

БЕЗБЕДНОСТ ЗДРАВЉА – МУЛТИДИСЦИПЛИНАРНИ ПРИСТУП ПРОУЧАВАЊУ ОРАЛНО-ЗДРАВСТВЕНОГ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА

Жељка Поповић
Војномедицински центар „Нови Београд“, Србија
Иванка Гајић и Косовка Обрадовић Ђуричић
Универзитет у Београду, Стоматолошки факултет
Драгослав П. Милошевић
Универзитет у Београду, Медицински факултет

Циљ овог рада је да промовише неопходност мултидисциплинарног приступа проучавању оралног здравља, односно орално-здравственог квалитета живота. Када је у питању орално здравље, мултидисциплинарни приступ захтева проучавање оралног здравља са медицинског, односно стоматолошког становишта, али и са друштвеног, социо-медицинског аспекта, уз пуно уважавање значаја психо-социјалних проблема, које оралне болести узрокују. Очигледно је да постоји стручна потреба да се дефинише мултидимензионални модел за праћење (мониторинг) стоматолошких пацијената, који ће омогућити обезбеђивање релевантних индикатора за сагледавање орално-здравствених проблема, а самим тим и за планирање и програмирање мера у области стоматологије, са аспекта јавног здравља, односно социјално-медицинског становишта.

Кључне речи: *орално здравље, квалитет живота, индикатори оралног здравља, индикатори орално-здравственог квалитета живота*

Увод

Светска здравствена организација (СЗО) дефинише здравље као стање потпуног телесног (физичког), душевног (психичког) и социјалног благостања, а не само као одсуство болести и изнемоглости.¹ Управо то има у виду и психосоматика. То је научни став у медицини, дијагностици и терапији, којим се прихвата да психички систем, односно емоције, посебно психолошки неугодни доживљаји, могу

¹ <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

изазвати телесне поремећаје и обољења.² Према наводима СЗО, 38–42% свих пацијената који се обраћају лекару припадају групи пацијената које треба посматрати са психосоматског становишта.³

Орално здравље се дефинише као удобна и функционална дентиција, која омогућава појединцу да настави живот у својој жељеној друштвеној улози.⁴ То значи да особа треба да буде лишена хроничног бола орално-фацијалне регије, без оралних карцинома, лезија меких ткива, урођених дефеката, као што су расцеп усне и непца, као и без десетина других болести и поремећаја који утичу на краниофацијални комплекс. Како наглашава Ленцова и сарадници,⁵ природна, функционална и прихватљива дентиција омогућава појединцу да једе, говори и комуницира са другима без нелагодности, бола или инвалидности за цео живот и доприноси његовом општем благостању.

Ороденталне болести (болести зуба и уста), као што су каријес и пародонтопатија, спадају у социјално-медицинске болести, а њих карактерише следеће:

- у њиховом настанку одлучујућу улогу имају фактори социјалне средине;
- распрострањене су – јавља се велики број случајева;
- последице које остављају су бројне – здравствене, социјалне и економске;
- за решавање последица које оне проузрокују, поред ангажовања стоматолошке службе, потребан је и ангажман заједнице као целине.⁶

Болести зуба и уста (зубни каријес и пародонтопатија), губитак зуба, као њихова последица, затим лезије оралне слузокоже и стоматолошке трауме, иако нису опасне по живот, представљају највеће јавноздравствене проблеме широм света.⁷ Из наведених разлога, по Америчком одбору социјалне стоматологије (*American Board of Dental Public Health*) социјална медицина се дефинише као: „...наука и вештина превенције и контроле болести зуба и промоције оралног здравља, кроз организоване напоре заједнице. Она се бави образовањем јавности из домена оралног здравља, примењеним стоматолошким и мултидисциплинарним истраживањима, управљањем програмима за негу зуба, као и спречавањем и контролом болести зуба у заједници...”.

Имајући у виду наведене чињенице, циљ рада је да промовише неопходност мултидисциплинарног приступа проучавању оралног здравља, односно орално-здравственог квалитета живота. При томе се мултидисциплинарност сагледава као научни приступ у којем се различите дисциплине баве истом темом, из својих специфичних перспектива.⁸

² <http://www.psychosomaticmedicine.org/site/misc/about.xhtml>

³ *EMC participates in the development of psychosomatic medicine at the international level*, доступно на адреси: <http://www.emcmos.ru/en/profession/a21165/>

⁴ Lencová, E., Broukal, Z., Dusková, J.: „Psychosocial, behavioural and oral health indicators – review of the literature”, Prague, *Med Rep.* 2006;107(3):305-16.

⁵ Исто.

⁶ Mićović, P., Cucić, V., Janjić, M.: *Socijalna medicina*, Medicinska knjiga, Bograd-Zagreb, 1986.

⁷ Myburgh, N., G., Hobdell, M., H. & Laloo, R.: „African countries propose a regional oral health strategy, The Dakar Report from 1998”, *Oral Dis*, 2004; 10, 129-37.

⁸ Mijatović, A.: *Leksikon temeljnih pedagojskih pojmova*, Edip, Zagreb, 2000.

Карактеристике оралног здравља

Међусобни однос оралног и општег здравља је одавно доказан. Многе опште болести имају оралне манифестације, као и што оралне болести често представљају фактор ризика за велики број општих здравствених проблема.

Патолошка збивања у подручју усне дупље прате човека током његовог животног века. Ове болести нису само биолошка појава, него и психолошки и социјални феномен.⁹ Евидентно је да губитак зуба (делимична или тотална безубост), услед болести, или повреда, представља трауматско искуство за особу. Тада настаје поремећај у међувличним односима. Промене се одвијају у дужем периоду, па се то одражава и на темпоромандибуларни зглоб, као и на вичичну мускулатуру, изазивајући промене и на њима. Све наведено доводи до поремећаја основних функција стоматогнатог система.

Стоматогнати систем представља скуп ткива и органа, који функционишу као јединствена целина. Чине га зуби и њихова потпорна ткива, алвеоларни наставци горње и доње вилице, вичични зглобови, мишићи за жвакање и остала мускулатура, делови нервног система, крвни и лимфни судови, пљувачне жлезде и слузокожа усне дупље. Губитак појединих делова стоматогнатог система утиче на деловање целог стоматогнатог система. Најважнији задаци стоматогнатог система су: жвакање, гутање, говор и експресија емоција.¹⁰

Дисфункција може настати у било којој од четири сфере функционалног статуса оболелог лица: физичкој, менталној, емоционалној и социјалној, тако да те особе постају, у одређеном степену, инвалидне. Оне не могу добро да жваћу, тешко гутају, лоше се хране, пате од дигестивних поремећаја, имају тешкоће при говору, физички изглед им је промењен, а долази и до промена квалитета живота у психолошкој сфери. Због таквих поремећаја, великом броју људи, различите животне доби и различитих занимања, умањују се способности за свакодневне животне активности, што негативно утиче и на њихов радни капацитет.¹¹

Орална обољења су прогресивна и кумулативна и утичу на квалитет живота пацијената. Лоше орално здравље, неадекватне и дотрајале зубне надокнаде, могу допринети лошој исхрани и довести до губитка телесне тежине, поготово код старијих особа, које су већ нарушеног здравља. Они губе самопоуздање, имају отежану комуникацију, или чак губитак комуникације са својом околином.¹²

На психолошком плану поседовање зуба је врло значајно за сваку особу. Зуби су украс и заједно са уснама као оквиром, дају доњој половини лица одређена обележја и типичан изглед. Уколико је видљивост зуба у миру, при говору или смеху већа, тиме је и утицај на естетски изглед одређенији, што је важно у формирању међуљудских односа.¹³

⁹ Šćepanović, A.: *Socijalna stomatologija i oralna epidemiologija*, Zdravstvena zaštita, 2003; 32(3): 45-48.

¹⁰ Stamenković, D., Nastić, M.: *Stomatološka protetika – parcijalne proteze*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 2000.

¹¹ Suvin, M., Kosovel, Z.: *Temelji oralne rehabilitacije – fiksna protetika*, Školska knjiga, Zagreb, 1975.

¹² Tihaček-Šojić, Lj., Stančić, I.: *Stomatološka gerontoprotetika*, Kragujevac, 2009.

¹³ Stamenković, D., Nastić, M.: *Stomatološka protetika – parcijalne proteze*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 2000.

Различити пацијенти различито доживљавају губитак зуба. Неки то не схватају као хендикеп, други се осећају хендикепирано, држе мараму на устима, избегавају контакте са другим људима, повлаче се у себе. Поготово снажно доживљавају губитак предњих зуба. Уколико се зуби изгубе у млађем животном добу (20–30 година), то се лакше и брже преболи, док се губитак зуба у зрелијим годинама доживљава као манифестација старости.

Доктрина савремене стоматологије је да сваки изгубљени зуб треба из профилактичких разлога надокнадити што је могуће пре, како би се успоставио интегритет зубног низа и спречиле измене међузубних односа (сметње у оклузији), које би пре, или касније, довеле до поремећаја у функционисању стоматогнатог система и патолошких промена и стања у појединим или свим ткивима, које улазе у њихов састав.¹⁴

Продужење животног века и очување зуба правовременим лечењем доводи до тога да и у нашој популацији све више пацијената у најстаријој животној доби тражи стоматопротетску заштиту. Губитак зуба и њихово надокнађивање је један од основних стоматолошких проблема с којим се сусрећу стари људи. У подацима Геронтолошког центра Завода за заштиту здравља града Загреба о коришћењу медицинских помагала особа у старости од 65 до 94 године, стоматолошке протетске надокнаде (мобилне и фиксне) налазе се на другом месту, иза наочара.¹⁵

Улога стоматолошке протетике у поступцима оралне рехабилитације посебно је важна са социјално-медицинског аспекта, јер се рехабилитацијом стоматогнатог система решава не само медицински, већ и социјални, емоционални, психички, професионални и друштвено-економски проблеми таквих пацијената. Тиме се овим пацијентима омогућава бољи квалитет живота, односно постиже се њихова реинтеграција у нормалан живот.¹⁶

Индикатори оралног здравља

Традиционално, доктори стоматологије су обучени да препознају и лече разна орална обољења, те да користе индексе који описују распрострањеност одређених болести у популацији као, на пример, Хелкимо индекс мандибуларних дисфункције, или *CPITN* индекс. Међутим, као и све објективне мере и овај индекс само одражава крајњи резултат патолошких процеса, без икаквих назнака о утицају болести на физичке или психолошке функције пацијента.

У студијама које процењују везу између објективних мера оралних обољења, као што су присуство каријеса и пародонтопатије и пацијената, а која се базира на сопственом мишљењу о оралном здрављу, однос је био слаб и објективне мере нису тачно одражавале перцепцију пацијената.¹⁷

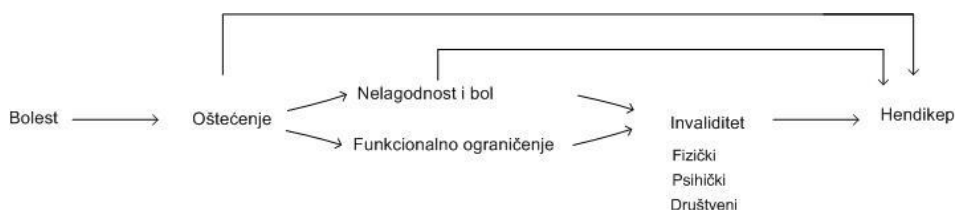
¹⁴ Radlović-Pantelić, S.: *Stomatološka protetika – fiksne nadolnade*, II deo, Beograd, 1998.

¹⁵ *Analiza korištenja zdravstvene zaštite starijih osoba u djelatnosti primarne zdravstvene zaštite u gradu Zagrebu*, Zavod za zaštitu zdravlja grada Zagreba OOUR Socijalna medicina Gerontološki centar, Zagreb, 1988.

¹⁶ Popović, Ž.: *Totalna zubna proteza – faze laboratorijske izrade*, Vojnoizdavački zavod, Beograd, 2005.

¹⁷ Gooch, B., Dolan, T., A., Bourque, L.: „Correlates of self-reported dental health status upon enrollment in the Rand Health Insurance Experiment“, *J Dental Educ* 1989, 53:629-637.

То је довело до препознавања чињенице да су се овакви модели углавном бавили болестима, док свака мера здравља, ако се узме у обзир дефиниција СЗО, треба да, поред процене присуства или одсуства болести, процени и друштвене и емоционалне аспекте здравља. У оваквом моделу обухвата се комплексна мулти-димензионална природа здравља, која укључује културне и психо-социјалне утицаје. Концептуални оквир за мерење оралног здравља који се заснива на ставовима СЗО¹⁸ описао је Локер¹⁹ (слика 1).



Слика 1 – Концептуални модел за праћење оралног здравља (Locker, 1988)

Објављивање овог концептуалног оквира било је од кључног значаја за развој нових истраживања у стоматологији. Доскора, психо-социјалне последице условљене оралним болестима нису биле од значаја, јер су ретко опасне по живот. Међутим, скорија истраживања истичу да орални поремећаји имају озбиљне емоционалне и психосоцијалне последице.

Примера ради, Раизин²⁰ указује да се око 160 милиона радних сати годишње губи због оралних поремећаја, док су Кушинг и сарадници²¹ утврдили да се бол, тешкоће са исхраном и проблеми у комуникацији често јављају у студијама које се баве одраслим запосленим особама.

Значај процене обе перцепције, са једне стране перцепција самог пацијента о свом сопственом здрављу, а са друге стране присуство или одсуство болести, веома су битне за промоцију здравља и програме превенције болести, као и за алокацију здравствених ресурса. Осим тога, лична процена сопственог здравственог квалитета живота пацијента често се знатно разликује од мишљења здравствених радника.²²

Locker, D.: „The burden of oral disorders in a population of older adults“, *Community Dental Health* 1992, 9:109-124, PubMed Abstract.

Locker, D., Slade, G., D.: „Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population“, *Gerodontology* 1994, 11:108-114, PubMed Abstract.

¹⁸ World Health Organisation: *International classification of impairments, disabilities and handicaps*, Geneva, 1980.

¹⁹ Locker, D.: „Measuring oral health: A conceptual framework“, *Community Dental Health* 1988, 5:3-18, PubMed Abstract.

²⁰ Reisine, S.: „Dental disease and work loss“, *J Dent Res* 1984, 63:1158-1161, PubMed Abstract.

²¹ Cushing, A., Sheiham, A., Maisels, J.: „Developing socio-dental indicators-the social impact of dental disease“, *Community Dental Health* 1986, 3:3-17.

²² Slevin, M., L., Plant, H., Lynch, D., et al.: „Who should measure quality of life, the doctor or the patient?“, *British Journal of Cancer*, 1988, 57:109-112.

Слеид и Спенсер²³ су, такође, показали да је врло важно користити мере стања оралног здравља самог пацијента, посебно у покушајима обезбеђивања средстава за јавну оралну негу. Тако прибављене информације омогућавају боље разумевање исхода интервенција на орално здравље пацијента. На пример, зубни импланти су сада доступни и користе се за базе протезе, којима се надокнађују недостајући зуби. То су релативно скупи третмани, али указују на значајан напредак у вези са орално-здравственим квалитетом живота, те као такви могу да оправдају сврставање трошкова оваквих интервенција у јавне трошкове.

Из наведеног произилази да је процена сопственог здравственог стања прибављена од самог пацијента од суштинског значаја за мерење здравља, поготово када је орално здравље у питању.

Индикатори орално-здравственог квалитета живота

У стоматологији, као и у другим гранама медицине, препознато је да објективне мере обољења дају мало могућности за сагледавање утицаја оралних болести на свакодневни живот и квалитет живота оболелих.

Потребно је напоменути да је реинтеграција у нормалан живот ултимативни циљ свих пацијената, после онеспособљености, услед болести или повреде, па тако и пацијената којима се пружа стоматолошко, а поготову стоматопротетско лечење (мобилне и фиксне зубне надокнаде). При том, пацијента треба посматрати као целокупну личност, а резултати мерења реинтеграције у нормални живот могу се посматрати и као квалитет живота.²⁴

Када се размата утицај односа здравља и болести на квалитет живота, чини се да многе везе нису јасно дефинисане. Алисон са сарадницима покушала је да објасни овај феномен, сугеришући да је квалитет живота „динамичан конструкт” и да је, као такав, подложен променама током времена, јер одређени ставови које имају појединци нису константни већ се под утицајем искуства временом мењају.

Интересовање за исход орално-здравствених проблема је нагло нарасло током последње деценије. Стручњаци су препознали да је процена резултата збрињавања пацијента од виталног значаја за планирање орално-здравствених акција и програма.

Коришћење мера здравственог стања за процену квалитета живота у вези са здрављем давно је установљена у многим областима медицине. Међутим, њихова употреба у стоматологији није била развијена. Потребу да се развију „на пацијенту засноване” мере орално-здравственог стања први су схватили Коен и Јаго,²⁵ који су указали на недостатак података, који се односе на утицаје оралног здравља на психо-социјалне проблеме.

За развој мера квалитета живота са аспекта оралног здравља коришћене су различите методе. Приступ који се користи за израчунавање *Geriatric Oral Health*

²³ Slade, G., D., Spencer, A., J.: „Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile“, *Community Dent Health* 1994, 11:3-11.

²⁴ Jakovljević, Đ., Grujić, V., Mićović, P., Đokić, D: *Reforme u oblasti zdravstvene zaštite – monografija, Institut za zaštitu zdravlja Srbije “Dr Milan Jovanović Batut”*, Beograd, 1997.

²⁵ Cohen, L., K., Jago, J., D.: „Toward formulation of socio-dental indicators“, *International Journal of Health Services* 1976, 6:681-698.

*Assessment Index [GOHA]*²⁶ био је да се изграде скале које дају индекс утицаја оралних болести. Утицај оралних обољења на здравствени квалитет живота израчунава се додељивањем оцена, које указују на интензитет (величину) низа функционалних и психо-социјалних последица које изазива обољење. *GOHA* садржи 12 питања (нпр. „Да ли вам је нелагодно да једете пред другим људима због стања ваших уста и зуба?“), са одговорима Ликертовог формата (0 = Никада, 1 = Готово никада, 2 = Повремено, 3 = Често, 4 = Врло често, 5 = Увек). За свако од питања кодови одговора се сабирају и дају укупан резултат у распону 0-60.

Сличан приступ направљен је и када су у питању мере *Social Impact of Dental Disease*²⁷ и *Subjective Oral Health Status Indicators*.²⁸

Другачији приступ био је примењен када се тражило да се процени интензитет перцепције пацијената на одређени догађај, што је примењено при конструисању *Dental Impact Profile*²⁹ инструмента. Он садржи 25 питања у формату „Да ли мислите да зуби, или протеза утичу добро (позитиван ефекат), лоше (негативан ефекат), или немају утицаја (неутралан ефекат) на вашу исхрану“. Упитник од 25 питања подељен је у 4 подскеле (исхрана, здравље, друштвени односи, емоције), а укупан скор израчунава се као проценат позитивних или негативних реакција међу свим скалама.

Конечан приступ био је увођење функционалних поремећаја и њихових друштвених последица у хијерархију исхода. Овај приступ се разликује од осталих индекса. Њиме испитаник може да укаже на то да ли је проблем у потпуности унутрашњи (као што су неке тешкоће при жвакању) или да ли је проблем проузрокује интерперсоналне или социјалне последице (као што је избегавање комуникације са другим људима). Хијерархија резултата заснива се на класификацији СЗО оштећења, инвалидитета и хендикеп,³⁰ а коришћењем овог метода могу се описати „профили“ друштвених утицаја. *Oral Health Impact Profile [OHIP]*,³¹ *Dental Impacts on Daily Living [DIDL]*³² и *Oral Impacts on Daily Performances [OIDP]*³³ развијени су на овај начин.

OHIP има 49 питања, која су сврстана у седам теоријских области, а то су функционална ограничења, бол, психолошка нелагодност, физички инвалидитет, психолошки инвалидитет, социјални инвалидитет и хендикеп. Пример *OHIP* питања је „Да ли сте морали да прекинете оброке због проблема са зубима, устима или про-

²⁶ Atchison, K., A., Dolan, T., A.: „Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index“, *J Dent Educ* 1990, 54:680-687.

²⁷ Cushing, A., Sheiham, A., Maisels, J.: „Developing socio-dental indicators-the social impact of dental disease“, *Community Dental Health* 1986, 3:3-17.

²⁸ Locker, D., Miller Y.: „Evaluation of subjective oral health status indicators“, *J Public Health Dent* 1994, 54:167-176.

²⁹ Strauss, R., Hunt, R.: „Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life“, *J Am Dent Ass* 1993, 124:105-110.

³⁰ World Health Organisation: *International classification of impairments, disabilities and handicaps*, Geneva, 1980.

³¹ Cohen, L., K., Jago, J., D.: „Toward formulation of socio-dental indicators“, *International Journal of Health Services* 1976, 6:681-698.

³² Leao, A., Sheiham, A.: „The development of a socio-dental measure of Dental Impacts on Daily Living“, *Community Dental Health* 1996, 13:22-26.

³³ Adulyanon S., Sheiham A.: „Oral Impacts on Daily Performances“, *Measuring Oral Health and Quality of Life*, edited by Slade G. Chapel Hill, University of North Carolina, *Dental Ecology*, 1997, 124-28.

тезом?³⁴ Користи се Ликертова скала одговора (0 – Не, 1 – Ретко, 2 – Понекад 3 –Често, 4 – Врло често), а учесталост утицаја израчунава се сумирањем пријављених негативанх утицаја (тј. често, или врло често) у 49 питања. Оба профила омогућавају добијање укупних резултата, а могуће је израчунати и број бодова за све подскеле. Главна предност ове мере је да су питања формулисана из репрезентативног узорка пацијената, а нису их осмислили стоматолошки научни радници.

DIDL се састоји од 36 питања груписаних у 5 димензија: удобност, изглед, бол, говорни проблеми, ограничења при јелу. Утицај који свако од питања има кодира се на следећи начин: +1 = позитиван утицај, 0 = утиче, али не сматра се негативним и -1 = негативан утицај. Тежина за сваку димензију рачуна се на индивидуалној основи дељењем сумираних одговора те димензије са укупним резултатом. Резултати се затим сабирају да би дали *DIDL* резултат.

OIDP покушава квантификовати релативну учесталост утицаја оралних проблема на 8 група дневних задатака, а то су: сметње и уживање у храни, говор и јасно изговарање речи, чишћење зуба, спавање и опуштање, смејање и показивање зуба без стида, одржавање уобичајеног емотивног стања без раздражљивости, обављање великог посла или друштвене улоге и уживање у контакту са другим људима. Могући одговори на који дају фреквенцију утицаја су у опсегу од 0 (није утицало у последњих 6 месеци) до 5 (сваког или скоро сваког дана у последњих 6 месеци). Испитаници су замољени да оцене озбиљност утицаја на скали од 0 („нема“) до 5 („врло тешка“). Укупан скор израчунава се множењем фреквенције са оценом озбиљности, дајући резултат за свако питање и сумирањем ових резултата.

Укратко, процене квалитета живота и здравствене перцепције из угла пацијената и заједнице, посебно када је орално здравље у питању, значајно утичу на другачије схватање здравствене заштите лица, посебно када су у питању старије особе.³⁴

Истраживања орално-здравственог квалитета живота у нашим условима

У нашој средини истраживања у овој области су малобројна и скоријег су датума. У резултатима једног од њих, које је имало за циљ да се помоћу *OHIP-14* и *GOHAI* упитника процени утицај оралног здравља на квалитет живота испитаника старије популације наведено је: „Српске верзије *OHIP-14* и *GOHAI* упитника показале су се као валидне за примену у нашој средини, а резултати добијени путем истраживања помоћу ових упитника омогућавају нам боље и комплетније сагледавање пацијентовог стања, а самим тим и једноставнији приступ у одређивању терапије и циљева лечења“.³⁵

Друго истраживање је спроведено са циљем да се индекс *OHIP-14* преведе на српски језик, уз проверу поузданости у пракси. У закључку овог истраживања се наводи: „Српска верзија скраћене форме *OHIP* индекса може се користити у стомато-

³⁴ Charu, M., Baiju, S., Ruchi, N., Amit, R.: „Oral Health Related Quality Of Life And It's Impact On Elderly People“, *Indian Journal of Dental Sciences*, October 2012, Supplementary Issue, Vol. 4, 127-132.

³⁵ Jović, Lj., Doder, R.: „Primena OHIP 14 i GOHAI upitnika u cilju procene uticaja oralnog zdravlja na kvalitet života kod starije populacije“, *Medicina danas*, 2012, 11(4-6):1, 86-191.

протетском раду са болесницима старије доби. Информације добијене из упитника могу се користити као помоћ у постављању индикације, утврђивању потребе за третманом, процени стања оралног здравља и изведеног протетског третмана. Такође, пожељно је превести и користити још неки индекс и проверити његову примењивост у пракси. На тај начин биће могуће направити поређење са *OHIP* индексом и евентуално дати предност одређеном индексу за српско говорно подручје, који ће највише одговарати нашем менталитету и културолошким карактеристикама”³⁶.

Треће пилот истраживање спровели су аутори овог рада. Циљ је био утврђивање поузданости и валидности мерења орално-здравственог квалитета живота пацијената са зубним надокнадама, коришћењем *GOHAI* индекса, пре и после стомато-протетског третмана.

Узимајући у обзир језичке и културне норме, као и да се систем здравствене заштите у Србији разликује од других земаља, наметнула се потреба да се потврди валидност *GOHAI* упитника у нашој земљи, пре него што се препоручи за масовнију употребу. Студија је спроведена на групи од 30 испитаника, по редоследу којим су се јављали служби за стоматолошку протетику Војномедицинског центра „Нови Београд”, током 3 месеца, тако да се избор испитаника може сматрати случајним. Резултати пилот истраживања потврдили су интерну конзистентност и стабилност упитника, стабилност скале, као и дискриминаторно својство *GOHAI* скорa у односу на карактеристике оралног здравља испитаника којима су потребне зубне надокнаде, те се он може сматрати поузданим и валидним инструментом за мерење квалитета живота, пре и после протетског третмана. На основу добијених резултата може се закључити да је ова верзија српског *GOHAI* упитника у пилот пројекту показала прихватљиву валидност и поузданост, те да може да представља, на српском говорном подручју, битну меру за процену орално-здравственог квалитета живота ове групе пацијената.

Закључак

Међусобни однос оралног и општег здравља је доказан. Многе опште болести имају оралне манифестације које повећавају ризик од оралних болести које су, заузврат, фактор ризика за велики број општих здравствених проблема.

Мониторинг стоматолошких пацијената, на нивоу наше земље, није успостављен, а подаци о пацијентима су инсуфицијентни, тако да је немогуће сагледати овај проблем и његове димензије са социјално-медицинског аспекта.

Индикатори за мерење орално-здравственог квалитета живота у нашим условима нису инкорпорирани у медицинске евиденције и документацију, који подржавају обим и квалитет рада стоматолошке службе.

Светска здравствена организација и Светска стоматолошка федерација прокламовале су циљеве за орално здравље³⁷ од 2000. године и позивају државе чланице да успоставе оралне здравствене информационе системе, што остаје изазов за већину земаља света. Програм СЗО „Орално здравље” спреман је да помогне зе-

³⁶ Stančić, I., Tihacek-Šojić Lj., Jelenković, A.: „Srpska verzija indeksa „Oral Health Impact Profile” (OHIP-14) u sklopu merenja kvaliteta života bolesnika starijeg životnog doba”, *Vojnosanitetski pregled*, Volumen 66, br. 7; 511-515.

³⁷ http://www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en/index1.html

мљама у њиховим напорима да развију системе оралних здравствених информација, који укључују додатне епидемиолошке индикаторе.

Може се закључити да постоји стручна потреба да се дефинише мултидимензионални модел за праћење (мониторинг) стоматолошких пацијената, који ће омогућити обезбеђивање релевантних индикатора за сагледавање орално-здравствених проблема, а самим тим и за планирање и програмирање мера у области стоматологије, са аспекта јавног здравља, односно социјално-медицинског становишта.

Литература

1. Adulyanon S., Sheiham A.: „Oral Impacts on Daily Performances“, *Measuring Oral Health and Quality of Life*, edited by Slade G. Chapel Hill, University of North Carolina, *Dental Ecology*, 1997, 124-28.
2. Allen P. F.: „Assessment of oral health related quality of life“, *Health and Quality of Life Outcomes*, 2003, доступно на адреси: <http://www.hqlo.com/content/1/1/40>
3. American Board of Dental Public Health.
4. *Analiza korištenja zdravstvene zaštite starijih osoba u djelatnosti primarne zdravstvene zaštite u gradu Zagrebu*, Zavod za zaštitu zdravlja grada Zagreba OOUR Socijalna medicina Gerontološki centar, Zagreb, 1988.
5. Atchison, K., A., Dolan, T., A.: „Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index“, *J Dent Educ* 1990, 54:680-687.
6. Charu, M., M., Baiju, S., Ruchi, N., Amit, R.: „Oral Health Related Quality Of Life And It's Impact On Elderly People“, *Indian Journal of Dental Sciences*, October 2012, Supplementary Issue, Vol. 4, 127-132.
7. Cushing, A., Sheiham, A., Maisels, J.: „Developing socio-dental indicators-the social impact of dental disease“, *Community Dental Health* 1986, 3:3-17.
8. Cohen, L., K., Jago, J., D.: „Toward formulation of socio-dental indicators“, *International Journal of Health Services* 1976, 6:681-698.
9. *EMC participates in the development of psychosomatic medicine at the international level*, доступно на адреси: <http://www.emcmos.ru/en/profession/a21165/>
10. Gooch, B., Dolan, T., A., Bourque, L.: „Correlates of self-reported dental health status upon enrollment in the Rand Health Insurance Experiment“, *J Dental Educ* 1989, 53:629-637.
11. Jakovljević, Đ., Grujić, V., Mićović, P., Đokić, D.: *Reforme u oblasti zdravstvene zaštite* – monografija, Institut za zaštitu zdravlja Srbije "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 1997.
12. Jović, Lj., Doder, R.: „Primena OHIP 14 i GOHAI upitnika u cilju procene uticaja oralnog zdravlja na kvalitet života kod starije populacije“, *Medicina danas*, 2012, 11(4-6):1, 86-191.
13. Leao, A., Sheiham, A.: „The development of a socio-dental measure of Dental Impacts on Daily Living“, *Community Dental Health* 1996, 13:22-26.
14. Lencová, E., Broukal, Z., Dusková, J.: „Psychosocial, behavioural and oral health indicators – review of the literature“, Prague, *Med Rep.* 2006;107(3):305-16.
15. Locker, D.: „Measuring oral health: A conceptual framework“, *Community Dental Health* 1988, 5:3-18.
16. Locker, D.: „The burden of oral disorders in a population of older adults“, *Community Dental Health* 1992, 9:109-124.
17. Locker, D., Miller Y.: „Evaluation of subjective oral health status indicators“, *J Public Health Dent* 1994, 54:167-176.

18. Locker, D., Slade, G., D.: „Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population“, *Gerodontology* 1994, 11:108-114.
19. Mićović, P., Cucić, V., Janjić, M.: *Socijalna medicina*, Medicinska knjiga, Bograd-Zagreb, 1986.
20. Mijatović, A.: *Leksikon temeljnih pedagoških pojmova*, Edip, Zagreb, 2000.
21. Myburgh, N., G., Hobdell, M., H. & Lalloo, R.: „African countries propose a regional oral health strategy, The Dakar Report from 1998“, *Oral Dis*, 2004; 10, 129-37.
22. Popović, Ž.: *Totalna zubna proteza – faze laboratorijske izrade*, Vojnoizdavački zavod, Beograd, 2005.
23. Radlović-Pantelić, S.: *Stomatološka protetika – fiksne nadolnade*, II deo, Beograd, 1998.
24. Reisine, S.: „Dental disease and work loss“, *J Dent Res* 1984, 63:1158-1161.
25. Slade, G., D., Spencer, A., J.: „Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile“, *Community Dent Health* 1994, 11:3-11.
26. Slevin, M., L., Plant, H., Lynch, D., et al.: „Who should measure quality of life, the doctor or the patient?“, *British Journal of Cancer*, 1988, 57:109-112.
27. Stamenković, D., Nastić, M.: *Stomatološka protetika – parcijalne proteze*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 2000.
28. Stančić, I., Tihaček-Šojić Lj., Jelenković, A.: „Srpska verzija indeksa „Oral Health Impact Profile“ (OHIP-14) u sklopu merenja kvaliteta života bolesnika starijeg životnog doba“, *Vojnosanitetski pregled*, Volumen 66, Broj 7; 511-515.
29. Strauss, R., Hunt, R.: „Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life“, *J Am Dent Ass* 1993, 124:105-110.
30. Suvin, M., Kosovel, Z.: *Temelji oralne rehabilitacije – fiksna protetika*, Školska knjiga, Zagreb, 1975.
31. Tihaček-Šojić, Lj., Stančić, I.: *Stomatološka gerontoprotetika*, Kragujevac, 2009.
32. Šćepanović, A.: *Socijalna stomatologija i oralna epidemiologija*, Zdravstvena zaštita, 2003; 32(3): 45-48.
33. World Health Organisation: *International classification of impairments, disabilities and handicaps*, Geneva, 1980.
34. Доступно на адреси: <http://www.psychosomaticmedicine.org/site/misc/about.xhtml>
35. Доступно на адреси: http://www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en/index1.html
36. Доступно на адреси: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>