



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Odontologijos studijų programa
Odontologijos institutas

Aurėja Banytė, V kursas, 1 grupė

VIENTISŪJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Odontologinio gydymo baimės paplitimas ir įtaka suaugusių Vilniaus gyventojų gyvenimo kokybei, susijusiai su burnos sveikata

Dental Anxiety: Prevalence and Influence on Oral Health Related Quality of Life of Adults in Vilnius

Darbo vadovė

Doc. Dr. Rasmūtė Manelienė

Odontologijos instituto direktorė

Prof. Dr. Vilma Brukienė

Vilnius, 2024 m.

Studento elektroninio pašto adresas: aureja.banyte@mf.stud.vu.lt

Turinys

SANTRAUKA	3
SUMMARY.....	4
Įvadas	5
1. Literatūros apžvalga	6
1.1. Odontologinės baimės samprata ir etiologija.....	6
1.2. Odontologinės baimės sukeltos pasekmės	7
1.3. Odontologinės baimės vertinimas	9
1.4. Odontologinės baimės paplitimas	10
1.5. Su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata.....	11
1.6. Su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas.....	12
1.7. Su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo svarba.....	13
1.8. Veiksniai, darantys įtaką su burnos sveikata susijusiai gyvenimo kokybei	13
1.9. Odontologinio gydymo baimės įtaka su burnos sveikata susijusiai gyvenimo kokybei	14
2. Medžiaga ir metodai.....	15
2.1. Tyrimo metodika	15
2.2. Tyrimo instrumentas	15
2.3. Tyrimo imties nustatymas.....	16
2.4. Tyrimo dalyvių atranka	16
2.5. Statistinė duomenų analizė	17
3. Rezultatai	17
3.1. Bendroji respondentų charakteristika, respondentų asmeninės burnos higienos įpročiai ir apsilankymo dantų gydymui tendencijos	17
3.2. MDAS klausimyno analizė	18
3.3. Odontologinės baimės paplitimas	19
3.4. OHIP klausimyno analizė	20
3.5. Respondentų su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės įvertinimas	21
3.6. Odontologinės baimės ir su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos	22
3.7. Sociodemografinių rodiklių, asmeninės burnos higienos įpročių bei odontologinių vizitų lankomumo ryšys su odontologine baime	25
Rezultatų aptarimas.....	28
Išvados.....	30
Literatūros sąrašas.....	32
Priedai	36

ODONTOLOGINIO GYDYMO BAIMĖS PAPLITIMAS IR ĮTAKA SUAUGUSIŲ VILNIAUS GYVENTOJŲ GYVENIMO KOKYBEI, SUSIJUSIAI SU BURNOS SVEIKATA

SANTRAUKA

Problemos aktualumas ir darbo tikslas. Odontologinio gydymo baimė yra visame pasaulyje plačiai paplitusi pacientų patiriama būseną, daranti įtaką pacientų emocinei būklei, elgesiui, fiziologinei būklei, burnos sveikatai. Odontologai susiduria ne tik su bijančiais vaikais, bet ir su bijančiais suaugusiais, todėl svarbu suprasti bijančių suaugusių pacientų paplitimo mastą ir baimės įtaką jų gyvenimo kokybei, kad būtų galima geriau suprasti tokius pacientus ir pasirinkti tinkamą gydymo proceso strategiją. Šio tyrimo tikslas – nustatyti, kaip paplitusi odontologinio gydymo baimė ir kokią įtaką daro Vilniaus miesto suaugusių gyventojų su burnos sveikata susijusiai gyvenimo kokybei.

Medžiaga ir metodai. 2023 m. lapkričio – 2024 m. sausio mėnesių laikotarpiu buvo atliktas kiekybinis anketinis pilotinis tyrimas, buvo tiriami 140 suaugusių Vilniaus miesto gyventojų. Anketoje buvo pateikti bendrieji klausimai, asmeninės burnos higienos įpročių klausimai, apsilankymo odontologiniam gydymui tendencijų klausimai, MDAS klausimynas ir OHIP-14 klausimynas. Gauti duomenys analizuoti IMB SPSS 29.0 programine įranga.

Rezultatai. Tyrime nustatyta, kad odontologinio gydymo baimės paplitimas tiriamojoje populiacijoje yra 30,7%. Iš bijančių tiriamųjų, 51,2% jaučia vidutinę odontologinio gydymo baimę, 48,8% - stiprią baimę. Stipresnė odontologinio gydymo baimė reikšmingai tiesiogiai koreliuoja su prastesne gyvenimo kokybe, susijusia su burnos sveikata ($p < 0,001$), koreliacija yra vidutinio stiprumo ($r = 0,381$). Su burnos sveikata susijusi gyvenimo kokybė statistiškai reikšmingai skiriasi tarp bijančių ir nebijančių tiriamųjų ($p = 0,002$). Odontologinę baimę turintys tiriamieji statistiškai reikšmingai rečiau lankosi odontologiniam gydymui ($p = 0,002$).

Išvados. Odontologinio gydymo baimė yra paplitusi tarp suaugusių Vilniaus gyventojų. Odontologinė baimė yra susijusi su prastesne gyvenimo kokybe, susijusia su burnos sveikata: pasireiškiant stipresnei baimei prastėja gyvenimo kokybė.

Raktiniai žodžiai. Odontologinio gydymo baimė, paplitimas, gyvenimo kokybė, suaugusių, Vilniaus miesto.

DENTAL ANXIETY: PREVALENCE AND INFLUENCE ON ORAL HEALTH - RELATED QUALITY OF LIFE OF ADULTS IN VILNIUS

SUMMARY

Relevance of the problem and aim of the work. Dental anxiety/fear is a condition experienced by dental patients all over the world. It affects patients' emotional and physiological state, behavior and oral health. Dentists deal not only with fearful children, but also with fearful adults. It is important to understand the extent of the prevalence of fearful adult patients and the impact of dental fear on their oral health – related quality of life, in order to better understand such patients, and choose an appropriate strategy for their dental treatment process. The aim of this work is to determine how widespread the dental anxiety/fear is and what influence does it have on the oral health-related quality of life of adult residents of Vilnius.

Material and the methods. During November of 2023 – January of 2024, a quantitative pilot survey was conducted and 140 adult residents of Vilnius city were surveyed and included in the study. The questionnaire included general questions, questions related to personal oral hygiene habits, questions related to dental treatment attendance, the MDAS questionnaire and the OHIP-14 questionnaire. The obtained data were analyzed using IBM SPSS 29.0 software.

Results. The study found that the prevalence of dental fear in the study population is 30.7%. Of the fearful subjects, 51.2% have moderate dental fear, and 48.8% have strong dental fear. Stronger dental fear is significantly directly correlated with worse oral health-related quality of life ($p < 0.001$), the correlation was found to be moderately strong ($r = 0.381$). Oral health-related quality of life is significantly different between fearful and non-fearful subjects ($p = 0.002$). Subjects, who have dental fear attend dental treatment visits significantly less often ($p = 0.002$).

Conclusions. Dental fear is common among adult residents of Vilnius city. Dental fear is associated with poorer oral health-related quality of life: the stronger the fear, the worse the oral health-related quality of life.

Key words. Dental fear, dental anxiety, prevalence, oral health-related, quality of life, adults, Vilnius.

Ivadas

Odontologinė baimė arba odontologinis nerimas – tai psichofiziologinė būseną, kuomet pacientas patiria emocinį nerimą ar baimę odontologo kabinete odontologinių procedūrų metu [1]. Odontologinė baimė pasaulyje yra paplitęs reiškinys, skirtingų tyrimų duomenimis odontologinių procedūrų bijo nuo 4,2% iki 50% suaugusiųjų [2]. Ši baimė gali susiformuoti vaikystėje, paauglystėje bei suaugus [3]. Baimės priežastys gali būti egzogeninės – baimė išsivysto turėjus neigiamą odontologinio gydymo patirtį ar išgirdus apie neigiamą gydymo patirtį iš artimo šeimos nario [4]. Pacientai, neturėję neigiamos odontologinio gydymo patirties ar bijančio šeimos nario taip pat gali turėti odontologinę baimę dėl endogeninių priežasčių – labiau išreikšto nerimo, jautresnės asmenybės [5].

Odontologinio gydymo bijančių pacientų burnos sveikata yra prastesnė, bijantys pacientai turi daugiau karieso pažeidimų, didesnę skaičių netektų dantų, dažniau serga periodontologinėmis ligomis, rečiau lankosi pas odontologą [1]. Taip pat odontologinę baimę jaučiantys pacientai patiria sunkumų socialinėse situacijose – vengia šypsotis, nepasitiki savimi, bei naudoja daugiau medikamentų, dažniau serga psichosomatinėmis ligomis [1]. Odontologinių ligų sukeltas skausmas, diskomfortas, patiriamas gėdos jausmas neatvykus vizitui paskirtu laiku, psichologiniai sunkumai socialinėse situacijose turi sąsajų paciento gyvenimo kokybe [1].

Gyvenimo kokybė, susijusi su burnos sveikata – tai biopsichosocialinis žmogaus gerbūvis, susijęs su burnos ligų ir odontologinių procedūrų efektu pacientui [6]. Aukšta gyvenimo kokybė, susijusi su burnos sveikata yra odontologinio gydymo tikslas – pašalinus arba sumažinus burnos ligų sukeltą pasekmę mažėja paciento kančia [6]. Gyvenimo kokybė, susijusi su burnos sveikata, yra matuojama OHIP (angl. *Oral Health Impact Profile*) skale. Joje klausimais apie fizinį, psichologinį ir socialinį diskomfortą [7] įvertinama paties paciento jaučiama būseną, o tai leidžia tiksliau koncentruotis į odontologui ir pacientui svarbias problemas [6].

Odontologinė baimė gyvenimo kokybę paveikia per tris aspektus – skausmą, išvaizdą ir funkciją, kadangi odontologinė baimė yra siejama su prasta burnos sveikata, funkciniais sutrikimais ir odontologinio gydymo vengimu [8]. Mokslinėje literatūroje teigiama, kad didesnę odontologinę baimę turinčių pacientų gyvenimo kokybė yra prastesnė, nei turinčiųjų mažesnę baimę [7] [9].

Temos aktualumas

Daug tyrimų, nagrinėjančių odontologinės baimės veiksmus, paplitimą, įtaką burnos sveikatai ir gyvenimo kokybei, yra atlikta vaikų pacientų grupėje, tačiau mažai tyrimų – suaugusiųjų pacientų grupėje. Lietuvoje odontologinės baimės suaugusiųjų tarpe tema taip pat nėra atlikta daug tyrimų. Vaikų patiriamą odontologinę baimę tiriantys straipsniai pradėti publikuoti tik nuo 2003 m.,

o suaugusiųjų – tik nuo 2017 m. Suaugusiųjų odontologinės baimės paplitimas buvo tirtas tik Kauno mieste [10][11]. Nėra atlikto tyrimo Vilniaus gyventojų tarpe. Visoje Lietuvoje nėra atliktų tyrimų, kuriais siekiama išsiaiškinti odontologinės baimės sąsajas su gyvenimo kokybe, susijusia su burnos sveikata. Dėl šių priežasčių šiame tyrime bus siekiama įvertinti odontologinės baimės paplitimą suaugusių vilniečių tarpe bei ištirti odontologinės baimės sąsajas su gyvenimo kokybe, susijusia su burnos sveikata.

Tyrimo hipotezė

Odontologinė baimė yra paplitusi tarp Vilniaus miesto suaugusių gyventojų. Odontologinę baimę jaučiančių suaugusių Vilniaus miesto gyventojų su burnos sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra prastesnė, nei nebijančių gyventojų.

Tyrimo tikslas

Nustatyti odontologinės baimės paplitimą ir įvertinti odontologinės baimės įtaką Vilniaus miesto suaugusių gyventojų gyvenimo kokybei, susijusiai su burnos sveikata.

Tyrimo uždaviniai

1. Nustatyti odontologinės baimės paplitimą tarp Vilniaus miesto suaugusių gyventojų.
2. Įvertinti odontologinės baimės ryšį su gyvenimo kokybe, susijusia su burnos sveikata.
3. Įvertinti odontologinės baimės sąsajas su sociodemografiniais veiksniais, asmeninės burnos higienos veiksniais ir odontologinių vizitų lankomumo veiksniais.

1. Literatūros apžvalga

1.1. Odontologinės baimės samprata ir etiologija

Mokslinėje literatūroje odontologinės baimės apibrėžimas nėra aiškus, kadangi sunku atskirti odontologinę baimę nuo odontologinio nerimo. Todėl odontologinės baimės sąvoka šiame darbe, kaip ir mokslinėje literatūroje, apima abu - tiek baimės, tiek nerimo terminus. Odontologinio gydymo baimė - tai „perdėtas nerimas dėl bet kokios su dantimis susijusios procedūros“ [12]. Ši būseną kyla kaip emocinis atsakas į specifinius grėsmę keliančius stimulus, atsirandančius odontologinio gydymo metu [13]. Gaunama injekcija, pacientui atliekama dantų rentgenografija, gydytojo odontologo naudojamos kiuretės ir ultragarsiniai skaleriai, švirkšto adatos matymas Boebingo tyrimo duomenimis buvo nustatyti kaip didžiausią neigiamą psichologinę reakciją sukeliantys stimulai, statistiškai reikšmingai koreliuojantys su odontologine baimė [14]. Taip pat baimės emocinis atsakas į grėsmę gali kilti ir stimului nesant – vien pats nepatogios situacijos

įsivaizdavimas gali išprovokuoti jaudulį ir nuogąstavimą. Pacientui grėsme gali tapti ne tik fizinis veiksnys, pavyzdžiui skausmas, bet ir ilgas bei brangus gydymo planas [15].

Baimės reakcija kyla dėl egzogeninių arba endogeninių priežasčių. Vienas iš egzogeninių odontologinės baimės veiksnių – tiesioginis paciento anksčiau patirtas traumuojančias odontologinis gydymas. Huphris ir King atlikto tyrimo duomenimis suaugę pacientai, kurie praeityje patyrė traumuojančią odontologinį gydymą, yra 2,5 karto labiau linkę patirti odontologinę baimę, nei traumuojančio odontologinio gydymo neturėję pacientai [16]. Taip pat odontologinės baimės formavimuisi įtaką gali padaryti netiesioginės neigiamos odontologinės patirtys, išgirstos iš šeimos narių, bendraamžių ar kitų medijos šaltinių. Themessel- Huder et al. Meta analizės duomenimis, tėvų ir jų vaikų odontologinio gydymo baimė reikšmingai koreliuoja. Locket tyrimo duomenimis, 56% tyrimo dalyvių, kurie vaikystėje patyrė odontologinę baimę, turėjo vieną iš šeimos artimųjų, taip pat patiriančių odontologinę baimę [17]. Nors artimųjų požiūro įtakota odontologinė baimė dažniau atsiranda vaikams, negu suaugusiems, vaikystėje atsiradusi baimė gali toliau egzistuoti pacientui suaugus. Vaikystėje pasireiškianti odontologinė baimė vaikui augant mažėja, kuomet vystosi vaiko savitvardos gebėjimas ir kognityvinės funkcijos, leidžiančios dorotis su patiriamu skausmu ir nerimu [5]. Tačiau baimė dažnai išlieka ir pasiekus suaugusio žmogaus amžių – Locker tyrimo duomenimis, iš odontologinio gydymo bijančių suaugusiųjų tyrimo dalyvių, 50,9% dalyvių odontologinė baimė prasidėjo ir tęsėsi nuo vaikystės [17].

Vienas iš endogeninės odontologinės baimės veiksnių – paveldimumas. Ray et al. tyrimas lygino monozigotinių ir dizigotinių dvynių odontologinės baimės pasireiškimą ir stiprumą, kurio rezultatai patvirtino odontologinės baimės genetinį komponentą [18]. Taip pat odontologinė baimė gali išsivystyti dėl individualių asmenybės bruožų - su odontologine baime susijęs neuroticizmas ir ekstravertiškumas [19]. Halonen ir bendraautorė atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad neurotiškumas statistiškai reikšmingai susijęs su odontologine baime, Taip pat buvo pastebėta tendencija tarp žemo ekstravertiškumo lygio ir aukšto odontologinės baimės lygio [20]. Kitas odontologinę baimę sukeliantis faktorius gali būti evoliucinis prisitaikymas reaguoti į pavojingą situaciją. Žmogus instinktyviai reaguoja į protėviams praeityje grėsmę kėlusias situacijas - odontologinių instrumentų ir manipuliacijų burnoje pojūtis gali būti suvokiamas kaip pavojus, kadangi burnoje jaučiami ne su mityba susiję objektai [5].

1.2. Odontologinės baimės sukeliamos pasekmės

Odontologinio gydymo baimė turi įtakos paciento elgsenai, psichologinei būsenai, socialiniam gyvenimui, fizinei sveikatai. Pacientams būdingas specifinis elgesys, susijęs su odontologiniu procedūrų baime. Labiausiai literatūroje aprašytas odontologinės baimės ir vengimo

apsilankyti pas odontologą ryšys. Odontologinę baimę turintys pacientai yra linkę patekti į ydingą ciklą, kuomet dėl vengimo lankytis odontologiniam gydymui išsivysto odontologinės problemos, dėl kurių tenka skubiai kreiptis odontologiniam gydymui, dėl to odontologinė baimė stiprėja [21]. Baimę sustiprina ne tik reikalingo gydymo skubumas, kaina, nemalonūs atsiradusios ligos simptomai, bet ir pacientui kylantys gėdos, kaltės jausmai ir neigiamas savęs vertinimas [21]. Armfield 2012 m. atlikto tyrimo duomenimis, į tokį ciklą linkę patekti 38,5 % vidutinę-stiprią baimę turinčių pacientų, palyginus su atitinkamai 0,9 proc. neturinčių odontologinės baimės pacientų [22]. Odontologinę baimę turintys pacientai, norėdami išvengti vizito pas odontologą, stengiasi palaikyti gerus asmeninius burnos higienos įpročius. Cohen tyrimo metu, kuomet iš bijančių pacientų buvo imami interviu, bijantys pacientai atsakė, kad yra linkę: reguliariai keisti dantų šepetėlį, pirkti „kokybišką“ (pacientų žodžiais) dantų pastą ir dantų šepetėlį, reguliariai valyti dantis ir naudoti skalavimo skystį, valyti ne tik dantis, bet ir danteną [23].

Taip pat bijantiems pacientams būdingas fiziologinis ir emocinis atsakas į baimę. Literatūroje aprašomas vidinis ydingas paciento ciklas: odontologinis gydymas suvokiamas kaip grėsmė, todėl didėja raumenų įtampa, gausiau prakaituojama, kyla kraujo spaudimas – dėl šių fizinių kūno reakcijų sąmonėje kyla pavojaus nuojauta, todėl atsiranda nerimas, panikos atakos [24]. Odontologinė baimė pacientui sukelia neigiamas kaltės ar gėdos emocijas ne tik dėl vengimo apsilankyti pas odontologą, bet ir dėl pačios baimės suvokimo kaip asmeninės silpnybės. Ši pacientų įvardijama silpnybė trukdo darbinuose ir asmeniniuose santykiuose mažindama pasitikėjimą savimi [23]. Taip pat odontologinę baimę turintys tėvai, dėl baimės negalintys būti odontologo kabinete kartu su vaiku, kuriam atliekamos odontologinės procedūros, gali kaltinti save dėl vaikui perduodamos odontologinės baimės [23].

Taip pat odontologinė baimė ir gydymo vengimas turi neigiamų padarinių burnos sveikatai. Pacientui praleidžiant prevencinius profilaktinius vizitus, burnos patologijos nėra aptinkamos ir gydomos ankstyvoje fazėje, o tolesnis delsimas gydyti burnos ligas lemia burnos ligų progresavimą [25]. Labiausiai progresuoja karieso pažeidimai – atsiranda reikšmingas poreikis restauraciniam gydymui arba dantų šalinimui, esant neatstatomam pažeidimui [26]. Abrahamsson tyrimo duomenimis, vengiantys gydymo pacientai netenka statistiškai reikšmingai daugiau dantų, nei pastoviai besilankantys pacientai [27].

Odontologinę baimę turintis pacientas taip pat paveikia gydančio odontologo darbą. Bijančio paciento gydymas odontologui gali kelti stresą dėl paciento apsunkinto kooperavimo, reikalingų gausesnių resursų, ilgesnio gydymo laiko [28]. Baimė gali tapti trukdžiu diagnostikos procese – Eli tirtu endodontinio gydymo atveju metu pulpos gyvybingumas buvo neteisingai įvertintas dėl bijančio paciento klaidingo skausmo interpretavimo [29].

1.3. Odontologinės baimės vertinimas

Norėdamas sėkmingai gydyti odontologinę baimę turintį pacientą, gydytojas odontologas turi mokėti atpažinti paciento baimę ir pasirinkti tinkamą gydymo taktiką, atsižvelgiant į paciento rūpesčius [30]. Odontologas turi ramiai, nepertraukiamai pasikalbėti su pacientu, užduoti atviro tipo klausimus, siekiant nukreipti pacientą papasakoti apie gąsdinančius gydymo aspektus, paklausti apie buvusias nemaloniais odontologinio gydymo patirtis, išsiaiškinti vizito tikslą, lūkesčius [28]. Šio pirminio gydytojo odontologo pokalbio su pacientu metu, gydytojas gali suprasti, kad pacientas turi odontologinę baimę, todėl tolesnis baimės įvertinimas objektyviais ir subjektyviais metodais padeda išsiaiškinti paciento baimės lygį ir leidžia pritaikyti sėkmingą gydymo taktiką [28].

Dažniausiai odontologinei baimei įvertinti naudojami subjektyvūs, paciento atsakymais pagrįsti klausimynai. Kadangi baimė yra kompleksinė, subjektyvi emocija, efektyvus odontologinės baimės išmatavimas yra sudėtingas [31]. Nei vienas egzistuojantis odontologinės baimės klausimynas nėra pripažįstamas kaip auksinis standartas, nes visi klausimynai turi savų ribojimų. Suaugusiųjų odontologinei baimei vertinti dažniausiai naudojami patikimais įrodyti klausimynai: Coraho odontologinės baimės skalė (CDAS) (angl. *Corah's Dental Anxiety Scale*), Modifikuota odontologinės baimės skalė (MDAS) (angl. *Modified Dental Anxiety scale*) ir Kleinknechto odontologinės baimės apklausa (DFS) (angl. *Dental Fear Survey*) [28].

CDAS yra dažnai naudojamas klausimynas, sukurtas 1968 metais [31]. Jį sudaro keturi klausimai, susiję su odontologinio gydymo laukimu ir baime, kylančia specifinių odontologinių procedūrų metu. Kiekvienas klausimas įvertinamas balais nuo 1 (nebijo) iki 5 (labai bijo), iš viso galima surinkti nuo 4 iki 20 balų. Daugiau nei 15 balų suma indikuoja stiprią odontologinę baimę arba galimą fobiją [28]. Šio klausimyno privalumais laikomi klausimyno trumpumas, geri psichometriniai duomenys, tačiau išskiriami pagrindiniai trūkumai - klausimynas neįtraukia klausimo apie baimę, susijusią su vietinio anestetiko injekcija. Taip pat pirmo klausimo atsakymo variantų formuluotė skiriasi nuo likusių klausimų atsakymo variantų formuluotės, todėl sunku tarpusavyje įvertinti atsakymus [31].

MDAS yra taip pat dažnai naudojamas klausimynas, kuris buvo sukurtas norint išspręsti kai kurias CDAS klausimyno problemas. Tai trumpa 5 klausimų apklausa, kurioje į kiekvieną klausimą atsakoma Likerto skalėje nuo „nebijočiau“ iki „labai bijočiau“. Kiekvienas atsakymas atitinkamai įvertinamas balu nuo 1 iki 5, kur „nebijočiau“ atitinka 1 balą, o „labai bijočiau“ atitinka 5 balus. Iš viso surenkama nuo 5 iki 25 balų. Klausimyno vertinimu, kuo didesnis balų skaičius surenkamas, tuo didesnė respondento baimė, surinkta 15-19 balų suma rodo vidutinę odontologinę baimę, 19-25 balų suma žymi stiprią respondento odontologinę baimę [28,32]. Šios skalės pranašumai – įtrauktas klausimas apie vietinio anestetiko injekciją bei įvestas vienodas atsakymų

variantų formatas visiems klausimams [31]. Tačiau klausimynas turi ir išlikusių trūkumų – nėra klausimų, matuojančių kitus odontologinę baimę sukeliančius veiksnius, be odontologinio grąžtelio naudojimo, naudojamų odontologinių dantų valymo įrankių ir vietinės injekcijos [31].

DFS skalė susideda iš 20 klausimų, susijusių su odontologinio gydymo vengimu, fiziologinėmis baimės reakcijomis, bei specifiniais baimę keliančiais objektais, naudojamais odontologinių procedūrų metu [28]. Kiekvienas klausimo atsakymas vertas nuo 1 iki 5 balų, iš viso surenkama nuo 20 iki 100 balų. Kiekvienas klausimas turi 5 atsakymo variantus, kurių kiekvienas vertas nuo 1 iki 5 balų, iš viso galim surinkti nuo 20 iki 100 balų. Surinkta daugiau nei 60 balų rodo stiprią odontologinę baimę [28]. Šios skalės privalumas lyginant su anksčiau minėtomis skalėmis yra skalės nagrinėjamų aspektų platumas – apimamos trys su baimę susijusios sferos: dantų gydymo vengimas, baimės sukelti somatiniai simptomai ir baimę sukeliantys odontologinio gydymo metu esantys stimulai.

Objektyvus odontologinės baimės vertinimo metodas, kuomet matuojami paciento fiziologiniai rodikliai, nėra taip paplitęs, kaip subjektyvių klausimynų naudojimas. Objektyvūs duomenys gaunami matuojant tokias paciento fiziologines būkles, kaip kraujo spaudimas, pulso dažnis, pulso oksimetrija, pirštų temperatūra, galvaninis odos atsakas. Pastarasis metodas - galvaninis odos atsakas - gali labai tiksliai nustatyti baimės buvimą. Šis metodas matuoja elektroninius pokyčius, kuriuos sukelia nedidelis kiekis iš epidermio prakaito liaukų išsiskyrusio prakaito, patiriant odontologinę baimę [28].

Objektyvių ar subjektyvių odontologinės baimės vertinimo metodų naudojimas yra svarbus norint atpažinti ir tinkamai nustatyti odontologinės baimės lygį, norint pritaikyti gydymo strategiją, lemiančią sklandesnį gydymo procesą tiek bijančiam pacientui, tiek gydančiam odontologui. Kadangi bijantys pacientai yra linkę savo baimę maskuoti ir nuslėpti, gydantis odontologas dažnai neatpažįsta bijančio paciento – Høglund tyrimas [33] parodė, kad odontologų įvertintas jų pacientų odontologinės baimės lygis mažai koreliavo su pačių pacientų įsivertintu odontologinės baimės lygiu, naudojant subjektyvius klausimynus, o tarp labai bijančių pacientų baimės įsivertinimo ir odontologo įvertintos jų baimės, koreliavimo visai nebuvo.

1.4. Odontologinės baimės paplitimas

Suaugusiųjų odontologinio gydymo baimė yra paplitusi visame pasaulyje, tačiau baimės paplitimas skiriasi įvairiose populiacijose. Pavyzdžiui, pagal atliktus nacionalinius tyrimus odontologinės baimės paplitimas Naujojoje Zelandijoje siekia 13,3 % [34], Švedijoje mažą odontologinę baimę turi 9,8 % gyventojų, vidutinę odontologinę baimę 4,5 %, didelę odontologinę

baimę 4,7 % gyventojų [35]. Silveira ir bendraautorių metaanalizės duomenimis, dantų gydymo baimę turi 15,3 % suaugusiųjų, iš jų didelę dantų gydymo baimę turi 12,4 %, dantų gydymo fobiją turi 3,3% suaugusiųjų [2]. Odontologinės baimės pasireiškimas labai priklauso nuo tiriamųjų lyties, amžiaus, išsilavinimo, socioekonominio statuso, todėl odontologinės baimės paplitimas skiriasi tarp skirtingų grupių žmonių [35]. Odontologinė baimė labiau būdinga jauniems suaugusiesiems, vyresniame amžiuje baimė mažėja, kadangi per gyvenimą patirtos teigiamos odontologinio gydymo patirtys atsveria neigiamo gydymo patirtis [2]. Taip pat dantų gydymo baimė labiau būdinga moterims, nei vyrams. Odontologinė baimė moterų tarpe labiau paplitusi dėl socialinių aspektų – moterims išreikšti baimę kultūriškai ir socialia yra labiau priimtina, nei vyrams [2]. Torriani ir bendraautoriai atliko tyrimą, kurio metu buvo tiriamas ikimokyklinio amžiaus, t.y. pilnai nesusiformavusio socialinio elgesio amžiaus, vaikų išreiškiamas odontologinės baimės lygis. Tyrimo rezultatai parodė panašų išreiškiamos dantų gydymo baimės lygį nepriklausomai nuo vaiko lyties [36]. Dadalti ir bendraautorių atliktame tyrime [37] moterų grupėje odontologinės baimės paplitimas siekė 18 %, o vyrų grupėje 13,1 %. Išsilavinimo lygis taip pat daro įtaką odontologinės baimės pasireiškimui. Aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys rečiau patiria odontologinę baimę, nes geriau supranta jiems atliekamas odontologines procedūras, negu mažesnį išsilavinimą turintys žmonės [38]. Manoma, kad aukštesnis išsilavinimas padeda ramiau priimti stresą keliančią situaciją, ją racionalizuojant [39]. Be to, žemesnis išsilavinimas gali lemti prastesnes profesines galimybes, mažesnę uždarbį, siejamus su prastesne socioekonominė padėtimi [39]. Žemesnis socioekonominis statusas lemia didesnę pasireiškiančią odontologinę baimę, nes pacientai jaudinasi ne tik dėl odontologinių veiksnių, bet ir dėl finansinių gydymo aspektų [40].

Duomenų apie suaugusiųjų odontologinės baimės paplitimą Lietuvoje nėra. Odontologinės baimės suaugusiųjų tarpe tema tyrimų atlikta mažai, vienas naujesnių - 2019 m. tyrimas, kuriame vidutinės ir didelės odontologinio gydymo baimės paplitimas tarp LSMU ligoninės pacientų buvo atitinkamai 14,6 proc. ir 4,6 proc., baimė buvo labiau paplitusi tarp moterų, jaunesnių ir žemesnio išsilavinimo pacientų [41]. 2021 m. tyrimo duomenimis, 15-18 m. paauglių tarpe didelę odontologinę baimę turėjo 13 proc. tyrimo dalyvių [42].

1.5. Su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata

Gyvenimo kokybė, susijusi su burnos sveikata – platus paciento bendros gerovės vertinimo terminas, apimantis biologinį, socialinį, psichologinį ir kultūrinį aspektus [43]. Kai nuo 1948 m. Pasaulio sveikatos organizacija (WHO) sveikatos terminą apibūdino kaip „vieningą fizinę, psichologinę ir socialinę gerovę, o ne vien ligos nebuvimą“, sveikatos srities mokslinėje literatūroje

sveikata pradėta suvokti kaip multidimensinis terminas [44]. Tai paskatino sveikatos biopsichosocialinio modelio suformavimą, į kurį įeina simptomai, fizinis funkcionavimas, bei emocinė ir socialinė gerovė [43].

Buvo pradėta gydymo procese orientotis ne tik į ligos pašalinimą, bet ir į biopsichosocialinį paciento gerovės aspektą [45], atsirado paciento gyvenimo kokybės sąvoka, gyvenimo kokybės vertinimas tapo svarbia paciento vertinimo dalimi, vykdant mokslinius tyrimus, įvertinant visuomenės sveikatą, bei naudojama klinikiams tikslams [46]. Kadangi pats terminas „gyvenimo kokybė“ yra abstraktus, mokslinėje literatūroje galima rasti įvairių šio termino apibūdinimų. Pasaulinė sveikatos organizacija gyvenimo kokybę apibūdina kaip „individo suvokimą apie savo padėtį gyvenime, esant kultūros ir vertybių sistemų, kuriose jis gyvena, kontekstui, bei atsižvelgiant į jo asmeninius tikslus, lūkesčius, standartus ir rūpesčius. Tai plataus masto sąvoka, kurią kompleksiškai veikia asmens fizinė sveikata, psichologinė būseną, priklausomybės lygis, socialiniai ryšiai ir santykiai su svarbiausiomis aplinkos savybėmis“ [43].

Ilgainiui mokslinėje literatūroje pradėta rašyti apie burnos sveikatos ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajas, bei ryšius tarp tradicinių klinikinių ištyrimo duomenų ir pačio paciento apibūdinamos sveikatos [47]. Gyvenimo kokybė, susijusi su burnos sveikata, yra „burnos ertmės sutrikimų poveikis pacientui svarbiems kasdienio gyvenimo aspektams, kai šis poveikis yra pakankamai didelis, kad paveiktų individo bendrą požiūrį į savo gyvenimą“ [46]. Gyvenimo kokybė, susijusi su burnos sveikata, yra subjektyviai įvertinama paties paciento. Šis įsivertinimas atspindi su burnos sveikata susijusius: komforto lygį valgant, miegant, bendraujant, pasitikėjimą savimi ir bendrą pasitenkinimo lygį [44].

Teorinis gyvenimo kokybės, susijusios su burnos sveikata modelis apima fizinės sveikatos būklę (pavyzdžiui, burnos defektus), funkcionalumo būklę (pavyzdžiui, kalbėjimo funkciją), burnos-veido išvaizdą, psichologinę būseną, bendrą gyvenimo kokybę. Atsižvelgiama ir į aplinkos arba konteksto faktorius (pavyzdžiui, sociokultūriniai faktoriai, išsilavinimas), ir sveikatos priežiūros prieinamumą.

1.6. Su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas

Gyvenimo kokybei, susijusiai su burnos sveikata, vertinti naudojami įvairūs subjektyvūs klausimynai, iš jų dažniausiai naudojamas Burnos sveikatos poveikio klausimynas (OHIP) (angl. *Oral Health Impact Profile*). Pirmasis OHIP klausimynas buvo sukurtas 1994 m. ir buvo sudarytas iš 49 klausimų, kartu apimančių 7 gyvenimo kokybei svarbias sritis: funkcinį ribotumą, fizinį skausmą, psichologinį diskomfortą, fizinę negalią, psichologinę negalią, socialinę

negalią bei kasdienių funkcijų ribotumą [48]. 1997 m. klausimynas buvo sutrumpintas, siekiant sutrumpinti laiko sąnaudas, palikti 14 klausimų, apimančių tas pačias 7 gyvenimo kokybei svarbias sritis. Sutrumpintas OHIP-14 klausimynas yra pritaikytas prie kultūrinio konteksto ir yra išverstas į skirtingas kalbas[49–51]. Lietuviška OHIP-14 klausimyno versija buvo išversta, pritaikyta ir patvirtinta 2019 metais [52]. Ohip-14 klausimyną sudaro 14 teiginių, į kuriuos atsakoma Likerto skalėje pasirenkant vieną iš penkių galimų atsakymų, nuo „niekada“ iki „labai dažnai“. Kiekvienas atsakymas įvertinamas balu nuo 0 („niekada“) iki 4 („labai dažnai“). Iš viso galima surinkti nuo 0 iki 56 balų, surinktas balų skaičius neigiamai koreliuoja su burnos ertmės sveikatos būkle – didesnė surinktų balų suma rodo prastesnę su burnos sveikata susijusią gyvenimo kokybę.

1.7. Su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo svarba

Su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas yra naudingas, nes leidžia nustatyti pacientui tinkamus gydymo tikslus ir rezultatus. Anksčiau siektini gydymo rezultatai buvo nustatomi tik tradiciniais odontologiniais klinikiniais kriterijais, tačiau naudojant su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimą, gydymo tikslai nustatomi ir pasiekiami gydymo procese atsižvelgiant ir į paciento socialinę ir emocinę patirtį bei pilnaverčio funkcionavimo siekiamybę [47]. Informacija apie paciento gyvenimo kokybę, susijusią su burnos sveikata leidžia geriau suprasti pacientą, gydytojas gali efektyviau bendrauti su pacientu, suprasti burnos sveikatos svarbą pacientui, bei tiksliau įvertinti rezultatus po gydymo [53]. Kadangi dažnai lėtinių ligų nepavyksta visiškai išgydyti, pacientui priimtina gyvenimo kokybė, susijusi su burnos sveikata, tampa svarbia siekiamų gydymo rezultatų dalimi [45]. Vien objektyvūs duomenys apie burnos ertmės sutrikimą išsamiai neatspindi sutrikimo sukkelto poveikio. Klinikinių objektyvių ir paciento subjektyvių duomenų derinys padeda nustatyti tikruosius burnos ertmės sutrikimų poveikius [53]. Su burnos sveikata susijusi gyvenimo kokybė taip pat yra svarbus vertinimo rodiklis moksliniuose tyrimuose, kuriant įrodymais paremtus gydymo metodus [45]. Taip pat pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, kaip burnos ligų vertinimo matas, įstatymų leidėjams padeda geriau suprasti paciento būseną, nei normatyviniai klinikiniai rodikliai. Tai padeda įstatymų leidėjams lengviau priimti sprendimus, susijusius su burnos sveikatos priežiūros programų, institucijų finansavimų klausimais [45].

1.8. Veiksniai, darantys įtaką su burnos sveikata susijusiai gyvenimo kokybei

Su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės rezultatai priklauso nuo burnos sveikatos būklės ir sociodemografinių faktorių [54]. Sisteminiėje apžvalgoje Haag ir bendraautoriai

teigia, kad daugumoje jų apibendrintų tyrimų periodonto ligos, dantų netekimas ir dantų ėduonis buvo neigiamai susiję su gyvenimo kokybe, susijusia su burnos sveikata [55]. Taip pat neigiamą poveikį turi sąkandžio sutrikimai, lemiantys psichologinį diskomfortą [56]. Mokslinėje literatūroje aprašomi sociodemografiniai veiksniai, darantys įtaką gyvenimo kokybei, susijusiai su burnos sveikata, yra amžius, lytis, pajamų dydis, išsilavinimas, tautybė [54,57]. Haag sisteminėje apžvalgoje teigiama, kad vyresni žmonės geriau vertina savo su burna susijusią burnos sveikatą ir gyvenimo kokybę, nei jaunesni žmonės, kadangi vyresni žmonės linkę burnos sveikatos problemas, tokias kaip dantų netekimas, sieti su normaliu senėjimo procesu. Tuo tarpu jauni žmonės dėl lengvesnės prieigos prie informacijos, didesnio sveikos gyvensenos propagavimo turi didesnius lūkesčius, susijusius su asmenine sveikata, todėl burnos sveikatos pažeidimai turi didelį poveikį su burnos sveikata susijusiai gyvenimo kokybei [55]. Žemesnis socioekonominis statusas, apimantis žemesnį individo išsilavinimą ir mažesnes pajamas, taip pat lemia prastesnę burnos sveikatą bei prastesnę su burnos sveikata susijusią gyvenimo kokybę [57]. Dėl materialinių resursų ir sveikatos paslaugų trūkumo, psichosocialinio streso, mažos socialinės paramos, žemesnio socioekonominio statuso asmenys yra labiau pažeidžiami bendrosios ir burnos sveikatos rizikos faktorių, taigi yra labiau linkę susirgti burnos ligomis, kurios savo ruožtu turi įtakos fizinei, psichologinei ir socialinei paciento būsenai. Knorst ir bendraautorių sisteminės apžvalgos duomenimis, burnos ligų poveikis gyvenimo kokybei žemesnio socioekonominio statuso grupės asmenims yra 30 % didesnis [57].

1.9. Odontologinio gydymo baimės įtaka su burnos sveikata susijusiai gyvenimo kokybei

Odontologinio gydymo bijantys asmenys yra linkę prasčiau įvertinti savo su burnos sveikata susijusią gyvenimo kokybę [58]. Baimė sukelia ydingą ciklą, kuomet pacientas dėl baimės praleidžia odontologinio gydymo vizitus, burnos ligos negydomos progresuoja, pacientas jaučia gėdą ir bijo būti aplinkinių neigiamai vertinamas, todėl odontologinio gydymo baimė toliau išlieka arba stiprėja [21]. Ilgai negydomos burnos ligos progresuoja ir gydymas tampa sudėtingesnis ir kompleksiškesnis [25]. Moore ir bendraautorių tyrimo duomenimis [59], metų, praleistų vengiant odontologinio gydymo, skaičius ir įprotis slėpti burną nuo kitų žmonių tiesiogiai koreliuoja su gėdos jausmo intensyvumu. Odontologinio gydymo baimė su burnos sveikata susijusią gyvenimo kokybę veikia tiek psichologiniu, tiek fiziniu lygmeniu – gali lemti skausmą sukeliančius burnos ertmės sutrikimus, žemą savivertę, nepasitikėjimą savimi socialinėje aplinkoje [58].

2. Medžiaga ir metodai

2.1. Tyrimo metodika

2023 m. lapkričio – 2024 m. sausio mėnesių laikotarpiu buvo atliekamas kiekybinis pilotinis tyrimas naudojant anketinę apklausą. Tyrimo laikotarpiu tyrime pakviesti dalyvauti 141 atsitiktinai parinktų vyresnių nei 18m. Vilniaus miesto gyventojų. Tyrimo dalyviams, sutikusiems dalyvauti tyrime, Facebook socialinėje platformoje buvo pateikta anoniminė skaitmeninė apklausa, kurią respondentai užpildė patys (priedas Nr. 1).

2.2. Tyrimo instrumentas

Tyrimas atliktas naudojant anketinę apklausą. Anketos klausimai buvo sudaryti remiantis ankstesnių panašių tyrimų anketomis. Anketą sudarė 4 dalys. Pirmoje dalyje pateikti klausimai, susiję su respondentų sociodemografiniais rodikliais: amžiumi, lytimi, pajamomis, išsilavinimu.

Antroje dalyje pateikti klausimai apie respondentų asmeninės burnos higienos įpročius ir odontologinių vizitų lankomumo tendencijas. Buvo pateikti klausimai, apimantys: dantų valymo dažnį per dieną; dantų valymo trukmę; tarpdančių valymą; apsilankymų odontologinėse gydymo įstaigose dažnį; atšauktų odontologinio gydymo vizitų dažnį.

Trečioje klausimyno dalyje pateikti klausimai, nustatantys ir įvertinantys tyrimo dalyvio odontologinio gydymo baimę. Respondentų odontologinė baimė vertinta remiantis modifikuota odontologinės baimės skale (MDAS). Buvo pateiktos 5 situacijos: apie netikėto odontologinio gydymo vizito baimę, apie baimę sėdint laukiamajame prie odontologinio gydymo kabineto, apie danties gręžimo baimę, apie profesionalios burnos higienos baimę, bei apie anestetiko injekcijos baimę. Kiekvieną situaciją buvo prašoma įvertinti Likerto skalėje nuo 1 iki 5, kur 1 – „nebijočiau“, 2 – „šiek tiek bijočiau“, 3 – „vidutiniškai bijočiau“, 4 – „bijočiau“, 5 – „labai bijočiau“. Iš viso buvo galima surinkti nuo 5 iki 25 balų, didesnė balų suma rodo didesnę odontologinio gydymo baimę. Analizuojant rezultatus, 15 ir daugiau surinktų balų rodė, kad respondentas jaučia odontologinio gydymo baimę. Taip pat analizuojant rezultatus laikyta, kad vidutinę baimę rodo surinkta 15-18 balų suma, o didelę baimę rodo surinkta 19-25 balų suma [32].

Ketvirtoje anketos klausimyno dalyje pateikti klausimai, įvertinantys tyrimo dalyvio gyvenimo kokybę, susijusią su burnos sveikata. Su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės įvertinimui naudotas Burnos sveikatos poveikio klausimynas (OHIP-14). Buvo pateikta 14 klausimų apie burnos, dantų ar protezų sukeltas problemas. Šios problemos apėmė: žodžių tarimo sunkumus, skonio jautimo pablogėjimą, skausmą burnoje, nepatogumą valgant, nerimą, įtampą, mitybos ribojimą,

valgymo proceso sunkumus, atsipalaidavimo sunkumus, sutrikimą, suirzimą, kasdienių funkcijų apribojimą, mažesnę pasitenkinimą gyvenimu, nepajėgumą veikti. Respondentai turėjo įvertinti, kaip dažnai susiduria su klausimuose pateiktomis problemomis, pasirenkant atsakymą Likerto skalėje nuo 0 iki 4, kur 0 - „niekada“, 1 - „retai“, 2 - „kartais“, 3 - „dažnai“, 4 - „labai dažnai/kasdien“. Iš viso buvo galima surinkti nuo 0 iki 56 balų, didesnė surinktų balų suma rodo prastesnę su burnos sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Analizuojant rezultatus, gerą gyvenimo kokybę rodančiu balu buvo laikoma ta balų suma, kuri buvo mažesnė arba lygi tyrimo dalyvių gyvenimo kokybės balų vidurkiui. Prastesne gyvenimo kokybe laikyta balų suma, didesnė nei tyrimo dalyvių gyvenimo kokybės balų vidurkis.

2.3. Tyrimo imties nustatymas

Minimali tiriamųjų imtis buvo apskaičiuota pagal Paniotto formulę:

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + 1/N}$$

n – tiriamųjų imtis
 Δ – imties paklaidos dydis (5 % paklaida, 95% tikimybė)
N – tiriamosios visumos dydis

Minimali tyrimo imtis nustatyta remiantis Vilniaus miesto suaugusių gyventojų populiacijos skaičiumi. Tiriamąją visumą buvo laikoma 518 237 vyresnių nei 18 metų Vilniaus gyventojų, remiantis Vilniaus miesto savivaldybės duomenimis [60]. Gautas reprezentatyvus imties dydis 385. Dėl reikalingo didelio tyrimo dalyvių skaičiaus, nuspręsta daryti pilotinį tyrimą. Tyrimo metu buvo susisiektas su 141 atsitiktinai parinktu Vilniaus miesto suaugusiu gyventoju, jiems pateiktos tyrimo anketos. Į tyrimą nebuvo įtraukta 1 anketa, kurioje nebuvo pateikti atsakymai į visus prašomus klausimus. Į tyrimą įtraukta 140 anketų.

2.4. Tyrimo dalyvių atranka

Tyrimo dalyvių įtraukimo kriterijai:

1. Tiriamasis, gyvenantis Vilniaus mieste.
2. Tiriamasis, vyresnis nei 18 metų.
3. Tiriamasis, sutikęs dalyvauti tyrime.

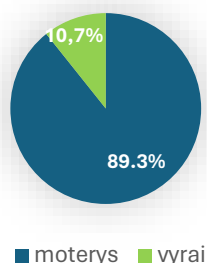
2.5. Statistinė duomenų analizė

Surinktų tyrimo duomenų statistinė analizė buvo atliekama IBM SPSS 29.0 (angl. *Statistical Package for the Social Sciences*) programine įranga. Duomenys analizuoti remiantis aprašomąja duomenų analize, pateikiant tikslus skaičius (n) ir dažnį procentais (%). Anketos OHIP ir MDAS klausimynų vidinis nuoseklumas įvertintas Cronbach alpha koeficientu. Duomenų pasiskirstymo normalumas įvertintas pagal Kolmogorovo-Smirnovo testą. Kokybiniai kintamieji analizuoti naudojant Chi kvadrato kriterijų (χ^2) ir laisvės laipsnių skaičių (df). Kiekybiniai kintamieji analizuoti apskaičiuojant mažiausią (min) ir didžiausią reikšmes (max), aritmetinius vidurkius (V) ir standartinius nuokrypius (SN). Kiekybinių kintamųjų grupės lygintos Mann-Whitney U testu. Sąsajos tarp kintamųjų įvertintos Spearman koeficientu (r). Analizės duomenys laikyti statistiškai reikšmingais, jei patikimumas buvo didesnis nei 95%, $p < 0,05$.

3. Rezultatai

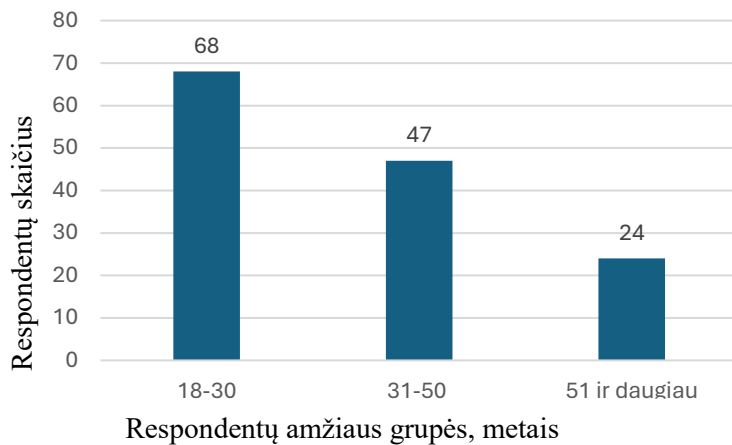
3.1. Bendroji respondentų charakteristika, respondentų asmeninės burnos higienos įpročiai ir apsilankymo dantų gydymui tendencijos

Tyrimo dalyvavo 140 respondentų, iš jų 125 moterys ir 15 vyrų (1 pav.).



1 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal lytį.

Respondentų amžius anketoje buvo suskirstytas pagal amžiaus grupes 18-30 metų, 31-50 metų, 51 ir daugiau metų. Tyrimo didžiausią grupę sudarė 18-30 metų amžiaus tiriamieji, mažiausią – 51 m. ir vyresnio amžiaus tiriamųjų grupė (2 pav.).



2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes.

Vidutines mėnesio pajamas, siekiančias iki 500 eurų, nurodė 25 (17,9%) tiriamieji, 500-900 eurų pajamas nurodė 28 (20%) tiriamieji, 900-1300 eurų – 39 (27,9%) tiriamieji, 1300-1800 eurų – 24 (17,1%) tiriamieji, siekiančias daugiau nei 1800 eurų pajamas nurodė 25 (17,1%) tiriamieji. Aukštąjį išsilavinimą buvo įgiję 87 (62,1%) respondentai, aukštesnįjį – 25 (17,9%) respondentai, vidurinį – 28 (20%) respondentai.

Paklausti apie dantų valymo dažnį per dieną, iš atsakiusiųjų 26 (18,6%) tiriamieji nurodė valantys dantis 1 kartą per dieną, 94 (67,1%) nurodė valantys 2 kartus per dieną, 20 (14,3%) nurodė valantys daugiau nei 2 kartus per dieną. 69 (49,3%) tiriamieji teigė dantų valymui skiriantys 2 minutes, 49 (35%) teigia skiriantys daugiau nei 2 minutes, 22 (15,7%) dantis valo iki 1 minutės. 98 (70%) atsakiusieji teigė valantys tarpdančius, o 42 (30%) teigė nevalantys.

26 (18,6%) tyrimo dalyviai lankosi pas odontologą taip dažnai, kaip paskyrė odontologas, 26 (18,6%) tiriamieji lankosi kas pusmetį, 46 (32,9%) tiriamieji lankosi kas metus, 21 (15%) lankosi rečiau nei kas metus, bet dažniau nei kas 2 metus, 21 (15%) lankosi rečiau nei kas 2 metus. 104 (74,3%) teigia niekada nepraleidžiantys paskirto odontologinio vizito, 35 (25%) teigia kartais praleidžiantys vizitus, 1 (0,7%) apklaustasis dažnai praleidžia odontologinio gydymo vizitus.

3.2. MDAS klausimyno analizė

Tyrimo dalyvių odontologinio gydymo baimė buvo vertinama naudojant MDAS klausimyną. Klausimyne buvo pateiktos 5 situacijos. Kiekvieną situaciją buvo prašoma įvertinti nuo 1 iki 5, kur 1 – „nebijočiau“, 2 – „šiek tiek bijočiau“, 3 – „vidutiniškai bijočiau“, 4 – „bijočiau“, 5 – „labai bijočiau“. Pagal skalės vertinimo kriterijus, balų suma, esanti 15 arba daugiau balų, rodė tiriamojo odontologinės baimės pasireiškimą. Didesnė surinktų balų suma rodė didesnę baimę.

Prieš atliekant skaičiavimus buvo patikrintas MDAS skalės klausimų vidinis suderinamumas Cronbach alpha koeficientu. Gautas Cronbacho alpha koeficientas 0,902 parodo MDAS skalės klausimų gerą vidinį suderinamumą.

Tyrimo dalyviai dažniausiai bijojo situacijų, susijusių su nuskausminamųjų vaistų injekcija bei danties audinių preparavimu gręžiant. Mažiausiai bijota situacijos, susijusios su profesionalios burnos higienos vizitu. Detalus respondentų atsakymų pasiskirstymas nurodytas 1 lentelėje.

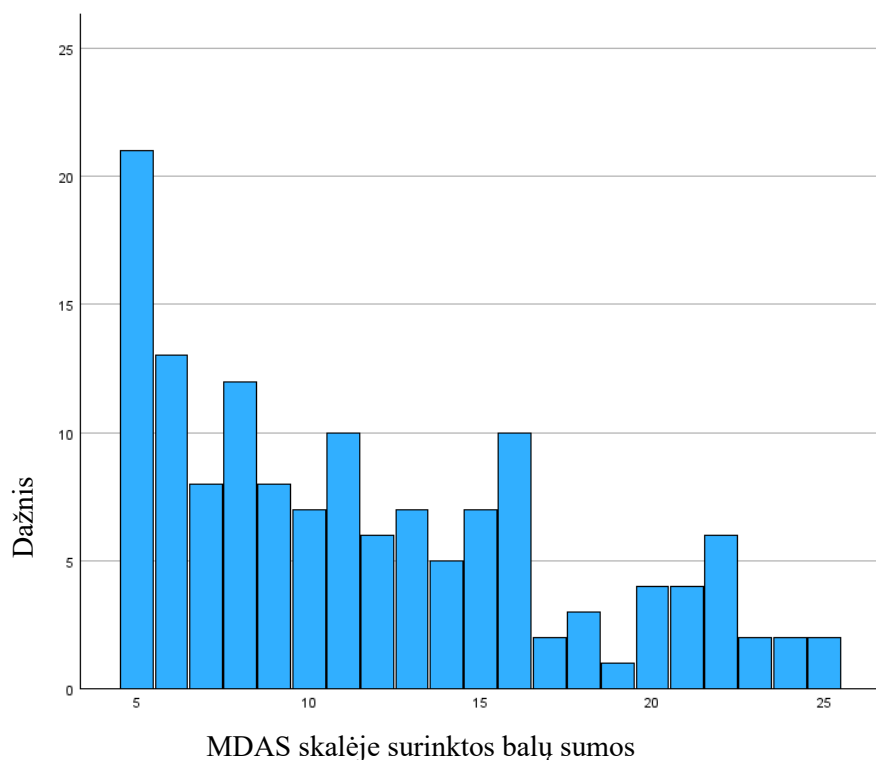
1 lentelė. Respondentų MDAS klausimyno atsakymų pasiskirstymas n (%) ir įverčiai V (SN).

MDAS klausimyno klausimai	Nebijčiau n(%)	Šiek tiek bijčiau n(%)	Vidutiniškai bijčiau n(%)	Bijčiau n(%)	Labai bijčiau n(%)	V	SN
1.Jei rytoj eitumėte gydytis pas odontologą, kaip jaustumėtės?	60(42,9)	31(22,1)	25(17,9)	15(10,7)	9(6,4)	2,16	1,265
2.Jei šiuo metu sėdėtumėte laukiamajame (lauktumėte odontologinio gydymo), kaip jaustumėtės?	54(38,6)	32(22,9)	28(20)	13(9,3)	13(9,3)	2,2786	1,314
3.Jei šiuo metu odontologas jums ruošųsi gręžti dantį, kaip jaustumėtės?	44(31,4)	25(17,9)	27(19,3)	20(14,3)	24(17,1)	2,68	1,475
4.Jei šiuo metu odontologas ruošųsi jums atlikti profesionalią burnos higieną, kaip jaustumėtės?	76(54,3)	32(22,9)	16(11,4)	10(7,1)	6(4,3)	1,84	1,146
5.Jei šiuo metu odontologas ruošųsi jums suleisti nuskausminamųjų vaistų į danteną, kaip jaustumėtės?	41(29,3)	31(22,1)	21(15)	23(16,4)	24(17,1)	2,70	1,473

3.3. Odontologinės baimės paplitimas

Tiriant odontologinės baimės paplitimą, tiriamųjų atsakymų pasiskirstymo normalumas buvo įvertintas Kolmogorov-Smirnov testu. Nustatyta, kad duomenys nepasiskirstė pagal normalųjį skirstinį ($p < 0,001$). Odontologinės baimės paplitimas pavaizduotas 3 pav., kuriame parodytas MDAS skalės respondentų surinktų balų pasiskirstymas. Iš 140 tiriamųjų, mažiausią balų skaičių (5 balai) surinko 21 (15%) tiriamasis, tai kartu buvo ir dažniausiai surenkama suma. Didžiausią sumą (25 balai), surinko 2 (1,4%) tiriamieji. Bendras surinktų balų vidurkis siekė 11,66 (SN 5,682), balų mediana buvo 11.

Pagal metodologinius nurodymus odontologinės baimės pasireiškimo ribą laikant 15 ir daugiau surinktų balų, odontologinė baimė nustatyta 43 (30,7%) respondentams. Iš jų 21 (48,8%) tiriamajam pasireiškė stipri odontologinė baimė ir 22 (51,2%) – vidutinė odontologinė baimė.



3 pav. MDAS skalėje respondentų surinktų balų sumų dažnis (N=140).

3.4. OHIP klausimyno analizė

Tyrimo dalyvių su burnos sveikata susijusi gyvenimo kokybė buvo vertinama naudojant OHIP-14 klausimyną. Klausimyne buvo pateiktos 14 klausimų. Į kiekvieną klausimą buvo prašoma atsakyti nuo 0 iki 4, kur 0 – „niekada“, 1 – „retai“, 2 – „kartais“, 3 – „dažnai“, 4 – „labai dažnai/kasdien“. Didesnė surinktų balų suma rodė prastesnę su burnos sveikata susijusią gyvenimo kokybę, mažesnė suma – geresnę gyvenimo kokybę.

Prieš atliekant skaičiavimus buvo patikrintas OHIP-14 skalės klausimų vidinis suderinamumas, gautas Cronbach alpha koeficientas 0,930 rodo OHIP-14 skalės klausimų gerą suderinamumą.

Tyrimo dalyvių atsakymų rezultatai parodė, kad dažniausias odontologinių problemų jiems sukeltas nepatogumas yra nepasitikėjimo savimi jausmas, drovumas. Tarp rečiausiai nurodytų sunkumų, kuriuos sukelia su dantimis susijusios problemos – kai kurių žodžių ištartimas, visiškas negalėjimas funkcionuoti gyvenime ir sutrikęs skonio jautumas. Detalus respondentų atsakymų pasiskirstymas nurodytas 2 lentelėje.

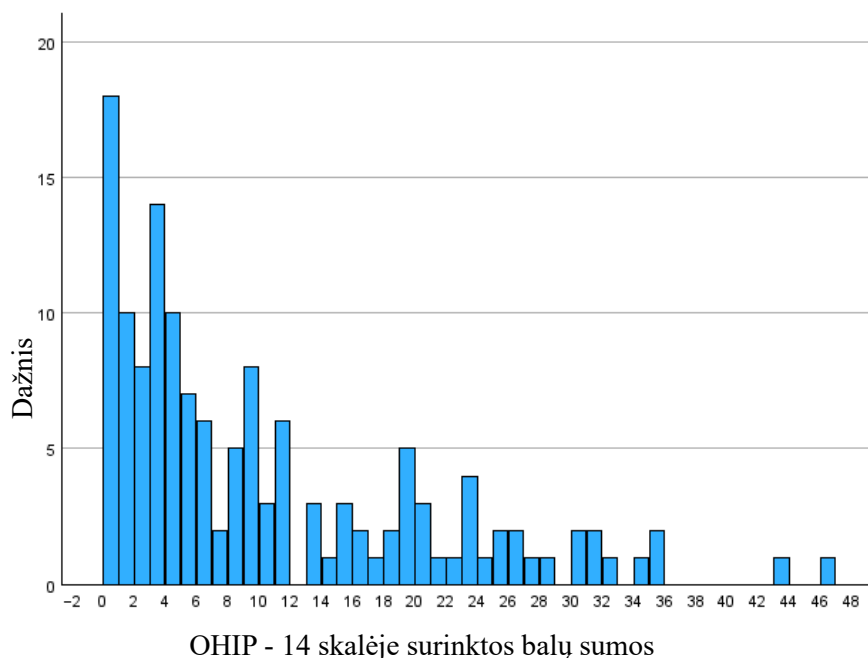
2 lentelė. Respondentų OHIP - 14 klausimyno atsakymų pasiskirstymas n (%) ir įverčiai V (SN).

OHIP-14 klausimyno klausimai	Niekada n(%)	Retai n(%)	Kartais n(%)	Dažnai n(%)	Labai dažnai/kasdien n(%)	V	SN
1.Ar Jums sunku ištarti koki nors žodį, dėl dantų, burnos ar protezų sukeltų problemų?	114(81,4)	19(13,6)	5(3,6)	0(0)	2(1,4)	0,26	0,664
2.Ar jaučiate, kad pablogėjo skonio jautimas, dėl dantų, burnos ar protezų sukeltų problemų?	121(86,4)	14(10)	3(2,1)	1(0,7)	1(0,7)	0,19	0,574
3.Ar jaučiate skausmą burnoje?	50(35,7)	65(46,4)	20(14,3)	2(1,4)	3(2,1)	0,88	0,861
4.Ar yra sunku valgyti koki nors maisto produktą, dėl dantų, burnos ar dantenų sukeltų problemų?	49(35)	51(36,4)	27(19,3)	9(6,4)	4(2,9)	1,06	1,030
5.Ar jaučiatės nepasitikintis(-i) savimi, drovus(-i) dėl savo dantų, burnos ar protezų?	55(39,3)	29(20,7)	20(14,3)	20(14,3)	16(11,4)	1,38	1,417
6.Ar jaučiate įtampą dėl problemų, sukeltų jūsų dantų, burnos ar protezų?	75(53,6)	25(17,9)	18(12,9)	13(9,3)	9(6,4)	0,97	1,275
7.Ar esate nepatenkintas(-a) savo mitybos racionu dėl problemų, sukeltų dantų, burnos ar protezų?	93(66,4)	28(20)	9(6,4)	4(2,9)	6(4,3)	0,59	1,032
8.Ar valgant reikėjo sustoti, dėl dantų, burnos ar protezų sukeltų problemų?	66(47,1)	48(34,3)	19(13,6)	4(2,9)	3(2,1)	0,79	0,935
9.Ar Jums sunku atsipalaiduoti dėl dantų, burnos ar protezų sukeltų problemų?	85(60,7)	32(22,9)	13(9,3)	6(4,3)	4(2,9)	0,66	1,009
10.Ar jaučiatės šiek tiek susigėdęs(-usi) dėl dantų, burnos ar protezų sukeltų problemų?	73(52,1)	21(15)	15(10,7)	22(15,7)	9(6,4)	1,09	1,357
11.Ar jaučiatės susierzinęs(-usi) šalia kitų žmonių, dėl jūsų dantų, burnos ar protezų sukeltų problemų?	85(60,7)	26(18,6)	16(11,4)	8(5,7)	5(3,6)	0,73	1,098
12.Ar kyla sunkumų darant įprastus darbus, dėl dantų, burnos ar protezų sukeltų problemų?	108(77,1)	24(17,1)	8(5,7)	0(0)	0(0)	0,29	0,566
13.Ar esate mažiau patenkintas(-a) gyvenimu, dėl dantų burnos ir protezų sukeltų problemų?	78(55,7)	26(18,6)	18(12,9)	13(9,3)	5(3,6)	0,86	1,170
14.Ar jaučiate, kad visiškai negalite funkcionuoti gyvenime, dėl dantų, burnos ar protezų sukeltų problemų?	120(85,7)	11(7,9)	6(4,3)	1(0,7)	2(1,4)	0,24	0,698

3.5. Respondentų su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės įvertinimas

Tiriamųjų surinktų OHIP-14 klausimyno balų pasiskirstymas buvo patikrintas Kolmogorov-Smirnov testu, nustatyta, kad duomenys nėra pasiskirstę normaliai ($p < 0,001$). Atsakymų balų sumos duomenų pasiskirstytas pavaizduotas 4 pav. Matoma, kad mažiausią balų sumą (0 balų) surinko 18 (12,9%) tiriamųjų, taip pat 0 balų suma buvo surenkama dažniausiai. Didžiausią sumą (46 balus) surinko 1 (0,7%) tiriamasis. Balų vidurkis yra 10,01 (SN 10,267), mediana 6.

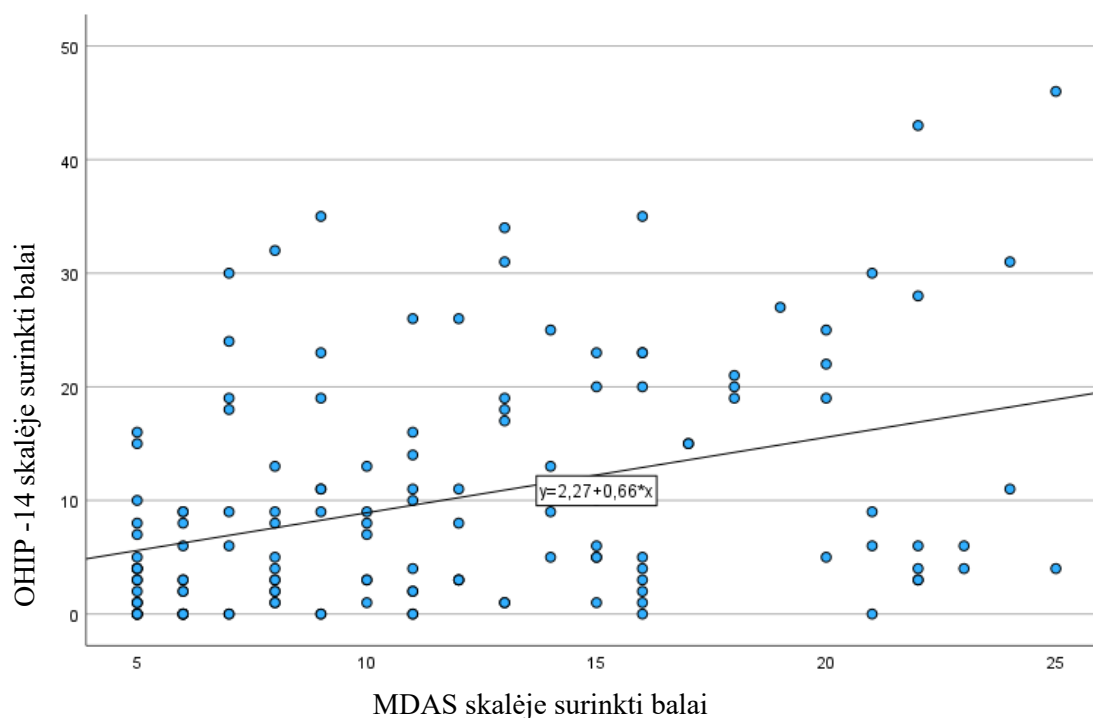
Pagal metodiką, visų respondentų surinktų balų vidurkis buvo laikytas slenkstine riba, pagal kurią respondentai buvo suskirstyti į prastesnės ir geresnės gyvenimo kokybės grupes. Balų vidurkiui esant 10,01, respondentų pasiskirstymas buvo: geresnės gyvenimo kokybės grupėje yra 91 (65 %) tiriamasis, o prastesnės gyvenimo kokybės grupėje yra 49 (35%) tiriamieji.



4 pav. OHIP - 14 skalėje surinktų balų sumų dažnis (N=140).

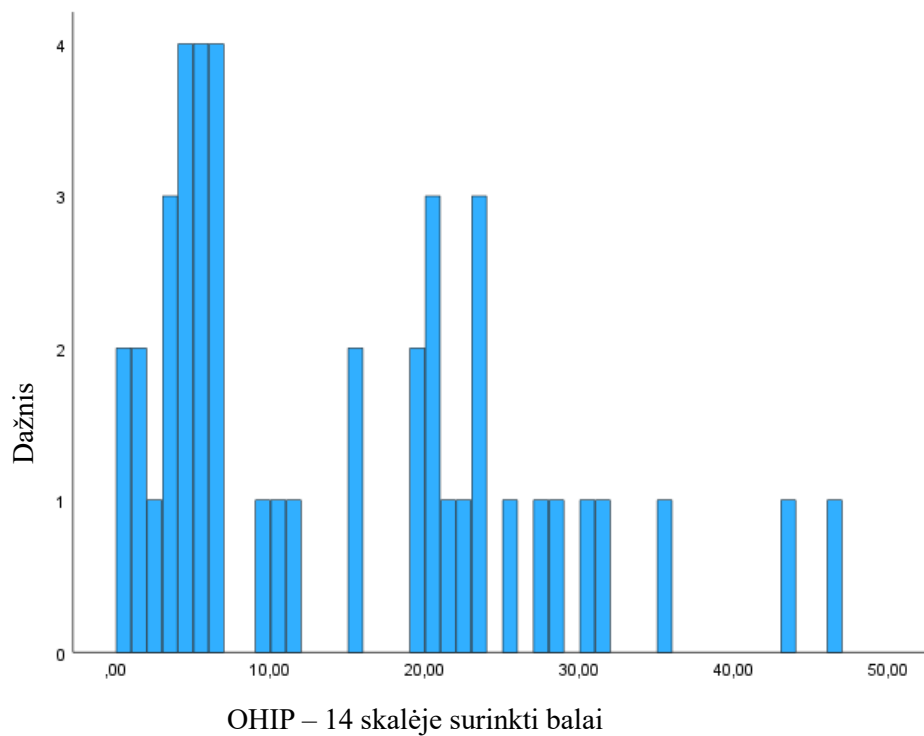
3.6. Odontologinės baimės ir su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajos

Analizuojant odontologinės baimės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąsajas, naudotas MDAS skalėje surinktų balų ir OHIP – 14 skalėje surinktų balų palyginimas. 5 pav. vaizduojamas duomenų analizės metu nustatytas ryšys – tiesioginė koreliacija tarp MDAS ir OHIP – 14 balų, rodanti, kad didėjant MDAS surinktų balų skaičiui (pasireiškiant stipresnei baimei), didėja OHIP – 14 surinktų balų skaičius (prastėja gyvenimo kokybė). Ši tiesioginė koreliacija yra vidutinio stiprumo ($r=0,381$) ir statistiškai reikšminga ($p<0,001$).

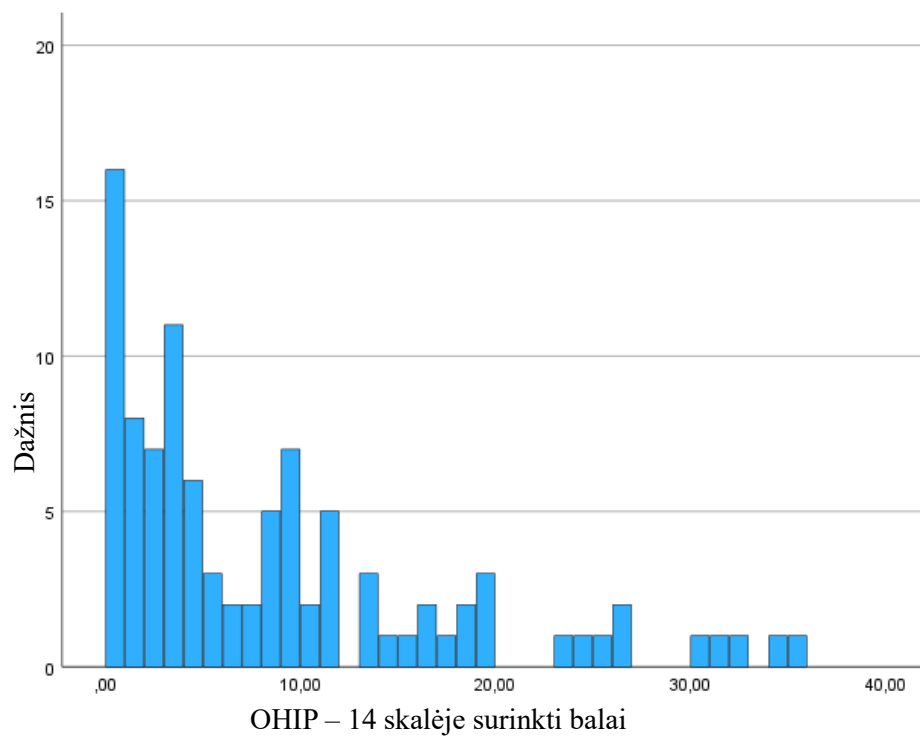


5 pav. MDAS ir OHIP – 14 skalėse surinktų balų koreliacija (N=140).

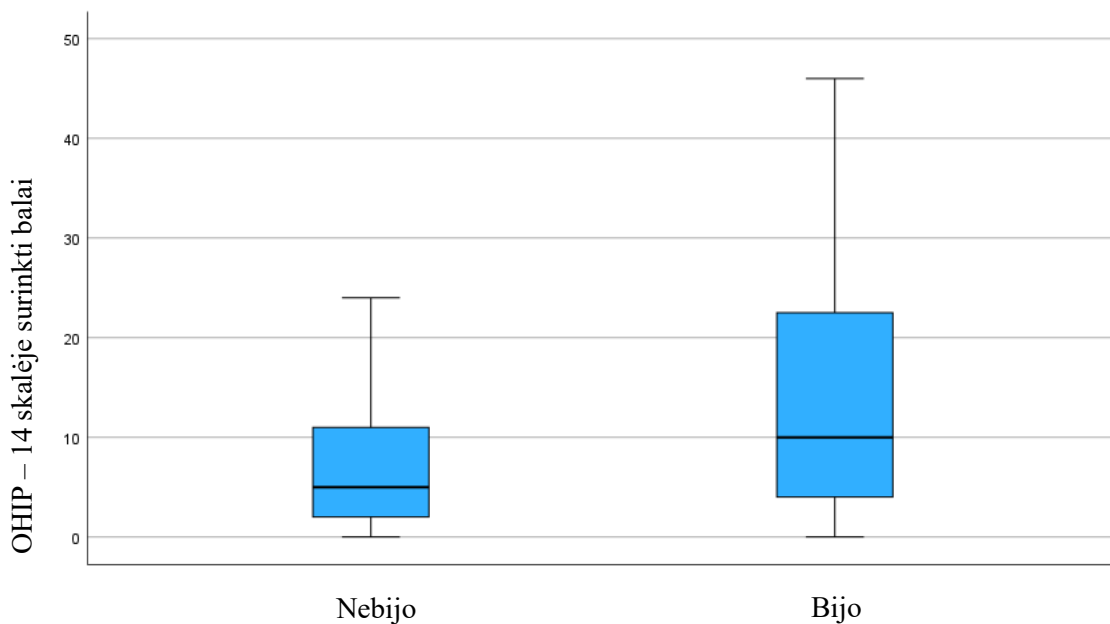
Bijančių ir nebijančių odontologinio gydymo tiriamųjų grupės, suskirstytos pagal metodikoje aprašytus kriterijus, buvo palygintos pagal surinktų OHIP – 14 skalės balų skaičių. 6 pav. iliustruoja OHIP – 14 skalės balų sumas odontologinio gydymo bijančiųjų grupėje. Ištyrus duomenis gauta, kad šioje grupėje dažniausiai pasikartojanti balų suma yra 4, 5, 6 balai, kuriuos surinko po 4 tiriamuosius (n=4 (9,3%)). Balų mediana grupėje yra 10, vidurkis: 14,14 (SN 12,07), minimali reikšmė: 0, maksimali: 46. Tiriamųjų, kurių gyvenimo kokybės balas yra žemiau slenkstinės ribos (10,01) yra 22 (51,2%), o aukščiau slenkstinės ribos – 21(48,8%). 7 pav. iliustruoja OHIP – 14 balų pasiskirstymą nebijančių odontologinio gydymo pacientų grupėje. Šioje grupėje, lyginant su bijančiųjų grupe, dažniausiai pasikartojė mažesnė - 0 balų suma (n=16 (16,5%)). Taip pat atitinkamai mažesni buvo: balų mediana - 5 balai, vidurkis – 8,18 (SN 8,83), maksimali surinktų balų suma:35. Minimali suma buvo tokia pati (0). Šioje grupėje žemiau gyvenimo kokybės slenkstinės ribos buvo 68 (70,1%) tiriamieji, aukščiau – 72(29,9%) tiriamieji. Analizuojant duomenis nustatytas statistškai reikšmingas skirtumas ($p=0.002$) tarp gyvenimo kokybės, išreikštos OHIP – 14 skalėje surinktais balais, ir odontologinės baimės pasireiškimo (8 pav.). Duomenys rodo, kad odontologinės baimės pasireiškimas lemia prastesnę su burna susijusią gyvenimo kokybę.



6 pav. Bijančių odontologinio gydymo tiriamųjų OHIP – 14 skalėje surinktų balų sumų dažnis (N=43).



7 pav. Nebijančių odontologinio gydymo tiriamųjų OHIP – 14 skalėje surinktų balų sumų dažnis (N=97).



8 pav. Respondentų OHIP – 14 skalėje surinktų balų sumos, atsižvelgiant į odontologinės baimės pasireiškimą (N=140).

3.7. Sociodemografinių rodiklių, asmeninės burnos higienos įpročių bei odontologinių vizitų lankomumo ryšys su odontologine baimė

Socioekonominių ir demografinių rodiklių sąsajos su odontologinės baimės pasireiškimu buvo vertinamos analizuojant odontologinės baimės paplitimą tarp kelių skirtingų tiriamųjų grupių. Buvo analizuojami statistiniai skirtumai tarp skirtingo amžiaus, lyties, vidutinių mėnesio pajamų ir išsilavinimo grupių, atsižvelgiant į odontologinės baimės pasireiškimą (3 lentelė). Kaip nurodyta tyrimo metodikoje, odontologinė baimė tiriamajam laikyta pasireiškianti, jei tiriamojo MDAS skalės balų suma yra daugiau arba lygu 15.

Analizuojant odontologinės baimės paplitimą tarp skirtingo amžiaus grupių, nustatyta, kad baimė dažniau pasireiškė jaunesnio amžiaus tiriamiesiems: 18-30m. amžiaus grupėje bijančių tiriamųjų dalis buvo didžiausia. Tarp 51 m. ir vyresnio amžiaus tiriamųjų odontologinės baimės paplitimas buvo mažiausias. Tačiau šis odontologinės baimės paplitimo skirtumas tarp amžiaus grupių nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,361$).

Analizuojant pagal lytį, odontologinio gydymo baimė buvo nežymiai labiau paplitusi vyrų grupėje– šis skirtumas taip pat nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,816$).

Vertinat odontologinės baimės paplitimą skirtingose vidutinių mėnesio pajamų grupėse gauta, kad baimė dažniausiai pasireiškia 1300-1800 eurų pajamas uždirbančių tiriamųjų grupėje. Mažiausiai bijančių respondentų buvo 500–900 eurų pajamas gaunančių asmenų grupėje. Tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo taip pat nenustatyta ($p=0,344$).

Tarp skirtingo išsilavinimo grupių statistiškai reikšmingas skirtumas taip pat nebuvo nustatytas ($p=0,249$), nors didžiausias odontologinės baimės pasireiškimas nustatytas aukštesnįjį išsilavinimą įgijusių tiriamųjų grupėje, o mažiausias baimės paplitimas – vidurinio išsilavinimo grupėje.

3 lentelė. Odontologinės baimės paplitimas tarp skirtingų sociodemografinių rodiklių grupių.

Sociodemografiniai rodikliai		Odontologinė baimė pasireiškia n (%)	Odontologinė baimė nepasireiškia n (%)	Reikšmingumas χ^2 , df, p
Amžius	18-30 m.	24(35,3)	44(64,7)	$\chi^2 = 2,038$ df = 2 p = 0,361
	31-50 m.	14(29,8)	33(70,2)	
	51 ir daugiau m.	5(20)	20(80)	
Lytis	Vyras	5(33,3)	10(66,7)	$\chi^2 = 0,054$ df = 1 p = 0,816
	Moteris	38(30,4)	87(69,6)	
Vidutinės mėnesio pajamos	Iki 500 Eur	6(24)	19(76)	$\chi^2 = 4,485$ df = 4 p = 0,344
	500-900 Eur	6(21,4)	22(78,6)	
	900-1300 Eur	15(38,5)	24(61,5)	
	1300-1800 Eur	10(41,7)	14(58,3)	
	1800 ir daugiau Eur	6(25)	18(75)	
Išsilavinimas	Pagrindinis	0(0)	0(0)	$\chi^2 = 2,784$ df = 2 p = 0,249
	Vidurinis	5(17,9)	23(82,1)	
	Aukštesnysis	9(36)	16(64)	
	Aukštasis	29(33,3)	58(66,7)	

Asmens burnos higienos ir apsilankymo odontologiniam gydymui įpročių ryšiai su odontologinės baimės pasireiškimu buvo vertinami analizuojant odontologinės baimės paplitimą tarp kelių skirtingų tiriamųjų grupių. Tyrime analizuotas dantų gydymo baimės pasireiškimo skirtumas skirtingos dantų valymo trukmės, dantų valymo dažnio, tarpdančių valymo, odontologinio gydymo vizitų dažnio, atšauktų/praleistų odontologinio gydymo vizitų dažnio grupėse (4 lentelė). Kaip nurodyta tyrimo metodikoje, odontologinė baimė tiriamajam laikyta pasireiškianti, jei tiriamojo MDAS skalės balų suma yra daugiau arba lygu 15.

Analizuojant odontologinės baimės paplitimą tarp skirtingo dantų valymo dažnio tiriamųjų grupių, nustatyta, kad dantis valančių 1 kartą per dieną grupėje baimė yra paplitusi labiausiai. Grupėje, kurioje tiriamieji nurodo dantis valantys daugiau nei 2 kartus per dieną – odontologinę baimę patiria mažiausiai tiriamųjų, lyginant su kitomis grupėmis. Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių - nenustatytas ($p=0,125$). Taip pat statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo ($p=0,132$) tarp odontologinę baimę patiriančių respondentų, kurie dantis valo iki 1 minutės,

1-2 minutes, 2 ir daugiau minučių. Tarp baimės pasireiškimo ir dantų tarpdančių valymo statistiškai reikšmingas skirtumas irgi nerastas ($p=0,719$).

Respondentų buvo paklausta apie tai, koku dažnumu jie apsilanko gydymui odontologinio gydymo įstaigose. Odontologinės baimės pasireiškimas tarp skirtingu dažnumu apsilankančių gydymui tiriamųjų grupių buvo nustatytas kaip statistiškai reikšmingas, $p = 0,002$. Didžiausias odontologinės baimės paplitimas buvo nustatytas tiriamųjų grupėje, kurioje tiriamieji teigė apsilankantys odontologiniam gydymui kas 2 metus ir rečiau. Mažiausias baimės paplitimas – grupėje, kurioje tiriamieji nurodė apsilankantys odontologinėms paslaugoms kas pusmetį ir dažniau. Rezultatų analizė rodo, kad odontologinę baimę turintys tiriamieji pas odontologą gydymui lankosi rečiau, nei baimės neturintys tiriamieji.

Analizuojant atšauktų ar praleistų odontologinio gydymo vizitų dažnį ir baimės pasireiškimą, gauta, kad didžiausias odontologinės baimės paplitimas yra dažnai praleidžiančių odontologinę vizitą grupėje. Mažiausias paplitimas nustatytas niekada nepraleidžiančių vizito tiriamųjų grupėje. Tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nebuvo nustatytas ($p=0,189$).

4 lentelė. Odontologinės baimės paplitimas tarp skirtingų asmeninės burnos higienos įpročių grupių ir skirtingų lankymosi odontologiniam gydymui tendencijų grupių.

Burnos higienos įpročiai ir apsilankymo odontologiniam gydymui tendencijos		Odontologinė baimė pasireiškia n (%)	Odontologinė baimė nepasireiškia n (%)	Reikšmingumas χ^2 , df, p
Dantų valymo dažnis per dieną	nevalo	0(0)	0(0)	$\chi^2 = 4,166$ df = 2 $p = 0,125$
	1 k./dieną	12(46,2)	14(53,8)	
	2 k./dieną	27(28,7)	67(71,3)	
	3 daugiau k./dieną	4(20)	16(80)	
Dantų valymo trukmė	Iki 1 min	9(40,9)	13(59,1)	$\chi^2 = 4,057$ df = 2 $p = 0,132$
	1- 2 min.	24(34,8)	45(65,2)	
	2 ir daugiau min.	10(20,4)	39(79,6)	
Tarpdančių valymas	Valo tarpdančius	31(31,6)	67(68,4)	$\chi^2 = 0,129$ df = 1 $p = 0,719$
	Nevalo tarpdančių	12(28,6)	30(71,4)	
Apsilankymų odontologiniam gydymui dažnis	Kas 2 m. ir rečiau	12(57,1)	9(42,9)	$\chi^2 = 17,031$ df = 4 $p = 0,002$
	Rečiau nei kas 1 m., dažniau nei kas 2m.	10(47,6)	11(52,4)	
	Kas metus	13(28,3)	33(71,7)	
	Kas pusmetį	2(7,7)	24(92,3)	
	Taip dažnai, kaip paskiria odontologas	6(23)	20(77)	
Atšauktų/praleistų odontologinio gydymo vizitų dažnis	Niekada	29(27,9)	75(72,1)	$\chi^2 = 3,327$ df = 2 $p = 0,189$
	Kartais	13(37,1)	22(62,9)	
	Dažnai	1(100)	0(0)	
	Labai dažnai	0(0)	0(0)	
	Visada	0(0)	0(0)	

Rezultatų aptarimas

Odontologinio gydymo baimė – visame pasaulyje paplitusi problema, pacientui sukianti emocinius sunkumus ir lemianti prastesnę burnos sveikatos būklę. Tai ne tik vaikams, bet ir suaugusiems pacientams pasireiškianti būklė, apsunkinanti dantų gydymo procesą tiek pacientui, tiek odontologui. Atlikus šį tyrimą buvo išsiaiškintas odontologinės baimės paplitimas tarp vyresnių nei 18 m. Vilniaus gyventojų bei ištirtas ryšys tarp odontologinės baimės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės. Išsiaiškinta, kad odontologinė baimė yra labai paplitusi tarp suaugusių vilniečių, ir tiesiogiai koreliuoja su prastesne gyvenimo kokybe. Toks tyrimas, nagrinėjantis odontologinės baimės paplitimą ir su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės ryšį, Vilniaus suaugusių žmonių populiacijoje atliktas pirmą kartą.

Šiame tyrime nustatyta, kad odontologinės baimės paplitimas tarp vyresnių nei 18 m. Vilniaus gyventojų yra 30,7 %. Iš odontologinę baimę patiriančių individų 48,8% patiria stiprią baimę, o 51,2 % - vidutinę baimę. Panašiam tyrime, atliktame Švedijos suaugusiųjų populiacijoje, nustatytas mažesnis odontologinės baimės paplitimas: populiacijoje odontologinė baimė pasireiškė 19% gyventojų, iš jų stiprią baimę jautė – 24,74% [35]. Taip pat mažesnis odontologinės baimės paplitimas nustatytas tarp Naujosios Zelandijos suaugusiųjų - baimė pasireiškė 13,3% gyventojų [34], 13,3 % baimės paplitimas aptiktas ir Šveicarijos populiacijos tyrime (2017m.) [40]. Tokį skirtumą, lyginat su mūsų tyrimu, galėjo nulemti didesnė šių tyrimų imtis – Švedijos tyrime dalyvavo 3500 tiriamųjų, Naujosios Zelandijos – 2209. Šveicarijos – 1111. Tačiau Indijoje atliktame suaugusių gyventojų populiacijos tyrime gauti rezultatai rodo, kad stiprios ir vidutinės baimės paplitimas yra didesnis nei mūsų tyrime - siekia 51,8% [61]. Šiame tyrime užfiksuotas didelis baimės paplitimo mastas, autorių nuomone, galėjo būti didesnis nei Vakarų šalyse dėl Indijos tiriamųjų prastesnio požiūrio į burnos sveikatos svarbą, visuomenėje gajų prietarų, susijusių su odontologiniu gydymu, kultūrinių skirtumų.

Odontologinio gydymo baimės paplitimas tarp skirtingų demografinių grupių daugelyje tyrimų reikšmingai skiriasi. Lyginat paplitimą tarp vyrų ir moterų, Naujosios Zelandijos populiacijos tyrimas parodė, kad moterų odontologinės baimės paplitimas buvo 14 % didesnis, nei vyrų [34]. Boman ir Svensson Švedijoje vykdytame tyrime taip pat nustatytas statistiškai reikšmingas didesnis baimės paplitimas tarp moterų [35]. White ir bendraautorių tyrimo rezultatai parodė net 2,12 karto didesnę baimės paplitimą tarp moteriškos lyties tiriamųjų [15]. Tokie tyrimų rezultatai gali būti paaiškinami moterų polinkiu mažiau slėpti emocijas, labiau pripažinti turimas baimes. Tačiau mūsų atliktame tyrime nebuvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp skirtingų lyčių tiriamųjų, tam įtakos galėjo turėti per maža tiriamųjų imtis.

Lyginant odontologinės baimės paplitimą tarp skirtingo amžiaus grupių, mūsų tyrime taip pat nebuvo nustatytas statistškai reikšmingas skirtumas. Ramseier ir bendraautorių tyrime taip pat nebuvo nustatyta statistiškai reikšminga odontologinės baimės sąsaja su amžiumi [40]. Tačiau Švedijos tyrime [35] didžiausias odontologinės baimės paplitimas buvo 30-35 m. amžiaus gyventojų grupėje, rezultatai parodė statistiškai reikšmingą didėjančio amžiaus ir mažėjančio baimės paplitimo koreliaciją ($p < 0,001$). White ir bendraautorių tyrime baimė taip pat mažėjo, tiriamųjų amžiui didėjant – tyrime nustatyta, kad didėjant tiriamųjų amžiui, su kiekvienais metais MDAS skalės baimės balas mažėja 0,08 balo [15]. Mūsų tyrimo ir šių tyrimų rezultatai galėjo skirtis dėl mūsų tyrime per mažo vyresnių paciento skaičiaus, dėl kurio vyresni gyventojų grupė nebuvo tinkamai reprezentuota.

Taip pat buvo tirtas odontologinės baimės paplitimas tarp skirtingų socioekonominių grupių. Žemesnis išsilavinimas gali būti siejamas su retesniais apsilankymais pas odontologą ir mažesniu polinkiu rūpintis burnos sveikata, o žemesnis ekonominis lygis – su retesniais apsilankymais odontologiniam gydymui dėl mažesnių finansinių galimybių. Dėl to atsirandančios burnos sveikatos problemos didina odontologinės baimės tikimybę [40]. Ramseier tyrime ekonominis tiriamųjų statusas reikšmingai siejosi su odontologine baime ($p = 0,0345$) [40]. 2022 m. Pakistane atliktame tyrime 76 % žemesnės ekonominės klasės tiriamųjų buvo linkę turėti odontologinę baimę [38]. Svensson ir bendraautorių tyrime [35] žemesnis išsilavinimas statistiškai reikšmingai koreliavo su stipria odontologine baime ($p = 0,007$). Tačiau visai kitokie rezultatai buvo gauti Pakistano tyrime – aukštesnis išsilavinimas turėjo statistiškai reikšmingą asociaciją su stipresnės odontologinės baimės pasireiškimu ($p = 0,048$) [38]. Autorių teigimu, išsilavinę pacientai žino apie jų laukiančias gydymo procedūras, kurios ir kelia baimę - geresnis konkrečių laukiančių procedūrų išmanymas baimę padidina, o ne sumažina baimę dėl nežinojimo. Tuo tarpu mūsų atliktame tyrime statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta.

Mūsų tyrime taip pat nagrinėtos asmeninės burnos higienos bei apsilankymų odontologiniam gydymui tendencijų sąsajos su odontologinės baimės pasireiškimu. Nors statistiškai reikšmingų skirtumų, susijusių su burnos higiena mūsų tyrime nenustatyta, 2023 m. Vokietijoje vykdytame populiacijos tyrime užfiksuota reikšminga sąsaja tarp stipresnės odontologinės baimės ir retesnio dantų valymo dažnio per dieną [62]. Tačiau mūsų tyrime buvo užfiksuotas statistiškai reikšmingas sąsają tarp odontologinės baimės pasireiškimu ir retesnio apsilankymo odontologiniam gydymui ($p = 0,002$). Kituose apžvelgtuose tyrimuose taip pat pastebima ši sąsaja: Svensson ir bendraautorių tyrime stipri odontologinė baimė koreliuoja su retesniais nei kas 2 m. odontologiniais vizitais ($p = 0,001$) [35], Sukumaran ir bendraautorių tyrime tiriamieji, turintys odontologinę baimę buvo linkę lankytis gydymui tik epizodiškai [34], Silveira ir bendraautorių tyrime bijantys tiriamieji dažniau vengė odontologinio gydymo vizitų, nei nebijantys tiriamieji [62]. Tokius vieningus rezultatus galima paaiškinti odontologinės baimės sukeliamu ydingu ciklu: bijantys pacientai vengia

gydymo, tokiu būdu leisdami progresuoti odontologinėms ligoms, kurios sukelia dar didesnę poreikį atvykti odontologiniam gydymui ir dar labiau stiprėjančią baimę [21].

Šiame darbe aprašytame tyrime taip pat nagrinėtas ryšys tarp odontologinės baimės ir su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės. Mūsų tyrime odontologinės baimės stiprumas reikšmingai koreliavo su prastesne gyvenimo kokybe, susijusia su burnos sveikata ($p < 0,001$), buvo nustatyta vidutinio stiprumo tiesioginė koreliacija ($r = 0,381$). Taip pat šiame tyrime rastas statistiškai reikšmingas ($p = 0,002$) skirtumas tarp bijančių ir nebijančių tiriamųjų gyvenimo kokybės, susijusios su burnos sveikata. Winkler ir bendraautorių tyrime gauti labai panašūs rezultatai - nustatyta tiesioginė reikšminga ($p < 0,001$) koreliacija tarp odontologinės baimės stiprumo ir prastesnės gyvenimo kokybės, taip pat vidutinio stiprumo ($r = 0,335$) [62]. Hakaberg tyrimo duomenimis, prasta su burnos sveikata susijusi gyvenimo kokybė buvo 20 % labiau paplitusi didelės odontologinės baimės grupėje [63]. Lyginant mūsų tyrimo dalyvių su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės balų vidurkį su kitų tyrimų duomenimis, mūsų tiriamųjų gyvenimo kokybės balas yra mažesnis, nei Vokietijoje 2023 m. atlikto tyrimo tiriamųjų: Vilniaus gyventojų OHIP balų vidurkis yra 10,01, o Vokietijos tiriamųjų – 3,11 [62]. Tokį skirtumą galėjo lemti mūsų tyrimo mažesnė imtis bei geresnis Vokietijos ekonominis lygis, geriau veikiančios sveikatos apsaugos programos, skatinantys efektyvesnę odontologinės sveikatos priežiūrą.

Šiame darbe pateikiamas tyrimas turėjo apribojimų. Tyrime dalyvavo gana maža tiriamųjų imtis, todėl norint gauti tikslesnius rezultatus apie visą Vilniaus suaugusių gyventojų populiaciją, reikėtų atlikti tyrimą su didesne imtimi. Taip pat būtų naudinga įtraukti į tyrimo metodiką klinikinį ištyrimą, siekiant objektyviai įvertinti tiriamųjų burnos sveikatos būklę, taip papildant su burna susijusios gyvenimo kokybės duomenis. Tačiau verta paminėti ir šio tyrimo privalumus – pirmą kartą buvo atliktas tyrimas, kuriuo siekta išsiaiškinti odontologinės baimės paplitimą tarp suaugusių gyventojų, gyvenančių Vilniuje bei pirmąkart buvo tiriamas ryšys tarp suaugusiųjų odontologinės baimės ir su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės.

Išvados

1. Odontologinė baimė nustatyta 30,7% tyrime dalyvavusių respondentų (suaugusių vilniečių). Vidutinė odontologinio gydymo baimė pasireiškė 51,2%, stipri odontologinio gydymo baimė – 48,8% odontologinę baimę patiriančių tyrimo dalyvių.
2. Nustatytas ryšys tarp prastesnės su burnos sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir stipresnės odontologinės baimės.

3. Odontologinę baimę patiriantys tyrimo dalyviai vengia lankytis odontologiniam gydymui.
4. Asmeninės burnos higienos įpročiai, sociodemografiniai rodikliai nėra susiję su odontologinės baimės pasireiškimu.

Literatūros sąrašas

1. Hare J, Bruj-Milasan G, Newton T. An Overview of Dental Anxiety and the Non-Pharmacological Management of Dental Anxiety. *Prim Dent J*. 2019;7(4):36–9.
2. Silveira ER, Cademartori MG, Schuch HS, Armfield JA, Demarco FF. Estimated prevalence of dental fear in adults: A systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2021;108:103632.
3. Mendoza-Mendoza A, Perea MB, Yañez-Vico RM, Iglesias-Linares A. Dental fear in children: the role of previous negative dental experiences. *Clin Oral Investig*. 2015;19(3):745–51.
4. Murad MH, Ingle NA, Assery MK. Evaluating factors associated with fear and anxiety to dental treatment-A systematic review. *J Fam Med Prim Care*. 2020;9(9):4530–5.
5. Carter AE, Carter G, Boschen M, AlShwaimi E, George R. Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. *World J Clin Cases WJCC*. 2014;2(11):642–53.
6. John MT. Foundations of oral health-related quality of life. *J Oral Rehabil*. 2021;48(3):355–9.
7. Khan SDAA, Alqannass NM, Alwadei MM, Alnajrani MD, Alshahrani ZM, Al Alhareth AY, ir kt. Assessment of the Relationship between Dental Anxiety and Oral Health-Related Quality of Life. *J Pharm Bioallied Sci*. 2021;13(Suppl 1):S359–62.
8. Svensson L, Hakeberg M, Wide U. Dental pain and oral health-related quality of life in individuals with severe dental anxiety. *Acta Odontol Scand*. 2018;76(6):401–6.
9. Carlsson V, Hakeberg M, Wide Boman U. Associations between dental anxiety, sense of coherence, oral health-related quality of life and health behaviour—a national Swedish cross-sectional survey. *BMC Oral Health*. 2015.;15:1–8.
10. Vasiliauskas K, Kaunietytė U, Slabšinskienė E. Suaugusių žmonių dantų gydymo baimę įtakojantys indikatoriai. 2017. Adresas: <https://lsmu.lt/cris/entities/publication/d56f4508-cd2d-49eb-8e07-bc8d45a398e1>
11. Deksnytė G. Vaikų ir jų tėvų odontologinio gydymo baimė bei tėvų požiūris į vaikų elgesio valdymo metodus, taikomus gydymo metu. 2022. Adresas: <https://portalcris.lsmuni.lt/server/api/core/bitstreams/d8c31605-f71b-4896-92bb-6809f214b363/content>
12. Coriat IH. Dental anxiety; fear of going to the dentist. *Psychoanal Rev*. 1946;33:365–7.
13. Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, Pagano S, Abraha I, Montedori A, ir kt. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *Eur J Paediatr Dent*. 2017;18(2):121–30.
14. Doebbling S, Rowe MM. Negative perceptions of dental stimuli and their effects on dental fear. *J Dent Hyg JDH*. 2000;74(2):110–6.
15. White AM, Giblin L, Boyd LD. The Prevalence of Dental Anxiety in Dental Practice Settings. 2017.;91(1):30–4.
16. Humphris G, King K. The prevalence of dental anxiety across previous distressing experiences. *J Anxiety Disord*. 2011;25(2):232–6.

17. Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D. Age of onset of dental anxiety. *J Dent Res*. 1999;78(3):790–6.
18. Ray J, Boman UW, Bodin L, Berggren U, Lichtenstein P, Broberg AG. Heritability of dental fear. *J Dent Res*. 2010;89(3):297–301.
19. Beaton L, Freeman R, Humphris G. Why Are People Afraid of the Dentist? Observations and Explanations. *Med Princ Pract*. 2013;23(4):295–301.
20. Halonen H, Salo T, Hakko H, Räsänen P. Association of dental anxiety to personality traits in a general population sample of Finnish university students. *Acta Odontol Scand*. 2012;70(2):96–100.
21. Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *J Am Dent Assoc*. 1984;109(2):247–51.
22. Armfield JM. What goes around comes around: revisiting the hypothesized vicious cycle of dental fear and avoidance. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013;41(3):279–87.
23. Cohen SM, Fiske J, Newton JT. The impact of dental anxiety on daily living. *Br Dent J*. 2000;189(7):385–90.
24. Willumsen T, Haukebo K, Raadal M. Aetiology of Dental Phobia. *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety*. 2013. Adresas: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118499825.ch4>
25. Crego A, Carrillo M, Armfield JM, Romero M. From Public Mental Health to Community Oral Health: The Impact of Dental Anxiety and Fear on Dental Status. *Front Public Health*. 2014; 2:16.
26. Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ. Dental fear and adult oral health in Australia. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37(3):220–30.
27. Henning Abrahamsson K, Berggren U, Hakeberg M, Carlsson SG. Phobic avoidance and regular dental care in fearful dental patients: a comparative study. *Acta Odontol Scand*. 2001;59(5):273–9.
28. Appukuttan DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2016;8:35–50.
29. Eli I. Dental anxiety: a cause for possible misdiagnosis of tooth vitality. *Int Endod J*. 1993;26(4):251–3.
30. Armfield J, Heaton L. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J*. 2013;58(4):390–407.
31. How Do We Measure Dental Fear and What Are We Measuring Anyway? *Oral Health Prev Dent*. 2010;8(2):107–15.
32. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health*. 1995;12(3):143–50.
33. Höglund M, Bågesund M, Shahnava S, Wårdh I. Evaluation of the ability of dental clinicians to rate dental anxiety. *Eur J Oral Sci*. 2019;127(5):455–61.

34. Sukumaran I, Taylor S, Thomson WM. The Prevalence and Impact of Dental Anxiety Among Adult New Zealanders. *Int Dent J*. 2021;71(2):122–6.
35. Svensson L. Dental anxiety, concomitant factors and change in prevalence over 50 years. *Community Dent Health*. 2016;(33):121–6.
36. Torriani DD, Ferro RL, Bonow MLM, Santos IS, Matijasevich A, Barros AJ, ir kt. Dental Caries Is Associated with Dental Fear in Childhood: Findings from a Birth Cohort Study. *Caries Res*. 2014;48(4):263–70.
37. Dadalti MT, Cunha AJ, Souza TG, Silva BA, Luiz RR, Risso PA. Anxiety about dental treatment - a gender issue. *Acta Odontol Latinoam AOL*. 2021;34(2):195–200.
38. Muneer MU, Ismail F, Munir N, Shakoor A, Das G, Ahmed AR, ir kt. Dental Anxiety and Influencing Factors in Adults. *Healthcare*. 2022;10(12):2352.
39. Goettems ML, Schuch HS, Demarco FF, Ardenghi TM, Torriani DD. Impact of dental anxiety and fear on dental care use in Brazilian women. *J Public Health Dent*. 2014;74(4):310–6.
40. Ramseier CA, Klima S, Klima E, Enkling N. Dental anxiety in Switzerland: trends in prevalence and associations with socioeconomic factors in 2010 and 2017. *Swiss Dent J*. 2023;134(4).
41. Barauskas I. Dental anxiety and self-perceived stress in Lithuanian University of Health sciences hospital patients. A cross-sectional study. 2019 m.;21(2).
42. Slabšinskienė E, Kavaliauskienė A, Žemaitienė M, Vasiliauskiene I, Zaborskis A. Dental Fear and Associated Factors among Children and Adolescents: A School-Based Study in Lithuania. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(16):8883.
43. World Health Organization. Programme on mental health : WHOQOL user manual. 2013. Adresas: <https://iris.who.int/handle/10665/77932>
44. Constitution of the World Health Organization. *American Journal of Public Health*; 1946 Adresas: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
45. Baiju R, Peter E, Varghese N, Sivaram R. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. *J Clin Diagn Res JCDR*. 2017;11(6):ZE21–6.
46. Lu HX, Wong MCM, Lo ECM, McGrath C. Oral Health Related Quality of Life Among Young Adults. *Appl Res Qual Life*. 2015;10(1):37–47.
47. Sischo L, Broder HL. Oral Health-related Quality of Life: What, Why, How, and Future Implications. *J Dent Res*. 2011;90(11):1264–70.
48. Campos LA, Peltomäki T, Marôco J, Campos JADB. Use of Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) in Different Contexts. What Is Being Measured? *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(24):13412.
49. Gera A, Cattaneo PM, Cornelis MA. A Danish version of the oral health impact profile-14 (OHIP-14): translation and cross-cultural adaptation. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):254.
50. Yang GH, Feng Y, Xue LX, Ou-Yang ZY, Yang YF, Zhao YQ, ir kt. Factorial structure and measurement invariance of the Chinese version of the Oral Health Impact Profile-14 among

- clinical populations and non-clinical populations: an evidence for public oral investigations. *BMC Oral Health*. 2023;23(1):588.
51. Lekic M, Dakovic D, Kovacevic V, Cutovic T, Ilic I, Ilic M. Testing of the Serbian version of the Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) questionnaire among professional members of the Serbian Armed Forces. *Vojnosanit Pregl*. 2021;78(12):1257–62.
 52. Kireilytė M, Masiliūnaitė V, Belickienė V, Žilinskas J, Sakalauskienė Ž. Testing of Lithuanian version of the Oral Health Impact Profile-14 among older adults. A Pilot study. *Stomatologija*. 2019;21(3):67–71.
 53. Bennadi D, Reddy CVK. Oral health related quality of life. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2013;3(1):1.
 54. Wright FAC, Shu ECC, Cumming RG, Naganathan V, Blyth FM, Hirani V, et al. Oral health-related quality of life of older Australian men. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2023;51(5):767–77.
 55. Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M, Brennan DS. Oral Conditions and Health-Related Quality of Life: A Systematic Review. *J Dent Res*. 2017;96(8):864–74.
 56. Sun L, Wong HM, McGrath CPJ. The factors that influence oral health-related quality of life in young adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):187.
 57. Knorst JK, Sfreddo CS, de F. Meira G, Zanatta FB, Vettore MV, Ardenghi TM. Socioeconomic status and oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2021;49(2):95–102.
 58. Aardal V, Evensen KB, Willumsen T, Hervik Bull V. The complexity of dental anxiety and its association with oral health-related quality of life: An exploratory study. *Eur J Oral Sci*. 2023;131(1):e12907.
 59. Moore R, Brødsgaard I, Rosenberg N. The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study. *BMC Psychiatry*. 2004;4(1):10.
 60. Vilniaus miesto savivaldybė - Statistika. 2023. Adresas: <https://vilnius.lt/lt/statistika/>
 61. Appukuttan D, Subramanian S, Tadeipalli A, Damodaran LK. Dental Anxiety Among Adults: An Epidemiological Study in South India. *North Am J Med Sci*. 2015;7(1):13–8.
 62. Winkler CH, Bjelopavlovic M, Lehmann KM, Petrowski K, Irmscher L, Berth H. Impact of Dental Anxiety on Dental Care Routine and Oral-Health-Related Quality of Life in a German Adult Population-A Cross-Sectional Study. *J Clin Med*. 2023;12(16):5291.
 63. Hakeberg M, Wide U. General and oral health problems among adults with focus on dentally anxious individuals. *Int Dent J*. 2018;68(6):405–10.

Priedai

Priedas Nr. 1. Anketa

Anketa

Esu VU MF Odontologijos instituto 5 kurso studentė Aurėja Banytė. Šiuo metu atlieku baigiamąjį magistro darbą, kurio tikslas nustatyti, kaip paplitusi odontologinė baimė ir įvertinti, kokią įtaką odontologinė baimė daro gyvenimo kokybei, susijusiai su burnos sveikata, suaugusių vilniečių tarpe.

Maloniai prašau skirti laiko atsakant į anketoje pateiktus klausimus. Atidžiai perskaitykite klausimą ir pasirinkite vieną atsakymą, o kur prašoma - pasirinkite visus Jums tinkamus atsakymus. Anketa yra anoniminė, sudaryta iš 4 dalių, ją užpildydami užtruksite ne ilgiau 5 min. Jūsų pateikti atsakymai bus naudojami tik šio tyrimo moksliniais tikslais.

Iškilus klausimams, susijusiems su šia anketa, galite susisiekti su manimi el. paštu: aureja.banyte@mf.stud.vu.lt

Savanoriškai sutinku dalyvauti tyrime:

☐ Sutinku

I dalis.

Šioje klausimyno dalyje pateikti klausimai apie sociodemografinius tiriamųjų aspektus. Pasirinkite vieną labiausiai tinkantį atsakymą.

1. Koks jūsų amžius?
 - ☐ 18-30 m.
 - ☐ 31-50 m.
 - ☐ 51 m. ir daugiau
2. Kokia jūsų lytis?
 - ☐ Moteris
 - ☐ Vyras
3. Kokios jūsų vidutinės mėnesio pajamos, atskaičius mokesčius?
 - ☐ Iki 500 Eur
 - ☐ 500-900 Eur
 - ☐ 900-1300 Eur
 - ☐ 1300-1800 Eur
 - ☐ 1800 Eur ir daugiau
4. Koks jūsų išsilavinimas?
 - ☐ Pagrindinis
 - ☐ Vidurinis
 - ☐ Aukštesnysis
 - ☐ Aukštasis

II dalis.

Šioje klausimyno dalyje pateikti klausimai apie individualius burnos higienos įpročius ir lankymosi odontologiniam gydymui tendencijas. Pasirinkite vieną labiausiai tinkantį atsakymą.

1. Kiek kartų per dieną valote dantis?
 - ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 2 ir daugiau
2. Kiek laiko trunka jūsų dantų valymas?
 - ☐ Iki 1 min.
 - ☐ Iki 2 min
 - ☐ 2 min. ir daugiau
3. Ar valote tarpdančius?
 - ☐ Taip
 - ☐ Ne
4. Kaip dažnai lankotės pas odontologą?
 - ☐ Kas 2 metus ir rečiau
 - ☐ Rečiau nei kas metus
 - ☐ Kas metus
 - ☐ Kas pusmetį
 - ☐ Tiek kartų, kiek paskiria odontologas
5. Kaip dažnai neatvykstate/atšaukiate odontologinio gydymo vizitą?
 - ☐ Niekada
 - ☐ Kartais
 - ☐ Dažnai
 - ☐ Labai dažnai
 - ☐ Visada

III dalis.

Šioje klausimyno dalyje pateikti klausimai, nustatantys ir įvertinantys tyrimo dalyvių odontologinio gydymo baimę. Remiamasi odontologinės baimės vertinimo skale Modified Dental Anxiety Scale (MDAS). Kiekvienam klausimui pasirinkite vieną atsakymą nuo 1 iki 5, kur 1 – „nebijočiau“, 2 – „šiek tiek bijočiau“, 3 – „vidutiniškai bijočiau“, 4 – „bijočiau“, 5 – „labai bijočiau“.

1. Jei rytoj eitumėte gydytis pas odontologą, kaip jaustumėtės?
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5
2. Jei šiuo metu sėdėtumėte laukiamajame (lauktumėte odontologinio gydymo), kaip jaustumėtės?
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5
3. Jei šiuo metu odontologas jums ruoštųsi gręžti dantį, kaip jaustumėtės?

- ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5
4. Jei šiuo metu odontologas ruošųsi jums atlikti profesionalią burnos higieną, kaip jaustumėtės?
- ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5
5. Jei šiuo metu odontologas ruošųsi jums suleisti nuskausminamųjų vaistų į danteną, kaip jaustumėtės?
- ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5

IV dalis.

Šioje klausimyno dalyje pateikti klausimai, įvertinantys tyrimo dalyvio gyvenimo kokybę, susijusią su burnos sveikata. Remiamasi gyvenimo kokybės, susijusios su burnos sveikata, vertinimo klausimynu Oral Health Impact Profile – 14 (OHIP – 14). Kiekvienam klausimui pasirinkite vieną atsakymą nuo 0 iki 4, kur 0 – „niekada“, 1 – „retai“, 2 – „kartais“, 3 – „dažnai“, 4 – „labai dažnai/kasdien“.

1. Ar Jums sunku ištarti kokį nors žodį, dėl dantų, burnos ar protezų sukeltų problemų?
- ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
2. Ar jaučiate, kad pablogėjo skonio jutimas, dėl dantų, burnos ar protezų sukeltų problemų?
- ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
3. Ar jaučiate skausmą burnoje?
- ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
4. Ar yra sunku valgyti kokį nors maisto produktą, dėl dantų, burnos ar dantenų sukeltų problemų?
- ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2

- ☐ 3
- ☐ 4
- 5. Ar jaučiatės nepasitikintis(-i) savimi, drovus(-i) dėl savo dantų, burnos ar protezų?
 - ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
- 6. Ar jaučiate įtampą dėl problemų, sukeltų jūsų dantų, burnos ar protezų?
 - ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
- 7. Ar esate nepatenkintas(-a) savo mitybos racionu dėl problemų, sukeltų dantų, burnos ar protezų?
 - ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
- 8. Ar valgant reikėjo sustoti, dėl dantų, burnos ar protezų sukeltų problemų?
 - ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
- 9. Ar Jums sunku atsipalaiduoti dėl dantų, burnos ar protezų sukeltų problemų?
 - ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
- 10. Ar jaučiatės šiek tiek susigėdęs(-usi) dėl dantų, burnos ar protezų sukeltų problemų?
 - ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
- 11. Ar jaučiatės susierzinęs(-usi) šalia kitų žmonių, dėl jūsų dantų, burnos ar protezų sukeltų problemų?
 - ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
- 12. Ar kyla sunkumų darant įprastus darbus, dėl dantų, burnos ar protezų sukeltų problemų?
 - ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2

☐ 3

☐ 4

13. Ar esate mažiau patenkintas(-a) gyvenimu, dėl dantų burnos ir protezų sukeltų problemų?

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

14. Ar jaučiate, kad visiškai negalite funkcionuoti gyvenime, dėl dantų, burnos ar protezų sukeltų problemų?

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4