

**VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS
ODONTOLOGIJOS INSTITUTAS**

Atija Aliukonytė
V kursas, 1 grupė

Magistro baigiamasis darbas

Burnos sveikatos įtaka senjorų gyvenimo kokybei

Influence of Oral Health on the Quality of Life of Older Adults

Darbo vadovė:

Dr. Doc. Rasmūtė Manelienė

Vilnius

2023

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS
ODONTOLOGIJOS INSTITUTAS

BURNOS SVEIKATOS ĮTAKA SENJORŲ GYVENIMO KOKYBEI

Baigiamasis magistrinis darbas

Darbą atliko Studentas	Darbo vadovas
(parašas)	(parašas)
Atija Aliukonytė, V kursas, 1 grupė (vardas pavardė, kursas, grupė)	Doc. Dr. Rasmūtė Manelienė (mokslinis laipsnis, vardas pavardė)
20...m.	20...m.
(mėnuo, diena)	(mėnuo, diena)

TURINYS

TURINYS	3
SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SANTRUMPŲ SĄRAŠAS	6
1.ĮVADAS	7
2.LITERATŪROS APŽVALGA	9
2.1 SENĖJIMO PROCESAS	9
2.2 SENĖJIMO PROCESAS IR BURNOS AUDINIŲ POKYČIAI	10
2.3 VYRESNIO AMŽIAUS PACIENTŲ BURNOS LIGOS	11
2.4 VYRESNIO AMŽIAUS PACIENTŲ BENDROJI IR BURNOS SVEIKATA	12
2.4 VYRESNIO AMŽIAUS PACIENTŲ GYVENIMO KOKYBĖ IR BURNOS SVEIKATA	14
3.MEDŽIAGOS IR METODIKA	17
3.1 TYRIMO TIPAS	17
3.2 TIRIAMIEJI IR JŲ ATRANKA	17
3.3 ĖTINĖS APLINKYBĖS	18
3.4 TYRIMO EIGA:	18
3.5 STATISTINĖ DUOMENŲ ANALIZĖ	19
4.REZULTATAI:	20
5. REZULTATŲ APTARIMAS	28
6.IŠVADOS	32
LITERATŪROS SĄRAŠAS	33

Santrauka

Problemos aktualumas. Dabartinėje senstančioje visuomenėje vyresnio amžiaus pacientų sparčiai daugėja. Senstant bendrinė ir burnos sveikata prastėja bei reikalauja daugiau medicininės priežiūros. Tik žinodami burnos sveikatos įtaką gyvenimo kokybei, žinosime, kaip ir kiek galime padėti vyresnio amžiaus pacientams.

Darbo tikslas. Nustatyti senjorų, gyvenančių socialinės globos namuose didmiestyje ir provincijoje burnos ir bendros sveikatos įtaką gyvenimo kokybei.

Medžiaga ir metodai. Tyrime naudoti 3 klausimynai: apklausa apie sociodemografinius rodiklius, OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) burnos sveikatos įtakos gyvenimo kokybei klausimynas ir PSO-GK trumpas Pasaulio sveikatos organizacijos gyvenimo kokybės klausimynas. Apklausoje dalyvavo vyresni nei 65 metų asmenys, kurie sutinka dalyvauti tyrime, yra geros psichologinės ir fizinės sveikatos. Tiriamieji pasirašė informuoto sutikimo formą. Statistinei analizei apskaičiuoti ir rezultatams aprašyti tiriamieji suskirstyti į dvi grupes. Pirmoji – Vilniaus (didmiesčio) miesto socialinės globos namuose gyvenantys senjorai, antroji – Utenos miesto (provincijos) socialinės globos namuose gyvenantys senjorai. Rezultatams analizuoti naudotos Microsoft Office Excel 2019 ir IBM SPSS 29.0.0.0 programos.

Rezultatai. Tyrime dalyvavo 200 senjorų, iš jų 66,5% - moterys. Vilniuje daugumos tiriamųjų pajamos buvo vidutinės, Utenoje – mažos. Vilniaus socialinės globos namuose gyvenančių senjorų išsilavinimo lygis aukštesnis nei Utenos socialinės globos namuose gyvenančių senjorų. Bendrosios sveikatos įtaka buvo svarbi senjorų gebėjimui susikaupti, neigiamoms emocijoms. Bendrai sveikatai įtakos darė fizinė aplinka, gyvenimo sąlygos, sveikatos paslaugų prieinamumas. Burnos sveikata gyvenimo kokybei įtaką darė aplinkos skalėje.

Išvados. Provincijos socialinės globos namuose gyvenantiems senjorams burnos sveikata darė mažesnę įtaką gyvenimo kokybei nei didmiesčio socialinės globos namuose gyvenantiems senjorams. Provincijos socialinės globos namuose gyvenantiems senjorams bendra sveikata darė didesnę įtaką gyvenimo kokybei nei didmiesčio socialinės globos namuose gyvenantiems senjorams. Provincijos socialinės globos namų gyventojų bendros sveikatos įtaka gyvenimo kokybei buvo statistiškai reikšmingai didesnė Aplinkos skalėje.

Raktiniai žodžiai. Senjorai, burnos sveikata, gyvenimo kokybė, socialinės globos namai.

Summary

Relevance. In our society the amount of older patients is rising exponentially. As a person gets older, the general and oral health demand more medical care. One of the ways to know how to help the geriatric patients is by knowing how oral health impacts their quality of life.

Aim of study. To determine the impact of oral and general health on the quality of life of seniors living in social care homes in metropolitan and provincial areas.

Material and methods. There were 3 questionnaires that were used in this study: one about the sociodemographic factors, OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) questionnaire about the impact of oral health to the quality of life and a WHO-BREF short questionnaire about the quality of life. Participants in the study were older than 65 years of age, who were in a good enough mental and physical health to take a part in the questionnaire. All of them had confirmed their participation by a written consent. All of the participants were divided into 2 groups. First group – the ones who live in social care homes in Vilnius city (metropolitan) and second group – the ones who live in social care homes in Utena city (provincial area). To analyze the results Microsoft Office Excel 2019 and IBM SPSS 29.0.0.0. programs were used.

Results. 200 seniors took part in the study, 66.5% of them were women. In Vilnius, the majority of the respondents had average incomes, in Utena - low incomes. Seniors living in social care homes in Vilnius have a higher level of education than seniors living in social care homes in Utena. General health made an important influence on seniors' ability to concentrate and on their negative emotions. General health was influenced by physical environment, living conditions, access to health services. Oral health influenced quality of life on the environmental scale.

Conclusions. Seniors living in provincial social care homes had a lower impact on quality of life than seniors living in metropolitan social care homes. Seniors living in provincial social care homes had a higher impact on quality of life than seniors living in metropolitan social care homes. The impact of general health on quality of life was statistically significantly higher in the Environment scale for residents of provincial social care homes.

Keywords. Seniors, oral health, quality of life, social care homes.

Santrumpų sąrašas

OHIP – Oral Health Index Profile – burnos sveikatos indeksas

PSO - Pasaulio Sveikatos Organizacija

UV - Ultravioletiniai

DNR – Deoksiribonukleo rūgšis

OHRQoL (Oral Health-related Quality of Life) – asmens gyvenimo kokybė susijusi su burnos sveikata

WHO-BREF – World Health Organization Quality of Life Brief Version – Pasaulio Sveikatos Organizacijos gyvenimo kokybės trumpas klausimynas

1.Įvadas

Burnos sveikatos priežiūra – neatsiejama sveikatos sistemos dalis. Gydytojai odontologai ne tik gydo pacientus, tačiau ir siekia juos šviesti apie burnos sveikatos svarbą, jos įtaką gyvenimo kokybei. Dėka šiuolaikinės medicinos pažangos žmonės gyvena ilgiau, o šiuolaikinėje vakarietiškoje visuomenėje vyrauja senėjanti populiacija. Pagal Pasaulio Sveikatos Organizacijos duomenis iki 2030 metų 1 iš 6 asmenų bus vyresnis nei 60 metų. 2050 metais žmonių virš 60 skaičius turėtų siekti apie 2,1 milijardo, kas sudarys 22% visos populiacijos. [1] Vyresnis paciento amžius dažnai siejamas su prastesne burnos sveikata – daugiau dantų pažeisti ėduonies, prastesnė periodonto sveikata, pacientai turi mažiau savų dantų. Prasta vyresnio amžiaus žmonių burnos sveikata lemia pacientų nepasitikėjimą savimi, nenorą bendrauti su aplinkiniais, prastesnę mitybą, bendrąją sveikatos būklę. Šios problemos daro didžiulę įtaką kasdieniam pacientų, o dažnai ir juos supančių aplinkinių gyvenimui. Supratimas, kaip vyresnio amžiaus pacientams pagerinti bei išmokyti ir motyvuoti rūpintis burnos sveikata ne tik padėtų pagerinti jų gyvenimo kokybę, išvengti kitų ligų atsiradimo, bet ir leistų suprasti, kokias prevencines priemones galėtumėme taikyti jaunesniems pacientams, jog senatvėje burnos sveikata nebebūtų opi jų gyvenimo problema. Nors šia tema tyrimų daugėja, šiuo metu nėra aišku, kokių žinių, motyvacijos ar sveikatos priežiūros priemonių trūksta geriatriniais pacientams Lietuvoje, kas padėtų gydytojams odontologams suprasti, kaip galima padėti pacientams pagerinti jų burnos sveikatos lygį, dėl ko gerėtų ir jų gyvenimo kokybė.

Darbo tikslas

Nustatyti senjorų, gyvenančių socialinės globos namuose didmiestyje ir provincijoje burnos ir bendros sveikatos įtaką gyvenimo kokybei.

Uždaviniai:

1. Įvertinti senjorų gyvenančių didmiesčio ir provincijos socialinės globos namuose burnos sveikatos įtaką gyvenimo kokybei.
2. Įvertinti senjorų gyvenančių didmiesčio ir provincijos socialinės globos namuose bendros sveikatos įtaką gyvenimo kokybei.
3. Palyginti didmiestyje ir provincijoje socialinės globos namuose gyvenančių senjorų bendros sveikatos, burnos sveikatos įtaką gyvenimo kokybei ir sąsajas su sociodemografiniais veiksniais.

Hipotezė

Didmiesčio socialinės globos namuose gyvenantiems senjorams burnos sveikata daro mažesnę įtaką gyvenimo kokybei nei provincijos socialinės globos namuose gyvenantiems senjorams.

Tyrimo metodai

Mokslinės literatūros apžvalga, anketinė apklausa, statistinė duomenų analizė.

2.Literatūros apžvalga

2.1 Senėjimo procesas

Senėjimas – tai sudėtingas biologinis procesas, kuris susideda iš įvairių molekulinų ir ląstelinių reiškinių, galiausiai sukeliančių laipsnišką kūno funkcijų praradimą, su amžiumi susijusias ligas. [2]. Senėjimo procese dalyvauja genetiniai, aplinkos ir gyvenimo būdo veiksniai, kurie sąveikauja tarpusavyje ir sukelia įvairius pokyčius organizme. Vienas iš pagrindinių senėjimą sukeliančių veiksnių yra oksidacinis stresas. Tai – cheminis procesas, kurio metu laisvieji radikalai, kurie atsiranda natūraliai arba uždegiminio proceso metu, dėl UV spinduliuotės, rūkymo, alkoholio vartojimo, organizme pažeidžia ląstelių mitochondrijų DNR, dėl ko suprastėja visa grandininė kvėpavimo reakcija. [3] Kitas svarbus senėjimo mechanizmo procesas – talomerų trumpėjimas. Talomerai – tai pasikartojančios DNR sekos chromosomų galuose, kurios saugo jų vientisumą ir stabilumą. Kiekvieną kartą kai ląstelė dalijasi talomerai trumpėja, o kai jie pasiekia tam tikrą ilgį ląstelė nebegali dalintis ir miršta – tai vadinama Hayflicko limitu. [4] Šis procesas lemia regeneracinių galimybių mažėjimą, taip pat buvo pastebėta, kad individai su trumpesniais talomerų galais turi didesnę riziką susirgti ateroskleroze. Nors talomerų trumpėjimas yra natūralus procesas, jis gali būti paspartinamas išorinių veiksnių, pavyzdžiui veikiant oksidaciniam stresui. [5] Senėjimo mechanizmas susijęs ir su imunine sistema. Kuo organizmas senesnis, tuo mažiau efektyviai jis gali kovoti su infekcijomis ir ligomis, o vienas iš pagrindinių lėtinio uždegimo veiksnių – interleukino 6 perteklius siejamas su Alzheimerio, širdies ir kraujagyslių ligomis, osteoporoze, 2 tipo cukriniu diabetu. [6] Nepaisant visų išvardintų senėjimo proceso veiksnių, tai yra natūralus ir neišvengiamas procesas, todėl tinkamai supratus jo mechanizmus, galima imtis veiksnių, kurie ne tik pagerintų sveikatą, bet ir padėtų senėjimą sulėtinti, dėl ko pailgėtų gyvenimo trukmė.

Dėka šiuolaikinės medicinos senėjimo procesas gali būti sulėtinamas. Vienas iš svarbiausių aspektų, susijusių su senėjimo stabdymu, yra prevencija. Gydytojais skatina žmones palaikyti sveiką gyvenimo būdą, sveikai maitintis, reguliariai mankštintis ir apsaugoti save nuo organizmui kenksmingų veiksnių, pavyzdžiui: UV spindulių. Be prevencijos, naujos kartos vaistai ir terapijos priemonės gali sumažinti sveikatos problemas, būdingas senėjančiai visuomenei kaip kaulų tankio mažėjimas, raumenų silpnumas, akių lęšių raiščių silpnėjimas. Be to, medicinos pažanga leidžia vystyti naujus gydymo metodus, kurie gali padėti kovoti su senatvės sukeliomomis ligomis, tokiomis kaip Alzheimerio, Parkinsono liga bei kiti neurodegeneraciniai sutrikimai. Taip pat nuolat ir itin sparčiai tobulėjanti medicina bei naujos

technologijos kaip genų terapija, regeneracinė medicina ateityje gali turėti itin didelę reikšmę senėjimo procesų kontrolei ir stabdymui.[7]

2.2 Senėjimo procesas ir burnos audinių pokyčiai

Dantys ir juos supantys audiniai – apatinis ir viršutinis žandikauliai, smilkininiai apatinio žandikaulio sąnariai bei kramtymo raumenys – efektyvi ir patikima sistema, atsakinga už kandimą, kramtymą, pirminį virškinimo procesą. Visa ši sistema žmogaus yra naudojama itin daug - bent 3 kartus per dieną nuo pirmųjų dantų išdygimo, taip pat veikiama žalingų veiksnių kaip dantų griežimas ar per stiprus sukandimas. Vis dėlto reguliariai ir tinkamai ją prižiūrint, kramtymo sistema gali efektyviai veikti visą žmogaus gyvenimą [8].

Žmogui senstant galima pastebėti emalio nusidėvėjimą, jo kraštų nuskilimus, įskilimo linijas visame emalio paviršiuje, atviras dentino dalis, kurių nebedengia emalis. Taip pat dėl antrinio dentino susidarymo mažėja pulpos kameros dydis, mažėja šaknų kanalų skersmuo. Taipogi senstant pakinta dantų spalva, jie tampa tamsesni dėl emalio dėvėjimosi, antrinio dentino susidarymo ir dantų paviršiaus dėmių (dėl vartojamų dažančių maisto produktų, žalingų įpročių) [8,9,10].

Dantėnų prisitvirtinimo lygio mažėjimas yra dar vienas burnos audinių senėjimo požymis. Kišenės iki 3 mm gylio yra laikomos fiziologišku pokyčiu senėjant žmogaus organizmui. Jei dantis atlieka savo funkciją, nėra paslankus ir nesukelia diskomforto kramtant ar kalbant, fiziologišku gali būti laikomas net ir didesnis nei 3 mm jungties netekimo lygis bei gydymas nėra reikalingas. Senstant žmogaus epitelinis audinys tampa plonesnis, suprastėja jo kraujotaka, sumažėja kolageno bei elastinių skaidulų kiekis, o dėl šių priežasčių audinys tampa mažiau atsparus sužeidimams ir ilgiau gyja [11]. Nors burnos epitelis nėra veikiamas ultravioletinių spindulių ir aplinkos oro užterštumo kaip odos epitelis, jį veikia traumos dėl neteisingo sukandimo bei žymiai didesnis uždegimą sukeliančių mikroorganizmų kiekis. Senstant burnos dugno gleivinei būdinga sumažėjusi keratinizacija (dėl didesnio pralaidumo mikroorganizmams ir medžiagoms), o gomurio gleivinei būdinga padidėjusi keratinizacija (dėl mažesnio pralaidumo) [12].

Viena iš senėjimo pasekmių taip pat yra sarkopenija – amžiaus sukeltas raumenų masės ir jėgos mažėjimas [13]. Dėl sumažėjusios raumenų jėgos, vyresnio amžiaus pacientams reikia atlikti daugiau kramtymo judesių maistui sukramtyti. Dėl šios priežasties jie dažniau renkasi maistą, kuris yra lengviau kramtomas, o tai dažniausiai mažiau baltymų ir skaidulų, bet daugiau

angliavandenių turintis maistas. Toks dietos pasirinkimas lemia tolimesnę raumenų silpnėjimą (dėl baltymų trūkumo) bei dantų ėduonies atsiradimą (dėl dietos gausios angliavandenių) [14].

2.3 Senjorų burnos ligos

Burnos sveikata yra vienas svarbiausių „sveiko senėjimo“ komponentų, kuris paveikia individo bendrą sveikatą ir gyvenimo kokybę. [15] Pagal Pasaulio dantų federacijos duomenis 2016 metais burnos sveikata yra svarbi kalbai, šypsenai, skoniui, kramtymui, socialiniam bendravimui taigi tiek bendrinei sveikatai, tiek gyvenimo kokybei bei gerai savijautai [16]. Gerėjant odontologinei priežiūrai daugiau žmonių senstant turi daugiau dantų, kas lemia, kad daugiau vyresnio amžiaus pacientų serga burnos ligomis: periodonto liga, dantų kariesu, kserostomija [17].

Periodonto liga – tai lėtinė, uždegiminė liga, progresuojanti visą gyvenimą. Ji paveikia dantį supančius audinius, dėl ko atsiranda dantėnų recesijos, alveolinio kaulo rezorbcija, dantų mobilumas ir galiausiai netekimas [18]. Recesijos taip pat yra šakninio ėduonies, kuris itin paplitęs tarp vyresnio amžiaus pacientų, rizikos faktorius. Dantų mobilumas ir netekimas mažina kramtymo pajėgumą, kas sukelia psichologinį stresą bei suprastėjusią kasdienę gyvenimo kokybę [19]. Periodonto liga paveikia apie 45-50% suaugusiųjų, o pacientų virš 65 metų amžiaus net virš 60% [20]. Vis dėlto periodonto liga nėra sukeliama amžiaus. Pagrindinis jos sukėlėjas biofilmas, dėl ko periodonto ligos galėtų būti išvengta tinkamai laikantis burnos higienos. Nors rizikos faktoriai, kaip rūkymas, prasta burnos higiena, silpna imuninė sistema, šiai ligai panašūs visoms amžiaus grupėms, labiausiai paveikiami yra vyresnio amžiaus pacientai dėl sisteminių ligų, kaip cukrinis diabetas, sumažėjusių raumenų funkcinių galimybių, suprastėjusio regos aštrumo [17]. Taip pat periodonto liga yra siejama su gretutinėmis ligomis dėl panašaus uždegiminio proceso. Vienos iš siejamų ligų yra cukrinis diabetas, kardiovaskuliniai susirgimai, reumatoidinis artritas, Alzheimerio, Parkinsono ligos. Taigi rūpinantis periodonto sveikata galima išvengti ir gretutinių susirgimų [21].

Dantų ėduonis – pagal Pasaulio Sveikatos Organizacijos duomenis - viena labiausiai paplitusių sveikatos problemų ir ketvirtas daugiausiai lėšų gydymui reikalaujantis lėtinis susirgimas [22]. Dantų ėduonis gali lemti skausmo atsiradimą, infekcijos plitimą ir galiausiai, jei negydomas, dantų netekimą, kas daro didžiulę įtaką žmonių gyvenimo kokybei [23]. 2010 metais pasaulyje buvo 2,4 milijardo žmonių su nesugydytu dantų ėduonimi. Vertinant ėduonies pasireiškimą per žmogaus gyvenimo metus – jo daugiausia būna šeštaisiais, dvidešimt penktaisiais ir septyniasdešimtaisiais gyvenimo metais [24]. Viena iš pagrindinių priežasčių,

dėl ko ėduonis atsiranda vyresniame amžiuje – sutrikusi seilių liaukų veikla. Ėduonies rizika sutrikus seilių liaukų veiklai padidėja net 60% [25]. Vyresnio amžiaus pacientai yra dažniau veikiami šakninio ėduonies. Taip nutinka dėl dantėnų recesijos progresavimo – ant atsivėrusio danties cemento, kurio paviršius šiurkštesnis, dėl ko lengviau kaupiasi apnašas, bei minkštesnis nei emalio, dėl ko jis mažiau atsparus demineralizacijai lengviau vystosi ėduonies pažeidimai [26].

Dantų praradimas gali būti nulemtas labai pažengusio ėduonies arba periodonto ligos [17]. Dantų praradimas paveikia ir bendrąją sveikatos būklę [27]. Po danties praradimo gretimi dantys gali slinkti link išrauto danties vietos, o kito žandikaulio dantys, kontaktavę su išrautu dantimi – išilgėti [28]. Dėl išnykusių ar padidėjusių tarpdančių dažniau stringa maistas, dėl ko padidėja ėduonies bei periodonto ligos rizika. Jeigu netenkama priekinių dantų suprastėja šypsenos estetika, kalba, o netekus didelio kiekio dantų – ir kramtymo funkcija [27]. Dėl suprastėjusios kramtymo funkcijos nepakankamos mitybos rizika padidėja 21% [29]. Dantų netekimas gali daryti didelę įtaką ir žmogaus socialiniam statusui, pasitikėjimu savimi [30]. Atlikus tyrimus su vyresnio amžiaus pacientais, pastebėta, kad netekus dantų depresijos rizika padidėja 28%, o demencijos net 55% [31,32].

Kserostomija – tai burnos sausumo jausmas, dažniausiai kylantis dėl sumažėjusio seilių kiekio, dėl sutrikusios seilių liaukų veiklos [33]. Kserostomija paveikia net 33% vyresnio amžiaus žmonių [34]. Senstant, tiek mažosiose tiek didžiosiose seilių liaukose vyksta degeneraciniai pakitimai – acinarinių ląstelių atrofija – dėl ko sumažėja seilių išsiskyrimas [35]. Sisteminiai faktoriai kaip cukrinis diabetas, alkoholinė cirozė, autoimuninės ligos kaip Sjogren‘so sindromas, reumatoidinis artritas taip pat nerimas, stresas irgi gali neigiamai paveikti seilių liaukų veiklą. Diuretikai, raminamieji, antihipertenziniai vaistai, vaistai nuo Parkinsono ligos taip pat yra siejami su Kserostomija ir seilių liaukų hipofunkcija [36]. Pacientai, kuriems pasireiškia kserostomija dažniau serga dantų ėduonimi, periodonto liga, sunkiau kalba bei ryja maistą. Dėl kserostomijos dažniau pasireiškia degančios burnos sindromas, skonio pakitimai, burnoje atsiranda opelės, grybelinė infekcija. Simptomus lengvina seilių pakaitalai, tinkama dieta, gera burnos higiena, ėduonies riziką sumažina pastų su fluoru vartojimas, fluoridų aplikacijos [36].

2.4 Vyresnio amžiaus pacientų bendroji ir burnos sveikata. (poliligtumas, polifarmacija ir burnos sveikata)

Bendroji sveikata ir burnos sveikata yra neatsiejamos viena nuo kitos. Vyresnio amžiaus pacientai dažnai serga lėtinėmis sisteminėmis ligomis, kurios daro įtaką ir burnos sveikatai. Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktame tyrime buvo nustatyta, kad 80% žmonių, kurie yra vyresni nei 65 metų amžiaus serga viena lėtine liga, o 50% jų serga bent dvejomis lėtinėmis sisteminėmis ligomis [71]. Lietuvoje poliligitumas pasireiškia anksti – apie 10% pacientų virš 45 metų serga bent dvejomis lėtinėmis ligomis [70].

Tiriant vyresnio amžiaus pacientų žinias apie burnos sveikatą Jungtinėse Amerikos Valstijose, buvo nustatyta, jog pacientai mažiausiai žino apie periodonto ligas. Tik 35% pacientų žinojo, jog rūkymas gali sukelti periodonto ligą [37]. Taip pat tik 32% pacientų žinojo, jog sergant cukriniu diabetu taip pat padidėja rizika sirgti periodonto ligomis. Pacientai virš 65 metų amžiaus daug dažniau serga cukriniu diabetu, dėl ko itin svarbu suprasti, kokią įtaką ši liga daro burnos sveikatai [37]. Iširti pacientai sunkiai galėjo identifikuoti periodonto ligos ar gingivito požymius net savo burnose – dėl šių priežasčių mažiau tikėtina, jog jie kreipsis odontologinio gydymo [38].

Arterinė hipertenzija – liga, kai sistolinis kraujo spaudimas didesnis nei 140 mm Hg arba diastolinis kraujo spaudimas didesnis nei 90 mm Hg. Šia liga serga du trečdaliai vyrų ir trys ketvirtadaliai moterų, kuriems virš 75 metų amžiaus [72]. Šios ligos komplikacijos sukelia aterosklerozę, o galiausiai ir infarktą bei insultą, o šios būklės yra itin dažnos pacientų mirties priežastys [72]. Arterinė hipertenzija siejama su struktūriniais ir funkciniais smegenų kraujagyslių pakitimais, kurie galimai pablogina energijos substratų ir maisto medžiagų apykaitą galvos smegenyse [71]. Arterinė hipertenzija glaudžiai susijusi ir su burnos sveikata. Yra tyrimų, kurie sieja periodontitą su prasta aukšto kraujo spaudimo kontrole, taip pat antihipertenziniai vaistai kaip alfa/beta blokeriai, kalcio kanalų blokatoriai, angiotenziną konvertuojančio fermento inhibitoriai padidina kserostomijos riziką. Kaip šalutinis antihipertenzinių vaistų efektas gali pasireikšti dantų hiperplazija ar net burnos žaizdos. Arterine hipertenzija sergantiems pacientams odontologinį gydymą reikėtų atlikti itin atsargiai – prieš pradėdant svarbu pamatuoti kraujo spaudimą, pacientams sukelti kuo mažiau streso, parinkti tinkamus anestetikus [73].

Dar vienas plačiai paplitusių susirgimų, kuris daugiausia paveikia vyresnio amžiaus žmones - demencija [39]. Tai taip pat viena pagrindinių neįgalumo priežasčių bei sergantieji šia liga reikalauja itin daug priežiūros. Pacientai sergantys demencija turi labiau pažengusią periodonto ligą ir mažiau dantų, nei pacientai nesergantys demencija [40]. Taip pat tarp šių pacientų labiau paplitęs vainikinis ir šakninis ėduonis [41]. Pacientai sergantys demencija dažnai pamiršta, kad reikia valyti dantis, jiems ši veikla tampa nebeįdomi, o apsilankymai pas

gydytojus odontologus – sudėtingi ar net gąsdinantys [42]. Pacientai dažnai nebežino kaip išreikšti ar nesupranta dalies savo burnos sveikatos problemų, kas apsunkina bendravimą su gydytoju ir prailgina gydymo laikotarpį [43]. Be bendravimo, atminties problemų, demencija sergantys pacientai dažnai serga ir kitomis sisteminėmis sveikatos ligomis, vartoja medikamentų, kurie gali daryti įtaką burnos sveikatai [44].

Dauguma vyresnio amžiaus pacientams būdingų sisteminių ligų bei medikamentai vartojami jų gydymui daro įtaką burnos sveikatai. Didėjant pacientų amžiui būdingas ir didesnis sisteminių ligų skaičius, o vienu metu sergant keliomis ligomis, burnos sveikata dar labiau suprastėja. Sergant cukriniu diabetu ir hipertenzija pagreitėja periodonto ligos vystymasis, prarandama daugiau dantų nei sergant tik viena iš šių ligų [74]. Pacientams sergantiems parkinsono liga, reumatoidiniu artritu, osteoporoze būdingi netikslūs rankų judesiai, kurie apsunkina dantų valymosi galimybes, taip pat visi šie susirgimai susiję su periodonto liga – reumatoidiniu artritu ir cukriniu diabetu sergantys pacientai periodontitu serga dažniau ir liga pasireiškia sunkesnėmis formomis, o osteoporozės paveikti žandikaulių kaulo tankis būna mažesnis dėl ko dantys prarandami greičiau [75,76].

Sergant daugiau skirtingų ligų vartojama ir daugiau skirtingų medikamentų. Daugiau nei 5 medikamentų vartojimas vienu metu vadinamas polifarmacija [77]. Polifarmacija daro įtakos ir bendrinei sveikatai: vaistai tampa mažiau veiksmingi, ilgėja pacientų hospitalizacijos laikas, taip pat pasireiškia ir gausa pašalinių vaistų poveikių, o dalis jų blogina ir burnos sveikatą [77]. Aspirino, varfarino vartojimas didina kraujavimą, antidepresantai, antihistamininiai, antihipertenziniai preparatai skatina kserostomiją, astmai gydyti naudojami vaistai sukelia kandidozę, nervų ir kraujagyslių sistemų vaistai gali sukelti skonio sutrikimus, imunosupresantai, chemoterapiniai vaistai gali sukelti burnos audinių spalvos pokyčius, padidina burnos minkštųjų audinių uždegiminių reakcijų skaičių [78].

Nepaisant to, kad burnos sveikatos būklė sergant sisteminėmis ligomis prastėja, burnos sveikatos ligos taip pat daro įtaką bendrajai sveikatai. Uždegimai burnos ertmėje gali būti asocijuojami su infekciniu endokarditu [45], periodonto liga - su aspiracine pneumonija [46], dantų ėduonis kartu su periodonto liga gali sukelti miokardio infarktą [47]. Adentija gali būti asocijuojama su didesniu mirtingumu [48]. Prasta burnos higiena svarbus faktorius nekontroliuojamam svorio kritimui [49]. Vyresnio amžiaus pacientai sergantys kserostomija, sarkopenija dažnai suvartoja mažesnę nei reikiamą baltymų ir kalorijų kiekį [14,50].

2.4 Senjorų gyvenimo kokybė ir burnos sveikata

Senjorai dažnai susiduria su įvairiomis kliūtimis, jog gautų tinkamą odontologinę priežiūrą. Žemas išsilavinimo lygis, mažos pajamos, prasta bendrinė sveikata ar net įsitikinimas, jog burnos sveikatos priežiūra yra nereikalinga lemia prastesnę rūpinimąsi burnos sveikata. Dažnai vyresnio amžiaus pacientai nesupranta ar nežino apie egzistuojančias burnos sveikatos problemas, apie tai jog jos gali būti išgydytos, o kreipiantis dėl gydymo anksčiau – net užkirstas kelias jų atsiradimui [51].

Svarbu atsižvelgti ar geriatriniai pacientai gyvena vieni ar senelių globos namuose, kur jų burnos sveikata padeda pasirūpinti juos prižiūrintis personalas. Dauguma tyrimų atliktų Jungtinėse Amerikos Valstijose, Japonijoje, Suomijoje, Švedijoje parodė, jog slaugos namuose gyvenantys vyresnio amžiaus žmonės dažniausiai turi mažiau dantų, labiau išplitusią periodonto ligą nei žmonės gyvenantys po vieną. Vyresnio amžiaus žmonės gyvenantys priežiūros namuose dažniausiai turi daugiau ar sunkesnių sisteminių ligų nei gyvenantys po vieną, kas apsunkina jų burnos sveikatos priežiūrą [52]. Pagrindinės priežastys prastesnei burnos sveikatos būklei: pacientai atsisako burnos sveikatos priežiūros, slaugytojų ar priežiūros personalo žinių ar įgūdžių trūkumas prižiūrint burnos sveikatą, slaugytojų ar priežiūros personalo nenoras, dėmesio nekreipimas į burnos sveikatą, priežiūros specialistų, laiko trūkumas [53]. Atliktuose tyrimuose buvo pastebėta, kad pacientų burnos sveikata pagerėja naudojant elektrinius dantų šepetėlius bei ultragarsinius išimamų protezų valiklius. Prieš naudojant šiuos prietaisus pacientus prižiūrintys slaugytojai ar patys pacientai buvo apmokyti naudotis šiais prietaisais. Daugiau nei pusė pacientų ar jų priežiūros specialistų džiaugėsi elektriniais prietaisais, padedančiais prižiūrėti burnos sveikatą, teigė, jog tai palengvina burnos sveikatos priežiūrą [54]. Atliekant tyrimus buvo pastebėta, kad itin svarbu šviesti ne tik pacientus, bet ir juos supančius žmones – jei tai senelių priežiūros namai – personalą, o odontologų – gerontologų – neurologų ir apmokyto priežiūros personalo bendradarbiavimas būtinas tinkamai pacientų burnos sveikatos priežiūrai [44].

Dar vienas itin svarbus veiksnys lemiantis burnos sveikatos būklę – pacientų gyvenimo lygis, išsilavinimas ir pajamos, kas nulemia, ar pacientas gali sau leisti odontologinį gydymą [55]. Tiriant socialinio - ekonominio statuso ir išsilavinimo įtaką žinioms apie burnos sveikatą buvo pastebėta, kad aukštesnio socialinio - ekonominio lygio bei su aukštesniu išsilavinimu pacientai apie burnos sveikatą žinojo daugiau, suprato dantų valymo svarbą ir reguliariau lankėsi pas gydytojus odontologus. Tiriant pacientų žinias apie fluorą – beveik visi žinojo šią medžiagą, deja jos paskirtis burnos sveikatai vyresnio amžiaus pacientams žinoma nebuvo [56]. Pacientai į klausimą „Ar norite sužinoti daugiau apie burnos sveikatos priežiūrą“ atsakę

„ne“ dažniausiai pasižymėjo labai žemomis žiniomis apie savo burnos sveikatos priežiūrą – tai parodo, jog dalis pacientų net nesupranta, kokia yra burnos sveikatos svarba [57].

Kiekvieno žmogaus senėjimo procesas individualus, skirtingas, jam įtaką daro skirtingi veiksniai, todėl ir kiekvieno psichologinis atsakas yra individualus. Kiekvienas vyresnio amžiaus pacientas susiduria su neišvengiamu artėjančios gyvenimo pabaigos supratimu, dėl ko dažnai pasireiškia apatija, lėtinis nuovargis, depresija, motyvacijos trūkumas, nerimas. Visi šie veiksniai prisideda ne tik prie bendros sveikatos, bet ir burnos sveikatos būklės suprastėjimo [58]. Nerimas dažnai apsunkina senjorų apsilankymą pas gydytojus odontologus, tokie pacientai vengia chirurginių intervencijų. Depresija - susijusi su somatiniais pakitimais, kurie gali sukelti burnos skausmą, skonio pasikeitimą. Blogėjanti burnos sveikata, dantų netekimas, kuris nepriežiūros metu tik blogėja, paciento psichologinę būseną veikia tik blogiau. Dantų praradimas gali sumažinti paciento pasitikėjimą savimi, nepasitenkinimą savo išvaizda, kalba, pacientai dažnai dantų neturėjimą laiko gėda, dėl ko mažiau bendrauja su aplinkiniais, kas sukuria socialinę atskirtį ir pagreitina senėjimo procesą [58].

Pasaulio Sveikatos Organizacija kartu su Jungtinėmis Tautomis laikotarpį nuo 2021 iki 2030 metų paskelbė „Sveiko senėjimo dešimtmečiu“, kurio tikslas pasitelkiant vyriausybę, visuomenę, privatų ir akademinį sektorius pagerinti vyresnio amžiaus pacientų gyvenimo kokybę [59]. Jei pacientai žinotų, kaip rūpintis individualia burnos higiena ir kreiptųsi gydymui reikiamu metu, būtų išvengiama sudėtingų komplikacijų, darančių įtaką jų bendrinei sveikatai, psichologinei būsenai ir gyvenimo kokybei – todėl itin svarbu, kad senjorai būtų šviečiami apie burnos sveikatos gydymo reikalingumą ir svarbą bei mokomi kaip patiems rūpintis savo burnos sveikata [60].

3. Medžiagos ir metodika

3.1 Tyrimo tipas

Analitinis stebėjimo tyrimas (vienmomentinis skerspjūvio tyrimas).

3.2 Tiriamieji ir jų atranka

Tyrimo metu dalyvavo socialinės globos namai dviejuose skirtinguose teritoriniuose vienetuose. Didmiesčio – Vilniaus socialinės globos namai bei provincijos – Utenos socialinės globos namai. Provincija – tai teritorinis vienetas esantis toli nuo sostinės ar stambesnių centrų.

Tiriamieji – Vilniaus miesto socialinės globos ir Utenos miesto socialinės globos namuose gyvenantys senjorai.

Tyrimo metu dalyvavo dvi Vilniaus socialinės globos įstaigos: Specialieji socialinės globos namai „Tremtinių namai“ ir „Senjorų socialinės globos namai“. Įstaigoje „Tremtinių namai“ buvo apklausti 48 tiriamieji (kiti socialinės globos namų gyventojai negalėjo dalyvauti apklausoje dėl prastos sveikatos). Įstaigoje „Senjorų socialinės globos namai“ buvo apklausti 52 tiriamieji. Utenoje tyrimo metu dalyvavo „Utenos socialinės globos namai“ gyventojai, kur buvo apklausta 100 tiriamųjų.

Tiriamųjų įtraukimo kriterijai: vyresni nei 65 metų asmenys, kurie sutinka dalyvauti tyrimo, yra pakankamai geros psichologinės ir fizinės sveikatos. Tiriamieji pasirašė informuoto sutikimo formą.

Tiriamųjų pašalinimo kriterijai: mažesnis nei 65 metų amžius, senjorai neturintys fizinių ar psichologinių pajėgumų dalyvauti tyrimo, nepasirašyta informuoto sutikimo forma.

Tyrimo metu naudoti klausimynai jau buvo patikrinti pilotinės studijos metu: Diana Kibickaja, Rasmūtė Manelienė „Burnos sveikatos įtaka senjorų gyvenimo kokybei: pilotinė studija.“ [79].

Rezultatams ir statistinės analizės aprašymui visi tiriamieji buvo suskirstyti į dvi grupes. Pirmoji grupė (Gr1) – Vilniaus miesto (didmiesčio) socialinės globos namuose gyvenantys senjorai, antroji grupė (Gr2) – Utenos miesto (provincijos) socialinės globos namuose gyvenantys senjorai.

3.3 Etinės aplinkybės

Tiriamieji, kurių atsakymai buvo naudojami tyrime, buvo informuoti apie tyrimo metodiką ir naudą. Visa informacija, gauta atliekant tyrimą, buvo konfidenciali. Tiriamoms apklausoms buvo suteikti kodai, nenurodant pacientų pavardžių ir vardų, todėl nebuvo įmanoma identifikuoti tyrime dalyvavusių žmonių. Koduota informacija buvo prieinama tik tyrėjų grupei.

3.4 Tyrimo eiga:

Buvo vykdoma anketinė apklausa 2022 m. Lapkričio mėnesį.

Apklausos metu tyrėjas (A.A) dalyvavo apklausiant senjorus.

Pirmoje apklausos dalyje senjorai atsakė į klausimus apie sociodemografinius rodiklius: amžių, lytį, šeimyninę padėtį, išsilavinimą bei savarankiškumo lygį: nepriklausomas(-a) nuo kitų (tiriamasis pats geba pasirūpinti savimi: išsivalyti dantis, pasigaminti maisto, apsirengti, susitvarkyti kambarį, apsipirkti parduotuvėje), iš dalies priklausomas(-a) nuo kitų (tiriamasis geba su kitų pagalba: išsivalyti dantis, pasigaminti maisto, apsirengti, susitvarkyti kambarį, apsipirkti parduotuvėje) ir visiškai priklausomas(-a) nuo kitų (tiriamasis pats negeba pasirūpinti savimi: išsivalyti dantis, pasigaminti maisto, apsirengti, susitvarkyti kambarį, apsipirkti parduotuvėje).

Antroje apklausos dalyje senjorai turėjo užpildyti PSO GK trumpo klausimyno lietuvišką versiją, kuri parengta N. Goštautaitės Midttun bei A. Goštauto. Klausimynas skirtas gyvenimo kokybei vertinti. Atsakymai į klausimus buvo pateikti Likerto tipo skalėje balais nuo 1 iki 5 (1 – labai bloga, 2 – bloga, 3 – nei bloga nei gera, 4 – gera, 5 – labai gera; 1 – labai nepatenkintas, 2 – nepatenkintas, 3 – nei patenkintas nei nepatenkintas, 4 – gera, 5 – labai gera; 1 – visiškai ne, 2 – šiek tiek, 3 – vidutiniškai, 4 – labai, 5 – ypač daug; 1 – visiškai ne, 2 – šiek tiek, 3 – vidutiniškai, 4 – labai, 5 – ypač gerai; 1 – visiškai ne, 2 – iš dalies, 3 – vidutiniškai, 4 – apskritai taip, 5 – visiškai). Atskirų skalių rezultatai buvo apskaičiuoti sumuojant atitinkamas PSO GK trumpo klausimyno dalis pagal PSO instrukcijas. Du klausimai nagrinėjami atskirai: pirmas klausimas vertinantis individualų gyvenimo kokybės suvokimą, o antras - vertinantis individualų asmens sveikatos suvokimą. Gyvenimo kokybės skalės buvo apskaičiuotos, naudojantis SPSS programiniu paketu bei Microsoft Excel programa. Gauti rezultatai pagal PSO instrukcijas pagalingi į 5 sritis: fizinė, psichologinė, nepriklausomumo, socialinių santykių bei aplinkos sritis. Jų

vidurkiai buvo vertinami balais nuo 4 iki 20. Didesnė balo reikšmė rodo geresnę gyvenimo kokybę [61].

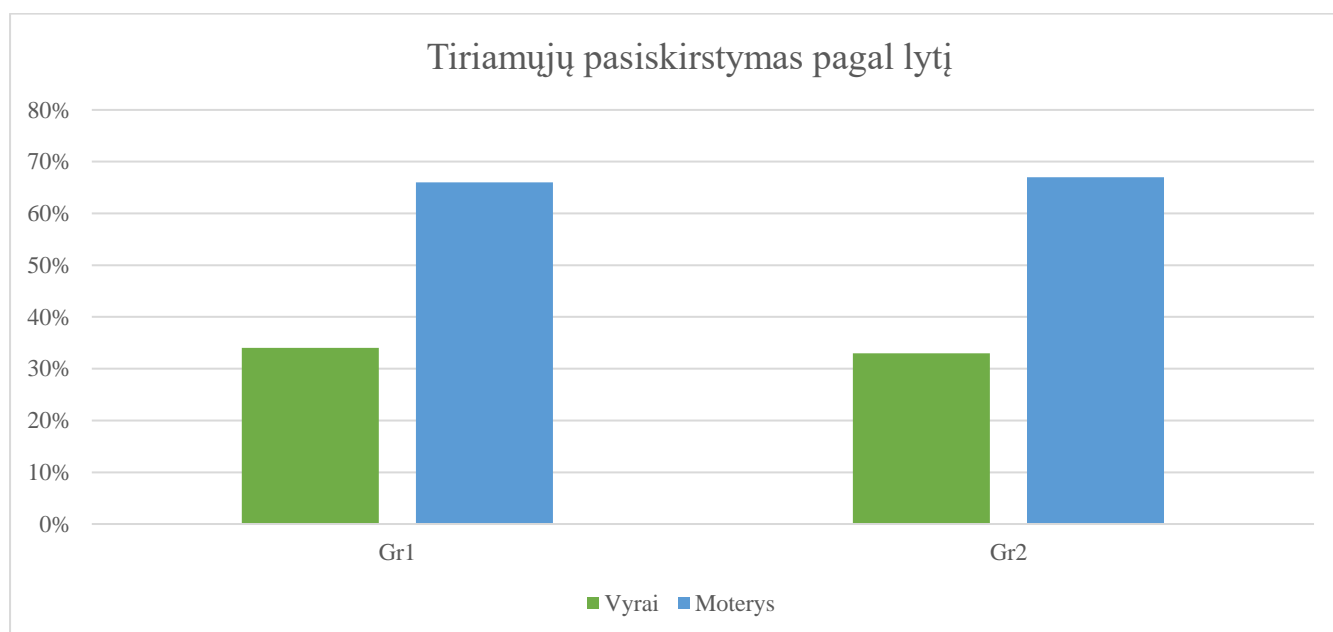
Trečioji apklausos dalis – lietuviška su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės (Oral Health Related Quality of Life – angl.) klausimyno versija, parengta M. Kireilytės, V. Masiliūnaitės, V. Belickienės, J. Žilinsko, Ž. Sakalauskiene. Tiriamieji atsakė kaip dažnai per pastaruosius 6 mėnesius pasireiškė klausimuose pateikti su burnos sveikata susiję veiksniai. Kiekvienas atsakymas buvo žymimas skalėje (Likert'o tipo) balais nuo 0 iki 4 (0 – niekada, 1 – retai, 2 – kartais, 3 – dažnai, 4 – labai dažnai). Tiriamųjų burnos sveikatos įtaka gyvenimo kokybei buvo vertinama pagal šį klausimyną įvertinant kiekvieną atsakymą atskirai ir sumuojant visų 14 atsakymų vertes balais. Klausimai buvo padalinti ir sumuojami į 4 atskiras skales: pirmas ir antras klausimas – funkcinio apribojimo skalė, trečias ir ketvirtas klausimai – fizinio skausmo skalė, penktas ir šeštas klausimai – psichologinio diskomforto skalė, septintas ir aštuntas klausimai – fizinio nepajėgumo skalė, devintas ir dešimtas klausimai – psichologinio apribojimo skalė, vienuoliktas ir dvyliktas klausimai – socialinio diskomforto skalė, tryliktas ir keturioliktas klausimas – negalios skalė. Mažiausias galimas įvertinimas – 0 balų, didžiausias – 56 balai. Kuo didesnė suma, tuo burnos sveikata blogesnė ir tuo didesnė jos įtaka žmogaus gyvenimo kokybei [62].

3.5 Statistinė duomenų analizė

Tyrimo duomenų analizavimui buvo naudotos Microsoft Office Excel 2019 ir IBM SPSS 29.0.0.0 programos. Sociodemografiniams rodikliams įvertinti naudota aprašomoji statistika. OHIP-14 ir PSO-GK klausimynų rezultatų duomenims patikrinti buvo naudotas Shapiro-Wilk testas, kuris parodė, jog duomenys neatitinka normalaus pasiskirstymo ir kintamųjų palyginimui reikalinga taikyti neparametrinius testus. Statistinio reikšmingumo lygmuo pasirinktas tyrime – $p < 0,05$. Tiek PSO-GK tiek OHIP-14 vertinant buvo laikomasi pateiktų klausimynų vertinimo instrukcijų. Taikant Mann-Whitney U testą buvo palyginti PSO-GK klausimyno apie bendros sveikatos įtaką gyvenimo kokybei abiejų grupių duomenys. OHIP-14 klausimyno apie burnos sveikatos įtaką gyvenimo kokybei duomenys tarp grupių buvo palyginti ir pagal klausimus ir skales – kaip nurodyta instrukcijose. Tam naudotas Mann-Whitney U testas. Sociodemografinių rodiklių (amžiaus, lyties, šeimyninės padėties, priklausomumo, išsilavinimo) palyginimui su OHIP-14 klausimynu apie burnos sveikatos kokybės įtaką gyvenimo kokybei naudotas Mann-Whitney U testas.

4. Rezultatai:

Tyrimė iš viso dalyvavo 200 tiriamųjų: 133 moterys ir 67 vyrai. Tiriamųjų amžius nuo 65 iki 99 metų. Amžiaus vidurkis 81,06 metų. Statistinei analizei visi tiriamieji buvo suskirstyti į 2 grupes. Grupės buvo skirstomos pagal tiriamųjų gyvenamąją vietą slaugos namuose. Pirmoji grupė (Gr1, n=100) – Vilniaus miesto socialinės slaugos namuose gyvenantys tiriamieji. Antroji grupė (Gr2, n=100) – Ne Vilniaus miesto (Utenos) socialinės slaugos namuose gyvenantys tiriamieji. Pirmos grupės amžiaus vidurkis 85,46 m., antrosios – 76,6 m.

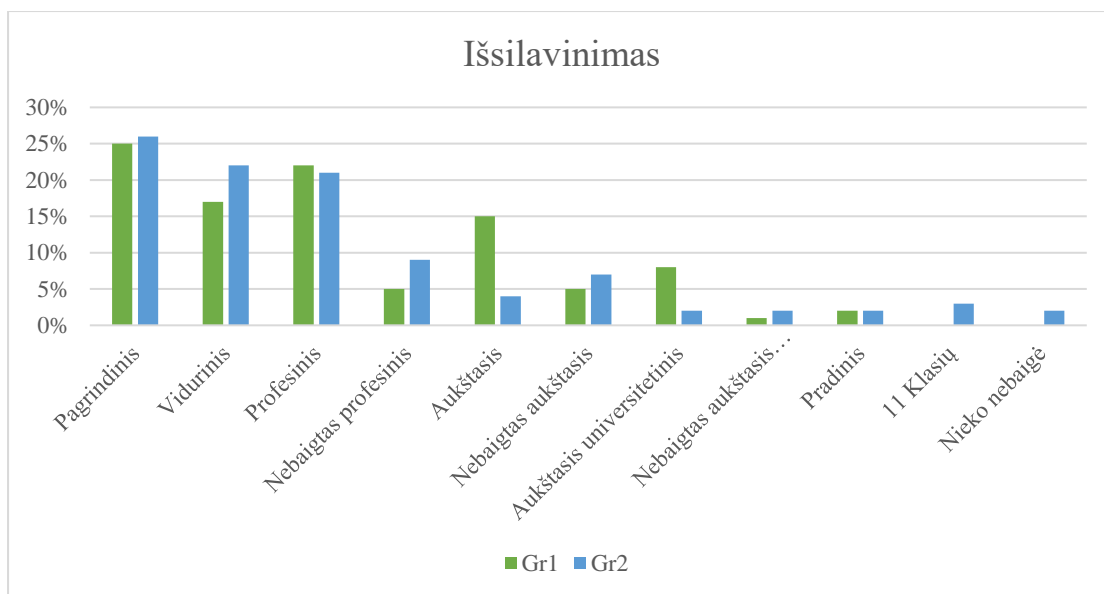


1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį.

Gr1 – Vilniaus slaugos namuose gyvenantys senjorai;

Gr2 – Utenos slaugos namuose gyvenantys senjorai.

Abiejose tiriamųjų grupėse dalyvavo daugiau moterų: 66% Vilniaus globos namuose gyvenančių senjorų ir 67% Utenos globos namuose gyvenančių senjorų.

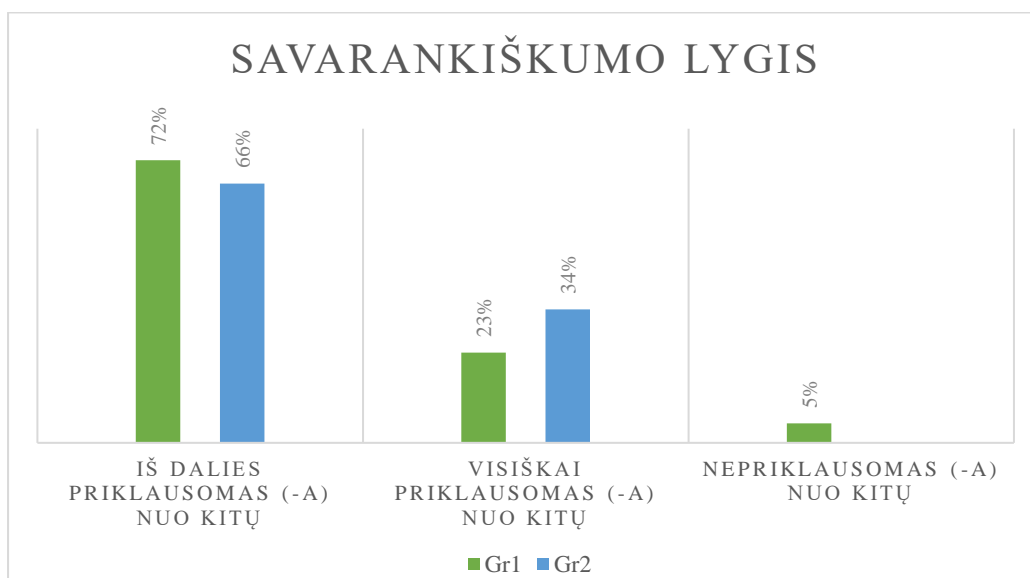


2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.

Gr1 – Vilniaus slaugos namuose gyvenantys senjorai;

Gr2 – Utenos slaugos namuose gyvenantys senjorai.

Abiejose tiriamųjų grupėse daugumos senjorų išsilavinimas buvo pagrindinis, vidurinis ar profesinis (Gr1 iš viso 64%; Gr2 iš viso 69%). Tačiau daugiau Vilniaus slaugos namuose gyvenančių senjorų turėjo aukštąjį ar aukštąjį universitetinį išsilavinimą. Utenos slaugos namuose tarp tiriamųjų buvo ir jokio išsilavinimo neturinčių senjorų.

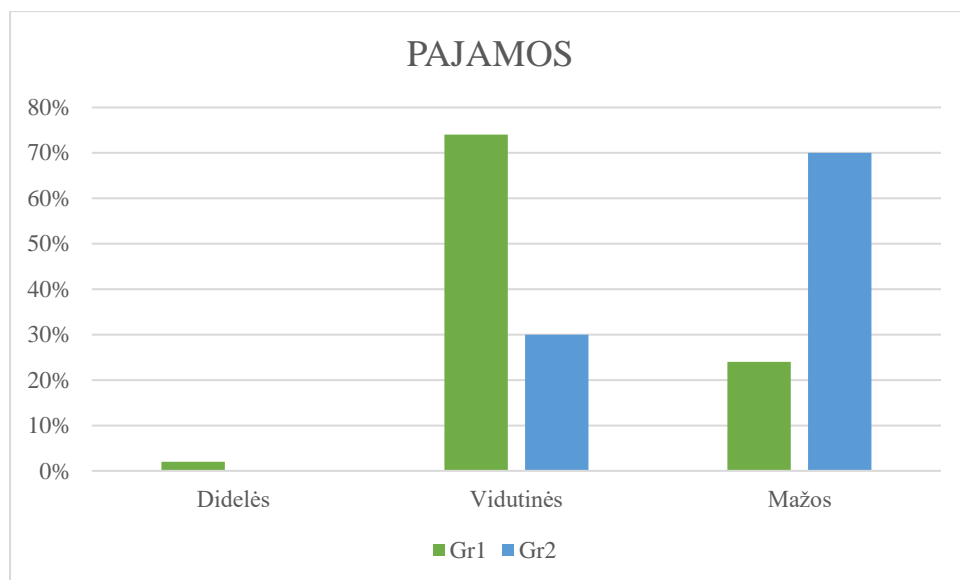


3 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal savarankiškumo lygį.

Gr1 – Vilniaus slaugos namuose gyvenantys senjorai;

Gr2 – Utenos slaugos namuose gyvenantys senjorai.

Abiejose tiriamųjų grupėse dauguma senjorų atsakė esantys iš dalies priklausomi nuo kitų (Vilniaus slaugos namuose 72%, Utenos slaugos namuose 66%). Utenoje daugiau tiriamųjų nurodė esantys visiškai priklausomi (34%), o Vilniuje 5% senjorų nurodė esantys visiškai nepriklausomi, kokių Utenos slaugos namuose tarp tiriamųjų nebuvo.



4 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal pajamas.

Gr1 – Vilniaus slaugos namuose gyvenantys senjorai;

Gr2 – Utenos slaugos namuose gyvenantys senjorai.

Vilniaus socialinės globos namuose dauguma senjorų atsakė turintys vidutines pajamas (74%), mažas pajamas turėjo 24% tiriamųjų, o didelės – 2%. Utenoje daugiau tiriamųjų nurodė turintys mažas pajamas (70%), likusi dalis (30%) tiriamųjų nurodė turintys vidutines pajamas.

1 lentelė. Bendroji sveikata ir gyvenimo kokybė.

PSO-GK trumpas klausimynas	PSO-GK trumpo atsakymų vidurkis balais. Standartinis nuokrypis.				P
	Gr1		Gr2		
1. Kaip vertinate savo gyvenimo kokybę?	3,59	0,9	2,92	1,1	0,432
2. Ar esate patenkinta(s) savo sveikata?	2,82	1,03	2,75	1,12	0,349
3. Ar labai skausmas kūne trukdo jums atlikti tai, ką manote esant reikalinga?	3,43	1,15	3,06	1,23	0,377
4. Ar jums reikia daug medicininės pagalbos, kad galėtumėte gyventi įprastą gyvenimą?	3,32	1,14	3,16	1,18	0,352
5. Ar džiaugiatės gyvenimu?	3,58	0,87	2,75	1,12	0,472
6. Ar jūsų gyvenimas prasmingas?	3,69	1,02	2,67	1,12	0,179

7. Ar pajėgiate susikaupti?	3,86	0,96	3,02	1,14	0,01
8. Ar kasdieniniame gyvenime jaučiatės saugus (i)?	4,38	0,96	3,14	1,19	0,15
9. Ar jūsų fizinė aplinka yra palanki jūsų sveikatai?	4,28	1,09	2,89	1,15	0,047
10. Ar jums pakanka energijos kasdieniniam gyvenimui?	3,36	0,8	2,81	1,15	0,221
11. Ar jus patenkina jūsų išvaizda?	3,45	0,95	2,64	1,07	0,196
12. Ar jums pakanka pinigų jūsų poreikiams patenkinti?	3,22	1,08	2,41	1,02	0,429
13. Ar jums prieinama informacija, reikalinga kasdieniniame gyvenime?	3,37	1,08	2,59	0,99	0,041
14. Ar turite laisvalaikio, kurį galite praleisti kaip tinkami?	3,57	0,93	2,69	1,02	0,289
15. Ar galite laisvai judėti?	3,11	1,02	2,76	1,19	0,479
16. Ar esate patenkinta(s) savo miegu?	3,41	1,3	2,85	1,2	0,229
17. Ar esate patenkinta(s) savo sugebėjimu atlikti kasdieninius darbus?	3,31	1,05	2,81	1,2	0,282
18. Ar esate patenkinta (s) savo darbingumu?	2,93	1,05	2,63	1,10	0,486
19. Ar esate patenkinta(s) savimi?	3,41	1,02	2,7	1,11	0,001
20. Ar esate patenkinta(s) savo santykiais su kitais žmonėmis?	4,09	0,96	3,02	1,14	0,144
21. Ar esate patenkinta(s) savo seksualiniu gyvenimu?	-	-	-	-	-
22. Ar esate patenkinta(s) savo draugų palaikymu?	3,89	1,13	2,83	1,19	0,274
23. Ar esate patenkinta(s) savo gyvenimo sąlygomis?	4,12	1,09	2,87	1,10	0,046
24. Ar esate patenkinta(s) sveikatos paslaugų prieinamumu?	4,00	1,30	2,78	1,13	0,039
25. Ar jūs patenkinta(s) savo transporto priemonėmis?	3,67	1,32	2,27	1,11	0,417
26. Ar dažnai jus užvaldo neigiami jausmai: prasta nuotaika, neviltis, nerimas, depresija?	2,99	1,19	3,48	1,10	0,011

Bendrą sveikatą ir gyvenimo kokybę siejantis PSO-GK trumpos apklausos rezultatai (1 lentelė) parodė statistiškai reikšmingus rezultatus tarp abiejų grupių (Gr1 ir Gr2) pajėgume susikaupti, fizinės aplinkos palankume sveikatai, informacijos prieinamume, pasitenkinimu savimi. Didžiausi skalių vidurkiai balais (aukščiausi rezultatai) matomi pirmos grupės t.y. senjorų, gyvenančių Vilniaus miesto socialinės slaugos namuose grupėje. Rezultatai apie seksualinį gyvenimą vertinami nebuvo, nes dauguma tiriamųjų į šį klausimą neatsakė.

2 lentelė. Bendrosios sveikatos įtaka gyvenimo kokybei.

Skalės	Vidurkis balais		Standartinis nuokrypis		Minimali reikšmė		Maksimali reikšmė		P
	Gr1	Gr2	Gr1	Gr2	Gr1	Gr2	Gr1	Gr2	
Pirmasis klausimas	3,59	2,92	0,9	1,1	0,00	0,00	5,00	5,00	0,43
Antrasis klausimas	2,82	2,75	1,03	1,1	0,00	,00	5,00	5,00	0,34
Fizinės sveikatos skalė	12,45	11,23	2,73	3,35	4,57	4,00	18,85	18,85	0,201
Psichologinės sveikatos skalė	14,01	10,88	2,86	3,40	6,00	4,00	18,67	17,33	0,283
Socialinių santykių skalė	15,96	11,74	3,96	4,33	6,00	4,00	20,00	18	0,226
Aplinkos skalė	14,85	11,21	3,47	3,53	7,00	4,00	18,50	18,50	0,049

Remiantis PSO-GK klausimyno instrukcijomis visi klausimai (išskyrus 1 ir 2 klausimus, kurie vertinami atskirai) buvo suskirstyti į 4 skales. Gauti rezultatai parodė reikšmingus skirtumus aplinkos skalėje (2 lentelė).

3 lentelė. Burnos sveikatos įtaka gyvenimo kokybei.

OHIP-14 klausimyno klausimai	OHIP-14 atsakymų vidurkis balais. Standartinis nuokrypis.				P
	Gr1		Gr2		
1. Ar turėjote sunkumų ištarant kokius nors žodžius dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?	2,36	1,25	2,33	1,28	0,257
2. Ar jautėte, kad Jūsų skonio jutimas pablogėjo dėl problemų, susijusių su Jūsų dantimis, burna ar protezais?	0,54	0,94	1,14	1,32	0,004
3. Ar jautėte skausmus burnoje?	1,38	1,27	1,55	1,22	0,005
4. Ar jautėte nepatogumą valgant kokį nors maistą dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?	2,4	1,24	1,93	1,17	0,085
5. Ar Jums teko nerimauti dėl dantų problemų?	1,73	1,3	1,37	1,22	0,001
6. Ar jautėte įtampą dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?	1,25	1,37	1,03	1,24	0,001
7. Ar Jūsų mityba buvo nepatenkinama dėl problemų, susijusių su dantimis, burna ar protezais?	1,62	1,23	1,33	1,20	0,001
8. Ar turėjote pertraukti valgymą dėl problemų, susijusių su Jūsų dantimis, burna ar protezais?	1,89	1,32	1,40	1,18	0,159
9. Ar Jums buvo sunku atsipalaiduoti dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?	1,02	1,21	0,81	1,13	0,001
10. Ar Jums teko būti sutrikus dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?	0,9	1,22	0,84	1,1	0,001

11. Ar Jums teko būti suirzus dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?	0,91	1,26	0,73	1,06	0,001
12. Ar turėjote sunkumų atliekant įprastus darbus dėl problemų, susijusių su Jūsų dantimis, burna ar protezais?	0,94	1,31	0,69	0,99	0,001
13. Ar apskritai jautėte mažesnę pasitenkinimą gyvenimu dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?	1,39	1,40	0,86	1,13	0,001
14. Ar Jūs buvote visiškai nepajėgus/-i veikti dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?	1,72	1,34	2,02	1,4	0,001

Vilniaus bei Utenos socialinės globos namuose gyvenančių senjorų burnos sveikatos įtaka gyvenimo kokybei analizė t.y. atsakymų rezultatų vidurkiai, standartinis nuokrypis ir P reikšmės pateikti 3 lentelėje.

Vertinant senjorų burnos sveikatos poveikį gyvenimo kokybei pagal atskiras klausimyno dalis buvo nustatyta, kad nors abiejų grupių rezultatai vidurkiai buvo panašūs, Vilniaus miesto socialinės globos namuose gyvenantiems tiriamiesiems burnos sveikata darė didesnę įtaką gyvenimo kokybei nei Utenos socialinės globos namuose gyvenantiems senjorams. Reikšmingi šių grupių skirtumai ($P < 0,05$): Utenos socialinės globos namuose senjorai dažniau patyrė skonio pakitimus, jautė skausmus burnoje bei jautėsi visiškai nepajėgūs įveikti problemų susijusių su dantų/burnos sveikata ar protezais. Vilniaus socialinės globos namuose gyvenantys senjorai dažniau nerimavo dėl dantų problemų, jų mityba buvo dažniau nepatenkinama, jie dažniau negalėjo atsipalaiduoti, buvo sutrikę, suirzę dėl problemų su dantimis, burnos sveikata ar protezais. Taip pat dažniau turėjo sunkumų atliekant kasdienes darbus bei jautė mažesnę pasitenkinimą gyvenimu dėl problemų su dantimis, burnos sveikata ar protezais.

4 lentelė. Burnos sveikatos reikšmė skirtingoms gyvenimo kokybės sritims (skalėms)

Skalės	Vidurkis balais		Standartinis nuokrypis		Mažiausia reikšmė		Didžiausia reikšmė		P
	Gr1	Gr2	Gr1	Gr2	Gr1	Gr2	Gr1	Gr2	
Funkcinis apribojimas	2,9	3,44	1,72	1,83	0	0	8	8	0,372
Fizinis skausmas	3,78	3,48	2,13	1,95	0	0	8	8	0,038
Psichologinis diskomfortas	2,98	2,4	2,53	2,30	0	0	8	8	0,156
Fizinis nepajėgumas	3,51	2,73	2,30	2,19	0	0	8	8	0,259

Psichologinis apribojimas	1,95	1,63	2,29	1,99	0	0	8	8	0,049
Socialinis diskomfortas	1,85	1,42	2,44	1,98	0	0	8	8	0,202
Negalios	3,11	2,89	2,53	1,80	0	0	8	8	0,476
Bendras	20,08	17,99	11,76	10,68	0	0	56	56	0,001

Vertinant skirtingų grupių atsakymus (4 lentelė) išskaidžius juos į skirtingas skales, matome, jog didesnės atsakymų vertės vyrauja pirmos (Vilniaus socialinės globos namuose gyvenančių senjorų) grupės atsakymų baluose (išskyrus Funkcinio apribojimo skalę). Statistiškai reikšmingi rezultatai – fizinio skausmo ir psichologinio apribojimo skalių vidurkių palyginimai. Bendri balai parodė, jog maksimalus surinktas balų skaičius abiejose grupėse – 56, minimalus – 0. Susumavus visus bendrus balus ir gavus jų vidurkius aukštesnis taip pat pirmosios grupės balas.

5 lentelė. Sociodemografinių rodiklių įtaka burnos sveikatai. 1 grupė.

Sociodemografiniai rodikliai (Gr1)	Kategorijos	OHIP-14 Vidurkis balais	Standartinis nuokrypis	P
Amžius	63-80 m.	19,51	10,19	0,036
	>80 m.	20,26	12,34	
Lytis	Vyras	17,8	12,36	0,213
	Moteris	20,84	11,46	
Šeimyninė padėtis	Našlys	20,47	11,99	0,113
	Gyvenu partnerystėje	19,45	12,93	
Pajamos	Mažos	22,72	12,17	0,249
	Vidutinės	18,98	11,28	
Priklausomumas	Iš dalies priklausomas	19,13	11,68	0,195
	Visiškai priklausomas	23,36	11,25	
Išsilavinimas	Aukštesnysis ar daugiau	21,11	11,62	0,36
	Žemesnis nei aukštesnysis	21,45	11,6	

Tyrimo metu surinkti sociodemografiniai duomenys buvo susieti su burnos sveikata. Pirmojoje grupėje (senjorų gyvenančių Vilniaus socialinės globos namuose) statistiškai reikšmingi rezultatai buvo gauti tik tarp skirtingų amžiaus kategorijų. Vyresnio amžiaus senjorų OHIP-14 vidurkis buvo didesnis nei jaunesnių senjorų, kas parodo, kad jų burnos sveikata yra prastesnė nei jaunesniųjų. Kiti sociodemografiniai rodikliai (lytis, šeimyninė padėtis, pajamos, priklausomumas nuo kitų asmenų ar išsilavinimas) statistiškai reikšmingi nebuvo.

6 lentelė. Sociodemografinių rodiklių įtaka burnos sveikatai. 2 grupė.

Sociodemografiniai rodikliai (Gr2)	Kategorijos	OHIP-14 Vidurkis balais	Standartinis nuokrypis	P
Amžius	63-80 m.	16,78	8,83	0,294
	>80 m.	18,73	11,27	
Lytis	Vyras	18,42	11,96	0,122
	Moteris	17,8	9,97	
Šeimyninė padėtis	Našlys	17,83	12,44	0,024
	Gyvenu partnerystėje	16,9	6,41	
Pajamos	Mažos	18	10,42	0,317
	Vidutinės	18,03	11,25	
Priklausomumas	Iš dalies priklausomas	18,21	11,13	0,299
	Visiškai priklausomas	18,71	11,51	
Išsilavinimas	Aukštesnysis ar daugiau	15,75	13,25	0,05
	Žemesnis nei aukštesnysis	18,25	10,09	

Kitos tiriamųjų grupės (Utenos socialinės globos namuose gyvenančių senjorų) rezultatai buvo kitokie. Šios grupės statistiškai reikšmingi rezultatai buvo šeimyninė padėtis – partnerystėje gyvenančių asmenų OHIP-14 vidurkis buvo žemesnis nei našlystėje gyvenančių asmenų, kas parodo, kad partnerystėje gyvenančių burnos sveikata yra geresnė nei našlių. Taip pat statistiškai reikšmingi buvo rezultatai apie senjorų išsilavinimą. Senjorai neturintys aukštojo/aukštesniojo išsilavinimo prastesne burnos sveikata skundėsi dažniau nei aukštąjį išsilavinimą turintys senjorai.

4. Rezultatų aptarimas

Tyrimo metu buvo atlikta apklausa Vilniaus (didmiestis) miesto specialios socialinės globos namuose „Tremtinių namai“ ir „Senjorų socialinės globos namai“ bei Utenos (provincija) miesto socialinės globos namuose „Utenos socialinės globos namai“. Rezultatai įvertinti ir palyginti tarp skirtingų teritorinių vienetų socialinės globos namų gyventojų gyvenimo kokybės įtakos bendrajai ir burnos sveikatai. Taip pat buvo vertinami ir sociodemografinių rodiklių: amžiaus, lyties, šeimyninės padėties, pajamų, priklausomumo nuo kitų asmenų, išsilavinimo įtaka burnos sveikatai.

Tyrimo hipotezė: Didmiesčio socialinės globos namuose gyvenantiems senjorams burnos sveikata daro mažesnę įtaką gyvenimo kokybei nei provincijos socialinės globos namuose gyvenantiems senjorams. Hipotezė nepasitvirtino. Išnagrinėjus tyrimo metu gautus rezultatus ir atlikus statistinius tyrimus buvo gauti statistiškai reikšmingi duomenys, kurie parodė, jog Vilniaus socialinės globos namuose gyvenantiems senjorams burnos sveikata darė didesnę įtaką gyvenimo kokybei (OHIP bendrų rezultatų vidurkis – 19,72) nei Utenos socialiniuose globos namuose gyvenantiems senjorams (OHIP bendrų rezultatų vidurkis – 18,04). Panašiam tyrimo atliktame Kanadoje (kuriame vertinti įvairaus amžiaus žmonės) gauti rezultatai parodė, jog mažesnių miestelių gyventojams burnos sveikata darė didesnę įtaką gyvenimo kokybei nei didmiesčių gyventojams [63]. Nors šiame tyrimo gauti rezultatai buvo priešingi, tai galėjo nulemti Lietuvoje ir Kanadoje gyvenančių žmonių skirtingi socioekonominiai rodikliai. Utenos socialinės globos namuose tiriamųjų vidutinis amžius – 76,6 m, o Vilniaus socialinės globos namuose – 85,46 m. Tyrimuose atliktuose Vokietijoje buvo pastebėta, kad didėjant tiriamųjų amžiui atitinkamai didėja ir OHIP-14 apklausos rezultatų balų vidurkių dydis (prastėja burnos sveikatos įvertinimas) [64]. Remiantis šio tyrimo rezultatais gyventojų amžiaus skirtumas galėjo nulemti tai, jog didmiesčio socialinių globos namų gyventojų burnos sveikata darė didesnę įtaką gyvenimo kokybei nei provincijoje. Vis dėlto svarbu paminėti, jog nors tiriamųjų amžiaus vidurkių skirtumas net 8,86 metų, OHIP bendrų rezultatų vidurkių skirtumas tik 1,68 balo. Lyginant atskiras OHIP-14 klausimyno skales statistiškai reikšmingi rezultatai gauti vertinant fizinio skausmo ir psichologinio apribojimo skales. Tiek vienoje, tiek kitoje skalėse aukštesnis (prastesnis) įvertinimas balais buvo gautas iš Vilniaus socialinės globos namuose gyvenančių senjorų. Nagrinėjant klausimus atskirai daugumos klausimų atsakymų rezultatai buvo statistiškai reikšmingi. Taip pat daugumos jų aukštesni (prastesni) balai buvo gauti apklausiant Vilniaus socialinės globos namuose gyvenančius senjorus. Didžiausi skirtumai tarp atsakymų rezultatų buvo vertinant dviejų klausimų rezultatus. Klausimo „Ar Jums teko

nerimauti dėl dantų problemų?“ atsakymai skiriasi 0,39 balo ir parodo, jog Vilniaus socialinės globos namų gyventojai labiau nerimauja dėl savo burnos sveikatos. O klausimo „Ar Jūs buvote visiškai nepajėgus/-i veikti dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?“ rezultatai skiriasi 0,34 balo ir aukštesni (prastesni) rezultatai buvo gauti apklausiant Utenos socialinės globos namų gyventojus. Tai parodo, jog apklaustieji provincijos socialinės globos namuose gyvenantys senjorai jaučiasi mažiau pajėgūs ir turi mažiau galimybių įveikti burnos sveikatos problemas. Tyrimų tarp didmiesčio ir provincijos skirtumų socialinės globos namų senjorų burnos sveikatos įtakos gyvenimo kokybei tiek Lietuvoje, tiek Užsienio valstybėse itin trūksta, todėl gautiems rezultatams patvirtinti reikėtų atlikti didesnės apimties ir skirtingas vietoves lyginančių tyrimų.

Nors Utenos socialinės globos namuose gyvenantys senjorai mažiau skundėsi burnos sveikatos įtaka gyvenimo kokybei, pagal PSO GK klausimyno rezultatus jie savo bendrąją sveikatą vertino prasčiau ir jų kiekvieno klausimo atsakymo balai buvo mažesni nei Vilniaus socialinės globos namuose gyvenančių senjorų. Statistiškai reikšmingi buvo tik aplinkos skalės rezultatai, kurie skyrėsi net 3,64 balo. Tai parodo, kad apklausti Vilniaus socialinės globos namuose gyvenantys senjorai kur kas labiau džiaugiasi juos supančia aplinka. Tai būtų galima paaiškinti tuo, jog sostinėje įsikūrę socialinės globos namai dažnai sulaukia didesnių investicijų bei didesnio kvalifikuoto personalo kiekio. 2013 metais Japonijoje atliktas tyrimas, lyginantis senjorų, gyvenančių didmiesčiuose ir miesteliuose, bendros sveikatos įtaką gyvenimo kokybei. Tyrimo rezultatai parodė, kad didmiesčiuose gyvenantys senjorai savo bendrąją sveikatą taip pat vertino geriau. Tyrime tai grindžiama tuo, jog didmiesčiuose gyvenantys senjorai turėjo aukštesnį išsilavinimą nei mažesnių miestelių gyventojai. Senjorai su aukštesniu išsilavinimu turėjo geresnį suvokimą apie rūpinimosi savo sveikata svarbą, daugiau užsiėmė kūrybinėmis ir fizinėmis veiklomis. [65] Vilniaus socialinės globos namuose gyvenančių senjorų išsilavinimas taip pat buvo aukštesnis nei Utenos socialinės globos namų gyventojų. Šis rodiklis galimai turėjo įtakos gautiems rezultatams. Priešingai nei Utenoje, Vilniuje gyvenantys senjorai džiaugėsi galimybėmis apsilankyti kultūrinėse veiklose, organizuojamais fizinės veiklos užsiėmimais, kurie galimai turėjo įtakos bendrinei sveikatai.

Abiejose tiriamųjų grupėse didžiąją dalį apklaustųjų sudarė moterys. Toks lyčių pasiskirstymas galimai buvo nulemtas ilgesnės vidutinės moterų gyvenimo trukmės Lietuvoje [66]. Lyginant abi grupes, matome, kad Vilniaus socialinės globos namuose gyvenančių senjorų išsilavinimo lygis bei pajamos buvo aukštesnės. Šie rodikliai galėjo nulemti, kad nors Utenos socialinės globos namų gyventojai bendrąją sveikatą įvertino prasčiau, jų burnos sveikatos įvertinimas buvo geresnis nei Vilniaus socialinės globos namų gyventojų. Utenoje

gyvenantys senjorai net ir turintys itin didelių burnos sveikatos problemų, jomis nesiskundė. Jiems svarbiau buvo juos supanti fizinė aplinka, personalo darbas, gretutinės ligos. Utenos socialinės globos namų gyventojai galimai neturėjo pakankamai žinių apie burnos sveikatos svarbą ir gydymo galimybes, todėl net itin prastą burnos sveikatos būklę vertino neblogai. Tuo tarpu apklaustieji Vilniaus socialinės globos namų gyventojai žinojo apie gydymo galimybes, valstybės suteikiamas gydymo kompensacijas bei tiksliai išsakė, kokios burnos sveikatos problemos jiems kelia nepatogumus. 2015 metais Meksikoje atliktame tyrime buvo nustatyta, kad mažesnes pajamas gaunantys vyresnio amžiaus gyventojai taip pat prioritetu laikė maistą, rūbus, transportą bei bendrinę, o ne burnos sveikatą. Taip pat dantų gydymo metu dažniau rinkdavosi dantų šalinimą, o ne jų gydymą [67]. Vertinant sociodemografinių rodiklių pasiskirstymą atskirose grupėse, Vilniaus socialinės globos namų gyventojams burnos sveikatai įtakos turėjo apklaustųjų amžius. Vyresnių senjorų burnos sveikata buvo prastesnė nei jaunesniųjų. Utenos socialinės globos namų gyventojams statistiškai reikšmingų socialinių veiksnių burnos sveikatai buvo keli. Senjorų burnos sveikatai įtaką darė jų šeimyninė padėtis – našlių burnos sveikata buvo prastesnė nei partnerystėje gyvenančių asmenų, bei išsilavinimas – aukštesnį išsilavinimą turintys senjorai pasižymėjo geresne burnos sveikata bei mažesne jos įtaka gyvenimo kokybei. Tsakos ir kt. Londone, Jungtinėje Karalystėje atliktame tyrime taip pat buvo nustatytas labai ryškus santykis tarp senjorų išsilavinimo ir OHRQoL (Oral Health-related Quality of Life) – asmens gyvenimo kokybės susijusios su burnos sveikata. Tyrime buvo nustatyta, kad didėjant išsilavinimo lygiui atitinkamai gerėja ir burnos sveikata, o daugiausia išimamų protezų taip pat nešiojo pacientai su žemiausiu išsilavinimu. Nors išsilavinimas turėjo didžiausią įtaką burnos sveikatai, Tsakos tyrimo metu buvo pastebėta, kad ir žemesnes valstybines pensijas gaunančių senjorų burnos sveikata buvo gerokai prastesnė nei gaunančių didesnes, papildomas pensijas [68]. Tenani ir kt. Brazilijoje atliktame tyrime buvo nustatyta, kad senjorai gyvenantys su partneriu dvigubai rečiau skundėsi burnos sveikata nei senjorai, kurie yra vieniši, išsiskyrę ar našliai. Taip pat pastebėta, kad geresne burnos sveikata pasižymėjo tiriamieji, kurie dažniau lankėsi pas gydytojus odontologus profilaktinei apžiūrai [69]. Vis dėlto šie tyrimai buvo atlikti tarp senjorų gyvenančių savarankiškai, ne socialinės globos namuose, taip pat tyrimai atlikti skirtingose valstybėse, tyrimo sąlygos taip pat skyrėsi kiekvieno tyrimo metu.

Tiek Lietuvoje, tiek užsienio valstybėse vis dar trūksta tyrimų, kurie padėtų įvertinti senjorų burnos sveikatos įtaką jų gyvenimo kokybei, ypač tyrimų senjorams gyvenantiems socialinės globos namuose. Lietuvos populiacija – senstanti, dėl ko senjorų apsigyvenančių socialinės globos namuose tik daugės. Mano atliktame tyrime dalyvavo nedidelė tiriamųjų imtis tik iš

trijų Lietuvos socialinės globos namų, dėl to tyrimas neatspindi visos Lietuvos socialinės globos namuose gyvenančios populiacijos. Naudinga būtų atlikti daugiau tyrimų, apimančių visą Lietuvos populiaciją, kurie atsakytų apie senjorų suvokimą burnos sveikatos įtaką gyvenimo kokybei. Tyrimų rezultatai atskleistų svarbiausias senjorų burnos sveikatos problemas, kas skatintų patobulinti juos gydančio bei prižiūrinčio personalo geronto-odontologijos kompetencijas. Ši informacija būtų naudinga ir jaunesnių kartų – tiek gydytojų, tiek pacientų švietimui, ir būsimos senjorų kartos galėtų džiaugtis geresne burnos sveikata bei jos priežiūra.

Padėka.

Nuoširdžiai dėkoju savo darbo vadovei Rasmutei Manelienei už nuoširdžią pagalbą, naudingas pastabas ir patarimus, atliekant šį mokslinį darbą. Taip pat norėčiau padėkoti vyriausiajai socialinės globos namų „Tremtinių namai“ slaugytojai Violetai Čeplinskienei, vyriausiajai socialinės globos namų „Senjorų socialinės globos namai“ slaugytojai Editai Bazarauskienei, „Utenos socialinių globos“ namų direktoriui Osvaldui Žiedriui už pagalbą ir galimybę atlikti baigiamąjį magistro darbą socialinės globos namuose.

6.Išvados

1. Provincijos socialinės globos namuose gyvenantiems senjorams burnos sveikata darė mažesnę įtaką gyvenimo kokybei nei didmiesčio socialinės globos namuose gyvenantiems senjorams.
2. Provincijos socialinės globos namuose gyvenantiems senjorams bendra sveikata darė didesnę įtaką gyvenimo kokybei nei didmiesčio socialinės globos namuose gyvenantiems senjorams.
 - 2.1 Provincijos socialinės globos namų gyventojų bendros sveikatos įtaka gyvenimo kokybei buvo statistiškai reikšmingai didesnė *Aplinkos skalėje*.
3. Didmiesčio ir provincijos socialinės globos namų gyventojų burnos sveikatai įtaką darę sociodemografiniai veiksniai skyrėsi:
 - 3.1 Didmiesčio socialinės globos namų gyventojams burnos sveikatai įtaką daręs sociodemografinis veiksnys – amžius.
 - 3.2 Provincijos socialinės globos namų gyventojams burnos sveikatai įtaką darę sociodemografiniai veiksniai – išsilavinimo lygis ir šeimyninė padėtis.

Literatūros sąrašas

1. World Health Organization. Aging and Health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Chung HY, Kim DH, Lee EK, Chung KW, Chung S, Lee B, Seo AY, Chung JH, Jung YS, Im E, Lee J, Kim ND, Choi YJ, Im DS, Yu BP. Redefining Chronic Inflammation in Aging and Age-Related Diseases: Proposal of the Senoinflammation Concept. *Aging Dis.* 2019 Apr 1;10(2):367-382.
3. Kowald A, Kirkwood TB. Transcription could be the key to the selection advantage of mitochondrial deletion mutants in aging. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2014 Feb 25;111(8):2972-7.
4. Bartlett, Zane, "The Hayflick Limit". Embryo Project Encyclopedia 2014-11-14
5. Wareed Ahmed, Joachim Lingner, Impact of oxidative stress on telomere biology, Differentiation, Volume 99, 2018, Pages 21-27,
6. ISSN 0301-4681 Mc Auley MT, Guimera AM, Hodgson D, McDonald N, Mooney KM, Morgan AE, Proctor CJ. Modelling the molecular mechanisms of aging. *Biosci Rep.* 2017 Feb 23;37(1):BSR20160177.
7. Andrew MK, MacDonald S, Godin J, McElhaney JE, LeBlanc J, Hachette TF, Bowie W, Katz K, McGeer A, Semret M, McNeil SA. Persistent Functional Decline Following Hospitalization with Influenza or Acute Respiratory Illness. *J Am Geriatr Soc.* 2021 Mar;69(3):696-703.
8. Lamster, I.B., Asadourian, L., Del Carmen, T. and Friedman, P.K., The aging mouth: differentiating normal aging from disease. *Periodontol 2000*, 2016 72: 96-107.
9. Hartmann R, Müller F. Clinical studies on the appearance of natural anterior teeth in young and old adults. *Gerodontology.* 2004 Mar;21(1):10-6.
10. Kunin AA, Evdokimova AY, Moiseeva NS. Age-related differences of tooth enamel morphochemistry in health and dental caries. *EPMA J.* 2015 Jan 29;6(1):3.
11. Klein DR. Oral soft tissue changes in geriatric patients. *Bull N Y Acad Med.* 1980 Oct;56(8):721-7.
12. Carrard VC, Pires AS, Badauy CM, Rados PV, Lauxen IS, Sant'Ana Filho M. Effects of aging on mouse tongue epithelium focusing on cell proliferation rate and morphological aspects. *Bull Tokyo Dent Coll.* 2008 Nov;49(4):199-205.

13. Alfonso J Cruz-Jentoft, Avan A Sayer, Sarcopenia, *The Lancet*, Volume 393, Issue 10191, 2019, Pages 2636-2646, ISSN 0140-6736.
14. Mioche L, Bourdiol P, Monier S, Martin JF, Cormier D. Changes in jaw muscles activity with age: effects on food bolus properties. *Physiol Behav*. 2004 Sep 30;82(4):621-7.
15. Tonetti MS, Bottenberg P, Conrads G, Eickholz P, Heasman P, Huysmans MC, López R, Madianos P, Müller F, Needleman I, Nyvad B, Preshaw PM, Pretty I, Renvert S, Schwendicke F, Trombelli L, van der Putten GJ, Vanobbergen J, West N, Young A, Paris S. Dental caries and periodontal diseases in the ageing population: call to action to protect and enhance oral health and well-being as an essential component of healthy ageing - Consensus report of group 4 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol*. 2017 Mar;44 Suppl 18:S135-S144.
16. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic 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. *J Am Dent Assoc*. 2016 Dec;147(12):915-917.
17. Gil-Montoya JA, de Mello AL, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging*. 2015 Feb 11;10:461-7.
18. Lamster IB, Asadourian L, Del Carmen T, Friedman PK. The aging mouth: differentiating normal aging from disease. *Periodontol 2000*. 2016 Oct;72(1):96-107.
19. Lamster IB. Geriatric periodontology: how the need to care for the aging population can influence the future of the dental profession. *Periodontol 2000*. 2016 Oct;72(1):7-12.
20. Genco RJ, Sanz M. Clinical and public health implications of periodontal and systemic diseases: An overview. *Periodontol 2000*. 2020 Jun;83(1):7-13.
21. Holmstrup P, Damgaard C, Olsen I, Klinge B, Flyvbjerg A, Nielsen CH, Hansen PR. Comorbidity of periodontal disease: two sides of the same coin? An introduction for the clinician. *J Oral Microbiol*. 2017 Jun 14;9(1):1332710.
22. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health--World Health Assembly 2007. *Int Dent J*. 2008 Jun;58(3):115-21.

23. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005 Apr;33(2):81-92.
24. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res.* 2015 May;94(5):650-8.
25. Cunha-Cruz J, Scott J, Rothen M, Mancl L, Lawhorn T, Brossel K, Berg J; Northwest Practice-based REsearch Collaborative in Evidence-based DENTistry. Salivary characteristics and dental caries: evidence from general dental practices. *J Am Dent Assoc.* 2013 May;144(5):e31-40.
26. Zhang J, Leung KCM, Sardana D, Wong MCM, Lo ECM. Risk predictors of dental root caries: A systematic review. *J Dent.* 2019 Oct;89:103166.
27. Elham Emami, Raphael Freitas de Souza, Marla Kadawat, Jocelyne S. Feine, “The Impact of Edentulism on Oral and General Health”, *International Journal of Dentistry*, vol. 2013, 2013 Article ID 498305, 7 pages.
28. Craddock HL, Youngson CC, Manogue M, Blance A. Occlusal changes following posterior tooth loss in adults. Part 2. Clinical parameters associated with movement of teeth adjacent to the site of posterior tooth loss. *J Prosthodont.* 2007 Nov-Dec;16(6):495-501.
29. Zelig R, Goldstein S, Touger-Decker R, Firestone E, Golden A, Johnson Z, Kaseta A, Sackey J, Tomesko J, Parrott JS. Tooth Loss and Nutritional Status in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JDR Clin Trans Res.* 2022 Jan;7(1):4-15.
30. Nordenram G, Davidson T, Gynther G, Helgesson G, Hultin M, Jemt T, Lekholm U, Nilner K, Norlund A, Rohlin M, Sunnegårdh-Grönberg K, Tranæus S. Qualitative studies of patients' perceptions of loss of teeth, the edentulous state and prosthetic rehabilitation: a systematic review with meta-synthesis. *Acta Odontol Scand.* 2013 May-Jul;71(3-4):937-51.
31. Cademartori MG, Gastal MT, Nascimento GG, Demarco FF, Corrêa MB. Is depression associated with oral health outcomes in adults and elders? A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2018 Nov;22(8):2685-2702.
32. Fang WL, Jiang MJ, Gu BB, Wei YM, Fan SN, Liao W, Zheng YQ, Liao SW, Xiong Y, Li Y, Xiao SH, Liu J. Tooth loss as a risk factor for dementia: systematic review and meta-analysis of 21 observational studies. *BMC Psychiatry.* 2018 Oct 20;18(1):345.

33. Turner MD. Hyposalivation and Xerostomia: Etiology, Complications, and Medical Management. *Dent Clin North Am*. 2016 Apr;60(2):435-43.
34. Pina GMS, Mota Carvalho R, Silva BSF, Almeida FT. Prevalence of hyposalivation in older people: A systematic review and meta-analysis. *Gerodontology*. 2020 Dec;37(4):317-331.
35. Razak PA, Richard KM, Thankachan RP, Hafiz KA, Kumar KN, Sameer KM. Geriatric oral health: a review article. *J Int Oral Health*. 2014 Nov-Dec;6(6):110-6.
36. Cassolato SF, Turnbull RS. Xerostomia: clinical aspects and treatment. *Gerodontology*. 2003 Dec;20(2):64-77.
37. Schiller JS, Lucas JW, Peregoy JA. Summary health statistics for u.s. Adults: national health interview survey, 2011. *Vital Health Stat 10*. 2012 Dec;(256):1-218.
38. Tomar SL, Logan HL. Florida adults' oral cancer knowledge and examination experiences. *J Public Health Dent*. 2005 Fall;65(4):221-30.
39. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement*. 2013 Jan;9(1):63-75.e2.
40. Saito Y, Sugawara N, Yasui-Furukori N, Takahashi I, Nakaji S, Kimura H. Cognitive function and number of teeth in a community-dwelling population in Japan. *Ann Gen Psychiatry*. 2013 Jun 24;12(1):20.
41. de Souza Rolim T, Fabri GM, Nitrini R, Anghinah R, Teixeira MJ, de Siqueira JT, Cestari JA, de Siqueira SR. Oral infections and orofacial pain in Alzheimer's disease: a case-control study. *J Alzheimers Dis*. 2014;38(4):823-9.
42. Brennan LJ, Strauss J. Cognitive impairment in older adults and oral health considerations: treatment and management. *Dent Clin North Am*. 2014 Oct;58(4):815-28.
43. Ericsson I, Aronsson K, Cedersund E, Hugoson A, Jonsson M, Gerdin EW. The meaning of oral health-related quality of life for elderly persons with dementia. *Acta Odontol Scand*. 2009;67(4):212-21.
44. Rozas NS, Sadowsky JM, Jeter CB. Strategies to improve dental health in elderly patients with cognitive impairment: A systematic review. *J Am Dent Assoc*. 2017 Apr;148(4):236-245.e3.
45. Bumm CV, Folwaczny M. Infective endocarditis and oral health-a Narrative Review. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2021 Dec;11(6):1403-1415.

46. Pace, C.C., McCullough, G.H. The Association Between Oral Microorganisms and Aspiration Pneumonia in the Institutionalized Elderly: Review and Recommendations. 2010 *Dysphagia* 25, 307–322.
47. Xiaoru Qin, Yifeng Zhao, Yuxuan Guo, Periodontal disease and myocardial infarction risk: A meta-analysis of cohort studies, *The American Journal of Emergency Medicine*, Volume 48, 2021, Pages 103-109.
48. Winning, L., Patterson, C. C., Linden, K., Cullen, K. M., Kee, F., & Linden, G. J. Systemic inflammation and the relationship between periodontitis, edentulism, and all-cause mortality: A 17-year prospective cohort study. *Journal of Clinical Periodontology*, 2021 48(9), 1260– 1269.
49. Ramsay, S.E., Papachristou, E., Watt, R.G., Tsakos, G., Lennon, L.T., Papacosta, A.O., Moynihan, P., Sayer, A.A., Whincup, P.H. and Wannamethee, S.G. Influence of Poor Oral Health on Physical Frailty: A Population-Based Cohort Study of Older British Men. *J Am Geriatr Soc*, 2018. 66: 473-479.
50. Talha, Bilal, and Suman A. Swarnkar. "Xerostomia." StatPearls Publishing, 2022.
51. Zivin K, Wharton T, Rostant O. The economic, public health, and caregiver burden of late-life depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2013 Dec;36(4):631-49.
52. Walter J. Loesche, Judith Abrams, Margaret S. Terpenning, Walter A. Bretz, B. Liza Dominguez, Natahe S. Grossman, Gary H. Hildebrandt, Susan E. Langmore, Dennis E. Lopatin, Dental findings in geriatric populations with diverse medical backgrounds, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, Volume 80, Issue 1, 1995, Pages 43-54.
53. Jordan S, Gabe M, Newson L, Snelgrove S, Panes G, Picek A, Russell IT, Dennis M. Medication monitoring for people with dementia in care homes: the feasibility and clinical impact of nurse-led monitoring. *ScientificWorldJournal*. 2014 Feb 23;2014:843621.
54. Price SS, Funk AD, Shockey AK, Sharps GM, Crout RJ, Frere CL, Morgan SK, DeBiase CB, Hobbs GR. Promoting oral health as part of an interprofessional community-based women's health event. *J Dent Educ*. 2014 Sep;78(9):1294-300.
55. Kubo KY, Inuma M, Shibutani T, Ito M, Iwaku F. Denture-handling ability of elderly persons with dementia: examination of time spent inserting and removing dentures. *Spec Care Dentist*. 2007 Jul-Aug;27(4):149-53.

56. Horowitz AM, Kleinman DV, Wang MQ. What Maryland adults with young children know and do about preventing dental caries. *Am J Public Health*. 2013 Jun;103(6):e69-76. Epub 2013 Apr 18.
57. Schiavo JH. Oral health literacy in the dental office: the unrecognized patient risk factor. *J Dent Hyg*. 2011 Fall;85(4):248-55. Epub 2011 Nov 11.
58. Flicker L, Lautenschlager NT, Almeida OP. Healthy mental ageing. *J Br Menopause Soc*. 2006 Sep;12(3):92-6.
59. World Health Organization. UN Decade of Healthy Ageing. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
60. McQuistan MR, Qasim A, Shao C, Straub-Morarend CL, Macek MD. Oral health knowledge among elderly patients. *J Am Dent Assoc*. 2015 Jan;146(1):17-26.
61. World Health Organization. Division of Mental Health. (1996). WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring and generic version of the assessment : field trial version, December 1996. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>
62. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997 Aug;25(4):284-90.
63. Gaber, A, Galarneau, C, Feine, JS, Emami, E. Rural-urban disparity in oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018; 46: 132– 142.
64. Hassel AJ, Steuker B, Rolko C, Keller L, Rammelsberg P, Nitschke I. Oral health-related quality of life of elderly Germans--comparison of GOHAI and OHIP-14. *Community Dent Health*. 2010 Dec;27(4):242-7.
65. Sampaio PY, Ito E. Activities with higher influence on quality of life in older adults in Japan. *Occup Ther Int*. 2013 Mar;20(1):1-10.
66. <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventojai-2022/mirtingumas/vidutine-tiketina-gyvenimo-trukme>
67. Hernández-Palacios RD, Ramírez-Amador V, Jarillo-Soto EC, Irigoyen-Camacho ME, Mendoza-Núñez VM. Relationship between gender, income and education and self-perceived oral health among elderly Mexicans. An exploratory study. *Cien Saude Colet*. 2015 Apr;20(4):997-1004.
68. Tsakos, G., Sheiham, A., Iliffe, S., Kharicha, K., Harari, D., Swift, C.G., Gillman, G. and Stuck, A.E. The impact of educational level on oral health-related quality of life in older people in London. *European Journal of Oral Sciences*. 2009; 117: 286-292.

69. Tenani, CF, De Checchi, MHR, Bado, FMR, Ju, X, Jamieson, L, Mialhe, FL. Influence of oral health literacy on dissatisfaction with oral health among older people. *Gerodontology*. 2020; 37: 46– 52.
70. R. Navickas, Ž. Visockienė, R. Puronaitė, M. Rukšėnienė, V. Kasiulevičius, E. Jurevičienė. Prevalence and structure of multiple chronic conditions in Lithuanian population and the distribution of the associated healthcare resources. *Eur J Intern Med*, 2015 Apr;26(3):160-8.
71. Tavares M, Lindefjeld Calabi KA, San Martin L. Systemic diseases and oral health. *Dent Clin North Am*. 2014 Oct;58(4):797-814.
72. Oliveros, E, Patel, H, Kyung, S, et al. Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Clin Cardiol*. 2020; 43: 99– 107.
73. Janet H Southerland, Danielle G Gill, Pandu R Gangula, Leslie R Halpern, Cesar Y Cardona & Charles P Mouton Dental management in patients with hypertension: challenges and solutions, *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 8. 2016; 111-120
74. Delgado-Pérez VJ, De La Rosa-Santillana R, Márquez-Corona ML, et al. Diabetes or hypertension as risk indicators for missing teeth experience: an exploratory study in a sample of Mexican adults. *Niger J Clin Pract*. 2017;20(10):1335–1341.
75. Wang, CW.(., McCauley, L.K. Osteoporosis and Periodontitis. *Curr Osteoporos Rep* 2016 14, 284–291.
76. Vilana Maria Adriano Araujo, Iracema Matoa Melo, Vilma Lima, “Relationship between Periodontitis and Rheumatoid Arthritis: Review of Literature“, *Mediators of Inflammation*, vol. 2015, 15 pages.
77. Golchin N, Frank SH, Vince A, Isham L, Meropol SB. Polypharmacy in the elderly. *J Res Pharm Pract*. 2015 Apr-Jun;4(2):85-8.
78. Diana Critchlow, „Part 3: Impact of systematic conditions and medications on oral health“ *British Journal of Community Nursing*, VOL. 22, NO.4. 17 Apr 2017
79. Kibickaja, Diana ; Manelienė, Rasmūtė. 22nd EAA congress – 15th ISGA congress – 5th international conference of evolutionary medicine, August 24-27, 2022 Vilnius, Lithuania : abstract book. Vilnius : Vilniaus universiteto leidykla, 2022. p. 101.

PRIEDAI

Priedas Nr.1

Sociodemografinių rodiklių anketa

Atsakykite į toliau pateiktus klausimus. Esant klausimams su pasirinkimo variantais savo pasirinktą atsakymą pažymėkite „X“, tačiau klausimuose be pasirinkimo variantų savo atsakymą įrašykite tam skirtoje vietoje.

1. Amžius _____
2. Lytis:
 - Vyras
 - Moteris
3. Pajamos:
 - Mažos, užtenka maistui, bet neužtenka naujiems rūbams
 - Vidutinės, užtenka maistui ir rūbams, bet ne stambesniai pirkiniui (šaldytuvas, telefonas)
 - Didelės, užtenka maistui rūbams ir stambesniai pirkiniui
4. Išsilavinimas (pažymėkite aukščiausią jūsų išsilavinimą):
 - Pagrindinis
 - Vidurinis
 - Profesinis
 - Nebaigtas profesinis
 - Aukštasis
 - Nebaigtas aukštasis
 - Aukštasis universitetinis
 - Nebaigtas aukštasis universitetinis
 - Kita (įrašykite) _____
5. Šeimyninė padėtis
 - Nevedęs/netekėjus
 - Vedęs/ištekėjusi
 - Gyvenu partnerystėje
 - Išsiskykęs (-usi)
 - Našlys (-ė)
 - Kita (įrašykite) _____

6. Įvertinkite Jūsų savarankiškumo lygį (rūpinimasis savimi: dantų valymas, maisto gamyba, apsirengti, sutvarkyti kambarį, apsipirkti parduotuvėje):

- Nepriklausomas (-a) nuo kitų
- Iš dalies priklausomas (-a) nuo kitų
- Visiškai priklausomas (-a) nuo kitų

Gyvenimo kokybės klausimynas PSO-GK trumpas.

Instrukcija

Šiame klausimyne teiraujamasi apie kai kuriuos nusiskundimus sveikata bei šių nusiskundimų stiprumą ir dažnumą per paskutinę savaitę, taip pat apie Jūsų gyvenimo kokybę, sveikatą ir kitas Jūsų gyvenimo sritis. Prašome atsakyti į visus klausimus. Jeigu dėl kurio nors atsakymo abejojate, pasirinkite ir pažymėkite tą, kuris atrodo teisingiausias. Toks dažniausiai ir būna pirmas, jums į galvą atėjęs atsakymas.

Atsakydami į klausimus pergalvokite savo gyvenimo būdą, lūkesčius, džiaugsmus ir rūpesčius. Prašytume įvertinti, kaip Jūs jautėtės **per paskutiniąją savaitę**.

Dėkojame už bendradarbiavimą.

1. Kaip vertinate savo gyvenimo kokybę?

Labai bloga	Bloga	Nei bloga nei gera	Gera	Labai gera;
1	2	3	4	5

2. Ar esate patenkinta (s) savo sveikata?

Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Nei patenkintas nei nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas;
1	2	3	4	5

Prašome nurodyti, kiek paminėtų dalykų patyrėte per pastarąją savaitę.

3. Ar labai skausmas kūne trukdo jums atlikti tai, ką manote esant reikalinga?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai;
1	2	3	4	5

4. Ar jums reikia daug medicininės pagalbos, kad galėtumėte gyventi įprastą gyvenimą?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypač daug;
1	2	3	4	5

5. Ar džiaugiatės gyvenimu?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai;
1	2	3	4	5

6. Ar jūsų gyvenimas prasmingas?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai;
1	2	3	4	5

7. Ar pajėgiate susikaupti?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai gerai	Ypač gerai;
1	2	3	4	5

8. Ar kasdieniniame gyvenime jaučiatės saugus (i)?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai;
1	2	3	4	5

9. Ar jūsų fizinė aplinka yra palanki jūsų sveikatai?

Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypatingai;
-------------	-----------	--------------	-------	------------

1 2 3 4 5

*Toliau klausiama ar Jums pavyko **visiškai (iki galo)** atlikti tam tikrus veiksmus. Klausiama apie pastarąją savaitę.*

10. Ar jums pakanka energijos kasdieniniam gyvenimui?

Visiškai ne Iš dalies Vidutiniškai Apskritai taip Visiškai;
1 2 3 4 5

11. Ar jus patenkina jūsų išvaizda?

Visiškai ne Iš dalies Vidutiniškai Apskritai taip Visiškai;
1 2 3 4 5

12. Ar jums pakanka pinigų jūsų poreikiams patenkinti?

Visiškai ne Iš dalies Vidutiniškai Apskritai taip Visiškai;
1 2 3 4 5

13. Ar jums prieinama informacija, reikalinga kasdieniniame gyvenime?

Visiškai ne Iš dalies Vidutiniškai Apskritai taip Visiškai;
1 2 3 4 5

14. Ar turite laisvalaikio, kurį galite praleisti kaip tinkami?

Visiškai ne Iš dalies Vidutiniškai Apskritai taip Visiškai;
1 2 3 4 5

15. Ar galite laisvai judėti?

Labai blogai Blogai Nei blogai nei gerai Gerai Labai gerai;
1 2 3 4 5

*Toliau klausiama apie tai, ar jautėtės **patenkintas, laimingas** įvairiais požiūriais pastarąją savaitę.*

16. Ar esate patenkinta (s) savo miegu?

Labai nepatenkintas Nepatenkintas Nei patenkintas nei nepatenkintas Patenkintas Labai patenkintas;
1 2 3 4 5

17. Ar esate patenkinta (s) savo sugebėjimu atlikti kasdieninius darbus?

Labai nepatenkintas Nepatenkintas Nei patenkintas nei nepatenkintas Patenkintas Labai patenkintas;
1 2 3 4 5

18. Ar esate patenkinta (s) savo darbingumu?

Labai nepatenkintas Nepatenkintas Nei patenkintas nei nepatenkintas Patenkintas Labai patenkintas;
1 2 3 4 5

19. Ar esate patenkinta (s) savimi?

Labai nepatenkintas Nepatenkintas Nei patenkintas nei nepatenkintas Patenkintas Labai patenkintas
1 2 3 4 5

20. Ar esate patenkinta (s) savo santykiais su kitais žmonėmis?

Labai nepatenkintas Nepatenkintas Nei patenkintas nei nepatenkintas Patenkintas Labai patenkintas

1 2 3 4 5

21. Ar esate patenkinta (s) savo seksualiniu gyvenimu?

Labai nepatenkintas Nepatenkintas Nei patenkintas nei nepatenkintas Patenkintas Labai patenkintas
1 2 3 4 5

22. Ar esate patenkinta (s) savo draugų palaikymu?

Labai nepatenkintas Nepatenkintas Nei patenkintas nei nepatenkintas Patenkintas Labai patenkintas
1 2 3 4 5

23. Ar esate patenkinta (s) savo gyvenimo sąlygomis?

Labai nepatenkintas Nepatenkintas Nei patenkintas nei nepatenkintas Patenkintas Labai patenkintas
1 2 3 4 5

24. Ar esate patenkinta (s) sveikatos paslaugų prieinamumu?

Labai nepatenkintas Nepatenkintas Nei patenkintas nei nepatenkintas Patenkintas Labai patenkintas
1 2 3 4 5

25. Ar jūs patenkinta (s) savo transporto priemonėmis?

Labai nepatenkintas Nepatenkintas Nei patenkintas nei nepatenkintas Patenkintas Labai patenkintas
1 2 3 4 5

Toliau klausiama apie Jūsų patyrimą ir kaip dažnai tai buvo. Klausinama apie pastarąją savaitę.

26. Ar dažnai jus užvaldo neigiami jausmai: prasta nuotaika, neviltis, nerimas, depresija?

Niekada Retai Gan dažnai Labai dažnai Visą laiką.
1 2 3 4 5

Pasaulinės sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės – 100 klausimyno (WHOQOL-100) lietuviško varianto sutrumpintas 26 klausimų *Gyvenimo kokybės klausimynas PSO-GK trumpas (THE WHOQOL – Brief Quality of Life Questionnaire)*. (Parengė: N. Goštautaitė Midttun, A. Goštautas, 2000).

Priedas Nr. 3

OHIP-14 lietuviškas variantas. (Parengė: Mantė Kireilytė, Viltė Masiliūnaitė, Vilma Belickienė, Juozas Žilinskas, Žana Sakalauskienė, 2015)

OHIP-14

Anketa apie burnos sveikatos poveikį gyvenimo kokybei

Prašom pažymėti Jums labiausiai tinkantį atsakymą (X)

Per paskutinius 6 mėnesius	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Labai dažnai
1. Ar turėjote sunkumų ištariant kokius nors žodžius dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?					
2. Ar jautėte, kad Jūsų skonio jautimas pablogėjo dėl problemų, susijusių su Jūsų dantimis, burna ar protezais?					
3. Ar jautėte skausmus burnoje?					
4. Ar jautėte nepatogumą valgant kokį nors maistą dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?					
5. Ar Jums teko nerimauti dėl dantų problemų?					
6. Ar jautėte įtampą dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?					
7. Ar Jūsų mityba buvo nepatenkinama dėl problemų, susijusių su dantimis, burna ar protezais?					
8. Ar turėjote pertraukti valgymą dėl problemų, susijusių su Jūsų dantimis, burna ar protezais?					
9. Ar Jums buvo sunku atsipalaiduoti dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?					
10. Ar Jums teko būti sutrikus dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?					
11. Ar Jums teko būti suirzus dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?					
12. Ar turėjote sunkumų atliekant įprastus darbus dėl problemų, susijusių su Jūsų dantimis, burna ar protezais?					
13. Ar apskritai jautėte mažesnę pasitenkinimą gyvenimu dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?					
14. Ar Jūs buvote visiškai nepajėgus/-i veikti dėl problemų su Jūsų dantimis, burna ar protezais?					

Priedas Nr. 4
Leidimas naudoti OHIP-14 anketos lietuvišką variantą



Diana Kibickaja <dkibickaja@gmail.com>

Dėl OHIP-14

Žana Sakalauskiene <Zana.Sakalauskiene@ismuni.lt>
Kam: Diana Kibickaja <dkibickaja@gmail.com>

2020 m. gegužės 7 d. 16:19

Labą dieną,

Malonu, kad domitės ir imatės mokslinių tyrimų.

Žinoma, galite naudoti lietuvišką OHIP-14 versiją. Siunčiu OHIP-14 (LT) word'inį dokumentą ir straipsnį apie šio instrumento testavimą.

Linkėjimai,

Dr. Žana Sakalauskiene, Ph.D., D.D.S.

Lektorė/Lector

LSMU / Lithuanian University of Health Sciences

Odontologijos fakultetas / Faculty of Odontology

Dantų ir žandikaulių ortopedijos klinika / Department of Prosthetic Dentistry

Sukilėlių pr. 51, LT-50106 Kaunas, Lithuania

Tel. mob. +370 698 48641

zana.sakalauskiene@ismuni.lt



LITHUANIAN UNIVERSITY
OF HEALTH SCIENCES

From: Diana Kibickaja <dkibickaja@gmail.com>

Sent: Thursday, May 7, 2020 3:06 PM

To: Žana Sakalauskiene <Zana.Sakalauskiene@ismuni.lt>

Subject: Dėl OHIP-14

[Cituojamas tekstas paslėptas]

2 priedai (-ų)



OHIP14_LT_ZS_Galutinis.docx

17K



193-01_Publication_2019.pdf

206K

Priedas Nr. 5

Leidimas naudoti Pasaulinės sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės – 100 klausimyno (WHOQOL-100) lietuviško varianto sutrumpintas 26 klausimų *Gyvenimo kokybės klausimynas PSO-GK trumpas*.



Diana Kibickaja <dkibickaja@gmail.com>

Dėl PSO-GK (trumpas) skalės

Antanas Gostautas <antanas.gostautas@gmail.com>
Kam: Diana Kibickaja <dkibickaja@gmail.com>

2020 m. gegužės 25 d. 21:41

Sveiki,
naudokite. Tačiau siūlyčiau įsitikinti jog šios metodikos klausimai yra pakankamai jautrūs Jūsų sprendžiamos problemos įvertinimui. Šiuo klausimynu yra tiriama "su sveikata susijusi gyvenimo kokybė". Jūsų tiriamos menkos buomos higienos būklė, tiesiogiai reiškia menkesnę asmens gyvenimo kokybę.

Sėkmės,

Goštautas

[Cituojamas tekstas paslėptas]