

Ocena jakości życia pacjentów bezzębnych użytkujących protezy całkowite

Evaluation of the quality of life of edentulous patients using complete dentures

**Magdalena Orczykowska¹, Rafał Rój², Małgorzata Ewa Pihut¹,
Andrzej Gala¹, Grażyna Wiśniewska¹**

¹ Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej IS, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Kierownik: dr hab. n. med. Małgorzata Pihut, prof. UJ

² Katedra Protetyki Stomatologicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Jacek Kasperski

HASŁA INDEKSOWE:

jakość życia, bezzębie, protezy całkowite, GOHAI

KEY WORDS:

quality of life, edentia, complete dentures, GOHAI

Streszczenie

Wprowadzenie. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia określa samoocenę pacjenta dotyczącą wpływu choroby i stosowanego leczenia na jego funkcjonowanie w zakresie fizycznym, psychicznym i społecznym. Bezzębnie jest „chorobą”, która w znacznym stopniu zaburza prawidłowe funkcjonowanie organizmu oraz niekorzystnie wpływa na sferę psychiczną pacjenta.

Cel pracy. Celem pracy była ocena wpływu konstrukcji protez wykonanych według dwóch różnych metod postępowania kliniczno-laboratoryjnego na jakość życia pacjentów bezzębnych.

Materiał i metody. Materiał badań stanowiła grupa 60 pacjentów bezzębnych (58 do 68 lat) obojga płci, użytkujących protezy całkowite. Pacjenci zostali podzieleni na dwie grupy: Grupa I (30 pacjentów) u których zastosowano protezy całkowite wykonane według metody biofunkcjonalnej. Grupa II (30 pacjentów) u których zastosowano protezy wykonane według metody kalotowej w modyfikacji krakowskiej. U wszystkich pacjentów przeprowadzono badanie podmiotowe, przedmiotowe i kliniczną ocenę dotąd użytkowanych uzupełnień protetycznych.

Summary

Introduction. Health-conditioned quality of life determines patient's self-assessment concerning the impact of the disease and treatment on their functioning in physical, mental and social aspects.

Aim of the study. To assess the impact of the design of dentures made according to two different methods of clinical and laboratory practice on the quality of life of edentulous patients.

Material and methods. The study material consisted of a group of sixty toothless patients (58 to 68 years old) of both sexes, using full dentures. The patients were divided into two groups: Group I (30 patients) in which full dentures made according to the biofunctional method were used Group II (30 patients) in which dentures made according to the Cracow modification of the calotte method were used. All the patients were interviewed, the physical examination was conducted together with the clinical evaluation of prosthetic restorations used so far. The General Oral Health Assessment Index (GOHAI) questionnaire was used to subjectively assess the quality of life associated with oral health, and patients in both groups were surveyed before

W celu subiektywnej oceny jakości życia związanego ze zdrowiem jamy ustnej zastosowano kwestionariusz General Oral Health Assessment Index (GOHAI). Badanie z zastosowaniem kwestionariusza przeprowadzono u pacjentów obu grup przed i po zastosowanym leczeniu. Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statystycznej.

Wyniki. *Lepszy komfort użytkowania protez zgłaszali pacjenci użytkujący protezy wykonane według systemu BPS.*

Wnioski. *Poprawa jakości życia pacjentów korzystających z protez całkowitych związana jest z konstrukcją protez, która wpływa na polepszenie wydolności życia oraz wyglądu estetycznego. Jakość życia pacjentów użytkujących protezy całkowite jest istotnie statystycznie lepsza po zastosowaniu protez wykonanych według systemu biofunkcjonalnego.*

and after treatment. The obtained results were subjected to statistical analysis.

Results. *Better comfort of using dentures was reported by patients using dentures made according to the BPS system.*

Conclusions. *The betterment of the quality of life in patients using full dentures is associated with the denture design, which improves chewing performance and aesthetic appearance. In patients using full dentures, the quality of life is statistically significantly better after the application of dentures made according to the biofunctional system.*

Wprowadzenie

Dane statystyczne na temat sytuacji demograficznej na świecie wskazują, iż populacja ludności w wieku starszym znacznie wzrasta, co w odniesieniu do praktyki stomatologicznej oznacza, że zwiększa się również odsetek pacjentów bezzębnych.¹⁻⁴ Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia określa samoocенę pacjenta dotyczącą wpływu choroby i stosowanego leczenia na jego funkcjonowanie w zakresie fizycznym, psychicznym i społecznym.⁵⁻⁶ W medycynie ostatnich trzech dekad nastąpił znaczny wzrost zainteresowania oraz wykorzystania pojęcia jakości życia w odniesieniu do oceny kondycji zdrowotnej oraz zastosowanego typu leczenia.⁷⁻¹³ W stomatologii, podobnie jak w innych dziedzinach medycyny stwierdzono, że obiektywne mierniki zdrowia, oceniające obecność lub brak choroby, tylko w niewielkim stopniu dostarczają lekarzom informacji na temat wpływu schorzeń jamy ustnej na życie codzienne i na jakość tego życia. Stąd też, w ślad za medycyną ogólną, wyodrębniono nowe pojęcie jakim jest jakość życia

związana ze zdrowiem jamy ustnej – oral health related quality of life (OHRQoL). To nowe podejście do pojęcia zdrowia oznacza, że najważniejszym celem opieki dentystycznej jest nie tylko brak schorzenia, ale także całościowy dobrostan pacjenta.¹⁴⁻¹⁶ Bezzębność jest „chorobą”, która w znacznym stopniu zaburza prawidłowe funkcjonowanie organizmu oraz niekorzystnie wpływa na sferę psychiczną pacjenta. Problemy z żuciem pokarmu, użytkowanie nieprawidłowo skonstruowanych uzupełnień protetycznych, dolegliwości ze strony stawu skroniowo-żuchwowego to czynniki, które w istotny sposób wpływają na jakość funkcjonowania organizmu oraz psychikę pacjenta. Niedostateczna retencja protez na podłożu oraz niekorzystny wygląd zewnętrzny związany ze złą estetyką uzupełnień protetycznych mogą być powodem rozdrażnienia, zdenerwowania, a także unikania kontaktów z innymi ludźmi. Stwierdzono też, że u pacjentów z dolegliwościami ze strony stawu skroniowo-żuchwowego poczucie jakości życia w sferze snu i codziennego funkcjonowania jest gorsze niż u osób po przebytym zawale serca.¹⁷⁻²² Dlatego

też cały proces rehabilitacji pacjentów bezzębnych powinien oprócz odtworzenia funkcji żucia, uwzględniać elementy wpływające na sferę psychiczną pacjenta, a tym samym poprawę jakości jego życia.

Jakość życia oceniana jest z zastosowaniem specjalnie opracowanych kwestionariuszy, które uwzględniają subiektywną ocenę wyników leczenia przez samego pacjenta. W kwestionariuszach tych, między innymi, oceniany jest wpływ schorzeń jamy ustnej na codzienne życie i funkcjonowanie jednostki.²³⁻²⁶ Problematyka dotycząca wpływu kondycji zdrowotnej narządu żucia na jakość życia pacjentów leczonych protetycznie jest rzadko podejmowanym tematem w piśmiennictwie polskim. Fakt ten był inspiracją do podjęcia badań, których celem była ocena wpływu konstrukcji protez wykonanych według dwóch różnych metod postępowania kliniczno-laboratoryjnego na jakość życia pacjentów bezzębnych, a w szczególności:

- ocena wpływu błędów w konstrukcji protez całkowitych na jakość życia pacjentów bezzębnych,
- ocena czy nowe uzupełnienia protetyczne wykonane według dwóch różnych metod postępowania kliniczno-laboratoryjnego mają wpływ na poprawę jakości życia pacjentów bezzębnych,
- ocena która z metod leczenia bezzębia ma korzystniejszy wpływ na poprawę jakości życia pacjentów bezzębnych.

Material i metoda badań

Do badań zakwalifikowano grupę 60 pacjentów bezzębnych (58 do 68 lat) obojga płci, użytkujących protezy całkowite, wybranych z 230 osób, którzy zgłosili się do leczenia protetycznego w Poradni Protetyki Stomatologicznej UKS w okresie od stycznia 2015 do maja 2018 roku. Badana grupa osób odpowiadała kryteriom włączenia do badań tzn. stwierdzono u nich niekorzystne warunki

anatomo-fizjologiczne podłoża protetycznego, różnego rodzaju nieprawidłowości w konstrukcji użytkowanych uzupełnień protetycznych, objawy zaburzeń skroniowo-żuchwowych, brak chorób ogólnych, które w zasadniczy sposób miałyby wpływ na stan podłoża (choroby metaboliczne, osteoporoza, schorzenia reumatoidalne, hormonalne, urazy głowy lub twarzy i stany zapalne stawów skroniowo-żuchwowych) i wyraziły dobrowolną zgodę na udział w badaniach. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UJ nr. KBET/194/B/2014 i KBET/189/2017.

Pacjentów podzielono na dwie, równe pod względem liczebności grupy – grupa I (30 pacjentów) i grupa II (30 pacjentów). Przydział pacjentów do grupy odbywał się naprzemiennie zgodnie z kolejnością zgłaszania się do leczenia protetycznego w Poradni Protetyki Stomatologicznej UJCM.

Z uwagi na występujące nieprawidłowości w konstrukcji protez oraz objawy skroniowo-żuchwowe, w obu grupach zastosowano procedurę postępowania dwuetapowego opisaną w poprzednich publikacjach.²⁷ Tak zmodyfikowane protezy pacjenci użytkowali przez okres 4 do 5 tygodni. W tym okresie były wykonywane nowe uzupełnienia protetyczne według dwóch różnych metod postępowania kliniczno-laboratoryjnego. W grupie I – zastosowano protezy całkowite wykonane według Biofunkcjonalnego Systemu Protetycznego (BPS), w grupie II – zastosowano protezy wykonane według metody konwencjonalnej, w której wykorzystano kalotową metodę ustawiania zębów w modyfikacji krakowskiej.

Do subiektywnej oceny jakości życia związanego ze zdrowiem jamy ustnej zastosowano kwestionariusz General Oral Health Assessment Index (GOHAI) (ryc. 1). Jest on najczęściej stosowany (poza Oral Health Impact Profile (OHIP) w badaniach na całym świecie do oceny jakości życia związanej ze zdrowiem jamy ustnej. Kwestionariusz ten

GOHAI - pytania	Zawsze	Często	Czasami	Rzadko	Nigdy
1. Jak często ograniczałeś rodzaj lub ilość spożywanego przez siebie pokarmu z powodu problemów ze swoimi zębami lub protezami dentystycznymi?	1	2	3	4	5
2. Jak często miałeś problemy z gryzieniem lub żuciem różnego rodzaju pożywienia, takiego jak twarde mięso lub jabłka?	1	2	3	4	5
3. Jak często byłeś w stanie bezproblemowo przełykać?	1	2	3	4	5
4. Jak często Twoje zęby lub protezy dentystyczne uniemożliwiały Tobie właściwą wymowę?	1	2	3	4	5
5. Jak często byłeś w stanie coś jeść nie odczuwając przy tym dyskomfortu?	1	2	3	4	5
6. Jak często ograniczałeś kontakty z ludźmi z powodu stanu swoich zębów lub protez?	1	2	3	4	5
7. Jak często byłeś zadowolony lub szczęśliwy z wyglądu swoich zębów i dziąseł lub protez dentystycznych?	1	2	3	4	5
8. Jak często stosowałeś leki aby uśmierzyc ból lub dyskomfort odczuwany w jamie ustnej?	1	2	3	4	5
9. Jak często byłeś zmartwiony lub zaniepokojony problemami dotyczącymi Twoich zębów, dziąseł lub protez?	1	2	3	4	5
10. Jak często czułeś się zdenerwowany lub skłębony z powodu problemów ze swoimi zębami, dziąslami lub protezami?	1	2	3	4	5
11. Jak często jedząc w obecności innych ludzi, odczuwałeś dyskomfort spowodowany problemami ze swoimi zębami lub protezami?	1	2	3	4	5
12. Jak często Twoje zęby lub dziąsła były wrażliwe na ciepło, zimno lub słodkie?	1	2	3	4	5

Ryc. 1. Kwestionariusz *General Oral Health Assessment Index (GOHAI)*.

został poddany procesowi adaptacji i walidacji na język polski. Składa się on z 12 pytań i ocenia zgłaszane przez pacjenta problemy związane z funkcjonowaniem fizycznym (spożywanie pokarmów, problemów z mową i połykaniem), funkcjonowaniem psychospołecznym (niepokój związany ze zdrowiem jamy ustnej, zadowolenie z wyglądu czy unikanie kontaktu z innymi ludźmi wynikające z problemów z jamą ustną) oraz bólem i dyskomfortem związanym z użytkowaniem uzupełnień protetycznych (konieczność stosowania leków łagodzących ból).²³ Każdemu pytaniu przypisane są odpowiedzi w pięciostopniowej skali Likerta (5 = nigdy, 4 = rzadko, 3 = czasami, 2 = często, 1 = zawsze). Wynik skali jest otrzymywany poprzez sumę otrzymanych odpowiedzi. Pytania nr 3, 5 i 7 mają charakter pytań odwróconych to znaczy, że przed zliczaniem wyników należy je rekodować, czyli odwrócić skalę. Maksymalna

liczba punktów jaką może uzyskać pacjent to 60, minimalna 12. Większa liczba punktów oznacza lepszą jakość życia związaną ze zdrowiem jamy ustnej. Interpretacja wyników testu jest następująca: 57-60 pkt oznacza bardzo dobrą jakość życia, 51-56 pkt umiarkowaną jakość życia, poniżej 50 pkt słabe poczucie jakości życia.^{23,26}

Badanie z zastosowaniem kwestionariusza przeprowadzono dwukrotnie u pacjentów obu grup. Badanie pierwsze przed podjęciem leczenia i badanie drugie po 3 miesiącach użytkowania nowych uzupełnień protetycznych. Uzyskane wyniki zostały opracowane statystycznie przy użyciu oprogramowania IBM SPSS Statistics.²⁵ Przeprowadzono analizę częstości z wykorzystaniem dokładnego testu Fishera oraz obliczenie ilorazu szans. Za poziom istotności uznano klasyczny próg $\alpha = 0,05$.

Wyniki badań

Analizując wyniki kwestionariusza przeprowadzonego wśród pacjentów obu grup przed leczeniem, stwierdzono że pacjenci ograniczali rodzaj spożywanego pokarmu z powodu problemów związanych z użytkowaniem protez. Problem ten dotyczył 11 pacjentów (36,7%) grupy I oraz 12 pacjentów (40%) grupy II. Zaburzone żucie lub gryzienie pokarmów występowało u 12 pacjentów (40%) grupy I oraz 10 pacjentów (33,3%) grupy II. Trudności związane z połykaniem spożywanych pokarmów miało 12 pacjentów (40%) grupy I i 15 pacjentów (50%) grupy II. Zaniepokojenie i zmartwienie z powodu problemów związanych z użytkowaniem protez dotyczyło 15 pacjentów (50%) I grupy oraz 13 pacjentów (43,3%) II grupy. Skłębienie i zdenerwowanie związane z użytkowaniem protez stwierdzono u 13 pacjentów (43,3%) w I grupie i 13 pacjentów (43,3%) w II grupie. Dyskomfort w czasie jedzenia w obecności innych ludzi podawało 10 pacjentów (33,3%) grupy I oraz 15 pacjentów

T a b e l a 1. Wyniki kwestionariusza GOHAI (w grupie I i II) przed leczeniem

GOHAI	Przed leczeniem					
		Zawsze 1	Często 2	Czasami 3	Rzadko 4	Nigdy 5
1. Ograniczenie spożywania pokarmów	GI	5 (16,7%)	9 (30%)	11 (36,7%)	4 (13,3%)	1 (3,3%)
	GII	4 (13,3%)	9 (30%)	12 (40%)	4 (13,3%)	1 (3,3%)
3. Problemy z żuciem	GI	11 (36,7%)	12 (40%)	4 (13,3%)	3 (10%)	
	GII	12 (40%)	10 (33,3%)	5 (16,7%)	3 (10%)	
5. Problemy z przełykaniem	GI	4 (13,3%)	12 (40%)	3 (10%)	9 (30%)	2 (6,7%)
	GII		15 (50%)	11 (36,7%)	2 (6,7%)	2 (6,7%)
7. Wymowa	GI		3 (10%)	12 (40%)	12 (40%)	3 (10%)
	GII			18 (60%)	10 (33,3%)	1 (3,3%)
9. Odczuwanie dyskomfortu	GI	2 (6,7%)	3 (10%)	9 (30%)	10 (33,3%)	2 (6,7%)
	GII		4 (13,3%)	11 (36,7%)	16 (53,3%)	3 (10%)
11. Ograniczenie kontaktów	GI			7 (23,3%)	7 (23,3%)	14 (46,7%)
	GII			1 (3,3%)	11 (36,7%)	20 (66,7%)
13. Zadowolenie z wyglądu zębów, protez	GI		2 (6,7%)	5 (16,7%)	17 (56,7%)	6 (20%)
	GII		4 (13,3%)	12 (40%)	8 (26,5%)	6 (20%)
15. Stosowanie leków	GI			5 (16,7%)	7 (23,3%)	18 (60%)
	GII			3 (10%)	5 (16,7%)	22 (73,3%)
17. Zaniepokojenie	GI	9 (30%)	15 (50%)	5 (16,7%)		1 (3,3%)
	GII	5 (16,7%)	13 (43,3%)	10 (33,3%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)
19. Zdenerwowanie	GI	9 (30%)	13 (43,3%)	4 (13,3%)	3 (10%)	1 (3,3%)
	GII	4 (13,3%)	13 (43,3%)	10 (33,3%)	3 (10%)	
21. Dyskomfort w czasie jedzenia w towarzystwie	GI	7 (23,3%)	10 (33,3%)	8 (26,5%)	2 (6,7%)	1 (3,3%)
	GII	2 (6,7%)	15 (50%)	13 (43,3%)	2 (6,7%)	
23. Wrażliwość dziąseł	GI			6 (20%)	10 (33,3%)	14 (46,7%)
	GII			4 (13,3%)	12 (40%)	14 (46,7%)

(50%) grupy II. Zbiorne zestawienie odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza przed zastosowanym leczeniem zostały przedstawione w tabeli 1.

Po 3-miesięcznym użytkowaniu nowych

uzupełnień protetycznych pacjenci nie zgłaszali problemów odnośnie konieczności ograniczania rodzaju spożywanego pokarmu. Rzadko podawali problemy z żuciem pokarmu, 9 pacjentów (30%) grupy I oraz 16

T a b e l a 2. Odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza GOHAI (w grupie I i II) po leczeniu

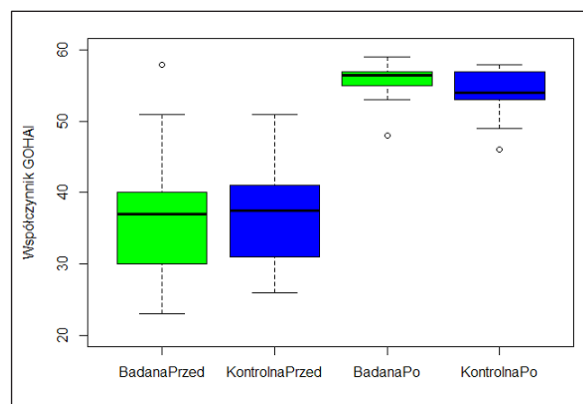
GOHAI	Po leczeniu					
		Zawsze 1	Często 2	Czasami 3	Rzadko 4	Nigdy 5
1. Ograniczenie spożywania pokarmów	GI				6(20%)	24(80%)
	GII			1(3,3%)	21(70%)	8(26,7%)
2. Problemy z żuciem	GI			1(3,3%)	9(30%)	20(66,7%)
	GII			5(16,7%)	16(53,3%)	9(30%)
4. Rzadko problemy z przełykaniem	GI			1(3,3%)	1(3,3%)	28(93,3%)
	GII		1(3,3%)	2(6,7%)	27(90%)	
6. Wymowa	GI			1(3,3%)	15(50%)	14(46,7%)
	GII		1(3,3%)	2(6,7%)	15(50%)	12(40%)
8. Odczuwanie dyskomfortu	GI			1(3,3%)	6(20%)	23(76,7%)
	GII		1(3,3%)	12(40%)	14(46,7%)	3(10%)
10. Ograniczenie kontaktów	GI					30(100%)
	GII				1(3,3%)	29(96,7%)
12. Zadowolenie z wyglądu zębów, protez	GI	25(83,3%)	5(16,7%)			
	GII	20(66,7%)	8(26,7%)	2(6,7%)		
14. Stosowanie leków	GI			8(26,7%)	17(56,7%)	5(16,7%)
	GII		1(3,3%)	8(26,7%)	16(53,3%)	5(16,7%)
16. Zaniepokojenie	GI			4(13,3%)	4(13,3%)	22(73,3%)
	GII			3(10%)	2(6,7%)	25(83,3%)
18. Zdenerwowanie	GI				2(6,7%)	28(93,3%)
	GII				3(10%)	27(90%)
20. Dyskomfort w czasie jedzenia w towarzystwie	GI			1(3,3%)	2(6,7%)	27(90%)
	GII			1(3,3%)	5(16,7%)	24(80%)
22. Wrażliwość dziąseł	GI			2(6,7%)	10(33,3%)	18(60%)
	GII			6(20%)	8(26,7%)	16(53,3%)

pacjentów (53,3%) grupy II. 23 pacjentów (76,6%) grupy I oraz 14 pacjentów (46,7%) grupy II podawało brak dyskomfortu w trakcie spożywania pokarmów. Pacjenci byli zadowoleni z estetyki wykonanych protez, 25

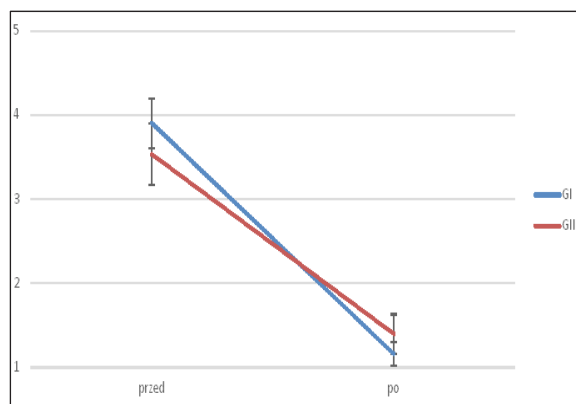
pacjentów (83,3%) I grupy i 20 pacjentów (66,7%) II grupy. Nigdy nie odczuwali skrępowania z powodu wyglądu swoich zębów, 28 pacjentów (93,3%) I grupy oraz 27 pacjentów (90%) II grupy. Również w obecności innych

T a b e l a 3. Jakość życia pacjentów w obu grupach przed i po leczeniu

		Poziom jakości życia		
		niski (↓50 pkt)	średni (51-56 pkt)	wysoki (57-60pkt)
Grupa I	przed leczeniem	28 (93,3%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)
	po leczeniu	1 (3,3%)	14 (46,7%)	15 (50%)
Grupa II	przed leczeniem	29 (96,6%)	1 (3,3%)	0 (0%)
	po leczeniu	3 (10%)	18 (60%)	9 (30%)



Ryc. 2. Wykresy pudełkowe dla współczynnika GOHAI obliczonego dla grupy kontrolnej i badanej przed i po leczeniu.



Ryc. 3. Wykres odpowiedzi na pytanie 7 kwestionariusza dotyczącego zadowolenia z wyglądu zębów pomiędzy I a II grupą badaną.

ludzi nie odczuwali dyskomfortu spowodowanego użytkowaniem protez, 27 pacjentów (90%) I grupy, 24 pacjentów (80%) II grupy. W tabeli 2 zamieszczono zbiorcze wyniki odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza pacjentów obu grup po leczeniu.

Wyniki dotyczące poziomu jakości życia związanego ze zdrowiem jamy ustnej u pacjentów użytkujących uzupełnienia protetyczne przed i po zastosowanym leczeniu przedstawiono w tabeli 3.

W momencie zgłoszenia się do leczenia użytkowane uzupełnienia protetyczne powodowały u pacjentów niskie poczucie jakości życia, 28 pacjentów (93,3%) grupy I oraz 29

pacjentów (96,6%) grupy II. Po zastosowanym leczeniu poziom jakości życia pacjentów uległ poprawie do umiarkowanego u 14 pacjentów (46,7%) oraz wysokiego u 15 pacjentów (50%) pacjentów w I grupie. W grupie kontrolnej po zastosowanym leczeniu poprawa jakości życia do poziomu umiarkowanego wystąpiła u 18 pacjentów (60%) a do poziomu wysokiego u 9 pacjentów (30%).

Analiza statystyczna badanych wartości, wykazała, iż przed leczeniem nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy dwoma grupami w odpowiedziach na pytania kwestionariusza (ryc. 2, tab. 4). Po leczeniu korzystniejsze wyniki uzyskano w grupie I, które

T a b e l a 4. Podstawowe statystyki opisowe (średnia, odchylenie standardowe, wartość minimalna oraz maksymalna) sumarycznych wyników ankiety reprezentowanych za pomocą współczynnika GOHAI oraz p - wartość testów ANOVA Kruskala-Wallisa przed i po zastosowaniu leczenia w grupie badanej i kontrolnej

test ANOVA Kruskala Wallisa		Grupa badana	Grupa kontrolna	p-value
GOHAI	przed leczeniem	36,17 ± 8,28	37,03 ± 6,82	0,6298
		(23 – 58)	(26 – 51)	
	po leczeniu	56,17 ± 2,23	53,90 ± 3,22	0,0032
		(48 – 59)	(46 – 58)	
	zmiana wartości	↑20,00 ± ↓6,05	↑16,87 ± ↓3,60	
		(↑25 – ↑1)	(↑20 – ↑7)	

były istotne statystycznie w stosunku do grupy kontrolnej. Może to świadczyć, iż zastosowana metoda leczenia (protezy całkowite wykonane według systemu biofunkcjonalnego) korzystnie wpłynęła na jakość życia pacjentów (ryc. 2, tab. 4).

Porównując wyniki badań odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza GOHAI pomiędzy I i II grupą badaną istotne statystycznie wartości wykazała odpowiedź na 7 pytanie kwestionariusza dotyczące zadowolenia z wyglądu zębów, protez na korzyść systemu biofunkcjonalnego – I grupa (ryc. 3).

Omówienie wyników i dyskusja

Przedstawione w pracy wyniki dotyczą badania ankietowego oceny jakości życia pacjentów użytkujących protezy całkowite wykonane według dwóch różnych metod postępowania kliniczno-laboratoryjnego. Do oceny jakości życia związanego ze zdrowiem jamy ustnej wybrano stosowany powszechnie na całym świecie kwestionariusz General Oral Health Assessment Index (GOHAI). Zaletą stosowania kwestionariuszy jest niski koszt badań i łatwość ich przeprowadzenia, dostępność, uwzględnienie wszystkich możliwych

aspektów choroby, które interesują badającego, a także możliwość uzyskania potrzebnych danych od pacjenta.²⁴⁻²⁶ Jak podaje autorka adaptacji i walidacji kwestionariusza General Oral Health Assessment Index (GOHAI) na język polski, znalazł on zastosowanie w badaniach ogólnych dotyczących zdrowia jamy ustnej, w badaniach klinicznych oraz w ocenie prowadzonych programów prozdrowotnych.²³ Może również odgrywać istotną rolę w praktykach klinicznych umożliwiając ocenę potrzeb pacjenta, wybór odpowiedniego planu leczenia, a także monitorowanie zastosowanej terapii.^{23,25,26} Stąd zdecydowano o wyborze właśnie tego instrumentu w badaniach własnych, których celem przewodnim była ocena jakości życia pacjentów bezzębnych leczonych z zastosowaniem protez całkowitych wykonanych według dwóch różnych metod postępowania kliniczno-laboratoryjnego.

Na pojęcie jakości życia związanej ze zdrowiem jamy ustnej składa się wiele czynników, takich jak: komfort związany z brakiem ograniczeń dotyczących spożywania, żucia i przełykania pokarmów, prawidłowa wymowa, zadowolenie z wyglądu estetycznego i tym samym brak ograniczeń w kontaktach z otoczeniem oraz brak dolegliwości bólowych związanych z

użytkowaniem uzupełnień protetycznych.^{7,9,11} Dane z piśmiennictwa wskazują, że u pacjentów bezzębnych, użytkujących protezy całkowite, najważniejsze czynniki, które wpływają na jakość ich życia to odpowiednia retencja protezy dolnej i zadowolenie z wyglądu estetyki sztucznego uzębienia.^{18,19,21} Korzystniejsze wyniki dotyczące oceny jakości życia uzyskano w grupie pacjentów korzystających z protez całkowitych wykonanych według systemu biofunkcjonalnego. Związane to było ze stabilnym utrzymaniem protez zwłaszcza dolnej, a tym samym lepszą efektywnością żucia pokarmów, korzystnym wyglądem estetycznym i brakiem dolegliwości bólowych. Jest to z pewnością wynik odmiennego sposobu pobierania wycisków czynnościowych, które w metodzie BPS, są kształtowane przy ustach zamkniętych. Taki sposób pobierania wycisków umożliwia ograniczenie aktywności języka oraz mięśni mimicznych twarzy do takiej sytuacji, jaka występuje u pacjentów z uzębieniem naturalnym, w związku z tym dochodzi do zwiększenia obszaru pola protetycznego.^{28,29} Protezy wykonane na bazie takich wycisków zapewniają dobre przyssanie czynnościowe i tym samym czynnościową sprawność protez, co zostało potwierdzone we własnym materiale.

Przed zastosowaniem leczenia protetycznym u pacjentów obu grup stwierdzono niski poziom jakości życia. Po zastosowaniu nowych, prawidłowo skonstruowanych protez całkowitych, w obu grupach ocena jakości życia uległa znacznej poprawie – w grupie I do bardzo dobrej, a w grupie II umiarkowanej. Była to ocena subiektywna badanych pacjentów, ale jak uważa wielu autorów, a także potwierdzają obserwacje własne, czynnik odczuć subiektywnych ma istotny wpływ na przebieg procesów adaptacyjnych i nie może być pomijany w procesie rehabilitacyjnym, a zwłaszcza w ocenie wyników zastosowanych metod i rodzaju uzupełnień protetycznych.^{10,13,14,30,31}

Dane na temat czynników, które mają

wpływ na procesy adaptacyjne do protez całkowitych, uwzględniają wiele elementów zarówno natury ogólnej, jak i miejscowej. Na pojęcie adaptacji do protez składa się zarówno ich bezurazowe funkcjonowanie w stosunku do tkanek otaczających w jamie ustnej, jak i psychiczna akceptacja przez pacjenta. Pierwszy element ma bezpośredni związek z warunkami podłoża protetycznego i prawidłowością wykonania protez zgodnie z zasadami sztuki. Niska jakość życia u pacjentów obu grup przed podjętym leczeniem protetycznym, była związana z błędami, które ujawniono w konstrukcji dotąd użytkowanych uzupełnień protetycznych (brak odpowiedniej stabilizacji protez na podłożu, zaburzona okluzja centralna i pozacentralna, starcie powierzchni okluzyjnej zębów w protezach, obniżona wysokość zwarcia).^{11,17,19,27} Błędy te w istotny sposób wpływały na komfort żucia pokarmów, mowę i estetykę, a w konsekwencji samopoczucie pacjentów i tym samym ich złą samoocenę. Po zastosowaniu nowych, prawidłowo skonstruowanych protez całkowitych w obu grupach uzyskano znaczną poprawę oceny jakości życia. Niemniej porównując wyniki w obu grupach stwierdzono, że w grupie I, gdzie zastosowano protezy całkowite wykonane według systemu biofunkcjonalnego, ocena jakości życia była znacząco wyższa niż w grupie gdzie zastosowano protezy wykonane metodą konwencjonalną.

Reasumując, przeprowadzone badania wykazały, że jakość życia pacjentów bezzębnych zależy od prawidłowej konstrukcji protez całkowitych, a także metody ich kliniczno-laboratoryjnego wykonania.

Wnioski

1. Błędy w konstrukcji protez całkowitych istotnie obniżają jakość życia pacjentów bezzębnych.
2. Prawidłowo skonstruowane uzupełnienia

protetyczne polepszają jakość życia pacjentów bezzębnych.

3. Metoda rehabilitacji pacjentów bezzębnych z zastosowaniem protez całkowitych wykonanych według systemu biofunkcjonalnego znacząco lepiej poprawia jakość ich życia, stąd może być polecana do stosowania szczególnie u osób z niekorzystnymi warunkami podłoża i współistniejącymi zaburzeniami czynnościowymi narządu żucia.

Piśmiennictwo

1. *Petersen P, Bourgeois D, Ogawa H, et al.*: The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ* 2005; 83, 9, 661-669.
2. *Felton D*: Edentulism and Comorbid factors. *J Prosthodont* 2009; 18,2, 88-96.
3. *Carlsson G, Omar R*: The future of complete dentures In oral rehabilitation. A critical review. *J Oral Rehabil* 2010; 37, 143-156.
4. *Douglass CW, Shih A, Ostry L*: Will there be a need for complete dentures In the United States In 2020. *J Prosthet Dent* 2002; 87,1, 5-8.
5. World Health Organization: Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, WHO, Geneva 1948.
6. *Xavier FM, Ferraz MP, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH*: Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25(1): 31-39.
7. *Veyrune JL, Tubert-Jeannin S, Dutheil C, Riordan PJ*: Impact of new prostheses on the oral health related quality of life of edentulous patients. *Gerodontology* 2005; 22(1): 3-9.
8. *Shigli K, Hebbal M*: Assessment of changes in oral health-related quality of life among patients with complete denture before and 1 month post-insertion using Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology* 2010; 27(3): 167-173.
9. *Ozhayat EB, Stoltze K, Elverdam B, Owall B*: A method for assessment of quality of life in relation to prosthodontics. Partial edentulism and removable partial dentures. *J Oral Rehabil* 2007; 34(5): 336-344.
10. *Komagamine Y, Kanazawa M, Kaiba Y, Sato Y, Minakuchi S, Sasaki Y*: Association between self-assessment of complete dentures and oral health-related quality of life. *J Oral Rehabil* 2012; 39(11): 847-857.
11. *Galczyńska-Rusin M, Koczorowski R*: Jakość życia związana ze zdrowiem jamy ustnej u pacjentów z depresją wieku późnego leczonych protetycznie. *Prosthodontics* 2017; 67,1: 58-69.
12. *Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K, Ciemnoczołowski W*: Evaluation of quality of life (QoL) of students of the University of Third Age (U3A) on the basis of socio-demographic factors and health status. *Arch Gerontol Geriatr* 2011; 53, 2: e198-202.
13. *Atchison KA, Dolan TA*: Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990; 54: 680-687.
14. *Locker D, Miller Y*: Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Public Health Dent* 1994; 54: 167-176.
15. *Locker D*: Concepts of oral health. Disease and the quality of life. In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997.
16. *Locker D*: Measuring oral health: A conceptual framework. *Community Dent Health* 1988; 5: 3-18.
17. *Panek H*: Ocena jatrogennego wpływu uzupełnień protetycznych na dysfunkcje skronio-żuchwowe. *Protet Stomatol* 2008; LVIII, 6, 431-437.
18. *Wojda M, Grzelak M, Spiechowicz E, Mierzwińska-Nastalska E*: Ocena wyników leczenia pacjentów z zastosowaniem akrylowych protez ruchomych prowadzonego w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. *Protet*

- Stomatol 2010; LX, 1, 28-36.
19. *Niesłuchowska M, Baran B*: Leczenie powikłań będących konsekwencją błędów jatrogeicznych w rehabilitacji protetycznej – opis przypadku, *Prosthodontics* 2011; 61(2): 125-129.
20. *Fuji T*: The relationship between the occlusal interference side and the symptomatic side In temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil* 2003; 30, 3: 295-300.
21. *Huang GJ, LeResche L, Critchlow CW, Martin MD, Drangsholt MT*: Risk factors for diagnostics subgroups of painful temporomandibular disorders (TMD). *J Dent Res* 2002; 81, 4, 284-288.
22. *Wrześniewski K*: Jak badać jakość życia pacjentów kardiologicznych? *Kardiologia Polska* 2009; 67: 790-794.
23. *Galczyńska-Rusin M, Koczorowski R, Sielska J*: Linguistic adaptation and validation of the Polish version of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI). *J Stoma* 2014; 67, 2: 152-165.
24. *Hassel AJ, Rolko C, Koke U, Leisen J, Rammelsberg P*: A German version of the GOHAI. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36(1): 34-42.
25. *Ikebe K, Hazeyama T, Enoki K, Murai S, Okada T, Kagawa R, Matsuda K, Maeda Y*: Comparison of GOHAI and OHIP-14 measures in relation to objective values of oral function in elderly Japanese. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40(5): 406-414.
26. *Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B*: Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 373-381.
27. *Orczykowska M, Wiśniewska G, Rój R, Gala A, Pihut M*: Objawy dysfunkcji narządu żucia wśród pacjentów bezzębnych użytkujących protezy całkowite. *E-Dentico*, 3(75), 2019, 108-119.
28. *Okoński P, Rolski D, Lasek K, Mierzińska-Nastalska E*: Zastosowanie metody biofunkcjonalnej w rehabilitacji protetycznej pacjenta po zabiegu operacyjnym w obrębie twarzoczaszki. *Protet Stomatol* 2011; 61: 304-311.
29. *Okoński P, Niesłuchowska M, Siedlecki M, Szczyrek P, Mierzińska-Nastalska E*: Zastosowanie Biofunkcjonalnego Systemu Protetycznego (BPS) w rehabilitacji narządu żucia pacjentów bezzębnych. *Protet Stomatol* 2002; 52: 237-249.
30. *Burzyńska B, Mierzińska-Nastalska E*: Rehabilitacja protetyczna pacjentów bezzębnych. *Nowa Stomatol* 2011; 4, 167-169.
31. *Koyama S, Sasaki K, Kawata T, Atsumi T, Watanabe M*: Multivariate analysis of patient satisfaction factors affecting the usage of removable partial dentures. *J Prosthodont*. 2008; 21(6): 499-500.

Zaakceptowano do druku: 6.04.2020 r.

Adres autorów: 31-155 Kraków, ul. Montelupich 4.

© Zarząd Główny PTS 2020.