



**Универзитет “Св. Кирил и Методиј”
Медицински факултет – Скопје
Втор циклус студии по јавно здравство**

**Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај
пациенти со парцијална и тотална беззубост**

-магистерски труд-

**Ментор:
Проф. д-р. Моме Спасовски**

**магистранд:
спец. д-р. Мери Лазарова
Индекс бр. 305**

Скопје, 2025

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

БЛАГОДАРНОСТ

Голема благодарност кон мојот ментор Проф. д-р Моме Спасовски, за несебичната и целосна поддршка, како и мотивација, едукација и константна посветеност во целиот процес на изработка на мојот магистерски труд. Огромна благодарност до моите родители, за нивната секојдневната поддршка и разбирање во текот на моето студирање, како и верба во мене, во моите цели и планови.

Содржина

АБСТРАКТ	5
КРАТЕНКИ	13
1. ВОВЕД	14
1.1 Опис на темата	14
1.1.1 OHRQoL	14
1.1.2 OHIP-14	15
2. ПРЕДМЕТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ	19
2.1. Предмет на истражување	19
2.2. Оправданост на истражувањето	20
3. ЦЕЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	22
3.1. Општи цели на истражувањето.....	22
3.2. Специфични цели на истражувањето.....	22
4. ХИПОТЕЗИ	24
5. МАТЕРИЈАЛИ И МЕТОДИ	25
5.1. Примерок	25
5.2. Инструмент на истражување	25
5.3. Статистичка обработка и анализа	26
6. РЕЗУЛТАТИ	30
6.1. Демографски карактеристики.....	30
6.1.1.OHIP-14 споредба по пол	40

**Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална
беззабост**

6.1.2. OHIP-14 споредба според место на живеење	48
6.1.3. OHIP-14 споредба во однос на тип на губиток на заби	54
6.1.4. OHIP-14 и возраст на пациентите	59
6.1.4.1. OHIP-14 споредба во однос на возрасни групи	61
6.1.5. OHIP-14 споредба во однос на одржување на орална хигиена	66
7. ДИСКУСИЈА	76
7.1. Разлики по однос на пол.....	76
7.2. Разлики по место на живеење.....	77
7.3. Разлики по губиток на заби.....	78
7.4. Разлики според возраст.....	80
7.5. Разлики според одржување на орална.....	81
8. ЗАКЛУЧОЦИ	83
9. ПРЕПОРАКИ.....	85
10. ЛИТЕРАТУРА.....	87
ПРИЛОЗИ:	94

АБСТРАКТ

ВОВЕД: Квалитетот на животот поврзан со оралното здравје (OHRQoL - Oral Health-related Quality of Life) е мултидимензионален концепт кој го евалуира влијанието на оралното здравје врз секојдневниот живот и целокупната благосостојба на поединецот. OHRQoL ги разгледува различните димензии како што се физичката функција (цвакање, говорење), психолошката благосостојба (самоверба, анксиозност), социјалните аспекти (интеракција со другите) и отсуството на болка или непријатност. Разбирањето на OHRQoL е клучно за стоматолозите и здравствените работници, бидејќи помага во планирањето на ефективни третмани и превентивни мерки кои го подобруваат квалитетот на живот на пациентите. Концептот е исто така вреден за јавно здравствената политика, бидејќи дава увид во поширокото влијание на оралното здравје врз општото здравје и благосостојбата на заедницата. OHRQoL има широка примена во анкетите и клиничките истражувања и е интегрален дел од проценката на општото здравје и благосостојба. Во суштина, OHRQoL е признаен концепт од Светската здравствена организација (СЗО) како важен дел од Глобалната програма за орално здравје (2003). Оралните заболувања стануваат сè поголем здравствен проблем во земјите во развој, додека во средно развиените и земјите во развој, овој јавно-здравствен проблем претставува значаен фактор кој влијае на квалитетот на живот кај лицата подложени на третман.

Затоа, како стоматолошка фела се стремиме кон испитување на состојбите поврзани со OHRQoL индексот, за да конструираме стратегии за превенција или намалување на состојбите кои доведуваат до нарушување на квалитетот на живот кај пациентите, особено со нарушен забен низ, или отсуство на заби.

ЦЕЛИ И ХИПОТЕЗИ: Во ова истражување *главна цел* е да се претстават и анализираат сегментите на OHRQoL кај пациенти со тотален и парцијален губиток на заби. Односно, да се изврши идентификување на точките на OHRQoL за посебните домени на истражување – физички, психолошки, функционални, социјални, телесни, психосоцијални нарушувања и телесно ограничување, како и тоа да се идентификуваат и анализираат демографските, социоекономските и бихевиоралните фактори кои можат да влијаат на OHRQoL. Оваа анализа е со цел да се концепираат препораки кои ќе послужат како основа за воспоставување правилен систем кој ќе овозможи достапни услуги за пациенти кои се соочуваат со губиток на заби.

Поставени се 7 хипотези за ова истражување за проценка на квалитетот на оралното здравје поврзано со Квалитетот на Живот (OHRQoL) кај пациенти со тотална и парцијална беззабост. Хипотезите се однесуваат на анализа на податоците во 5 групи пациенти со парцијална или тотална беззабост (според пол, губиток на заби, место на живеење, возраст и одржување на орална хигиена).

МАТЕРИЈАЛИ И МЕТОДИ: Истражувањето е дизајнирано како проспективна аналитичка студија, изработена врз основа на анализа на податоци добиени преку анкетно истражување за субјективната перцепција и изразените орални проблеми на испитаниците

(пациенти) по проблеми со оралното здравје и/или губиток на заби. Истражувањето се спроведе на пациенти со утврден парцијален или тотален губиток на заби. Примерокот за истражување беше одреден преку специфично дефинирани критериуми за вклучување и исклучување, утврдени по извршен орален преглед на усната празнина и забалото кај испитаниците. Во студијата беа вклучени само пациенти со утврден парцијален или тотален губиток на заби, кои се согласија доброволно да учествуваат во истражувањето. Истражувањето опфати 147 пациенти кои се лекуваат терапевтски со протетски надоместоци(акрилатни мобилни протези) на Универзитетскиот Стоматолошки Клинички Центар „Св. Пантелејмон“ на одделот за мобилна стоматолошка протетика, при Клиничкиот центар Мајка Тереза во Скопје, во периодот од април до јуни 2024 година.

Како инструмент на истражување беше користен стандардизиран анкетен прашалник OHIP-14 (Oral Health Impact Profile-14), кој ја мери перцепцијата на пациентот за влијанието на состојбата на оралното здравје врз квалитетот на животот, нотирајќи го влијанието на проблемите со оралното здравје врз животот на поединецот, притоа преведен и адаптиран на културните карактеристики на населението во Република Северна Македонија, за полесна примена. Прашалникот беше спроведен анонимно и доброволно од сите испитаници. Пресметувањето на резултатот од OHIP-14 прашалникот се врши според оценување на Ликертова скала. Оценките на OHIP-14 може да се движат од 0 до 56 и се пресметуваат со собирање на редните вредности за 14-те ставки. Колку е поголем резултатот, толку е поголемо негативното влијание на оралната состојба врз квалитетот на животот.

Статистичката анализа на податоците добиени од истражувањето беше направена во статистичкиот програм SPSS for Window 23,0. Kolmogorov и Shapiro Wilk's тест беа користени за тестирање на нормалноста на дистрибуцијата на податоците. За споредување на OHIP-14 во однос на пол, возрасни групи, место на живеење, губиток на заби и честота на одржување орална хигиена беа користени непараметарски тестови Mann-Whitney test и Kruskal-Wallis тест. Корелацијата помеѓу возраста и OHIP-14 беше анализирана со Spearman-ов коефициент на ранк корелација. Статистичката сигнификантност беше дефинирана на ниво на $p < 0.05$.

РЕЗУЛТАТИ: Од добиените податоци во истражувањето од вкупно 147 испитаници 66(44.9%) се машки и 81(55.1%) женски пациенти. Во оваа група на пациенти со губиток на заби, 65(44.22%) имаа делумна/парцијална беззабост, а 82(55.78%) пациенти имаа тотална беззабост. Во однос на местото на живеење, од урбана средина беа 89(60.54%) пациенти, од рурална средина беа 58(39.46%) пациенти. Пациентите беа на просечна возраст од 65.9 ± 7.4 години, најмладиот пациент имаше 48 години, најстариот беше на 81-годишна возраст. Во етничката структура доминираа македонци со 90 (61.22%) пациенти. Непушачи и пациенти кои не пијат алкохол го сочинуваа мнозинството на испитаниците—89 (60.54%) и 1211(82.31%), соодветно. Терапија за одредено заболување примале 117(79.59%) испитаници, редовна терапија добивале 92(62.58%). Превентивна терапија примале 83(56.46%) пациенти, редовно истата ја земале 24(16.33%). Во оваа група на пациенти со губиток на заби, 65(44.22%) имаа делумна беззабост, 82(55.78%) пациенти имаа тотална

беззубост. Најголем дел од испитаниците редовно ја одржуваат оралната хигиена – 88(59.86%), но сепак загрижува податокот добиен од 14(9.52%) испитаници кои одговорија дека никогаш не ги четкаат забите. Направено е анализа на податоците групирани според: пол, место на живеење, губиток на заби, возраст, и одржување на орална хигиена.

ДИСКУСИЈА: Квалитетот на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) претставува поим од интерес и за стоматолозите, како и за здравствените власти ширум светот. Кај нас, овој поим сè уште е релативно нов и се наоѓа во процес на истражување. Затоа, важно е да се разбере како луѓето го перципираат влијанието на оралните болести врз нивниот квалитет на живот. Концептот на истражување на OHRQoL е особено значаен за три области: клиничка стоматологија, стоматолошки истражувања и стоматолошка едукација. Во истражувањето е прикажан концепт на орален квалитет на живот, односно влијанието што состојбата на оралното здравје го има врз квалитетот на животот, вклучувајќи ги следните аспекти: соодветна функција за цвакање, голтање, говор и мимики, како и отсуство на непријатност и болка во пределот на усната шуплина; социјалното функционирање во однос на извршувањето на очекуваните улоги во општеството; искуството на добро орално здравје; задоволството од оралното здравје и отсуството на социјални или културни пречки поради лошиот орален статус. Од истражувањето се добиени резултати кои укажуваат дека: проблем со изговарање зборови поради проблеми со забите, устата или протезите имале 16(10.88%) испитаници; 15(10.2%) испитаници имале влошување на сетилоото за вкус поради проблеми со забите, устата или протезите; болка во устата имале 4(2.72%) испитаници; непријатност при хранење поради проблеми со забите, устата или протезите презентираа 19(12.92%) испитаници; мнозинството испитаници - 130(88.43%) се свесни за состојбата со забите, устата или протезите; поради проблеми со забите, устата или протезите 36(24.49%) испитаници биле напнати, 30(20.41%) имале незадоволителна исхрана, а 13(8.84%) морале да ги прекинуваат оброците; поради проблеми со оралното здравје 36(24.49%) испитаници тешко можат да се опуштат, 50(34.02%) чувствуваат засраменост, а 17(11.56%) дури се и нервозни во присуство на други луѓе; 4(2.72%) испитаници изјавија дека имале потешкотии да ги извршуваат вообичаените обврски поради проблеми со забите, устата или протезите; 13(8.84%) испитаници чувствуваат помало задоволство од животот, 1 испитаник бил целосно хендикепиран во функционирањето. Сепак, рехабилитацијата на изгубените заби со протези може да предизвика различни реакции, од привремено губење на тежината поради избегнување храна, до депресија и губење на социјалните контакти.

ЗАКЛУЧОК: Квалитетот на живот поврзан со оралното здравје – OHRQoL, има значаен удел во реализирање на суштински апликации во областа на стоматологијата, здравствената заштита и стоматолошките истражувања, во процесот од учење кон применетата наука, како и пристапите насочени кон пациентот, во план за третман и ефикасноста од истите. OHRQoL има бројни суштински апликации за стоматологијата, здравствената заштита и стоматолошките истражувања, особено додека се движиме од учење кон применета наука и пристапи насочени кон личноста/пациентот за мерење на

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

потребите за третман и ефикасноста на грижата. Исходите ориентирани кон пациентите, како што е OHRQoL, ќе го подобрат нашето разбирање за односот помеѓу оралното здравје и општото здравје и ќе им покажат на клиничките истражувачи и практичари дека подобрувањето на квалитетот на благосостојбата на пациентот оди подалеку од едноставно лекување на стоматолошките заболувања. Во ова истражување, се покажа дека пациентите од женски пол имаат пријавено сигнификантно полош квалитет на живот поради проблеми со оралното здравје од машките. Пациентите од село имаа сигнификантно полош квалитет на живот поради проблеми со оралното здравје од пациентите од град. Квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје не беше значајно различен кај пациентите со парцијална и тотална беззабост. Возраста на пациентите има значајно влијание на нивната перцепција за влијанието на состојбата на оралното здравје врз квалитетот на живот од аспект на социјалната попреченост.

ПРЕПОРАКИ: Истражувањето на OHRQoL може да се користи за информирање на јавноста и здравствениот јавен сектор во однос на планирање на превентивни или терапевтски мерки, кои ќе го подобрат статусот на пациентот во основа на подобрување на физичкото, психолошкото и психичкото здравје во однос на оралните заболувања и терапија за истите. Потребно е активно следење на состојбата на оралното здравје кај пациентите, како и навремено превентивно лекување со што би се намалил предвремениот губитокот на заби, и би се анулирале потешкотиите и проблемите со носење на протетско помагало за вршење на функцијата цвакање, како и останати потешкотии со говор и мимики што се јавуваат при губиток на заби. Да се зголеми бројот на студии од областа, во континуитет, со кои ќе се добијат релевантни научни резултати за оралното здравје, превенција од орални заболувања како и превенција на губиток на заби, со што во целост би се подобрил Квалитетот на живот поврзан со оралното здравје. Институциите треба постојано да развиваат и надополнуваат стратегии (како овозможување бесплатни стоматолошки услуги за социјално загрозени случаи и пензионери на територијата на општина Центар, каде што општината обезбедила финансиски средства за услуги во соработка со УСКЦ), како и преку едукативни програми и содржини да ја зголемат свеста кај пациентите за одржување на оралното здравје.

Клучни зборови : квалитет на живот, беззабост, парцијална беззабост, ОХИП индекс, орално здравје, пациенти

ABSTRACT

INTRODUCTION: The quality of life related to oral health (OHRQoL - Oral Health-related Quality of Life) is a multidimensional concept that evaluates the impact of oral health on an individual's daily life and overall well-being. OHRQoL considers various dimensions such as physical functioning (chewing, speaking), psychological well-being (self-esteem, anxiety), social aspects (interaction with others), and the absence of pain or discomfort. Understanding OHRQoL is crucial for dentists and healthcare workers, as it helps in planning effective treatments and preventive measures that improve patients' quality of life. The concept is also valuable for public health policy, as it provides insights into the broader impact of oral health on a community's overall health and well-being. OHRQoL has broad applications in surveys and clinical research and is an integral part of assessing overall health and well-being. Essentially, OHRQoL is recognized by the World Health Organization (WHO) as an important part of the Global Oral Health Programme (2003). Oral diseases are becoming an increasingly significant health issue in developing countries, while in moderately developed and developing countries, this public health problem represents a significant factor affecting the quality of life in individuals undergoing treatment. Therefore, as the dental community, we strive to investigate the conditions related to the OHRQoL index, in order to construct strategies for the prevention or reduction of conditions that lead to deterioration in the quality of life in patients, especially those with impaired dental arches or missing teeth.

OBJECTIVES AND HYPOTHESES: The main goal of this research is to present and analyze the segments of OHRQoL (Oral Health-related Quality of Life) in patients with total and partial tooth loss. Specifically, to identify the OHRQoL points for specific research domains – physical, psychological, functional, social, bodily, psychosocial disorders and physical limitations, as well as to identify and analyze demographic, socioeconomic, and behavioral factors that may affect OHRQoL. This analysis aims to formulate recommendations that will serve as a basis for establishing a proper system that will provide accessible services for patients facing tooth loss. Seven hypotheses have been proposed for this research to assess the quality of oral health related to Quality of Life (OHRQoL) in patients with total and partial edentulism. The hypotheses relate to data analysis in five groups of patients with partial or total edentulism (by gender, tooth loss, place of residence, age, and oral hygiene maintenance).

MATERIALS AND METHODS: The research is designed as a prospective analytical study, based on the analysis of data obtained through a survey on the subjective perception and expressed oral problems of the respondents (patients) regarding oral health issues and/or tooth loss. The research was conducted on patients with established partial or total tooth loss. The sample for the research was determined through specifically defined inclusion and exclusion criteria, established after an oral examination of the oral cavity and dentition of the respondents. The study included only patients with confirmed partial or total tooth loss who voluntarily agreed to participate in the research. The research included 147 patients who are therapeutically treated with prosthetic replacements (acrylic mobile dentures) at the University Dental Clinical Center “St. Panteleimon”

at the department of mobile dental prosthetics, within the Clinical Center Mother Teresa in Skopje, during the period from April to June 2024.

The research instrument used was the standardized OHIP-14 (Oral Health Impact Profile-14) questionnaire, which measures the patient's perception of the impact of oral health condition on quality of life, noting the impact of oral health problems on the individual's life, translated and adapted to the cultural characteristics of the population in the Republic of North Macedonia for easier application. The questionnaire was conducted anonymously and voluntarily by all respondents. The calculation of the OHIP-14 questionnaire score is based on a Likert scale rating. The OHIP-14 scores can range from 0 to 56 and are calculated by summing the ordinal values for the 14 items. The higher the score, the greater the negative impact of the oral condition on quality of life. Statistical analysis of the data obtained from the research was performed in the statistical program SPSS for Windows 23.0. Kolmogorov and Shapiro-Wilk's tests were used to test the normality of data distribution. For comparing OHIP-14 in terms of gender, age groups, place of residence, tooth loss, and oral hygiene maintenance frequency, non-parametric tests such as the Mann-Whitney test and Kruskal-Wallis test were used. The correlation between age and OHIP-14 was analyzed using Spearman's rank correlation coefficient. Statistical significance was defined at the level of $p < 0.05$

RESULTS: From the data obtained in the research of a total of 147 respondents, 66 (44.9%) were male and 81 (55.1%) were female patients. In this group of patients with tooth loss, 65 (44.22%) had partial edentulism, and 82 (55.78%) patients had total edentulism. In terms of place of residence, 89 (60.54%) patients were from urban areas, and 58 (39.46%) patients were from rural areas. The patients had an average age of 65.9 ± 7.4 years, with the youngest patient being 48 years old and the oldest being 81 years old. In the ethnic structure, Macedonians dominated with 90 (61.22%) patients. Non-smokers and patients who do not drink alcohol constituted the majority of respondents – 89 (60.54%) and 121 (82.31%), respectively. Therapy for a certain disease was received by 117 (79.59%) respondents, with regular therapy being received by 92 (62.58%). Preventive therapy was received by 83 (56.46%) patients, with 24 (16.33%) regularly taking it. In this group of patients with tooth loss, 65 (44.22%) had partial edentulism, and 82 (55.78%) patients had total edentulism. Most of the respondents regularly maintained oral hygiene – 88 (59.86%), but the concerning data showed that 14 (9.52%) respondents reported never brushing their teeth. An analysis of the data was conducted based on gender, place of residence, tooth loss, age, and maintenance of oral hygiene.

DISCUSSION: The quality of life related to oral health (OHRQoL) is a topic of interest for both dentists and health authorities worldwide. In our region, this concept is still relatively new and is currently being researched. Therefore, it is important to understand how people perceive the impact of oral diseases on their quality of life. The concept of OHRQoL research is particularly significant for three areas: clinical dentistry, dental research, and dental education. The research presents the concept of oral quality of life, i.e., the impact that the condition of oral health has on the quality of life, including the following aspects: adequate function for chewing, swallowing, speech, and facial expressions, as well as the absence of discomfort and pain in the oral cavity;

social functioning in terms of fulfilling expected roles in society; the experience of good oral health; satisfaction with oral health; and the absence of social or cultural barriers due to poor oral status. The research results indicate that: 16 (10.88%) respondents had trouble pronouncing words due to problems with teeth, mouth, or dentures; 15 (10.2%) respondents experienced a deterioration in taste due to problems with teeth, mouth, or dentures; 4 (2.72%) respondents had pain in the mouth; 19 (12.92%) respondents reported discomfort when eating due to problems with teeth, mouth, or dentures; the majority of respondents - 130 (88.43%) are aware of the condition of their teeth, mouth, or dentures; due to problems with teeth, mouth, or dentures, 36 (24.49%) respondents felt tense, 30 (20.41%) had unsatisfactory nutrition, and 13 (8.84%) had to interrupt meals; due to oral health problems, 36 (24.49%) respondents found it difficult to relax, 50 (34.02%) felt embarrassed, and 17 (11.56%) were even nervous in the presence of other people; 4 (2.72%) respondents reported difficulties in performing usual tasks due to problems with teeth, mouth, or dentures; 13 (8.84%) respondents felt less satisfaction with life, and 1 respondent was completely handicapped in functioning. However, the rehabilitation of lost teeth with dentures can cause various reactions, ranging from temporary weight loss due to avoiding food to depression and loss of social contacts.

CONCLUSION: The quality of life related to oral health (OHRQoL) has a significant role in realizing essential applications in the fields of dentistry, healthcare, and dental research, as well as in the transition from learning to applied science and patient-centered approaches in treatment planning and efficacy. OHRQoL has numerous essential applications for dentistry, healthcare, and dental research, especially as we move from learning to applied science and patient-centered approaches for measuring treatment needs and care efficacy. Patient-oriented outcomes, such as OHRQoL, will enhance our understanding of the relationship between oral health and general health and demonstrate to clinical researchers and practitioners that improving the patient's quality of well-being goes beyond simply treating dental diseases. This research showed that female patients reported significantly worse quality of life due to oral health problems compared to males. Patients from rural areas had significantly worse quality of life due to oral health problems compared to those from urban areas. The quality of life due to oral health problems was not significantly different between patients with partial and total edentulism. The age of the patients has a significant impact on their perception of the influence of oral health condition on quality of life in terms of social impairment.

RECOMMENDATIONS: The research on OHRQoL can be used to inform the public and the public health sector regarding the planning of preventive or therapeutic measures, which will improve the patient's status by enhancing physical, psychological, and mental health in relation to oral diseases and their treatment. Active monitoring of patients' oral health status is necessary, as well as timely preventive treatment to reduce premature tooth loss and mitigate the difficulties and problems associated with wearing prosthetic aids for chewing, as well as other difficulties with speech and facial expressions that arise from tooth loss. Increasing the number of studies in the field, continuously, will yield relevant scientific results for oral health, the prevention of oral diseases, and the prevention of tooth loss, thereby improving the quality of life related to oral

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

health. Institutions should continuously develop and supplement strategies (such as providing free dental services for socially vulnerable cases and pensioners in the municipality of Centar, where the municipality has provided financial resources for services in cooperation with UDSC), as well as through educational programs and content to raise patient awareness about maintaining oral health.

Key words: quality of life, edentulism, partial edentulism, OHIP index, oral health, patients.

Кратенки

СЗО - Светската здравствена организација

ФЗОМ – Фонд за здравствено осигурување на Република Северна
Македонија

OHRQoL - Oral Health-related Quality of Life (Квалитетот на животот поврзан
со оралното здравје)

OHIP-14 - Oral Health Impact Profile-14 (Профилот за влијание врз оралното
здравје)

OQoL - Oral Quality of Life (Оралниот квалитет на живот)

ОИДП (OIDP) – Орално влијание врз дневните перформанси (Oral Impact on
Daily Performance)

GOHAI - Геријатрискиот индекс за проценка на оралното здравје

1. ВОВЕД

1.1. Опис на темата

Светската здравствена организација (СЗО) во 1994 година го дефинира „Квалитетот на животот“ (QoL) како перцепција на положбата на поединецот во животот, во рамките на културниот контекст и системот на вредности во кој живее и во однос на одредени цели, очекувања, норми и грижи^[1]. QoL претставува мултидимензионален и комплексен концепт кој вклучува лични аспекти како што се здравје, лична независност и задоволство од животот, како и аспекти од околината како што се мрежи за поддршка и социјални услуги.

Важноста на квалитетот на животот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) од неодамна се зголеми во клиничката пракса, како и истражувањето за оралното здравје и здравствените програми. Во стоматолошката пракса има зголемен сеопфатен пристап за проценка на влијанието на оралните болести со вклучување на физичка, ментална и социјална благосостојба која предизвика интерес за мерење на OHRQoL како еден од најважните стоматолошки резултати пријавени од пациентите^[1]. Проценката на OHRQoL бара прецизни инструменти кои целосно и прецизно ја доловуваат перспективата на пациентот^[1,2].

Има развиено повеќе инструменти за мерење на OHRQoL, Профилот на влијанието врз оралното здравје (OHIP) е еден од најшироко користениот инструмент, кој применува меѓукултурно прифатен стандард^[3,4]. Врз основа на Меѓународната класификација на СЗО за оштетувања, инвалидитет и хендикеп, Слејд и Спенсер (1994) имаат развиено мултидимензионална рамка и со проширување на 49 ставки („оригиналниот“ OHIP-49)^[3,5]. Последователно, биле предложени пократки верзии за клиничко иследување^[3,6,7], при што OHIP-14 станува најчесто користената верзија. Истиот ќе биде инструмент и во ова истражување.

1.1.1. OHRQoL

Еден од најчестите проблеми поврзани со оралното здравје во денешно време е губењето на забите. Губењето на забите (агенеза) е состојба на отпаѓање или екстракција на забите во забниот низ (хиподонција, олигодонција, анодонција) која предизвикува нарушување на функциите на ортогнатниот систем (говор, мастикација, мимики) како резултат на ослабување на потпорните ткива на забите. Губењето на забите предизвикува намалување на алвеоларната коска, миграција на страничните заби како и елонгирање на забите од спротивната вилица, кое може да влијае на потпорните ткива при добивање адекватна протетска реставрација. Недостаток на заби освен нарушување на функциите на ортогнатниот систем, може да има значителен ефект и врз емоционалната перцепција на луѓето, како на изгледот, така и на социјалната интеракција и доживување. Постојат неколку алтернативи кои може да се користат за замена на исчезнатите забни елементи,

како што се мобилните надоместоци/ протези (тотални, парцијални, и визил протези) , како и фиксно-протетски конструкции (коронки и мостови) и забни импланти.

Периодот после губитокот на забите, до реализација на протетската рехабилитација, како и периодот на навикнување на истата во устата на пациентот, е тесно поврзан со OHRQoL (квалитетот на живот поврзан со оралното здравје). Квалитетот на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) е мултидимензионален концепт кој вклучува биопсихосоцијални аспекти поврзани со оралното здравје ^[1] и се заснова на дефиницијата на Светската здравствена организација која го смета здравјето како состојба на целосна физичка, ментална и социјална благосостојба. OHRQoL се однесува на тоа како оралното здравје влијае на секојдневниот живот на луѓето и нивната општа благосостојба. Оваа концепција опфаќа физички, психолошки и социјални аспекти на животот кои може да бидат погодени од состојбата на оралното здравје. Еве некои клучни аспекти на OHRQoL:

- *Функционални проблеми:* Како што се потешкотии во јадењето, зборувањето и голтањето.
- *Болка и непријатност:* Оралните болести често предизвикуваат хронична болка која може да го намали квалитетот на животот.
- *Психосоцијално влијание:* Лошото орално здравје може да доведе до намалена самопочит и доверба, како и до проблеми во социјалните интеракции.
- *Ефекти врз општата здравствена состојба:* Оралните болести можат да влијаат на општото здравје, со поврзаности со кардиоваскуларни болести, дијабетес и други хронични состојби.

Сепак, OHRQoL вообичаено се гледа од редукционистичка перспектива, во која се разгледува само сопствената перцепција на поединецот, не вклучувајќи ги биопсихосоцијалните аспекти. Повеќето студии го опишуваат OHRQoL како влијание на орофацијалните состојби како и стоматолошки третмани кои ги перципира поединецот ^[2,3]. Ова е дефиницијата усвоена во студијата на Слејд и Спенсер ^[3,5]. OHRQoL сам по себе не го открива и не дава приказ на клиничкиот орален статус, но оваа перспектива овозможува идентификација на перцепцијата на поединецот за оралното здравје и како и важноста од истата и влијание врз живот на поединецот.

1.1.2. OHIP- 14

Од почетокот на испитувањето на влијанието на состојбата на оралното здравје врз квалитетот на животот, развиени се и тестирани многу инструменти со цел да се добие соодветен и доверлив прашалник кој може да се користи во секојдневната практика. Постојат вкупно 20 идентификувани и клинички потврдени индекси кои го мерат влијанието на оралното здравје врз квалитетот на животот.

Тие вклучуваат Социјален импакт на денталните болести (Social impact of dental disease SIDD) формулирани од Cushing и колегите во 1986 година, Профилот на денталниот импакт (Dental impact profile) формулиран од Strausse и Hunt во 1993 година, Индикаторите за субјективниот статус на оралното здравје (Subjective Oral Health Status Indicators)

предложени од Locker и Miller во 1994 година, Денталното влијание врз дневното живеење (Dental Impact on Daily Living DIDL) предложен од Leao и Sheiham во 1996 година, Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (Oral Health-related Quality of Life OHRQoL) предложен од Kressin и колегите во 1996 година и Профил на влијанието врз оралното здравје со неговите деривати како што се верзијата SONIP за деца и адолесценти ^[10,11,12].

Сите индекси се на англиски јазик во оригиналната верзија, истите преведени на други јазици. Најчесто користени прашалници кои го мерат влијанието на оралното здравје врз квалитетот на животот на следниов начин: Општ индекс за проценка на оралното здравје - GOHAI (преведен на кинески, француски, шведски, малајски и јапонски); Субјективни индикатори за статусот на оралното здравје – SOHSI (преведен на кинески); Профил на влијанието врз оралното здравје-49 – OHIP-49 (преведен на кинески, шведски, унгарски, корејски, хрватски и словенечки); Дентално влијание врз секојдневниот живот – DIDL (преведено на арапски и шведски); Профил на влијанието врз оралното здравје-14 – OHIP14 (преведен на португалски, хебрејски, јапонски, германски, фински, хрватски, словенечки и други јазици); Усно влијание врз дневните перформанси – OIDP (преведено на грчки, тајландски, норвешки, шведски и танзаниски); Мерка за квалитет на живот поврзан со оралното здравје во ОК – OHQoL-UK (преведена на португалски и арапски); Скала за квалитет на живот за носители на протези – QOLD (преведено на јапонски).

За мерење на OHRQoL, се користат специфични мерни инструменти, како што се профилот на влијанието врз оралното здравје (OHIP) ^[6,7,8], како и геријатрискиот индекс за проценка на оралното здравје (GOHAI) ^[4]. OHIP првично е развиен од Слејд и Спенсер ^[6] во Австралија, кој содржи 49 ставки (OHIP-49) формулирани од изјави добиени во интервјуа со стоматолошки пациенти.

Квалитетот на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) е мерење на денталното и оралното здравје поврзано со квалитетот на животот врз основа на индивидуални проценки за состојбата на нивните заби и уста ^[13,14]. Социјалната околината се состои од работа, образование и економски статус. Постојат неколку домени кои влијаат на квалитетот поврзан со оралното здравје на животот (OHRQoL) вклучувајќи физичко здравје, психолошко здравје, социјални односи, животна средина и орално влијание врз дневните перформанси (OIDP) ^[15]. Оралното влијание врз дневните перформанси (ОИДП) се состои од влијанието на оралното здравје врз способноста на поединецот да извршува осум дневни активности, а тоа се јадење, зборување, чистење на забите, спиење и релаксирање, покажување заби без срам, одржување емоционална состојба, работа, и социјален однос.

Нарушувања на физичкото здравје се состои од непријатност, болка, нарушена функција на мастикација, вкус, говор и перцепција на оралната хигиена. Психолошкото здравје се состои од емоционална стабилност, анксиозност и несигурност. Социјалните односи се состојат од практичноста за комуникација со другите, способноста за комуникација како и естетика/насмевка.

Затоа, целта на ова истражување е да се анализира корелацијата помеѓу доменот физичко здравје поврзан со орално здравје (OHRQoL), психолошко здравје, социјална врска, животна средина, орално влијание врз дневните перформанси (ОИДП).

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост



Слика 1: приказ на елементи на корелација на OHRQoL со: Орално здравје, орални функции, третман, социјална средина, и емоционално влијание

OHRQoL има значителна поврзаност со прикажаните 5 полиња на корелација : орално здравје, и тоа нарушување пропратено со болка и денто-орални нарушувања (крварење на непца, пародонтоза, расклатени заби, загуба на заби во забен низ) ; емоционално здравје, кое може да биде нарушено од емоционална перцепција за сопствената денто-орална состојба (намалено чувство на среќа, анксиозност, афективност) ; нарушена денто-орална функција (цвакање, мимики, голтање, зборување); нарушување на условите во социјалната средина и опкружување (неможност за извршување секојдневни активности/работни активности); како и очекување од денталниот третман (не секогаш пациентите се задоволни од моментот дека условите не им дозволуваат определен рехабилитационен третман).

Имајќи ги предвид различните предлози за факториелни структури за ОНП-14 и знаејќи дека неговата имплементација и употреба може да биде под влијание на културата, општествените карактеристики на испитуваната популација како и други индивидуални и клинички карактеристики, ова истражување беше спроведено со употреба на анкетниот прашалник, преведен/адаптиран според социјалните општествени карактеристики за населението на територијата на Република Северна Македонија, односно претежно пациенти од околината на Скопје и Куманово. Целите на ова истражување беа да се оцени усогласеноста на факторијалните модели на ОНП-14 на различни примероци (пациенти со тотална или парцијална беззабост кои како протетски надоместок употребуваат мобилни протези).

Во оваа студија, користен е стандардизиран прашалник ОНП-14. Тоа е кратенка за „Профил на влијанието на оралното здравје“ со 14 прашања кои ги оценуваат социјалните, физичките и психолошките аспекти на оралното здравје и како проблемите со оралното здравје влијаат врз секојдневниот живот. ОНП-14 ги мери следните аспекти кои се поделени во 7 домени, како:

1. Функционално ограничување – Тешкотии при зборување, вкус и цвакање.
2. Физичка болка – Чувство на непријатност или болка во устата.
3. Психолошка непријатност – Чувство на самосвесност за проблемите со оралното здравје и/или тензија поради орални состојби.
4. Физичка попреченост – Тешкотии при опуштање или јадење поради орални проблеми.
5. Психолошка попреченост – Губење на самодоверба или чувство на срам или вознемиреност.
6. Социјална попреченост – Намалување на социјалната интеракција поради проблеми со оралното здравје.
7. Хендикеп – Чувство дека животот е помалку задоволителен или неможност за нормално функционирање поради орални проблеми.

Сите ставки се претставени со скала за оценување од пет категории, која се движи од „никогаш“ (0), „ретко кога“ (1), „повремено“ (2), „прилично често“ (3), до „многу често“ (4). Секој елемент се оценува на скала (обично од 0 до 4), каде повисокиот резултат покажува поголемо влијание врз квалитетот на живот. Скалите на прашањата се собираат за да се добие вкупен резултат од 0 до 56, при што повисок резултат означува поголемо негативно влијание на оралното здравје врз квалитетот на животот на поединецот.

ОНП-14 им помага на клиничарите и истражувачите да разберат како денталните проблеми влијаат на целокупната благосостојба на пациентите.

2. ПРЕДМЕТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ

2.1. Предмет на истражување

За да се реши проблемот со губитокот на забите може да се направат различни видови стоматолошки третмани, особено за враќање на функцијата на изгубените заби, имено цваќање, говорна функција и подобрување на целокупната естетика на лицето. Целта на стоматологот е да им помогне на пациентите со рехабилитација на оралното здравје, здравјето на забите користејќи однапред одреден план и рехабилитациона терапија. Пациентите со парцијален или тотален губиток на забите може да не можат да извршуваат различни ортогнатни функции.

Правилниот план на терапија се одредува од аспект на губиток на коскена маса, односно состојбата на виличните коски, како и од губиток на забниот потпорен апарат, (присуство/отсуство на заби). Но не секогаш пациентите се доведени во состојба да изберат правилен рехабилитационен третман, со помалку инвазивност и траен надоместок на забниот губиток, поради финансискиот момент. Мобилните протези, за кои кај нас постои можност да бидат рефундирани од ФЗОМ како протетски надоместок, поради фактот што се заменува важна функција на човечкиот организам- мастикација/ цваќање, треба да се нагласи дека не секогаш ги задоволуваат целосно потребите за правилен естетски изглед, или удобност во говорот, или цваќање.

Секој тип на протетски надоместок има свои предности и недостатоци. Забните импланти се одличен начин за обнова на забите и оралното ткиво, и истите во поново време се избор за замена на изгубените заби. И покрај сите овие предности, имплантите не се првиот избор на третман поради недостаток на информации кај пациентите за тој начин на рехабилитациона терапија на забниот апарат, како и поради финансискиот аспект, поради цената, како и поради фактот дека истиот период на рехабилитациона терапија не спаѓа во надоместоци на товар на ФЗОМ. Поради фактот дека стапката на сиромаштија и економска независност се на високо ниво во нашата држава, концептот на користење на правото на протетски забен апарат на товар на ФЗОМ е најчест избор, и предмет на рехабилитациона терапија кај социјалното население на територијата на РС Македонија.

Предмет на истражување на магистерскиот труд е испитување на квалитетот на живот кај пациенти кои имаат тотална или парцијална беззабост, и елаборира каква е поврзаноста на општото орално здравје кај повозрасната популација со квалитетот на живот од функционален, психолошки и физички аспект.

Затоа во овој труд ќе се задржам на испитување OHRQoL кај пациенти со парцијална и тотална беззабост, кај кои изборот за рехабилитациона терапија е со мобилни протетски надоместоци (тотални и парцијални протези). Исто така, мерењето на OHRQoL го насочува дизајнот на програми за јавно здравје следејќи ги здравствените потреби на населението и го подобрува целокупното јавно здравје на забите. Во клиничката пракса, тоа придонесува за подобра комуникација помеѓу стоматологот и пациентот, ја олеснува евалуацијата на крајниот терапевтски исход, со што се зголемува задоволството на пациентот од обезбедената стоматолошка заштита.

2.2.Оправданост на истражувањето

Кај пациентите кај кои е евидентиран губиток на заби, често се поврзува квалитетот на живот со состојбата на ортогнатниот систем, односно со состојбата на забалото и оралното здравје. Голем дел пациенти поради предвремен губиток на заби, подолг период од својот живот функцијата цваќање, односно исхрана, ја вршат со ортопедски функционални помагала, односно стоматолошки протези, кои го надоместуваат губитокот на заби и непце. Често пати, истите тие се соочуваат со потешкотии во прифаќање на протезите, и поради тоа се создава отфрлање на протезите како страно тело, кое е предизвикано од психолошки фактор. Пациентите во таков случај се соочуваат најпрво со губење на телесната тежина, потоа со намалување на квалитет на исхрана, проблеми со гастроинтестиналниот тракт поради недоволна или несоодветна исхрана, како и начинот на исхрана кој се создава принудно. Поради тоа, често пати се нарушува и општото здравје кај пациентите. Исто така, значаен момент е естетскиот сегмент. Недостаток на заби, кај голем дел од пациентите предизвикува чувство на срам, и повлекување од социјалната заедница поради истиот, дистанцирање од социјални контакти. Тоа во целост го отежнува психолошкиот статус кај поединците и често освен повлекување на пациентите од социјалната средина, доведува и појава на анксиозни и депресивни периоди, поради губење на самодовербата која е настаната поради нарушената фацијална естетика. Како што спомнавме, орофацијалната болка, функционалните ограничувања, психосоцијалните влијанија и грижата за изгледот се дел од целината на димензии на квалитетот на живот поврзан со оралното здравје. Следствено, OHRQoL е особено важен за стоматолошката протетика. Профилот на проблемите пред и по третманот многу се разликуваше кај носители на мобилните тотални и парцијални протези, а сосем мали проблеми беа откриени по подолго време на адаптација на носење на истите.

За истражување на наведената проблематика, оваа релевантност лежи во можноста дека OHRQoL претставува индикатор за јавното здравје, кој може да биде водич и во однос на ограничувањата на оралното здравје на населението и влијанието на оралното здравје како и денталните третмани за животот на луѓето. Во клиничката пракса, информациите за OHRQoL дозволуваат развој на план за лекување фокусиран на пациентот. Во однос на образовно-едукативните цели, OHRQoL дозволува стоматолозите, да го следат својот пациент не само од аспект на пациент за стоматолошка рехабилитација, односно не само третирање на физички проблем, но и како човечко суштество вметнато во животни контексти, чија вклученост во здравјето се перцепира на единствен начин кое ги вклучува сите точки – рехабилитација на физичката димензија која делува првовремено и на функционалната, како и на психолошката и социјалната димензија. Сите овие точки придонесуваат за изградбата на похумана стоматологија заснована на докази фокусирана не само на техниката и/или елиминација на болеста, но и на промоција на оралното здравје. Меѓутоа, поради фактот што овој концепт кој не е директно мерлив (латентен), оценувањето на OHRQoL може да биде предизвик за стоматолошката фела.

Зошто OHRQoL е важно за истражување?

- *Функционално влијание:* Добрата орална хигиена како и оптимална дентиција се важни за вршење основни функции како јадење, зборување и голтање. Лошата орална хигиена, како и некомплетна дентиција може да предизвикаат тешкотии во овие области, што влијае на исхраната и комуникацијата.
- *Психосоцијална благосостојба:* Оралното здравје влијае на самопочитувањето, довербата и социјалните интеракции. Проблемите со оралното здравје како што се, лош здив, видлив кариес или недостаток на заби во забниот низ, можат да предизвикаат срам, социјално повлекување, па дури и анксиозност или депресија.
- *Квалитет на Живот (QoL) :* Хроничната болка или непријатност од оралните болести може значително да го намали квалитетот на живот. OHRQoL мерките помагаат да се разбере товарот на оралните здравствени состојби врз секојдневниот живот.
- *Здравствени резултати:* Оралното здравје е тесно поврзано со општото здравје. Состојби како пародонтоза се поврзани со системски проблеми како кардиоваскуларни болести и дијабетес. Оценувањето на OHRQoL може да помогне во идентификацијата на луѓе во ризик.
- *Планирање на здравствена заштита и здравствена политика:* Разбирањето на OHRQoL помага во обликувањето на јавните здравствени политики и приоритетите во здравствените ресурси. Тоа помага во дизајнирање на целосни интервенции и превентивни програми за подобрување на здравјето на популацијата.
- *Пациент ориентирана грижа:* Оценувањето на OHRQoL е фокусирано на перспективата на пациентот, овозможувајќи на здравствените работници да ги прилагодат третманите на индивидуалните потреби и да го подберат задоволството на пациентите.

Со нагласувањето на OHRQoL, можеме подобро да ги разбереме и адресираме потребите на поединците, што води до подобро општо здравје и благосостојба.

3. ЦЕЛИ НА ИСТАЖУВАЊЕТО

Во ова истражување **главна цел** е да се претстават и анализираат сегментите на OHRQoL кај пациенти со тотален и парцијален губиток на заби. Односно, да се изврши идентификување на точките на OHRQoL за посебните домени на истражување – физички, психолошки, функционални, социјални, телесни, психосоцијлни нарушувања и телесно ограничување, како и тоа да се идентификуваат и анализираат демографските, социоекономските и бихевиоралните фактори кои можат да влијаат на OHRQoL. Оваа анализа е со цел да се концепираат препораки кои ќе послужат како основа за воспоставување правилен систем кој ќе овозможи достапни услуги за пациенти кои се соочуваат со губиток на заби.

3.1. Општа цел на истражувањето:

- 1) **Да се изврши оценка на влијанието на оралното здравје врз квалитетот на живот:** односно анализа на тоа како проблемите со оралното здравје влијаат на различни аспекти на животот на пациентите со парцијална и тотална беззабост, вклучувајќи го и физичкото, психолошкото и социјалното здравје.

3.2. Специфични цели:

- 1) **Да се дефинира OHRQoL: (што);** објаснување на важноста од истиот за стоматолошката пракса и истражувања (**зошто**); опис на тоа како OHRQoL се употребува во испитување на истражувачки трендови (**како**).
- 2) **Да се идентификуваат точки на OHRQoL кај пациенти со тотална и парцијална беззабост** анализирана според : пол, губиток на заби, возраст, место на живеење и одржување на орална хигиена.
- 3) **Да се идентификуваат ризиците и потребите кај пациентите со парцијална и тотална беззабост, како и проценка од ефикасноста на интервенциите кај споменатата група на пациенти:** односно да се утврди ефикасноста од различните стоматолошки интервенции и третмани кај пациентите со парцијална и тотална беззабост во подобрување на квалитетот на живот (мобилни стоматолошки протези).
- 4) **Да се обезбедат податоци и сознанија кои ќе можат да помогнат во креирање на јавните здравствени политики и програми за подобрување на оралното здравје кај споменатата група на пациенти:** да се добијат анализи кои ќе овозможат континуитет на истражување и анализирање, врз основа на кое ќе може да се спроведе мониторинг и евалуација на програмите за орално здравје и нивното влијание врз квалитетот на живот на пациентите.
- 5) **Да се обезбедат податоци кои ќе помогнат во унапредување на клиничката пракса и подобрување на грижа за пациентите.**

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

Со спроведување на ова истражување, може значително да се подобри разбирањето и управувањето со оралното здравје, што резултира во подобар квалитет на живот за пациентите.

Со постигнување на овие општи и специфични цели, истражувањата за OHRQoL можат значително да придонесат за подобрување на оралното здравје и општиот квалитет на живот на населението.

4. ХИПОТЕЗИ

Поставени хипотези за ова истражување за проценка на Квалитетот на оралното здравје поврзано со Квалитетот на Живот (OHRQoL) кај повозрасни пациенти со тотална и парцијална беззабост се:

X1: Психолошката непријатност, односно чувството на засраменост поради недостаток на заби, има значително високо влијание во одвивање на секојдневните функции кај пациентите.

X2: Функционалните ограничувања и психолошката попреченост како елемент на OHRQoL има големо влијание кај пациентите во зависност од полот, и истите аспекти влијаат кај пациентите од различен пол до степен на развивање на анксиозна симптоматологија.

X3: Постои разлика во евидентирање на психолошката непријатност помеѓу машки и женски пол, жените поемотивно осеќаат пречки во секојдневното функционирање со отсуство на заби, чувството на засраменост е поголемо кај женската популација.

X4: Пациентите од рурална средина (со место на живеење во село) ќе имаат полош OHRQoL од пациентите кои се со место на живеење во град, поради достапноста на стоматолошките услуги.

X5: Пациентите носители на протетски надоместоци со тотална беззабост нема да имаат разлики во OHIP-14 резултати во споредба со оние со парцијална беззабост.

X6: Помладите пациенти ќе имаат поголем Охип скор во аспект на физичка болка и психоилошка непријатност од постарите пациенти. Помладите пациенти ќе пријават полош OHRQoL од постарите пациенти.

X7: Кај пациентите со тотална или парцијална беззабост нема да има влијание честотата на четкање и одржување на оралната хигиена врз Квалитетот на живот поврзан со оралното здравје, односно нема да има разлики во ниту еден аспект од функционалното ограничување, психолошката попреченост, физичката болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, социјалната попреченост и хендикеп.

5. МАТЕРИЈАЛИ И МЕТОДИ

Истражувањето е дизајнирано како проспективна аналитичка студија која е изработена врз основа на анализа на податоци кои се добиени со анкетно истражување за субјективната перцепција и согледани и/или изразени орални проблеми на испитаниците (пациенти) после наведени проблеми со орално здравје и/или губиток на заби. Спроведено е анкетно истражување со стандардизиран OHIP 14 анкетен прашалник, кај пациенти кај кои беше констатиран губиток на заби, а истите се носители, на ортопедско помагало-стоматолошки протетски надоместоци. Анкетното истражување опфати пациенти кои се лекуваат терапевтски со протетски надоместоци на Универзитетскиот Стоматолошки Клинички Центар “Св.Пантелејмон“ при клиничкиот центар Мајка Тереза во Скопје на одделот за стоматолошка протетика во периодот од април до јуни 2024 година. Како инструмент на истражување беше користен анкетниот прашалник OHIP-14.

5.1. Примерок

Во истражувањето беа вклучени 147 испитаници, пациенти од Универзитетскиот стоматолошки клинички центар „Мајка Тереза“ во Скопје на оделот за Мобилна стоматолошка протетика, кај кои беше констатиран губиток на заби и кај истите е констатирано потреба од стоматолошки мобилен протетски надоместок, акрилатна мобилна протеза. Анкетираните пациенти се на возраст од 48 до 81 години, група на пациенти со констатирана беззабост. Анкетирањето се вршеше во периодот од месец април до јуни 2024 година. Примерокот на истражување е констатиран по извршен орален преглед на состојбата на усната празнина и забало кај испитаниците.

Во истражувањето како критериум за вклучување беше констатиран парцијален или тотален губиток на заби кај пациентите, а кои се согласија доброволно да бидат анкетираны и да учествуваат во истражувањето. Како критериум за исклучување од истражувањето беа пациенти кај кои беше констатирано интактно забало или потреба од различен рехабилитационен протетски третман од стоматолошка мобилна протеза.

5.2. Инструмент на истражување

Истражувањето е спроведено со стандардизиран анкетен прашалник OHIP 14 (Oral Health Impact Profile). Во анкетирањето се користеше верзијата на OHIP-14 Odia анкетен прашалник¹, поради преводот на прашалникот кој е прилагоден и сличен со културните карактеристики на населението на територијата на Република Северна Македонија кој е разбирлив и лесен за примена. Тоа е индекс кој ја мери перцепцијата на пациентот за

¹ Анкетен прашалник OHIP-14 прикачен во ПРИЛОЗИ

влијанието на состојбата на оралното здравје врз социјалната сфера и воопшто на квалитетот на животот. Профилот за влијание врз оралното здравје-14 (OHIP-14/ Oral Health Impact Profile-14) се користи за да се процени влијанието што проблемите со оралното здравје можат да го имаат врз животот на поединецот. Прашалникот се спроведе во вид на доброволно и анонимно пополнување од сите испитаници. Дел од испитаниците сами го пополнуваа прашалникот со дообјаснување од моја страна за прашањата во анкетниот прашалник, се со цел субјективно нивно изразување. На дел кои беа спречени сами да пополнуваат (поради проблем со видот или пишување) им беа усно читани прашањата, и воедно им се објасни значењето на секое од прашањата доколку имаше потреба од истото. Испитаниците одговараа без да се сугерира одговорот.

Анкетирањето се вршеше со прашалник составен од два дела : општ дел прашалник (кој содржи вкупно 10 демографски и анамнестички прашања поврзани со местото на живеење на пациентите, возраста, пол, етничката припадност, дали пуши цигари, дали консумира алкохол, дали прима терапија за одредено заболување, констатиран губитоик на заби, дали примал пациентот терапија за превенирање губиток на заби и фреквенција од спроведување на истата, како и фреквенција на одржување орална хигиена. Вториот дел од анкетирањето претставен како специфичен дел , односно со стандардизиран OHIP 14 прашалник, составен од 14 прашања поделени во 7 домени : функционално ограничување (ограничување на орални функции цвакање и говор); физичка болка (болка на заби, непце или слузница); психолошка непријатност (непријатност од настанатата беззабост); телесна попреченост(неможност за мастикација поради беззабост или протетската рехабилитација); психолошка попреченост(непријатност во однос на социјалната средина); социјална попреченост и хендикеп(неможност за животно секојдневно функционирање).

По добиените резултати од анкетирањето на испитаниците се изврши приказ на добиените податоци.

5.3. Статистичка обработка и анализа

Податоците кои ги добивме со анкетното истражувањето, внесени се во специјално изработена база на податоци. Пресметувањето на резултатот од OHIP-14 прашалникот се врши според оценување на Ликертова скала. Одговорите се оценети на Ликертова скала од 5 точки: 0 = никогаш/ не знам; 1 = ретко кога; 2 = повремено; 3 = прилично често; 4 = многу често/секој ден. Одговорите се добиени врз основа на личната перцепција на испитаникот за сопствената состојба на забалото.

Оценките на OHIP-14 може да се движат од 0 до 56 и се пресметуваат со собирање на редните вредности за 14-те ставки. Колку е поголем резултатот, толку е поголемо негативното влијание на оралната состојба врз квалитетот на животот.

Статистичката анализа на податоците добиени од истражувањето беше направена во статистичкиот програм SPSS for Window23,0. Kolmogorov и Shapiro Wilk's тест беа користени

за тестирање на нормалноста на дистрибуцијата на податоците. Добиените податоци се прикажани табеларно и графички. Категориските (атрибутивни) варијабли се прикажани со апсолутни и релативни броеви. Нумеричките (квантитативни) варијабли се прикажани со просек, стандардна девијација, минимални и максимални вредности, медијана и интерквartilни рангови. Со овој коефициент на анализа, може да се измери силната страна на една линеарната врска помеѓу две квантитативни варијабли.

За споредување на ОНП-14 во однос на пол, возрасни групи, место на живеење, губиток на заби и честота на одржување орална хигиена беа користени непараметарски тестови Mann-Whitney test и Kruskal-Wallis тест.

Корелацијата помеѓу возраста и ОНП-14 беше анализирана со Spearman-ов коефициент на ранк корелација.

Статистичката сигнификантност беше дефинирана на ниво на $p < 0.05$.

Варијаблиите се 7те димензии од ОНП прашалникот, составени од по две прашања, претставени во следната табела :

Функционално ограничување	1. Дали сте имале проблем со изговарање зборови поради проблеми со забите, устата или протезите? 2. Дали сте почувствувале дека вашето сетило за вкус се влошило поради проблеми со забите, устата или протезите?
Физичка болка	3. Дали сте имале болна болка во устата? 4. Дали ви е непријатно да јадете каква било храна поради проблеми со забите, устата или протезите?
Психолошка непријатност	5. Дали сте биле свесни поради вашите заби, уста или протези? 6. Дали сте се чувствувале напнати поради проблеми со вашите бели заби, уста или протези?
Телесна попреченост	7. Дали вашата исхрана е незадоволителна поради проблеми со забите, устата или протезите? 8. Дали сте морале да ги прекинувате оброците поради проблеми со забите, устата и протезите?

Психолошка попреченост	9. Дали ви е тешко да се опуштите поради проблеми со устата и протезите за заби? 10. Дали сте биле малку засрамени поради проблеми со забите, устата и протезите?
Социјална попреченост	11. Дали сте биле малку нервозни во присуство со други луѓе поради проблеми со забите, устата и протезите? 12. Дали сте имале потешкотии да ги извршувате вашите вообичаени работи поради проблеми со забите, устата или протезите?
Хендикеп	13. Дали сте почувствувале дека животот воопшто е помалку задоволувачки поради проблеми со забите, устата или протезите? 14. Дали сте биле целосно неспособни да функционираате поради проблеми со забите, устата и протезите?

Анализата е направена според димензиите/ домените на прашалникот, и тоа :

1. Функционални нарушувања – податоци кои се засноваат врз чувството на пациентот со орална функција говор и сетилност;
2. Физичка болка – перцепцијата на пациентот заснована при функцијата цвакање, од аспект на физичка попреченост за вршење на истата ;
3. Психолошка непријатност – самосвесност на пациентот за орална состојба на вилиците и усната празнина;
4. Телесна попреченост – перцепција на пациентот за функцијата цвакање од аспект на самостојно вршење на функцијата цвакање со помош на протетските надоместоци;
5. Психолошка попреченост – перцепција на пациентите врз основ на чувството на отсуство на сопствени заби во усната празнина;
6. Социјална попреченост – перцепција на пациентот врз основ на функционалност во социјалната средина како единка во моментот на терапевската постапка ;
7. Хендикеп – перцепција на пациентот врз основа на целосна физичка одземеност и нефункционалност поради отсуството на заби.

Применети се стандардни статистички методи за статистичката обработка и анализа на податоците: дескриптивна анализа, корелациона анализа, параметарски и не-параметарски

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

тестови за еднаквост, како и регресивна анализа. Сите статистички тестови се обработени со примена на барана статистичка сигнификантност за $p < 0.05$ за статистички значајни резултати, а резултатите каде $p > 0.05$ се сметаат како резултати со „отсуство на евиденција за статистичка значајност“. Резултатите се прикажани табеларно и графички.

6. РЕЗУЛТАТИ

6.1. Демографски карактеристики

Во истражувањето беа вклучени 147 испитаници, пациенти од Универзитетскиот стоматолошки клинички центар „Мајка Тереза“ во Скопје од одделот за стоматолошка мобилна протетика, кај кои бил констатиран губиток на заби, односно парцијална или тотална беззабост.

Половата структура на испитаниците ја сочинуваа 66(44.9%) машки и 81(55.1%) женски пациенти. Во оваа група на пациенти со губиток на заби, 65(44.22%) имаа делумна/парцијална беззабост, а 82(55.78%) пациенти имаа тотална беззабост. Во однос на местото на живеење, од урбана средина беа 89(60.54%) пациенти, од рурална средина беа 58(39.46%) пациенти. Пациентите беа на просечна возраст од 65.9 ± 7.4 години, најмладиот пациент имаше 48 години, најстариот беше на 81-годишна возраст. Во етничката структура доминираа македонци со 90 (61.22%) пациенти. Непушачи и пациенти кои не пијат алкохол го сочинуваа мнозинството на испитаниците—89 (60.54%) и 121(82.31%), соодветно. Терапија за одредено заболување примале 117(79.59%) испитаници, редовна терапија добивале 92(62.58%). Превентивна терапија примале 83(56.46%) пациенти, редовно истата ја земале 24(16.33%). Во оваа група на пациенти со губиток на заби, 65(44.22%) имаа делумна беззабост, 82(55.78%) пациенти имаа тотална беззабост. Најголем дел од испитаниците редовно ја одржуваат оралната хигиена – 88(59.86%), но сепак загрижува податокот добиен од 14(9.52%) испитаници кои одговорија дека никогаш не ги четкаат забите. (табела 1)

Табела 1. Карактеристики на испитаниците

варијабла	n (%)
Пол	
машки	66 (44.9)
женски	81 (55.1)
Место на живеење	
град	89 (60.54)
село	58 (39.46)

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална
беззубост

Возраст	
mean $\pm$ SD	65.9 $\pm$ 7.4
min – max	48 – 81
Националност	
македонска	90 (61.22)
албанска	41 (27.89)
ром	13 (8.84)
турска	3 (2.04)
Пушач/Непушач	
да	58 (39.46)
не	89 (60.54)
Конзумент на алкохол	
да	26 (17.69)
не	121 (82.31)
Терапија за одредено заболување	
редовно	92 (62.58)
повремено	25 (17.01)
никогаш	30 (20.41)
Губиток на заби	
парцијален	65 (44.22)
тотален	82 (55.78)
Превентивна терапија	
редовно	24 (16.33)
повремено	59 (40.14)
никогаш	64 (43.54)
Четкање заби/одржување орална хигиена	

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

редовно	88 (59.86)
повремено	45 (30.61)
никогаш	14 (9.52)

Проблем со изговарање зборови поради проблеми со забите, устата или протезите имале 16(10.88%) испитаници; 15(10.2%) испитаници имале влошување на сетилото за вкус поради проблеми со забите, устата или протезите; болка во устата имале 4(2.72%) испитаници; непријатност при хранење поради проблеми со забите, устата или протезите презентираа 19(12.92%) испитаници;мнозинството испитаници -130(88.43%) се свесни за состојбата со забите, устата или протезите; поради проблеми со забите, устата или протезите 36(24.49%)испитаници биле напнати, 30(20.41%) имале незадоволителна исхрана, а 13(8.84%) морале да ги прекинуваат оброците;поради проблеми со оралното здравје 36(24.49%) испитаници тешко можат да се опуштат, 50(34.02%) чувствуваат засраменост, а 17(11.56%) дури се и нервозни во присуство на други луѓе; 4(2.72%) испитаници изјавија дека имале потешкотии да ги извршуваат вообичаените обврски поради проблеми со забите, устата или протезите; 13(8.84%) испитаници чувствуваат помало задоволство од животот, 1 испитаник бил целосно хендикепиран во функционирањето.

Во табела 2, како и : од слика1, слика 1а до слика 1б, слика 1в, слика 1г, слика 1д, слика 1ф, слика 1е, слика 1ж, слика 1и, слика 1ј, слика 1к прикажана е дистрибуцијата на одговорите на испитаниците на 14-те прашања од ОНIP прашалникот.

Табела 2. Дистрибуција на одговорите на испитаниците на прашањата од ОНIP-14

Oral health impact profile ОНIP-14	Ликертова скала				
	0 – никогаш (не знам) n (%)	1 – ретко кога n (%)	2 – поврем ено n (%)	3 – приличн о често n (%)	4 – многу често n (%)
1.Дали сте имале проблем со изговарање зборови поради проблеми со забите, устата или протезите?	69 46.94	31 21.09	31 21.09	13 8.84	3 2.04
2.Дали сте почувствувале дека вашето сетило за вкус се влошило поради проблеми со забите, устата или протезите?	101 68.71	22 14.96	9 6.12	9 6.12	6 4.08
3.Дали сте имале болна болка во устата?	87 59.18	33 22.45	23 15.65	2 1.36	2 1.36

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

4. Дали ви е непријатно да јадете каква било храна поради проблеми со забите, устата или протезите?	55 37.41	47 31.97	26 17.69	12 8.16	7 4.76
5. Дали сте биле свесни поради вашите заби, уста или протези?	2 1.36	5 3.4	10 6.8	40 27.21	90 61.22
6. Дали сте се чувствувале напнати поради проблеми со вашите бели заби, уста или протези?	71 48.3	25 17.01	15 10.2	20 13.61	16 10.88
7. Дали вашата исхрана е незадоволителна поради проблеми со забите, устата или протезите?	70 47.62	27 18.37	20 13.61	21 14.29	9 6.12
8. Дали сте морале да ги прекинувате оброците поради проблеми со забите, устата и протезите?	76 51.7	37 25.17	21 14.29	10 6.8	3 2.04
9. Дали ви е тешко да се опуштите поради проблеми со устата и протезите за заби?	73 49.66	26 17.69	12 8.16	26 17.69	10 6.8
10. Дали сте биле малку засрамени поради проблеми со забите, устата и протезите?	69 46.94	8 5.44	20 13.61	21 14.29	29 19.73
11. Дали сте биле малку нервозни во присуство со други луѓе поради проблеми со забите, устата и протезите?	109 74.15	13 8.84	8 5.44	9 6.12	8 5.44
12. Дали сте имале потешкотии да ги извршувате вашите вообичаени работи поради проблеми со забите, устата или протезите?	128 87.07	12 8.16	3 2.04	2 1.36	2 1.36
13. Дали сте почувствувале дека животот воопшто е помалку задоволувачки поради проблеми со забите, устата или протезите?	116 78.91	8 5.44	10 6.8	9 6.12	4 2.72
14. Дали сте биле целосно неспособни да функционираат поради проблеми со забите, устата и протезите?	133 90.48	12 8.16	1 0.68	1 0.68	0

0 – никогаш (не знам)

1 – ретко кога

2 – повремено

3 – прилично често

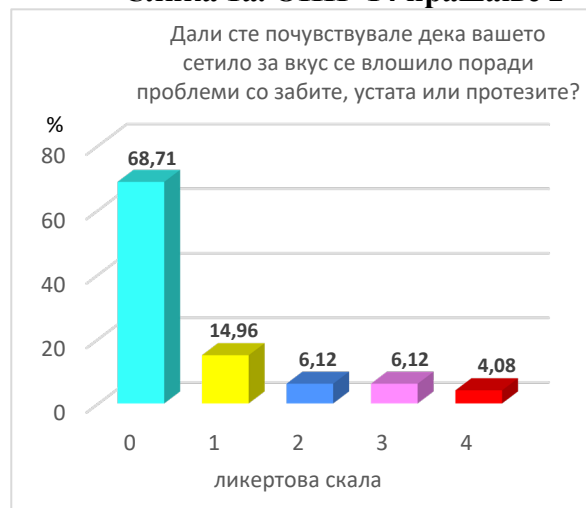
4 – многу често

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

Слика 1. OHIP-14 прашање 1



Слика 1а. OHIP-14 прашање 2



Слика 1б. OHIP-14 прашање 3



Слика 1в. OHIP-14 прашање 4



Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

Слика 1г. OHIP-14 прашање 5



Слика 1д. OHIP-14 прашање 6



Слика 1ѓ. OHIP-14 прашање 7



Слика 1е. OHIP-14 прашање 8

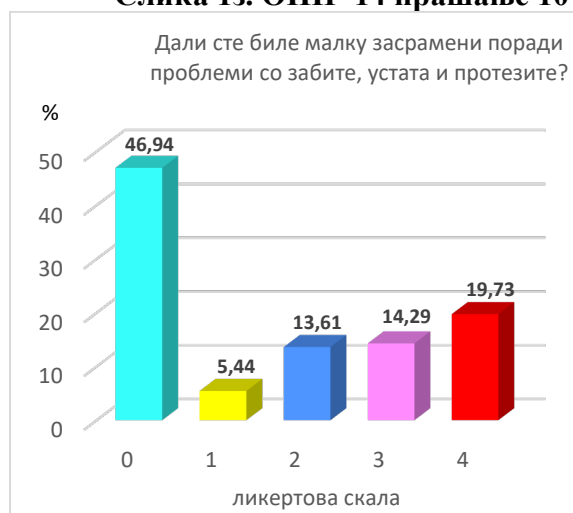


Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

Слика 1ж. OHIP-14 прашање 9



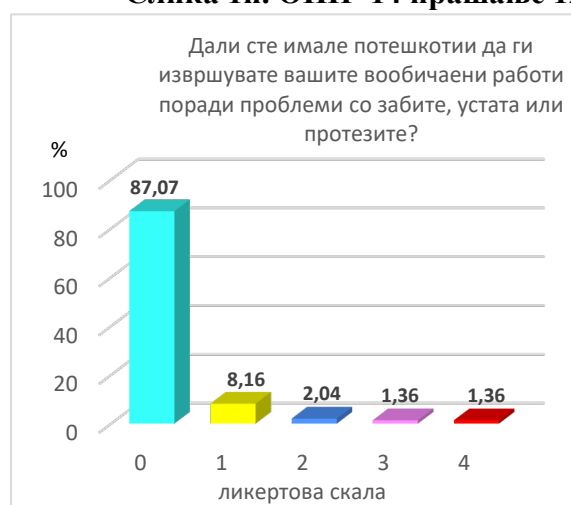
Слика 1з. OHIP-14 прашање 10



Слика 1с. OHIP-14 прашање 11



Слика 1и. OHIP-14 прашање 12



Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

Слика 1ј. ОНП-14 прашање 13



Слика 1к. ОНП-14 прашање 14



Највисок просечен скор за ОНП скалата беше добиен на прашањето „Дали сте биле свесни поради вашите заби, уста или протези?“ (3.43 ± 0.9), најнизок на прашањето „Дали сте имале потешкотии да ги извршувате вашите вообичаени работи поради проблеми со забите, устата или протезите?“ (0.22 ± 0.7). (табела 3)

Табела 3. Просечен скор на 14-те прашања од ОНП-14 прашалникот

Oral health impact profile ОНП-14	mean $\pm$ SD
1. Дали сте имале проблем со изговарање зборови поради проблеми со забите, устата или протезите?	0.98 ± 1.1
2. Дали сте почувствувале дека вашето сетило за вкус се влошило поради проблеми со забите, устата или протезите?	0.62 ± 1.1
3. Дали сте имале болна болка во устата?	0.63 ± 0.9
4. Дали ви е непријатно да јадете каква било храна поради проблеми со забите, устата или протезите?	1.11 ± 1.1
5. Дали сте биле свесни поради вашите заби, уста или протези?	3.43 ± 0.9
6. Дали сте се чувствувале напнати поради проблеми со вашите бели заби, уста или протези?	1.22 ± 1.4

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

7.Дали вашата исхрана е незадоволителна поради проблеми со забите, устата или протезите?	1.13 ± 1.3
8.Дали сте морале да ги прекинувате оброците поради проблеми со забите, устата и протезите?	0.82 ± 1.1
9.Дали ви е тешко да се опуштите поради проблеми со устата и протезите за заби?	1.14 ± 1.4
10. Дали сте биле малку засрамени поради проблеми со забите, устата и протезите?	1.54 ± 1.6
11.Дали сте биле малку нервозни во присуство со други луѓе поради проблеми со забите, устата и протезите?	0.59 ± 1.2
12. Дали сте имале потешкотии да ги извршувате вашите вообичаени работи поради проблеми со забите, устата или протезите?	0.22 ± 0.7
13.Дали сте почувствувале дека животот воопшто е помалку задоволувачки поради проблеми со забите, устата или протезите?	0.48 ± 1.1
14.Дали сте биле целосно неспособни да функционираате поради проблеми со забите, устата и протезите?	0.12 ± 0.4

Вкупниот ОНПР скор имаше просечна вредност од 14.05 ± 8.5 ; по домени, просечниот скор беше највисок за психолошката непријатност (4.65 ± 1.7), следено со домените психолошка попреченост (2.69 ± 2.7), телесна попреченост (1.95 ± 2.04), физичка болка (1.74 ± 1.7), функционално ограничување (1.59 ± 1.6), социјална попреченост (0.82 ± 1.6) и хендикеп (0.59 ± 1.2). (табела 3, слика 2)

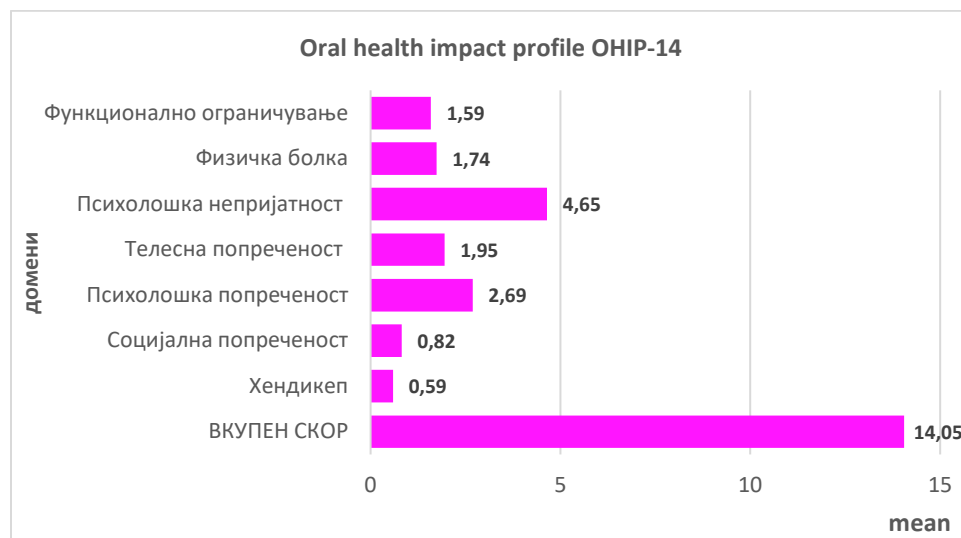
Согласно овие резултати, квалитетот на живот на пациентите од аспект на оралното здравје најмногу беше афектиран во доменот психолошка непријатност.

Овој резултат покажува дека психолошката непријатност е најзначајно афектирана кај испитаните пациенти во однос на нивниот квалитет на живот врзан со оралното здравје. Со други зборови, проблемите со оралното здравје кај овие пациенти најмногу предизвикуваат психолошка вознемиреност, стрес, и други емоционални реакции како анксиозност или депресија. Овој аспект може да влијае на нивното самочувство, општа благосостојба, и како тие се гледаат себе си и како другите ги гледаат нив. Според овие аналитички податоци **може во целост да се потврди Хипотеза 1** која гласи “ Психолошката непријатност , односно чувството на засраменост поради недостаток на заби, има значително високо влијание во одвивање на секојдневните функции кај пациентите.“

Табела 4. Просечен вкупен OHIP скор и скор по домени

Oral health impact profile OHIP-14 ДОМЕНИ	mean $\pm$ SD
Функционално ограничување	1.59 $\pm$ 1.6
Физичка болка	1.74 $\pm$ 1.7
Психолошка непријатност	4.65 $\pm$ 1.7
Телесна попреченост	1.95 $\pm$ 2.04
Психолошка попреченост	2.69 $\pm$ 2.7
Социјална попреченост	0.82 $\pm$ 1.6
Хендикеп	0.59 $\pm$ 1.2
ВКУПЕН СКОР	14.05 $\pm$ 8.5

Слика 2. Графички приказ на просечен вкупен OHIP скор и скор по домени



6.1.1. OHIP-14 споредба по пол

Машките и женски пациенти не се разлукуваа сигнификантно во однос на квалитетот на живот од аспект на оралното здравје во доменот на функционалното ограничување ($p=0.12$). (табела 5)

Пациентите од женски пол имаа несигнификантно повисок скор за функционално ограничување од машките пациенти, со просечен скор од 1.83 ± 1.8 vs 1.32 ± 1.4 , и медијален скор од 2 vs 1. (табела 5)

Табела 5. Вредности на OHIP скор за доменот Функционално ограничување според пол

OHIP -14 Функционално ограничување			
статистички параметри	Пол		p-level
	женски	машки	
mean $\pm$ SD	1.83 ± 1.8	1.32 ± 1.4	Z=1.6 p=0.12
min – max	0 – 8	0 – 4	
median (IQR)	2 (0 – 3)	1 (0 – 2)	

Z(Mann-Whitney U Test)

Просечниот и медијален скор за доменот физичка болка во групата женски пациенти беше 2.16 ± 1.6 и 2, соодветно, 1.23 ± 1.6 и 1, соодветно во групата машки пациенти.(табела 6, слика 3)

Разликата меѓу двата пола беше статистички сигнификантна ($p=0.00013$), односно, пациентите од женски пол презентираа значајно полош квалитет на живот од аспект на оралното здравје во доменот на физичката болка.(табела 6)

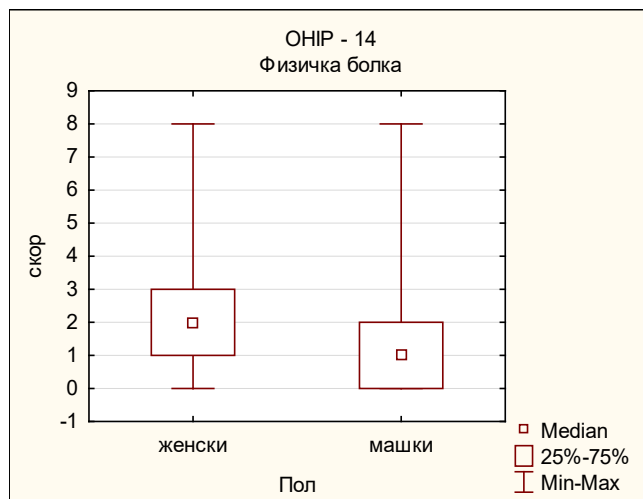
Табела 6. Вредности на OHIP скор за доменот Физичка болка според пол

OHIP-14 Физичка болка			
статистички параметри	Пол		p-level
	женски	машки	
mean $\pm$ SD	2.16 ± 1.6	1.23 ± 1.6	Z=3.8 ***p=0.00013
min – max	0 – 8	0 – 8	
median (IQR)	2 (1 – 3)	1 (0 – 2)	

Z(Mann-Whitney U Test)

***sig $p<0.0001$

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост



Слика 3. Медијана на ОНП скорот за доменот Физичка болка според пол

Пациентите од женски пол презентираа сигнификантно поголема психолошка непријатност од машките пациенти поради состојбата со оралното здравје ($p=0.00006$).

Просечниот скор за ОНП скалата во доменот на психолошката непријатност беше 5.17 ± 1.7 и 4.01 ± 1.6 , соодветно во групата женски и машки пациенти. Медијаната на скорот за психолошка непријатност беше 5 и 4, соодветно за женските и машките пациенти. (табела 7, слика 4)

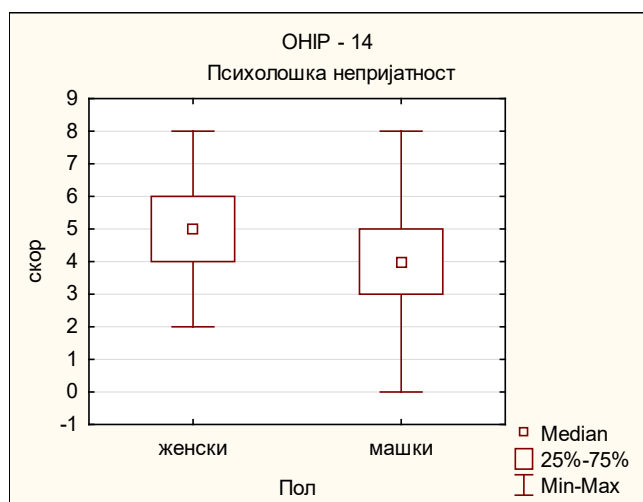
Табела 7. Вредности на ОНП скор за доменот Психолошка непријатност според пол

ОНП-14 Психолошка непријатност			
статистички параметри	пол		p-level
	женски	машки	
mean $\pm$ SD	5.17 ± 1.7	4.01 ± 1.6	Z=4.0 ***p=0.00006
min – max	2 – 8	0 – 8	
median (IQR)	5 (4 – 6)	4 (3 – 5)	

Z(Mann-Whitney U Test)

***sig $p < 0.0001$

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост



Слика 4. Медијана на ОНП скорот за доменот Психолошка непријатност според пол

Статистичка сигнификантна разлика се потврди во ОНП скорот за телесна попреченост во зависност од полот на пациентите ($p=0.00039$). Женските пациенти ја оценија телесната попреченост со сигнификантно повисок скор ($\text{mean}=2.48 \pm 2.1$ vs 1.30 ± 1.8 , $\text{median}=2$ vs 0.5). Пациентите од женски пол презентираа значајно полош квалитет на живот од аспект на оралното здравје во доменот на телесната попреченост. (табела 8, слика 5)

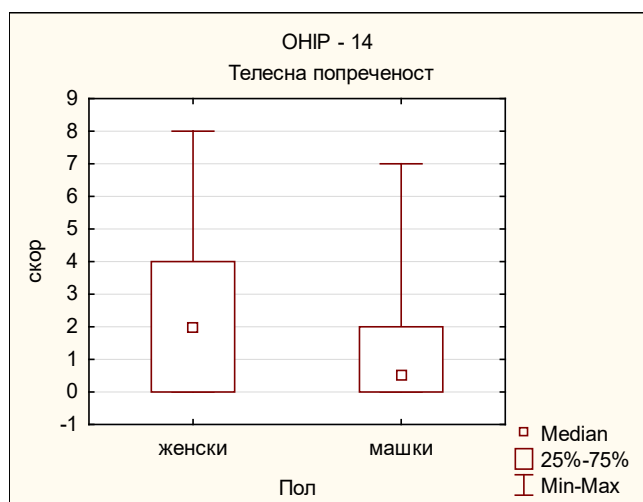
Табела 8. Вредности на ОНП скор за доменот Телесна попреченост според пол

ОНП-14 Телесна попреченост			
статистички параметри	Пол		p-level
	женски	машки	
mean $\pm$ SD	2.48 ± 2.1	1.30 ± 1.8	Z=3.55 ***p=0.00039
min – max	0 – 8	0 – 7	
median (IQR)	2 (0 – 4)	0.5 (0 – 2)	

Z(Mann-Whitney U Test)

***sig $p<0.000$

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост



Слика 5. Медијана на ОНIP скорот за доменот Телесна попреченост според пол

За $p < 0.0001$ се потврди статистички сигнификантна разлика меѓу двата пола за доменот психолошка попреченост од ОНIP скалата. Просечниот и медијален скор за овој домен беше 3.75 ± 2.8 и 4, соодветно во групата женски пациенти, 1.38 ± 1.9 и 0, соодветно во групата машки пациенти. (табела 9, слика 6)

Квалитетот на живот од аспект на оралното здравје во доменот на психолошката попреченост беше значајно повеќе афектиран кај женските пациенти.

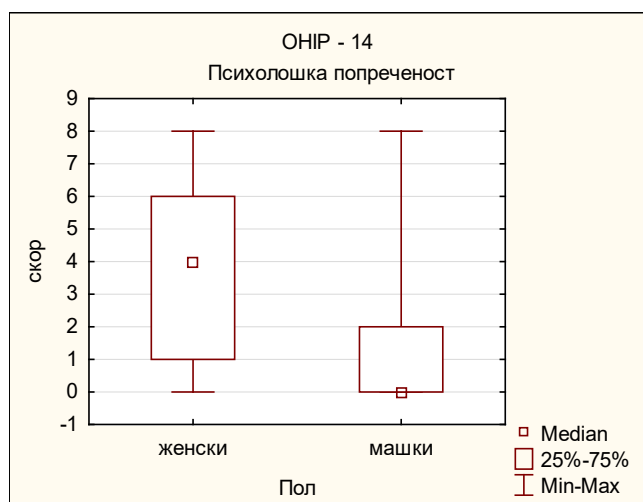
Табела 9. Вредности на ОНIP скор за доменот Психолошка попреченост според пол

ОНIP-14 Психолошка попреченост			
статистички параметри	Пол		p-level
	женски	машки	
mean $\pm$ SD	3.75 ± 2.8	1.38 ± 1.9	Z=5.03 ***p=0.00000
min – max	0 – 8	0 – 8	
median (IQR)	4 (1 – 6)	0 (0 – 2)	

Z(Mann-Whitney U Test)

***sig $p < 0.0001$

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост



Слика 6. Медијана на ОНIP скорот за доменот Психолошка попреченост според пол

Социјалната попреченост поради состојбата со оралното здравје женските пациенти ја оценија со сигнификантно повисок скор од машките пациенти ($p=0.00006$). (табела 10) Просечниот скор за ОНIP скалата во доменот на социјална попреченост беше 1.15 ± 1.7 и 0.41 ± 1.3 , соодветно во групата женски и машки пациенти. Медијаната на скорот за психолошка непријатност беше 5 и 4, соодветно за женските и машките пациенти. (табела 10, слика 7)

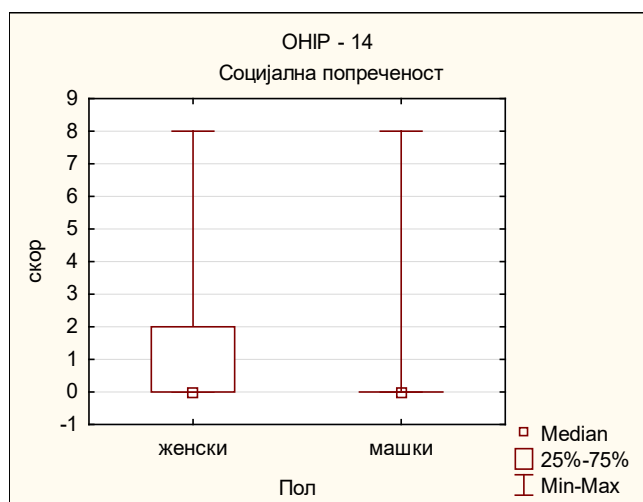
Табела 10. Вредности на ОНIP скор за доменот Социјална попреченост според пол

ОНIP-14 Социјална попреченост			
статистички параметри	ПОЛ		p-level
	женски	машки	
mean $\pm$ SD	1.15 ± 1.7	0.41 ± 1.3	Z=3.04 **p=0.0024
min – max	0 – 8	0 – 8	
median (IQR)	0 (0 – 2)	0 (0 – 0)	

Z(Mann-Whitney U Test)

**sig $p < 0.01$

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост



Слика 7. Медијана на ОНП скорот за доменот Социјална попреченост според пол

Машките и женски пациенти сигнификантно се разликуваа во однос на квалитетот на живот од аспект на оралното здравје во доменот хендикеп ($p=0.04$).

Пациентите од женски пол имаа сигнификантно повисок скор за хендикеп од машките пациенти, со просечен скор од 0.84 ± 1.4 vs 0.30 ± 0.8 , и медијален скор од 0.5 vs 0. (табела 11, слика 8)

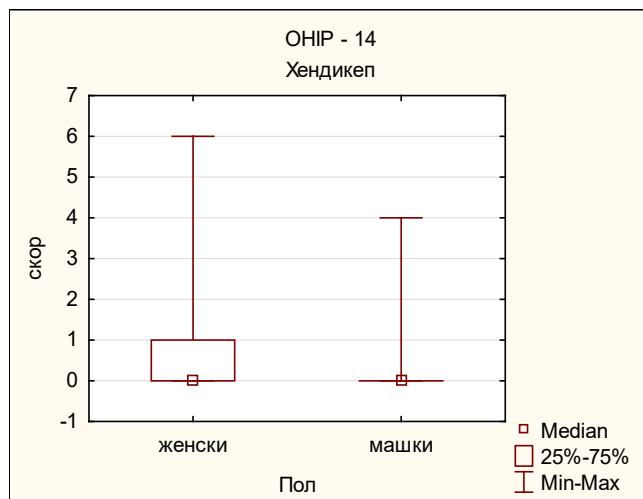
Табела 11. Вредности на ОНП скор за доменот Хендикеп според пол

ОНП-14 Хендикеп			
статистички параметри	пол		p-level
	женски	машки	
mean $\pm$ SD	0.84 ± 1.4	0.30 ± 0.8	Z=2.02 *p=0.04
min – max	0 – 6	0 – 4	
median (IQR)	0.5 (0 – 1)	0 (0 – 0)	

Z(Mann-Whitney U Test)

*sig $p<0.05$

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост



Слика 8. Медијана на ОНПР скорот за доменот Хендикеп според пол

Согласно овие резултати, полот на пациентите немаше значајно влијание на нивната перцепција за влијанието на состојбата на оралното здравје врз квалитетот на живот од аспект на функционалното ограничување, а имаше од аспект на физичката болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, психолошката попреченост, социјалната попреченост и хендикеп.

Ова тврдење укажува дека, според истражувањето, полот на пациентите не влијаел значајно на нивната перцепција за тоа како состојбата на оралното здравје ги ограничува во функционалните активности како јадење, зборување и голтање. Меѓутоа, кога станува збор за други аспекти како физичка болка, психолошка непријатност, телесна попреченост, психолошка попреченост, социјална попреченост и хендикеп, полот на пациентите имал значајно влијание на нивната перцепција.

Ова значи дека мажите и жените различно го доживуваат и пријавуваат влијанието на оралното здравје на квалитетот на живот во овие специфични домени, додека во однос на функционалните ограничувања нема значајна разлика.

Вкупниот ОНПР скор сигнификантно се разликуваше во зависност од полот на пациентите ($p < 0.0001$). Кај женските пациенти споредено со машките добивме сигнификантно повисок вкупен скор; просечен 17.38 ± 8.3 vs 9.95 ± 6.9 , медијален 17 vs 8. (табела 12, слика 9)

Пациентите од женски пол имаа сигнификантно полош квалитет на живот поради проблеми со оралното здравје од машките.

Во ова тврдење се вели дека пациентите од женски пол, во споредба со машките, имаат значително полош квалитет на живот поради проблеми со оралното здравје. Ова значи дека жените во истражувањето или анализата покажале поголемо незадоволство и

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

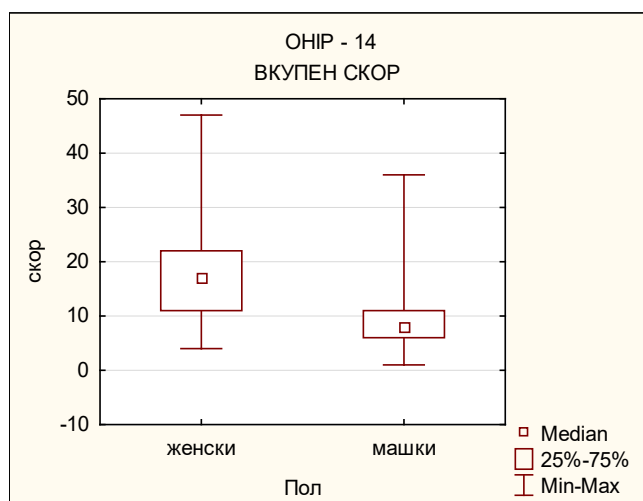
потешкотии во секојдневниот живот поради состојбата на своето орално здравје. Причините за ова може да вклучуваат зголемена осетливост на болка, поголема свесност за естетиката, или други психолошки и социјални фактори кои влијаат различно кај жените во однос на мажите. Според овие аналитички податоци **може во целост да се потврди Хипотеза 3** која гласи “Постои разлика во евидентирање на психолошката непријатност помеѓу машки и женски пол, жените поемотивно осеќаат пречки во секојдневното функционирање со отсуство на заби, чувството на засраменост е поголемо кај женската популација“ која се потврдува низ повеќе сегменти во анализата.

Табела 12. Вредности на вкупен OHIP скор според пол

OHIP-14 Вкупен скор			
статистички параметри	Пол		p-level
	женски	машки	
mean $\pm$ SD	17.38 $\pm$ 8.3	9.95 $\pm$ 6.9	Z=6.0 ***p=0.000000
min – max	4 – 47	1 – 36	
median (IQR)	17 (11 – 22)	8 (6 – 11)	

Z(Mann-Whitney U Test)

****sig p<0.0001



Слика 9. Медијана на вкупен OHIP скор според пол

6.1.2. ОНП-14 споредба по место на живеење

Пациентите од рурална и урбана средина сигнификантно се разликуваа во однос на квалитетот на живот од аспект на оралното здравје во доменот на функционалното ограничување ($p=0.023$). Живењето во село е поврзано со значајно полош квалитет на живот поради проблеми со забите, устата или протезата од аспект на функционалното ограничување. (табела 13)

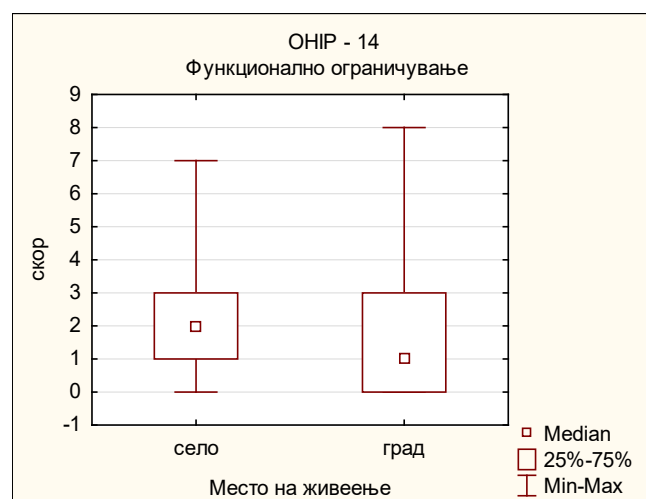
Пациентите од село имаа сигнификантно повисок скор за функционално ограничување од пациентите од град, со просечен скор од 1.95 ± 0.6 vs 1.37 ± 1.6 , и медијален скор од 2 vs 1. (табела 13, слика 10)

Табела 13. Вредности на ОНП скор за доменот Функционално ограничување според место на живеење

ОНП -14 Функционално ограничување			
статистички параметри	Место на живеење		p-level
	село	град	
mean $\pm$ SD	1.95 ± 0.6	1.37 ± 1.6	Z=2.26 *p=0.023
min – max	0 – 7	0 – 8	
median (IQR)	2 (1 – 3)	1 (0 – 3)	

Z(Mann-Whitney U Test)

*sig $p<0.05$



Слика 10. Медијана на ОНП скорот за доменот Функционално ограничување според место на живеење

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

Статистичка несигнификантна беше разликата во ОНП скорот за телесна попреченост во зависност од местото на живеење ($p=0.058$). Пациентите од село физичката болка ја оценија со несигнификантно повисок скор ($\text{mean}=1.96 \pm 1.5$ vs 1.59 ± 1.8 , $\text{median}=2$ vs 1). (табела 14)

Табела 14. Вредности на ОНП скор за доменот Физичка болка според место на живеење

ОНП -14 Физичка болка			
статистички параметри	Место на живеење		p-level
	село	град	
mean $\pm$ SD	1.96 ± 1.5	1.59 ± 1.8	Z=1.9 p=0.058
min – max	0 – 5	0 – 8	
median (IQR)	2 (1 – 3)	1 (0 – 2)	

Mann-Whitney U Test

ОНП скоровите за психолошка непријатност беа несигнификантно различни во групата од рурална и урбана средина ($p=0.3$). Просечниот скор беше 4.81 ± 1.8 и 4.55 ± 1.7 , соодветно во рурална и урбана средина; медијаната на скорот изнесуваше 5 и 4, соодветно во рурална и урбана средина. (табела 15)

Табела 15. Вредности на ОНП скор за доменот Психолошка непријатност според место на живеење

ОНП -14 Психолошка непријатност			
статистички параметри	Место на живеење		p-level
	село	град	
mean $\pm$ SD	4.81 ± 1.8	4.55 ± 1.7	Z=1.04 p=0.3
min – max	0 – 8	0 – 8	
median (IQR)	5 (4 – 6)	4 (4 – 5)	

Z(Mann-Whitney U Test)

Не беше најдена статистички сигнификантна разлика меѓу пациентите од село и град за доменот телесна попреченост од ОНП скалата. Просечниот и медијален скор за овој домен беше 2.19 ± 2.1 , соодветно во групата од село, 1.79 ± 2.02 и 0, соодветно во групата од град. (табела 16)

Табела 16. Вредности на OHIP скор за доменот Телесна попреченост според место на живеење

OHIP -14 Телесна попреченост			
статистички параметри	Место на живеење		p-level
	село	град	
mean $\pm$ SD	2.19 $\pm$ 2.1	1.79 $\pm$ 2.02	Z=1.14 p=0.255
min – max	0 – 7	0 – 8	
median (IQR)	2 (0 – 4)	1 (0 – 3)	

Z(Mann-Whitney U Test)

Статистичка сигнификантна разлика се потврди во OHIP скорот за психолошка попреченост во зависност од местото на живеење ($p=0.024$). Пациентите од село ја оценија психолошката попреченост со сигнификантно повисок скор (mean=3.28 $\pm$ 2.7 vs 2.30 $\pm$ 2.7, median=3 vs 1). Пациентите од село имаа значајно полош квалитет на живот од аспект на оралното здравје во доменот на психолошката попреченост. (табела 17, слика 11)

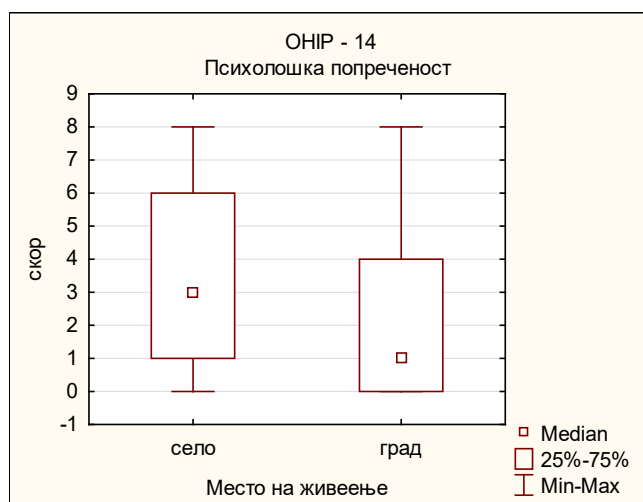
Табела 17. Вредности на OHIP скор за доменот Психолошка попреченост според место на живеење

OHIP -14 Психолошка попреченост			
статистички параметри	Место на живеење		p-level
	село	град	
mean $\pm$ SD	3.28 $\pm$ 2.7	2.30 $\pm$ 2.7	Z=2.25 *p=0.024
min – max	0 – 8	0 – 8	
median (IQR)	3 (1 – 6)	1 (0 – 4)	

Z(Mann-Whitney U Test)

*sig $p<0.05$

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост



Слика 11. Медијана на ОНIP скорот за доменот Психолошка попреченост според место на живеење

Слични ОНIP скорови за доменот социјална попреченост беа добиени за пациентите од село и од град, со просечна вредност од 0.86 ± 1.6 и 0.79 ± 1.6 , и со медијана од 0, соодветно во групите од село и од град ($p=0.53$). (табела 18)

Табела 18. Вредности на ОНIP скор за доменот Социјална попреченост според место на живеење

ОНIP -14 Социјална попреченост			
статистички параметри	Место на живеење		p-level
	село	град	
mean $\pm$ SD	0.86 ± 1.6	0.79 ± 1.6	Z=0.63 p=0.53
min – max	0 – 7	0 – 8	
median (IQR)	0 (0 – 1)	0 (0 – 1)	

Z(Mann-Whitney U Test)

Хендикепот поради состојбата со оралното здравје пациентите од рурална и урбана средина ја оценија со несигнификантно различни скорви ($p=0.63$). (табела 19) Просечниот скор за ОНIP скалата во доменот на хендикеп беше 0.65 ± 1.2 и 0.56 ± 1.2 , соодветно во групата од село и од град. Медијаната на скорот за хендикеп беше 0 во двете групи. (табела 19)

Табела 19. Вредности на ОНП скор за доменот Хендикеп според место на живеење

ОНП -14 Хендикеп			
статистички параметри	Место на живеење		p-level
	село	град	
mean $\pm$ SD	0.65 $\pm$ 1.2	0.56 $\pm$ 1.2	Z=0.47 p=0.63
min – max	0 – 5	0 – 6	
median (IQR)	0 (0 – 1)	0 (0 – 0)	

Z(Mann-Whitney U Test)

Согласно овие резултати, местото на живеење на пациентите имаше значајно влијание на нивната перцепција за влијанието на состојбата на оралното здравје врз квалитетот на живот од аспект на функционалното ограничување и психолошката попреченост, а немаше од аспект на физичката болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, социјалната попреченост и хендикеп.

Овој резултат покажува дека местото на живеење на пациентите игра значајна улога во нивната перцепција за тоа како состојбата на оралното здравје влијае на нивниот квалитет на живот во два специфични аспекти:

1. **Функционално ограничување:** Живеењето во село е поврзано со значајно полош квалитет на живот поради проблеми со забите, устата или протезата од аспект на функционалното ограничување
2. **Психолошка попреченост:** Пациентите од село имаа значајно полош квалитет на живот од аспект на оралното здравје во доменот на психолошката попреченост, предизвикана од проблемите со оралното здравје, што може да вклучува емоционални и ментални потешкотии.

Пациентите кои живеат во урбани средини имаа повисока свест за овие аспекти, веројатно поради поголем пристап до здравствени информации и услуги.

Од друга страна, не беше забележано значајно влијание од аспект на физичката болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, социјалната попреченост и хендикеп. Овие аспекти можат да бидат подеднакво влијателни без оглед на местото на живеење, што сугерира дека други фактори, како што се индивидуалната толеранција на болка и личната поддршка, може да играат важна улога.

Со други зборови, местото на живеење влијае на перцепцијата за функционалното ограничување и психолошката попреченост, не влијае на перцепцијата за физичката болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, социјалната попреченост и хендикепот.

Според претходните анализи може да се потврди Хипотеза 2 која гласи “Функционалните ограничувања и психолошката попреченост како елемент на OHRoL има големо влијание

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

кај пациентите во зависност од полот, и истите аспекти влијаат кај пациентите од различен пол до степен на развивање на анксиозна симптоматологија.“

Вкупниот OHIP скор сигнификантно се разликуваше во зависност од местото на живеење ($p=0.013$). Во групата од рурална средина споредено со групата од урбана средина добивме сигнификантно повисок вкупен скор; просечен 15.71 ± 8.0 vs 12.97 ± 8.7 , медијален 16 vs 10. (табела 20, слика 12)

Пациентите од село имаа сигнификантно полош квалитет на живот поради проблеми со оралното здравје од пациентите од град. Според овие анализи може да се потврди **Хипотеза 4** која гласи “ Пациентите од рурална средина (со место на живеење во село) ќе имаат полош OHRQoL од пациентите кои се со место на живеење во град, поради достапноста на стоматолошките услуги.“

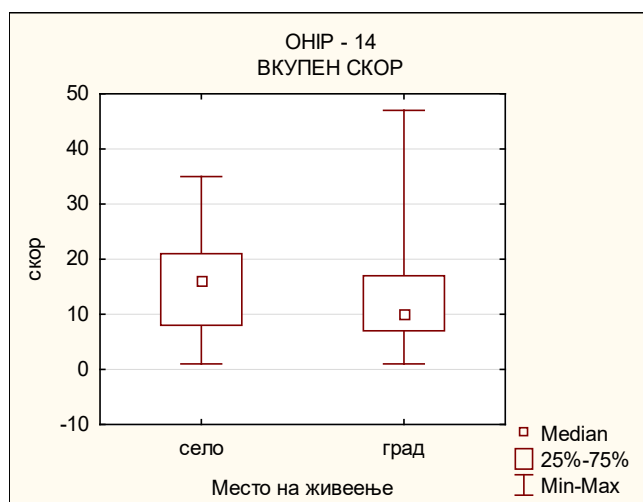
Табела 20. Вредности на вкупен OHIP скор според место на живеење

OHIP -14 вкупен скор			
статистички параметри	Место на живеење		p-level
	село	град	
mean $\pm$ SD	15.71 $\pm$ 8.0	12.97 $\pm$ 8.7	Z=2.49 *p=0.013
min – max	1 – 35	1 – 47	
median (IQR)	16 (8 – 21)	10 (7 – 17)	

Z(Mann-Whitney U Test)

*sig $p < 0.05$

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост



Слика 12. Медијана на вкупен OHIP скор според место на живеење

6.1.3. OHIP-14 споредба во однос на тип на губиток на заби

Просечниот и медијален скор за доменот функционално ограничување во групата пациенти со парцијален губиток на заби беше 1.52 ± 1.8 и 1, соодветно, 1.66 ± 1.5 и 1.5, соодветно во групата со тотален губиток. (табела 21)

Разликата меѓу групите со парцијален и тотален губиток на заби во однос на квалитетот на живот од аспект на оралното здравје во доменот на функционалното ограничување беше статистички несигнификантна ($p=0.37$). (табела 21)

Табела 21. Вредности на OHIP скор за доменот Функционално ограничување според губиток на заби

OHIP -14 Функционално ограничување			
статистички параметри	Губиток на заби		p-level
	парцијален	тотален	
mean $\pm$ SD	1.52 ± 1.8	1.66 ± 1.5	Z=0.1 p=0.37
min – max	0 – 8	0 – 6	
median (IQR)	1 (0 – 3)	1.5 (0 – 3)	

Z(Mann-Whitney U Test)

Пациентите со парцијален и тотален губиток на заби не се разлкуваа сигнификантно во однос на квалитетот на живот од аспект на оралното здравје во доменот на физичката болка ($p=0.47$). (табела 22)

Просечниот скор за овој домен имаше идентична вредност во двете групи (1.74), и медијален скор од 1 и 1.5, соодветно во групата со парцијален и тотален губиток. (табела 22)

Табела 22. Вредности на OHIP скор за доменот Физичка болка според губиток на заби

OHIP -14 Физичка болка			
статистички параметри	Губиток на заби		p-level
	парцијален	тотален	
mean $\pm$ SD	1.74 $\pm$ 1.9	1.74 $\pm$ 1.5	Z=0.72 p=0.47
min – max	0 – 8	0 – 5	
median (IQR)	1 (0 – 3)	1.5 (1 – 3)	

Z(Mann-Whitney U Test)

Пациентите со парцијален и тотален губиток на заби немаа сигнификантно различна психолошка непријатност поради состојбата со оралното здравје (p=0.13). (табела 23)

Просечниот скор за OHIP скалата во доменот на психолошката непријатност беше 4.92 $\pm$ 1.7 и 4.44 $\pm$ 1.7, соодветно во групата со парцијален и тотален губиток. Медијаната на скорот за психолошка непријатност беше 4 во двете групи. (табела 23)

Табела 23. Вредности на OHIP скор за доменот Психолошка непријатност според губиток на заби

OHIP -14 Психолошка непријатност			
статистички параметри	Губиток на заби		p-level
	парцијален	тотален	
mean $\pm$ SD	4.92 $\pm$ 1.7	4.44 $\pm$ 1.7	Z=1.52 p=0.13
min – max	0 – 8	0 – 8	
median (IQR)	4 (4 – 6)	4 (3 – 6)	

Z(Mann-Whitney U Test)

Не беше најдена статистичка сигнификантна разлика меѓу пациентите со парцијален и тотален губиток на заби во квалитетот на живот од аспект на оралното здравје во доменот телесна попреченост (p=0.95). Просечниот OHIP скор за овој домен изнесуваше 2.0 $\pm$ 2.1 во групата со парцијален губиток, 1.91 $\pm$ 1.9 во групата со тотален губиток на заби; медијаната на скорот беше 2 во групата со парцијален губиток, 1 во групата со тотален губиток на заби. (табела 24)

Табела 24. Вредности на OHIP скор за доменот Телесна попреченост според губиток на заби

OHIP -14 Телесна попреченост			
статистички параметри	Губиток на заби		p-level
	парцијален	тотален	
mean $\pm$ SD	2.0 $\pm$ 2.1	1.91 $\pm$ 1.9	Z=0.06 p=0.95
min – max	0 – 8	0 – 7	
median (IQR)	2 (0 – 3)	1 (0 – 3)	

Z(Mann-Whitney U Test)

Просечниот и медијален скор за доменот психолошка попреченост во групата пациенти со парцијален губиток на заби беше 2.89 ± 2.7 и 2, соодветно, 2.52 ± 2.7 и 2, соодветно во групата со тотален губиток. (табела 25)

Разликата меѓу групите со парцијален и тотален губиток на заби во однос на квалитетот на живот од аспект на оралното здравје во доменот на психолошката попреченост не беше статистички сигнификантна ($p=0.335$). (табела 25)

Табела 25. Вредности на OHIP скор за доменот Психолошка попреченост според губиток на заби

OHIP -14 Психолошка попреченост			
статистички параметри	Губиток на заби		p-level
	парцијален	тотален	
mean $\pm$ SD	2.89 $\pm$ 2.7	2.52 $\pm$ 2.7	Z=0.96 p=0.335
min – max	0 – 8	0 – 8	
median (IQR)	2 (0 – 5)	2 (0 – 5)	

Z(Mann-Whitney U Test)

Не беше најдена статистичка сигнификантна разлика во OHIP скорот за доменот социјална попреченост во зависност од присуството на парцијална или тотална беззабост ($p=0.66$). (табела 26)

Просечниот скор за OHIP скалата во доменот на социјална попреченост беше 0.95 ± 1.9 и 0.71 ± 1.3 , соодветно во групите пациенти со парцијален и тотален губиток на заби. Медијаната на скорот за социјална попреченост беше 0 во двете групи. (табела 26)

Табела 26. Вредности на ОНПР скор за доменот Социјална попреченост според губиток на заби

ОНПР -14 Социјална попреченост			
статистички параметри	Губиток на заби		p-level
	парцијален	тотален	
mean $\pm$ SD	0.95 $\pm$ 1.9	0.71 $\pm$ 1.3	Z=0.44 p=0.66
min – max	0 – 8	0 – 6	
median (IQR)	0 (0 – 1)	0 (0 – 1)	

Z(Mann-Whitney U Test)

Хендикепот поради состојбата со оралното здравје пациентите со парцијален и тотален губиток на заби го оценија со несигнификантно различни скорви ($p=0.81$). Просечниот скор за ОНПР скалата во доменот на хендикеп беше 0.68 ± 1.4 во групата со парцијален, 0.54 ± 1.02 во групата тотален губиток на заби. Медијаната на скорот за хендикеп беше 0 во двете групи. (табела 27)

Табела 27. Вредности на ОНПР скор за доменот Хендикеп според губиток на заби

ОНПР -14 Хендикеп			
статистички параметри	Губиток на заби		p-level
	парцијален	тотален	
mean $\pm$ SD	0.68 $\pm$ 1.4	0.54 $\pm$ 1.02	Z=0.24 p=0.81
min – max	0 – 6	0 – 4	
median (IQR)	0 (0 – 1)	0 (0 – 1)	

Z(Mann-Whitney U Test)

Согласно овие резултати, пациентите со парцијален и тотален губиток на заби не се разликуваа значајно во однос на нивната перцепција за влијанието на состојбата на оралното здравје врз квалитетот на живот од аспект на сите домени: функционалното ограничување, психолошката попреченост, физичката болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, социјалната попреченост и хендикеп. Односно, пациентите со парцијален и тотален губиток на заби не доживуваат значајно различни перцепции за тоа како состојбата на оралното здравје влијае на нивниот квалитет на живот. Според истражувањето, без оглед дали пациентите имаат парцијален или тотален губиток на заби, тие не се разликуваат значајно во сите разгледувани аспекти. Согласно овие резултати **хипотеза 5** која гласи “Пациенти со тотална беззабост нема да

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззубост

имаат разлики во OHIP-14 резултати во споредба со оние со парцијална беззубост “, се потврдува во целост.

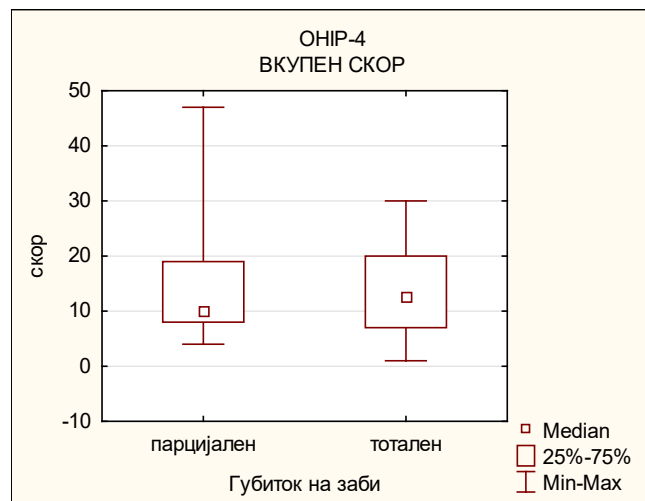
Пациентите со парцијален и тотален губиток на заби не се разликуваа сигнификантно во однос на вкупниот OHIP скор ($p=0.82$). Во групата со парцијален губиток на заби беше добиен просечен и медијален скор од 14.71 ± 9.8 и 10, соодветно; во групата со тотален губиток на заби просечниот и медијален скор беа 13.52 ± 7.4 и 12.5, соодветно. (табела 28, слика 13)

Квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје не беше значајно различен кај пациентите со парцијална и тотална беззубост. Со други зборови, иако различни степени на губиток на заби можеби влијаат на индивидуалните аспекти на нивните животи, нема значајни разлики во начинот на кој тие го перцепираат вкупното влијание на оралното здравје врз нивниот квалитет на живот. (табела 28, слика 13)

Табела 28. Вредности на вкупен OHIP скор според губиток на заби

OHIP -14 Вкупен скор			
статистички параметри	губиток на заби		p-level
	парцијален	тотален	
mean $\pm$ SD	14.71 ± 9.8	13.52 ± 7.4	Z=0.23 p=0.82
min – max	4 – 47	1 – 30	
median (IQR)	10 (8 – 19)	12.5 (7 – 20)	

Z(Mann-Whitney U Test)



Слика 13. Медијана на OHIP скорот за доменот вкупен скор според губиток на заби

6.1.4. ОНП-14 и возраст на пациентите

Анализираната корелација помеѓу возраста на пациентите и ОНП-14 прашалникот презентираше статистичка сигнификантна поврзаност на возраста со ОНП скорот за доменот психолошка попреченост ($p=0.006$), доменот социјална попреченост ($p=0.037$), како и со вкупниот ОНП скор ($p=0.044$). (табела 29, слика 14,14а,14б)

Според вредноста на Spearman-овиот коефициент на корелација, овие корелации се негативни, односно индиректни ($R=-0.226$, за корелацијата меѓу возраста и доменот психолошка попреченост; $R=-0.172$, за корелацијата меѓу возраста и доменот социјална попреченост; и $R=-0.166$, за корелацијата меѓу возраста и вкупниот скор.

Со зголемување на возраста на пациентите, негативното влијание на оралното здравје на нивниот квалитет на живот се намалуваше. Според овие аналитички податоци **може целосно да се прифати Хипотеза 6** која гласи “ Помладите пациенти ќе имаат поголем Охип скор во аспект на физичка болка и психоилошка непријатност од постарите пациенти. Помладите пациенти ќе пријават полош OHRQoL од постарите пациенти.“

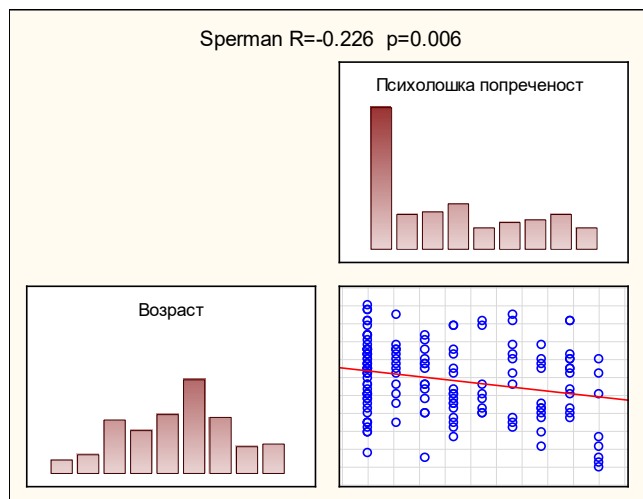
Ова тврдење укажува дека како што пациентите стареат, негативното влијание на оралното здравје врз нивниот квалитет на живот постепено се намалува. Со други зборови, повозрасните пациенти пријавуваат помалку негативно влијание од проблемите со оралното здравје врз нивниот квалитет на живот во споредба со помладите пациенти. Ова може да биде затоа што повозрасните пациенти се повеќе прилагодени на промени во нивното орално здравје или можеби имаат поинакви очекувања и приоритети во однос на нивното здравје и благосостојба. Исто така, тие можат да имаат различни стратегии за справување со проблемите со оралното здравје, што може да го намали нивното влијание на квалитетот на живот.

Табела 29. Корелации – возраст и ОНП-14

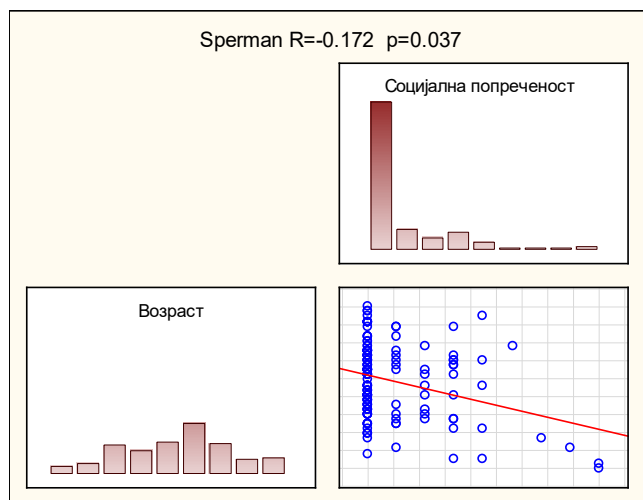
корелации		
Возраст &	Spearman R	p-level
Функционално ограничување	0.025	0.766
Физичка болка	0.018	0.830
Психолошка непријатност	-0.064	0.438
Телесна попреченост	-0.126	0.129
Психолошка попреченост	-0.226	**0.006
Социјална попреченост	-0.172	*0.037
Хендикеп	-0.079	0.341
ВКУПЕН СКОР	-0.166	*0.044

*sig $p<0.05$, **sig $p<0.01$

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

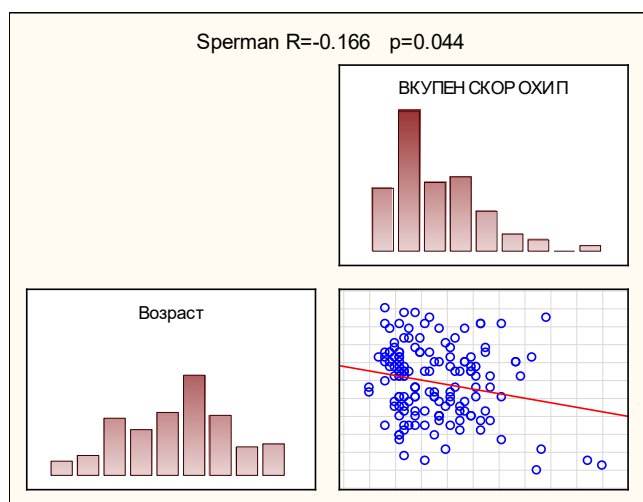


Слика 14. Корелација помеѓу возраста и ОНIP домен Психолошка попреченост



Слика 14а. Корелација помеѓу возраста и ОНIP домен Социјална попреченост

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост



Слика 146. Корелација помеѓу возраста и вкупен ОНПР скор

6.1.4.1.ОНПР-14 споредба во однос на возрасни групи

Квалитетот на живот од аспект на оралното здравје го анализиравме и во однос на 3 возрасни групи: пациенти на возраст до и помлади од 59 години (n=32), пациенти на возраст помеѓу 60 и 69 години (n=64), и пациенти на возраст од 70 години и постари (n=51).

Пациентите од трите возрасни групи не се разликуваа значајно во однос на квалитетот на живот од аспект на оралното здравје во доменот на функционалното ограничување. Разликата во ОНПР скорот за овој домен не беше статистички сигнификантна меѓу возрасните групи (p=0.67). (табела 30)

Просечниот и медијален ОНПР скор за доменот функционално ограничување беше 1.53 ± 1.97 и 0.5, соодветно во најмладата возрасна група; 1.58 ± 1.4 и 1, соодветно во возрасната група 60-69 години; 1.67 ± 1.7 и 2, соодветно во најстарата возрасна група. (табела 30)

Табела 30. Вредности на ОНПР скор за доменот Функционално ограничување според возрасни групи

ОНПР -14 Функционално ограничување			
статистички параметри	Возрасни групи		
	≤59 години	60 – 69 години	≥70 години
mean ± SD	1.53 ± 1.97	1.58 ± 1.4	1.67 ± 1.7
min – max	0 – 8	0 – 6	0 – 7
median (IQR)	0.5 (0 – 3)	1 (0 – 3)	2 (0 – 3)
p-level	H=0.79 p=0.67		

H(Kruskal-Wallis test), post-hoc Mann_Whitney test

Не беше најдена статистичка сигнификантна разлика во квалитетот на живот од аспект на оралното здравје во доменот на физичката болка, а во зависност од возраста на пациентите ($p=0.43$). (табела 31)

Просечниот скор за физичка болка имаше вредност од 1.62 ± 1.96 , 1.81 ± 1.4 и 1.73 ± 1.8 , соодветно во трите возрасни групи; медијаната на скорот за физичка болка беше 1, 2 и 1, соодветно во трите возрасни групи. (табела 31)

Табела 31. Вредности на ОНП скор за доменот Физичка болка според возрасни групи

ОНП-14 Физичка болка			
статистички параметри	Возрасни групи		
	≥ 59 години	60 – 69 години	≤ 70 години
mean $\pm$ SD	1.62 ± 1.9	1.81 ± 1.4	1.73 ± 1.8
min – max	0 – 8	0 – 6	0 – 8
median (IQR)	1 (0 – 2)	2 (1 – 3)	1 (0 – 3)
p-level	H=1.67 $p=0.43$		

H(Kruskal-Wallis test), post-hoc Mann_Whitney test

Просечниот и медијален ОНП скор за доменот психолошка непријатност беше 5.37 ± 1.9 и 6, соодветно во групата пациенти во возрасна група ≤ 59 години; 4.36 ± 1.5 и 4, соодветно во возрасната група 60-69 години; 4.57 ± 1.8 и 4, соодветно во групата пациенти во возрасната група ≥ 70 години. Меѓу возрасните групи не беше најдена статистичка сигнификантна разлика во ОНП скорот за доменот психолошка непријатност ($p=0.065$), односно, квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје од аспект на психолошката непријатност не зависеше значајно од возраста на пациентите. (табела 32)

Табела 32. Вредности на ОНП скор за доменот Психолошка непријатност според возрасни групи

ОНП-14 Психолошка непријатност			
статистички параметри	Возрасни групи		
	≥ 59 години	60 – 69 години	≤ 70 години
mean $\pm$ SD	5.37 ± 1.9	4.36 ± 1.5	4.57 ± 1.8
min – max	2 – 8	1 – 8	0 – 8
median (IQR)	6 (4 – 7)	4 (4 – 5)	4 (4 – 6)
p-level	H=5.47 $p=0.065$		

H(Kruskal-Wallis test), post-hoc Mann_Whitney test

Пациентите на возраст 59 години и помлади, од 60 до 69 години и постари од 69 години не се разликуваа сигнификантно во однос на ОНП скорот за доменот телесна попреченост ($p=0.26$); 2.25 ± 2.3 , 2.06 ± 1.9 и 1.63 ± 2.1 соодветно беше просечниот скор во трите возрастни групи; 2,2 и 1, соодветно беше просечниот скор во трите возрастни групи. (табела 33)

Квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје од аспект на телесната попреченост не зависеше значајно од возраста на пациентите.

Табела 33. Вредности на ОНП скор за доменот Телесна попреченост според возрастни групи

ОНП-14 Телесна попреченост			
статистички параметри	Возрасни групи		
	≥ 59 години	60 – 69 години	≤ 70 години
mean $\pm$ SD	2.25 ± 2.3	2.06 ± 1.9	1.63 ± 2.1
min – max	0 – 8	0 – 8	0 – 7
median (IQR)	2 (0 – 4)	2 (0 – 3)	1 (0 – 3)
p-level	H=2.69 $p=0.26$		

H(Kruskal-Wallis test)

На граница на статистичка сигнификантност беше разликата во квалитетот на живот од аспект на оралното здравје во доменот на психолошката попреченост, а во зависност од возраста на пациентите. Пациентите од возрастната група на 59 години и помлади имаа највисок скор за психолошка попреченост (mean= 3.75 ± 2.9 , median=3.5), следено со пациентите на возраст од 60 до 69 години (mean= 2.52 ± 2.6 , median=2) и пациентите постари од 69 години (mean= 2.23 ± 2.6 , median=1). (табела 34)

Квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје од аспект на психолошката попреченост беше полош кај пациентите од најмладата возрастна група споредено со пациентите од двете постари возрастни групи.

Табела 34. Вредности на ОНП скор за доменот Психолошка попреченост според возрастни групи

ОНП-14 Психолошка попреченост			
статистички параметри	Возрасни групи		
	≥ 59 години	60 – 69 години	≤ 70 години
mean $\pm$ SD	3.75 ± 2.9	2.52 ± 2.6	2.23 ± 2.6
min – max	0 – 8	0 – 8	0 – 8
median (IQR)	3.5 (0.5 – 6)	2 (0 – 4)	1 (0 – 5)
p-level	H=5.95 $p=0.051$		

H(Kruskal-Wallis test)

Просечниот и медијален ОНПР скор за доменот социјална попреченост беше 1.81 ± 2.5 и 1, соодветно во возрастната група пациенти на 59-годишна возраст и помлади; 0.45 ± 0.99 и 0, соодветно во возрастната група 60-69 години; 0.65 ± 1.3 и 0, соодветно во возрастната група постари од 69 години.

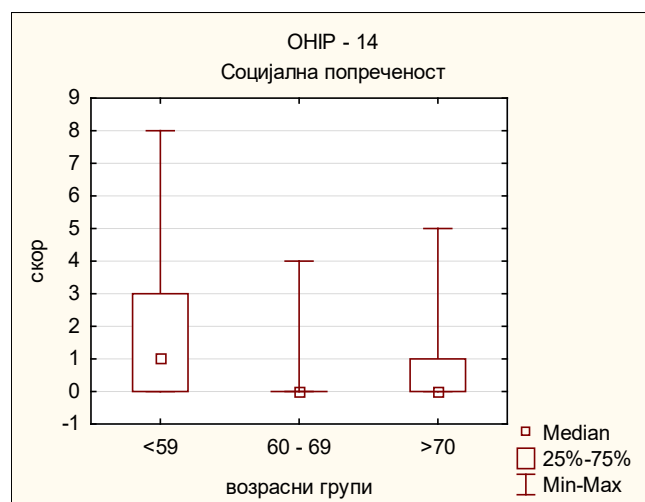
Вкупна статистичка сигнификантна разлика се потврди меѓу возрастните групи во однос на квалитетот на живот од аспект на оралното здравје во доменот на социјалната попреченост ($p=0.0018$). Post-hoc анализата за меѓугрупни споредби покажа дека оваа вкупна сигнификантност се должи на сигнификантна разлика меѓу возрастните групи ≤ 59 години и 60-69 години ($p=0.014$); квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје од аспект на социјалната попреченост беше значајно полош кај пациентите од најмладата возрастна група споредено со пациентите на возраст помеѓу 60 и 69 години. (табела 35, слика 15)

Табела 35. Вредности на ОНПР скор за доменот Социјална попреченост според возрастни групи

ОНПР-14 Социјална попреченост			
статистички параметри	Возрасни групи		
	≥ 59 години	60 – 69 години	≤ 70 години
mean $\pm$ SD	1.81 ± 2.5	0.45 ± 0.99	0.65 ± 1.3
min – max	0 – 8	0 – 4	0 – 5
median (IQR)	1 (0 – 3)	0 (0 – 0)	0 (0 – 0)
p-level	H=12.59 ** $p=0.0018$ ≥ 59 години vs 60 – 69 * $p=0.014$		

H(Kruskal-Wallis test), post-hoc Mann_Whitney test

*sig $p<0.05$, **sig $p<0.01$



Слика 15. Медијана на ОНПР скорот за доменот Социјална попреченост според возрастни групи

Пациентите од 3-те возрасни групи не се разликуваа сигнификантно во однос ОНП скорот за доменот хендикеп ($p=0.08$), односно, нивниот квалитет на живот за овој домен не се разликуваше значајно. (табела 35, слика 15)

Просечниот и медијален скор за доменот хендикеп беше 0.97 ± 1.5 , 0.34 ± 0.8 и 0.34 ± 0.8 соодветно во групата пациенти на возраст од 59 години и помлади, помеѓу 60 и 69 години и постари од 69 години. Медијаната на скорот за сите три возрасни групи беше 0. (табела 36)

Табела 36. Вредности на ОНП скор за доменот Хендикеп според возрасни групи

ОНП-14 Хендикеп			
статистички параметри	Возрасни групи		
	≥ 59 години	60 – 69 години	≤ 70 години
mean $\pm$ SD	0.97 ± 1.5	0.34 ± 0.8	0.69 ± 1.3
min – max	0 – 6	0 – 3	0 – 5
median (IQR)	0 (0 – 2)	0 (0 – 0)	0 (0 – 1)
p-level	H=4.99 $p=0.08$		

H(Kruskal-Wallis test)

Согласно овие резултати, возраста на пациентите имаше значајно влијание на нивната перцепција за влијанието на состојбата на оралното здравје врз квалитетот на живот од аспект на социјалната попреченост, а немаше од аспект на функционално ограничување, физичка болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, психолошка попреченост и хендикеп. Со други зборови, постарите и помладите пациенти имаат различни искуства и погледи за тоа како проблемите со оралното здравје им влијаат на нивните социјални интеракции и активности. Во суштина, иако возраста има значајно влијание на социјалните аспекти на нивниот живот поврзани со оралното здравје, не постојат значајни разлики во перцепцијата за останатите аспекти на квалитетот на живот.

Вкупниот ОНП скор несигнификантно се разликуваше во зависност од возраста на пациентите ($p=0.11$). Во најмладата возрасна група споредено со групата од 60-69 години и постари од 69 години добивме несигнификантно повисок вкупен скор; просечен 17.31 ± 10.7 vs 13.12 ± 6.9 vs 13.16 ± 8.6 , медијален 15 vs 11 vs 11. (табела 37, слика 16)

Пациентите на различна возраст не се разликуваа сигнификантно во однос на квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје. Овој резултат укажува дека нема значајни разлики во перцепцијата за квалитетот на живот меѓу пациентите од различни возрастни групи кога станува збор за проблемите со оралното здравје. Со други зборови, без оглед на возраста на пациентите, тие доживуваат слични влијанија од проблемите со оралното здравје врз нивниот квалитет на живот.

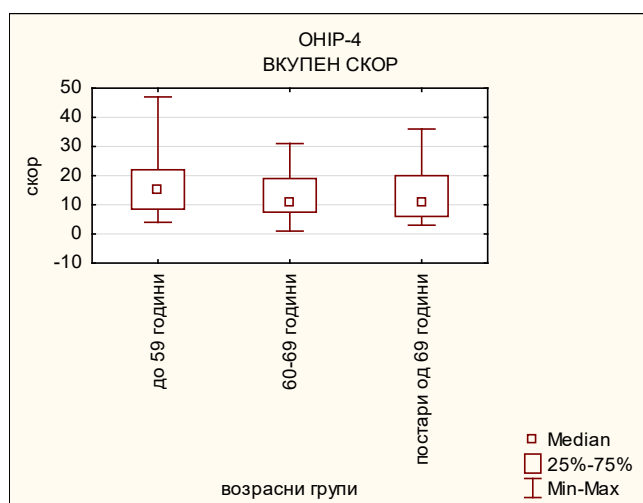
Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

Ова значи дека и помладите и постарите пациенти имаат слични искуства и погледи за тоа како оралните здравствени состојби влијаат на нивниот секојдневен живот и благосостојба.

Табела 37. Вредности на вкупен OHIP скор според возрастни групи

OHIP-14 Вкупен скор			
статистички параметри	Возрасни групи		
	≥ 59 години	60 – 69 години	≤ 70 години
mean $\pm$ SD	17.31 $\pm$ 10.7	13.12 $\pm$ 6.9	13.16 $\pm$ 8.6
min – max	4 – 47	1 – 31	3 – 36
median (IQR)	15 (8.5 – 22)	11 (7.5 – 19)	11 (6 – 20)
p-level	H=4.43 p=0.11		

H(Kruskal-Wallis test)



Слика 16. Медијана на вкупен OHIP скор според возрастни групи

6.1.5. OHIP-14 споредба во однос на одржување на орална хигиена

Просечниот и медијален OHIP скор за доменот функционално ограничување беше 1.32 ± 1.6 и 1, соодветно во групата пациенти со редовно четкање на заби; 2.13 ± 1.6 и 2, соодветно во групата со повремено четкање на заби; 1.64 ± 1.4 и 2, соодветно во групата пациенти кои никогаш не ги четкале забите. (табела 38, слика 17)

Вкупна статистичка сигнификантна разлика се потврди меѓу групите со различно одржување на оралната хигиена во однос на квалитетот на живот од аспект на оралното здравје во доменот на функционалното ограничување ($p=0.37$). Post-hoc анализата за

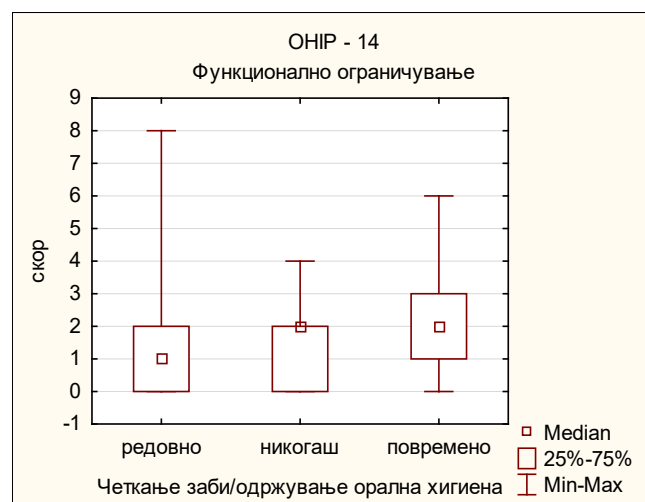
меѓугрупни споредби покажа дека оваа вкупна сигнификантност се должи на сигнификантна разлика меѓу пациентите кои редовно и пациентите кои повремено ги четкаат забите ($p=0.008$); квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје од аспект на функционалното ограничување беше значајно полош кај пациентите кои повремено наспроти пациентите кои редовно ги четкаат забите. (табела 38)

Табела 38. Вредности на ОНПР скор за доменот Функционално ограничување според честота на четкање заби

ОНПР -14 Функционално ограничување			
статистички параметри	Четкање заби/одржување орална хигиена		
	редовно	повремено	никогаш
mean $\pm$ SD	1.32 $\pm$ 1.6	2.13 $\pm$ 1.6	1.64 $\pm$ 1.4
min – max	0 – 8	0 – 6	0 – 4
median (IQR)	1 (0 – 2)	2 (1 – 3)	2 (0 – 2)
p-level	H=9.65 ** $p=0.008$ редовно vs повремено ** $p=0.0084$		

H(Kruskal-Wallis test), post-hoc Mann_Whitney test

**sig $p<0.01$



Слика 17. Медијана на ОНПР скорот за доменот Функционално ограничување според честота на четкање заби

За $p=0.028$ се потврди вкупна статистичка сигнификантна разлика во квалитетот на живот од аспект на оралното здравје во доменот на физичката болка, а во зависност од честотата на одржување на оралната хигиена. Пациентите кои повремено ги четкаат забите имаа повисок скор за физичка болка од пациентите кои редовно ги четкаат забите (mean=2.13 $\pm$

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

1.7 vs 1.49 ± 1.7 , median=2 vs 1; $p=0.045$, post-hoc анализа). Пациентите кои не практикуват четкање на забите не се разликуваат сигнификантно од другите две групи во однос на ОНП скорот за доменот физичка болка ($\text{mean}=2.07 \pm 1.6$, median=2). (табела 39, слика 18)

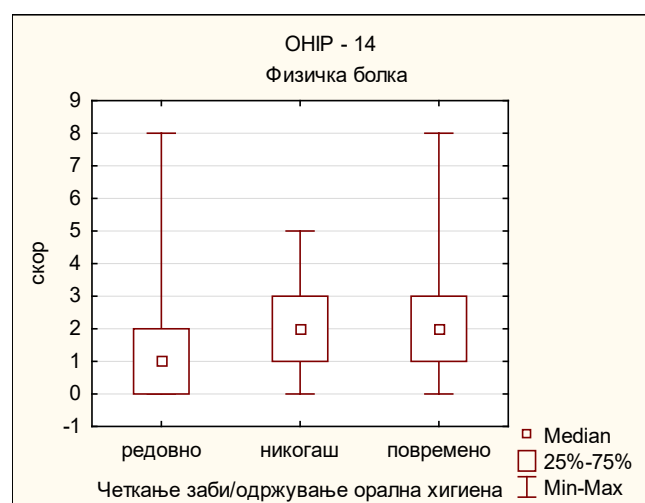
Квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје од аспект на физичката болка беше значајно полош кај пациентите кои повремено наспроти пациентите кои редовно ги четкаат забите.

Табела 39. Вредности на ОНП скор за доменот Физичка болка според честота на четкање заби

ОНП-14 Физичка болка			
статистички параметри	Четкање заби/одржување орална хигиена		
	редовно	повремено	никогаш
mean $\pm$ SD	1.49 ± 1.7	2.13 ± 1.7	2.07 ± 1.6
min – max	0 – 8	0 – 8	0 – 5
median (IQR)	1 (0 – 2)	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)
p-level	H=7.14 * $p=0.028$ редовно vs повремено * $p=0.045$		

H(Kruskal-Wallis test), post-hoc Mann_Whitney test

*sig $p<0.05$



Слика 18. Медијана на ОНП скорот за доменот Физичка болка според честота на четкање заби

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

Највисок ОНПР скор во доменот на психолошката непријатност беше регистриран во групата пациенти кои никогаш не ги четкаат забите ($\text{mean}=4.89 \pm 1.7$, $\text{median}=4$), следено со групата пациенти кои повремено ги четкаат забите ($\text{mean}=4.69 \pm 1.5$, $\text{median}=4$), и пациентите кои редовно четкаат заби (3.0 ± 1.5 , $\text{median}=3$). (табела 40)

Разликата во овие скорови меѓу трите групи беше статистички сигнификантна ($p=0.0006$), и се должи на сигнификантна разлика меѓу групата што никогаш не четка заби наспроти групата која редовно ($p=0.0005$) и која повремено ги четка забите ($p=0.0072$), post-hoc анализа. Оралната состојба имаше значајно поголемо негативно влијание на квалитетот на живот од аспект на психолошката непријатност кај пациентите кои никогаш не ги четкаат забите во однос на пациентите кои редовно и повремено практикуваат четкање на забите. (табела 40, слика 19)

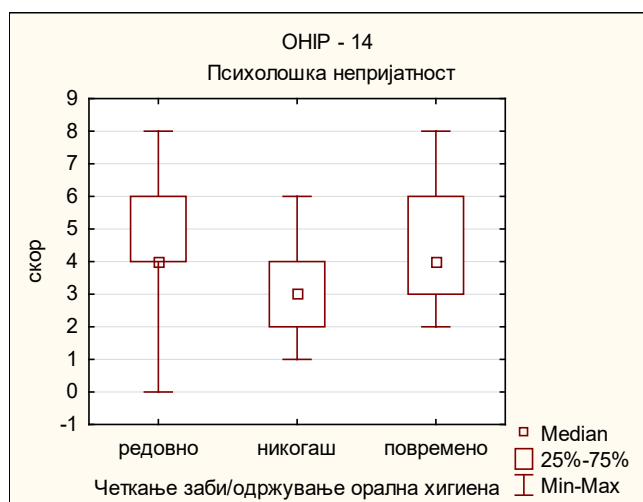
Табела 40. Вредности на ОНПР скор за доменот Психолошка непријатност според честота на четкање заби

ОНПР-14 Психолошка непријатност			
статистички параметри	Четкање заби/одржување орална хигиена		
	редовно	повремено	никогаш
mean $\pm$ SD	3.0 ± 1.5	4.69 ± 1.5	4.89 ± 1.7
min – max	1 – 6	2 – 8	0 – 8
median (IQR)	3 (2 – 4)	4 (3 – 6)	4 (4 – 6)
p-level	H=14.8 ***p=0.0006 редовно vs никогаш ***p=0.0005 повремено vs никогаш **p=0.0072		

H(Kruskal-Wallis test), post-hoc Mann_Whitney test

sig $p<0.01$, *sig $p<0.0001$

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост



Слика 19. Медијана на ОНIP скорот за доменот Психолошка непријатност според честота на четкање заби

Просечниот и медијален ОНIP скор за доменот телесна попреченост беше 1.89 ± 2.0 и 1, соодветно во групата пациенти со редовно четкање на заби; 2.18 ± 2.2 и 2, соодветно во групата со повремено четкање на заби; 1.64 ± 1.9 и 1, соодветно во групата пациенти кои никогаш не ги четкале забите. Меѓу групите не беше најдена статистичка сигнификантна разлика во ОНIP скорот за доменот телесна попреченост ($p=0.69$), односно, квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје од аспект на телесната попреченост не зависеше значајно од честотата на четкање на забите. (табела 41)

Табела 41. Вредности на ОНIP скор за доменот Телесна попреченост според честота на четкање заби

ОHIP-14 Телесна попреченост			
статистички параметри	Четкање заби/одржување орална хигиена		
	редовно	повремено	никогаш
mean $\pm$ SD	1.89 ± 2.0	2.18 ± 2.2	1.64 ± 1.9
min – max	0 – 8	0 – 8	0 – 5
median (IQR)	1 (0 – 3)	2 (0 – 4)	1 (0 – 3)
p-level	H=0.74 p=0.69		

H(Kruskal-Wallis test)

Просечниот и медијален ОНIP скор за доменот функционално ограничување беше 1.32 ± 1.6 и 1, соодветно во групата пациенти со редовно четкање на заби; 2.13 ± 1.6 и 2, соодветно во групата со повремено четкање на заби; 1.64 ± 1.4 и 2, соодветно во групата пациенти кои никогаш не ги четкале забите.

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

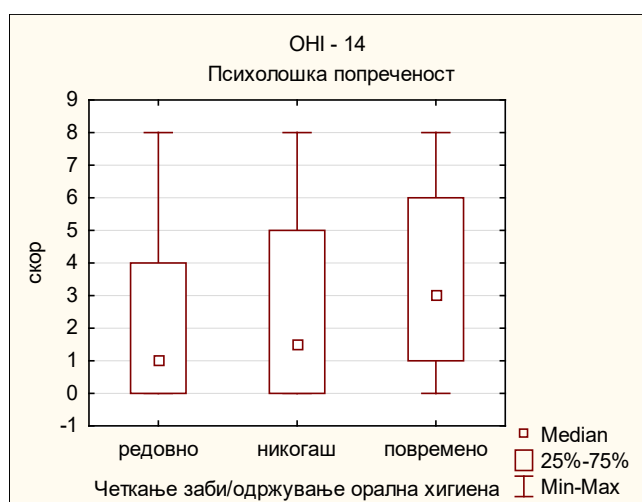
Вкупна статистичка сигнификантна разлика се потврди меѓу групите со различно одржување на оралната хигиена во однос на квалитетот на живот од аспект на оралното здравје во доменот на психолошкото ограничување ($p=0.025$). Post-hoc анализата за меѓугрупни споредби покажа дека оваа вкупна сигнификантност се должи на сигнификантно поголемо негативно влијание на оралната состојба на квалитетот на живот разлика меѓу пациентите кои редовно и пациентите кои повремено ги четкаат забите ($p=0.025$); квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје од аспект на функционалното ограничување беше значајно полош кај пациентите кои повремено наспроти пациентите кои редовно ги четкаат забите. (табела 42, слика 20)

Табела 42. Вредности на OHIP скор за доменот Психолошка попреченост според честота на четкање заби

OHIP-14 Психолошка попреченост			
статистички параметри	Четкање заби/одржување орална хигиена		
	редовно	повремено	никогаш
mean $\pm$ SD	2.23 $\pm$ 2.5	3.62 $\pm$ 2.9	2.57 $\pm$ 2.9
min – max	0 – 8	0 – 8	0 – 8
median (IQR)	1 (0 – 4)	3 (1 – 6)	1.5 (0 – 5)
p-level	H=7.36 * $p=0.025$ редовно vs повремено * $p=0.025$		

H(Kruskal-Wallis test), post-hoc Mann_Whitney test

*sig $p<0.05$



Слика 20. Медијана на OHIP скорот за доменот Психолошка попреченост според честота на четкање заби

Во групата пациенти кои не ги четкаат забите беше регистриран несигнификантно поголем OHIP скор за доменот социјална попреченост споредено со групите пациенти кои редовно и повремено ги четкаат забите (mean=1.14 ± 1.99 vs 0.69 ± 1.6 vs 0.95 ± 1.6, median=0.5 vs 0 vs 0, p=0.4). Квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје од аспект на социјалната попреченост не зависеше значајно од честотата на четкање на забите. (табела 43)

Табела 43. Вредности на OHIP скор за доменот Социјална попреченост според честота на четкање заби

OHIP-14 Социјална попреченост			
статистички параметри	Четкање заби/одржување орална хигиена		
	редовно	повремено	никогаш
mean ± SD	0.69 ± 1.6	0.95 ± 1.6	1.14 ± 1.99
min – max	0 – 8	0 – 7	0 – 6
median (IQR)	0 (0 – 1)	0 (0 – 2)	0.5 (0 – 3)
p-level	H=1.85 p=0.4		

H(Kruskal-Wallis test)

Пациентите кои изјавија дека редовно, повремено и никогаш не ги четкаат забите не се разликуваа сигнификантно во однос OHIP скорот за доменот хендикеп (p=0.89), односно, нивниот квалитет на живот за овој домен не се разликуваше значајно. Просечниот и медијален скор за доменот хендикеп беше 0.65 ± 1.3, 0.51 ± 1.1 и 0.57 ± 0.9 соодветно во групата пациенти со редовно, повремено и групата пациенти кои никогаш не ги четкале забите. Медијаната на скорот за сите три групи беше 0. (табела 36)

Табела 44. Вредности на OHIP скор за доменот Хендикеп според честота на четкање заби

OHIP-14 Хендикеп			
статистички параметри	Четкање заби/одржување орална хигиена		
	редовно	повремено	никогаш
mean ± SD	0.65 ± 1.3	0.51 ± 1.1	0.57 ± 0.9
min – max	0 – 6	0 – 5	0 – 2
median (IQR)	0 (0 – 1)	0 (0 – 0)	0 (0 – 2)
p-level	H=0.22 p=0.89		

H(Kruskal-Wallis test)

Согласно овие резултати, честотата на четкање заби немаше значајно влијание на нивната перцепција за влијанието на состојбата на оралното здравје врз

квалитетот на живот од аспект на функционалното ограничување, психолошката попреченост, физичката болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, социјалната попреченост и хендикеп.

Пациентите со различна честота на четкање на забите не се разликуваа сигнификантно во однос на вкупниот ОНПР скор ($p=0.062$). Просечниот и медијален скор во групата со редовно четкање на забите беше 13.16 ± 8.4 и 10, соодветно; во групата со повремено четкање на забите 16.22 ± 8.6 , соодветно; во групата пациенти кои воопшто не ги четкаат забите просечниот и медијален вкупен скор беше 12.64 ± 8.7 и 10.5, соодветно.

Квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје не беше значајно различен кај пациентите со различна честота на четкање на забите. Овој резултат укажува дека нема значајна разлика во перцепцијата за квалитетот на живот помеѓу пациентите кои четкаат заби со различна честота, во однос на проблемите со оралното здравје. Со други зборови, без оглед на тоа дали пациентите четкаат заби често или ретко, нивното чувство за тоа како оралните здравствени состојби влијаат на нивниот квалитет на живот е слично. Според оваа анализа **хипотеза 7** која гласи: “Кај пациентите со тотална или парцијална беззабост нема да има влијание честотата на четкање и одржување на оралната хигиена врз квалитетот на живот поврзан со оралното здравје, односно нема да има разлики во ниту еден аспект од функционалното ограничување, психолошката попреченост, физичката болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, социјалната попреченост и хендикеп”, **во целост се прифаќа.**

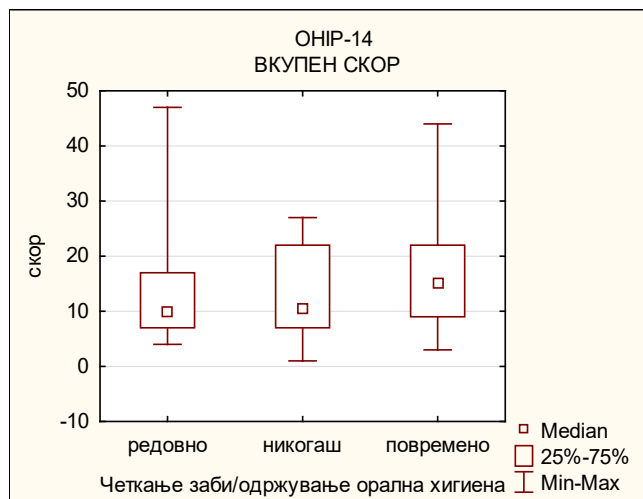
Ова значи дека честотата на четкање на забите и одржувањето на хигиена на устата не е главен фактор што го определува квалитетот на живот поврзан со оралното здравје. Други фактори, како што се генералното орално здравје, пристапот до стоматолошка нега, и општиот здравствен статус, можеби имаат поголемо влијание. (табела 44, слика 21)

Табела 45. Вредности на вкупен ОНПР скор според честота на четкање заби

ОНПР-14 Вкупен скор			
статистички параметри	Четкање заби/одржување орална хигиена		
	редовно	повремено	никогаш
mean $\pm$ SD	13.16 ± 8.4	16.22 ± 8.6	12.64 ± 8.7
min – max	4 – 47	3 – 44	1 – 27
median (IQR)	10 (7 – 17)	15 (9 – 22)	10.5 (7 – 22)
p-level	H=5.57 p=0.062		

H(Kruskal-Wallis test)

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост



Слика 21. Медијана на вкупен OHIP скор според честота на четкање заби

Согласно добиените податоци од спроведеното анкетно истражување, околу 10% од испитаниците имале проблеми со говор поради недостаток на заби, а исто толкав процент се изјасниле дека имаат нарушено сетило за вкус. Поради недостаток на заби, околу 25% од испитаниците се чувствувале напнати, а исто толкав процент изјавиле дека не можат да се опуштаат во социјална средина поради недостаток на заби или присуство на мобилен протетски надоместок. Дури околу 35% од испитаниците се чувствувале засрамени поради тоа што биле без заби или имале недостаток на заби. 12% се изјасниле дека чувствуваат нервоза кога се во присуство на други луѓе. Непријатност при мастикација пријавиле 13% од испитаниците, околу 9% изјавиле дека ги прекинувале оброците за време на цвакање, а 20% изјавиле дека имаат незадоволителна исхрана поради губитокот на заби. Скоро 3% се изјасниле дека имаат потешкотии во извршувањето на секојдневните активности, а околу 9% изјавиле дека чувствуваат помало задоволство во животот, додека само 1 испитаник се перцепирал како хендикепиран поради недостатокот на заби.

Мнозинството испитаници (88%) се свесни за состојбата со забите, устата или протезите, на кое прашање се добил највисок просечен скор за OHIP скалата „Дали сте биле свесни поради вашите заби, уста или протези?“ (3.43 ± 0.9), додека најнизок скор се добил на прашањето „Дали сте имале потешкотии да ги извршувате вашите вообичаени работи поради проблеми со забите, устата или протезите?“ (0.22 ± 0.7).

Вкупниот OHIP скор имал просечна вредност од 14.05 ± 8.5 . По домени, просечниот скор бил највисок за психолошка непријатност (4.65 ± 1.7), следено со домените психолошка попреченост (2.69 ± 2.7), телесна попреченост (1.95 ± 2.04), физичка болка (1.74 ± 1.7), функционално ограничување (1.59 ± 1.6), социјална попреченост (0.82 ± 1.6) и хендикеп (0.59 ± 1.2).

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

Согласно овие резултати, квалитетот на живот на пациентите од аспект на оралното здравје најмногу бил нагласен во доменот психолошка непријатност.

Согласно добиените резултати од статистичката анализа, зададените хипотези за овој труд, ВО ЦЕЛОСТ СЕ ПРИФАКААТ.

7. ДИСКУСИЈА

Квалитетот на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) претставува поим од интерес и за стоматолозите, како и за здравствените власти ширум светот. Концептот на истражување на OHRQoL е особено значаен за три области: клиничка стоматологија, стоматолошки истражувања и стоматолошка едукација. Истражувањата во оваа област служат како основа за развој на програми за унапредување и превенција на оралното здравје. Дополнително, истражувањата на OHRQoL се од особено значење за земјите со ниско ниво на орално здравје и висок ризик од орални болести и компликации од истите.

Кај нас, овој поим сè уште е релативно нов и се наоѓа во процес на истражување. Во минатата деценија извршени се истражувања на определена група популација (стари лица) на територијата на РСМ, користејќи еден од споменатите профил индекси мерни инструменти (OHIP и GOHAI). Затоа, важно е да се разбере како луѓето го перципираат влијанието на оралните болести врз нивниот квалитет на живот.

Ова истражување покажа дека претставува успешен модел во анализа на податоците за утврдување на Квалитетот на живот поврзан со оралното здравје, во ова истражување кај пациенти со парцијална и тотална беззабост.

Во Република Северна Македонија, OHRQoL завзема сè поголем удел и значење во последниве години, со цел унапредување на оралните програми од Националната стратегија за заштита и превенција на оралното здравје, кои се имплементирани од Министерството за здравство.

7.1. Разлики по однос на пол

Од статистичката анализа може да се увиди дека нема значајни разлики помеѓу машките и женските пациенти во однос на перцепцијата за квалитетот на живот поврзан со оралното здравје кога станува збор за функционалното ограничување, како што се тешкотиите во јадењето и зборувањето. Иако женските пациенти имаат малку повисок скор за функционално ограничување, таа разлика не е значајна.

Сепак, женските пациенти пријавиле значајно полош квалитет на живот во неколку други аспекти:

- *Физичка болка:* Женските пациенти имаат поголем скор во овој домен, што значи дека доживуваат повеќе физичка болка поврзана со оралното здравје отколку машките пациенти.
- *Психолошка непријатност:* Женските пациенти чувствуваат поголема психолошка непријатност и стрес поради проблемите со оралното здравје.
- *Телесна попреченост:* Женските пациенти пријавуваат значајно полошо влијание на оралното здравје врз нивната телесна попреченост.
- *Психолошка попреченост:* Женските пациенти имаат значајно полоши перцепции за психолошката попреченост.

- *Социјална попреченост:* Женските пациенти пријавуваат повисок скор за социјална попреченост, што значи дека оралните проблеми влијаат повеќе на нивните социјални интеракции и активности.
- *Хендикеп:* Женските пациенти чувствуваат поголем хендикеп поради оралните здравствени проблеми.

Согласно овие резултати, иако полот нема значајно влијание врз перцепцијата за функционалното ограничување, има значајно влијание врз перцепцијата за физичката болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, психолошката попреченост, социјалната попреченост и хендикепот. ***Женските пациенти имаат полош квалитет на живот поради проблеми со оралното здравје во споредба со машките пациенти.***

7.2. Разлики по место на живеење

Пациентите од село имаат значајно полош квалитет на живот поради проблеми со оралното здравје споредено со пациентите од град. Исто така, резултатите покажуваат дека не постои значајна разлика во перцепцијата за квалитетот на живот помеѓу пациентите со парцијален и тотален губиток на заби во сите домени, како што се функционалното ограничување, психолошката попреченост, физичката болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, социјалната попреченост и хендикеп. Генерално, квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје не е значајно различен кај пациентите со парцијална и тотална беззабост.

Пациентите од рурална и урбана средина значајно се разликуваа во однос на квалитетот на живот од аспект на оралното здравје во доменот на функционалното ограничување. Живеењето во село е поврзано со значајно полош квалитет на живот поради проблеми со забите, устата или протезата од аспект на функционалното ограничување. Пациентите од село имаат значајно полош квалитет на живот од аспект на оралното здравје во доменот на психолошката попреченост. ***Пациентите од рурална средина (со место на живеење во село) имаат полош OHRQoL од пациентите кои живеат во град, поради намалена достапност на стоматолошките услуги, или недостапност од истите во својата средина.***

Низа истражувања и студии, покажале слични резултати од спроведените анализи. Може да ги наведат :

- Студијата на Бернијанти, Палупи и нивните соработници, објавена во Субараја, Индонезија, анализира влијанието на оралното здравје врз квалитетот на живот (OHRQoL) кај делумно беззаби пациенти со или без терапија со стоматолошки протези ^[40]. Според нивните анализи, оралното здравје има негативен ефект врз следните аспекти:

- *Физичко здравје:* Физичка болка која негативно влијае врз квалитетот на живот.
- *Психолошко здравје:* Психолошки стрес и непријатности.
- *Социјални односи:* Ограничени социјални интеракции.
- *Животна средина:* Потешкотии во адаптацијата на животната средина.

Студијата покажала значајна врска меѓу проблемите со оралното здравје и негативните ефекти врз физичкото, психолошкото и социјалното здравје, како и на животната средина, укажувајќи на важноста на адекватното лечење и превенција на оралните проблеми за подобрување на квалитетот на живот.

-Авторите Makhija, Gilbert и соработниците, во нивната студија “Поврзаноста помеѓу социодемографските фактори и квалитетот на живот поврзан со оралното здравје кај постарите возрасни лица кои живеат во заедница“, имале за цел да прикажат поврзаност на Квалитетот на живот поврзан со оралното здравје кај повозрани пациенти кај кои е констатирана беззабост. Истражувањето се вршело во пет окрузи во централна Алабама: Џеферсон и Тускалоса (урбана) и Хејл, Биб и Пикенс (рурално), податоците се дека има ниско ниво на OHRQoL, односно висок ОХИП скор во корелација со социо-економските фактори, животна средина, како и етнички и расни разлики. Беззабоста незначајно во однос на останатите домени. [31,51,63,83,91]

-Влијанието на лошото орално здравје врз квалитетот на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај постарите возрасни лица“ студија направена на територијата на Мексико Сити. Целта на оваа студија била да се утврди влијанието на лошото орално здравје врз квалитетот на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај постарите возрасни лица кои живеат во заедницата. Прикажан е висок скор GOHAI, во корелација со социодемографските карактеристики. Низок OHRQoL со физичко здравје и возраст. Лошото орално здравје било поврзано со негативно влијание врз OHRQoL на постарите возрасни лица кои живеат во заедницата. [64,65,67]

-Студијата “Квалитет на живот поврзан со оралното здравје на постари Германци - споредба на GOHAI и OHIP-14” испитувала субјективниот статус на оралното здравје на неклиничките постари популации во урбаните региони на Источна и Западна Германија, користејќи ги OHIP-14 и GOHAI. Резултатите покажале дека постојат значајни разлики помеѓу двата инструмента, што ги прави соодветни за различни цели и популации. Добиен е низок OHIP скор, што укажува на висок OHRQoL во домените на физичко здравје. [68,82]

7.3. Разлики по губиток на заби

Резултатите од статистичката анализа покажуваат нема значајна разлика во перцепцијата на пациентите со парцијален и тотален губиток на заби за влијанието на оралното здравје врз квалитетот на живот. Без разлика дали пациентите имаат делумен или тотален губиток на заби, тие слично го доживуваат влијанието на нивното орално здравје врз различни аспекти на животот.

Еве подетално објаснување:

- *Функционално ограничување:* Пациентите ја доживуваат слично состојбата на оралното здравје во однос на нивната способност за извршување на секојдневни активности како јадење и зборување.

Квалитет на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај пациенти со парцијална и тотална беззабост

- *Психолошка попреченост*: Нивото на емоционални и ментални попречености е слично, без разлика дали имаат парцијален или тотален губиток на заби.
- *Физичка болка*: Пациентите пријавуваат слично ниво на физичка болка предизвикана од оралните проблеми.
- *Психолошка непријатност*: Нивото на стрес и вознемиреност поради оралното здравје е слично за двете групи.
- *Телесна попреченост*: Ограничувањата во физичката активност поради оралното здравје се исти.
- *Социјална попреченост*: Пациентите се чувствуваат слично засегнати во нивните социјални интеракции.
- *Хендикеп*: Чувството на ограниченост и пречки во животот поради оралното здравје е исто.

Ова значи дека квалитетот на живот поврзан со оралното здравје не е значително различен помеѓу пациентите со парцијален и тотален губиток на заби. Резултатите укажуваат дека ***степенот на губиток на заби нема значајно влијание врз перцепцијата на пациентите за влијанието на нивното орално здравје*** врз различните аспекти на нивниот квалитет на живот.

Во однос на други студии, се покажало дека има различно влијание овој аспект со квалитетот на живот поврзан со оралното здравје. На пример:

-Студијата на Ingrid Collin Bagewitz и соработниците испитува како квалитетот на живот поврзан со оралното здравје (OHRQoL) кај возрасната шведска популација е поврзан со социјалните параметри, индивидуалните атрибути и стоматолошкиот статус, со посебен фокус на улогата на протетиката ^[49,50,54]. Според анализите, највисоките OHIP резултати биле поврзани со возраста и присуството на заби. Помладите пациенти со повеќе преостанати заби имале поквалитетен живот. Бројот на преостанатите заби бил поважен од типот на протезата во објаснувањето на OHRQoL. Дополнително, постои објаснување за општото здравје и трошоците за стоматолошка заштита како превентивна мерка.

-Студијата “Квалитет на живот поврзан со оралното здравје и исчезнати заби кај возрасна популација: Пресечна/ кохортна студија од Полска” покажала значителна поврзаност меѓу квалитетот на живот и фактори како пол, возраст, образование, професионален статус, број на заби и присуство на стоматолошки протетски надоместоци ^[42,43,49,50]. Статистички значајни корелации биле откриени помеѓу недостатокот на заби и показателите GOHAI и OHIP-14, напредната возраст, пониското образование, повисокиот индекс на телесна маса (BMI), понизокиот професионален статус, дијабетесот, миокардниот инфаркт и тоталните протези. Пациентите со беззабост имале два пати поголем ризик од висок OHIP-14 скор. Ова укажува дека стоматолошките практичари треба да работат на превенција на орални болести кои доведуваат до губење на забите, почнувајќи од рана возраст.

7.4. Разлики според возраст

Резултатите покажуваат дека со зголемување на возраста на пациентите, негативното влијание на оралното здравје врз нивниот квалитет на живот се намалува. Ова значи дека постарите пациенти помалку го чувствуваат влијанието на проблемите со оралното здравје врз нивниот квалитет на живот, споредено со помладите пациенти.

Кога станува збор за психолошката попреченост, најмладата возрасна група пациенти има полош квалитет на живот поради проблемите со оралното здравје во споредба со постарите возрасни групи. Ова може да укажува дека младите пациенти повеќе страдаат психолошки поради состојбата на нивните заби.

Според добиените резултати, **возраста на пациентите има значајно влијание врз нивната перцепција за влијанието на состојбата на оралното здравје врз квалитетот на живот од аспект на социјалната попреченост, но нема значајно влијание врз перцепцијата за функционалното ограничување, физичката болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, психолошката попреченост и хендикеп.**

Ова значи дека младите пациенти имаат поголема социјална попреченост поради проблемите со оралното здравје во споредба со постарите пациенти, додека во другите аспекти не постои значајна разлика. Овие резултати укажуваат на потребата за насочени интервенции кои ќе ги адресираат специфичните психолошки и социјални проблеми со кои се соочуваат младите пациенти поради оралното здравје.

Во однос на возраста, кај повеќе различни студии се покажало дека кај постара популација има полош квалитет на живот поврзан со оралното здравје.

- Притоа во студијата на Шапурик^[44] анализирани се групи на постари пациенти (над 65 годишна возраст) во ординации во различни плански региони низ РСМ, каде што добиен е релативно висок Охип скор, што укажало на задоволително орално здравје кај испитаниците, но со сигнификантни разлики со висок скор за психолошка непријатност и попреченост.

- Во истражувањето на Ставрева^[45] користен е GONAI индекс на испитување кај стари лица во геријатриска установа во РСМ. Добиели се релативно високи Гонаи скорови, кои укажуваат на лошо/незадоволително здравје кај старите институционализирано згрижени лица.

- Авторите од Универзитетот во Иран, дел од истражувачкиот центар за медицина базирана на докази, во студијата “Орално здравје и поврзаниот квалитет на живот кај постарите луѓе: систематски преглед и мета-анализа“ (2017)^[41], покажуваат негативен ОХИП скор во домените на физичко и социјално здравје и животна средина^[55,56,57]. Студиите укажуваат дека постарата популација има несоодветен квалитет на живот поврзан со оралното здравје, што може да се должи на недостаток на редовна стоматолошка нега, ограничен пристап до здравствени услуги и недостаток на едукација за правилна орална хигиена. Се препорачува подобрување на денталната хигиена и здравствената едукација кај оваа група.

-Авторите NadaEl Osta, Elissa Haddad, Jihad Fakhouri, Robert Saad, Lana El Osta, во нивната студија “Споредба на психометриските својства на GOHAI, OHIP-14 и OHIP-EDENT како мерки на оралното здравје кај целосно пациенти со тотална беззабост на возраст од 60 години и повеќе“, студија вршена на територијата на Либан, во која е прикажан висок ОХИП скор, кој е претставен со негативна корелација со домен психолошко здравје, психолошка попреченост, и физичка болка која е исто во корелација со возраста. [42,72]

- Студијата на Chen и Hunter “Орално здравје и квалитет на живот во Нов Зеланд: социјална перспектива“ покажува низок OHRQoL (висок OHIP скор) во домени-психолошко здравје и психичка состојба [57,58,59]. Постои тесна корелација со возраста и одржувањето на здравствените навики. Истражувањето покажува дека мнозинството испитаници доживеале барем еден дентален симптом во изминатата година, и главна причина за низок степен на OHRQoL е лошото орално здравје и незадоволството од изгледот на устата, забите или протезите.

7.5.Разлики според одржување на орална хигиена

Резултатите покажуваат дека пациентите кои повремено ги четкаат забите имаат значително полош квалитет на живот поради физичка болка од проблемите со оралното здравје во споредба со пациентите кои редовно ги четкаат забите. Ова укажува на тоа дека редовното четкање на забите може да помогне во намалување на физичката болка поврзана со оралните проблеми.

Сепак, честотата на четкање на забите нема значајно влијание на перцепцијата на пациентите за влијанието на состојбата на оралното здравје врз квалитетот на живот во други аспекти, како што се: функционалното ограничување, психолошката попреченост, физичката болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, социјалната попреченост и хендикеп.

Со други зборови, **пациентите со различна честота на четкање на забите имаат слична перцепција за влијанието на оралното здравје врз нивниот квалитет на живот во овие аспекти.** Овие резултати укажуваат на тоа дека додека редовното четкање на забите може да помогне во намалување на физичката болка, тоа нема значајно влијание на другите аспекти на квалитетот на живот.

Други студии кај кои се покажало дека овој аспект има влијание на OHRQoL:

-“Квалитет на живот поврзан со оралното здравје кај субјекти со протези поддржани на имплант систем“, оваа студија имала за цел да го оцени OHRQoL на возрасното население кои живеат во провинцијата Сечуан (Кина) и да ги истражи објаснувачките фактори на нивниот OHRQoL. OHRQoL кај возрасните лица што живеат во провинцијата Сечуан бил релативно добар. Вкупен ОХИП скор низок со констатирана добра општа состојба-поврзано со здравствените политики. Треба да се посвети само поголемо внимание на

оралното здравје во однос на кариес профилакса и задржувањето на здравите заби за да се подобри OHRQoL на постарите лица во провинцијата Сечуан, зачувувањето на здрава уста придонесува за подобар OHRQoL. [66,74]

-“Споредба на мерките GOHAI и OHIP-14 во однос на објективните вредности на оралната функција кај постари Јапонци“. Целите на оваа студија била да се проценат корелациите помеѓу геријатрискиот индекс за проценка на оралното здравје (GOHAI) и Профилот на влијанието врз оралното здравје-14 (OHIP-14) и да се испита кое истражување е почувствително на објективно измерената орална функција во Јапонски постари лица. Иако GOHAI и OHIP-14 имаа силна корелација, GOHAI беше почувствителен на објективните вредности на оралните функции кај независно живите постари лица во Јапонија. Релативно низок ОХИП скор.

Она што други автори имаат дополнително истражувано за влијанието на други фактори кои покажуваат дека имаат значително влијание врз OHRQoL , е прикажано во следниве студии:

-Истражувањето во Канада, нотира дека семејства со ниски приходи имаат послаб OHRQoL од семејства со високи примања, што укажува на социо-економски диспаритет (Locker, 2007) [31,55,63,83].

-Истражувањето на латино имигрантите пријавуваат повисок OHRQoL од не-Латино белците, иако оваа разлика е ограничена на првата генерација Латиноамериканци (Сандерс, 2010) [39,60,71]. Тој исто така откри дека социодемографските фактори (на пример, расата, образованието и тешкотиите во транспортот), имаат големо влијание врз OHRQoL.

-Сепак, користејќи ги податоците од NHANES и Националното здравствено истражување за деца, Извештајот на матичните стоматолози кај нив, декларира дека разликите во оралното здравје и намалениот OHRQoL во САД се најзастапени меѓу расните и етничките малцинства и оние со социо-економски недостатоци (DHHS, 2000) [88,89,101].

Главното ограничување на нашата студијата е дека постои можност од нецелосно и неточно откривање на информациите поради тоа што анкетите се базирани на лична перцепција, која не секогаш е објективна. Ова значи дека при пополнување на анкетниот прашалник, постои ризик од добивање на неточни и несоодветни податоци, што може да влијае на резултатите.

Сепак, резултатите од овој магистерски труд придонесуваат за зголемување на свесноста и знаењето за квалитетот на живот поврзан со оралното здравје во Република Северна Македонија. Оваа свесност и знаење може да помогнат во подобро управување и подобрување на оралното здравје, особено кај повозрасното население. Со други зборови, и покрај ограничувањата на студијата, добиените резултати имаат значајна вредност за јавноста и здравствените работници во однос на подобрување на квалитетот на живот поврзан со оралното здравје.

8. ЗАКЛУЧОЦИ

Квалитетот на живот поврзан со оралното здравје – OHRQoL, има значаен удел во реализирање на суштински апликации во областа на стоматологијата, здравствената заштита и стоматолошките истражувања, во процесот од учење кон применетата наука, како и пристапите насочени кон пациентот, во план за третман и ефикасноста од истите.

Добиените податоци од истражувањето ги потврдија поставените хипотези за поврзаноста на Квалитетот на животот со оралното здравје. Врз основа на добиените резултати од анкетното истражување, реализирање на поставените цели и тестирање на хипотезите на истражувањето, произлегоа следните заклучоци:

- Полот на пациентите нема значајно влијание на нивната перцепција за влијанието на состојбата на оралното здравје врз квалитетот на живот од аспект на функционалното ограничување, односно еднакво влијае со намален OHRQoL и кај мажи и кај жени; а има значајно влијание од аспект на физичката болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, психолошката попреченост, социјалната попреченост и хендикеп, каде што пациентите од **женски пол имаат пријавено сигнификантно полош квалитет на живот поради проблеми со оралното здравје од машките.**
- Пациентите од село имаа **сигнификантно полош квалитет на живот поради проблеми со оралното здравје од пациентите од град.** Истото се должи како резултат на социо-демографските фактори на влијание (транспорт, образование, етничка припадност) каде што поради отсуство на истите фактори (отсуство на транспорт во определени села, низок степен на образование) има значајно влијание во развој на побрз губиток на заби, а со тоа и отежнување на оралните функции и појава на полош OHRQoL во сите домени на истражувањето.
- Пациентите кои имаат парцијален и тотален губиток на заби не се разликуваа значајно во однос на нивната перцепција за влијанието на состојбата на оралното здравје врз квалитетот на живот од аспект на сите домени: функционалното ограничување, психолошката попреченост, физичката болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, социјалната попреченост и хендикеп; односно, губитокот на заби не влијае значајно за намаленото ниво на OHRQoL. Квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје не беше значајно различен кај пациентите со парцијална и тотална беззабост.
- Возраста на пациентите има значајно влијание на нивната перцепција за влијанието на состојбата на оралното здравје врз квалитетот на живот од аспект на социјалната попреченост, а нема разлика од аспект на функционално ограничување, физичка болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, психолошка попреченост и хендикеп. Пациентите на различна возраст не се разликуваа сигнификантно во однос на квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје. Односно, **помладите пациенти имаат пониско ниво на OHRQoL, во делот на социјална попреченост, пријавуваат полош квалитет на живот поврзан со оралното здравје.**

- Одржувањето на здравјето на оралната празнина, односно честотата на четкање заби нема значајно влијание на нивната перцепција за влијанието на состојбата на оралното здравје врз квалитетот на живот од аспект на функционалното ограничување, психолошката попреченост, физичката болка, психолошката непријатност, телесната попреченост, социјалната попреченост и хендикеп. **Квалитетот на живот поради проблеми со оралното здравје не беше значајно различен кај пациентите со различна честота на четкање на забите.**
- **Состојбата на оралното здравје во голема мера влијае на физичката и психолошката состојба, односно квалитетот на животот, од тоа како човекот изгледа, зборува, цвака, ја чувствува храната, до кој степен е социјализиран и какво е неговото мислење за себе.**
- Клиничарите стоматолози во моментот не можат да ги квантифицираат психосоцијалните, функционалните и естетските ефекти од протетските интервенции за замена на загубените заби.
- Недостаток на ваквите истражувања се индивидуалната перцепција на пациентите во однос на степенување на настанатите промени поврзани со оралното здравје, односно индивидуално согледување на степенот на болка во устата, психолошка непријатност (засраменост поради отсуство на заби), степенот на физичка попреченост (неможност за извршување на орални функции- цвакање, зборување, мимики) исто како и индивидуалната перцепција за согледување на физичка одземеност и неможност да функционира организмот поради отсуство на заби.

9. ПРЕПОРАКИ

За да се постигне адекватна стоматопротетска рехабилитација во последните 20 години, големо внимание е насочено кон личниот став/перцепција и задоволство на пациентот, односно на индивидуалниот психосоцијален одговор поврзан со губењето на забите и рехабилитација на оралните функции. Нашето законодавство кое има за цел да го подобри оралното здравје преку зголемување на пристапот до неа и фокусирање на истражувачко внимание на субјективните проценки на пациентите поврзани со OHRQoL, се врши преку Законот за Здравствена заштита, закон за здравствено осигурување, закон за заштита на правата на пациентите, како и Националната стратегија за Орално здравје во период од 10 години. ФЗОМ како плаќач за здравствените услуги на осигурените пациенти, подолг период години ја нема променето односно реевидирано листата на услуги (превентивни, терапевтски или рехабилитациони) кои подлежат под рефундација на фондот.

Идејата за директно вклучување на информации од психосоцијалната сфера на пациентот во одлуката за лекување произлезе од широките критики за користење само клинички параметри во евалуацијата на оралното здравје. Ваквиот пристап не ги вклучува функционалните и психосоцијалните аспекти на здравјето и не ги прикажува адекватно здравствената состојба, функцијата и потребите на поединецот. Ова доведе до развој на тестови кои вклучуваат мерење на квалитетот на животот поврзан со оралните параметри (квалитет на живот поврзан со орално здравје), чија цел е да дадат информации за влијанието на состојбата на усната празнина на пациентот врз неговиот квалитет на животот.

Исходите ориентирани кон пациентите, како што е OHRQoL, ќе го подобрат нашето разбирање, и како пациенти и како клинички лекари, за односот помеѓу оралното здравје и општото здравје на пациентите, и ќе им покажат на клиничките истражувачи и практичари дека подобрувањето на квалитетот на благосостојбата на пациентот оди подалеку од само едноставно лекување на стоматолошките заболувања. Согласно резултатите и изнесените заклучни согледувања во истражувањето се дадени следните препораки:

- Истражувањето на OHRQoL може да се користи за информирање на јавноста и здравствениот јавен сектор во однос на планирање на превентивни или терапевтски мерки, кои ќе го подобрат статусот на пациентот во основа на подобрување на физичкото, психолошкото и психичкото здравје во однос на оралните заболувања и терапија за истите.
- Користењето на информациите од истражувањето, ја покажуваат поврзаноста помеѓу состојбите на оралното здравје и QoL, и истото може да биде ефективен механизам за комуникација со креаторите на политиките за да се открие важноста на оралното здравје и еднаков пристап до грижа.
- Повеќето стоматолошки услуги подлежат на исплата/финансирање од страна на корисникот на услугата/пациентот. Поради тој факт, голем процент на население е

со мал индекс на задоволително орално здравје генерално. Потребно е проширување на листата на фондовски услуги со минимално партиципативно учество од страна на пациентите, особено за превентивните стоматолошки услуги .

- Потребно е активно следење на состојбата на оралното здравје кај пациентите , како и навремено превентивно лекување со што би се намалил предвремениот губитокот на заби , и би се анулирале потешкотиите и проблемите со носење на протетско помагало за вршење на функцијата цвакање, како и останати потешкотии со говор и мимики што се јавуваат при губиток на заби.
- Да се зголеми бројот на студии од областа, во континуитет, со кои ќе се добијат релевантни научни резултати за оралното здравје, превенција од орални заболувања како и превенција на губиток на заби, со што во целост би се подобрил Квалитетот на живот поврзан со оралното здравје.
- Сите засегнати страни во здравствениот систем (матичните стоматолози, специјалисти, комисији, министерство за здравство, влада) треба активно да учествуваат во носењето на одлуки и мерки со кои би овозможиле достапност на услугите за превенција и лекување , особено на пациентите кои имаат остварување на истата од финансиско- економски аспект.
- Податоците од истружувањата во оваа област, преку информирање да овозможат стимулирање на институциите, со цел постојано да развиваат стратегии, и/или ги надополнуваат тековните (како што е моментално овозможувањето на бесплатна стоматолошка услуга за социјалните случаи, како и за пензионерите, но само на територијата на општина Центар, за кои општината има обезбедено финансиски средства за остварување на услугите кај одредената група на пациенти во соработка со УСКЦ) , како и преку едукативни програми и содржини да ја развијат свеста кај пациентите за одржување на оралното здравје.

ЛИТЕРАТУРА / РЕФЕРЕНЦИ:

1. Bennadi D, Reddy CV. Oral health related quality of life. *Journal of international society of preventive and community dentistry*. 2013 Jan 1;3(1):1-6.
2. Omara M, Stamm T, Boecker M, Ritschl V, Mosor E, Salzberger T, Hirsch C, Bekes K. Rasch model of the Child Perceptions Questionnaire for oral health-related quality of life: A step forward toward accurate outcome measures. *The Journal of the American Dental Association*. 2019 May 1;150(5):352-61.
3. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community dental health*. 1994 Mar 1;11(1):3-11.
4. MacEntee MI, Brondani M. Cross-cultural equivalence in translations of the oral health impact profile. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2016 Apr;44(2):109-18.
5. WHO G. International classification of impairments, disabilities, and handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease. published in accordance with resolution WHA29. 35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976, (1980). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41003>.
6. Allen F, Locker D. A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. *International Journal of Prosthodontics*. 2002 Sep 1;15(5).
7. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community dentistry and oral epidemiology*. 1997 Aug;25(4):284-90.
8. John MT, Feuerstahler L, Waller N, Baba K, Larsson P, Čelebić A, Kende D, Renner-Sitar K, Reißmann DR. Confirmatory factor analysis of the oral health impact profile. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2014 Sep;41(9):644-52.
9. Montero J, Bravo M, Vicente MP, Galindo MP, López JF, Albaladejo A. Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. *Health and quality of life outcomes*. 2010 Dec;8:1-9.
10. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 1993 Jan 1;124(1):105-10.
11. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. *Rev Dent de Chile [Internet]*. 2005 [citado 13 marzo 2015]; 96 (2): 28-35.
12. Leao A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community dental health*. 1996 Mar 1;13(1):22-6.
13. Zucoloto ML, Maroco J, Campos JA. Psychometric properties of the oral health impact profile and new methodological approach. *Journal of Dental Research*. 2014 Jul;93(7):645-50.
14. John MT, Miglioretti DL, LeResche L, Koepsell TD, Hujoel P, Micheelis W. German short forms of the oral health impact profile. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2006 Aug;34(4):277-88.

15. Andrich D. A general form of Rasch's extended logistic model for partial credit scoring. *Applied Measurement in Education*. 1988 Oct 1;1(4):363-78.
16. Bond TG, Fox CM. *Applying the Rasch model: Fundamental measurement in the human sciences*. Psychology Press; 2013 Nov 5.
17. Panayides P, Robinson C, Tymms P. The assessment revolution that has passed England by: Rasch measurement. *British Educational Research Journal*. 2010 Aug 1;36(4):611-26.
18. Panayides P, Robinson C, Tymms P. The assessment revolution that has passed England by: Rasch measurement. *British Educational Research Journal*. 2010 Aug 1;36(4):611-26.
19. Rasch G. An individual-centered approach to item analysis with two categories of answers. *Psychological measurement theory, proceedings of the NUFFIC international session of science at "Het Oude Hof" The Hague*. 1966 Jul 14.
20. Rasch G. *Probabilistic models for some intelligence and attainment tests*. MESA Press, 5835 S. Kimbark Ave., Chicago, IL 60637; e-mail: MESA@uchicago.edu; web address: www.rasch.org; tele; 1993.
21. Smith Jr EV. Detecting and evaluating the impact of multidimensionality using item fit statistics and principal component analysis of residuals. *Journal of applied measurement*. 2002 Jan 1;3(2):205-31.
22. Stamm T, Mathis M, Aletaha D, Kloppenburg M, Machold K, Smolen J. Mapping hand functioning in hand osteoarthritis: comparing self-report instruments with a comprehensive hand function test. *Arthritis Care & Research*. 2007 Oct 15;57(7):1230-7.
23. Christensen KB, Makransky G, Horton M. Critical values for Yen's Q 3: Identification of local dependence in the Rasch model using residual correlations. *Applied psychological measurement*. 2017 May;41(3):178-94.
24. Safiri S, Kolahi AA, Smith E, Hill C, Bettampadi D, Mansournia MA, Hoy D, Ashrafi-Asgarabad A, Sepidarkish M, Almasi-Hashiani A, Collins G. Global, regional and national burden of osteoarthritis 1990-2017: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Annals of the rheumatic diseases*. 2020 Jun 1;79(6):819-28.
25. Stamm T, Mathis M, Aletaha D, Kloppenburg M, Machold K, Smolen J. Mapping hand functioning in hand osteoarthritis: comparing self-report instruments with a comprehensive hand function test. *Arthritis Care & Research*. 2007 Oct 15;57(7):1230-7.
26. Petrillo J, Cano SJ, McLeod LD, Coon CD. Using classical test theory, item response theory, and Rasch measurement theory to evaluate patient-reported outcome measures: a comparison of worked examples. *Value in Health*. 2015 Jan 1;18(1):25-34.
27. Tutz G, Schauberger G. A penalty approach to differential item functioning in Rasch models. *Psychometrika*. 2015 Mar;80:21-43.
28. Dörfer C, Benz C, Aida J, Campard G. The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review. *International dental journal*. 2017 Oct;67:14-8.
29. Dörfer C, Benz C, Aida J, Campard G. The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review. *International dental journal*. 2017 Oct;67:14-8.
30. Schmalz G, Patschan S, Patschan D, Ziebolz D. Oral-health-related quality of life in adult patients with rheumatic diseases—a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*. 2020 Apr 19;9(4):1172.

31. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure?. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2007 Dec;35(6):401-11.
32. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011 Nov;90(11):1264-70. doi: 10.1177/0022034511399918. Epub 2011 Mar 21. PMID: 21422477; PMCID: PMC3318061.
33. Stancić I, Sojić LT, Jelenković A. [Adaptation of Oral Health Impact Profile (OHIP-14) index for measuring impact of oral health on quality of life in elderly to Serbian language]. *Vojnosanit Pregl*. 2009 Jul;66(7):511-5. Serbian. doi: 10.2298/vsp0907511s. PMID: 19678573.
34. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*. 1994 Aug 24;272(8):619-26.
35. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials.
36. Leplège A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *Jama*. 1997 Jul 2;278(1):47-50.
37. Kressin N. Measuring oral health and quality of life. The Oral Health Related Quality of Life Measure (OHQOL). University of North Carolina, Dental Ecology. 1997:114-9.
38. Juniper EF, Guyatt GH, Jaeschke R. How to develop and validate a new health related quality of life instrument In: Spilker B, Ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*.
39. Cornell J, Saunders M, Paunovich ED, Frisch MB, Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Oral Health Quality of Life Inventory (OH-QoL). University of North Carolina, Dental Ecology. 1997:136-49.
40. Berniyanti T, Palupi R, Alkadasi BA, Sari KP, Putri R I, Salma N, Prasita S, Regita A S. Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) Analysis in Partially Edentulous Patients with and without Denture Therapy. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2023;15:89-98
<https://doi.org/10.2147/CCIDE.S407136>
41. Azami-Aghdash S, Pournaghi-Azar F, Moosavi A, Mohseni M, Derakhshani N, Kalajahi RA. Oral Health and Related Quality of Life in Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health*. 2021 Apr;50(4):689-700. doi: 10.18502/ijph.v50i4.5993. PMID: 34183918; PMCID: PMC8219627.
42. Teodorescu C, Preoteasa E, Preoteasa CT, Murariu-Măgureanu C, Teodorescu IM. Perception and attitudes of dentists regarding the complications of conventional acrylic dentures and overdentures supported by teeth or implants. *J Med Life*. 2022 Aug;15(8):1031-1037. doi: 10.25122/jml-2022-0020. PMID: 36188643; PMCID: PMC9514824.
43. Campos LA, Peltomäki T, Marôco J, Campos JADB. Use of Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) in Different Contexts. What Is Being Measured? *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Dec 20;18(24):13412. doi: 10.3390/ijerph182413412. PMID: 34949018; PMCID: PMC8703465.

44. Шапуриќ М. Јавно-здравствени аспекти на оралното здравје кај возрасна популација над 65 г. во Република Македонија- состојба и импликации за стратешко планирање [Магистерски труд] Скопје: Медицински факултет 2010
45. Ставрева Н. Квалитет на живот кај лица со вградени орално-протетски помагала на возраст над 65 г. во Република Македонија [Магистерски труд] Скопје: Медицински факултет 2012
46. Hebling E, Pereira AC. Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. *Gerodontology* 2007; 24(3): 151–61.
47. Chanthavisouk P, Ingleswar A, Theis-Mahon N, Paulson DR. The oral health impact of dental hygiene and dental therapy populations: a systematic review. *J Evid Based Dent Pract.* 2024 Jan;24(1S):101949. doi: 10.1016/j.jebdp.2023.101949. Epub 2023 Oct 31. PMID: 38401949.
48. Al Shamrany M. Oral health-related quality of life: a broader perspective. *East Mediterr Health J.* 2006 Nov;12(6):894-901. PMID: 17333837.
49. Bagewitz IC. Prosthodontics, care utilization and oral health-related quality of life. *Swed Dent J Suppl.* 2007;(185):7-81. PMID: 17566316.
50. Ståhltnacke K. Self-perceived oral health, dental care utilization and satisfaction with dental care. *Swed Dent J Suppl.* 2007;(190):1-155. PMID: 18213979.
51. Atchison K, Slade GD. Measuring oral health and quality of life. *Univ. North Carolina.* 1997:71-80.
52. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. *Journal of public health dentistry.* 2003 Jun;63(2):67-72.
53. Rosenbaum P, Stewart D. The World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health: a model to guide clinical thinking, practice and research in the field of cerebral palsy. In *Seminars in pediatric neurology* 2004 Mar 1 (Vol. 11, No. 1, pp. 5-10). WB Saunders.
54. John MT, Häggman-Henrikson B, Sekulic S, Stamm T, Oghli I, Schierz O, List T, Baba K, Bekes K, van Wijk A, Su N. Mapping oral disease impact with a common metric (MOM)—project summary and recommendations. *Journal of Oral Rehabilitation.* 2021 Mar;48(3):305-7.
55. Locker D, Allen F. What do measures of ‘oral health-related quality of life’ measure?. *Community dentistry and oral epidemiology.* 2007 Dec;35(6):401-11.
56. John MT, ReiBmann DR, Feuerstahler L, Waller N, Baba K, Larsson P, Celbic A, Szabo G, Renner-Sitar K. Factor analyses of the Oral Health Impact Profile—Overview and studied population. *Journal of prosthodontic research.* 2014;58(1):26-34.
57. John MT. Foundations of oral health-related quality of life. *Journal of Oral Rehabilitation.* 2021 Mar;48(3):355-9.
58. Atchison KA, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. *Journal of dental education.* 1990 Nov;54(11):680-7.
59. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performance in: *Measuring Oral health and Quality of life.* In *Proceedings of a conference* June 1996 (pp. 13-14).

60. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community dental health*. 1994 Mar 1;11(1):3-11.
61. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community dentistry and oral epidemiology*. 1997 Aug;25(4):284-90.
62. John MT, Reissmann DR, Čelebić A, Baba K, Kende D, Larsson P, Renner-Sitar K. Integration of oral health-related quality of life instruments. *Journal of dentistry*. 2016 Oct 1;53:38-43.
63. Locker D. Measuring oral health. A conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988;5:3-18.
64. de Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile–short form. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2005 Aug;33(4):307-14.
65. Gera A, Cattaneo PM, Cornelis MA. A Danish version of the oral health impact profile-14 (OHIP-14): translation and cross-cultural adaptation. *BMC oral health*. 2020 Dec;20:1-7.
66. Xin WN, Ling JQ. Validation of a Chinese version of the oral health impact profile-14. *Zhonghua kou qiang yi xue za zhi= Zhonghua kouqiang yixue zazhi= Chinese journal of stomatology*. 2006 Apr 1;41(4):242-5.
67. Montero J, Bravo M, Vicente MP, Galindo MP, López JF, Albaladejo A. Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. *Health and quality of life outcomes*. 2010 Dec;8:1-9.
68. Lahti S, Suominen-Taipale L, Hausen H. Oral health impacts among adults in Finland: competing effects of age, number of teeth, and removable dentures. *European Journal of Oral Sciences*. 2008 Jun;116(3):260-6.
69. Soares GH, Santiago PH, Werneck RI, Michel-Crosato E, Jamieson L. A psychometric network analysis of OHIP-14 across Australian and Brazilian populations. *JDR Clinical & Translational Research*. 2021 Jul;6(3):333-42.
70. Santos CM, Oliveira BH, Nadanovsky P, Hilgert JB, Celeste RK, Hugo FN. The Oral Health Impact Profile-14:: a unidimensional scale?. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29:749-57.
71. Nuttall NM, Slade GD, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. An empirically derived population-response model of the short form of the Oral Health Impact Profile. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2006 Feb;34(1):18-24.
72. Zucoloto ML, Maroco J, Campos JA. Psychometric properties of the oral health impact profile and new methodological approach. *Journal of Dental Research*. 2014 Jul;93(7):645-50.
73. Baker SR, Gibson B, Locker D. Is the oral health impact profile measuring up? Investigating the scale's construct validity using structural equation modelling. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2008 Dec;36(6):532-41.
74. Hair JF. *Multivariate data analysis*.
75. Marôco J. *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. ReportNumber, Lda; 2014.

76. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*. 1999 Jan 1;6(1):1-55.
77. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*. 1981 Feb;18(1):39-50.
78. Rosseel Y. lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of statistical software*. 2012 May 24;48:1-36.
79. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*. 2018 Oct;78(5):762-80.
80. Ferrando Piera PJ, Lorenzo Seva U. Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema*. 2017.
81. Nolte S, Elsworth GR. Factorial Invariance. *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Springer. doi. 2014;10:978-4.
82. Mair P, Hatzinger R. Extended Rasch modeling: The eRm package for the application of IRT models in R. *Journal of Statistical Software*. 2007 Feb 22;20:1-20.
83. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure?. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2007 Dec;35(6):401-11.
84. John MT, Reißmann DR, Feuerstahler L, Waller N, Baba K, Larsson P, Celbic A, Szabo G, Renner-Sitar K. Factor analyses of the Oral Health Impact Profile—Overview and studied population. *Journal of prosthodontic research*. 2014;58(1):26-34.
85. John MT. Foundations of oral health-related quality of life. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2021 Mar;48(3):355-9.
86. Atchison KA, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. *Journal of dental education*. 1990 Nov;54(11):680-7.
87. Adulyanont S, Sheiham A. Oral impacts on daily performance in: *Measuring Oral health and Quality of life*. In: *Proceedings of a conference June 1996* (pp. 13-14).
88. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community dental health*. 1994 Mar 1;11(1):3-11.
89. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community dentistry and oral epidemiology*. 1997 Aug;25(4):284-90.
90. John MT, Reißmann DR, Čelebić A, Baba K, Kende D, Larsson P, Renner-Sitar K. Integration of oral health-related quality of life instruments. *Journal of dentistry*. 2016 Oct 1;53:38-43.
91. Locker D. Measuring oral health. A conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988;5:3-18.
92. de Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile—short form. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2005 Aug;33(4):307-14.
93. Gera A, Cattaneo PM, Cornelis MA. A Danish version of the oral health impact profile-14 (OHIP-14): translation and cross-cultural adaptation. *BMC oral health*. 2020 Dec;20:1-7.

94. Xin WN, Ling JQ. Validation of a Chinese version of the oral health impact profile-14. *Zhonghua kou qiang yi xue za zhi= Zhonghua kouqiang yixue zazhi= Chinese journal of stomatology*. 2006 Apr 1;41(4):242-5.
95. Montero J, Bravo M, Vicente MP, Galindo MP, López JF, Albaladejo A. Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. *Health and quality of life outcomes*. 2010 Dec;8:1-9.
96. Lahti S, Suominen-Taipale L, Hausen H. Oral health impacts among adults in Finland: competing effects of age, number of teeth, and removable dentures. *European Journal of Oral Sciences*. 2008 Jun;116(3):260-6.
97. Soares GH, Santiago PH, Werneck RI, Michel-Crosato E, Jamieson L. A psychometric network analysis of OHIP-14 across Australian and Brazilian populations. *JDR Clinical & Translational Research*. 2021 Jul;6(3):333-42.
98. Santos CM, Oliveira BH, Nadanovsky P, Hilgert JB, Celeste RK, Hugo FN. The Oral Health Impact Profile-14:: a unidimensional scale?. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29:749-57.
99. Nuttall NM, Slade GD, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. An empirically derived population-response model of the short form of the Oral Health Impact Profile. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2006 Feb;34(1):18-24.
100. Zucoloto ML, Maroco J, Campos JA. Psychometric properties of the oral health impact profile and new methodological approach. *Journal of Dental Research*. 2014 Jul;93(7):645-50.
101. Baker SR, Gibson B, Locker D. Is the oral health impact profile measuring up? Investigating the scale's construct validity using structural equation modelling. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2008 Dec;36(6):532-41.

Прилог

Анамнестички прашалник

Општи анамнестички информации и здравствени податоци за пациенти

1. Место на живеење: град/село
2. Возраст _____ год.
3. Пол машки/ женски
4. Етничка припадност:
5. Пушач/непушач
6. Конзумент на алкохол/ не конзумира алкохол
7. Прима терапија за одредено заболување:
редовно/ повремено / никогаш
8. Губиток на заби:
тотален/парцијален
9. Терапија за превенирање губиток заби (ОПЦ; ЧЗК; антибиотска) :
редовна / повремено / никогаш
10. Четкање на заби / одржување орална хигиена :
редовно / повремено / никогаш

<u>OHIP-14 прашалник</u>

1. Дали сте имале проблем со изговарање зборови поради проблеми со забите, устата или протезите?

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| (a) Многу често | (б) Прилично често | (в) Повремено |
| (г) Ретко кога | (д) Никогаш | (ѓ) Не знам |

2. Дали сте почувствувале дека вашето сетило за вкус се влошило поради проблеми со забите, устата или протезите?

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| (a) Многу често | (б) Прилично често | (в) Повремено |
| (г) Ретко кога | (д) Никогаш | (ѓ) Не знам |

3. Дали сте имале болна болка во устата?

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| (a) Многу често | (б) Прилично често | (в) Повремено |
| (г) Ретко кога | (д) Никогаш | (ѓ) Не знам |

4. Дали ви е непријатно да јадете каква било храна поради проблеми со забите, устата или протезите?

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| (a) Многу често | (б) Прилично често | (в) Повремено |
| (г) Ретко кога | (д) Никогаш | (ѓ) Не знам |

5. Дали сте биле свесни поради вашите заби, уста или протези?

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| (a) Многу често | (б) Прилично често | (в) Повремено |
| (г) Ретко кога | (д) Никогаш | (ѓ) Не знам |

6. Дали сте се чувствувале напнати поради проблеми со вашите бели заби, уста или протези?

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| (a) Многу често | (б) Прилично често | (в) Повремено |
| (г) Ретко кога | (д) Никогаш | (ѓ) Не знам |

7. Дали вашата исхрана е незадоволителна поради проблеми со забите, устата или протезите?

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| (a) Многу често | (б) Прилично често | (в) Повремено |
| (г) Ретко кога | (д) Никогаш | (ѓ) Не знам |

8. Дали сте морале да ги прекинувате оброците поради проблеми со забите, устата и протезите?

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| (a) Многу често | (б) Прилично често | (в) Повремено |
| (г) Ретко кога | (д) Никогаш | (ѓ) Не знам |

9. Дали ви е тешко да се опуштите поради проблеми со устата и протезите за заби?

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| (a) Многу често | (б) Прилично често | (в) Повремено |
| (г) Ретко кога | (д) Никогаш | (ѓ) Не знам |

10. Дали сте биле малку засрамени поради проблеми со забите, устата и протезите?

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| (a) Многу често | (б) Прилично често | (в) Повремено |
| (г) Ретко кога | (д) Никогаш | (ѓ) Не знам |

11. Дали сте биле малку нервозни во присуство со други луѓе поради проблеми со забите, устата и протезите?

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| (a) Многу често | (б) Прилично често | (в) Повремено |
| (г) Ретко кога | (д) Никогаш | (ѓ) Не знам |

12. Дали сте имале потешкотии да ги извршувате вашите вообичаени работи поради проблеми со забите, устата или протезите?

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| (a) Многу често | (б) Прилично често | (в) Повремено |
| (г) Ретко кога | (д) Никогаш | (ѓ) Не знам |

13. Дали сте почувствувале дека животот воопшто е помалку задоволувачки поради проблеми со забите, устата или протезите?

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| (a) Многу често | (б) Прилично често | (в) Повремено |
| (г) Ретко кога | (д) Никогаш | (ѓ) Не знам |

14. Дали сте биле целосно неспособни да функционираате поради проблеми со забите, устата и протезите?

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| (a) Многу често | (б) Прилично често | (в) Повремено |
| (г) Ретко кога | (д) Никогаш | (ѓ) Не знам |