



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Αξιολόγηση και σύγκριση των γνώσεων
συνηθειών και αντιλήψεων αναφορικά
με τη στοματική υγεία και υγιεινή
μεταξύ των γενικών ιατρών και των
οδοντιατρικών ασθενών**

Ανδρούλα Αγγελίδου - Γαλάζη

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Όλγα Σίσκου

Λευκωσία, Σεπτέμβριος 2012



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Αξιολόγηση και σύγκριση των γνώσεων
συνηθειών και αντιλήψεων αναφορικά
με την στοματική υγεία και υγιεινή
μεταξύ των γενικών ιατρών και των
οδοντιατρικών ασθενών**

Ανδρούλα Αγγελίδου - Γαλάζη

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Όλγα Σίσκου

Λευκωσία, Σεπτέμβριος 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

1.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
2.	ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	14
2.1	Εννοιολογική προσέγγιση	14
2.2	Στοματική υγεία και ποιότητα ζωής	14
2.3	Παθήσεις του στόματος	15
2.3.1	Τερηδόνα	15
2.3.2	Ουλίτιδα – Περιοδοντίτιδα	17
2.3.3	Καρκίνος της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα και ο ρόλος των γενικών ιατρών.....	18
2.3.4	Τραυματισμοί	19
2.3.5	Στοματικές εκδηλώσεις συστηματικών νοσημάτων	19
3.	ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	21
3.1	Κοινοί παράγοντες κινδύνου στοματικών και γενικών νοσημάτων	21
3.2	Στοματική υγεία και γενικά νοσήματα	22
3.2.1	Σακχαρώδης διαβήτης	22
3.2.1.1	Σακχαρώδης διαβήτης και Περιοδοντική νόσος	23
3.2.1.2	Σακχαρώδης διαβήτης και ξηροστομία	24
3.2.1.3	Σακχαρώδης διαβήτης και λοιμώξεις του στόματος	24
3.2.2	Στοματική υγεία στα άτομα 65 ετών και άνω	24
4.	ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ	26
4.1	Ο ρόλος της ΠΦΥ	26
4.2	Η ΠΦΥ στην Κύπρο	26
4.2.1	Η παροχή ΠΦΥ από το Δημόσιο Τομέα	26
4.2.1.1	Διαχείριση ασθενών με γενικά νοσήματα στα πλαίσια της ΠΦΥ	27
4.3	Οδοντιατρική φροντίδα στην Κύπρο	28
4.3.1	Οδοντιατρικές Υπηρεσίες του Δημόσιου Τομέα	29
4.3.1.1	Η παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών	29
4.3.1.2	Οι δραστηριότητες των Οδοντιατρικών Υπηρεσιών (Ο.Υ.)	30
4.3.1.3	Πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα και πρόληψη	30

4.3.1.4	Οδοντιατρικές Κλινικές	31
5.	ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	32
5.1	Γνώσεις και συμπεριφορά των ιατρών και ασθενών	32
5.2	Γνώσεις και συμπεριφορά των ασθενών	34
5.3	Γνώσεις και συμπεριφορά των ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας	39
5.4	Ορθές πρακτικές στοματικής υγιεινής	41
6.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	44
6.1	Σκοπός της έρευνας	44
6.2	Οι επί μέρους στόχοι της έρευνας	44
6.3	Σχεδιασμός της μελέτης	45
6.4	Περιγραφή του δείγματος και της δειγματοληπτικής μεθόδου	45
6.5	Το ερωτηματολόγιο	47
6.6	Πιλοτική εφαρμογή	49
6.7	Διαδικασία συλλογής δεδομένων	49
6.8	Τήρηση κανόνων βιοηθικής	50
6.9	Περιορισμοί της μελέτης	51
6.10	Στατιστική ανάλυση	51
7.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	54
7.1	Ασθενείς	54
7.1.1	Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά	54
7.1.2	Συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο και αντιλήψεις αναφορικά με τη στοματική υγεία	56
7.1.3	Γνώσεις αναφορικά με τη στοματική υγεία	58
7.1.4	Βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία	59
7.1.5	Παράγοντες που επηρεάζουν τη βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία	61
7.1.5.1	Διμεταβλητή ανάλυση	61
7.1.5.2	Πολυμεταβλητή ανάλυση	62
7.1.6	Παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο	64
7.1.6.1	Διμεταβλητή ανάλυση	64
7.1.6.2	Πολυμεταβλητή ανάλυση	65
7.2	Ιατροί	67
7.2.1	Δημογραφικά χαρακτηριστικά	67
7.2.2	Αντιλήψεις αναφορικά με τη στοματική υγεία	67

7.2.3	Στάσεις αναφορικά με τη στοματική υγεία	68
7.2.4	Γνώσεις αναφορικά με τη στοματική υγεία	70
7.2.5	Γνώσεις αναφορικά με τις επιπλοκές που προκαλούν τα φάρμακα στη στοματική κοιλότητα	71
7.2.6	Βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία	72
7.2.7	Παράγοντες που επηρεάζουν τη βαθμολογία γνώσεων των ιατρών	74
7.2.7.1	Διμεταβλητή ανάλυση	74
7.2.7.2	Πολυμεταβλητή ανάλυση	75
7.2.8	Παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο	76
7.2.8.1	Διμεταβλητή ανάλυση	76
7.3	Σύγκριση μεταξύ ασθενών και ιατρών αναφορικά με τη βαθμολογία γνώσεων για τη στοματική υγεία	77
7.4	Σύγκριση μεταξύ ασθενών και ιατρών αναφορικά με τη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο	78
8.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	79
8.1	Αξιολόγηση των αντιλήψεων των ασθενών αναφορικά με τη στοματική υγεία	79
8.2	Αξιολόγηση των γνώσεων των ασθενών αναφορικά με τη στοματική υγεία	80
8.3	Παράγοντες που επηρεάζουν την συχνότητα επίσκεψης των ασθενών στον οδοντίατρο	83
8.4	Αντιλήψεις των ιατρών αναφορικά με τη στοματική υγεία	84
8.5	Στάσεις των ιατρών αναφορικά με τη στοματική υγεία	85
8.6	Αξιολόγηση των γνώσεων των ιατρών σχετικά με τη στοματική υγεία	85
8.7	Σύγκριση μεταξύ ασθενών και ιατρών αναφορικά με τη βαθμολογία για τη στοματική υγεία	88
8.8	Σύγκριση μεταξύ ασθενών και ιατρών αναφορικά με τη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο	88
9.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	90
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	92
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Ερωτηματολόγιο για ασθενείς	101
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Ερωτηματολόγιο για ιατρούς	105
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Επιστολή Επιτρόπου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων	110
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: Επιστολή Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου	111
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5: Απόφαση Επιστημονικής Επιτροπής Προώθησης Ερευνών ΥΥ	112

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες, τη διευθύντρια, τους οδοντιάτρους και το προσωπικό που βοήθησε στη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων καθώς επίσης και τους ασθενείς και τους συναδέλφους γενικούς ιατρούς της ΠΦΥ που διέθεσαν μέρος από τον χρόνο τους για να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια για τους σκοπούς της έρευνας.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Όλγα Σίσκου για την πολύτιμη βοήθεια και τη συμπαράσταση της κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διατριβής.

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΓΕΣΥ: Γενικό Σχέδιο Υγείας

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης

ΤΑΕΠ: Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών

ADA: American Diabetic Association

CPITN: Community Periodontal Index Treatment Need

DMFT: Decayed, Missing, Filled, Teeth

HIV/AIDS: Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome

NDEP: National Diabetes Education Program

OGTT: Oral Glucose Tolerance Test

SPSS: Statistical Package of Social Science

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η στοματική υγεία έχει άμεση σχέση με τη γενική υγεία και αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ποιότητα ζωής. Τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές ερευνητικές εργασίες για τη διερεύνηση και συσχέτιση των στοματικών παθήσεων, π.χ. περιοδοντικής νόσου, με συστηματικές παθήσεις όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ). Το επίπεδο των γνώσεων και αντιλήψεων των γενικών ιατρών και ασθενών αναφορικά με τη στοματική υγεία διαπιστώνεται από τη βιβλιογραφία ότι δεν είναι ικανοποιητικό και θα πρέπει να διερευνηθεί καθώς υπάρχει συσχέτιση μεταξύ στοματικής και γενικής υγείας.

Ο σκοπός της εργασίας ήταν διττός. Αποσκοπούσε στην αξιολόγηση του βαθμού εφαρμογής στην Κύπρο της αρχής της ολιστικής και ανθρωποκεντρικής αντιμετώπισης των οδοντιατρικών ασθενών με γενικά νοσήματα από τους γενικούς ιατρούς στα πλαίσια της ΠΦΥ, και παράλληλα είχε ως στόχο τη σύγκριση των γνώσεων, συνηθειών και αντιλήψεων των ασθενών και ιατρών αναφορικά με τη στοματική υγεία. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση δύο δομημένων ερωτηματολογίων με κλειστές ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν, σε συνεννόηση με την ερευνήτρια, από συνεργαζόμενους οδοντιάτρους προσωπικά στους οδοντιατρικούς ασθενείς με γενικά νοσήματα και στους ιατρούς της ΠΦΥ. Το δείγμα αποτέλεσαν 547 ασθενείς με γενικά νοσήματα οι οποίοι προσέρχονταν για επίσκεψη στον οδοντίατρο, και 94 ιατροί οι οποίοι εργάζονται στα κέντρα υγείας της ΠΦΥ, τα οποία επισκέπτεται οδοντίατρος. Η έρευνα διήρκεσε από τις αρχές Μαρτίου μέχρι το τέλος Απριλίου, 2012. Πριν την τελική έρευνα έγινε πιλοτική εφαρμογή, η οποία διεξήχθη σε δείγμα 19 ιατρών της ΠΦΥ στα κέντρα υγείας Στροβόλου και Λευκωσίας και 25 ασθενών στο κέντρο υγείας Στροβόλου, από 15/02/2012 μέχρι 25/02/2012. Οι ασθενείς που χρειάζονταν βοήθεια για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου την είχαν από συνεργαζόμενους οδοντιάτρους, ενώ οι ιατροί το συμπλήρωναν μόνοι τους.

Η στατιστική επεξεργασία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (Statistical Package of Social Science) version 19. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν δείχνουν ότι αναφορικά με τους ασθενείς, οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους άντρες ($p=0,03$) καθώς επίσης οι ασθενείς με ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο ($p<0,001$),

όπως και αυτοί που ελάμβαναν ενημέρωση από τους ιατρούς για τη σημασία της στοματικής υγείας ($p<0,001$), και οι υπάλληλοι σε σχέση με τους αγρότες / εργάτες ($p<0,001$).

Αναφορικά με την επίσκεψη στον οδοντίατρο οι γυναίκες επισκέπτονταν 2 φορές συχνότερα εντός 6-12 μηνών σε σχέση με τους άντρες ($p=0,001$), οι ασθενείς με ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο επισκέπτονταν 4,4 φορές συχνότερα σε σχέση με τους ασθενείς με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο ($p<0,01$), ενώ αυτοί που είχαν ενημερωθεί από τους ιατρούς για τη σημασία της στοματικής υγείας επισκέπτονταν 1,9 φορές συχνότερα τον οδοντίατρο εντός 6-12 μηνών ($p=0,005$).

Αναφορικά με τη μέση τιμή της βαθμολογίας των γνώσεων των ιατρών κατά την πολυμεταβλητή ανάλυση προέκυψε ότι η ειδικοί παθολόγοι είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία γνώσεων σε σχέση με τους γενικούς ιατρούς κατά 0,9 μονάδες ($p=0,02$) ενώ η αύξηση της ηλικίας των ιατρών κατά ένα έτος σχετιζόταν με μείωση της βαθμολογίας κατά 0,05 μονάδες ($p=0,003$). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της συχνότητας επίσκεψης των ιατρών στον οδοντίατρο με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Η μέση βαθμολογία των γνώσεων των γενικών ιατρών ήταν 6,4 και των ασθενών 3,7, με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική ($p<0,001$).

Στη μελέτη διαπιστώθηκε ότι το επίπεδο των γνώσεων συνηθειών και αντιλήψεων των ιατρών και των οδοντιατρικών ασθενών αναφορικά με τη στοματική υγεία δεν είναι ικανοποιητικό, με τα ευρήματα να συμφωνούν με αρκετές διεθνείς μελέτες. Τα αποτελέσματα πρέπει να χρησιμοποιηθούν ώστε να συμβάλουν στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας και των κατάλληλων παρεμβάσεων, ιδιαίτερα στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, με στόχο τη βελτίωση της στοματικής και της γενικής υγείας.

ABSTRACT

Oral health is directly related to general health and is an important factor in quality of life. In recent years there have been several research works that investigate and correlate oral diseases with general disease e.g. periodontal disease with diabetes mellitus (DM). Despite the significance and importance of oral health, several studies have shown that the level of knowledge and perceptions of general practitioners and patients regarding oral health is not satisfactory.

The purpose of this study was twofold. One hand sought to assess the degree of implementation in Cyprus the principle of holistic and humanistic approach of the patients with general diseases by the general practitioners in primary care. Alongside it aimed to compare the knowledge, attitudes and perceptions of patients and physicians regarding their oral health.

The survey was conducted using two structured questionnaires with closed multiple-choice questions. The questionnaires were distributed by the dental staff, to dental patients with general diseases and also to primary care physicians. The sample consisted of 547 patients with general diseases who came to visit a dentist at the public health centres as well as 94 physicians who are working in these centers. The investigation lasted from early March until the end of April, 2012. Before the final survey a pilot study was conducted in a sample of 19 primary care physicians in the health centers of Strovolos and Nicosia and 25 patients at the health center of Strovolos, from 15/02/2012 until 25/02/2012.

Statistical analysis and evaluation of the results was performed with the statistical program SPSS (Statistical Package of Social Science) version 19. The level of statistical significance was set at $p = 0.05$.

The results show that with regard to patients, women had a higher mean score of knowledge regarding oral health compared to men ($p = 0.03$) as well as patients with a higher education level ($p < 0.001$), as and those receiving information from their doctors about the importance of oral health ($p < 0.001$). Higher mean scores also had the employees in connection with the farmers / workers ($p < 0.001$).

Regarding the visit to the dentist women visited 2 times more frequently within 6-12 months compared with men ($p < 0.001$), patients with a higher education level were visiting 4.4 times more frequently than patients with low education level ($p < 0.01$), while those who had been informed by their physician about the importance of oral health 1.9 times more frequently visited the dentist within 6-12 months ($p = 0.005$).

Regarding the mean score of knowledge the multivariate analysis showed that the specialists pathologists had a higher average score of knowledge in relation to GPs by 0.9 points ($p=0.02$) and the increasing age of doctors at one year was associated with a decrease in score of 0.05 points ($p = 0.003$). No statistically significant correlation was found between the frequency of doctors are visiting a dentist with the demographic characteristics of the sample.

The mean score of knowledge of GPs was 6.4 compared with 3.7 of that of the patients with the difference being statistically significant ($p < 0.001$).

Besides, the study revealed tha the level of knowledge and attitudes of physicians and patients regarding oral health is not satisfactory. These findings agree with those of other international studies.

The results should be used to help shape health policy and appropriate interventions, particularly for vulnerable groups, to improve the oral and general health.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία 20 χρόνια έχει γίνει αρκετή ερευνητική εργασία και υπάρχουν πολλές βιβλιογραφικές αναφορές για την πιθανή συσχέτιση των στοματικών παθήσεων όπως της περιοδοντικής νόσου με συστηματικές παθήσεις π.χ. Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ), ισχαιμική καρδιοπάθεια εγκεφαλικά επεισόδια, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καρκίνος του παγκρέατος, επιπλοκές της κύησης (Haumschild & Haumschild, 2009). Ο ΠΟΥ αναφέρει ότι η στοματική υγεία είναι σημαντική, επηρεάζει τη γενική υγεία, αποτελεί σημαντικό παράγοντα της ποιότητας ζωής και αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας (Petersen, 2003). Παράλληλα πολλές συστηματικές παθήσεις έχουν εκδηλώσεις από το στόμα αλλά και πολλά φάρμακα παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες στο στόμα, ενώ στοματικά νοσήματα επιβαρύνουν άλλα συστηματικά νοσήματα.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η στρατηγική για την πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων πρέπει να γίνεται από κοινού με την πρόληψη των στοματικών παθήσεων, με τις οποίες παρουσιάζουν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες (Petersen, 2009). Οι γενικοί ιατροί, ως οι επαγγελματίες υγείας με τους οποίους οι ασθενείς έρχονται πιο συχνά σε επαφή, πρέπει να έχουν σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της στοματικής υγείας και είναι πολύ σημαντικό να διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις (Ramírez *et al*, 2010). Έχει αποδειχτεί ότι το επίπεδο των γνώσεων, συνηθειών και αντιλήψεων των γενικών ιατρών αναφορικά με τη στοματική υγεία είναι καθοριστικό σε ότι αφορά το ρόλο τους για την προαγωγή της στοματικής υγείας (Patil *et al*, 2010). Έρευνες που διεξήχθησαν στην Ινδία (Patil *et al*, 2010), στην Ιορδανία (Al-Habashneh *et al*, 2010) και στην Ελλάδα (Κομπόλη-Κοντοβαζαινίτη και συν., 2004) έδειξαν ότι οι γνώσεις, συνήθειες και αντιλήψεις των ιατρών για τη στοματική υγεία και για τη σχέση ΣΔ και περιοδοντικής νόσου δεν είναι ικανοποιητικές. Παράλληλα, έρευνες που έγιναν στην Αγγλία (Allen *et al*, 2008), στις ΗΠΑ (Macek *et al*, 2008) και στην Ελλάδα (Κομπόλη-Κοντοβαζαινίτη και συν., 2004) αναφορικά με τις γνώσεις, συνήθειες και αντιλήψεις των ασθενών για τη στοματική υγεία επίσης δεν είναι ικανοποιητικές. Η μη έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση προβλημάτων στοματικής υγείας, οδηγεί ή και επιδεινώνει υφιστάμενα προβλήματα γενικής υγείας. Επιπρόσθετα, τόσο οι χρόνιες παθήσεις όσο και η πολυφαρμακία επιδεινώνουν τη στοματική υγεία και συνακόλουθα αυξάνουν αδικαιολόγητα τις δαπάνες. Στόχος σε ευρωπαϊκό επίπεδο αλλά και στην Κύπρο είναι η συγκράτηση της υγειονομικής δαπάνης με ταυτόχρονη βελτίωση του επιπέδου υγείας. Η στοματική υγεία είναι ένας από τους πρωταρχικούς τομείς που θα μπορούσαν να γίνουν παρεμβάσεις, δεδομένου ότι σε αρκετές χώρες οι στοματικές παθήσεις καταλαμβάνουν την τέταρτη θέση

όσον αφορά το κόστος της περίθαλψης (Sheiham, 2005). Η συσχέτιση στοματικής και γενικής υγείας είναι θέμα γενικότερου ενδιαφέροντος σε Ευρωπαϊκό επίπεδο¹.

Η Κύπρος βρίσκεται σε πολύ καλή θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ αναφορικά με την πρόσβαση των πολιτών στις οδοντιατρικές υπηρεσίες. Ταυτόχρονα, όπως δείχνει πρόσφατο Ευρωβαρόμετρο, σε αντίθεση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο οι πολίτες επισκέπτονται σε υψηλό ποσοστό 45% τον οδοντίατρο για επείγον περιστατικό, 15% για επίσκεψη ρουτίνας και 40% για προληπτικό έλεγχο ενώ συγκριτικά αναφέρεται ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο τα ποσοστά επίσκεψης στον οδοντίατρο για επείγον περιστατικό και για προληπτικό έλεγχο είναι 8% και 72%, αντίστοιχα (Special Eurobarometer 330, 2010). Στην Κύπρο μέχρι σήμερα δεν έχει πραγματοποιηθεί έρευνα η οποία να διερευνά το επίπεδο των γνώσεων συνηθειών και αντιλήψεων για τη στοματική υγεία των ιατρών και ασθενών και κρίνεται ότι θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθεί.

Στην Ελλάδα το θέμα ελάχιστα έχει διερευνηθεί με τη διεξαγωγή έρευνας από το Πανεπιστήμιο Αθηνών για σύγκριση του επιπέδου γνώσης και συμπεριφοράς ως προς τη στοματική υγεία των περιοδοντικών ασθενών και νοσοκομειακών ιατρών (Κομπόλη-Κοντοβαζαϊνίτη και συν., 2004). Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκύπριου Διαβητολογικού Συνδέσμου το ποσοστό των διαγνωσμένων διαβητικών ανέρχεται στο 10% του πληθυσμού ενώ πρόσφατη έρευνα για αξιολόγηση του επιπέδου στοματικής υγείας των παιδιών έδειξε ότι το ποσοστό αυτών με υγιή ούλα μειώθηκε σε 25% από 33% που ήταν το 1992 (Χαραλάμπους & Θεοδώρου, 2011).

Στόχος της έρευνας είναι η καταγραφή και σύγκριση των γνώσεων συνηθειών και αντιλήψεων αναφορικά με την στοματική υγεία και υγιεινή, τόσο των ιατρών όσο και των ασθενών, η συσχέτιση μεταξύ στοματικής υγείας και γενικής υγείας, καθώς και η καταγραφή που αφορά το βαθμό ενημέρωσης των ιατρών της ΠΦΥ σχετικά με την αιτιολογία των στοματικών παθήσεων.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα μπορούσαν να συγκριθούν με αντίστοιχα αποτελέσματα άλλων μελετών και στη συνέχεια να χρησιμοποιηθούν ώστε να συμβάλουν στον εμπλουτισμό υφιστάμενων πρωτοκόλλων για αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων π.χ. ΣΔ, καθώς και στον προσδιορισμό των εκπαιδευτικών αναγκών των γενικών ιατρών και

¹ Μάλιστα, το θέμα αυτό θα αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης στο πλαίσιο ανάληψης της Προεδρίας της ΕΕ από την Κυπριακή Δημοκρατία, σε συνάντηση των Επικεφαλής των Οδοντιατρικών Υπηρεσιών.

των οδοντιάτρων με σκοπό την έγκαιρη αντιμετώπιση και βελτίωση της στοματικής υγείας του πληθυσμού και την εξοικονόμηση πόρων. Επίσης, τα παρόντα αποτελέσματα μπορούν να αποτελέσουν το έναυσμα για τη διεξαγωγή παρόμοιων ερευνών και στον ιδιωτικό τομέα με τη συμμετοχή και άλλων επαγγελματιών υγείας, νοσηλευτών, διαβητολόγων και καρδιολόγων.

Ο υπό μελέτη πληθυσμός αποτελείτο από 547 ασθενείς με γενικά νοσήματα που επισκέπτονταν τα Κέντρα Υγείας του δημόσιου τομέα Παγκύπρια και από 94 ιατρούς που στελεχώνουν τα αντίστοιχα Κέντρα Υγείας τα οποία επισκέπτεται οδοντίατρος. Ειδικά για τους σκοπούς της έρευνας αναπτύχθηκε ερωτηματολόγιο από την ερευνήτρια για τους ιατρούς και τους ασθενείς με τη συμβολή οδοντιάτρων, ιατρών της ΠΦΥ και επιστημόνων που ασχολούνται με τη διοίκηση του τομέα της υγείας. Στο ερωτηματολόγιο των ιατρών (Παράρτημα I) και των ασθενών (Παράρτημα II) αρκετές ερωτήσεις ήταν κοινές ώστε να γίνει σύγκριση της βαθμολογίας των γνώσεων στους δύο υπό μελέτη πληθυσμούς. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Μάρτιο-Απρίλιο 2012, αφού εξασφαλίστηκε σχετική άδεια από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας. Της κύριας έρευνας προηγήθηκε πιλοτική εφαρμογή την περίοδο 15-25 Φεβρουαρίου.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται αναφορά στις πιο σημαντικές στοματικές παθήσεις αλλά και στα γενικά νοσήματα τα οποία παρουσιάζουν εκδηλώσεις από το στόμα καθώς και στη δυνατότητα αντιμετώπισης τους από τους γενικούς ιατρούς στα πλαίσια της ΠΦΥ. Στη συνέχεια, περιγράφεται η κατάσταση όπως αυτή αποτυπώνεται αναφορικά με την παροχή της ΠΦΥ στην Κύπρο και ειδικότερα της οδοντιατρικής φροντίδας. Ακολουθεί εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφορικά με τις γνώσεις των ιατρών και των ασθενών για τη στοματική υγεία. Στη συνέχεια, περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας και ο σχεδιασμός της μελέτης. Μετά την παράθεση των αποτελεσμάτων της έρευνας γίνεται συζήτηση των αποτελεσμάτων αφού γίνει σύγκριση με αποτελέσματα παρόμοιων μελετών από την διεθνή βιβλιογραφία και ακολουθεί η εξαγωγή των συμπερασμάτων.

2. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

2.1 Εννοιολογική Προσέγγιση

Με τον όρο στοματική υγεία αναφερόμαστε όχι μόνο στη λειτουργική επάρκεια των δοντιών και των ιστών που τα περιβάλλουν αλλά και στην ευρύτερη υγεία της στοματικής κοιλότητας (Petersen, 2003). Η σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση αναφορικά με τη στοματική υγεία ορίζεται όχι απλώς η υγεία των δοντιών και των ούλων που έχουν σχέση με τη μάσηση της τροφής αλλά και η απουσία χρόνιου στοματοπροσωπικού πόνου, καρκίνου της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα, συγγενών ανωμαλιών και άλλων γενικά καταστάσεων, στοματικών βλαβών και παθήσεων. Το κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα εκτός από τη μάσηση της τροφής επιτελεί διάφορες λειτουργίες όπως η κατάποση, η ομιλία, η γεύση, το χαμόγελο καθώς και η προστασία από τις διάφορες μικροβιακές μολύνσεις (Υ.Υ. και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Οι παθήσεις του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος αποτελούν σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, προσβάλλουν μεγάλο μέρος του πληθυσμού, περιορίζουν το άτομο από τις καθημερινές του δραστηριότητες με οικονομικές, ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, γι' αυτό πρέπει να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά (Sheiham, 2005).

Έναυσμα για την ολιστική αντιμετώπιση της υγείας αποτελεί η μετάβαση από το βιοϊατρικό στο ψυχοκοινωνικό μοντέλο και η διεύρυνση της έννοιας της υγείας που σύμφωνα με τον ΠΟΥ αναγνωρίζεται ότι η στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας και σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής (WHO, 2003).

2.2 Στοματική Υγεία και ποιότητα ζωής

Οι νόσοι του στόματος παρουσιάζουν μεγάλο επιπολασμό παγκοσμίως, ωστόσο το υψηλό κόστος που απαιτείται για την αποκατάστασή τους, το γεγονός ότι συχνά δεν παρουσιάζουν συμπτώματα και θεωρείται από το κοινό ότι δεν είναι απειλητικές για τη ζωή είχε ως αποτέλεσμα να υποβαθμίζονται και να μην υπολογίζονται οι οικονομικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις τους. Εκτός από την αντιμετώπιση του πόνου και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας (μάσηση, ομιλία) πρέπει να υπάρχει και ευρύτερη ψυχολογική προσέγγιση του ασθενή που να λαμβάνει υπόψη συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες, την εξωτερική εμφάνιση και αυτοπεποίθηση του ατόμου.

Τα τελευταία χρόνια εκδηλώνεται ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον τόσο στην πρόληψη, τη διάγνωση και θεραπεία των νόσων του στόματος, της τερηδόνας και του περιοδοντίου αλλά και στις επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Η απώλεια περισσότερων των 12 δοντιών θεωρείται οριακή για την εμφάνιση λειτουργικών προβλημάτων και την επιδείνωση της ποιότητας ζωής (Fernandes *et al*, 2006). Η οδοντιατρική, σε αντίθεση με την ιατρική, καθυστέρησε να ακολουθήσει το ολιστικό κίνημα και να εντάξει μέσα στο πλαίσιο της στοματικής υγείας και την έννοια της ποιότητας ζωής (Coulter *et al*, 1994). Οι κλινικοί δείκτες της στοματικής υγείας μετρούν ασθένεια χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τις επιπτώσεις της νόσου στη λειτουργικότητα και την ψυχοκοινωνική ευεξία του ατόμου γι' αυτό χρειάζεται να αναβαθμιστούν και να περιλαμβάνουν και τις κοινωνικοψυχολογικές διαστάσεις.

2.3 Παθήσεις του στόματος

2.3.1 Τερηδόνα

Σύμφωνα με τη φιλοσοφική ερμηνεία και επειδή η αιτιολογία της νόσου δεν ήταν γνωστή, οι αρχαίοι πολιτισμοί στην Κίνα πίστευαν ότι αυτή προκαλείτο από τα σκουλήκια τα οποία ετρέφονταν με το αίμα των δοντιών καταστρέφοντας τις οδοντικές ουσίες και τμήμα του σαγονιού. Στη συνέχεια, ακολούθησε η θεωρία που απέδωσε την τερηδόνα στην εσωτερική αποσύνθεση του δοντιού μέχρι το 1819 όπου ακολούθησε η ζωτική θεωρία και διατυπώθηκαν από τον Parmlly οι πρώτες επιστημονικές παρατηρήσεις για την αιτιολογία της νόσου. Οι παρατηρήσεις αυτές συνίστανται στο ότι η τερηδόνα αρχίζει από τις επιφάνειες των δοντιών όπου οι τροφές μένουν ακίνητες, η επέκταση της βλάβης γίνεται από έξω προς τον πολφό, με αποτέλεσμα τον πόνο, τη φλεγμονή και την νεκρωση του δοντιού. Στην εξέλιξη αυτή συμμετέχουν χημικοί παράγοντες ενώ οι υδατάνθρακες της τροφής παράγουν μετά τη ζύμωση γαλακτικό οξύ με τη παρουσία μικροβιακών ενζύμων. Το γεγονός αυτό καθιστά τη διατροφή σημαντικό παράγοντα καθορισμού της ευαισθησίας στην τερηδόνα και κύρια πηγή παραγωγής οργανικών οξέων από τους μικροοργανισμούς της στοματικής κοιλότητας. Ζυμώσιμοι υδατάνθρακες είναι αυτοί που διασπώνται από τα διάφορα ένζυμα. Τέτοιοι υδατάνθρακες είναι το άμυλο, η σακχαρόζη και η γλυκόζη που ζυμούνται απευθείας. Η τερηδόνα είναι μικροβιακής αιτιολογίας και για την έναρξη της νόσου ευθύνεται η οδοντική μικροβιακή πλάκα η οποία προσβάλλει τις σκληρές οδοντικές ουσίες, την αδαμαντίνη, την οδοντίνη και οστεΐνη. Η τερηδογονόμος δράση των υδατανθράκων είχε διαπιστωθεί από απλές παρατηρήσεις του Αριστοτέλη και του Ιπποκράτη και επαληθεύτηκε στη συνέχεια σε λαούς όπως οι Εσκιμώοι καθώς ετρέφοντο κυρίως με λίπη και λευκώματα όταν τροποποιήθηκε το διαιτολόγιο τους κατά τα δυτικά πρότυπα.

Η τερηδόνα μπορεί να προκληθεί από συγκεκριμένα στοματικά βακτηρίδια που είναι ικανά να παράγουν οξέα. Σύμφωνα με τις σημερινές απόψεις η έναρξη και εξέλιξη της τερηδόνας απαιτεί την ύπαρξη 3 ομάδων παραγόντων, τους υδατάνθρακες, τα μικρόβια και το δόντι. Οι υδατάνθρακες εκτός από τις τροφές δυνατόν να προέρχονται και από το σάλιο. Η συχνότητα λήψης και ο χρόνος παραμονής των υδατανθράκων στη στοματική κοιλότητα, η ικανότητα προσκόλλησης τους στην επιφάνεια του δοντιού αλλά και η φυσική τους σύσταση (υγρή στερεά μορφή) επηρεάζει την επίδραση τους και το σχηματισμό τερηδόνας.

Εκτός από τη διατροφή τα τελευταία χρόνια δίνεται περισσότερη έμφαση στη μικροβιακή έννοια της τερηδόνας με επικρατέστερους παθογόνους μικροοργανισμούς τους στρεπτόκοκκους *mutans*, *salivarius*, *sanguis* αλλά και τους γαλακτοβάκιλους που βρίσκονται αυξημένοι σε τερηδονισμένο περιβάλλον. Καθοριστικός παράγοντας για την εμφάνιση της τερηδόνας αποτελεί η ικανότητα των διαφόρων μικροοργανισμών να παράγουν οξέα τα οποία οδηγούν σε απασβέστωση της επιφάνειας της αδαμαντίνης. Σημαντικό ρόλο παίζουν επίσης η κατάσταση των οδοντικών ιστών όσον αφορά τη φυσικοχημική τους σύσταση, η μορφολογία και η θέση του δοντιού στον οδοντικό φραγμό, και οι συνθήκες που επικρατούν στη στοματική κοιλότητα όπως η ποσότητα και σύσταση του σάλιου. Η άφθονη έκκριση σάλιου ουδετεροποιεί τα οξέα και εμποδίζει την έναρξη της τερηδόνας. Αποτελεσματικότερος παράγοντας αύξηση της αντίστασης της αδαμαντίνης είναι η παρουσία του φθορίου σε αυτή. Η κλινική εικόνα της τερηδόνας της αδαμαντίνης λαμβάνει μορφή σχισμής, κοιλότητας ή λευκής κηλίδας με την κατακράτηση σε αυτές της οδοντικής πλάκας.

Η τερηδόνα προσβάλλει όλα τα άτομα, θεωρείται η πλέον διαδεδομένη νόσος του στόματος και επηρεάζει το 60-90% των παιδιών σχολικής ηλικίας και τη μεγάλη πλειοψηφία των ενηλίκων (Petersen *et al*, 2005). Προσβάλλει όλα τα άτομα ανεξάρτητα από φύλο, φυλή, ηλικία σε ποσοστό που μπορεί να ανέρχεται στο 95% του πληθυσμού (Δουβίτσας, 1989). Συνήθως αρχίζει στην ηλικία των 6 ετών όπου το 20% των παιδιών έχουν υποστεί τερηδόνα και αυξάνονται κατακόρυφα μέχρι την ηλικία των 12 ετών.

Τις τελευταίες δεκαετίες τα ποσοστά προσβολής έχουν σταθεροποιηθεί και αυτό οφείλεται στη βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, τη βελτίωση της διατροφής και τη φθορίωση του νερού (Μουνιχαν, 2005). Η τοπική εφαρμογή φθορίου για την πρόληψη της τερηδόνας και της υγείας των περιοδοντικών ιστών, με φθορίωση του νερού και του

γάλακτος, καθώς και η χρήση φθοριούχου οδοντόπαστας έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά και ανεβάζουν το ποσοστό μείωσης της τερηδόνας στο 60% (Petersen & Lennon, 2004). Ο δείκτης DMF (Decayed Missing or Filled) χρησιμοποιείται παγκόσμια και προσδιορίζει τον αριθμό των δοντιών που έχουν προσβληθεί από τερηδόνα, που έχουν εξαχθεί ή είναι εμφραγμένα. Το άθροισμα των τριών αυτών στοιχείων μας δίνει το δείκτη DMF.

Η στενή επαφή κυρίως κατά τον θηλασμό μητέρας και βρέφους αποτελεί την κυριότερη πηγή εποικισμού της στοματικής κοιλότητας με παθογόνους μικροοργανισμούς όπως ο στρεπτόκοκκος *mutans* ο οποίος αποτελεί την κυριότερη αιτία εμφάνισης τερηδόνας στα παιδιά (Karn, 1998).

2.3.2 Ουλίτιδα-Περιοδοντίτιδα

Ουλίτιδα είναι η χρόνια φλεγμονή των ούλων και των ιστών που περιβάλλουν τα δόντια με κοινή αιτιολογία αλλά διαφορετική διαδρομή. Η ουλίτιδα χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα και οίδημα των ούλων, μπορεί όμως να είναι αναστρέψιμη και να μην οδηγήσει σε περιοδοντίτιδα. Στις ΗΠΑ, το 50% του πληθυσμού παρουσιάζει ουλίτιδα η οποία δεν οδηγεί σε περιοδοντίτιδα ενώ μέτριου και σοβαρού βαθμού περιοδοντίτιδα προσβάλλει το 5-15% του πληθυσμού (Taylor & Bongnakke, 2008). Η περιοδοντίτιδα αποτελεί την κυριότερη αιτία απώλειας δοντιών στους ενήλικες, προσβάλλει το περιοδόντιο με καταστροφή των στηρικτικών ιστών και οφείλεται σε υψηλή συγκέντρωση gram αρνητικών μικροβίων όπως *Porphyromonas gingivalis*, *Tenerella forsythia*, *Prevotella intermedia*, *Campylobacter rectus*, στο περιοδόντιο των ασθενών (Ξυγκάς-Ευθυμίου και συν. 2011).

Η κακή υγιεινή του στόματος, η αποφυγή βουρτσίσματος και χρήσης οδοντικού νήματος οδηγεί στη συσσώρευση βακτηριδίων της οδοντικής πλάκας που προκαλούν φλεγμονή των ούλων με αιμορραγία κατά την διάρκεια του βουρτσίσματος των δοντιών. Η ουλίτιδα και η περιοδοντίτιδα προσβάλλουν ιδιαίτερα τα παιδιά και τους εφήβους και λόγω του υψηλού επιπολασμού αποτελούν σημαντικό πρόβλημα Δημόσιας υγείας. Μελέτες έδειξαν ότι η περιοδοντίτιδα στα άτομα με ΣΔ δυνατόν να αρχίζει από την ηλικία 6-18 ετών (Lalla & Cheng, 2006). Το κάπνισμα αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της περιοδοντικής νόσου ο οποίος μπορεί να αποφευχθεί (Petersen & Ogawa, 2005).

Στην Κύπρο πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι το ποσοστό των εφήβων με υγιή ούλα έχει μειωθεί το 2010 σε σχέση με το 1992 από 33% σε 25% (Χαραλάμπους & Θεοδώρου, 2011). Επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν ότι τα άτομα με ΣΔ έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν σοβαρή περιοδοντίτιδα η οποία αποτελεί και την έκτη επιπλοκή του ΣΔ ειδικά στα άτομα που δεν επιτυγχάνεται γλυκαιμικός έλεγχος (Loe, 1993). Επιπρόσθετα υπάρχει και αμφίδρομη σχέση μεταξύ ΣΔ και περιοδοντικής νόσου (Grossi & Genco, 1998). Η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης περιοδοντίτιδος στα άτομα με ΣΔ οφείλεται σε διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος, στην αυξημένη αιμάτωση της περιοχής και στη σύνθεση της μικροβιακής πλάκας.

Η ανίχνευση του βακτηριακού DNA από περιοδοντικά παθογόνα μικρόβια στις αθηρωματικές πλάκες ασθενών έχει συσχετίσει την περιοδοντική νόσο με τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Haraszthy *et al*, 2000). Επίσης η περιοδοντιακή νόσος έχει συσχετιστεί με παθήσεις του στομάχου και το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού έχει ανιχνευτεί στο σάλιο και την οδοντική μικροβιακή πλάκα ενώ η στοματική οδός ενοχοποιείται για τη μετάδοση του μικροοργανισμού από τη μητέρα στο παιδί (Shames, 1989).

2.3.3 Καρκίνος της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα

Ο καρκίνος της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα παρουσιάζει υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με άλλους τύπους καρκίνου και το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης είναι περίπου 53% (Greenlee *et al*, 2000). Η πιθανότητα εμφάνισης προκαρκινωματοδών καταστάσεων και καρκίνου στο στόμα αυξάνεται με την ηλικία και η υπερκατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών με υψηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ, αλλά κυρίως ο συνδυασμός καπνίσματος και αλκοόλ ευθύνεται για την ανάπτυξη καρκίνου στο στόμα (Lewin *et al*, 1998). Η μέση ηλικία προσβολής είναι η ηλικία των 40 ετών και παρόλο ότι η στοματική κοιλότητα είναι εύκολα προσπελάσιμη, ο καρκίνος διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο όπου οι δυνατότητες για θεραπεία είναι περιορισμένες (Sally & Bagan, 2009).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ ο καρκίνος του στόματος είναι ιδιαίτερα συχνός στον ανδρικό πληθυσμό και η επίπτωση του είναι μεταξύ 1-10 περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού ενώ το κάπνισμα ευθύνεται για το 43% των περιστατικών παγκοσμίως (WHO, 2005). Γενικά το κοινό είναι ενημερωμένο σε μικρότερο βαθμό (56%) για τον καρκίνο του στόματος σε σχέση με άλλου είδους καρκίνους όπως π.χ. του δέρματος για τον οποίο είναι ενημερωμένο κατά

96%. Το 76% γνωρίζει ότι το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου όμως όσον αφορά το αλκοόλ το γνωρίζει μόνο το 19% ενώ πιο πρόσφατες έρευνες των Carter & Ogden (2007) και Macpherson *et al* (2003) παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά (Warnakulasuriya *et al*, 1999). Έρευνα έδειξε ότι ένα ποσοστό 56% των ιατρών αισθάνεται ότι δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις για να εξετάσει τη στοματική κοιλότητα και έτσι ποσοστό 80% των πρώιμων συμπτωμάτων του καρκίνου του στόματος στα ηλικιωμένα άτομα δεν διαγιγνώσκεται έγκαιρα (Morgan, 2001). Έλλειψη ενημέρωσης αναφορικά με τους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του στόματος σημειώνεται και μεταξύ των γενικών ιατρών γεγονός που ίσως αποτελεί τον κυριότερο λόγο για τον οποίο καθυστερεί η διάγνωση.

2.3.4 Τραυματισμοί

Εκτός από τους συνήθεις τραυματισμούς στο στόμα και τη γνάθο με σπάσιμο των δοντιών κυρίως στην παιδική ηλικία, η αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων ως συνέπεια της επικίνδυνης συμπεριφοράς λόγω λήψης αλκοόλ ή εξαρτησιογόνων ουσιών, επέφερε αύξηση των τραυματισμών της γναθοπροσωπικής χώρας. Η αποκατάσταση τέτοιων βλαβών είναι χρονοβόρα, συνεπάγεται υψηλό κόστος και αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής.

2.3.5 Στοματικές εκδηλώσεις συστηματικών νοσημάτων και ο ρόλος των γενικών ιατρών

Εκδηλώσεις όπως μεταβολές στο χρώμα των ούλων, της γλώσσας, αιμορραγίες των ούλων και πληγές στο στόμα δυνατόν να αποτελούν συμπτώματα και σημεία τα οποία παρουσιάζουν ορισμένα γενικά νοσήματα. Η ενδοστοματική εξέταση μπορεί να εντοπίσει πρώιμες εκδηλώσεις διατροφικών διαταραχών, νοσημάτων του αίματος, ενδοκρινών αδένων και διαταραχών του μεταβολισμού οι οποίες μπορεί να είναι και αποτέλεσμα μικροβιακών λοιμώξεων, ανοσοποιητικών διαταραχών ή να οφείλεται στη λήψη φαρμάκων. Η έγκαιρη διάγνωση τέτοιων εκδηλώσεων αποβαίνει πάντοτε προς όφελος του ασθενή. Είναι σημαντικό να αναφερθούν οι πρώιμες στοματικές εκδηλώσεις που εμφανίζονται χαρακτηριστικά στην HIV/AIDS λοίμωξη σε μεγάλο ποσοστό περίπου 40-50% των οροθετικών ατόμων που κατά τα άλλα είναι απόλυτα υγιή και αφορούν ευκαιριακές στοματοπροσωπικές λοιμώξεις (Kahabuka *et al*, 2007). Οι εκδηλώσεις αυτές οφείλονται σε λοιμώξεις του στόματος από ιούς, βακτηρίδια και μύκητες και συνίσταται σε ψευδομεμβρανώδη καντιντίαση του στόματος, λευκοπλακία ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα, σάρκωμα kaposi, λέμφωμα Hodgkin και ξηροστομία (Pindborg, 1990).

Οι γενικοί ιατροί πρέπει να διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να αναγνωρίζουν τα πρώιμα συμπτώματα των στοματικών παθήσεων που έχουν περιγραφεί όπως της τερηδόνας, της ουλίτιδας-περιοδοντίτιδας, του καρκίνου και άλλων στοματικών βλαβών. Παράλληλα πρέπει να έχουν την εμπειρία να εξετάζουν τη στοματική κοιλότητα η οποία είναι εύκολα προσπελάσιμη ώστε να προβαίνουν στην έγκαιρη διάγνωση και παραπομπή των ασθενών στον οδοντίατρο ή γναθοπροσωποχειρουργό όταν η πάθηση μπορεί ακόμα να αντιμετωπιστεί. Συγκεκριμένα έχει παρατηρηθεί μέσα από έρευνες ότι οι γενικοί ιατροί δεν έχουν ικανοποιητικές γνώσεις αναφορικά με τη μικροβιακή αιτιολογία της τερηδόνας και τη μετάδοση της από τη μητέρα στο παιδί (Gur & Majra,2009). Η βελτίωση των γνώσεων των ιατρών και η κατάλληλη ενημέρωση των ασθενών αναφορικά με τις στοματικές παθήσεις θα συμβάλει σημαντικά στην αντιμετώπιση των στοματικών παθήσεων και την εξοικονόμηση πόρων.

3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η στοματική έχει άμεση σχέση με τη γενική υγεία και ο ΠΟΥ σε ανακοίνωση του αναφέρει ότι για την αντιμετώπιση και την πρόληψη των νόσων του στόματος πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι:

- Η στοματική υγεία είναι σημαντικό και αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας.
- Η στοματική υγεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ποιότητα ζωής.
- Η στοματική υγεία και η γενική υγεία είναι αλληλένδετες (Petersen, 2003).

3.1 Κοινοί Παράγοντες κινδύνου στοματικών και γενικών νοσημάτων

Έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά ότι οι νόσοι των δοντιών όπως η τερηδόνα και των περιοδοντικών ιστών, ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα αλλά και ο καρκίνος της στοματικής κοιλότητας, σχετίζονται με συγκεκριμένους αιτιολογικούς παράγοντες όπως:

- Η ποσότητα και η συχνότητα κατανάλωσης ζάχαρης, γλυκών και αναψυκτικών προκαλεί τερηδόνα στα δόντια.
- Το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση περιοδοντίτιδας (Petersen & Ogawa, 2005). Παράλληλα το κάπνισμα σε συνδυασμό με την λήψη αλκοόλ ευθύνεται για την ανάπτυξη καρκίνου του στόματος (Farah & McCullough, 2008).

Παράλληλα, αιτιολογικοί παράγοντες όπως η διατροφή με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και γλυκά, το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνεύματος, το στρες, η έλλειψη σωματικής άσκησης αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση παχυσαρκίας, σακχαρώδη διαβήτη, καρδιαγγειακών νοσημάτων, εγκεφαλικών επεισοδίων και καρκίνου (Sheiham & Watt, 2000). Αρκετά από τα νοσήματα αυτά μπορούν να προληφθούν, γι' αυτό απαιτείται συντονισμός των ενεργειών από μέρους των επαγγελματιών υγείας, των γενικών ιατρών και αυτών που διαμορφώνουν πολιτική υγείας ώστε να εστιάσουν στους κοινούς παράγοντες κινδύνου. Για το σκοπό αυτό ο ΠΟΥ στην προσπάθεια του να ενισχύσει τους υγιείς πληθυσμούς και να καταπολεμήσει τις ασθένειες έχει θέσει ως στόχο στην πολιτική του που εμπλέκεται στο Πρόγραμμα Στοματικής Υγείας, την ανάπτυξη προγραμμάτων που να είναι βασισμένα στην ενσωμάτωση της Στοματικής Υγείας μέσα στα εθνικά και κοινωνικά προγράμματα υγείας (WHO Strategies for Oral Disease Prevention and Health Promotion). Εξάλλου η Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε μια προσπάθεια μείωσης της νοσηρότητας και ανικανότητας που σχετίζεται με τις νόσους του στόματος έχει προτείνει μέσα από το πρόγραμμα “European Global Health Indicators”, ότι πρέπει οι πολιτικές για τη στοματική

υγεία να ενσωματώνονται σε στόχους και πολιτικές που αφορούν όλες τις πλευρές της υγείας.

Παράλληλα μεγάλος αριθμός χωρών μεταξύ των οποίων οι Σκανδιναβικές χώρες και η Ιρλανδία βρίσκονται στη διαδικασία να περιλάβουν ανάμεσα στις άλλες υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στους ηλικιωμένους και τις οδοντιατρικές υπηρεσίες (WHO, 2006). Οι γενικοί ιατροί που διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις μέσα στα πλαίσια της ΠΦΥ και της ολιστικής αντιμετώπισης των ασθενών με την εξέταση της στοματικής κοιλότητας που είναι εύκολα προσπελάσιμη, μπορούν να συμβάλουν σε μεγάλο βαθμό στην πρόιμη διάγνωση φλεγμονωδών καταστάσεων στα ούλα και το στόμα κυρίως σε ασθενείς με ΣΔ αλλά και στη διάγνωση του καρκίνου της στοματικής κοιλότητας.

Όπως έχει αναφερθεί, η Κύπρος παρουσιάζει υψηλό ποσοστό ΣΔ (10%), μείωση του ποσοστού των παιδιών με υγιή ούλα, αύξηση του καπνίσματος και της χρήσης αλκοόλ ανάμεσα στους νέους. Ως εκ τούτου τα αποτελέσματα της έρευνας θα είναι πολύ σημαντικά και το όφελος από τις παρεμβάσεις που θα ακολουθήσουν θα είναι πολύ μεγαλύτερο, θα συμβάλει στη βελτίωση της στοματικής υγείας, δεδομένου ότι αρκετές στοματικές παθήσεις μπορούν να προληφθούν με παράλληλη βελτίωση της γενικής υγείας, τη μείωση του κόστους της περίθαλψης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

3.2 Στοματική Υγεία και Γενικά νοσήματα

3.2.1 Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο ΣΔ είναι μια αρκετά συχνή νόσος η οποία το 1985 είχε προσβάλει 30 εκατομμύρια άτομα, το 1995 135 εκατομμύρια, τα οποία αναμένεται να αυξηθούν στα 336 εκ. μέχρι το 2030, ενώ ο ΠΟΥ έχει χαρακτηρίσει τη νόσο ως επιδημία (Smyth & Heron, 2006). Στις ΗΠΑ προσβάλλει 20,6 εκ. δηλαδή το 10% του πληθυσμού εκ των οποίων τα 6,1 εκ. είναι αδιάγνωστα άτομα και αποτελεί την έκτη αιτία θανάτου (Macek *et al*, 2003). Η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα που οφείλεται στις επιπλοκές της νόσου λόγω φτωχού γλυκαιμικού ελέγχου αφορούν μικρο- και μακροαγγειακές διαταραχές, με επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα, νευρικό σύστημα, τα νεφρά, τον αμφιβληστροειδή και τη στοματική κοιλότητα. Είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον το γεγονός ότι περιστατικά αδιάγνωστου ή αρρυθμισμού ΣΔ παρουσιάζονται με παθολογικές εκδηλώσεις στη στοματική κοιλότητα οι οποίες μπορεί να αποτελούν και την πρώτη εκδήλωση της νόσου.

Στην Κύπρο ο ΣΔ λαμβάνει μορφή επιδημίας και σύμφωνα με επιδημιολογική έρευνα που έγινε το 2004 ανάμεσα σε 1200 άτομα ποσοστό 6,5% έπασχαν από ΣΔ και το 3,8% διαγνώστηκαν με την δοκιμασία ανοχής της γλυκόζης (OGTT) και έτσι το ποσοστό των ατόμων με ΣΔ στην Κύπρο ανέρχεται στο 10% (Loizou *et al*, 2006). Το γεγονός αυτό δεικνύει ότι οι αριθμοί των ασθενών με ΣΔ που θα επισκέπτονται τους γενικούς ιατρούς της ΠΦΥ θα αυξάνεται τα επόμενα χρόνια.

3.2.1.1 Σακχαρώδης Διαβήτης και Περιοδοντική Νόσος

Τα τελευταία 10 χρόνια εκδηλώνεται μεγάλο επιστημονικό ενδιαφέρον όσον αφορά τη σχέση ανάμεσα στο ΣΔ και τη στοματική υγεία (Stewart *et al*, 2001). Έχει τεκμηριωθεί ότι ο ΣΔ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση περιοδοντίτιδας η οποία αποτελεί την έκτη επιπλοκή του ΣΔ και σύμφωνα με μελέτες οι ασθενείς με αρρυθμιστο ΣΔ έχουν τριπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν σοβαρή περιοδοντίτιδα σε σύγκριση με τα υγιή άτομα (Khader *et al*, 2006). Σε διάφορες μελέτες έχει περιγραφεί ότι υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ ΣΔ και περιοδοντικής νόσου (Southerland, 2008). Η διασύνδεση ΣΔ και περιοδοντικής νόσου έχει διαπιστωθεί μέσα από μελέτες και έχει τεκμηριωθεί ισχυρή σχέση μεταξύ ΣΔ τύπου I και τύπου II με την περιοδοντική νόσο (Papapanou, 1996). Μελέτες έδειξαν ότι η περιοδοντίτιδα οδηγεί σε φτωχό γλυκαιμικό έλεγχο, αύξηση του φλεγμονώδους φορτίου, υπερλιπιδαιμία, αύξηση της αντίστασης στην ινσουλίνη, επιδείνωση του γλυκαιμικού ελέγχου και εμφάνιση συστηματικών επιπλοκών (Saremi *et al*, 2005). Επιπρόσθετα η σοβαρή περιοδοντίτιδα οδηγεί σε απώλεια δοντιών διαταραχές στη σίτιση, γαστρεντερικές διαταραχές και παχυσαρκία.

Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) αναφέρεται ότι τα άτομα με ΣΔ πρέπει να ακολουθούν αυστηρά τους κανόνες στοματικής υγιεινής και να ελέγχονται τουλάχιστον κάθε 6 μήνες από τον οδοντίατρο. Ο Αμερικανικός διαβητολογικός Σύνδεσμος American Diabetic Association (ADA) συμβουλεύει τα άτομα με ΣΔ ότι πρέπει να επισκέπτονται τον οδοντίατρο τουλάχιστον 2 φορές τον χρόνο. Το Εθνικό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης για το Διαβήτη, National Diabetes Education Program (NDEP, 2007) έχει υιοθετήσει τις κατευθυντήριες οδηγίες του Αμερικανικού Διαβητολογικού συνδέσμου. Ο έλεγχος κάθε διαβητικού ασθενούς περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την παραπομπή τουλάχιστον μια φορά τον χρόνο για εξέταση από οδοντίατρο, όσον αφορά τον έλεγχο για την ύπαρξη φλεγμονής στο στόμα και την πρόληψη της περιοδοντικής νόσου και της απώλειας δοντιών.

3.2.1.2 Σακχαρώδης Διαβήτης και ξηροστομία

Ένα ποσοστό περίπου 30% των ατόμων με ΣΔ παρουσιάζουν ξηροστομία, δυσκολία στην μάσηση και κατάποση, καθώς και δύσσομη αναπνοή. Η ξηροστομία αποδίδεται στη πολυιδιψία με επακόλουθο την πολυουρία λόγω διαταραχής στη λειτουργία των σιελογόνων αδένων οι οποίοι πολλές φορές εμφανίζονται διογκωμένοι. Παράλληλα η μειωμένη έκκριση σιέλου καθώς και η αυξημένη περιεκτικότητα του σιέλου των ασθενών με αρρυθμικό ΣΔ σε σάκχαρο, ευνοεί την ανάπτυξη βακτηριδίων και τερηδόνας.

3.2.1.3 Σακχαρώδης Διαβήτης και λοιμώξεις του στόματος

Οι ασθενείς με ΣΔ είναι ευάλωτοι στην εμφάνιση καντιτίασης του βλεννογόνου του στόματος, που λαμβάνει τη μορφή ερυθρών περιοχών, συγγειλίτιδας, λευκών πλακών πάνω σε ερυθρηματώδη βάση και η οποία οφείλεται στο μύκητα *candida albicans*. Οι ευκαιριακές λοιμώξεις της στοματικής κοιλότητας υποδηλώνουν πτώση της ανοσολογικής άμυνας του οργανισμού και η διερεύνηση τους οδηγεί στη διάγνωση ΣΔ, ή την παρουσία φτωχού γλυκαιμικού ελέγχου που σε συνδυασμό με το κάπνισμα ή την συνυπάρχουσα ξηροστομία συμβάλλουν στην εμφάνιση λοιμώξεων του βλεννογόνου του στόματος. Άλλες εκδηλώσεις όπως καυσαλγία, γλωσσοδυνία και διαταραχές στη γεύση σε ασθενείς με ΣΔ οδηγούν στην υπερφαγία, παχυσαρκία, αύξηση του σακχάρου του αίματος και οφείλονται κυρίως σε νευροαισθητικές διαταραχές.

3.2.2 Στοματική υγεία στα άτομα 65 ετών και άνω

Ο πληθυσμός της γης αυξάνεται με ετήσιο ρυθμό 1,2% ενώ τα άτομα 65 ετών και άνω αυξάνονται με ρυθμό 2,3% (United Nations, 2002). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ 600 εκ. άτομα είναι στην ηλικία 60 ετών και άνω, αριθμός που αναμένεται να διπλασιαστεί μέχρι το 2025 (WHO, 2002). Η αύξηση των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω ως αποτέλεσμα της δημογραφικής μετάβασης χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη διαφόρων χρόνιων νοσημάτων όπως υπέρταση, καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, κατάθλιψη, ψυχικές παθήσεις Alzheimer (Christensen *et al*, 2009). Οι παθήσεις αυτές επιβαρύνουν και τη στοματική υγεία. Σε ανακοίνωση του ο ΠΟΥ τονίζει ότι η στοματική υγεία σχετίζεται άμεσα με την ηλικία του ατόμου έχει κοινούς παράγοντες κινδύνου με τα χρόνια νοσήματα, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας και σημαντικό παράγοντα για την ποιότητα ζωής (WHO, 2003).

Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι όπως η κατάθλιψη, οι ψυχωτικές παθήσεις, η νόσος του Parkinson και Alzheimer σε συνδυασμό με τις κακές συνθήκες στοματικής υγιεινής και την πολυφαρμακία, επιδεινώνουν περισσότερο τη στοματική υγεία. Μελέτες μεταξύ ηλικιωμένων ψυχιατρικών ασθενών έδειξαν μεγαλύτερο ποσοστό απώλειας δοντιών από ότι παρουσιάζει η ίδια ηλικιακή ομάδα στο γενικό πληθυσμό (Lewis *et al*, 2001). Έρευνα για την αξιολόγηση της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων με ψυχιατρικά προβλήματα τα οποία διαβιών σε στέγες ηλικιωμένων έδειξε ότι αυτή επηρεάζεται αρνητικά (Adam & Preston, 2006). Τα άτομα με νόσο του Parkinson παρουσιάζουν απώλεια δοντιών από τη χρήση αντιχολινεργικών φαρμάκων ή αναστολέων της μονοαμινοξειδάσης καθώς και ξηροστομία που επιδεινώνει τη στοματική υγεία. Επίσης η δυσφαγία που αποτελεί σύμπτωμα της νόσου δυνατόν να οδηγήσει σε πνευμονία από εισρόφηση ειδικά σε άτομα με κακή στοματική υγιεινή (Nakayama *et al*, 2004). Η κακή στοματική υγεία των ηλικιωμένων, οδηγεί σε διατροφή πτωχή σε βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, πρωτεΐνες, και αυτό οφείλεται στην ανορεξία, τη ξηροστομία καταστάσεις που επηρεάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα γεγονός που δυνατόν να συμβάλλει στην εμφάνιση νοσημάτων του στόματος και καρκίνου (Moynihan & Petersen, 2004).

Για την πρόληψη, διερεύνηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων στοματικής υγείας που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με χρόνια συστηματικά νοσήματα απαιτείται η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των γενικών ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Ο συντονισμός των ενεργειών των επαγγελματιών υγείας, γενικών ιατρών, οδοντιάτρων και αυτών που διαμορφώνουν πολιτική υγείας, με σκοπό την αντιμετώπιση των κοινών παραγόντων κινδύνου και τη βελτίωση της στοματικής υγείας η οποία είναι αλληλένδετη με τη γενική υγεία επιβάλλει την ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών μέσα από ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα υγείας. Η διασύνδεση της στοματικής υγείας με τη Γενική Υγεία όπως διακηρύχτηκε στη Σύνοδο Κρατών Μελών της ΕΕ στη Λισαβόνα το 2007 κατατάσσει την αντιμετώπιση και την πρόληψη των στοματικών παθήσεων στα πλαίσια της ΠΦΥ.

Οι γενικοί ιατροί πρέπει να γνωρίζουν ότι η περιοδοντική νόσος δυνατό να επιδεινώνει τον γλυκαιμικό έλεγχο, να συνδέεται με την ισχαιμική καρδιοπάθεια, ή να οδηγεί σε αναπνευστικά προβλήματα και γέννηση λιποβαρών εμβρύων (Madianos *et al*, 2002).

4. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ - ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Στην ενότητα αυτή γίνεται παρουσίαση του τρόπου οργάνωσης της ΠΦΥ στην Κύπρο και ειδικότερα των οδοντιατρικών υπηρεσιών ώστε να γίνει κατανοητό το ευρύτερο πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιήθηκε η μελέτη. Η ΠΦΥ ορίζεται ως το σύνολο των δραστηριοτήτων οι οποίες αφορούν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, την περίθαλψη των ασθενών και την παρακολούθηση και επανένταξη τους στην κοινότητα. Αποτελεί δηλαδή ένα σύστημα παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο και το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας (Κοντιάδης & Σουλιώτης, 2005).

4.1 Ο ρόλος της ΠΦΥ

- Η ΠΦΥ αποτελεί τη βάση και το επίκεντρο του όλου συστήματος υγείας και βρίσκεται σε συνεργασία και πλήρη επικοινωνία με τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας. Έχει ως στόχο την παροχή υπηρεσιών προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης του ατόμου μετά την ύφεση των συμπτωμάτων της οξείας νόσου.
- Αποτελεί ένα είδος ηθμού στην προσπέλαση των ασθενών στις εξειδικευμένες υπηρεσίες και τον περιορισμό των δαπανών (Θεοδώρου και συν., 2001).
- Αποσκοπεί στην έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή των ασθενών που χρήζουν παρακολούθησης από ειδικούς (π.χ. καρδιολόγους, διαβητολόγους, ψυχιάτρους, οδοντιάτρους).
- Προάγει τη συνέχεια στη φροντίδα.

4.2 Η ΠΦΥ στην Κύπρο

Η Κύπρος είναι η μόνη χώρα από τα 27 κράτη μέλη της ΕΕ που δεν διαθέτει Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η ΠΦΥ παρέχεται από ιδιώτες γενικούς ιατρούς, παθολόγους, καρδιολόγους ή ιατρούς άλλων ειδικοτήτων που παρέχουν υπηρεσίες σε ιατρεία ή πολυκλινικές κυρίως στις αστικές περιοχές καθώς και από το Δημόσιο Τομέα.

4.2.1 Η παροχή ΠΦΥ από το Δημόσιο Τομέα

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ στον Δημόσιο Τομέα στελεχώνονται από γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές, κοινοτικούς νοσηλευτές, ψυχιάτρους, ψυχολόγους και άλλους επαγγελματίες υγείας.

Μεγάλος αριθμός Κέντρων Υγείας Αστικών και Αγροτικών στελεχώνονται από οδοντίατρο ενώ μερικά από αυτά επισκέπτεται και παιδίατρος.

Υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από:

- Τα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας, Πάφου και των Νοσοκομείων Αμμοχώστου, Κυπερούντας και Πόλης Χρυσοχούς.
- Τα 36 κέντρα υγείας αστικά και αγροτικά στις επαρχίες Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας, Πάφου και περιοχής Αμμοχώστου.
- Τα 230 υπόκεντρα των Κέντρων Υγείας με περιοδεύουσα ομάδα αποτελούμενη από ιατρό, φαρμακοποιό και νοσηλεύτη (Ετήσια Έκθεση ΥΥ 2010).

Αρκετά Κέντρα Υγείας παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα στελέχωσης και ανάπτυξης της ομάδας ΠΦΥ. Δεν υπάρχει ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού με αποτέλεσμα την ανεξέλεγκτη περιπλάνηση των ασθενών στα διάφορα τμήματα, κέντρα υγείας, τα τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών (ΤΑΕΠ) και τα διάφορα ιατρεία και νοσοκομεία του Ιδιωτικού Τομέα. Η υποστελέχωση, οι άσκοπες επισκέψεις των πολιτών αλλά και η αυξημένη προσέλευση λόγω και της συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης έχει περιορίσει τον ρόλο του ιατρού στην συνταγογράφηση, τον ιατρικό έλεγχο και την αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες ενώ η πρόληψη και αγωγή υγείας παρέχονται αποσπασματικά ή ελλείπουν τελείως.

4.2.1.1 Διαχείριση ασθενών με γενικά νοσήματα στα πλαίσια της ΠΦΥ

Στην Κύπρο οι διαβητικοί ασθενείς παρακολουθούνται από τους γενικούς ιατρούς της ΠΦΥ και από διαβητολόγους στα Γενικά Νοσοκομεία και η διαχείριση των ασθενών γίνεται κατά την κρίση του ιατρού, χωρίς να υπάρχουν συγκεκριμένα πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες οι οποίες πρέπει να ακολουθούνται. Οι διαβητικοί ασθενείς δεν παραπέμπονται για προληπτική εξέταση από οδοντίατρο αλλά επισκέπτονται τον οδοντίατρο όταν το κρίνουν οι ίδιοι απαραίτητο. Στην Κύπρο οι ασθενείς με γενικά νοσήματα δεν δίνουν ιδιαίτερη σημασία στις επιπτώσεις της νόσου στη στοματική υγεία, ενώ τους απασχολούν περισσότερο τα θέματα γενικής υγείας και αυτό παρατηρείται μέσα από διάφορες μελέτες που έγιναν στο εξωτερικό. Παράλληλα και οι ιατροί οι οποίοι παρακολουθούν τους ασθενείς με γενικά νοσήματα όπως ΣΔ δεν ακολουθούν πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες αναφορικά με τη διαχείριση των γενικών νοσημάτων και τις επιπτώσεις τους στη στοματική υγεία. Αυτό δεικνύει και πρόσφατη έρευνα στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας, η οποία διερευνά την

ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών όπου δεν γίνεται καμιά αναφορά σχετικά με τις επιπλοκές του ΣΔ στη στοματική υγεία οι οποίες οδηγούν σε απώλεια δοντιών με σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Χρίστου, 2011).

Δεν υπάρχουν Πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων τα οποία να εφαρμόζονται από όλους τους ιατρούς της ΠΦΥ ούτε συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών. Η αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης και η έναρξη θεραπείας με διφωσφονικά, τα οποία προκαλούν οστεονέκρωση της γνάθου, δεν προϋποθέτει εξέταση από οδοντίατρο. Αρκετά συχνά καλείται οδοντίατρος στο ΤΑΕΠ για αντιμετώπιση περιστατικών τα οποία θα μπορούσαν να προληφθούν ή να επιλυθούν σε συνεργασία με τους γενικούς ιατρούς στο επίπεδο της ΠΦΥ.

Η εισαγωγή προγράμματος συνταγογράφησης μέσω του βιβλιαρίου υγείας δυνατόν να συμβάλει στον περιορισμό της πολυφαρμακίας, ενώ άρχισε να εφαρμόζεται και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Γενικά η ΠΦΥ στη Κύπρο αποτελεί ένα πολυκεραματισμένο σύστημα με έλλειψη συντονισμού και ενιαίας πολιτικής, το οποίο χρειάζεται σημαντικές αλλαγές. Σύμφωνα με το νόμο για το Γενικό Σύστημα υγείας (ΓΕΣΥ) [Ν.89(1) 2001 και Ν.134(1) 2002] οι αλλαγές θα είναι θεσμικές και θα αφορούν τη δημιουργία μιας ομάδας οικογενειακών ιατρών που θα είναι εφοδιασμένοι με τις κατάλληλες γνώσεις ενώ οι δομικές αλλαγές θα αφορούν την οργάνωση και τον τρόπο εργασίας. Οι αλλαγές που θα επέλθουν θα δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις για ολιστική και ανθρωποκεντρική αντιμετώπιση των ασθενών, μέσα από άμεση και στενή σχέση ιατρού-ασθενή σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας όπως οδοντίατρος, διαβητολόγους και νοσηλευτές στα πλαίσια των σύγχρονων αντιλήψεων για την υγεία και προς όφελος των ασθενών. Οι γενικοί γιατροί μπορούν να διαδραματίσουν ένα σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της καλής στοματικής υγείας γεγονός που επισημαίνεται έντονα στη βιβλιογραφία. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών και το γεγονός ότι πρέπει να διαθέτουν εκείνες τις γνώσεις ώστε να είναι σε θέση να εξετάζουν τη στοματική κοιλότητα και να εντοπίζουν και αναγνωρίζουν έγκαιρα τα πρώιμα συμπτώματα των στοματικών παθήσεων (Ramirez *et al*, 2010).

4.3 Οδοντιατρική φροντίδα στην Κύπρο

Μεγάλο μέρος των αναγκών οδοντιατρικής φροντίδας καλύπτεται κυρίως από ιδιώτες οδοντίατρος και σε μικρότερο βαθμό από το δημόσιο σύστημα υγείας. Σύμφωνα με

στατιστικά στοιχεία ο αριθμός των οδοντιάτρων στη Κύπρο ανέρχεται στους 732 εκ των οποίων μόνο 40 απασχολούνται στον δημόσιο τομέα όπου το 75% των πολιτών δικαιούται δωρεάν οδοντιατρικής περίθαλψης.

4.3.1 Οδοντιατρικές Υπηρεσίες του Δημόσιου Τομέα

4.3.1.1 Η παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών

Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες (Ο.Υ.) στο δημόσιο τομέα παρέχονται από τα Γενικά Νοσοκομεία Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου, τα νοσοκομεία Παραλιμνίου, Κυπερούντας και Πόλης Χρυσοχούς καθώς επίσης και από τα 8 Αστικά, 23 Αγροτικά Υγειονομικά Κέντρα, 2 ιδρύματα στη Λευκωσία και 4 κινητές οδοντιατρικές μονάδες (Ετήσια Έκθεση ΥΥ, 2010). Από τα στατιστικά στοιχεία παρατηρείται βαθμιαία αύξηση του αριθμού των επισκέψεων στις Ο.Υ. σε όλες τις επαρχίες (Πίνακας 4.1). Ειδικά για την επαρχία Λεμεσού σημειώνεται μειωμένη προσέλευση ασθενών, γεγονός που πρέπει να διερευνηθεί.

Πίνακας 4.1: Σύγκριση επισκέψεων ανά επαρχία κατά τα έτη 2008-2010

Οι τιμές εκφράζονται ως n (% γενικού πληθυσμού)

Επαρχία	2008	2009	2010
Λευκωσία	47.597 (15,2)	48.717 (15,2)	53.909 (16,4)
Λεμεσός	14.161 (6,31)	15.851 (6,89)	17.663 (7,50)
Λάρνακα	17.867 (13,3)	17.831 (12,9)	18.748 (13,2)
Πάφος	10.576 (13,0)	12.118 (14,3)	13.996 (15,4)
Αμμόχωστος	4.908 (11,2)	4.877 (10,8)	4.946 (10,7)
Παγκύπρια	95.109 (11,9)	99.394 (12,1)	109.262 (13,0)

Πηγές: Ετήσια Έκθεση ΥΥ, 2010 και Στατιστική Υπηρεσία, 2012

Αναφορικά με το ηλικιακό προφίλ των ασθενών που επισκέπτονται τις Ο.Υ. υπερτερεί η ηλικιακή ομάδα των 45-64 ετών και ακολουθούν οι ομάδες 65-74, 15-44, 75+ ενώ πολύ μικρό ποσοστό κάτω των 15 ετών επισκέπτεται τις Ο.Υ. (Πίνακας 4.2).

Πίνακας 4.2: Κατανομή ασθενών κατά ηλικιακή ομάδα κατά τα έτη 2008-10

Ηλικιακή Ομάδα	2008	2009	2010
0-4	389	283	345
5-14	6.297	5.663	6.879
15-44	20.880	21.583	25.498
45-64	29.632	31.538	35.383
65-74	24.612	26.839	27.304
75+	13.299	13.488	13.853
Σύνολο Επισκέψεων	95.109	99.394	109.262

Πηγή: Ετήσια Έκθεση ΥΥ, 2010

4.3.1.2 Οι Δραστηριότητες των Οδοντιατρικών Υπηρεσιών (Ο.Υ.)

Οι Ο.Υ. περιλαμβάνουν όλο το φάσμα της οδοντιατρικής φροντίδας πλην της ορθοδοντικής και της ακίνητης προσθετικής και παρέχονται στα πλαίσια των δραστηριοτήτων της πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας και πρόληψης και των οδοντιατρικών κλινικών.

4.3.1.3 Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα και Πρόληψη

α) Επιδημιολογικές έρευνες. Αναφορικά με τη στοματική υγεία του παιδικού πληθυσμού διεξήχθη παγκύπρια επιδημιολογική έρευνα για ανίχνευση του δείκτη τερηδόνας (DMFT)² και του περιοδοντικού δείκτη (CPITN). Ο επιπολασμός της τερηδόνας στη Κύπρο όσον αφορά τον παιδικό πληθυσμό βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα, 2,15 για τα 6χρονα, 1,25 για τα 12χρονα και σαφής μείωση για τα 15χρονα, από 3,87 το 1992 σε 1,989 (Ετήσια Έκθεση Υ.Υ. 2010). Αναφορικά με την κατάσταση των περιοδοντικών ιστών οι έρευνες δεικνύουν ότι αυτή επιδεινώνεται αφού το ποσοστό των 15χρονων με υγιή ούλα μειώθηκε το 2010 σε σχέση με το 1992 από 33% σε 25% (Χαραλάμπους & Θεοδώρου, 2011).

β) Διαφώτιση από το προσωπικό των κινητών οδοντιατρικών μονάδων στις επαρχίες Λευκωσίας και Λεμεσού για ενημέρωση των παιδιών για τις στοματικές παθήσεις και έγκαιρη υιοθέτηση κανόνων στοματικής υγιεινής.

γ) Προληπτική και θεραπευτική αγωγή σε μαθητές δημοτικού η οποία συνίσταται σε προληπτικές εξετάσεις τοπικές εφαρμογές φθορίου, προληπτικές εμφράξεις και καθαρισμούς.

² DMFT: Δείκτης που προσδιορίζει την κατάσταση του περιοδοντίου με την παρουσία τρυγίας, αιμορραγίας και περιοδοντικών θυλάκων στα 6 τεταρτημόρια της στοματικής κοιλότητας και συγκεκριμένα στα δόντια 16,11,26,36,31,46.

δ) Πρόγραμμα συνεργασίας μεταξύ οδοντιατρικών Υπηρεσιών και Παγκύπριου Οδοντιατρικού Συλλόγου.

4.3.1.4 Οδοντιατρικές Κλινικές

Παρέχεται κλινική θεραπεία για αντιμετώπιση των οδοντοστοματολογικών και γναθοπροσωπικών βλαβών. Στις οδοντιατρικές κλινικές των νοσοκομείων προσφέρεται τριτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα που περιλαμβάνει κινητή προσθετική, μικρή χειρουργική στόματος, αντιμετώπιση σοβαρών περιστατικών περιοδοντολογίας και παιδοδοντίας. Παράλληλα στις οδοντιατρικές κλινικές προσφέρεται και οδοντιατρική φροντίδα που περιλαμβάνει εξέταση, προληπτικές εμφράξεις, φθοριώσεις, καθαρισμούς, εμφράξεις εξαγωγές και ενδοδοντικές θεραπείες.

Οι απώτεροι στόχοι των Ο.Υ. είναι:

- Η ενίσχυση και αναβάθμιση του τομέα πρόληψης με έμφαση στα προγράμματα που απευθύνονται στον παιδικό πληθυσμό για πρόληψη της τερηδόνας των νόσων του περιοδοντίου και του καρκίνου του στόματος.
- Βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών με:
 - α) Συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού
 - β) Δημιουργία πρωτοκόλλων που να καλύπτουν όλο το φάσμα των οδοντιατρικών παρεμβάσεων για τους ασθενείς με γενικά νοσήματα ώστε να τους παρέχεται στοιχειοθετημένη οδοντιατρική φροντίδα.
 - γ) Ενίσχυση των εξειδικευένων κλινικών (παιδοδοντίας, περιοδοντολογίας, ενδοδοντίας).
 - δ) Ενίσχυση της συνεργασίας και τους υγιούς ανταγωνισμού μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

5. ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Τα τελευταία χρόνια διενεργούνται και δημοσιεύονται σε παγκόσμιο επίπεδο αρκετές έρευνες αναφορικά με τις γνώσεις και τη συμπεριφορά ιατρών και ασθενών σε θέματα στοματικής υγείας. Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση παρουσιάζονται διεθνείς μελέτες από το 2002 μέχρι σήμερα. Οι γνώσεις των ιατρών, ιδιαίτερα αυτών που εργάζονται στην ΠΦΥ, και η μεταφορά των γνώσεων τους στους ασθενείς, καθώς και η συνεργασία τους με τους οδοντιάτρους αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την προαγωγή τόσο της στοματικής όσο και της γενικής υγείας. Έρευνες έχουν δείξει ότι η γνώση αναφορικά με τη στοματική υγεία και την περιοδοντική νόσο, ιδιαίτερα στα άτομα με ΣΔ, είναι πολύ σημαντική. Έχει διαφανεί ότι ο ΣΔ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της περιοδοντικής νόσου, αλλά και ότι η περιοδοντική νόσος αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για τη ρύθμιση του ΣΔ (Mealy and Oates, 2006). Η βελτίωση της γνώσης αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή της κατάλληλης συμπεριφοράς, ενώ η άγνοια των πρώιμων συμπτωμάτων, όπως π.χ η αιμορραγία των ούλων, και η μη εφαρμογή των κανόνων στοματικής υγιεινής δυνατό να οδηγήσουν σε επιδείνωση της ουλίτιδας και αύξηση των επιπλοκών του ΣΔ (Slaughter & Evans, 2007). Όπως έχει διαφανεί, η στοματική υγεία αποτελεί σημαντικό και αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας. Επομένως, καθώς υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο, είναι σημαντικό να διερευνηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις τόσο των ασθενών όσο και των γενικών ιατρών για θέματα στοματικής υγείας. Ωστόσο, στην Κύπρο δεν έχουν γίνει μελέτες που να ερευνούν το επίπεδο γνώσης και συμπεριφοράς αναφορικά με τη στοματική υγεία μεταξύ ασθενών και ιατρών.

5.1 Γνώσεις και συμπεριφορά των ιατρών και των ασθενών

Το 2004 διεξήχθη στην Ελλάδα από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών συγκριτική μελέτη ερευνώντας ταυτόχρονα το επίπεδο γνώσης και συμπεριφοράς ως προς τη στοματική υγεία μεταξύ 200 περιοδοντικών ασθενών και 203 νοσοκομειακών γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων στους οποίους δόθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο (Κομπόλη-Κοντοβαζαϊνίτη και συν., 2004). Τα κυριότερα ευρήματα αναφορικά με τη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο, δεικνύουν ότι το 58% των γιατρών και το 71% των ασθενών απάντησαν ότι επισκέπτονται τον οδοντίατρο όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα, το 27% των γιατρών και το 20% των ασθενών για ετήσιο έλεγχο και το 14% και 9% αντίστοιχα για εξάμηνο έλεγχο. Παρατηρήθηκε δηλαδή μια τάση ανάμεσα στους γιατρούς για προληπτική εξέταση, όμως η πλειοψηφία των ιατρών δε γνωρίζει τη σημασία της πρόληψης.

Αναφορικά με τη χρήση του οδοντικού νήματος το 69% των ιατρών δε χρησιμοποιούν οδοντικό νήμα ενώ το ποσοστό των ιατρών που το χρησιμοποιεί είναι διπλάσιο από αυτό των ασθενών (32% και 18% αντίστοιχα). Η πλειοψηφία των ιατρών και των ασθενών εφαρμόζει μη αποτελεσματικές μεθόδους για πρόληψη και θεραπεία γεγονός που καταδεικνύει την ευθύνη των οδοντιάτρων για ενημέρωση των ασθενών. Συγκεκριμένα, η ομάδα των ιατρών προτιμά την κάθετη μέθοδο βουρτσίσματος που δεν θεωρείται αποτελεσματική χρησιμοποιεί όμως με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τους ασθενείς και την κυκλική ενώ η μέθοδος bass³ που είναι η πλέον αποτελεσματική για την πρόληψη και θεραπεία της περιοδοντικής νόσου εμφανίζεται σε πολύ χαμηλά ποσοστά και στις δύο ομάδες (Westfelt, 1996). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η μέθοδος bass συνιστάται ιδιαίτερα από τους περιοδοντολόγους γιατί απομακρύνει την οδοντική μικροβιακή πλάκα από την ουλοδοντική σχισμή (Αποστολόπουλος, 1991). Αναφορικά με τη διάρκεια της στοματικής υγιεινής καμία από τις δύο ομάδες στην πλειοψηφία της δεν αφιέρωνε τον απαιτούμενο χρόνο που είναι 2 λεπτά, ενώ η πλειοψηφία τόσο των ιατρών όσο και των ασθενών αφιέρωνε 0,5-1 λεπτό. Όσον αφορά τους στόχους της στοματικής υγιεινής ένα σημαντικό ποσοστό 27% τόσο των ιατρών όσο και των ασθενών δήλωσε ότι είναι ο καθαρισμός των δοντιών αγνοώντας την ουλοδοντική σχισμή που είναι και το σημείο έναρξης της περιοδοντικής φλεγμονής. Επίσης, η πλειοψηφία των ιατρών και των ασθενών αναγνώριζε ότι στόχος του βουρτσίσματος είναι η απομάκρυνση των μικροβίων ενώ μικρή μερίδα απάντησε στο σχετικό ερώτημα ότι με το βούρτσισμα απομακρύνονται αποκλειστικά οι τροφές. Αναφορικά με την αιμορραγία των ούλων που αποτελεί πρώιμο και παθολογικό σύμπτωμα της περιοδοντικής νόσου η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών 92% και η οριακή πλειοψηφία των ασθενών 53% την θεωρούσαν παθολογική. Από την ανάλυση των απαντήσεων σε άλλη σχετική ερώτηση δίνεται η εντύπωση ότι επικρατούσε σύγχυση όσον αφορά τη μικροβιακή αιτιολογία της περιοδοντικής νόσου και αυτό επαληθεύεται μέσα από τις απαντήσεις των ιατρών και των ασθενών όπου φάνηκε να ενοχοποιείται η κληρονομικότητα για την εμφάνιση της νόσου. Η ομάδα των ιατρών κατά 60% και των ασθενών σε χαμηλότερο ποσοστό 48% αναγνώριζε ότι η απώλεια δοντιών με την πάροδο της ηλικίας μπορεί να αποφευχθεί, γεγονός που δεικνύει

³ Σύμφωνα με την τεχνική Bass οι θύσανοι της οδοντόβουρτσας τοποθετούνται στα δόντια με γωνία 45 μοιρών με τα άκρα τους προς τους αυχένες των δοντιών. Στη συνέχεια ωθούνται με ήπιες δονικές κινήσεις προς την παρυφή των ούλων και τα μεσοδόντια διαστήματα. Στη θέση αυτή και χωρίς να απομακρύνονται τα άκρα των θυσάνων από εκεί δίνεται στη βούρτσα μια ελαφρά δονική κίνηση εγγύς- άπω. Συνήθως η αρχή γίνεται από τα πίσω δόντια βουρτσίζοντας τις εξωτερικές και εν συνεχεία τις εσωτερικές επιφάνειες. Κάθε στιγμή μπορεί να καθαρίζονται 2-3 δόντια. Στο τέλος καθαρίζονται και οι μασητικές επιφάνειες.

ότι η ομάδα των ιατρών αναγνώριζε την αιτιολογία και τη σημασία της πρόληψης όσον αφορά την περιοδοντική νόσο ($P < 0,05$).

Συμπερασματικά, η συμπεριφορά των ιατρών ως προς τη στοματική υγεία είναι καλύτερη από αυτή των ασθενών όμως δε θεωρείται ικανοποιητική ενώ παράλληλα δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στο επίπεδο των γνώσεων ως προς τη στοματική υγεία μεταξύ των δύο υπό διερεύνηση ομάδων.

5.2 Γνώσεις και συμπεριφορά των ασθενών

Έρευνα που διεξήχθη το 2007 στο Ηνωμένο Βασίλειο μεταξύ 101 διαβητικών ασθενών ηλικίας 31-79 ετών και αφορούσε το επίπεδο των γνώσεων σχετικά με τη στοματική υγεία έδειξε ότι μόνο το 33% είχε ενημερωθεί για τον αυξημένο κίνδυνο για περιοδοντική νόσο ενώ παράλληλα ήταν ενημερωμένοι σε ικανοποιητικό βαθμό για τις άλλες επιπλοκές του ΣΔ (Allen *et al*, 2008). Από το 33% των διαβητικών που είχαν τύχει ενημέρωσης το 51% (δηλαδή 16% του συνόλου) ενημερώθηκαν από τον οδοντίατρο και το 32% από την ομάδα των επαγγελματιών υγείας για τη ρύθμιση του διαβήτη. Ποσοστό 43% είχε επισκεφθεί οδοντίατρο τον τελευταίο χρόνο ενώ το 34% δεν επισκέφθηκε τα τελευταία 5 χρόνια. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι ανάμεσα στους ασθενείς με φτωχό γλυκαιμικό έλεγχο $HbA_{1c}^4 > 9\%$ το 62% δεν ήταν ενημερωμένοι για τον αυξημένο κίνδυνο περιοδοντικής νόσου. Από την ομάδα των διαβητικών με $HbA_{1c} > 7.5\%$ μόνο, το 26% είχε επισκεφθεί οδοντίατρο τον τελευταίο χρόνο, το 9% γνώριζε για την σχέση ΣΔ και περιοδοντικής νόσου, ενώ το 44% επισκέφθηκε οδοντίατρο τα τελευταία 5 χρόνια και το 15% δήλωνε πλήρη άγνοια για τη σχέση ΣΔ και περιοδοντικής νόσου. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν δείξει και προηγούμενες μελέτες με τις οποίες εντοπίζεται ότι η στοματική υγεία δεν αποτελεί προτεραιότητα ανάμεσα στους διαβητικούς ασθενείς οι οποίοι θεωρούν ότι δεν επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής τους σε σχέση με άλλες επιπλοκές της νόσου και επισκέπτονται τον οδοντίατρο λιγότερο συχνά σε σχέση με τις επισκέψεις που κάνουν σε άλλους επαγγελματίες υγείας (Tomar & Lester, 2000).

Το 2009 πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ έρευνα που αφορούσε το επίπεδο των γνώσεων και της συμπεριφοράς αναφορικά με τη στοματική υγεία μεταξύ 253 διαβητικών ασθενών. Ποσοστό 73% των ασθενών είχε ενημερώσει τον οδοντίατρο ότι έπασχε από ΣΔ (Yuen *et al*,

⁴ HbA_{1c} εξέταση γλυκοζηλιωμένης αιμοσφαιρίνης, μετράται στο αίμα προκειμένου να καθοριστεί αν η τιμή του σακχάρου στο αίμα είχε διατηρηθεί σε φυσιολογικά επίπεδα τους τελευταίους 3 μήνες.

2009). Στις ΗΠΑ αποδίδεται μεγάλη σημασία στα θέματα στοματικής υγείας και ΣΔ, δεδομένου ότι είναι η τρίτη χώρα επιπολασμού του ΣΔ παγκοσμίως (Wild *et al*, 2004).

Το 43% επισκεπτόταν τον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο (τουλάχιστον μια φορά κάθε 2 χρόνια) και 59% επισκέφθηκε οδοντίατρο τον τελευταίο χρόνο σε σύγκριση με 67% και 58-64% που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία (Macek *et al*, 2008). Το 35% χρησιμοποιούσε οδοντικό νήμα κάθε μέρα ενώ το 35% δεν το χρησιμοποιούσε ποτέ. Αναφορικά με τις γνώσεις για τη στοματική υγεία, ποσοστό περίπου 67% γνώριζε ότι ο ΣΔ επηρεάζει την υγεία των ούλων και ένα μεγάλο ποσοστό 78% γνώριζε ότι η αιμορραγία των ούλων είναι παθολογική. Σχετικά με τη χρήση οδοντικού νήματος το 55% έτυχε ενημέρωσης από οδοντίατρο και το 29% από παθολόγο. Το 55% των οδοντιάτρων και το 45% των παθολόγων παραπέμπουν τους ασθενείς με ΣΔ για προληπτικό έλεγχο δύο φορές το χρόνο και το 50% των οδοντιάτρων και το 47% των ιατρών ενημερώνουν τους ασθενείς ότι ο ΣΔ προκαλεί επιδείνωση της κατάστασης των ούλων. Από τα δημογραφικά στοιχεία βρέθηκε ότι η εργασιακή κατάσταση των ατόμων σχετίζεται με το επίπεδο των γνώσεων για τη στοματική υγεία με τους εργαζόμενους να έχουν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων. Επιπλέον, τα άτομα τα οποία ελάμβαναν οδηγίες από επαγγελματία υγείας σχετικά με τη στοματική υγεία είχαν κατά 2,9 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάζουν ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων σε σχέση με αυτούς που δεν λαμβάνουν οδηγίες. Η μελέτη έδειξε ότι περισσότερο από το 50% των ασθενών δεν έχουν ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων αναφορικά με τον ΣΔ και τη στοματική υγεία γεγονός το οποίο συνάδει με άλλες μελέτες (Allen *et al*, 2008) και (Moore *et al*, 2000). Ειδικότερα όσον αφορά το γεγονός ότι η αιμορραγία των ούλων είναι παθολογική το 80% των ασθενών απάντησε ορθά σε αντίθεση με το 50% που δεν γνώριζε ότι ο ΣΔ παρουσιάζει φλεγμονές στη στοματική κοιλότητα ενώ αρκετά υψηλό ποσοστό 68% γνώριζε για τη συσχέτιση ΣΔ και περιοδοντικής νόσου σε σύγκριση με 17-42% που αναφέρεται στη βιβλιογραφία γεγονός το οποίο οφείλεται στην ενημέρωση και στις οδηγίες αναφορικά με τη στοματική υγεία που λαμβάνουν οι ασθενείς μέσα στα πλαίσια της παρακολούθησής τους για το ΣΔ.

Μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Dubai μεταξύ 100 διαβητικών ασθενών αναφορικά με τις γνώσεις και αντιλήψεις τους για τη στοματική υγεία, το 60% είχαν ενημερωθεί για τη σχέση ΣΔ και περιοδοντίτιδας, ενώ για τις άλλες επιπλοκές του ΣΔ ήταν ενημερωμένοι σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό (Eldarrat, 2011). Σε προηγούμενη μελέτη των Allen *et al* (2008) μόλις το 33% των ασθενών με ΣΔ γνώριζαν για τη συσχέτιση ΣΔ και περιοδοντίτιδας. Επιπρόσθετα το 70% των ερωτηθέντων γνώριζαν ότι η αιμορραγία των

ούλων είναι παθολογική. Σχετικά με τη χρήση οδοντικού νήματος το 66% δεν το χρησιμοποιεί ποτέ και ένα πολύ μικρό ποσοστό 11% το χρησιμοποιεί καθημερινά, το 23% περιστασιακά, ποσοστό δε 19% δεν βουρτσίζει τα δόντια του σε καθημερινή βάση.

Αναφορικά με την επίσκεψη στον οδοντίατρο ένα σχετικά χαμηλό ποσοστό 40% επισκέπτεται τον οδοντίατρο μία φορά το χρόνο κυρίως για επείγον περιστατικό, περίπου το 40% δεν επισκέπτεται τον οδοντίατρο κατά την διάρκεια του χρόνου και μόνο το 14% για προληπτικό έλεγχο ποσοστό σχετικά χαμηλό αν συγκριθεί με άλλες μελέτες που έγιναν στο Ηνωμένο Βασίλειο των Allen *et al* (2008), Bakhshandeh *et al* (2008) και Kelly *et al* (1998) όπου τα ποσοστά είναι 37%, 47% και 59%, αντίστοιχα. Οι γνώσεις των ασθενών αναφορικά με την στοματική υγεία ήταν κατά 37% αποτέλεσμα ενημέρωσης από οδοντίατρο και κατά 45% από τα μέσα ενημέρωσης. Το επίπεδο των γνώσεων των ασθενών με ΣΔ αναφορικά με τη στοματική υγεία δεν είναι ικανοποιητικό και οι οδοντίατροι αλλά και οι γενικοί ιατροί πρέπει να εφαρμόσουν προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας και να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς για τις επιπλοκές που παρουσιάζει ο ΣΔ στη στοματική υγεία. Στόχος πρέπει να είναι η αύξηση του αριθμού των διαβητικών ασθενών που θα επισκέπτονται τουλάχιστον μια φορά το χρόνο προληπτικά τον οδοντίατρο.

Το 2002 έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Φινλανδία μεταξύ 420 διαβητικών ασθενών όπου ανταποκρίθηκε το 80% (Karikoski *et al*, 2002) έδειξε ότι το 13% των ασθενών χρησιμοποιούσε οδοντικό νήμα και ένα ποσοστό 63% είχε επισκεφτεί τον οδοντίατρο τον τελευταίο χρόνο. Η πιο συχνή αιτία για επίσκεψη στον οδοντίατρο, σε ένα ποσοστό 47% ήταν για προληπτικό έλεγχο, και 19% για επείγον περιστατικό, ποσοστά που συνάδουν και με άλλες μελέτες με διαβητικούς ασθενείς. Ο κυριότερος λόγος για τον οποίο οι ασθενείς δεν επισκέπτονται τον οδοντίατρο είναι η αντίληψη ότι κατά τη γνώμη τους δεν χρειαζόταν να λάβουν οδοντιατρική φροντίδα, μια στάση η οποία αποτελεί σοβαρό εμπόδιο για τη βελτίωση της στοματικής υγείας (Steele *et al*, 1996). Το 16% των ασθενών με ΣΔ ανέφερε ότι είχε παραπεμφθεί από παθολόγο για εξέταση από οδοντίατρο και το 35% συμφωνεί ότι δεν είχε τύχει κατάλληλης ενημέρωσης αναφορικά με την πρόληψη και την θεραπεία της περιοδοντικής νόσου από τον οδοντίατρο, γεγονός το οποίο συνάδει με την εντύπωση ότι οι γνώσεις αναφορικά με τη στοματική υγεία είναι ελλιπείς στον πληθυσμό (Murtomaa *et al*, 1997).

Πέρα από αυτό, έρευνα που αφορούσε τη γνώση και τη συμπεριφορά αναφορικά με την διατήρηση της στοματικής υγείας μεταξύ 406 ασθενών με διαβήτη τύπου 1 και σύγκριση με 203 μη διαβητικά άτομα που διεξήχθη στις ΗΠΑ έδειξε ότι οι ασθενείς στην πλειοψηφία δεν ήταν ενημερωμένοι αναφορικά με τις επιπλοκές του ΣΔ στη στοματική κοιλότητα, το κόστος αποτελούσε σημαντικό εμπόδιο για την αποφυγή της επίσκεψης στον οδοντίατρο ενώ η συμπεριφορά όσον αφορά την πρόληψη στα άτομα με ΣΔ δεν υπερτερούσε από αυτή των μη διαβητικών ατόμων (Moore *et al*, 2000).

Έρευνα που έγινε στην Ιαπωνία το 2003 ανάμεσα σε 527 νεαρούς ενήλικες ηλικίας 20-29 ετών, 245 άνδρες και 282 γυναίκες αφορούσε τη συμπεριφορά αναφορικά με τη στοματική υγιεινή σε σχέση με το φύλο. Παρατηρήθηκε ότι μετά την ηλικία των 30 ετών αυξάνονται ραγδαία τα περιστατικά περιοδοντίτιδας και ότι η συμπεριφορά αναφορικά με τη στοματική υγιεινή στην ομάδα 20-29 ετών δεν είναι ικανοποιητική σε σχέση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες (Tada & Hanada, 2004). Αναφορικά με τη χρήση του οδοντικού νήματος το 31% που χρησιμοποιούσε νήμα ήταν άνδρες και το 38% ήταν γυναίκες με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P=0,042$). Οι γυναίκες έχουν πολύ καλύτερη γνώση αναφορικά με τη στοματική υγεία, γεγονός που συνάδει και με άλλες μελέτες των Keogh & Linden (1991) και Petersen *et al* (2000). Η χρήση οδοντικού νήματος έχει σχέση με το επίπεδο των γνώσεων για τη στοματική υγεία και με άλλους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, την εργασιακή κατάσταση και όπως έχει παρατηρηθεί οι γυναίκες που εργάζονται το χρησιμοποιούσαν περισσότερο. Αναφορικά με την επίσκεψη στον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο τουλάχιστον μια φορά το χρόνο το 4,5% είναι άνδρες και το 17% ήταν γυναίκες με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P=0.001$). Παράγοντες που επηρέαζαν τη συχνότητα του προληπτικού ελέγχου ήταν το φύλο, το εισόδημα και το άγχος που αισθανόταν ο ασθενής για την επίσκεψη στον οδοντίατρο (Woolfolk *et al*, 2009). Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι η ηλικιακή ομάδα των γυναικών ηλικίας 25-29 ετών επισκεπτόταν τον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο πιο συχνά από την ομάδα 20-24 ετών.

Από έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2003 στις ΗΠΑ μεταξύ 1.590 διαβητικών ατόμων για να εκτιμηθεί κατά πόσο ο ΣΔ επηρέαζε τη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες με ΣΔ έκαναν λιγότερες επισκέψεις σε σχέση με μη διαβητικές ενώ στους άνδρες δεν υπήρχε σημαντική διαφορά γεγονός το οποίο δυνατόν να αποδοθεί στο γεγονός ότι οι γυναίκες απέφευγαν να επισκεφθούν τον οδοντίατρο επειδή ήταν πιο πιθανό

να είχαν παρόμοια εμπειρία στο παρελθόν ή επειδή αναλάμβαναν περισσότερες οικογενειακές υποχρεώσεις (Macek *et al*, 2003).

Στη μελέτη των Moore *et al* (2007) βρέθηκε ότι το κόστος αποτελούσε το κυριότερο εμπόδιο για για την επίσκεψη στον οδοντίατρο ανάμεσα στα άτομα με ΣΔ και αυτά που δεν παρουσίαζαν ΣΔ. Προφανώς τα άτομα αυτά είχαν χαμηλότερο εισόδημα, όχι σταθερή απασχόληση και έδιναν προτεραιότητα σε άλλα προβλήματα υγείας που αφορούσαν τη γενική υγεία τα οποία θεωρούσαν περισσότερο σοβαρά. Παρόμοια ευρήματα ότι δηλαδή οι ασθενείς με ΣΔ ήταν λιγότερο πιθανό να κάνουν μια επίσκεψη στον οδοντίατρο τον τελευταίο χρόνο από ότι οι μη διαβητικοί ενώ υπάρχει και ανισότητα ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικοοικονομικές τάξεις έδειξαν και άλλες μελέτες (Tomar & Lester, 2000). Επίσης στη μελέτη των Macek *et al* (2008) διαφαίνεται ότι οι ασθενείς επισκέπτονται λιγότερο συχνά τον οδοντίατρο από ότι τον οφθαλμίατρο, ή τον ποδίατρο. Αυτό δυνατόν να οφείλεται στο γεγονός ότι η οδοντιατρική φροντίδα δεν περιλαμβάνεται στο σύστημα υγείας αλλά και στο ότι περισσότεροι γενικοί ιατροί δεν έχουν εκπαιδευτεί ώστε να εξετάζουν τη στοματική κοιλότητα όπως τα υπόλοιπα συστήματα και να παραπέμπουν ανάλογα τους ασθενείς. Αν είναι για τη δική σας, να αναφερθούν στα αποτελέσματα και συζήτηση.

Έρευνα που έγινε το 2011 στο Ηνωμένο Βασίλειο μεταξύ 229 ασθενών με ΣΔ για αξιολόγηση της γνώσης και συμπεριφοράς σχετικά με τη στοματική υγεία έδειξε ότι το 80% επισκέπτεται τον οδοντίατρο 1-2 φορές τον χρόνο, και μόνο 15% χρησιμοποιεί οδοντικό νήμα, ενώ το 69% δεν πήρε ποτέ οδηγίες σχετικά με τη στοματική υγεία από τους επαγγελματίες υγείας στην κλινική ΣΔ (Bowyer *et al*, 2011).

Το 2011 πραγματοποιήθηκε στην Ινδία διασταυρούμενη έρευνα ανάμεσα σε 1187 εργαζόμενους για τη γνώση και τη συμπεριφορά τους αναφορικά με τη στοματική υγεία και υγιεινή σε σχέση με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Σκοπός ήταν η συλλογή πληροφοριών αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το μηνιαίο εισόδημα καθώς επίσης και τις γνώσεις αναφορικά με τη στοματική υγεία (τερηδόνα, περιοδοντική νόσος, στοματικός καρκίνος) τη συχνότητα και τους λόγους επίσκεψης στον οδοντίατρο, καθώς και τους τρόπους στοματικής υγιεινής (Chandra Shekar *et al*, 2011). Παρατηρήθηκε ότι τα άτομα των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων ήταν 100% ενημερωμένα αναφορικά με τη στοματική υγιεινή ενώ αυτά των κατώτερων τάξεων δεν είχαν τύχει καμιάς ενημέρωσης. Αναφορικά με την επίσκεψη στον οδοντίατρο το 44% είχε μία επίσκεψη τον τελευταίο χρόνο, όλα τα άτομα των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων είχαν μία

επίσκεψη στον οδοντίατρο η οποία αφορούσε επίσκεψη ρουτίνας (προληπτικό έλεγχο), σε σύγκριση με ένα ποσοστό 32% των κατώτερων τάξεων όπου στη συντριπτική πλειοψηφία αφορούσε επείγον περιστατικό (εξαγωγή, απόστημα) και σε καμία περίπτωση επίσκεψη ρουτίνας. Οι λόγοι για τους οποίους τα άτομα επισκέπτονται τον οδοντίατρο μία φορά σε ένα χρόνο ήταν κατά 13% προληπτικός έλεγχος και 58% για επείγον περιστατικό. Το 93% των ατόμων των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων επισκέπτονται τον οδοντίατρο για επίσκεψη ρουτίνας σε σύγκριση με κανένα άτομο από τις κατώτερες τάξεις. Οι λόγοι για τους οποίους τα άτομα δεν επισκέπτονται τον οδοντίατρο μία φορά τον τελευταίο χρόνο κατά 61% είναι το κόστος και 15% έλλειψη γνώσης και ευαισθητοποίησης. Η διαφορά στη συχνότητα των οδοντιατρικών επισκέψεων δυνατόν να οφείλεται στον υψηλότερο βαθμό ενημέρωσης που τυγχάνουν τα άτομα των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων. Παρόμοια ευρήματα που αφορούν τη συσχέτιση συχνότητας των οδοντιατρικών επισκέψεων και τον διαφορετικό βαθμό ενημέρωσης των ατόμων για τη στοματική υγεία ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικοοικονομικές ομάδες έδειξαν και άλλες μελέτες, όπως των Sanders *et al* (2006), γεγονός που δεικνύει την ανάγκη εφαρμογής ειδικά σχεδιασμένων προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας απευθυνόμενα στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες.

5.3 Γνώσεις και συμπεριφορά των ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας

Στην Ιορδανία, μια χώρα όπου ο επιπολασμός του ΣΔ είναι στο 17%, πραγματοποιήθηκε το 2010 έρευνα ανάμεσα σε 164 ιατρούς με σκοπό την αξιολόγηση των γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία, τη διασύνδεση ΣΔ και στοματικής υγείας και την προθυμία των ιατρών να παραπέμπουν τους διαβητικούς ασθενείς για επίσκεψη στον οδοντίατρο (Al-Habashneh *et al*, 2010). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας το 70% είχε ενημερωθεί και συμφωνούσε ότι υπάρχει σύνδεση ΣΔ και στοματικής υγείας ωστόσο μόνο το 50% των ιατρών είχε συμβουλευσει τους διαβητικούς ασθενείς να επισκέπτονται τον οδοντίατρο γιατί δεν θεωρούσε ότι η περιοδοντική νόσος αποτελεί σοβαρό πρόβλημα υγείας, ενώ το 68% δεν πίστευε ότι η περιοδοντίτιδα επηρεάζει τον γλυκαιμικό έλεγχο των διαβητικών και μόνο το 30% πίστευε ότι η θεραπεία της ουλίτιδας μπορεί να βελτιώσει το γλυκαιμικό έλεγχο.

Έρευνα που έγινε το 2011 στη Chennai, Ινδία (Srinidhi *et al*, 2011) ανάμεσα σε 300 ιατρούς έδειξε ότι ποσοστό 76% συμβούλευε τους ασθενείς να επισκέπτονται τον οδοντίατρο κάθε 6 μήνες ενώ σε άλλες έρευνες το ποσοστό ανερχόταν στο 86%. Διασταυρούμενη έρευνα μεταξύ 232 γενικών ιατρών και 278 οδοντιάτρων στο Kuwait έδειξε ότι μόνο το 50% από

τους συμμετέχοντες πίστευε ότι τα άτομα με ΣΔ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από αυτά που δεν έχουν ΣΔ να εμφανίσουν περιοδοντίτιδα η οποία μελλοντικά θα οδηγήσει σε απώλεια δοντιών (Al-Khabbaz *et al*, 2011).

Έρευνα που διεξήχθη στη Μαλαισία μεταξύ 206 επαγγελματιών υγείας (ιατροί, φαρμακοποιοί και νοσηλευτές) αναφορικά με τις συνήθειες για τη στοματική υγιεινή έδειξε ότι μόνο 22% χρησιμοποιεί οδοντικό νήμα και 46% αναφέρει επίσκεψη στον οδοντίατρο τον τελευταίο χρόνο (Mohd Dom *et al* 2009). Από τις επισκέψεις στον οδοντίατρο το 64% ήταν για προληπτικό έλεγχο / καθαρισμό, 46% για αποκατάσταση και 24% για επείγον περιστατικό.

Έρευνα που έγινε στο Hong Kong το 1993 μεταξύ 121 νέων ιατρών για τη διερεύνηση της γνώσης και συμπεριφοράς αναφορικά με τη στοματική υγεία έδειξε ότι το 61% επισκεπτόταν τον οδοντίατρο τουλάχιστο μια φορά σε περίοδο δύο χρόνων σαφώς πολύ καλύτερη συμπεριφορά από αυτή του κοινού που ήταν 24% ενώ το 37% επισκεπτόταν μία φορά σε περίοδο πάνω από δύο χρόνια, ωστόσο μόνο το 33% επισκέπτεται τον οδοντίατρο τουλάχιστον μία φορά το χρόνο για προληπτικό έλεγχο (University of Hong Kong, 1993). Το 90% των ιατρών δήλωνε ότι θα επισκεφθεί οδοντίατρο αν παρουσιάσει συγκεκριμένο πρόβλημα στοματικής υγείας όπως τερηδόνα ή περιοδοντίτιδα. Μικρό ποσοστό των ιατρών εξέταζε τη στοματική κοιλότητα γιατί θεωρούσε ότι δεν αποτελεί μέρος της κλινικής εξέτασης ή επειδή δεν είχε τύχει κατάλληλης εκπαίδευσης. Το γεγονός αυτό αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την έγκαιρη διάγνωση και παραπομπή των ασθενών στον οδοντίατρο σε πρώιμο στάδιο.

Διασταυρούμενη έρευνα που έγινε το 2010 μεταξύ 100 γενικών ιατρών στην Ινδία, έδειξε ότι μόνο το 23% των γενικών ιατρών γνώριζε ότι η τερηδόνα είναι φλεγμονή η οποία μεταδίδεται από τη μητέρα στο παιδί, το 92% γνώριζε ότι υπάρχει διασύνδεση στοματικής και γενικής υγείας όμως η πλειοψηφία συνέδεε τις στοματικές παθήσεις με διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος (Patil *et al*, 2010). Το 40% επισκέφθηκε τον οδοντίατρο τον τελευταίο χρόνο ενώ ένα ποσοστό 23% δεν είχε επισκεφθεί ποτέ οδοντίατρο. Τα ευρήματα αυτά δεικνύουν χαμηλό επίπεδο γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία.

Έρευνα που έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2007 όπου τα περιστατικά καρκίνου του στόματος αυξάνονται συνεχώς και βρίσκονται σε υψηλότερα επίπεδα από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έδειξε τα ακόλουθα ευρήματα. Ποσοστό 65% των γενικών ιατρών δεν

εξετάζε για προληπτικό έλεγχο με λήψη δείγματος από το βλεννογόνο του στόματος τα άτομα υψηλού κινδύνου, ενώ σε ποσοστό 95% αναγνώριζε το κάπνισμα ως παράγοντα κινδύνου (Carter & Ogden, 2007). Παρόμοια έρευνα που έγινε επίσης στο Ηνωμένο Βασίλειο ανάμεσα σε 351 γενικούς ιατρούς έδειξε ότι ποσοστό 97% γνώριζε ότι το κάπνισμα και 79% η λήψη αλκοόλ αποτελούσε παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του στόματος (Macpherson *et al*, 2003).

Οι γνώσεις και αντιλήψεις των ασθενών και των ιατρών αναφορικά με τη στοματική υγεία ποικίλουν ανάμεσα στις διάφορες χώρες και σε αρκετές περιπτώσεις δεν είναι ικανοποιητικές. Δεδομένου ότι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το επίπεδο των γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία είναι καθοριστικό για την προαγωγή της στοματικής αλλά και της γενικής υγείας, είναι πολύ σημαντικό αυτό το θέμα να διερευνηθεί και στην Κύπρο.

5.4 Ορθές πρακτικές στοματικής υγιεινής

Η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας. Οι γενικοί ιατροί πρέπει να γνωρίζουν και να ακολουθούν τις ορθές πρακτικές για τη διαχείριση των ασθενών με γενικά νοσήματα αναφορικά με τη στοματική υγεία και την παραπομπή τους για εξέταση από οδοντίατρο.

Όσον αφορά το ΣΔ:

- 1) Οι ιατροί πρέπει να ενημερώνουν τους ασθενείς να ακολουθούν αυστηρά τους κανόνες στοματικής υγιεινής και αυτό πρέπει να αποτελεί μέρος της θεραπείας τους για την αντιμετώπιση του ΣΔ (NDEP, 2007). Παράλληλα να ενημερώνουν τους ασθενείς ότι η μη επίτευξη γλυκαιμικού ελέγχου οδηγεί σε φλεγμονώδεις παθήσεις των ούλων και του περιοδοντίου.
- 2) Οι ιατροί πρέπει να εξετάζουν τουλάχιστον κάθε 6 μήνες τη στοματική κοιλότητα των διαβητικών ασθενών, η οποία είναι εύκολα προσπελάσιμη, για έλεγχο ύπαρξης φλεγμονής στο στόμα ή αιμορραγίας των ούλων.
- 3) Να παραπέμπουν τους διαβητικούς ασθενείς τουλάχιστον μια φορά το χρόνο για εξέταση από τον οδοντίατρο για την πρόληψη της περιοδοντικής νόσου και της απώλειας δοντιών (NDEP, 2007).

Όσον αφορά τους ασθενείς με οστεοπόρωση:

- 1) Οι ιατροί πρέπει να ενημερώνουν τους ασθενείς ότι η χορήγηση διφωσφονικών φαρμάκων συνδέεται με πολύ μικρή πιθανότητα εμφάνισης οστεονέκρωσης της γνάθου και να τονίζουν τη σημασία διατήρησης υψηλού επιπέδου στοματικής υγιεινής (Νικητάκη και συν, 2009).
- 2) Να παραπέμπουν για εξέταση στον οδοντίατρο πριν από την έναρξη της θεραπείας με διφωσφονικά για λήψη προληπτικών μέτρων (εμφράξεις δοντιών, εξαγωγές, εξάλειψη εστιών φλεγμονής) και έλεγχο περιοδοντικής υγείας (SDCEP, 2011).

Όσον αφορά τους ασθενείς με νεοπλασματική νόσο:

Οι ασθενείς που χρήζουν ακτινοθεραπείας ή χημειοθεραπείας πρέπει να παραπέμπονται για εκτίμηση από οδοντίατρο για αντιμετώπιση φλεγμονωδών καταστάσεων στο στόμα. Είναι γνωστό ότι η ακτινοθεραπεία δημιουργεί βλάβες και στο φυσιολογικό συνδετικό ιστό με μυκητιάσεις στη στοματική κοιλότητα, ξηροστομία, διαταραχές γεύσης και οστεονέκρωση (Aldous, 2005).

Ηλικιωμένοι ασθενείς, άτομα με νόσο του Alzheimer, ψυχιατρικοί ασθενείς και άτομα που είχαν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, συνιστάται όπως παραπέμπονται από το γενικό ιατρό για οδοντιατρική εξέταση τουλάχιστον μία φορά το χρόνο. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν επιδείνωση της στοματικής τους υγείας από τη λήψη φαρμάκων αλλά και λόγω δυσκολίας όσον αφορά την πρόσβαση στη στοματική κοιλότητα.

Για τη διατήρηση της καλής στοματικής υγείας είναι απαραίτητη η συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας και επιβάλλεται η ενημέρωση των ασθενών για τις ορθές πρακτικές που πρέπει να ακολουθούνται όπως:

- Βούρτσισμα των δοντιών με την ενεδειγμένη μέθοδο μετά από κάθε γεύμα, μετά την λήψη τροφών που περιέχουν σάκχαρα και πριν από τον ύπνο. Χρήση φθοριούχου οδοντόπαστας για περιορισμό της τερηδόνας και περιοδοντικής νόσου. Για άτομα που δε μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν καλύτερα να χρησιμοποιείται ηλεκτρική οδοντόβουρτσα.
- Για τον πλήρη καθαρισμό των δοντιών και των ούλων επιβάλλεται τουλάχιστον μία φορά την ημέρα η χρήση οδοντικού νήματος.

- Χορήγηση φθοριούχων σκευασμάτων ή φθορίωση του νερού για προστασία από την τερηδόνα.
- Λήψη χαμηλών σε σάκχαρα τροφών, αποφυγή καπνίσματος και λήψης αλκοόλ για προστασία από την τερηδόνα, την ουλίτιδα και τον καρκίνο της στοματικής κοιλότητας.
- Επίσκεψη στον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο τουλάχιστον μία φορά σε διάστημα 6-12 μηνών.

6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται η μεθοδολογική προσέγγιση η οποία ακολουθείται στην παρούσα εργασία. Η συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια επιδιώκει να αναδείξει την ανάγκη για διασύνδεση της στοματικής και της γενικής υγείας, την ολιστική και ανθρωποκεντρική αντιμετώπιση των ασθενών με γενικά νοσήματα καθώς και την αναγκαιότητα της έγκαιρης αντιμετώπισης και παραπομπής των ασθενών από τους γενικούς ιατρούς για εξέταση από τον οδοντίατρο.

Η βελτίωση του επιπέδου των γνώσεων των γενικών ιατρών αλλά και των ασθενών αναφορικά με τη στοματική υγεία και υγιεινή θα συμβάλει στην καλύτερη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων και θα έχει θετικές επιπτώσεις και τη γενική υγεία. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, και των χρόνιων νοσημάτων (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης) έχει ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση τόσο της γενικής όσο και της στοματικής υγείας. Η υγεία των ούλων και η διατήρηση για περισσότερο χρόνο των φυσικών δοντιών αυξάνει το επίπεδο της ποιότητας ζωής, οδηγεί σε αποφυγή απώλειας ωρών εργασίας και στην εξοικονόμηση πόρων. Τα ευρήματα που θα προκύψουν από την έρευνα θα είναι πολύ σημαντικά και θα κοινοποιηθούν στις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας για εφαρμογή αντίστοιχων πολιτικών, ώστε να υιοθετηθούν δράσεις για εφαρμογή διορθωτικών μέτρων.

6.1 Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα έρευνα έχει ως αντικείμενο την αξιολόγηση του βαθμού της εφαρμογής της αρχής της ολιστικής και ανθρωποκεντρικής αντιμετώπισης των οδοντιατρικών ασθενών με γενικά νοσήματα στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) από τους γενικούς ιατρούς στην Κύπρο.

6.2 Οι επί μέρους στόχοι της έρευνας

- Η καταγραφή και σύγκριση των συνηθειών και γνώσεων αναφορικά με την στοματική υγεία και υγιεινή μεταξύ των ιατρών της ΠΦΥ και των οδοντιατρικών ασθενών με γενικά νοσήματα.
- Η καταγραφή και σύγκριση των γνώσεων αναφορικά με τη συσχέτιση της στοματικής με τη γενική υγεία μεταξύ των γενικών ιατρών και των οδοντιατρικών ασθενών με γενικά νοσήματα.

- Η καταγραφή του βαθμού ενημέρωσης των ασθενών από τους οδοντιάτρους αναφορικά με την αιτιολογία των στοματικών παθήσεων, τους αποτελεσματικούς τρόπους στοματικής υγιεινής, και τους στόχους της στοματικής υγιεινής.
- Κοινοποίηση των ευρημάτων της έρευνας στις αρμόδιες Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας ώστε να χρησιμοποιηθούν για τη χάραξη πολιτικής υγείας, τον εμπλουτισμό πρωτοκόλλων που αφορούν την αντιμετώπιση γενικών νοσημάτων και την οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των ιατρικών και οδοντιατρικών λειτουργών.

6.3 Σχεδιασμός της μελέτης

Η παρούσα μελέτη αφορά δύο ομάδες πληθυσμού, τους γενικούς ιατρούς που ασκούν την ΠΦΥ στα δημόσια Κέντρα Υγείας (αστικά και αγροτικά) καθώς και τους οδοντιατρικούς ασθενείς με γενικά νοσήματα που επισκέπτονται κυβερνητικό οδοντίατρο στα προαναφερθέντα Κέντρα Υγείας.

Τα κριτήρια επιλογής των ασθενών είναι:

- Ηλικία άνω των 18 ετών
- Παρουσία γενικού νοσήματος
- Καλή αντίληψη της Ελληνικής γλώσσας

6.4 Περιγραφή του δείγματος και της δειγματοληπτικής μεθόδου

Η δειγματοληψία αποτελεί σημαντικό βήμα της ερευνητικής διαδικασίας και η μέθοδος σύμφωνα με την οποία επιτελείται είναι καθοριστική ώστε το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό και να παράγονται ακριβείς και σημαντικές πληροφορίες οι οποίες να μπορούν να γενικευτούν σε ολόκληρο τον πληθυσμό (Σαχίνη-Καρδάση, 1997). Όπως έχει ήδη αναφερθεί το μέγεθος του υπό εξέταση πληθυσμού αποτελούν όλοι οι ιατροί που στελεχώνουν τα Κέντρα Υγείας και εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων παγκύπρια, στα οποία παρέχεται ΠΦΥ και τα οποία επισκέπτονται και κυβερνητικοί οδοντίατροι. Ο συνολικός αριθμός των ιατρών αυτών ανέρχεται στους 94. Η συμπερίληψη όλων των ιατρών της ΠΦΥ στην έρευνα μας δίνει τη δυνατότητα εξαγωγής αξιόπιστων ευρημάτων αλλά και γενίκευσης των αποτελεσμάτων.

Όσον αφορά το δείγμα των οδοντιατρικών ασθενών ακολουθήθηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας, αφού προηγουμένως λήφθηκε υπόψη ο αριθμός των επισκέψεων

στα εξωτερικά ιατρεία των οδοντιατρικών υπηρεσιών κατά το έτος 2010 τόσο στα αγροτικά όσο και στα αστικά κέντρα υγείας.

Από την εξέταση των στατιστικών στοιχείων των Οδοντιατρικών Υπηρεσιών παρατηρούμε ότι κατά το 2010 έγιναν παγκύπρια 109262 επισκέψεις (Πίνακας 6.1). Επομένως ένα συνολικό δείγμα περίπου 547 ασθενών παγκύπρια το οποίο και αντιστοιχεί στο 0,5% του συνολικού αριθμού των επισκέψεων θεωρείται ικανοποιητικό για αξιόπιστα και αντικειμενικά ευρήματα. Για την επιλογή του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της τυχαίας διαστρωματικής δειγματοληψίας. Ως εκ τούτου ο πληθυσμός στόχος διαχωρίστηκε ανά επαρχία και εν συνεχεία κάθε επαρχία σε αστικές και αγροτικές περιοχές.

Πίνακας 6.1: Επιλογή δείγματος ασθενών

2010	Αρ. επισκέψεων	Δείγμα	Αστικά	Αγροτικά
Λευκωσία	53.909	271	166	105
Λεμεσός	17.663	88	62	26
Λάρνακα	18.748	93	65	28
Αμμόχωστος	4.946	25		25
Πάφος	13.996	70	49	21
Παγκύπρια	109.262	547	342	205

Από τα στατιστικά στοιχεία η αναλογία οδοντιατρικών επισκέψεων στα Αστικά και Αγροτικά Κέντρα το 2010 ήταν 80% με 20% - δηλαδή περίπου 440 ασθενείς από τα Αστικά και ένα σχετικά μικρό δείγμα 107 ασθενών από τα αγροτικά. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Κορνάρου-Ρουμελιώτη, 2007) ο υπό μελέτη πληθυσμός πρέπει να είναι αρκετά μεγάλος ώστε να μπορεί να δώσει αξιόπιστες απαντήσεις στους αντικειμενικούς σκοπούς και ερωτήματα που έχουν τεθεί, και το πιθανό σφάλμα των αποτελεσμάτων να είναι μικρό. Γι' αυτό το λόγο και επειδή η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα δυνατόν να ήταν σημαντική ως προς ορισμένα χαρακτηριστικά για την έρευνα και μετά από αναζήτηση συμβουλής από ειδικούς με γνώσεις στατιστικής και λαμβάνοντας υπόψη το σκοπό και τους στόχους της έρευνας αποφασίστηκε όπως αυξηθεί το δείγμα των ασθενών από τα αγροτικά κέντρα. Όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα τόσο μειώνεται το σφάλμα της δειγματοληψίας και συνεπώς τα στοιχεία είναι πιο αξιόπιστα (Νόβα-Καλτσούνη, 2006).

Τελικά, όσον αφορά τους ασθενείς το μέγεθος του υπό εξέταση πληθυσμού αποτέλεσαν 342 ασθενείς από τα αστικά και 205 από τα αγροτικά με την αναλογία να διαμορφώνεται 60% και 40%, αντίστοιχα. Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου το 70% του πληθυσμού διαμένει στις Αστικές και το 30% στις αγροτικές περιοχές και κατ' επέκταση η κατανομή των χαρακτηριστικών στον υπό μελέτη πληθυσμό είναι περίπου ανάλογη της κατανομής των αντίστοιχων χαρακτηριστικών στον πληθυσμό. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι από την έρευνα εξαιρέθηκαν ορισμένα αγροτικά Κέντρα όπου ο αριθμός των επισκέψεων ήταν μικρότερος από 5 ασθενείς το μήνα, όπως Παναγιά, Κάμπος, Σαλαμιού, Αγρός και Πελέντρι.

6.5 Το ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο είναι μια πολύ διαδεδομένη μέθοδος συλλογής δεδομένων και σκοπός του είναι η κατά το δυνατόν συλλογή περισσότερων πληροφοριών σχετικών με την έρευνα. Η επιλογή του ερωτηματολογίου γίνεται μετά από εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Στην περίπτωση που δεν βρεθεί κάποιο κατάλληλο ερωτηματολόγιο για τους σκοπούς της εκάστοτε έρευνας πρέπει ο ερευνητής να σκεφθεί την ανάπτυξη ενός νέου εργαλείου (Μερκούρης, 2008). Στην παρούσα έρευνα δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στη διασύνδεση της στοματικής με τη γενική υγεία και κατά πόσο οι ιατροί και οι ασθενείς διέθεταν τις απαραίτητες γνώσεις αναφορικά με τη στοματική υγεία. Επίσης εάν οι ιατροί γνώριζαν για τις επιπτώσεις των φαρμάκων και παρέπεμπαν τους ασθενείς για επίσκεψη στον οδοντίατρο. Η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου έγινε από την ερευνήτρια και ομάδα ειδικών, αποτελούμενη από οδοντιάτρους και ιατρούς της ΠΦΥ, οι οποίοι επιλέγηκαν με βάση ερευνητικά και εκπαιδευτικά κριτήρια καθώς και επιστήμονες που ασχολούνται με τη διοίκηση του τομέα της υγείας. Στόχος ήταν να εκπροσωπηθούν όλοι οι σχετιζόμενοι με το θέμα επιστήμονες ώστε να καταλήξουν στη συγκέντρωση ενός αριθμού ερωτήσεων. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας λήφθηκαν υπόψη τα ευρήματα έρευνας που έγινε στην Ελλάδα όπου υπάρχει παρόμοια κουλτούρα αναφορικά με το επίπεδο γνώσης και συμπεριφοράς ως προς τη στοματική υγεία περιοδοντικών ασθενών και νοσοκομειακών ιατρών, και λήφθηκαν κάποιες ιδέες για ερωτήσεις (Κομπόλη-Κοντοβαζαϊνίτη και συν., 2004). Χρησιμοποιήθηκαν επίσης τα ευρήματα από έρευνα που έγινε 2010 στην Ιορδανία μεταξύ 164 ιατρών με σκοπό την αξιολόγηση του επιπέδου των γνώσεων των ιατρών αναφορικά με τη στοματική υγεία, τη διασύνδεση της με τη γενική υγεία και την προθυμία

των ιατρών να παραπέμπουν τους ασθενείς με ΣΔ για επίσκεψη στον οδοντίατρο (Al-Habashneh *et al*, 2010).

Το ερωτηματολόγιο εμπλουτίστηκε με ερωτήσεις σχετικά με την ενημέρωση των ασθενών για τη στοματική υγεία και την παραπομπή τους στον οδοντίατρο από μέρους των γενικών ιατρών, και τις γνώσεις των ιατρών για τις παρενέργειες των φαρμάκων που χρησιμοποιούν στην καθημερινή ιατρική πρακτική, γεγονός που σύμφωνα με την εμπειρία των ειδικών θα έπρεπε να διερευνηθεί. Μετά από την κατάλληλη προσαρμογή των ερωτήσεων, αξιολόγηση από κάθε ειδικό ξεχωριστά και με τη σύμφωνο γνώμη της ερευνήτριας και του επιβλέποντα καθηγητή έγινε ταξινόμηση και τοποθέτηση των ερωτήσεων σε σειρά, ώστε αυτές να αποτυπώνουν κατά το δυνατό τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας.

Με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση συναφών μελετών και τη συμμετοχή ειδικών για την ανάπτυξη του ερωτηματολογίου (όπως αυτά αναλυτικά περιγράφονται παραπάνω), έγινε προσπάθεια να εξασφαλιστεί η *εγκυρότητα του περιεχομένου (content validity)*⁵ του ερωτηματολογίου της τρέχουσας μελέτης.

Με δεδομένο ότι μέσω του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, επιχειρήθηκε η μέτρηση συγκεκριμένων γεγονότων (π.χ επίσκεψη στον οδοντίατρο, μέθοδος βουρτσίσματος των δοντιών κλπ) και όχι κάποιων αφηρημένων ψυχοκοινωνικών εννοιών (π.χ ποιότητα ζωής), δεν εφαρμόστηκε κάποια δοκιμασία για την εκτίμηση της *αξιοπιστίας του*.

Τα ερωτηματολόγια τόσο των οδοντιατρικών ασθενών που παρουσιάζεται στο παράρτημα 1 όσο και των ιατρών της ΠΦΥ που παρουσιάζεται στο παράρτημα 2 περιλαμβάνουν κοινές ερωτήσεις που αφορούν τους τρόπους και τους στόχους της στοματικής υγιεινής, τις γνώσεις αναφορικά με την στοματική υγεία και την διασύνδεση της με την γενική υγεία. Στο τέλος περιλαμβάνονται τα κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, επίπεδο εκπαίδευσης για τους ασθενείς και χρόνια υπηρεσίας στο Δημόσιο για τους ιατρούς. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο των ιατρών όπως ήδη αναφέρθηκε περιλαμβάνει ερωτήσεις αν και κατά πόσο μεταφέρουν τις γνώσεις τους αναφορικά με τη στοματική υγεία στους ασθενείς, αν τους

⁵ Η εγκυρότητα περιεχομένου, αφορά τα στοιχεία που επιλέγονται να συμπεριληφθούν σ' ένα ερωτηματολόγιο. Τα στοιχεία αυτά δημιουργούνται από τους ερευνητές με βάση την εμπειρία τους, τις γνώσεις τους και βεβαίως την κατάλληλη βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφορικά με το υπό διερεύνηση θέμα.

παραπέμπουν για επίσκεψη στον οδοντίατρο και τις γνώσεις τους αναφορικά με τις παρενέργειες που έχουν στη στοματική υγεία, τα φάρμακα που συνταγογραφούν.

6.6 Πιλοτική Εφαρμογή

Κάθε ερωτηματολόγιο που αναπτύσσεται από τον ερευνητή θα πρέπει αρχικά να δίνεται δοκιμαστικά σε ένα μικρό δείγμα το οποίο είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού. Οι αντιδράσεις των ερωτώμενων σε αυτή τη φάση αλλά και οι απαντήσεις οι οποίες θα δοθούν είναι πολύ σημαντικές για την τελική μορφή του ερωτηματολογίου (Μερκούρης, 2008). Η πιλοτική έρευνα διεξήχθη σε δείγμα 19 ιατρών της ΠΦΥ στα Κέντρα Υγείας Στροβόλου και Λευκωσίας και 25 ασθενών από το Κέντρο Υγείας Στροβόλου κατά την περίοδο 15/02/2012 μέχρι 25/02/2012. Η πιλοτική εφαρμογή κρίθηκε αναγκαία τόσο για τους γενικούς ιατρούς όσο και για τους ασθενείς προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός δυσκολίας στη κατανόηση του περιεχομένου των ερωτήσεων, ο βαθμός ανταπόκρισης των συμμετεχόντων και η διαπίστωση αναφορικά με την ευκολία κωδικοποίησης και εισαγωγής των στοιχείων σε πρόγραμμα επεξεργασίας.

Από την πιλοτική έρευνα όλοι οι ασθενείς απάντησαν και επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια, ενώ από τους 19 ιατρούς τα επέστρεψαν 17 (βαθμός ανταπόκρισης 100% και 89,8%, αντίστοιχα). Οι περισσότερες ερωτήσεις ήταν κατανοητές και στα δύο ερωτηματολόγια ενώ χρειάστηκε να προστεθεί στην ερώτηση 4 του ερωτηματολογίου ασθενών και στην ερώτηση 3 του ερωτηματολογίου των ιατρών για τις μεθόδους βουρτσίσματος των δοντιών η επιλογή E (δεν τα βουρτσίζω καθόλου). Επίσης, στην ερώτηση 16 του ερωτηματολογίου των ιατρών που αφορούσε διάφορες επιλογές αναφορικά με τις παρενέργειες των φαρμάκων στη στοματική κοιλότητα προστέθηκε η επιλογή «κανένα από αυτά».

6.7 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Αφού ολοκληρώθηκε η πιλοτική εφαρμογή, σε σχετική σύσκεψη με την παρουσία της διευθύντριας των οδοντιατρικών υπηρεσιών και των οδοντιατρικών λειτουργών οι οποίοι με την εποπτεία της ερευνήτριας θα διένεμαν τα ερωτηματολόγια στους ιατρούς και ασθενείς στα διάφορα Κέντρα Υγείας παγκύπρια, έγινε ενημέρωση για τους σκοπούς της έρευνας, καθώς και ενημέρωση και διευκρινίσεις αναφορικά με το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου. Η διανομή των ερωτηματολογίων από τους οδοντιάτρους άρχισε από τις αρχές του Μάρτη 2012 και η διαδικασία συμπλήρωσης και συλλογής τους ολοκληρώθηκε περί τα τέλη Απρίλη

2012. Πρέπει να σημειωθεί ότι προηγουμένως οι οδοντίατροι ενημέρωναν τον υπεύθυνο ιατρό του Κέντρου Υγείας και τους ασθενείς για τους σκοπούς της έρευνας, με τη διαβεβαίωση ότι η διεξαγωγή της έρευνας δεν θα επηρέαζε σε μεγάλο βαθμό την εύρυθμη λειτουργία του Κέντρου Υγείας. Ταυτόχρονα διασφαλίστηκε η συναίνεση και η διαφύλαξη της ανωνυμίας και των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων.

Τα ερωτηματολόγια όπως αναφέρθηκε ήταν ανώνυμα, διανέμονταν από τους οδοντίατρους προς όλους τους ιατρούς που στελεχώνουν τα Κέντρα Υγείας τα οποία επισκέπτονται οδοντίατροι, και προς όλους τους οδοντιατρικούς ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια για να συμμετέχουν στην έρευνα. Η διαδικασία της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων των ασθενών παρακολουθείτο από τους βοηθούς οδοντιατρείου, για παροχή οποιονδήποτε διευκρινήσεων από τους οποίους έγινε η συλλογή των ερωτηματολογίων αμέσως μετά τη συμπλήρωση τους και η τοποθέτηση τους σε ειδικούς φακέλους. Στο φάκελο αναγραφόταν το Κέντρο Υγείας από το οποίο προήλθαν ενώ τα ερωτηματολόγια των ιατρών τοποθετούνταν σε ξεχωριστό φάκελο. Εδόθησαν 550 ερωτηματολόγια σε ασθενείς και παρελήφθησαν 526 και 94 σε ιατρούς και παρελήφθησαν 78 (βαθμός ανταπόκρισης 96% και 83% για τους ασθενείς και ιατρούς, αντίστοιχα).

6.8 Τήρηση κανόνων βιοηθικής

Στις 29/11/2011 υποβλήθηκε αίτηση στον Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού χαρακτήρα και στις 3/12/2011 με απαντητική επιστολή εδόθη άδεια για την διεξαγωγή της έρευνας (Παράρτημα 3). Με επιστολή ημερομηνίας 23/01/2012 προς την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και μελέτη των εγγράφων που κατατέθηκαν σχετικά με το θέμα της έρευνας σύμφωνα με τους κανόνες βιοηθικής και δεοντολογίας για την προστασία των συμμετεχόντων, η Επιτροπή έκρινε ότι αυτό δεν έρχετο σε αντίθεση με την αξιολόγηση (Παράρτημα 4). Πριν από την έναρξη της πιλοτικής έρευνας και συγκεκριμένα στις 13/01/12 υποβλήθηκε αίτημα στην Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας, η οποία ενέκρινε το ερευνητικό πρωτόκολλο που υποβλήθηκε και κοινοποίησε την απόφαση της στον διευθυντή Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας καθώς και στη Διευθύντρια των Οδοντιατρικών Υπηρεσιών (Παράρτημα 5).

6.9 Περιορισμοί της μελέτης

- Στην έρευνα συμμετείχαν μόνο ασθενείς και ιατροί από το δημόσιο τομέα γιατί δεν υπήρχε ευχέρεια προσέγγισης των ιατρών και των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα.
- Η παρουσία των οδοντιάτρων που βοηθούσαν τους ασθενείς στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ίσως να περιόριζε σε κάποιο βαθμό την αυθόρμητα ειλικρινή απάντηση των ασθενών (π.χ στη διάρκεια βουρτσίσματος). Αυτό όμως έγινε προκειμένου να διασφαλιστεί η συμμετοχή των ασθενών.

6.10 Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ενδοτεταρτημοριακό εύρος, ελάχιστη και μέγιστη τιμή.

Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Βρέθηκε πως οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance).

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας διατάξιμης μεταβλητής και μιας ποσοτικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square test).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική

παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p . Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση (multivariate logistic regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο (διχοτόμος μεταβλητή). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι λόγοι των odds (odds ratios), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p .

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Για τους ασθενείς, χρησιμοποιώντας τις ερωτήσεις 3-14 του ερωτηματολογίου των ασθενών, δημιουργήθηκε μια βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία, ενώ για τους ιατρούς χρησιμοποιήθηκαν οι αντίστοιχες ερωτήσεις 2-13 του ερωτηματολογίου των ιατρών, έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί σύγκριση των γνώσεων μεταξύ ασθενών και ιατρών. Στις περιπτώσεις που οι συμμετέχοντες απάντησαν «δεν ξέρω» σε μια ερώτηση, η απάντηση αυτή θεωρήθηκε ως λανθασμένη. Η βαθμολογία γνώσεων προέκυψε από την παρακάτω ισότητα:

$$\text{Βαθμολογία γνώσεων} = \frac{\text{αριθμός σωστών απαντήσεων}}{\text{αριθμός ερωτήσεων}} \times 10$$

Η βαθμολογία γνώσεων λάμβανε τιμές μεταξύ 0-10 με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν μεγαλύτερη γνώση αναφορικά με τη στοματική υγεία.

Σημειώνεται ότι, αναφορικά με τους ασθενείς, στην περίπτωση που διερευνήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις, η υπηκοότητα δε διερευνήθηκε ως πιθανός παράγοντας, καθώς μόνο 16 ασθενείς ήταν πολίτες χώρας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και 5 ασθενείς δήλωσαν άλλη χώρα. Επιπλέον, το επάγγελμα ταξινομήθηκε σε 4 κατηγορίες:

- Υπάλληλος (δημόσιος ή ιδιωτικός).
- Ελεύθερος επαγγελματίας.

- Αγρότης ή εργάτης.
- Μη εργαζόμενος, άνεργος ή ανίκανος προς εργασία ή οικιακά.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών, εξάλλου, ταξινομήθηκε σε 3 κατηγορίες:

- Χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (καμία εκπαίδευση ή απόφοιτος δημοτικού).
- Μέσο εκπαιδευτικό επίπεδο (απόφοιτος γυμνασίου ή λυκείου).
- Ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο (απόφοιτος ανώτατης σχολής).

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1 Ασθενείς

7.1.1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

Πίνακας 7.1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των 540 ασθενών

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο (n=523)	
Άντρας	244 (46,7)
Γυναίκα	279 (53,3)
Ηλικία (n=527)	
	60,7 (13,3) ^a
Επάγγελμα (n=524)	
Υπάλληλος (δημόσιος ή ιδιωτικός)	152 (29,0)
Ελεύθερος επαγγελματίας	34 (6,5)
Αγρότης	23 (4,4)
Εργάτης	26 (5,0)
Άνεργος	30 (5,7)
Ανίκανος προς εργασία	28 (5,3)
Οικιακά	125 (23,9)
Άλλο	106 (20,2)
Οικογενειακή κατάσταση (n=521)	
Άγαμος	43 (8,3)
Έγγαμος	478 (91,7)
Εκπαιδευτικό επίπεδο (n=520)	
Χαμηλό	238 (45,8)
Μέσο	221 (42,5)
Ανώτερο	61 (11,7)
Υπηκοότητα (n=524)	
Κυπριακή	503 (96,0)
Πολίτης χώρας της Ευρωπαϊκής Ένωσης	16 (3,0)
Άλλο	5 (1,0)
Τόπος διαμονής (n=514)	
Αστική περιοχή	273 (53,1)
Αγροτική περιοχή	241 (46,9)

^a Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Από τα ανωτέρω δημογραφικά χαρακτηριστικά προκύπτει ότι το 47% ήταν άντρες και το 53% γυναίκες, το 96% ήταν Κύπριοι πολίτες και μόνο το 12% είχε ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο.

Στον Πίνακα 7.2 παρουσιάζονται τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Πίνακας 7.2: Κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών

Χαρακτηριστικό	N (%)
Σακχαρώδης διαβήτης (n=526)	
Ναι	161 (30,6)
Όχι	365 (69,4)
Υπέρταση (n=526)	
Ναι	293 (55,7)
Όχι	233 (44,3)
Καρδιοπάθειες (n=527)	
Ναι	149 (28,3)
Όχι	378 (71,7)
Παθήσεις των νεφρών (n=525)	
Ναι	42 (8,0)
Όχι	483 (92,0)
Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (n=527)	
Ναι	52 (9,9)
Όχι	475 (90,1)
Νεοπλασματική νόσος (n=525)	
Ναι	29 (5,5)
Όχι	496 (94,5)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πιο πάνω πίνακα για τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών μεγάλο ποσοστό παρουσίαζε υπέρταση και μικρότερο ποσοστό 31% και 28% ΣΔ και καρδιοπάθεια.

7.1.2 Συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο και αντιλήψεις αναφορικά με τη στοματική υγεία

Το 56% (n=294) των ασθενών δήλωσαν πως επισκέπτονται τον οδοντίατρο σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού, το 21% (n=110) των ασθενών δήλωσαν πως επισκέπτονται τον οδοντίατρο κάθε 6 μήνες, το 15% (n=81) των ασθενών δήλωσαν πως επισκέπτονται τον οδοντίατρο κάθε 12 μήνες και το 8,5% (n=45) των ασθενών δήλωσαν πως επισκέπτονται τον οδοντίατρο σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 12 μήνες. Στη συγκεκριμένη ερώτηση, 10 ασθενείς δεν απάντησαν.

Το 44% (n=231) των ασθενών δήλωσαν πως ο ιατρός τους, τους έχει μιλήσει για τη σημασία της στοματικής υγείας, το 38% (n=199) των ασθενών δήλωσαν πως ο ιατρός τους, δεν τους έχει μιλήσει για τη σημασία της στοματικής υγείας, ενώ το 18% (n=92) δήλωσαν πως δεν θυμόντουσαν εάν ο ιατρός τους, τους έχει μιλήσει για τη σημασία της στοματικής υγείας. Στη συγκεκριμένη ερώτηση, 18 ασθενείς δεν απάντησαν.

Το 28% (n=144) των ασθενών δήλωσαν πως ο ιατρός τους, τους παρέπεμψε να επισκεφθούν οδοντίατρο, το 60% (n=310) ότι δεν τους παρέπεμψε, ενώ το 13% (n=67) δήλωσαν πως δεν θυμόντουσαν. Στη συγκεκριμένη ερώτηση, 19 ασθενείς δεν απάντησαν.

Στον πίνακα 7.3 παρουσιάζεται η αντίληψη των ασθενών αναφορικά με τη σημασία της στοματικής υγιεινής.

Πίνακας 7.3: Η αντίληψη των ασθενών αναφορικά με τη σημασία της στοματικής υγιεινής

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Η φροντίδα των δοντιών είναι σημαντική (n=506)	397 (78,5)	95 (18,8)	11 (2,2)	2 (0,4)	1 (0,2)
Η φροντίδα των ούλων είναι σημαντική (n=493)	378 (76,7)	95 (19,3)	18 (3,7)	1 (0,2)	1 (0,2)
Η στοματική υγεία είναι το ίδιο σημαντική όσο και η γενική υγεία (n=508)	393 (77,4)	91 (17,9)	20 (3,9)	3 (0,6)	1 (0,2)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.3, η πλειονότητα των ασθενών συμφωνούσε πως η φροντίδα των δοντιών είναι σημαντική (97%), η φροντίδα των ούλων είναι σημαντική (96%) και η στοματική υγεία είναι το ίδιο σημαντική όσο και η γενική υγεία (95%).

7.1.3 Γνώσεις αναφορικά με τη στοματική υγεία

Στον Πίνακα 7.4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τις ερωτήσεις γνώσεων για τη στοματική υγεία.

Πίνακας 7.4: Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τις ερωτήσεις γνώσεων για τη στοματική υγεία

	Σωστή απάντηση	Λανθασμένη απάντηση	Δεν ξέρω
Χρήση οδοντικού νήματος (σωστό)	98 (18,1)	442 (81,9)	0 (0,0)
Μέθοδος βουρτσίσματος (bass)	20 (3,7)	520 (96,3)	0 (0,0)
Χρονική διάρκεια βουρτσίσματος (2 λεπτά)	185 (34,3)	327 (60,6)	28 (5,2)
Στόχος του βουρτσίσματος είναι η απομάκρυνση τροφών και μικροβίων (σωστό)	373 (69,1)	133 (24,6)	34 (6,3)
Με τη στοματική υγιεινή καθαρίζουμε τα δόντια και τα ούλα (σωστό)	387 (71,7)	109 (20,2)	44 (8,1)
Η αιμορραγία των ούλων είναι παθολογική (σωστό)	175 (32,4)	210 (38,9)	155 (28,7)
Η περιοδοντίτιδα δεν είναι κληρονομική νόσος (σωστό)	113 (20,9)	76 (14,1)	351 (65,0)
Η απώλεια των δοντιών δεν είναι φυσιολογική με την πάροδο της ηλικίας (σωστό)	157 (29,1)	237 (43,9)	146 (27,0)
Η ουλίτιδα μπορεί να ξεκινήσει από την παιδική ηλικία (σωστό)	221 (40,9)	73 (13,5)	246 (45,6)
Η υγεία των δοντιών και των ούλων επηρεάζει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα (σωστό)	186 (34,4)	43 (8,0)	311 (57,6)
Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν ουλίτιδα (σωστό)	232 (43,0)	21 (3,9)	287 (53,1)
Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει τερηδόνα (λάθος)	48 (8,9)	272 (50,4)	220 (40,7)
Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει ουλίτιδα (σωστό)	242 (44,8)	37 (6,9)	261 (48,3)
Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του στόματος (σωστό)	325 (60,2)	23 (4,3)	192 (35,6)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.4, προκύπτουν τα εξής:

Ικανοποιητικό ποσοστό των ασθενών γνωρίζει τους στόχους του βουρτσίσματος, ωστόσο μικρό ποσοστό 18% χρησιμοποιεί οδοντικό νήμα, ενώ στη συντριπτική τους πλειοψηφία δεν γνωρίζουν τη σωστή μέθοδο βουρτσίσματος bass.

Επίσης σε μικρό ποσοστό γνωρίζουν ότι η περιοδοντίτιδα δεν είναι κληρονομική νόσος και ότι η αιμορραγία των ούλων είναι παθολογική. Αναφορικά με το κάπνισμα μόλις 8,9% γνωρίζουν ότι δεν προκαλεί τερηδόνα ενώ γνωρίζουν σε ικανοποιητικό ποσοστό ότι προκαλεί ουλίτιδα και καρκίνο του στόματος.

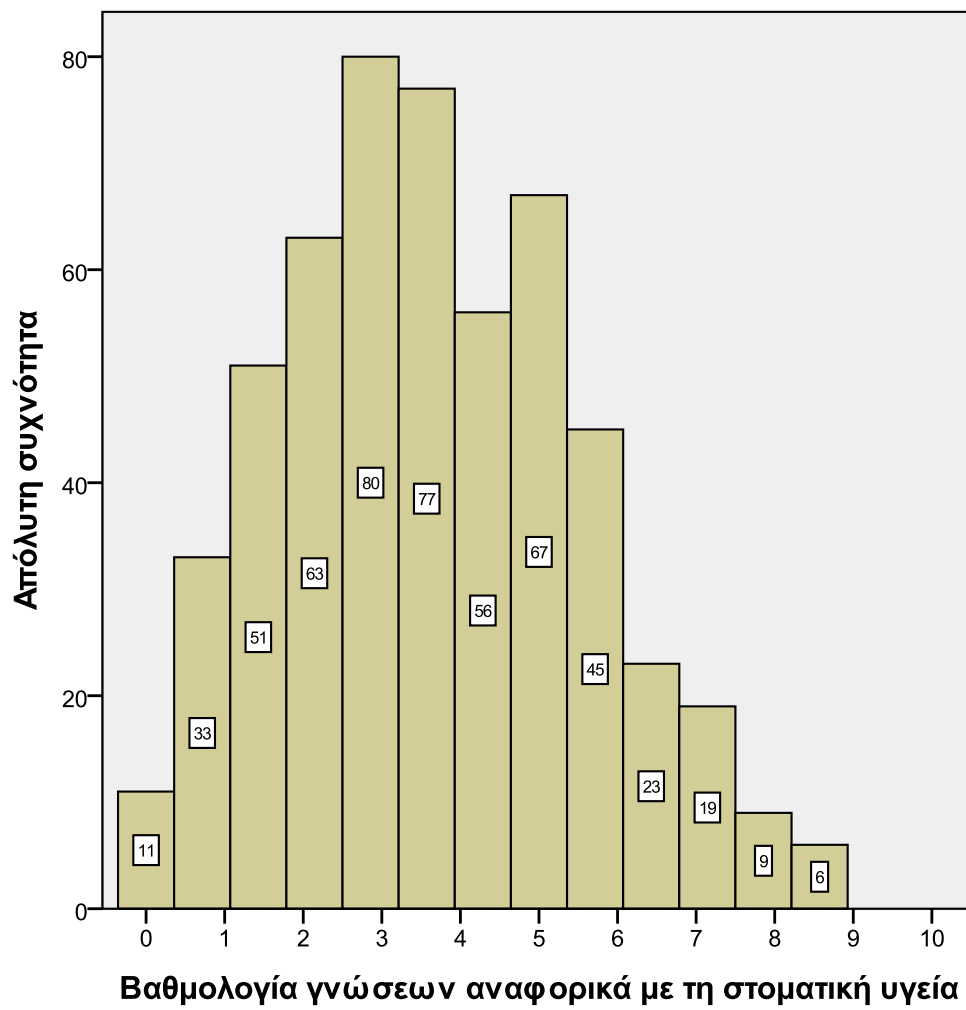
7.1.4 Βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία

Στον Πίνακα 7.5 παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της βαθμολογίας γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία. Η βαθμολογία γνώσεων λάμβανε τιμές μεταξύ 0-10 με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν μεγαλύτερη γνώση αναφορικά με τη στοματική υγεία.

Η μέση βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία ήταν 3,7. Στην Εικόνα 7.1 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία.

Πίνακας 7.5: Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της βαθμολογίας γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία.

Βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία	
Μέση τιμή	3,7
Τυπική απόκλιση	1,9
Διάμεσος	3,6
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	2,9
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	8,6



Εικόνα 7.1: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία

7.1.5 Παράγοντες που επηρεάζουν τη βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία

7.1.5.1 Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 7.6 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία με τα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά.

Πίνακας 7.6: Οι σχέσεις ανάμεσα στη βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Pearson	Τιμή p
Φύλο (n=523)			0,04 ^a
Άντρες	3,5 (1,9)		
Γυναίκες	3,8 (1,9)		
Ηλικία (n=527)		-0,26	<0,001 ^b
Επάγγελμα (n=418)			<0,001 ^γ
Υπάλληλος	4,7 (2,0)		
Ελεύθερος επαγγελματίας	3,5 (1,9)		
Αγρότης/εργάτης	3,1 (1,5)		
Μη εργαζόμενος	3,3 (1,7)		
Οικογενειακή κατάσταση(n=521)			0,4 ^a
Άγαμος	3,5 (1,8)		
Έγγαμος	3,7 (1,9)		
Τόπος διαμονής (n=514)			0,006 ^a
Αστική περιοχή	3,8 (1,9)		
Αγροτική περιοχή	3,4 (1,8)		
Εκπαιδευτικό επίπεδο (n=519)			<0,001 ^γ
Χαμηλό	3,0 (1,6)		
Μέσο	3,9 (1,8)		
Ανώτερο	5,3 (2,0)		
Ενημέρωση από ιατρό για τη σημασία της στοματικής υγείας^a (n=430)			<0,001 ^a
Ναι	4,3 (1,9)		
Όχι	3,4 (1,7)		

^a Έλεγχος t

^b Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Ανάλυση διασποράς

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.6, προκύπτουν τα εξής:

- Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους άντρες ($p=0,04$).
- Αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία ($r=-0,27$, $p<0,001$).
- Οι υπάλληλοι είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους ελεύθερους επαγγελματίες ($p=0,001$), τους αγρότες/εργάτες ($p<0,001$) και τους μη εργαζόμενους ($p<0,001$).
- Οι ασθενείς που διέμεναν σε αστική περιοχή είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους ασθενείς που διέμεναν σε αγροτική περιοχή ($p=0,006$).
- Οι ασθενείς με ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους ασθενείς με μέσο εκπαιδευτικό επίπεδο ($p<0,001$) και τους ασθενείς με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο ($p<0,001$).
- Οι ασθενείς που έλαβαν ενημέρωση από τους ιατρούς για τη σημασία της στοματικής υγείας είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν ενημέρωση ($p<0,001$).

7.1.5.2 Πολυμεταβλητή ανάλυση

Κατά τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε ότι 6 ανεξάρτητες μεταβλητές σχετίζονταν με τη βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.7.

Πίνακας 7.7: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία (n=387).

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Γυναίκες σε σχέση με άντρες	0,6	0,2 έως 0,9	0,003
Υπάλληλοι σε σχέση με αγρότες/εργάτες	1,1	0,6 έως 1,5	<0,001
Μέσο εκπαιδευτικό επίπεδο σε σχέση με χαμηλό	0,8	0,4 έως 1,2	<0,001
Ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο σε σχέση με χαμηλό	1,8	1,2 έως 2,5	<0,001
Ενημέρωση από ιατρό σε σχέση με μη ενημέρωση	1,1	0,7 έως 1,4	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.7, προκύπτουν τα εξής:

- Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους άντρες κατά 0,6 μονάδες (p=0,003).
- Οι υπάλληλοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους αγρότες/εργάτες κατά 1,1 μονάδες (p<0,001).
- Οι ασθενείς με ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους ασθενείς με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο κατά 1,8 μονάδες (p<0,001).
- Οι ασθενείς με μέσο εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους ασθενείς με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο κατά 0,8 μονάδες (p<0,001).
- Οι ασθενείς που έλαβαν ενημέρωση από τους ιατρούς για τη σημασία της στοματικής υγείας είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν ενημέρωση (p<0,001).
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 22% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία.

7.1.6 Παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο

7.1.6.1 Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 7.8 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 7.8: Οι σχέσεις ανάμεσα στη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο με τα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Επίσκεψη εντός 6 ή 12 μηνών	Μη επίσκεψη εντός 6 ή 12 μηνών	Τιμή p
Φύλο^α (n=471)			0,002 ^β
Άντρες	69 (31,8)	148 (68,2)	
Γυναίκες	116 (45,7)	138 (54,3)	
Ηλικία^γ (n=474)	63 (12,6)	57,2 (13,6)	<0,001 ^δ
Επάγγελμα^α (n=379)			0,7 ^β
Υπάλληλος	63 (44,7)	78 (55,3)	
Ελεύθερος επαγγελματίας	13 (43,3)	17 (56,7)	
Αγρότης/εργάτης	16 (35,6)	29 (64,4)	
Μη εργαζόμενος	66 (40,5)	97 (59,5)	
Οικογεν. κατάσταση^α (n=470)			0,4 ^β
Άγαμος	19 (46,3)	22 (53,7)	
Έγγαμος	168 (39,2)	261 (60,8)	
Τόπος διαμονής^α (n=461)			0,03 ^β
Αστική περιοχή	108 (43,9)	138 (56,1)	
Αγροτική περιοχή	73 (34,0)	142 (66,0)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^α (n=467)			<0,001 ^β
Χαμηλό	59 (28,0)	152 (72,0)	
Μέσο	89 (44,7)	110 (55,3)	
Ανώτερο	35 (61,4)	22 (38,6)	
Ενημέρωση από ιατρό για τη σημασία της στοματικής υγείας^α (n=386)			<0,001 ^β
Ναι	105 (49,3)	118 (68,2)	
Όχι	55 (31,8)	55 (31,8)	

^α Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

^β Έλεγχος χ^2

^γ Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^δ Έλεγχος t

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.8, προκύπτουν τα εξής:

- Οι γυναίκες επισκέπτονταν συχνότερα τον οδοντίατρο εντός 6 ή 12 μηνών σε σχέση με τους άντρες ($p=0,002$).
- Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας επισκέπτονταν συχνότερα τον οδοντίατρο εντός 6 ή 12 μηνών ($p<0,001$).
- Οι ασθενείς που διέμεναν σε αστική περιοχή επισκέπτονταν συχνότερα τον οδοντίατρο εντός 6 ή 12 μηνών σε σχέση με αυτούς που διέμεναν σε αγροτική περιοχή ($p=0,03$).
- Οι ασθενείς με ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο επισκέπτονταν συχνότερα τον οδοντίατρο εντός 6 ή 12 μηνών σε σχέση με τους ασθενείς με μέσο εκπαιδευτικό επίπεδο και τους ασθενείς με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο ($p<0,001$).
- Οι ασθενείς που είχαν ενημερωθεί από τους ιατρούς για τη σημασία της στοματικής υγείας επισκέπτονταν συχνότερα τον οδοντίατρο εντός 6 ή 12 μηνών σε σχέση με τους ασθενείς που δεν είχαν ενημερωθεί από τους ιατρούς για τη σημασία της στοματικής υγείας ($p<0,001$).

7.1.6.2 Πολυμεταβλητή ανάλυση

Κατά τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε ότι 5 ανεξάρτητες μεταβλητές σχετίζονταν με τη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 7.9.

Πίνακας 7.9: Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο ($n=454$).

	Λόγος των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds	Τιμή p
Γυναίκες σε σχέση με άντρες	2	1,4 έως 3	0,001
Μέσο εκπαιδευτικό επίπεδο σε σχέση με χαμηλό	2,4	1,5 έως 3,6	<0,001
Ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο σε σχέση με χαμηλό	4,4	2,3 έως 8,3	<0,001
Ενημέρωση από ιατρό σε σχέση με μη ενημέρωση	1,9	1,2 έως 3,0	0,005

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα 7.9, προκύπτουν τα εξής:

- Οι γυναίκες επισκέπτονταν 2 φορές συχνότερα τον οδοντίατρο εντός 6 ή 12 μηνών σε σχέση με τους άντρες ($p=0,001$).
- Οι ασθενείς με μέσο εκπαιδευτικό επίπεδο επισκέπτονταν 2,4 φορές συχνότερα τον οδοντίατρο εντός 6 ή 12 μηνών σε σχέση με τους ασθενείς με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο ($p<0,001$).
- Οι ασθενείς με ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο επισκέπτονταν 4,4 φορές συχνότερα τον οδοντίατρο εντός 6 ή 12.
- Οι ασθενείς που είχαν ενημερωθεί από τους ιατρούς για τη σημασία της στοματικής υγείας επισκέπτονταν 1,9 φορές συχνότερα τον οδοντίατρο εντός 6 ή 12 μηνών σε σχέση με τους ασθενείς που δεν είχαν ενημερωθεί από τους ιατρούς για τη σημασία της στοματικής υγείας ($p=0,005$).
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 10% της μεταβλητότητας της συχνότητας επίσκεψης στον οδοντίατρο.

Αναφορικά με τους ασθενείς με ΣΔ το 37% επισκέπτονται τον οδοντίατρο εντός 6 ή 12 μηνών. Το αντίστοιχο ποσοστό στους μη διαβητικούς ασθενείς ανέρχεται στο 39%, όμως η σχέση ύπαρξης ή όχι διαβήτη και συχνότητας επίσκεψης στον οδοντίατρο δεν ήταν στατιστικά σημαντική (έλεγχος χ^2 $p=0,7$).

7.2 Ιατροί

7.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 7.10 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 78 ιατρών.

Πίνακας 7.10: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο (n=76)	
Αντρας	31 (40,8)
Γυναίκα	45 (59,2)
Ηλικία (n=75)	47,3 (8,7) ^a
Ειδικότητα (n=76)	
Γενικός ιατρός	62 (81,6)
Ειδικός παθολόγος	14 (18,4)
Ειδικευόμενος	0 (0,0)
Οικογενειακή κατάσταση (n=75)	
Άγαμος	7 (9,3)
Έγγαμος	68 (90,7)
Τόπος εργασίας (n=77)	
Αστική περιοχή	43 (55,8)
Αγροτική περιοχή	34 (44,2)
Έτη προϋπηρεσίας στον δημόσιο τομέα (n=77)	
1-5	22 (28,9)
6-10	15 (19,7)
11-15	13 (17,1)
>15	26 (34,2)

^a Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών μεγάλο ποσοστό 82% ήταν γενικοί ιατροί και μόνο το 18% ειδικοί παθολόγοι με το 34% να έχουν πάνω από 15 χρόνια υπηρεσίας και το 29% 1-5 χρόνια υπηρεσίας στο δημόσιο.

7.2.2 Αντιλήψεις αναφορικά με τη στοματική υγεία

Το 30% (n=23) των ιατρών δήλωσαν πως επισκέπτονται τον οδοντίατρο σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού, το 30% (n=23) των ιατρών δήλωσαν πως επισκέπτονται τον

οδοντίατρο κάθε 6 μήνες, το 33% (n=26) των ιατρών δήλωσαν πως επισκέπτονται τον οδοντίατρο κάθε 12 μήνες και το 7,7% (n=6) των ιατρών δήλωσαν πως επισκέπτονται τον οδοντίατρο σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 12 μήνες.

Στον Πίνακα 7.11 παρουσιάζεται η αντίληψη των ιατρών αναφορικά με τη σημασία της στοματικής υγιεινής.

Πίνακας 7.11: Η αντίληψη των ιατρών αναφορικά με τη σημασία της στοματικής υγιεινής.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Η φροντίδα των δοντιών είναι σημαντική (n=65)	63 (96,9)	2 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Η φροντίδα των ούλων είναι σημαντική (n=64)	60 (93,8)	4 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Η στοματική υγεία είναι το ίδιο σημαντική όσο και η γενική υγεία (n=66)	61 (92,4)	5 (7,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.11, όλοι οι ιατροί συμφώνησαν πως η φροντίδα των δοντιών και των ούλων είναι σημαντική και η στοματική υγεία είναι το ίδιο σημαντική όσο και η γενική υγεία.

7.2.3 Στάσεις αναφορικά με τη στοματική υγεία

Το 25% (n=19) των ιατρών δήλωσαν πως ενημερώνουν πάντοτε τους ασθενείς τους για τη σημασία της στοματικής υγείας, το 47% (n=36) των ιατρών δήλωσαν πως ενημερώνουν τους ασθενείς τους για τη σημασία της στοματικής υγείας μόνο σε περίπτωση που ερωτηθούν από τους ίδιους τους ασθενείς, το 22% (n=17) των ιατρών δήλωσαν πως ενημερώνουν σπάνια τους ασθενείς τους για τη σημασία της στοματικής υγείας και το 5,3% (n=4) των ιατρών δήλωσαν πως δεν ενημερώνουν ποτέ τους ασθενείς τους για τη σημασία της στοματικής υγείας. Στη συγκεκριμένη ερώτηση, 2 ιατροί δεν απάντησαν.

Το 42% (n=32) των ιατρών δήλωσαν πως παραπέμπουν πάντοτε τους ασθενείς τους να επισκεφθούν οδοντίατρο, το 34% (n=27) ότι τους παραπέμπουν μόνο σε περίπτωση που

ερωτηθούν από τους ασθενείς, το 20% (n=15) ότι παραπέμπουν σπάνια τους ασθενείς τους και το 2,6% (n=2) δεν τους παραπέμπουν ποτέ. Στη συγκεκριμένη ερώτηση, 2 ιατροί δεν απάντησαν.

Το 34% (n=26) των ιατρών δήλωσαν πως εάν ένας ασθενής τους έχει οδοντικό απόστημα τον παραπέμπουν σε οδοντίατρο, το 3,9% (n=3) των ιατρών δήλωσαν πως εάν ένας ασθενής τους έχει οδοντικό απόστημα του συνταγογραφούν αντιβίωση και το 62% (n=47) των ιατρών δήλωσαν πως εάν ένας ασθενής τους έχει οδοντικό απόστημα τον παραπέμπουν σε οδοντίατρο και του συνταγογραφούν αντιβίωση. Στη συγκεκριμένη ερώτηση, 2 ιατροί δεν απάντησαν.

7.2.4 Γνώσεις αναφορικά με τη στοματική υγεία

Πίνακας 7.12: Οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τις ερωτήσεις γνώσεων για τη στοματική υγεία.

	Σωστή απάντηση	Λανθασμένη απάντηση	Δεν ξέρω
Χρήση οδοντικού νήματος (σωστό)	28 (35,9)	50 (64,1)	0 (0,0)
Μέθοδος βουρτσίσματος (bass)	0 (0,0)	78 (100,0)	0 (0,0)
Χρονική διάρκεια βουρτσίσματος (2 λεπτά)	39 (50,0)	37 (47,4)	2 (2,6)
Στόχος του βουρτσίσματος είναι η απομάκρυνση τροφών και μικροβίων (σωστό)	63 (80,8)	14 (17,9)	1 (1,3)
Με τη στοματική υγιεινή καθαρίζουμε τα δόντια και τα ούλα (σωστό)	67 (85,9)	7 (9,0)	4 (5,1)
Η αιμορραγία των ούλων είναι παθολογική (σωστό)	58 (74,4)	4 (5,1)	5 (6,4)
Η περιοδοντίτιδα δεν είναι κληρονομική (σωστό)	49 (62,8)	14 (17,9)	15 (19,2)
Η απώλεια των δοντιών δεν είναι φυσιολογική με την πάροδο της ηλικίας (σωστό)	52 (66,7)	21 (26,9)	5 (6,4)
Η ουλίτιδα μπορεί να ξεκινήσει από την παιδική ηλικία (σωστό)	65 (83,3)	5 (6,4)	8 (10,3)
Η υγεία των δοντιών και των ούλων μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα (σωστό)	69 (88,5)	7 (9,0)	2 (2,6)
Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν ουλίτιδα (σωστό)	72 (92,3)	2 (2,6)	4 (5,1)
Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει τερηδόνα (λάθος)	9 (11,5)	50 (64,1)	19 (24,4)
Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει ουλίτιδα (σωστό)	58 (74,4)	6 (7,7)	14 (17,9)
Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του στόματος (σωστό)	71 (91,0)	1 (1,3)	6 (7,7)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.12, προκύπτουν τα εξής: Υψηλό ποσοστό των ιατρών γνώριζε για τους στόχους της στοματικής υγιεινής. Περίπου 36% χρησιμοποιούσε οδοντικό νήμα, όμως κανένας ιατρός δεν γνώριζε τη σωστή μέθοδο βουρτσίσματος bass.

Μεγάλο ποσοστό των ιατρών (74%) γνώριζε ότι η αιμορραγία των ούλων είναι παθολογική και ότι η περιοδοντίτιδα δεν είναι κληρονομική και μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα. Επίσης υψηλό ποσοστό γνώριζε ότι το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει ουλίτιδα και καρκίνο του στόματος όμως μόλις το 12% γνώριζε ότι δεν μπορεί να προκαλέσει τερηδόνα.

7.2.5 Γνώσεις αναφορικά με τις επιπλοκές που προκαλούν τα φάρμακα στη στοματική κοιλότητα

Στον Πίνακα 7.13 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τις επιπλοκές που προκαλούν τα φάρμακα στη στοματική κοιλότητα.

Πίνακας 7.13: Οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τις ερωτήσεις γνώσεων για τις επιπλοκές που προκαλούν τα φάρμακα στη στοματική κοιλότητα (n=72).

	Σωστή απάντηση			
	Υπερπλασία ούλων	Αλλεργική στοματίτιδα	Ξηροστομία	Οστεονέκρωση
Αντιεπιληπτικά	44 (61,1)	64 (88,9)	21 (29,2)	64 (88,9)
Διφωσφονικά	61 (84,7)	66 (91,7)	67 (93,1)	46 (63,9)
Ανοσοκατασταλτικά	24 (33,3)	18 (23,1)	17 (23,6)	61 (84,7)
Αντιβιοτικά	67 (93,1)	38 (52,8)	14 (19,4)	67 (93,1)
Αντιυπερτασικά	22 (30,6)	62 (86,1)	33 (45,8)	67 (93,1)
Αντιδιαβητικά	65 (90,3)	66 (91,7)	26 (33,3)	72 (100,0)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα προκύπτει ότι ικανοποιητικό ποσοστό των ιατρών γνωρίζουν ποια φάρμακα δυνατόν να προκαλούν ή όχι οστεονέκρωση, όμως μικρό ποσοστό των ιατρών γνώριζε ότι τα αντιεπιληπτικά, τα αντιβιοτικά, τα ανοσοκατασταλτικά και τα αντιδιαβητικά προκαλούν ξηροστομία. Επίσης μικρό ποσοστό

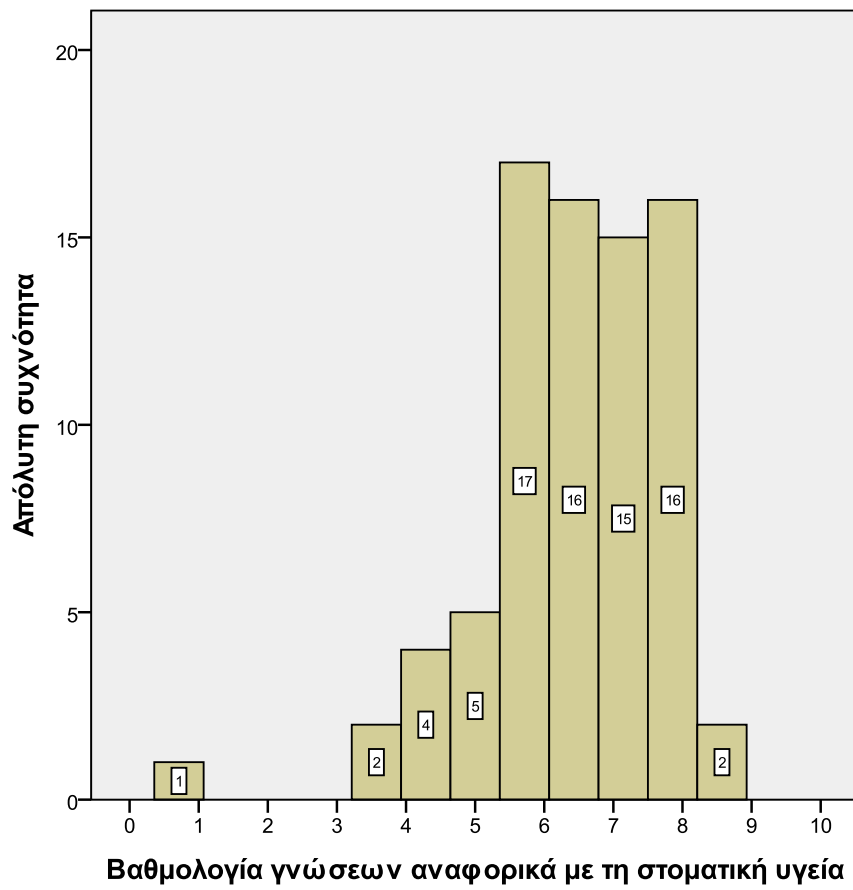
30% γνώριζε ότι τα αντιυπερτασικά προκαλούν υπερπλασία των ούλων και μόλις το 23% ότι τα ανοσοκατασταλτικά προκαλούν αλλεργική στοματίτιδα.

7.2.6 Βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία

Στον Πίνακα 7.14 παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της βαθμολογίας γνώσεων των ιατρών. Η βαθμολογία γνώσεων λάμβανε τιμές μεταξύ 0-10 με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν μεγαλύτερη γνώση αναφορικά με τη στοματική υγεία. Η μέση βαθμολογία γνώσεων ήταν 6,4. Στην Εικόνα 7.2 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας γνώσεων των ιατρών.

Πίνακας 7.14: Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της βαθμολογίας γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία.

Βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία	
Μέση τιμή	6,4
Τυπική απόκλιση	1,3
Διάμεσος	6,4
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	1,4
Ελάχιστη τιμή	0,7
Μέγιστη τιμή	8,6



Εικόνα 7.2: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία.

7.2.7 Παράγοντες που επηρεάζουν τη βαθμολογία γνώσεων των ιατρών

7.2.7.1 Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 7.15 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη βαθμολογία γνώσεων των ιατρών και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 7.15: Οι σχέσεις ανάμεσα στη βαθμολογία γνώσεων των ιατρών και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή Spearman	Τιμή p
Φύλο (n=76)			0,9 ^a
Άντρας	6,5 (1,4)		
Γυναίκα	6,4 (1,3)		
Ηλικία (n=75)		-0,32	0,005 ^b
Ειδικότητα (n=76)			0,04 ^a
Γενικός ιατρός	6,3 (1,4)		
Ειδικός παθολόγος	7,1 (1,1)		
Οικογενειακή κατάσταση (n=75)			0,1 ^a
Άγαμος	6,4 (1,2)		
Έγγαμος	5,6 (2,3)		
Τόπος εργασίας (n=77)			0,8 ^a
Αστική περιοχή	6,4 (1,1)		
Αγροτική περιοχή	6,4 (1,6)		
Έτη προϋπηρεσίας στον δημόσιο τομέα (n=77)		-0,2	0,04 ^γ

^a Έλεγχος t

^b Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.15, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία ($r=-0,32$, $p=0,005$).
- Οι ειδικοί παθολόγοι είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους γενικούς ιατρούς ($p=0,04$).

- Αύξηση των ετών προϋπηρεσίας στον δημόσιο τομέα σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία ($r_s=-0,2$, $p=0,04$).

7.2.7.2 Πολυμεταβλητή ανάλυση

Κατά τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε ότι 3 ανεξάρτητες μεταβλητές σχετίζονταν με τη βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 7.16.

Πίνακας 7.16: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία.

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία (n=75)	-0,05	-0,09 έως -0,02	0,003
Ειδικοί παθολόγοι σε σχέση με γενικούς ιατρούς (n=76)	0,9	0,1 έως 1,6	0,02

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.16, προκύπτουν τα εξής:

- Οι ειδικοί παθολόγοι είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους γενικούς ιατρούς κατά 0,9 μονάδες ($p=0,02$).
- Αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία ($p=0,003$). Πιο συγκεκριμένα, αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος είχε ως αποτέλεσμα μείωση της βαθμολογίας γνώσεων κατά 0,05 μονάδες.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 13% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία.

7.2.8 Παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο

7.2.8.1 Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 7.17 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 7.17: Οι σχέσεις ανάμεσα στη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Επίσκεψη εντός 6 ή 12 μηνών	Μη επίσκεψη εντός 6 ή 12 μηνών	Τιμή p
Φύλο^α (n=70)			0,1 ^β
Αντρες	15 (55,6)	12 (44,4)	
Γυναίκες	33 (76,7)	10 (23,3)	
Ηλικία^γ (n=69)	47,3 (9,1)	47,7 (7,6)	0,9 ^δ
Ειδικότητα^α (n=70)			0,2 ^β
Γενικός ιατρός	36 (64,3)	20 (35,7)	
Ειδικός παθολόγος	12 (85,7)	2 (14,3)	
Οικογενειακή κατάσταση^α (n=69)			0,9 ^β
Άγαμος	4 (80,0)	1 (20,0)	
Έγγαμος	43 (67,2)	21 (32,8)	
Τόπος εργασίας^α (n=71)			0,9 ^β
Αστική περιοχή	27 (69,2)	12 (30,8)	
Αγροτική περιοχή	22 (68,7)	10 (31,3)	
Έτη προϋπηρεσίας στον δημόσ. τομέα^α (n=70)			0,8 ^β
1-5	14 (73,7)	5 (26,3)	
6-10	11 (73,3)	4 (26,7)	
11-15	6 (46,2)	7 (53,8)	
>15	17 (73,9)	6 (26,1)	

^α Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

^β Έλεγχος χ^2

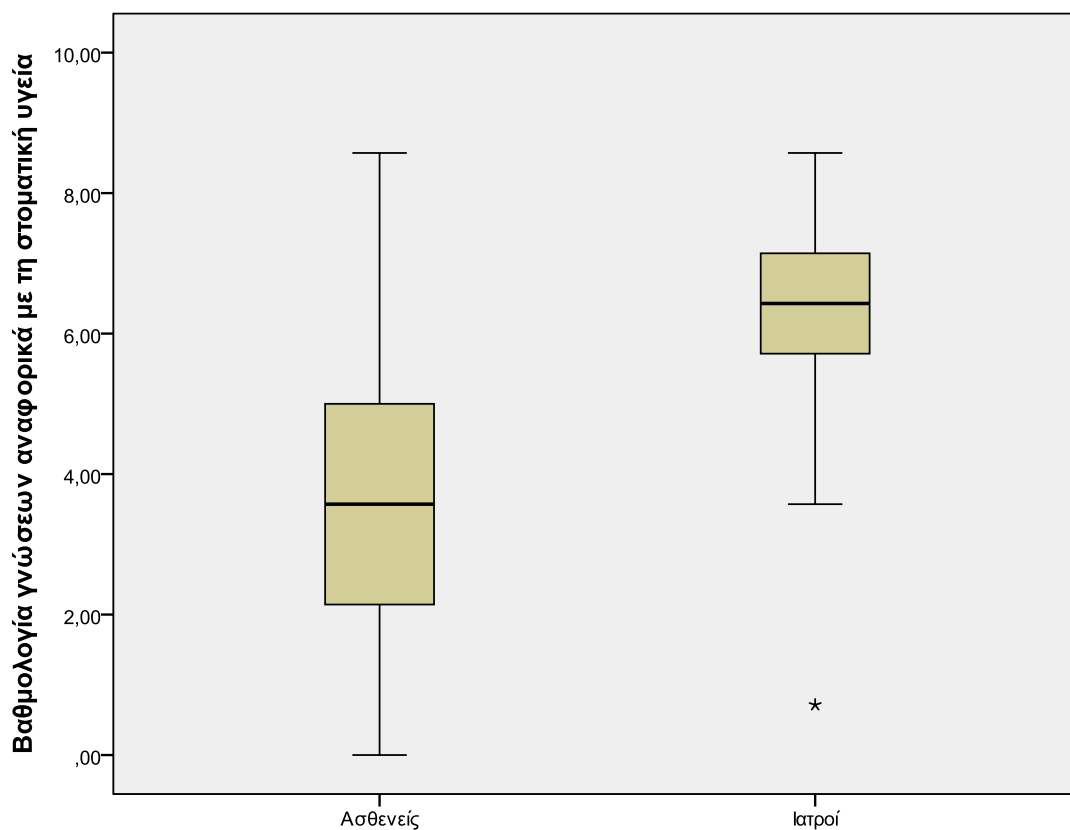
^γ Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^δ Έλεγχος t

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.17, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

7.3 Σύγκριση μεταξύ ασθενών και ιατρών αναφορικά με τη βαθμολογία γνώσεων για τη στοματική υγεία

Η μέση βαθμολογία γνώσεων των ιατρών αναφορικά με τη στοματική υγεία ήταν 6,4 (1,3), ενώ των ασθενών ήταν 3,7 (1,9), με τη διαφορά αυτή (=2,8) να είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης = 2,3 έως 3,2), (Εικόνα 7.3).



Εικόνα 7.3: Βαθμολογία γνώσεων των ιατρών και των ασθενών αναφορικά με τη στοματική υγεία.

7.4 Σύγκριση μεταξύ ασθενών και ιατρών αναφορικά με τη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο

Στον Πίνακα 7.18 παρουσιάζεται η σχέση ανάμεσα στη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο και τους ασθενείς ή ιατρούς.

Πίνακας 7.18 Σχέση ανάμεσα στη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο και τους ασθενείς ή ιατρούς.

	Επίσκεψη εντός 6 ή 12 μηνών	Μη επίσκεψη εντός 6 ή 12 μηνών	Τιμή p
Κατηγορία ^α (n=557)			<0,001 ^β
Ασθενείς	191 (39,4)	294 (60,6)	
Ιατροί	49 (68,1)	23 (31,9)	

^α Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

^β Έλεγχος χ^2

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.18, οι ιατροί επισκέπτονταν συχνότερα τον οδοντίατρο εντός 6 ή 12 μηνών σε σχέση με τους ασθενείς ($p < 0,001$). Πιο συγκεκριμένα, το 68% των ιατρών επισκέπτονταν τον οδοντίατρο εντός 6 ή 12 μηνών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ασθενείς ήταν μόλις 39%.

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

8.1 Αξιολόγηση των αντιλήψεων των ασθενών αναφορικά με τη στοματική υγεία

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, βρέθηκε ότι το 55% των ασθενών επισκέπτονταν τον οδοντίατρο για επείγον περιστατικό, 21% κάθε 6 μήνες και 15% μια φορά τον χρόνο, ποσοστά που συνάδουν με αυτά που δείχνει πρόσφατο ευρωβαρόμετρο και που συγκρίνονται ευνοϊκά με τα αποτελέσματα της μελέτης Κομπόλη-Κοντοβαζαινίτη και συν. (2004), όπου μεγάλο ποσοστό 71% των ασθενών επισκέπτονταν για επείγον περιστατικό, το 9% κάθε 6 μήνες και το 20% για ετήσιο έλεγχο. Επίσης, συγκρίνονται ευνοϊκά με μελέτη που έγινε στο Dubai μεταξύ ασθενών με ΣΔ όπου μόνο το 14% των ασθενών επισκεπτόταν για προληπτικό έλεγχο, ένα ποσοστό 40% επισκεπτόταν τον οδοντίατρο μία φορά τον χρόνο κυρίως για επείγον περιστατικό, ενώ ποσοστό 40% δεν επισκεπτόταν καθόλου τον οδοντίατρο κατά την διάρκεια του χρόνου. Συγκριτικά όμως η μελέτη των Karikoski *et al* που έγινε στη Φινλανδία το 2002, έδειξε πολύ χαμηλότερα ποσοστά, γύρω στο 19% των επισκέψεων ήταν για επείγον περιστατικό, και υψηλά ποσοστά 47% για προληπτικό έλεγχο, ενώ στο HB καταγράφονται ποσοστά 8% για επείγον και 72% για προληπτικόν έλεγχο (Special Eurobarometer, 2010). Αυτό δείχνει την αναγκαιότητα για ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας, τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού των ασθενών από μέρους των οδοντιάτρων, την εκπαίδευση των γενικών ιατρών αναφορικά με τη στοματική υγεία ώστε να παραπέμπουν ανάλογα τους ασθενείς για εξέταση στον οδοντίατρο.

Αναφορικά με την παραπομπή για εξέταση από οδοντίατρο, το 28% των ασθενών δήλωνε ότι ο ιατρός τους παρέπεμψε να επισκεφθούν οδοντίατρο ενώ το 59% των ασθενών δήλωνε πως ο ιατρός τους δεν τους παράπεμψε. Σε αντίστοιχη μελέτη των Karikoski *et al* (2002), ποσοστό μόλις 16% των ασθενών με ΣΔ δήλωνε ότι είχε παραπεμφθεί από παθολόγο για εξέταση από οδοντίατρο. Αντίθετα στη μελέτη των Yuen *et al* (2009) ποσοστό 45% των ασθενών με ΣΔ δήλωνε ότι είχε παραπεμφθεί στον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο δύο φορές τον χρόνο, ενώ σε μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ μεγαλύτερο ποσοστό 77% είχε παραπεμφθεί στον οδοντίατρο (Orlando *et al*, 2010). Στην παρούσα μελέτη τα ποσοστά όσον αφορά την παραπομπή των ασθενών με γενικά νοσήματα από τους ιατρούς τους για εξέταση από οδοντίατρο είναι σχετικά χαμηλά και το γεγονός αυτό αναδεικνύει την ανάγκη για καλύτερη συνεργασία των ιατρών με τους οδοντιάτρους, καλύτερη ενημέρωση των ασθενών από τους ιατρούς και οδοντιάτρους αλλά και την ανάπτυξη πρωτοκόλλων για την

αντιμετώπιση και παραπομπή των ασθενών με γενικά νοσήματα. Στη μελέτη των Karikoski *et al* (2002) προκύπτει ότι 35% των διαβητικών ατόμων δεν είχε λάβει ποτέ ενημέρωση από τον οδοντίατρο αναφορικά με την πρόληψη και θεραπεία της περιοδοντικής νόσου. Η αναγκαιότητα της συνεργασίας των ιατρών και των οδοντιάτρων αναδεικνύεται και μέσα από πολλές έρευνες όπως των Allen *et al* (2008).

Όσον αφορά τη σημασία της στοματικής υγείας το 44% των ασθενών δήλωσαν πως ο ιατρός τους έχει μιλήσει για τη σημασία της στοματικής υγείας ενώ το 38% δεν είχαν ενημερωθεί, γεγονός που δεικνύει και πρόσφατη έρευνα μεταξύ ασθενών με ΣΔ όπου το 69% δεν είχε ενημερωθεί από τον ιατρό για τις επιπτώσεις του ΣΔ στη στοματική υγεία (Bowyer *et al*, 2011).

8.2 Αξιολόγηση των γνώσεων των ασθενών αναφορικά με τη στοματική υγεία

Η έρευνα εστιάστηκε περισσότερο στη βαθμολογία των γνώσεων των δύο υπό μελέτη πληθυσμών χρησιμοποιώντας τις ερωτήσεις 3-14 του ερωτηματολογίου των ασθενών και 2-13 του ερωτηματολογίου των ιατρών, στην πιθανή συσχέτιση τους με τα κοινωνικο-δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά του δείγματος.

Αναφορικά με τη χρήση οδοντικού νήματος ποσοστό 18% των ασθενών χρησιμοποιεί και 82% δεν το χρησιμοποιεί αποτελέσματα που συμπίπτουν με αυτά της μελέτης των Κομπόλη-Κοντοβαζαινίτη και συν. (2004) όπου ακριβώς το 18% των ασθενών χρησιμοποιεί και το 82% δεν χρησιμοποιεί οδοντικό νήμα. Παράλληλα έρευνες των Eldarrat (2011), Karikoski *et al* (2002) και Bowyer *et al* (2011) δεικνύουν καθημερινή χρήση οδοντικού νήματος κατά 11%, 13% και 15%, αντίστοιχα, ποσοστά που συνάδουν επίσης με τα αποτελέσματα της έρευνας μας. Σε έρευνα όμως των Yuen *et al* (2009) που έγινε στις ΗΠΑ ποσοστό 35% των ασθενών χρησιμοποιεί οδοντικό νήμα κάθε μέρα και μόνο 35% δεν το χρησιμοποιούσε ποτέ. Το γεγονός αυτό δεικνύει την ευθύνη από μέρους των οδοντιάτρων για ελλιπή ενημέρωση του πληθυσμού.

Αναφορικά με τις μεθόδους βουρτσίσματος η μέθοδος bass που είναι η πλέον αποτελεσματική για την πρόληψη της περιοδοντικής νόσου δεν χρησιμοποιείται σχεδόν καθόλου γεγονός που φαίνεται και μέσα από την έρευνα των Κομπόλη-Κοντοβαζαινίτη και συν. (2004). Τα ευρήματα αυτά καταδεικνύουν επίσης την ευθύνη των οδοντιάτρων οι οποίοι πρέπει να ενημερώνουν συστηματικά, να δίνουν οδηγίες και να παρουσιάζουν με λεπτομέρεια στους ασθενείς, τους τρόπους της στοματικής υγιεινής.

Αναφορικά με την αιμορραγία των ούλων ποσοστό μόνο 32% των ασθενών την αναγνώριζε ως παθολογική το οποίο θεωρείται αρκετά χαμηλό σε σύγκριση με την έρευνα των Κομπόλη-Κοντοβαζαϊνίτη 2004, όπου αυτή θεωρείτο παθολογική από ποσοστό 53% των ασθενών. Παράλληλα στις μελέτες των Eldarrat (2011) και Yuen *et al* (2009) αυτή αναγνωριζόταν ως παθολογική από ποσοστό 70% και 78% των ασθενών αντίστοιχα.

Μικρό ποσοστό των ασθενών μόλις το 21% γνώριζε ότι η περιοδοντική νόσος δεν είναι κληρονομική και το 29% γνώριζε ότι η απώλεια δοντιών δεν είναι φυσιολογική με την πάροδο της ηλικίας ενώ στην έρευνα των Κομπόλη-Κοντοβαζαϊνίτη και συν. (2004) πολύ μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών 48% γνώριζε ότι η απώλεια δοντιών μπορεί να αποφευχθεί με την πάροδο της ηλικίας.

Αναφορικά με την ερώτηση αν τα άτομα με ΣΔ είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ουλίτιδα το 43% των ασθενών γνώριζε για τη συσχέτιση ΣΔ και ουλίτιδας συγκριτικά με ποσοστό 67% στη μελέτη των Yuen *et al* (2009). Επίσης, ένα μικρό ποσοστό μόλις 9% γνώριζε ότι το κάπνισμα δεν προκαλεί τερηδόνα.

Σύμφωνα με τον αριθμό των σωστών απαντήσεων των ασθενών και το συνολικό αριθμό των ερωτήσεων αναφορικά με τις γνώσεις για τη στοματική υγεία δημιουργήθηκε μια βαθμολογία γνώσεων από το 0-10 όπου η μέση βαθμολογία των γνώσεων υπολογίστηκε ότι ήταν 3,7 για την ομάδα των ασθενών.

Τα ευρήματα της έρευνας μας σε σύγκριση με τα ευρήματα από τη διεθνή βιβλιογραφία υπογραμμίζουν την ανάγκη για καλύτερη ενημέρωση των ασθενών από μέρους των γενικών ιατρών, των οδοντιάτρων και άλλων επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την αιτιολογία της τερηδόνας και της περιοδοντικής νόσου αλλά και τα πρώιμα συμπτώματα των στοματικών παθήσεων (π.χ. αιμορραγία ούλων). Ως εκ τούτου αναδεικνύεται η αναγκαιότητα για συνεργασία ανάμεσα σε όλους τους επαγγελματίες υγείας.

Στην τρέχουσα έρευνα, ποσοστό 45% των ασθενών γνώριζε ότι το κάπνισμα προκαλεί ουλίτιδα και ένα μεγαλύτερο ποσοστό 60% ότι προκαλεί καρκίνο του στόματος που συγκρίνεται με αποτελέσματα από έρευνα που έγινε στη Μεγάλη Βρετανία που δεικνύουν ποσοστά 76% των ατόμων να γνωρίζουν για τη συσχέτιση καπνίσματος και καρκίνου του στόματος (Warnakulasuriya *et al*, 1999).

Για την εκτίμηση των παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν τη βαθμολογία του επιπέδου των γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία και την πιθανή συσχέτιση τους με τα κοινωνικο-δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά του δείγματος στη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψαν έξι ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ από την πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρομική που εφαρμόστηκε στη συνέχεια προέκυψαν 5 μεταβλητές. Ειδικότερα βρέθηκε ότι:

- 1) Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους άντρες κατά 0,6 μονάδες ($p=0,003$). Τα ευρήματα της έρευνας επιβεβαιώνονται μέσα από τις περισσότερες διεθνείς μελέτες όπως των Karikoski *et al* (2002) και Tada & Hamada (2004). Ωστόσο στη μελέτη των Chandra Shekar *et al* (2011) βρέθηκε μεγαλύτερο ποσοστό 26% των αντρών σε σύγκριση με το 23% των γυναικών να είναι ενημερωμένοι με τη διαφορά αυτή όμως να μην είναι στατιστικά σημαντική.
- 2) Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας οι ασθενείς με ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους ασθενείς με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο με το μέσο όρο της βαθμολογίας να μεταβάλλεται κατά 1,8 μονάδες ($p<0,001$). Ανάλογα αποτελέσματα με την τρέχουσα μελέτη έδειξε και η έρευνα των Karikoski *et al* (2002) σύμφωνα με την οποία οι γυναίκες αλλά κυρίως αυτές με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία. Αντίθετα, στην έρευνα των Yuen *et al* (2009) το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο των γνώσεων για τη στοματική υγεία ($p=0,238$).
- 3) Στην παρούσα μελέτη υπάρχει επίσης μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στους ασθενείς που έλαβαν ενημέρωση από τους ιατρούς για τη σημασία της στοματικής υγείας και τη βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία με το μέσο όρο της βαθμολογίας να μεταβάλλεται κατά 1,1 μονάδα σε σχέση με αυτούς που δεν έλαβαν ενημέρωση ($p<0,001$). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και μέσα από την έρευνα των Yuen *et al* (2009) όπου τα άτομα με ΣΔ που ελάμβαναν ενημέρωση σχετικά με τη στοματική υγεία εμφάνιζαν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία (λόγος των odds=2,9).

Οι υπάλληλοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους αγρότες/ εργάτες κατά 1,1 μονάδες ($p<0,001$). Στην έρευνα των Yuen *et al* (2009) βρέθηκε επίσης ότι η εργασιακή κατάσταση των ασθενών ήταν το μόνο κοινωνικοδημογραφικό στοιχείο το οποίο βρέθηκε στατιστικά σημαντικό, με τους

εργαζόμενους να παρουσιάζουν υψηλότερο βαθμό γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με αυτούς που δεν εργάζονταν ($p=0,049$)

Γενικά, δε βρέθηκε στην τρέχουσα μελέτη να επηρεάζουν το επίπεδο της βαθμολογίας των γνώσεων για τη στοματική υγεία, παράγοντες όπως είναι η οικογενειακή κατάσταση και ο τόπος διαμονής.

8.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα επίσκεψης των ασθενών στον οδοντίατρο

Από την πολυμεταβλητή ανάλυση για την πιθανή συσχέτιση της συχνότητας επίσκεψης στον οδοντίατρο με τα κοινωνικοδημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά του δείγματος προέκυψαν τρεις μεταβλητές: φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο, ενημέρωση από ιατρό για τη σημασία της στοματικής υγείας με τα αποτελέσματα της έρευνας μας να συμφωνούν με αυτά άλλων διεθνών ερευνών. Ειδικότερα προέκυψε ότι:

- 1) Οι γυναίκες επισκέπτονται δύο φορές συχνότερα τον οδοντίατρο σε σχέση με τους άντρες ($p=0,001$). Ανάλογα ευρήματα με αυτά της δικής μας έρευνας βρέθηκαν και σε άλλες έρευνες όπως των Wall & Brown (2003), Bhatti *et al* (2007) και Jaramillo *et al* (2009). Συγκεκριμένα στην έρευνα των Tada & Hanada (2003) επισημαίνεται ότι το 17% των γυναικών προσέρχεται για προληπτικό έλεγχο μία ή περισσότερες φορές το χρόνο σε σύγκριση με μόλις 5% των αντρών ($p=0,001$). Ωστόσο μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία και συγκεκριμένη έρευνα των Chandra Shekar (2011) βρέθηκε ότι το 45% των αντρών επισκέπτονται τον οδοντίατρο μία φορά τον τελευταίο χρόνο σε σχέση με το 42% των γυναικών όμως αυτή η συσχέτιση δεν ήταν στατιστικά σημαντική.
- 2) Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας βρέθηκε επίσης ότι οι ασθενείς με μέσο εκπαιδευτικό επίπεδο επισκέπτονταν 2,4 φορές συχνότερα τον οδοντίατρο εντός 6-12 μηνών σε σχέση με τους ασθενείς με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο ενώ αυτοί με ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο επισκέπτονταν 4,4 φορές συχνότερα τον οδοντίατρο ($p<0,01$). Τα ευρήματα αυτά συνάδουν επίσης με διεθνείς μελέτες όπως των Bhatti *et al* (2007), των Jaramillo *et al* (2009) καθώς και των Timothe *et al* (2005). Τα αποτελέσματα αυτά υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα για οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής όσον αφορά την στοματική υγεία τα οποία πρέπει να είναι στοχευμένα και να απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού όπως είναι τα άτομα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και άτομα που δεν έχουν πρόσβαση

στην πληροφόρηση είτε λόγω γλώσσας ή έλλειψης τεχνικών μέσων (διαδίκτυο) όπως είναι οι μειονότητες και οι οικονομικοί μετανάστες που διαβιούν στη χώρα μας.

- 3) Μέσα από την έρευνα μας προκύπτει ότι οι ασθενείς που είχαν ενημερωθεί από τους ιατρούς για τη σημασία της στοματικής υγείας επισκέπτονταν 1,9 φορές συχνότερα τον οδοντίατρο εντός 6 ή 12 μηνών σε σχέση με τους ασθενείς που δεν είχαν ενημερωθεί από τους ιατρούς τους για τη σημασία της στοματικής υγείας ($p=0,005$). Αυτό συνάδει και με ευρήματα της έρευνας των Karikoski *et al* (2002) και των Song *et al* (2012) όπου η πληροφόρηση και ενημέρωση των ασθενών με ΣΔ από τους ιατρούς αναφορικά με τη στοματική υγεία αποδείχτηκε σημαντικός παράγοντας που συνέβαλε στην αύξηση της συχνότητας για επίσκεψη στον οδοντίατρο από μέρους των ασθενών.

Επιπρόσθετα ενώ θα αναμενόταν οι επισκέψεις των ασθενών με ΣΔ στον οδοντίατρο να ήταν αυξημένες σε σχέση με αυτές των μη διαβητικών ασθενών κάτι τέτοιο δεν καταγράφηκε στην έρευνα μας. Παρόμοια ευρήματα υπάρχουν και σε άλλες μελέτες με διαβητικούς ασθενείς και επισημαίνεται έντονα στη βιβλιογραφία ότι οι ασθενείς με ΣΔ δίνουν προτεραιότητα όσον αφορά την επίσκεψη στον οφθαλμίατρο, νεφρολόγο ή τον ποδίατρο. Παράλληλα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας στη μελέτη των Macek *et al* (2008) διαφαίνεται ότι οι γυναίκες με ΣΔ επισκέπτονταν λιγότερο συχνά τον οδοντίατρο σε σχέση με τις μη διαβητικές γυναίκες. Το θέμα αυτό χρήζει περαιτέρω διερεύνησης ειδικά στη χώρα μας όπου για τους διαβητικούς ασθενείς υπάρχει δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και ο επιπολασμός του ΣΔ είναι ιδιαίτερα υψηλός. Αυτό δείχνει την αναγκαιότητα για ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών με γενικά νοσήματα από τους ιατρούς, τη λεπτομερή λήψη ιστορικού, την εξέταση της στοματικής κοιλότητας και την παραπομπή των ασθενών για εξέταση από οδοντίατρο. Για τον σκοπό αυτό επιβάλλεται η εκπαίδευση των γενικών ιατρών και οδοντιάτρων, η ανάπτυξη πρωτοκόλων καθώς και η παρακολούθηση των ασθενών με ΣΔ σε συνεργασία με ομάδα επαγγελματιών υγείας.

8.4 Αντιλήψεις των ιατρών αναφορικά με τη στοματική υγεία

Αναφορικά με τις αντιλήψεις των ιατρών για τη στοματική υγεία το 30% των ιατρών δήλωσε ότι επισκεπτόταν τον οδοντίατρο για επείγον περιστατικό, το 30% κάθε 6 μήνες και το 33% κάθε 12 μήνες αποτελέσματα που συγκρίνονται πολύ ευνοϊκά με αυτά των ασθενών. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με άλλες διεθνείς μελέτες όπως των Naidu *et al* (2008) όπου το 25% των ερωτηθέντων ιατρών επισκεπτόταν τον οδοντίατρο κάθε 6 μήνες και το 37% μία

φορά τα τελευταία δύο χρόνια. Αντίθετα, στην έρευνα των Usman *et al* (2007) μόνο 15% επισκεπτόταν κάθε 6 μήνες και υψηλό ποσοστό 75% για επείγον περιστατικό. Παράλληλα τα αποτελέσματα της έρευνας μας συγκρίνονται ευνοϊκά με τα αποτελέσματα της μελέτης των Κομπόλη-Κοντοβαζαινίτη και συν. (2004), όπου το 59% των ιατρών επισκεπτόταν για επείγον περιστατικό, το 14% για εξάμηνο και το 27% για ετήσιο έλεγχο. Όλοι οι ιατροί στην παρούσα μελέτη συμφωνούν ότι η φροντίδα των δοντιών και των ούλων είναι σημαντική και ότι η στοματική υγεία είναι το ίδιο σημαντική όσο και η γενική υγεία και τα αποτελέσματα της έρευνας μας συνάδουν με αυτά των Usman *et al* (2007).

8.5 Στάσεις των ιατρών αναφορικά με τη στοματική υγεία

Το 25% των ιατρών δήλωσαν ότι ενημέρωναν τους ασθενείς για τη σημασία της στοματικής υγείας ενώ το 47% ενημέρωναν εφόσον είχαν ερωτηθεί. Ικανοποιητικό ποσοστό των ιατρών 42% δήλωσε ότι παρέπεμπε πάντοτε τους ασθενείς τους να επισκεφθούν οδοντίατρο, το 34% όταν ερωτηθούν και το 20% σπάνια τους παρέπεμπαν. Σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσίαζε οδοντικό απόστημα το 62% των ιατρών συνταγογραφούσε αντιβίωση και παρέπεμπε τον ασθενή στον οδοντίατρο ενώ το 34% παρέπεμπε χωρίς συνταγογράφιση. Υπήρχε δηλαδή μια τάση ανάμεσα στους γενικούς ιατρούς να δηλώνουν ότι παραπέμπουν τους ασθενείς στον οδοντίατρο, ενώ τα ποσοστά που ανέφεραν οι ασθενείς σχετικά με την παραπομπή τους ήταν πολύ χαμηλότερα, γεγονός που θα πρέπει να διερευνηθεί. Παράλληλα, η μελέτη του Srinidhi *et al* (2011) δεικνύει υψηλότερα ποσοστά παραπομπής, αφού το 76% των ιατρών παρέπεμπε τους ασθενείς για επίσκεψη στον οδοντίατρο κάθε 6 μήνες. Σε περίπτωση οδοντικού αποστήματος περίπου το 80% παρέπεμπε τους ασθενείς και μόνο το 20% συνταγογραφούσε αντιβίωση ενώ το 97% δήλωσε ότι η συστηματική οδοντιατρική παρακολούθηση βελτιώνει την ποιότητα ζωής. Η συγκεκριμένη έρευνα έγινε στην Ινδία όπου στη βασική εκπαίδευση των ιατρών περιλαμβάνεται ειδικό πρόγραμμα για τη στοματική υγεία.

8.6 Αξιολόγηση των γνώσεων των ιατρών σχετικά με τη στοματική υγεία

Αναφορικά με τη χρήση οδοντικού νήματος το 36% δήλωσε ότι το χρησιμοποιεί καθημερινά και το 64% δεν το χρησιμοποιεί ποτέ, ποσοστά σαφώς υψηλότερα από αυτά των ασθενών στην έρευνα μας. Τα αποτελέσματα αυτά καθώς και η μη χρήση της μόνης σωστής μεθόδου βουρτσίσματος (bass) συνάδουν με τα αποτελέσματα των Κομπόλη-Κοντοβαζαινίτη και συν. (2004), όπου 32% των ιατρών χρησιμοποιούν οδοντικό νήμα και 69% δεν χρησιμοποιούν

ποτέ, ενώ σε έρευνα των Mohd-Dom *et al* (2009) μικρότερο ποσοστό 22% χρησιμοποιεί οδοντικό νήμα.

Σημαντικό ποσοστό των ιατρών 74% γνώριζε ότι η αιμορραγία των ούλων είναι παθολογική ενώ σύμφωνα με τους Κομπόλη-Κοντοβαζαϊνίτη και συν. (2004) το 92% των ιατρών την αναγνώριζαν ως παθολογική σε αντίθεση με την έρευνα των Mohd-Dom *et al* (2009) όπου το ποσοστό ήταν πολύ χαμηλότερο, 54%.

Ικανοποιητικό ποσοστό 63% των ιατρών γνώριζαν ότι η περιοδοντίτιδα δεν ήταν κληρονομική νόσος και 67% ότι η απώλεια δοντιών δεν ήταν φυσιολογική με την πάροδο της ηλικίας και εδώ τα αποτελέσματα της έρευνας μας συνάδουν με αυτά των Κομπόλη-Κοντοβαζαϊνίτη και συν. (2004) όπου το 60% απάντησε ότι η απώλεια δοντιών δεν είναι φυσιολογική.

Υψηλό ποσοστό των ιατρών 83% γνώριζαν ότι η ουλίτιδα μπορεί να ξεκινήσει από την παιδική ηλικία, το 89% γνώριζε ότι η υγεία των δοντιών και των ούλων μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα και εξαιρετικά υψηλό ποσοστό 92% γνώριζε ότι τα άτομα με ΣΔ έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν ουλίτιδα. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με την έρευνα των Owens *et al* (2011) όπου το 78% των ιατρών συμφωνούσε ότι ο ΣΔ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση περιοδοντίτιδας ενώ το 82% υποστήριζε ότι ο φτωχός γλυκαιμικός έλεγχος δυνατόν να οδηγήσει στην εμφάνιση περιοδοντίτιδας.

Υψηλό ποσοστό 74% των ιατρών γνώριζαν πως το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει ουλίτιδα και εξαιρετικά υψηλό ποσοστό 91% γνώριζαν ότι μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του στόματος, ποσοστά που συγκρίνονται ευνοϊκά και με άλλες διεθνείς μελέτες όπως των Macpherson *et al* (2003) όπου το 97% των οικογενειακών ιατρών στο Ηνωμένο Βασίλειο γνώριζαν ότι το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του στόματος. Αντίθετα υπήρξε κάποια σύγχυση μεταξύ των ιατρών αναφορικά με την αιτιολογία της τερηδόνας όπου μόνο το 12% γνώριζαν ότι το κάπνισμα δεν προκαλεί τερηδόνα ενώ σε μικρότερα ποσοστά απάντησε και η ομάδα των ασθενών. Πέρα από αυτό έχει διαπιστωθεί μέσα από τη βιβλιογραφία ότι υπάρχουν κενά όσον αφορά τις γνώσεις των ιατρών για την παθογένεια της τερηδόνας και εκτός από την τρέχουσα έρευνα εντοπίζεται και μέσα από την μελέτη των Owens *et al* (2011) ότι το 30% των ιατρών θεωρούσε ότι η τερηδόνα έχει άμεση σχέση με την περιοδοντική νόσο.

Αναφορικά με τις επιπλοκές που προκαλούν τα διάφορα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται ευρέως από τους ιατρούς φαίνεται ότι υπήρχε ελλιπής πληροφόρηση ιδιαίτερα όσον αφορά τις επιπλοκές που αυτά προκαλούν στη στοματική κοιλότητα (ξηροστομία, υπερτροφία των ούλων). Το γεγονός αυτό επισημαίνει για ακόμη μια φορά την ανάγκη για ευαισθητοποίηση και επιμόρφωση των ιατρών, για καλύτερη πληροφόρηση καθώς και για ανταλλαγή γνώσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας σε θέματα που θεωρούν ότι δεν αφορούν την ειδικότητά τους, όπως είναι η στοματική υγεία.

Η μέση τιμή της βαθμολογίας των γνώσεων των ιατρών αναφορικά με τη στοματική υγεία υπολογίζεται στο 6,4 όπου στη διμεταβλητή ανάλυση με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος προέκυψαν τρεις μεταβλητές, η ηλικία, η ειδικότητα και τα έτη υπηρεσίας στο δημόσιο. Για το λόγο αυτό εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή ανάλυση όπου προέκυψε ότι οι ειδικοί παθολόγοι είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία γνώσεων αναφορικά με τη στοματική υγεία σε σχέση με τους γενικούς ιατρούς κατά 0,9 μονάδες ($p=0,02$).

Η αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος σχετιζόταν με μείωση της βαθμολογίας γνώσεων κατά 0,05 μονάδες ($p=0,003$). Αυτό δείχνει την αναγκαιότητα για ανάπτυξη προγραμμάτων συνεχούς επιμόρφωσης των ιατρών και στα οποία πρέπει να δοθούν κίνητρα σε όλους τους ιατρούς να συμμετέχουν και όχι μόνο σε αυτούς οι οποίοι εκδηλώνουν από μόνοι τους ενδιαφέρον που είναι συνήθως νεώτεροι, έχουν περισσότερες γνώσεις και παρακολουθούν τις επιστημονικές εξελίξεις.

Το γεγονός ότι οι ειδικοί παθολόγοι είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία γνώσεων δεικνύει για ακόμα μια φορά την αναγκαιότητα για συνεχή επιμόρφωση των γενικών ιατρών οι οποίοι λόγω μη ύπαρξης ιατρικής σχολής στη χώρα μας προέρχονται από διάφορες ιατρικές σχολές ενώ στη συνέχεια μεγάλος αριθμός από αυτούς σε αντίθεση με τους ειδικούς παθολόγους δεν έτυχε κάποιας συγκεκριμένης εκπαίδευσης.

Πρόσφατα το Υπουργείο Υγείας έχει θέσει στις προτεραιότητες του και άρχισε να εφαρμόζει επιμορφωτικά προγράμματα για όλους τους γενικούς ιατρούς και πρέπει να γίνουν εισηγήσεις ώστε αυτά να περιλαμβάνουν και ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα που να αφορούν τη στοματική υγεία, τη διασύνδεση της με τη γενική υγεία, την πρόωπη διάγνωση των στοματικών παθήσεων και παραπομπή των ασθενών για εξέταση από οδοντίατρο. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην έγκαιρη διάγνωση της περιοδοντικής νόσου στους

ασθενείς με ΣΔ και παραπομπή τους για οδοντιατρική εξέταση. Απαιτείται επίσης η λήψη πρωτοβουλιών για οργάνωση συμποσίων, διαλέξεων και συνεδρίων.

Μελέτες έδειξαν ότι μόνο το 24% των ιατρών ανέφεραν ότι έτυχαν εκπαίδευσης αναφορικά με τη στοματική υγεία ως μέρος της βασικής τους εκπαίδευσης και από αυτούς το 62% ανέφερε ότι αυτή συνίστατο σε διαλέξεις διάρκειας 3 ωρών ενώ μόνο το 12% ανέφερε ότι είχε τις απαραίτητες γνώσεις για να εξετάσει τη στοματική κοιλότητα (Owens *et al*, 2011). Παράλληλα έρευνες που έγιναν στις ΗΠΑ των Mouradian *et al* (2005) και των McCann *et al*, (2005) στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξαν ότι η παρεχόμενη εκπαίδευση στις ιατρικές σχολές όσον αφορά την στοματική υγεία δεν είναι ικανοποιητική.

Από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε σχέση ανάμεσα στη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος που να είναι στατιστικά σημαντική.

8.7 Σύγκριση μεταξύ ασθενών και ιατρών αναφορικά με τη βαθμολογία για τη στοματική υγεία

Η μέση βαθμολογία γνώσεων των ιατρών αναφορικά με τη στοματική υγεία ήταν 6,4 ενώ των ασθενών ήταν 3,7 με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική $p < 0,001$ ενώ στη μελέτη των Κομπόλη-Κοντοβαζαϊνίτη και συν. (2004) δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στο επίπεδο γνώσεων ως προς τη στοματική υγεία μεταξύ νοσοκομειακών και περιοδοντικών ασθενών.

Συμπερασματικά, αναδεικνύεται για ακόμη μια φορά η ανάγκη για εκπαίδευση των ασθενών από τους οδοντιάτρους αλλά και τους γενικούς ιατρούς. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες δεν πρέπει να εστιάζουν μόνο στη θεραπεία αλλά κυρίως στο σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας τα οποία πρέπει να είναι στοχευμένα και να απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού.

8.8 Σύγκριση μεταξύ ασθενών και ιατρών αναφορικά με τη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας οι ιατροί επισκέπτονται συχνότερα τον οδοντίατρο εντός 6 ή 12 μηνών σε σχέση με τους ασθενείς ($p = 0,001$) με το 68% των ιατρών

να επισκέπτονται τον οδοντίατρο εντός 6 ή 12 μηνών ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ασθενείς ήταν μόλις 35%. Το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο των ιατρών συγκριτικά με το 12% των ασθενών που είχαν ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο δικαιολογεί την αύξηση της συχνότητας για επίσκεψη στον οδοντίατρο. Αυτό διαπιστώνεται και μέσα από έρευνες των Bhatti *et al* (2007) και των Jaramillo *et al* (2009). Σε έρευνα που έγινε στην Ινδία των Chandra Shekar *et al* (2011) το 100% των ατόμων με ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο επισκέπτονταν τον οδοντίατρο μία φορά το χρόνο, σε σύγκριση με το 32% των ατόμων με κατώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο.

9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έγκαιρη διάγνωση φλεγμονωδών και άλλων παθήσεων της στοματικής κοιλότητας, οι οποίες αρκετές φορές δεν είναι ορατές και ούτε προκαλούν πόνο, από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας θα συμβάλει στην πλήρη θεραπεία τους και την αποφυγή επιπτώσεων στη γενική υγεία.

Μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία βρέθηκε ότι το επίπεδο των γνώσεων, συνηθειών και αντιλήψεων των ασθενών αλλά και των ιατρών αναφορικά με τη στοματική υγεία δεν ήταν ικανοποιητικό. Καθώς υπάρχει συσχέτιση μεταξύ στοματικής και γενικής υγείας είναι πολύ σημαντικό να διερευνηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις τόσο των ασθενών όσο και των ιατρών για θέματα στοματικής υγείας.

Από την παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι το επίπεδο των γνώσεων και αντιλήψεων των ασθενών και ιατρών αναφορικά με τη στοματική υγεία δεν είναι ικανοποιητικό. Παράλληλα υπάρχει σημαντική διαφορά στο επίπεδο της βαθμολογίας των γνώσεων των δύο υπό διερεύνηση ομάδων αλλά και σημαντικές πληροφορίες που αφορούν τη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο, οι οποίες φαίνεται να επηρεάζονται από δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά. Τα ευρήματα αυτά πρέπει να χρησιμοποιηθούν για τη διαμόρφωση πολιτικής που να αφορά την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας τα οποία να απευθύνονται κυρίως στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού με σκοπό τη βελτίωση τόσο της στοματικής όσο και της γενικής υγείας.

Μέσα από την έρευνα μας έχει αναδειχτεί η ανάγκη για ανάπτυξη προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των γενικών ιατρών στη Κύπρο σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, την Εταιρία Γενικής Ιατρικής και τον Παγκύπριο Οδοντιατρικό Σύλλογο. Παράλληλα γίνεται εισήγηση για ενσωμάτωση θεμάτων που αφορούν τη στοματική υγεία στο πρόγραμμα εκπαίδευσης για την ειδικότητα της γενικής ιατρικής, αλλά και της Ιατρικής σχολής που θα λειτουργήσει στην Κύπρο. Στόχος θα είναι η αύξηση του επιπέδου των γνώσεων των ιατρών αναφορικά με τη στοματική υγεία, η ανάπτυξη πρωτοκόλων και κατευθυντήριων οδηγιών η διεπιστημονική συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας (γενικών ιατρών, οδοντιάτρων, διαβητολόγων, νοσηλευτών) και η καλύτερη εκπαίδευση και ενημέρωση των ασθενών από μέρους των οδοντιάτρων.

Η συνεχής επιμόρφωση των γενικών ιατρών στην Κύπρο εκτός από την οργάνωση σεμιναρίων και διαλέξεων πρέπει να περιλαμβάνει την εφαρμογή σύγχρονων εκπαιδευτικών προγραμμάτων με στόχο την ανάπτυξη δεξιοτήτων για προσπέλαση της στοματικής κοιλότητας κατά την κλινική εξέταση των ασθενών.

Το Υπουργείο Υγείας έχει ήδη θέσει στις προτεραιότητες του την επιμόρφωση όλων των γενικών ιατρών με την έναρξη εκπαιδευτικού προγράμματος στο οποίο πρέπει να γίνουν εισηγήσεις ώστε να περιλαμβάνει και θέματα στοματικής υγείας με την εμπλοκή οδοντιάτρων που διαθέτουν τα απαραίτητα ακαδημαϊκά προσόντα. Αυτό θα οδηγήσει στην αντιστροφή της εσωστρέφειας που διακρίνει κάθε ιατρική ειδικότητα, η οποία θέλει να ασχολείται αποκλειστικά με θέματα της ειδικότητας της και θα βοηθήσει ώστε οι ασθενείς με οδοντιατρικά προβλήματα να αντιμετωπίζονται σαν ολοκληρωμένη οντότητα. Επίσης θα συμβάλει στην ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας προς όφελος της υγείας των ασθενών.

Ωστόσο, η γνώση για να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά χρειάζεται να ενισχύεται και από άλλους εξωγενείς παράγοντες όπως την οργάνωση διαλέξεων, αναβαθμισμένου έντυπου διαφωτιστικού υλικού, ενημέρωση / διαφώτιση μέσω τηλεόρασης και γενικά μιας καμπάνιας όσον αφορά τη στοματική υγεία, η οποία όπως δήλωσε ο William Osler (1849-1919) θεμελιωτής της κλινικής ιατρικής αποτελεί τον καθρέφτη της γενικής υγείας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την εφαρμογή ενός γενικού σχεδίου υγείας και την εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και της αρχής της ολιστικής και ανθρωποκεντρικής αντιμετώπισης των ασθενών. Η εκπαίδευση των ιατρών και η καλύτερη ενημέρωση των ασθενών θα οδηγήσουν στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων της στοματικής υγείας και θα συμβάλει στη βελτίωση τόσο της στοματικής, όσο και της γενικής υγείας αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Adam, H., Preston, A.J. (2006). The oral health of individuals with dementia in nursing homes. *Gerontology*, 23: 99-105.

Aldous J.A. (2005) A Guide to Oral Health for Non-Dental Health Providers.

Al-Habashneh, R., Barghont, N., Humbert, L., Khader, Y., Alwaeli, H. (2010). Diabetes and oral health: doctors' knowledge, perception and practices. *J. Eval Clin Pract.*, 16(5): 976-80.

Al-Khabbaz, A.K., Khalaf, F., Al-Shammari & Al-Saleh, N.A. (2011). Knowledge About the Association Between Periodontal Diseases and Diabetes Mellitus: Contrasting Dentists and Physicians. *Pub-Med*, 82: 360-66.

Allen, E.M., Ziada, HM., O' Halloran D., Clerehugh, V., Allen, PF. (2008). Attitudes, awareness and oral health-related quality of life in patients with diabetes. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35: 218-223.

Bakhshandeh. S., Murtooma, H., Vehkalahti, MM., Mofid, R., Suomalainen, K. (2008). Oral Self –Care and use of dental services among adults with diabetes mellitus. *Oral Health Prev Dent*, 6: 279-86.

Bhatti, T., Rana, Z., & Grootendorst, P. (2007). Dental Insurance, Income and the Use of Dental Care in Canada. *Professional*, 73: 57- 57h.

Bowyer, V., Sutcliffe, P., Ireland, R., Lindenmeyer, A., Gadsby, R., Graveney, M., Sturf, J. & Dale, J. (2011). Oral health awareness in adult patients with diabetes: a questionnaire study. *Br Dent. J.* 211(6): E12.

Carter , L.M. & Ogden, G.R. (2007). Oral cancer awareness of general medical and general dental practitioners. *British Dental Journal*, 203: E10.

Chandra Shekar, B.R., Reddy, C.V.K., Manjunath, B.C. & Suma, S. (2011). Dental health awareness, attitude, oral health-related habits and behaviors in relation to socio-economic factors among the municipal employees of Mysore city. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 4: 99- 106.

Christensen, K., Doblhammer, G., Ran et al. (2009). Ageing populations: The challenges ahead. *Lancet*, 374: 1196-1208.

- Coulter, I., Marcus, M., Atchison, K. (1994). Measuring oral health status: Theoretical and methodological challenges. *Soc. Sci. Med*, 38: 1531-1541.
- Eldarrat, Aziza H. (2011). Diabetic patients: their knowledge and perception of oral health. *Libyan J Med*, 6: 10.
- Fernandes, M., Ruta, D., Ogden, G., Pitts, N., Ogston, A. (2006). Assessing oral health related quality of life in general dental practice in Scotland: Validation of the OHIP-14. *Community Dent Oral Epidemiol*, 34: 53-62.
- Greenlee, RT., Murray; T., Bolden, S., Wingo, P.A. (2000). Cancer Statistics, 2000. *CA Cancer J. Clin*, 50: 7-33.
- Grossi, SG., Genco, RJ. (1998). Periodontal disease and diabetes mellitus: a two way relationship. *Ann Periontol*, 3: 51-61.
- Gur, A., Majra, J.P. (2009). Knowledge, Attitude and Practices Regarding the Systemic Effect of Oral Diseases among the Medical Practitioners. *The Internet Journal of Dental Science*, 6(2).
- Haraszthy, VI, Zambon, JJ., Trevisan, M., Zeid, M. Genco, RJ. (2000). Identification of periodontal pathogens in atheromatous plaques. *J. Periodontol*, 71: 1554-1560.
- Jaramillo, F., Eke, P.I., Thornton-Evans, G.O. & Griffin, S.O. (2009). Acculturation and Dental Visits Among Hispanic Adults. *Preventing chronic disease, Public Health Research, Practice and Policy*, 6: 1-7.
- Kahabuka, F.K., Fubian, F., Petersen, P.E. Ngurumali, H. (2007). Awareness of HIV/AIDS and its oral manifestations among people living with HIV in Dares Salaam, Tanzania. *Afr. J. AIDS Res*, 6: 91-9.
- Karikoski, A., Ilanne-Parikka, P., Murtomaa, H. (2002). Oral self-care among adults with diabetes in Finland. *Community Dent. Oral Epidemiol*, 30: 216-23.
- Karn, T.A., O' Sullivan DM., Tinanoff, N. (1993). Colonization of mutans streptococci by infants: Evidence for a discrete window of infectivity. *J. Dent Res*, 72: 37-45.
- Kelly, M., Steele, J. & Nuttall, N. (1998). Adult dental health survey: oral health in the United Kingdom. London: TSO, p.2000.

- Khader, Y.S., Dauod, A., El-Quaderib, S., Alkafajeia, A. & Batayha, W. (2006). Periodontal status of diabetes compared with nondiabetics: a meta-analysis. *Journal of Diabetes and its Complications*, 20: 59-68.
- Lalla, E. Cheng, B. (2006). Periodontal changes in children and adolescents with diabetes. *Diabetes Care*, 29: 295-9.
- Lewin, F., Norell, SE. Johansson, H. Gustavsson, P. Wennerberg, J. Biorklund, A., Rutqvist, L.E. (1998). Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck: a population –based case – referent study in Sweden. *Cancer*, 82: 1367-75.
- Lewis, S. Jagger, RG., Treasure, E. (2001). The oral health of psychiatric in patients in South Wales. *Spec Care Dent*, 21: 182-6.
- Loe, H. (1993). Periodontal disease: The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 16 (1): 329-334.
- Loizou, Th., Pouloukas, S, Tountas, Ch, Thanopoulou, A. Karamanos, V. (2006). An Epidemiologic study on the Prevalence of Diabetes, Glucose Intolerance and Metabolic Syndrome in the Adult Population of the Republic of Cyprus. *Diabetes Care*, Vol.29 No 7.
- Macek, M., Taylor, G., Tomar, S. (2008).Dental Care Visits among Dentate Adults with Diabetes United States. *American Association of Public Health Dentistry* Vol. 68 No 2.
- McCann, PJ., Sweeny, MP., Gibson. J. et al. (2005). Training in oral disease, diagnosis and treatment for medical students and doctors in the United Kingdom. *Br. J. oral Maxillofac Surg*, 43: 61-64.
- Macpherson, L.M.D., McCann, M.F., Gibson, J. Binnie, V.I. & Stephen, K. W. (2003). The role of primary healthcare professionals in oral cancer prevention and detection. *British Dental Journal*, 195: 277-281.
- Madianos, P.N. Bobetsis, G.A. Kinane, DF. (2002). Is Periodontitis associated with an increased risk factor of coronary heart disease and preterm and/or low birth weight births? *Journal of clinical Periodontology*, 29: 22-36.
- Mealy, B.L., Oates, T.W. (2006). Diabetes mellitus and periodontal diseases. *J. Periodontal*, 77: 289-303.

- Mohd-Dom, T., Mohd-Said, S., Abidin, Z. (2009). Dental Knowledge and self reported Oral Care Practices Among Medical, Pharmacy and Nursing Students. *Journal Suins Kesihatan Malaysia*, 7(1): 13-23.
- Moore, P.A., Orchard, T. Guggenheimer, J. Weyant, R.J. (2000). Diabetes and oral health promotion: a survey of disease prevention behaviors. *JADA*, 131: 1333-41.
- Morgan, R., Tsang, J., Harrington, N. et al. (2001). Survey of hospital doctors' attitudes and knowledge or oral conditions in older patients. *Postgraduate Med J*, 77: 392-394.
- Mouradian, W.E., Reeves, A., Kim, S. Evans, R., Schaad, D., Marshall, S.G. and Slayton, R. (2005). An Oral Health Curriculum for Medical Students at the University of Washington. *Academic Medicine*, 80:434-42.
- Moynihan, P. (2005). The interrelationship between diet and oral health. *Nutrition Society*, 64: 571-580.
- Moynihan, P., Petersen, P.E. (2004). Diet nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutr*, 7: 200-26.
- Murtomaa, H., Ahlberg, J., Metsaniitty, M. (1997). Periodontal awareness among Finns in 1972 and 1990. *Acta Odontol Scan*, 55: 46-52.
- Naidu, R.S, Juman, S., Rafeek, R.N., Singh, R. & Maharaj, K. (2008). Oral and dental conditions presenting to medical practitioners in Trinidad and Tobago. *International Dental Journal*, 58: 194-198.
- Nakayama, Y., Washio, M., Mori, M. (2004). Oral health conditions in patients with Parkinson's disease. *J. Epidemiol*, 14: 143-50.
- NDEP (2007). Guiding Principles National for Diabetes care: DIABETES PROGRAM. For Health Care EDUCATION professionals (NDEP) 2007.
- Orlando, V., Johnson, L., Wilson, A., Moahs, D., Wadwa, P., Bishop, F., Dong, F., Morrato, E. (2010). Oral Health Knowledge and behaviors among Adolescents with type 1 diabetes, *Int. J. Dent*, V. 2010; 2010: 942124.
- Owens, J., Wilder, R., Southerland, J. (2011). North Carolina Internists and Endocrinologists' Knowledge, Opinions and Behaviours Regarding Periodontal Disease and Diabetes: Need and Opportunity for Interprofessional Education. *Journal of Dental Education*, March 2011.

- Papapōnou P.N. (1996). Periodontal disease: epidemiology. *Ann Periodontol*, 1: 1-36.
- Patil, A. Chavan, S., Baghele, O. et al. (2010). Awareness of Oral Health among Medical Practitioners in Sangamner City- A Cross- Sectional Survey. *JIDA*, Vol.4, No. 12.
- Petersen P.E. (2003). The world Oral Health Report 2003: Continuous Improvement of Oral Health in the 21st century- the Approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*, 31 (suppl. 1): 3-23.
- Petersen, P.E. (2009). Global policy for improvement of oral health in the 21st century- implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization.
- Petersen, P.E., Ateksejuniene, J. Christensen, L.B. et al. (2000). Oral health behaviour and attitudes of adults in Lithuania. *Acta Odontol Scand*, 58: 243-8.
- Petersen, P.E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83: 661-669.
- Petersen, P.E. & Lennon, M.A. (2004). Effective use of Fluorides for the prevention of Dental Caries in the 21st Century: The WHO Approach. *Community Dent Oral Epidemiol*, 32: 319-21.
- Petersen, P.E. & Ogawa, H. (2005). Strengthening The Prevention of Periodontal Disease: The WHO approach. *Journal Periodontol*, 76: 2187-93.
- Pindborg, J.J. (1990). Selected and Annotated Bibliography on Oral Manifestations of the HIV Infection 1981-1987. Copenhagen: WHO Collaborating Centre for Oral Manifestations of the HIV infection.
- Ramirez, J., Arce, R., Contreras A. (2010). Why Must Physicians know about Oral Disease? *Teaching and Learning in Medicine*, 22(2): 148-55.
- Sanders, A.E., Slade, G.D., Turrell, G., Spencer, J., Marcenes, W. (2006). The shape of the socioeconomic-oral health gradient: Implications for theoretical explanations. *Community Dent Oral Epidemiol*, 34: 310-9.

Saremi, A., Nelson, R.G., Tulloch-Reid, M., Hanson, R.L., Sievers, M.L., Taylor, G.W., Shlossman, M., Bennett, P.H., Genco, R. & Knowler, W.C. (2005). Periodontal disease and mortality in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28(1): 27-32.

SDCEP, Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme (2011). Oral Health Management of Patients, Prescribed Bisphosphonates Dental Clinical Guidance.

Shames, B., Krajdens, S., Fuksa, M., Babida, C., Penner, J.L. (1989). Evidence for occurrence of the same strain of campylobacter pylori in the stomach and dental plaque. *J. Clin. Microbiol*, 27: 2849-50.

Sheiham, A. (2005). Oral health general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organisation.

Sheiham, A., Watt, R.G. (2000). The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting Oral Health. *Community Dent Oral Epidemiol*, 28: 399-406.

Slaughter, A. Evans, L.K. (2007). Culturally sensitive oral health educational materials for older African Americans. *J. Health Care Poor Underserved*, 18: 868-886.

Smyth, S. Heron, A. (2006). Diabetes and obesity: The twin epidemics. *Nat Med*, 12: 75-80.

Song, W., Tamaki, Y., Arakawa, Y., Ogino, D., Aoki, K., Ohyama, M., He, D., Osava, Y., Ohsava, K., Kadoma, Y., Nomura, Y. & Arakawa, H. (2012). Correlation of Dental Health Behavior With Health Awareness and Subjective Symptoms in a Rural Population in Japan. *Asia-Pacific J. of Public Health*, XX(X): 1-10.

Southerland, J.H., Taylor G.W., Offenbacher, S. (2008). Diabetes and periodontal infection. Making the connection. *Clin Diabetes*, 4: 171-8.

Special Eurobarometer 330 (2010). Report Oral Health.

Srinidhi, S., Ingle, N.A., Chaly, P.E. & Readdy, C. (2011). Dental Awareness and Attitudes among Medical Practitioners in Chennai. *Journal of Oral Health Community Dentistry*, 5: 73-78.

Steele, JG, Walls, AWG, Ayatollahi SMT, Murray, JJ. (1996). Dental attitudes and behaviour among a sample of dentate older adults from three English communities. *Br. Dent J*, 180: 131-6.

- Stewart, J.E., Wager, K.A., Friedlander, A.H. & Zadeh, H.H. (2001). The effect of periodontal treatment on glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Clinical Periodontology*, 28: 306-10.
- Tada, A., & Hanada, N. (2004). Sexual differences in oral health behaviour and factors associated with oral health behaviour in Japanese young adults. *Public Health*, 118: 104-109.
- Taylor, G.W. & Borgnakke, W.S. (2008). Periodontal disease: associations with diabetes, glycemic control and complications. *Oral Diseases*, 14: 191-203.
- Timothe, P., Eke, P.I., Pressson, S.M. & Malvitz, D.M. (2005). Dental Care Use Among Pregnant Women in the United States Reported in 1999 and 2002. Preventing chronic disease. Public Health Research Practice and Policy.
- Tomar, S.L., Lester, A. (2000). Dental and other health care visits among U.S. adults with diabetes. *Diabetes Care*, 23(10): 1505-10.
- United Nations (2002). World population ageing 1950-2050. New York: United Nations.
- University of Hong Kong. Dept of Periodontology and Public Health (1993). Knowledge and attitudes towards dental care among newly graduated medical doctors.
- Usman, S., Bhat, S.S. & Sargot, S.S. (2007). Oral Health Knowledge and Behavior of Clinical Medical, Dental And Paramedical Students In Mangalore. *J. Oral Health Comm. Dent*, 1: 46-48.
- Wall, T.P., Brown, L.J. (2003). Recent trends in dental visits and private dental insurance, 1989 and 1999. *J. Am. Dent Assoc.*, 134(5): 621-7.
- Warnakulasuriya, K.A.A., Harris, C.K., Scarrott, D.M. et al. (1999). An alarming lack of public awareness towards oral cancer. *British Dental Journal*, Vol. 187, No 6.
- Westfelt, E. (1996). Rational of mechanical plaque control. *J. Clin. Periodontol*, 23: 263-267.
- WHO (2005). Strengthening the Prevention of Oral Cancer: The WHO perspective. *Community Dent. Oral Epidemiol*, 28: 399-406.
- WHO, (2006). Oral Health in ageing societies Integration of oral health and general health. Report of a meeting convened at the WHO Centre for Health Development in Kobe, Japan, 1-3 June 2005, Geneva, 2006.

Wild, S. Roglic, G., Green, A. Sicree, R. King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27: 1047-1053.

Woolfolk, M.W., Lang, W.P., Borgnakke, W.S., Taylor, G.W., Yuen, H. K., Wolf, B.J., Bandyopadhyay, D., Magruder, K.M., Salinas, C.F., London, S.D. (2009). Oral Knowledge and behaviour among adults with diabetes. *Diabetes Research and Clinical practice*, 86: 239-46.

World Health Organisation (2002). *Active Ageing: a policy framework*, Geneva: World Health Organisation.

World Health Organisation (2003). *The world Oral Health Report 2003*. WHO Global Oral Health Programme, Geneva.

Yuen, H.K., Wolf, B.J., Bandyopadhyay, D., Magruder, K.M., Salinas, C.F. & London, S.D. (2009). Oral health knowledge and behavior among adults with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice* 86: 239-246.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αποστολόπουλος, Α. (1991). *Μαθήματα Προληπτικής Οδοντιατρικής*. Εκδόσεις Συμμετρία, Αθήνα.

Δουβίτσας Γ., Λαγουβάρδος, Π. (1989). *Οδοντική Χειρουργική*, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.

Ετήσια Έκθεση Υπουργείου Υγείας Κύπρου (2010).

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα,.

Κοντιάδης, Ξ., Σουλιώτης, Κ. (2005). *Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας*. Εκδόσεις Σακούλα, Αθήνα.

Κορνάρου, Ε., Ρουμελιώτη, (2007). *Η Δημόσια Υγεία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Θέματα Επιδημιολογίας μεθοδολογίας της έρευνας και στατιστικής*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Κομπόλη-Κοντοβαζαϊνίτη, Καρύδης, Α., Χατζηγεωργίου, Δ. (2004). Συγκριτική μελέτη του επιπέδου γνώσης και συμπεριφοράς ως προς τη στοματική υγεία περιοδοντικών ασθενών και νοσοκομειακών γιατρών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(4): 363-369.

- Μερκούρης, Α. (2008). Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας, Εκδόσεις Έλλην.
- Νικητάκης, Ν., Καμπέρος, Γ., Σκλαβούνου-Ανδρικοπούλου, Α. (2009). Οστεονέκρωση των γνάθων προκαλούμενη από διφωσφονικά. Πρόληψη και αντιμετώπιση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2009, 26(5): 583-592
- Νόβα-Καλτσούνη, Χ. (2006). Μεθοδολογία εμπειρικής έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες. Ανάλυση δεδομένων με την χρήση του SPSS 13.
- Ευγκάς- Ευθυμίου, Δ., Γουλές, Δ., Ρούτσιας, Ι., Φουρμούζης, Ι. (2011). Πιθανή συσχέτιση περιοδοντικής νόσου με τα επίπεδα της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης. *Ελληνικά στοματολογικά χρονικά*, 55: 69-79.
- Σαχίνη-Καρδάση, Α. (1997). Μεθοδολογία της Έρευνας, Εφαρμογές στο χώρο της υγείας, Γ' Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008). Εθνικό Σχέδιο δράσης για τη Στοματική Υγεία 2008-2011, Αθήνα.
- Χαραλάμπους, Χ, Θεοδώρου, Μ. (2011). Αξιολόγηση του επιπέδου στοματικής υγείας των παιδιών στην Κύπρο. *Ελληνικά στοματολογικά Χρονικά*, 55: 29-36.
- Χρίστου Χρ. (2011). Η ποιότητα ζωής των διαβητικών και η επιβάρυνση των οικογενειών τους στην επαρχία Πάφου. Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η έρευνα αυτή διοργανώνεται από το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου και τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες και έχει σα στόχο να αξιολογήσει τις γνώσεις αναφορικά με τη στοματική υγείας αλλά και τις συνήθειες αναφορικά με τη στοματική υγιεινή μεταξύ των ασθενών με γενικά νοσήματα Η δική σας συμβολή είναι πολύ σημαντική. Για το σκοπό αυτό παρακαλούμε όπως διαθέσετε λίγο από το χρόνο σας και συμπληρώσετε το πιο κάτω **ΑΝΩΝΥΜΟ** ερωτηματολόγιο.

Οδηγίες συμπλήρωσης: Βάλτε **X** στο κατάλληλο τετραγωνάκι

1. Μήπως πάσχετε από κάποιο από τα πιο κάτω νοσήματα

Σακχαρώδης Διαβήτης (ψηλά επίπεδα σακχάρου).....

Υπέρταση (αυξημένη πίεση).....

Καρδιοπάθειες

Παθήσεις των νεφρών

Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος.....

Καρκίνο –νεοπλασματική νόσο

2. Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον οδοντίατρο

Για επείγον περιστατικό

Κάθε 6 μήνες

Μια φορά το χρόνο.....

Άλλο

3. Χρησιμοποιείτε οδοντικό νήμα

Ναι Όχι

4. Ποια μέθοδο βουρτσίσματος χρησιμοποιείτε

Α)Κάθετη β)Οριζόντια γ) Κυκλική δ)Bass

Ε) Δεν τα βουρτσίζω καθόλου

5. Για πόση ώρα βουρτσίζετε τα δόντια σας

- A) Καθόλου
- B) 0.5 – 1 λεπτό
- Γ) 2 λεπτά
- Δ) Περισσότερο από 4 λεπτά
- E) Δεν ξέρω

6. Στόχος του βουρτσίσματος είναι η απομάκρυνση

- A) Των τροφών B) Των μικροβίων Γ) Και των δυο
- Δ) Δεν ξέρω

7. Με τη στοματική υγιεινή καθαρίζουμε

- A) Τα δόντια B) Τα ούλα Γ) Και τα δύο
- Δ) Δεν ξέρω

8. Η αιμορραγία των ούλων είναι

- Τυχαία
- Φυσιολογική
- Από το βούρτσισμα
- Παθολογική
- Δεν ξέρω.....

9. Η περιοδοντίτιδα είναι κληρονομική νόσος

- A) Ναι B) Όχι Γ) Δεν ξέρω

10. Πιστεύετε ότι η απώλεια των δοντιών είναι φυσιολογική με την πάροδο της ηλικίας

- A) Ναι B) Όχι Γ) Δεν ξέρω

11. Η ουλίτιδα μπορεί να ξεκινήσει από την παιδική ηλικία

- A) Ναι β) όχι γ) Δεν ξέρω

12. Πιστεύετε ότι η υγεία των δοντιών και των ούλων μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα σας

A) Ναι β) Όχι γ) Δεν ξέρω

13. Πιστεύετε ότι τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν ουλίτιδα

A) Ναι β) όχι γ) Δεν ξέρω

14. Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν ξέρω
Τερηδόνα στα δόντια			
Ουλίτιδα			
Καρκίνο του στόματος			

15. Σας έχει μιλήσει ο γιατρός σας για τη σημασία της Στοματικής Υγείας;

A) Ναι β) Όχι γ) Δε θυμάμαι

16. Σας έχει παραπέμψει ο γιατρός σας να επισκεφθείτε οδοντίατρο;

A) Ναι β) όχι γ) Δε θυμάμαι

17. Συμπληρώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις πιο κάτω προτάσεις

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Η φροντίδα των δοντιών είναι σημαντική					
Η φροντίδα των ούλων είναι σημαντική					
Η στοματική υγεία είναι το ίδιο σημαντική όσο και η γενική υγεία					

18. Φύλο

Άντρας Γυναίκα

19. Ηλικία (χρονών)

20. Επάγγελμα

Δημόσιος Υπάλληλος	<input type="checkbox"/>	Άνεργος	<input type="checkbox"/>
Ιδιωτικός Υπάλληλος	<input type="checkbox"/>	Ανίκανος προς εργασία	<input type="checkbox"/>
Ελεύθερος επαγγελματίας	<input type="checkbox"/>	Οικιακά	<input type="checkbox"/>
Αγρότης	<input type="checkbox"/>	Άλλο(διευκρινίστε)	<input type="checkbox"/>
Εργάτης	<input type="checkbox"/>	

21. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος	<input type="checkbox"/>
Άγαμος	<input type="checkbox"/>

22. Τόπος διαμονής

Αστική	<input type="checkbox"/>	Αγροτική	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	----------	--------------------------

23. Επίπεδο τερματισμού εκπαίδευσης

Καμία εκπαίδευση ή μερικές τάξεις του δημοτικού	<input type="checkbox"/>
Απόφοιτος Δημοτικού	<input type="checkbox"/>
Απόφοιτος Γυμνασίου	<input type="checkbox"/>
Απόφοιτος Λυκείου/Τεχνικής Σχολής	<input type="checkbox"/>
Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής	<input type="checkbox"/>

24. Υπηκοότητα

Κυπριακή	<input type="checkbox"/>
Πολίτης χώρας της Ευρωπαϊκής Ένωσης	<input type="checkbox"/>
Άλλη χώρα (διευκρινίστε)	<input type="checkbox"/>

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Η έρευνα αυτή διοργανώνεται από το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου και τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες και έχει σα στόχο να αξιολογήσει τις γνώσεις αναφορικά με τη στοματική υγείας αλλά και τις συνήθειες αναφορικά με τη στοματική υγιεινή μεταξύ των γενικών και ειδικών ιατρών. Η δική σας συμβολή είναι πολύ σημαντική. Για το σκοπό αυτό παρακαλούμε όπως διαθέσετε λίγο από το χρόνο σας και συμπληρώσετε το πιο κάτω **ΑΝΩΝΥΜΟ** ερωτηματολόγιο.

Οδηγίες συμπλήρωσης: Βάλτε **X** στο κατάλληλο τετραγωνάκι

1. Κάθε πόσο συχνά επισκέπτεστε τον οδοντίατρο

Για επείγον περιστατικό

Κάθε 6 μήνες

Μια φορά το χρόνο.....

Άλλο

2. Χρησιμοποιείτε οδοντικό νήμα

Ναι Όχι

3. Ποια μέθοδο βουρτσίσματος χρησιμοποιείτε

Α)Κάθετη β)Οριζόντια γ) Κυκλική δ)Bass

Ε) Δεν τα βουρτσίζω καθόλου

4. Για πόση ώρα βουρτσίζετε τα δόντια σας

Α) Καθόλου

Β) 0.5 – 1 λεπτό

Γ) 2 λεπτά

Δ) Περισσότερο από 4 λεπτά

Ε) Δεν ξέρω

5. Στόχος του βουρτσίσματος είναι η απομάκρυνση

- A) Των τροφών B) Των μικροβίων Γ) Και των δυο
Δ) Δεν ξέρω

6. Με τη στοματική υγιεινή καθαρίζουμε

- A) Τα δόντια β) Τα ούλα γ) Και τα δύο
Δ) Δεν ξέρω

7. Η αιμορραγία των ούλων είναι

- Τυχαία
Φυσιολογική
Από το βούρτσισμα
Παθολογική
Δεν ξέρω

8. Η περιοδοντίτιδα είναι κληρονομική νόσος

- A) Ναι B) Όχι Γ) Δεν ξέρω

9. Πιστεύετε ότι η απώλεια των δοντιών είναι φυσιολογική με την πάροδο της ηλικίας

- A) Ναι B) Όχι Γ) Δεν ξέρω

10. Η ουλίτιδα μπορεί να ξεκινήσει από την παιδική ηλικία

- A) Ναι β) όχι γ) Δεν ξέρω

11. Πιστεύετε ότι η υγεία των δοντιών και των ούλων μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα στους διαβητικούς ασθενείς

- A) Ναι β) Όχι γ) Δεν ξέρω

12. Πιστεύετε ότι τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν ουλίτιδα

A) Ναι β) όχι γ) Δεν ξέρω

13. Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν ξέρω
Τερηδόνα στα δόντια			
Ουλίτιδα			
Καρκίνο του στόματος			

14. Ενημερώνετε τους ασθενείς σας για τη σημασία της Στοματικής Υγείας;

Πάντοτε	
Εάν ερωτηθώ	
Σπάνια	
Ποτέ	

15. Παραπέμπετε τους ασθενείς σας να επισκεφθούν οδοντίατρο;

Πάντοτε	
Εάν ερωτηθώ	
Σπάνια	
Ποτέ	

16. Ποιες επιπλοκές στη στοματική κοιλότητα μπορούν να εμφανίσουν τα πιο κάτω φάρμακα

	Υπερπλασία ούλων	Αλλεργική Στοματίτιδα	Ξηροστομία	Οστεονέκρωση	Κανένα από αυτά
Αντιεπιληπτικά					
Διφωσφονικά					
Ανοσοκατασταλτικά					
Αντιβιοτικά					
Αντιϋπερτασικά					
Αντιδιαβητικά					

17. Εάν ένας ασθενής σας προσέλθει στο ιατρείο με οδοντικό απόστημα εσείς

Τον παραπέμπετε σε οδοντίατρο	
Του συνταγογραφείτε αντιβίωση	
Και τα δύο	

18. Συμπληρώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις πιο κάτω προτάσεις

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Η φροντίδα των δοντιών είναι σημαντική					
Η φροντίδα των ούλων είναι σημαντική					
Η στοματική υγεία είναι το ίδιο σημαντική όσο και η γενική υγεία					

19. Φύλο

Άντρας

Γυναίκα

20. Ηλικία χρονών

21. Ειδικότητα

A) Γενικός Ιατρός

B) Ειδικός Ιατρός

γ) Ειδικευόμενος

22. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος

Άγαμος

23. Τόπος διαμονής

Αστική

Αγροτική

24. Χρόνια υπηρεσίας στο δημόσιο τομέα σε έκτακτη ή μόνιμη θέση

1-5 χρόνια

6-10

11 - 15

>15 χρόνια

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Αρ. Φακ. : 3.28.20
Αρ. Τηλ. : 22818303

3 Δεκεμβρίου 2011

Κυρία Ανδρούλα Αγγελίδου - Γαλάζη
Κήπων 18
2060 Στρόβολος

Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου Έναρξης Επεξεργασίας φοιτήτριας μεταπτυχιακού προγράμματος του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου κυρίας Ανδρούλας Αγγελίδου – Γαλάζη για διεξαγωγή έρευνας για σκοπούς αξιολόγησης και σύγκρισης των γνώσεων, σινηθειών και αντιλήψεων αναφορικά με τη στοματική υγεία μεταξύ των γενικών ιατρών και των οδοντιατρικών ασθενών με στόχο την ολιστική και ανθρωποκεντρική αντιμετώπιση των ασθενών στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Αναφέρομαι στο έντυπο Γνωστοποίησης που υποβάλατε στον Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 29/11/2011, σχετικά με το πιο πάνω θέμα και σε συνέχεια της ταυτάριθμης επιστολής μας με ημερομηνία 2.12.2011 καθώς και της τηλεφωνικής συνομιλίας μας την ίδια μέρα, σας πληροφορώ ότι έχουμε λάβει τις διευκρινίσεις σας, ιδιαίτερα σε σχέση με το σημείο «Γ» στο πιο πάνω έντυπο για το σκοπό της επεξεργασίας των δεδομένων.

2. Μετά από τις διευκρινίσεις σας το περιεχόμενο την Γνωστοποίησης φαίνεται να είναι σύμφωνο με τις διατάξεις του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001 (Ν. 138(I)/2001), όπως τροποποιήθηκε (στο εξής θα αναφέρεται ως «ο Νόμος»), και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

(Μάριος Παπαχριστοδούλου)
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

ΜΠαττ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2012/01.10

Αρ. Τηλ.: 22809038/039

Αρ. Φαξ: 22353878

25 Ιανουαρίου 2012

Δρ. Ανδρούλα Αγγελίδου - Γαλάζη
Κήπων 18
2060 Στρόβολος
Λευκωσία

Αξιότιμη Δρ. Γαλάζη,

Θέμα: «Αξιολόγηση και σύγκριση των γνώσεων, συνηθειών και αντιλήψεων αναφορικά με τη στοματική υγεία μεταξύ γενικών γιατρών και οδοντιατρικών ασθενών»

Αναφέρομαι στην επιστολή σας ημερομηνίας 23 Ιανουαρίου 2012 για το πιο πάνω θέμα και επιθυμώ να σας πληροφορήσω τα ακόλουθα:

2. Από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (αρχική δήλωση θέματος διατριβής, επιστολή Επιτρόπου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και ερωτηματολόγια) που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπίπτει στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου για βιοηθική αξιολόγηση.

3. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίμηση

Δρ. Μιχάλης Βωνιάτης
Πρόεδρος

Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7..2Ε
Αρ. τηλ: 22605738
Αξ. φαξ: 22772263
Email: igeorgiou@moh.gov.cy

09/02/2012

Δρ. Ανδούλα Αγγελίδου-Γαλάζη
Κήπων 18
2060 Στροβόλου
Λευκωσία

Αξιότιμη Δρ. Γαλάζη,

Θέμα: Αίτημα για την παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο **«Αξιολόγηση και σύγκριση των γνώσεων, συνηθειών και αντιλήψεων αναφορικά με τη στοματική υγεία μεταξύ γιατρών και οδοντιατρικών ασθενών»** που υποβλήθηκε στην γραμματεία της επιτροπής με ημερομηνία 13/01/2012 και να σας πληροφορήσω ότι η Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει εγκρίνει το αίτημα σας.

Επισημαίνεται ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Νοείτε ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ενδιάμεση έκθεσης συμπληρώνοντας κατάλληλα το επισυνημμένο έντυπο «Παρακολούθηση Έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών» στο οποίο αναφέρεται η εξέλιξη και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εργασία σας.

Επίσης με την ολοκλήρωση της έρευνας σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- γραπτή συγκατάθεση σας για την Διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.
- περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.

Με Εκτίμηση,

Κοιν.: Διευθυντή ΙΥ&ΥΔΥ
Διευθύντρια Οδοντιατρικών Υπηρεσιών

(Ειρήνη Γεωργίου)
για Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Ανδρούλα Αγγελίδου – Γαλάζη

2012