/25.0/en/client/Manuals/IBM_SPSS_Statistics_Algorithms.pdf
- ibm.com [Elektronski vir]. International Business Machines Corporation: Program SPSS version 21; 2020. Pridobljeno 16. 2. 2020 s spletne strani: <https://www.ibm.com/support/pages/spss-statistics-210-available-download>
- Kalton G, Vehovar V. Vzorčenje v anketah. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani; 2001.
- Letni program statističnih raziskovanj za 2018 (velja od 1. 1. 2018 do 31. 12. 2018). Uradni list RS, št. 75/18 (20. 11. 2017).
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. Letni plan statističnih raziskovanj. Naloga R.09.09 (interni dokument); 2019.
- r-project.org [Elektronski vir]. The R Project for Statistical Computing. R version 3.6.0. Pridobljeno 16. 2. 2020 s spletne strani: <https://www.r-project.org/>
- Šket T. Preverjanje mednarodne metodologije za spremljanje globalnih kazalnikov ustnega zdravja v Sloveniji. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 2015.
- Uredba (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ES (Splošna uredba o varstvu podatkov) (27. 4. 2016).
- World Health Organization. Oral Health Surveys. Basic Methods. 5. izdaja. Geneva: World Health Organization; 2013.
- Zakon o državni statistiki – ZDSt. Uradni list RS, št. 45/95 in 9/01 (4. 8. 1995).
- Zakon o varstvu osebnih podatkov – ZVOP-1. Uradni list RS, št. 94/07 (5. 8. 2004).

REZULTATI IN RAZPRAVA

1 USTNA HIGIENA IN UPORABA FLUORIDOV

Le sedem od desetih odraslih, starih 18–74 let, si redno (vsaj dvakrat dnevno) čisti zobe, od tega osem od desetih žensk in šest od desetih moških.

Vsaj dvakrat dnevno si čisti zobe le šest od desetih odraslih z največ osnovnošolsko izobrazbo in osem od desetih odraslih z najmanj višješolsko izobrazbo.

Večina odraslih (98 %), starih 18–74 let, pri čiščenju zob uporablja zobno pasto.

Med njimi trije od petih uporabljajo zobno pasto, ki vsebuje fluoride, eden od petih uporablja zobno pasto brez fluoridov, eden od petih pa ne ve, ali njegova zobna pasta vsebuje fluoride. Tako predvidevamo, da zobno pasto, ki vsebuje fluoride, uporabljajo štirje od petih odraslih.

Zobno nitko redno ali občasno uporabljata dva od treh odraslih, medzobno ščetko redno ali občasno uporablja polovica odraslih in strgalo za jezik redno ali občasno uporablja eden od štirih odraslih, starih 18–74 let.

Vprašanja, ki smo jih postavili v anketnem vprašalniku:

Kako pogosto si čistite zobe?

- Več kot dvakrat na dan.
- Dvakrat na dan.
- Enkrat na dan.
- Nekajkrat na teden.
- Enkrat na teden.
- Nikoli.

Ali uporabljate zobno pasto?

- Da.
- Ne. Uporablja drugo: _____.

Ali uporabljate zobno pasto, ki vsebuje fluoride (podatek je na zobni pasti)?

- Da. Koliko ppm: _____.
- Ne (otrokova zobna pasta ne vsebuje fluoridov).
- Ne vem.

Ali za čiščenje zob uporabljate tudi druge pripomočke?

	Da (redno)	Občasno	Ne
Zobna nitka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medzobna ščetka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strgalo za jezik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pogostost in trajanje čiščenja zob

Najpomembnejši način zagotavljanja ustnega zdravja je mehansko odstranjevanje biofilma oziroma zobnega plaka. Najpogostejša metoda odstranjevanja plaka z zobne površine je čiščenje zob z zobno ščetko in drugimi pripomočki.

Poraba ustreznega časa za primerno vsakodnevno ustno higieno je nedvomno bistvenega pomena za zmanjšanje tveganja za karies in parodontalno bolezen. Glede na čas, ki ga je treba nameniti vsakodnevni ustni higieni, je pomembno razumeti tudi znanstvene dokaze, ki podpirajo priporočila za skrb za ustno zdravje.

Iz sistematičnih preglednih raziskav (Walsh in sod., 2019; Kumar in sod., 2016), kohortne prospektivne raziskave (Boustedt in sod., 2020) in presečnih raziskav (Pakpour in sod., 2011; Liu in sod., 2010; Senesombath in sod., 2010; Jerkovic in sod., 2009; Maserejian in sod., 2009; Molina-Frecherro in sod.,

2009; Vazquez-Nava in sod., 2008; Levine in sod., 2007; Lillehagen in sod., 2007; Martens in sod., 2006), ki poročajo o povezavi med povečanjem pogostosti čiščenja zob z zobno ščetko in zmanjšanjem zobnega kariesa, je razvidno, da se učinek zobne paste, ki vsebuje fluoride, poveča z večjo pogostostjo uporabe. Strokovna združenja (FDI, 2020; ADA, 2020; AAPD, 2019; EAPD, 2019) **priporočajo, da si zobe čistimo z zobno pasto, ki vsebuje fluoride, vsaj dvakrat dnevno.**

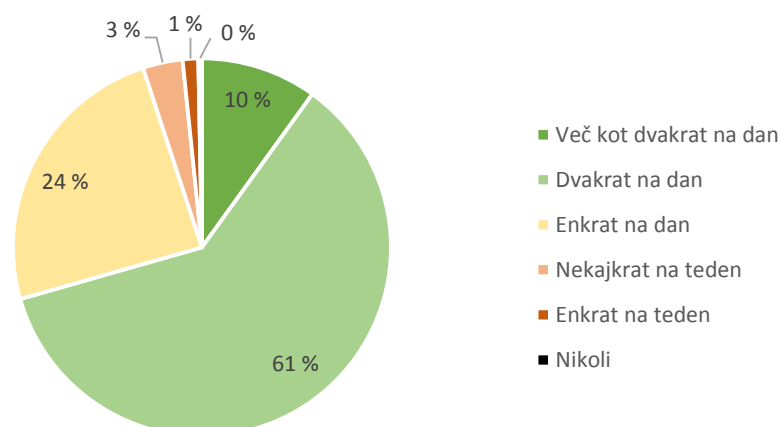
Pregled znanstvene literature skupaj z navodili vladnih organizacij in strokovnih združenj podpira trditev, da je čiščenje zob dvakrat dnevno (v primerjavi z manj pogostostim čiščenjem) bolj optimalno, saj zmanjša tveganja za nastanek kariesa, kot tudi možnosti za recesijo dlesni (Heasman in sod., 2015; Rajapakse in sod., 2007) in parodontitis (Zimmermann in sod., 2015).

Pomembno je poudariti, da so v vseh omenjenih študijah ocenjevali pogostost čiščenja zob z zobno pasto, ki vsebuje fluoride, in ne le samo čiščenje zob.

Po nam dostopnih virih ni objavljenih raziskav, ki bi proučevale direktno povezavo med trajanjem čiščenja zob in preprečevanjem kariesa, zato ni zadostnih dokazov, na podlagi katerih bi lahko zanesljivo priporočili trajanje čiščenja zob za preprečevanje kariesa. Podatki, ki proučujejo optimalno trajanja vsakodnevnega čiščenja zob, temeljijo na kazalnikih plaka, ki so le posredni kazalniki kariesa ali gingivitisa. Ob razumevanju, da uporaba posrednih kazalnikov zmanjšuje gotovost, s katero je mogoče dati priporočilo za trajanje čiščenja zob, so v nam razpoložljivih virih (sistematičnih pregledih) ugotovili, da je bilo čiščenje zob, ki je trajalo vsaj dve minuti, povezano z večjim zmanjšanjem zobnega plaka kot krajše čiščenje zob, na primer eno minuto (Rosema in sod., 2016; Slot in sod., 2012).

Različna strokovna združenja in programi (FDI, 2020; ADA, 2020; SDCEP, 2014; Public Health England, 2014) **priporočajo čiščenje zob, dokler niso odstranjene vse zobne obloge, kar za večino posameznikov pomeni čiščenje zob dvakrat dnevno vsaj 2 minuti.** Dve minuti na celotna usta se lahko izrazijo tudi s tridesetimi sekundami na kvadrant ali približno štirimi sekundami na zob (ADA, 2020).

V naši raziskavi smo proučevali pogostost čiščenja zob. V analizi smo združili kategoriji čiščenje zob »dvakrat« ali »večkrat na dan« ter kategorije »enkrat na dan«, »nekajkrat na teden«, »enkrat na teden« in »nikoli«. Kot redno čiščenje zob smo opredelili čiščenje zob vsaj dvakrat dnevno. V raziskavi ugotavljamo, da si med odraslimi, starimi 18–74 let, redno čistijo zobe 71 % oseb (Slika 1.1).



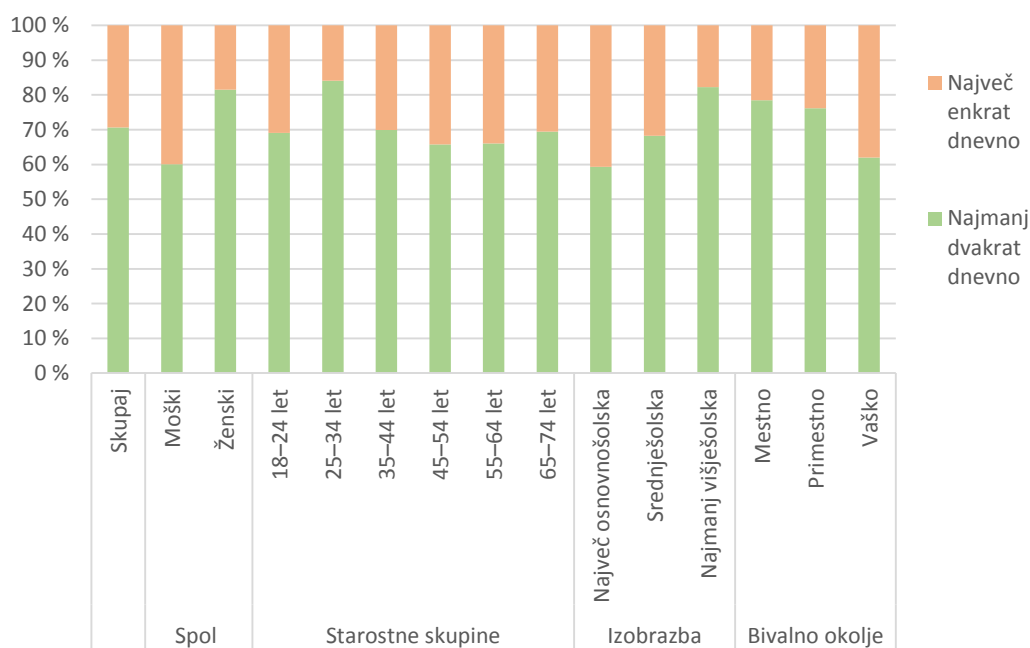
Slika 1.1. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na pogostost čiščenja zob.

Glede na spol ugotavljamo, da si redno čisti zobe 81 % žensk in 60 % moških (Slika 1.2); razlike med deležema po spolu so statistično značilne (test hi-kvadrat = 49,879, $p < 0,001$; test CCP, $p < 0,001$). Tako lahko povzamemo, da si redno čisti zobe večji delež žensk kot moških.

Glede na pogostost čiščenja zob izstopa delež oseb iz starostne skupine 25–34 let, v kateri si redno čisti zobe 84 % oseb (Slika 1.2); razlike med deleži glede na starost so statistično značilne (test hi-kvadrat = 17,307, $p = 0,004$), vendar le pri deležih iz te starostne skupine v primerjavi z odraslimi, starimi 45 let ali več (test CCP, $p < 0,05$).

Ugotavljamo, da delež oseb, ki si redno čisti zobe, narašča s stopnjo izobrazbe (Slika 1.2). Redno čisti zobe 59 % odraslih z največ osnovnošolsko izobrazbo, 68 % odraslih s srednješolsko izobrazbo in 82 % odraslih z najmanj višješolsko izobrazbo; razlike v deležih glede na izobrazbo odraslih so statistično značilne (test hi-kvadrat = 24,965, $p < 0,001$), vendar le v primerjavi z odraslimi z najmanj višješolsko izobrazbo (test CCP, $p < 0,001$).

Proučevali smo tudi pogostost čiščenja zob glede na bivalno okolje (Slika 1.2). V vaškem okolju si redno čisti zobe 62 % odraslih, opaziti je manjši delež v primerjavi z odraslimi iz mestnega ali primestnega okolja, kjer si redno čisti zobe dobre tri četrtine odraslih (78 % iz mestnega in 76 % iz primestnega okolja); razlike med deleži glede na pogostost čiščenja zob so v različnih bivalnih okoljih statistično značilne (test hi-kvadrat = 26,466, $p < 0,001$; test CCP, $p < 0,004$).



Slika 1.2. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na pogostost čiščenja zob po spolu, starosti, izobrazbi in bivalnem okolju.

Čiščenje zob s pomočjo zobne ščetke je splošno sprejeta navada med odraslimi. Rezultati raziskave, izvedene v letu 2016 (Ranfl & Oikonomidis, 2018), so pokazali, da si v Sloveniji redno čisti zobe 64 % odraslih, starih 25–74 let. Rezultati so nadalje pokazali, da je ustrezna ustna higiena povezana z izobrazbo odraslih. Delež odraslih, ki so si redno čistili zobe, je bil najmanjši med osnovnošolsko

izobraženimi (49 %) in največji med najmanj višješolsko izobraženimi (77 %). Delež odraslih, ki so si redno čistili zobe, je bil večji v mestnem okolju (71 %), najmanjši pa v vaškem okolju (56 %). Rezultati naše raziskave kažejo podobne, celo še nekoliko večje deleže odraslih, ki si redno čistijo zobe. Prav tako so deleži večji med osebami z višjo izobrazbo v primerjavi z osebami z nižjo izobrazbo (največ srednješolsko), in med odraslimi iz mestnega in primestnega okolja v primerjavi z odraslimi iz vaškega okolja.

Po podatkih nacionalne javnomnenjske raziskave Delta Dental iz leta 2014 si 31 % Američanov zob ne čisti redno, kar je primerljivo z rezultati naše raziskave; zob si ne čisti redno 29 % odraslih, starih 18–74 let.

Uporaba zobne paste, ki vsebuje fluoride

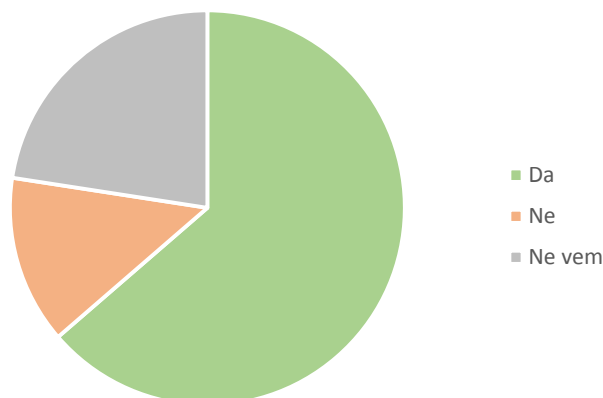
Zobne paste služijo kot mehanski pripomoček za čiščenje zob in hkrati kot kemično sredstvo za nanašanje fluorida.

Čeprav so načini za oceno koristnosti fluoridov na pojav kariesa različni, so v študijah, ki so proučevale vpliv zobne paste, ki vsebuje fluoride, na pojav kariesa, ugotovili, da zobna pasta, ki vsebuje fluoride, prepreči 16 % kariesa/zob in 31 % kariesa/zobno ploskev v primerjavi s placebom oziroma z zobno pasto, ki ne vsebuje fluoridov. Zaključili so, da je zobna pasta, ki vsebuje fluoride, učinkovita pri preprečevanju kariesa (Twetman, 2009; Santos in sod., 2013; Wright in sod., 2014; Walsh in sod., 2019).

Odraslim se priporoča, da zobna pasta vsebuje 1.450 ppm fluoridov, količina enkratnega nanosa zobne paste pa naj bo v dolžni glave zobne ščetke (EAPD, 2019; Walsh in sod., 2019).

V naši raziskavi smo proučevali, ali odrasli v Sloveniji uporabljajo zobno pasto, in če jo uporabljajo, ali le-ta vsebuje fluoride. Možno je, da podatek, ki smo ga dobili o vsebnosti fluoridov v zobni pasti, ni zanesljiv in da ne vedo, ali uporabljajo zobno pasto, ki vsebuje fluoride.

V raziskavi ugotavljamo, da večina, kar 98 % odraslih, starih 18–74 let, pri čiščenju zob uporablja zobno pasto. Nadaljnja analiza kaže, da je med njimi 64 % oseb, ki uporabljajo zobno pasto s fluoridi, 14 % oseb uporablja zobno pasto brez fluoridov, 23 % oseb pa ne ve, ali uporabljajo zobno pasto s fluoridi ali brez (Slika 1.3). Tako lahko sklepamo, da zobno pasto, ki vsebuje fluoride, uporablja 80 % oseb, brez fluoridov pa 20 % oseb.



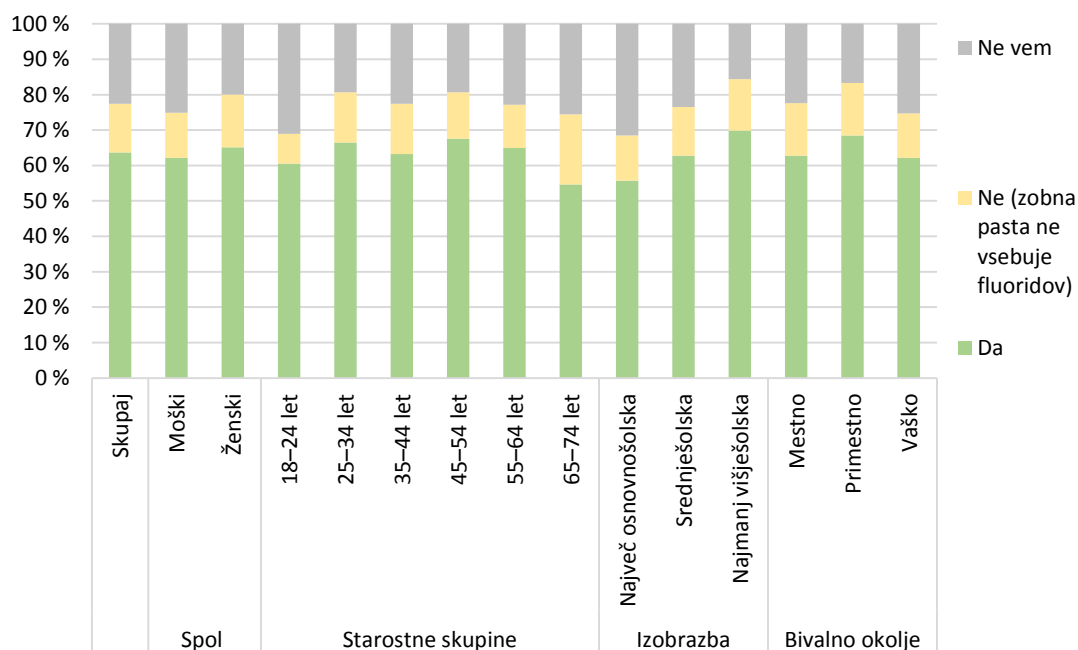
Slika 1.3. Delež odraslih, starih 18–74 let, ki uporabljajo zobno pasto, glede na poznavanje vsebnosti fluoridov.

Med odraslimi, starih 18–74 let, uporablja zobno pasto, ki vsebuje fluoride, 62 % moških in 65 % žensk (Slika 1.4); razlike v deležih po spolu niso statistično značilne.

Razlike v deležih glede na uporabo zobne paste, ki vsebuje fluoride, med različnimi starostnimi skupinami niso statistično značilne (Slika 1.4).

Ugotavljamo, da je uporaba zobne paste, ki vsebuje fluoride, odvisna od izobrazbe (Slika 1.4). Zobno pasto, ki vsebuje fluoride, uporablja večji delež oseb z najmanj višješolsko izobrazbo (70 %) v primerjavi z osebami s srednješolsko izobrazbo (63 %) ali osebami z največ osnovnošolsko izobrazbo (56 %); razlike v deležih glede na izobrazbo so statistično značilne (test hi-kvadrat = 12,399, $p = 0,015$).

Ugotavljamo, da ni razlik v deležih glede na bivalno okolje.



Slika 1.4. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na uporabo zobne paste, ki vsebuje fluoride, po spolu, starosti, izobrazbi in bivalnem okolju.

Uporaba (drugih) pripomočkov za vzdrževanje ustne higiene

Za vzdrževanje ustne higiene so poleg zobne ščetke v uporabi tudi zobna nitka, medzobna ščetka, strgalo za jezik, različne vrste zobotrebcev in podobni pripomočki.

Zobna ščetka lahko učinkovito očisti grizne, nebne/jezične in lične površine zob, zobne nitke in medzobne ščetke pa so ustreznejši pripomoček za čiščenje medzobnih prostorov oziroma stranskih površin zob.

Izraz »nitkanje« (angl. flossing) se pogosto uporablja kot skrajšan, skupni izraz za čiščenje medzobnih prostorov. Čeprav je čiščenje medzobnih prostorov pomembno za ohranjanje ustnega zdravja, je to koncept, ki mora za usvojitev premagati več ovir pri posameznikih. Mnogi namreč poročajo o močnem odporu do te aktivnosti (American Academy of Periodontology, 2015) ali pa se jim zdi neučinkovita oziroma nepotrebna, zato jim je težje usvojiti to priporočeno vsakodnevno navado. Kadar pacienti ne opazijo pozitivnih rezultatov nitkanja, z nitkanjem morda ne bodo nadaljevali (ADA, 2020).

Pri nitkanju je zelo pomembna tehnika izvajanja (Drisko, 2013; Wilder & Bray, 2016), kar je razvidno iz razlik v zmanjšanju tveganja za nastanek kariesa na stranskih ploskvah zob ob primerjavi rezultatov raziskav, ki so vključevale nitkanje pri posamezniku (angl. self-flossing) in profesionalno nitkanje (angl. professional flossing) (Hujoel in sod., 2006).

V metaanalizo (Sälzer in sod., 2015) in pregledni članek (Ng & Lim, 2019) so vključili razpoložljive pripomočke za čiščenje medzobnih prostorov, kot so zobne nitke, medzobne ščetke, zobne prhe in zobotrebci. Ob uporabi zobne ščetke so ugotavljali dodatni učinek mehanskega odstranjevanja zobnih oblog iz medzobnih prostorov na nastanek gingivitisa in odstranjevanje medzobnih oblog. Moč dokazov je bila šibka do zmerna, odvisno od posameznega pripomočka.

Dodatna uporaba nitk ali medzobnih ščetk v primerjavi samo s ščetkanjem zob lahko zmanjša gingivitis, zobne obloge ali oboje; medzobne ščetke so nekoliko učinkovitejše od zobne nitke, a dokazi so šibki. Cochranov sistematični pregled zaključuje, da so potrebne nadaljnje raziskave o vplivu uporabe pripomočkov za čiščenje medzobnih prostorov na parodontalno bolezen in karies (Worthington in sod., 2019).

Enotnega »najboljšega« načina čiščenja medzobnih prostorov ni. Raje govorimo o najboljšem načinu za vsakega posameznika, ki ga bo redno izvajal. Vodilno načelo je, da najboljša skrb za vsakega posameznika ne temelji zgolj na presoji zobozdravnika ali na znanstvenih dokazih, temveč na umetnosti kombiniranja obeh v sodelovanju s pacientom, da se najde najboljša možnost za vsakega posameznika (Suvan & D'Aiuto, 2008). Na ravni posameznika je potrebno preveriti veščine in motivacijo za zadovoljivo čiščenje z določenim pripomočkom (Berchier in sod., 2008).

Čeprav o učinkovitosti čiščenja medzobnih prostorov z zobno nitko in medzobno ščetko za preprečevanje in nadzor kariesa ni veliko znanstvenih dokazov, se vseeno **priporoča enkrat dnevno uporaba medzobne ščetke in/ali zobne nitke** (FDI, 2020; ADA, 2020; SDCEP, 2014; Public Health England, 2014).

Eden od razlogov za uporabo strgala za jezik je preprečevanje slabega zadaha (halitoze). Strganje jezika naj bi pomagalo odstraniti hlapne žveplove spojine (angl. volatile sulfur compounds, VSC), ki povzročajo neprijeten vonj, vendar Cochranov sistematični pregled iz leta 2019 zaključuje, da so dokazi zelo negotovi zaradi majhnega števila udeležencev v raziskavah (Kumbargere Nagraj in sod.,

2019). V prejšnjem Cochranovem sistematičnem pregledu so šibki in nezanesljivi dokazi pokazali, da so strgala za jezik učinkovitejši od zobnih ščetk pri zmanjšanju vrednosti VSC in zmanjšanju slabega zadaha (Outhouse in sod., 2006).

Nekatere študije kažejo, da lahko rutinsko čiščenje jezika v kombinaciji s čiščenjem zob dvakrat dnevno učinkoviteje zmanjša število bakterij *Streptococcus mutans* v ustni votlini kot zgolj čiščenje zob (Winnier & Rupesh, 2016; Manju in sod., 2015).

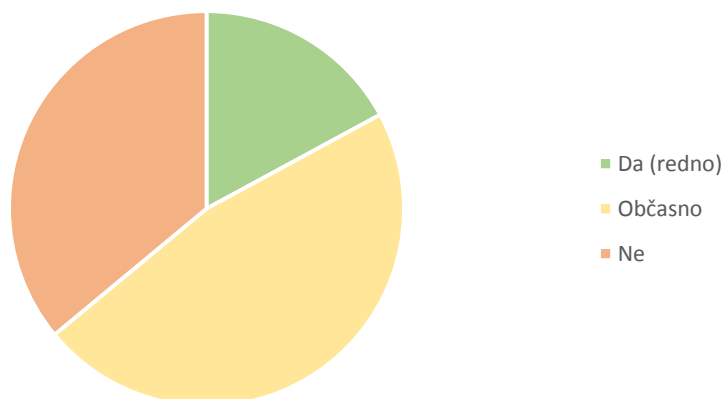
Študija iz leta 2017 je pokazala (Laleman in sod., 2018), da pri ljudeh s parodontitisom dvotedensko čiščenje jezika s strgalom za jezik ali z zobno ščetko ni zmanjšalo števila bakterij v slini in na jeziku, niti ni vplivalo na okušanje ali zadah. Udeleženci pa so poročali, da se jim je njihov jezik ob koncu študije zdel čistejši.

Pregled literature o uporabi pripomočkov za čiščenje jezika pokaže, da ni veliko znanstvenih dokazov, ki bi zanesljivo potrjevali koristnost uporabe strgala za jezik, saj je večina raziskav narejenih na majhnih vzorcih, zato razlik niso mogli dokazati, a **se dnevna uporaba strgala za jezik vseeno priporoča**.

V naši raziskavi smo proučevali, kako pogosto odrasli v Sloveniji uporabljajo zobno nitko, medzobno ščetko in strgalo za jezik, ki prav tako vplivajo na boljše ustno zdravje.

Uporaba zobne nitke

V raziskavi ugotavljamo, da med odraslimi, starimi 18–74 let, redno (vsak dan) uporablja zobno nitko 17 % oseb, občasno jo uporablja 47 % oseb, zobne nitke pa ne uporablja 36 % oseb (Slika 1.5).



Slika 1.5. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na uporabo zobne nitke.

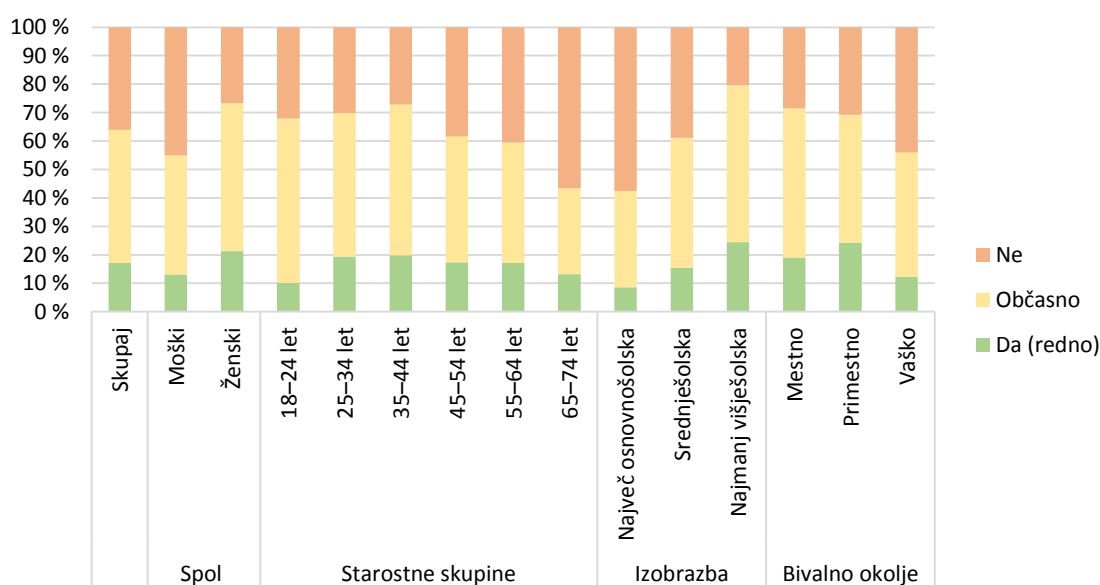
Glede na spol uporablja zobno nitko 13 % moških in 21 % žensk, občasno jo uporablja 42 % moških in 52 % žensk, ne uporablja pa je 45 % moških in 27 % žensk (Slika 1.6); razlike med deleži po spolu so statistično značilne (test hi-kvadrat = 29,815, $p < 0,001$), kar pomeni, da redno ali občasno uporablja zobno nitko večji delež žensk kot moških.

Glede na starost je najmanjši delež tistih, ki uporabljajo zobno nitko, med odraslimi, starimi 45 let ali več, med katerimi zobno nitko redno ali občasno uporablja 60 % oseb, kar je manj kot med mlajšimi odraslimi, starimi do 45 let, med katerimi jo uporablja 70 % oseb (Slika 1.6); razlike med deležema

po starosti so statistično značilne (test hi-kvadrat = 30,434, $p = 0,001$). Zobne nitke tako ne uporablja tretjina oseb, mlajših od 45 let, in malo manj kot polovica oseb, starejših od 45 let.

Ugotavljamo, da je pogostost uporabe zobne nitke odvisna od izobrazbe (Slika 1.6). Zobno nitko redno ali občasno uporabljata dva od petih odraslih z največ osnovnošolsko izobrazbo, trije od petih odraslih s srednješolsko izobrazbo in štirje od petih odraslih z najmanj višješolsko izobrazbo; razlike med deleži so statistično značilno večje pri odraslih z najmanj višješolsko izobrazbo (test hi-kvadrat = 47,649, $p < 0,001$; test CCP, $p < 0,006$).

Ugotavljamo, da je uporaba zobne nitke odvisna tudi od bivalnega okolja (Slika 1.6). Zobno nitko redno ali občasno uporablja sedem od desetih odraslih iz mestnega in primestnega okolja in le dobra polovica odraslih iz vaškega okolja. Tako je delež odraslih, ki ne uporabljajo zobne nitke, največji v vaškem okolju, kjer je delež statistično značilno večji v primerjavi z odraslimi iz mestnega ali primestnega okolja (test hi-kvadrat = 24,116, $p < 0,001$; test CCP, $p < 0,018$).

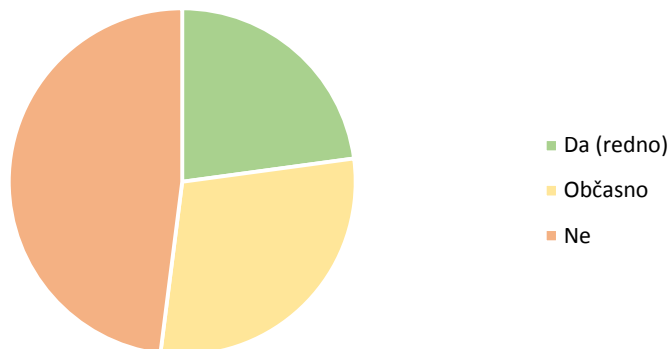


Slika 1.6. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na uporabo zobne nitke po spolu, starosti, izobrazbi in bivalnem okolju.

Po podatkih NHANES (angl. National Health and Nutrition Examination Survey) 2011–2014 (CDC, 2020a; CDC, 2020b) pri populaciji Američanov, starih 30 ali več let, si 32 % odraslih, 26 % moških in 37 % žensk, dnevno čisti zobe z zobno nitko, 32 % odraslih pa zobne nitke ne uporablja (Fleming in sod., 2018). Po podatkih nacionalne javnomnenjske raziskave Delta Dental (2014) zobne nitke ne uporablja 20 % Američanov. Ocenjuje se razlikujeta zaradi različnih metodoloških pristopov. Obe raziskavi pa podobno kot naša ugotavljata, da si ženske pogosteje dnevno čistijo zobe z zobno nitko kot moški. Rezultati raziskave so presenetljivi, saj po zadnjih podatkih (Fleming in sod., 2018) kar 68 % odraslih Američanov, starih 30 ali več let, zobne nitke ne uporablja po priporočilih. Po podatkih naše raziskave je v Sloveniji takih kar 83 % odraslih, starih 18–74 let.

Uporaba medzobne ščetke

Med odraslimi, starimi 18–74 let, redno (vsak dan) uporablja medzobno ščetko 23 % oseb, občasno jo uporablja 29 % oseb, ne uporablja pa je 48 % oseb (Slika 1.7).

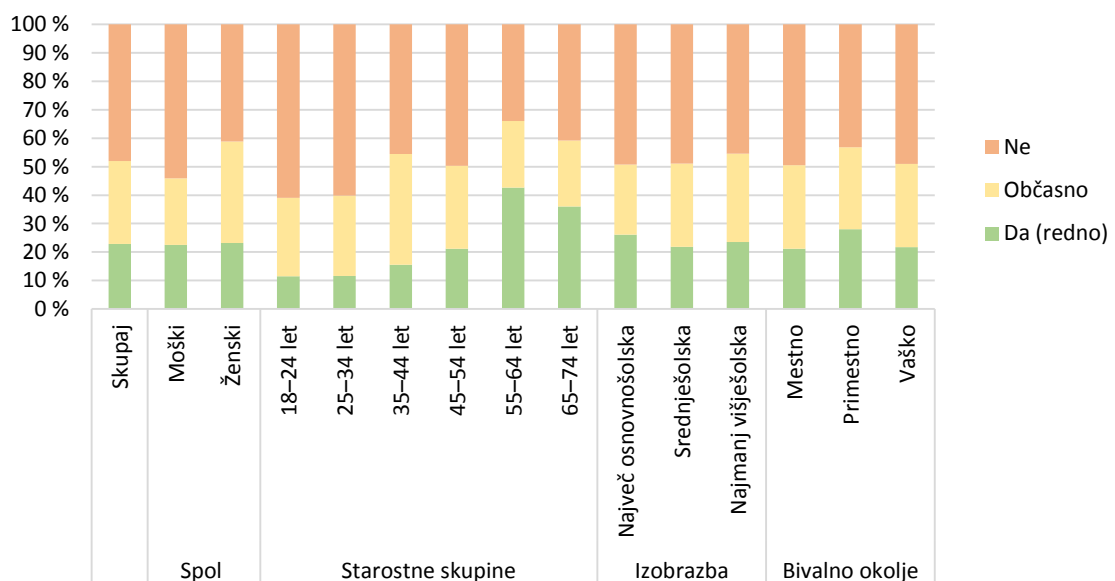


Slika 1.7. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na uporabo medzobne ščetke.

Glede na spol ugotavljamo, da ni večjih razlik v uporabi medzobne ščetke med moškimi in ženskami. Medzobno ščetko redno uporablja 23 % moških in 23 % žensk, občasno jo uporablja 23 % moških in 36 % žensk. Tako medzobne ščetke ne uporablja 54 % moških in 41 % žensk (Slika 1.8); razlike med deleži glede neuporabe medzobne ščetke so statistično značilno manjše pri ženskah kot pri moških (test hi-kvadrat = 16,124, $p < 0,001$; test CCP, $p < 0,001$).

Glede na starost ugotavljamo, da medzobno ščetko redno ali občasno uporablja večji delež odraslih, starih 55 let ali več, med katerimi jo uporablja nekaj več kot 60 % oseb, kar je več kot v primerjavi z odraslimi, starimi do 54 let, med katerimi jo uporablja polovica ali še celo manjši delež oseb (Slika 1.8); razlike med deleži so statistično značilne (test hi-kvadrat = 68,444, $p < 0,001$; test CCP, $p < 0,031$).

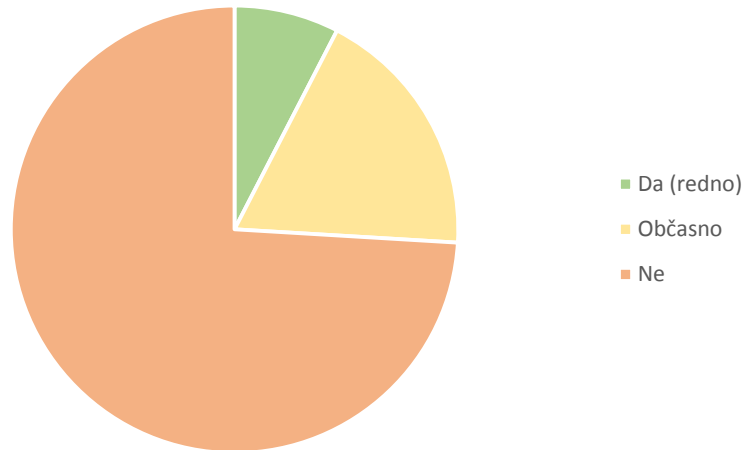
Ugotavljamo, da uporaba medzobne ščetke ni odvisna ne od izobrazbe ne od bivalnega okolja.



Slika 1.8. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na uporabo medzobne ščetke po spolu, starosti, izobrazbi in bivalnem okolju.

Uporaba strgala za jezik

Med odraslimi, starimi 18–74 let, redno uporablja strgalo za jezik 8 % oseb, občasno ga uporablja 15 %, ne uporablja pa ga kar 74 % oseb (Slika 1.9).



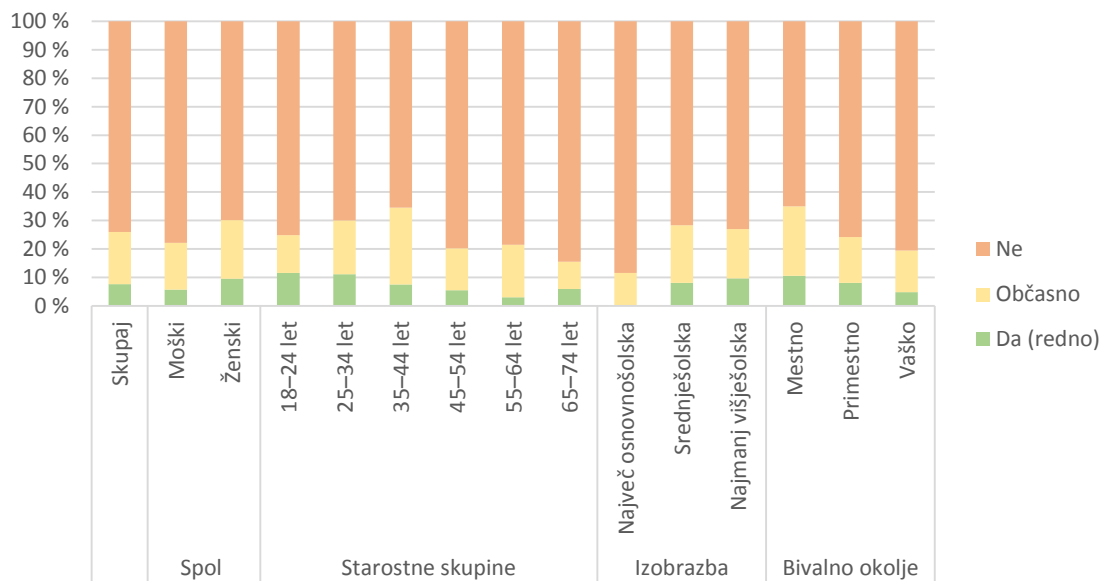
Slika 1.9. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na uporabo strgala za jezik.

Glede na spol strgalo za jezik redno uporablja le 6 % moških in 10 % žensk, občasno ga uporablja 16 % moških in 21 % žensk, ne uporablja pa ga 78 % moških in 70 % žensk (Slika 1.10); razlike v deležih po spolu niso statistično značilne.

Ugotavljamo, da je uporaba strgala za jezik odvisna od starosti. Ugotavljamo, da redno ali občasno uporablja strgalo za jezik večji delež mlajših odraslih, starih 18–44 let, med katerimi je takih okoli tretjina oseb, kot med odraslimi, starimi 45–74 let, med katerimi je takih le okoli petina oseb (Slika 1.10); razlike v deležih v različnih starostnih skupinah so statistično značilne (test hi-kvadrat = 21,866, $p = 0,016$).

Ugotavljamo, da odrasli z osnovnošolsko izobrazbo, stari 45–74 let, strgala ne uporabljajo redno, občasno pa ga uporablja eden od desetih odraslih (Slika 1.10). Med osebami s srednješolsko izobrazbo ali z najmanj višješolsko izobrazbo redno ali občasno uporabljajo strgalo za jezik trije od desetih odraslih; razlike med deleži glede na izobrazbo so statistično značilne (test hi-kvadrat = 12,297, $p = 0,015$). Višje izobraženi v večjem deležu redno ali občasno uporabljajo strgalo za jezik kot nižje izobraženi (test CCP, $p < 0,016$).

Glede na bivalno okolje ugotavljamo, da strgalo za jezik redno ali občasno uporablja 35 % odraslih iz mestnega okolja, 24 % odraslih iz primestnega in 20 % odraslih iz vaškega okolja (Slika 1.10); razlike med deleži so statistično značilne (test hi-kvadrat = 16,677, $p = 0,002$). Strgalo za jezik redno uporablja večji delež odraslih iz mestnega okolja, kot iz primestnega ali vaškega okolja (test CCP, $p < 0,05$).



Slika 1.10. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na uporabo strgala za jezik po spolu, starosti, izobrazbi in bivalnem okolju.

Prevalenčne raziskave glede uporabe zobnih pripomočkov so zelo redke in po nam dostopnih podatkih niso bile narejene raziskave, ki bi jih lahko primerjali z našo raziskavo glede uporabe medzobne ščetke in strgala za jezik.

Priporočila

Priporočilo 1.1. Krepiti ozaveščanje o pomenu čiščenja zob za ciljne populacije glede na starost, izobrazbo in bivalno okolje.

Priporočilo 1.2. Nadalje ozaveščati o pomenu čiščenja zob z zobno pasto, ki vsebuje fluoride, vsaj dvakrat dnevno v ustrezni koncentraciji in količini.

Priporočilo 1.3. Priporočati enkrat dnevno uporabo medzobne ščetke in/ali zobne nitke ter strgala za jezik.

Viri

- aapd.org [Elektronski vir]. American Academy of Paediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies; 2016. Pridobljeno 21. 4. 2020 s spletne strani: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/early-childhood-caries-classifications-consequences-and-preventive-strategies/>
- ada.org [Elektronski vir]. American Dental Association. Oral health topics: Home oral care; 2020. Pridobljeno 22. 7. 2020 s spletne strani: <https://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/home-care>
- American Academy of Periodontology [Elektronski vir]. More than a quarter of U.S. adults are dishonest with dentists about how often they floss their teeth; 2015. Pridobljeno 27. 7. 2020 s spletne strani: <https://www.perio.org/consumer/quarter-of-adults-dishonest-with-dentists>
- Berchier CE, Slot DE, Haps S, van Der Weijden GA. The efficacy of dental floss in addition to a toothbrush on plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2008;6:265–79.
- Boustedt K, Dahlgren J, Twetman S, Roswall J. Tooth brushing habits and prevalence of early childhood caries: a prospective cohort study. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2020;21:155–9.
- cdc.gov [Elektronski vir]. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. National Health and Nutrition Examination Survey. NHANES 2011-2012 Procedure Manuals; [posodobljeno 2020a]. Pridobljeno 27. 7. 2020 s spletne strani: <https://wwwn.cdc.gov/nchs/nhanes/continuousnhanes/manuals.aspx?BeginYear=2011>
- cdc.gov [Elektronski vir]. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. National Health and Nutrition Examination Survey. NHANES 2013-2014 Procedure Manuals; [posodobljeno 2020b]. Pridobljeno 27. 7. 2020 s spletne strani: <https://wwwn.cdc.gov/nchs/nhanes/continuousnhanes/manuals.aspx?BeginYear=2013>
- deltadentalco.com [Elektronski vir]. Delta Dental. 2014 Oral Health and Well-Being Survey. © 2014 Delta Dental Plans Association. Pridobljeno 27. 7. 2020 s spletne strani: <https://www.deltadentalco.com/uploadedFiles/Wellness/DDPA%20Oral%20Health%20and%20Well-Being%20Survey%20Brochure%202014.pdf>
- Drisko CL. Periodontal self-car_12e: evidence-based support. *Periodontol* 2000. 2013;62:243–55.
- European Academy of Paediatric Dentistry. Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2019;20(6):507–16.
- fdiworlddental.org [Elektronski vir]. FDI World Dental Federation. Prevention. Pridobljeno 27. 7. 2020 s spletne strani: <https://www.fdiworlddental.org/oral-health/prevention>
- Fleming EB, Nguyen D, Afful J, Carroll MD, Woods PD. Prevalence of daily flossing among adults by selected risk factors for periodontal disease-United States, 2011-2014. *J Periodontol.* 2018;89(8):933–9.
- Heasman PA, Holliday R, Bryant A, Preshaw PM. Evidence for the occurrence of gingival recession and non-carious cervical lesions as a consequence of traumatic toothbrushing. *J Clin Periodontol.* 2015;42(Suppl 16):S237–55.
- Hujoel PP, Cunha-Cruz J, Banting DW, Loesche WJ. Dental flossing and interproximal caries: a systematic review. *J Dent Res.* 2006;85(4):298–305.

- Jerkovic K, Binnekade JM, van der Kruk JJ, van der Most JA, Talsma AC, van der Schans CP. Differences in oral health behaviour between children from high and children from low SES schools in The Netherlands. *Community Dent Health*. 2009;26(2):110–5.
- Kumar S, Tadakamadla J, Johnson NW. Effect of toothbrushing frequency on incidence and increment of dental caries: A systematic review and meta-analysis. *J Dent Res*. 2016;95(11):1230–6.
- Kumbargere Nagraj S, Eachempati P, Uma E, Singh VP, Ismail NM, Varghese E. Interventions for managing halitosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;(12):CD012213.
- Laleman I, Koop R, Teughels W, Dekeyser C, Quirynen M. Influence of tongue brushing and scraping on the oral microflora of periodontitis patients. *J Periodontol Res*. 2018;53(1):73–9.
- Levine RS, Nugent ZJ, Rudolf MC, Sahota P. Dietary patterns, toothbrushing habits and caries experience of schoolchildren in West Yorkshire, England. *Community Dent Health*. 2007;24(2):82–7.
- Lillehagen M, Grindefjord M, Mejare I. Detection of approximal caries by clinical and radiographic examination in 9-year-old Swedish children. *Caries Res*. 2007;41(3):177–85.
- Liu HY, Chen CC, Hu WC, Tang RC, Tsai CC, Huang ST. The impact of dietary and tooth-brushing habits to dental caries of special school children with disability. *Res Dev Disabil*. 2010;31(6):1160–9.
- Manju M, Prathyusha P, Joseph E, Kaul RB, Shanthraj SL, Sethi N. Evaluation of the effect of three supplementary oral hygiene measures on salivary mutans streptococci levels in children: A randomized comparative clinical trial. *Eur J Dent*. 2015;9:462–9.
- Martens L, Vanobbergen J, Willems S, Aps J, De Maeseneer J. Determinants of early childhood caries in a group of inner-city children. *Quintessence Int*. 2006;37(7):527–36.
- Maserejian NN, Tavares MA, Hayes C, Soncini JA, Trachtenberg FL. Prospective study of 5-year caries increment among children receiving comprehensive dental care in the New England children’s amalgam trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37(1):9–18.
- Molina-Frechero N, Castaneda-Castaneira E, Marques-Dos-Santos MJ, Soria-Hernandez A, Bologna-Molina R. Dental caries and risk factors in adolescents of Ecatepec in the State of Mexico. *Rev Invest Clin*. 2009;61(4):300–5.
- Ng E, Lim LP. An overview of different interdental cleaning aids and their effectiveness. *Dent J (Basel)*. 2019;7(2):56.
- Outhouse TL, Al-Alawi R, Fedorowicz Z, Keenan JV. Tongue scraping for treating halitosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(2):CD005519.
- Pakpour AH, Hidarnia A, Hajizadeh E, Kumar S, Harrison AP. The status of dental caries and related factors in a sample of Iranian adolescents. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(6):e822–7.
- Public Health England [Elektronski vir]. Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention; 2014 [posodobljeno 2017]. Pridobljeno 28. 7. 2020 s spletne strani: www.gov.uk/government/publications/delivering-better-oral-health-an-evidence-based-toolkit-for-prevention
- Rajapakse PS, McCracken GI, Gwynnett E, Steen ND, Guentsch A, Heasman PA. Does tooth brushing influence the development and progression of non-inflammatory gingival recession? A systematic review. *J Clin Periodontol*. 2007;34(12):1046–61.

- Ranfl M, Oikonomidis C. Kako skrbimo za zdravje? V: Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016. Vinko M, Kofol Bric T, Korošec A, Tomšič S, Vrdelja M, ur. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2018:32–5.
- Rosema N, Slot DE, van Palenstein Helderma WH, Wiggelinkhuizen L, Van der Weijden GA. The efficacy of powered toothbrushes following a brushing exercise: a systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2016;14(1):29–41.
- Sälzer S, Slot DE, Van der Weijden FA, Dörfer CE. Efficacy of inter-dental mechanical plaque control in managing gingivitis--a meta-review. *J Clin Periodontol.* 2015;42(Suppl 16):S92–105.
- Santos AP, Oliveira BH, Nadanovsky P. Effects of low and standard fluoride toothpastes on caries and fluorosis: systematic review and meta-analysis. *Caries Res.* 2013;47(5):382–90.
- sdcep.org.uk [Elektronski vir]. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Prevention and treatment of periodontal diseases in primary care. Dental clinical guidance. Dundee: Dundee Dental Education Centre; 2014. Pridobljeno 30. 7. 2020 s spletne strani: <https://www.sdcep.org.uk/wp-content/uploads/2015/01/SDCEP+Periodontal+Disease+Full+Guidance.pdf>
- Senesombath S, Nakornchai S, Banditsing P, Lexomboon D. Early childhood caries and related factors in Vientiane, Lao PDR. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2010;41(3):717–25.
- Slot DE, Wiggelinkhuizen L, Rosema NA, Van der Weijden GA. The efficacy of manual toothbrushes following a brushing exercise: a systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2012;10(3):187–97.
- Suvan JE, D'Aiuto F. Progressive, paralyzed, protected, perplexed? What are we doing? *Int J Dent Hyg.* 2008;6(4):251–2.
- Twetman S. Caries prevention with fluoride toothpaste in children: an update. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2009;10(3):162–7.
- Vazquez-Nava F, Vazquez RE, Saldivar GA, Beltran GF, Almeida AV, Vazquez RC. Allergic rhinitis, feeding and oral habits, toothbrushing and socioeconomic status. Effects on development of dental caries in primary dentition. *Caries Res.* 2008;42(2):141–7.
- Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Marinho VCC, Jeronic A. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2019;(3):CD007868.
- Wilder RS, Bray KS. Improving periodontal outcomes: merging clinical and behavioral science. *Periodontol 2000.* 2016;71(1):65–81.
- Winnier JJ, Rupesh S. Tongue cleaning methods: A review. *Int J Dent Health Sci.* 2016;3(1):141–7.
- Worthington HV, MacDonald L, Poklepovic Pericic T, Sambunjak D, Johnson TM, Imai P in sod. Home use of interdental cleaning devices, in addition to toothbrushing, for preventing and controlling periodontal diseases and dental caries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;(4):CD012018.
- Wright JT, Hanson N, Ristic H, Whall CW, Estrich CG, Zentz RR. Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years: a systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2014;145(2):182–9.
- Zimmermann H, Zimmermann N, Hagenfeld D, Veile A, Kim T-S, Becher H. Is frequency of tooth brushing a risk factor for periodontitis? A systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2015;43(2):116–27.

2 PREHRANA IN USTNO ZDRAVJE

Dnevno uživa 3–5 obrokov 84 % odraslih, več kot pet obrokov dnevno uživa 6 % odraslih, manj kot tri obroke pa 10 % odraslih, starih 18–74 let.

Sveže sadje dnevno uživata skoraj dve tretjini odraslih, starih 18–74 let.

Sladkarij ne uživa 3 % odraslih, aromatiziranih pijač pa ne pije 32 % odraslih, starih 18–74 let.

Vprašanja, ki smo jih postavili v anketnem vprašalniku:

Koliko obrokov hrane običajno zaužijete na dan?

Opomba:

Vključena je vsa hrana in pijača, tudi manjši vmesni obroki in prigrizki razen navadne vode/nesladkanega čaja.

- 1 do 2 obroka.
- 3 do 5 obrokov.
- 6 ali več obrokov.

Kako pogosto uživate naslednja živila?

	Več kot enkrat na dan	Enkrat na dan	4 do 6-krat na teden	1 do 3-krat na teden	1 do 3-krat na mesec	Nikoli
Mleko in mlečni izdelki (mleko, sir, jogurt, skuta ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sveže sadje (jabolka, hruške, banane, jagode ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Predelano sadje (kompot, sadni sok, sadne solate, smoothie ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sladkarije (pecivo, torte, čokolade, bomboni ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aromatizirane gazirane in negazirane pijače (kole, ledeni čaj, sadni napitek, voda z okusom ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prehrana predstavlja eno izmed pomembnejših determinant ustnega zdravja. Nastanek kariesa je, ob prisotnosti kariogenih bakterij, neločljivo povezan s prisotnostjo prostih sladkorjev. Ti so v večjih količinah prisotni v različnih sladkih živilih, kot so slaščice, torte, čokolade in bomboni. Poleg pogostosti uživanja takšnih živil je za boljše ustno zdravje pomembno tudi število dnevni obrokov hrane, ne glede na njihovo sestavo.

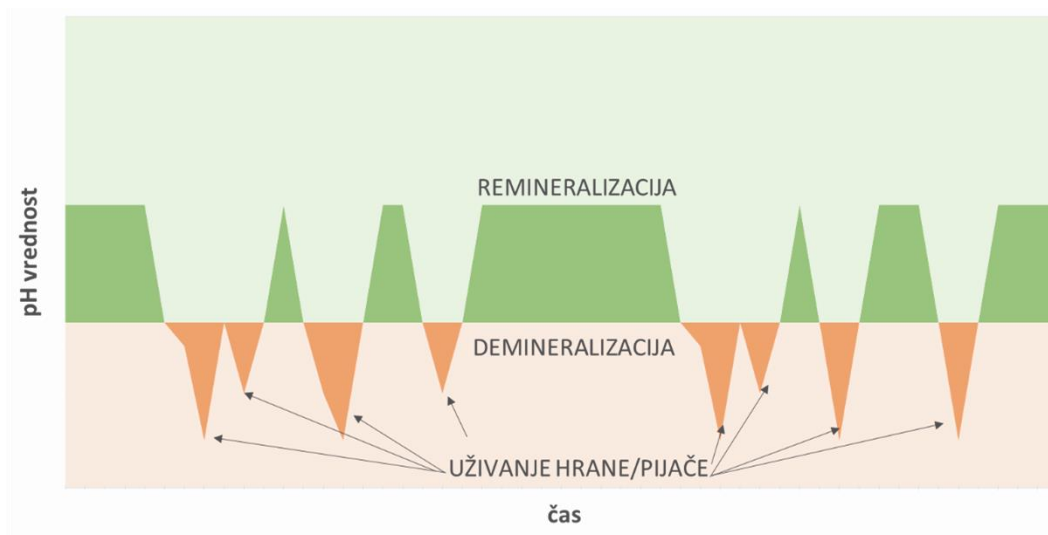
Zdrava prehrana je temelj zdravega življenjskega sloga, pri čemer ima velik pomen zadostno uživanje sadja in zelenjave. Célo sadje in zelenjava zagotavljata zadostne količine ključnih vitaminov in mineralov, ki so potrebni za ohranjanje ustnega zdravja. Ustrezna raven ustnega zdravja zagotavlja nemoteno prehranjevalno funkcijo ustne votline, kar vpliva na prehranjenost posameznika in posledično tudi na splošno zdravje.

Število dnevni obrokov

Za ohranjanje in krepitev zdravja je prehrana pomembna tako z vidika vrste hrane, ki se razlikuje po vsebnosti posameznih hranil, kot tudi z vidika velikosti obrokov in ritma prehranjevanja. Ritem prehranjevanja pomeni število in čas uživanja obrokov in razmik med posameznimi obroki. V našem okolju je tradicionalno uživanje treh glavnih obrokov (zajtrk, kosilo in večerja) in vmesnih obrokov (malice). Osnovno priporočilo se osredotoča na tri glavne obroke. Razmiki med njimi naj bodo 3–5 ur, izjemoma več ob morebitnih malicah (Poličnik, 2018). Nekatere raziskave so sicer ugotovljale, da je možno z razdelitvijo hrane v več manjših obrokov doseči zmanjšanje celokupnega vnosa hrane (Speechey in sod., 1999), vendar pa večji del raziskav potrjuje, da je večje število obrokov z vmesnimi prigrizki povezano z negativnimi vplivi na zdravje, predvsem s povečanjem energetske bilance (Mattes, 2018).

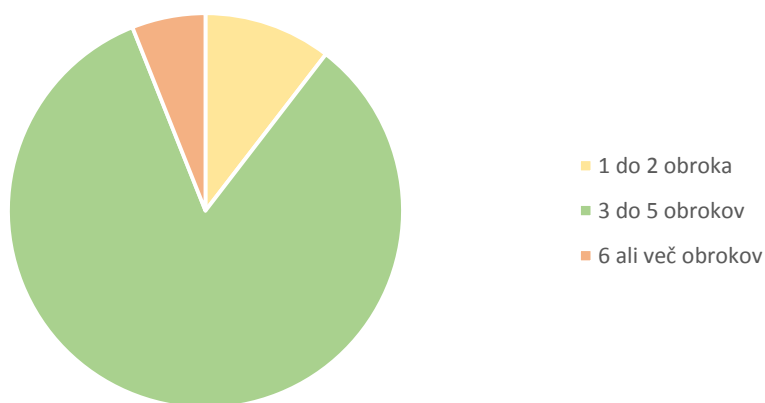
Čas med posameznimi obroki je bil predmet različnih proučevanj in vpliva na zdravje. Študije so proučevale vpliv kratkotrajnega stradanja na zdravje, pri katerem se ves vnos hrane zgodi le v nekaj urah dneva. Tak način prehranjevanja se je izkazal kot obetaven predvsem z vidika pozitivnega vpliva na zdravje, zmanjšanje debelosti in bolezni srca in žilja, vendar pa ni znano, ali je tak ritem mogoče vzdrževati skozi vse življenje, študije pa so bile opravljene med mladostniki in mlajšimi odraslimi (de Cabo, 2020).

Število dnevni obrokov in čas med njimi (ritem prehranjevanja) je pomemben tudi z vidika ustnega zdravja. Poleg osnovnih obrokov je zelo pomembno omejevanje vmesnih obrokov oziroma vmesnih prigrizkov. Uživanje hrane, ki vsebuje proste sladkorje, povzroči padec pH vrednosti v okolici trdih zobnih tkiv. Slina zaradi izplavljanja kislin in s svojo pufersko kapaciteto omogoča, da se pH vrednost postopoma dvigne nad kritično mejo demineralizacije. Če med glavnimi obroki uživamo vmesne obroke, pH vrednost upade, ko pa to storimo večkrat, se bistveno podaljšuje čas v dnevu, ko je pH vrednost pod kritično mejo demineralizacije. Gibanje pH vrednosti v ustni votlini ponazarja Stephanova krivulja (Slika 2.1), s katero lahko nazorno prikažemo pomen izogibanja uživanju prigrizkov ali pitju sladkih pijač med glavnimi obroki.



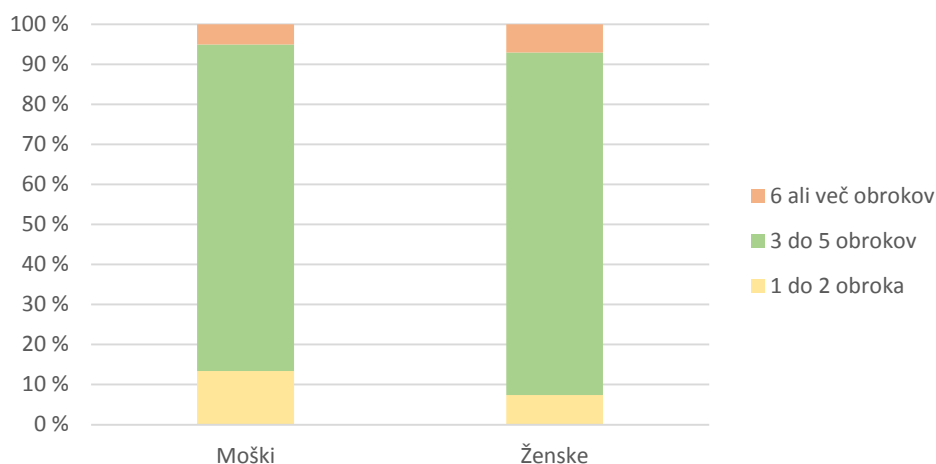
Slika 2.1. Stephanova krivulja.

V naši raziskavi ugotavljamo, da večina odraslih dnevno zaužije od 3–5 obrokov (Slika 2.2). Za odrasle, ki dnevno zaužijejo šest ali več obrokov, lahko upravičeno domnevamo, da so bolj ogroženi za nastanek kariesa. Odraslih, ki dnevno zaužijejo 6 ali več obrokov, je 6 %. V državah Evropske unije je delež odraslih, ki dnevno zaužijejo 6 ali več obrokov, v letu 2010 znašal 30 % (Eurobarometer, 2010). Med posameznimi državami obstajajo razlike, ki se razporejajo v gradientu med mediteranskimi državami, pri katerih je povprečno število obrokov manjše, in državami na severu Evrope, pri katerih je število obrokov večje (Eurobarometer, 2010; Huseinovic, 2016). Razlogi so lahko povezani tudi s časom uživanja posameznih obrokov, saj so med državami odkrili tudi mediteransko-severni gradient z zgodnejšim prvim obrokom na severu in s poznejšim na Mediteranu (Huseinovic, 2019).



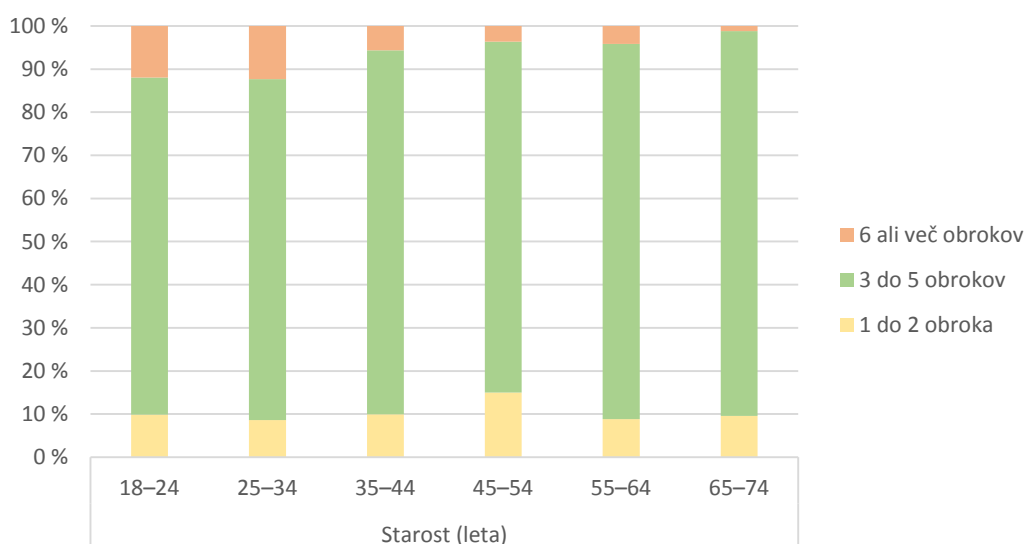
Slika 2.2. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na število dnevni obrokov.

Ugotavljamo, da moški uživajo manj obrokov kot ženske (Slika 2.3). Do dva obroka dnevno uživa 13 % moških in 7 % žensk. Šest ali več obrokov dnevno zaužije 5 % moških in 7 % žensk; razlike v deležih so statistično značilne (test hi-kvadrat = 9,67, $p = 0,008$). Nekoliko višje število dnevni obrokov med ženskami so opazili tudi v nekaterih drugih državah, kot so Italija, Nizozemska, Švedska in Združeno kraljestvo (Huseinovic, 2016).



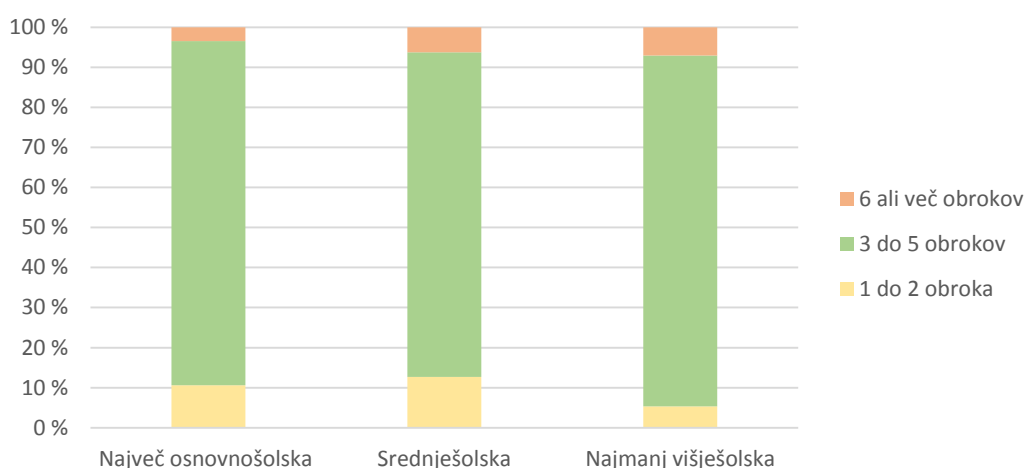
Slika 2.3. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na število dnevnih obrokov po spolu.

Razdelitev obrokov na več manjših obrokov je smiselna, če se s tem zmanjša celoten energijski vnos, lahko pa se ob več manjših dnevnih obrokih celokupni vnos celo dodatno poveča. Več kot 6 obrokov, vključno z manjšimi prigrizki, je z vidika ustnega zdravja vsekakor bolj tvegano oziroma ogrožajoče za zdravje. Ta (manj zdrav) način prehranjevanja je nekoliko pogostejši med mlajšimi odraslimi, starimi 18–34 let (Slika 2.4), med katerimi šest ali več obrokov uživa 12 % oseb, med odraslimi, starimi 35–44 let je takih 6 % oseb, med starejšimi odraslimi, starimi 65–74 let, pa je takih le še 1 % oseb. Razlike med deleži v različnih starostnih skupinah so statistično značilno različne (test CCP, $p < 0,01$). V raziskavi o prehranjevalnih navadah v Evropi so ugotovili, da v državah EU število dnevnih obrokov upada s starostjo (Eurobarometer, 2010), kar je skladno z ugotovitvami naše raziskave.



Slika 2.4. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na število dnevnih obrokov v različnih starostnih skupinah.

Preseneča, da je število dnevni obrokov manjše pri odraslih z nižjo izobrazbo (Slika 2.5). Priporočenih 3–5 obrokov dnevno zaužije 88 % odraslih z najmanj višješolsko izobrazbo, 81 % odraslih s srednješolsko izobrazbo in 86 % odraslih z največ osnovnošolsko izobrazbo. Med odraslimi z osnovnošolsko izobrazbo zaužije 1–2 obroka 11 % oseb, med osebami s srednješolsko izobrazbo je takih 13 %, med osebami z najmanj višješolsko izobrazbo pa je takih le 5 %; razlike med deleži so statistično značilno različne (test hi-kvadrat = 11,14, $p = 0,025$).



Slika 2.5. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na število dnevni obrokov, po izobrazbi.

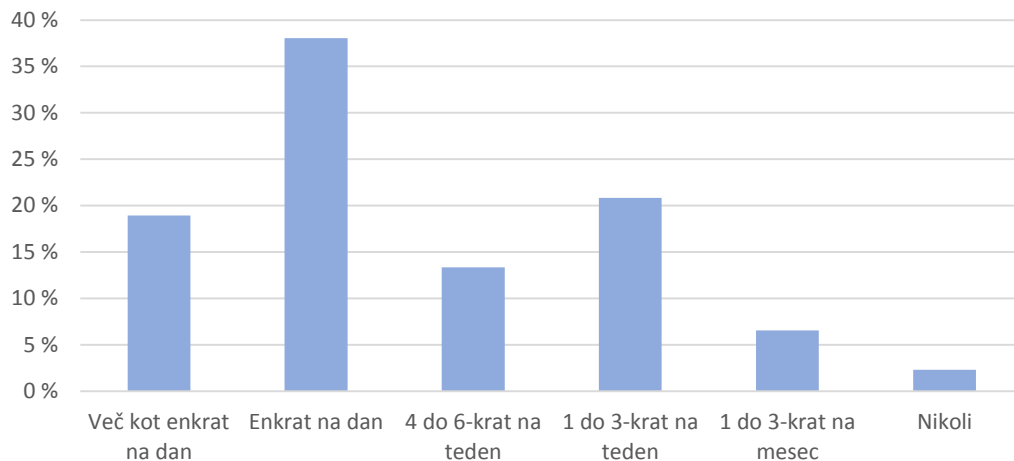
Uživanje mlečnih izdelkov

Mleko in mlečni izdelki so bogat vir kalcija, magnezija, vitamina D in drugih v maščobi topnih vitaminov ter beljakovin z visoko biološko vrednostjo. Mleko je bogat vir osnovnih hranil, ki so ključne v izgradnji in obnavljanju telesnih tkiv (zobna tkiva, mišičnina in kosti). Beljakovine v mleku so tudi pomemben vir esencialnih aminokislin, ki jih telo ne more sintetizirati in jih moramo zato zaužiti. Dnevno priporočena količina mleka je od 4 do 6 dl, en dl mleka (ali 15 g trdega ali 30 g mehkega sira) pa vsebuje približno 120 mg kalcija. Z ekvivalentom pol litra mleka dnevno zaužijemo kar 75 % priporočenega dnevnega vnosa kalcija za odrasle, kar je zelo pomembno, saj ni veliko drugih živil, ki bi bila tako bogata s tem mineralom (Nacionalni portal o hrani in prehrani, 2016). Poleg zagotavljanja osnovnih hranil, s katerimi so mleko in mlečni izdelki izredno bogati, kažejo raziskave tudi druge ugodne učinke. Višji vnos mlečnih izdelkov je pri ženskah obratno sorazmeren (se zmanjšuje) s tveganjem za nastanek sladkorne bolezni tipa 2 in tveganjem za nastanek srčno-žilnih bolezni, kar pa se ni izkazalo kot statistično značilno pri moških (Mishali in sod., 2019). Omenjena povezava velja še posebno za uživanje jogurta in izdelkov, ki vsebujejo manj maščob (Alvarez in sod., 2019).

Uživanje mleka in mlečnih izdelkov je pomembno tudi z vidika ustnega zdravja. Raziskovalci so ugotovili, da je vsakodnevno uživanje mleka in mlečnih izdelkov povezano z zmanjšanim tveganjem za nastanek paradontalne bolezni (Lee & Kim, 2019). Glede na količino naravno prisotnega sladkorja v mleku (laktoze) bi ga sicer lahko uvrstili med kariogena živila, vendar laktoze ne uvrščamo med proste sladkorje. Mleko in mlečni izdelki naj bi imeli celo določene antikariogene lastnosti, saj vsebujejo

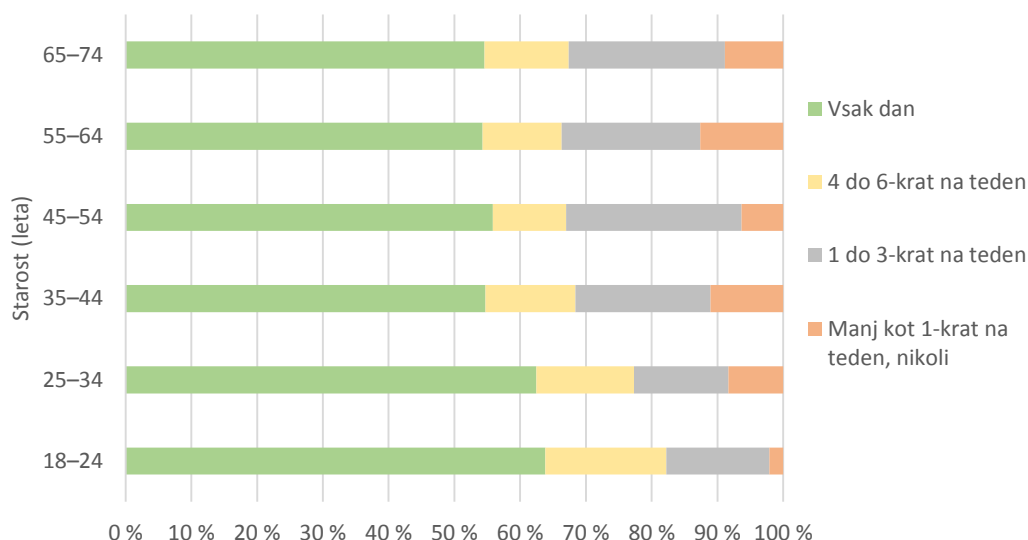
sestavine, ki preprečijo adhezijo škodljivih bakterij na zobne površine, hkrati spodbujajo adhezijo komezalnih »dobrih« bakterij, omogočajo remineralizacijo trdih zobnih tkiv in zmanjšujejo nastajanje kislin (Johansson & Lif Holgerson, 2011). Pozitivne učinke na ustno zdravje imajo tudi probiotiki v mlečnih izdelkih, saj zmanjšujejo število bakterij *Streptococcus mutans*, zvišujejo pH vrednost sline, hkrati pa tudi povečujejo nabiranje plaka (Nadelman in sod., 2018). Poleg nespornega pozitivnega vpliva na razvoj zob v otroškem obdobju so raziskave pokazale, da je mleko z vidika ustnega zdravja pomembno živilo tudi v odraslem obdobju življenja, saj naj bi vnos mleka in mlečnih izdelkov deloval zaščitno pred morebitno izgubo zob (Adegboye in sod., 2012).

Mleko in mlečne izdelke vsak dan (enkrat ali večkrat) uživa 57 % odraslih. Pri tem velja omeniti, da 19 % odraslih mleko in mlečne izdelke uživa večkrat dnevno, medtem ko jih 9 % mleko uživa manj kot enkrat tedensko (Slika 2.6). Delež oseb, ki redno uživajo mleko ali mlečne izdelke, je nekoliko višji med ženskami (59 %) kot med moškimi (55 %); razlika ni statistično značilna. V raziskavi v Nemčiji so ugotovili, da moški v povprečju zaužijejo več mlečnih izdelkov kot ženske (Heuer in sod., 2015).



Slika 2.6. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na pogostost uživanja mleka in mlečnih izdelkov.

Ugotavljamo, da mlajši odrasli pogosteje uživajo mleko ali mlečne izdelke kot starejši (Slika 2.7). Med odraslimi, starimi 18–24 let, mleko vsakodnevno uživa 64 % oseb, med odraslimi, starimi 25–34 let, pa je ta delež 62 %. Med odraslimi, starimi 35 let ali več, mleko ali mlečne izdelke vsak dan uživa 55 % oseb. Redko (manj kot enkrat tedensko) mleko in mlečne izdelke uživa le 2 % odraslih, starih 18–24 let, med odraslimi, starimi 55–64 let, pa je ta delež najvišji in znaša 13 %.



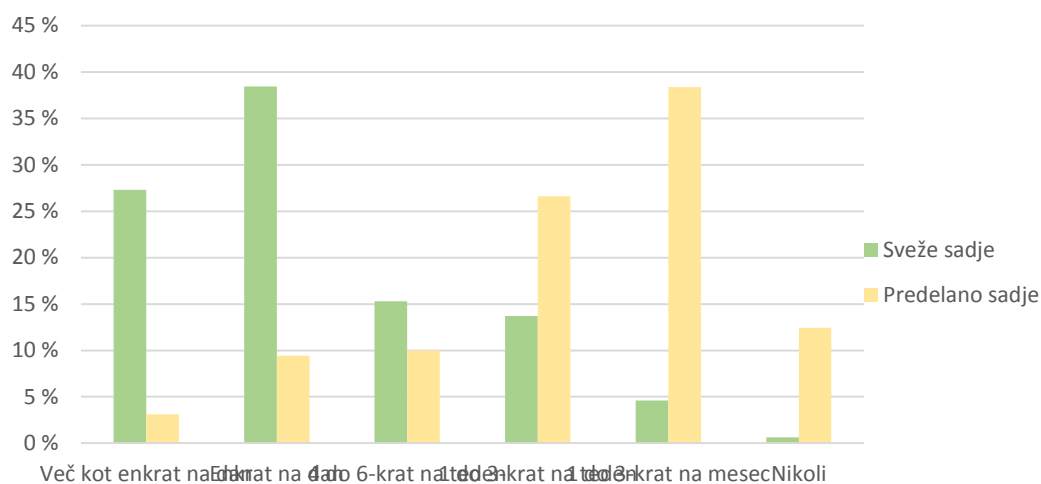
Slika 2.7. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na pogostost uživanja mleka in mlečnih izdelkov po starostnih skupinah.

Uživanje svežega in predelanega sadja

Sadje in zelenjava predstavljata zelo pomemben vir vitaminov, mineralov in vlaknin. Prehranske smernice za odrasle priporočajo uživanje 250–400 g zelenjave in 150–250 g sadja, odvisno od dnevnih energijskih potreb (Nacionalni portal o hrani in prehrani, 2016). Pomembno je, da zaužijemo več zelenjave kot sadja, saj je sadje energijsko bolj bogato zaradi večje vsebnosti sladkorjev. Zagotavljanje zadostnih količin vitaminov in mineralov je pomembno tudi z vidika ustnega zdravja. Pomanjkanja nekaterih vitaminov in mineralov se namreč hitro izrazijo v ustni votlini v obliki bolečine, krvavitve, razjed, vnetij in tudi izgube zob. Sluznica ustne votline spada med tkiva, pri katerih obnavljanje poteka hitro, zato se tudi različna pomanjkanja izrazijo hitreje kot v drugih tkivih (Tolkachjov & Bruce, 2019).

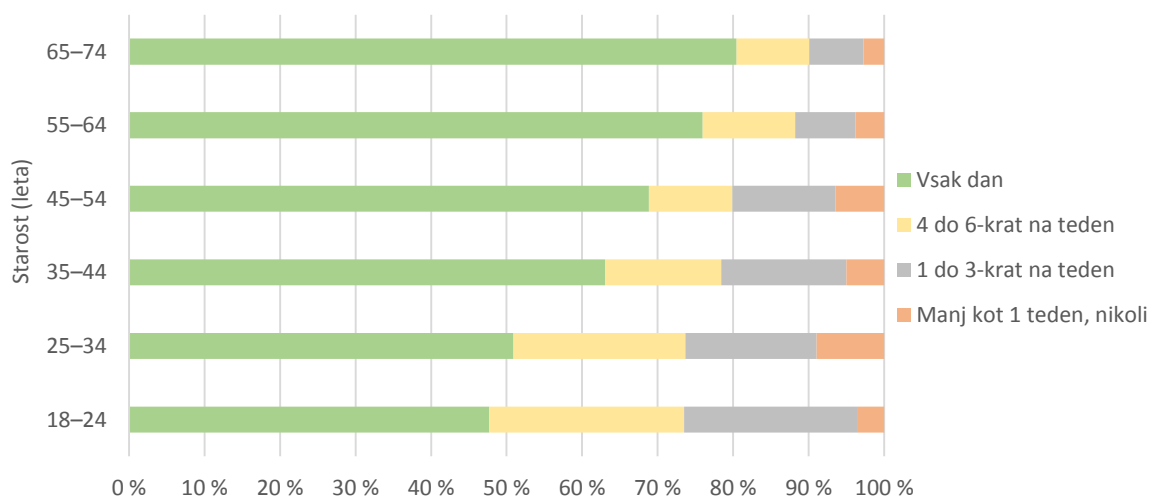
Poleg zagotavljanja zadostnih količin hranil za ustrezno ustno zdravje pa tudi raven ustnega zdravja vpliva na uživanje sadja in zelenjave. Med starostniki z več manjkajočimi zobmi so ugotovili pomembno zmanjšanje uživanja sadja in zelenjave (Brennan in sod., 2010). Hkrati so pri starostnikih odkrili neodvisno povezavo med pogostostjo uživanja sadja in zelenjave ter boljšo kakovostjo življenja (Hanri in sod., 2017). Vendar pa podatki kažejo, da obstajajo določene razlike med učinki sadja na zdravje, ki so odvisni od tega, kako predelano je sadje. Sveže in sušeno sadje ima varovalni in nevtralni učinek na zdravje, 100 % sadni sokovi imajo spremenljiv učinek na zdravje, visoka poraba vložnega sadja in sladkanih sadnih sokov pa je povezana s tveganjem za negativne posledice na zdravju (zdravstvene izide) (Fardet in sod., 2019).

V naši raziskavi ugotavljamo, da je pogostost uživanja svežega sadja višja v primerjavi s predelanim sadjem (Slika 2.8). Sveže sadje vsak dan uživa 66 % odraslih, medtem ko predelano sadje vsakodnevno uživa le 13 % odraslih. Le 5 % odraslih sveže sadje uživa redko (manj kot enkrat tedensko), medtem ko predelano sadje redko uživa kar 51 % odraslih. V vseh državah Evropske unije je delež oseb, ki dnevno uživajo sadje, ocenjen na 64 %, med njimi je več tistih, ki sadje uživajo le enkrat dnevno (Eurostat, 2020).



Slika 2.8. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na pogostost uživanja svežega in predelanega sadja.

Sveže sadje vsak dan (tudi večkrat dnevno) uživa 59 % moških in 73 % žensk; razlika v deležih je statistično značilna (test hi-kvadrat = 19,594, $p < 0,001$; test CCP, $p < 0,001$). Zanimivo je, da redno uživanje svežega sadja narašča s starostjo (Slika 2.9). Med odraslimi, starih 18–34 let, dnevno uživa sveže sadje polovica oseb, med odraslimi, starih 45–54 let, je takih 69 % oseb, med odraslimi, starih 65–74 let, pa je takih celo več kot 80 % oseb; razlika med deleži je statistično značilna (test hi-kvadrat = 48,06, $p < 0,001$; test CCP, $p < 0,03$).

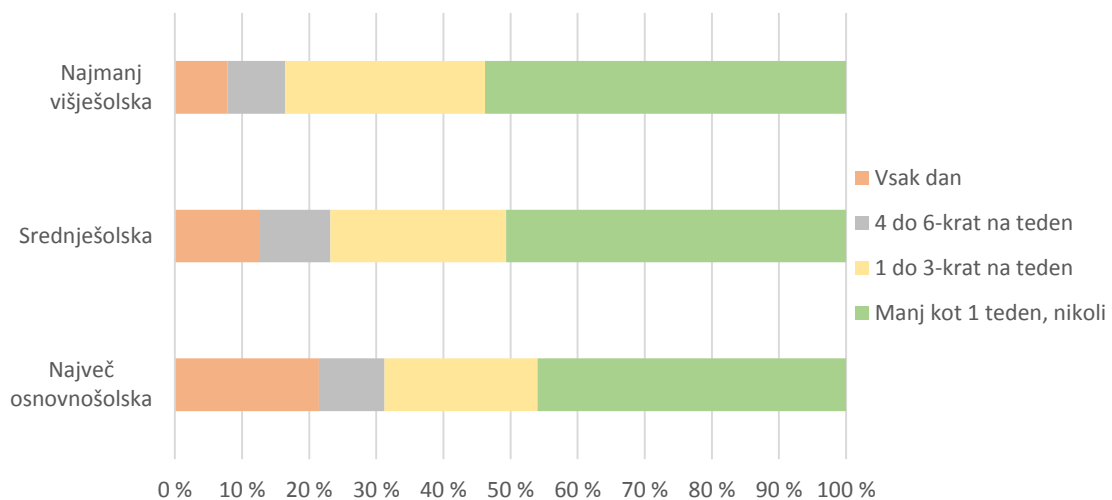


Slika 2.9. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na pogostost uživanja svežega sadja, v različnih starostnih skupinah.

Predelano sadje ima določene negativne učinke tudi na ustno zdravje, predvsem z vidika prostih sladkorjev, ki predstavljajo pomemben dejavnik tveganja za nastanek kariesa. Čisti sadni sokovi oziroma 100 % sadni sokovi sicer ne vsebujejo dodanih sladkorjev, predstavljajo pa tveganje za ustno

zdravje. V predelanem sadju so naravni sladkorji prisotni izven celične strukture in jih zato uvrščamo med proste sladkorje. Podatki raziskav kažejo, da ti lahko prispevajo k nastanku kariesa, kot tudi zobne erozije (Liska in sod., 2019).

Uživanje predelanega sadja je pogostejše med nižje izobraženimi odraslimi (Slika 2.10). Med odraslimi, ki imajo največ osnovnošolsko izobrazbo, vsak dan (ali večkrat dnevno) uživa predelano sadje 21 % oseb, kar je precej več kot med odraslimi s srednješolsko izobrazbo, med katerimi je ta delež 13 % oseb, ali med osebami z najmanj visokošolsko izobrazbo, med katerimi predelano sadje vsak dan uživa le 8 % oseb; razlike med deleži glede na izobrazbo so statistično značilne (test hi-kvadrat = 14,02, $p = 0,001$; test CCP, $p < 0,05$).



Slika 2.10. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na pogostost uživanja predelanega sadja, po izobrazbi.

Ugotovljeni deleži nekoliko odstopajo od ugotovitev raziskave Z Zdravjem povezan življenjski slog (Vinko in sod., 2018), kjer so ugotovili manjši delež oseb, ki vsak dan uživajo predelano sadje. Razlika je lahko posledica nekoliko drugače zastavljenega vprašanja v naši raziskavi, saj smo v kategorijo predelanega sadja uvrščali tudi smoothije in vse sadne sokove ter sadne solate, medtem ko je v raziskavi o zdravem življenjskem slogu predelano sadje vključevalo kompote, sadje v pločevinki in 100 % sadne sokove.

Pitje sladkih pijač in uživanje sladkarij

Sladkorje v hrani lahko razdelimo na več različnih skupin, bodisi na osnovi kemijske zgradbe (monosaharidi, disaharidi, polisaharidi) ali po njihovi prisotnosti v živilih oziroma vplivu na zdravje (prosti sladkorji, naravno prisotni sladkorji, intrinzični sladkorji, ekstrinzični sladkorji). Bakterije v zobnih oblogah razgradijo sladkorje (fermentabilni sladkorji) v kisline, te pa povzročijo demineralizacijo trdih zobnih tkiv in s tem začetek karioznega procesa. Prosti sladkorji so enostavni sladkorji (mono- in disaharidi), ki so dodani v živila med proizvodnjo, kuhanjem ali s strani potrošnika, ter sladkorji, ki so naravno prisotni v medu, sirupih, sadnih sokovih, nektarjih in smoothijih. Smernice

Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) priporočajo, da je potrebno vnos prostih sladkorjev omejiti na 5 % energijskega vnosa, kar predstavlja 25 g čistega sladkorja (oziroma 5 jedilnih žlic) dnevno (WHO, 2015).

Kadar govorimo o prostih sladkorjih (Moynihan in sod., 2018) (Slika 2.11) lahko zaznamo tudi morebitne drugačne definicije skupin sladkorjev, ki so z vidika varovanja ustnega zdravja bolj problematične. Prosti sladkorji so pravzaprav tisti enostavni sladkorji, ki so dodani v različnih postopkih pred samim zaužitjem živila oziroma so naravno prisotni v medu, sirupih in sadnih sokovih. Gre torej za enostavne sladkorje, ki so »dostopnejši« za takojšnjo razgradnjo s strani kariogenih bakterij. V strokovnih izhodiščih Vzgoje za ustno zdravje leta 2015 je bila uporabljena nekoliko drugačna razdelitev sladkorjev in kot najbolj problematični navedeni nemlečni ekstrinzični sladkorji (Ranfl in sod., 2015). Iz imena izhaja, da gre za sladkorje, ki se nahajajo izven celične strukture in niso prisotni v mleku ali mlečnih izdelkih. Navkljub različnemu poimenovanju gre v osnovni za proste sladkorje. V sklopu razumevanja prostih sladkorjev sta v mleku in mlečnih izdelkih naravno prisotni laktoza in galaktoza namreč izvzeti iz definicije prostih sladkorjev (WHO, 2015).



Slika 2.11. Shematski prikaz razdelitve sladkorjev.

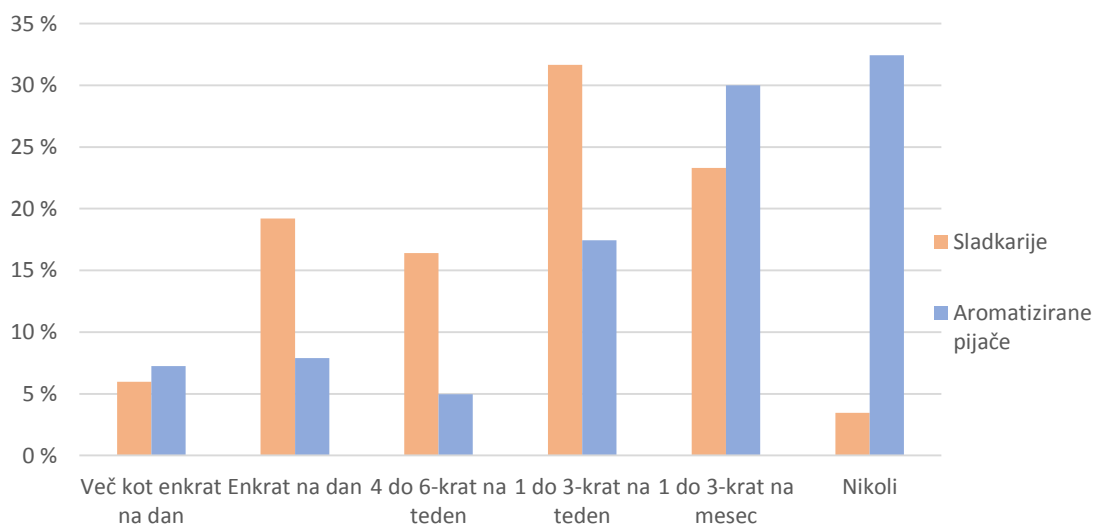
Na nastanek kariesa vpliva preplet več dejavnikov:

- gostitelja, ki se nanašajo na puferske lastnosti sline in mineralizacijske lastnosti zob,
- mikroflore, ki se nahaja v zobnem plaku,
- substrata, ki ga predstavlja prehrana,
- čas medsebojnega delovanja dejavnikov,
- izpostavljenosti fluoridom.

Vlogo fermentabilnih sladkorjev v karioznem procesu močno zmanjša uporaba fluoridov. Se pa ta odnos spremni, če poleg količine fluoridov upoštevamo tudi pogostost uživanja fermentabilnih sladkorjev. Zmanjševanje celokupne količine zaužitih sladkorjev brez zmanjševanja pogostosti uživanja le-teh, je manj učinkovit pristop pri zmanjševanju tveganja za nastanka kariesa (van Lovren, 2019). Poleg slaščic (in drugih sladkih živil), v katerih so prisotne večje količine prostih sladkorjev, posebno tveganje za ustno zdravje predstavlja pitje aromatiziranih pijač. Te pijače poleg prostih sladkorjev vsebujejo še kisline, ki dodatno povečajo tveganje za nastanek kislinskih erozij. S povečanim tveganjem za nastanek kislinskih erozij je povezano pitje aromatiziranih pijač in tudi nekaterih vitaminskih

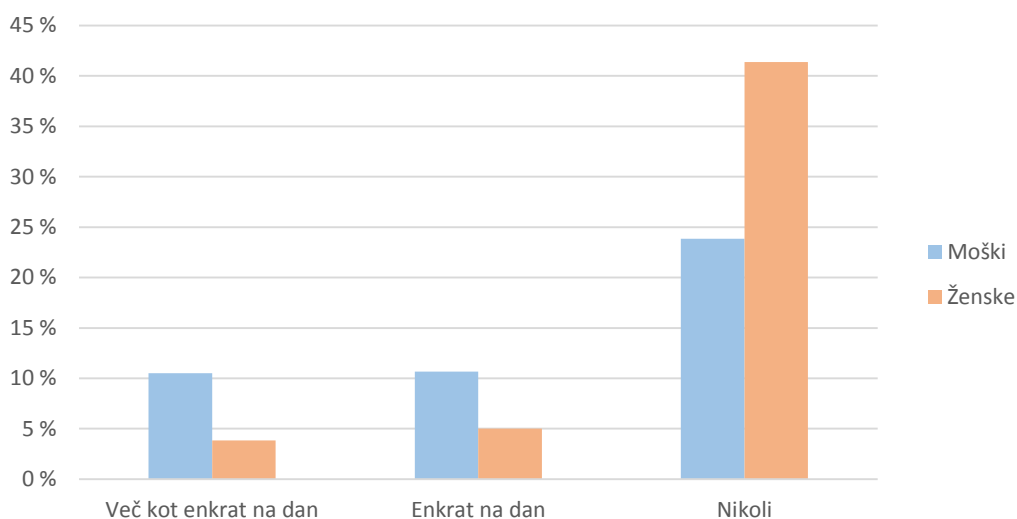
dodatkov, ne pa pitje mleka in mlečnih izdelkov (Li in sod., 2012). Erozivni potencial posamezne tekočine je odvisen od njene pH vrednosti in tudi koncentracije kalcijev in fosfatnih ionov v tekočini (Lussi & Carvalho, 2014). Pomarančni sok s pH vrednostjo 4,0, ki so mu dodali kalcij in fosfat, tako ni povzročil erozivnih sprememb sklenine (Larsen & Nyvad, 1999). Povprečna aromatizirana pijača ima v eni enoti približno 40 g prostih sladkorjev, temu tveganju pa se pridruži še tveganje nastanka zobnih erozij, saj je povprečna pH vrednost takih pijač med 2,5 in 3,5 (Tahmassebi & BaniHani, 2019). Glede na potencialno tveganje za ustno zdravje sta nas zanimala tako pogostost uživanja sladkarij z vidika visoke vsebnosti protih sladkorjev, kot tudi pitje aromatiziranih pijač, v katerih so prisotne še kisline.

Po podatkih naše raziskave sladkarije (na primer čokolado, pecivo, torte) vsak dan (enkrat ali večkrat dnevno) uživa 25 % odraslih, starih 18–74 let, aromatizirane pijače pa dnevno pije 15 % odraslih, starih 18–74 let (Slika 2.12). Presenetljivo je, da odrasli pogosteje uživajo sladkarije kot pa aromatizirane pijače. Tako sladkarije vsaj enkrat tedensko uživa 73 % odraslih, medtem ko aromatizirane pijače vsaj enkrat tedensko uživa 37 % odraslih. Aromatiziranih pijač nikoli ne pije 32 % odraslih, le 3 % pa jih nikoli ne uživa sladkarij.



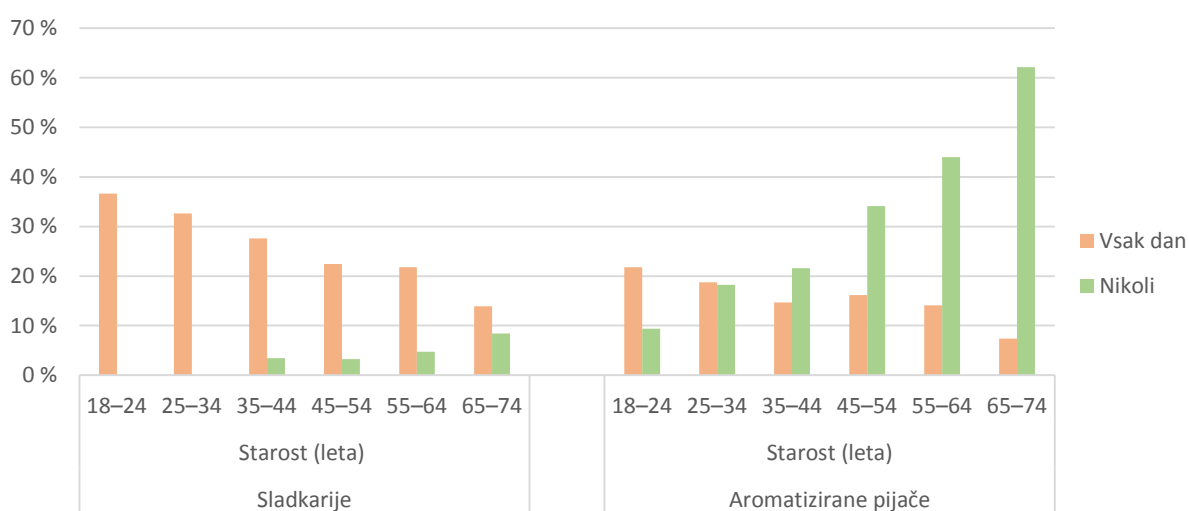
Slika 2.12. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na pogostost uživanja slaščic (ali sladkarij) in pitja aromatiziranih pijač.

Pogostost pitja aromatiziranih pijač se razlikuje tudi glede na spol (Slika 2.13). Večkrat dnevno pije aromatizirane pijače 11 % moških in 4 % žensk, približno enaki pa so deleži oseb obeh spolov, ki aromatizirane pijače pijejo enkrat dnevno. Tako vsak dan pije aromatizirane pijače 22 % moških in 9 % žensk. Razlike v deležih med spoloma so statistično značilne (test hi-kvadrat = 57,61, $p < 0,001$; test CCP, $p < 0,003$). Aromatiziranih pijač nikoli ne pije 41 % žensk in 24 % moških; razlika med deleži je statistično značilna (test CCP, $p < 0,001$). Pogostost pitja je delno povezana tudi s količino popitih aromatiziranih pijač. Nekatere raziskave so potrdile, da moški pijejo večje količine aromatiziranih pijač (Heuer in sod., 2015), iz česar lahko posredno sklepamo, da jih tudi pijejo pogosteje.



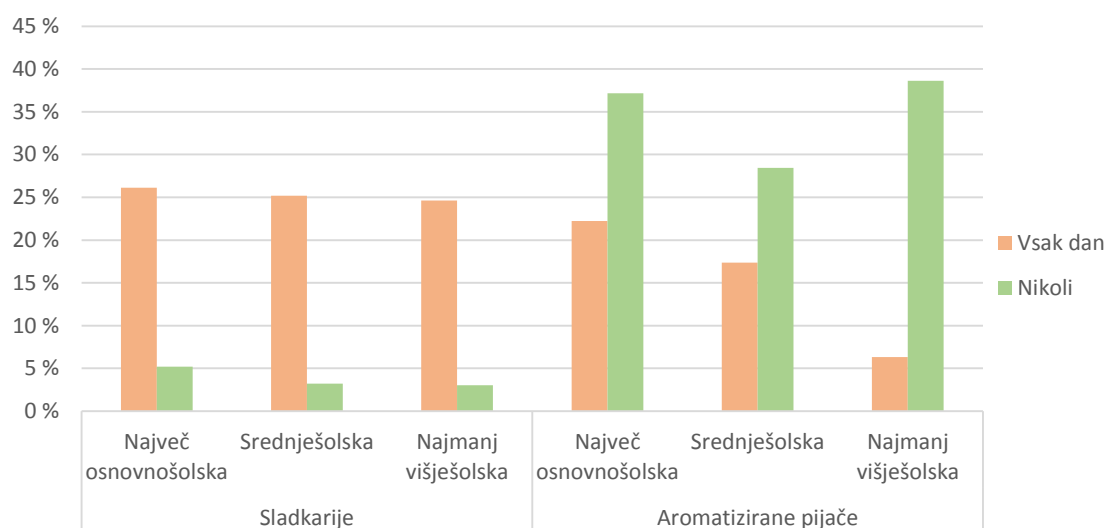
Slika 2.13. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na pogostost pitja aromatiziranih pijač po spolu.

Glede na pogostost uživanja sladkarij ugotovimo, da se delež oseb, ki redno uživajo sladkarije, s starostjo zmanjšuje (Slika 2.14). Med mlajšimi odraslimi, starimi 18–25 let, uživa sladkarije vsak dan 37 % oseb, med odraslimi, starimi 65–74 let, pa je ta delež 14 %; razlike med deleži so statistično značilne (test CCP, $P < 0,001$). Med mlajšimi odraslimi, starimi do 35 let, praktično ni oseb, ki sladkarij nikoli ne uživajo, med starejšimi od 65 let pa je ta delež 8 % oseb. Podobne trende še jasneje opazimo pri pitju aromatiziranih pijač (Slika 2.14). Med mlajšimi odraslimi, starimi 18–24 let, vsak dan pije aromatizirane pijače 22 % oseb, le-teh pa nikoli ne pije 9 % oseb. Delež tistih, ki aromatizirane pijače pijejo vsakodnevno, se s starostjo zmanjšuje, obratno pa narašča delež oseb, ki aromatiziranih pijač ne pijejo nikoli. Med odraslimi, starimi 65–74 let, jih 62 % ne pije aromatiziranih pijač, 7 % pa jih pije vsak dan.



Slika 2.14. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na pogostost uživanja sladkarij in pitja aromatiziranih pijač, v različnih starostnih skupinah.

Raziskava kaže, da izobrazba nima pomembnega vpliva na pogostost uživanja slaščic in sladkarij. Četrtnina odraslih uživa sladkarije vsakodnevno, 4 % odraslih pa jih ne uživa nikoli, ne glede na doseženo stopnjo izobrazbe (Slika 2.15). Razlike glede na izobrazbo so bistveno večje pri pitju aromatiziranih pijač. Med odraslimi z največ osnovnošolsko izobrazbo aromatizirane pijače redno (vsak dan) pije 22 %, med odraslimi z najmanj višješolsko izobrazbo pa je takih 6 %; razlika med deležema je statistično značilna (test CCP, $p < 0,001$). Delež oseb, ki nikoli ne pijejo aromatiziranih pijač, je med odraslimi z največ osnovnošolsko izobrazbo 37 %, med odraslimi z najmanj višješolsko izobrazbo je ta delež 39 %. Najnižji delež oseb, ki nikoli ne pijejo aromatiziranih pijač, je med odraslimi s srednješolsko izobrazbo in znaša 28 %; razlika med deleži je statistično značilna (test CCP, $p = 0,005$).



Slika 2.15. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na pogostost vsakodnevne uživanja sladkarij in pitja aromatiziranih pijač po izobrazbi.

V nemški raziskavi o količini zaužitih sladkih živil so prišli do podobnih rezultatov kot mi v naši raziskavi, saj so ugotovili, da s starostjo upada povprečna dnevna količina zaužitih slaščic in aromatiziranih pijač (Heuer in sod., 2015).

Poleg negativnega vpliva živil s prostimi sladkorji na ustno zdravje je znan tudi vpliv na splošno zdravje. Po podatkih velike evropske študije dnevno pitje dveh kozarcev aromatiziranih pijač pomeni večje tveganje za splošno umrljivost v primerjavi z uživanjem manj kot ene enote na mesec (Mullee in sod., 2019).

Podatki o prehranjevalnih navadah, ki vplivajo na ustno zdravje med odraslimi, kažejo na pomembno razširjenost nekaterih manj zdravih navad. Te so pogostejše med mlajšimi odraslimi. V osveščanje te populacije o nezdravih prehranjevalnih navadah je potrebno vključiti tudi informacije o vplivu na ustno zdravje. To bi namreč lahko služilo kot dodaten motivacijski dejavnik pri spremembi nezdravega življenjskega sloga.

Priporočila

Priporočilo 2.1. Ustrezno predstaviti negativni vpliv vmesnih prigrizkov na ustno zdravje.

Priporočilo 2.2. Okrepiti zavedanje, da pitje sadnih sokov in smoothijev predstavlja tveganje za ustno zdravje.

Priporočilo 2.3. Priporočati uživanje celega sadja namesto predelanega.

Priporočilo 2.4. Okrepiti ozaveščanje mlajših odraslih o škodljivih vplivih uživanja prostih sladkorjev in pitja aromatiziranih pijač na ustno zdravje.

Viri

- Adegbeye AR, Twetman S, Christensen LB, Heitmann BL. Intake of dairy calcium and tooth loss among adult Danish men and women. *Nutrition*. 2012 Jul;28(7-8):779–84.
- Alvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, Martinez-Vizcaino V, Sotos-Prieto M, Ruiz JR, Gil A. Effects of milk and dairy product consumption on type 2 diabetes: overview of systematic reviews and meta-analyses. *Adv Nutr*. 2019;10(Suppl 2):S154–63.
- Brennan DS, Singh KA, Liu P, Spencer A. Fruit and vegetable consumption among older adults by tooth loss and socio-economic status. *Aust Dent J*. 2010;55(2):143–9.
- de Cabo R, Mattson MP. Effects of intermittent fasting on health, aging, and disease [published correction appears in *N Engl J Med*. 2020;382(3):298]. *N Engl J Med*. 2019;381(26):2541–51.
- Eurobarometer. Special Eurobarometer 330. Wave 72.3. Oral Health. Brussels: TNS Opinion & Social; 2010. Pridobljeno 20. 3. 2020 s spletne strani: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_330_en.pdf.
- Eurostat. Persons eating fruit, vegetables or salad by, educational attainment level, income group, most frequent activity status, and sex. Pridobljeno 20. 3. 2020 s spletne strani: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
- Fardet A, Richonnet C, Mazur A. Association between consumption of fruit or processed fruit and chronic diseases and their risk factors: a systematic review of meta-analyses. *Nutr Rev*. 2019;77(6):376–87.
- Heuer T, Krems C, Moon K, Brombach C, Hoffmann I. Food consumption of adults in Germany: results of the German National Nutrition Survey II based on diet history interviews. *Br J Nutr*. 2015;113(10):1603–14.
- Huseinovic E, Winkvist A, Freisling H, Slimani N, Boeing H, Buckland G in sod. Timing of eating across ten European countries - results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) calibration study. *Public Health Nutr*. 2019;22(2):324–35.
- Huseinovic E, Winkvist A, Slimani N, Park MK, Freisling H, Boeing H in sod. Meal patterns across ten European countries - results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) calibration study. *Public Health Nutr*. 2016;19(15):2769–80.
- Johansson I, Lif Holgersson P. Milk and oral health. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program*. 2011;67:55–66.
- Larsen MJ, Nyvad B. Enamel erosion by some soft drinks and orange juices relative to their pH, buffering effect and contents of calcium phosphate. *Caries Res*. 1999;33(1):81–7.
- Lee K, Kim J. Dairy food consumption is inversely associated with the prevalence of periodontal disease in Korean adults. *Nutrients*. 2019;11(5):1035.
- Li H, Zou Y, Ding G. Dietary factors associated with dental erosion: a meta-analysis [published correction appears in *PLoS One*. 2016;11(8):e0161518]. *PLoS One*. 2012;7(8):e42626.
- Liska D, Kelley M, Mah E. 100% fruit juice and dental health: a systematic review of the literature. *Front Public Health*. 2019;7:190.
- Lussi A, Carvalho TS. Erosive tooth wear: a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. *Monogr Oral Sci*. 2014;25:1–15.
- Mattes RD. Snacking: a cause for concern. *Physiol Behav*. 2018;193(Pt B):279–83.

- Mishali M, Prizant-Passal S, Avrech T, Shoenfeld Y. Association between dairy intake and the risk of contracting type 2 diabetes and cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis with subgroup analysis of men versus women. *Nutr Rev.* 2019;77(6):417–29.
- Moynihan P, Makino Y, Petersen PE, Ogawa H. Implications of WHO Guideline on sugars for dental health professionals. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018;46(1):1–7.
- Mullee A, Romaguera D, Pearson-Stuttard J, Viallon V, Stepien M, Freisling H in sod. Association between soft drink consumption and mortality in 10 European countries [published online ahead of print, 2019 Sep 3]. *JAMA Intern Med.* 2019;e192478.
- Nacionalni portal o hrani in prehrani. Prehrana.si [Elektronski vir]. Smernice zdrave prehrane. 2016. Pridobljeno 27. 8. 2020 s spletne strani: <https://www.prehrana.si/moja-prehrana/>
- Nadelman P, Magno MB, Masterson D, da Cruz AG, Maia LC. Are dairy products containing probiotics beneficial for oral health? A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2018;22(8):2763–85.
- Nanri H, Yamada Y, Itoi A, Yamagata E, Watanabe Y, Yoshida T in sod. Frequency of fruit and vegetable consumption and the oral health-related quality of life among japanese elderly: a cross-sectional study from the Kyoto-Kameoka study. *Nutrients.* 2017;9(12):1362.
- Poličnik R. Zdrava prehrana, Priročnik za izvajalce v zdravstvenih domovih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2018. Pridobljeno 20. 3. 2020 s spletne strani: <http://www.nijz.si/sl/opus-delavnic-in-svetovanj-za-zdravje>
- Ranfl M, Oikonomidis C, Kosem R, Artnik B. Vzgoja za ustno zdravje: prehrana in higiena. Strokovna izhodišča. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2015.
- Speechly DP, Rogers GG, Buffenstein R. Acute appetite reduction associated with an increased frequency of eating in obese males. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1999;23(11):1151–9.
- Tahmassebi JF, BaniHani A. Impact of soft drinks to health and economy: a critical review. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2020;21:109–17.
- Tolkachjov SN, Bruce AJ. Oral signs of nutritional disease. V: Fazel N, ur. *Oral signs of systemic disease.* Springer, Cham; 2019. pp. 63–89.
- van Loveren C. Sugar Restriction for Caries Prevention: Amount and Frequency. Which Is More Important? *Caries Res.* 2019;53(2):168–75.
- Vinko M, Kofol Bric T, Korošec A, Tomšič S, Vrdelja M, ur. Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2018.
- World Health Organization. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015. Pridobljeno 20. 3. 2020 s spletne strani: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf?ua=1

3 OBISKI PRI ZOBOZDRAVNIKU

V zadnjem letu je zobozdravnika obiskalo 61 % odraslih.

Kar 17 % odraslih ni obiskalo zobozdravnika že več kot 2 leti.

Rutinsko zdravljenje je najpogostejši razlog zadnjega obiska pri zobozdravniku, kar 13 % odraslih pa je zobozdravnika nazadnje obiskalo zaradi potrebe po nujnem zdravljenju.

Najpogostejši razlog za opustitev obiska pri zobozdravniku je neprepoznana oziroma nezaznana potreba po obisku.

Vprašanja, ki smo jih postavili v anketnem vprašalniku:

Kdaj ste nazadnje obiskali zobozdravnika zaradi svojih zob, dlesni ali proteze?

- V zadnjih 12 mesecih. Kolikokrat: _____.
- Pred 1 do 2 letoma.
- Pred 2 do 5 leti.
- Pred 5 leti in več.

Kaj je bil razlog zadnjega obiska pri zobozdravniku?

(Možnih je več odgovorov.)

- Pregled.
- Rutinsko zdravljenje (plomba, zdravljenje zoba, protetična oskrba itd.).
- Nujno zdravljenje (v primeru bolečine, poškodbe, otekline itd.).

Kaj je bil glavni razlog, da v zadnjih 12 mesecih niste obiskali zobozdravnika?

- V zadnjih 12 mesecih sem obiskal zobozdravnika.
- Ni bilo potrebe.
- Zaradi strahu ali slabih izkušenj iz preteklosti.
- Zaradi finančnih stroškov (neurejeno zavarovanje, doplačila).
- Zaradi prevelike oddaljenosti.
- Zaradi neustreznega delovnega časa.
- Drugo: _____.

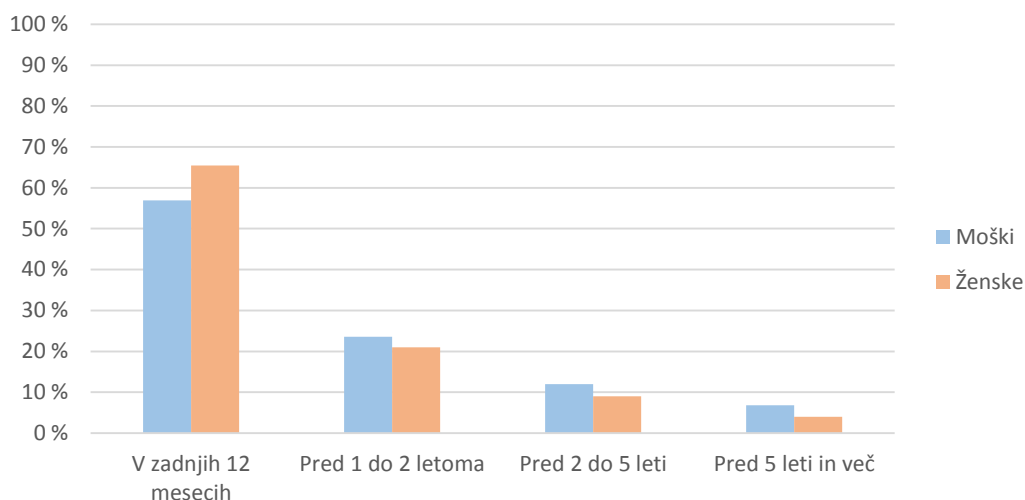
Za ohranjanje in krepitev ustnega zdravja so poleg ustrezne ustne higiene in zdrave prehrane potrebni redni obiski pri zobozdravniku. Redne obiske pri zobozdravniku se priporoča zaradi kontrole prisotnosti zobnega plaka in zobnega kamna, ugotavljanja prisotnosti kariesa in parodontalne bolezni, pravočasne detekcije potencialno rakavih sprememb v ustnem predelu ter svetovanja o prenehanju škodljivih navad (kajenja, pitja alkohola) (123DENTIST, 2016). Ameriško združenje za boj proti raku (angl. American Cancer Society) za učinkovitejšo preventivo in zgodnejše odkrivanje raka v ustnem predelu priporoča letne preventivne preglede odraslih, starejših od 40 let, in preventivne preglede enkrat na tri leta za odrasle, mlajše od 40 let (Neville & Day, 2002). Takšno oportunistično presejanje naj bi se izvajalo hkrati oziroma istočasno kot redni preventivni pregledi ustnega predela (Neville & Day, 2002). Pogostost preventivnih obiskov pri zobozdravniku je povezana z razpoložljivostjo zobozdravnikov kot tudi z osveščenostjo odraslih o pomenu takih pregledov.

S pravočasnim pregledom lahko zobozdravnik odkrije morebitne bolezni in z ukrepanjem prepreči njihovo napredovanje. Zgodnja obravnava z na dokazih temelječimi preventivnimi ukrepi prispeva k izboljšanju splošnega zdravja (AAPD, 2018). Redni obiski pri zobozdravniku doprinesejo tudi k oblikovanju ustreznega odnosa do ustnega zdravja, saj lahko odrasli predstavljajo vzgled in pripomorejo k učinkovitejšemu prenašanju pozitivnih vzorcev skrbi za ustno zdravje na otroke in mladostnike.

Veljavna zakonodaja omogoča preventivne zobozdravstvene preglede, in sicer pregled na lastno željo enkrat letno oziroma kontrolni pregled 6 mesecev po končanem zdravljenju (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, 1994). Za razliko od oblikovanega celostnega programa preventivnega zobozdravstvenega varstva za otroke in mladostnike pa le-tega za odrasle ni (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998). Priporočila glede pogostosti obiskov pri zobozdravniku se sicer lahko razlikujejo glede na individualne dejavnike tveganja, nasploh pa velja, da se **priporoča obisk pri zobozdravniku vsaj enkrat letno oziroma vsakih 12 mesecev** (Ranfl in sod., 2015).

V naši raziskavi smo proučevali, kdaj so odrasli nazadnje obiskali zobozdravnika zaradi svojih zob, dlesni ali proteze in kaj je bil razlog zadnjega obiska oziroma opustitve obiska pri zobozdravniku.

Rezultati naše raziskave kažejo, da je v zadnjem letu obiskalo zobozdravnika 61 % odraslih, in sicer delež med moškimi znaša 57 % in med ženskami 66 %; razlika med spoloma je statistično značilna (test hi-kvadrat = 8,623, $p = 0,035$; test CCP, $p = 0,008$) (Slika 3.1). Podobno iz ZDA poročajo, da je v zadnjem letu obiskalo zobozdravnika 67 % odraslih (ne glede na razlog obiska), nekoliko večji delež žensk (69 %) kot moških (64 %) (KFF, 2018). Ob tem poudarjamo, da lahko različni sistemi (zobo)zdravstvenega varstva vplivajo na razlike v deležih.

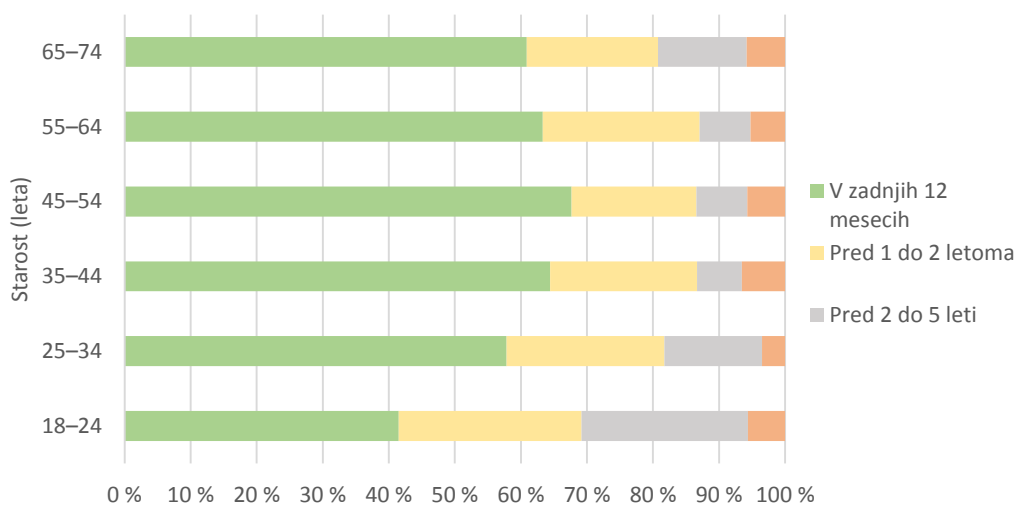


Slika 3.1. Delež odraslih glede na pogostost obiska pri zobozdravniku, po spolu.

Zaskrbljujoč je podatek, da že več kot 2 leti zobozdravnika ni obiskalo kar 17 % odraslih, in sicer vsak peti moški in vsaka sedma ženska. Ta podatek je primerljiv s podatki iz Velike Britanije, kjer v zadnjih dveh letih zobozdravnika ni obiskalo 18 % odraslih, izmed teh pa jih tretjina zobozdravnika sploh ne obiskuje (Dentistry, 2019).

Izmed tistih, ki so obiskali zobozdravnika v zadnjem letu, jih je 40 % zobozdravnika obiskalo enkrat, 29 % dvakrat in 31 % trikrat ali večkrat.

Največji delež odraslih, ki so v zadnjem letu obiskali zobozdravnika, je v starostni skupini 45–54 let (68 %), sledijo starostne skupine 35–44 let (64 %), 55–64 let (63 %), 65–74 let (61 %), 25–34 let (58 %), najmanjši delež pa je v starostni skupini 18–24 let (41 %) (Slika 3.2); deleži so statistično značilni (test hi-kvadrat = 35,199, $p = 0,002$), razlike pa so statistično značilne le med odraslimi, starimi 18–24 let in odraslimi, starimi 35 let ali več (test CCP, $p < 0,042$).



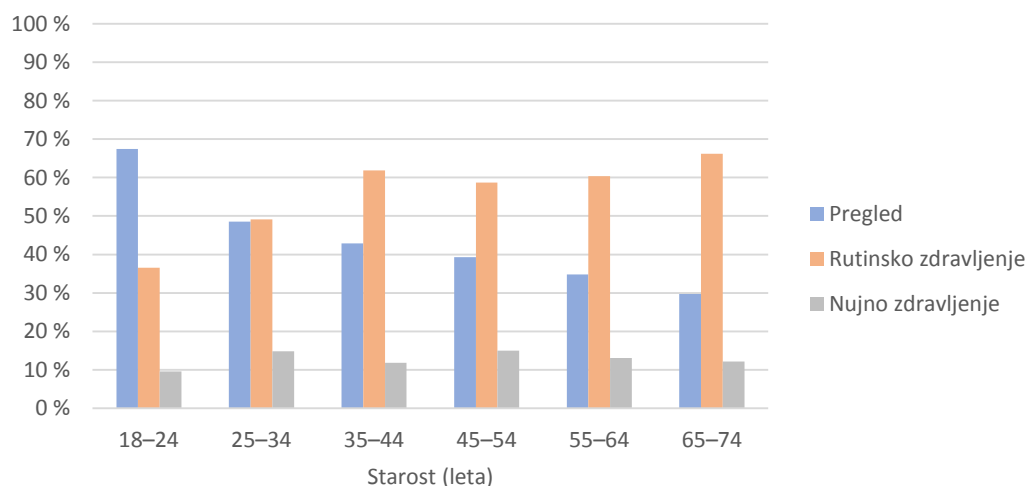
Slika 3.2. Delež odraslih glede na pogostost obiska pri zobozdravniku, v različnih starostnih skupinah.

Razlike med starostnimi skupinami odražajo spremembe v sistemu zobozdravstvenega varstva skozi čas in spremembe v dojemanju ustnega zdravja ter skrbi za ustno zdravje med različnimi generacijami. Mlajši odrasli pogosteje kot starejši odrasli obiskujejo zobozdravnika in koristijo zobozdravstvene storitve (Ettinger, 1992; Kiyak & Reichmuth, 2005). Tudi Wall in Brown (2003) sta ugotovila, da starostniki najmanjkrat obiščejo zobozdravnika.

Analiza pogostosti obiska pri zobozdravniku glede na izobrazbo odraslih kaže, da odrasli z najmanj višješolsko izobrazbo pogosteje obiščejo zobozdravnika kot odrasli z največ srednješolsko izobrazbo. Tako je v zadnjih 2 letih zobozdravnika obiskalo 89 % odraslih z najmanj višješolsko izobrazbo in 82 % odraslih z največ srednješolsko izobrazbo; razlika med deležema je statistično značilna (testi hi-kvadrat = 6,243, $p = 0,012$; test CCP, $p = 0,004$). Tudi v drugih raziskavah ugotavljajo, da višja izobrazba in s tem višji prihodki promovirajo pogostejše obiskovanje zobozdravnika (Roberts-Thomson & Brennan, 1995; Kiyak & Reichmuth, 2005). Verjetnost obiska pri zobozdravniku v zadnjih 12 mesecih je večja pri odraslih z višjim dohodkom (FDI, 2015).

Pogostost obiska pri zobozdravniku se med odraslimi glede na bivalno okolje ne razlikuje (test hi-kvadrat = 6,640, $p = 0,355$), kar je v nasprotju z ugotovitvijo Vargasove in sodelavcev (2003), ki navajajo, da odrasli iz vaškega okolja v večjem deležu poročajo o nezadovoljenih potrebah po zdravljenju in o manj pogostem koriščenju zobozdravstvenih storitev.

V raziskavi ugotavljamo, da je bil pri odraslih najpogostejši razlog zadnjega obiska pri zobozdravniku rutinsko zdravljenje. Sledil je (preventivni) pregled, ki so ga v večjem deležu kot razlog zadnjega obiska navedle ženske; razlika v deležih med moškimi in ženskami je statistično značilna (test hi-kvadrat = 7,556, $p = 0,006$). Pri kar 13 % odraslih je bil razlog zadnjega obiska pri zobozdravniku potreba po nujnem zdravljenju, in sicer je delež večji pri moških (16 %) kot pri ženskah (10 %); razlika med deležema po spolu je statistično značilna (test hi-kvadrat = 6,030, $p = 0,014$). Na Sliki 3.3, kjer so prikazani navedeni razlogi zadnjega obiska pri zobozdravniku v različnih starostnih skupinah, vsota pri posamezni starostni skupini presega 100 %, saj je za posamezen obisk možnih več razlogov.



Slika 3.3. Delež odraslih glede na razlog zadnjega obiska pri zobozdravniku, v različnih starostnih skupinah.

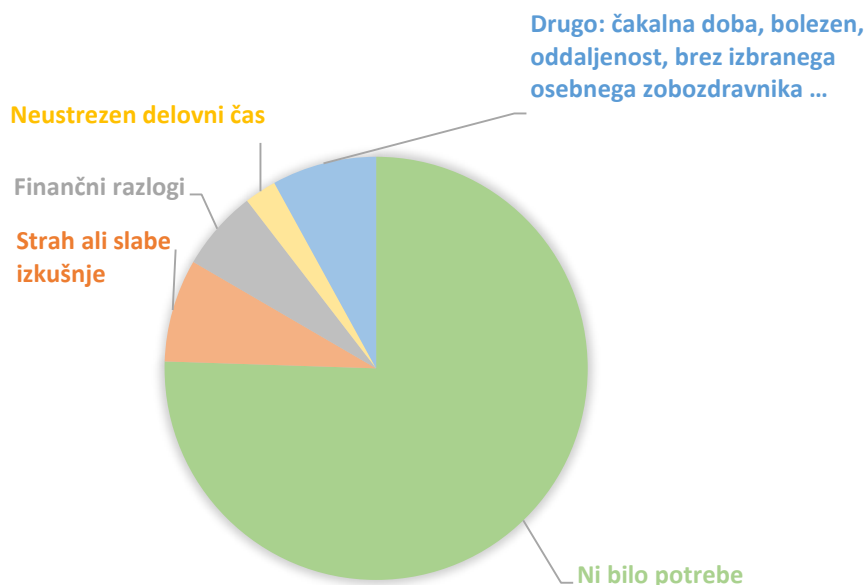
Večja pogostost rutinskega zdravljenja nakazuje večjo obolevnost za boleznimi ustne votline v posameznih starostnih skupinah, kar pa se ne kaže tudi v večji pogostosti nujnega zdravljenja.

Glede na izobrazbo odraslih opazimo, da so odrasli z najmanj višješolsko izobrazbo glede na odrasle z največ osnovnošolsko ali srednješolsko izobrazbo kot razlog zadnjega obiska pri zobozdravniku v večjem deležu navedli (preventivni) pregled; razlika med deležema je glede na izobrazbo statistično značilna (test hi-kvadrat = 8,068, $p = 0,005$).

Analiza razlogov zadnjega obiska pri zobozdravniku glede na bivalno okolje kaže, da so odrasli iz mestnega, primestnega in vaškega okolja kot razlog v podobnih deležih navedli tako (preventivni) pregled kot rutinsko in nujno zdravljenje; razlike med deleži niso statistično značilne.

V naši raziskavi smo ugotavljali tudi razloge, zakaj posameznik zobozdravnika v zadnjem letu ni obiskal.

Med odraslimi, ki v zadnjem letu niso obiskali zobozdravnika, jih kar tri četrtine (75 %) za obisk ni prepoznalo oziroma zaznalo potrebe. Preostala četrtina kot razlog opustitve obiska navaja strah ali slabo izkušnjo (8 %), finančne razloge (6 %), neustrezen delovni čas (2 %) in druge razloge (čakalna doba, bolezen, prevelika oddaljenost ali da so brez izbranega osebnega zobozdravnika (skupno 8 %) (Slika 3.4).



Slika 3.4. Delež odraslih glede na razlog opustitve obiska pri zobozdravniku v zadnjem letu.

Neprepoznano oziroma nezaznano potrebo po obisku zobozdravnika je kot razlog opustitve obiska v zadnjem letu navedlo 84 % odraslih, starejših od 55 let, in 70 % odraslih, mlajših od 55 let; razlike med deležema so statistično značilne (test hi-kvadrat = 45,822, $p < 0,001$).

Med odraslimi, ki niso prepoznali oziroma zaznali potrebe po obisku zobozdravnika v zadnjem letu, glede na izobrazbo in bivalno okolje ne ugotavljamo statistično značilnih razlik.

V Veliki Britaniji je prvi razlog opustitve obiska pri zobozdravniku finančno breme (35 %), sledijo neprepoznana potreba, strah, da bo zobozdravnik odkril še druge težave v ustni votlini, ki bodo zahtevale zdravljenje, nekateri ne najdejo osebnega zobozdravnika, nekateri so v dilemi, ali je oskrba smiselna (Dentistry, 2019).

Obvezno zdravstveno zavarovanje ne zagotavlja brezplačnega zobozdravstvenega varstva za odrasle, dopolnilno zdravstveno zavarovanje pa pokriva le del zobozdravstvenih storitev. Pričakovali smo, da bodo finančni razlogi predstavljali pomemben razlog za opustitev obiska pri zobozdravniku, a le-te v naši raziskavi kot razlog navaja le 6 % odraslih. V Sloveniji plačila iz žepa predstavljajo približno 25 % vseh stroškov zobozdravstvenih storitev. Ta delež je več kot pol manjši v primerjavi z deležem v Avstriji, na Madžarskem in v Belgiji (FDI, 2015).

Ugotovitve v naši raziskavi so primerljive ugotovitvam Kiyaka (1987), Abramsa in sodelavcev (1992) ter Gilberta in sodelavcev (1997), ki so poročali, da je neprepoznana potreba po zdravljenju pri odraslih, starih 55 let ali več celo pogostejši razlog opustitve obiska pri zobozdravniku kot pa strah ali finančni razlogi, česar pa ne potrjujejo novejša raziskave. Shartzter in Kenney (2015) ter Nasseh in sodelavci (2015) navajajo, da odrasli kot razlog opustitve obiska pri zobozdravniku precej pogosteje kot za katerokoli drugo vrsto zdravstvene storitve/oskrbe navajajo finančne razloge, ki so glavna prepreka pri rednem obiskovanju zobozdravnika ne glede na starost in prihodek. Ponovno poudarjamo, da lahko različni sistemi (zobo)zdravstvenega varstva vplivajo na razlike v ugotovitvah.

Že desetletja večina odraslih dojema kronične bolezni kot neizogiben in običajen del staranja. Poleg tega imajo nižje izobraženi v starosti nižja pričakovanja v povezi z zdravjem, še posebej ustnim zdravjem. Težave v ustni votlini večkrat pripisujejo staranju kot pa boleznim v ustni votlini in ne obiščejo zobozdravnika (Stoller, 1982; Ettinger, 1992). Epidemiološke študije kažejo, da imajo odrasli, ki obiščejo zobozdravnika zgolj ob težavah oziroma ko začutijo potrebo po zdravljenju, slabše ustno zdravje kot tisti, ki zobozdravnika obiskujejo redno, ne glede na starost, spol, socialnoekonomski status in etnično pripadnost. Opustitev rednega obiska pri zobozdravniku vodi v pogostejšo potrebo po nujni zobozdravstveni oskrbi (Wall & Vujicic, 2016; Vujicic in sod., 2016). Odrasli, ki daljše obdobje redno obiskujejo zobozdravnika, bolje ocenjujejo svoje ustno zdravje, imajo manj kariesa in manjkajočih zob, boljše izide zdravljenja (Thomson in sod., 2010). Ker vse več odraslih obdrži naravne zobe do pozne starosti, v starosti pogosteje koristijo zobozdravstvene storitve v primerjavi s svojimi brezzobimi vrstniki in jih je zato potrebno poučiti o pomembnosti preventivnih zobozdravstvenih pregledov (Kiyak & Reichmuth, 2005). Redni obiski pri zobozdravniku so ključni za pravočasno odkritje morebitnih bolezni in njihovo zaustavitev ali ustrezno zdravljenje in pripomorejo k večji kakovosti življenja.

Priporočila

Priporočilo 3.1. Okrepiti informiranje in osveščanje odraslih o pomenu preventivnih pregledov pri zobozdravniku.

Priporočilo 3.2. Poudarjati pomen pregledov pri zobozdravniku, ki so neodvisni od prepoznane potrebe po zdravljenju.

Priporočilo 3.3. Poučiti odrasle o pomembnosti preventivnih zobozdravstvenih pregledov za ohranjanje ustnega zdravja in kakovosti življenja v vseh življenjskih obdobjih.

Viri

- 123dentist.com [Elektronski vir]. 123DENTIST: Six reasons you need regular dental checkups. 123DENTIST; 2016. Pridobljeno 21. 7. 2020 s spletne strani: <https://www.123dentist.com/six-reasons-need-regular-dental-checkups/>
- American Academy of Pediatric Dentistry. Periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent.* 2017;39(6):188–96.
- Abrams RA, Ayers CS, Lloyd PM. Attitudes of older versus younger adults toward dentistry and dentists. *Spec Care Dent.* 1992;12:67–70.
- dentistry.co.uk [Elektronski vir]. DENTISTRYonline: Four out of five adults visit the dentist regularly. DENTISTRYonline; 2019. Pridobljeno 1. 8. 2020 s spletne strani: <https://www.dentistry.co.uk/2019/05/15/four-five-adults-visit-dentist-regularly/>
- Ettinger RL. Attitudes and values concerning oral health and utilisation of services among the elderly. *Int Dent J.* 1992;42:373–84.
- FDI World Dental Federation. Inequalities in oral health. V: FDI World Dental Federation, ur. The challenge of oral disease – a call for global action. The oral health atlas. 2. izdaja. Geneva; FDI World Dental Federation; 2015. str. 56–7.
- Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW, Coward RT. Dental health attitudes among dentate black and white adults. *Med Care.* 1997;35:255–71.
- kff.org [Elektronski vir]. Kaiser Family Foundation. Adults who report visiting the dentist or dental clinic within the past year by gender. Kaiser Family Foundation; 2018. Pridobljeno 27. 7. 2020 s spletne strani: <https://www.kff.org/other/state-indicator/percent-who-visited-the-dentistclinic/?currentTimeframe=0&selectedRows=%7B%22wrapups%22:%7B%22united-states%22:%7B%7D%7D%7D&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>

- Kiyak HA, Reichmuth M. Barriers to and enablers of older adults' use of dental services. *J Dent Educ.* 2005;69(9):975–86.
- Kiyak HA. An explanatory model of older persons' use of dental services: implications for health policy. *Med Care.* 1987;25:936–52.
- Nasseh K, Wall T, Vujicic M. Cost barriers to dental care continue to decline, particularly among young adults and the poor. Health Policy Institute Research Brief. American Dental Association; 2015. Pridobljeno 20. 7. 2020 s spletne strani: http://www.ada.org/~media/ADA/Science%20and%20Research/HPI/Files/HPIBrief_1015_2.ash
- Neville BW, Day TA. Oral Cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin.* 2002;52:195–215.
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18 in 4/20 (24. 11. 1994).
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18 in 57/18 (12. 3. 1998).
- Ranfl M, Oikonomidis C, Kosem R, Artnik B. Vzgoja za ustno zdravje: prehrana in higiena. Strokovna izhodišča. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2015.
- Roberts-Thomson K, Brennan DS, Spencer AJ. Social inequality in the use and comprehensiveness of dental services. *Aust J Public Health* 1995;19:80.
- Shartz A, Kenney GM. QuickTake: The forgotten health care need: gaps in dental care for insured adults remain under ACA. Washington, DC: Urban Institute; 2015. Pridobljeno 3. 9. 2020 s spletne strani: <http://hrms.urban.org/quicktakes/Gaps-in-Dental-Care-for-Insured-Adults-Remain-under-ACA.html>
- Stoller EP. Patterns of physician utilization by the elderly: a multivariate analysis. *Med Care.* 1982;20:1080–9.
- Thomson WM, Williams SM, Broadbent JM, Poulton R, Locker D. Long-term dental visiting patterns and adult oral health. *J Dent Res.* 2010;89(3): 307–11.
- Vargas CM, Yellowitz JA, Hayes KL. Oral health status of older rural adults in the United States. *J Am Dent Assoc.* 2003;134:479–86.
- Vujicic M, Buchmueller T, Klein R. Dental care presents the highest level of financial barriers, compared to other types of health care services. *Health Aff (Millwood).* 2016;35(12):2176–82.
- Wall TP, Brown LJ. Recent trends in dental visits and private dental insurance, 1989 and 1999. *J Am Dent Assoc.* 2003;134:621–7.
- Wall T, Vujicic M. Emergency department visits for dental conditions fell in 2013. Health Policy Institute Research Brief. American Dental Association; 2016. Pridobljeno 20. 7. 2020 s spletne strani: http://www.ada.org/~media/ADA/Science%20and%20Research/HPI/Files/HPIBrief_0216_1.ashx

4 SAMOOCENA USTNEGA ZDRAVJA

Tri petine odraslih, starih 18–74 let, svoje ustno zdravje ocenjuje pozitivno (kot »dobro« ali »zelo dobro«).

Svoje ustno zdravje pozitivno ocenjuje višji delež oseb v mlajših starostnih skupinah, med ženskami, med bolj izobraženimi ter tistimi iz mestnega in primestnega okolja.

Osebe, ki si zobe umivajo vsaj dvakrat dnevno, bolje ocenjujejo svoje ustno zdravje kot osebe, ki si zobe umivajo največ enkrat dnevno.

Vprašanja, ki smo jih postavili v anketnem vprašalniku:

Kako ocenjujete svoje ustno zdravje?

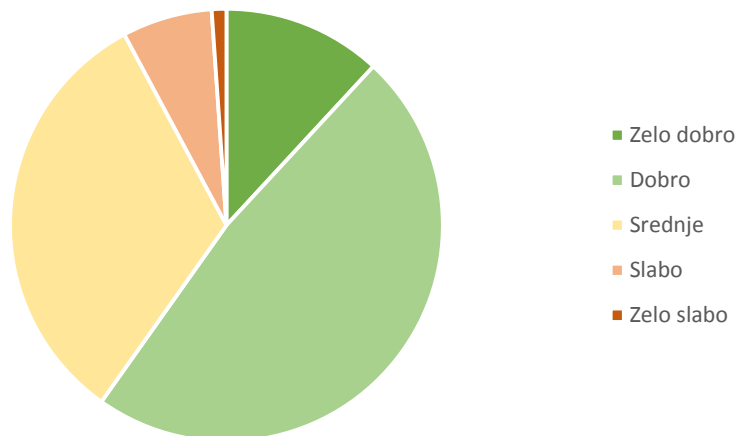
- Zelo dobro.
- Dobro.
- Srednje.
- Slabo.
- Zelo slabo.

Zdravje je definirano kot stanje telesnega, duševnega in socialnega blagostanja. Ustno zdravje je bilo v preteklosti obravnavano ločeno od splošnega zdravja, njegov vpliv pa se je povezoval predvsem s telesno komponento. Sodobni modeli zdravja ustno zdravje obravnavajo kot neločljiv del splošnega zdravja, ki ima pomemben vpliv na kakovost življenja. Hkrati so vse bolj prepoznane tudi duševne in socialne razsežnosti ustnega zdravja. Posameznik svoje zdravje ovrednoti na podlagi kulture, dojemanja zdravja in tudi na podlagi preteklih izkušenj, pričakovanj in okolja, v katerem živi (Jlyha, 2009). Samoocena zdravja je hkrati tudi dejanski odraz objektivnega zdravstvenega stanja in zato zelo priročen kazalnik za merjenje zdravja na globalnem nivoju (Wu in sod., 2013). Slaba samoocena zdravja je poleg tega tudi napovedni dejavnik za hospitalizacije pri bolnikih s srčnim popuščanjem in tudi neodvisni napovedni dejavnik za prihodnje zdravstvene izide (Benyamini in sod., 2004; Farkaš in sod., 2009). Neločljivost splošnega in ustnega zdravja se kaže tudi v ugotovitvah o povezanosti samoocene splošnega zdravja z ustnim zdravjem. Osebe z več manjkajočimi zobmi namreč slabše ocenjujejo svoje splošno zdravje (Ranfl & Zaletel-Kragelj, 2017). Samoocena ustnega zdravja je podoben kazalnik, ki se osredotoča in usmerja v zdravje ustne votline. Ima neodvisen vpliv na samooceno splošnega zdravja, obe samooceni pa neodvisno vplivata na posameznikovo zadovoljstvo z življenjem in samopodobo

(Benyamini in sod., 2004). Na samooceno ustnega zdravja vplivajo tako klinični dejavniki (indeks KEP, ortodontske nepravilnosti) kot subjektivni pojavi, na primer težave v predelu čeljustnega sklepa (Kojima in sod., 2013). Z uporabo kazalnika samoocene ustnega zdravja lahko v epidemioloških raziskavah na dokaj enostaven način, z enim samim vprašanjem pridobimo podatke o stanju ustnega zdravja v populaciji. S takim vprašanjem je mogoče identificirati posameznike s težavami v ustnem predelu, hkrati pa je ta kazalnik mogoče uporabiti tudi za spremljanje učinkovitosti zdravljenja (Lawal, 2015).

Anketiranci so v naši raziskavi odgovarjali na vprašanje »Kako ocenjujete svoje ustno zdravje?«. Izbirali so lahko med odgovori »zelo dobro«, »dobro«, »srednje«, »slabo« in »zelo slabo«. Ob relativno nizkem deležu oseb v najslabši kategoriji in glede na pomen kategorij smo zaradi jasnejšega prikaza združili kategoriji »zelo slabo« in »slabo« ter kategoriji »dobro« in »zelo dobro«. Na podlagi zapsanega sklepamo, da osebe, ki svoje ustno zdravje ocenjujejo pozitivno (»dobro« ali »zelo dobro«), nimajo težav z ustnim zdravjem, ali pa jim te težave ne predstavljajo nelagodja ali oviranosti. Nasprotno so tisti, ki ustno zdravje ocenjujejo negativno (»zelo slabo« in »slabo«) srečujejo z različnimi težavami ustno-obraznega področja. Predvidevamo, da pri osebah, ki ustno zdravje ocenjujejo kot srednje, obstajajo določena bolezenska stanja ali težave, ki pa jih je moč obvladovati. Tako oblikovane kategorije v nadaljevanju prikazujemo po spolu, starosti, izobrazbi in bivalnem okolju.

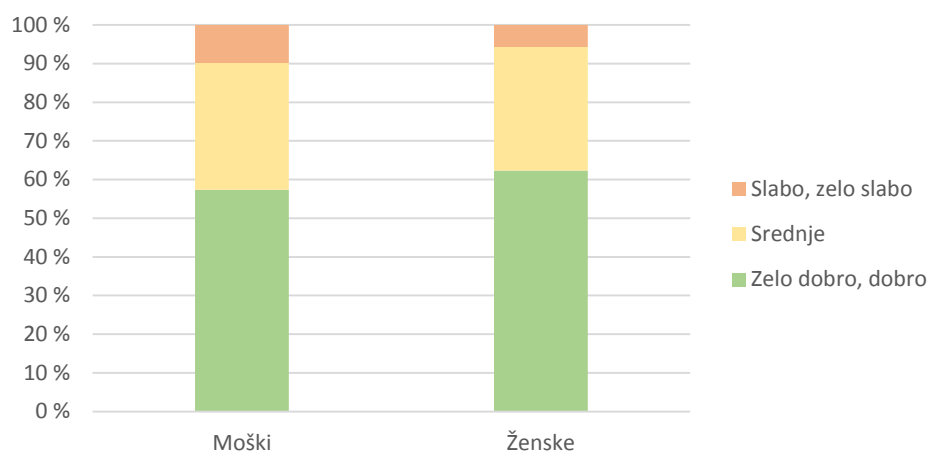
Med odraslimi, starimi 18–74 let, svoje ustno zdravje pozitivno ocenjuje 60 % oseb (Slika 4.1), med njimi 12 % oseb svoje ustno zdravje ocenjuje kot »zelo dobro«. Kot »slabo« ali »zelo slabo« svoje ustno zdravje ocenjuje 8 % oseb, kar pomeni, da določene težave v ustnem predelu doživlja več kot 117.000 odraslih v Sloveniji.



Slika 4.1. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na samooceno ustnega zdravja.

Ženske nekoliko boljše ocenjujejo svoje ustno zdravje kot moški, saj 62 % žensk pozitivno ocenjuje svoje ustno zdravje, medtem ko je med moškimi takšnih 57 % oseb (Slika 4.2); razlika med deležema po spolu ni statistično značilna. Delež odraslih, ki svoje ustno zdravje ocenjujejo negativno, je višji med

moškimi kot med ženskami, saj svoje ustno zdravje tako ocenjuje 10 % moških in le 6 % žensk; razlika med deležema je statistično značilna (test CCP, $p = 0,021$).

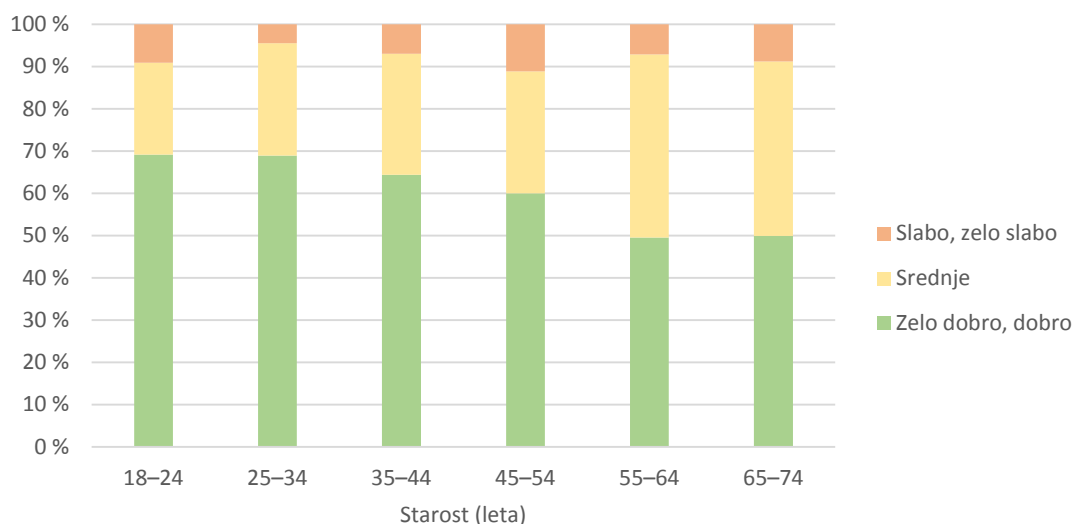


Slika 4.2. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na samooceno ustnega zdravja po spolu.

Samoocena ustnega zdravja se s starostjo slabša, kar kaže na pričakovano slabšo raven ustnega zdravja pri starejših odraslih (Slika 4.3). Svoje ustno zdravje v višjem deležu pozitivno ocenjujejo mlajši odrasli v starostnih skupinah 18–24 let in 25–34 let, v katerih je takšnih 69 % oseb. V starejših starostnih skupinah (55–64 let in 65–74 let) je takšnih le 50 % oseb. Razlika med deleži v mlajši (18–34 let) in starejši (55–74 let) starostni skupini glede pozitivne samoocene ustnega zdravja je statistično značilna (test hi-kvadrat = 25,46, $p < 0,001$; test CCP, $p < 0,001$).

S starostjo se samoocena ustnega zdravja slabša, saj upada delež pozitivne samoocene ustnega zdravja, narašča pa predvsem delež oseb, ki svoje ustno zdravje ocenjujejo kot srednje (niti dobro niti slabo). Kot srednje svoje ustno zdravje ocenjuje 25 % oseb iz starostne skupine 18–34 let, 29 % oseb iz starostnih skupin 35–44 let in 45–54 let ter največ, kar 43 % oseb, iz najstarejših starostnih skupin (55–64 let in 65–74 let); delež je statistično značilno višji v primerjavi z mlajšima starostnima skupinama (18–34 let in 35–54 let) (test CCP, $p < 0,001$).

Delež odraslih, ki svoje ustno zdravje ocenjujejo negativno, je spremenljiv in ne kaže jasnega vzorca spreminjanja v odvisnosti od starosti. Ta delež je najnižji v starostni skupini 25–34 let, v kateri je takih 4 % oseb, in najvišji v starostni skupini 45–54 let, v kateri je takih 11 % oseb. Sklenemo lahko, da se v posameznih starostnih skupinah pojavlja spremenljiv vendar pomemben delež oseb, ki zaznava slabše ustno zdravje.

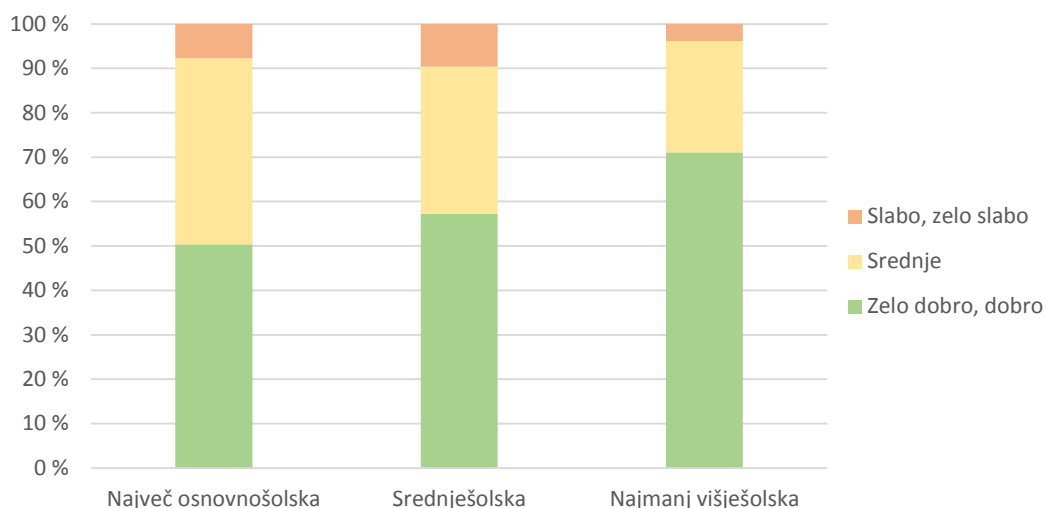


Slika 4.3. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na samooceno ustnega zdravja v različnih starostnih skupinah.

Samoocena ustnega zdravja se spreminja tudi v odvisnosti od dosežene stopnje izobrazbe (Slika 4.4). Med osebami z največ osnovnošolsko izobrazbo svoje ustno zdravje pozitivno ocenjuje polovica oseb, med osebami s srednješolsko izobrazbo ta delež znaša 57 %, med najvišje izobraženimi (z najmanj višješolsko izobrazbo) je takih 71 %; razlike med deleži so statistično značilne (test hi-kvadrat = 21,41, $p < 0,001$); razlike so statistično značilne tudi med najvišje izobraženimi v primerjavi z osnovnošolsko izobraženimi (test CCP, $p < 0,001$) in srednješolsko izobraženimi (test CCP, $p < 0,001$).

Z naraščanjem izobrazbe postopoma upada delež odraslih, ki svoje ustno zdravje ocenjujejo kot »srednje«. Med odraslimi z največ osnovnošolsko izobrazbo je takih 42 % oseb, med srednješolsko izobraženimi 33 % in med odraslimi z najmanj višješolsko izobrazbo 25 %.

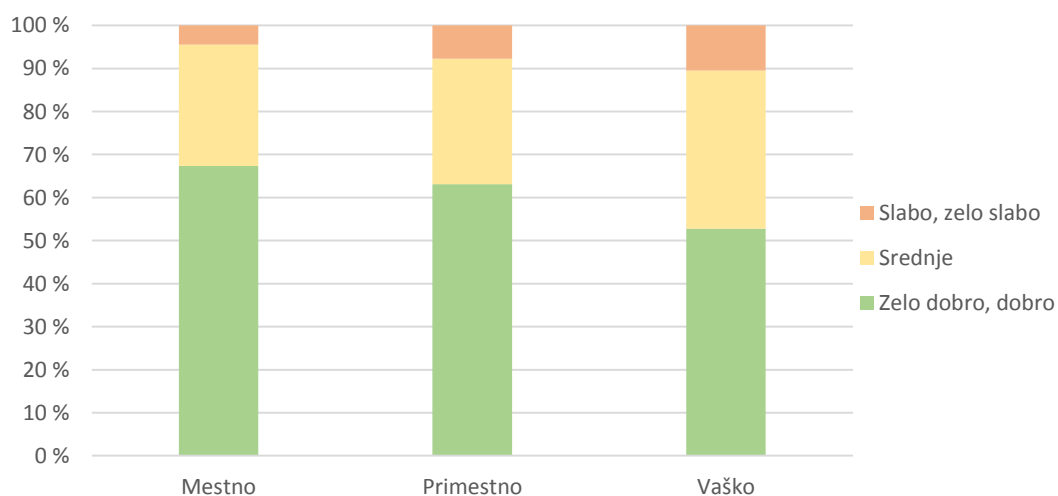
Delež oseb, ki svoje ustno zdravje ocenjujejo negativno, je najnižji med odraslimi z najvišjo izobrazbo. Negativno svoje ustno zdravje ocenjuje 8 % odraslih z največ osnovnošolsko izobrazbo, 10 % odraslih s srednješolsko izobrazbo in 4 % odraslih z najmanj višješolsko izobrazbo; razlika v deležih med odraslimi s srednješolsko in najmanj višješolsko izobrazbo je statistično značilna (test CCP, $p = 0,007$).



Slika 4.4. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na samooceno ustnega zdravja in izobrazbo.

Samoocena ustnega zdravja je povezana tudi z bivalnim okoljem (Slika 4.5). Okolje nam narekuje naše vrednote in dojetje ustnega zdravja znotraj vrednostnega sistema skupnosti oziroma bivalnega okolja in posledično posameznika. Osebe iz mestnega okolja bolj ocenjujejo svoje ustno zdravje kot osebe iz vaškega okolja (test hi-kvadrat = 19,48, $p = 0,001$). V mestnem okolju svoje ustno zdravje pozitivno ocenjuje 67 % oseb, v primestnem okolju ta delež znaša 63 % oseb, med osebami iz vaškega okolja je takšna dobra polovica oseb. Svoje ustno zdravje pozitivno ocenjuje višji delež prebivalcev iz mestnega bivalnega okolja v primerjavi z vaškim (test CCP, $p < 0,001$).

Glede na rezultate ankete ugotavljamo, da svoje ustno zdravje kot »srednje« ocenjuje 28 % oseb iz mestnega, 29 % primestnega in 37 % oseb iz vaškega okolja. Podobno je pri samooceni »slabo«, kjer svoje ustno zdravje kot »slabo« ocenjuje najvišji delež oseb iz vaškega okolja, kjer je takih 10 % oseb, v primestnem okolju je takih 8 % oseb in v mestnem okolju 5 % oseb; razlike v deležih med vaškim in mestnim okoljem so statistično značilne (test CCP, $p = 0,009$).

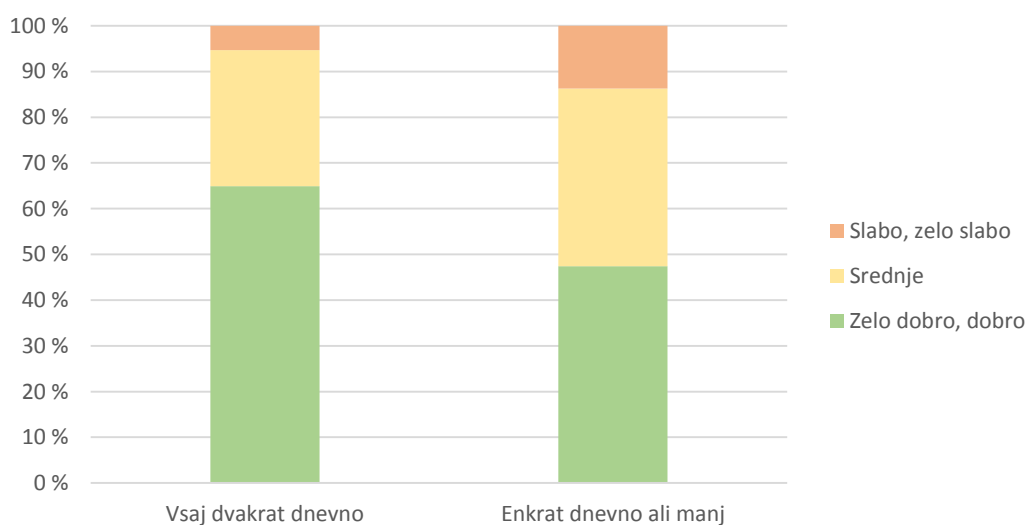


Slika 4.5. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na samooceno ustnega zdravja in bivalno okolje.

Samoocena ustnega zdravja in skrb zanj

Raven ustnega zdravja je neločljivo povezana s skrbjo za ustno zdravje, ki predstavlja eno njegovih najpomembnejših determinant. Pri tem ima ključno vlogo zadostna skrb za ustno higieno, odraslim priporočamo umivanje zob z zobno pasto s priporočeno koncentracijo fluoridov (1.450 ppm) vsaj dvakrat dnevno in obisk pri zobozdravniku enkrat letno (Ranfl in sod., 2015). Samoocena ustnega zdravja je odraz vrednostnega sistema in dojemanja ustnega zdravja, ki opredeljuje tudi lastno skrb za ustno zdravje. Hkrati primerna lastna skrb za ustno zdravje pomeni manjšo verjetnost nastanka bolezni v ustni votlini in s tem tudi objektivno boljše ustno zdravje.

Ugotavljamo, da odrasli, ki si zobe umivajo v skladu s priporočili (vsaj dvakrat dnevno), bolje ovrednotijo svoje ustno zdravje kot osebe, ki si umivajo zobe manj pogosto (Slika 4.6); razlike so statistično značilne (test hi-kvadrat = 31,23, $p < 0,001$). Med odraslimi, ki si zobe umivajo vsaj dvakrat dnevno, ustno zdravje pozitivno ocenjuje 65 % oseb, med odraslimi, ki si zobe umivajo enkrat dnevno ali redkeje, pa je takih 47 % oseb; razlika med deležema je statistično značilna (test CCP, $p < 0,001$). Obratno je pri negativni samooceni ustnega zdravja. Med odraslimi, ki si zobe umivajo enkrat dnevno ali manj pogosto, svoje ustno zdravje negativno ocenjuje 14 % oseb, med odraslimi, ki si zobe umivajo vsaj dvakrat dnevno, pa 5 % oseb; razlika med deležema je statistično značilna (test CCP, $p < 0,001$). Iz tega sklepamo, da je umivanje zob vsaj dvakrat dnevno povezano z boljšim ustnim zdravjem.

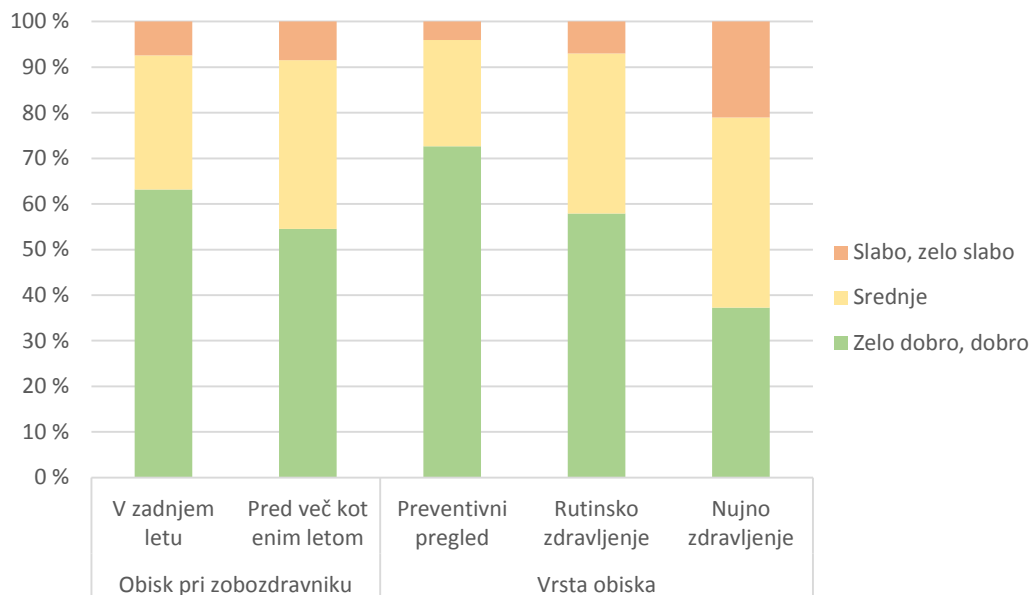


Slika 4.6. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na samooceno ustnega zdravja in pogostost umivanja zob.

Samoocena ustnega zdravja je povezana tudi z obiski pri zobozdravniku (Slika 4.7). Na eni strani slabša skrb vpliva na nastanek bolezni in posledično potrebo po obisku pri zobozdravniku zaradi prisotnih težav. Hkrati pa so za pravočasno odkritje morebitnih bolezni potrebni preventivni pregledi, ki so del zdravega življenjskega sloga. Glede na ugotovitve raziskave obstajajo razlike v oceni ustnega zdravja med odraslimi, ki so v zadnjih 12 mesecih obiskali zobozdravnika, in med odraslimi, ki ga niso (test hi-

kvadrat = 6,75, $p = 0,034$). Med odraslimi, ki so zobozdravnika obiskali v zadnjih 12 mesecih, je svoje ustno zdravje pozitivno ocenilo 63 % oseb, in 55 % oseb, ki zobozdravnika v zadnjem letu niso obiskale; razlika v deležu je statistično značilna (test CCP, $p = 0,011$). Nekoliko presenetljiva je ugotovitev, da odrasli, ki so v zadnjem letu obiskali zobozdravnika, bolje ocenjujejo svoje ustno zdravje. To lahko deloma pojasnimo z boljšo ozaveščenostjo o pomenu lastne skrbi za (ustno) zdravje in zdravega življenjskega sloga ter s pozitivnim odnosom do ustnega zdravja med odraslimi, ki so v zadnjih 12 mesecih obiskali zobozdravnika. Temu pritrjuje tudi ugotovitev, da je delež pozitivne samoocene višji med odraslimi, pri katerih je bil razlog za obisk zobozdravnika preventivne narave (Slika 4.7). Med odraslimi, ki so v zadnjem letu preventivno obiskali zobozdravnika, znaša delež pozitivne samoocene ustnega zdravja 73 %, med odraslimi, ki so ga obiskali zaradi rutinskega zdravljenja, je ta delež 58 % in med odraslimi, ki so ga obiskali zaradi nujnega zdravljenja, 37 %; razlike med deleži so statistično značilne (test hi-kvadrat = 60,69, $p < 0,001$).

Med odraslimi, ki so obiskali zobozdravnika v zadnjih 12 mesecih, negativno ocenjuje svoje ustno zdravje 7 % oseb, med odraslimi ki ga niso, pa ta delež znaša 8 %. Deleža sta presenetljivo podobna, saj bi pričakovali, da je med odraslimi, ki so v zadnjem letu obiskali zobozdravnika, nekoliko višji delež oseb z negativno samooceno ustnega zdravja. Te osebe bi zaradi težav ali slabšega ustnega zdravja namreč obiskale zobozdravnika. Obisk zobozdravnika v zadnjem letu tako ni opazno povezan s slabo samooceno ustnega zdravja in torej ni nujno neposredno odraz bolezenskih stanj. Večjo povezanost s slabo samooceno ustnega zdravja ima vrsta obiska, saj je samoocena najnižja med osebami, ki so zobozdravnika obiskale zaradi nujnega zdravljenja.



Slika 4.7. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na samooceno ustnega zdravja po pogostosti obiska zobozdravnika in razlogu za obisk zobozdravnika.

Raven ustnega zdravja glede na samooceno ni visoka. Nezanemarljiv delež odraslih v Sloveniji namreč svoje ustno zdravje ocenjuje negativno, kar predstavlja pomemben problem, saj ocenjujemo, da je poleg več kot 117.000 oseb, ki negativno ocenjujejo svoje ustno zdravje, tudi več kot 480.000 takih,

ki so svoje ustno zdravje ocenili kot »srednje«. Za njih predvidevamo, da imajo občasne težave z ustnim zdravjem. Delež oseb, ki svoje ustno zdravje ocenjujejo negativno, je višji med moškimi, med starejšimi od 45 let, med nižje izobrazbenimi (največ osnovnošolska izobrazba) in med tistimi, ki živijo v vaškem okolju. Te skupine lahko izpostavimo kot bolj ranljive z vidika ustnega zdravja. Podobne zaključke, da je samoocena splošnega zdravja nižja oziroma slabša pri starejših osebah, so ugotovili tudi v drugi raziskavi o življenjskem slogu, povezanem z zdravjem (Vinko, 2018).

V švedski raziskavi med odraslimi, starimi 16–74 let, je kot »dobro« ali »zelo dobro« svoje ustno zdravje ocenilo kar tri četrtine oseb, delež je bil nekoliko višji med ženskami kot med moškimi (Molarius in sod., 2014). Poleg spola je na samooceno ustnega zdravja vplivala tudi starost. Podobno kot v naši raziskavi se je tudi v švedski izkazalo, da mlajši odrasli poročajo o nekoliko boljšem ustnem zdravju (Molarius in sod., 2014). V brazilski raziskavi (Pattussi in sod., 2010) med odraslimi, starimi 65–74 let, so ugotovili, da je ustno zdravje kot »srednje«, »slabo« ali »zelo slabo« ocenilo 47 % starejših. V naši raziskavi je bilo takih polovica odraslih. V drugi brazilski raziskavi (Luchi in sod., 2013) med odraslimi, starimi 20–59 let, je svoje ustno zdravje kot »srednje«, »slabo« ali »zelo slabo« ocenila vsaka tretja oseba (33 %), kar je podobno rezultatom naše raziskave (37 %). Tudi v tej raziskavi se je povečeval delež slabe samoocene zdravja pri starejših osebah, zanimivo pa je tudi, da je bil delež slabe samoocene ustnega zdravja višji med ženskami (Luchi in sod., 2013).

Objavljenim raziskavam je skupen pojav neenakosti v ustnem zdravju. V ohranjanju ustnega zdravja ima ključno vlogo primerna skrb za ustno zdravje. Neredno ali nezadostno čiščenje zob vodi v nastanek kariesa in v vnetje obzobnih tkiv, kar lahko posamezniku posledično povzroča tako bolečine, nelagodje, težave pri prehranjevanju in sporazumevanju, kot tudi v socialnem življenju. Nezdravljena stanja lahko na koncu vodijo v izgubo zob, kar še poveča težave z vsakodnevnim funkcioniranjem ter oteži osebni položaj posameznika. Posameznik s težavami potrebuje ustrezno zobozdravstveno oskrbo, le-ta pa je dostopna glede na geografski in časovni (oddaljenost in mobilnost osebe) vidik, kot tudi glede na finančne zmožnosti, ki skupaj omogočajo ustrezno izpolnitev potreb po zobozdravstveni oskrbi. Rezultati raziskave EHIS iz leta 2014 kažejo, da je delež oseb, ki so imele neizpolnjene potrebe po zobozdravstveni oskrbi zaradi finančnih razlogov v Sloveniji znašal 12,6 % (95 % interval zaupanja 11,6–13,6 %) (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019).

Nekatere razlike o samooceni ustnega zdravja kažejo na večjo ranljivost starejših oseb, kot tudi tistih odraslih, ki imajo nižjo izobrazbo ali prihajajo iz vaškega okolja. Starostniki glede na demografske spremembe postajajo tudi vse številčnejša skupina, kar bo potrebno upoštevati tudi pri delovanju sistema zobozdravstvenega varstva. Zavedamo se, da je potrebno okrepiti aktivnosti promocije ustnega zdravja, ki bodo povečale samo-zavedanje o pomenu ustnega zdravja, njegovi povezanosti s splošnim zdravjem in upoštevale dobro ustno zdravje kot prispevek k večji kakovosti življenja.

Priporočili

Priporočilo 4.1. Upoštevati večjo ranljivost z vidika samoocene ustnega zdravja za starostnike, moške, stare 18–74 let, osebe iz vaškega bivalnega okolja in osebe z nižjo stopnjo izobrazbe.

Priporočilo 4.2. Prilagoditi promocijska gradiva in aktivnosti za promocijo ustnega zdravja med najbolj ranljivimi.

Viri

- Benyamini Y, Leventhal H, Leventhal EA. Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Soc Sci Med.* 2004;59(5):1109–16.
- Farkas J, Nabb S, Zaletel-Kragelj L, Cleland JG, Lainscak M. Self-rated health and mortality in patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2009; 11 (5):518–24.
- Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med.* 2009;69(3):307–16.
- Kojima A, Ekuni D, Mizutani S, Furuta M, Irie K, Azuma T in sod. Relationships between self-rated oral health, subjective symptoms, oral health behavior and clinical conditions in Japanese university students: a cross-sectional survey at Okayama University. *BMC Oral Health.* 2013;13:62.
- Lawal FB. Global self-rating of oral health as summary tool for oral health evaluation in low-resource settings. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2015;5(Suppl 1):S1–6.
- Luchi CA, Peres KG, Bastos JL, Peres MA. Inequalities in self-rated oral health in adults. *Rev Saude Publica.* 2013;47(4):740–51.
- Molarius A, Engström S, Flink H, Simonsson B, Tegelberg A. Socioeconomic differences in self-rated oral health and dental care utilisation after the dental care reform in 2008 in Sweden. *BMC Oral Health.* 2014;14:134.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. Podatkovni portal. Neizpolnjene potrebe po zdravstvenem varstvu (EHIS_UN). 2019. Pridobljeno 31. 7. 2020 s spletne strani: <https://podatki.nijz.si>
- Pattussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, da Costa JS. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010;38(4):348–59.
- Ranfl M, Zaletel-Kragelj L. Assessment of the association between dentate status and self-rated general health. *Zdr Varst.* 2017;56(2):131–9.
- Ranfl M, Oikonomidis C, Kosem R, Artnik B. Vzgoja za ustno zdravje: Prehrana in higiena. Strokovna izhodišča. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2015.
- Vinko M. Samoocena zdravja. V: Vinko M, Kofol Bric T, Korošec A, Tomšič S, Verdolja M, ur. Kako skrbno za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2018.
- Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X in sod. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health.* 2013;13:320.

5 BREZZOBOST IN PROTETIČNI PRIPOMOČKI

Tri četrtine odraslih, starih 18–74 let, ima več kot 20 lastnih zob.

Popolnoma brez zobih je 3 % odraslih, starih 18–74 let, med odraslimi starimi 65–74 let je takih 12 %.

Delne ali snemne proteze ima 18 % odraslih, starih 18–74 let, med odraslimi starimi 65–74 let je takih 60 %.

Vprašanja, ki smo jih postavili v anketnem vprašalniku:

Koliko svojih zob imate?

- Imam 20 ali več svojih zob.
- Imam 10 do 19 svojih zob.
- Imam 1 do 9 svojih zob.
- Nimam svojih zob.

Ali imate zobno protezo?

- Da.
- Ne.

Katero snemno zobno protezo imate/uporabljate?

	Imam in uporabljam	Imam, a ne uporabljam
Zgornja totalna proteza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spodnja totalna proteza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zgornja delna proteza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spodnja delna proteza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kdaj ste dobili vašo zadnjo snemno protezo?

- V zadnjih 12 mesecih.
- Pred 1 do 2 letoma.
- Pred 3 do 4 leti.
- Pred 5 do 9 leti.
- Pred 10 leti ali več.

Bolezni v ustni votlini (karies, vnetje obzobnih tkiv, poškodbe) lahko vodijo do obsežne izgube (ob)zobnih tkiv. Bolezni lahko napredujejo do točke, ko je izguba trdih zobnih tkiv preobsežna za terapijo z zalivkami oziroma vodijo celo v izgubo zoba. Za nadomeščanje izgubljenih trdih zobnih tkiv oziroma zob obstajajo fiksne in snemne protetične rešitve, s katerimi povrnemo funkcijo in estetiko ustnega predela. Kadar je izguba trdih zobnih tkiv preobsežna za terapijo z zalivkami (plombami), estetiko in funkcijo povrnemo s fiksnimi protetičnimi izdelki (prevlekami), izgubljene zobe pa z mostički, kjer manjkajoče zobe nadomestijo členi, sosednji zobje pa se obrusijo in postanejo nosilci protetičnih konstrukcij. Izgubljene zobe je mogoče nadomestiti tudi z vsadki, ki zmanjšujejo potrebo po brušenju zdravih zob za nosilce mostičkov. Kadar zaradi razporeditve manjkajočih zob in drugih okoliščin manjkajočih zob ni mogoče nadomestiti s fiksnimi protetičnimi pripomočki, je mogoče izgubljene zobe nadomestiti s snemnimi pripomočki – protezami. Z delnimi protezami nadomestimo manjkajoče zobe, ko je v posamezni čeljusti še nekaj prisotnih zob, s totalno protezo pa nadomestimo zobe, pri popolni brezzobosti v posamezni čeljusti. Ne glede na izbrano rešitev nobena možnost ni enaka naravnemu in popolnoma zdravemu zobu.

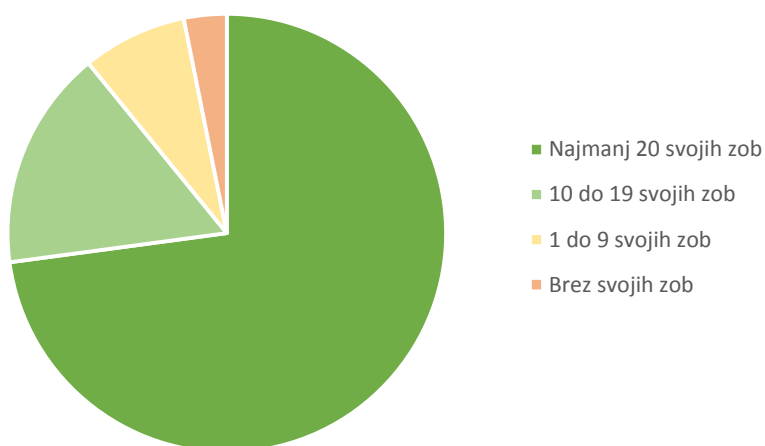
Število manjkajočih oziroma naravnih zob je rezultat odnosa do ustnega zdravja, lastne skrbi za ustno zdravje, odraža pa tudi dostopnost sistema zobozdravstvenega varstva in strokovnih smernic zdravljenja posameznih bolezenskih stanj ustnega predela. Koncept skrajšane zobne vrste, kjer je zadostno funkcionalnost mogoče vzdrževati kljub manjkajočim vsem kočnikom (Kaeyser, 1981), zagovarja ustrezno funkcionalnost ustnega predela brez pomembnejših negativnih vplivov na kakovost življenja posameznika (Tan in sod., 2016). Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) na poti k cilju ohranitve vseh zob kot poseben mejnik določa ohranitev 20 funkcionalnih zob (WHO, 1992). Obe opredelitvi sta sicer podobni, vendar je število naravnih (lastnih) zob nekoliko bolj groba ocena funkcionalnega zobovja, saj ne upošteva njihove razporeditve in prisotnosti okluzijskih parov. To so potrdile tudi raziskave, saj so razdelitve, ki poleg števila zob upoštevajo še njihovo razporeditev, videz in/ali paradontalni status bolj izražale vpliv na vidike kakovosti življenja (Chalub in sod., 2017).

Izguba zob je skrajna posledica, ki vpliva na funkcionalnost ustno-obraznega kompleksa, hkrati pa vpliva tudi na videz posameznika, zmožnost sporazumevanja in posledično delovanje v družbi. Ohranjanje zob je povezano z večjo kakovostjo življenja, na katero ima močnejši vpliv večje število okluzijskih parov in položaj preostalih zob (Tan in sod., 2016). Popolna brezzobost je pri mlajših povezana s pojavom depresije in slabšo samooceno zdravja, medtem ko pri starejših prebivalcih ta povezava ni značilna (Tyrovolas, 2016). Ustno zdravje je neločljiv del splošnega zdravja, zato ima izguba zob in popolna brezzobost tudi vpliv na splošno zdravje posameznika. Popolna brezzobost namreč vpliva na zmanjšan vnos sadja, zelenjave, vlaknin, povezana pa je tudi z zmanjšano telesno dejavnostjo (Emami in sod., 2013). Osebe, ki so izgubile vse svoje zobe tudi slabše ocenjujejo svoje splošno zdravstveno stanje (Ranfl & Zaletel-Kragelj, 2017). Izguba zob predstavlja resen javnozdravstveni problem, ki terja tudi usmerjanje preventivnih aktivnosti v starejše populacijske skupine in ohranjanje lastnih zob.

Število lastnih zob in brezzobost

V naši raziskavi ugotavljamo, da ima večina odraslih zadovoljivo število lastnih zob. Skoraj tri četrtine odraslih, starih 18–74 let, ima 20 ali več svojih zob (Slika 5.1). Tako število zob je cilj Svetovne zdravstvene organizacije, hkrati pa delno ustreza tudi definiciji skrajšane zobne vrste. Delež odraslih, ki imajo 10–19 svojih zob, znaša 16 %, delež odraslih, ki imajo 1–9 lastnih zob, znaša 8 %. Popolnoma brezzobih odraslih, starih 18–74 let, je 3 %.

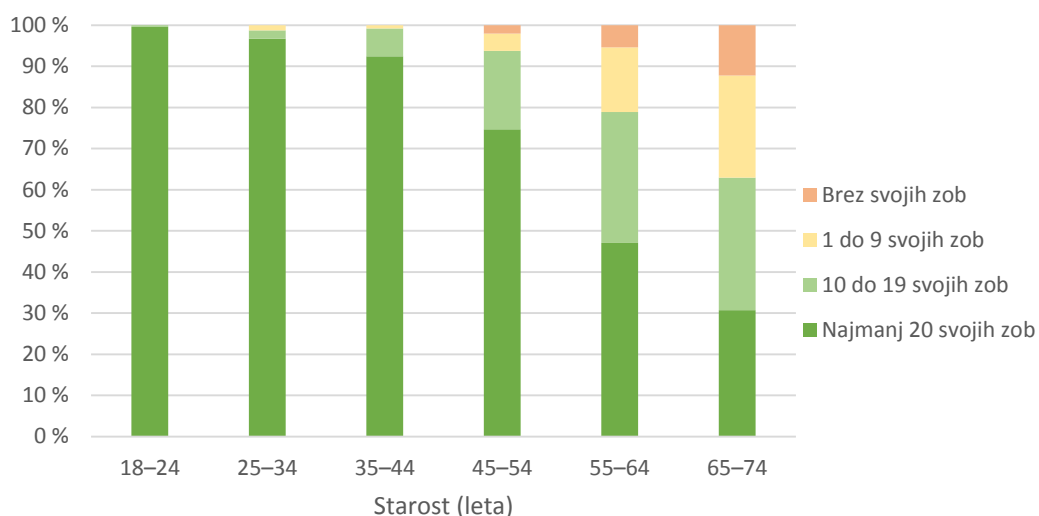
V raziskavi »Z zdravjem povezan vedenjski slog 2016« je bila na vzorcu prebivalcev Slovenije, starih 25–74 let, popolna brezzobost prisotna pri 6 % oseb (Vinko in sod., 2018). Nekoliko višja prevalenca v omenjeni raziskavi je pričakovana, saj gre v primerjavi z našo raziskavo za nekoliko starejšo populacijo vključenih v raziskavo (25–74 let), vsekakor pa je del razlike verjetno mogoče pripisati tudi postopnemu izboljšanju ustnega zdravja.



Slika 5.1. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na število lastnih zob.

Podatki o prevalenci brezzobosti na globalni ravni se razlikujejo. Svetovna prevalenca brezzobosti standardizirana po starosti in spolu, izračunana iz samoporočanih podatkov v obdobju 2002–2004, je znašala 7,6 % in je bila v razvitejših državah višja kot v državah z nizkimi dohodki (Tyrovolas, 2016). Na podlagi modela globalnega bremena bolezni iz leta 2010 so izračunali, da znaša globalna starostno standardizirana prevalenca popolne brezzobosti 2,4 % (Kassebaum in sod., 2014). Glede na posamezne evropske države je prevalenca popolne brezzobosti v celotni populaciji med najnižjimi na Norveškem in Švedskem, bistveno višja pa na Češkem, Madžarskem in na Hrvaškem (Tyrovolas, 2016). V raziskavi, v kateri so primerjali število preostalih lastnih zob med odraslimi v treh državah, so ugotovili, da ima 20 ali več lastnih zob 86,5 % odraslih na Portugalskem, 55 % odraslih v Romuniji in 87,5 % odraslih na Švedskem (Cuculescu in sod., 2019).

Število lastnih zob s starostjo postopno upada. Delež oseb, ki imajo 20 ali več lastnih zob, je skoraj 100 % med odraslimi, starimi 18–24 let. Delež oseb z 20 ali več lastnimi zobmi je opazneje manjši med odraslimi, starimi 45–54 let (75 %), in najnižji med odraslimi, starimi 65–74 let (31 %) (Slika 5.2). Nasprotno je delež popolnoma brezzobih v mlajših starostnih skupinah zanemarljiv, v starostni skupini odraslih, starih 65–74 let, pa je popolnoma brezzob že vsak osmi prebivalec (12 %).



Slika 5.2. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na število lastnih zob v različnih starostnih skupinah.

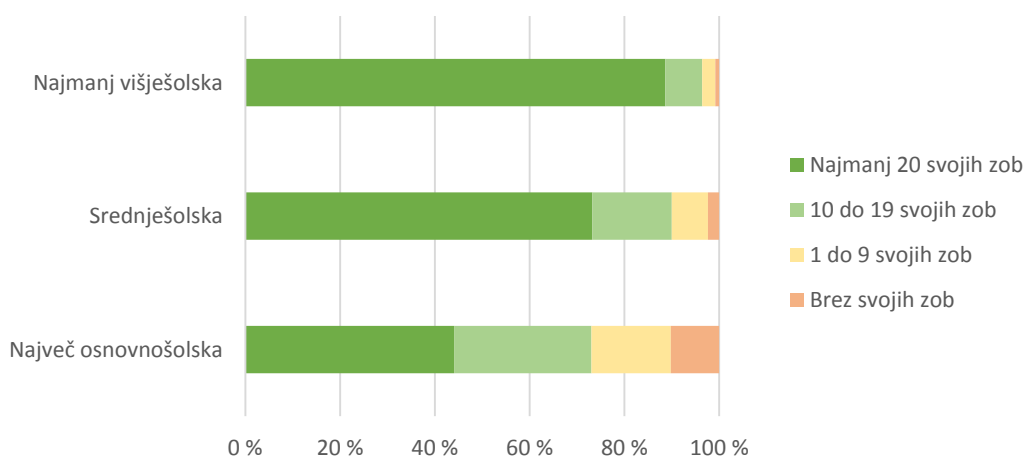
Naraščanje brez zobosti s starostjo je splošni trend, ki ga ugotovljajo tudi v drugih raziskavah (Mueller in sod., 2008). Prevalenca v starosti nad 50 let se v primerjavi s prevalenco pri osebah, mlajših od 50 let, globalno poveča za sedemkrat (Tyrovolas, 2016). Delež brez zobih v starostni skupini 65–74 let je leta 2014 v Nemčiji znašal 12,4 %, pri osebah, starih 75–84 let, 28,9 %, pri starejših od 85 let pa je ta delež znašal 44,8 % (Jordan & Micheelis, 2016). Prevalenca popolne brez zobosti pri starejših odraslih se v mednarodnih primerjavah med posameznimi državami občutno razlikuje. V Tabeli 5.1 (Stock in sod., 2016) so prikazani podatki o ocenjeni prevalenci popolne brez zobosti v nekaterih evropskih državah pri osebah, starih 65–74 let. Ugotovljamo, da je razlika med Poljsko, kjer je prevalenca najvišja, in Švedsko, kjer je prevalenca najnižja, več kot 26 %. Slovenija se je po teh podatkih uvrstila v evropsko povprečje. Ugotovljena prevalenca v naši raziskavi za to starostno skupino (12 %) nakazuje, da se je stanje glede na podatek iz leta 2013 izboljšalo.

Tabela 5.1. Pregled ocene prevalece brezzobosti v Evropi v starostni skupini 65–74 let, 2013.

Država	Ocenjen delež popolnoma brezzobih oseb (65–74 let)
Avstrija	21,3
Belgija	18,2
Češka	18,7
Danska	6,8
Estonija	18,1
Francija	9,1
Italija	16,9
Luksemburg	17,7
Nizozemska	27,6
Poljska	28,9
Slovenija	19,2
Španija	16,7
Švedska	2,7
Švica	6,7

Vir: Stock in sod., 2016.

Izguba zob je neposredna posledica prisotnosti bolezni v ustni votlini in v nekoliko manjši meri posledica poškodb. Skrb za ustno zdravje pa je povezana tudi z ravno dosežene izobrazbe. Ta povezava se kaže tudi v številu lastnih zob. Med odraslimi z največ osnovnošolsko izobrazbo ima 20 ali več lastnih zob 44 % oseb, med odraslimi s srednješolsko izobrazbo je takih 73 % in med odraslimi z najmanj višješolsko izobrazbo je takih 89 %; razlike so statistično značilne (test CCP, $p < 0,001$). Delež popolnoma brezzobih je med najvišje izobraženimi zanemarljiv, med osebami z največ osnovnošolsko izobrazbo pa je takih 10 % (Slika 5.3); razlika je statistično značilna (test CCP, $p < 0,001$). Z izobrazbo raste raven ustnega zdravja, merjena s prevalenco popolne brezzobosti in prisotnostjo več kot 20 lastnih zob.



Slika 5.3. Deleži odraslih, starih 18–74 let, glede na število lastnih zob in izobrazbo.

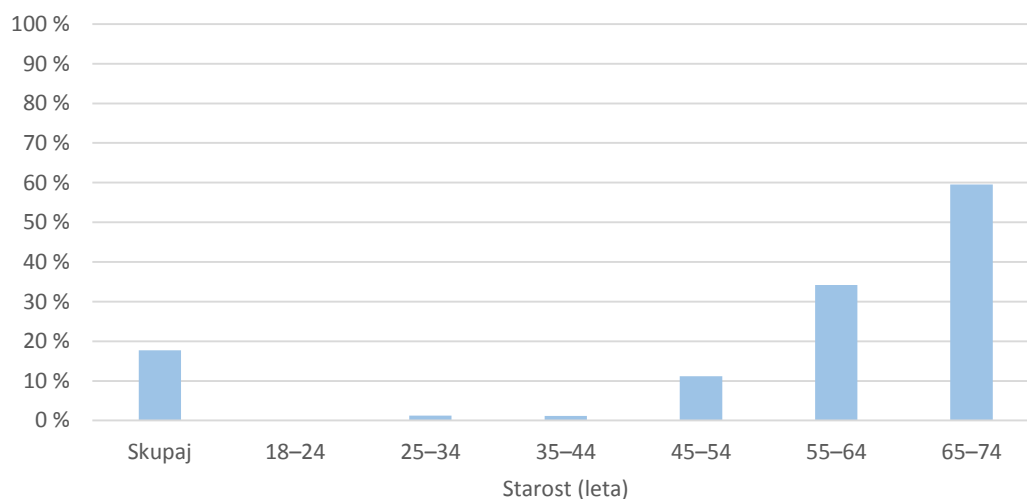
Število zob je v veliki meri pogojeno z lastno skrbjo za ustno zdravje, ki pa je odvisna tudi od samega dojemanja ustnega zdravja kot takega. Pričakovali bi, da večje število manjkajočih zob ovira normalno funkcioniranje ustnega predela in vpliva na slabšo samooceno ustnega zdravja. Med odraslimi, ki imajo 20 ali več zob, jih 67 % svoje ustno zdravje ocenjuje pozitivno (»dobro« ali »zelo dobro«), med popolnoma brez zobimi je takih 59 % (Slika 5.4). Zanimivo je, da je ta delež med odraslimi, ki imajo 10–19 in 1–9 zob, nižji. Delež odraslih, ki svoje ustno zdravje ocenjujejo negativno (»slabo« ali »zelo slabo«), je najvišji med osebami, ki imajo manj kot 10 zob, a niso popolnoma brez zob, in znaša 23 %. Relativno visok delež popolnoma brez zobih, ki svoje ustno zdravje ocenjujejo pozitivno, lahko povežemo z dostopnostjo protetičnih storitev v okviru zdravstvenega zavarovanja.



Slika 5.4. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na samooceno ustnega zdravja in število lastnih zob.

Protetični pripomočki

Glede na zmanjševanje števila lastnih zob pričakujemo postopno povečevanje prevalece protetičnih pripomočkov z naraščanjem starosti. V celotni opazovani populaciji med 18. in 74. letom starosti ima proteze 18 % oseb. Prevalenca protetičnih pripomočkov postopno narašča s starostjo (Slika 5.5). Med odraslimi, starimi 65–74 let, ima protezo že 60 % oseb. Rezultat je pričakovan, saj je v tej starostni skupini 69 % sodelujočih poročalo o številu manj kot 20 lastnih zob.

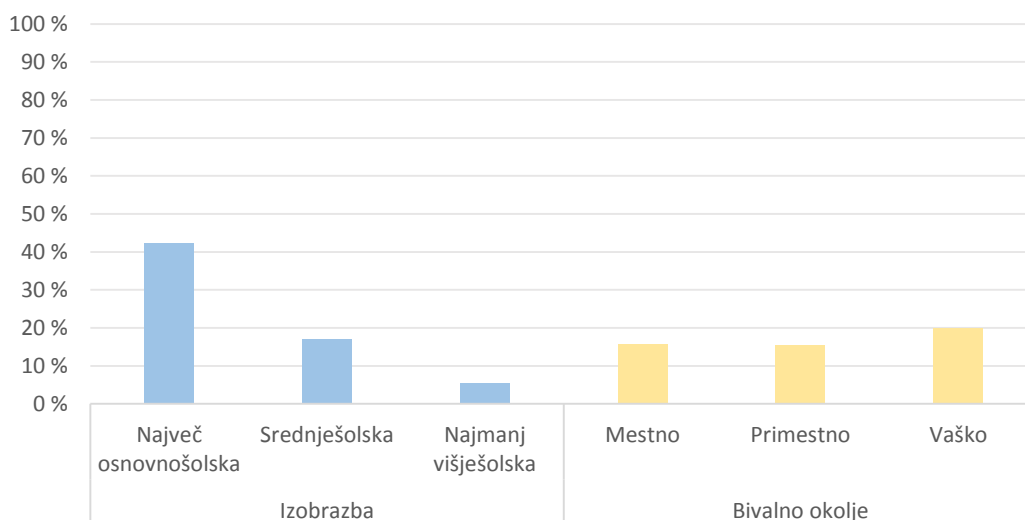


Slika 5.5. Delež odraslih, starih 18–74 let, ki imajo protezo, v različnih starostnih skupinah in skupaj.

V raziskavi na Finskem so na reprezentativnem vzorcu odraslih, starih 30 let ali več, ugotovili, da proteze uporablja 30 % oseb, od tega 18 % oseb uporablja delne proteze in 12 % totalne proteze (Lahi in sod., 2008). V obširni nemški raziskavi je med odraslimi, starimi 65–74 let, delež tistih s snemnimi protetičnimi izdelki znašal 45,8 %, kar je manj kot v naši raziskavi, v starostni skupini nad 75 let pa je ta delež znašal 71,8 % (Jordan & Micheelis, 2016).

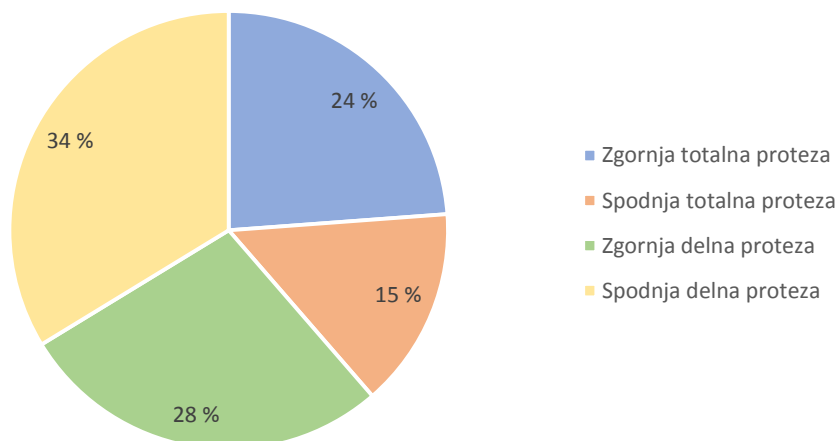
Delež odraslih s snemnimi protezami upada z naraščanjem izobrazbe. Med odraslimi, ki imajo največ osnovnošolsko izobrazbo, ima protezo 42 % oseb, med odraslimi s srednješolsko izobrazbo je takih 17 %, med odraslimi z najmanj višješolsko izobrazbo pa 5 %; razlike med deleži so statistično značilne (test CCP, $p < 0,001$). Delež odraslih s protezami glede na opredeljeno bivalno okolje je podoben v mestnem in primestnem okolju (16 %), nekoliko višji pa je med odraslimi v vaškem okolju (20 %) (Slika 5.6); razlike niso statistično značilne.

Določene razlike glede na bivalno okolje ali elemente socialnoekonomskega položaja se pojavljajo tudi v drugih državah. Pogostost snemnih protetičnih izdelkov je tako v Nemčiji pogostejša na vzhodu države in upada z višanjem socialnoekonomskega položaja (Jordan & Micheelis, 2016).



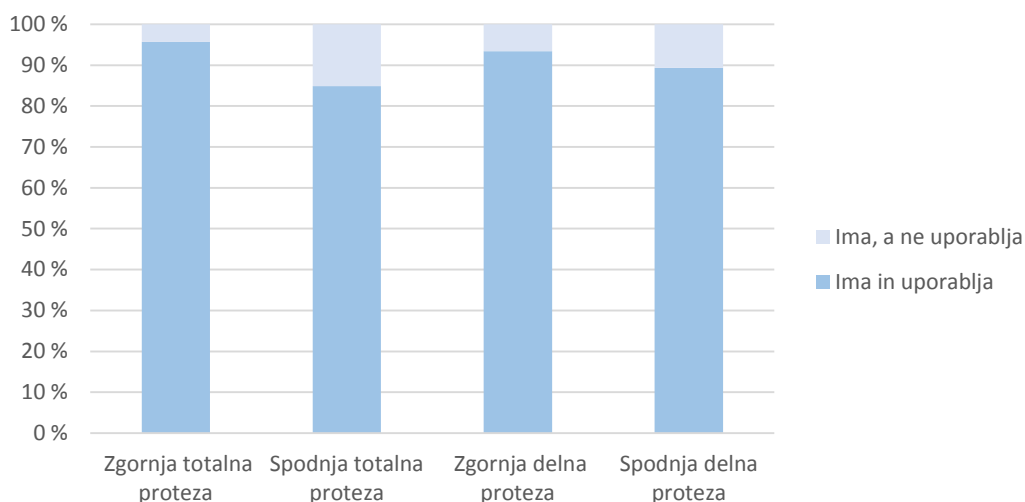
Slika 5.6. Delež odraslih, starih 18–74 let, s snemnimi protezami glede na izobrazbo in bivalno okolje.

Glede na vrsto protez so pogosteje v uporabi delne proteze v primerjavi s totalnimi protezami. Razlika med delnimi in totalnimi protezami je občutnejša v spodnji čeljusti, bistveno pogostejše so delne proteze (Slika 5.7). Podobno razmerje zasledimo tudi v tujih raziskavah (Jordan & Micheelis, 2016).



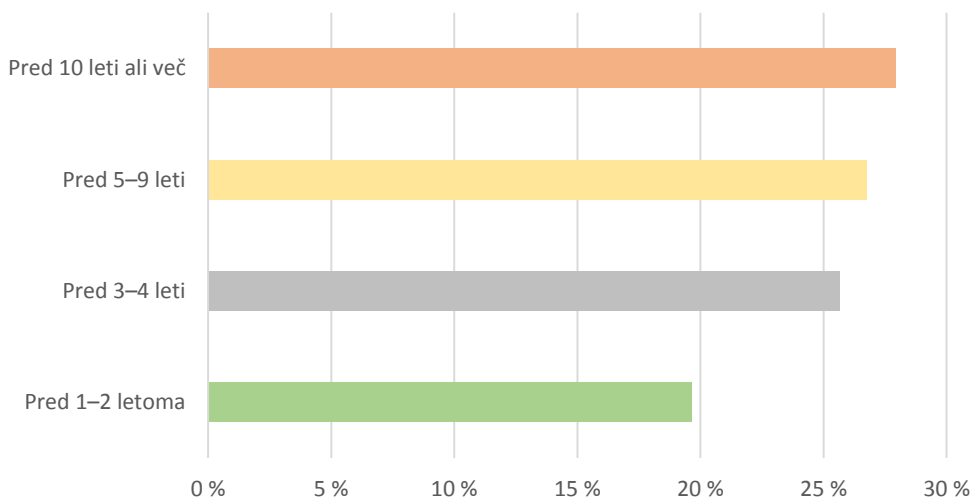
Slika 5.7. Delež protetičnih pripomočkov glede na vrsto med odraslimi, starimi 18–74 let.

Ugotavljamo, da večina odraslih, ki imajo proteze, te tudi uporablja. Med odraslimi, ki imajo proteze in jih tudi uporabljajo, je večji delež tistih z zgornjimi totalnimi protezami (96%). V zgornji čeljusti je glede na vrsto proteze višji delež odraslih s totalnimi protezami v primerjavi z odraslimi z delnimi protezami (85%). V spodnji čeljusti je obratno – delež odraslih z delnimi protezami (93%) je večji od deleža odraslih s totalnimi protezami (89%) (Slika 5.8).



Slika 5.8. Delež odraslih, starih 18–74 let, ki uporabljajo proteze, glede na vrsto proteze in čeljust, v kateri nosijo protezo.

Večina protez, ki jih imajo sodelujoči v raziskavi, je starejših od 5 let (Slika 5.9). Pri tem je potrebno upoštevati, da so protetične storitve v Sloveniji krite iz zdravstvenega (obveznega in dopolnilnega) zavarovanja, ki predpisuje določene pogoje, kdaj je mogoče izdelati nove pripomočke (trajnostna doba pripomočka). Zavarovana oseba ima po izteku trajnostne dobe proteze pravico do novega pripomočka, če se ugotovi, da je star medicinski pripomoček postal funkcionalno neustrezen. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja glede trajnostnih dob določajo, da znaša trajnostna doba za totalne proteze z akrilatno bazo 5 let, za proteze s kovinsko ploščo pa 7 let (Uradni list RS, 1994). Na eni strani starost protetičnih pripomočkov tako omejujejo predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja na drugi strani pa njihova funkcionalna ustreznost oziroma možnost prilagoditve. Iz podatka o starosti težko sklepamo na njihovo funkcionalno ustreznost, je pa možnost nezadostne funkcionalne ustreznosti višja pri starejših protetičnih pripomočkih.



Slika 5.9. Čas od prejema protetičnih pripomočkov med odraslimi, starimi 18–74 let.

Ustno zdravje z vidika števila zob je zadovoljivo. Število lastnih zob predvsem v mlajših starostnih skupinah kaže na primerno skrb za ustno zdravje in s tem ohranjanje lastnih zob. Izguba zob in prevalenca protetičnih pripomočkov prične naraščati v starejših starostnih skupinah. Te skupine so še posebno ranljive, saj izguba zob pripelje do oteženega prehranjevanja in s tem močno vpliva na kakovost življenja. V luči postopnega staranja prebivalstva je usmerjenost v ohranjanje lastnih zob še toliko bolj pomembno.

Priporočili

Priporočilo 5.1. Zaradi povezanosti brezzobosti in kakovosti življenja okrepiti preventivne aktivnosti za populacijsko skupino brezzobih oseb.

Priporočilo 5.2. Poleg popolnoma brezzobih skrb nameniti delno brezzobim, ki imajo le še nekaj lastnih zob.

Viri

- Chalub LLFH, Ferreira RC, Vargas AMD. Influence of functional dentition on satisfaction with oral health and impacts on daily performance among Brazilian adults: a population-based cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2017;17(1):112.
- Cuculescu M, Slusanschi O, Boscaiu VR Luis HPS, Fernandes Ribeiro Graça SM, Ramos Esteves Gonçalves Dos Santos Albuquerque TMB in sod. Self-reported oral health-related habits, attitudes and knowledge in adults from Portugal, Romania and Sweden-A comparative study. *Int J Dent Hyg*. 2019;17(4):359–68.
- Emami E, de Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The impact of edentulism on oral and general health. *Int J Dent*. 2013;2013:498305.
- Jordan AR, Micheelis W. The Fifth German Oral Health Study (DMS V). Köln: Institute of German Dentists. Deutscher Zahnärzterverlag DÄV; 2016. Pridobljeno 30. 3. 2020 s spletne strani: https://www.idz.institute/fileadmin/Content/Publikationen-PDF/Bd_35-Fuenfte_Deutsche_Mundgesundheitsstudie_DMS_V.pdf
- Kaeyser AF. Shortened dental arches and oral function. *J Oral Rehabil*. 1981;8(5):457–62.
- Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of severe tooth loss: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res*. 2014;93(Suppl 7):20S–8S.
- Lahti S, Suominen-Taipale L, Hausen H. Oral health impacts among adults in Finland: competing effects of age, number of teeth, and removable dentures. *Eur J Oral Sci*. 2008;116(3):260–6.
- Mueller F, Naharro M, Carlsson GE. What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? [published correction appears in *Clin Oral Implants Res*. 2008 Mar;19(3):326–8]. *Clin Oral Implants Res*. 2007;18(Suppl 3):2–14.
- Ranfl M, Zaletel-Kragelj L. Assessment of the association between dentate status and self-rated general health. *Zdr Varst*. 2017;56(2):131–9.
- Stock C, Jürges H, Shen J, Bozorgmehr K, Listl S. A comparison of tooth retention and replacement across 15 countries in the over-50s. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2016;44(3):223–31.
- Tan H, Peres KG, Peres MA. Retention of teeth and Oral Health-Related Quality of Life. *J Dent Res*. 2016;95(12):1350–7.
- Tyrovolas S, Koyanagi A, Panagiotakos DB, Haro JM, Kassebaum NJ, Chrepa V in sod. Population prevalence of edentulism and its association with depression and self-rated health. *Sci Rep*. 2016;6:37083.
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS in 64/18.
- Vinko M, Kofol Bric M, Korošec A, Tomšič S, Vrdelja M, ur. Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2018.
- World Health Organization. WHO Expert Coomittee on Recent Advances in Oral Health. Recent advances in oral health: report of a WHO expert committee. In: WHO Technical Report Series. Geneva: World Health Organization; 1992:38.

6 KAKOVOST ŽIVLJENJA V POVEZAVI Z USTNIM ZDRAVJEM

Kakovost življenja v povezavi z ustnim zdravjem je pogosto ali občasno zmanjšana pri tretjini oseb zaradi ene ali več omejitev zaradi težav z zobmi.

Vsak četrti odrasli poroča o pogostih ali občasnih bolečih dlesnih/ranicah v ustih. Vsak peti poroča, da pogosto ali občasno zaradi težav z zobmi težko je hrano in/ali se počuti napetega.

Kakovost življenja v povezavi z ustnim zdravjem upada s starostjo in je višja pri osebah z najmanj višješolsko izobrazbo.

Vprašanja, ki smo jih postavili v anketnem vprašalniku:

Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih zaradi težav z ustno votlino ali/in zobmi (zobno protezo) ...

	Zelo pogosto	Pogosto	Občasno	Skoraj nikoli	Nikoli
... težko jedel hrano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... se počutil napetega?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... imel težave pri opravljanju šolskih obveznosti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih ...

	Zelo pogosto	Pogosto	Občasno	Skoraj nikoli	Nikoli
... imel zobobol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... imel boleče dlesni/ranice v ustih?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zaradi videza vaših zob (ali zobne proteze) v zadnjih 12 mesecih – kako pogosto ...

	Zelo pogosto	Pogosto	Občasno	Skoraj nikoli	Nikoli
... ste se izogibali smehljanju/smejanju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ste se izogibali pogovoru?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ste se izogibali družabnim aktivnostim?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vam je bilo nerodno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje ustno zdravje kot pomemben sestavni del splošnega zdravja in blagostanja, zato ga je potrebno obravnavati skupaj s splošnim zdravjem in počutjem. Zobje z žvečno, fonacijsko in estetsko funkcijo pomembno prispevajo k boljši kakovosti življenja in k socialnim stikom, njihova funkcijska oslabiljenost pa vpliva na splošno zdravje (WHO, 2003; Ranfl in sod., 2017; Baiju in sod., 2017; Sischo in sod., 2011). Tako ustno zdravje ne predstavlja le odsotnost bolezni v ustni votlini, ampak posamezniku omogoča vsakodnevne aktivnosti in s tem udeležbo v medosebnih odnosih (Baiju in sod., 2017).

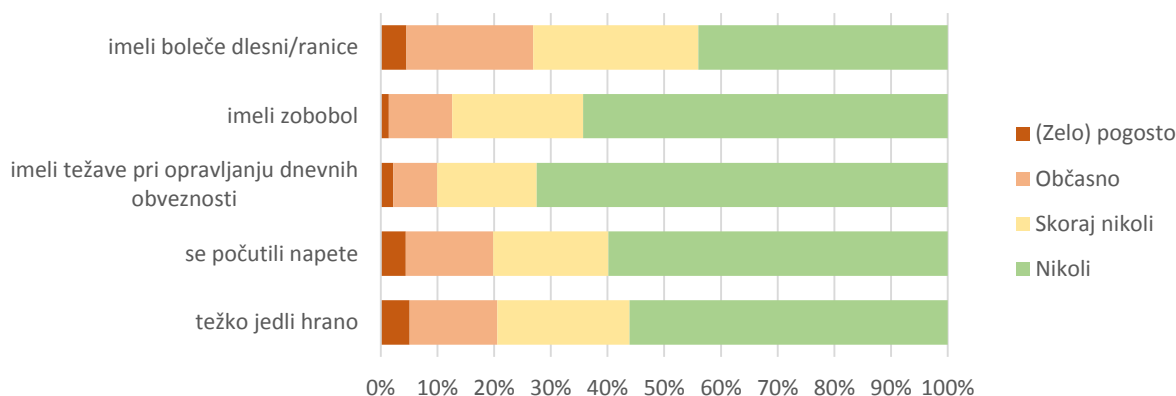
Čeprav bolezni in težave v ustni votlini redko ogrožajo življenje, ostajajo javnozdravstveni problem zaradi bremena, ki ga prinaša zelo visoka prevalenca bolezni zob in ustne votline, kot tudi zaradi družbenih, ekonomskih in psiholoških posledic na ravni posameznika in družbe (Baiju in sod., 2017; Johansson, 2015). Težave z ustno votlino ali/in zobmi povzročajo bolečine in omejitve pri vsakdanjih aktivnostih, kot so žvečenje, govorjenje, smejanje, in s tem pri posamezniku zmanjšujejo kakovost življenja (Paredes-Rodriguez in sod., 2016).

Leta 1988 je Locker predstavil model kakovosti življenja v povezavi z ustnim zdravjem (angl. Oral Health-Related Quality of Life, OHRQoL), kar je predstavljalo doprinos z vključitvijo perspektive pacienta v obravnavo bolezni po do tedaj uveljavljenem biomedicinskem modelu (Locker, 1988). Z ustnim zdravjem povezana kakovost življenja je koncept, s katerim lahko ocenimo vpliv ustnega zdravja na posameznikovo vsakodnevno življenje, to je samopodobo, socialne interakcije, šolsko in delovno uspešnost (Sischo in sod., 2011; Gherunpong in sod., 2006). Ocena kakovosti življenja v povezavi z ustnim zdravjem se spreminja tekom življenja posameznika in se povezuje z različnimi dejavniki, kot so funkcioniranje (žvečenje, govor), bolečine in neugodje (akutna ali kronična bolečina), psihološki dejavniki (zadovoljstvo z videzom, samopodoba) ter socialni dejavniki (medosebni odnosi, komunikacija) (Bennadi in sod., 2013). Posameznik običajno razume svoje zdravje širše kot prisotnost ali odsotnost bolezni. Tako se revščina, nizka stopnja izobrazbe in druge socialne neenakosti odražajo v slabšem ustnem zdravju in posledično na samooceni ustnega zdravja (Rozier, 2008).

Samoocena z ustnim zdravjem povezane kakovosti življenja je pomembna zaradi vpliva na posameznikovo ukrepanje v skrbi za lastno zdravje, kar se posledično odraža v posameznikovem zdravstvenem stanju. Nenazadnje je samoocena kakovosti življenja v povezavi z ustnim zdravjem pomembna tudi v luči neenakosti v dostopnosti do zobozdravstvene oskrbe (Sischo in sod., 2011). Raziskovanje kakovosti življenja v povezavi z ustnim zdravjem je pomembno za prepoznavo skupin s povečanim tveganjem za slabo ustno zdravje (Kragt in sod., 2016). Vendar je samooceno kakovosti življenja v povezavi z ustnim zdravjem potrebno razumeti kot dopolnitev in ne zamenjavo za oceno potreb v zobozdravstvu ali s klinično oceno ustnega zdravja (Allen, 2003).

V naši raziskavi smo proučevali, kako (oziroma kako pogosto) odrasli občutijo težave, povezane z ustno votlino ali/in zobmi oziroma zobno protezo (v nadaljevanju: težave z ustno votlino ali/in zobmi), in sicer ali so imeli boleče dlesni ali ranice v ustih, zobobol, težave pri opravljanju dnevnih obveznosti, se počutili napete ali težko jedli hrano.

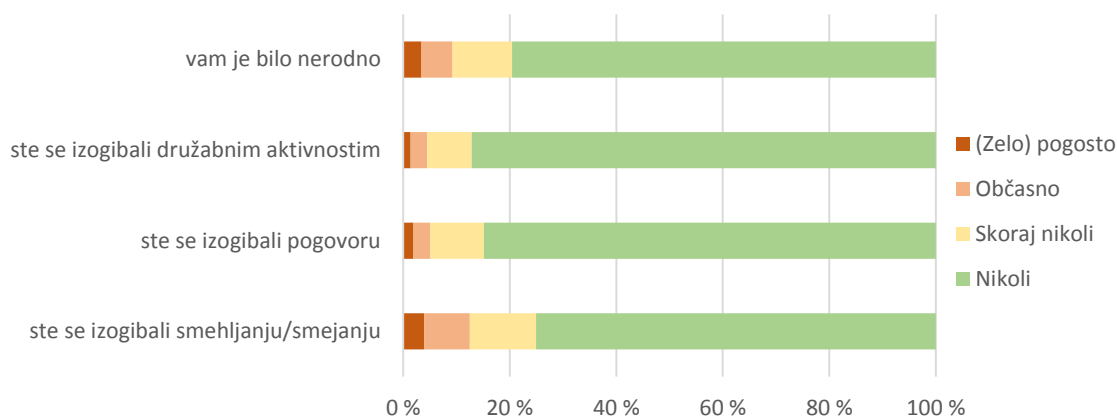
Več kot 60 % odraslih, starih 18–74 let, nima ali skoraj nikoli nima težav z ustno votlino ali/in zobmi (Slika 6.1). Hkrati ima 27 % odraslih pogosto ali občasno boleče dlesni ali ranice v ustih, 12 % jih poroča o zobobolu, 10 % jih ima težave pri opravljanju dnevnih obveznosti, 19 % se jih počuti napete in kar 20 % jih poroča, da težko jedo hrano zaradi težav z ustno votlino ali/in zobmi.



Slika 6.1. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na samooceno pogostosti omejitev v vsakdanjem življenju v zadnjih 12 mesecih zaradi težav z ustno votlino ali/in zobmi. (Opomba: zaradi nizkih deležev smo združili kategoriji »zelo pogosto« in »pogosto« v kategorijo »(zelo) pogosto«.)

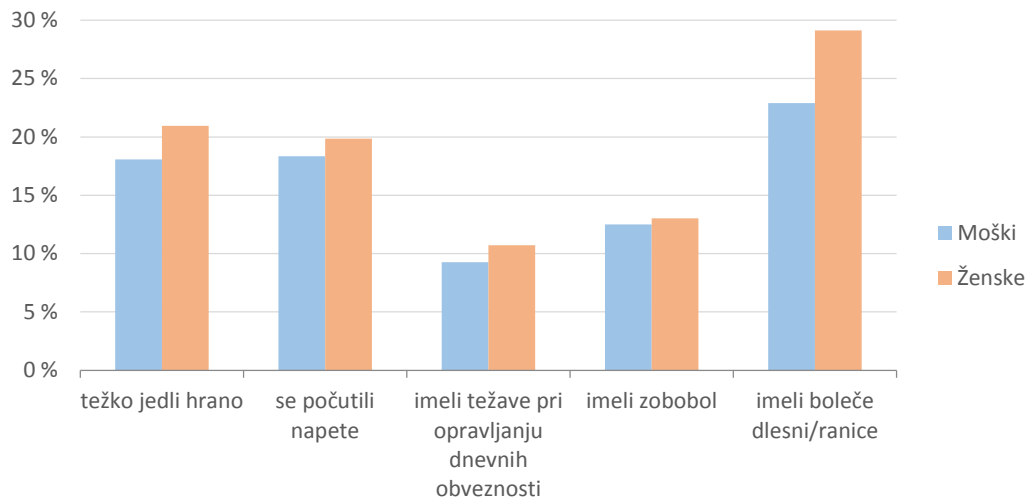
Tudi avstralska raziskava je pokazala podoben delež odraslih (17 %), ki so poročali o izogibanju določeni vrste hrane zaradi težav z zobmi (Slade in sod., 2007).

Prav tako smo proučevali, kako težave z ustno votlino ali/in zobmi vplivajo na pogostost omejitev različnih socialnih stikov, med katerimi smo navedli, kako pogosto je bilo osebam nerodno, so se izogibali družabnim aktivnostim, so se izogibali pogovoru ter so se izogibali smehljaju ali smejanju (Slika 6.2). Več kot 90 % odraslih ne občuti omenjenih težav ali imajo težave zelo redko (skoraj nikoli). Le majhen delež odraslih ima občasne ali pogoste težave s socialnimi stiki. Največ, 13 %, odraslih se izogiba smehljaju ali smejanju, 5 % se jih izogiba pogovoru, 4 % odraslih se izogiba družabnim aktivnostim in 9 % je nerodno zaradi težav, povezanih z ustno votlino.



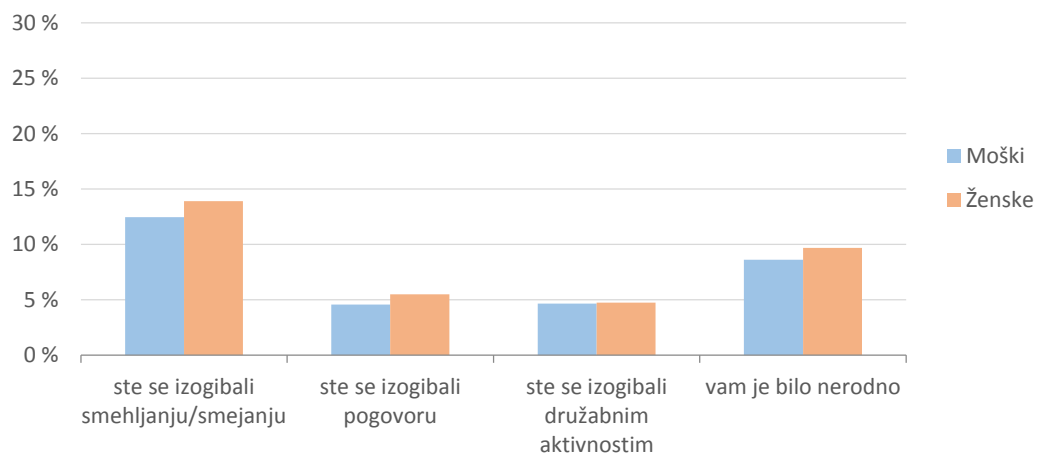
Slika 6.2. Delež odraslih, starih 18–74 let, glede na samooceno pogostosti omejitev različnih socialnih stikov v vsakdanjem življenju v zadnjih 12 mesecih, povezanih s težavami z ustno votlino ali/in zobmi. (Opomba: zaradi nizkih deležev smo združili kategoriji »zelo pogosto« in »pogosto« v kategorijo »(zelo) pogosto«.)

V raziskavi smo proučevali tudi, ali so o omejitvah pogosteje poročali moški ali ženske. Združili smo kategoriji poročanja »zelo pogosto« in »pogosto« v kategorijo »pogosto« ter kategoriji »skoraj nikoli« in »nikoli« v kategorijo »redko«. Razlike v deležu odraslih glede na spol, ki pogosto ali občasno poročajo o omejitvah v vsakdanjem življenju zaradi težav z ustno votlino ali/in zobmi, pri posameznih omejitvah niso statistično značilne (Slika 6.3), razen pri odgovorih, da ima pogosto ali občasno boleče dlesni/ranice 29 % žensk ter 23 % moških (test hi-kvadrat = 5,267, $p < 0,05$).



Slika 6.3. Delež odraslih, starih 18–74 let, ki ima pogosto ali občasno omejitve v vsakdanjem življenju zaradi težav z ustno votlino ali/in zobmi glede na spol.

Prav tako razlike v deležu odraslih po spolu, glede na opredelitev, kako pogosto se izogibajo socialnim stikom zaradi videza svojih zob (ali zobne proteze) (pri čemer smo združili kategorije »zelo pogosto«, »pogosto« ali »občasno« ter »nikoli« in »skoraj nikoli«), niso statistično značilne (Slika 6.4). Kljub temu je nekoliko višji delež žensk (4 %) kot moških (2 %) poročal, da jim je bilo pogosto ali zelo pogosto nerodno zaradi videza svojih zob (ali zobne proteze); razlika je statistično značilna (test CCP, $p = 0,042$).

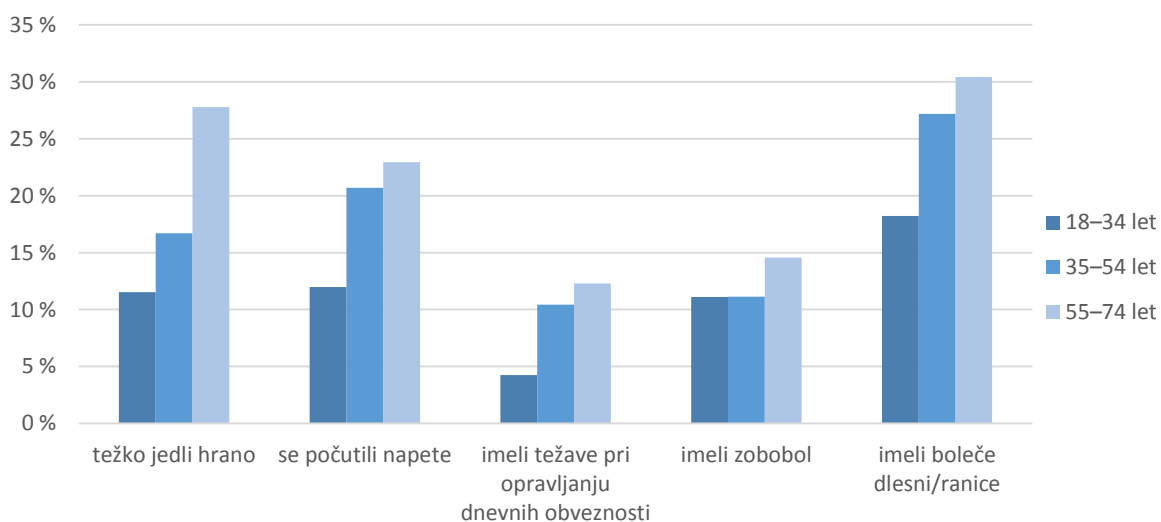


Slika 6.4. Delež odraslih, starih 18–74 let, ki se pogosto ali občasno izogibajo različnim oblikam socialnih stikov zaradi videza svojih zob (ali zobne proteze) glede na spol.

Rezultati naše raziskave se skladajo z ugotovitvami presečne raziskave o vplivu ustnega zdravja na kakovost življenja izvedene v Braziliji, ki ni pokazala vpliva spola na samooceno kakovosti življenja v povezavi z ustnim zdravjem (Zucoloto in sod., 2016).

Pogostost omejitev v vsakdanjem življenju zaradi težav z ustno votlino ali/in zobmi narašča s starostjo (Slika 6.5). Pogosto ali občasno težko je hrano 12 % odraslih, starih 18–34 let, 17 % odraslih, starih 35–54 let, ter 28 % odraslih, starih 55–74 let. Pogosto ali občasno se počuti napete 12 % odraslih, starih 18–34 let, in 23 % odraslih, starejših od 55 let. Pogosto ali občasno ima težave pri opravljanju dnevnih obveznosti 4 % odraslih, starih 18–34 let, in 12 % odraslih, starejših od 35 let. Največji delež odraslih poroča, da ima pogosto ali občasno boleče dlesni/ranice v ustih, in sicer 18 % med odraslimi, starih 18–34 let, in 29 % med odraslimi, starejšimi od 35 let.

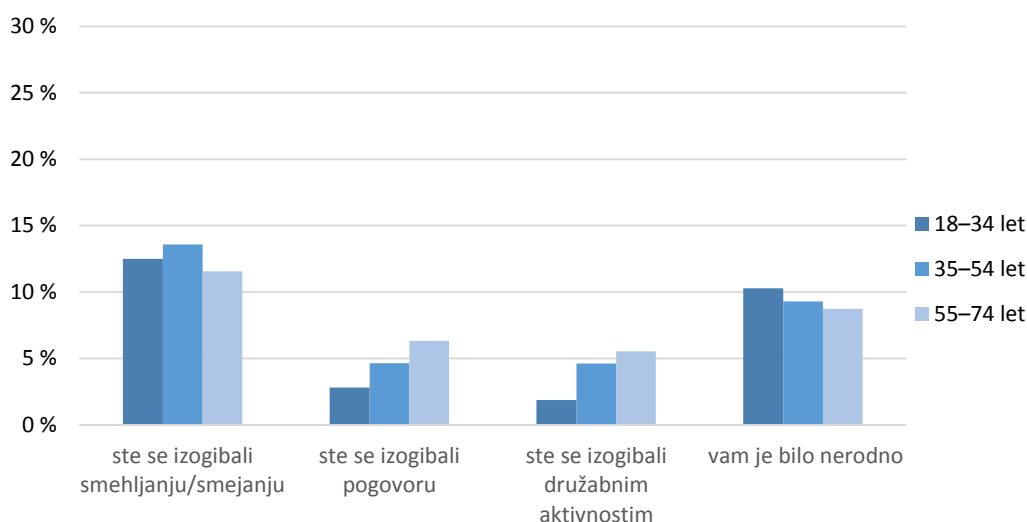
O pogostih ali občasnih omejitvah v najmanjšem deležu poročajo mlajši odrasli, stari 18–34 let. Delež odraslih s pogostimi in občasnimi omejitvami zaradi težav z ustno votlino ali/in zobmi je tako v starejših starostnih skupinah statistično značilno večji le pri odraslih, starejših od 54 let, v primerjavi z mlajšima starostnima skupinama pri naslednji omejitvi »težko jedli hrano« (test hi-kvadrat = 22,434, $p < 0,001$), in z najmlajšo starostno skupino pri omejitvah »počutili napete« (test hi-kvadrat = 7,761, $p = 0,013$), da so imeli težave pri opravljanju dnevnih obveznosti (test hi-kvadrat = 8,002, $p = 0,018$) ter imeli boleče dlesni ali ranice (test hi-kvadrat = 9,444, $p = 0,09$). Ni pa bilo razlik v deležih med starostnimi skupinami glede na pogostost poročanja o zobobolu, o čemer je poročalo 11 % odraslih, starih 18–34 let in 35–54 let, in 15 % odraslih, starih 55–74 let.



Slika 6.5. Delež odraslih, starih 18–74 let, ki ima pogoste ali občasne omejitve v vsakdanjem življenju zaradi težav z ustno votlino ali/in zobmi glede na starost.

Zanimivo je, da ne opažamo statistično značilnih razlik v deležih odraslih po pogostosti izogibanja (različnim) socialnim stikom zaradi videza svojih zob (ali zobne proteze) med različnimi starostnimi skupinami (Slika 6.6.). Sklepamo, da se s starostjo ne večja delež odraslih, ki se izogibajo socialnim stikom in družabnim aktivnostim zaradi videza svojih zob (ali zobne proteze).

Presečna raziskava o vplivu ustnega zdravja na kakovost življenja, izvedena v Braziliji, je pokazala, da ima poleg bolečin in prisotnosti kronične bolezni vpliv na kakovost življenja tudi starost (Zucoloto in sod., 2016). Tudi rezultati naše raziskave kažejo, da se kakovost življenja v povezavi z ustnim zdravjem slabša s starostjo. V nacionalni raziskavi o kakovosti življenja v povezavi z ustnim zdravjem v Združenih državah Amerike pa so rezultati pokazali, da svoje ustno zdravje kot slabo ali povprečno v najvišjem deležu ocenjujejo odrasli, stari 50–64 let (43 %), in ne odrasli, starejši od 64 let, pri čemer je bil delež odraslih, ki so ocenili ustno zdravje kot slabo ali povprečno, 38 % (Rozier, 2008).

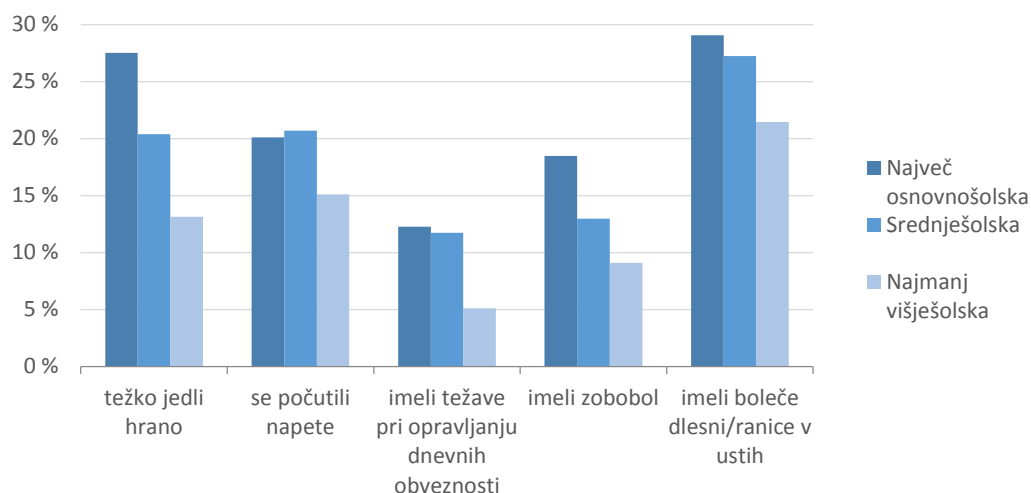


Slika 6.6. Delež odraslih, starih 18–74 let, ki se pogosto ali občasno izogibajo različnim oblikam socialnih stikov zaradi videza svojih zob (ali zobne proteze), v različnih starostnih skupinah.

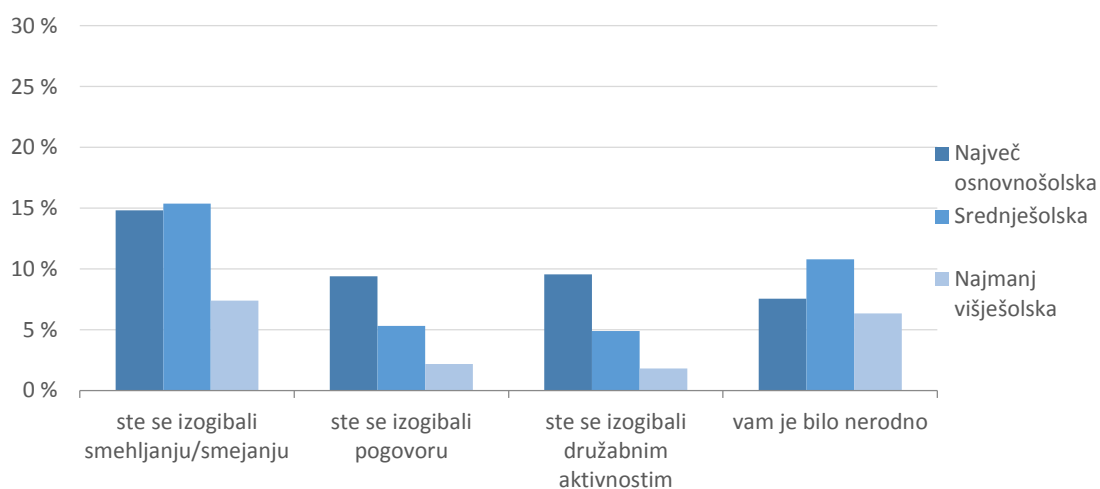
Glede na doseženo izobrazbo opazamo razlike v deležih odraslih po pogostosti omejitev v vsakdanjem življenju zaradi težav z ustno votlino ali/in zobmi le pri določenih težavah (Slika 6.7). O pogostih ali občasnih omejitvah poroča večji delež odraslih z nižjo izobrazbo. Razlike v deležih med odraslimi z največ osnovnošolsko izobrazbo, odraslimi s srednješolsko izobrazbo in odraslimi z najmanj višješolsko izobrazbo so se pokazale pri več trditvah: težko jedli hrano (test hi-kvadrat = 11,388, $p = 0,003$); imeli težave pri opravljanju dnevnih obveznosti (test hi-kvadrat = 8,251, $p = 0,016$) in imeli zobobol (test hi-kvadrat = 6,491, $p = 0,039$). Deleži odraslih, ki se pogosto ali občasno zaradi zob počutijo napete ali imajo boleče dlesni/ranice glede na izobrazbo, niso statistično značilno različni.

Prav tako opazimo razlike glede na izobrazbo v pogostosti izogibanja socialnim stikom zaradi videza svojih zob (ali zobne proteze) (Slika 6.8). Odrasli z višjo izobrazbo (najmanj višješolsko) manj pogosto poročajo o težavah s socialnimi stiki kot odrasli z nižjo izobrazbo (največ osnovnošolsko). Tako so statistično značilne razlike med deleži odraslih glede poročanja o pogostem ali občasnem izogibanju smehljanju ali smejanju (test hi-kvadrat = 9,416, $p = 0,009$), izogibanju pogovoru (test hi-kvadrat = 8,877, $p = 0,012$) in izogibanju družabnim aktivnostim (test hi-kvadrat = 10,773, $p < 0,01$), medtem ko ni statistično značilnih razlik v trditvi, ali jim je bilo nerodno zaradi videza svojih zob (ali zobne proteze).

Podobne razlike v kakovosti življenja v povezavi z ustnim zdravjem glede na doseženo stopnjo izobrazbe odraslih so pokazale tudi druge raziskave, in sicer na severnoameriškem vzorcu odraslih je 62 % odraslih z največ osnovnošolsko izobrazbo poročalo o slabem ali povprečnem ustnem zdravju v primerjavi z 28 % odraslih, ki so imeli najmanj srednješolsko izobrazbo (Rozier, 2008).



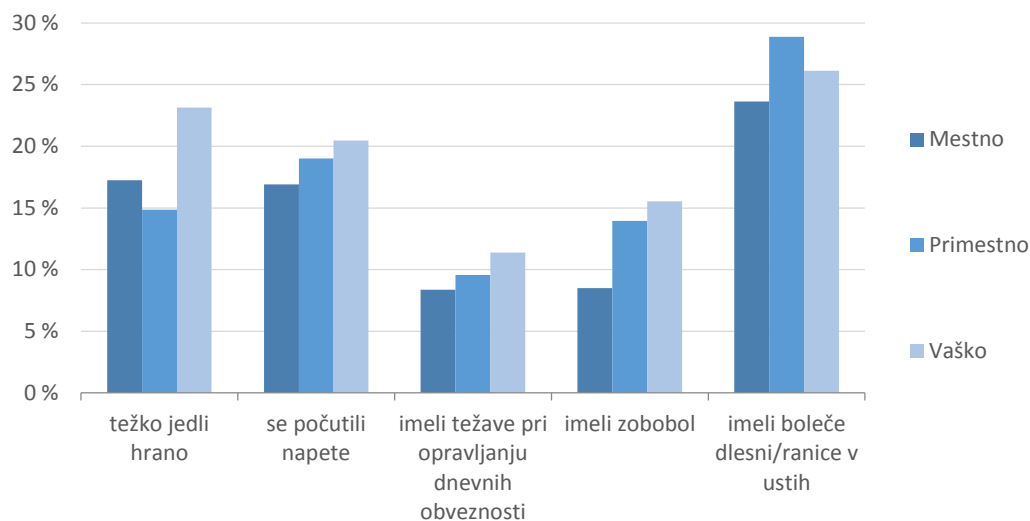
Slika 6.7. Delež odraslih, starih 18–74 let, ki pogosto ali občasno občutijo omejitve v vsakdanjem življenju zaradi težav z ustno votlino ali/in zobmi, glede na izobrazbo.



Slika 6.8. Delež odraslih, starih 18–74 let, ki se pogosto ali občasno izogibajo različnim oblikam socialnih stikov zaradi videza svojih zob (ali zobne proteze) glede na izobrazbo.

V naši raziskavi smo preverjali tudi razlike v kakovosti življenja v povezavi z ustnim zdravjem glede na bivalno okolje. V največjem deležu so o pogostem ali občasnem pojavljanju omejitev v vsakdanjem življenju zaradi težav z ustno votlino ali/in zobmi poročali odrasli iz vaškega okolja v primerjavi z odraslimi iz mestnega in primestnega okolja (Slika 6.9). Podatki kažejo, da odrasli iz vaškega okolja

pogosteje kot odrasli iz mestnega okolja poročajo, da so pogosto ali občasno težko jedli hrano (mestno 17 %, primestno 15 % in vaško 23 %); razlike med deleži so statistično značilne (test hi-kvadrat = 6,643, $p = 0,036$). Prav tako so razlike v deležih odraslih, ki so poročali o pogostem ali občasnem zobobolu, pri katerih je bilo takih 15 % oseb iz vaškega okolja, 14 % iz primestnega in 8 % oseb iz mestnega okolja (test hi-kvadrat = 7,844, $p = 0,020$).



Slika 6.9. Delež odraslih, starih 18–74 let, ki pogosto ali občasno občutijo omejitve v vsakdanjem življenju zaradi težav z ustno votlino ali/in zobmi, glede na bivalno okolje.

Po pogostosti izogibanja socialnim stikom med odraslimi glede na bivalno okolje v deležih ni večjih (statistično značilnih) razlik.

Podatki o kakovosti življenja v povezavi z ustnim zdravjem pri odraslih kažejo na to, da dve tretjini odraslih (skoraj) nikoli ne doživlja posameznih omejitev v povezavi z ustnim zdravjem. Nekatere razlike glede kakovosti življenja v povezavi z ustnim zdravjem kažejo na večjo ranljivost starejših oseb in tistih, ki imajo nižjo izobrazbo. Menimo, da je smiselno okrepiti aktivnosti promocije ustnega zdravja, ki bi pripomogle k zmanjšanju razlik v prevalenci omejitev v vsakdanjem življenju v povezavi z ustnim zdravjem pri odraslih.

Priporočili

Priporočilo 6.1. Ozavestiti javnost o pomenu skrbi za ustno zdravje s ciljem manj pogostega pojavljanja omejitev v vsakdanjem življenju, ki so posledica težav, povezanih z ustno votlino, zobmi ali zobno protezo.

Priporočilo 6.2. Ustrezno preoblikovati in prilagoditi promocijska gradiva in aktivnosti za večjo kakovost življenja ciljnih ranljivih populacijskih skupin, kot so starejše osebe in osebe z nižjo stopnjo izobrazbe.

Viri

- Allen PF. Assessment of oral health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:40.
- Baiju RM, Peter E, Varghese N, Sivaram R. Oral health and quality of life. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(6):21–6.
- Bennadi D, Reddy CVK. Oral health related quality of life. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2013;3(1):1–6.
- Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. A sociodental approach to assessing children's oral health needs: integrating an oral health-related quality of life (OHRQoL) measure into oral health service planning. *Bull World Health Organ*. 2006;84(1):36–42.
- Johansson G, Osterberg AL. Oral health-related quality of life in Swedish young adults. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2015;10:27125.
- Kragt L, van der Tas JT, Moll HA, Elfrink MEC, Jaddoe VWV, Wolvius EB in sod. Early caries predicts low oral health-related quality of life at a later age. *Caries Res*. 2016;50:471–9.
- Locker D. Measuring oral health: A conceptual frame work. *Community Dent Health*. 1988;5:3–18.
- Paredes-Rodriguez VM, Torrijos-Gomez G, Gonzales-Serrano J, Lopez-Pintor-Munoz RM, Lopez-Bermejo MA, Hernandez-Vallejo G. Quality of life and oral health in elderly. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(5):590–6.
- Ranfl M, Oikonomidis C, Kosem R, Artnik B. Vzgoja za ustno zdravje: prehrana in higiena. Strokovna izhodišča. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2015.
- Rozier RG, Pahel BT. Patient and population reported outcomes in public health dentistry: oral health-related quality of life. *Dent Clin North Am*. 2008;52(2):345–65.
- Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011;90(11):1264–70.
- Slade GD, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF, ur. Australia's dental generations. The National Survey of Adult Oral Health 2004–06. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2007.
- Zucoloto ML, Maroco J, Alvares Duarte Bonini Campos J. Impact of oral health on health-related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2016;16:55.
- World Health Organization. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: World Health Organization; 2003.

7 DOSTOPNOST DO ZOBOZDRAVSTVENIH STORITEV

Dostop do zobozdravnika v primeru potrebe po zobozdravstveni oskrbi je omogočen 92 % odraslim.

Po drugi strani kar 8 % odraslih ne ve, ali jim je dostop do zobozdravnika v primeru potrebe po zobozdravstveni oskrbi omogočen, oziroma trdi, da jim dostop do zobozdravnika v primeru potrebe po zobozdravstveni oskrbi ni omogočen.

Izbranega osebnega zobozdravnika ima 84 % odraslih.

Vprašanja, ki smo jih postavili v anketnem vprašalniku:

Ali je vam je omogočen dostop do zobozdravnika, ko potrebuje zobozdravstveno oskrbo?

- Da.
- Ne.
- Ne vem.

Koliko časa potrebujete za pot do zobozdravnika?

_____ minut.

Ali ima vaš otrok/mladostnik izbranega osebnega zobozdravnika?

- Da.
- Ne.
- Ne vem.

Univerzalna dostopnost in pravičnost v dostopnosti do zdravstvenih storitev pomeni, da lahko posamezniki uporabljajo tiste zdravstveno-promocijske, preventivne, kurativne in rehabilitacijske zdravstvene storitve, ki jih potrebujejo, in da te storitve vodijo k izboljšanju zdravja (NIJZ, 2018).

V Sloveniji je dostopnost do zobozdravstvenih storitev zagotovljena po načelu univerzalnega kritja iz prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ), s splošno pravico in dostopnostjo do primarnega zobozdravstvenega varstva, ustrezno razporeditvijo izvajalcev zobozdravstvene dejavnosti po državi in z zagotavljanjem socialne varnosti (NIJZ, 2018). Za mrežo izvajalcev zobozdravstvene dejavnosti so odgovorni MZ, ZZS in lokalne skupnosti. Zobozdravstvene storitve so regulirane s Pravili OZZ in z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ, 1992; Pravila OZZ, 1994). Zobozdravstveno varstvo je financirano iz javnih sredstev (sredstva OZZ, proračunska sredstva države in občin) in zasebnih sredstev (sredstva (prostovoljnega) dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ) in neposredna plačila prebivalcev za zdravstvene storitve) (Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji, 2016). Zobozdravstveno zavarovanje je del zdravstvenega zavarovanja (Rode in sod., 2005). Glavni plačnik zobozdravstvenih storitev v Sloveniji je ZZS, ki ne pokriva celotnega financiranja, razliko do polne cene zobozdravstvenih storitev krije DZZ. ZZS pokriva zobozdravstvene programe v javni mreži zobozdravstvene dejavnosti, kar je določeno s Splošnim dogovorom in pogodbami z izvajalci zobozdravstvene dejavnosti. Ob tem je poskrbljeno za določene populacijske skupine (otroci, brezposelni, invalidi, hospitalizirani pacienti in drugi), ki si ne morejo privoščiti (do)plačila za zobozdravstvene storitve, le-ta so najvišja za zobno-protetične pripomočke (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998; CED, 2015). OZZ krije 80 % vrednosti storitev zdravljenja ustnih in zobnih bolezni, medtem ko za storitve izdelave zobno-protetičnih pripomočkov krije le 10 % vrednosti (ZZS, 2012).

Zavarovane osebe imajo pravico do storitev s področja zdravljenja zobnih in ustnih bolezni, in sicer: pregleda na zahtevo zavarovane osebe, vendar največ enkrat letno; zdravljenja zob, njihovega polnjenja (plombiranje), nadgrajevanja, rentgenske diagnostike zobovja ali čeljustnic, zdravljenja vnetnih in drugih sprememb ustne sluznice ter oralnokirurških in maksilofacialnih operativnih storitev; zobno-protetičnih pripomočkov, ki so opredeljeni s Pravili OZZ; kontrolnega pregleda šest mesecev po končanem konzervativnem ali zobno-protetičnem zdravljenju. Pri izvedbi zobno-protetičnih fiksnih in snemnih pripomočkov obstaja pogoj predhodnega zavarovanja šestih mesecev. Ta pogoj ne velja za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni (ZZS, 2020a). Zavarovanim osebam so v zobozdravstveni dejavnosti zagotovljeni standardni materiali (Pravila OZZ, 1994), dopustna so doplačila za nadstandardne vgrajene materiale. V primerjavi z zdravstvenim varstvom je v sistemu zobozdravstvenega varstva pri odraslih obseg doplačil večji (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Zobozdravstveno varstvo odraslih zagotavlja celostno in neprekinjeno zobozdravstveno oskrbo, ki obsega odkrivanje in zdravljenje zobnih in ustnih bolezni ter zobno-protetično in estetsko rehabilitacijo. Za dostop do zobozdravnika napotnica ni potrebna (ZD Ljubljana, 2020).

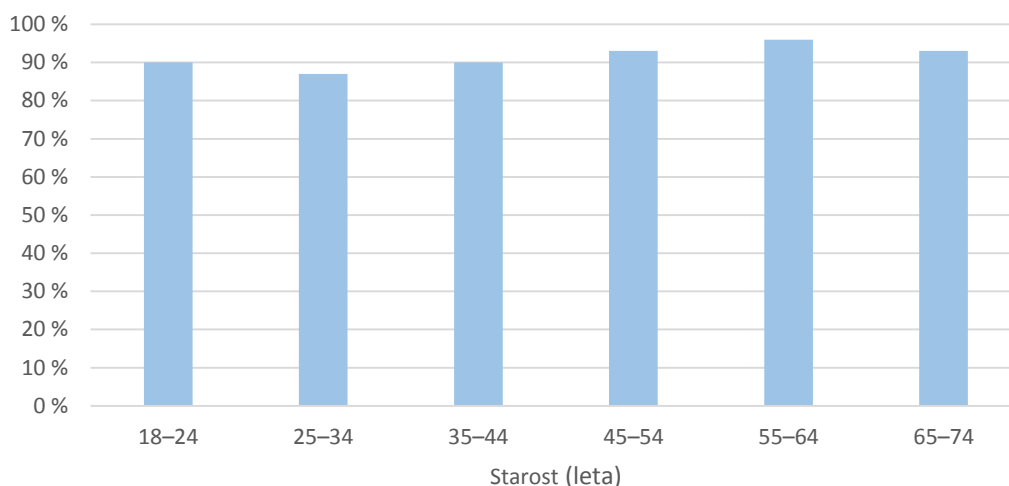
Dostop do zobozdravnika

Demografske in geografske značilnosti, socialnoekonomski status, zdravstveno zavarovanje, zdravstvena pismenost in nezaupanje v zdravstveni sistem odločilno vplivajo na dostopnost in koriščenje zobozdravstvenih storitev (Yu in sod., 2002; Edelstein & Chinn, 2009; Families USA, 2016; Prevolnik Rupel, 2016; Yuen in sod., 2018). Pomemben dejavnik je tudi število (razpoložljivih) zobozdravnikov (Wehby in sod., 2017).

Po zadnjih dostopnih podatkih NIJZ (za leto 2018) je število vseh aktivnih zobozdravnikov v Sloveniji 1.522, kar pomeni 73,5 zobozdravnikov/100.000 prebivalcev (število prebivalcev Slovenije se nanaša na stanje z dne 1. 7. 2018). Po podatkih ZZS, ki beleži članstvo zobozdravnikov v ZZS, je v javni zdravstveni mreži delujočih 83 % izmed vseh aktivnih zobozdravnikov, 17 % zobozdravnikov pa je zasebnikov brez koncesije. Splošnih zobozdravnikov je 85 %, zobozdravnikov specialistov 15 %. Največ zobozdravnikov je zaposlenih v osnovnem (primarnem) zdravstvu. Glede na statistično regijo je največ zobozdravnikov v Osrednjeslovenski statistični regiji, najmanj pa v Primorsko-notranjski statistični regiji (ZZS, 2018; Oikonomidis & Ranfl, 2019). Iz Poročil o kadrovske preskrbljenosti na področju ustnega zdravja je razvidno, da se je število aktivnih zobozdravnikov v zadnjih letih povečalo (Oikonomidis & Ranfl, 2019), upoštevajoč javne uslužbenke in zasebnike. Pri razpoložljivosti zobozdravnikov je potrebno upoštevati vrsto prakse, v kateri zobozdravniki delajo, zaposlitve za polovični delovni čas ali odsotnosti zaradi materinskega oziroma starševskega dopusta (Buck & Newton, 2001; Newton in sod., 2001). Stopnja zobozdravnikov na 100.000 prebivalcev ustreza povprečju EU (CED, 2015). Raziskave kažejo, da je razmerje med številom zobozdravnikov in številom prebivalcev sicer preprost kazalnik dostopnosti, ki se uporablja globalno (Department of Health, 2004), a je pomemben le, kadar ga interpretiramo glede na potrebe in zahteve po zdravljenju (Newton in sod., 2008). Podatki na nacionalni ravni kažejo, da ima neizpolnjene zobozdravstvene potrebe 3,8 % prebivalcev Slovenije (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

V naši raziskavi smo proučevali, ali je odraslim omogočen dostop do zobozdravnika v primeru potrebe po zobozdravstveni oskrbi in koliko časa odrasli porabijo za pot do zobozdravnika.

Ugotavljamo, da je dostop do zobozdravnika v primeru potrebe po zobozdravstveni oskrbi omogočen 92 % odraslim, in sicer 90 % moškim in 94 % ženskam; razlika med spoloma je statistično značilna (test CCP, $p = 0,033$). Deleži se v različnih starostnih skupinah gibljejo med 87 % in 96 % (Slika 7.1); razlike niso statistično značilne. Po drugi strani kar 8 % odraslih ne ve, ali jim je dostop do zobozdravnika v primeru potrebe po zobozdravstveni oskrbi omogočen, oziroma trdi, da jim dostop do zobozdravnika v primeru potrebe po zobozdravstveni oskrbi ni omogočen.



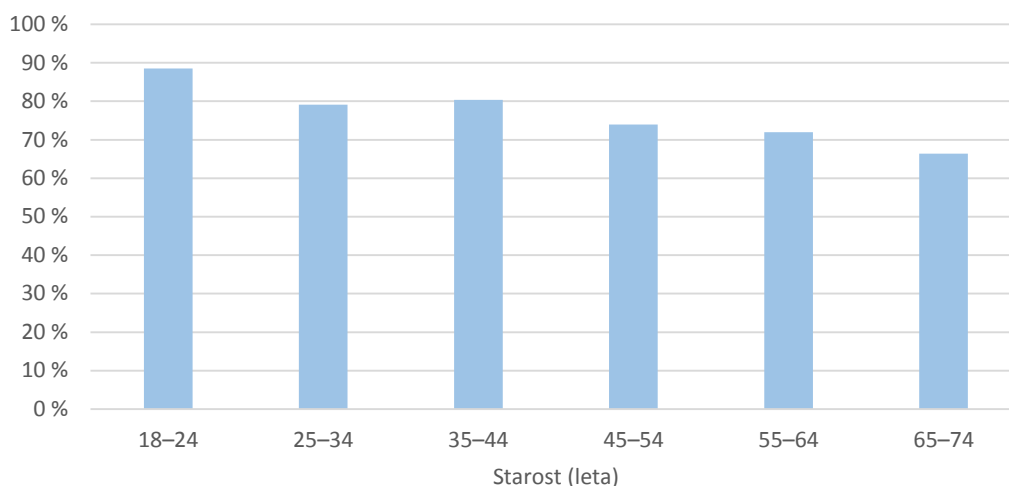
Slika 7.1. Deleži odraslih, ki jim je omogočen dostop do zobozdravnika v primeru potrebe po zobozdravstveni oskrbi, v različnih starostnih skupinah.

Proučevali smo tudi dostop do zobozdravnika v primeru potrebe po zobozdravstveni oskrbi glede na izobrazbo odraslih. Rezultati analize kažejo, da je dostop do zobozdravnika v primeru potrebe po zobozdravstveni oskrbi omogočen 93 % odraslim z največ osnovnošolsko izobrazbo, 90 % odraslim s srednješolsko izobrazbo in 94 % odraslim z najmanj višješolsko izobrazbo; razlike niso statistično značilne.

V nadaljnji analizi ugotavljamo, da je glede na bivalno okolje delež odraslih, ki jim je omogočen dostop do zobozdravnika v primeru potrebe po zobozdravstveni oskrbi, najmanjši v mestnem okolju (90 %), medtem ko med vaškim in primestnim okoljem ni razlik v deležih (93 %); razlike med mestnim in vaškim/primestnim okoljem niso statistično značilne.

Proučevali smo tudi, koliko časa odrasli potrebujejo za pot do zobozdravnika. Ugotavljamo, da za pot do zobozdravnika 24 % odraslih potrebuje več kot 30 minut, med moškimi je takih 22 %, med ženskami 26 %; razlika med spoloma ni statistično značilna.

Analiza glede na starost kaže, da se z leti delež odraslih, ki za pot do zobozdravnika potrebujejo manj kot 30 minut, zmanjšuje (Slika 7.2); razlike v deležih med različnimi starostnimi skupinami so statistično značilne (test hi-kvadrat = 17,778, $p = 0,003$). Med odraslimi, mlajšimi od 24 let, porabi več kot 30 minut za pot do zobozdravnika le približno 11 % oseb, med starejšimi od 55 let je takih skoraj tretjina oseb; razlika je statistično značilna (test CCP, $p < 0,04$). Delež je najmanjši v starostni skupini 65–74 let.



Slika 7.2. Deleži odraslih, ki za pot do zobozdravnika potrebujejo manj kot 30 minut, v različnih starostnih skupinah.

Glede na izobrazbo je delež tistih, ki za pot do zobozdravnika potrebujejo manj kot 30 minut, največji med odraslimi s srednješolsko izobrazbo (80 %), sledijo odrasli z najmanj višješolsko izobrazbo (72 %), najmanjši delež je med odraslimi z največ osnovnošolsko izobrazbo (69 %); razlike v deležih so statistično značilne (test hi-kvadrat = 9,629, $p = 0,008$; test CCP, $p = 0,035$).

Glede na bivalno okolje ni statistično značilnih razlik med deleži tistih, ki za pot do zobozdravnika potrebujejo manj kot 30 minut, in tistimi, ki za pot do zobozdravnika potrebujejo več kot 30 minut.

Leta 2017 je 3,5 % prebivalcev Slovenije poročalo o neizpolnjenih potrebah po medicinski oskrbi zaradi finančnih razlogov, geografske razdalje ali čakalnih dob. Ta delež dvakrat presega povprečje EU (1,7 %). O neizpolnjenih zobozdravstvenih potrebah je poročalo 3,8 % prebivalcev, glavni vzrok so bile predolge čakalne dobe (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Upoštevajoč čakalne dobe so prebivalci Slovenije precej nezadovoljni z dostopnostjo do zobozdravstvenih storitev (Albrecht in sod., 2016). Zato je vse več ljudi pripravljenih zasebno plačati za zobozdravstveno oskrbo. Približno 15 % vseh zobozdravnikov dela izključno za neposredna plačila ali na podlagi zasebnih dodatnih zavarovalnih shem (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Približno 95 % prebivalstva ima sklenjeno (prostovoljno) dopolnilno zdravstveno zavarovanje (DZZ). Na drugi strani 5 % odraslih nima sklenjenega DZZ, kar predstavlja dodatno oviro pri dostopu do zobozdravstvenih storitev (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Študiji Auchinclossa in sodelavcev (2001) ter Fitzpatricka in sodelavcev (2004) kažejo, da so težave z dostopnostjo do zobozdravstvenih storitev povezane tudi s stopnjo izobrazbe in dohodkom. O težavah večkrat poročajo odrasli z nižjo stopnjo izobrazbe in nižjim dohodkom v primerjavi z odraslimi z višjo stopno izobrazbe in višjim dohodkom. Odrasli z višjo stopnjo izobrazbe tudi lažje prepoznajo potrebo po zdravljenju in prej poiščejo pomoč (Travassos & Martins, 2004; Travassos & Castro, 2008).

Raziskava Ismaila in Sohna (2001) je pokazala, da omogočanje zobozdravstvenega zavarovanja, financiranega iz javnih sredstev, ni odpravilo razlik v dostopnosti do zobozdravstvenih storitev glede

na socialnoekonomski status. Razlik tako ni mogoče odpraviti zgolj z univerzalnimi ukrepi, ampak je potrebno upoštevati tudi socialne in vedenjske determinante ustnega zdravja (Rowan-Legg, 2013). Poleg značilnosti posameznika na dostopnost vpliva tudi organizacija izvajanja storitev (Travassos in sod., 2000; Travassos & Castro, 2008). Slabši dostop do preventivnih storitev pa lahko prispeva h komorbidnosti predvsem pri revnejših posameznikih (Wang in sod., 2015).

Priporočljivo je, da si pacienti osebnega zdravnika in zobozdravnika izberejo čim bližje kraju bivanja (eUprava, 2020), saj je dostopnost do zobozdravstvenih storitev slabša na območjih, kjer so razdalje do zobozdravnika večje in razpoložljivost zobozdravnikov omejena.

Kar 8 % odraslih ne ve, ali jim je dostop do zobozdravnika v primeru potrebe po zobozdravstveni oskrbi omogočen, oziroma trdi, da jim dostop do zobozdravnika v primeru potrebe po zobozdravstveni oskrbi ni omogočen. Ta delež je višji, kot bi pričakovali. Možno je, da je del vprašanih oseb potrebo po zobozdravstveni oskrbi razumel tudi zgolj kot potrebo po prvi pomoči, zato v nadaljevanju pojasnjujemo, kdaj je potrebna nujna zobozdravstvena oskrba in kakšen je v tem primeru dostop do zobozdravnika.

Nujna stanja v zobozdravstvu so: močan zobobol, ko analgetik ne pomaga, akutno vnetje (oteklina, oteženo požiranje, zvišana telesna temperatura), večja krvavitev in poškodbe zob in ustne votline. Nujna zobozdravstvena oskrba vključuje zdravstvene storitve, ki jih zobozdravnik izvaja zaradi poškodb, močnejših krvavitev, infekcij in hudih stalnih bolečin v področju ustne votline in zob za preprečitev nepopravljivega in hudega poslabšanja zdravstvenega stanja. Osebni zobozdravniki v zdravstvenih domovih in zasebniki s koncesijo ali brez nje nudijo med tednom nujno zobozdravstveno pomoč v času svojih uradnih ur. Ob odsotnosti, ki je daljša od dveh dni, naj bi vedno poskrbeli za ustrezno nadomeščanje. Med vikendi in ob praznikih lahko nujno zobozdravstveno pomoč pacienti poiščejo v večjih krajih po Sloveniji. Najbolj celoviti zobozdravstveni dežurstvi v Sloveniji sta v Ljubljani in Mariboru, kjer nudijo dežurni zobozdravniki pomoč tudi v nočnih urah. Dežurne zobozdravstvene ambulante ob sobotah, nedeljah in praznikih v dopoldanskih urah delujejo še v Novi Gorici, Kranju, Novem mestu, Celju, Slovenj Gradcu, Murski Soboti, Velenju in Kopru (ZZdrS, 1999; ZPacP, 2008; eZobozdravnik, 2019).

OZZ zagotavlja plačilo za izvajanje nujnih zobozdravstvenih storitev le podnevi. Nočne storitve v dežurni ambulanti so nadstandardna dejavnost, kar pomeni, da je del stroškov samoplačniških. V večjih mestih sofinanciranje občin prvenstveno omogoča nočne zobozdravstvene storitve svojim prebivalcem ob plačilu participacije. Sprejemajo pa dežurne ambulante tudi paciente iz drugih krajev in tujce, a morajo ti plačati participacijo in tudi vse stroške zdravljenja (eZobozdravnik, 2019).

Izbira osebnega zobozdravnika

Skladno s Splošnim dogovorom (ZZZS, 2020b), ki so ga sprejeli MZ, ZZZS in predstavniki izvajalcev zdravstvenih storitev oziroma ga je določila Vlada Republike Slovenije, so izvajalci zdravstvene dejavnosti dolžni objaviti seznam zobozdravnikov, med katerimi lahko izbirajo pacienti (ZZZS, 2020c). Osebnega zobozdravnika si lahko pacienti izberejo med zobozdravniki, ki opravljajo osnovno zobozdravstveno dejavnost v javni mreži (zdravstvenem domu), ali med zobozdravniki zasebniki s koncesijo, ki imajo za opravljanje osnovne zobozdravstvene dejavnosti sklenjeno pogodbo z ZZZS. Zobozdravnik, ki izpolnjuje pogoje za osebnega zobozdravnika, je dolžan sprejeti vse zavarovane osebe,

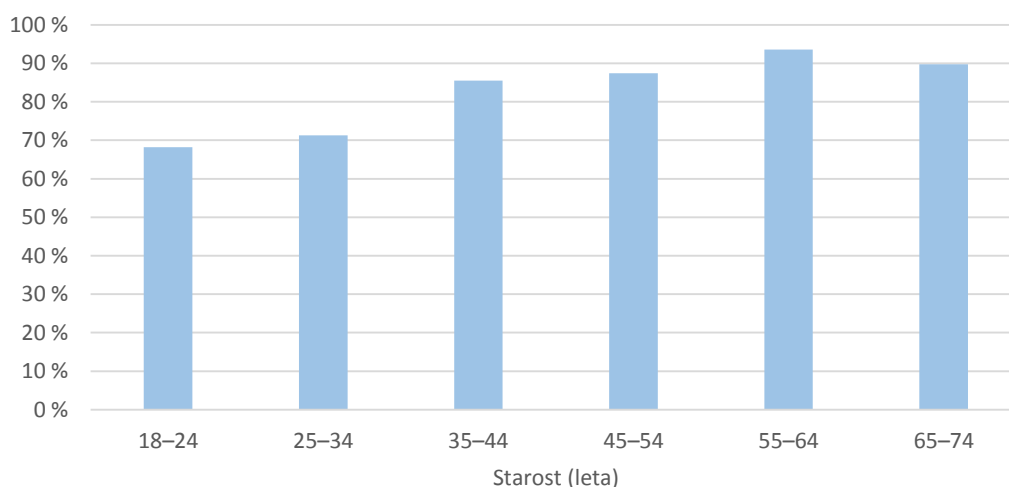
ki ga želijo izbrati, osebe lahko odkloni le pod določenimi pogoji (število pri njem evidentiranih zavarovanih oseb presega število, ki ga določi ZZZS; oseba želi izbrati zobozdravnika v nasprotju s pravili OZZ; zaradi oddaljenosti ne more zagotoviti vseh storitev, za katere je pooblaščen) (eUprava, 2020). Pri izbranem osebnem zobozdravniku ali z napotnico pri zobozdravniku specialistu uveljavljajo pravico do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti iz OZZ.

Odrasli (po dopolnjenem 19. letu starosti) si izberejo zobozdravnika med splošnimi zobozdravniki ali zobozdravniki specialisti, ki lahko zavarovani osebi zagotovijo vse storitve s področja zdravljenja zob in ustne votline ter zobne protetike (ZZVZZ, 1992). V primeru zahteve po nujni zobozdravstveni oskrbi sme zavarovana oseba uveljavljati pravice tudi pri zobozdravniku, ki ni njen osebni zobozdravnik, ali v dežurni zobozdravstveni ambulanti (ZZZS, 2020a).

V naši raziskavi smo proučevali, kolikšen delež odraslih ima izbranega osebnega zobozdravnika.

Izbranega osebnega zobozdravnika ima 84 % odraslih, in sicer 82 % moških in 86 % žensk; razlika med spoloma ni statistično značilna. Kar 16 % odraslih nima oziroma ne ve, ali imajo izbranega osebnega zobozdravnika.

Z leti se delež odraslih, ki imajo izbranega osebnega zobozdravnika, povečuje. Osebnega zobozdravnika ima več kot 85 % odraslih, starejših od 35 let. Delež je največji v starostni skupini 55–64 let (94 %) (Slika 7.3); razlike v deležih glede na različne starostne skupine so statistično značilne (test hi-kvadrat = 54,350, $p < 0,001$).



Slika 7.3. Delež odraslih, ki imajo izbranega osebnega zobozdravnika, v različnih starostnih skupinah.

Glede na izobrazbo obstajajo statistično značilne razlike med deleži odraslih, ki imajo izbranega osebnega zobozdravnika (test hi-kvadrat = 0,312, $p = 0,021$). Izbranega osebnega zobozdravnika ima 92 % odraslih z največ osnovnošolsko izobrazbo, kar je več kot med odraslimi s srednješolsko izobrazbo (82 %) (test CCP, $p = 0,035$) in odraslimi z najmanj višješolsko izobrazbo (84 %) (test CCP, $p > 0,05$).

Analizirali smo tudi deleže odraslih, ki imajo izbranega osebnega zobozdravnika, glede na bivalno okolje. Ugotovljamo, da je največjih delež odraslih, ki imajo izbranega osebnega zobozdravnika,

v vaškem okolju (88 %), sledi primestno okolje (83 %), najmanjši delež (80 %) pa je v mestnem okolju; razlike med deleži niso statistično značilne.

Opazimo lahko, da je delež odraslih, ki imajo izbranega osebnega zobozdravnika, v starostnih skupinah 18–24 let in 25–34 let precej nižji kot med odraslimi, starejšimi od 35 let. Predvidevamo, da je v starostni skupini 18–24 let zelo velik delež študentov, ki po dopolnjenem 19. letu prenehajo obiskovati zobozdravnika, usposobljenega za zobozdravstveno varstvo otrok in mladostnikov, in si v kraju študija oziroma začasnega bivališča ne izberejo drugega osebnega zobozdravnika kljub ponujeni možnosti. V starostni skupini 25–34 let pa bi razlog lahko bil v tem, da več mlajših odraslih obiskuje zobozdravnike zasebnike brez koncesije, ki ne morejo biti opredeljeni kot izbrani osebni zobozdravniki.

Dostopnost do zobozdravstvenih storitev je ključna za doseganje in vzdrževanje ustnega zdravja. Odraslim pripada pravica do zobozdravstvene obravnave kljub odsotnosti težav. Pomembno je, da to pravico koristijo in s tem pripomorejo k preventivni naravi obiskov.

Priporočila

Priporočilo 7.1. Seznanjati odrasle z možnostjo dostopa do zobozdravnika v primeru potrebe po zobozdravstveni oskrbi.

Priporočilo 7.2. Ozaveščati odrasle o obsegu pravic in pravilih koriščenja storitev s področja zdravljenja zobnih in ustnih bolezni ter o pomembnosti rednih (preventivnih) obiskov pri zobozdravniku.

Priporočilo 7.3. Spodbujati mlajše odrasle k izbiri osebnega zobozdravnika.

Viri

- Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji. Povzetek in ključne ugotovitve. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2016. Pridobljeno 21. 1. 2020 s spletne strani: https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Organizacija-zdravstvenega-varstva/Analiza-zdravstvenega-sistema-v-Sloveniji/SLO_-analiza_ZS_povzetek_in_kljucne_ugotovitve_lektorirana_verzija.pdf
- Albreht T, Pribakovic Brinovec R, Josar D, Poldrugovac M, Kostnapfel, T, Zaletel M in sod. Slovenia: health system review. *Health Systems in Transition*. 2016;18(3):1–207.
- Auchincloss AH, Van Nostrand JF, Ronsaville D. Access to health care for older persons in the United States: personal, structural, and neighborhood characteristics. *J Aging Health*. 2001;13(3):329–54.
- Buck D, Newton JT. The privatisation of NHS dentistry? A national snapshot of general dental practitioners. *Br Dent J*. 2001;190:115–8.
- Council of European Dentists (CED). Manual of dental practice 2015. Brussels: CED; 2015. Pridobljeno 18. 1. 2020 s spletne strani: <https://cedentists.eu/library/eu-manual.html>
- Department of Health. Report of the primary care dental workforce review. London: Department of Health; 2004.
- Edelstein BL, Chinn CH. Update on disparities in oral health and access to dental care for America's children. *Academic Pediatric*. 2009;9(6):415–9.
- ezobozdravnik.si [Elektronski vir]. eZobozdravnik: Dežurni zobozdravnik. eZobozdravnik; 2019. Pridobljeno 6. 3. 2020 s spletne strani: <https://www.ezobozdravnik.si/dezurni-zobozdravnik/>
- e-uprava.gov.si [Elektronski vir]. eUprava Republike Slovenije: Izbira osebnega splošnega zdravnika, ginekologa in zobozdravnika. Ljubljana: Ministrstvo za javno upravo; 2020. Pridobljeno 10. 1. 2020 s spletne strani: <https://e-uprava.gov.si/podrocja/sociala-zdravje-smrt/zdravje/sociala-osebni-zdravnik.html>
- families.org [Elektronski vir]. Families USA: Dental therapists can improve access to dental care for underserved communities. Washington: Families USA; 2016. Pridobljeno 29. 2. 2020 s spletne strani: <https://familiesusa.org/resources/dental-therapists-can-improve-access-to-dental-care-forunderserved-communities/>
- Fitzpatrick AL, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA. Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *Am J Public Health*. 2004;94(10):1788–94.
- Ismail AI, Sohn W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc*. 2001;132(3):295–303.
- Newton JT, Buck D, Gibbons D. Workforce planning in dentistry: the impact of shorter and more varied career patterns. *Community Dent Health*. 2001;18: 236–41.
- Newton JT, Williams AC, Bower EJ. Access to dental services in Scotland: an analysis of dentist-population ratios. *Br Dent J*. 2008;204(3):E6;142–3.
- nijz.si [Elektronski vir]. Nacionalni inštitut za javno zdravje: Univerzalna dostopnost do zdravstvenega varstva. Ljubljana: NIJZ; 2018. Pridobljeno 3. 3. 2020 s spletne strani: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/sdz_albreht.pdf
- Oikonomidis C, Ranfl M. Poročilo o kadrovske preskrbljenosti na področju ustnega zdravja 2019. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2019.

- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)/European Observatory on Health Systems and Policies. Slovenija: Zdravstveni profil države 2019. State of health in the EU. Pariz: OECD Publishing/Bruselj: European Observatory on Health Systems and Policies; 2019.
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Uradni list RS, št. 79/94 (21. 12. 1994).
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18 in 57/18).
- Prevolnik Rupel V. ESPN Thematic Report on inequalities in access to healthcare: Slovenia. Bruselj: European Commission; 2016:1–20.
- Rode M, Funduk N, Vrbošek J. Organiziranost zobozdravstva v državah EU. Zdrav Vestn. 2005;74(7–8):473–4.
- Rowan-Legg A. Oral health care for children - a call for action. Paediatr Child Health. 2013;18(1):37–50.
- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saude Publica. 2004;20(Suppl 2):S190–8.
- Travassos C, Castro M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, editor. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.215–46.
- Wang HH, Wang JJ, Lawson KD, Wong SY, Wong MC, Li FJ in sod. Relationships of multimorbidity and income with hospital admissions in 3 health care systems. Ann Fam Med. 2015;13(2):164–7.
- Wehby GL, Shane DM, Joshi A, Momany E, Chi DL, Kuthy RA in sod. The effects of distance to dentists and dentist supply on children's use of dental care. Health Serv Res. 2017;52(5):1817–34.
- Yu SM, Bellamy HA, Kogan MD, Dunbar JL, Schwalberg RH, Schuster MA. Factors that influence receipt of recommended preventive pediatric health and dental care. Pediatrics. 2002;110(6):e73.
- Yuen A, Rocha CM, Kruger E, Tennant M. The equity of access to primary dental care in Sao Paulo, Brazil: a geospatial analysis. Int Dent J. 2018;68(3):171–5.
- Zakon o pacientovih pravicah – ZPacP. Uradni list RS, št. 15/08 (11. 2. 2008).
- Zakon o zdravniški službi – ZZdrS. Uradni list RS, št. 98/99 (3. 12. 1999).
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ. Uradni list RS, št. 9/92 (21. 2. 1992).
- zd-lj.si [Elektronski vir]. Zdravstveni dom Ljubljana: Zobozdravstveno varstvo odraslih. Ljubljana: ZD Ljubljana; 2020. Pridobljeno 20. 8. 2020 s spletne strani: https://www.zd-lj.si/zdlj/index.php?option=com_content&view=category&id=197&Itemid=472&lang=sl
- zzs.si [Elektronski vir]. Zdravniška zbornica Slovenije: Članstvo zdravniške zbornice Slovenije na dan 1. 7. 2018. Ljubljana: ZZS; 2018. Pridobljeno 10. 1. 2020 s spletne strani: https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/clanstvo/%C4%8Dlanstvo-2018777f500ac984637fa585ff0000c39243.pdf?sfvrsn=8fb3336_6
- zzzs.si [Elektronski vir]. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije: Pravice do zdravstvenih storitev v zobozdravstveni dejavnosti. Ljubljana: ZZZS; 2020a. Pridobljeno 2. 2. 2020 s spletne strani:

https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/pravice_zdravstvenih_storitev/pravice_z_obozdravstvo!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfljo8zizQx8HT08DQw9LPyc3Aw8jYMtPD0DLQ0NnA30C7IdFQGFt2rb/

- zzzs.si [Elektronski vir]. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije: Splošni dogovori in aneksi. Ljubljana: ZZS; 2020b. Pridobljeno 28. 2. 2020 s spletne strani: https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/splosni_dogovori_in_aneksi/splosni_dogovori_in_aneksi
- zzzs.si [Elektronski vir]. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije: Izbira osebnega zobozdravnika in pedontologa. Ljubljana: ZZS; 2020. Pridobljeno 12. 3. 2020 (c) s spletne strani: <https://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/9D0E3ACC42CB4F65C125736E0033188D>
- zzzs.si [Elektronski vir]. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije: Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Ljubljana: ZZS; 2012. Pridobljeno 2. 9. 2020 s spletne strani: <https://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/9458214546CFCC6C1256B5D00255C9D>

ZAKLJUČEK

Osnovo ohranjanja in krepitev ustnega zdravja predstavljajo ustrezna ustna higiena, prehrana in redni obiski pri zobozdravniku. Spodbujati moramo aktivnosti za izboljšanje ustnega zdravja in krepiti tudi zavedanje o pomenu ustnega zdravja za življenje posameznika. Ustno zdravje je namreč pomemben del splošnega zdravja, ki dokazano prispeva k boljši kakovosti življenja. Spremljanje ustnega zdravja s pomočjo kazalnikov po mednarodnih priporočilih bo pripomoglo k poznavanju ustnega zdravja prebivalcev Slovenije in njihovega odnosa do le-tega, zaradi česar bo lažje oblikovati primerne in učinkovite (preventivne in izobraževalne) programe za izboljšanje ustnega zdravja ter s tem povezane kakovosti življenja.

POVZETEK PRIPOROČIL

Priporočilo 1.1. Krepani ozaveščanje o pomenu čiščena zob za ciljne populacije glede na starost, izobrazbo in bivalno okolje.

Priporočilo 1.2. Nadalje ozaveščati o pomenu čiščena zob z zobno pasto, ki vsebuje fluoride, vsaj dvakrat dnevno v ustrezni koncentraciji in količini.

Priporočilo 1.3. Priporočati enkrat dnevno uporabo medzobne ščetke in/ali zobne nitke ter strgala za jezik.

Priporočilo 2.1. Ustrezno predstaviti negativni vpliv vmesnih prigrizkov na ustno zdravje.

Priporočilo 2.2. Okrepiti zavedanje, da pitje sadnih sokov in smoothijev predstavlja tveganje za ustno zdravje.

Priporočilo 2.3. Priporočati uživanje celega sadja namesto predelanega.

Priporočilo 2.4. Okrepiti ozaveščanje mlajših odraslih o škodljivih vplivih uživanja prostih sladkorjev in pitja aromatiziranih pijač na ustno zdravje.

Priporočilo 3.1. Okrepiti informiranje in osveščanje odraslih o pomenu preventivnih pregledov pri zobozdravniku.

Priporočilo 3.2. Poudarjati pomen pregledov pri zobozdravniku, ki so neodvisni od prepoznane potrebe po zdravljenju.

Priporočilo 3.3. Poučiti odrasle o pomembnosti preventivnih zobozdravstvenih pregledov za ohranjanje ustnega zdravja in kakovosti življenja v vseh življenjskih obdobjih.

Priporočilo 4.1. Upoštevati večjo ranljivost z vidika samoocene ustnega zdravja za starostnike, moške, stare 18–74 let, osebe iz vaškega bivalnega okolja in osebe z nižjo stopnjo izobrazbe.

Priporočilo 4.2. Prilagoditi promocijska gradiva in aktivnosti za promocijo ustnega zdravja med najbolj ranljivimi.

Priporočilo 5.1. Zaradi povezanosti brezzobosti in kakovosti življenja okrepiti preventivne aktivnosti za populacijsko skupino brezzobih oseb.

Priporočilo 5.2. Poleg popolnoma brezzobih skrb nameniti delno brezzobim, ki imajo le še nekaj lastnih zob.

Priporočilo 6.1. Ozavestiti javnost o pomenu skrbi za ustno zdravje s ciljem manj pogostega pojavljanja omejitev v vsakdanjem življenju, ki so posledica težav, povezanih z ustno votlino, zobmi ali zobno protezo.

Priporočilo 6.2. Ustrezno preoblikovati in prilagoditi promocijska gradiva in aktivnosti za večjo kakovost življenja ciljnih ranljivih populacijskih skupin, kot so starejše osebe in osebe z nižjo stopnjo izobrazbe.

- Priporočilo 7.1.** Seznanjati odrasle z možnostjo dostopa do zobozdravnika v primeru potrebe po zobozdravstveni oskrbi.
- Priporočilo 7.2.** Ozaveščati odrasle o obsegu pravic in pravilih koriščenja storitev s področja zdravljenja zobnih in ustnih boleznih ter o pomembnosti rednih (preventivnih) obiskov pri zobozdravniku.
- Priporočilo 7.3.** Spodbujati mlajše odrasle k izbiri osebnega zobozdravnika.

ZAHVALA

Zahvaljujemo se Nataši Delfar za pripravo spletnih vprašalnikov in Alešu Korošču za pomoč pri analizi podatkov.

Zahvaljujemo se Metki Zaletel za pomoč pri pripravi projektne dokumentacije.

Zahvaljujemo se Tei Šket za njen prispevek pri izvedbi pilotne raziskave.

Zahvaljujemo se Roku Kosmu in Christosu Oikonomidisu za sodelovanje pri pripravi slovenske različice vprašalnika.

SEZNAM OKRAJŠAV IN KRATIC

AAPD	angl. American Academy of Pediatric Dentistry
ADA	angl. American Dental Association
angl.	angleško
ARRS	Javna agencija za raziskovano dejavnost Republike Slovenije
CASI	angl. Computer-Assisted Self-Interviewing
CCP	angl. Column Comparison Proportion
CDC	angl. Centers for Disease Control and Prevention
CED	ang. Council of European Dentists
CRP	Ciljni raziskovalni program
dl	deciliter
DZZ	Dopolnilno zdravstveno zavarovanje
EAPD	angl. European Academy of Paediatric Dentistry
EGOHID	angl. European Global Oral Health Indicators Development; Evropski globalni razvoj kazalnikov ustnega zdravja
EU	Evropska unija
FDI	fr. Fédération Dentaire Internationale; Mednarodna zveza zobozdravnikov
fr.	francosko
g	gram
IBM	angl. International Business Machines Corporation
in sod.	in sodelavci
indeks KEP	število karioznih, ekstrahiranih in plombiranih stalnih zob ali zobnih ploskev na osebo
KFF	Kaiser Family Foundation
mg	miligram
MZ	Ministrstvo za zdravje
NHANES	angl. National Health and Nutrition Examination Survey
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
OECD	angl. Organisation for Economic Co-operation and Development; Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj
OHRQoL	angl. Oral Health-Related Quality of Life; kakovost življenja v povezavi z ustnim zdravjem
OZZ	obvezno zdravstveno zavarovanje
pH vrednost	merilo za koncentracijo vodikovih ionov v raztopini in s tem posledično za njeno kislost ali bazičnost
ppm	angl. parts per million; število masnih ali volumskih delov izbrane snovi v milijonu delov raztopine ali zmesi
RIZDDZ	Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu
RSK	Razširjeni strokovni kolegij
SDCEP	angl. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme
SPSS	angl. Statistical Package for the Social Sciences
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
UKCL	Univerzitetni klinični center Ljubljana
UL MF	Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani

VSC	angl. volatile sulfur compounds; hlapne žveplove spojine
WHO	angl. World Health Organization; Svetovna zdravstvena organizacija
ZD	zdravstveni dom
ZDA	Združene države Amerike
ZDSta	Zakon o državni statistiki
ZPacP	Zakon o pacientovih pravicah
ZVOP-1	Zakon o varstvu osebnih podatkov
ZZdrS	Zakon o zdravniški službi
ZZPPZ	Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva
ZZS	Zdravniška zbornica Slovenije
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

STVARNO KAZALO

A	
aromatizirane pijače.....	43
B	
biofilm	20
bivalno okolje.....	16, 24, 29, 85
blagostanje.....	7
brezzobost.....	69
C	
Centralni register prebivalcev (CRP)	15
Č	
čiščenje zob	
pogostost	21
priporočila.....	21
trajanaje.....	21
trajanje.....	21
D	
Dostop do zobozdravnika.....	89
dostopnost	88
E	
etiologija	7
F	
FDI	7
fluoridi	
uporaba.....	23, 69
funkcionalno zobovje	68
I	
Izbira osebnega zobozdravnika	92
Izguba zob	68
K	
kakovosti življenja	79
karies.....	7, 21
etiologija	43
kazalnik.....	58
kazalniki.....	8
M	
materiali	
nadstandardni.....	88
standardni.....	88
medzobna ščetka	28
minerali	40

Ministrstvo za zdravje (MZ).....	8
mlečni izdelki.....	38
mleko	38
N	
Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)	7
neenakosti v zdravju	9, 65
nitkanje	25, 26
O	
obiski pri zobozdravniku	51
opustitev	55
obvezno zdravstveno zavarovanje	88
P	
pH vrednost.....	35, 44
preventivni pregled	51
preventivno zdravstveno varstvo.....	88
pripomočki	25
probiotiki.....	39
promocija ustnega zdravja	10
protetičnimi pripomočki	68
proteza	
delna	68
totalna	68
R	
raziskava	
nacionalna	11
pilotna.....	10
revščina	79
ritem prehranjevanja	35
S	
sadje.....	40
predelano.....	41
sladkorji.....	42
enostavni	43
fermentabilni	43
prosti.....	42
socialne neenakosti.....	79
Splošni dogovor.....	92
stopnja odgovora	15
Strategija za ustno zdravje	9
strgalo za jezik.....	29
Svetovna zdravstvena organizacija	68, 79
Š	
število zobozdravnikov.....	89
U	
učinkovitost.....	8, 25
ustna higiena.....	19

ustno zdravje	9, 35, 40
definicija	7
samocena.....	58
skrb	7, 63, 65
uteževanje podatkov.....	16
V	
vitamini	40
W	
World Health Organization	7
Z	
zavarovanje	
obvezno zdravstveno	55
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS).....	8
zdravje	
definicija	58
samocena.....	58
zdravstveno zavarovanje	
dopolnilno.....	88
pravila	88
zelenjava	40
zobje.....	68, 79
zobna nitka.....	26
zobna pasta	21
zobna ščetka.....	21, 25
zobne obloge.....	21
zobni plak	20
zobozdravnik	51

PRILOGA

Podatki, zbrani z anketiranjem:

Tabela A

Tabela A. Deleži odraslih, starih 18–74 let, glede na izbrane kategorije po spolu, starosti, izobrazbi in bivalnem okolju.

	Skupaj	Spol		Starostne skupine						Izobrazba			Bivalno okolje		
		Moški	Ženski	18–24 let	25–34 let	35–44 let	45–54 let	55–64 let	65–74 let	Največ osnovno šolska	Srednje-šolska	Najmanj višje-šolska	Mestno	Pri mestno	Vaško
	1164	592	572	106	197	238	231	227	165	176	684	305	407	228	524
Q8: Kako ocenjujete svoje ustno zdravje?															
Zelo dobro.	12 %	12 %	11 %	15 %	18 %	14 %	13 %	7 %	5 %	9 %	10 %	18 %	16 %	14 %	8 %
Dobro.	48 %	45 %	51 %	55 %	51 %	51 %	47 %	43 %	45 %	41 %	47 %	53 %	52 %	49 %	45 %
Srednje.	32 %	33 %	32 %	22 %	27 %	29 %	29 %	43 %	41 %	42 %	33 %	25 %	28 %	29 %	37 %
Slabo.	7 %	9 %	5 %	9 %	4 %	7 %	9 %	5 %	7 %	7 %	8 %	3 %	3 %	6 %	10 %
Zelo slabo.	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	2 %	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	2 %	1 %
Q9: Kako pogosto si čistite zobe?															
Več kot dvakrat na dan.	10 %	5 %	15 %	11 %	4 %	6 %	7 %	17 %	16 %	10 %	10 %	10 %	12 %	11 %	8 %
Dvakrat na dan.	61 %	55 %	67 %	58 %	80 %	63 %	58 %	49 %	54 %	49 %	58 %	73 %	66 %	65 %	54 %
Enkrat na dan.	24 %	32 %	16 %	26 %	15 %	23 %	29 %	29 %	23 %	32 %	26 %	17 %	20 %	20 %	30 %
Nekajkrat na teden.	3 %	5 %	2 %	4 %	1 %	5 %	3 %	2 %	6 %	5 %	4 %	1 %	1 %	3 %	5 %
Enkrat na teden.	1 %	2 %	0 %	2 %	0 %	2 %	2 %	1 %	1 %	4 %	1 %	0 %	0 %	1 %	3 %
Nikoli.	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
Q10a: Ali za čiščenje zob uporabljate tudi druge pripomočke? Zobno nitko.															
Da (redno).	17 %	13 %	21 %	10 %	19 %	20 %	17 %	17 %	13 %	9 %	15 %	24 %	19 %	24 %	12 %
Občasno.	47 %	42 %	52 %	58 %	50 %	53 %	44 %	42 %	30 %	34 %	46 %	55 %	52 %	45 %	44 %
Ne.	36 %	45 %	27 %	32 %	30 %	27 %	38 %	41 %	57 %	58 %	39 %	20 %	29 %	31 %	44 %
Q10b: Ali za čiščenje zob uporabljate tudi druge pripomočke? Medzobno ščetko.															
Da (redno).	23 %	23 %	23 %	12 %	12 %	16 %	21 %	43 %	36 %	26 %	22 %	23 %	21 %	28 %	22 %
Občasno.	29 %	23 %	36 %	28 %	28 %	39 %	29 %	23 %	23 %	25 %	29 %	31 %	29 %	29 %	29 %
Ne.	48 %	54 %	41 %	61 %	60 %	46 %	50 %	34 %	41 %	49 %	49 %	45 %	49 %	43 %	49 %

Q10c: Ali za čiščenje zob uporabljate tudi druge pripomočke? Strgalo za jezik.															
Da (redno).	8 %	6 %	10 %	12 %	11 %	8 %	6 %	3 %	6 %	0 %	8 %	10 %	11 %	8 %	5 %
Občasno.	18 %	16 %	21 %	13 %	19 %	27 %	15 %	19 %	10 %	12 %	20 %	17 %	24 %	16 %	15 %
Ne.	74 %	78 %	70 %	75 %	70 %	65 %	80 %	79 %	85 %	88 %	72 %	73 %	65 %	76 %	81 %
Q11: Ali uporabljate zobno pasto?															
Da.	98 %	97 %	99 %	99 %	100 %	97 %	99 %	98 %	95 %	97 %	98 %	99 %	99 %	98 %	98 %
Ne. Uporabljam drugo:	2 %	3 %	1 %	1 %	0 %	3 %	1 %	2 %	5 %	3 %	2 %	1 %	1 %	2 %	2 %
Q12: Ali uporabljate zobno pasto, ki vsebuje fluoride (podatek je na zobni pasti)?															
Da.	64 %	62 %	65 %	61 %	66 %	63 %	68 %	65 %	55 %	56 %	63 %	70 %	63 %	68 %	62 %
Ne (zobna pasta ne vsebuje fluoridov).	14 %	13 %	15 %	8 %	14 %	14 %	13 %	12 %	20 %	13 %	14 %	15 %	15 %	15 %	13 %
Ne vem.	23 %	25 %	20 %	31 %	19 %	23 %	19 %	23 %	26 %	32 %	24 %	16 %	22 %	17 %	25 %
Q13: Vam je omogočen dostop do zobozdravnika, ko potrebujete zobozdravstveno oskrbo?															
Da.	92 %	90 %	94 %	90 %	87 %	90 %	93 %	96 %	93 %	93 %	90 %	94 %	90 %	93 %	93 %
Ne.	5 %	6 %	3 %	5 %	7 %	6 %	4 %	2 %	5 %	3 %	5 %	4 %	6 %	3 %	4 %
Ne vem.	4 %	4 %	3 %	5 %	6 %	4 %	3 %	2 %	2 %	4 %	5 %	2 %	4 %	4 %	3 %
Q14: Koliko časa potrebujete za pot do zobozdravnika?															
Do 30 minut.	76 %	78 %	74 %	89 %	79 %	80 %	74 %	72 %	66 %	69 %	80 %	72 %	75 %	79 %	75 %
Več kot 30 minut.	24 %	22 %	26 %	11 %	21 %	20 %	26 %	28 %	34 %	31 %	20 %	28 %	25 %	21 %	25 %
Q15: Ali imate izbranega osebnega zobozdravnika?															
Da.	84 %	82 %	86 %	68 %	71 %	85 %	87 %	94 %	90 %	92 %	82 %	84 %	80 %	83 %	88 %
Ne.	14 %	15 %	12 %	26 %	24 %	11 %	12 %	6 %	9 %	7 %	15 %	15 %	17 %	14 %	11 %
Ne vem.	2 %	3 %	2 %	6 %	4 %	3 %	0 %	1 %	1 %	2 %	3 %	1 %	3 %	3 %	2 %
Q16: Kdaj ste nazadnje obiskali zobozdravnika zaradi svojih zob, dlesni ali proteze?															
V zadnjih 12 mesecih. Kolikokrat:	61 %	57 %	66 %	41 %	58 %	64 %	68 %	63 %	61 %	61 %	59 %	66 %	58 %	65 %	62 %
Pred 1 do 2 letoma.	22 %	24 %	21 %	28 %	24 %	22 %	19 %	24 %	20 %	21 %	22 %	23 %	23 %	22 %	22 %
Pred 2 do 5 leti.	11 %	13 %	10 %	25 %	15 %	7 %	8 %	8 %	13 %	10 %	12 %	9 %	14 %	9 %	10 %
Pred 5 leti in več.	5 %	7 %	4 %	6 %	4 %	7 %	6 %	5 %	6 %	8 %	6 %	2 %	4 %	4 %	7 %

Q16a: Kolikokrat ste obiskali zobozdravnika v zadnjih 12 mesecih?															
Nisem obiskal.	41 %	45 %	36 %	59 %	43 %	37 %	35 %	39 %	42 %	44 %	43 %	35 %	44 %	36 %	41 %
1-krat.	24 %	22 %	26 %	14 %	26 %	25 %	27 %	23 %	24 %	23 %	22 %	28 %	24 %	22 %	26 %
2-krat.	17 %	17 %	17 %	15 %	14 %	14 %	18 %	21 %	18 %	19 %	16 %	17 %	16 %	22 %	15 %
3-krat ali več.	18 %	16 %	20 %	13 %	16 %	25 %	20 %	17 %	15 %	13 %	19 %	19 %	17 %	20 %	19 %
Q17a: Kaj je bil razlog vašega zadnjega obiska zobozdravnika? Pregled.															
<i>Ni izbran.</i>	58 %	63 %	53 %	33 %	51 %	57 %	61 %	65 %	70 %	62 %	60 %	50 %	55 %	58 %	60 %
<i>Izbran.</i>	42 %	37 %	47 %	67 %	49 %	43 %	39 %	35 %	30 %	38 %	40 %	50 %	45 %	42 %	40 %
Q17b: Kaj je bil razlog vašega zadnjega obiska zobozdravnika? Rutinsko zdravljenje (plomba, zdravljenje zoba, protetična oskrba itd.).															
<i>Ni izbran.</i>	43 %	43 %	42 %	63 %	51 %	38 %	41 %	40 %	34 %	41 %	43 %	43 %	42 %	46 %	43 %
<i>Izbran.</i>	57 %	57 %	58 %	37 %	49 %	62 %	59 %	60 %	66 %	59 %	57 %	57 %	58 %	54 %	57 %
Q17c: Kaj je bil razlog vašega zadnjega obiska zobozdravnika? Nujno zdravljenje (v primeru bolečine, poškodbe, oteklina itd.).															
<i>Ni izbran.</i>	87 %	84 %	90 %	90 %	85 %	88 %	85 %	87 %	88 %	90 %	85 %	90 %	88 %	87 %	86 %
<i>Izbran.</i>	13 %	16 %	10 %	10 %	15 %	12 %	15 %	13 %	12 %	10 %	15 %	10 %	12 %	13 %	14 %
Q18: Kaj je glavni razlog, da v zadnjem letu niste obiskali zobozdravnika?															
V zadnjih 12 mesecih sem obiskal zobozdravnika.	53 %	51 %	56 %	40 %	47 %	57 %	60 %	56 %	51 %	48 %	51 %	61 %	52 %	56 %	53 %
Ni bilo potrebe.	35 %	36 %	34 %	46 %	36 %	27 %	31 %	39 %	39 %	43 %	35 %	30 %	33 %	38 %	35 %
Zaradi strahu ali slabih izkušenj iz preteklosti.	4 %	4 %	4 %	6 %	7 %	3 %	3 %	2 %	2 %	5 %	4 %	1 %	4 %	2 %	4 %
Zaradi finančnih stroškov.	3 %	3 %	2 %	3 %	2 %	4 %	2 %	1 %	6 %	2 %	3 %	2 %	3 %	1 %	3 %
Zaradi prevelike oddaljenosti.	0 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	1 %
Zaradi neustreznega delovnega časa.	1 %	2 %	1 %	1 %	1 %	3 %	2 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %
Drugo:	4 %	4 %	3 %	5 %	7 %	6 %	1 %	2 %	1 %	1 %	4 %	5 %	7 %	1 %	2 %

Q19: Koliko svojih zob imate?															
Imam 20 ali več svojih zob.	73 %	73 %	73 %	100 %	97 %	92 %	75 %	47 %	31 %	44 %	73 %	89 %	77 %	73 %	70 %
Imam 10 do 19 svojih zob.	16 %	16 %	16 %	0 %	2 %	7 %	19 %	32 %	32 %	29 %	17 %	8 %	13 %	19 %	17 %
Imam 1 do 9 svojih zob.	8 %	8 %	8 %	0 %	1 %	1 %	4 %	16 %	25 %	17 %	8 %	3 %	6 %	5 %	10 %
Nimam svojih zob.	3 %	3 %	4 %	0 %	0 %	0 %	2 %	5 %	12 %	10 %	2 %	1 %	4 %	4 %	2 %
Q21: Ali imate zobno protezo?															
Da.	18 %	16 %	19 %	0 %	1 %	1 %	11 %	34 %	60 %	42 %	17 %	5 %	16 %	15 %	20 %
Ne.	82 %	84 %	81 %	100 %	99 %	99 %	89 %	66 %	40 %	58 %	83 %	95 %	84 %	85 %	80 %
Q22a: Katero snemno zobno protezo imate? Zgornjo totalno protezo.															
Imam in uporabljam.	96 %	95 %	96 %	0 %	100 %	0 %	78 %	97 %	98 %	95 %	96 %	100 %	97 %	95 %	95 %
Imam, a ne uporabljam.	4 %	5 %	4 %	0 %	0 %	0 %	22 %	3 %	2 %	5 %	4 %	0 %	3 %	5 %	5 %
Q22b: Katero snemno zobno protezo imate? Spodnjo totalno protezo.															
Imam in uporabljam.	85 %	77 %	93 %	0 %	0 %	0 %	100 %	91 %	86 %	95 %	76 %	84 %	84 %	86 %	85 %
Imam, a ne uporabljam.	15 %	23 %	7 %	0 %	100 %	0 %	0 %	9 %	14 %	5 %	24 %	16 %	16 %	14 %	15 %
Q22c: Katero snemno zobno protezo imate? Zgornjo delno protezo.															
Imam in uporabljam.	93 %	92 %	96 %	0 %	0 %	0 %	91 %	92 %	95 %	100 %	90 %	90 %	92 %	89 %	96 %
Imam, a ne uporabljam.	7 %	8 %	4 %	0 %	0 %	0 %	9 %	8 %	5 %	0 %	10 %	10 %	8 %	11 %	4 %
Q22d: Katero snemno zobno protezo imate? Spodnjo delno protezo.															
Imam in uporabljam.	89 %	88 %	90 %	0 %	100 %	100 %	92 %	89 %	88 %	85 %	92 %	83 %	88 %	82 %	93 %
Imam, a ne uporabljam.	11 %	12 %	10 %	0 %	0 %	0 %	8 %	11 %	12 %	15 %	8 %	17 %	12 %	18 %	7 %
Q23: Kdaj ste dobili vašo zadnjo snemno protezo?															
Pred 1 do 2 letoma.	20 %	25 %	14 %	0 %	0 %	0 %	18 %	31 %	13 %	16 %	22 %	17 %	16 %	17 %	23 %
Pred 3 do 4 leti.	26 %	23 %	28 %	0 %	0 %	100 %	23 %	21 %	29 %	30 %	21 %	37 %	20 %	30 %	28 %
Pred 5 do 9 leti.	27 %	27 %	27 %	0 %	100 %	0 %	31 %	23 %	27 %	19 %	31 %	29 %	25 %	42 %	22 %
Pred 10 leti ali več.	28 %	25 %	31 %	0 %	0 %	0 %	28 %	25 %	31 %	35 %	25 %	17 %	38 %	10 %	27 %

Q24: Koliko obrokov hrane običajno zaužijete na dan? Opomba: Vključena je vsa hrana in pijača, tudi manjši vmesni obroki in prigrizki razen navadne vode/nesladkanega čaja.															
1 do 2 obroka.	10 %	13 %	7 %	10 %	9 %	10 %	15 %	9 %	10 %	11 %	13 %	5 %	9 %	12 %	11 %
3 do 5 obrokov.	84 %	82 %	86 %	78 %	79 %	84 %	81 %	87 %	89 %	86 %	81 %	88 %	84 %	82 %	84 %
6 ali več obrokov.	6 %	5 %	7 %	12 %	12 %	6 %	4 %	4 %	1 %	3 %	6 %	7 %	6 %	6 %	6 %
Q25a: Kako pogosto uživajte naslednja živila? Mleko in mlečne izdelke (mleko, sir, jogurt, skuto ...).															
Več kot enkrat na dan.	19 %	18 %	20 %	31 %	29 %	18 %	18 %	13 %	10 %	15 %	18 %	23 %	21 %	21 %	17 %
Enkrat na dan.	38 %	37 %	39 %	33 %	33 %	37 %	38 %	41 %	45 %	40 %	37 %	40 %	37 %	40 %	38 %
4 do 6-krat na teden.	13 %	13 %	14 %	18 %	15 %	14 %	11 %	12 %	13 %	11 %	14 %	13 %	14 %	13 %	13 %
1 do 3-krat na teden.	21 %	22 %	19 %	16 %	14 %	21 %	27 %	21 %	24 %	23 %	22 %	16 %	20 %	18 %	22 %
1 do 3-krat na mesec.	7 %	7 %	6 %	1 %	4 %	9 %	5 %	11 %	6 %	9 %	7 %	5 %	5 %	6 %	8 %
Nikoli.	2 %	2 %	2 %	1 %	5 %	2 %	1 %	1 %	3 %	3 %	2 %	3 %	3 %	3 %	2 %
Q25b: Kako pogosto uživajte naslednja živila? Sveže sadje (jabolka, hruške, banane, jagode ...).															
Več kot enkrat na dan.	27 %	20 %	35 %	19 %	20 %	23 %	30 %	31 %	39 %	28 %	26 %	29 %	28 %	24 %	28 %
Enkrat na dan.	38 %	39 %	38 %	28 %	31 %	40 %	39 %	45 %	42 %	43 %	36 %	40 %	38 %	43 %	37 %
4 do 6-krat na teden.	15 %	17 %	13 %	26 %	23 %	15 %	11 %	12 %	10 %	17 %	14 %	16 %	16 %	17 %	14 %
1 do 3-krat na teden.	14 %	17 %	10 %	23 %	17 %	17 %	14 %	8 %	7 %	7 %	17 %	10 %	12 %	14 %	15 %
1 do 3-krat na mesec.	5 %	6 %	3 %	2 %	8 %	4 %	6 %	4 %	2 %	4 %	5 %	3 %	5 %	1 %	6 %
Nikoli.	1 %	1 %	1 %	2 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	1 %	2 %	0 %
Q25c: Kako pogosto uživajte naslednja živila? Predelano sadje (kompot, sadni sok, sadne solate, smoothie ...).															
Več kot enkrat na dan.	3 %	3 %	3 %	3 %	2 %	3 %	2 %	4 %	5 %	6 %	3 %	2 %	3 %	3 %	4 %
Enkrat na dan.	9 %	9 %	10 %	8 %	11 %	6 %	9 %	9 %	15 %	16 %	10 %	6 %	8 %	8 %	11 %
4 do 6-krat na teden.	10 %	11 %	9 %	14 %	14 %	13 %	6 %	7 %	8 %	10 %	11 %	9 %	10 %	12 %	9 %
1 do 3-krat na teden.	27 %	26 %	27 %	37 %	26 %	27 %	25 %	25 %	25 %	23 %	26 %	30 %	25 %	24 %	29 %
1 do 3-krat na mesec.	38 %	38 %	39 %	31 %	41 %	38 %	44 %	38 %	32 %	34 %	38 %	42 %	39 %	40 %	37 %
Nikoli.	12 %	13 %	12 %	8 %	7 %	11 %	14 %	17 %	14 %	12 %	13 %	12 %	15 %	12 %	11 %

Q25d: Kako pogosto uživata naslednja živila? Sladkarije (pecivo, torte, čokolade, bombone ...).															
Več kot enkrat na dan.	6 %	6 %	6 %	14 %	8 %	6 %	5 %	5 %	2 %	4 %	6 %	6 %	5 %	5 %	7 %
Enkrat na dan.	19 %	19 %	20 %	23 %	25 %	22 %	17 %	17 %	12 %	22 %	19 %	19 %	25 %	14 %	17 %
4 do 6-krat na teden.	16 %	18 %	15 %	23 %	22 %	26 %	11 %	10 %	8 %	8 %	17 %	20 %	15 %	18 %	17 %
1 do 3-krat na teden.	32 %	32 %	31 %	28 %	33 %	27 %	36 %	32 %	32 %	25 %	33 %	33 %	30 %	34 %	32 %
1 do 3-krat na mesec.	23 %	22 %	25 %	13 %	11 %	16 %	27 %	32 %	37 %	36 %	22 %	20 %	20 %	25 %	25 %
Nikoli.	3 %	4 %	3 %	0 %	0 %	3 %	3 %	5 %	8 %	5 %	3 %	3 %	4 %	4 %	3 %
Q25e: Kako pogosto uživata naslednja živila? Aromatizirane gazirane in negazirane pijače (kole, ledeni čaj, sadni napitek, vodo z okusom ...).															
Več kot enkrat na dan.	7 %	11 %	4 %	8 %	6 %	11 %	8 %	6 %	4 %	9 %	8 %	4 %	7 %	5 %	9 %
Enkrat na dan.	8 %	11 %	5 %	14 %	13 %	4 %	8 %	8 %	3 %	13 %	9 %	3 %	9 %	4 %	9 %
4 do 6-krat na teden.	5 %	6 %	4 %	17 %	2 %	7 %	4 %	2 %	2 %	7 %	5 %	4 %	5 %	3 %	6 %
1 do 3-krat na teden.	17 %	22 %	13 %	26 %	26 %	25 %	14 %	10 %	7 %	10 %	18 %	20 %	18 %	20 %	16 %
1 do 3-krat na mesec.	30 %	27 %	33 %	26 %	35 %	32 %	32 %	30 %	21 %	23 %	31 %	31 %	29 %	35 %	29 %
Nikoli.	32 %	24 %	41 %	9 %	18 %	22 %	34 %	44 %	62 %	37 %	28 %	39 %	33 %	33 %	32 %
Q28a: Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih zaradi težav z ustno votlino ali/in zobmi (zobno protezo) težko jedli hrano?															
Zelo pogosto.	2 %	2 %	2 %	0 %	0 %	1 %	4 %	3 %	3 %	4 %	2 %	1 %	2 %	2 %	2 %
Pogosto.	2 %	3 %	2 %	3 %	0 %	3 %	2 %	3 %	5 %	2 %	3 %	2 %	2 %	3 %	2 %
Občasno.	15 %	14 %	16 %	9 %	13 %	12 %	12 %	21 %	22 %	21 %	15 %	10 %	13 %	10 %	19 %
Skoraj nikoli.	25 %	25 %	24 %	26 %	24 %	26 %	28 %	20 %	24 %	23 %	27 %	21 %	25 %	29 %	23 %
Nikoli.	56 %	57 %	55 %	62 %	63 %	57 %	54 %	53 %	46 %	49 %	53 %	65 %	58 %	57 %	54 %
Q28b: Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih zaradi težav z ustno votlino ali/in zobmi (zobno protezo) počutili napete?															
Zelo pogosto.	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	2 %	1 %	2 %	0 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Pogosto.	3 %	3 %	4 %	2 %	4 %	5 %	4 %	3 %	1 %	1 %	5 %	1 %	3 %	4 %	3 %
Občasno.	15 %	14 %	15 %	6 %	12 %	10 %	20 %	17 %	21 %	19 %	14 %	13 %	12 %	14 %	17 %
Skoraj nikoli.	20 %	20 %	20 %	17 %	19 %	22 %	21 %	17 %	23 %	21 %	20 %	20 %	20 %	23 %	19 %
Nikoli.	61 %	62 %	60 %	76 %	65 %	62 %	53 %	62 %	53 %	59 %	59 %	65 %	63 %	58 %	61 %

Q28c: Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih zaradi težav z ustno votlino ali/in zobmi (zobno protezo) imeli težave pri opravljanju dnevnih obveznosti?															
Zelo pogosto.	1 %	1 %	2 %	0 %	1 %	0 %	2 %	1 %	4 %	2 %	1 %	1 %	2 %	1 %	0 %
Pogosto.	1 %	0 %	1 %	2 %	0 %	1 %	2 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Občasno.	8 %	8 %	8 %	1 %	5 %	8 %	11 %	10 %	11 %	9 %	10 %	4 %	6 %	8 %	10 %
Skoraj nikoli.	18 %	19 %	16 %	10 %	13 %	21 %	21 %	19 %	17 %	21 %	16 %	19 %	15 %	19 %	19 %
Nikoli.	72 %	72 %	73 %	86 %	81 %	70 %	65 %	71 %	68 %	67 %	72 %	76 %	77 %	72 %	69 %
Q29a: Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih imeli zobobol?															
Zelo pogosto.	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	2 %	1 %	1 %	2 %	2 %	1 %	0 %	1 %	2 %	1 %
Pogosto.	0 %	1 %	0 %	2 %	0 %	0 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Občasno.	11 %	11 %	11 %	13 %	9 %	10 %	10 %	12 %	15 %	16 %	11 %	9 %	7 %	12 %	14 %
Skoraj nikoli.	24 %	26 %	23 %	29 %	30 %	23 %	22 %	21 %	24 %	26 %	26 %	20 %	25 %	23 %	25 %
Nikoli.	63 %	62 %	64 %	57 %	61 %	65 %	65 %	66 %	58 %	56 %	61 %	71 %	67 %	63 %	60 %
Q29b: Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih imeli boleče dlesni/ranice?															
Zelo pogosto.	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	0 %	2 %	4 %	2 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %
Pogosto.	3 %	3 %	3 %	4 %	2 %	4 %	4 %	2 %	2 %	0 %	4 %	3 %	2 %	6 %	3 %
Občasno.	22 %	19 %	25 %	15 %	16 %	23 %	23 %	24 %	27 %	27 %	22 %	18 %	21 %	22 %	22 %
Skoraj nikoli.	29 %	29 %	30 %	38 %	33 %	29 %	28 %	25 %	27 %	25 %	29 %	33 %	30 %	31 %	28 %
Nikoli.	45 %	48 %	41 %	42 %	49 %	42 %	45 %	48 %	40 %	46 %	44 %	45 %	47 %	40 %	46 %
Q30a: Zaradi videza vaših zob (ali zobne proteze) v zadnjih 12 mesecih – kako pogosto ste se izogibali smehljanju/smejanju ?															
Zelo pogosto.	2 %	1 %	2 %	0 %	1 %	0 %	5 %	1 %	2 %	2 %	2 %	0 %	2 %	1 %	2 %
Pogosto.	2 %	2 %	3 %	4 %	2 %	3 %	2 %	1 %	2 %	3 %	2 %	3 %	2 %	3 %	2 %
Občasno.	9 %	9 %	9 %	14 %	8 %	8 %	10 %	11 %	6 %	9 %	11 %	4 %	9 %	11 %	9 %
Skoraj nikoli.	13 %	13 %	13 %	9 %	17 %	9 %	12 %	15 %	15 %	16 %	14 %	10 %	11 %	11 %	15 %
Nikoli.	74 %	75 %	73 %	73 %	73 %	79 %	71 %	72 %	76 %	69 %	71 %	83 %	77 %	73 %	72 %

Q30b: Zaradi videza vaših zob (ali zobne proteze) v zadnjih 12 mesecih – kako pogosto ste se izogibali pogovoru?															
Zelo pogosto.	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Pogosto.	1 %	1 %	2 %	1 %	1 %	0 %	3 %	1 %	3 %	3 %	1 %	1 %	2 %	2 %	1 %
Občasno.	3 %	3 %	3 %	2 %	2 %	3 %	4 %	5 %	4 %	7 %	4 %	1 %	2 %	6 %	3 %
Skoraj nikoli.	10 %	10 %	10 %	16 %	7 %	10 %	11 %	11 %	8 %	9 %	12 %	8 %	8 %	11 %	12 %
Nikoli.	85 %	85 %	84 %	81 %	90 %	87 %	81 %	83 %	84 %	81 %	83 %	90 %	88 %	81 %	83 %
Q30c: Zaradi videza vaših zob (ali zobne proteze) v zadnjih 12 mesecih – kako pogosto ste se izogibali družabnim aktivnostim?															
Zelo pogosto.	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
Pogosto.	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %
Občasno.	4 %	4 %	4 %	1 %	3 %	3 %	4 %	4 %	5 %	8 %	4 %	1 %	2 %	6 %	4 %
Skoraj nikoli.	8 %	9 %	7 %	9 %	3 %	8 %	10 %	10 %	8 %	8 %	8 %	7 %	6 %	7 %	10 %
Nikoli.	87 %	86 %	89 %	90 %	94 %	89 %	82 %	86 %	84 %	82 %	87 %	91 %	89 %	86 %	86 %
Q30d: Zaradi videza vaših zob (ali zobne proteze) v zadnjih 12 mesecih – kako pogosto vam je bilo nerodno?															
Zelo pogosto.	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %	0 %
Pogosto.	3 %	1 %	4 %	5 %	2 %	1 %	4 %	2 %	3 %	3 %	3 %	1 %	2 %	3 %	3 %
Občasno.	6 %	7 %	5 %	12 %	5 %	6 %	5 %	5 %	5 %	4 %	7 %	5 %	6 %	7 %	6 %
Skoraj nikoli.	12 %	12 %	11 %	9 %	16 %	13 %	10 %	12 %	8 %	9 %	13 %	12 %	10 %	13 %	13 %
Nikoli.	79 %	79 %	79 %	74 %	77 %	79 %	78 %	81 %	82 %	84 %	77 %	82 %	81 %	76 %	78 %