

Tendencija opsesivno-kompulzivnom ponašanju te njegova povezanost s održavanjem oralnog zdravlja u studenata biomedicinskih studija

Černak, Matea

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, School of Medicine / Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:171:038410>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-15**



Repository / Repozitorij:

[MEFST Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET**

MATEA ČERNAK

**TENDENCIJA OPSESIVNO-KOMPULZIVNOM PONAŠANJU TE NJEGOVA
POVEZANOST S ODRŽAVANJEM ORALNOG ZDRAVLJA U STUDENATA
BIOMEDICINSKIH STUDIJA**

Diplomski rad

Akadska godina:

2022./2023.

Mentor:

dr. sc. Dinko Martinović, dr. med.

Split, srpanj 2023.

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
1.1. Oralno zdravlje	2
1.2. Oralne bolesti	3
1.3. Znanja o oralnom zdravlju	4
1.4. Kvaliteta života i oralno zdravlje.....	5
1.5. Hrana i oralno zdravlje	6
1.6. Oralni mikrobiom.....	8
1.7. Održavanje oralne higijene.....	9
1.8. Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti.....	11
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	15
3. ISPITANICI I METODE.....	17
3.1. Dizajn i etička načela	18
3.2. Ispitanici.....	18
3.3. Upitnici	19
3.4. Statistička obrada podataka	19
4. REZULTATI	20
5. RASPRAVA	26
6. ZAKLJUČCI	31
7. POPIS CITIRANE LITERATURE	33
8. SAŽETAK.....	40
9. SUMMARY.....	42
10. ŽIVOTOPIS.....	44

Veliko hvala mentoru dr.sc. Dinku Martinoviću na stručnosti, posvećenosti, pomoći i svim dobrim savjetima tijekom izrade ovog diplomskog rada. Hvala Vam što ste u svako doba bili dostupni za bilo koju informaciju te i na takav način olakšali izradu ovog rada.

Zahvaljujem svima koji su izdvojili vrijeme i sudjelovali u istraživanju.

Hvala mojoj obitelji, prvenstveno mojoj majci koja mi je bila najveća podrška tijekom studiranja. Hvala ti što si bila na ovom putu uz mene i što mi nisi dala da odustanem kada je bilo najteže.

Želim se zahvaliti svojim prijateljima za sve lijepe trenutke, savjete i što su studiranje učinili lakšim i puno zabavnijim.

I za kraj, hvala posebnoj osobi u mom životu što je sve ovo prošla skupa sa mnom.

1. UVOD

1.1. Oralno zdravlje

Oralno zdravlje je sastavni dio općeg zdravlja i važan čimbenik ukupne kvalitete života (1). Briga o oralnom zdravlju nije usmjerena samo na područje zubala i usne šupljine, već je polazište za cjelokupno zdravlje tijela (2).

Svjetska zdravstvena organizacija definira oralno zdravlje kao stanje u kojem je osoba bez kroničnih bolova u usnoj šupljini i području lica, bez malignih bolesti usne šupljine i ždrijela, oralnih infekcija i rana te bolesti parodonta, karijesa, gubitka zuba te drugih bolesti i poremećaja koji ograničavaju pojedinca da grize, žvače, priča i smiješi se. Povezano je sa ukupnim zdravstvenim ishodima te je važan dio skrbi u mnogim medicinskim granama (1,3).

Osobe koje imaju neodgovarajuće oralno zdravlje imaju manje učinkovitu kontrolu akutnih i kroničnih bolesti, više komplikacija u trudnoći i porodu te veći rizik od kardiovaskularnih bolesti. Također, osobe s problemima mentalnog zdravlja koje uz to boluju od oralnih bolesti skloniji su pogoršanju tjeskobe, depresije i kognitivnog statusa (1). S obzirom da se pokazalo kako bi oralno zdravlje, odnosno oralna patologija mogli biti uzrok za neke od sistemskih bolesti, interes medicinskih istraživanja uvelike se usmjerio na područje stomatologije koje je godinama bilo podcijenjeno (4). Mnoga dosadašnja istraživanja pokušavaju analizirati komplikacije uzrokovane npr. parodontitisom koji predstavlja stalan potencijalni izvor infekcije i smatra se zasebnim čimbenikom rizika za oboljenja povezana s kardiovaskularnim, respiratornim, endokrinim, mišićno-koštanim i reproduktivnim sustavom (5).

Oralno zdravlje se također definira kao udobna i funkcionalna denticija koja omogućuje pojedincima normalan život (6). U kontekstu oralnog zdravlja, prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, procjenjuje se da oralne bolesti pogađaju najmanje 3,58 milijardi ljudi (7).



Slika 1. Zdravi zubi.

Preuzeto sa: How To Keep Your Teeth Healthy

1.2. Oralne bolesti

Prema epidemiološkim podacima, dentalne bolesti su češće među stanovništvom s niskim socioekonomskim statusom. Stomatološka skrb nije javno financirana i mnogi ljudi u zapadnom svijetu stoga moraju donositi teške financijske odluke kada pristupaju stomatološkoj skrbi, ne uzimajući u obzir ne uzimajući u obzir pacijente u razvoju (8). Obitelji koje žive u siromaštvu imaju poteškoće u podmirivanju osnovnih životnih potreba, a mnogi si ne mogu priuštiti ni adekvatnu prehranu ili zubnu njegu. Ekonomske poteškoće mogu utjecati negativno na kvalitetu oralnog zdravlja, a zauzvrat loše oralno zdravlje može loše utjecati na oralno zdravlje (9).

Zubni karijes je najraširenija kronična bolest u svijetu i predstavlja jedan od najvećih globalnih javnozdravstvenih problema. Zubni karijes pogađa osobe svih dobnih skupina tijekom cijelog života. Među incidencijom prevladava neliječeni karijes trajnih zubi, a pogađa više od 40% populacije. Može uzrokovati poteškoće s prehranom i spavanjem. Karijes predstavlja jednu od najpoznatijih nezaraznih bolesti koja se može prevenirati, a smatra se velikim javno-zdravstvenim problemom. Karijes se može pojaviti tijekom cijelog života, u mliječnoj ili trajnoj denticiji, a može oštetiti krunu zuba te u kasnijoj životnoj dobi i izložene površine korijena (10). Procjenjuje se da u svijetu 2,4 milijarde ljudi boluje od od karijesa trajnih zuba, a 486 milijuna djece od karijesa mliječnih zuba (11).

Parodontna bolest pogađa 10-15% svjetske populacije, a mehanizam djelovanja je uglavnom putem bakterijske upale koja nastaje u gingivalnim džepovima. Pogađa adolescente, odrasle i starije osobe. Predstavlja značajan javnozdravstveni problem s

društvenim, ekonomskim i zdravstvenim posljedicama. Adekvatna oralna higijena je ključna za prevenciju i liječenje ove bolesti.

Karcinom usne šupljine je 133. najčešći malignitet u svijetu. Stope incidencije raka usne šupljine kod muškaraca se kreću od 1 do 10 slučajeva na 100000 stanovnika (12). Od 15 različitih dijagnosticiranih malignih lezija, najčešći je bio oralni karcinom pločastih stanica. Prezentira kao ulceracija, kvržice ili bijele lezije. Da bi se identificirao rak usne šupljine potreban je sveobuhvatan pristup koji mora obuhvaćati zdravstveno obrazovanje, smanjenje faktora rizika i mogućnost rane dijagnoze. Iako su postojale brojne varijacije s obzirom na distribuciju zahvaćenog mjesta, rak usne šupljine najčešće zahvaća jezik i usne. Postoji velika prevalencija metastaza (13).

S obzirom na čimbenike rizika, studija iz Jordana otkrila je kako je 66% pacijenata s oralnim karcinomom pušilo cigarete, 36% nargilu i 17% konzumiralo alkohol (14). Dodatni problemi kod pacijenata s oralnim karcinomom su bili povezani s niskim primanjima, tjeskobom, strahom, ženskim spolom i prisutnošću raka dojke. Jedno istraživanje skrenulo je i pozornost na neadekvatno znanje stomatologa za rano otkrivanje karcinoma usne šupljine (15).

Kako svjetska populacija stari, zdravstvene usluge za starije su se razvijale kako bi se poboljšalo njihovo zdravlje. Među osobama starijima od 65 godina čest je nedostatak zuba uz ostale oralne bolesti poput karijesa, parodontne bolesti, oralnih lezija i poremećaja temporomandibularnog zgloba. Karijes ili infekcije sluznice dramatično se povećavaju oštećenjem funkcije slin (16).

1.3. Znanja o oralnom zdravlju

Mnogi stručnjaci nisu uvažili poveznicu između oralnog zdravlja, organskih sustava i cjelokupnog zdravlja. Razvoj i kasnija integracija nastavnog plana i programa oralnog zdravlja počinje argumentima za njegovo uključivanje. Mnogi u vodstvu zdravstvenih profesija nisu svjesni sve dužeg popisa zdravstvenih problema povezanih sa oralnim bolestima (17). Važno je naglasiti i to da pacijenti doživljavaju značajnu bol, izostaju s posla i škole, psihološke poteškoće i troškove. Edukacija o oralnom zdravlju trebala bi pripremiti studente i doktore dentalne medicine za obavljanje specifičnih profesionalnih zadataka koji se odnose na oralno zdravlje, preventivne intervencije, komunikaciju, edukaciju pacijenata te provođenje kliničke prakse. Oralno zdravlje može biti uključeno u primarnu zdravstvenu

zaštitu, hitnu medicinu, anesteziologiju, otorinolaringologiju te opstetriciju i ginekologiju, a zaštita oralnog zdravlja bi trebala obavezno biti uključena u pedijatrijski dio medicine (4).

Nezadovoljavajuće oralno zdravlje može dovesti do loših zdravstvenih ishoda (18). Traume u području usne šupljine se često događaju, a mogu se spriječiti poboljšanjem javno-zdravstvene politike i povećanom svijesti o rizicima koji mogu dovesti do traume kao što je nasilje, sport i prometne nesreće. Oralne ozljede imaju značajne fizičke, psihičke, socijale i ekonomske učinke predstavljaju veliki problem pogotovo kod djece i mladih. Incidencija oralnih trauma je veća kod dječaka nego kod djevojčica (19). Većina pacijenata ima traumu jednog zuba, a najčešće su ozlijeđeni gornji maksilarni sjekutići. Među ozljedama se u 93% slučajeva nalazimo frakture cakline i dentina. Uzroci dentalnih trauma su najčešće padovi i udarci u zatvorenom ili otvorenom prostoru s prevalencijom u dobi od 10 godina ili više. Samo 9% pacijenata se javilo svom stomatologu u roku 24 sata od ozljede. Jedan od razloga zašto nemamo ispravne podatke o stvarnom broju dentalnih trauma može biti taj što pacijenti nisu zatražili stomatološki tretman nakon ozljede (20).

1.4. Kvaliteta života i oralno zdravlje

Većina studija o kvaliteti života povezanih sa oralnim zdravljem pripisuje svoje teorijske temelje konceptualnom okviru oralnog zdravlja koji je predložio David Locker primjetivši da konvencionalne kliničko-epidemiološke mjere oralnih bolesti nisu uspjele obuhvatiti individualna iskustva bolesti i patnje (21). Socio-dentalni pokazatelji kvalitete oralnog zdravlja su promjene u ponašanju, izostanak od svakodnevnih aktivnosti te nemogućnost obavljanja rutinskih aktivnosti. Subjektivne potrebe, komplementarne kliničkim mjerama statusa oralnog zdravlja, smatraju se ključnima za definiciju potrebe za liječenjem. Poznato je da na morbiditet i mortalitet snažno utječu dob, spol i socioekonomski status, a oralne bolesti nisu iznimka (22).

Starenje dovodi do više oralnih problema poput gubitka zuba, parodontne bolesti i karijesa korijena. Patološka stanje poput raka i kserostomije modulirana su varijablom spola. Društvena i ekonomska nestašica presudna je za nastanak karijesa (23). Objavljeno je mnoštvo studija koje koriste socio-dentalne pokazatelje za procjenu prevalencije subjektivnih utjecaja na kvalitetu života različitih populacija. Ipak nije napravljen sažetak kako bi se odgovorilo koji čimbenici ili najozbiljniji problemi utječu na kvalitetu života pojedinaca, odnosno razlikuje li se percepcija subjektivnih utjecaja prema dobi, spolu, obrazovanju, prihodima, području stanovanja ili nekim drugim parametrima (24). Zubni karijes u

djetinjstvu može utjecati na kvalitetu života djece i njihovih roditelja vezanu uz oralno zdravlje. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, kvaliteta života definirana je kao „percepcija osobe o njezinoj poziciji u životu prema kulturi, ciljevima, očekivanjima, standardima i prioritetima“. Stoga je subjektivna i temelji se na razumijevanju različitih aspekata života osobe (6). Loše oralno zdravlje koje dovodi do osjećaja boli, zubnih apscesa, poteškoća u žvakanju i gutanju, osjećaju neudobnosti zbog oblika, boje ili nedostatka zuba mogu utjecati na svakodnevni život (25).

1.5. Hrana i oralno zdravlje

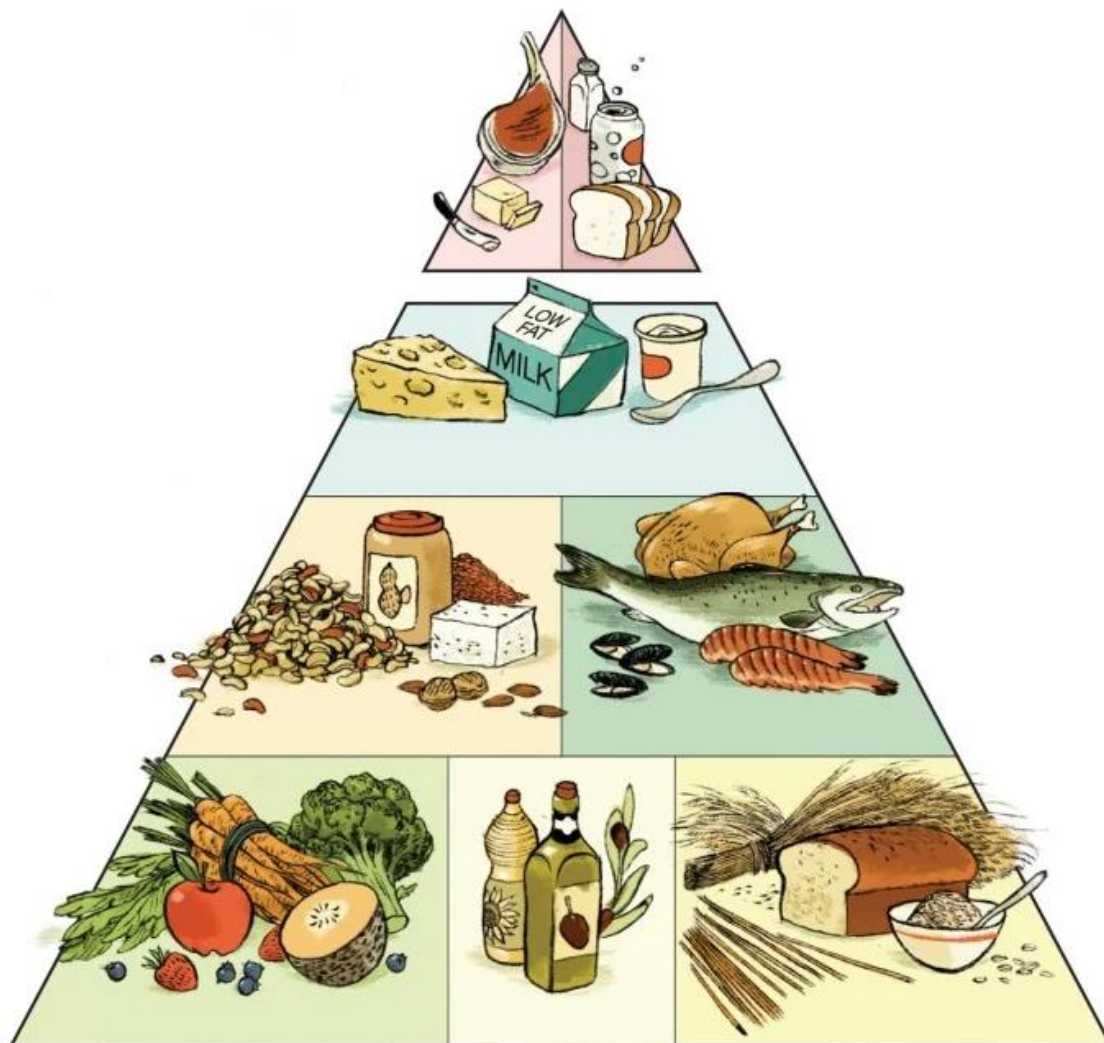
Zdrava prehrana je važna u svim životnim razdobljima, najviše kod djece. Uravnotežena prehrana uz adekvatan unos kalorija i hranjivih tvari te njihovu pravilnu raspodjelu tijekom dana, osigurava optimalan fizički i kognitivni razvoj tijekom godina rasta. Budući da visok unos šećera u današnje vrijeme prati djecu učestalo tijekom odrastanja, važno je obrazovanje o prehrani i koordinacija između obitelji i institucija (26).

Prehrana se definira kao zdrava i uravnotežena kada se u njoj svakodnevno izmjenjuju svi hranjivi sastojci u odgovarajućim količinama. Treba biti osigurana ravnože između unosa životinjskih i biljnih bjelančevina, jednostavnih i složenih šećera, kao i životinjske masti. Na takav način je osiguran unos dovoljne količine vitamina i minerala (9). Potrebno je pružiti dodatnu potporu za dodavanje oznaka na proizvode koji sadrže šećere i soli. Razine šećera i natrija u pakiranoj hrani važni su javnozdravstveni čimbenici koje treba procijeniti. Otprilike 60% djece naviklo je uzimati hranu i piće s dodatkom šećera. Prijelazna godina, s ukidanjem majčinog mlijeka i formule je razdoblje u kojem su prehrabmene potrebe visoke za adekvatan rast i razvoj. Potrebno je pojačati preventivne kampanje za oralno zdravlje djece i odraslih, s naglaskom da sustavno zdravlje počinje od usta. Za kontrolu razvoja karijesa potrebno je promicati dobre kroz zdravu prehranu bogatu hranjivim tvarima i praksz oralne higijene te eliminirati loše navike kao što je kariogena prehrana (9). Dodatni unos omega-3 masnih kiselina, vitamina C i vitamina D, antioksidansa i vlakana djeluje pozitivno na oralno zdravlje. Isto tako neravnoteža između omega-6 i omega-3 masnih kiselina potiču upalu mekih zubnih tkiva. Nekoliko studija je pokazalo pozitivan učinak vitamina D na parodontna tkiva. Vitamin C je već neko vrijeme opisan kao važan vitamin za zdravlje parodonta. Nedostatak vitamina C uzrokuje skorbut koji je praćen masivnim gubitkom kosti. Uloga prehrambenih antioksidansa je također važna u procesima odgovarajuće sustavne reakcije na oksidativni stres (10). Konzumacija kisele hrane i pića može dovesti do erozije zuba što može dovesti do karijesa ili

zubne preosjetljivosti. Konzumacija zasićenih masnih kiselina može potaknuti rast određenih proteolitičkih bakterija koje dovode do parodontne bolesti.

Konzumacija alkohola glavni je čimbenik rizika za razvoj oralnog karcinoma. Vjerojatno je da dostupnost, cijena i promocija nezdrave hrane i pića imaju značajan utjecaj na preferencije hrane tijekom života, kupnju i potrošnju, poremećaje mikrobioma, infekcije i upale, a time i na oralno zdravlje (11). Oralni probiotici su pokazali dobre rezultate za smanjivanje halitoze.

Halitoza je stanje u kojemu tijekom izdisaja iz usta osobe izlazi neugodan miris uzrokovan oralnim mikroorganizmima. Ona nije samo pokazatelj lošeg oralnog zdravlja već ima važan utjecaj na psihosocijalno zdravlje ljudi. Čimbenici koji utječu na halitozu su različiti uključujući smanjeno lučenje sline, status gladovanja, oralne bolesti, korištenje droga, konzumaciju alkohola i pušenje. Glavni čimbenik koji doprinosi neugodnom zadahu je prijanjanje bakterija na zube i jezik. Metode smanjenja oralnih bakterija uključuju korištenje pasta za zube, strugala za jezik i antibiotika. Te metode mogu iskorijeniti ne samo štetne bakterije nego i normalnu floru usne šupljine koja može narušiti ravnotežu mikrobnog sustava u ustima i time uzrokovati oralne bolesti. Provede su studije kako bi se potvrdila mogućnost korištenja probiotika za oralno zdravlje, uključujući one koje su koristile jogurt koji sadrži probiotike i dongchimi sok, tradicionalnu korejsku hranu koja sadrži kimchi probiotičke bakterije iz ukiseljene rotkvice. Ta su istraživanja pokazala da proizvodi koji sadrže probiotike usporedivi s konvencionalnim otopinama klorheksidina u poboljšanju stanja usne šupljine. U istraživanju koje je koristilo jogurt povećana je mogućnost nastanka karijesa zbog sadržaja šećera u jogurtu (12).



Slika 2. Prehrambena piramida.

Preuzeto sa: Healthy Eating Pyramid | The Nutrition Source | Harvard T.H. Chan School of Public Health

1.6. Oralni mikrobiom

Probavni sustav počinje usnom šupljinom gdje se unosi hrana i mikroorganizmi. Miješaju sa proteinima sline i probavnim enzimima, gutaju i ulaze u donji gastrointestinalni trakt (14). Stanje oralnog zdravlja i bolesti održavaju sastavne i funkcionalne sposobnosti oralnih mikroorganizama kao i vrste i interakcije između njih. Usna šupljina postoji kao vrlo

dinamično mikrobno okruženje. Specifično za usnu šupljinu, zubne površine olakšavaju razvoj svrlo složenih mikrobnih zajednica- biofilma. Ne karakteriziraju ih samo mikrobi nego i njihovo kumulativno djelovanje. Usna šupljina se uz to stalno suočava sa čimbenicima iz okoliša, uključujući čimbenike prehrane, protok sline, žvačne sile i uvođenje egzogenih mikroorganizama. Sastav oralnog mikrobioma određuju čimbenici poput genetike, prijenos s majke, prehrambene navike, odražavanje oralne higijene, lijekovi i sistemski čimbenici. Ovaj dinamični ekosustav predstavlja mogućnosti za oralnu disbiozu i nastanak dentalnih i parodontnih bolesti. Velike povijesne promjene u prehrani praćene su značajnim promjenama u oralnoj mikrobioti. Dok prehrana utječe na mikrobio usne šupljine, nedavni podaci su pokazali da oralni mikrobiom utječe na prehrambene preference svog domaćina. Clostridia i Prevotella se povezuju sa željom za slatkim, kiselim, slanim i gorkim. To vjerojatno predstavlja mehanizam kojim održavaju svoju postojanost u usnoj šupljini (13). Sastav oralnog mikrobioma se razlikuje od mjesta do mjesta u usnoj šupljini. Parodontna bolest zahvaća meka tkiva i kosti. Karijes je jedinstvena infekcija tvrdih zubnih tkiva. Početak obje bolesti obilježen je povećanjem složenosti mikrobioma. U parodontitisu je patobionti i ključni uzročnici kao što je *P.gingivalis* pojavljuju u većem omjeru nego u zdravlju. *P.gingivalis* narušava imunološki odgovor domaćina. Zubni karijes je povezan sa *S.mutansom*. Najnovija istaživanja pokazuju da je da su obje bolesti rezultat poremećaja među malim brojem mikroorganizama u lokalnim zajednicama i to je dovoljno da dode do neravnoteže (14). Tijekom nekoliko proteklih stotina godina, ljudska usta su postala znatno manje raznolik ekosustav. Veća filogenetska raznolikost je povezana s većom otpornošću oralnog okoliša. Smanjena raznolikost modernog oralnog okoliša je povezana sa manjom otpornošću na poremećaje i većom osjetljivošću na patobionte (14).

1.7. Održavanje oralne higijene

Mehanički i kemijski pristup oralnoj higijeni imaju za cilj modificirati oralnu mikrofloru. Pravilno primjenjene mjere oralne higijene u kombinaciji sa stručnom njegom mogu spriječiti karijes i parodontnu bolest te održati oralno zdravlje. Pacijenti najčešće koriste zubne četkice i zubni konac. Interdentalne četkice i drveni štapići su također sredstvo izbora. Žvakanje žvakaćih guma bez šećera djeluje kao stimulans na proizvodnju sline i obećavajuća je mjera prevencije karijesa (17).

Kemijska dopuna mehaničkih mjera korištenjem paste za zube, vodica za ispiranje usta ili gelova može poboljšati oralnu higijenu (17). Cilj pranja zubi je ukloniti plak i time

spriječiti bolesti izazvane plakom i održati oralno zdravlje. Električne četkice su alternativa ručnim četkicama. I trajanje četkanja te tehnika četkanja igraju važnu ulogu. Unatoč uputama da se oralna higijena provede najbolje moguće, visoka razina plaka ostaje nakon pranja zuba, osobito uz rub gingive. Što se tiče ručnog četkanja zubi, učinkovitost četkanja se povećava ravnomjernom raspodjelom vremena četkanja na svim zubnim površinama (19).

Povijesno gledano jedna od glavnih komponenti zubnih pasti su abrazivi koji pomažu u uklanjanju vanjskih mrlja. Širok raspon drugih komponenti poput površinske aktivne tvari, kelatora, kalcija, flora, polimera i enzima se također dodaju u zubne paste (22). Metode kontrole karijesa su se drastično promijenile. Tradicionlani restaurativnim pristup zamijenio je preventivni. Novi postupci kontrole karijesa uključujući i kontrolu rizika, ranu dijagnozu karijesa te mogu pomoći u zaustavljanju ranih karijesnih lezija. Rane karijesne lezije su bijele mrlje koje imaju tvrdi površinu i reverzibilne su. Hipomineralizacija kutnjaka i sjekutića (MIH) jedna od ostalih defekata zubne cakline. Meka hipomineralizirana caklina je sklona lomovima zbog svojih šupljina i anomalija u strukturi. Teško je utvrditi koji su etiološki čimbenici doveli do hipomineralizacije pošto do osjetljivosti ameloblasta može doći sve do treće godine života. Za liječenje ovih lezija predložene su različite metode. Mogu se koristiti neinvazivni i mikroinvazivni tretmani. Za neinvazivno liječenje ovih lezija predložena je primjena florida, kombinacija kalcija i fosfata, promjena prehrane te korištenje antimikrobnih sredstava i površinsko brtvljenje lezija. Pacijenti se često ne pridržavaju upute te lezije napreduju. Mogu se raditi i invazivni tretmani koji uništavaju veliku količinu zdravog tvrnog zubnog tkiva. Najčešći tretman koji se provodi je remineralizacija fluoridnim lakom. Zbog njegove sigurnosti i učinkovitosti uporaba fluoridnog laka je u porastu. Djelovanje fluoridnog laka protiv karijesa je povezano sa otpuštanjem fluorida i poticanjem remineralizacije cakline te sprječavanjem procesa demineralizacije cakline (23). Oralne tekućine za ispiranje usta često se koriste za ispiranje zuba, desni, uklanjanje lošeg zadaha prije i poslije stomatoloških zahvata jer sadrže antiseptičke agense koji pomažu u ubijanju štetnih oralnih mikroorganizama i smanjuju mikrobn opterećenje u aerosolu koji se stvara tijekom postupaka na zubu. Vodice za ispiranje usta sadrže mnoge sastojke poput antibakterijskih tvari, antivirusnih tvari, sredstava za poboljšanje okusa i pomoćnih tvari. Sredstva za ispiranje usta koja sadrže podidon jodid i klorheksidn su se pokazala kao dobra tijekom pandemije uzrokovane SARS-CoV2 virusom (25).



Slika 3. Četkica i pasta za zube.

Preuzeto sa: Best-Selling Toothpaste Contains Hazardous Endocrine-Disrupting Chemical

1.8. Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti

Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti (OKPL) je jedan od najčešćih poremećaja osobnosti na svijetu, karakteriziran povećanom impulzivnošću i kompulzivnošću (27). Iako je Pierre Janet 1903. godine prvi puta opisao simptome slične OKPL-a, opisavši ih kao „psihastenično stanje“, potom Sigmund Freud 1908. godine u svojoj knjizi „Karakter i analni erotizam“, tek je 1952.g Američko psihijatrijsko društvo opisalo i uvrstilo ovaj poremećaj u Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (*eng.* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) (28, 29). Kao što je već navedeno, radi se o jednom od najčešćih poremećaja osobnosti na svijetu, čija prevalencija iznosi 2-7% zdrave populacije, dok kod psihijatrijskih bolesnika pogađa čak 23-26% populacije (30-32). Spolna distribucija i tijekom OCPD-a su nedosljedni (33). Iako neke teorije sugeriraju kako se OKPL pojavljuje od rođenja, pretpostavlja se kako se ovaj poremećaj ličnosti razvija s godinama. Kao i kod drugih poremećaja osobnosti, ovaj obrazac ponašanja započinje u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, stabilan je tijekom vremena i značajno utječe na funkcioniranje što može dovesti do značajnih nevolja i oštećenja (34). Također, utvrđena je povezanost genetike i nasljeđa OCPD-a (33). Nadalje, kao što je spomenuto, dva su osnovna koncepta koja karakteriziraju ovaj poremećaj; impulzivnost (sklonost prema neprikladnim preuranjenim radnjama) i

kompulzivnost (sklonost ponavljajućim navikama) (35). Također, karakterizira ga pretjerana zaokupljenost urednošću, mentalnom i međuljudskom kontrolom te perfekcionizam na uštrb učinkovitosti, otvorenosti i fleksibilnosti (34). Na prvi susret, osobe s OKPL-om mogu djelovati samouvjereno, srdačno, organizirano i vrlo uspješno; njihova pretjerana pedantnost često im koristi u određenim profesijama. Međutim, kao i kod bilo kojeg drugog poremećaja osobnosti, pretjerano izražene osobine mogu uzrokovati disfunkcionalnost zbog čega se ovaj poremećaj često javlja s psihijatrijskim komorbiditetima. Neke od osobina osoba s OKPL uključuju: preokupaciju i inzistiranje na detaljima, pravilima, popisima, redu i organizaciji; perfekcionizam koji ometa izvršavanje svakodnevnih zadataka; pretjerana sumnja i oprez; pretjerana savjesnost, kao i krutost i tvrdoglavost (36-38). Nadalje, osobe s opsesivnom osobnošću često su zatvoreni u vlastitoj fiksaciji te stoga ne mogu pristati na kompromis. Zbog toga što ne mogu promijeniti svoje stavove, takvo ponašanje često rezultira narušavanjem odnosa ili ugrožavanjem osobnog ili profesionalnog razvoja. Spremni su izgubiti sve jer ne mogu probiti zid opsesivnosti (38). Osobe s OKPL često svijet oko sebe percipiraju kao „crn ili bijel“; ne prihvaćaju ništa između ili bilo što prepušteno slučaju. Također, sve što na bilo koji način nije u njihovoj kontroli, dovodi do otpora, frustracije ili ljutnje. Jedne od glavnih značajki koje obilježavaju osobe s opsesivnom osobnošću u odnosu prema drugim ljudima je vrlo nizak prag osjećaja povrijeđenosti i nemogućnost nošenja s kritikom. Bilo kakvu kritiku doživljavaju kao napad na njima idealne standarde i odaju im osjećaj da su izvan kontrole. Kako bi izbjegli takvu kritiku, duže vrijeme provode u donošenju 'ispravne' odluke ili pak staju neodlučni i postupaju krajnje oprezno kako bi izbjegli neuspjeh. To rezultira preživljavanjem i fiksacijom te može izazvati duboku mržnju, ljutnju i tugu (39).

Za dijagnozu OKPL koriste se kriteriji propisani petim izdanjem DSM priručnika. Postoji osam uključivih kriterija, od kojih su potrebna četiri kako bi se potvrdila dijagnoza, a to su sljedeći:

- „zaokupljenost detaljima, pravilima, rasporedima, organizacijom i listama
- težnja da se učini nešto savršeno što ometa dovršetak zadatka
- pretjerana predanost radu i produktivnosti (ne zbog financijske potrebe), što rezultira zanemarivanjem slobodnih aktivnosti i prijatelja
- pretjerana savjesnost, izbirljivost i nefleksibilnost u vezi etičkih i moralnih pitanja i vrijednosti
- nespремnost bacanja istrošenih ili bezvrijednih predmeta, čak i onih koji nemaju sentimentalnu vrijednost

- nesklonost delegiranja posla drugim ljudima, osim ako se ti ljudi ne slože da obavljaju stvari točno onako kako pacijenti žele
- škrtost u trošenju na samog sebe i druge, jer vide novac kao nešto što treba spremiti za buduće katastrofe
- krutost i tvrdoglavost“ (40).

Uz OKPL pronalazimo komorbiditete poput anksioznosti i depresije (33). Epidemiološki podaci pokazuju da je prevalencija OKPL poremećaja osobito visoka kod osoba s različitim ovisnostima, na primjer kod kockanja (41). Internetska ovisnost i loša upotreba interneta su češće povezani sa opsesivno-kompulzivnim stanjima (42). Utvrđena je također korelacija između pojedinaca sa poremećajima prehrane, anoreksijom nervozom, bulimijom i poremećajima prejedanja. Perfekcionizam je bio specifično povezan sa poremećajima prehrane te je uz rigidnost identificiran kao važan čimbenik razvoja poremećaja prehrane povezanih sa OKPL-om te njihovom zajedničkom lošom prognozom (43). Sličnosti između hipohondrije i OKPL-a su nepovjerenje u sebe i druge, pretjerana potreba za sigurnošću, strah od neizvjesnosti i kognitivni stil u kojem dominira borba za kontrolu. Također OKPL je učestaliji u shizoiznim poremećajima i kod pacijenata sa Parkinsonovom bolesti (43). Dijeli slične karakteristike poput krutosti, preokupacije detaljima, pretjerane savjesnosti, potrebe za kontrolom s OKP-om te oba stanja imaju sličan raspon izvršne disfunkcije (44). Pojedinci sa opsesivno kompulzivnim crtama ličnosti izbjegavaju nova iskustva te taj podatak pozitivno korelira sa svakom stavkom OKPL-a (45).

Liječenje osoba s OKPL-om sastoji se od psihoterapije, suportivne psihodinamske terapije i kognitivno-bihevioralne terapije, dok se od farmakološke terapije može uvesti lijek iz skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI) (46-48). Različiti okolišni čimbenici uključujući izloženost stresu mogu predvidjeti ishod terapije (33). Zanimljivo je da je psihička euosmija pozitivan aspekt opsesivno-kompulzivnog poremećaja osobnosti. PE ima psihološku predispoziciju te ugodni mirisi izazivaju trenutni osjećaj zadovoljstva, reda i smirenosti. Otkrivene su veće stope PE kod pacijenata sa OKPL-om u usporedbi sa zdravim ispitanicima (49).

OKP vs OKPL

OKP (opsesivno-kompulzivni poremećaj) je oblik anksioznog poremećaja	OKPL (opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti) je oblik poremećaja osobnosti
Znakovi i simptomi variraju u težini tijekom vremena	Znakovi i simptomi uglavnom ostaju isti
Može se lako dijagnosticirati	Ne može se lako prepoznati
Motiv za neuobičajeno ponašanje proizlazi iz potrebe da se spriječi neka imaginarna katastrofa ili nesreća	Potreba osobe da bude savršena je motiv za neuobičajeno ponašanje
Prihvaćaju svoje stanje i potražiti će medicinsku pomoć	Nerado traže medicinsku pomoć jer ne vide problem u svom ponašanju
Traže medicinsku pomoć kako bi kontrolirali svoje simptome i napetost u svakodnevnim aktivnostima	Traže medicinsku pomoć zbog svakodnevnih sukoba i svađa sa obitelji i prijateljima

Slika 4. OKP vs. OKPL

Preuzeto i prevedeno sa: Difference Between OCD and OCPD | Signs and Symptoms, Type of Treatment, etc.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja:

Cilj ove presječne monocentrične anketne studije je ispitati kvalitetu održavanja oralnog zdravlja u studenata biomedicinskih studija te ispitati njenu moguću povezanost s opsesivno-kompulzivnim tendencijama.

Hipoteze:

1. Postoji statistički značajna pozitivna korelacija između tendencije opsesivno-kompulzivnom ponašanju i razine održavanja oralnog zdravlja.
2. Studenti biomedicinskih studija s višom tendencijom opsesivno-kompulzivnom ponašanju bolje održavaju oralno zdravlje u usporedbi sa studentima biomedicinskih studija koji imaju niže opsesivno-kompulzivne tendencije.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Dizajn i etička načela

Ova presječna anketna studija je provedena u Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Splitu tijekom vremenskog perioda od lipnja 2023. do srpnja 2023. godine.

Svi ispitanici su na vrijeme obavješteni o svrsi i ciljevima istraživanja te se ispunjavanje i predaja ispunjenog anketnog upitnika smatralo pristankom na sudjelovanje. Istraživanje je odobreno od strane Etičkog Povjerenstva Medicinskog fakulteta u Splitu (Klasa: 003-08/23-03/0015; Ur. Broj: 2181-198-03-04-23-0056, Prilog 1) te je provedeno u skladu s posljednjim smjernicama i pravilima Helsinške deklaracije (2013. godina). Nadalje, tijekom i nakon istraživanja štitili su se prava i osobni podaci ispitanika u skladu sa Zakonom o zaštiti prava bolesnika (NN 169/04, 37/08) i Zakonom o zaštiti osobnih podataka (NN 103/03-106/12) te je istraživanje provedeno u skladu s odredbama Kodeksa liječničke etike i deontologije (NN 55/08, 139/15).

3.2. Ispitanici

Istraživanje je provedeno koristeći anketni upitnik napravljen i distribuiran putem Google Forms® aplikacije. Poveznica za upitnik je proširena među studentima putem poruka i e-maila te koristeći studentske predstavnike i studente medicine, dentalne medicine i farmacije. Sudjelovanje u istraživanju je bilo dobrovoljno i anonimno.

Kriteriji uključenja:

1. Studenti u dobi od 18 do 30 godina starosti koji studiraju medicinu, dentalnu medicinu ili farmaciju na Medicinskom Fakultetu Sveučilišta u Splitu.

Kriteriji isključenja:

1. Nepotpuno ispunjen upitnik.

Anketni upitnik je ispunilo 185 studenata, međutim, zbog nezadovoljavanja kriterija uključenja/isključenja, sedam ispitanika je isključeno iz istraživanja. Konačan broj uključenih ispitanika je iznosio 178.

3.3. Upitnici

Provedena anketa se sastojala od tri dijela. Prvi je bio upitnik o sociodemografskim podacima spola, dobi, studija, godini studija, prosjeka na studiju te konzumaciji alkohola i duhanskih proizvoda. Uključena je također i stavka ekonomskog stanja u kategorijama ispod prosječne, prosječne, i iznad prosječne ekonomske situacije.

Drugi dio ankete je bio upitnik Sveučilišta u Hiroshimi – Dentalno ponašanje (engl. *Hiroshima University – Dental Behaviour Inventory*, HU-DBI). Navedeni instrument je validirani, pouzdani upitnik za ispitivanje ponašanja o oralnom zdravlju. Sastoji se od 20 tvrdnji s dihotomnim odgovorima (slažem se / ne slažem se). Ovisno o odgovoru 12 pitanja se boduje s 0 ili 1 bodom dok je 8 pitanja bez bodovne vrijednosti. Ukupni rezultat se kreće od 0 do 12 te viši rezultat označava bolju brigu o oralnom zdravlju (50).

Treći dio ankete je bio upitnik Pet faktorni opsesivno-kompulzivni upitnik – kratki oblik (engl. *five factor obsessive-compulsive inventory – short form*, FFOCI-SF). Navedeni instrument je validirani i pouzdani upitnik za ispitivanje crta ličnosti koje bi odgovarale OCPD-u. Upitnik se sastoji od 48 tvrdnji s odgovorima na Likertovoj skali u 5 točaka (jako se ne slažem; ne slažem se; niti se slažem niti se ne slažem; slažem se; jako se slažem). Odgovori se boduju od 1 do 5 te veći ukupni broj bodova označava veću tendenciju OCPD-u. Također, upitnik mjeri nekoliko zasebnih dimenzija OCPD-a (stegnutost; nefleksibilnost; dogmatizam; pefekcionizam; izbirljivost; funkcionalnost; radoholičarstvo; upornost; promišljeno razmatranje) (51). Ispitanici su svrstani u skupine sa višom (u FFOCI-SF >143) i nižom (u FFOCI-SF <143) tendencijom OKPL-u.

3.4. Statistička obrada podataka

Statistička analiza svih prikupljenih podataka je izvršena koristeći računalni program MedCalc (MedCalc Software, Ostend, Belgium, version 20.114). Sve kategorijske varijable su prikazane kao cijeli brojevi i postotak dok su kvantitativne, ovisno o normalnosti distribucije, prikazane kao aritmetička sredina \pm standardna devijacija ili kao medijan (interkvartilni raspon). Normalnost distribucije je procijenjena koristeći Kolmogorov-Smirnovljev test. Usporedba kategorijskih varijabli je izvršena koristeći hi-kvadrat test ili Fisherov egzakti test. Usporedba kvantitativnih varijabli je izvršena koristeći student t-test ili Mann-Whitney U test, ovisno o normalnosti distribucije. Korelacija je utvrđena koristeći Spermanov korelacijski test. Razina statističke značajnosti je postavljena na $p < 0,05$.

4. REZULTATI

U istraživanje je bilo uključeno 178 ispitanika, od čega 44 (24,7%) muškaraca i 134 (75,3%) žena (Tablica 1). Prosječna dob ispitanika je bila $23,1 \pm 1,9$ godina te ih je većina bila sa studija dentalne medicine 86 (48,3%). Nadalje, većina ispitanika ima prosječnu ekonomsku situaciju (75,9%) te ih većina ne konzumira duhanske proizvode (69,1%), ali ih zato većina konzumira alkohol (59,0%) (Tablica 1).

Ispitanici su podijeljeni u grupu s višom tendencijom OCDP-u te grupu s nižom tendencijom OCPD-u, ovisno o ukupnom rezultatu FFOCI-SF upitnika. Pri usporedbi osnovnih karakteristika između te dvije grupe, pronađeno da je da je grupa s višom tendencijom OCPD-u imala značajno višu dob ($p = 0,002$) te da je imala značajno višu prosječnu ocjenu na fakultetu ($p = 0,047$) (Tablica 1). Također, pronađeno je da je većina ispitanika iz grupe s višom tendencijom OCPD-u bila s prve i druge godine studija (12,2% i 20,0%) dok je većina iz grupe s nižom tendencijom bila s pete i šeste godine studija (19,3% i 40,9%) (Tablica 1).

Tablica 1. Osnovne sociodemografske karakteristike ispitivanog uzorka

Parametar	Ispitivani uzorak N=178	Viša tendencija OCDP-u FFOCI-SF>143 N=88	Niža tendencija OCPD-u FFOCI-SF<143 N=90	P
Spol (N, %)				
Muškarac	44 (24,7)	25 (27,8)	19 (21,6)	0,433*
Žena	134 (75,3)	65 (72,2)	69 (78,4)	
Dob (godina)	23,1 ± 1,9	23,5 ± 1,9	22,7 ± 1,9	0,002 [‡]
Ekonomska situacija (N, %)				
Ispod prosječna	4 (2,2)	2 (2,2)	2 (2,3)	0,298 [#]
Prosječna	135 (75,9)	64 (71,1)	71 (80,7)	
Iznad prosječna	39 (21,9)	24 (26,7)	15 (17,0)	
Studij (N, %)				
Medicina	61 (34,3)	27 (30,0)	34 (38,6)	0,459*
Dentalna medicina	86 (48,3)	47 (52,2)	39 (44,3)	
Farmacija	31 (17,4)	16 (17,8)	15 (17,0)	
Godina studija (N, %)				
1.	15 (8,4)	11 (12,2)	4 (4,5)	0,008*
2.	24 (13,5)	18 (20,0)	6 (6,8)	
3.	23 (12,9)	9 (10,0)	14 (15,9)	
4.	28 (15,7)	17 (18,9)	11 (12,5)	
5.	30 (16,9)	13 (14,4)	17 (19,3)	
6.	58 (23,6)	22 (24,4)	36 (40,9)	
Prosjek na studiju	4,0 (3,8-4,2)	4,1 (3,8-4,2)	4,0 (3,7-4,2)	0,047 [†]
Pušenje (N, %)				

Da	55 (30,9)	23 (26,1)	32 (35,6)	
Ne	123 (69,1)	65 (73,9)	58 (64,4)	0,231*
Konsumacija alkohola (N, %)				
Da	105 (59,0)	60 (68,1)	44 (48,8)	
Ne	73 (41,0)	28 (31,9)	46 (51,2)	0,039*

Svi podaci su prikazani kao cijeli brojevi (postotak), aritmetička sredina ± standardna devijacija ili kao medijan (interkvartilni raspon),

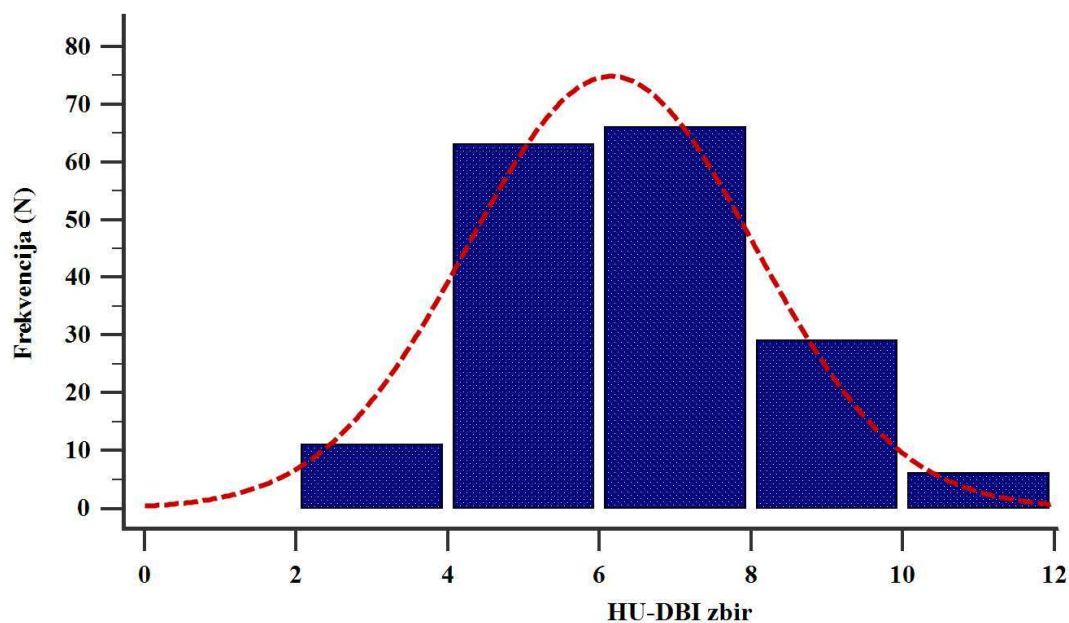
* hi-kvadrat test

Fisherov egzaktni test

† Mann-Whitney U test

‡ student t-test

Prosječni ukupni zbir upitnika HU-DBI je bio 6,0 (5,0-7,0) (Slika 5). Nadalje, najviše ispitanika se složilo da “provjerava zube u ogledalu nakon pranja” (82,6%) te da “pažljivo peru svaki od svojih zuba” (78,7%) (Tablica 2). Najviše ispitanika se nije složilo s tvrdnjama da “koriste dječju četkicu za zube” (99,4%) te da ih “smeta boja desni” (95,5%) (Tablica 2).



Slika 5. Histogram frekvencije HU-DBI zbira u ispitivanom uzorku (N=178).

Tablica 2. Rezultati HU-DBI upitnika u ispitivanom uzorku.

Parametar	Ne slažem se	Slažem se
1. Ne brinem se pri odlasku kod stomatologa.	45 (25,3)	133 (74,7)
2. Desni mi krvare kada perem zube.	167 (93,8)	11 (6,2)
3. Brinem se zbog boje svojih zuba.	110 (61,8)	68 (38,2)
4. Primijetio/la sam bijele ljepljive naslage na svojim zubima.	166 (93,3)	12 (6,7)
5. Koristim dječju četkicu za zube.	177 (99,4)	1 (0,6)
6. Mislim da si ne mogu pomoć oko toga da imam umjetne zube kada budem star/a.	151 (84,8)	27 (15,2)
7. Smeta mi boja mojih desni.	170 (95,5)	8 (4,5)
8. Mislim da mi zubi postaju gori bez obzira na redovito pranje.	142 (79,8)	36 (20,2)
9. Pažljivo perem svaki od svojih zuba.	38 (21,3)	140 (78,7)
10. Nikada nisam podučen/a od strane profesionalca kako prati zube.	122 (68,5)	56 (31,5)
11. Mislim da mogu prati zube dobro bez korištenja paste za zube.	155 (87,1)	23 (12,9)
12. Često provjeravam zube u ogledalu nakon pranja.	31 (17,4)	147 (82,6)
13. Brine me da imam loš zadah.	110 (61,8)	68 (38,2)
14. Nemoguće je prevenirati bolesti desni samo s četkanjem zubala.	144 (80,9)	34 (19,1)
15. Ođgađam odlazak zubaru dok me ne uhvati zubobolja.	144 (80,9)	31 (19,1)
16. Koristio sam boju kako bi vidio koliko su mi zubi čisti.	152 (85,4)	26 (14,6)
17. Koristim tvrdu četkicu za zube.	134 (75,3)	44 (24,7)
18. Smatram da nisam dobro oprao zube ako ih nisam izrazito jako četkao.	144 (80,9)	34 (19,1)
19. Ponekad mi se čini da mi potrebno predugo vremena za pranje zuba.	122 (68,5)	56 (31,5)
20. Moj stomatolog mi je rekao da dobro perem zube.	48 (27,0)	130 (73,0)

Svi podaci su prikazani kao cijeli brojevi (postotak).

Kratice: HU-DBI – Sveučilište u Hiroshimi – upitnik dentalnog ponašanja; FFOCI-SF – pet faktorni opsesivno-kompulzivni upitnik – kratki oblik.

Prosječni rezultat FFOCI-SF upitnika je bio 143,0 (133,0-156,0) (Tablica 3). Nadalje, najviši rezultat je bio u dimenziji „promišljenog razmatranja“ s medijanom 14,0 (12,0-16,0) i „perfekcionizma“ s medijanom 14,0 (12,0-16,0) dok je najniži rezultat bio u dimenziji „stegnutost“ s medijanom 9,0 (8,0-11,0) (Tablica 3).

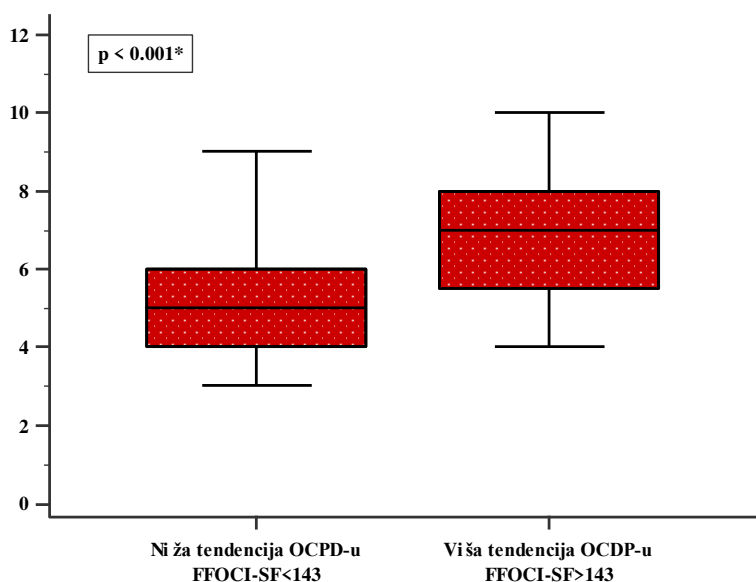
Tablica 3. Rezultati FFOCI-SF upitnika u dimenzijama za opsesije i kompulzivnost te ukupni rezultat u ispitivanom uzorku:

Parametar	Ispitivani uzorak N=178
Stegnutost	9,0 (8,0-11,0)
Nefleksibilnost	11,0 (9,0-14,0)
Dogmatizam	12,0 (10,0-13,0)
Perfekcionizam	14,0 (12,0-16,0)
Izbirljivost	13,0 (11,0-14,0)
Punkcionalnost	11,0 (9,0-13,0)
Radoholičarstvo	11,0 (9,0-13,0)
Upornost	12,0 (10,0-15,0)
Promišljeno razmatranje	14,0 (12,0-16,0)
Ukupno	143,0 (133,0-156,0)

Podaci su prikazani kao cijeli brojevi (postotak).

Kratice: FFOCI-SF – pet faktorni opsesivno-kompulzivni upitnik – kratki oblik.

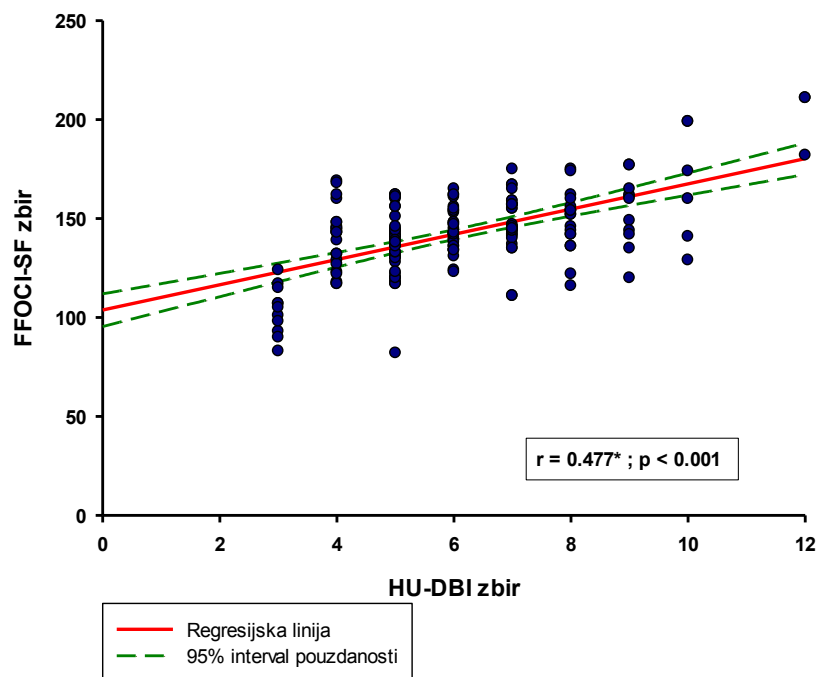
Pri komparaciji ukupnog zbira HU-DBI upitnika, pronađeno je da grupa s većom tendencijom OCPD-u ima značajno viši zbir u usporedbi s grupom s nižom tendencijom OCPD-u (7,0 (5,5-8,0) vs 5,0 (4,0-6,0); $p < 0,001$) (Slika 6). Također, pronađena je statistički značajna pozitivna korelacija između ukupnog zbira HU-DBI i ukupnog zbira FFOCI-SF ($r = 0,477$; $p < 0,001$) (Slika 7).



Slika 6. Usporedba HU-DBI zbira između grupe s višom i grupe s nižom tendencijom OCPD-u.

Kratice: HU-DBI – Sveučilište u Hiroshimi – upitnik dentalnog ponašanja; FFOCI-SF – pet faktorni opsesivno-kompulzivni upitnik – kratki oblik.

* Mann-Whitney U test



Slika 7. Korelacija između FFOCI-SF zbira i HU-DBI zbira u ispitivanom uzorku (N=178).

Kratice: HU-DBI – Sveučilište u Hiroshimi – upitnik dentalnog ponašanja; FFOCI-SF – pet faktorni opsesivno-kompulzivni upitnik – kratki oblik.

* Spearmanova korelacija

5. RASPRAVA

U istraživanju je sudjelovalo 178 sudionika. Anketu su rješile sto trideset i četiri žene i četrdeset i četiri muškarca. Prosječna dob uključenih je bila $23,1 \pm 1,9$. Većina sudionika su bili sa studija dentalne medicine, čak 48,3 %. Prosječnu ekonomsku situaciju ima 75,9% ispitanika te 69,1% ne konzumira duhanske proizvode. Unatoč tome, većina ih konzumira alkohol (59%). Mekhemer i sur. su također u svom istraživanju imali veći broj žena nego muškaraca što ukazuje na veću raspodjelu ženskog spola na području stomatološkog obrazovanja. Među njihovim studentima žene su pokazale veću brigu o oralnom zdravlju (52). Pušenje se smatra prijatnijom oralnom i cjelokupnom sustavnom zdravlju. Stomatolozi i ostali stručnjaci za oralno zdravlje igraju bitnu ulogu u promicanju prestanka pušenja među svojim pacijentima. U istraživanju Mekhemera i sur. prevalencija pušenja je bila niska što je bilo ekvivalentno rezultatima dobivenima i u ovoj studiji (52). Riad A. je također dobio iste rezultate koji su u skladu sa onim što je istraženo u Litvi, Latviji, Njemačkoj i Turskoj. Napravio je multinacionalnu presječnu studiju i analizu literature od 2000.-2020. godine o znanjima, stavovima i ponašanju arapskih studenata stomatologije u vezi sa oralnim zdravljem. U pregledni rad je uključio Libanon, Siriju i Tunis. U Libanonu nisu pronađene značajne razlike između muškaraca i žena u pogledu njihovih odgovora na HU-DBI upitniku. Najnižu ocjenu je imala prva godina, a najvišu peta i šesta godina. Pušači su imali značajno više rezultate od nepušača. Studenti pušači su bili značajno više zabrinuti zbog boje svojih zuba i halitoze (53).

U istraživanju su korištena dva upitnika, HU-DBI upitnik za procjenu oralnog zdravlja i FFOCI-SF upitnik koji ispituje OCPD, a rezultate smo distribuirali oko 9 čimbenika: 1. stegnutost, 2. nefleksibilnost, 3. dogmatizam, 4. perfekcionizam, 5. izbirljivost, 6. funkcionalnost, 7. radoholičarstvo, 8. upornost, 9. promišljeno razmatranje te njihov ukupan zbroj.

Prosječni ukupni rezultat HU-DBI upitnika je bio 6,0 (5,0-7,0) što pokazuje da je većina studenata dobro informirana o održavanju oralnog zdravlja te da se pridržavaju potrebnih mjera u svrhu njegova očuvanja. Unatoč rezultatima, dodatne edukacije o oralnom zdravlju i motiviranje pacijenata na održavanje oralne higijene nije na odmet. Također u ovom slučaju, opsesivno-kompulzivne crte ličnosti pokazale su pozitivnu povezanost sa održavanjem oralne higijene i brige o oralnom zdravlju pojedinca. Statistički to predstavlja pozitivnu značajnu korelaciju između ukupnog rezultata na HU-DBI i FFOCI-SF upitnicima, što znači da će studenti sa višim zbirom na opsesivno-kompulzivnom upitniku bolje održavati

oralnu higijenu, a oni koji imaju tendenciju boljem održavanju higijene imaju veću sklonost kompulzijama i opsesijama.

Čak 82,6 % ispitanika se izjasnilo da provjerava izgled zuba u ogledalu nakon pranja i da detaljno peru svaki od svojih zuba. Samo jedan ispitanik je koristio dječju četkicu za zube, a osam ispitanika nisu sretni sa bojom svojih desni. Naime, 74,7% studenata se ne brinu pri odlascima kod stomatologa te 74,0% dobilo pohvalu stomatologa rekao jer dobro održavaju oralnu higijenu. Također, 93,8% se nisu slagali oko toga da im desni krvare dok peru zube, 93,3% nisu primijetili bijele ljepljive naslage na zubima te smatraju da si mogu pomoći oko toga da kada budu stari, zadrže svoje prirodne zube. Sa korištenjem plak-relevatora je bilo poznato dvadeset šest studenata. Unatoč tome, 80,9% ispitanih se nije složilo sa tvrdnjama poput „Oglašam odlazak stomatologu dok me ne uhvati zubobolja“, „Nemoguće je prevenirati bolesti desni samo s četkanjem“, te „Smatram da nisam dobro oprao zube ako ih nisam izrazito jako četkao“. Rezultati pokazuju da su 68.5 % studenata čak bili podučeni od strane stručnjaka kako prati zube što je zadovoljavajuć broj. U istraživanju Mekhemera i sur. između skupine pretkliničkih i kliničkih studenata ukupni srednji rezultat HU-DBI koji favorizira dobru oralnu higijenu je bio neznatno viši u pretkliničkih studenata ($14,62 \pm 0,42$) u odnosu na studente klinike ($14,31 \pm 0,43$) bez statističke značajnosti. Žene su pokazale značajno viši HU-DBI rezultat od muškaraca (52).

U ovom istraživanju jedanaest sudionika ima nuspojavu krvarenja desni tijekom pranja zuba. Iste takve rezultate su dobili i Mekhemer i Riad (52, 53). Većina koristi mekanu četkicu za zube što je također dokazano i u Mekhemerovom istraživanju (52).

Al-wahadmi je 2004. godine otkrila značajne razlike između studenata oralne kirurgije, dentalnih higijeničara i dentalnih tehničara na taj način ističući da postoji uloga nastavnog plana i programa u oblikovanju stavova i ponašanja studenata (54). Al-omiri i sur. su 2012. otkrili da studentice i studenti kliničkog studija imaju bolje stavove i načine održavanja oralnog zdravlja od pretkliničkih studenata (55). Slično tome, studenti stomatologije u Kuvajtu su imali bolje oralne navike i znanja o oralnom zdravlju od drugih studenata srodnih profesija, te je utvrđena razlika između muškaraca i žena koje su imale znatno više razine znanja o oralnom zdravlju (56). Rahman i sur. su 2013. pokazali da su bolja informiranost o oralnom zdravlju bili značajno povezani sa nižim rezultatima plak-indeksa i manjim krvarenjem gingive (57).

U našem istraživanju prosječni rezultat FFOCI-SF upitnika je bio 143 (133-156). Najviši rezultat je bio u dimenzijama „promišljenog razmatranja“ i „perfekcionizma“. Najniže rezultate smo dobili u dimenziji stegnutosti. Za nefleksibilnost, funkcionalnost i radoholičarstvo smo imali rezultat 11,0, za izbirljivost 13,0 (11,0-14,0), za upornost i dogmatizam 12,0. U studiji Aluja A. tristo osamdeset studenata je ispunilo FFOCI obrazac. Rezultati su podržali valjanost FFOCI obrasca kao mjere OCPD-a i pomoći identificiranja razlika osoba s OCPD-om (58). Ansell u svom istraživanju koristi DIPD-IV, polustrukturirani dijagnostički intervju. To zahtjeva prisutnost kriterija OCPD-a najmanje dvije godine, koji moraju biti karakteristični za osobu tijekom cijelog njezinog odraslog života. Kriterije za OCPD ili značajke na OCPD (jedan kriterij manje) je ispunilo četrdeset sedam sudionika. Perfekcionizam i rigidnost nude teoretski značajne čimbenike s prihvatljivim uklapanjem koji održavaju temeljne maladaptivne dimenzije unutar OCPD-a (59). Iste značajke su pokazale važnost i u ovom istraživanju.

Halmi je u svom istraživanju opisala perfekcionizam i opsesivnost kao temeljne značajke poremećaja hranjenja, no priroda njihovog odnosa ostaje nepoznata. Dokazala je da je perfekcionizam više povezan sa opsesivno-kompulzivnim simptomima osobnosti nego sa OKP-om, a uparivanje perfekcionizma sa OCPD-om je relevantna značajka ponašanja u podlozi ranjivosti na poremećaje prehrane (60). Perfekcionizam se našao na vrhu kao glavna osobina studenata i u ovoj studiji.

Prema Schmahl-u OCPD je poremećaj osobnosti koji je češći kod starijih i niže obrazovanih osoba, ali isto tako govori kako su obrasci pojavljivanja nedosljedni te mogu biti povezani s drugim čimbenicima poput stresa (61). Iako nije istražena povezanost sa stresom povećana je zastupljenost studenata sa crtama ličnosti vezanim uz OCPD i u ovom istraživanju.

Studija ima svojih ograničenja pošto su u istraživanje bili uključeni samo studenti medicine, dentalne medicine i farmacije Medicinskog Fakulteta u Splitu što znači da bi rezultati mogli biti drugačiji da je bilo uključeno više različitih fakulteta, odnosno da je istraživanje provedeno multicentrično. Uzorak je relativno malen te presječni dizajn istraživanja ne daje mogućnost davanja kauzalnih zaključaka. Također, nije bilo moguće isključiti sve zbunjujuće čimbenik koji su potencijalno mogli utjecati na interpretaciju rezultata. S obzirom da su glavni instrumenti istraživanja bili upitnici, postoji mogućnost da se neki od ispitanika nisu dobro prisjetili pri odgovaranju te da nisu odgovarali iskreno. Međutim, s obzirom da su ispitivana

populacija bili studenti biomedicinskih studija koji imaju izrazite etičke vrijednosti, smatramo da ova limitacija nije izražena.

6. ZAKLJUČCI

Ovim istraživanjem je dokazana povezanost između opsesivno-kompulzivnih crta ličnosti i kvalitete oralnog zdravlja.

1. Pronađena je statistički značajna pozitivna korelacija između ukupnih rezultata HU-DBI i ukupnih rezultata FFOCI-SF upitnika.
2. Grupa s višom tendencijom OCPD-u ima bolju razinu održavanja oralnog zdravlja u usporedbi s grupom s nižom tendencijom OCPD-u.
3. Grupa s višom tendencijom OCPD-u ima značajno veći prosjek ocjena na fakultetu.
4. Većina ispitanika s višom tendencijom OCPD-u su studenti s 1. i 2. godine studija, dok je grupa s nižom tendencijom većinom s 5. i 6. godine studija.

7. POPIS CITIRANE LITERATURE

1. Gill SA, Quinonez RB, Deutchman M, Conklin CE, Rizzolo D, Rabago D, et al. Integrating Oral Health into Health Professions School Curricula. *Med Educ Online*. 2022;27(1):2090308.
2. Fiorillo L. Oral Health: The First Step to Well-Being. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(10).
3. Hescot P. The New Definition of Oral Health and Relationship between Oral Health and Quality of Life. *Chin J Dent Res*. 2017;20(4):189-92.
4. Kapila YL. Oral health's inextricable connection to systemic health: Special populations bring to bear multimodal relationships and factors connecting periodontal disease to systemic diseases and conditions. *Periodontol 2000*. 2021;87(1):11-6.
5. Arigbede AO, Babatope BO, Bamidele MK. Periodontitis and systemic diseases: A literature review. *J Indian Soc Periodontol*. 2012;16(4):487-91.
6. Pakkhesal M, Riyahi E, Naghavi Alhosseini A, Amdjadi P, Behnampour N. Impact of dental caries on oral health related quality of life among preschool children: perceptions of parents. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):68.
7. Dye BA. The Global Burden of Oral Disease: Research and Public Health Significance. *J Dent Res*. 2017;96(4):361-3.
8. Singh A, Peres MA, Watt RG. The Relationship between Income and Oral Health: A Critical Review. *J Dent Res*. 2019;98(8):853-60.
9. Edelstein BL. Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. *Ambul Pediatr*. 2002;2(2 Suppl):141-7.
10. Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, et al. Dental caries. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17030.
11. Kazeminia M, Abdi A, Shohaimi S, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Salari N, et al. Dental caries in primary and permanent teeth in children's worldwide, 1995 to 2019: a systematic review and meta-analysis. *Head Face Med*. 2020;16(1):22.

12. Zhang SZ, Xie L, Shang ZJ. Burden of Oral Cancer on the 10 Most Populous Countries from 1990 to 2019: Estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(2).
13. Markopoulos AK. Current aspects on oral squamous cell carcinoma. *Open Dent J*. 2012;6:126-30.
14. Ma'aita JK. Oral cancer in Jordan: a retrospective study of 118 patients. *Croat Med J*. 2000;41(1):64-9.
15. Kazmi F, Alkait S, Alghamdi H, Alhussain G, Tabassum A. Assessing Knowledge, Attitude and Practices for Oral Squamous Cell Carcinoma among Health Care Professionals in Princess Nourah University, Riyadh, KSA. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2020;21(2):539-45.
16. Wong FMF, Ng YTY, Leung WK. Oral Health and Its Associated Factors Among Older Institutionalized Residents-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(21).
17. Kane SF. The effects of oral health on systemic health. *Gen Dent*. 2017;65(6):30-4.
18. Alrashdi M, Limaki ME, Alrashidi A. Oral Health Knowledge Gaps and Their Impact on the Role of Pediatricians: A Multicentric Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19).
19. Khan L. Dental Care and Trauma Management in Children and Adolescents. *Pediatr Ann*. 2019;48(1):e3-e8.
20. Al Suwyed AS, Al Zoman KH, Robert AA, Al-Nowaiser AM, Alabdely MH, Al Mubarak S. The silent epidemic of common oral diseases among the Arab population: An emerging health problem. *J Family Med Prim Care*. 2021;10(8):2768-74.
21. Slade GD. Oral health-related quality of life is important for patients, but what about populations? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012;40 Suppl 2(0 2):39-43.
22. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(6):401-11.
23. Raphael C. Oral Health and Aging. *Am J Public Health*. 2017;107(S1):S44-s5.

24. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Rebelo MA. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Cien Saude Colet*. 2011;16 Suppl 1:1007-15.
25. Lauritano D, Moreo G, Della Vella F, Di Stasio D, Carinci F, Lucchese A, et al. Oral Health Status and Need for Oral Care in an Aging Population: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22).
26. Hujoel PP, Lingström P. Nutrition, dental caries and periodontal disease: a narrative review. *J Clin Periodontol*. 2017;44 Suppl 18:S79-s84.
27. Grant JE, Chamberlain SR. Obsessive compulsive personality traits: Understanding the chain of pathogenesis from health to disease. *J Psychiatr Res*. 2019 Sep;116:69-73. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.06.003. Epub 2019 Jun 7. PMID: 31202047; PMCID: PMC7099944.
28. Reddy MS, Vijay MS, Reddy S. Obsessive-compulsive (Anankastic) Personality Disorder: A Poorly Researched Landscape with Significant Clinical Relevance. *Indian J Psychol Med*. 2016 Jan-Feb;38(1):1-5. doi: 10.4103/0253-7176.175085. PMID: 27011394; PMCID: PMC4782437.
29. Standard Edition Vol 9: Jensen's "Gradiva" and Other Works (1906-1908) by Sigmund Freud [Internet]. Karnac Books. [cited 2015 Oct 27]; Available from: www.karnacbooks.com/product/standard-edition-vol-9-jensens-gradiva-and-other-works-1906-1908/6878/ [Google Scholar]
30. Fineberg NA, Day GA, de Koenigswarter N, Reghunandanan S, Kolli S, Jefferies-Sewell K, et al.. The neuropsychology of obsessive-compulsive personality disorder: a new analysis. *CNS Spectr*. (2015) 20:490–9. 10.1017/S1092852914000662 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
31. Volkert J, Gablonski TC, Rabung S. Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. (2018) 213:709–15. 10.1192/bjp.2018.202 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
32. Ansell EB, Pinto A, Crosby RD, Becker DF, Añez LM, Paris M, et al.. The prevalence and structure of obsessive-compulsive personality disorder in Hispanic psychiatric outpatients. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. (2010) 41:275–81. 10.1016/j.jbtep.2010.02.005 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

33. Diedrich A, Voderholzer U. Obsessive-compulsive personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(2):2.
34. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. Arlington, VA: American Psychiatric Pub; (2013). [Google Scholar]
35. van den Heuvel OA, van Wingen G, Soriano-Mas C, Alonso P, Chamberlain SR, Nakamae T, Denys D, Goudriaan AE, Veltman DJ. Brain circuitry of compulsivity. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2016 May;26(5):810-27. doi: 10.1016/j.euroneuro.2015.12.005. Epub 2015 Dec 11. PMID: 26711687.
36. Reddy MS, Vijay MS, Reddy S. Obsessive-compulsive (Anankastic) Personality Disorder: A Poorly Researched Landscape with Significant Clinical Relevance. *Indian J Psychol Med.* 2016 Jan-Feb;38(1):1-5. doi: 10.4103/0253-7176.175085. PMID: 27011394; PMCID: PMC4782437.
37. World Health Organization *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. WHO, 1992. (<http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>). [Google Scholar]
38. Rowland TA, Jain AK, Panchal R. Living with obsessional personality. *BJPsych Bull.* 2017 Dec;41(6):366-367. doi: 10.1192/pb.41.6.366a. PMID: 29234518; PMCID: PMC5709690.
39. Phillipson S. The right stuff obsessive-compulsive personality disorder: a defect of philosophy, not anxiety. *OCD Online*, 2016. Available at: <https://www.ocdonline.com/the-right-stuff>. [Google Scholar]
40. Jukić, V. & Arbanas, G. (ur.) (2014) *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje, DSM-5*. Jasrebarsko, Naklada Slap.
41. Medeiros GC, Grant JE. Gambling disorder and obsessive-compulsive personality disorder: A frequent but understudied comorbidity. *J Behav Addict.* 2018;7(2):366-74.
42. Chamberlain SR, Redden SA, Stein DJ, Lochner C, Grant JE. Impact of obsessive-compulsive personality disorder symptoms in Internet users. *Ann Clin Psychiatry.* 2017;29(3):173-81.
43. Starcevic V, Brakoulias V. New diagnostic perspectives on obsessive-compulsive personality disorder and its links with other conditions. *Curr Opin Psychiatry.* 2014;27(1):62-7.

44. Fineberg NA, Day GA, de Koenigswarter N, Reghunandanan S, Kolli S, Jefferies-Sewell K, et al. The neuropsychology of obsessive-compulsive personality disorder: a new analysis. *CNS Spectr*. 2015;20(5):490-9.
45. Wheaton MG, Pinto A. The role of experiential avoidance in obsessive-compulsive personality disorder traits. *Personal Disord*. 2017;8(4):383-8.
46. Ansseau M. Serotonergic antidepressants in obsessive personality. *Encephale*. 1996;22:309–10. [Google Scholar]
47. Barber JP, Morse JQ, Krakauer ID, Chittams J, Crits-Christoph K. Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy*. 1997;34:133–43. [Google Scholar]
48. Enero C, Soler A, Ramos I, Cardona S, Guillamat R, Valles V. Distress level and treatment outcome in obsessive-compulsive personality disorder (OCPD) *Eur Psychiatry*. 2013;28:1. [Google Scholar]
49. Maraone A, Tarsitani L, Frascarelli M, Petrini F, Roselli V, Tinè M, et al. Psychic euosmia among obsessive-compulsive personality disorder patients: A case control study. *World J Psychiatry*. 2021;11(2):50-7.
50. Kawamura M. [Dental behavioral science. The relationship between perceptions of oral health and oral status in adults]. *Hiroshima Daigaku Shigaku Zasshi*. 1988;20(2):273-86.
51. Griffin SA, Suzuki T, Lynam DR, Crego C, Widiger TA, Miller JD, et al. Development and Examination of the Five-Factor Obsessive-Compulsive Inventory-Short Form. *Assessment*. 2018;25(1):56-68.
52. Mekhemar M, Conrad J, Attia S, Dörfer C. Oral Health Attitudes among Preclinical and Clinical Dental Students in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(12).
53. Riad A, Pöld A, Olak J, Howaldt HP, Klugar M, Krsek M, et al. Estonian Dental Students' Oral Health-Related Knowledge, Attitudes and Behaviours (KAB): National Survey-Based Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3).

54. Al-Wahadni AM, Al-Omiri MK, Kawamura M. Differences in self-reported oral health behavior between dental students and dental technology/dental hygiene students in Jordan. *J Oral Sci.* 2004;46(3):191-7.
55. Al-Omiri MK, Barghout NH, Shaweesh AI, Malkawi Z. Level of education and gender-specific self-reported oral health behavior among dental students. *Oral Health Prev Dent.* 2012;10(1):29-35.
56. Ali DA. Assessment of oral health attitudes and behavior among students of Kuwait University Health Sciences Center. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2016;6(5):436-46.
57. Rahman B, Kawas SA. The relationship between dental health behavior, oral hygiene and gingival status of dental students in the United Arab Emirates. *Eur J Dent.* 2013;7(1):22-7.
58. Crego C, Samuel DB, Widiger TA. *FFOCI and Other Measures and Models of OCPD.* Sage Journals. 2014
59. Ansell EB, Pinto A, Edelen MO, Grilo CM. Structure of diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition criteria for obsessive-compulsive personality disorder in patients with binge eating disorder. *Can J Psychiatry.* 2008;53(12):863-7.
60. Halmi KA, Tozzi F, Thornton LM, Crow S, Fichter MM, Kaplan AS, et al. The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2005;38(4):371-4.
61. Diedrich A, Voderholzer U. *Obsessive-Compulsive Personality Disorder: a Current Review.* Springer link. 2015.

8. SAŽETAK

Ciljevi: Cilj ovoga istraživanja je ispitati poveznicu tendencije OCPD-u te njegovu moguću poveznicu s kvalitetom oralnog zdravlja u studenata biomedicinskih studija.

Materijali i metode: U ispitivanju je sudjelovalo 178 studenata medicine, dentalne medicine i farmacije Medicinskog fakulteta u Splitu od 1. do 6. godine. Anketa je napravljena u obliku Google forms obrasca te je u potpunosti bila anonimna. U prvom dijelu sakupljeni su opći podaci studenata. Korišten je HU-DBI upitnik dentalnog ponašanja u 2.-om dijelu te FFOCI-SF- pet faktorni opsesivno-kompulzivni upitnik-kratka forma u 3.-em dijelu. Ukupni rezultati su dobiveni zbirom HU-DBI upitnika i zbirom rezultata FFOCI-SF upitnika te njihovom međusobnom usporedbom.

Rezultati: Prosječna dob ispitanika je bila $23 \pm 1,9$. Većina ih konzumira alkohol, iako ne konzumiraju duhanske proizvode. Prosječni ukupni zbir upitnika HU-DBI je 6,0 (5,0-7,0). Najviše ispitanika se složilo da pregledavaju zube nakon oranja te da ih pažljivo peru. Samo jedna osoba od 178 studenata koristi dječju četkicu za zube. Prosječni rezultat FFOCI-SF upitnika je bila vrijednost od 143,0 (133,0-156,0). „Promišljeno razmatranje“ i „perfekcionizam“ su bile dimenzije sa najvišim rezultatima.

Zaključak: Uspoređujući ukupne rezultate HU-DBI upitnika i ukupne rezultate FFOCI-SF upitnika pronađena je pozitivna statistički bitna poveznica između studenata sa većom tendencijom OCPD-u i boljim pridržavanjem provođenja oralne higijene, dok je skupina sa nižom tendencijom OCPD-u imala niže HU-DBI rezultate.

9. SUMMARY

Diploma thesis title: Tendencies to obsessive-compulsive behavior and its relationship with maintenance of oral health in biomedical students

Objectives: The purpose of this research was to investigate OCPD tendencies and its possible connection with the quality of oral health among biomedical students.

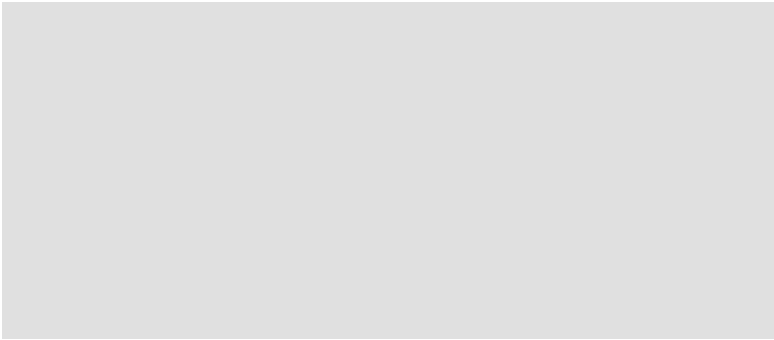
Materials and methods: 178 students of medicine, dental medicine and pharmacy, from the 1st to the 6th year, of the Faculty of Medicine in Split participated in the study. The survey was made in the form of a Google forms and was completely anonymous. The general data of the students were collected in the first part of the questionnaire. The HU-DBI dental behaviour questionnaire was used in the second part and the FFOCI-SF -five factor obsessive-compulsive questionnaire-short form, in the third part. Results were obtained from the total collection of the HU-DBI questionnaire results and total collection of FFOCI-SF results and their mutual comparison.

Results: The average age of the subjects was $23 \pm 1,9$. Most of them consume alcohol, although they do not consume tobacco products. The average total score of HU-DBI questionnaire is 6.0 (5.0-7.0). Most respondents agreed they check on their teeth after brushing and that they brush them carefully. Only one person out of 178 students uses a children's toothbrush. The mean score of FFOCI-SF questionnaire was 143.0(133.0-156.0). „Thoughtful consideration“ and „perfectionism“ were dimensions with highest scores.

Conclusion: Comparing the total results of the HU-DBI questionnaire and the total results of the FFOCI-SF questionnaire, statistically positive and significant link was found between students with a greater tendency to OCPD and better adherence to oral hygiene, while the group with a lower tendency to OCPD had lower HU-DBI scores.

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNİ PODACI



Obrazovanje:

2003.-2011. OŠ Antuna Mihanovića Petropoljskog, Drniš

2011.-2015. SŠ Ivana meštovića, Drniš

2015.-2017. Sveučilište u Splitu, PMF, studij nutricionizma

2017.-2023. Sveučilište u Splitu. MEFST, dentalna medicina

2002.-2011. Pučko otvoreno učilište Drniš, tečaj engleskog jezika

2005.-2011. Osnovna glazbena škola Krsto Odak, Drniš

2008.-2015. TO Krsto Odak, Drniš

2020. Cambridge certifikat – C1 razina, engleski jezik

Strani jezici:

Engleski jezik

Talijanski jezik

Aktivnosti:

Sudjelovanje na „PRF“ radionici, Livia Cigić

Sudjelovanje na iTOP Introductory tečaju, Split