



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Odontologijos studijų programa

Odontologijos institutas

Agnė Zbarauskaitė, V kursas, 1 grupė

VIENTISŲJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

**Socialiai pažeidžiamas grupes prižiūrinčių specialistų žinios apie burnos
sveikatą ir gebėjimas mokytis nuotoliniu būdu**

**Oral Health Knowledge And Online Learning Ability Of Professionals Caring
For Socially Vulnerable Groups**

Darbo vadovas

Dr. Indrė Stankevičienė

Klinikos vadovas

Prof. dr. Vilma Brukienė

Vilnius, 2024

Studento elektroninio pašto adresas: agne.zbarauskaite@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRUMPOS	3
SANTRAUKA	4
SUMMARY	6
1. ĮVADAS.....	8
2. LITERATŪROS APŽVALGA	9
2.1 Socialiai pažeidžiamos grupės visuomenės ir burnos sveikatos priežiūros kontekste.....	9
2.1.1 Socialiai pažeidžiamų grupių apibrėžimas	9
2.1.2 Socialiai pažeidžiamų grupių paplitimas.....	9
2.1.3 Socialiai pažeidžiamos grupės Lietuvoje	10
2.2 Burnos sveikatos paslaugų prieinamumas socialiai pažeidžiamoms grupėms	10
2.3 Burnos sveikatos įtaka gyvenimo kokybei ir ekonomikai	11
2.4 Burnos ligos ir jų paplitimas tarp socialiai pažeidžiamų asmenų	12
2.4.1. Dantų ėduonis.....	12
2.4.2 Periodonto ligos.....	13
2.4.3 Burnos vėžys	13
2.5 Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų specialistų vaidmuo socialiai pažeidžiamų asmenų burnos sveikatos kontekste	13
2.5.1 Socialiai pažeidžiamas grupės prižiūrinčių specialistų kompetencijos, teisių ir pareigų normos burnos priežiūros kontekste.....	15
2.6 Burnos sveikatos ugdymo svarba medicinos, socialinėje ir visuomenės sveikatos srityse	16
2.7 Nuotolinis mokymasis sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų srityje	17
3. METODAI IR MEDŽIAGOS	17
4. REZULTATAI.....	21
5. APTARIMAS	27
6. IŠVADOS	31
7. REKOMENDACIJOS	31
LITERATŪROS SĄRAŠAS	33

SANTRUMPOS

IKD – interkvartilinis diapazonas

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

M – mediana

MN – medicinos norma

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

ES – Europos Sąjunga

ICC – tarpklasinės koreliacijos koeficientas

FDI – Pasaulio odontologų federacija (angl. *World dental federation*)

SANTRAUKA

Pavadinimas: Socialiai pažeidžiamas grupės prižiūrinčių specialistų žinios apie burnos sveikatą ir gebėjimas mokytis nuotoliniu būdu.

Problemos aktualumas ir tyrimo tikslas: Socialiai pažeidžiamos grupės dažnai patiria neproporcingai didelę burnos sveikatos problemų naštą, o jų priežiūrą užtikrinantys specialistai atlieka svarbų vaidmenį mažinant šiuos skirtumus. Deja, tyrimai rodo, kad šių specialistų žinios apie burnos ligų prevenciją dažnai yra nepakankamos, o tai gali riboti jų gebėjimą veiksmingai tenkinti prižiūrimų asmenų burnos sveikatos poreikius. Norint užtikrinti, kad specialistai turėtų naujausią mokslo žiniomis pagrįstą informaciją, būtina identifikuoti efektyvias ir ekonomiškai naudingas mokymosi priemones. Skaitmeninės mokymosi platformos tapo svarbiu švietimo įrankiu, tačiau jų veiksmingumas vis dar tiriamas, todėl šio darbo tikslas – įvertinti socialiai pažeidžiamas grupes prižiūrinčių specialistų žinias apie burnos sveikatą ir jų gebėjimą mokytis nuotoliniu būdu.

Tyrimo uždaviniai: Nustatyti socialiai pažeidžiamas grupes prižiūrinčių specialistų pradinį žinių apie burnos sveikatą lygį ir jo pokytį po mokymų bei nustatyti žinių lygio prieš ir po mokymų asociacijas su demografiniais ir specialybiniais veiksniais.

Metodai ir medžiaga: Tyrimo metu apklausti su socialiai pažeidžiamomis grupėmis dirbantys specialistai: gydytojai, slaugytojai, visuomenės sveikatos specialistai, socialiniai darbuotojai ir individualios priežiūros specialistai, kurie savanoriškai sutiko dalyvauti tyrime. Tiriamieji buvo pakviesti dalyvauti nuotoliniuose kvalifikacijos kėlimo mokymuose apie burnos sveikatą. Visiems sutikusiems prieš mokymus buvo pateiktas klausimynas tiriantis žinias apie burnos sveikatą. Identiškas klausimynas antra kartą pateiktas išklausiui mokymų medžiagą. Statistinė duomenų analizė atlikta IBM SPSS Statistics 26.0, naudojant Shapiro-Wilk, Chi-kvadrato, Kruskal-Wallis, Mann Whitney ir Wilcoxon Signed-Rank testus. Statistinio reikšmingumo lygmuo pasirinktas $p < 0,05$.

Rezultatai: Tyrime dalyvauti sutiko ir į abi anketas atsakė 267 respondentai, iš kurių 49 (18,4 proc.) buvo medicinos personalo darbuotojai, 81 (30,3 proc.) individualios priežiūros specialistas, 85 (31,8 proc.) socialiniai darbuotojai ir 52 (19,5 proc.) visuomenės sveikatos specialistai. Bendra visų tiriamųjų žinių prieš mokymus balo mediana (M) buvo lyg 15,0 (IKD=8) iš 32 galimų. Daugiausiai žinių turėjo visuomenės sveikatos specialistai (M=19,0, IKD=7) ir medicinos personalas (M=18,0, IKD=7), $p < 0,001$. Įtakos žinių balui turėjo praktikos vieta ($p = 0,001$), darbo laikas etatais ($p < 0,001$), profesinė darbo patirtis metais ($p = 0,020$). Nepriklausomai nuo profesinės grupės daugiau žinių turėjo specialistai, kurie prieš tai buvo dalyvavę mokymuose apie burnos sveikatą ($p < 0,001$), taip pat specialistai, kurie savo praktikoje sulaukė poreikio konsultuoti burnos sveikatos klausimais

($p=0,021$). Po mokymų bendros visų specialistų žinios pagerėjo vidutiniškai 5 balais – mediana siekė 20,0 (IKD=7) balų. Visų profesijų grupėse žinių pokytis buvo teigiamas ir statistiškai reikšmingas ($p<0,001$). Po mokymų aukščiausią balą surinko medicinos personalas ($M=23,0$, IKD=6). Nustatyta, kad poveikį žinių balo pokyčiui turėjo amžiaus grupė ($p=0,002$), lytis ($p=0,028$) ir ankstesnė patirtis dalyvaujant mokymuose apie burnos sveikatą ($p=0,001$): vidutinis amžius, moteriška lytis ir patirties mokymuose apie burnos sveikatą neturėjimas lėmė geresnius mokymosi rezultatus.

Išvados: Pradinės socialiai pažeidžiamas grupės prižiūrinčių specialistų žinios skiriasi priklausomai nuo profesinės kvalifikacijos – geriausios žinios yra visuomenės sveikatos specialistų bei medicinos personalo darbuotojų. Pritaikytas nuotolinių mokymų modelis buvo efektyvus tobulinant specialistų žinias apie burnos sveikatą. Mokymai buvo efektyviausi moteriškos lyties, vidutinio amžiaus ir patirties dalyvaujant mokymuose apie burnos sveikatą neturintiems specialistams. Rekomenduojama plėsti sistemingą socialiai pažeidžiamas grupes prižiūrinčių specialistų profesinį švietimą dažniau integruojant nuotolinių mokymų programas, ypač orientuojantis į mažiau patirties turinčius specialistus. Ateities tyrimuose būtų naudinga įvertinti ilgalaikį nuotolinių mokymų poveikį specialistų žinioms.

Raktiniai žodžiai: Socialiai pažeidžiamos grupės, sveikatos priežiūros specialistai, burnos sveikata, žinios, nuotoliniai mokymai.

SUMMARY

Title: Oral Health Knowledge and Online Learning Ability of Professionals Caring for Socially Vulnerable Groups.

Relevance of the problem and aim of the work: Vulnerable groups often bear a disproportionate burden of oral health problems, and the professionals who care for them have an important role to play in reducing these disparities. However, research shows that these professionals often have insufficient knowledge of oral disease prevention, which may limit their ability to effectively meet the oral health needs of those in their care. Identifying efficient and cost-effective learning tools is essential to ensure that professionals have up-to-date, science-based knowledge. Digital learning platforms have become an important educational tool, but their effectiveness is still under investigation. Therefore, the aim of this thesis is to assess the oral health knowledge of professionals caring for vulnerable groups and their ability to learn through distance learning.

Material and methods: The study surveyed professionals working with vulnerable groups: doctors, nurses, public health professionals, social workers and personal care workers who volunteered to take part in the study. Subjects were invited to participate in an online course on oral health. A questionnaire investigating knowledge of oral health was administered to all those who agreed before the course. An identical questionnaire was administered a second time after the online course. Statistical analysis of the data was performed using IBM SPSS Statistics 26.0, with Shapiro-Wilk, Chi-square, Kruskal-Wallis, Mann Whitney and Wilcoxon Signed-Rank tests. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results: 267 respondents agreed to take part in the study and answered both questionnaires, of whom 49 (18.4%) were medical staff, 81 (30.3%) were personal care workers, 85 (31.8%) were social workers and 52 (19.5%) were public health professionals. The overall median (M) pre-course knowledge score for all subjects was 15.0 (IQR 8) out of a possible 32. Public health professionals (M=19.0, IQR=7) and medical staff (M=18.0, IQR=7) had the highest knowledge ($p < 0.001$). The knowledge score was influenced by the place of practice ($p = 0.001$), working hours ($p < 0.001$) and years of professional experience ($p = 0.020$). Regardless of the professional group, statistically significantly higher score was reported by professionals who had received prior training in oral health ($p < 0.001$) and by professionals who had a need to consult patients about oral health in their practice ($p = 0.021$). After the training, the overall knowledge of all professionals improved on average by 5 points, with a median score of 20.0 (IQR=7). The change in knowledge was positive and statistically significant ($p < 0.001$) in all specialists' groups. Medical staff had the highest score after training (M=23.0, IQR=6). Age group ($p = 0.002$), gender ($p = 0.028$) and previous experience in oral health training ($p = 0.001$) were found to have an influence on the change in knowledge score: middle age, female gender and no experience in oral health training led to better learning outcomes.

Conclusions: The base knowledge of professionals caring for vulnerable groups varies according to professional qualifications, with public health professionals and medical staff having the best knowledge. The distance learning model was efficient in improving professionals' knowledge of oral health. The course was most effective for female, middle-aged professionals with no experience in oral health training. It is recommended to expand systematic education for professionals caring for socially vulnerable groups by more frequently integrating distance learning programs, particularly focusing on less experienced specialists. Future research should evaluate the long-term impact of such remote training on professionals' knowledge.

Keywords: Vulnerable groups, health professionals, oral health, knowledge, distance learning.

1. ĮVADAS

Burnos ligų tema itin aktuali šiuolaikinėje visuomenėje, kadangi nuolatinių dantų ėduonis vis dar išlieka labiausiai paplitusia sveikatos būkle pasaulyje 2023 m. PSO duomenimis (1). Socialiai pažeidžiamoms grupėms dažnai tenka neproporcingai didelė burnos sveikatos problemų našta. Lietuvoje, kaip ir daugelyje šalių, tokias pasekmes lemia socioekonominiai veiksniai, socialiai pažeidžiamų asmenų ribotos galimybės gauti odontologinę priežiūrą ir nepakankamas švietimas apie burnos sveikatą (2,3). Specialistai, kuriems pavesta prižiūrėti pažeidžiamas grupes, atlieka svarbų vaidmenį mažinant šiuos skirtumus ir užtikrinant burnos ligų profilaktiką. Tačiau tokių specialistų žinios apie burnos ligų prevenciją dažnai yra nepakankamos, o tai daro įtaką jų gebėjimui veiksmingai tenkinti prižiūrimų asmenų burnos sveikatos poreikius (4,5). Norint užtikrinti, jog su socialiai jautriomis grupėmis dirbantys specialistai, tokie kaip gydytojai akušeriai-ginekologai, šeimos ar vaikų ligų gydytojai, slaugytojai, socialiniai darbuotojai ir jų padėjėjai, individualios priežiūros specialistai bei visuomenės sveikatos darbuotojai turėtų naujausią mokslo žiniomis pagrįstą informaciją, leidžiančią tinkamai pasirūpinti socialiai jautrių grupių burnos sveikatos būkle, būtina identifikuoti efektyvias ir valstybiniu mastu ekonomiškai naudingas inovatyvias priemones. Anksčiau atliktų mokslinių tyrimų duomenys įrodė statistiškai reikšmingą slaugos darbuotojų burnos sveikatos žinių pagerėjimą po nuotolinių mokymų, tačiau internetinių kursų efektyvumas žinių pokyčiui nebuvo tiriamas tarp skirtingo išsilavinimo ir skirtingas pareigas užimančių, įvairiose įstaigose, ar su skirtinga darbo patirtimi dirbančių specialistų (6). Šis tyrimas leis įvertinti šių specialistų burnos sveikatos žinias, jų sąsajas su įvairiais sociodemografiniais veiksniais bei specialistų gebėjimą mokytis nuotoliniu būdu. Tyrimo išvados galės būti panaudotos kuriant veiksmingas švietimo strategijas, skirtas socialiai pažeidžiamas grupes prižiūrinčių specialistų burnos sveikatos žinioms gerinti ir galiausiai prisidėti prie geresnio sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pažeidžiamoms gyventojų grupėms.

Darbo tikslas ir uždaviniai

Darbo tikslas: Įvertinti socialiai pažeidžiamas grupes prižiūrinčių specialistų pradinį žinių apie burnos sveikatą lygį ir jo pokytį po nuotolinių mokymų bei nustatyti žinių lygio prieš ir po mokymų asociacijas su demografiniais ir specialybiniais veiksniais.

Darbo uždaviniai:

1. Nustatyti socialiai pažeidžiamas grupes prižiūrinčių specialistų žinių apie burnos sveikatą lygį.

2. Įvertinti socialiai pažeidžiamas grupes prižiūrinčių specialistų burnos sveikatos žinių lygio asociacijas su demografiniais ir specialybiniais veiksniais.
3. Įvertinti socialiai pažeidžiamas grupes prižiūrinčių specialistų burnos sveikatos žinių lygio pokytį po nuotolinių mokymų.
4. Įvertinti socialiai pažeidžiamas grupes prižiūrinčių specialistų burnos sveikatos žinių lygio pokyčio asociacijas su sociodemografiniais ir specialybiniais veiksniais.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1 Socialiai pažeidžiamos grupės visuomenės ir burnos sveikatos priežiūros kontekste

2.1.1 Socialiai pažeidžiamų grupių apibrėžimas

Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2019 m. gruodžio 20d. patvirtintame įsakyme dėl socialinės aprėpties 2020-2023 metais didinimo veiksmų plano, apibrėžta, kad socialiai pažeidžiamos grupės – tai asmenys ar šeimos, susiduriančios su dideliais socialiniais ir ekonominiais iššūkiais, rizikomis bei dažnai turinčios mažiau išteklių su tuo veiksmingai susidoroti (7). Šie asmenys kartu gali būti laikomi ir socialinę riziką ar socialinę atskirtį patiriančiais asmenimis, nes šios grupės tarpusavyje glaudžiai susijusios. Į socialinę atskirtį patiriančių asmenų kategoriją patenka asmenys, kurie dėl tam tikrų priežasčių yra atskirti ir atsiduria įvairių visuomenės gyvenimo aspektų nuošalyje, o socialinę riziką patiriantys asmenys – tie, kurie susiduria su konkrečiomis aplinkybėmis, didinančiomis tikimybę patirti socialinę atskirtį. Veiksniai, didinantys socialinės atskirties riziką yra šie: skurdas, mažos pajamos arba stabilių pajamų, ilgalaikio darbo neturėjimas; skolos; suaugusių šeimos narių socialinių įgūdžių tinkamai prižiūrėti ir ugdyti nepilnamečius vaikus stoka ar nebuvimas; fizinė, psichologinė ar seksualinė prievarta šeimoje; visapusio fizinio, protinio, dvasinio, dorovinio vystymosi ir saugumo sąlygų šeimoje neužtikrinimas; vaikų ar pagyvenusių asmenų nepriežiūra, šeimos narių paramos stoka; fizinė ar psichinė negalia, ribojanti dalyvavimą visuomeniniame gyvenime ir įsidarbinimo galimybes, lėtinės ligos; piktnaudžiavimas psichotropinėmis ir narkotinėmis medžiagomis, alkoholiu; priklausomybės nuo azartinių lošimų, alkoholio, narkotinių medžiagų; polinkis į nusikalstamą veiklą, ankstesnis teistumas; prekyba žmonėmis ir išnaudojimas; nepilnamečių nusikalstamumas; benamystė, elgetavimas, valkatavimas; žemas išsilavinimo lygis; pabėgėlio statusas, teisėtų dokumentų trūkumas (8).

2.1.2 Socialiai pažeidžiamų grupių paplitimas

2024 metų „Eurostat“ duomenimis, 2023 m. 94,6 mln. (21 proc.) žmonių Europos Sąjungoje grėsė skurdas arba socialinė atskirtis, t.y. jie gyveno namų ūkiuose, patiriančiuose bent vieną iš

socialinės atskirties rizikų: skurdo riziką, didelį materialinį ir socialinį nepriteklių ir/arba gyveno namų ūkyje, kuriame darbo intensyvumas labai mažas (9). Lyginant su 2022 m. statistiniais duomenimis, 2023-iais metais stebimas nedidelis skurdo ir socialinės atskirties lygio sumažėjimas (95,3 mln., 22 proc. gyventojų) (10). Nustatyta, jog 2023 m. skurdo ar socialinės atskirties rizika ES buvo didesnė moterims nei vyrams (22,3 proc. ir 20,3 proc. atitinkamai), taip pat didesnė jauniems suaugusiems, lyginant su vidutinio ar vyresnio amžiaus individais, žemo išsilavinimo lyginant su vidutinio ar aukštojo išsilavinimo asmenimis, ir ypač bedarbiams (11). Taip pat, daugiau nei penktadaliui ES gyventojų (22,4 proc.), gyvenančių namų ūkiuose, kuriuose išlaikomi vaikai, grėس skurdas arba socialinė atskirtis (12). Nustatyta, kad ES 2023 m. socialinės atskirties rizika įvairiose šalyse labai skyrėsi. Daugiausiai gyventojų, patiriančių socialinę riziką buvo Rumunijoje (32 proc.), Bulgarijoje (30 proc.), Ispanijoje (27 proc.) ir Graikijoje (26 proc.), o mažiausiai užfiksuota Čekijoje (12 proc.), Slovėnijoje (14 proc.), Suomijoje ir Lenkijoje (abiejose po 16 proc.). Lietuvoje gyventojų, patiriančių socialinę riziką, buvo daugiau nei ES vidurkis ir siekė 24,3 proc. gyventojų (9,12,13).

2.1.3 Socialiai pažeidžiamos grupės Lietuvoje

Lietuvoje kas penktas gyventojas yra ties skurdo riba ir patenka į socialinės rizikos grupę (14). Šalies Oficialios Statistikos Portalo duomenimis 2023 m. apie 589 000 šalies gyventojų gyveno žemiau skurdo ribos (15). Jau daugelį metų pažeidžiamiausios grupės Lietuvoje yra bedarbiai, vieniši asmenys, vieniši tėvai auginantys vaikus, pensijinio amžiaus asmenys, sveikatos problemų turintys asmenys ir vaikai (16). Lietuvoje, kaip ir visoje Europoje, stebimi ryškūs skirtumai tarp lyčių. 2023 m. apžvalgoje vyrų skurdo lygis siekė 18,6 proc., moterų – 22,3 proc. Šie skirtumai itin dideli tarp vyresnio amžiaus gyventojų – vyresnių nei 65 m. vyrų skurdo lygis siekė 23 proc., kuomet to paties amžiaus moterų net 43,2 proc. (15,17). Manoma, kad tokį atotrūkį lemia keli veiksniai: didesnis vyresnio amžiaus moterų skaičius nei vyrų, dėl beveik 10 metų ilgesnės moterų gyvenimo trukmės bei, Eurostat duomenimis, 14 proc. mažesnės socialinio draudimo pensijos moterims nei vyrams (15,18).

2.2 Burnos sveikatos paslaugų prieinamumas socialiai pažeidžiamoms grupėms

Burnos ligų paplitimas tarp visuomenės narių yra skirtingas ir netolygus. Matoma tendencija, kad didesnė burnos ligų našta – dantų ėduonis, periodonto ligos, burnos vėžys ir kitos būklės – neproporcingai dažniau pasireiškia pažeidžiamiausiems ir nepalankioje padėtyje esantiems visuomenės nariams (19). Šie burnos sveikatos skirtumai tarp visuomenės grupių nėra atsitiktiniai ir neišvengiami; burnos ligas lemia sudėtinga tarpusavyje sąveikaujančių veiksnių visuma, kurių dauguma asmenų neturi galimybės kontroliuoti. Viena iš priežasčių, lemiančių netolygų burnos ligų pasiskirstymą – nevienodas požiūris į burnos sveikatą ir nevienodas sveikatos sektoriaus paslaugų

prieinamumas jautriausioms visuomenės grupėms. Mokslinių tyrimų duomenimis, dėl finansinių sunkumų, gyvenamosios vietos ir gyvenamųjų sąlygų, profesinės aplinkos, išsilavinimo ir riboto informuotumo apie burnos sveikatos priežiūrą bei prevenciją, socialiai jautrūs asmenys negeba arba neturi galimybių laiku kreiptis ir sulaukti reikiamos pagalbos (20,21). 2024 m. Jungtinių Amerikos valstijų duomenimis, negydomų dantų ėduonies dažnis buvo beveik tris kartus didesnis tarp 2-5 metų amžiaus vaikų, gyvenančių mažas pajamas gaunančiuose namų ūkiuose (18 proc.) nei didesnes pajamas gaunančiuose namų ūkiuose (7 proc.), taip pat tarp 12-19 metų paauglių negydomas dantų ėduonis buvo dažnesnis tarp nepasiturinčių šeimų nei normalias pajamas gaunančių (14 proc. lyginant su 8 proc.) (22). Kitame JAV tyrime nustatyta, kad 2009-2014 m. periodontitas buvo dvigubai dažnesnis (60 proc.) tarp 30 metų ir vyresnių suaugusiųjų, gaunančių mažas pajamas lyginant su suaugusiaisiais, gaunančiais didesnes pajamas (30 proc.) (23). Tiriant vyresnius nei 65 metų amžiaus asmenis, nustatyta, kad visiškas dantų netekimas buvo daugiau nei tris kartus dažnesnis tarp asmenų, turinčių žemesnį nei vidurinį išsilavinimą (33 proc.), palyginus su asmenimis, turinčiais aukštesnį nei vidurinį išsilavinimą (9 proc.) (22). 2019 m. atliktoje sisteminėje apžvalgoje įrodyta, jog asmenys su intelektine negalia serga sunkesnėmis periodontito formomis, jų burnos higiena prastesnė ir ėduonies pažeistų dantų skaičius didesnis lyginant su bendrine populiacija, tačiau šie asmenys taip pat rečiau gydomi dantis, o jei gydomi, dantys dažniausiai būna šalinami, o ne atstatomi (24). Panašūs rezultatai gauti ir tiriant priklausomybes narkotinėms medžiagoms turinčius asmenis, benamius, pabėgėlius, nuteistuosius ir kitus socialiai pažeidžiamus asmenis (25–27).

2.3 Burnos sveikatos įtaka gyvenimo kokybei ir ekonomikai

Burnos sveikata yra vienas iš esminių fizinės, psichologinės, socialinės ir ekonominės žmonių gerovės ir gyvenimo kokybės aspektų (28). Burna atlieka ne tik svarbias fiziologines funkcijas, bet ir yra pagrindinis socialinės sąveikos, bendravimo ir saviraiškos įrankis. 2016 m. FDI Pasaulio odontologų federacijos generalinė asamblėja patvirtino naują platesnį burnos sveikatos apibrėžimą – burnos sveikata yra įvairiapusė gerovė ir funkcionalumas, apimantis gebėjimą kalbėti, šypsotis, užuosti kvapą, jausti skonį, liesti, kramtyti, nuryti ir, įvairiomis veido išraiškomis, pasitikint savimi, be skausmo ir diskomforto išreikšti emocijas (29). Dantų ir aplinkinių struktūrų išvaizda daro įtaką asmens savęs suvokimui, socialiniam pripažinimui ir profesinėms galimybėms, galiausiai daro įtaką asmens socialinei ir ekonominei padėčiai (30). Asmenys, kurių burnos sveikata akivaizdžiai prasta, gali patirti stigimą, sumažėjusį pasitikėjimą savimi ir socialinę diskriminaciją, o tai lemia psichologinę įtampą ir prastesnę gyvenimo kokybę (31).

Prastos burnos sveikatos pasekmės neapsiriboja tik individo kančiomis, tačiau paveikia ir platesnes visuomenines ir ekonomines struktūras. Burnos ligos lemia vaikų pamokų praleidimą, mažina darbo našumą, didina išlaidas sveikatos priežiūrai. M. Jevdjevic ir kt. apskaičiavo, kad 2019

metais, pasauliniu mastu išlaidos, susijusios su dantų ligomis, siekė 710 mlrd. JAV dolerių, iš kurių tiesioginės gydymo išlaidos siekė 387 mlrd. JAV dolerių, o netiesioginiai ekonominiai nuostoliai dėl sumažėjusio dalyvavimo darbo rinkoje siekė 323 mlrd. JAV dolerių (32). Negydomos burnos ligos taip pat gali prisidėti prie sisteminių ligų, tokių kaip diabetas, širdies ir kraujagyslių ligos, arba jas pabloginti, taip padidindamos bendrą sveikatos priežiūros našą ir pablogindamos bendrą savijautą (30). Dėl prasto odontologinių paslaugų prieinamumo socialiai jautrioms grupėms ir prastos priežiūros taip pat daugėja skubios pagalbos apsilankymų ligoninėse dėl dantų ligų, kurių galima išvengti, o tai dar labiau apkrauna sveikatos priežiūros sistemas (33).

2.4 Burnos ligos ir jų paplitimas tarp socialiai pažeidžiamų asmenų

Didžioji dalis burnos sveikatos sutrikimų gali būti išvengiami ir sąlyginai lengvai pagydomi ankstyvose ligos stadijose. Dažniausiai pasitaikančios būklės tai dantų ėduonis, periodonto ligos, dantų netekimas ir burnos vėžys. Kitos svarbios dažnai pasitaikančios būklės – tai dantų erozijos, veido ir žandikaulių nesuaugimai, dantų traumos (1). 2021 m. „Global Burden of Disease“ duomenimis patvirtinta, jog beveik 3,69 mlrd., pusė pasaulio populiacijos, kenčia nuo negydomo ėduonies, sunkaus periodontito, adentijos ir kitų burnos būklių (34). Neproporcingai didelė šių sutrikimų dalis tenka socialiai pažeidžiamiems asmenims. Socialinė – ekonominė padėtis ir burnos ligų paplitimas bei sunkumas yra glaudžiai susiję (1).

2.4.1. Dantų ėduonis

Dantų ėduonis – tai terminas, reiškiantis ir ligą, ir atsiradusį pažeidimą (35). Ėduonies procesas vyksta ant dantų paviršiaus susiformavusiame bakteriniame sluoksnyje: kiekvienas pH kritimas aktyvina bioplėvelę, sukeldamas emalio ir dentino demineralizaciją bei kietųjų audinių pažeidimą (35). Dantų ėduonis atsiranda, kai burnos ertmėje įprastai persistuojanti dantų bioplėvelės mikrobiota dėl dažno cukraus vartojimo pasikeičia į acidogeninę ir kariesogeninę populiaciją (36). Ėduonį sukelia prie danties paviršiaus prisitvirtinusios ir apnaše esančios kariesogeninės bakterijos, dažniausiai *Streptococcus mutans*, metabolizuojančios cukrų (esantį maisto produktuose, gėrimuose) ir gaminančios rūgštį, ilgainiui demineralizuojančią danties struktūrą (37). Paviršiaus demineralizacija pradžioje gali būti kliniškai nepastebima, ėduonis – procesas, gali egzistuoti be akimi matomo pažeidimo (36). Nuolatinis didelis laisvųjų cukrų kiekis, nepakankamas fluoridų poveikis ir nepakankamai geras apnašų šalinimas dantų šepetėliu ilgainiui lemia karieso ertmės atsiradimą, gali sukelti skausmą, o kartais didesnę infekciją ar dantų netekimą (1). Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis negydomas dantų ėduonis yra labiausiai paplitusi liga visame pasaulyje, nuo kurios kenčia apie 2,5 mlrd. žmonių (38).

2.4.2 Periodonto ligos

Periodonto ligos pažeidžia audinius, kurie supa ir palaiko dantis – dantenos, alveolinį kaulą, cementą ir periodonto raištį. Gingivitas yra lengviausia periodonto ligų forma ir gali būti sutinkama 90 proc. populiacijos (39). Gingivitui būdingas dantenų kraujavimas, paburkimas, kartais blogas burnos kvapas. Tai grįžtama būklė, pažeidžianti tik minkštuosius audinius, kuri praeina, jeigu pagerėja burnos higiena (1). Periodontitas – tai periodonto būklė progresavusi iš gingivito į lėtinę, destruktivią, negrįžtamą uždegiminę ligą. Periodontito metu bakterijos prasiskverbia į gilesnius audinius, ir iššaukia organizmo gynybinę reakciją, kurios metu bandoma apsisaugoti nuo įsibrovusių bakterijų (39). Tačiau organizmo gynybiniai mechanizmai taip pat sunaikina ir patį periodontą – sumažėja periodonto jungties prisitvirtinimo lygis, inicijuojama alveolinio kaulo rezorbcija, kuri ilgainiui baigiasi pažeisto danties netekimu. Apskaičiuota, kad sunkiomis periodonto ligomis serga apie 19 proc. suaugusiųjų pasaulio gyventojų, o tai sudaro daugiau kaip 1 mlrd. atvejų visame pasaulyje (38). Pagrindiniai periodonto ligų rizikos veiksniai yra prasta burnos higiena ir tabako vartojimas (1).

2.4.3 Burnos vėžys

Burnos vėžys – tai navikinis procesas galintis išsivystyti bet kurioje burnos vietoje: skruostų, dantenų, burnos dugno, kietojo bei minkštojo gomurio, žiočių lanko, tonzilių, liežuvio gleivinėje bei lūpose (40). Liga dažniausiai prasideda nedideliu neskausmingu gleivinės sukietėjimu ar opele, kurie ilgainiui negyja ir vis didėja. PSO duomenimis burnos vėžys yra 13-oje vietoje pagal dažnumą pasaulyje – 2020 m. užregistruota 377 713 naujų atvejų ir 177 757 mirtys (41). Burnos vėžys dažniausiai pasireiškia vyresniems nei 40 metų žmonėms, juo daugiau nei du kartus daugiau serga vyrai, ir, palyginti su moterimis, vyrų mirtingumas nuo burnos vėžio didesnis (42). Burnos vėžio paplitimas tiesiogiai priklauso nuo socialinių ir ekonominių aplinkybių (1). Tabako, alkoholio ir betelio riešutų vartojimas yra viena iš pagrindinių burnos vėžio priežasčių. Šiaurės Amerikoje ir Europoje vis didesnę jaunų žmonių burnos vėžio atvejų dalį lemia žmogaus papilomos viruso (ŽPV) infekcija (1,42).

2.5 Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų specialistų vaidmuo socialiai pažeidžiamų asmenų burnos sveikatos kontekste

Nepaisant to, kad pastaraisiais dešimtmečiais padaryta didelė mokslinė pažanga aiškinantis burnos ligų patogenezę ir priežastis, pasaulinė burnos ligų problematika išlieka, jos šiuolaikinei odontologijai iki šiol nepavyko išspręsti. Naujausios aukštosios technologijos ir specializacija didina odontologinių paslaugų kaštus ir kainą, o tai savaime nepadedą didinti prieinamumo socialiai pažeidžiamiems asmenims gauti paslaugas ir šalinti burnos sveikatos sistemos netolygumus (43). Dėl

šios priežasties svarbus vaidmuo mažinant socialinę ir ekonominę atskirti burnos sveikatos kontekste tenka sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų specialistams, kurie tiesiogiai, kaip odontologai, burnos ligų negydo, bet savo ruožtu, gali skatinti burnos sveikatą gerinančius įpročius. Tokie specialistai, įskaitant bendrosios praktikos gydytojus, slaugytojus, socialinius darbuotojus, individualios priežiūros specialistus ir visuomenės sveikatos specialistus yra labai svarbūs ligų prevencijoje, ankstyvame ligų nustatyme ir gydymo prieinamumo gerinime (44). Pirmieji pastebėję problemą ar pirmuosius ligos požymius, šie specialistai, gali nukreipti socialiai jautrius asmenis pradiniam gydymui, kuris yra galimas, jeigu suteikiamas, kol būklė dar nėra pažengusi (45). Medicinos specialistai, ypač pirminės sveikatos priežiūros gydytojai ir slaugytojos, gali atlikti esminį vaidmenį burnos sveikatos stiprinimo srityje, skatindami prevencinį elgesį, pavyzdžiui, apsilankymo pas gydytoją metu profilaktiniais ar kitais tikslais, akcentuoti pacientui burnos sveikatos ir burnos higienos įgūdžių svarbą, skatinti reguliariai valyti dantis ir keisti mitybą, taip pat laiku nukreipti pacientus odontologinei apžiūrai (46). Pagrindiniai idealios burnos sveikatos priežiūros bruožai ir yra būtent tokie: burnos sveikatos priežiūra neturėtų būti atskirta nuo bendrosios sveikatos; joje turėtų būti akcentuojamas burnos sveikatos stiprinimas ir ligų prevencija; ji turėtų būti stebima ir atitikti visuomenės poreikius; ji turi būti pagrįsta įrodymais, kliniškai veiksminga ir ekonomiškai prieinama, taip pat tvari, teisinga ir visuotinė (47). Medicinos personalo bendradarbiavimas ir įsitraukimas gali padėti sumažinti socialiai pažeidžiamų asmenų atotrūkį nuo medicininės ir odontologinės priežiūros, užtikrinant holistiškesnį požiūrį į sveikatą (43). Socialiniai darbuotojai taip pat turi dirbti tarpdiscipliniškai ir gali turėti reikšmingą indelį rūpinantis pacientų burnos gerove. Socialiniai darbuotojai, kaip specialistai, neprivalo išmanyti odontologinių gydymo metodų ir principų, tačiau jie turi žinoti pagrindinius faktus apie burnos sveikatą ir kaip tai veikia pacientų savijautą. Puikus pavyzdys – besilaukiančios moterys. Nustatyta, kad didelė dalis nėščiųjų nesulaukia tinkamos odontologinės priežiūros nėštumo metu (48). Tinkamas dantų ir tarpdančių valymas šepetėliu ir siūlu yra esminis burnos sveikatos principas, tačiau jis tampa itin reikšmingas ir svarbus nėščioms moterims, kurios jaučia rytinį pykinimą, potraukį saldžiam maistui ar jaučia dantenų jautrumą, kas lemia dantų valymo vengimą. Socialinis darbuotojas tampa vienu iš pagrindinių asmenų, kurie gali priminti motinai reguliariai valyti dantis fluoro turinčia pasta du kartus per dieną, kasdien naudoti dantų siūlą bei teikti bendrą informaciją ir kitus priminimus, ar netgi padėti rasti odontologines paslaugas to prireikus (49). Sveikatos ir socialinės priežiūros specialistai, įskaitant visuomenės sveikatos specialistus, turėdami užtektinai žinių ir kompetencijų, taip pat yra svarbūs ne tik galėdami tiesiogiai prisidėti prie asmens burnos sveikatos priežiūros, bet ir visuomeniniu lygmeniu, suvokiant tikrąją situaciją, kurti prevencines programas ir prisidėti prie politikos formavimo, kuri pagerintų paslaugų prieinamumą ir įperkamumą, kartu integruojant burnos sveikatos švietimą tiek socialiai pažeidžiamoms grupėms, tiek specialistams galintiems prisidėti prie skirtumų mažinimo (28).

2.5.1 Socialiai pažeidžiamas grupės prižiūrinčių specialistų kompetencijos, teisių ir pareigų normos burnos priežiūros kontekste

Lietuvoje sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų specialistų: gydytojų, slaugytojų, individualios priežiūros darbuotojų, socialinių darbuotojų ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, pareigoms pacientų burnos sveikatos atžvilgiu įtakos turi įvairi teisinė bazė ir profesiniai standartai. Nors aiškūs įgaliojimai, susiję su burnos sveikata, nevienodai išsamiai aprašyti skirtingų profesijų kontekste, tam tikri reglamentai ir profesinės normos numato atsakomybę, susijusią su bendra pacientų sveikata, apimančia ir burnos sveikatą.

Lietuvos respublikos apsaugos ministerijos 2022 metais priimtame įsakyme dėl Lietuvos medicinos normos MN 7:2022 “Medicinos gydytojas” prie medicinos gydytojo pareigų 12.2 punktu nurodyta, kad pagal savo kompetenciją, medicinos gydytojas privalo diagnozuoti ir gydyti ligas bei sveikatos sutrikimus, rekomenduoti ir dalyvauti organizuojant profilaktikos priemones bei užtikrinti teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, propaguoti sveiką gyvenseną, ligų prevencijos ir sveikatos tausojimo bei ugdymo priemones; 16.3.1.3. punktu nurodoma, kad gydytojas turi mokyti pacientą ligų profilaktikos įgūdžių (50). Nors tiesiogiai burnos sveikata įsakyme nėra išskiriama, į ligų profilaktikos įgūdžių mokymą įeina ir burnos ligos. Sveikos gyvensenos, ligų profilaktikos, sveikatos tausojimo ir ugdymo priemonių propagavimas – vienos iš pagrindinių pareigų, nurodytų visų specializacijų gydytojų normose.

Įsakyme dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo, įsigaliojusiam 2011 m., 14.9.18.4 punkte nurodoma, kad pagal kompetenciją, bendrosios praktikos slaugytojai atlieka burnos ertmės priežiūros procedūras (51). Slaugytojai taip pat privalo propaguoti sveiką gyvenseną, ligų profilaktikos ir sveikatos tausojimo bei ugdymo priemones, tačiau priešingai nei medicinos gydytojai, slaugytojai yra tiesiogiai atsakingi už pacientų burnos sveikatos būklę ir priežiūrą (51).

Socialiniai darbuotojai ir individualios priežiūros specialistai dirba vadovaudamiesi gairėmis, kuriose daugiausia dėmesio skiriama asmenų socialinei gerovei palaikyti. Nors jų pagrindinis vaidmuo nėra medicininis, jie dažnai padeda prižiūrimiems asmenims gauti būtinas sveikatos priežiūros paslaugas, įskaitant tarpininkavimą lankantis pas odontologus bei informuotumo apie burnos sveikatos svarbą skatinimą, pripažįstant jos reikšmę bendrai sveikatai ir socialinei integracijai. Lietuvos Respublikos darbo ir apsaugos ministerijos 2015 m. įsakyme „Dėl socialinių paslaugų srities darbuotojų pareigybių ir atliekamų funkcijų sąrašo patvirtinimo“, prie socialinių darbuotojų pareigybių 2.4.2 punktu nurodoma, kad šie specialistai turi įtraukdami asmenį ir bendradarbiaudami su kitais pagalbą asmeniui teikiančiais specialistais, atlikti asmens pagalbos poreikių vertinimą, rengti ir atnaujinti individualios pagalbos asmeniui planą, jame nurodydamas pagalbos būdus ir priemones teigiamam asmens situacijos pokyčiui pasiekti (52). Tačiau vidiniuose įstaigų pareigybių

aprašymuose prie socialinių darbuotojų pareigų patikslinama, kad šie specialistai turi organizuoti buitines ir asmens higienos paslaugas, kasdienio gyvenimo įgūdžių ugdymą ir palaikymą; bendradarbiaudami su gydytojais, slaugytojais ir kitais sveikatos priežiūros specialistais padeda pacientui (šeimai) spręsti socialinio aspekto problemas (53,54). Tuo tarpu prie individualios priežiūros darbuotojų Respublikos darbo ir apsaugos ministerijos 2015 m. įsakyme „Dėl socialinių paslaugų srities darbuotojų pareigybių ir atliekamų funkcijų sąrašo patvirtinimo“ 4.2. punktu nurodoma, jog šie specialistai tiesiogiai, atsižvelgiant į asmens (šeimos) savarankiškumo lygį, yra atsakingi už maisto ruošimą, maitinimą bei asmens higieną (52).

Visuomenės sveikatos specialistams pavesta kurti ir įgyvendinti sveikatos stiprinimo strategijas bendruomenės ir nacionaliniu lygmenimis. Jų vaidmuo apima įvairių visuomenės sveikatos programų ir projektų planavimą ir įgyvendinimą, susijusį su prevencija, gydymu ir ligų kontrolės veiksmais. Jie konsultuoja visuomenę, teikia informaciją įvairiomis sveikatos temomis ir turi užtikrinti, kad visuomenės sveikata būtų apsaugota ir pagerinta (55).

2.6 Burnos sveikatos ugdymo svarba medicinos, socialinėje ir visuomenės sveikatos srityse

Burnos sveikata yra neatsiejama nuo bendros sveikatos ir gerovės, todėl teisingas specialistų švietimas burnos sveikatos klausimais turi būti įtraukiamas į visas – medicinos, socialinę ir visuomenės sveikatos disciplinas. Burnos sveikatos mokymo įtraukimas medicinos specialistams leidžia jiems labiau suvokti burnos ligų sąsajas su sisteminėmis būklėmis. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad periodonto ligos ir sisteminė sveikata turi abipusį ryšį t.y. periodonto ligos gali sunkinti sisteminės būklės, tokias kaip kardiovaskulinės ligos, diabetas, o šios sisteminės ligos, savo ruožtu, gali daryti įtaką periodonto ligų atsiradimui ar progresavimui (56). Taip pat įrodyta, kad vienos ligos gydymas gali lemti geresnius kitos ligos gydymo rezultatus (56). Svarbu, kad gydytojai ir kiti sveikatos paslaugų specialistai žinotų apie šį ryšį, šviestų pacientus, skatintų prevencines priemones ir odontologinę priežiūrą. Tačiau, kad specialistai tinkamai ir efektyviai skatintų profilaktiką, svarbu, kad jie patys turėtų pakankamai žinių. Burnos sveikatos žinių integravimas į bendrąją medicinos praktiką palengvina visapusišką pacientų priežiūrą ir ankstyvos intervencijos strategijas. Nors socialinės ir visuomenės sveikatos specialistai atlieka svarbų vaidmenį skatinant bendrą sveikatos gerovę, jų žinios apie burnos sveikatą dažnai yra nepakankamos. Neturėdami tinkamo išsilavinimo, jie negali atitinkamai šviesti socialiai pažeidžiamoms grupės priklausančių asmenų ir jiems padėti palaikyti tinkamą burnos higieną. Pavyzdžiui, M. A. Baseer ir kt. atliktame tyrime buvo tiriamos medicinos specialistų burnos sveikatos žinios, požiūris ir praktika, kurio metu paaiškėjo, jog specialistų burnos sveikatos žinios buvo prastesnės, nei tikėtasi, nepaisant to, kad jų raštingumo lygis sveikatos priežiūros srityje buvo aukštas (57). Norint užtikrinti, kad sveikatos sektoriaus ir socialinių paslaugų specialistai reikšmingai prisidėtų prie sveikatos paslaugų prieinamumo skirtumų mažinimo,

labai svarbu stiprinti jų burnos sveikatos mokymą pasitelkiant tikslias mokymo programas ir tarpdisciplininį bendradarbiavimą.

2.7 Nuotolinis mokymasis sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų srityje

Nuotolinis mokymasis tapo neatsiejama sveikatos ir socialinių paslaugų specialistų švietimo ir nuolatinio profesinio tobulėjimo dalimi. Mokymasis nuotoliniu būdu suteikia daugiau lankstumo ir prieinamumo, todėl specialistai gali nuolat susipažinti su besikeičiančia praktika ir aktualijomis. Moksliniai tyrimai nustatė, kad nuotolinis mokymasis gali būti toks pats veiksmingas, kaip ir tradicinis tiesioginis mokymasis, jei taikomi gerai struktūruoti ir interaktyvūs metodai (58). Pabrėžiama, kad ypatingai mišrus mokymosi būdas, kuomet derinamas nuotolinis ir gyvas mokymasis, duoda geriausių rezultatus ir gali pagerinti sveikatos priežiūros specialistų žinių lygį ir įgūdžius (58). Kaimo vietovėse ir už miesto esančiuose regionuose, kuriuose nėra paslaugų gausos ir įvairovės, nuotolinis mokymasis tampa esmine tęstinio profesinio tobulėjimo priemone, leidžianti be didelių kaštų ir sunkumų patogiai gerinti žinias. Tyrimai rodo, kad nuotolinių mokymų organizavimas, ypatingai nuo didmiesčių atokesnėse vietovėse, yra labai svarbus siekiant išlaikyti kompetentingus specialistus, teikiančius kokybiškas paslaugas (59). Nepaisant privalumų, nuotolinis mokymasis kelia įsitraukimo ir dėmesio sutelkimo sunkumų, taip pat stokoja praktinių įgūdžių mokymosi galimybių bei gali trukdyti kokybiškam mokymuisi dėl atsirandančių techninių kliūčių. Siekiant užtikrinti nuotolinių mokymų veiksmingumą, reikia spręsti šias problemas pasitelkiant gerai paruoštas programas ir institucijų pagalbą (60).

3. METODAI IR MEDŽIAGOS

3.1 Tyrimo dizainas

Siekiant išspręsti tyrimo uždavinius pasirinktas prieš ir po intervencinis aprašomasis tyrimas. Tyrimui atlikti buvo gautas Vilniaus regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto leidimas Nr.2019/10-1162-652 pakeitimas Nr.2 (priedas 8.1).

3.2 Tiriamoji populiacija. Tiriamųjų atrankos būdai.

Tyrimo metu buvo apklausti 18-70 m. amžiaus Lietuvoje gyvenantys specialistai, dirbantys su socialiai pažeidžiamomis grupėmis (senjorais, neįgaliaisiais, nėsčiosiomis, vaikais, socialiai remtiniais asmenimis).

Tiriamųjų įtraukimo kriterijai:

- specialistai, dirbantys su socialiai pažeidžiamomis grupėmis
- specialistai dirbantys Lietuvoje

- asmenys, galintys tyrime dalyvauti virtualiu būdu
- savanoriškai tyrime sutinkantys dalyvauti asmenys

Atmetimo kriterijai:

- asmenys negebantys ir/ar neturintys galimybių tyrime dalyvauti virtualiu būdu
- asmenys negalintys užpildyti tyrimo anketų du kartus

3.3 Tyrimo imties dydis

Lietuvoje analogiškų tyrimų, tiriančių socialiai pažeidžiamas grupes prižiūrinčius specialistus, nebuvo atlikta, todėl tikslios imties apskaičiavimui trūko duomenų. Tyrime pasirinkta naudoti patogiają atranką – į tyrimą įtraukti visi sutikę dalyvauti ir atrankos kriterijus atitinkantys asmenys. Tyrimo duomenų analizei naudoti duomenys respondentų, kurie į anketą atsakė du kartus.

3.4 Tiriamųjų kvietimas dalyvauti tyrime

Informacija apie rengiamus mokymus ir kvietimas dalyvauti tyrime buvo viešai prieinamas internetinėje „Lietuvos Respublikos Odontologų rūmų“ svetainėje skelbimo forma. Kvietimu taip pat buvo pasidalinta elektroniniu būdu su specialistus vienijančiomis profesinėmis organizacijomis (visuomenės sveikatos specialistų, socialinių darbuotojų, individualios priežiūros specialistų, gydytojų ginekologų, šeimos gydytojų, vaikų ligų gydytojų, slaugytojų).

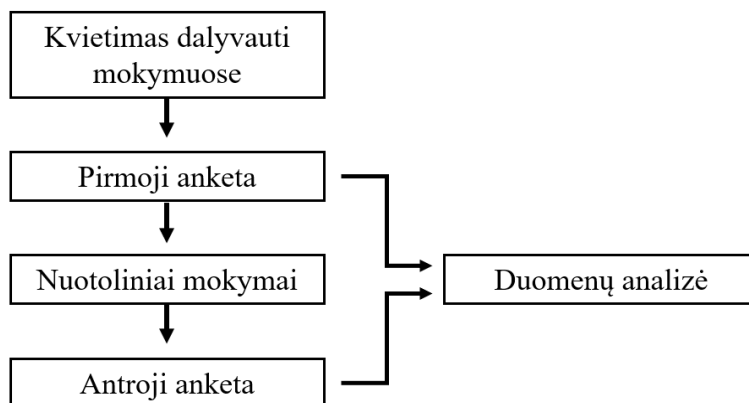
3.5 Tyrimo instrumentas

Tyrimo instrumentas – anoniminis klausimynas, sudarytas iš 32 uždaro tipo klausimų, skirtas vertinti tiriamųjų žinias apie burnos sveikatą. Klausimynas suformuotas naudojant ankstesniuose tyrimuose validuotų anketų klausimus ir sudarytas iš dviejų dalių – sociodemografinių ir žinias tiriančių klausimų.

Klausimynas validuotas atlikus klausimyno patikimumo ir konsistentiškumo analizę, taikant testo ir pakartotinio testo patikimumo metodą. Anketa buvo pateikta 30 pagrindiniame tyrime nedalyvaujančių asmenų, kurie į klausimus atsakė du kartus su dviejų savaičių intervalu. Vidinio nuoseklumo, rodančio kaip glaudžiai susiję klausimyno elementai, vertinimui apskaičiuota Cronbach's Alpha, o klausimyno patikimumui vertinti, nustatant, kiek panašūs yra dviejų testo atlikimo kartų rezultatai, naudotas tarpklasinės koreliacijos koeficientas (ICC). Gauta 0,761 Cronbach's Alpha vertė parodė, jog klausimynas pasižymi geru vidiniu klausimų nuoseklumu ir koreliacija, o apskaičiuotas 0,958 vertės ICC rodiklis nurodo, kad klausimynas pasižymi puikiu patikimumu – jis aiškus ir lengvai atkuriamas t.y. respondentai nuolat pateikia panašius atsakymus, kai testas atliekamas skirtingu laiku.

Validuotas klausimynas tiriamiesiems buvo pateiktas du kartus: pirmą kartą prieš nuotolinius mokymus, antrą kartą po jų.

3.6 Tyrimo eiga:



1 pav. Tyrimo plano schema

Tyrimo dalyviai pakviesti dalyvauti šešių valandų mokymuose virtualiu būdu. Mokymai buvo organizuojami „LR Odontologų Rūmų“ iniciatyva. Programą sudarė ir mokymus vedė lektoriai – Vilniaus universiteto Odontologijos instituto dėstytojai. Mokymų medžiaga apėmė pagrindines burnos sveikatos temas (dantų ėduonis, periodonto ligos, dantų erozijos, individualios burnos higienos ypatumai, mitybos įpročių įtaka burnos ir dantų sveikatai) ir atliepė klausimyno klausimus. Pirmoji anketa savanoriškai tyrime sutikusiems dalyvauti tiriamiesiems pateikta prieš mokymus, antroji po jų. Iš abiejų anketų atsakymų sudarytas tyrimo duomenų rinkinys ir atlikta duomenų analizė. Žinių lygis vertintas už teisingą atsakymą į klausimą skiriant 1 balą. Dalinai teisingai ar neteisingai atsakyti klausimai buvo vertinami 0. Galutinį žinių balą sudarė teisingai atsakytų klausimų suma.

3.7 Asmens duomenų apsauga

Dalyviai anketą pildė anonimiškai, nebuvo renkama jokia asmeninė informacija, galinti atskleisti tapatybę. Kiekvienam dalyviui priskirtas atitinkamas kodas, kuris leido susieti pirmas ir antras anketas.

3.8 Paskirstymas į grupes

Tiriamieji buvo skirstomi į grupes pagal lytį, amžių, profesiją, darbovietės tipą, praktikos vietą, turimą profesinę patirtį, patirtį dalyvaujant tobulinimo kursuose apie burnos sveikatą, poreikį konsultuoti burnos ligų klausimais (1 lentelė). Pagrindinis stratifikuojantis nepriklausomas kintamasis šiame tyrime buvo profesija – pagal ją analizuojamas kitų kintamųjų poveikis žinių balui. Pagal profesijos tipą buvo sudarytos keturios grupės. Medicinos personalo grupei priskirti gydytojai ginekologai-akušeriai, akušeriai, vaikų ligų gydytojai, šeimos gydytojai, slaugytojai; socialinių

darbuotojų grupei – socialiniai darbuotojai bei jų padėjėjai. Likusias dvi grupes sudarė visuomenės sveikatos specialistai ir individualios priežiūros specialistai.

1 lentelė. Grupių sudarymas pagal sociodemografinius ir specialybinius veiksnius.

Nepriklausomi kintamieji	
Lytis	Vyrai
	Moterys
Amžius	18-35 m.
	36-52 m.
	53-70 m.
Profesija	Medicinos personalas
	Individualios priežiūros specialistai
	Socialiniai darbuotojai
	Visuomenės sveikatos specialistai
Profesinė patirtis metais	1-5 m.
	6-10 m.
	11-20 m.
	>21 m.
Praktikos vieta	Kaimas
	Miestas
	Kaimas ir miestas
Darbovietės tipas	Vieša ASPĮ
	Privati ASPĮ
	Vieša ir privati ASPĮ
	Kitos
Darbo laikas etatais	0,25-0,5
	0,75-1
	>1
Patirtis dalyvaujant mokymuose apie burnos sveikatą („Ar kada nors dalyvavote tobulinimo kursuose apie burnos sveikatą?“)	Yra
	Nėra
Poreikis konsultuoti burnos sveikatos klausimais („Ar jums tenka duoti patarimus burnos sveikatos klausimais?“)	Yra
	Nėra
Poreikio konsultuoti burnos sveikatos klausimais dažnis („Kiek vidutiniškai per mėnesį pacientų paprašo Jūsų pakonsultuoti dėl burnos sveikatos problemų?“)	0
	1-5
	6 ir daugiau
Priklausomi kintamieji	
Žinių lygis prieš mokymus	
Žinių lygis po mokymų	
Žinių pokytis	

3.9 Statistinė analizė

Statistinei tyrimo duomenų analizei buvo naudojamas paketas „IBM SPSS Statistics“, versija 26.0. Dalyvių pasiskirstymas apskaičiuotas naudojant aprašomąją statistiką. Tyrimo duomenų

pasiskirstymo normalumui nustatyti naudotas Shapiro-Wilk testas, kintamųjų tarpusavio priklausomybė skaičiuota taikant Chi-kvadrato (χ^2), Kruskal-Wallis testus, žinių balo reikšmingumas tarp grupių – Mann Whitney ir Kruskal-Wallis testus, žinių pokyčio reikšmingumas po mokymų – Wilcoxon Signed-Rank testą. Statistinio reikšmingumo lygmuo pasirinktas $p < 0,05$.

4. REZULTATAI

Tyrime sutiko dalyvauti 434 tiriamieji, iš kurių, į abi anketas atitinkamai ir pilnai atsakė 267 (62 proc.). Antroje lentelėje pateiktas tiriamųjų pasiskirstymas pagal sociodemografinius ir specialybinius rodiklius (2 lentelė). Statistiškai reikšmingai daugiau į anketas atsakė socialinių darbuotojų ($N=85$, 32 proc.) ir individualios priežiūros specialistų ($N=81$, 30 proc.) nei visuomenės sveikatos specialistų ($N=52$, 20 proc.) ar medicinos personalo ($N=49$, 18 proc.), $p=0,001$. Duomenų statistinei analizei buvo naudojama mediana, nes tiriamųjų amžiaus ir profesinės patirties (metais) pasiskirstymas nebuvo normalus, duomenys turėjo išskirčių ($p < 0,001$). Tiriamųjų amžius svyravo nuo 18 iki 70 metų, mediana – 49,0 metai (IKD=19). Amžiaus mediana tarp specialistų grupių reikšmingų skirtumų neturėjo. Tyrime dalyvavo 256 (96 proc.) moterys ir 11 (4 proc.) vyrų ($p < 0,001$). Bendra tiriamųjų profesinės patirties metų mediana buvo 8,0 metai (IKD=12), tačiau tarp skirtingų profesinių grupių ji skyrėsi ($p < 0,001$): didžiausią profesinę patirtį turėjo visuomenės sveikatos specialistai ($M=8,0$, IKD=10) ir socialiniai darbuotojai ($M=7,0$, IKD=7), mažesnę profesinę patirtį turėjo medicinos personalas ($M=6,0$, IKD=23) ir individualios priežiūros specialistai ($M=6,0$, IKD=15). Pagal praktikos vietą daugiausiai tiriamųjų buvo dirbančių miestuose – 151 (57 proc.), kaimuose buvo 66 (25 proc.), ir kaimuose ir miestuose kartu – 50 (19 proc.), $p < 0,001$. Dirbančių viešojo asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (ASPI) buvo 55 proc. ($N=148$), privačioje ASPI 4 proc. ($N=11$), viešojo ir privačioje ASPI 6 proc. ($N=17$) bei kitose įstaigose 34 proc. ($N=91$). Daugiausiai tiriamųjų buvo dirbančių 0,75-1 etato – 79 proc. ($N=211$), dirbančių 0,25-0,5 etato ir daugiau nei 1 etatu buvo mažiau – 6 proc. ($N=15$) ir 15 proc. ($N=41$) atitinkamai ($p < 0,001$). Tyrimo rezultatai atskleidė, jog tik 17 proc. ($N=46$) tiriamųjų ankščiau yra dalyvavę mokymuose apie burnos sveikatą, 83 proc. ($N=221$) mokymuose nedalyvavę. Tarp specialistų grupių daugiausiai mokymuose apie burnos sveikatą buvo dalyvavę visuomenės sveikatos specialistai ($p < 0,001$). Tačiau 70 proc. ($N=187$) visų tiriamųjų pažymėjo, kad darbe tenka konsultuoti burnos sveikatos klausimais, tik 30 proc. ($N=80$) teigė, jog klausimų nesulaukia. Daugiausiai tokių klausimų sulaukia visuomenės sveikatos specialistai (92 proc.), mažiau sulaukia medicinos personalas (63 proc.), individualios priežiūros darbuotojai (65 proc.) ir socialiniai darbuotojai (65 proc.), $p < 0,001$. Didžioji dalis visų tiriamųjų – 56 proc. ($N=150$) pažymėjo, jog burnos sveikatos klausimais per mėnesį konsultuoja 1-5 kartus, 7 proc. ($N=18$) konsultuoja 6 ir daugiau kartų, 37 proc. ($N=99$) konsultuoja rečiau nei 1 kartą per mėnesį arba

visai nekonsultuoja. Poreikio konsultuoti burnos sveikatos klausimais dažnis tarp skirtingų specialistų grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė (2 lentelė).

2 lentelė. Tiriamųjų sociodemografinių rodiklių pasiskirstymas stratifikuojant pagal tiriamųjų grupes.

Kintamieji	Tiriamųjų imtis	Profesinės grupės								p (tiriamųjų imtyje)
		Medicinos personalas		Individualios priežiūros darbuotojai		Socialiniai darbuotojai		Visuomenės sveikatos specialistai		
		N (%)		N (%)		N (%)		N (%)		
	267 (100.0)	49 (18)		81 (30)		85 (32)		52 (20)		0.001 ^C
Amžiaus metais mediana (IKD)	49.0 (19)	49.0 (18)		51.0 (18)		48.0 (20)		38.5 (24)		0.239 ^K
Profesinės patirties metų mediana (IKD)	8.0 (12)	6.0 (23)		6.0 (15)		7.0 (7)		8.0 (10)		0.000 ^K
Amžiaus grupės		N (%)	p	N (%)	p	N (%)	p	N (%)	p	
• 18-35	63 (24)	10 (20)	0.138 ^C	13 (16)	0.004 ^C	23 (27)	0.268 ^C	17 (33)	0.981 ^C	0.390 ^C
• 36-52	109 (41)	21 (43)		36 (44)		35 (41)		17 (33)		
• 53-70	95 (36)	18 (37)		32 (40)		27 (32)		18 (34)		
Lytis										
• Moteris	256 (96)	47 (96)	0.000 ^C	78 (96)	0.000 ^C	80 (94)	0.000 ^C	51 (98)	0.000 ^C	0.000 ^C
• Vyras	11 (4)	2 (4)		3 (4)		5 (6)		1 (2)		
Profesinės patirties metų grupės										
• 1-5	101 (38)	9 (18)	0.001 ^C	37 (46)	0.000 ^C	35 (41)	0.000 ^C	20 (39)	0.057 ^C	0.000 ^C
• 6-10	64 (24)	10 (20)		13 (16)		31 (36)		10 (19)		
• 11-20	52 (20)	6 (12)		15 (18)		16 (19)		15 (29)		
• 21<	50 (19)	24 (49)		16 (20)		3 (4)		7 (13)		
Praktikos vieta										
• Kaimas	66 (25)	5 (10)	0.000 ^C	31 (38)	0.016 ^C	26 (31)	0.036 ^C	4 (8)	0.000 ^C	0.000 ^C
• Miestas	151 (57)	37 (76)		35 (43)		39 (46)		40 (77)		
• Kaimas ir miestas	50 (19)	7 (14)		15 (19)		20 (23)		8 (15)		
Darbovietės tipas										
• Vieša ASPĮ	148 (55)	32 (65)	0.000 ^C	50 (62)	0.000 ^C	46 (54)	0.000 ^C	20 (38)	0.000 ^C	0.000 ^C
• Privati ASPĮ	11 (4)	5 (10)		2 (2)		4 (5)		0 (0)		
• Vieša ir private ASPĮ	17 (6)	9 (18)		1 (1)		6 (7)		1 (2)		
• Kitos	91 (34)	3 (6)		28 (35)		29 (34)		31 (60)		
Darbo laikas etatais										
• 0.25-0.5	15 (6)	3 (6)	0.000 ^C	6 (7)	0.000 ^C	3 (3)	0.000 ^C	3 (6)	0.000 ^C	0.000 ^C
• 0.75-1	211 (79)	33 (67)		70 (86)		77 (91)		31 (60)		
• >1	41 (15)	13 (27)		5 (6)		5 (6)		18 (34)		
Patirtis dalyvaujant mokymuose apie burnos sveikatą										
• Yra	46 (17)	6 (12)	0.000 ^C	4 (5)	0.000 ^C	4 (5)	0.000 ^C	32 (62)	0.096 ^C	0.000 ^C
• Nėra	221 (83)	43 (88)		77 (95)		81 (95)		20 (38)		
Poreikis konsultuoti burnos sveikatos klausimais										
• Yra	187 (70)	31 (63)	0.063 ^C	53 (65)	0.005 ^C	55 (65)	0.007 ^C	48 (92)	0.000 ^C	0.002 ^C
• Nėra	80 (30)	18 (37)		28 (35)		30 (35)		4 (8)		
Poreikio konsultuoti burnos sveikatos klausimais dažnis (kartų/mėn)										
• 0	99 (37)	15 (31)	0.000 ^C	33 (41)	0.000 ^C	31 (36)	0.000 ^C	20 (38)	0.000 ^C	0.947 ^C
• 1-5	150 (56)	30 (61)		43 (53)		49 (58)		28 (54)		
• 6 ir daugiau	18 (7)	4 (8)		5 (6)		5 (6)		4 (8)		

K – Kruskal-Wallis testas, C – Chi kvadrato testas, N – respondentų skaičius, IKD – interkvartilinis diapazonas, ASPĮ – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

Trečiojoje lentelėje pateikiamas skirtingų profesinių grupių žinių balas prieš mokymus ir jo ryšys su sociodemografiniais veiksniais (3 lentelė). Shapiro-Wilk normalumo testas parodė, kad žinių balo prieš mokymus duomenys nebuvo normaliai pasiskirstę ($p=0,025$). Atsižvelgiant į tai, duomenims analizuoti buvo taikomi neparametriniai – Mann-Whitney ir Kruskal-Wallis testai. Bendra visų tiriamųjų žinių prieš mokymus balo mediana buvo lyg 15,0 (IKD=8) iš 32 galimų. Tarp skirtingų profesinių grupių žinių balo mediana statistiškai reikšmingai skyrėsi: daugiau žinių turėjo visuomenės sveikatos specialistai ($M=19,0$, IKD=7) ir medicinos personalas ($M=18,0$, IKD=7), socialiniai darbuotojai ($M=14,0$, IKD=6) ir individualios priežiūros specialistai ($M=12,0$, IKD=6) žinių apie burnos sveikatą turėjo mažiau ($p<0,001$). Nepriklausomai nuo profesinės grupės, stebėtas ryšys tarp profesinės patirties metų skaičiaus ir žinių balo: dirbantys pagal savo profesiją daugiau nei 21 metus turėjo daugiausiai žinių ($M=17,0$, IKD=7), mažiausiai žinių turėjo dirbantys 1-5 m. ir 6-10 m. ($M=14,0$, IKD=6 ir $M=13,5$, IKD=9 atitinkamai), $p=0,020$. Įtakos žinių balui turėjo praktikos vieta – dirbantys miestuose turėjo daugiau žinių ($M=16,0$, IKD=7), nei dirbantys kaimuose ($M=12,5$, IKD=7) ar miestuose ir kaimuose kartu ($M=14,0$, IKD=6), $p=0,001$. Įtakos žinių balui taip pat turėjo darbo laikas etatais – dirbančių daugiau nei 1 etatu žinių balo mediana siekė 18,0 (IKD=7), dirbančių 0,25 – 0,5 etato mediana siekė 15,0 (IKD=8), o dirbantys 0,75 – 1 etatu surinko 14,0 (IKD=6) balų ($p<0,001$). Nepriklausomai nuo profesinės grupės statistiškai reikšmingai daugiau žinių turėjo specialistai, kurie prieš tai yra dalyvavę mokymuose apie burnos sveikatą ($M=19,0$, IKD=8), nei tie, kurie mokymuose niekada nedalyvavo ($M=14,0$, IKD=6), $p<0,001$. Taip pat statistiškai reikšmingai daugiau žinių turėjo specialistai, kurie savo praktikoje sulaukia poreikio konsultuoti burnos sveikatos klausimais ($M=15,0$, IKD=7), nei tie, kuriems netenka atsakyti į klausimus apie burnos sveikatą ($M=14,0$, IKD=7), $p=0,021$. Amžius, lytis, darbovietės tipas ir poreikio konsultuoti burnos sveikatos klausimais dažnis statistiškai reikšmingos įtakos burnos sveikatos žinių lygiui neturėjo (3 lentelė).

3 lentelė. Skirtingų profesinių grupių žinių balo mediana prieš mokymus ir žinių balo ryšys su sociodemografiniais kintamaisiais.

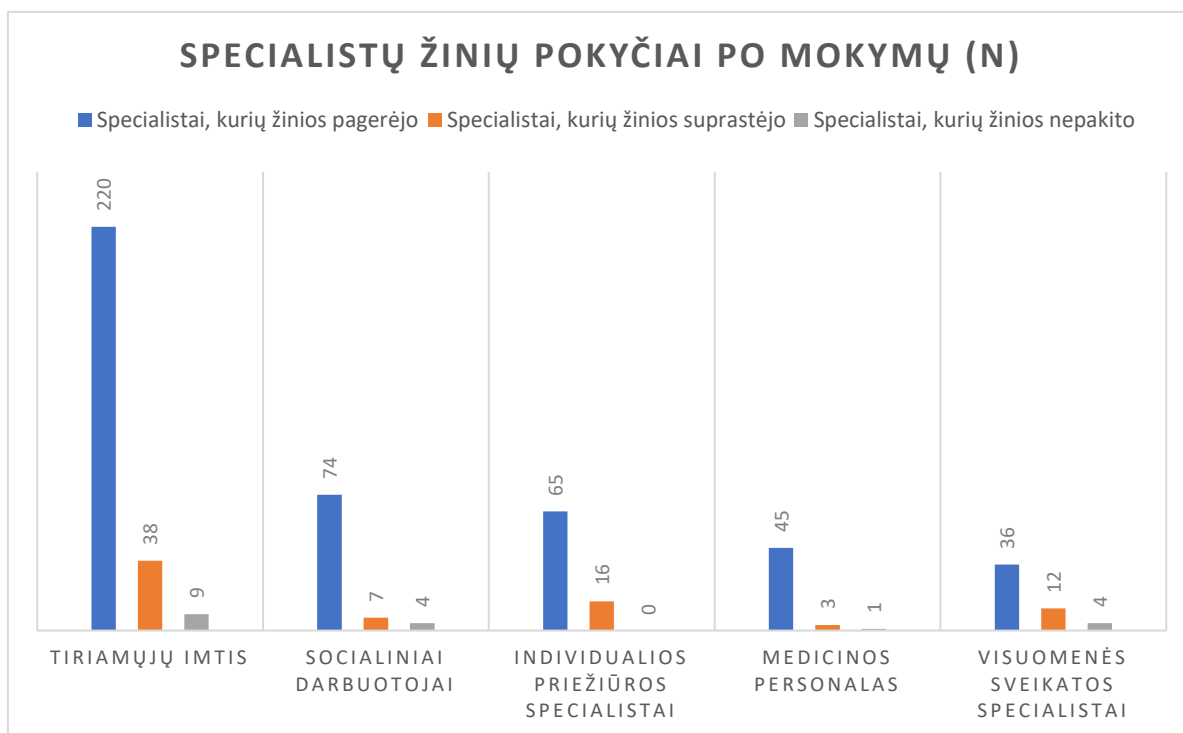
Kintamieji	Tiriamųjų imtis (N=267)	p	Profesinės grupės							
			Medicinos personalas (N=49)	Individualios priežiūros darbuotojai (N=81)	Socialiniai darbuotojai (N=85)		Visuomenės sveikatos specialistai (N=52)			
Žinių balo mediana (IKD)	15.0 (8)	0.000 ^K	18.0 (7)	12.0 (6)	14.0 (6)		19.0 (7)			
Žinių balo mediana (M (IKD))										
	M (IKD)	p	M (IKD)	p	M (IKD)	p	M (IKD)	p	M (IKD)	p
Amžiaus grupės										
• 18-35	16.0 (9)	0.358 ^K	20.5 (6)	0.327 ^K	12.0 (7)	0.770 ^K	13.0 (8)	0.525 ^K	20.0 (7)	0.646 ^K
• 36-52	14.0 (6)		16.0 (7)		13.0 (8)		12.0 (5)		18.0 (8)	
• 53-70	14.0 (8)		18.0 (7)		12.0 (5)		14.0 (6)		19.0 (8)	
Lytis										
• Moteris	15.0 (7)	0.081 ^W	18.0 (7)	0.206 ^W	12.0 (5)	0.130 ^W	13.0 (6)	0.065 ^W	19.0 (7)	0.231 ^W
• Vyras	19.0 (7)		22.0 (-)		19.0 (-)		17.0 (7)		13.0 (-)	

3 lentelė. Skirtingų profesinių grupių žinių balo mediana prieš mokymus ir žinių balo ryšys su sociodemografiniais kintamaisiais (tęsinys).

Profesinės patirties metų grupės										
• 1-5	14.0 (6)	0.020 ^K	18.0 (9)	0.433 ^K	13.0 (6)	0.349 ^K	14.0 (6)	0.468 ^K	18.0 (8)	0.060 ^K
• 6-10	13.5 (9)		20.0 (7)		10.0 (6)		11.0 (8)		16.0 (7)	
• 11-20	15.0 (7)		15.0 (6)		12.0 (5)		14.0 (5)		23.0 (6)	
• 21<	17.0 (7)		18.0 (7)		12.5 (9)		15.0 (-)		19.0 (7)	
Praktikos vieta										
• Kaimas	12.5 (7)	0.001 ^K	11.0 (11)	0.136 ^K	12.0 (7)	0.319 ^K	12.5 (6)	0.969 ^K	23.0 (8)	0.578 ^K
• Miestas	16.0 (7)		18.0 (7)		13.0 (6)		14.0 (7)		19.0 (8)	
• Kaimas ir miestas	14.0 (6)		17.0 (8)		11.0 (3)		14.0 (4)		18.5 (5)	
Darbovietės tipas										
• Vieša ASPĮ	14.0 (7)	0.459 ^K	18.0 (7)	0.104 ^K	13.0 (7)	0.998 ^K	12.5 (7)	0.569 ^K	18.0 (11)	0.750 ^K
• Privati ASPĮ	16.0 (8)		20.0 (8)		12.0 (0)		13.0 (10)		-	
• Vieša ir privati ASPĮ	14.0 (7)		16.0 (8)		12.0 (-)		13.0 (7)		21 (-)	
• Kitos	15.0 (8)		11.0 (-)		12.0 (5)		14.0 (6)		19 (6)	
Darbo laikas etatais										
• 0.25-0.5	15.0 (8)	0.000 ^K	21.0 (-)	0.365 ^K	14.5 (7)	0.328 ^K	11.0 (-)	0.437 ^K	19.0 (-)	0.940 ^K
• 0.75-1	14.0 (6)		18.0 (8)		12.0 (5)		14.0 (6)		18.0 (9)	
• >1	18.0 (7)		18.0 (6)		13.0 (8)		14.0 (6)		20.0 (4)	
Patirtis dalyvaujant mokymuose apie burnos sveikatą										
• Yra	19.0 (8)	0.000 ^K	18.0 (11)	0.732 ^W	13.0 (15)	0.651 ^W	14.5 (8)	0.501 ^W	20.0 (8)	0.160 ^W
• Nėra	14.0 (6)		18.0 (7)		12.0 (6)		13.0 (6)		18.5 (6)	
Poreikis konsultuoti burnos sveikatos klausimais										
• Yra	15.0 (7)	0.021 ^W	18.0 (8)	0.884 ^W	13.0 (6)	0.347 ^W	14.0 (6)	0.179 ^W	19.0 (7)	0.539 ^W
• Nėra	14.0 (7)		17.0 (7)		11.0 (7)		12.0 (6)		20.0 (9)	
Poreikio konsultuoti burnos sveikatos klausimais dažnis (kartų/mėn)										
• 0	14.0 (8)	0.161 ^K	18.0 (7)	0.831 ^K	11.0 (7)	0.156 ^K	14.0 (5)	0.592 ^K	18.0 (8)	0.063 ^K
• 1-5	15.0 (7)		18.5 (7)		13.0 (5)		13.0 (6)		19.0 (7)	
• 6 ir daugiau	15.5 (8)		15.5 (7)		12.0 (9)		15.0 (8)		24.0 (7)	

K – Kruskal-Wallis testas, W- Mann Whitney testas, N – respondentų skaičius, M – mediana, IKD – interkvartilinis diapazonas, ASPĮ – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

Po mokymų iš 267 specialistų bent vienu balu žinios pagerėjo 220 specialistų (82 proc.), iš kurių 74 (34 proc.) socialiniams darbuotojams, 65 (30 proc.) individualios priežiūros specialistams, 45 (20 proc.) medicinos personalo darbuotojams ir 36 (16 proc.) visuomenės sveikatos specialistams. Tarp visų tiriamųjų 38 (14 proc.) specialistų žinios suprastėjo – iš jų 7 (18 proc.) socialinių darbuotojų, 16 (42 proc.) individualios priežiūros specialistų, 3 (8 proc.) medicinos personalo darbuotojams ir 12 (32 proc.) visuomenės sveikatos specialistų. Žinių lygis visai nepasikeitė 9 (3 proc.) specialistams: 4 (44 proc.) socialiniams darbuotojams, 1 (11 proc.) medicinos personalo darbuotojui ir 4 (44 proc.) visuomenės sveikatos specialistams (2 pav.).



2 pav. Specialistų žinių pokyčiai po mokymų

Ketvirtoje lentelėje pateikiamas skirtingų profesinių grupių žinių balo pokytis po mokymų (4 lentelė). Po mokymų bendras vidutinis visų tiriamųjų žinių balas statistiškai reikšmingai pagerėjo; pagerėjimo mediana siekė 5,0 balus (IKD=6), o bendro žinių balo po mokymų mediana siekė 20,0 (IKD=7) balų iš 32 galimų ($p < 0,001$). Po mokymų aukščiausią žinių balą surinko medicinos personalas ($M=23,0$, $IKD=4$), po jų sekė visuomenės sveikatos specialistai ($M=22,5$, $IKD=6$), socialiniai darbuotojai ($M=19,0$, $IKD=6$) ir individualios priežiūros specialistai ($M=18,0$, $IKD=8$), $p < 0,001$. Visų profesijų grupėse žinių pokytis buvo teigiamas ir statistiškai reikšmingas ($p < 0,001$). Didžiausias žinių balo pokytis stebėtas medicinos personalo, socialinių darbuotojų ir individualios priežiūros specialistų grupėse – žinių balo pokyčio mediana 5,0 (IKD=6). Mažiausias žinių balo pokytis įvyko visuomenės sveikatos specialistų grupėje – mediana 2,0 (IKD=5), (4 lentelė).

4 lentelė. Žinių balas ir balo pokytis po mokymų tarp skirtingų profesinių grupių.

Tiriamųjų grupės	Žinių balo mediana prieš mokymus (IKD)	Žinių balo mediana po mokymų (IKD)	p (grupės imtyje)	Balų skirtumo mediana (IKD)	p (tiriamųjų imtyje)
Tiriamųjų imtis	15.0 (8)	20.0 (7)	-	5.0 (6)	-
Visuomenės sveikatos specialistai	19.0 (7)	22.5 (4)	0.000 WSR	2.0 (5)	0.000 WSR
Medicinos personalas	18.0 (7)	23.0 (6)	0.000 WSR	5.0 (6)	
Socialiniai darbuotojai	14.0 (6)	19.0 (6)	0.000 WSR	5.0 (7)	
Individualios priežiūros darbuotojai	12.0 (6)	18.0 (8)	0.000 WSR	5.0 (6)	

WSR – Wilcoxon signed-rank testas, IKD – interkvartilinis diapazonas

Penktoje lentelėje pateikiamas žinių balo pokyčio ir sociodemografinių bei specialybinių veiksnių ryšys (5 lentelė). Tyrimo metu nustatyta, kad amžiaus grupė turėjo statistiškai reikšmingą poveikį bendram visų tiriamųjų žinių balo pokyčiui ($p=0,002$). Didžiausias pokytis įvyko vidurinėje amžiaus grupėje nuo 36 iki 52 metų – žinių balo pokyčio mediana siekė 6,0 (IKD=7) balus. Tuo tarpu jaunesnėje 18-35 metų ir vyresnėje 53-70 metų amžiaus grupėse žinių balo mediana buvo mažesnė – 3,0 (IKD=6) ir 4,0 (IKD=6) atitinkamai. Skirtingose profesinėse grupėse amžiaus grupių įtaka žinių balo pokyčiui nebuvo statistiškai reikšminga. Rasta lyties ir visų tiriamųjų bendro žinių balo pokyčio sąsaja – moterų ($M=5,0$, IKD=6) žinios pagerėjo daugiau nei vyrų ($M=1,0$, IKD=8), $p=0,028$. Taip pat pastebėtas ryšys tarp lyties ir žinių balo po mokymų skirtingose profesinėse grupėse – individualios priežiūros specialistų moterų žinios pagerėjo 5 balais ($M=5$, IKD=6), o vyrų 1 balu suprastėjo ($M= -1$, IKD=0), $p=0,04$. Analogiškai socialinių darbuotojų grupėje – moterų žinios pagerėjo 5 balais ($M=5$, IKD=7), vyrų suprastėjo 1 balu ($M= -1$, IKD=9), $p=0,013$. Medicinos personalo ir visuomenės sveikatos specialistų grupėse lytis žinių balo pokyčiui statistiškai reikšmingos įtakos neturėjo. Tyrimo metu rastas žinių balo pokyčio ryšys su patirtimi dalyvaujant mokymuose apie burnos sveikatą. Specialistų, kurie anksčiau mokymuose apie burnos sveikatą nedalyvavo, žinios, nepriklausomai nuo profesinės grupės, pagerėjo labiau. Specialistų, kurie mokymuose anksčiau dalyvavo, žinių balas pagerėjo 2,5 balais ($M=2,5$, IKD=6), o specialistų, kurie mokymuose apie burnos sveikatą anksčiau nedalyvavo žinios pagerėjo 5 balais ($M=5$, IKD=6), $p=0,001$. Profesinės patirties metai, praktikos vieta, darbovietės tipas, darbo laikas etatais, poreikis konsultuoti burnos sveikatos klausimais ir poreikio konsultuoti dažnis įtakos žinių balo pokyčiui neturėjo (5 lentelė).

5 lentelė. Pagal tyrimo grupes stratifikuotos žinių balo pokyčio medianos ryšys su sociodemografiniais ir specialybiniais veiksniais.

Kintamieji	Tiriamų jų imtis (N=267)	p	Profesinės grupės							
			Medicinos personalas (N=49)		Individualios priežiūros darbuotojai (N=81)		Socialiniai darbuotojai (N=85)		Visuomenės sveikatos specialistai (N=52)	
Žinių pokyčio balais mediana (M (IKD))										
	M (IKD)	p	M (IKD)	p	M (IKD)	p	M (IKD)	p	M (IKD)	p
Amžiaus grupės										
• 18-35	3.0 (6)	0.002 ^K	3.0 (5)	0.295 ^K	4.0 (9)	0.051 ^K	4.0 (6)	0.447 ^K	2.0 (6)	0.210 ^K
• 36-52	6.0 (7)		6.0 (7)		7.5 (7)		6.0 (7)		4.0 (5)	
• 53-70	4.0 (6)		5.5 (6)		4.5 (5)		4.0 (5)		3.0 (5)	
Lytis										
• Moteris	5.0 (6)	0.028 ^w	5.0 (6)	0.714 ^w	5.0 (6)	0.040 ^w	5.0 (7)	0.013 ^w	2.0 (5)	0.077 ^w
• Vyras	1.0 (8)		4.0 (-)		-1.0 (-)		-1.0 (9)		11.0 (-)	
Profesinės patirties metų grupės										
• 1-5	5.0 (6)	0.631 ^K	4.0 (6)	0.645 ^K	5.0 (5)	0.096 ^K	5.0 (5)	0.544 ^K	2.0 (9)	0.979 ^K
• 6-10	5.5 (7)		3.0 (6)		8.0 (5)		5.0 (8)		3.5 (5)	

5 lentelė. Pagal tyrimo grupes stratifikuotos žinių balo pokyčio medianos ryšys su sociodemografiniais ir specialybiniais veiksniais (tęsinys).

• 11-20	4.0 (6)		6.0 (9)		5.0 (6)		4.0 (7)		2.0 (6)	
• 21<	4.0 (7)		5.5 (6)		3.0 (11)		2.0 (-)		3.0 (5)	
Praktikos vieta										
• Kaimas	4.0 (6)	0.251 ^K	6.0 (7)	0.858 ^K	5.0 (6)	0.872 ^K	4.0 (6)	0.210 ^K	1.5 (6)	0.685 ^K
• Miestas	4.0 (7)		5.0 (6)		6.0 (10)		5.0 (7)		2.0 (6)	
• Kaimas ir miestas	5.0 (6)		4.0 (8)		5.0 (5)		6.0 (6)		3.5 (5)	
Darbovietės tipas										
• Vieša ASPĮ	5.0 (6)	0.409 ^K	5.5 (6)	0.351 ^K	6.0 (7)	0.613 ^K	5.0 (5)	0.753 ^K	2.0 (6)	0.315 ^K
• Privati ASPĮ	3.0 (10)		2.0 (7)		1.0 (-)		8.0 (13)		-	
• Vieša ir privati ASPĮ	5.0 (8)		5.0 (10)		5.0 (-)		9.0 (9)		-4.0 (-)	
• Kitos	4.0 (5)		6.0 (-)		4.0 (6)		4.0 (7)		3.0 (5)	
Darbo laikas etatais										
• 0.25-0.5	4.0 (8)	0.319 ^K	2.0 (-)	0.737 ^K	5.0 (6)	0.770 ^K	10.0 (-)	0.311 ^K	2.0 (-)	0.916 ^K
• 0.75-1	5.0 (6)		5.0 (7)		5.0 (6)		5.0 (6)		2.0 (5)	
• >1	5.0 (9)		6.0 (6)		5.0 (14)		1.0 (13)		3.5 (8)	
Patirtis dalyvaujant mokymuose apie burnos sveikatą										
• Yra	2.5 (6)	0.001 ^W	5.0 (6)	0.847 ^W	3.0 (9)	0.376 ^W	3.5 (6)	0.741 ^W	2.0 (6)	0.192 ^W
• Nėra	5.0 (6)		5.0 (6)		5.0 (6)		5.0 (7)		3.0 (4)	
Poreikis konsultuoti burnos sveikatos klausimais										
• Yra	4.0 (6)	0.119 ^W	4.0 (6)	0.511 ^W	5.0 (5)	0.524 ^W	4.0 (6)	0.095 ^W	2.0 (5)	0.455 ^W
• Nėra	6.0 (8)		6.5 (6)		3.5 (10)		6.0 (8)		-0.5 (7)	
Poreikio konsultuoti burnos sveikatos klausimais dažnis (kartų/mėn)										
• 0	5.0 (7)	0.539 ^K	5.0 (5)	0.418 ^K	6.0 (8)	0.847 ^K	6.0 (6)	0.424 ^K	2.5 (5)	0.103 ^K
• 1-5	4.0 (6)		4.0 (6)		5.0 (5)		4.0 (6)		2.5 (6)	
• 6 ir daugiau	3.0 (10)		9.5 (12)		5.0 (9)		2.0 (9)		-0.5 (10)	

K – Kruskal-Wallis testas, W – Mann Whitney testas, N – respondentų skaičius, M – mediana, IKD – interkvartilinis diapazonas, ASPĮ – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

5. APTARIMAS

Šiuo tyrimu buvo įvertintos socialiai pažeidžiamas grupes prižiūrinčių specialistų žinios apie burnos sveikatą, jų sąsajos su sociodemografiniais veiksniais bei pritaikytų nuotolinių mokymų efektyvumas. Tyrimo išskirtinumas – tarpusavyje buvo lyginamos skirtingų profesijų ir patirties specialistų žinios bei nuotolinių mokymosi intervencijų poveikis jų kompetencijoms, o toks tyrimas, mūsų žiniomis, Lietuvoje dar nebuvo atliktas. Be to, galima teigti, kad šis tyrimas yra vienas pirmųjų pasaulyje, kuriame lyginamos tokios įvairios socialiai pažeidžiamų asmenų priežiūrą vykdančių specialistų bazinės žinios ir mokymosi rezultatai. Ankstesniuose tyrimuose daugiausia dėmesio buvo skiriama konkrečioms profesinėms grupėms, pavyzdžiui, slaugos studentams, slaugos namų slaugytojoms ir jų padėjėjoms, taip pat atskirai gydytojų žinioms ir mokymosi progresui įvertinti (5,61–66). Mūsų tyrimas unikaliai apima platesnį sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjų spektrą, įtraukiant ne tik slaugytojus ir medikus, bet ir socialinius darbuotojus, individualios priežiūros ir visuomenės sveikatos specialistus, todėl pateikiamas išsamus dabartinės burnos sveikatos žinių ir galimybių jas pagerinti, pasitelkiant internetinį mokymą, vaizdas, apimant didelę dalį specialistų, kurie prisideda prie socialiai pažeidžiamų asmenų priežiūros.

Analizuojant tyrimo duomenis, nustatyta, kad vidutiniškai specialistai gebėjo atsakyti tik į mažiau nei pusę pateiktų klausimų apie burnos sveikatą. Pastebėta, kad skirtingų profesinių grupių atstovų žinios apie burnos sveikatą labai skiriasi. Visuomenės sveikatos specialistai teisingai atsakė į šiek tiek daugiau nei pusę klausimų, nuo jų nedaug atsiliko medicinos personalas, kitą vertus socialinių darbuotojų ir individualios priežiūros specialistų žinios buvo ženkliai mažesnės – specialistai vidutiniškai atsakė į šiek tiek daugiau nei trečdalį klausimų. Tokius skirtumus galėjo lemti specialistų bazinis išsilavinimas, studijų programų spragos, kuriose ne vienodai skiriama dėmesio burnos sveikatos klausimams nagrinėti. Ribotos burnos sveikatos žinios ne odontologijos srities specialistų tarpe stebimos ir kitų šalių tyrimuose. Bossouf ir kt. atliktame tyrime Prancūzijoje buvo tiriamos slaugytojų žinios apie burnos sveikatą ir jos įtaką bendrai sveikatos būklei. Nustatyta, kad tik apie 50 proc. slaugytojų žinojo apie rekomenduojamas individualias burnos higienos priemones ir vaikų burnos priežiūrą, o 73 proc. slaugytojų teisingai atsakė į klausimus apie ligų prevenciją ir maisto bei gėrimų poveikį burnos sveikatai (67). Ran An ir kt. atliktame tyrime Kinijoje gauti rezultatai taip pat rodo nepakankamą slaugytojų žinių lygį burnos sveikatos klausimais – tyrimo metu nustatyta, kad bendras slaugytojų burnos sveikatos raštingumas yra vidutinio arba žemo lygio (61). Italijoje atliktame tyrime slaugytojų, dirbančių pusiau intensyvios terapijos širdies nepakankamumo skyriuose, žinių vidurkis siekė 54,8 proc. (68). Gydytojų, kaip ir slaugytojų, žinios apie burnos sveikatą taip pat nėra užtektingos. Tadin ir Dzaja Kroatijoje atliktoje studijoje, buvo tiriamos šeimos gydytojų ir pediatrų žinios apie vaikų burnos ligų prevenciją – rezultatai parodė, kad vidutiniškai gydytojų žinios siekė 5,1 (51 proc.) balus iš 10 galimų (69). Viena iš priežasčių, kurią nurodė tyrėjai, lemiančių tokius rezultatus – specialistų švietimo stoka burnos sveikatos klausimais. Doshi ir kt. atliktame tyrime nustatyta, kad nors gydytojai įvardina suprantantys burnos sveikatos įtaką bendrai sveikatos būklei, tik vienas iš trijų specialistų gebėjo pastebėti ir atpažinti, kad pacientas su raidos sutrikimais sergantis pneumonija turėjo gausias dantų apnašų sankaupas, kurios galėjo turėti ryšį su plaučių pneumonija (5,70). Studijos rodo, kad medicinos personalui prižiūrimų asmenų burnos sveikata rūpintis dažniausiai trukdo laiko ir personalo stoka, per didelis darbo krūvis, neadekvati darbo struktūra ir nepakankami resursai, limituotos mokymų galimybės (68,71). Nepaisant to, didžioji dalis specialistų pabrėžia, kad burnos sveikata yra itin aktuali jų praktikoje ir kad mokymai šiomis temomis būtų reikalingi (4,71). Shimpi ir kt. JAV atliktame tyrime nustatyta, kad vidutiniškai 36 proc. medicinos personalo specialistų susiduria su skubios odontologinės pagalbos atvejais savo klinikinėje praktikoje, o 43 proc. specialistų susiduria su situacijomis kada tenka edukuoti burnos sveikatos klausimais (6). Priešingai, mūsų atliktame tyrime, nustatyta, kad net 70 proc. visų specialistų susiduria su situacijomis, kada tenka konsultuoti burnos sveikatos klausimais: tarp medicinos personalo specialistų poreikis siekia 63 proc., visuomenės specialistų – 92 proc., socialinių darbuotojų ir individualios priežiūros specialistų – 65 proc. Tendencijų apie visuomenės sveikatos ir

individualios priežiūros specialistų, socialinių darbuotojų žinias burnos sveikatos klausimais literatūroje nerasta.

Tyrimė nustatyta, kad įtakos žinių apie burnos sveikatą lygiui turi profesinė patirtis metais, praktikos vieta, darbo krūvis, ankstesnė patirtis dalyvaujant mokymuose apie burnos sveikatą ir poreikis konsultuoti burnos sveikatos klausimais. Daugiausiai žinių turėjo specialistai dirbantys 11 – 20 ir daugiau nei 20 metų lyginant su grupėmis, kuriose specialistai dirbą nuo 1 iki 10 metų. Ilgesnė darbo patirtis lėmė geresnius žinių lygio rezultatus. Panašius rezultatus gavo ir Ran An. Nustatyta, kad burnos sveikatos raštingumo rezultatai turėjo tendenciją didėti su amžiumi ir darbo patirtimi, atsižvelgiant į tai, kad didėjant slaugytojų patirčiai, didėjo ir jų rūpestis bei supratimas apie sveikatą (4,61). Kita vertus, Cianetti ir kt. Italijoje atliktame tyrime ryšys tarp patirties metų ir žinių lygio nebuvo rastas (68). Mūsų tyrime pastebėta, jog taip pat geresnes žinias turėjo specialistai, praktikuojantys miestuose palyginti su kaimuose ar kaimuose ir miestuose kartu. Panašios tendencijos stebimos Rabiei ir kt. tyrime – geresni žinių rezultatai stebimi labiau pasiturinčiuose nei paprastesniuose rajonuose dirbančių specialistų (72). Kita vertus, Ran An ir kt. rado žinių skirtumus tarp skirtingų darboviečių ir skyrių, kuriuose dirba slaugytojai (61). Mūsų tyrime darbovietės tipas įtakos žinių balui neturėjo. Specialistų praktikuojančių miestuose ir kaimuose žinių skirtumus gali lemti galimybių mokytis iš kvalifikuotų mokytojų, naujų technologinių priemonių ir kitų išteklių stoka atokesniuose rajonuose. Taip pat, Eurostat duomenimis, nustatyta, kad miesto gyventojų skaitmeninis raštingumas yra reikšmingai geresnis nei kaimo vietovėse gyvenančių. Šis skaitmeninis atotrūkis turi įtakos prieigai prie internetinės informacijos ir mokymosi galimybių, todėl prisideda prie žinių lygio skirtumų (73). Tyrimo metu nustatyta, kad specialistai, kurie turi didesnę poreikį konsultuoti burnos sveikatos klausimais, pasižymi geresnėmis žiniomis. Tokios pačios tendencijos stebimos ir JAV atliktame tyrime (6). Specialistai, kurie dažnai konsultuoja burnos sveikatos klausimais paprastai turi daugiau žinių, nes akistata tokiomis temomis skatina domėjimąsi, supratimą ir nuolatinį savo turimos informacijos atnaujinimą siekiant geriausios praktikos.

Mūsų tyrime taikyti nuotoliniai mokymai pagerino burnos sveikatos žinias visose profesinėse grupėse. Vidutinis bendras žinių balas po mokymų pakilo ketvirtadaliu. Tai rodo skaitmeninių mokymosi įrankių veiksmingumą didinant įvairių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjų kompetencijas. Tai atitinka panašių tyrimų, atliktų Europos ir pasaulio kontekste, rezultatus. Tyrimo duomenys rodo, kad po mokymų aukščiausios burnos sveikatos žinios buvo medicinos personalo darbuotojų, po jų sekė visuomenės sveikatos specialistai, socialiniai darbuotojai bei individualios priežiūros specialistai balų surinko mažiau. Medicinos personalas, socialiniai darbuotojai ir individualios priežiūros specialistai, kurie dalyvavo nuotoliniuose mokymuose, pagerino savo žinias vidutiniškai 5 balais, o visuomenės sveikatos specialistai, kurių pradiniai rezultatai buvo aukščiausi, pagerino žinias tik 2 balais, o tai rodo, kad pasiekus tam tikrą žinių lygį, gali atsirasti „lubų“ efektas.

Šis 5 balų vidutinis pagerėjimas pranoksta Saudo Arabijos gydytojų ir slaugytojų vidutinį 2 balų pagerėjimą po vaizdo įrašo intervencijos ir 1 balo pagerėjimą po mokomojo vaizdo įrašo Indijos ligoninėje (74,75). Nepaisant pagerėjimo dydžio, tiek mūsų atliktame tyrime po nuotolinių mokymų 82 proc. dalyvių žinios buvo aukštesnės, tiek Priya ir kt. atliktame tyrime 77 proc. tiriamųjų žinios pagerėjo (74). Kitą vertus, Snögren ir kt. Švedijoje atliktame analogiškame tyrime, slaugytojų žinios po nuotolinių mokymų reikšmingai nepasikeitė. Tokius rezultatus galėjo lemti jau turimos pradinės Švedijoje dirbančių slaugytojų žinios ir požiūris į burnos sveikatą (76).

Pastebėta, kad tirtoje lietuvių populiacijoje daugiausia žinių įgijo 36-52 metų amžiaus dalyviai, o Saudo Arabijoje atlikto Gaffar ir kt. tyrimo metu nustatyta, kad daugiausiai žinios pagerėjo jauniausioje 20-30 metų amžiaus grupėje. Tikėtina, kad šį neatitikimą paaiškina keli tarpusavyje susiję veiksniai: 30-50 metų specialistai yra savo karjeros pike – pakankama klinikinė patirtis leidžia lengviau suprasti naują medžiagą veiksmingai pritaikyti ją praktikoje, tuo pat metu pakankamai aukštas skaitmeninis raštingumas didina gebėjimą ir norą naudotis internetinėmis nuotolinėmis mokymosi priemonėmis. Skirtumus taip pat galėjo lemti imties neatitikimas, Graffar ir kt. tiriamosios populiacijos amžiaus mediana buvo kur kas mažesnė lyginant su mūsų tyrimo (28 ir 49 metai atitinkamai) (75). Tiek mūsų atliktame tyrime, tiek Graffar ir kt. stebima žinių pokyčio priklausomybė nuo lyties – moterų žinios pagerėjo labiau negu vyrų. Tačiau abiejuose tyrimuose vyrų ir moterų grupės buvo netolygios – moterų buvo ženkliai daugiau.

Galiausiai, dalyviai, kurie mokymuose apie burnos sveikatą niekada anksčiau nedalyvavo, žinias patobulino kur kas labiau, nei tie specialistai, kurie anksčiau yra dalyvavę mokymuose. Tai rodo, kad nuotoliniai mokymai yra ypač veiksmingi siekiant užpildyti žinių spragas tarp skirtingos patirties specialistų. Tokia pati tendencija stebima ir Mohebbi ir kt. atliktame tyrime – gydytojai, kurių žinios pradiname etape buvo įvertintos prasčiau, iš mokymų naudos gavo daugiausiai ir jų žinios pagerėjo labiausiai (66). Kitą vertus, šiame tyrime, priešingai nei mūsų atliktame, tyrėjai nerado jokio ryšio tarp žinių pagerėjimo ir tarp amžiaus grupės ar lyties.

Ženklus burnos sveikatos žinių pagerėjimas, pastebėtas mūsų įvairių specialistų grupėse, patvirtina pritaikytų nuotolinių mokymų veiksmingumą, ypač siekiant užpildyti specialistų žinių spragas. Tačiau šiuos rezultatus reikėtų interpretuoti su keliais apribojimais ir galimais šališkumais. Dalyvavimas apklausoje buvo savanoriškas, todėl yra tikimybė, kad į tyrimą susirinko daugiau motyvuotų respondentų, savo ruožtu besidominčių burnos sveikata arba turintys daugiau technologinių įgūdžių ar galimybių naudotis technologijomis, todėl pradinis bazinių žinių lygis ir žinių lygio pokytis gali būti aukštesnis ir neatspindėti visos populiacijos. Šiame tyrime žinios buvo vertinamos iš karto po mokymų; šių žinių ilgalaikiškumas ir jų pritaikymas klinikinėje praktikoje lieka nežinomas. Tyrimais įrodyta, kad specialistams vienų mokymų neužtenka, jie turi nuolat mokytis, kad galėtų užtikrinti gerą prižiūrimų asmenų burnos higieną (76). Interaktyvumas, praktiniai

pratimai, kartojimas ir grįžtamasis ryšys yra susiję su geresniais mokymosi rezultatais (77). Šiame tyrime nuotolinių mokymų metu gauta, vieną kartą išklaudyta informacija nebūtinai gali ilgą laiką išlikti tiriamųjų atmintyje, todėl siekiant tikslesnių rezultatų vertinant mokymų efektyvumą, reikėtų atlikti pakartotinį žinių testavimą didesniu laiko intervalu po mokymų. Įtakos rezultatams taip pat galėjo turėti imtis ir netolygus pasiskirstymas tarp grupių. Norint daryti bendras išvadas apie Lietuvoje dirbančių skirtingų profesijų specialistų žinias apie burnos higieną, reikėtų didesnio tiriamųjų kiekio kiekvienoje grupėje ir tolygesnio tiriamųjų pasiskirstymo grupėse. Taip pat dėl netolygaus skirtingų specialistų skaičiaus į medicinos personalo grupę buvo įtraukti ir medicinos gydytojai ir slaugytojai, kurie, savo ruožtu, pradinį žinių lygį galėjo turėti skirtingą dėl skirtingo profesinio išsilavinimo.

6. IŠVADOS

1. Priklausomai nuo profesijos, socialiai pažeidžiamas asmenis prižiūrinčių specialistų žinios skyrėsi. Geriausios pradinės žinios apie burnos sveikatą buvo visuomenės sveikatos specialistų ir medicinos personalo darbuotojų, lyginant su individualios priežiūros specialistais ir socialiniais darbuotojais.
2. Nepriklausomai nuo profesijos, daugiausiai pradinių žinių turėjo specialistai, turintys didžiausią darbo patirtį metais, praktikuojantys miestuose, dirbantys daugiau nei vienu etatu bei turintys daugiausiai patirties dalyvaujant ankstesniuose mokymuose apie burnos sveikatą.
3. Pritaikyti nuotoliniai mokymai buvo efektyvūs gerinant su burnos sveikata susijusias žinias visose profesinėse grupėse. Daugiausiai žinios pagerėjo medicinos personalo, socialinių darbuotojų ir individualios priežiūros specialistų, mažiau efektyvūs mokymai buvo visuomenės sveikatos specialistams.
4. Didžiausias žinių pagerėjimas po mokymų buvo vidutinio amžiaus moterų bei specialistų, anksčiau nedalyvavusių mokymuose apie burnos sveikatą, tarpe.

7. REKOMENDACIJOS

Remiantis tyrimo rezultatais, rekomenduojama stiprinti socialiai pažeidžiamas grupes prižiūrinčių specialistų profesinį švietimą burnos sveikatos klausimais, dažniau integruojant nuotolinių mokymų programas, ypač orientuotas į mažiau patirties turinčius specialistus. Siekiant tiksliau įvertinti mokymų efektyvumą, reikalingi tyrimai, kurie vertina žinių pokytį ilgalaikėje

perspektyvoje. Ateities tyrimuose rekomenduojama įtraukti didesnes dalyvių grupes, kad būtų užtikrintas rezultatų patikimumas.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. World Health Organization. Oral health. World Health Organization. 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
2. Skvarnavičiūtė I. Socioekonominių veiksnių ir burnos sveikatos sąsajos gyventojų požiūriu. Social economic factor and oral health connection from inhabitants standpoint. Kauno kolegija. 2020; Available from: <http://dspace.kaunokolegija.lt/handle/123456789/3851>.
3. Juknienė J, Mockevičienė B. Odontologinių paslaugų prieinamumo vaikams su negalia kliūtys ir gerinimo veiksniai. Visuom Sveik. 2023;3(102):84-93.
4. Albougami A. Oral Health Literacy Levels of Nursing Professionals and Effectiveness of Integrating Oral Health Training into Nursing Curricula: A Systematic Review. Appl Sci. 2023;13(18):10403.
5. Doshi M, Weeraman M, Mann J. A survey of the knowledge of junior doctors in managing oral conditions in adult inpatients. Br Dent J. 2019;227(5):393–8.
6. Shimpi N, Schroeder D, Kilsdonk J, Chyou P huang, Glurich I, Penniman E, et al. Medical Providers' Oral Health Knowledgeability, Attitudes, and Practice Behaviors: An Opportunity for Interprofessional Collaboration. J Evid Based Dent Pract. 2016;16(1):19–29.
7. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Dėl Socialinės aprėpties didinimo 2020–2023 metų veiksmų plano patvirtinimo. A1-791. 2019. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/63d84ec2236911ea8f0dfdc2b5879561?jfwid=32wfbk9i>.
8. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Dėl 2021–2030 metų plėtros programos valdytojos Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos Socialinės sutelkties plėtros programos pažangos priemonės Nr. 09-003-02-02-05 „Plėtoti laiku atliekamo efektyvaus darbo su jaunimu sistemą“ aprašo patvirtinimo. A1-647. 2022. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/4a6607a0402d11edbf47f0036855e731/DIufbbpsSe>.
9. Eurostat. People at risk of poverty or social exclusion in 2023. Eurostat. 2024. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240612-1>.

10. Eurostat. People at risk of poverty or social exclusion in 2022. Eurostat. 2023. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20230614-1>.
11. Eurostat. Living conditions in Europe- poverty and social exclusion. Eurostat. 2024. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living_conditions_in_Europe_-_poverty_and_social_exclusion.
12. European Commission. Statistical Office of the European Union. Key figures on European living conditions :2023 edition. LU: Publications Office; 2023. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2785/002264>.
13. Eurostat. Persons at risk of poverty or social exclusion by age and sex. Eurostat; 2022. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/ILC_PEPS01N.
14. Nacionalinis skurdo mažinimo organizacijų tinklas. Skurdas ir socialinė atskirtis 2023. Vilnius; 2023.
15. Oficialiosios statistikos portalas. Rodiklių duomenų bazė. Available from: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=89c4152f-1b9c-4788-a496-e8a50d390cc2#/>.
16. Nacionalinis skurdo mažinimo organizacijų tinklas. Skurdas ir socialinė atskirtis 2022. Vilnius; 2022. Available from: <https://www.smtinklas.lt/wp-content/uploads/2022/10/Skurdas-ir-socialin%C4%97-atiskirtis-2022.pdf>.
17. European anti poverty network. Toward a systemic approach to social protection. Poverty watch 2024. Lithuania. European anti poverty network; 2024. Available from: https://www.eapn.eu/wp-content/uploads/2024/10/eapn-LT-EN_Poverty-Watch-6030.pdf.
18. Eurostat. Ecart de pension entre hommes et femmes par groupe d'âge. Eurostat; 2024. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/ILC_PNP13.
19. Schwendicke F, Dörfer CE, Schlattmann P, Page LF, Thomson WM, Paris S. Socioeconomic Inequality and Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Dent Res*. 2015;94(1):10–8.
20. Trohel G, Bertaud-Gounot V, Soler M, Chauvin P, Grimaud O. Socio-Economic Determinants of the Need for Dental Care in Adults. Milgrom PM, editor. *PLOS ONE*. 2016;11(7):e0158842.

21. Mishra P, Solanki J, Choudhary R, Sharma C, Sharma P, Shah D. Attitude towards oral hygiene among different socio-economic groups in Jaipur city, Rajasthan. *Med Pharm Rep.* 2019;92(1):79–82.
22. Oral Health Surveillance Report: Dental Caries, Tooth Retention, and Edentulism, United States, 2017-March 2020. U. S. Dept of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. 2024. Available from: <https://www.cdc.gov/oral-health/php/2024-oral-health-surveillance-report/index.html>.
23. Eke PI, Thornton-Evans GO, Wei L, Borgnakke WS, Dye BA, Genco RJ. Periodontitis in US Adults. *J Am Dent Assoc.* 2018;149(7):576-588.e6.
24. Navarro Azevedo De Azeredo F, Silva Guimarães L, Azeredo A, Antunes L, Santos Antunes L. Global prevalence of dental caries in athletes with intellectual disabilities: An epidemiological systematic review and meta-analysis. *Spec Care Dentist.* 2019;39(2):114–24.
25. Watt RG, Venturelli R, Daly B. Understanding and tackling oral health inequalities in vulnerable adult populations: from the margins to the mainstream. *Br Dent J.* 2019;227(1):49–54.
26. Baghaie H, Kisely S, Forbes M, Sawyer E, Siskind DJ. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse. *Addiction.* 2017;112(5):765–79.
27. Groundswell Out of homelessness. Healthy Mouths. A peer-led health audit on the oral health of people experiencing homelessness. London; 2017. Available from: <https://groundswell.org.uk/wp-content/uploads/2017/10/Groundswell-Healthy-Mouths-Report-Final.pdf>.
28. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet.* 2019;394(10194):249–60.
29. 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;147(12):915–7.
30. Bethesda (MD): National Institute of Dental and Craniofacial Research(US). Oral Health in America: Advances and Challenges; 2021. (Section 1, Effect of Oral Health on the Community, Overall Well-Being, and the Economy).

31. James A, Janakiram C, Meghana RV, Kumar VS, Sagarkar AR, Y. YB. Impact of oral conditions on oral health-related quality of life among Indians- a systematic review and Meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2023;21(1):102.
32. Jevdjevic M, Listl S. Global, Regional, and Country-Level Economic Impacts of Oral Conditions in 2019. *J Dent Res*. 2025;104(1):17–21.
33. Singhal S, Correa R, Quiñonez C. The impact of dental treatment on employment outcomes: A systematic review. *Health Policy*. 2013;109(1):88–96.
34. Benzian H, Beltrán-Aguilar E. The global burden of oral diseases: stronger data for stronger action. *The Lancet*. 2025;405(10482):868–9.
35. Rathee M, Sapra A. Dental Caries. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551699/>.
36. Schwendicke F, Frencken JE, Bjørndal L, Maltz M, Manton DJ, Ricketts D, et al. Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Carious Tissue Removal. *Adv Dent Res*. 2016;28(2):58–67.
37. Rathee M, Sapra A. Dental Caries. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551699/>.
38. World Health Organization. WHO highlights oral health neglect affecting nearly half of the world's population. World Health Organization. 2022. Available from: <https://www.who.int/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population>.
39. Gasner NS, Schure RS. Periodontal Disease. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554590/>.
40. Nacionalinis vėžio institutas. Burnos vėžys. Nacionalinis vėžio institutas. 2018. Available from: <https://www.nvi.lt/simptomai/>.
41. World Health Organization. Comprehensive assessment of evidence on oral cancer prevention released. World Health Organization. 2023. Available from: <https://www.who.int/news/item/29-11-2023-comprehensive-assessment-of-evidence-on-oral-cancer-prevention-released-29-november-2023>.

42. National Institute of Dental and Craniofacial Research. Oral cancer. National Institute of Dental and Craniofacial Research. 2018. Available from: <https://www.nidcr.nih.gov/health-info/oral-cancer>.
43. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *The Lancet*. 2019;394(10194):261–72.
44. World Health Organization. The role of health and social care workers in supporting health. World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.who.int/tools/your-life-your-health/a-healthy-world/people-s-roles/the-role-of-health-and-social-care-workers-in-supporting-health>.
45. Findley P, Weiner R. Oral health across the life course: A role for social work. 2020. Available from: http://www.jssshonline.com/wp-content/uploads/2020/06/JSSSH_Vol.6_No.1_2020_1-10_Sr-No.-1.pdf.
46. Donoff B, McDonough JE, Riedy CA. Integrating Oral and General Health Care. *N Engl J Med*. 2014;371(24):2247–9.
47. Heaton LJ, Tiwari T, Tranby EP. Medical-Dental-Behavioral Integration: Embracing Whole-Person Health in Research and Practice. *JDR Clin Transl Res*. 2024;9(1_suppl):3S-5S.
48. Yenen Z, Ataçağ T. Oral care in pregnancy. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2019;20(4):264–8.
49. Findley PA, Weiner RC. Oral health across the life course: A role for social work. *Journal of Studies in Social Sciences and Humanities*. 2020;6(1):1-10.
50. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 7:2022 „Medicinos gydytojas“ patvirtinimo. V-930, 2022. Available from: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/2fcc9ef0cfa711ec8d9390588bf2de65/asr>.
51. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo. V-591, 2011. Available from: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.7DB50471C9A5/asr>.
52. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Dėl socialinių paslaugų srities darbuotojų pareigybių ir atliekamų funkcijų sąrašo patvirtinimo. A1-487, 2014. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/36005a60531c11e485f39f55fd139d01/asr>.

53. Vilniaus miesto nakvynės namai. Socialinio darbuotojo pareigybės aprašymas. Vilniaus miesto nakvynės namai. Available from:
<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.vmmn.lt%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F08%2FSocialinio-darbuotojo-pareigyb%25C4%2597s-apra%25C5%25A1ymas.doc&wdOrigin=BROWSELINK>.
54. VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė. VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninės socialinės pagalbos skyriaus socialinio darbuotojo pareigybės aprašymas; 2023. Available from:
https://www.mmligonline.lt/uploads/media/Pareigybiu_aprasymai/Socialinio%20darbuotojo%20pareigyb%C4%97s%20apra%C5%A1ymas.pdf.
55. Lietuvos profesijų klasifikatorius. 226303-Visuomenės sveikatos specialistas. Tarptautinio standartinio profesijų klasifikatoriaus ISCO-0ū nacionalinė versija; 2023. Available from:
<https://www.profesijuklasifikatorius.lt/NLPK-226303>.
56. Hegde R, Awan KH. Effects of periodontal disease on systemic health. *Dis Mon.* 2019;65(6):185–92.
57. Baseer MA, Alenazy MS, Alasqah M, Algabbani M, Mehkari A. Oral health knowledge, attitude and practices among health professionals in King Fahad Medical City, Riyadh. *Dent Res J.* 2012;9(4):386–92.
58. Liu Q, Peng W, Zhang F, Hu R, Li Y, Yan W. The Effectiveness of Blended Learning in Health Professions: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res.* 2016;18(1):e2.
59. Berndt A, Murray CM, Kennedy K, Stanley MJ, Gilbert-Hunt S. Effectiveness of distance learning strategies for continuing professional development (CPD) for rural allied health practitioners: a systematic review. *BMC Med Educ.* 2017(1). Available from:
<http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-0949-5>.
60. Mahdavi Ardestani SF, Adibi S, Golshan A, Sadeghian P. Factors Influencing the Effectiveness of E-Learning in Healthcare: A Fuzzy ANP Study. *Healthc Basel Switz.* 2023;11(14):2035.
61. An R, Chen W feng, Li S, Wu Z, Liu M, Sohaib M. Assessment of the oral health literacy and oral health behaviors among nurses in China: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2022;22(1):602.
62. Yan W, Li M, Luo L, Ju X, Jamieson L, Liu F. Oral health literacy and its associated factors among nurses: A cross-sectional study. *J Clin Nurs.* 2023;32(15–16):5056–64.

63. Wong G, Koo T (Fung), Fethney J, Chen R. Assessing oral health literacy of university nursing students: A cross-sectional exploratory study. *Nurse Educ Pract.* 2021;53:103066.
64. Yimenu DK, Adelo ES, Siraj EA, Kassie TA, Hammesso WW, Demeke CA, et al. Health Professionals Oral Health Knowledge and Practice: Unleashing the Hidden Challenges. *J Multidiscip Healthc.* 2020;13:459–69.
65. Snogren M, Ek K, Browall M, Eriksson I, Lindmark U. Impacts on oral health attitude and knowledge after completing a digital training module among Swedish healthcare professionals working with older adults. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):174.
66. Mohebbi SZ, Rabiei S, Yazdani R, Nieminen P, Virtanen JI. Evaluation of an educational intervention in oral health for primary care physicians: a cluster randomized controlled study. *BMC Oral Health.* 2018;18(1):1–7.
67. Bossouf A, Sabourin C, Pop C, Giraudeau N, Inquimbert C. Interprofessional Survey on Knowledge and Attitudes on Oral Health among Nurses in France. *Quintessence Int.* 2023;21(2023):365–74.
68. Cianetti S, Anderini ,Paola, Pagano ,Stefano, Eusebi ,Paolo, Orso ,Massimiliano, Salvato ,Rosario, et al. Oral Health Knowledge Level of Nursing Staff Working in Semi-Intensive Heart Failure Units. *J Multidiscip Healthc.* 2020;13:165–73.
69. Tadin A, Dzaja K. Assessment of Pediatricians’ and General Practitioners’ Knowledge and Practice Regarding Oral Health, Dental Caries and Its Prevention in Children: A Cross-Sectional Study. *Dent J.* 2023;11(11):259.
70. Manger D, Walshaw M, Fitzgerald R, Doughty J, Wanyonyi K, White S, et al. Evidence summary: the relationship between oral health and pulmonary disease. *Br Dent J.* 2017;222(7):527–33.
71. Weening-Verbree LF, Schuller DrAA, Cheung SL, Zuidema ProfDrSU, Schans ProfDrCPVD, Hobbelen DrJSM. Barriers and facilitators of oral health care experienced by nursing home staff. *Geriatr Nur (Lond).* 2021;42(4):799–805.
72. Rabiei S, Mohebbi SZ, Patja K, Virtanen JI. Physicians’ knowledge of and adherence to improving oral health. *BMC Public Health.* 2012;12(1):855.

73. EU digital skills divide: cities outpace rural areas; 2023. Available from:
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20230320-2>
74. Priya H, Kharbanda OP, Agarwal D, Ivaturi A, Ravi P, Gupta A, et al. Effectiveness of a web-based learning module on oral health promotion for nursing and allied health professionals. *Natl Med J India*. 2022;34:232–4.
75. Gaffar BO, Alkhalidi A, Alshehri T, Altayyar R, Farooqi FA, Bakhurji E, et al. Impact of educational video intervention to improve oral health knowledge and beliefs among physicians and nurses. *BMC Oral Health*. 2025;25:479.
76. Snogren M, Ek K, Browall M, Eriksson I, Lindmark U. Impacts on oral health attitude and knowledge after completing a digital training module among Swedish healthcare professionals working with older adults. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):174.
77. Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Instructional Design Variations in Internet-Based Learning for Health Professions Education: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Med*. 2010;85(5):909.

7. PRIEDAI

7.1 Bioetikos leidimas



VILNIAUS REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS
sui generis darinys prie VILNIAUS UNIVERSITETO

Biomedicininio tyrimo „Burnos sveikatos problemų sprendimo, taikant interaktyvų mokymą, efektyvumo tyrimas“ 2023-03-20 Nr. 2023-LP-26
pagrindinei tyrėjai Rūtai Bendinskaitei

PRITARIMAS
BIOMEDICININIO TYRIMO DOKUMENTŲ PAKEITIMAMS

Leidimo Nr. 2019/10-1162-652 pakeitimas Nr. 2

Vilniaus regioninis biomedicininių tyrimų etikos komitetas išnagrinėjęs prašymą atlikti su vykdomu biomedicininiu tyrimu „Burnos sveikatos problemų sprendimo, taikant interaktyvų mokymą, efektyvumo tyrimas“ (leidimas Nr. 2019/10-1162-652, išduotas 2019 10 08 d.) susijusių dokumentų pakeitimus nusprendė, kad pakeitimai **atitinka** Lietuvos Respublikos biomedicininių tyrimų etikos įstatymo II skyriuje nustatytus biomedicininių tyrimų etikos reikalavimus. Atsižvelgiant į tai **pritariama**, kad būtų:

- įtraukiamas tyrimo centras Vilniaus universitetas;
- įtraukiamos tyrėjos Vilma Brukienė, Aušra Višinskaitė, Lina Štangvaltaitė-Mouhat, Gustė Miškinytė, Eglė Lastauskienė ir kitas tyrimą atliekantis asmuo studentė Silvija Kapūstaitė;
- tyrimas pratęsiamas iki 2027 sausio mėn.;
- vadovaujasi protokolu (Nr. 1, versija Nr.3, data 2022 07 11 d.);
- teikiamos informuoto asmens sutikimo formos - neįgaliųjų asmenų tėvams/globėjams (versija Nr.1, data 2022 12 15 d.); pradinių klasių mokinių tėvams/globėjams (versija Nr.1, data 2022 12 15 d);
- atleidžiama nuo prievolės gauti informuoto asmens sutikimą tiriamųjų dalyvaujančių IV etape (senyvo amžiaus Lietuvos gyventojų, nėščiųjų, asmens sveikatos priežiūros specialistų, pradinių klasių mokinių tėvų/globėjų ir neįgalius asmenis prižiūrinčių tėvų/globėjų), kuriems bus vykdomi tik interaktyvūs mokymai.

Pirmininkas

doc. dr. Alfredas Laurinavičius

7.2 Klausimynas

Burnos būklės klausimynas suaugusiems

1. Lytis (apibraukite)

- Vyras
- Moteris

2. Kiek jums metų? Įrašykite skaičių _____ (Metai)

3. Kokia Jūsų gyvenamoji vieta?

- 1) Alytaus apskritis
- 2) Kaunas
- 3) Kauno apskritis
- 4) Klaipėdos apskritis
- 5) Marijampolės apskritis
- 6) Panevėžio apskritis
- 7) Šiaulių apskritis
- 8) Tauragės apskritis
- 9) Telšių apskritis
- 10) Utenos apskritis
- 11) Vilniaus apskritis
- 12) Vilnius

4. Jūsų profesinė kvalifikacija

- 1) Akušeris
- 2) Akušeris ginekologas
- 3) Individualios priežiūros specialistas
- 4) Šeimos gydytojas
- 5) Slaugytoja
- 6) Slaugytojo padėjėja
- 7) Socialinis darbuotojas
- 8) Socialinio darbuotojo padėjėjas
- 9) Vaikų ligų gydytojas
- 10) Visuomenės sveikatos specialistas
- 11) Kita

5. Kiek metų praktikuojate šioje profesinėje kvalifikacijoje? Įrašykite skaičių ____ (metai)

6. Jūs dirbate:

- 1) Viešojoje ASPĮ
- 2) Privačiojoje ASPĮ
- 3) Viešojoje ir privačiojoje ASPĮ
- 4) Visuomenės sveikatos biuras
- 5) Ugdomo įstaiga
- 6) Socialinės globos namai
- 7) Kita

7. Jūs praktikuojate:

- 1) Kaimo vietovėje
- 2) Miesto vietovėje
- 3) Kaimo ir miesto vietovėje

8. Ar kada nors dalyvavote tobulinimo kursuose apie burnos sveikatą?

- 1) Taip
- 2) Ne

9. Ar Jums tenka duoti patarimus burnos sveikatos klausimais?

- 1) Taip
- 2) Ne

10. Kokia etato dalimi dirbate?

- 1) 0,25 – 0,5
- 2) 0,75-1
- 3) 1 ir daugiau

11. Kiek vidutiniškai per mėnesį pacientų paprašo Jūsų pakonsultuoti dėl burnos sveikatos problemų? (tai gali būti danties skausmas, burnos sausumas, opos burnoje ir kt.)

- 1) 0
- 2) 1-5
- 3) 6 ir daugiau

Burnos sveikatos žinių klausimynas

Atsakykite į pateiktus klausimus apibraukiant Jums atrodančius teisingus atsakymus (galimi keli teisingi atsakymai).

1. Dantų ėduonis, tai būklė, kai (galimi keli teisingi variantai):

- 1) dantys tampa paslankūs (pradedama „klibėti“),
- 2) danties paviršiuje atsiranda skylė (ertmė),

- 3) ant danties paviršiaus, šalia dantenų, atsiranda gelsvos ar gelsvai – žalsvos apnašos,
- 4) atsiranda šiurkšti dėmė danties paviršiuje.

2. Periodonto ligos – tai būklės, kai (galimi keli teisingi variantai):

- 1) kai danties paviršiuose atsiranda ertmės,
- 2) kai ant dantų paviršiaus, šalia dantenų, atsiranda gelsvos ar gelsvai – žalsvos apnašos,
- 3) kai valant dantis dantenos kraujuoja,
- 4) kai didėja tarpai tarp dantų,
- 5) kai dantys tampa paslankūs (pradedą „klibėti“).

3. Pagrindinės dantų ėduonies priežastys yra (galimi keli teisingi variantai):

- 1) genetika,
- 2) vitaminų trūkumas,
- 3) netaisyklinga mityba,
- 4) rūgštus maistas,
- 5) sūrus maistas,
- 6) apnašas ant dantų.

4. Pagal kokius požymius įtartumėte, kad Jūsų dantys pažeisti dantų erozijų (galimi keli teisingi variantai):

- 1) matoma šiurkšti dėmė danties paviršiuje,
- 2) matomas gelsvai – žalsvas apnašas ant danties paviršiaus,
- 3) matomas danties nudilimas,
- 4) atsiranda tarpai tarp dantų,
- 5) jaučiamas dantų jautrumas.

Atsakykite į pateiktus klausimus apibraukiant vieną Jums teisingiausią atrodantį atsakymą (galimas tik vienas teisingas atsakymas).

5. Pagrindinė dantų erozijų priežastis yra:

- 1) saldus maistas,
- 2) sūrus maistas,
- 3) rūgštus maistas,
- 4) aštrus maistas,
- 5) vitaminų trūkumas,
- 6) genetika,
- 7) rūkymas.

6. Kuo geriausia valyti dantis?

- 1) dantų pasta ir šepetėliu,
- 2) mišiniu su valgomąja soda ir šepetėliu,
- 3) dantų pasta, šepetėliu ir tarpdančių šepetėliu,
- 4) dantų skalavimo skysčiu ir dantų šepetėliu,
- 5) dantų šepetėliu.

7. Kokią dantų pastą geriausia naudoti?

- 1) be fluoro,
- 2) su fluoru,
- 3) su fluoru ir be fluoro pakaitomis,
- 4) nei vienos iš jų.

8. Jei rinktumėtės dantų pastą su fluoru, kaip manote, koks fluoro kiekis pastoje yra tinkamas?

- 1) 500 ppm,
- 2) 1000 ppm,
- 3) 1450 ppm,
- 4) 5000 ppm.

9. Koks šepetėlis yra tinkamiausias dantų valymui?

- 1) minkštas,
- 2) labai minkštas,
- 3) vidutinis,
- 4) kietas.

Ar sutinkate su žemiau pateiktais teiginiais: pažymėkite „X“ Jums atrodantį vieną teisingą atsakymą.

	Nesutinku	Sutinku	Nežinau
a) Mitybos įpročiai veikia danteną.			
b) Periodonto ligų pagrindinė priežastis yra dantų apnašas.			
c) Tarpdančių šepetėliu ar siūlu pakanka valyti 2-3 kartus per savaitę.			

d) Cukraus vartojimo kiekis turi didesnę įtaką ėduonies išsivystymui nei cukraus vartojimo dažnis.			
e) Arbata su trupučiu cukraus yra nekenksminga dantims.			
f) Vaisių sultys yra kenksmingos dantims .			
g) Vartojant saldų maistą kartu su pagrindiniu patiekalu, mažiau vystosi ėduonis.			
h) Dažnas sūrio valgymas gali sukelti dantų ėduonį.			
i) Rūkymas nepasiekia po dantenomis esančių dantų palaikančių audinių, todėl jų nepaveikia.			
j) Rūgščiai pavalgius reikia iš karto valyti dantis.			
k) Periodonto ligos nesukelia blogo burnos kvapo.			
l) Ėduonis vystosi dėl susikaupusio dantų apnašo.			
m) Saldus maistas nėra ėduonies priežastis.			
n) Saldus maistas yra periodonto ligų priežastis.			
o) Šviežiai spaustos vaisių sultys nekenkia dantims.			
p) Kava be cukraus nekenkia dantims.			
q) Vaisinė arbata be cukraus yra naudinga dantims.			
r) Žalia/juoda arbata be cukraus yra kenksminga dantims.			
s) Dantų apnašų valymas yra periodonto ligų profilaktikos priemonė.			
t) Periodonto ligos paveikia tik dantenas, bet ne dantis.			

u) Medinį/plastikinį tarpdančių krapštuką reikia naudoti kaskart pavalgius.			
v) Periodonto ligų negalima išvengti, jei jos nulemtos genetiškai.			
w) Vanduo su citrina yra saugu Jūsų dantims.			

Klausimyno pabaiga.

Labai ačiū už jūsų bendradarbiavimą!