

Warszawski Uniwersytet Medyczny

II Wydział Lekarski

Katarzyna Białoszewska

„Stan emocjonalny przed wizytą w gabinecie stomatologicznym a zachowania
zdrowotne oraz ocena stanu jamy ustnej pacjenta”

PRACA DOKTORSKA

Promotor prof. dr hab. n. med. Krzysztof Owczarek

Pracę wykonano w Zakładzie Psychologii Medycznej II Wydziału Lekarskiego

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Warszawa 2017

Streszczenie pracy

Wstęp

Negatywne emocje przejawiane w związku z leczeniem stomatologicznym są często występującym problemem wśród pacjentów, spośród których lęk przed leczeniem stomatologicznym przejawia od 11 do 22%. Według starszych badań, przeprowadzonych w społeczeństwach zachodnich, od 3 do 5% populacji ludzi dorosłych cierpiało z powodu dentofobii, a 40% odznaczało się strachem przed leczeniem stomatologicznym. Dobrze poznana została etiologia i czynniki wpływające na poziom natężenia emocji typu strach i lęk, które w literaturze występują wymiennie, przy czym rzadziej bada się nastrój. Istnieje niewiele prac na temat związku między zmianą nastroju a wizytą u lekarza dentysty. Wysoki poziom lęku wykazuje przyczynowo-skutkowy związek z nieregularnością zachowań zdrowotnych, z mniejszą dbałością o higienę zębów i pogorszeniem jakości życia związaną ze zdrowiem jamy ustnej. Lęk przed dentystą oraz unikanie leczenia mogą prowadzić do zaniedbania stanu jamy ustnej oraz do ogólnoustrojowych problemów zdrowotnych. Agras (1985) badał wpływ na zachowania zdrowotne typu: modyfikacja spożywanych pokarmów z uwagi na stan jamy ustnej czy też działania profilaktyczne mające na celu dobrą higienę jamy ustnej oraz wizyty kontrolne. Ponadto, Kleiknecht i wsp. (1978) na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzili, że pacjenci cierpiący z powodu fobii mogą doświadczać również negatywnych skutków tej sytuacji w życiu codziennym, takich jak upośledzone interakcje społeczne czy nadużywanie leków. Ból najczęściej stanowi pierwotną motywację poszukiwania pomocy ze strony instytucji ochrony zdrowia. Pomimo wzrostu liczby działań profilaktycznych i zwiększenia świadomości społeczeństwa nadal główną przyczyną zgłaszania się do lekarza dentysty, niezależnie od rodzaju placówki (ostrodyżurowe, prywatne bądź państwowe), w większości przypadków pozostaje ból.

Cel pracy

1. Ocena wpływu poglądów pacjentów na temat zdrowia i przekonań na temat kontroli bólu na emocje związane z leczeniem stomatologicznym.
2. Analiza porównawcza samooceny pacjenta dotycząca jego higieny i stanu jamy ustnej z wynikami badania klinicznego, z zastosowaniem wskaźnika PUW (liczba zębów z próchnicą [P] + liczba zębów usuniętych z powodu próchnicy [U] + liczba zębów wypełnionych z powodu próchnicy [W]) i wskaźnika płytki nazębnej API.

Material i metoda

Przebadano 150 pacjentów. Po uwzględnieniu kryteriów wyłączenia z badania do ostatecznej analizy statystycznej zakwalifikowano wyniki 78 osób (40 kobiet, 38 mężczyzn, średni wiek – $M_{age} = 40,7$). Przed wizytą u lekarza dentysty badani wypełniali anonimowo kwestionariusz składający się z części autorskiej zawierającej m.in. samoocenę stanu zdrowia i wiedzy na temat jamy ustnej oraz poziomu higieny, a także standaryzowanych narzędzi badawczych: Przymiotnikową Skalę Nastroju (UMACL), Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), Kwestionariusz Przekonań na temat Kontroli Bólu (BPCQ). W drugim etapie przeprowadzono wywiad lekarski mający na celu określenie ogólnego stanu zdrowia badanych, a następnie zostali oni poddani badaniu przedmiotowemu. Na jego podstawie oceniano stan zdrowia i higieny jamy ustnej z zastosowaniem wskaźnika higieny jamy ustnej API oraz wskaźnika intensywności PUW. Wyniki badania zostały zarejestrowane za pomocą części kwestionariuszowej przeznaczonej dla lekarza dentysty.

Wyniki badań poddano analizie statystycznej, wykorzystując pakiet statyczny SPSS. W celu wnioskowania statystycznego zastosowano metodę korelacji r Pearsona dla danych wyrażonych na skali ilościowej. Dla zmiennych nieparametrycznych zastosowano korelację tau Kendall. Do porównania różnic między grupami posłużono się testem t-Studenta lub testem U Manna-Whitneya dla zmiennych nieparametrycznych; wykorzystano również test rangowy H Kruskala-Wallis. Przyjęto poziom istotności statystycznej $p \leq 0,05$.

Wyniki

Deklarowany przez pacjentów poziom wiedzy na temat jamy ustnej pozostaje w istotnym statystycznie związku ze wskaźnikiem higieny jamy ustnej API ($p = 0,004$), średnią liczbą zębów objętych próchnicą ($p < 0,0001$), średnią liczbą zębów wypełnionych ($p < 0,0001$). Istnieje zależność między deklarowanym stanem zdrowia jamy ustnej a średnią liczbą zębów objętych próchnicą ($p < 0,0001$) i średnią liczbą zębów wypełnionych ($p < 0,0001$). Samoocena stanu higieny jamy ustnej zależy od poziomu wykształcenia ($p = 0,02$), średniej liczby zębów objętych próchnicą ($p < 0,0001$) i średniej liczby zębów wypełnionych ($p < 0,0001$). Ogólny Wskaźnik Zachowań Zdrowotnych koreluje ze średnią liczbą wypełnień w jamie ustnej pacjentów ($p = 0,049$). Poziom prawidłowych nawyków żywieniowych oraz zachowań profilaktycznych zależy od wieku i płci ($p \leq 0,05$). Prawidłowe nawyki żywieniowe istotnie korelują z deklarowanym przez badanych stanem zdrowia jamy ustnej (p

$\leq 0,0001$) oraz stanem wiedzy na jej temat ($p \leq 0,027$). Zachowania zależą od samooceny higieny jamy ustnej ($p \leq 0,19$), zdrowia jamy ustnej ($p \leq 0,001$) oraz wiedzy na jej temat ($p \leq 0,008$). Istnieje istotna statystycznie zależność między praktykami zdrowotnymi a samooceną zdrowia jamy ustnej ($p \leq 0,03$) oraz wiedzą na jej temat ($p \leq 0,054$).

Obecność symptomów bólowych przed wizytą w gabinecie stomatologicznym wpływa na samoocenę zdrowia ($p = 0,54$) i poziom wiedzy na temat jamy ustnej ($p = 0,0001$). Pacjenci odczuwający ból mają niższą średnią liczbę wypełnionych zębów (W) obecnych w jamie ustnej w porównaniu z osobami nieprzejawiającymi objawów tego typu ($p = 0,039$). Zaobserwowano istotną statystycznie zależność między wewnętrznym umiejscowieniem kontroli bólu (BPCQ_W) a deklarowanym poziomem higieny ($p = 0,03$). Czynniki wewnętrznej kontroli bólu zwiększa się wraz ze średnią liczbą ubytków próchnicowych obecnych w jamie ustnej ($p = 0,28$). Czynniki wpływu lekarza (BPCQ_L) zależy od średniej liczby usuniętych zębów (U) ($p = 0,005$) oraz średniej liczby wypełnionych zębów ($p = 0,05$). Nasilenie czynnika kontroli wewnętrznej wzrasta wraz ze zmniejszeniem się częstości wizyt oraz w przypadku, gdy ból jest powodem zgłaszania się na wizytę do lekarza dentystry ($p = 0,001$). Istnieje istotna statystycznie zależność między Pobudzeniem Energetycznym a wykształceniem badanych ($p = 0,037$). Ton Hedonistyczny istotnie koreluje z deklarowanym stanem wiedzy ($p = 0,12$) oraz deklarowanym poziomem higieny ($p = 0,23$).

Wnioski

1. Subiektywny stan zdrowia jamy ustnej, poziom higieny oraz deklarowany poziom wiedzy pozostają w istotnie statystycznym związku ze wskaźnikiem higieny API oraz średnią liczbą zębów wypełnionych i objętych próchnicą.
2. Poziom zachowań profilaktycznych, prawidłowych nawyków żywieniowych oraz praktyk zdrowotnych istotnie wpływa na deklarowany przez pacjenta poziom higieny, wiedzy oraz stan zdrowia jamy ustnej.
3. Obiektywny stan jamy ustnej pacjenta oceniony na podstawie badania przedmiotowego ma wpływ na wewnętrzną kontrolę bólu (BPCQ_W) oraz wpływ lekarza (BPCQ_L).

4. Deklarowany stan higieny i wiedza na temat jamy ustnej istotnie wpływają na jedną ze składowych nastroju – ton hedonistyczny przed wizytą w gabinecie stomatologicznym.

Introduction

Negative emotions prior to dental treatment are common among patients, from whom some 11–22% experience dental fear. Some earlier studies conducted in Western societies have shown that 3–5% of adults suffer from dental phobia, and 40% from dental fear. The aetiology and factors influencing the intensity level of such emotions as anxiety and fear were studied thoroughly. These terms appear interchangeably in literature, yet mood has seldom been the object of study. There are not many papers on the connection between a change of mood and a visit to a dentist. A high level of fear shows a cause-and-effect relationship between an irregularity in health behaviours, poorer dental hygiene, and deterioration of quality of life connected to the oral health. Dental fear and avoidance of treatment may lead to negligence towards oral health care and systemic health problems. Agras (1985) studied this influence on health behaviours, e.g.: the modification of diet due to the state of the oral cavity, prophylactic actions aimed at good oral hygiene, and check-ups. Kleinknecht et al. (1978) claimed that patients suffering from dental phobia may also experience the negative effects of this situation in everyday life, such as poor social interactions or medication overuse. Pain is most often the primary motivation in looking for support from healthcare institutions. Despite a growth in the number of prophylactic actions as well as increased society awareness, in most cases pain remains the main reason for going to the dentist, regardless of the type of service (emergency, private or state).

Objectives

1. Evaluation of the influence of patient opinions regarding health and pain control on the emotions associated with dental treatment.
2. Comparative analysis of patient self-evaluations of oral hygiene and oral health, with the results of the clinical study expressed using both the DMF index (number of teeth; decayed [D] + missing [M] + filled [F]) and the API index (*Approximal Plaque Index*).

Materials and Methods

The study comprised 150 patients. Having taken exclusion criteria into consideration, 78 of those (40 women, 38 men, mean age - $M_{\text{age}} = 40.7$ yrs) were qualified to the final statistical analysis. Before visiting the dentist, the patients filled in an anonymous questionnaire that included self-evaluations of health condition, state of the oral cavity and level of hygiene, as well as standard research tools: Mood Adjective Checklist (UMACL), Health Behaviour Inventory (HBI), and Beliefs about Pain Control Questionnaire (BPCQ). The second stage comprised a medical history aimed at determining the patients' general health. Then, they underwent a physical examination on the basis of which the state of oral health and hygiene was evaluated using API and DMF indices. The results of the study were recorded inside the questionnaire, in parts designed for the dentist.

The results of the study were analysed statistically using SPSS Statistics. To conduct statistical inference, Pearson's r method was used for data presented on a quantitative scale. For nonparametric variables, Kendall's tau was used. To compare the differences between the groups, Student's t -test, Mann-Whitney U test for nonparametric variables, and Kruskal-Wallis H test were used. The level of statistical significance $p \leq 0.05$.

Results

The patient declared level of knowledge on oral cavity was statistically significant related to the API index ($p = 0.004$), the average number of decayed teeth ($p < 0.0001$), and the average number of filled teeth ($p < 0.0001$). There was a dependence between the patients' declared state of the oral cavity to the average number of decayed teeth ($p < 0.0001$) and the average number of filled teeth ($p < 0.001$). Self-evaluation of oral hygiene depended on education ($p = 0.02$), the average number of decayed teeth ($p < 0.0001$), and the number of filled teeth ($p < 0.0001$). The General Health Behaviour Index correlates with the average number of patients' dental fillings ($p = 0.049$). The level of healthy eating habits and prophylactic behaviours depended on age and gender ($p \leq 0.05$). Healthy eating habits correlated significantly with patients declared state of the oral cavity ($p \leq 0.0001$) and the level of knowledge on the oral cavity ($p \leq 0.027$). Behaviours depended on the self-evaluation of oral hygiene ($p \leq 0.19$), oral health ($p \leq 0.001$), and knowledge on the oral cavity ($p \leq 0.008$). There was a statistically significant dependence between health practices to the self-evaluation of oral cavity ($p \leq 0.03$) and knowledge on oral cavity ($p \leq 0.054$).

Pain symptoms prior to a visit to the dentist influenced the self-evaluation of health ($p = 0.54$) and the level of knowledge on the oral cavity ($p = 0.0001$). The patients who felt pain had a lower average number of filled teeth (F), compared to those not declaring these symptoms ($p = 0.039$). A statistically significant dependence was noticed between the internal location of pain control (BPCQ_I) and the declared level of hygiene ($p = 0.03$). The internal location of pain control factor increased with the average number of decayed teeth ($p = 0.28$). The factor of dentist influence (BPCQ_D) depended on the number of extracted teeth (M) ($p = 0.005$) and the average number of filled teeth ($p = 0.05$). The intensity of the internal pain control factor increased with the decreased frequency of visits, and in the case where pain was the reason for visiting the dentist ($p = 0.001$). There was a statistically significant dependence between the patients' energetic level and education ($p = 0.037$). A hedonic tone correlated significantly with the patients declared knowledge ($p = 0.12$) and level of hygiene ($p = 0.23$).

Conclusions

1. The subjective state of the oral cavity, the level of hygiene and the declared knowledge were statistically significantly related to the API index, as well as the average number of filled and decayed teeth.
2. The level of prophylactic behaviours, healthy eating habits and health practices had a significant influence on the patients declared level of hygiene, knowledge and state of the oral cavity.
3. The objective state of the oral cavity, evaluated on the basis of the intra oral examination, affected the internal pain control (BPCQ_I) and the dentist's influence (BPCQ_D).
4. The patients' declared hygiene condition and knowledge on the oral cavity had a significant influence on one of the mood dimensions – an hedonic tone prior to a visit to the dentist.

